Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej

Scenariusze Symulacji Medycznych

dla studentów kierunku Pielęgniarstwo

Redakcja
Stanisława Spisacka

Biała Podlaska 2019

Projekt pt. „Monoprofilowe Centrum Symulacji Medycznej - nowa jakość kształcenia na kierunku Pielęgniarstwo w PSW w Białej Podlaskiej" realizowany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, Działanie 5.3 Wysoka jakość kształcenia na kierunkach medycznych.

Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej

Scenariusze Symulacji Medycznych

dla studentów kierunku Pielęgniarstwo

Redakcja
Stanisława Spisacka

Biała Podlaska 2019

Projekt pt. „Monoprofilowe Centrum Symulacji Medycznej - nowa jakość kształcenia na kierunku Pielęgniarstwo w PSW w Białej Podlaskiej" realizowany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, Działanie 5.3 Wysoka jakość kształcenia na kierunkach medycznych.

Wydawca

Państwowa Szkoła Wyższa

im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej

Recenzja

prof. zw. dr hab. n. med. Jan Karczewski

Redakcja

dr n. med. Stanisława Spisacka

© Copyright by Państwowa Szkoła Wyższa
im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, Stanisława Spisacka

Publikacja opracowana w ramach projektu pt. „Monoprofilowe Centrum Symulacji Medycznej - nowa jakość kształcenia na kierunku Pielęgniarstwo w PSW w Białej Podlaskiej" realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, Działanie 5.3 Wysoka jakość kształcenia na kierunkach medycznych.

ISBN 978-83-64881-03-9

Nakład: 20 egzemplarzy

Liczba arkuszy wydawniczych: 35

Wydawnictwo PSW JPII

ul. Sidorska 95/97, p. 334R

21-500 Biała Podlaska

www.pswbp.pl

Opracowanie DTP, projekt okładki, druk i oprawa:

Grafpol Agnieszka Blicharz-Krupińska

ul. Żmudzka 21, 51-354 Wrocław

www.argrafpol.pl

Spis treści

Część I
Scenariusze niskiej wierności

1. **Iwona Gładysz**
TOALETA JAMY USTNEJ U PACJENTA Z OGRANICZONĄ WYDOLNOŚCIĄ SAMOOBSŁUGOWĄ 10

2. **Iwona Gładysz**
TOALETA CAŁEGO CIAŁA PACJENTA POZOSTAJĄCEGO W ŁÓŻKU 17

3. **Iwona Gładysz**
PRZEMIESZCZANIE/PRZENOSZENIA PACJENTA 33

4. **Iwona Gładysz**
OPATRUNEK PODWIESZAJĄCY PIERŚ 40

5. **Iwona Gładysz**
WYKONANIE ZAPISU ELEKTROKARDIOGRAFICZNEGO Z UDZIAŁEM PACJENTA STANDARYZOWANEGO (EKG) 44

6. **Katarzyna Jańczuk**
ZAŁOŻENIE CEWNIKA DO PĘCHERZA MOCZOWEGO U KOBIETY....51

7. **Agnieszka Korol**
POMIAR GLUKOZY WE KRWI WŁOŚNICZKOWEJ ZA POMOCĄ GLUKOMETRU....57

8. Karol Laskowski
PODŁĄCZENIE I ODŁĄCZENIE WLEWU KROPLOWEGO 61

9. Karol Laskowski
ZAŁOŻENIE KANIULI DOŻYLNEJ 68

10. **Karol Laskowski**
OPATRUNEK KOŃCZYNY GÓRNEJ I KLATKI PIERSIOWEJ (OPATRUNEK DