

**PROGRAM KURSU KWALIFIKACYJNEGO
W DZIEDZINIE
PIEŁĘGNIARSTWA CHIRURGICZNEGO**

dla pielęgniarek



**Zatwierdził
Minister Zdrowia**

Warszawa, dnia 19.08.2015

Cezary Cieślukowski
z upoważnienia
MINISTER ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
.....
Cezary Cieślukowski

PROGRAM PRZYGOTOWANY PRZEZ ZESPÓŁ PROGRAMOWY W SKŁADZIE¹

1. **dr n. med. Anita Orzel-Nowak** – Przewodnicząca Zespołu; Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum
2. **dr n. med. Katarzyna Cierzniaowska** – 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 Bizuela 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

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.

1. ZAŁOŻENIA ORGANIZACYJNO-PROGRAMOWE

Rodzaj kształcenia

Kurs kwalifikacyjny jest to rodzaj kształcenia, który zgodnie z ustawą z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2014 r., poz. 1435, z późn. zm.) ma na celu uzyskanie przez pielęgniarkę lub położną wiedzy i umiejętności do udzielania określonych świadczeń zdrowotnych wchodzących w zakres danej dziedziny pielęgniarstwa lub dziedziny mającej zastosowanie w ochronie zdrowia.

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

Cel kształcenia

Przygotowanie pielęgniarki do samodzielnego wykonywania określonych świadczeń zdrowotnych w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, wdrażania zmian w praktyce pielęgniarstwa, potwierdzonych dowodami naukowymi, oraz oceny własnego rozwoju zawodowego.

Czas trwania kształcenia

Łączna liczba godzin przeznaczonych na realizację programu kursu kwalifikacyjnego w kontakcie z wykładowcą, opiekunem stażu wynosi **309** godzin dydaktycznych:

zajęcia teoretyczne – **155** godzin,

zajęcia praktyczne – **154** godziny.

Organizator kształcenia w porozumieniu z kierownikiem kursu, 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 62 godziny, może być wykorzystane na samokształcenie.**

Sposób organizacji

Za przebieg i organizację kursu kwalifikacyjnego odpowiedzialny jest organizator kształcenia.

Planując realizację kształcenia, organizator powinien:

1. Opracować regulamin organizacyjny kursu kwalifikacyjnego, który w szczególności określa:
 - organizację;
 - zasady i sposób naboru osób;
 - prawa i obowiązki osób uczestniczących;
 - zakres obowiązków kadry dydaktycznej prowadzącej nauczanie teoretyczne i praktyczne;
 - zasady przeprowadzenia egzaminu końcowego.
2. Powołać kierownika kursu kwalifikacyjnego.

Do zadań kierownika kursu oprócz zadań określonych w przepisach Ministra Zdrowia z tego zakresu powinno należeć:

- współdecydowanie o doborze kadry dydaktycznej;
- przedstawienie uczestnikom kursu: celu, programu i organizacji kształcenia;
- ocenianie placówek szkolenia praktycznego wg specyfiki i organizacji zajęć;
- pomaganie w rozwiązywaniu problemów;

- udzielanie indywidualnych konsultacji uczestnikom kursu;
 - zbieranie i analizowanie opinii o przebiegu kursu.
3. Przeprowadzić postępowanie kwalifikacyjne².
 4. Powołać wykładowców posiadających kwalifikacje określone w programie kursu.
 5. Powołać w uzgodnieniu z kierownikiem kursu 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 kursu.
 7. Zapewnić środki dydaktyczne, o których mowa w programie poszczególnych modułów.
 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.

Sposób sprawdzania efektów kształcenia:

W toku realizacji programu 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 – zgodnie z ustawą z dnia 15 lipca 2011 r. *o zawodach pielęgniarki i położnej* (Dz. U. z 2014 r., poz. 1435, z późn. zm.) kurs kwalifikacyjny kończy się egzaminem teoretycznym, przeprowadzonym w formie pisemnej lub ustnej, albo egzaminem praktycznym.

Rodzaj egzaminu i formę egzaminu teoretycznego ustala organizator kształcenia, z uwzględnieniem dziedziny, w jakiej jest prowadzony kurs kwalifikacyjny.

2. OGÓLNE EFEKTY KSZTAŁCENIA

Zaświadczenie o ukończeniu kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie *pielęgniarstwa chirurgicznego* otrzymuje pielęgniarka, która

1) w zakresie wiedzy posiada:

- 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 Warunkiem zakwalifikowania na kurs kwalifikacyjny jest spełnienie przez pielęgniarkę wymogów zawartych w art. 71 ust. 2 ustawy *o zawodach pielęgniarki i położnej* (Dz. U. z 2014 r., poz. 1435, z późn. zm.), a ponadto legitymowanie się zaświadczeniem o ukończeniu kursu specjalistycznego *Resuscytacja krążeniowo-oddechowa* oraz kursu specjalistycznego *Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego*.

2) w zakresie umiejętności potrafi:

- 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 okołoperacyjnym;
- formułować diagnozy pielęgniarские, określać cele, planować i realizować interwencje w odniesieniu do chorego leczonego chirurgicznie;
- planować i realizować edukację zdrowotną chorego i jego rodziny/opiekunów 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 organizacyjno-prawnymi.

3. SZCZEGÓŁOWE EFEKTY KSZTAŁCENIA

W zakresie wiedzy uczestnik kursu:

- W1. różnicuje objawy i skutki niedożywienia;
- W2. omawia wskazania i przeciwwskazania do żywienia parenteralnego i enteralnego;
- W3. charakteryzuje rodzaje znieczulenia;
- W4. omawia sposoby monitorowania bólu;
- W5. przedstawia aspekty kliniczne, prawne i etyczne pobierania narządów do przeszczepów;
- W6. omawia zasady sprawowania opieki nad dawcą i biorcą narządów;
- W7. omawia wpływ stosowanych w chirurgii leków na organizm człowieka w wieku podeszłym, warunki farmakoterapii stosowanej w geriatrici;
- W8. charakteryzuje najczęstsze schorzenia występujące w wieku podeszłym leczone operacyjnie;
- W9. charakteryzuje opiekę pielęgniarскую w okresie okołoperacyjnym i związane z nią odrębności wieku podeszłego;
- W10. przedstawia podział ran;
- W11. definiuje i różnicuje ranę pooperacyjną w zależności od stopnia czystości;
- W12. omawia patofizjologię oraz zasady leczenia rany odleżynowej/rany nowotworowej;
- W13. charakteryzuje nowoczesne metody leczenia ran;
- W14. charakteryzuje funkcje opatrunków mających zastosowanie w gojeniu się ran przewlekłych;
- W15. omawia etiopatogenezę chorób układu pokarmowego/gruczołów wydzielania wewnętrznego;

- W16. charakteryzuje profesjonalną opiekę pielęgniarzką nad chorym w chorobach układu pokarmowego/gruczołów wydzielania wewnętrznego;
- W17. charakteryzuje grupę chorób układu pokarmowego leczonych w trybie planowym i leczonych w trybie pilnym;
- W18. charakteryzuje grupę chorób układu pokarmowego przebiegających z objawami krwawienia do przewodu pokarmowego;
- W19. charakteryzuje opiekę okołoperacyjną nad chorym z chorobą układu pokarmowego leczonym operacyjnie w trybie planowym i trybie pilnym;
- W20. omawia problemy w opiece nad chorym z wylonioną stomią jelitową;
- W21. omawia czynniki ryzyka, objawy kliniczne i zasady leczenia chirurgicznego w chorobach gruczołów wydzielania wewnętrznego;
- W22. przedstawia działania zapobiegające powikłaniom pooperacyjnym u pacjentów ze schorzeniami układu pokarmowego/gruczołów wydzielania wewnętrznego;
- W23. omawia czynniki ryzyka, objawy i zasady postępowania w chorobach gruczołu piersiowego;
- W24. charakteryzuje profilaktykę choroby nowotworowej piersi;
- W25. przedstawia metody usprawniania fizycznego i psychicznego pacjentów po leczeniu operacyjnym z powodu nowotworu;
- W26. omawia zasady udzielania pierwszej pomocy w obrażeniach ciała;
- W27. przedstawia zasady oceny stanu świadomości chorego z wykorzystaniem właściwych metod oceny, w tym według skali Glasgow;
- W28. charakteryzuje zasady przygotowania chorego po urazie głowy, kręgosłupa, klatki piersiowej, kończyn, jamy brzusznej, miednicy do badań diagnostycznych;
- W29. przedstawia zasady unieruchomienia przy złamaniach kości i zwichnięciach oraz przygotowania chorego do transportu;
- W30. wymienia zasady zapobiegania zapaleniu płuc, odleżynom, zniekształceniom w stawach u chorych unieruchomionych i z ograniczoną aktywnością ruchową oraz u chorych nieprzytomnych;
- W31. opisuje zasady pielęgnowania chorego z drenażem jamy opłucnej;
- W32. przedstawia sposoby oceny stopnia i powierzchni oparzenia;
- W33. charakteryzuje ranę oparzeniową/odmrożeniową;
- W34. charakteryzuje profesjonalną opiekę pielęgniarzką w urazach termicznych: oparzenia, odmrożenia;
- W35. wskazuje metody zapobiegania powikłaniom u chorego oparzonego;
- W36. omawia zasady edukacji chorego i jego rodziny w zakresie: pielęgnacji po oparzeniu skóry, prowadzenia ćwiczeń, zakładania i noszenia garderoby uciskowej;
- W37. wymienia rodzaje wyciągów, cel i zasady stosowania;
- W38. charakteryzuje profesjonalną opiekę pielęgniarzką nad chorym z opatrunkiem gipsowym i chorym na wyciągu;
- W39. charakteryzuje profesjonalną opiekę okołoperacyjną nad chorym w chirurgii urazowej i ortopedii;
- W40. omawia ryzyko wystąpienia powikłań u chorego po zabiegu operacyjnym w chirurgii urazowej i ortopedii, wymienia sposoby zapobiegania;
- W41. charakteryzuje problemy emocjonalne chorego po urazie i omawia metody psychoterapii elementarnej;
- W42. omawia zasady przygotowania chorego i jego rodziny do samoopieki w warunkach domowych po urazie i zabiegu ortopedycznym;
- W43. omawia czynniki ryzyka chorób tętnic i żył;
- W44. omawia badania specjalistyczne wykonywane w chorobach naczyń tętniczych i żylnych;

- W45. wyjaśnia zasady oceny wskaźnika kostka–ramię;
- W46. omawia przygotowanie chorego do zabiegu operacyjnego na naczyniach tętniczych i żylnych;
- W47. omawia zasady przygotowania pacjenta do operacji w trybie nagłym (np. z tętniakiem);
- W48. charakteryzuje profesjonalną opiekę pielęgniarską nad chorym ze schorzeniami naczyń tętniczych i żylnych w okresie przed- i pooperacyjnym;
- W49. wymienia objawy zapalenia żył głębokich;
- W50. omawia ryzyko wystąpienia i zasady zapobiegania powikłaniom pooperacyjnym po zabiegach na naczyniach tętniczych i żylnych;
- W51. omawia patofizjologię ran oraz zasady postępowania w leczeniu ran przewlekłych: owrzodzenia żylnego, owrzodzenia niedokrwiennego, zespołu stopy cukrzycowej;
- W52. przedstawia zasady przygotowania psychicznego pacjenta do amputacji kończyny dolnej;
- W53. charakteryzuje profesjonalną opiekę pielęgniarską nad chorym po amputacji kończyny dolnej (zasady wykonania opatrunku na kikucie, sposoby modelowania i hartowania kikuta, zasady bandażowania kikuta i regulowania jego objętości);
- W54. omawia zasady edukacji zdrowotnej chorego i jego rodziny w zakresie profilaktyki chorób naczyń tętniczych i żylnych;
- W55. omawia etiopatogenezę, obraz kliniczny, techniki diagnostyczne i zasady leczenia chirurgicznego w schorzeniach układu moczowego;
- W56. omawia zasady przygotowania pacjenta do badań i opieki po specjalistycznych badaniach diagnostycznych i zabiegach leczniczych w urologii (urografia, ultrasonografia przezodbytnicza, badanie urodynamiczne, cystoskopia);
- W57. przedstawia zasady pobierania materiałów do badań bakteriologicznych w urologii;
- W58. wyjaśnia mechanizm, różnicuje objawy kliniczne i metody postępowania w urazach układu moczowego;
- W59. przedstawia zasady przygotowania pacjenta w trybie pilnym i planowym do zabiegów urologicznych endoskopowych, operacyjnych i opieki po zabiegu;
- W60. omawia wczesne i późne powikłania pooperacyjne po zabiegach urologicznych;
- W61. przedstawia działania zapobiegające zakażeniu układu moczowego u pacjentów z cewnikiem moczowym/drenażem/urostomią;
- W62. przedstawia zasady pielęgnowania pacjentów z zaburzeniami oddawania moczu;
- W63. charakteryzuje profesjonalną opiekę pielęgniarską nad chorym z urostomią;
- W64. określa zadania pielęgniarki w zakresie przygotowania pacjenta ze schorzeniem układu moczowego do samoopieki;
- W65. opisuje miejsce ratownictwa zintegrowanego w medycynie, terminologię używaną w naukach medycznych oraz jej zastosowanie w dyscyplinach naukowych;
- W66. przedstawia prawne, organizacyjne i etyczne uwarunkowania wykonywania zawodu pielęgniarki systemu;
- W67. opisuje sytuację zdrowotną pacjenta, grupy pacjentów w celu ustalenia stanu i podjęcia ewentualnych czynności ratowniczych;
- W68. opisuje wskazania do zastosowania metod udrażniania dróg oddechowych bezprzyrządowych i poszczególnych metod przyrządowych (rurki ustno-gardłowej, nosowo-gardłowej, maski krtaniowej, rurki krtaniowej, rurki intubacyjnej);
- W69. opisuje stany wymagające zastosowania tlenoterapii;
- W70. omawia metody tlenoterapii biernej i czynnej do zapotrzebowania i stanu pacjenta;
- W71. opisuje wskazania i przeciwwskazania do defibrylacji, zasady jej przeprowadzania za pomocą automatycznego i manualnego defibrylatora;
- W72. omawia zasady wykonania zapisu EKG;

- W73. prezentuje wartości parametrów oceniających układ oddechowy, krążenia i nerwowy w stopniu pozwalającym na rozpoznanie stanów bezpośredniego zagrożenia życia;
- W74. definiuje odrębności pacjenta pediatrycznego dotyczące budowy anatomicznej i fizjologii w zależności od wieku dziecka;
- W75. omawia stany zagrożenia życia w pediatrii;
- W76. przedstawia zasady farmakoterapii dzieci;
- W77. opisuje procedury postępowania ratunkowego w poszczególnych stanach zagrożenia życia u dzieci;
- W78. opisuje objawy pozwalające na ocenę stopnia zaawansowania porodu w warunkach pozaszpitalnych;
- W79. wymienia objawy, przebieg i sposoby postępowania ratowniczego, w określonych jednostkach chorobowych, w stanach zagrożenia życia;
- W80. omawia wybrane problemy społeczno-psychologiczne medycyny ratunkowej;
- W81. analizuje objawy i parametry życiowe pozwalające na prawidłowe przeprowadzenie segregacji medycznej;
- W82. wdraża odpowiednie metody zabezpieczenia miejsca zdarzenia prowadzące do zapewnienia bezpieczeństwa własnego i innych ratowników oraz ograniczenia skutków zdrowotnych zdarzenia;
- W83. omawia procedurę powiadamiania organów ścigania o zaistniałym zdarzeniu lub podejrzeniu zaistnienia zdarzeń o charakterze kryminalnym;
- W84. charakteryzuje zasady przygotowania pacjenta do transportu.

W zakresie umiejętności uczestnik kursu potrafi:

- U1. ocenić stan odżywienia chorego w okresie przed- i pooperacyjnym;
- U2. pielęgnować chorego z gastrostomią/jejunostomią;
- U3. pielęgnować chorego z cewnikiem założonym do żyły centralnej;
- U4. monitorować stan chorego z całkowitym żywieniem pozajelitowym;
- U5. rozpoznawać powikłania żywienia enteralnego i parenteralnego;
- U6. przygotować chorego do zabiegu operacyjnego, uwzględniając rodzaj zabiegu operacyjnego i rodzaj znieczulenia;
- U7. ocenić natężenie bólu u chorego leczonego chirurgicznie i podjąć działania pielęgnacyjno-terapeutyczne w celu niwelowania bólu;
- U8. podejmować działania pielęgnacyjno-lecznicze wobec pacjenta w wieku podeszłym w okresie okołoperacyjnym;
- U9. ocenić stan rany, rozpoznać wczesne objawy zakażenia rany;
- U10. dobrać właściwe opatrunki do rodzaju rany i fazy jej gojenia (rana urazowa, pooperacyjna, rany przewlekłe);
- U11. ocenić ryzyko wystąpienia odleżyn i podjąć działania profilaktyczne;
- U12. przygotować pacjenta do badań diagnostycznych wykonywanych w schorzeniach układu pokarmowego, gruczołów wydzielania wewnętrznego, gruczołu piersiowego oraz sprawować opiekę po badaniu;
- U13. interpretować podstawowe wyniki badań laboratoryjnych krwi i moczu wykonywanych w schorzeniach układu pokarmowego, gruczołów wydzielania wewnętrznego, gruczołu piersiowego;
- U14. wykonać badanie fizykalne umożliwiające wczesne wykrycie chorób gruczołu piersiowego;
- U15. przygotować pacjentów ze schorzeniami: układu pokarmowego, gruczołów wydzielania wewnętrznego, do leczenia operacyjnego w trybie pilnym i planowym;
- U16. przygotować pacjenta ze schorzeniem gruczołu piersiowego do leczenia operacyjnego;

- U17. formułować diagnozę pielęgniarstwa, określić cele, planować i realizować interwencje w odniesieniu do pacjentów ze schorzeniami: układu pokarmowego, gruczołów wydzielania wewnętrznego, leczonych operacyjnie w trybie pilnym i planowym;
- U18. formułować diagnozę pielęgniarstwa, określić cele, planować i realizować interwencje w odniesieniu do pacjenta ze schorzeniem gruczołu piersiowego leczonego operacyjnie;
- U19. podejmować działania zapobiegające powikłaniom pooperacyjnym wczesnym i późnym w odniesieniu do pacjentów ze schorzeniami: układu pokarmowego, gruczołów wydzielania wewnętrznego, gruczołu piersiowego;
- U20. podejmować działania pielęgnacyjne u pacjentów z drenażem, zgłębnikiem dożołądkowym, zgłębnikiem dojelitowym, gastrostomią;
- U21. wyznaczyć miejsce wyłonienia stomii jelitowej;
- U22. formułować diagnozę pielęgniarstwa, określić cele, planować i realizować interwencje w odniesieniu do pacjenta z wyłonią stomią jelitową;
- U23. planować i realizować edukację zdrowotną pacjentów i ich rodzin w zakresie samopielęgnacji oraz funkcjonowania w zmienionych warunkach zdrowotnych, wynikających z następstw choroby i metod leczenia stosowanych w schorzeniach przewodu pokarmowego, gruczołów wydzielania wewnętrznego, gruczołu piersiowego;
- U24. ocenić stan świadomości chorego z wykorzystaniem właściwych metod oceny, w tym skali Glasgow;
- U25. przygotować chorego po urazie głowy, kręgosłupa, klatki piersiowej, kończyn, jamy brzusznej, miednicy do badań diagnostycznych;
- U26. stosować unieruchomienia przy złamaniach kości i zwichnięciach oraz przygotować chorego do transportu;
- U27. formułować diagnozę pielęgniarstwa, określić cele, planować i realizować interwencje w odniesieniu do pacjenta unieruchomionego, z ograniczoną aktywnością ruchową oraz chorego nieprzytomnego;
- U28. pielęgnować chorego z drenażem jamy opłucnej;
- U29. monitorować parametry życiowe pacjenta po urazie mózgowo-czaszkowym;
- U30. formułować diagnozę pielęgniarstwa, określić cele, planować i realizować interwencje w odniesieniu do pacjenta z raną oparzeniową, raną odmrożeniową;
- U31. formułować diagnozę pielęgniarstwa, określić cele, planować i realizować interwencje w odniesieniu do pacjenta w chirurgii urazowej i ortopedii;
- U32. rozpoznać zaburzenia krążenia obwodowego i funkcji nerwów obwodowych u chorego w opatrunku gipsowym lub na wyciągu;
- U33. ocenić ryzyko powikłań i zapobiegać powikłaniom u chorych w opatrunku gipsowym, na wyciągu i po zabiegu operacyjnym;
- U34. formułować diagnozę pielęgniarstwa, określić cele, planować i realizować interwencje w odniesieniu do pacjenta po urazie;
- U35. rozpoznać problemy emocjonalne chorego po urazie i dobrać metody psychoterapii elementarnej;
- U36. zaplanować i realizować edukację zdrowotną pacjentów i ich rodzin w zakresie samopielęgnacji oraz funkcjonowania w zmienionych warunkach zdrowotnych, wynikających z następstw choroby po urazach i zabiegach ortopedycznych;
- U37. przygotować pacjenta ze schorzeniami naczyń tętniczych, naczyń żylnych do badań diagnostycznych;
- U38. badać tętno na kończynach;
- U39. przygotować chorego do pomiaru wskaźnika kostka–ramię;

- U40. formułować diagnozę pielęgniarstwa, określić cele, planować i realizować interwencje w odniesieniu do pacjentów ze schorzeniami naczyń tętniczych, naczyń żylnych, przed i po zabiegu operacyjnym, uwzględniając rodzaj zabiegu operacyjnego i rodzaj znieczulenia;
- U41. rozpoznać objawy zapalenia żył głębokich;
- U42. przygotować pacjenta do amputacji kończyny dolnej;
- U43. rozpoznać bóle fantomowe i podać zalecane leki;
- U44. prowadzić, wraz z rehabilitantem, rehabilitację przyłóżkową chorego po amputacji;
- U45. udzielić pacjentowi informacji na temat doboru obuwia i/lub przyszłego zaopatrzenia ortopedycznego;
- U46. podejmować działania zapobiegające powikłaniom pooperacyjnym wczesnym i późnym w odniesieniu do pacjenta ze schorzeniem naczyń tętniczych i naczyń żylnych;
- U47. pielęgnować chorego z raną w zespole stopy cukrzycowej;
- U48. uczyć chorego pielęgnować ranę owrzodzeniową;
- U49. założyć opatrunek kompresyjny (uciskowy);
- U50. założyć opatrunek na ranę owrzodzeniową;
- U51. zaplanować i realizować edukację zdrowotną pacjentów i ich rodzin w zakresie samopielęgnacji oraz funkcjonowania w zmienionych warunkach zdrowotnych, wynikających z następstw schorzeń naczyń tętniczych, naczyń żylnych;
- U52. przygotować pacjenta do badań diagnostycznych wykonywanych w schorzeniach układu moczowego oraz sprawować opiekę po badaniu;
- U53. interpretować podstawowe wyniki badań laboratoryjnych krwi i moczu wykonywanych w schorzeniach układu moczowego;
- U54. formułować diagnozę pielęgniarstwa, określić cele, planować i realizować interwencje w odniesieniu do pacjenta ze schorzeniami układu moczowego leczonego chirurgicznie;
- U55. przygotować pacjenta ze schorzeniem układu moczowego do leczenia chirurgicznego/endoskopowego w trybie pilnym i planowym;
- U56. podejmować działania zapobiegające powikłaniom pooperacyjnym wczesnym i późnym w odniesieniu do pacjenta ze schorzeniem układu moczowego;
- U57. założyć cewnik do pęcherza moczowego u kobiet i mężczyzn i go usunąć;
- U58. wykonać jednorazowe i stałe płukanie pęcherza moczowego;
- U59. założyć/wymienić cewnik do cystostomii;
- U60. podejmować działania zapobiegające zakażeniu układu moczowego u pacjentów z założonym cewnikiem Foley'a, cewnikiem JJ, cewnikiem założonym nadłonowo, dwubieżnym oraz podczas stałego płukania pęcherza;
- U61. pielęgnować pacjenta z urostomią i przygotować go do samoopieki;
- U62. prowadzić instruktaż w zakresie treningu pęcherza moczowego u chorych z problemem nietrzymania moczu;
- U63. prowadzić edukację w zakresie profilaktyki i wczesnego rozpoznania schorzeń układu moczowego;
- U64. zaplanować i realizować edukację zdrowotną pacjentów i ich rodzin w zakresie samopielęgnacji oraz funkcjonowania w zmienionych warunkach zdrowotnych wynikających z następstw schorzeń układu moczowego;
- U65. 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);

- U66. rozpoznać stan pacjenta pod kątem wydolności układu oddechowego, krążenia i układu nerwowego;
- U67. wdrażać metody wspomagania oddechu adekwatne do stanu i możliwości;
- U68. podjąć decyzję o podjęciu działań ratunkowych lub odstąpieniu od czynności ratunkowych;
- U69. ułożyć pacjenta w pozycji właściwej dla stanu zdrowia pacjenta lub odniesionych obrażeń;
- U70. prowadzić podstawową i zaawansowaną resuscytację krążeniowo-oddechową u osób dorosłych, dzieci, niemowląt, według obowiązujących wytycznych;
- U71. stosować bezprzyrządowe i przyrządowe metody przywracania i zabezpieczenia drożności dróg oddechowych;
- U72. wykonać intubację dotchawiczą w sytuacji nagłego zatrzymania krążenia bez użycia środków zwiotczających;
- U73. wykonać EKG, defibrylację z użyciem AED i manualnego defibrylatora;
- U74. opatrzyć rany, tamować krwotoki, unieruchomić złamania, zwichnięcia i skręcenia;
- U75. unieruchomić kręgosłup ze szczególnym uwzględnieniem odcinka szyjnego;
- U76. rozpoznać zagrożenia w miejscu zdarzenia;
- U77. przygotować pacjenta do transportu kwalifikowanego;
- U78. wykonać segregację medyczną i koordynować działania medyczne na miejscu zdarzenia;
- U79. odebrać poród w warunkach pozaszpitalnych.

W zakresie kompetencji społecznych uczestnik kursu:

- 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.

4. PLAN NAUCZANIA

Lp.	Nazwa modułu	Liczba godzin teorii	Miejsce realizacji stażu	Liczba godzin stażu	Łączna liczba godzin kontaktowych
I	Pielęgniarstwo chirurgiczne – zagadnienia ogólne	33	Oddział chirurgii ogólnej + sala opatrunkowa	21	54
II	Pielęgnowanie pacjenta w oddziale chirurgii ogólnej	37	Klinika/oddział chirurgii ogólnej	21	58
III	Pielęgnowanie pacjenta w oddziale chirurgii urazowej	25	Klinika/ oddział chirurgii urazowej albo urazowo-ortopedycznej albo urazów wielonarządowych	35	60
IV	Pielęgnowanie pacjenta w oddziale chirurgii naczyniowej	20	Klinika/oddział chirurgii naczyń	21	41
V	Pielęgnowanie pacjenta w oddziale urologii	15	Klinika/oddział urologii	21	36
VI	Stany nagłego zagrożenia zdrowotnego	25	Szpitalny oddział ratunkowy	21	60
			Zespół ratownictwa medycznego	14	
Łącznie		155		154	309*

* Organizator kształcenia w porozumieniu z kierownikiem kursu, 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 62 godziny, może być wykorzystane na samokształcenie.**

5. MODUŁY KSZTAŁCENIA**5.1. MODUŁ I**

Nazwa modułu	PIEŁĘGNIARSTWO CHIRURGICZNE – ZAGADNIENIA OGÓLNE
Cel kształcenia	Celem modułu jest pogłębienie wiedzy z zakresu leczenia żywieniowego, leczenia ran, odrębności pacjenta w wieku podeszłym oraz wykorzystanie tej wiedzy w praktyce.
Efekty kształcenia dla modułu	<p>W wyniku kształcenia uczestnik kursu:</p> <p>W zakresie wiedzy:</p> <p>W1. różnicuje objawy i skutki niedożywienia;</p> <p>W2. omawia wskazania i przeciwwskazania do żywienia parenteralnego i enteralnego;</p> <p>W3. charakteryzuje rodzaje znieczulenia;</p> <p>W4. omawia sposoby monitorowania bólu;</p> <p>W5. przedstawia aspekty kliniczne, prawne i etyczne pobierania narządów do przeszczepów;</p> <p>W6. omawia zasady sprawowania opieki nad dawcą i biorcą narządów;</p> <p>W7. omawia wpływ stosowanych w chirurgii leków na organizm człowieka w wieku podeszłym, warunki farmakoterapii stosowanej w geriatrici;</p> <p>W8. charakteryzuje najczęstsze schorzenia występujące w wieku podeszłym leczone operacyjnie;</p> <p>W9. charakteryzuje opiekę pielęgniarską w okresie okołoperacyjnym i związane z nią odrębności wieku podeszłego;</p> <p>W10. przedstawia podział ran;</p> <p>W11. definiuje i różnicuje ranę pooperacyjną w zależności od stopnia czystości;</p> <p>W12. omawia patofizjologię oraz zasady leczenia rany odleżynowej/rany nowotworowej;</p> <p>W13. charakteryzuje nowoczesne metody leczenia ran;</p> <p>W14. charakteryzuje funkcje opatrunków mających zastosowanie w gojeniu się ran przewlekłych.</p> <p>W zakresie umiejętności potrafi:</p> <p>U1. ocenić stan odżywienia chorego w okresie przed- i pooperacyjnym; pielęgnować chorego z gastrostomią/jejunostomią;</p> <p>U2. pielęgnować chorego z cewnikiem założonym do żyły centralnej;</p> <p>U3. monitorować stan chorego z całkowitym żywieniem pozajelitowym;</p>

	<p>U4. rozpoznawać powikłania żywienia enteralnego i parenteralnego;</p> <p>U5. przygotować chorego do zabiegu operacyjnego, uwzględniając rodzaj zabiegu operacyjnego i rodzaj znieczulenia;</p> <p>U6. ocenić natężenie bólu u chorego leczonego chirurgicznie i podjąć działania pielęgnacyjno-terapeutyczne w celu niwelowania bólu;</p> <p>U7. podejmować działania pielęgnacyjno-lecznicze wobec pacjenta w wieku podeszłym w okresie okołoperacyjnym;</p> <p>U8. ocenić stan rany, rozpoznać wczesne objawy zakażenia rany;</p> <p>U9. dobrać właściwe opatrunki do rodzaju rany i fazy jej gojenia (rana urazowa, pooperacyjna, rany przewlekłe);</p> <p>U10. ocenić ryzyko wystąpienia odleżyn i podjąć działania profilaktyczne.</p> <p>W zakresie kompetencji społecznych:</p> <p>K1. ponosi odpowiedzialność za bezpieczeństwo własne i osób znajdujących się pod jego opieką;</p> <p>K2. okazuje szacunek pacjentowi/jego rodzinie i zrozumienie dla różnic światopoglądowych oraz kulturowych, przestrzega praw pacjenta i tajemnicy zawodowej;</p> <p>K3. przestrzega zasad etyki zawodowej w relacji z pacjentem, jego rodziną i zespołem terapeutycznym;</p> <p>K4. dba o wizerunek własnego zawodu;</p> <p>K5. systematycznie pogłębia wiedzę i umiejętności zawodowe.</p>
Kwalifikacje osób prowadzących kształcenie	<p>Wykładowcą może być osoba mająca nie mniej niż 5-letni staż zawodowy w przedmiotowej dziedzinie, doświadczenie dydaktyczne oraz spełniająca co najmniej jeden z warunków:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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; 4. posiada specjalizację lekarską w dziedzinie transplantologii, chirurgii (tylko w zakresie zagadnień klinicznych).
Wymagania wstępne	–

CENTRUM KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

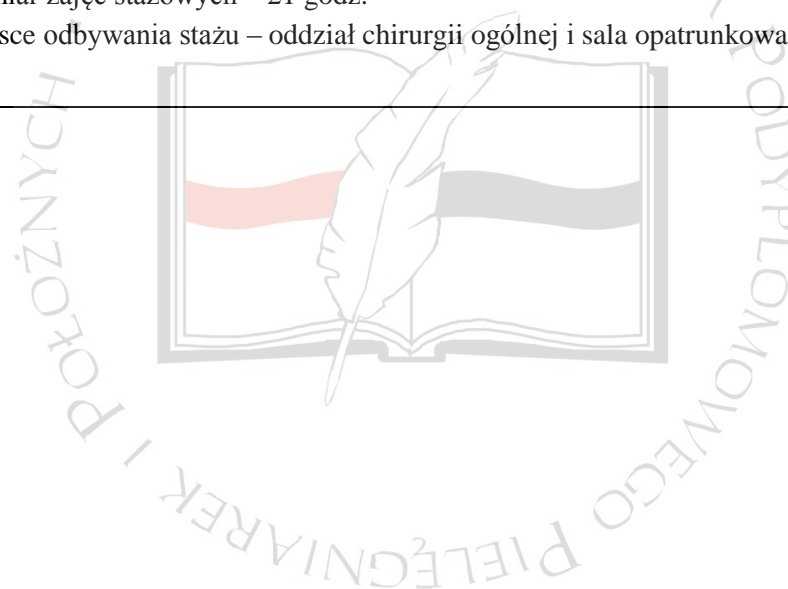
Rodzaj i liczba godzin zajęć dydaktycznych wymagających bezpośredniego udziału prowadzącego zajęcia	Wykłady – 33 godz. Staż – 21 godz.
Nakład pracy uczestnika kursu	<p>Udział w zajęciach (godziny kontaktowe): 54 godz.</p> <ul style="list-style-type: none"> • wykłady – 33 godz. • staż – 21 godz. <p>Praca własna uczestnika kursu: 46 godz.</p> <ul style="list-style-type: none"> • przygotowanie się do zajęć stażowych – 20 godz. • opanowanie materiału wymaganego do zaliczenia modułu – 26 godz. <p>Łącznie nakład pracy uczestnika kursu: 100 godz.</p>
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 efektów kształcenia uzyskanych przez uczestnika kursu i warunki zaliczenia modułu	<p>Efekty kształcenia w zakresie wiedzy Zaliczenie teoretyczne pisemne, czas zaliczenia 30 minut. Test jednokrotnego wyboru składający się z 30 pytań. Kryterium uzyskania pozytywnej oceny jest udzielenie poprawnych odpowiedzi na 70% pytań. Punktacja za każdą poprawną odpowiedź przyznaje się 1 pkt maks. 30 pkt; min.: 21 pkt.</p> <p>Efekty kształcenia w zakresie umiejętności Kontrola praktyczna – obserwacja pracy uczestnika kursu kwalifikacyjnego, karta stażu z wykazem świadczeń zdrowotnych do zaliczenia.</p> <p>Efekty kształcenia w zakresie kompetencji społecznych Obserwacja 360 stopni.</p>

Treści modułu kształcenia	<p>1. Żywnienie chorych w chirurgii (10 godz.)</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Zasoby energetyczne i zapotrzebowanie organizmu na składniki odżywcze. b. Ocena stanu odżywienia chorego (badania kliniczne, wywiad żywieniowy, badanie fizykalne; badania antropometryczne i dynamometryczne; badania laboratoryjne; skale oceny stanu odżywienia). c. Niedożywienie – przyczyny i rodzaje. d. Zaburzenia metaboliczne pourazowe (przyczyny zaburzeń metabolicznych pourazowych; przebieg pourazowych zaburzeń metabolizmu: faza kataboliczna, wczesna faza anaboliczna, późna faza anaboliczna; wpływ urazu na zapotrzebowanie energetyczne i białkowe). e. Żywnienie dojelitowe (enteralne): odżywianie przez: zgłębnik, gastrostomię, jejunostomię: <ul style="list-style-type: none"> • wskazania do żywienia, rodzaje diet, powikłania żywienia dojelitowego. f. Żywnienie pozajelitowe (dożylne, parentalne): przez żyły obwodowe, żyły centralne: <ul style="list-style-type: none"> • wskazania do żywienia, powikłania żywienia pozajelitowego, rola pielęgniarki w zapobieganiu powikłaniom, pielęgnowanie wkłucia centralnego; • standard kontroli klinicznej, standard kontroli laboratoryjnej, standardowa dokumentacja leczenia żywieniowego. <p>2. Znieczulenie i leczenie bólu pooperacyjnego (5 godz.)</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Rodzaje znieczulenia: ogólne (wziewne, dożylne) i miejscowe (powierzchniowe, nasiętkowe, blokady nerwów obwodowych, zewnątrzoponowe, podpajęczynówkowe, odcinkowa analgezja dożylna, znieczulenie doopłucnowe). b. Przygotowanie chorego do znieczulenia: ocena stanu zdrowia, premedykacja. c. Najczęstsze powikłania po znieczuleniu: zaburzenia czynności układu oddechowego, zaburzenia czynności układu krążenia, nudności i wymioty. d. Opieka pielęgniarska nad chorym po znieczuleniu. e. Ból pooperacyjny: przyczyny, próg bólowy – czynniki obniżające i podwyższające próg bólowy: <ul style="list-style-type: none"> • ocena natężenia bólu (skala opisowa, ocena siły bólu według Laitinena, Faces Pain Scale, skala wzrokowo-analogowa z ang. Visual Analogue Scor – VAS, skala słowna Verbal Rating Scale – VRS). f. Leczenie farmakologiczne bólu: <ul style="list-style-type: none"> • schemat dawkowania leków przeciwbólowych: podawanie leków w sposób systematyczny, analgezja sterowana przez pacjenta (PCA);
---------------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> • metody leczenia bólu pooperacyjnego farmakologiczne: nieopiodowe, opioidy, miejscowo znieczulające. <p>3. Przeszczepy narządów (3 godz.)</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Podstawy prawne transplantologii w Polsce. b. Rodzaje przeszczepów: autologiczny – autogenny, izogeniczny, allogeniczny, ksenogeniczny – heterogeniczny, alloplastyka. c. Przeszczepy ex mortuo i ex vivo. d. Przygotowanie dawcy i biorecy do przeszczepu narządów. e. Opieka nad chorym po przeszczepie: <ul style="list-style-type: none"> • odrzucenie przeszczepu i leczenie immunosupresyjne. f. Problemy psychospołeczne chorych po przeszczepie narządu. <p>4. Pacjent w wieku podeszłym w okresie okołoperacyjnym (5 godz.)</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Specyfika chirurgii wieku podeszłego. b. Specyfika patologii w geriatrici. c. Odmienność farmakoterapii geriatricznej: <ul style="list-style-type: none"> • wpływ procesu starzenia się na farmakokinetykę i farmakodynamikę; • farmakoterapia wielu schorzeń. d. Choroby chirurgiczne typowe dla wieku podeszłego: <ul style="list-style-type: none"> • miażdżyca; • nowotwory; • osteoporoza; • przepukliny; • przerost gruczołu krokowego; • choroby przewodu pokarmowego – choroby dróg żółciowych i trzustki, niedrożność przewodu pokarmowego, krwawienie do przewodu pokarmowego, wrzód żołądka i dwunastnicy; • Odleżyny. e. Ocena stanu zdrowia i opieka przedoperacyjna – odrębność objawów chorobowych. f. Opieka nad chorym w wieku podeszłym w okresie pooperacyjnym. <p>5. Rany i zakażenia w chirurgii (10 godz.)</p>
--	--

	<ol style="list-style-type: none"> a. Podział ran w zależności od stopnia czystości. b. Podział ran w zależności od mechanizmu uszkodzenia. c. Odleżyna: <ul style="list-style-type: none"> • definicja i czynniki ryzyka rozwoju odleżyn; • skale oceny ryzyka i działania profilaktyczne; • klasyfikacje oceny rany (Klasyfikacja National Pressure Ulcer Advisory Panel – NPUAP, Torrance’a, Campbell, Enisa i Sormiento, Yarkonyego i Kirka); • leczenie miejscowe rany odleżynowej: strategia TIME, zastosowanie wybranych nowoczesnych opatrunków w leczeniu miejscowym rany odleżynowej; • metody chirurgiczne w leczeniu odleżyny; • zalecenia w profilaktyce i leczeniu odleżyn. d. Pielęgnowanie pacjenta z raną w przebiegu choroby nowotworowej: <ul style="list-style-type: none"> • 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); • problemy terapeutyczne w leczeniu rany nowotworowej: dolegliwości somatyczne, problemy psychosocjalne; • leczenie miejscowe rany w przebiegu choroby nowotworowej. e. Rana pooperacyjna w klasyfikacji zależnej od stopnia czystości: czyste, czyste-skażone, skażone, brudne. f. Objawy zakażenia rany pooperacyjnej. g. Zapobieganie i postępowanie w zakażeniach chirurgicznych. h. Fazy gojenia się ran. i. Czynniki wpływające na zaburzenie procesu gojenia się rany (czynniki ogólnoustrojowe, czynniki miejscowe). j. Stosowanie nowoczesnych opatrunków w zależności od fazy gojenia się rany: faza oczyszczania rany (faza zapalna/wysiękowa), faza ziarninowania, faza epitelizacji. k. Nowoczesne metody wykorzystywane w leczeniu ran przewlekłych (np.: opatrunki nowej generacji, zastosowanie mieszaniny tlenowo-ozonowej, terapia podciśnieniem, terapia tlenem w komorze hiperbarycznej, biochirurgia, sonoterapia). l. Kompetencje pielęgniarki w leczeniu ran.
--	---

<p>Wykaz literatury podstawowej i uzupełniającej, obowiązującej do zaliczenia danego modułu</p>	<p>Literatura podstawowa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fibak J. (red.): <i>Chirurgia. Podręcznik dla studentów</i>. PZWL, Warszawa 2006 2. Szewczyk M., Jawień A. (red.): <i>Leczenie ran przewlekłych</i>. PZWL, Warszawa 2012 3. Walewska E. (red.): <i>Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego</i>. PZWL, Warszawa 2012 <p>Literatura uzupełniająca:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wołowicka L., Dyk D. (red.): <i>Anestezjologia i intensywne opieka. Klinika i pielęgniarstwo. Podręcznik dla studiów medycznych</i>. PZWL, Warszawa 2014 2. Czasopismo „Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne”. Wyd. Termedia. 3. Wieczorowska-Tobis K., Talarska D.: <i>Geriatryka i pielęgniarstwo geriatryczne</i>. PZWL, Warszawa 2008
<p>Wymiar, zasady i forma odbywania staży, w przypadku, gdy program kształcenia przewiduje</p>	<p>Wymiar zajęć stażowych – 21 godz. Miejsce odbywania stażu – oddział chirurgii ogólnej i sala opatrunkowa.</p>



5.2. MODUŁ II

Nazwa modułu	PIELĘGNOWANIE PACJENTA W ODDZIALE CHIRURGII OGÓLNEJ
Cel kształcenia	Celem modułu jest przygotowanie pielęgniarki do sprawowania profesjonalnej opieki nad chorymi ze schorzeniami narządów jamy brzusznej, gruczołów wydzielania wewnętrznego i gruczołu piersiowego leczonych chirurgicznie.
Efekty kształcenia dla modułu	<p>W wyniku kształcenia uczestnik kursu:</p> <p>W zakresie wiedzy:</p> <p>W15. omawia etiopatogenezę chorób układu pokarmowego/gruczołów wydzielania wewnętrznego;</p> <p>W16. charakteryzuje profesjonalną opiekę pielęgniarską nad chorym w chorobach układu pokarmowego/gruczołów wydzielania wewnętrznego;</p> <p>W17. charakteryzuje grupę chorób układu pokarmowego leczonych w trybie planowym i leczonych w trybie pilnym;</p> <p>W18. charakteryzuje grupę chorób układu pokarmowego przebiegających z objawami krwawienia do przewodu pokarmowego;</p> <p>W19. charakteryzuje opiekę okołoperacyjną nad chorym z chorobą układu pokarmowego leczonym operacyjnie w trybie planowym i trybie pilnym;</p> <p>W20. omawia problemy w opiece nad chorym z wylonioną stonią jelitową;</p> <p>W21. omawia czynniki ryzyka, objawy kliniczne i zasady leczenia chirurgicznego w chorobach gruczołów wydzielania wewnętrznego;</p> <p>W22. przedstawia działania zapobiegające powikłaniom pooperacyjnym u pacjentów ze schorzeniami układu pokarmowego/gruczołów wydzielania wewnętrznego;</p> <p>W23. omawia czynniki ryzyka, objawy i zasady postępowania w chorobach gruczołu piersiowego;</p> <p>W24. charakteryzuje profilaktykę choroby nowotworowej piersi;</p> <p>W25. przedstawia metody usprawniania fizycznego i psychicznego pacjentów po leczeniu operacyjnym z powodu nowotworu.</p> <p>W zakresie umiejętności potrafi:</p> <p>U12. przygotować pacjenta do badań diagnostycznych wykonywanych w schorzeniach układu pokarmowego, gruczołów wydzielania wewnętrznego, gruczołu piersiowego oraz sprawuje opiekę po badaniu;</p> <p>U13. interpretować podstawowe wyniki badań laboratoryjnych krwi i moczu wykonywanych w schorzeniach układu pokarmowego, gruczołów wydzielania wewnętrznego, gruczołu piersiowego;</p>

	<p>U14. wykonać badanie fizykalne umożliwiające wczesne wykrycie chorób gruczołu piersiowego;</p> <p>U15. przygotować pacjentów ze schorzeniami: układu pokarmowego, gruczołów wydzielania wewnętrznego, do leczenia operacyjnego w trybie pilnym i planowym;</p> <p>U16. przygotować pacjenta ze schorzeniem gruczołu piersiowego do leczenia operacyjnego;</p> <p>U17. formułować diagnozę pielęgniarską, określić cele, planować i realizować interwencje w odniesieniu do pacjentów ze schorzeniami: układu pokarmowego, gruczołów wydzielania wewnętrznego, leczonych operacyjnie w trybie pilnym i planowym;</p> <p>U18. formułować diagnozę pielęgniarską, określić cele, planować i realizować interwencje w odniesieniu do pacjenta ze schorzeniem gruczołu piersiowego leczonego operacyjnie;</p> <p>U19. podejmować działania zapobiegające powikłaniom pooperacyjnym wczesnym i późnym w odniesieniu do pacjentów ze schorzeniami: układu pokarmowego, gruczołów wydzielania wewnętrznego, gruczołu piersiowego;</p> <p>U20. podejmować działania pielęgnacyjne u pacjentów z drenazem, zgłębnikiem dożołądkowym, zgłębnikiem DOJELITOWYM, gastrostomią;</p> <p>U21. wyznaczyć miejsce wyłonienia stomii jelitowej;</p> <p>U22. formułować diagnozę pielęgniarską, określić cele, planować i realizować interwencje w odniesieniu do pacjenta z wyłonioną stomią jelitową;</p> <p>U23. planować i realizować edukację zdrowotną pacjentów i ich rodzin w zakresie samopielęgnacji oraz funkcjonowania w zmienionych warunkach zdrowotnych, wynikających z następstw choroby i metod leczenia stosowanych w schorzeniach przewodu pokarmowego, gruczołów wydzielania wewnętrznego, gruczołu piersiowego.</p> <p>W zakresie kompetencji społecznych:</p> <p>K1. ponosi odpowiedzialność za bezpieczeństwo własne i osób znajdujących się pod jego opieką;</p> <p>K2. okazuje szacunek pacjentowi/jego rodzinie i zrozumienie dla różnic światopoglądowych oraz kulturowych, przestrzega praw pacjenta i tajemnicy zawodowej;</p> <p>K3. przestrzega zasad etyki zawodowej w relacji z pacjentem, jego rodziną i zespołem terapeutycznym;</p> <p>K4. dba o wizerunek własnego zawodu;</p> <p>K5. systematycznie pogłębia wiedzę i umiejętności zawodowe.</p>
--	--

CENTRUM KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

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: <ol style="list-style-type: none"> 1. posiada stopień naukowy co najmniej doktora; 2. posiada tytuł magistra pielęgniarstwa; 3. posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego; 4. posiada specjalizację lekarską w dziedzinie chirurgii (tylko w zakresie zagadnień klinicznych).
Wymagania wstępne	–
Rodzaj i liczba godzin zajęć dydaktycznych wymagających bezpośredniego udziału prowadzącego zajęcia	Wykłady – 37 godz. Staż – 21 godz.
Nakład pracy uczestnika kursu	<p>Udział w zajęciach (godziny kontaktowe): 58 godz.</p> <ul style="list-style-type: none"> • wykłady – 37 godz. • staż – 21 godz. <p>Praca własna uczestnika kursu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • przygotowanie się do zajęć stażowych – 25 godz. • opanowanie materiału wymaganego do zaliczenia modułu – 37 godz. <p>Łącznie nakład pracy uczestnika kursu: 120 godz.</p>
Stosowane metody dydaktyczne	Wykład problemowy, studium przypadku, dyskusja dydaktyczna, zajęcia stażowe.
Stosowane środki dydaktyczne	Rzutnik multimedialny, plansze, tablica, sprzęt do odtwarzania nośników elektronicznych, fantomy.

<p>Metody sprawdzania efektów kształcenia uzyskanych przez uczestnika kursu i warunki zaliczenia modułu</p>	<p>Efekty kształcenia w zakresie wiedzy: Zaliczenie teoretyczne pisemne, czas zaliczenia 30 minut. Test jednokrotnego wyboru składający się z 30 pytań. Kryterium uzyskania oceny pozytywnej jest udzielenie odpowiedzi na 70% pytań egzaminacyjnych. Punktacja za każde pytanie 1 punkt, maks. 30 pkt; min. 21 pkt.</p> <p>Efekty kształcenia w zakresie umiejętności: Kontrola praktyczna – obserwacja pracy uczestnika kursu kwalifikacyjnego, karta stażu z wykazem świadczeń zdrowotnych do zaliczenia.</p> <p>Efekty kształcenia w zakresie kompetencji społecznych: Obserwacja 360 stopni.</p>
<p>Treści modułu kształcenia</p>	<p>1. Choroby przewodu pokarmowego – diagnostyka (2 godz.)</p> <p>a. Wywiad pielęgniarski (dolegliwości bólowe, obecność gorączki, zgagi, trudności w połykaniu, zaburzenia łaknienia, obecność wymiotów, krwi w wydzielinach, krwawienia z odbytu, zaburzenia podczas defekacji, żółtaczką, zmiany masy ciała) i badanie przedmiotowe w chorobach układu pokarmowego.</p> <p>b. Przygotowanie chorego do badań diagnostycznych w schorzeniach przewodu pokarmowego:</p> <ul style="list-style-type: none"> • biochemicznych (w tym markerów nowotworowych (CEA, CA-19,9 SCC-RA); • radiologicznych; • sonograficznych i tomografii komputerowej; • kontrastowych dróg żółciowych (endoskopowa cholangiopankreatografia wsteczna (ECPW lub ERCP), cholangiografii przezskórnej (PTC); • naczyniowych; • radioizotopowych; • endoskopowych; • biopsji i badań cytologicznych; • punkcji jamy brzusznej. <p>2. Choroby przewodu pokarmowego leczone w trybie pilnym (9 godz.)</p> <p>a. Ostre zapalenie wyrostka robaczkowego:</p> <ul style="list-style-type: none"> • etiologia; • objawy (triada objawów);

	<ul style="list-style-type: none"> • operacja – metoda klasyczna lub laparoskopowa; • postępowanie w przypadku powikłań (ropień okołowyrostkowy). <p>b. Ostre choroby pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych:</p> <ul style="list-style-type: none"> • etiologia; • objawy (kolka wątrobowa (objaw Chełmońskiego); triada Charcota; różnicowanie żółtaczek: żółtaczka mechaniczna, miąższowa, hemolityczna); • leczenie operacyjne (cholecystektomia); • endoskopowa cholangiopankteatografia wsteczna (ECPW). <p>c. Zapalenie otrzewnej:</p> <ul style="list-style-type: none"> • patofizjologia (tlenowa i beztlenowa flora bakteryjna); • klasyfikacja zapalenia otrzewnej (ograniczone, rozlane, chemiczne, bakteryjne); • objawy (ból brzucha o zróżnicowanym charakterze; objaw Blumberga; wstrząs oligowolemiczny i/lub septyczny; zespół niewydolności oddechowej – MODS); • zasady postępowania (zachowawcze; operacyjne (usunięcie pierwotnej przyczyny zapalenia otrzewnej); laparoscopia/laparotomia). <p>d. Ostre zapalenie trzustki:</p> <ul style="list-style-type: none"> • patofizjologia (dysfunkcja narządu w wyniku czynników mechanicznych, toksycznych, metabolicznych, infekcyjnych, naczyniowych, genetycznych i idiopatycznych); • objawy (ze strony układu pokarmowego; otrzewnowe, objaw Blumberga; emocjonalne; objaw Cullena, Turnera; charakterystyczne dla wstrząsu); • zasady postępowania (leczenie farmakologiczne; metoda otwartego brzucha „open abdomen”; operacyjne (nekrozektomia); drenaż: zaotrzewnowy, przezskórny, endoskopowy). <p>e. Niedrożność mechaniczna jelit:</p> <ul style="list-style-type: none"> • patofizjologia (zahamowanie pasażu jelitowego w wyniku przeszkody na odcinku jelita cienkiego lub grubego); • objawy (zróżnicowane w zależności od odcinka jelita objętego niedrożnością; otrzewnowe); • zasady postępowania (zachowawcze, zgłębnik Millera-Abbota; endoskopowe metody udrożnienia jelita; operacyjne). <p>f. Krwawienia do górnego i dolnego odcinka przewodu pokarmowego:</p>
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • patofizjologia (zmiany chorobowe w przewodzie pokarmowym); • objawy (krwiste lub fusowate wymioty; smolisty/krwisty stolec; charakterystyczne dla wstrząsu); • zasady postępowania (zachowawcze; endoskopowe – metody termiczne elektrokoagulacja, termokoagulacja, koagulacja laserem; metody nietermiczne – ostrzykiwanie endoskopowe, zakładanie klipsów; zabieg operacyjny – resekcja części żołądka i dwunastnicy/wagotomia). <p>3. Przewlekłe choroby przewodu pokarmowego (9 godz.)</p> <p>a. Choroba Leśniowskiego-Crohna:</p> <ul style="list-style-type: none"> • patofizjologia (zmiany zapalne o charakterze odcinkowym); • objawy (dolegliwości bólowe; charakterystyczne dla przewodu pokarmowego; zależne od charakteru powikłań); • zasady postępowania (farmakologiczne; endoskopowe (drenaż); operacyjne: fistulotomia, plastyka, zastosowanie kleju tkankowego, zabiegi ograniczone do usuwania zwężeń, stomia jelitowa). <p>b. Wrzodziejące zapalenie jelita grubego:</p> <ul style="list-style-type: none"> • patofizjologia (zmiany zapalne w zakresie błony śluzowej i warstwy podśluzowej); • objawy (charakterystyczne dla przewodu pokarmowego; związane z wystąpieniem powikłań: przedziurawienie okrężnicy, marskość wątroby, zapalenie stawów, przetoki okołodbytnicze, ogólne wyniszczenie, rak okrężnicy, ostre toksyczne rozszerzenie okrężnicy – megacolon toxicum); • zasady postępowania (farmakologiczne; operacyjne: proktokolektomia odtwórcza, ileostomia). <p>c. Rak przelyku:</p> <ul style="list-style-type: none"> • patofizjologia (sekwencja zmian dysplastycznych); • objawy (uzależnione od stopnia zaawansowania raka); • zasady postępowania (chirurgiczne: wycięcie, zespolenia, protezy, gastrostomia; chemioterapia, radioterapia). <p>d. Rak żołądka:</p> <ul style="list-style-type: none"> • patofizjologia (stany przedrakowe: polipy, wrzód żołądka, nieżyt zanikowy błony śluzowej z niedokrwistością Biermera, ogniska metaplazji i dysplazji); • objawy i klasyfikacja (typ jelitowy/rozlany); • zasady postępowania (endoskopowe (zastosowanie lasera, terapia fotodynamiczna, koagulacja argonowa);
--	--

	<p>operacyjne (całkowite wycięcie żołądka, subtotalna gastrektomia z węzłami chłonnymi, zespolenie przełyku z jelitem, zbiornik jelitowy); zabieg udrażniający (ominięcie niedrożnego odcinka); leczenie uzupełniające – chemioterapia).</p> <p>e. Rak jelita grubego:</p> <ul style="list-style-type: none"> • patofizjologia (udział czynników epidemiologicznych, jelitowych, dietetycznych i mieszanych; stany przedrakowe: polipy, rodzinna polipowatość, wrzodziejące zapalenie jelita grubego); • objawy i klasyfikacja zaawansowania raka jelita grubego wg Dukeasa; • zasady postępowania (leczenie operacyjne: hemikolektomia, metodą Hartmanna, kolostomia; leczenie uzupełniające radioterapia/chemioterapia). <p>4. Opieka nad chorym z chorobami przewodu pokarmowego w okresie okołoperacyjnym (2 godz.):</p> <ul style="list-style-type: none"> • monitorowanie stanu ogólnego pacjenta; • przygotowanie chorego do zabiegu operacyjnego (psychiczne i fizyczne) zgodnie z przyjętymi zasadami; • ocena podstawowych parametrów (stan świadomości, ciśnienie tętnicze, oddech, tętno, temperatura); • prowadzenie i kontrola bilansu wodno-elektrolitowego; • kontrola i ocena rany pooperacyjnej/przeziąkania opatrunku/funkcjonowania drenażu; • kontrola i ocena nasilenia bólu oraz podejmowanie działań przeciwbólowych; • postępowanie żywieniowe, zasady podawania płynów i pokarmów; • zapobieganie powikłaniom pooperacyjnym wczesnym i późnym; • działania usprawniające, pionizacja, nadzór/pomoc w wykonywaniu ćwiczeń oddechowych/usprawniających/ kondycyjnych; • systematyczne badania kontrolne/laboratoryjne po operacji; • edukacja w zakresie zaleceń dietetycznych w warunkach domowych; • prowadzenie dokumentacji, w tym historii pielęgnowania; • edukacja pacjenta/rodziny w zakresie samopielęgnacji i samoopieki w warunkach domowych. <p>5. Choroby gruczołów wydzielania wewnętrznego (10 godz.)</p> <p>a. Etiopatogeneza chorób gruczołów wydzielania wewnętrznego.</p> <p>b. Przygotowanie chorego do badań diagnostycznych w schorzeniach gruczołów wydzielania wewnętrznego:</p> <ul style="list-style-type: none"> • w chorobach tarczycy:
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> – 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); • w chorobach kory nadnerczy: <ul style="list-style-type: none"> – oznaczanie dobowego wydzielania z moczem hormonów kory nadnerczy, – ultrasonografia, – scyntygrafia nadnerczy, – biopsja aspiracyjna cienkoigłowa nadnerczy, – metody obrazujące (tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny). c. Choroby tarczycy – wole guzkowe obojętne, wole naczynne guzkowe, choroba Gravesa-Basedowa, rak tarczycy: <ul style="list-style-type: none"> • patofizjologia (zaburzenia czynnościowe lub strukturalne gruczołu tarczowego); • objawy (duszność wdechowa, świst wdechowy (stridor); objawy związane ze wzmożoną przemianą materii; objawy związane z pobudzeniem układu nerwowego; objawy ze strony układu krążenia; dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego; zaburzenia miesiączkowania; zaburzenia oczne); • zasady postępowania (leczenie zachowawcze; uzyskanie eutyreozy; leczenie operacyjne). d. Choroby kory nadnerczy – Zespół Cushinga, guz chromochłonny nadnerczy: <ul style="list-style-type: none"> • patofizjologia (zaburzenia spowodowane nadmiarem glikokortykosteroidów; nadmierne wydzielaniem amin katecholowych); • objawy (dotyczące wzmożonego katabolizmu białka; wywołane zaburzeniami metabolicznymi; zaburzenia cyklu miesiączkowego; związane z funkcjonowaniem przewodu pokarmowego; rozwój zmian miażdżycowych, powikłania sercowo-naczyniowe; występowanie nadciśnienia tętniczego); • zasady postępowania (wyrównanie parametrów metabolicznych; wyrównanie nadciśnienia tętniczego);
--	--

	<p>operacyjne w celu usunięcia guza).</p> <p>e. Opieka nad chorym z chorobami gruczołów wydzielania wewnętrznego w okresie okołoperacyjnym:</p> <ul style="list-style-type: none"> • wyrównanie chorób współistniejących przed zabiegiem operacyjnym; • rozpoznanie stanu emocjonalnego chorego; • kontrola stanu odżywienia i nawodnienia chorego; • przygotowanie (psychiczne i fizyczne) chorego do zabiegu operacyjnego zgodnie z przyjętymi zasadami; • ocena podstawowych parametrów (stan świadomości, ciśnienie tętnicze, oddech, tętno, temperatura); • tlenoterapia; • prowadzenie/kontrola i ocena bilansu płynów; • kontrola/ocena i postępowanie przeciwbólowe; • ocena rany pooperacyjnej/przeziąkania opatrunku/funkcjonowania drenażu; • zapobieganie powikłaniom pooperacyjnym wczesnym i późnym; • systematyczne badania kontrolne/laboratoryjne po operacji; • edukacja chorego w zakresie postępowania dietetycznego; • nadzór nad okresową lub stałą substytucją hormonalną; • edukacja chorego/jego rodziny w zakresie samopielęgnacji i samoopieki w warunkach domowych. <p>6. Choroby gruczołu piersiowego (5 godz.)</p> <p>a. Zapalenie gruczołu piersiowego:</p> <ul style="list-style-type: none"> • patofizjologia (karmienie piersią, implanty silikonowe piersi); • objawy; • rozpoznanie (wywiad w zakresie ogólnego stanu zdrowia, badanie fizykalne piersi, ultrasonografia); • zasady postępowania (opróżnianie gruczołu piersiowego z zalegającego pokarmu, leczenie przeciwbólowe, przeciwgorączkowe, antybiotykoterapia). <p>b. Ropień gruczołu piersiowego:</p> <ul style="list-style-type: none"> • patofizjologia (infekcja bakteryjna); • objawy; • rozpoznanie (wywiad w zakresie ogólnego stanu zdrowia, badanie fizykalne piersi, ultrasonografia); • zasady postępowania (nacięcie ropnia/sączkowanie, antybiotykoterapia).
--	---

	<p>c. Rak gruczołu piersiowego:</p> <ul style="list-style-type: none"> • patofizjologia (czynniki ryzyka); • objawy; • rozpoznanie (wywiad, badanie przedmiotowe/fizykalne gruczołu piersiowego, ultrasonografia piersi, biopsja cienkoigłowa/gruboigłowa piersi, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, badanie histopatologiczne wycinka pobranego śródoperacyjnie); • 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 postaci raka piersi: rak Pageta, obustronny rak piersi, zapalny rak piersi, rak piersi w czasie ciąży, rak piersi u mężczyzny). <p>d. Opieka nad chorą/chorym ze schorzeniami gruczołu piersiowego w okresie okołoperacyjnym:</p> <ul style="list-style-type: none"> • przygotowanie pacjenta do zabiegu operacyjnego zgodnie z obowiązującymi standardami; • monitorowanie stanu ogólnego pacjenta; • obserwacja opatrunku na ranie pooperacyjnej/ocena przesiąkania/zmiana zgodna z przyjętymi zasadami z zachowaniem aseptyki; • kontrola prawidłowości funkcjonowania drenażu; • podejmowanie i ocena skuteczności działań przeciwbólowych; • pomoc w utrzymaniu higieny ciała; • zapobieganie wystąpieniu obrzęku limfatycznego; • zapobieganie powikłaniom pooperacyjnym wczesnym i późnym; • edukacja pacjenta w zakresie ochrony kończyny; • edukacja pacjenta w zakresie postępowania dietetycznego, konieczność prawidłowego doboru protezy, kontynuowania procesu rehabilitacji fizycznej. <p>e. Profilaktyka chorób gruczołu piersiowego</p>
--	--

<p>Wykaz literatury podstawowej i uzupełniającej, obowiązującej do zaliczenia danego modułu</p>	<p>Literatura obowiązkowa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fibak J. (red.): <i>Chirurgia. Podręcznik dla studentów</i>. PZWL, Warszawa 2006 2. Szewczyk M., Ślusarz R. (red.): <i>Pielęgniarstwo w chirurgii</i>. Wydawnictwo Medyczne Borgis, Warszawa 2006 3. Walewska E. (red.): <i>Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego</i>. PZWL, Warszawa 2012 <p>Literatura uzupełniająca:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Walewska E., Ścisło L. (red.): <i>Procedury pielęgniarские w chirurgii</i>. PZWL, Warszawa 2013 2. Czasopismo: „Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne”. Wyd. Termedia
<p>Wymiar, zasady i forma odbywania staży, w przypadku, gdy program kształcenia przewiduje</p>	<p>Wymiar zajęć stażowych – 21 godz. Miejsce odbywania stażu – klinika/oddział chirurgii ogólnej.</p>



5.3. MODUŁ III

Nazwa modułu	PIELEGNOWANIE PACJENTA W ODDZIALE CHIRURGII URAZOWEJ
Cel kształcenia	Celem modułu jest przygotowanie pielęgniarki do zapewnienia opieki chorym z obrażeniami ciała leczonymi chirurgicznie zgodnie z aktualnie obowiązującymi wytycznymi/standardami/procedurami postępowania oraz do podjęcia działań ratunkowych w stanach zagrożenia zdrowia i życia.
Efekty kształcenia dla modułu	<p>W wyniku kształcenia uczestnik kursu:</p> <p>W zakresie wiedzy:</p> <p>W26. omawia zasady udzielania pierwszej pomocy w obrażeniach ciała;</p> <p>W27. przedstawia zasady oceny stanu świadomości chorego z wykorzystaniem właściwych metod oceny, w tym według skali Glasgow;</p> <p>W28. charakteryzuje zasady przygotowania chorego po urazie głowy, kręgosłupa, klatki piersiowej, kończyn, jamy brzusznej, miednicy do badań diagnostycznych;</p> <p>W29. przedstawia zasady unieruchomienia przy złamaniach kości i zwichnięciach oraz przygotowania chorego do transportu;</p> <p>W30. wymienia zasady zapobiegania zapaleniu płuc, odleżynom, zniekształceniom w stawach u chorych unieruchomionych i z ograniczoną aktywnością ruchową oraz u chorych nieprzytomnych;</p> <p>W31. opisuje zasady pielęgnowania chorego z drenażem jamy opłucnej;</p> <p>W32. przedstawia sposoby oceny stopnia i powierzchni oparzenia;</p> <p>W33. charakteryzuje ranę oparzeniową/odmrozeniową;</p> <p>W34. charakteryzuje profesjonalną opiekę pielęgniarską w urazach termicznych: oparzenia, odmrożenia;</p> <p>W35. wskazuje metody zapobiegania powikłaniom u chorego oparzonego;</p> <p>W36. omawia zasady edukacji chorego i jego rodziny w zakresie: pielęgnacji po oparzeniu skóry, prowadzenia ćwiczeń, zakładania i noszenia garderoby uciskowej;</p> <p>W37. wymienia rodzaje wyciągów, cel i zasady stosowania;</p> <p>W38. charakteryzuje profesjonalną opiekę pielęgniarską nad chorym z opatrunkiem gipsowym i chorym na wyciągu;</p> <p>W39. charakteryzuje profesjonalną opiekę okołoperacyjną nad chorym w chirurgii urazowej i ortopedii;</p> <p>W40. omawia ryzyko wystąpienia powikłań u chorego po zabiegu operacyjnym w chirurgii urazowej i ortopedii, wymienia sposoby zapobiegania im;</p>

	<p>W41. charakteryzuje problemy emocjonalne chorego po urazie i omawia metody psychoterapii elementarnej;</p> <p>W42. omawia zasady przygotowania chorego i jego rodziny do samoopieki w warunkach domowych po urazie i zabiegu ortopedycznym.</p> <p>W zakresie umiejętności potrafi:</p> <p>U24. ocenić stan świadomości chorego z wykorzystaniem właściwych metod oceny, w tym skali Glasgow;</p> <p>U25. przygotować chorego po urazie głowy, kręgosłupa, klatki piersiowej, kończyn, jamy brzusznej, miednicy do badań diagnostycznych;</p> <p>U26. stosować unieruchomienia przy złamaniach kości i zwichnięciach oraz przygotować chorego do transportu;</p> <p>U27. formułować diagnozę pielęgniarstwa, określić cele, planować i realizować interwencje w odniesieniu do pacjenta unieruchomionego, z ograniczoną aktywnością ruchową oraz chorego nieprzytomnego;</p> <p>U28. pielęgnować chorego z drenażem jamy opłucnej;</p> <p>U29. monitorować parametry życiowe pacjenta po urazie mózgowo-czaszkowym;</p> <p>U30. formułować diagnozę pielęgniarstwa, określić cele, planować i realizować interwencje w odniesieniu do pacjenta z raną oparzeniową, raną odmrożeniową;</p> <p>U31. formułować diagnozę pielęgniarstwa, określić cele, planować i realizować interwencje w odniesieniu do pacjenta w chirurgii urazowej i ortopedii;</p> <p>U32. rozpoznać zaburzenia krążenia obwodowego i funkcji nerwów obwodowych u chorego w opatrunku gipsowym lub na wyciągu;</p> <p>U33. ocenić ryzyko powikłań i zapobiegać powikłaniom u chorych w opatrunku gipsowym, na wyciągu i po zabiegu operacyjnym;</p> <p>U34. formułować diagnozę pielęgniarstwa, określić cele, planować i realizować interwencje w odniesieniu do pacjenta po urazie;</p> <p>U35. rozpoznać problemy emocjonalne chorego po urazie i dobrać metody psychoterapii elementarnej;</p> <p>U36. zaplanować i realizować edukację zdrowotną pacjentów i ich rodzin w zakresie samopielęgnacji oraz funkcjonowania w zmienionych warunkach zdrowotnych, wynikających z następstw choroby po urazach i zabiegach ortopedycznych.</p> <p>W zakresie kompetencji społecznych:</p> <p>K1. ponosi odpowiedzialność za bezpieczeństwo własne i osób znajdujących się pod jego opieką;</p>
--	---

CENTRUM KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

	<p>K2. okazuje szacunek pacjentowi/jego rodzinie i zrozumienie dla różnic światopoglądowych oraz kulturowych, przestrzega praw pacjenta i tajemnicy zawodowej;</p> <p>K3. przestrzega zasad etyki zawodowej w relacji z pacjentem, jego rodziną i zespołem terapeutycznym;</p> <p>K4. dba o wizerunek własnego zawodu;</p> <p>K5. systematycznie pogłębia wiedzę i umiejętności zawodowe.</p>
Kwalifikacje osób prowadzących kształcenie	<p>Wykładowcą może być osoba mająca nie mniej niż 5-letni staż zawodowy w przedmiotowej dziedzinie, doświadczenie dydaktyczne oraz spełniająca co najmniej jeden z warunków:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. posiada stopień naukowy co najmniej doktora; 2. posiada tytuł magistra pielęgniarstwa; 3. posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego; 4. posiada specjalizację lekarską w dziedzinie ortopedii, chirurgii urazowej, neurochirurgii, medycyny ratunkowej (tylko w zakresie zagadnień klinicznych).
Wymagania wstępne	–
Rodzaj i liczba godzin zajęć dydaktycznych wymagających bezpośredniego udziału prowadzącego zajęcia	<p>Wykład – 25 godz.</p> <p>Staż – 35 godz.</p>
Nakład pracy uczestnika kursu	<p>Udział w zajęciach (godziny kontaktowe): 60 godz.</p> <ul style="list-style-type: none"> • wykład – 25 godz. • staż – 35 godz. <p>Praca własna uczestnika kursu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • przygotowanie się do zajęć stażowych – 15 godz. • opanowanie materiału wymaganego do zaliczenia modułu – 25 godz. <p>Łącznie nakład pracy uczestnika kursu: 100 godz.</p>
Stosowane metody dydaktyczne	Wykład problemowy, wykład informacyjny, dyskusja dydaktyczna, staż.
Stosowane środki dydaktyczne	Laptop, rzutnik multimedialny, prezenter, tablica, sprzęt do odtwarzania nośników elektronicznych.

<p>Metody sprawdzania efektów kształcenia uzyskanych przez uczestnika kursu i warunki zaliczenia modułu</p>	<p>Efekty kształcenia w zakresie wiedzy Zaliczenie teoretyczne pisemne, czas zaliczenia 30 minut. Test jednokrotnego wyboru składający się z 30 pytań. Kryterium uzyskania pozytywnej oceny jest udzielenie poprawnych odpowiedzi na 70% pytań. Punktacja: za każdą poprawną odpowiedź przyznaje się 1 pkt, maks. 30 pkt; min. 21 pkt.</p> <p>Efekty kształcenia w zakresie umiejętności Kontrola praktyczna – obserwacja pracy uczestnika kursu kwalifikacyjnego, karta stażu z wykazem świadczeń zdrowotnych do zaliczenia.</p> <p>Efekty kształcenia w zakresie kompetencji społecznych Obserwacja 360 stopni.</p>
<p>Treści modułu kształcenia</p>	<p>1. Urazy czaszkowo-mózgowe, kręgosłupa, rdzenia kręgowego (8 godz.)</p> <p>a. Urazy czaszki i mózgu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • objawy (utrata przytomności; zaburzenia świadomości; senność; nudności i wymioty; bóle głowy wskutek zaburzeń naczynioruchowych; niedowłady; niepamięć wsteczna; dezorientacja; nierówność źrenic; drgawki; płynotok uszny, nosowy); • rozpoznanie (wywiad; badanie radiologiczne (RTG czaszki i szyi, tomografia komputerowa głowy i szyi); badania laboratoryjne krwi; niekiedy płynu mózgowo-rdzeniowego pobranego podczas punkcji lędźwiowej); • postępowanie w urazach czaszki i mózgu: <ul style="list-style-type: none"> – ocena stanu poszkodowanego, w tym ocena stanu świadomości; – założenie kołnierza usztywniającego kręgosłup szyjny; – ułożenie poszkodowanego; – dokładne badanie fizykalne; – ocena oddechu, tętna, ciśnienia tętniczego; – założenie opatrunku na ranę otwartą; – wezwanie pogotowia ratunkowego i przewiezienie pacjenta do szpitala. <p>b. Urazy kręgosłupa i rdzenia kręgowego:</p> <ul style="list-style-type: none"> • objawy złamania kręgosłupa i rdzenia kręgowego (ból; bolesność wyrostków kościastych;

	<p>zniekształcenie kręgosłupa (nienaturalne wybrzuszenie, zniekształcenie krzywizn kręgosłupa); ograniczenie ruchomości kręgosłupa, np. przymusowe ustawienie głowy; możliwość wystąpienia zaburzeń oddychania; wystąpienie tzw. wstrząsu rdzeniowego; niedowład lub porażenie kończyn; porażenie pęcherza moczowego, tzw. pęcherz neurogeny; porażenie zwieracza odbytu);</p> <ul style="list-style-type: none"> • rozpoznanie w urazach kręgosłupa i rdzenia kręgowego (wywiad; ocena ruchomości kończyn dolnych, kończyn górnych i palców, mięśni międzyżebrowych; ocena granic zaburzeń czucia itp.; badania obrazowe; badania laboratoryjne); • postępowanie: <ul style="list-style-type: none"> – unieruchomienie głowy i szyi oraz tułowia, – ocena funkcji życiowych – oddech, tętno, ciśnienie tętnicze, – udrożnienie dróg oddechowych poprzez wysunięcie żuchwy, – prowadzenie resuscytacji krążeniowo-oddechowej, – pozycja ułożeniowa (ułożenie pacjenta w pozycji płaskiej), – transport pacjenta. <p>c. Opieka pielęgniarstwa nad chorym z urazem czaszki, mózgu i kręgosłupa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • monitorowanie podstawowych funkcji życiowych chorego (ciśnienie tętnicze i tętno, oddech, temperatura ciała, szerokość źrenic, diureza godzinowa, stan świadomości); • ułożenie pacjenta w pozycji płaskiej pod kątem 30°, zapewnienie pacjentowi bezpieczeństwa; • obserwacja w kierunku objawów neurologicznych (napad drgawek, porażenia świadczące o ogniskowym uszkodzeniu mózgu); • złagodzenie objawów w przypadku wystąpienia nudności i wymiotów; • podawanie pacjentowi zleconych leków i płynów infuzyjnych (np. leków przeciwobrzękowych – 20% Mannitol, Furosemid); • prowadzenie bilansu płynów; uzupełnienie zaburzeń wodno-elektrolitowych; • ocena bólu i podawanie leków przeciwbólowych; • zasady zakładania sondy do żołądka; • ciągła obserwacja pacjenta pod kątem wykrycia wczesnych powikłań (wstrząśnienie mózgu,
--	---

	<p>wzrost ciśnienia śródczaszkowego, narastający krwiał mózgu);</p> <ul style="list-style-type: none"> • przygotowanie fizyczne pacjenta do zabiegu operacyjnego w przypadku nasilenia się objawów kwalifikujących pacjenta do zabiegu (oczyszczenie przewodu pokarmowego, ogolenie głowy); • wyjaśnienie pacjentowi konieczności zastosowania leczenia spoczynkowego (leżenie w łóżku); • zapewnienie choremu pomocy przy samodzielnej pielęgnacji pooperacyjnej (towarzyszenie przy zmianie pozycji w łóżku, nadzorowanie gimnastyki oddechowej i ćwiczeń ruchowych, uczestniczenie w pionizacji chorego, pomoc w wykonywaniu toalety ciała, zapewnienie spokoju i ciszy); • obserwacja pacjenta w kierunku wystąpienia powikłań pooperacyjnych (wyciek płynu mózgowo-rdzeniowego z nosa, krwiał, zakażenie); • ocena odżywienia chorego, uzupełnienie niedoborów; • regulacja wypróżnień; • dokumentowanie działań pielęgniarstwa. <p>d. Opieka pielęgniarska nad chorym z wyciągiem czaszkowym:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cel stosowania wyciągu oraz ograniczenia chorego; • poinformowanie chorego o konieczności stosowania wyciągu; • sprawdzanie prawidłowości działania wyciągu; zakaz zwalniania wyciągu oraz dokonywania jego modyfikacji; • ułożenie chorego w sali ogólnej, nieizolowanie chorego; • zachowanie zasad aseptyki w miejscach założenia klamer; • zapewnienie choremu wygody; • codzienna toaleta ciała, higiena skóry; • zapobieganie powikłaniom, obserwacja chorego (obrzęk, zaczerwienienie, zasinienie skóry). <p>2. Urazy klatki piersiowej, brzucha i miednicy (5 godz.)</p> <p>a. Urazy klatki piersiowej:</p> <ul style="list-style-type: none"> • objawy (silny ból; objawy niewydolności oddechowej (spłycenie oddechu, duszność); rana klatki piersiowej; objawy złamania żeber; krwawienie do jamy opłucnowej (ból w klatce piersiowej, duszność, uczucie niepokoju, tachykardia, hipotonia tętnicza, objawy wstrząsu hipowolemicznego); odma opłucnowa); • rozpoznanie (wywiad; badanie fizykalne; badania laboratoryjne (badanie gazometryczne,
--	--

	<p>elektrolity, morfologia); badania obrazowe (RTG przeglądowe klatki piersiowej w pozycji przednio-tylnej i bocznej, tomografia komputerowa, ultrasonografia); badanie EKG; badania wentylacji płuc; badanie spirometryczne; ocena prężności gazów we krwi tętniczej; drenaż jamy opłucnej; bronchoskopia);</p> <ul style="list-style-type: none"> • zasady postępowania w urazach klatki piersiowej: <ul style="list-style-type: none"> – monitorowanie stanu chorego, – postępowanie przeciwbólowe (stosowanie leków przeciwbólowych, blokada międzyżebrowa lekami miejscowo znieczulającymi, blokada śródopłucnowa, analgezja zewnątrzoponowa, analgezja podpajeczynówkowa), – leczenie usprawniające i intensywne rehabilitacja oddechowa (stosowanie ćwiczeń oddechowych zwiększających ruchomość klatki piersiowej, przepony i mięśni oddechowych, ewakuacja wydzieliny z drzewa oskrzelowego, tlenoterapia), – punkcja diagnostyczno-lecznicza, – założenie drenażu do jamy opłucnowej. <p>b. Opieka pielęgniarska nad chorym z urazem klatki piersiowej:</p> <ul style="list-style-type: none"> • kontrola świadomości chorego; • monitorowanie parametrów życiowych (tętno, oddechy, ciśnienie tętnicze krwi, obserwowanie zabarwienia powłok skórnych, diurezy, barwy skóry i błon śluzowych, temperatury ciała); • założenie wkłucia dożylnego, w razie konieczności założenie wkłucia do żyły podobojczykowej (wkłucie centralne); • pobieranie krwi do badań; • prowadzenie karty obserwacyjnej i bilansu płynów; uzupełnienie niedoborów wodno-elektrolitowych; • podawanie leków przeciwbólowych, nie zaleca się podawania leków przeciwkaszlowych; • prowadzenie gimnastyki oddechowej i profilaktyki przeciwodleżynowej; • asystowanie w wykonaniu czynności zabiegowych przez lekarza (zakładanie drenu do klatki piersiowej, zakładanie blokad przeciwbólowych); • podanie tlenu przez cewnik lub maskę (duszność, niskie wskazania saturacji); • zabezpieczenie i obserwacja drenażu założonego do jamy opłucnej i opatrunków wokół drenu,
--	--

	<p>kontrolowanie siły ssania;</p> <ul style="list-style-type: none"> • zmiana opatrunków wokół wyprowadzenia drenów; • współdziałanie w farmakoterapii i przygotowanie chorego do ewentualnego zabiegu operacyjnego; • dokładne zapisywanie ilości drenowanego płynu w ciągu doby; • usprawnianie układu oddechowego, metody poprawy wentylacji płuc (ćwiczenia oddechowe, wysokie ułożenie pacjenta z okresową tlenoterapią, efektywny kaszel, inhalacje, drenaż ułożeniowy); • zapobieganie powikłaniom (prowadzenie gimnastyki oddechowej, ćwiczeń rehabilitacyjnych, stosowanie profilaktyki przeciwoleżynowej i przeciwzkrzepowej); • monitorowanie stanu odżywiania; stosowanie diety bogatobłonnikowej. <p>c. Drenaż jamy opłucnej:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cel założenia drenażu jamy opłucnowej (diagnostyczny, leczniczy); • wskazania do zabiegu (obecność płynu przesiękowego w jamie opłucnej, odma samoistna, zwłaszcza wentylacyjna, ropniak opłucnej); • przeciwwskazania do założenia drenażu (zaburzenia krzepnięcia, brak współpracy z chorym, zakażenie ściany klatki piersiowej, bardzo mała objętość płynu, ropień płuca, zgorzel płuca); • przygotowanie pacjenta do założenia drenażu (poinformowanie pacjenta o sposobie zachowania się w czasie zakładania drenażu, poinformowanie o konieczności oddania moczu przed zabiegiem, podanie (na zlecenie lekarza) środka przeciwkaszlowego, pomoc w przyjęciu prawidłowej pozycji, poinformowanie pacjenta o konieczności pozostania w łóżku po zabiegu w pozycji wysokiej lub półwysokiej (zgodnie z zaleceniami lekarza), zabieg należy wykonywać w gabinecie zabiegowym wyposażonym w niezbędny sprzęt: aparat EKG, dostęp tlenu, zestaw do ssania, leki); • zasady opieki nad chorym z drenażem jamy opłucnej: <ul style="list-style-type: none"> – okresowa kontrola szczelności połączeń układu drenującego, – zabezpieczenie butli przed przypadkowym uszkodzeniem, konieczność posiadania dodatkowych zestawów drenażowych, – nie wolno unosić butli ponad poziom klatki piersiowej, zakaz przechylania butli na bok, – umieszczenie zestawu drenażowego około 1 metr poniżej poziomu klatki piersiowej, – edukacja chorego, jak zachować się w sytuacji stłuczenia butli lub rozłączenia układu drenującego,
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> – kontrola ewentualnego przecieku powietrza, – kontrola ilości i jakości drenowanego płynu z adnotacją w dokumentacji chorego, – wymiana butli i zastawu raz na dobę, – wskazania do usunięcia drenu z jamy opłucnowej (rozprężenie płuca, brak przecieku powietrza i drenaż płynu mniejszy niż 100 ml na dobę), – usuwanie drenu na szczycie głębokiego wdechu; po podaniu środka przeciwbólowego, – wykonanie kontrolnego RTG klatki piersiowej po usunięciu drenu i osłuchanie płuc. <p>d. Urazy brzucha:</p> <ul style="list-style-type: none"> • objawy (ból jamy brzusznej; objawy niedrożności (nudności, wymioty, zatrzymanie gazów i stolca)); • rozpoznanie (wywiad; badanie fizykalne; badania laboratoryjne (morfologia, biochemia krwi, oznaczenie grupy krwi, układ krzepnięcia, badanie ogólne moczu); badania obrazowe (zdjęcie przeglądowe jamy brzusznej, RTG klatki piersiowej, USG, tomografia komputerowa); diagnostyczna punkcja i płukanie jamy brzusznej (technika punkcji i płukania otrzewnej); jeżeli są wskazania to: urografia, cystografia); • zasady postępowania w urazach brzucha (wstępna ocena chorego z urazem jamy brzusznej – uraz brzucha i miednicy należy podejrzewać u każdego chorego po wypadku komunikacyjnym, po upadku z wysokości, z urazem dolnej części klatki piersiowej lub raną klatki piersiowej, okolicy lędźwiowej i krocza, u wszystkich chorych z mnogimi obrażeniami ciała, u osoby w stanie wstrząsu pourazowego, u osób nieprzytomnych w wyniku urazów, w stanie ciężkiego upojenia alkoholowego, u ofiar brutalnego pobicia, zbiorowego gwałtu); • leczenie zachowawcze (stabilizacja hemodynamiczna chorego; zwalczanie ewentualnych zakażeń; leczenie bólu; wczesna i prowadzona kompleksowo rehabilitacja); • leczenie operacyjne: <ul style="list-style-type: none"> – laparotomia zwiadowcza – wskazania (objawy otrzewnowe w badaniu przedmiotowym oraz całkowity brak perystaltyki, wstrząs bez wyjaśnionej przyczyny, wolny gaz w jamie otrzewnej na zdjęciach RTG, krwawienie do górnego lub z dolnego odcinka przewodu pokarmowego, przerwanie ciągłości dróg moczowych, znaczne uszkodzenie jamy brzusznej, uraz przenikający, każda rana postrzałowa brzucha), – laparoscopia – wskazania (pogłębienie diagnostyki, opanowanie krwawienia, zaopatrzenie niewielkiego uszkodzenia narządów). <p>e. Opieka pielęgniarska nad chorym z urazem brzucha:</p>
--	--

- wnikliwa obserwacja chorego, zwrócenie szczególnej uwagi na jamę brzuszną chorego (nasilenie bólu brzucha, jego lokalizacja, promieniowanie bólu, ułożenie pacjenta, kaszel);
- kontrola świadomości chorego;
- monitorowanie podstawowych funkcji życiowych chorego (ciśnienie tętnicze, tętno, oddech, diureza, barwa skóry, tzw. powrót kapilarny, temperatura ciała);
- założenie wkłucia dożylnego – szeroka kaniula lub dwa wkłucia na obydwu kończynach górnych, w razie konieczności założenie wkłucia do żyły podobojczykowej (wkłucie centralne); podawanie płynów infuzyjnych – krystaloidów i jeżeli jest taka potrzeba, to również koloidów);
- obserwacja w kierunku niepokojących objawów (powiększanie się obwodu brzucha, obecność krwi w odbycie lub oddanie krwistego stolca, pojawienie się krwi w drogach rodnych kobiety, zgłaszanie przez chorego uczucia silnego parcia na mocz lub stolec);
- przygotowanie pacjenta do badań diagnostycznych;
- podaż choremu tlenu przez cewnik lub przez maskę (duszność, niskie wskazania saturacji);
- w przypadku wstrząsu hipowolemicznego wdrożenie leków działających inotropowo (np. dopamina, dobutamina);
- uzupełnienie niedoborów wodno-elektrolitowych, podawanie leków przeciwbólowych (opiodów i/lub niesterydowych leków przeciwzapalnych) po pełnej diagnostyce chorego;
- podawanie leków przeciwkaszlowych;
- stała kontrola bólu;
- założenie sondy do żołądka w celu ewakuacji zalegającej w nim treści;
- prowadzenie gimnastyki oddechowej i profilaktyki przeciwodleżynowej;
- asystowanie w wykonaniu czynności zabiegowych przez lekarza (punkcja i płukanie jamy brzusznej);
- zabezpieczenie i obserwacja drenażu założonego do jamy brzusznej, opatrunków wokół drenu;
- obserwacja pacjenta w celu wczesnego wykrycia objawów świadczących o rozwijających się powikłaniach (wstrząs krwotoczny, uszkodzenie jelit, uszkodzenie pęcherza moczowego w wyniku doznanego urazu);
- przygotowanie chorego do ewentualnego zabiegu operacyjnego w trybie pilnym (udzielenie pacjentowi stosownych wyjaśnień, przygotowanie pola operacyjnego, podanie zleconych przez anestezjologa leków i płynów infuzyjnych przed zabiegiem, transport pacjenta do bloku operacyjnego);

	<ul style="list-style-type: none"> • dokumentacja – dokumentować należy wszystkie pomiary, podawane leki i płyny infuzyjne, dokładnie opisywać stan pacjenta, wskazując na progresję lub regresję stanu chorego. <p>f. Urazy miednicy:</p> <ul style="list-style-type: none"> • objawy (ból); • rozpoznanie (wywiad; badanie fizykalne; badania laboratoryjne (morfologia, biochemia krwi, oznaczenie grupy krwi, układ krzepnięcia, badanie ogólne moczu); badania obrazowe (RTG miednicy w projekcji przednio-tylnej, tomografia komputerowa miednicy, ultrasonografia narządów miednicy)); • zasady postępowania (monitorowanie stanu chorego; postępowanie przeciwbólowe; leczenie zachowawcze (leczenie spoczynkowe, nastawienie kończyny w przypadku zwichnięcia stawu biodrowego, założenie opatrunku gipsowego); leczenie czynnościowe (odciążenie uszkodzonego stawu biodrowego przez założenie wyciągu nadkostkowego i szybkie wdrożenie usprawniania na szynie rehabilitacyjnej); leczenie operacyjne (anatomiczne nastawienie przemieszczonych odłamów, stabilne zespolenie zewnętrzne lub wewnętrzne, laparotomia w przypadku uszkodzenia pęcherza moczowego). <p>g. Opieka pielęgniarska nad chorym z urazem miednicy:</p> <ul style="list-style-type: none"> • kontrola świadomości chorego; • monitorowanie podstawowych funkcji życiowych chorego (ciśnienie tętnicze, tętno, oddech, diureza, barwa skóry, tzw. powrót kapilarny, temperatura ciała); • ułożenie chorego w łóżku ortopedycznym; • założenie wkłucia żylnego obwodowego lub wkłucia do żyły centralnej; podaż zleconych leków i płynów infuzyjnych; • w przypadku wstrząsu hipowolemicznego wdrożenie leków działających inotropowo (np. dopamina, dobutamina); • farmakologiczna profilaktyka przeciwzakrzepowa (podanie heparyny drobnocząsteczkowej i nauka pacjenta lub jego rodziny samodzielnego podawania leku – konieczność stosowania w okresie późniejszym w domu); • podaż choremu tlenu przez cewnik lub przez maskę (duszność, niskie wskazania saturacji); • stała kontrola bólu i systematyczne podawanie leków przeciwbólowych po pełnej diagnostyce chorego we wczesnym okresie pourazowym (analgetyki opioidowe i/lub niesterydowe leki przeciwzapalne);
--	---

	<ul style="list-style-type: none">• pomoc w czynnościach higienicznych (toaleta, kąpiel ciała);• profilaktyka przeciwoleżynowa u pacjentów unieruchomionych w łóżku;• obserwacja pacjenta w celu wczesnego wykrycia objawów świadczących o rozwijających się powikłaniach (zaburzenia hemodynamiczne, uszkodzenie jelit, uszkodzenie pęcherza moczowego w wyniku doznanego urazu);• edukacja pacjenta w zakresie czynności samopielęgnacyjnych;• wsparcie psychiczne. <p>3. Urazy kończyn (2 godz.)</p> <p>a. Zwichnięcia, skręcenia:</p> <ul style="list-style-type: none">• objawy (ból; obrzęk; wzmożone ocieplenie skóry nad stawem; zniekształcenia obrysów stawu; krwiak w stawie; zniesienie ruchów czynnych i biernych w stawie; przymusowe ustawienie kończyny; wyczuwalne przemieszczenie powierzchni stawowych);• rozpoznanie (wywiad; badanie fizykalne; RTG; tomografia komputerowa);• zasady postępowania (unieruchomienie stawu zgodnie z zasadą Potta; ocena stanu ogólnego (wstrząs); ocena stanu miejscowego (uszkodzenie naczyń, ukrwienie kończyny, zaburzenia czucia, niedowłady); nastawienie (repozycja) zwichnięcia w znieczuleniu ogólnym lub przewodowym; kontrolne zdjęcie rentgenowskie po nastawieniu);• opieka nad chorym ze zwichnięciem lub skręceniem stawu:<ul style="list-style-type: none">– ocena parametrów życiowych,– podawanie leków przeciwbólowych,– higiena ciała,– obserwacja kończyny pod kątem ukrwienia i unerwienia obwodowego,– elewacja kończyny,– profilaktyka przeciwoleżynowa,– odżywianie,– obserwacja chorego pod kątem ewentualnych powikłań wczesnych (uszkodzenie tkanek miękkich, naczyń, nerwów, powierzchni stawowych) i późnych (zwichnięcia nawrotowe, zwichnięcia nawykowe, zespół Sudecka, przykurcze, zeszywnienia stawów).
--	---

	<p>b. Złamania kończyn:</p> <ul style="list-style-type: none"> • objawy (ból; rany; krwiak; obrzęk; zaburzenie czynności kończyny i jej przymusowe ułożenie; zniekształcenie zarysów kończyny; patologiczna ruchomość kończyny; trzeszczenie i tarcie odłamów kostnych); • rozpoznanie (wywiad; badanie fizykalne; badania obrazowe (RTG kończyny, tomografia komputerowa); badania laboratoryjne (morfologia i biochemia krwi, oznaczenie grupy krwi, w razie konieczności wykonanie próby krzyżowej, układ krzepnięcia)); • zasady postępowania (leczenie zachowawcze (unieruchomienie zewnętrzne – opatrunek gipsowy, wyciąg); leczenie czynnościowe (założenie wyciągu szkieletowego); leczenie operacyjne (endoprotezoplastyka stawów, osteosynteza przykostna, osteosynteza wewnętrzna stabilna, osteosynteza zewnętrzna, osteosynteza stabilna)); • opieka nad chorym ze złamaniem kończyny: <ul style="list-style-type: none"> – kontrola świadomości chorego, – ocena podstawowych funkcji życiowych chorego (ciśnienie tętnicze, tętno, oddech, diureza, barwa skóry i błon śluzowych, powrót kapilarny, temperatura ciała), – zapewnienie dostępu do żyły; podaż leków i płynów infuzyjnych, – podaż tlenu przez cewnik lub maskę, – obserwacja pacjenta pod kątem ewentualnych powikłań (wstrząs urazowy, uszkodzenie nerwów, stawów, naczyń), – systematyczne podawanie leków przeciwbólowych i stała ocena bólu, – pomoc w wykonywaniu czynności higienicznych, – odżywianie chorego, – wsparcie psychiczne, – dokumentowanie działań pielęgniarских. <p>c. Opieka nad chorym z opatrunkiem gipsowym:</p> <ul style="list-style-type: none"> • monitorowanie parametrów życiowych (tętno, oddech, ciśnienie tętnicze krwi, temperatura ciała); • wnikliwa obserwacja celem sprawdzenia ukrwienia i stanu neurologicznego kończyny; • pobieranie krwi do badań laboratoryjnych;
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • podawanie leków przeciwbólowych i monitorowanie bólu; • uzupełnienie niedoborów pokarmowych; dieta bogata w białko i sole mineralne; • nawadnianie pacjenta; • prowadzenie gimnastyki oddechowej i profilaktyki przeciwodleżynowej, prowadzenie ćwiczeń biernych mięśni; • współdziałanie w farmakoterapii, prowadzenie profilaktyki przeciwzakrzepowej; • obserwacja kończyny w kierunku powikłań (miejscowa maceracja i martwica skóry na skutek ucisku, niedowład uciśniętego nerwu, zmiana martwicza na skutek uciśnięcia naczyń krwionośnych, zator tłuszczowy). <p>4. Obrażenia termiczne, elektryczne i chemiczne (10 godz.)</p> <p>a. Oparzenia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • patofizjologia oparzeń; • klasyfikacja oparzeń (stopnie oparzenia; ocena głębokości oparzenia; ocena rozległości oparzenia); • choroba oparzeniowa: <ul style="list-style-type: none"> – zaburzenia metabolizmu na skutek oparzenia i choroby oparzeniowej, – fazy choroby oparzeniowej; wstrząs oparzeniowy, – zaburzenia hemodynamiczne, czyli zaburzenia w makro- i mikrokrążeniu, – zaburzenia metaboliczne, – zaburzenia funkcji poszczególnych narządów, – zasady przetaczania płynów (reguły przetoczeniowe), – przyczyny zwiększonego metabolizmu organizmu wskutek oparzenia; • leczenie ogólne i miejscowe oparzeń: <ul style="list-style-type: none"> – postępowanie przeciwwstrząsowe, – leczenie choroby oparzeniowej i zapobieganie jej powikłaniom, – uzupełnianie niedoborów białkowych i elektrolitowych, – leczenie miejscowe rany oparzeniowej (metoda otwarta, zamknięta); • pielęgnowanie chorego oparzonego: <ul style="list-style-type: none"> – ułożenie chorego, wybór sali,
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> – zasady pielęgnowania chorego we wstrząsie (1. faza choroby oparzeniowej), – podawanie środków przeciwbólowych, – nawadnianie i odżywianie chorego (reguły przetoczeniowe), – badania laboratoryjne, – kontrola diurezy; bilans płynów, – antybiotykoterapia, – codzienna zmiana bielizny osobistej chorego i pościelowej, toaleta ciała, – stosowanie udogodnień, – ocena rany oparzeniowej, – dobór rodzaju opatrunków i zasady wykonywania opatrunków na ranie oparzeniowej, – zapobieganie następstwom oparzeń, – rehabilitacja fizyczna (bierna, czynna, usprawnianie). <p>b. Odmrożenia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • klasyfikacja odmrożeń, stopnie odmrożenia; • postępowanie w odmrożeniach (ułożenie chorego w pozycji leżącej; ogólne ogrzewanie, ciepłe pomieszczenie; usunięcie przemoczonego ubrania, wytarcie skóry do sucha); • opieka nad chorym z odmrożeniem: <ul style="list-style-type: none"> – w przypadku obrzęków zastosowanie elewacji lub założenie szyny, – wykonanie dokumentacji fotograficznej, – leczenie farmakologiczne (leki krążeniowe, przeciwbólowe, heparyna), – pomiar podstawowych parametrów życiowych, – zaopatrzenie miejscowe rany odmrożeniowej, – profilaktyka przeciwżędcowa. <p>c. Porażenie prądem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • objawy (ból; kurcze mięśni; zatrzymanie oddechu; zaburzenia krążenia krwi; zaburzenia wzroku, słuchu i zmysłu równowagi; utrata przytomności; migotanie komórek sercowych (fibrylacja); oparzenia skóry i wewnętrznych części ciała, do zwęglenia włącznie); • zasady postępowania:
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> – usunąć przyczynę porażenia prądem (wyłączyć prąd), – zadbać o bezpieczeństwo ratownika, – ocenić u poszkodowanego stan przytomności, czynność serca i oddychania, – ułożyć poszkodowanego w pozycji płaskiej na twardym podłożu, – wdrożyć czynności resuscytacyjne przy braku oddechu i czynności serca, – zabezpieczyć poszkodowanego przed utratą ciepła (okryć kocem), – wezwać pomoc lekarską; • opieka nad chorym porażonym prądem: <ul style="list-style-type: none"> – ocena obrażeń ciała, – ułożenie chorego w sali obserwacyjnej, – ocena parametrów życiowych, – postępowanie przeciwwstrząsowe w przypadku wstrząsu, – założenie wkłucia żylnego; nawadnianie chorego, – badania laboratoryjne, – obserwacja skutków odległych (np. odwodnienie, zaburzenia elektrolitowe, zaburzenia rytmu serca), – toaleta ciała, – odżywianie, – obserwacja stanu psychicznego. d. Oparzenia chemiczne: <ul style="list-style-type: none"> • patofizjologia (oparzenia zasadami, kwasami i związkami organicznymi); • objawy – zależne od rodzaju substancji i miejsca jej działania (zaczerwienienie, podrażnienie poparzonej skóry; oparzenia w jamie ustnej i gardle (piekący ból w jamie ustnej, klatce piersiowej lub brzuchu); zawroty i bóle głowy; problemy z połykaniem; ślinotok; bladeść; sinica; pocenie się; zaburzenia świadomości); • postępowanie: <ul style="list-style-type: none"> – usunąć substancję z powierzchni skóry (jeśli substancja jest sypka), – spłukiwać miejsce oparzenia wodą, – zdjąć odzież i biżuterię,
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> – zidentyfikować substancję parzącą – zachować opakowanie, – nałożyć na oparzoną powierzchnię jałowy opatrunek, – leczenie ogólne i miejscowe oparzeń chemicznych.
Wykaz literatury podstawowej i uzupełniającej, obowiązującej do zaliczenia danego modułu	<p>Literatura obowiązkowa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bączyk G., Kapala W.: <i>Podstawy kliniczne oraz pielęgnowanie chorych w okresie przed- i pooperacyjnym w chirurgii ogólnej, ortopedii i traumatologii</i>. UM, Poznań 2012 2. Strużyna J. (red.): <i>Wczesne leczenie oparzeń</i>. PZWL, 2006 3. Ślusarz R., Szewczyk M. (red.): <i>Pielęgniarstwo w neurochirurgii</i>. Wyd. Borgis 2006 4. Walewska E. (red.): <i>Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego</i>. PZWL, Warszawa 2012 <p>Literatura uzupełniająca:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Czasopismo: „Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne”. Wyd. Termedia 2. Kozak J.: <i>Drenaż jamy opłucnej</i>. Wyd. ADI, 1999. 3. Gaździk T.: <i>Ortopedia i traumatologia</i>, t. 1–2. PZWL, Warszawa, 2009
Wymiar, zasady i forma odbywania staży w przypadku, gdy program kształcenia przewiduje	<p>Wymiar zajęć stażowych – 35 godz.</p> <p>Miejsce odbywania stażu – klinika/oddział chirurgii urazowej albo urazowo-ortopedycznej albo urazów wielonarządowych.</p>

5.4. MODUŁ IV

Nazwa modułu	PIEŁĘGNOWANIE PACJENTA W ODDZIALE CHIRURGII NACZYNIOWEJ
Cel kształcenia	Celem kształcenia jest przygotowanie pielęgniarki do sprawowania specjalistycznej opieki nad chorymi leczonymi operacyjnie i zachowawczo z powodu schorzeń naczyń tętniczych i żylnych.
Efekty kształcenia dla modułu	<p>W wyniku kształcenia uczestnik kursu:</p> <p>W zakresie wiedzy:</p> <p>W43. omawia czynniki ryzyka chorób tętnic i żył;</p> <p>W44. omawia badania specjalistyczne wykonywane w chorobach naczyń tętniczych i żylnych;</p> <p>W45. wyjaśnia zasady oceny wskaźnika kostka–ramię,</p> <p>W46. omawia przygotowanie chorego do zabiegu operacyjnego na naczyniach tętniczych i żylnych;</p> <p>W47. omawia zasady przygotowania pacjenta do operacji w trybie nagłym (np. z tętniakiem);</p> <p>W48. charakteryzuje profesjonalną opiekę pielęgniarską nad chorym ze schorzeniami naczyń tętniczych i żylnych w okresie przed- i pooperacyjnym;</p> <p>W49. wymienia objawy zapalenia żył głębokich;</p> <p>W50. omawia ryzyko wystąpienia i zasady zapobiegania powikłaniom pooperacyjnym po zabiegach na naczyniach tętniczych i żylnych;</p> <p>W51. omawia patofizjologię ran oraz zasady postępowania w leczeniu ran przewlekłych: owrzodzenia żylnego, owrzodzenia niedokrwiennego, zespołu stopy cukrzycowej;</p> <p>W52. przedstawia zasady przygotowania psychicznego pacjenta do amputacji kończyny dolnej;</p> <p>W53. charakteryzuje profesjonalną opiekę pielęgniarską nad chorym po amputacji kończyny dolnej (zasady wykonania opatrunku na kikucie, sposoby modelowania i hartowania kikuta, zasady bandażowania kikuta i regulowania jego objętości);</p> <p>W54. omawia zasady edukacji zdrowotnej chorego i jego rodziny w zakresie profilaktyki chorób naczyń tętniczych i żylnych.</p> <p>W zakresie umiejętności potrafi:</p> <p>U37. przygotować pacjenta ze schorzeniami naczyń tętniczych, naczyń żylnych do badań diagnostycznych;</p> <p>U38. badać tętno na kończynach;</p> <p>U39. przygotować chorego do pomiaru wskaźnika kostka–ramię;</p>

	<p>U40. formułować diagnozę pielęgniarstwa, określić cele, planować i realizować interwencje w odniesieniu do pacjentów ze schorzeniami naczyń tętniczych, naczyń żylnych, przed i po zabiegu operacyjnym, uwzględniając rodzaj zabiegu operacyjnego i rodzaj znieczulenia;</p> <p>U41. rozpoznać objawy zapalenia żył głębokich;</p> <p>U42. przygotować pacjenta do amputacji kończyny dolnej;</p> <p>U43. rozpoznać bóle fantomowe i podać zalecane leki;</p> <p>U44. prowadzić, wraz z rehabilitantem, rehabilitację przyłóżkową chorego po amputacji;</p> <p>U45. udzielić pacjentowi informacji na temat doboru obuwia i/lub przyszłego zaopatrzenia ortopedycznego;</p> <p>U46. podejmować działania zapobiegające powikłaniom pooperacyjnym wczesnym i późnym w odniesieniu do pacjenta ze schorzeniem naczyń tętniczych i naczyń żylnych;</p> <p>U47. pielęgnować chorego z raną w zespole stopy cukrzycowej;</p> <p>U48. uczyć chorego pielęgnować ranę owrzodzeniową;</p> <p>U49. założyć opatrunek kompresyjny (uciskowy);</p> <p>U50. założyć opatrunek na ranę owrzodzeniową;</p> <p>U51. zaplanować i realizować edukację zdrowotną pacjentów i ich rodzin w zakresie samopielęgnacji oraz funkcjonowania w zmienionych warunkach zdrowotnych, wynikających z następstw schorzeń naczyń tętniczych, naczyń żylnych.</p> <p>W zakresie kompetencji społecznych:</p> <p>K1. ponosi odpowiedzialność za bezpieczeństwo własne i osób znajdujących się pod jego opieką;</p> <p>K2. okazuje szacunek pacjentowi/jego rodzinie i zrozumienie dla różnic światopoglądowych oraz kulturowych, przestrzega praw pacjenta i tajemnicy zawodowej;</p> <p>K3. przestrzega zasad etyki zawodowej w relacji z pacjentem, jego rodziną i zespołem terapeutycznym;</p> <p>K4. dba o wizerunek własnego zawodu;</p> <p>K5. systematycznie pogłębia wiedzę i umiejętności zawodowe.</p>
--	---

CENTRUM KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Kwalifikacje osób prowadzących kształcenie	Wykładowcą może być osoba mająca nie mniej niż 5-letni staż zawodowy w przedmiotowej dziedzinie, doświadczenie dydaktyczne oraz spełniająca przynajmniej jeden z warunków: <ol style="list-style-type: none"> 1. posiada stopień naukowy, co najmniej doktora; 2. posiada tytuł magistra pielęgniarstwa; 3. posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego; 4. posiada specjalizację lekarską w dziedzinie chirurgii naczyniowej, angiologii, chirurgii ogólnej (tylko w zakresie zagadnień klinicznych).
Wymagania wstępne	–
Rodzaj i liczba godzin zajęć dydaktycznych wymagających bezpośredniego udziału prowadzącego zajęcia	Wykład – 20 godz. Staż – 21 godz.
Nakład pracy uczestnika kursu	<p>Udział w zajęciach (godziny kontaktowe): 41 godz.</p> <ul style="list-style-type: none"> • wykład – 20 godz. • staż – 21 godz. <p>Praca własna uczestnika kursu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • przygotowanie się do zajęć stażowych – 15 godz. • opanowanie materiału wymaganego do zaliczenia modułu – 24 godz. <p>Łącznie nakład pracy uczestnika kursu: 80 godz.</p>
Stosowane metody dydaktyczne	Wykład problemowy, wykład informacyjny, dyskusja dydaktyczna, prezentacja multimedialna, staż.
Stosowane środki dydaktyczne	Laptop, rzutnik multimedialny, tablica, sprzęt do odtwarzania nośników elektronicznych.

<p>Metody sprawdzania efektów kształcenia uzyskanych przez uczestnika kursu i warunki zaliczenia modułu</p>	<p>Efekty kształcenia w zakresie wiedzy Test jednokrotnego wyboru składający się z 30 pytań. Kryterium uzyskania pozytywnej oceny jest udzielenie poprawnych odpowiedzi na 70% pytań. Punktacja: za każdą poprawną odpowiedź przyznaje się 1 pkt, maks. 30 pkt, min. 21 pkt.</p> <p>Efekty kształcenia w zakresie umiejętności Kontrola praktyczna – obserwacja pracy uczestnika kursu kwalifikacyjnego, karta stażu z wykazem świadczeń zdrowotnych do zaliczenia.</p> <p>Efekty kształcenia w zakresie kompetencji społecznych Obserwacja 360 stopni.</p>
<p>Treści modułu kształcenia</p>	<p>1. Schorzenia naczyń tętniczych (7 godz.).</p> <p>a. Ostre i przewlekłe niedokrwienie kończyn dolnych:</p> <ul style="list-style-type: none"> • czynniki ryzyka chorób naczyń (modyfikowalne i niemodyfikowalne); • objawy niedokrwienia kończyn dolnych (chromanie przestankowe, ocena wyglądu kończyny, bóle spoczynkowe, parestezje, zaburzenia czucia); • klasyfikacja Fontaine'a; • badania diagnostyczne (badanie fizykalne kończyn; ocena tętna na kończynach; dystans chromania; badania laboratoryjne; ocena bólu; pomiar wskaźnika kostka–ramię; USG – duplex scan; arteriografia kończyn dolnych); • postępowanie zachowawcze (zmiana stylu życia, zasady pielęgnacji stóp, leczenie chorób współistniejących) i operacyjne (embolektomia, trombektomia, stentowanie naczyń, pomosty omijające). <p>b. Tętniak aorty brzusznej:</p> <ul style="list-style-type: none"> • definicja, rodzaje i czynniki ryzyka tętniaków; • objawy i diagnostyka (ultrasonografia jamy brzusznej); • leczenie operacyjne (metodą wewnątrznacyniową/otwartą). <p>c. Zespół stopy cukrzycowej:</p> <ul style="list-style-type: none"> • objawy (niedokrwienne, neuropatyczne); • rozpoznanie (badanie kliniczne stopy; badanie neurologiczne; pomiar wskaźnika kostka–ramię, kostka–paluch; badania radiologiczne stopy; badania bakteriologiczne (wymaz z rany); pedobarografia); • postępowanie zachowawcze (ocena klinicznego zaawansowania zmian; ocena czucia w kończynie;

	<p>miejscowa ocena owrzodzenia i kończyn dolnych, w tym wygląd rany, stan skóry (zabarwienie, rozległość, głębokość, lokalizacja owrzodzenia, ucieplenie, wilgotność), występowanie modzeli, hiperkeratozy, obecność blizn po wyleczonych owrzodzeniach, stan owłosienia, stan paznokci, występowanie martwicy; odciążenie stopy – unieruchomienie w łóżku; farmakoterapia (antybiotykoterapia, leki naczyniorozszerzające, leki przeciwkrzepliwe i reologicznie czynne); kontrola glikemii i podawanie insuliny; leczenie bólu; działania lecznicze i pielęgnacyjne poprawiające ukrwienie kończyn dolnych; zapewnienie właściwego ułożenia kończyny);</p> <ul style="list-style-type: none"> • ocena powikłań związanych z cukrzycą, a w szczególności choroby niedokrwiennej serca, niewydolności serca, nefropatii, neuropatii i retinopatii proliferacyjnej; • chirurgiczne opracowanie rany; • edukacja pacjenta obejmująca: <ul style="list-style-type: none"> – zapoznanie chorego z czynnikami wpływającymi na powstawanie zespołu stopy cukrzycowej, – zasady pielęgnacji i higieny stóp, – zasady doboru obuwia, – zasady wysiłku fizycznego, – zasady stosowania diety w cukrzycy, – zasady samokontroli cukrzycy, – udzielenie informacji dotyczących leczenia ambulatoryjnego w poradni. <p>2. Schorzenia naczyń żylnych (3 godz.)</p> <p>a. Żylaki kończyn dolnych, Przewlekła niewydolność żylna:</p> <ul style="list-style-type: none"> • objawy (uczucie dyskomfortu, zmęczenia, rozpierania; bóle kończyny; obrzęki; przebarwienia skóry, zmiany troficzne, owrzodzenia kończyn); • rozpoznanie (wywiad; badanie fizykalne; próby opaskowe; USG z podwójnym obrazowaniem); • leczenie: zachowawcze (kompresjoterapia – zastosowanie, zasady zakładania opatrunku uciskowego, przeciwwskazania); operacyjne (częściowe lub całkowite usunięcie żyły odpiszczelowej i/lub żyły odstrzałkowej, podwiązanie żył przesywających, usunięciu poszczególnych żyłaków); inne metody (np. leczenie obliteracyjne żyłaków). <p>b. Żylna choroba zakrzepowo-zatorowa (ŻChZZ):</p>
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> • czynniki ryzyka ŻChZZ; triada Virchowa; • objawy (ból kończyny; obrzęk; zaczerwienienie skóry kończyny; poszerzenie żył powierzchownych); • rozpoznanie (badanie podmiotowe; badanie fizykalne kończyn; ultrasonografia żył kończyn dolnych); • leczenie przeciwkrzepliwe (preparaty heparyny, doustne leki przeciwkrzepliwe – edukacja chorego w zakresie terapii lekami przeciwkrzepliwymi, kontrola wskaźnika INR, objawy przedawkowania leków przeciwkrzepliwych); • profilaktyka choroby zakrzepowo-zatorowej. <p>3. Opieka okołoperacyjna nad chorym z chorobami naczyń (3 godz.):</p> <p>a. psychiczne i fizyczne przygotowanie chorego do operacji chorób naczyń (eliminowanie niepokoju i lęku; ocena stanu ogólnego; oznaczenie niezbędnych badań laboratoryjnych, radiologicznych; oznaczenie grupy krwi; przygotowanie przewodu pokarmowego; toaleta ciała i przygotowanie pola operacyjnego; podanie premedykacji; skompletowanie dokumentacji chorego);</p> <p>b. postępowanie po operacji chorób naczyń:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ułożenie pacjenta, • kontrola świadomości chorego i monitorowanie i ocena podstawowych funkcji życiowych chorego, • obserwacja w kierunku wystąpienia ewentualnych powikłań pooperacyjnych (krwawienie, krwotok, niedokrwienie kończyny, wstrząs hipowolemiczny), • obserwacja opatrunku i rany pooperacyjnej, • ocena ilości i jakości drenowanej treści, • uniesienie wyżej operowanej kończyny (operacja żyłaków), • ocena bólu i podawanie leków przeciwbólowych, • podawanie pacjentowi zleconych leków (heparyny drobnocząsteczkowe), płynów infuzyjnych, kontrola badań laboratoryjnych, • antybiotykoterapia, • pomoc w realizacji potrzeb fizjologicznych, • obserwacja operowanej kończyny (ucieplenie, zabarwienie skóry, drętwienie, ból, obrzęk), • edukacja chorego (samoobserwacja, oznaczanie INR, eliminowanie czynników ryzyka chorób naczyń, samokontrola cukrzycy, nauka kompresjoterapii), • dokumentowanie działań pielęgniarstwa.
--	---

	<p>4. Amputacje kończyn z przyczyn naczyniowych (2 godz.):</p> <p>a. przygotowanie chorego do amputacji kończyny (eliminowanie niepokoju i lęku chorego; ocena stanu ogólnego pacjenta; ocena stanu psychicznego pacjenta; ocena wyboru miejsca odjęcia kończyny – badania wskazujące na jej ukrwienie (pomiar przepływu i ciśnienia krwi metodą Dopplera, badania radiologiczne, oksymetria przezskórna, angiografia fluoresceinowa); podawanie leków przeciwbólowych; oznaczenie niezbędnych badań laboratoryjnych, radiologicznych; oznaczenie grupy krwi; uzupełnienie niedoborów wodno-elektrolitowych, nawadnianie chorego; ocena parametrów życiowych); przygotowanie przewodu pokarmowego (powstrzymanie się od pokarmów stałych i płynnych 6–8 godzin przed planowanym zabiegiem); depilacja pola operacyjnego;</p> <p>b. opieka pooperacyjna:</p> <ul style="list-style-type: none">• ułożenie kikuta,• zmiana opatrunku, kontrola rany i zapobieganie zakażeniu,• profilaktyka powikłań pooperacyjnych (zapalenie płuc, odleżyny, przykurcze),• działania przeciwbólowe,• wczesna rehabilitacja i uruchamianie chorego, nauka chodzenia o kulach i korzystania z wózka inwalidzkiego, balkonika,• właściwe odżywianie,• wsparcie psychiczne,• bóle fantomowe (mają charakter bólu rwącego, kłującego, pulsującego lub bolesnego zaciskania i wykręcania stopy, nasilają się podczas zmian pogody i stresu, czas ich trwania i ich intensywność są indywidualne dla każdego pacjenta, mogą się utrzymywać przez wiele miesięcy, a nawet lat),• zapobieganie urazom kikuta,• rehabilitacja szpitalna i rehabilitacja poszpitalna – przygotowanie chorego do protezowania. <p>5. Opieka pielęgniarska nad chorym z owrzodzeniem kończyn dolnych (5 godz.):</p> <p>a. charakterystyka owrzodzeń żylnych i tętniczych;</p> <p>b. ocena rany i dobór metody leczenia miejscowego (opatrunki specjalistyczne; oczyszczanie rany (mechaniczne, chirurgiczne, chemiczne); kontrola wysięku);</p> <p>c. środowisko mikrobiologiczne ran;</p>
--	--

	<p>d. pielęgnacja skóry wokół rany;</p> <p>e. kompresjoterapia (klasy ucisku, wskazania do stosowania); masaż pneumatyczny;</p> <p>f. edukacja chorego z raną przewlekłą (zbilansowana dieta; dostosowanie ubioru i obuwia; zapobieganie urazom; regularne wykonywanie ćwiczeń usprawniających).</p>
Wykaz literatury podstawowej i uzupełniającej, obowiązującej do zaliczenia danego modułu	<p>Literatura obowiązkowa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Szewczyk M.T., Jawień A. (red.): <i>Leczenie ran przewlekłych</i>. PZWL, Warszawa 2012 2. Szewczyk M.T., Jawień A. (red.): <i>Pielęgniarstwo angiologiczne</i>. Termedia, Poznań 2010 3. Walewska E. (red.): <i>Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego</i>. PZWL, Warszawa 2012 <p>Literatura uzupełniająca:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jawień A., Szewczyk M.T (red.): <i>Kliniczne i pielęgnacyjne aspekty opieki nad chorym z owrzodzeniem żylnym</i>. Termedia, Poznań 2008 2. Czasopismo „Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne”. Wyd. Termedia. 3. Karnafel W., Mrozikiewicz-Rakowska B.: <i>Zespół stopy cukrzycowej</i>. Termedia, Poznań 2010 4. Szewczyk M.T., Jawień A. i wsp.: <i>Poradnik. Podstawowe badania diagnostyczne w chorobach naczyń kończyn dolnych. Wskaźnik kostka–ramię</i>. Fundacja Sanum – Służę, Uczę, Leczę, Bydgoszcz 2013
Wymiar, zasady i forma odbywania staży w przypadku, gdy program kształcenia przewiduje	<p>Wymiar zajęć stażowych – 21 godz.</p> <p>Miejsce odbywania stażu – klinika/oddział chirurgii naczyń.</p>

5.5. MODUŁ V

Nazwa modułu	PIELEŃNOWANIE PACJENTA W ODDZIALE UROLOGII
Cel kształcenia	Celem modułu jest przygotowanie pielęgniarki do sprawowania profesjonalnej opieki nad chorymi leczonymi chirurgicznie z powodu chorób układu moczowego.
Efekty kształcenia dla modułu	<p>W wyniku kształcenia uczestnik kursu:</p> <p>W zakresie wiedzy:</p> <p>W55. omawia etiopatogenezę, obraz kliniczny, techniki diagnostyczne i zasady leczenia chirurgicznego w schorzeniach układu moczowego;</p> <p>W56. omawia zasady przygotowania pacjenta do badań i opieki po specjalistycznych badaniach diagnostycznych i zabiegach leczniczych w urologii (urografia, ultrasonografia przezodbytnicza, badanie urodynamiczne, cystoskopia);</p> <p>W57. przedstawia zasady pobierania materiałów do badań bakteriologicznych w urologii;</p> <p>W58. wyjaśnia mechanizm, różnicuje objawy kliniczne i metody postępowania w urazach układu moczowego;</p> <p>W59. przedstawia zasady przygotowania pacjenta w trybie pilnym i planowym do zabiegów urologicznych endoskopowych, operacyjnych i opieki po zabiegu;</p> <p>W60. omawia wczesne i późne powikłania pooperacyjne po zabiegach urologicznych;</p> <p>W61. przedstawia działania zapobiegające zakażeniu układu moczowego u pacjentów z cewnikiem moczowym/drenażem/urostomią;</p> <p>W62. przedstawia zasady pielęgnowania pacjentów z zaburzeniami oddawania moczu;</p> <p>W63. charakteryzuje profesjonalną opiekę pielęgniarską nad chorym z urostomią;</p> <p>W64. określa zadania pielęgniarki w zakresie przygotowania pacjenta ze schorzeniem układu moczowego do samoopieki.</p> <p>W zakresie umiejętności potrafi:</p> <p>U52. przygotować pacjenta do badań diagnostycznych wykonywanych w schorzeniach układu moczowego oraz sprawować opiekę po badaniu;</p> <p>U53. interpretować podstawowe wyniki badań laboratoryjnych krwi i moczu wykonywanych w schorzeniach układu moczowego;</p> <p>U54. formułować diagnozę pielęgniarską, określić cele, planować i realizować interwencje w odniesieniu do pacjenta ze schorzeniami układu moczowego leczonego chirurgicznie;</p>

	<p>U55. przygotować pacjenta ze schorzeniem układu moczowego do leczenia chirurgicznego/endoskopowego w trybie pilnym i planowym;</p> <p>U56. podejmować działania zapobiegające powikłaniom pooperacyjnym wczesnym i późnym w odniesieniu do pacjenta ze schorzeniem układu moczowego;</p> <p>U57. założyć cewnik do pęcherza moczowego u kobiet i mężczyzn i go usunąć;</p> <p>U58. wykonać jednorazowe i stałe płukanie pęcherza moczowego;</p> <p>U59. założyć/wymienić cewnik do cystostomii;</p> <p>U60. podejmować działania zapobiegające zakażeniu układu moczowego u pacjentów z założonym cewnikiem Foley'a, cewnikiem JJ, cewnikiem założonym nadłonowo, dwubieżnym oraz podczas stałego płukania pęcherza;</p> <p>U61. pielęgnować pacjenta z urostomią i przygotować go do samoopieki;</p> <p>U62. prowadzić instruktaż w zakresie treningu pęcherza moczowego u chorych z problemem nietrzymania moczu;</p> <p>U63. prowadzić edukację w zakresie profilaktyki i wczesnego rozpoznania schorzeń układu moczowego;</p> <p>U64. zaplanować i realizować edukację zdrowotną pacjentów i ich rodzin w zakresie samopielęgnacji oraz funkcjonowania w zmienionych warunkach zdrowotnych, wynikających z następstw schorzeń układu moczowego.</p> <p>W zakresie kompetencji społecznych:</p> <p>K1. ponosi odpowiedzialność za bezpieczeństwo własne i osób znajdujących się pod jego opieką;</p> <p>K2. okazuje szacunek pacjentowi/jego rodzinie i zrozumienie dla różnic światopoglądowych oraz kulturowych, przestrzega praw pacjenta i tajemnicy zawodowej;</p> <p>K3. przestrzega zasad etyki zawodowej w relacji z pacjentem, jego rodziną i zespołem terapeutycznym;</p> <p>K4. dba o wizerunek własnego zawodu;</p> <p>K5. systematycznie pogłębia wiedzę i umiejętności zawodowe.</p>
<p>Kwalifikacje osób prowadzących kształcenie</p>	<p>Wykładowcą może być osoba mająca nie mniej niż 5-letni staż zawodowy w przedmiotowej dziedzinie, doświadczenie dydaktyczne oraz spełniająca przynajmniej jeden z warunków:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. posiada stopień naukowy, co najmniej doktora; 2. posiada tytuł magistra pielęgniarstwa; 3. posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego; 4. posiada specjalizację lekarską w dziedzinie urologii, chirurgii ogólnej (tylko w zakresie zagadnień klinicznych).

CENTRUM KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

Wymagania wstępne	–
Rodzaj i liczba godzin zajęć dydaktycznych wymagających bezpośredniego udziału prowadzącego zajęcia	Wykład – 15 godz. Staż – 21 godz.
Nakład pracy uczestnika kursu	<p>Udział w zajęciach (godziny kontaktowe): 36 godz.</p> <ul style="list-style-type: none"> • wykład – 15 godz. • staż – 21 godz. <p>Praca własna uczestnika kursu: 44 godz.</p> <ul style="list-style-type: none"> • przygotowanie się do zajęć stażowych – 20 godz. • opanowanie materiału wymaganego do zaliczenia modułu – 24 godz. <p>Łącznie nakład pracy uczestnika kursu: 80 godz.</p>
Stosowane metody dydaktyczne	Wykład problemowy, studium przypadku, dyskusja dydaktyczna, staż.
Stosowane środki dydaktyczne	Rzutnik multimedialny, plansze, tablica, sprzęt do odtwarzania nośników elektronicznych, fantomy/symulatory.
Metody sprawdzania efektów kształcenia uzyskanych przez uczestnika kursu i warunki zaliczenia modułu	<p>Efekty kształcenia w zakresie wiedzy: Zaliczenie teoretyczne pisemne, czas zaliczenia 30 minut. Test jednokrotnego wyboru składający się z 30 pytań. Kryterium uzyskania pozytywnej oceny jest udzielenie poprawnych odpowiedzi na 70% pytań. Punktacja: za każdą poprawną odpowiedź przyznaje się 1 pkt, maks. 30 pkt; min. 21 pkt.</p> <p>Efekty kształcenia w zakresie umiejętności: Kontrola praktyczna – obserwacja pracy uczestnika kursu kwalifikacyjnego, karta stażu z wykazem świadczeń zdrowotnych do zaliczenia.</p> <p>Efekty kształcenia w zakresie kompetencji społecznych: Obserwacja 360 stopni.</p>

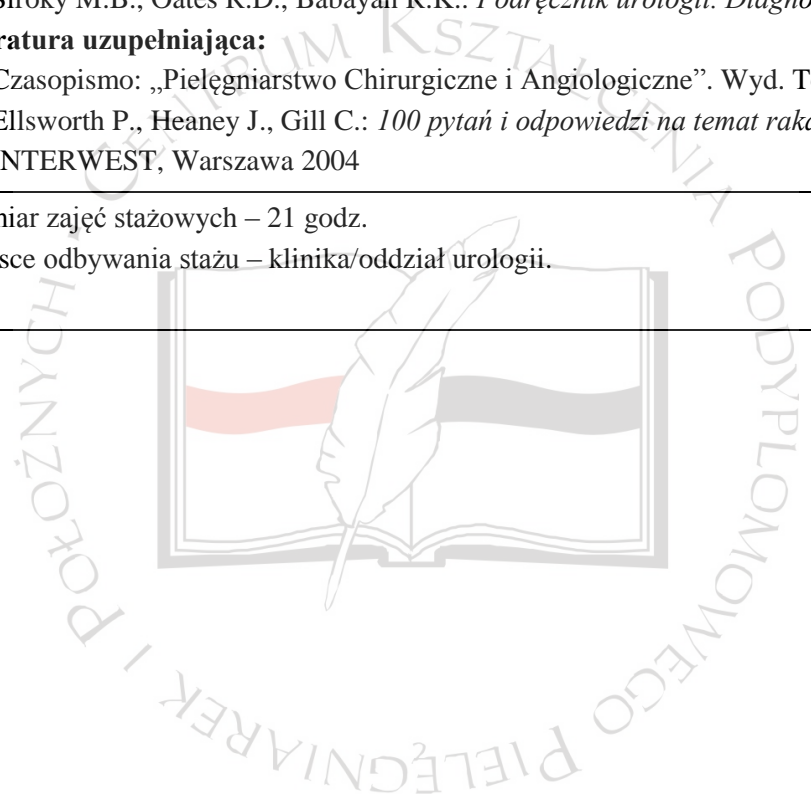
Treści modułu kształcenia	<p>1. Przygotowanie chorego do badań diagnostycznych w urologii: urografia, ultrasonografia przezodbytnicza (TRUS), badanie urodynamiczne, cystoskopia (1 godz.):</p> <ol style="list-style-type: none"> a. uzyskanie pisemnej zgody na wykonanie badania diagnostycznego; b. wywiad w kierunku reakcji uczuleniowych na środek cieniujący; c. przygotowanie przewodu pokarmowego zgodnie z przyjętymi zasadami; d. toaleta cewki moczowej z użyciem środka aseptycznego; e. profilaktyka antybiotykowa na zlecenie; f. bezpośrednio przed badaniem opróżnienie pęcherza moczowego (pełny pęcherz do badania urodynamicznego); g. dostosowanie do rodzaju badania pozycji ułożeniowej; h. omówienie zasad współpracy pacjenta podczas badania; i. zachowanie warunków bezpieczeństwa i intymności podczas wykonania badania. <p>2. Podstawowe zabiegi urologiczne (1 godz.):</p> <ol style="list-style-type: none"> a. nakłucie pęcherza moczowego; b. przezskórne nakłucie nerki (nefrostomia); c. drenaż wewnętrzny – odprowadzenie moczu z miedniczki nerkowej do pęcherza moczowego za pomocą cewnika podwójnie zagiętego (JJ/double-J). <p>3. Choroby układu moczowego (5 godzin).</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Kamica nerek, moczowodów i pęcherza moczowego: <ul style="list-style-type: none"> • patofizjologia (zaburzenia metaboliczne (hyperkalciuria, hiperurykozuria, hiperoksaluria, cystynuria); stany odwodnienia; infekcja bakteryjna (bakterie Nanobacterium); wrodzone i nabyte nieprawidłowości budowy anatomicznej dróg moczowych); • objawy (kolka nerkowa); rozpoznanie (badania laboratoryjne krwi i moczu; RTG jamy brzusznej; ultrasonografia; urografia; w rozszerzonej diagnostyce – stężenie wapnia, szczawianów, kwasu moczowego, sodu, fosforanów, cytrynianów, magnezu i kreatyniny z dobowej zbiórki moczu; tomografia komputerowa; pielografia); • zasady postępowania (zachowawcze; farmakologiczne (leki przeciwbólowe, rozkurczowe, niesteroidowe leki przeciwzapalne); wspomagające – nawodnienie doustne lub dożylnie/opanowanie objawów dysurycznych/ aktywność ruchowa); • endoskopowe metody leczenia kamicy układu moczowego (litotrypsja falami uderzeniowymi
---------------------------	---

	<p>generowanymi pozaustrojowo (ESWL); drenaż wewnętrzny za pomocą cewnika podwójnie zagiętego (JJ); przezskórna nefrolitotrypsja (PCLN); litotrypsja uereterorenoskopowa (URSL));</p> <ul style="list-style-type: none"> • operacyjne metody leczenia kamicy układu moczowego (pielolitotomia; nefrektomia). <p>b. Rak nerki:</p> <ul style="list-style-type: none"> • patofizjologia, czynniki etiologiczne; • objawy (dolegliwości bólowe; krwimocz); • rozpoznanie (badania laboratoryjne krwi i moczu; ultrasonografia; tomografia komputerowa; tomografia rezonansu magnetycznego; biopsja cienkoigłowa/gruboigłowa; ocena histopatologiczna pobranego materiału); • leczenie operacyjne (krioablacja; termoablacja; limfadenektomia; częściowa nefrektomia laparoskopowa/klasyczna; nefrektomia laparoskopowa; nefroureterektomia); • leczenie uzupełniające (radioterapia; chemioterapia); • nowe leki (sunitynib, sorafenib, IFN-α). <p>c. Rak pęcherza moczowego:</p> <ul style="list-style-type: none"> • patofizjologia (palenie tytoniu; napromienianie okolicy pęcherza; praca przy produkcji barwników i kauczuku (zawartość aniliny, naftylaminy, benzydyny); nadużywanie fenacetyny i słodzików); • objawy (bezbolesny krwimocz; objawy dysuryczne; dolegliwości bólowe uzależnione od stopnia zaawansowania; dolegliwości związane z wystąpieniem przerzutów, np. obrzęk kończyny dolnej); • rozpoznanie – wstępne, określające stopień zaawansowania i zróżnicowania; • 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)). <p>4. Choroby stercza (3 godz.)</p> <p>a. Łagodny rozrost gruczołu krokowego (BPH):</p> <ul style="list-style-type: none"> • patofizjologia (wynik trzech różnych procesów patologicznych); • objawy (ze strony dolnych dróg moczowych (lower urinary tract symptoms – LUTS); zależne od rodzaju dołączających się powikłań); • rozpoznanie (wywiad dotyczący objawów dysurycznych; badanie przedmiotowe (per rectum); punktowa
--	---

	<p>skala oceny objawów towarzyszących chorobom gruczołu krokowego (international prostate score system – IPSS); badania laboratoryjne (badanie ogólne/posiew moczu, oznaczenie stężenie swoistego antygenu sterczowego (PSA) w osoczu; ultrasonografia jamy brzusznej; ultrasonografia przezodbytnicza (TRUS); cystoskopia; uroflometria);</p> <ul style="list-style-type: none"> • zasady postępowania (wyczekująca „baczna obserwacja”; leczenie farmakologiczne; leczenie operacyjne). <p>b. Rak stercza:</p> <ul style="list-style-type: none"> • patofizjologia (uwarunkowania genetyczne; zakażenia przekazywane drogą płciową; uwarunkowania dietetyczne); • objawy (uzależnione od stopnia zaawansowania); • rozpoznanie (wywiad w kierunku objawów dotyczących zaburzeń w oddawaniu moczu; badanie przedmiotowe (per rectum); badania laboratoryjne (badanie ogólne/posiew moczu, oznaczenie stężenie swoistego antygenu sterczowego (PSA) w osoczu; test genetyczny PCA3; ultrasonografia przezodbytnicza; biopsja gruczołu krokowego); • zasady postępowania: <ul style="list-style-type: none"> – „baczna obserwacja” z intencją leczenia, – prostatektomia radykalna klasyczna/laparoskopowa/z użyciem robota DaVinci, – radioterapia (konwencjonalna, brachyterapia, trójwymiarowa radioterapia konformalna), – kastracja operacyjna (obustronna orchidektomia – usunięcie jąder), – leczenie hormonalne farmakologiczne (estrogeny, analogi LH-RH, antyandrogeny), – leczenie objawowe (przeciwbólowe, zapobiegające zastojowi moczu). <p>5. Opieka nad chorym ze schorzeniami układu moczowego w okresie okołoperacyjnym (3 godz.):</p> <ol style="list-style-type: none"> 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);
--	---

	<p>f. rozpoznanie stanu emocjonalnego chorego;</p> <p>g. określenie deficytu samoopieki;</p> <p>h. przygotowanie chorego do zabiegu operacyjnego (psychiczne i fizyczne);</p> <p>i. ułożenie chorego w zależności od rodzaju zabiegu operacyjnego;</p> <p>j. ocena stanu rany pooperacyjnej/prześlania opatrunku/funkcjonowania drenażu;</p> <p>k. tlenoterapia;</p> <p>l. prowadzenie i ocena bilansu wodno-elektrolitowego, ocena jakościowa i ilościowa diurezy;</p> <p>m. podejmowanie działań zapobiegających zakażeniu układu moczowego u pacjentów z założonym cewnikiem Folleya, cewnikiem JJ, cewnikiem założonym nadłonowo, dwubieźnym, podczas stałego płukania pęcherza;</p> <p>n. edukacja w zakresie postępowania dietetycznego (z uwzględnieniem pacjentów z kamicą moczową);</p> <p>o. zapobieganie powikłaniom pooperacyjnym wczesnym i późnym;</p> <p>p. określenie potrzeb edukacyjnych chorego i jego rodziny/edukacja w zakresie samopielęgnacji i samoopieki w warunkach domowych.</p> <p>6. Urazy (2 godz.)</p> <p>a. Nerek:</p> <ul style="list-style-type: none"> • objawy (urazy otwarte; urazy zamknięte); • rozpoznanie (tomografia komputerowa; ultrasonografia; radiogram przeglądowy; arteriografia); • postępowanie (zachowawcze – „baczna obserwacja”; drenaż krwiaka; przezskórna przetoka nerkowa; wprowadzenie cewnika moczowodowego JJ (do nerki od pęcherza); nefrektomia). <p>b. Moczowodów:</p> <ul style="list-style-type: none"> • objawy (ból okolicy lędźwiowej; podwyższona temperatura ciała; porażenna niedrożność jelit; krwiomocz); • rozpoznanie (ultrasonografia; urografia; tomografia komputerowa); • postępowanie (założenie cewnika moczowodowego; wytworzenie przezskórnej przetoki nerkowej; operacyjne). <p>c. Pęcherza moczowego:</p> <ul style="list-style-type: none"> • objawy (zamknięte/pęknięcia; otwarte/zranienia; zaburzenia mikcji, krwiomocz „krwawy bezmocz”; uraz wewnątrztrzewnowy; uraz zewnątrztrzewnowy); • rozpoznanie (wywiad dotyczący objawów; badanie przedmiotowe per rectum; urografia; cystografia);
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> • postępowanie (operacyjne; cewnikowanie/przetoka nadłonowa).
Wykaz literatury podstawowej i uzupełniającej, obowiązującej do zaliczenia danego modułu i warunki zaliczenia modułu	<p>Literatura podstawowa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Borkowski A.: <i>Urologia. Podręcznik dla studentów medycyny</i>. PZWL, Warszawa 2006 2. Jassem J., Krzakowski M.: <i>Nowotwory układu moczowo-płciowego</i>. Wydawnictwo Via Medica. Gdańsk 2013 3. Siroky M.B., Oates R.D., Babayan R.K.: <i>Podręcznik urologii. Diagnostyka i leczenie</i>. Wyd. Czelej, Lublin 2012 <p>Literatura uzupełniająca:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Czasopismo: „Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne”. Wyd. Termedia 2. Ellsworth P., Heaney J., Gill C.: <i>100 pytań i odpowiedzi na temat raka gruczołu krokowego</i>. Wydawnictwo INTERWEST, Warszawa 2004
Wymiar, zasady i forma odbywania staży w przypadku, gdy program kształcenia przewiduje	<p>Wymiar zajęć stażowych – 21 godz. Miejsce odbywania stażu – klinika/oddział urologii.</p>



5.6. MODUŁ VI

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	<p>W wyniku kształcenia uczestnik kursu:</p> <p>W zakresie wiedzy:</p> <p>W65. opisuje miejsce ratownictwa zintegrowanego w medycynie, terminologię używaną w naukach medycznych oraz jej zastosowanie w dyscyplinach naukowych;</p> <p>W66. przedstawia prawne, organizacyjne i etyczne uwarunkowania wykonywania zawodu pielęgniarki systemu;</p> <p>W67. opisuje sytuację zdrowotną pacjenta, grupy pacjentów w celu ustalenia stanu i podjęcia ewentualnych czynności ratowniczych;</p> <p>W68. opisuje wskazania do zastosowania metod udrażniania dróg oddechowych bezprzyrządowych i poszczególnych metod przyrządowych (rurki ustno-gardłowej, nosowo-gardłowej, maski krtaniowej, rurki krtaniowej, rurki intubacyjnej);</p> <p>W69. opisuje stany wymagające zastosowania tlenoterapii;</p> <p>W70. omawia metody tlenoterapii biernej i czynnej do zapotrzebowania i stanu pacjenta;</p> <p>W71. opisuje wskazania i przeciwwskazania do defibrylacji, zasady jej przeprowadzania za pomocą automatycznego i manualnego defibrylatora;</p> <p>W72. omawia zasady wykonania zapisu EKG;</p> <p>W73. prezentuje wartości parametrów oceniających układ oddechowy, krążenia i nerwowy w stopniu pozwalającym na rozpoznanie stanów bezpośredniego zagrożenia życia;</p> <p>W74. definiuje odrębności pacjenta pediatrycznego dotyczące budowy anatomicznej i fizjologii w zależności od wieku dziecka;</p> <p>W75. omawia stany zagrożenia życia w pediatrii;</p> <p>W76. przedstawia zasady farmakoterapii dzieci;</p> <p>W77. opisuje procedury postępowania ratunkowego w poszczególnych stanach zagrożenia życia u dzieci;</p> <p>W78. opisuje objawy pozwalające na ocenę stopnia zaawansowania porodu w warunkach pozaszpitalnych;</p>

	<p>W79. wymienia objawy, przebieg i sposoby postępowania ratowniczego, w określonych jednostkach chorobowych, w stanach zagrożenia życia;</p> <p>W80. omawia wybrane problemy społeczno-psychologiczne medycyny ratunkowej;</p> <p>W81. analizuje objawy i parametry życiowe pozwalające na prawidłowe przeprowadzenie segregacji medycznej;</p> <p>W82. wdraża adekwatne metody zabezpieczenia miejsca zdarzenia prowadzące do zapewnienia bezpieczeństwa własnego i innych ratowników oraz ograniczenia skutków zdrowotnych zdarzenia;</p> <p>W83. omawia procedurę powiadamiania organów ścigania o zaistniałym zdarzeniu lub podejrzeniu zaistnienia zdarzeń o charakterze kryminalnym;</p> <p>W84. charakteryzuje zasady przygotowania pacjenta do transportu.</p> <p>W zakresie umiejętności potrafi:</p> <p>U65. prowadzić ocenę stanu pacjenta z uwzględnieniem monitorowania stanu układu oddechowego, krążenia, centralnego układu nerwowego oraz podstawowych badań laboratoryjnych (gazometrii krwi włosniczkowej, stężenia glukozy we krwi, stężenia elektrolitów we krwi);</p> <p>U66. rozpoznać stan pacjenta pod kątem wydolności układu oddechowego, krążenia i układu nerwowego;</p> <p>U67. wdrażać metody wspomagania oddechu adekwatne do stanu i możliwości;</p> <p>U68. podjąć decyzję o podjęciu działań ratunkowych lub odstąpieniu od czynności ratunkowych;</p> <p>U69. ułożyć pacjenta w pozycji właściwej dla stanu zdrowia pacjenta lub odniesionych obrażeń;</p> <p>U70. prowadzić podstawową i zaawansowaną resuscytację krążeniowo-oddechową u osób dorosłych, dzieci, niemowląt, według obowiązujących wytycznych;</p> <p>U71. stosować bezprzryłkowe i przrządowe metody przywracania i zabezpieczenia drożności dróg oddechowych;</p> <p>U72. wykonać intubację dotchawiczą w sytuacji nagłego zatrzymania krążenia, bez użycia środków zwiotczających, oraz prowadzić wentylację zastępczą;</p> <p>U73. wykonać EKG, defibrylację z użyciem AED i manualnego defibrylatora;</p> <p>U74. opatrzyć rany, tamować krwotoki, unieruchomić złamania, zwichnięcia i skręcenia;</p> <p>U75. unieruchomić kręgosłup ze szczególnym uwzględnieniem odcinka szyjnego;</p> <p>U76. rozpoznać zagrożenia w miejscu zdarzenia;</p> <p>U77. przygotować pacjenta do transportu kwalifikowanego;</p> <p>U78. wykonać segregację medyczną i koordynować działania medyczne na miejscu zdarzenia;</p>
--	--

	<p>U79. odebrać poród w warunkach pozaszpitalnych.</p> <p>W zakresie kompetencji społecznych:</p> <p>K1. ponosi odpowiedzialność za bezpieczeństwo własne i osób znajdujących się pod jego opieką;</p> <p>K2. okazuje szacunek pacjentowi/jego rodzinie i zrozumienie dla różnic światopoglądowych oraz kulturowych, przestrzega praw pacjenta i tajemnicy zawodowej;</p> <p>K3. przestrzega zasad etyki zawodowej w relacji z pacjentem, jego rodziną i zespołem terapeutycznym;</p> <p>K4. dba o wizerunek własnego zawodu;</p> <p>K5. systematycznie pogłębia wiedzę i umiejętności zawodowe;</p> <p>K6. podejmuje indywidualne i zespołowe profesjonalne działania w zakresie ratownictwa medycznego.</p>
Kwalifikacje osób prowadzących kształcenie	<p>Wykładowcą może być osoba mająca nie mniej niż 5-letni staż zawodowy w przedmiotowej dziedzinie, doświadczenie dydaktyczne oraz spełniająca przynajmniej jeden z warunków:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. posiada stopień naukowy, co najmniej doktora; 2. posiada tytuł magistra pielęgniarstwa; 3. posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezyjologicznego i intensywnej opieki, chirurgicznego; 4. posiada specjalizację lekarską w dziedzinie medycyny ratunkowej, anestezyjologii i intensywnej terapii, chirurgii ogólnej (tylko w zakresie zagadnień klinicznych).
Wymagania wstępne	–
Rodzaj i liczba godzin zajęć dydaktycznych wymagających bezpośredniego udziału prowadzącego zajęcia	<p>Wykład – 19 godz.</p> <p>Ćwiczenia – 6 godz. w grupach 5-osobowych</p> <p>Staż – 35 godz.</p>

CENTRUM KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

<p>Nakład pracy uczestnika kursu</p>	<p>Udział w zajęciach (godziny kontaktowe): 60 godz.</p> <ul style="list-style-type: none"> • wykład – 19 godz. • ćwiczenia – 6 godz. • staż – 35 godz. <p>Praca własna uczestnika kursu: 15 godz.</p> <ul style="list-style-type: none"> • przygotowanie się do ćwiczeń – 5 godz. • opanowanie materiału wymaganego do zaliczenia modułu – 10 godz. <p>Łącznie nakład pracy uczestnika kursu: 75 godz.</p>
<p>Stosowane metody dydaktyczne</p>	<p>Wykład problemowy, ćwiczenia teoretyczne, ćwiczenia na fantomach (ALS dorosłych, dzieci, noworodków, intubacji), ćwiczenia segregacji medycznej w warunkach symulowanych.</p>
<p>Stosowane środki dydaktyczne</p>	<p>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).</p>
<p>Metody sprawdzania efektów kształcenia uzyskanych przez uczestnika kursu i warunki zaliczenia modułu</p>	<p>Efekty kształcenia w zakresie wiedzy: Zaliczenie teoretyczne pisemne, czas zaliczenia 60 minut. Test jednokrotnego wyboru składający się z 60 pytań. Kryterium uzyskania pozytywnej oceny jest udzielenie poprawnych odpowiedzi na 70% pytań. Punktacja: za każdą poprawną odpowiedź przyznaje się 1 pkt, maks. 60 pkt; min. 41 pkt</p> <p>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.</p> <p>Efekty kształcenia w zakresie kompetencji społecznych: Obserwacja 360 stopni.</p>

Treści modułu kształcenia	<p>1. Medycyna Ratunkowa.</p> <p>a. Zintegrowany System Ratownictwa Medycznego (wyklady 2 godz.):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ratownictwo Medyczne w Polsce; • systemy Ratownictwa Medycznego na świecie; • akty normatywno-prawne Państwowego Ratownictwa Medycznego w Polsce; • jednostki współpracujące z systemem ratownictwa medycznego (straż miejska, policja, wydział zarządzania kryzysowego). <p>b. Rozpoznanie i postępowanie w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego (wyklady 3 godz., ćwiczenia 3 godz.):</p> <ul style="list-style-type: none"> • ocena podstawowych funkcji życiowych człowieka w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego z uwzględnieniem objawów, parametrów życiowych i wyników badań diagnostycznych; • uruchomienie „Łańcucha przeżycia”; • podstawowe zabiegi resuscytacyjne (BLS) i zaawansowane zabiegi resuscytacyjne (ALS); • przywrócenie, podtrzymywanie i stabilizacja podstawowych funkcji – w tym czynności układu oddechowego i krążenia (ćwiczenia z wykonania intubacji dotchawiczej, każdy uczestnik minimum 5 powtórzeń); • postępowanie z pacjentem z niewydolnością oddechową, we wstrząsie, nieprzytomnym; • farmakoterapia podczas resuscytacji z uwzględnieniem wykazu leków i środków możliwych do podania przez pielęgniarkę systemu samodzielnie bez zlecenia lekarskiego. <p>c. Podejmowanie czynności przez pielęgniarkę w ramach pierwszej pomocy w szczególnych rodzajach zagrożeń środowiskowych (2 godz.):</p> <ul style="list-style-type: none"> • zatrucia; • oparzenia; • odmrożenia, rażenie prądem, piorunem; • ukąszenia węży, owadów; • poród w warunkach pozaszpitalnych. <p>d. Zasady postępowania z chorym po urazie (2 godz.):</p> <ul style="list-style-type: none"> • ocena pacjenta urazowego (szybkie badanie urazowe, ocena miejscowa, szczegółowe badanie urazowe); <p>e. Standardy postępowania w zdarzeniach masowych i katastrofach (wyklady 4 godz., ćwiczenia 3 godz.):</p>
---------------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> • zasady zapewnienia bezpieczeństwa własnego i innych uczestników akcji ratunkowej; • kierowanie akcją ratunkową, koordynowanie działań ratunkowych; • systemy segregacji stosowane w zdarzeniach masowych (TRIAGE, Start); • zasady i wskazania do przeprowadzania ewakuacji z miejsca zdarzenia osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego (ułożenie i transport poszkodowanych); • jednostki współpracujące z systemem ratownictwa medycznego (straż pożarna, policja, straż miejska, wydział zarządzania kryzysowego). <p>f. Stany zagrożenia życia u dzieci (wyklady 4 godz.):</p> <ul style="list-style-type: none"> • ocena stanu pacjenta pediatrycznego; • odrębności w podstawowych i zaawansowanych czynnościach ratunkowych u pacjenta pediatrycznego; • 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); • farmakoterapia w pediatrii (farmakoterapia w resuscytacji, płynoterapia, drogi podawania leków). <p>g. Bezpieczeństwo własne pielęgniarki ratunkowej, bezpieczeństwo poszkodowanego, zabezpieczenie miejsca zdarzenia (wykład 1 godz.):</p> <ul style="list-style-type: none"> • organizacja pracy własnej i podległego personelu zgodnie z zasadami bezpieczeństwa i higieny pracy, ergonomii, ochrony przeciwpożarowej i ochrony środowiska; • nadzorowanie przygotowania i obsługi sprzętu i aparatury ratującej życie i bezpieczeństwo poszkodowanych, zabezpieczenie miejsca zdarzenia do czasu przybycia osób nadzorujących akcję ratowniczą; • kontrola i ocena działań ratunkowych. <p>h. Elementy społeczno-psychologiczne w medycynie ratunkowej (wykład 1 godz.):</p> <ul style="list-style-type: none"> • sposoby porozumiewania się ludzi: komunikowanie interpersonalne, interpersonalne – medialne, pośrednie – masowe; • sytuacje trudne (śmierć, wypadki masowe, katastrofy, segregacja pacjentów, sytuacje konfliktowe w kontaktach z pacjentem i jego rodziną); • narażenie na utratę życia i zdrowia; • 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*. 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 2013 r., 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).

CENTRUM KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

Wymiar, zasady i forma odbywania staży, w przypadku, gdy program kształcenia przewiduje	Wymiar zajęć stażowych –35 godz. Miejsce odbywania stażu – szpitalny oddział ratunkowy (21 godz.), zespół ratownictwa medycznego (14 godz.).
---	---



6. PROGRAM ZAJĘĆ PRAKTYCZNYCH

6.1. STAŻ: Oddział Chirurgii ogólnej + sala opatrunkowa

Cel stażu: Wyposażenie pielęgniarki w umiejętność sprawowania profesjonalnej opieki nad chorymi leczonymi w oddziale chirurgii ogólnej.

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 przynajmniej jeden z warunków:
- posiada tytuł magistra pielęgniarstwa;
 - posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego;
 - posiada ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego.

Wykaz świadczeń zdrowotnych do zaliczenia:

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. Przygotowanie chorego w wieku podeszłym do zabiegu operacyjnego.
5. Podejmowanie działań profilaktycznych zapobiegających powikłaniom pooperacyjnym.
6. Stosowanie nowoczesnych opatrunków dobranych do fazy gojenia się rany.

Warunki zaliczenia stażu:

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

6.2. STAŻ: Klinika/oddział chirurgii ogólnej

Cel stażu: Wyposażenie pielęgniarki w umiejętność sprawowania profesjonalnej opieki nad chorymi leczonymi chirurgicznie ze schorzeniami narządów jamy brzusznej, gruczołów wydzielania wewnętrznego i gruczołu piersiowego.

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 przynajmniej jeden z warunków:
- posiada tytuł magistra pielęgniarstwa;
 - posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego;
 - posiada ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego.

Wykaz świadczeń zdrowotnych do zaliczenia:

1. Przygotowanie pacjenta leczonego w oddziale chirurgii ogólnej do operacji chirurgicznej/zabiegu endoskopowego w trybie pilnym i planowym.
2. Monitorowanie parametrów życiowych pacjenta w bezpośrednim okresie pooperacyjnym.
3. Podejmowanie działań zapobiegających powikłaniom zakrzepowo-zatorowym i oddechowym po operacji.
4. Ocena bólu pooperacyjnego u chorych.
5. Edukowanie pacjenta w zakresie pielęgnacji stomii jelitowej.
6. Prowadzenie edukacji w zakresie profilaktyki i wczesnego rozpoznania schorzeń gruczołu piersiowego.
7. Prowadzenie edukacji w zakresie żywienia pacjentów z chorobami układu pokarmowego/gruczołów wydzielania wewnętrznego.

Warunki zaliczenia stażu:

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

6.3. STAŻ: Klinika/oddział chirurgii urazowej albo urazowo-ortopedycznej albo urazów wielonarządowych

Cel stażu: przygotowanie pielęgniarki do zapewnienia profesjonalnej opieki chorym z obrażeniami ciała leczonymi chirurgicznie.

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 przynajmniej jeden z warunków: <ul style="list-style-type: none">– posiada tytuł magistra pielęgniarstwa;– posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego;– posiada ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego.

Wykaz świadczeń zdrowotnych do zaliczenia:

1. Ocena stanu świadomości z zastosowaniem skali Glasgow.
2. Monitorowanie podstawowych parametrów życiowych.
3. Zastosowanie unieruchomienia przy złamaniach kości lub zwichnięciu.
4. Edukowanie pacjenta w zakresie obserwacji kończyny z opatrunkiem gipsowym.
5. Usprawnianie ruchowe pacjenta.
6. Stosowanie profilaktyki przeciwoleżynowej.
7. Stosowanie profilaktyki przeciwzakrzepowej.

Warunki zaliczenia stażu:

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

6.4. STAŻ: Klinika/oddział chirurgii naczyń

Cel stażu: przygotowanie pielęgniarki do zapewnienia profesjonalnej opieki chorym z chorobami tętnic i żył leczonych operacyjnie i zachowawczo.

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 przynajmniej jeden z warunków:
- posiada tytuł magistra pielęgniarstwa;
 - posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego;
 - posiada ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego;
 - posiada ukończony kurs specjalistyczny *Kompresjoterapia*.

Wykaz świadczeń zdrowotnych do zaliczenia:

1. Badanie tętna na kończynach.
2. Pielęgnowanie kikuta kończyny po amputacji.
3. Monitorowanie bólu.
4. Dobór opatrunku i zaopatrzenie rany owrzodzeniowej kończyn dolnych.
5. Edukowanie pacjentów z chorobami naczyń w zakresie stylu życia (eliminowanie czynników ryzyka tych chorób).

Warunki zaliczenia stażu:

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

6.5. STAŻ: Klinika/oddział urologii

Cel stażu: Wyposażenie pielęgniarki w umiejętność sprawowania profesjonalnej opieki nad chorymi leczonymi chirurgicznie z powodu chorób układu moczowego.

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 przynajmniej jeden z warunków:
- posiada tytuł magistra pielęgniarstwa;
 - posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego;
 - posiada ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego.

Wykaz świadczeń zdrowotnych do zaliczenia:

1. Prowadzenie bilansu wodnego, ocena nawodnienia/odwodnienia pacjenta.

2. Przygotowanie pacjenta ze schorzeniem/urazem układu moczowego do zabiegu operacyjnego.
3. Ocena natężenia bólu u chorych ze schorzeniem układu moczowego.
4. Założenie cewnika moczowego u mężczyzny.
5. Założenie/wymiana/pielęgnacja cewnika do cystostomii.
6. Prowadzenie edukacji w zakresie pielęgnacji urostomii.
7. Podejmowanie działań zapobiegających zakażeniom u chorych z cewnikiem Foley'a/ cewnikiem JJ/cewnikiem założonym nadłonowo/dwubieżnym.

Warunki zaliczenia stażu:

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

6.6. STAŻ: Szpitalny oddział ratunkowy

Cel stażu: 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
Opiekun stażu:	pielęgniarka posiadająca co najmniej 5-letni staż w zawodzie w przedmiotowej dziedzinie, spełniająca przynajmniej jeden z warunków: <ul style="list-style-type: none">– posiada tytuł magistra pielęgniarstwa;– posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezjologicznego i intensywnej opieki;– posiada ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezjologicznego i intensywnej opieki.

Wykaz świadczeń zdrowotnych do zaliczenia:

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-kръżeniowej.
9. Prowadzenie oddechu zastępczego.
10. Wykonanie EKG.
11. Wykonanie defibrylacji.
12. Założenie zgłębnika do żołądka w celu odbarczenia.
13. Przygotowanie poszkodowanego do transportu (dobór pozycji ułożeniowych).
14. Unieruchomienie chorego z urazem narządu ruchu (zakładanie kołnierza Schanza, szyn Kramera, szyn wyciągowych).

Warunki zaliczenia stażu:

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

6.7. STAŻ: Zespół ratownictwa medycznego

Cel stażu: 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
Opiekun stażu:	pielęgniarka posiadająca co najmniej 5-letni staż w zawodzie w przedmiotowej dziedzinie, spełniająca przynajmniej jeden z warunków: <ul style="list-style-type: none">– posiada tytuł magistra pielęgniarstwa;– posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezyjologicznego i intensywnej opieki;– posiada ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezyjologicznego i intensywnej opieki.

Wykaz świadczeń zdrowotnych do zaliczenia:

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 prawidłowej realizacji zadań/czynności (świadczeń zdrowotnych).

**7. WYKAZ ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH, DO KTÓRYCH JEST UPRAWNIONA
PIEŁĘGNIARKA PO UKOŃCZENIU KURSU KWALIFIKACYJNEGO
W DZIEDZINIE PIEŁĘGNIARSTWA CHIRURGICZNEGO**

1. Ocena stanu odżywienia chorego w okresie okołoperacyjnym.
2. Pielęgnowanie chorego z gastrostomią/jejunostomią.
3. Pielęgnowanie chorego z cewnikiem założonym do żyły centralnej.
4. Monitorowanie stanu chorego z całkowitym żywieniem pozajelitowym.
5. Zapobieganie powikłaniom żywienia enteralnego i parenteralnego.
6. Przygotowanie chorego do zabiegu operacyjnego w trybie planowym i pilnym, uwzględniając rodzaj zabiegu i rodzaj znieczulenia.
7. Przygotowanie chorego do zabiegu endoskopowego w trybie planowym i pilnym.
8. Monitorowanie podstawowych parametrów życiowych.
9. Leczenie odleżyn do III^o włącznie.
10. Wykonanie badania fizykalnego umożliwiającego wczesne wykrycie chorób gruczołu piersiowego.
11. Przygotowanie pacjenta do badań diagnostycznych wykonywanych w schorzeniach: układu pokarmowego, gruczołów wydzielania wewnętrznego, gruczołu piersiowego, naczyń tętniczych i żylnych, układu moczowego.
12. Przygotowanie pacjenta z obrażeniami ciała do badań diagnostycznych.
13. Interpretowanie podstawowych wyników badań laboratoryjnych.
14. Pielęgnowanie i edukowanie chorego ze stomią jelitową.
15. Zapobieganie powikłaniom pooperacyjnym.
16. Edukowanie w zakresie profilaktyki i wczesnego rozpoznawania schorzeń: układu pokarmowego, gruczołów wydzielania wewnętrznego, gruczołu piersiowego, naczyń tętniczych i żylnych, układu moczowego.
17. Wstępna ocena ciężkości urazu.
18. Ocena stanu świadomości pacjenta.
19. Monitorowanie bólu u chorych.
20. Podejmowanie działań zapobiegających powikłaniom u pacjentów z obrażeniami ciała leczonych chirurgicznie.
21. Edukowanie pacjenta w zakresie obserwacji kończyny w opatrunku gipsowym.
22. Zastosowanie unieruchomienia przy złamaniach kości lub zwichnięciu.
23. Przygotowanie pacjentów do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych.
24. Badanie tętna na kończynach.
25. Pielęgnowanie kikuta kończyny po amputacji.
26. Cewnikowanie pęcherza moczowego u kobiet i mężczyzn oraz usunięcie założonego cewnika.
27. Jednorazowe i stałe płukanie pęcherza moczowego.
28. Założenie/wymiana cewnika do cystostomii.
29. Podejmowania działań zapobiegających zakażeniom u pacjentów z założonym cewnikiem Foley'a, cewnikiem JJ, cewnikiem założonym nadłonowo, dwubieżnym oraz podczas stałego płukania pęcherza.
30. Prowadzenie instruktażu w zakresie treningu pęcherza moczowego u chorych z problemem nietrzymania moczu.
31. Pielęgnowanie i edukowanie chorego z urostomią.
32. Ocena stanu pacjenta w celu ustalenia postępowania i podjęcia decyzji o prowadzeniu lub odstąpieniu od medycznych czynności ratunkowych.
33. Układanie pacjenta w pozycji właściwej dla jego stanu zdrowia lub odniesionych obrażeń.

34. Podjęcie i prowadzenie podstawowej i zaawansowanej resuscytacji krążeniowo-oddechowej u dorosłych i dzieci zgodnie z obowiązującymi wytycznymi ERC.
35. Bezprzyrządowe przywracanie drożności dróg oddechowych.
36. Przyrządowe przywracanie drożności dróg oddechowych z zastosowaniem: rurki ustno-gardłowej, rurki nosowo-gardłowej, maski krtaniowej, rurki krtaniowej.
37. Wykonanie intubacji dotchawiczej w laryngoskopii bezpośredniej w nagłym zatrzymaniu krążenia przez usta lub przez nos bez użycia środków zwiotczających mięśnie.
38. Odsysanie dróg oddechowych metodą otwartą i zamkniętą.
39. Stosowanie tlenoterapii biernej.
40. stosowanie wspomaganie oddechu za pomocą worka samorozprężalnego.
41. Stosowanie tlenoterapii czynnej przy użyciu maski twarzowej, worka samorozprężalnego z zastawką jednokierunkową lub z użyciem respiratora.
42. Wykonanie defibrylacji zautomatyzowanej.
43. Wykonanie defibrylacji ręcznej na podstawie EKG.
44. Wykonanie badania elektrokardiograficznego.
45. Monitorowanie czynności układu oddechowego.
46. Monitorowanie czynności układu krążenia metodami nieinwazyjnymi.
47. Wykonanie kaniulacji żył obwodowych kończyn górnych, dolnych, żyły szyjnej zewnętrznej.
48. Podawanie leków drogą dożylną, domięśniową, podskórną dotchawiczą, doustną i wziewną przy użyciu gotowego zestawu.
49. Oznaczanie poziomu parametrów krytycznych z użyciem dostępnego sprzętu, w tym: stężenia glukozy w surowicy krwi, stężenia elektrolitów w surowicy krwi, gazometrii krwi włóśniczkowej.
50. Opatrywanie ran.
51. Tamowanie krwotoków.
52. Unieruchomienie kręgosłupa w sytuacji podejrzenia złamania, ze szczególnym uwzględnieniem odcinka szyjnego.
53. Odebranie porodu w warunkach pozaszpitalnych.
54. Prowadzenie segregacji medycznej.
55. Podejmowanie działań zabezpieczających celem ograniczenia skutków zdrowotnych zdarzenia.
56. Przygotowanie pacjenta i opieka medyczna podczas transportu.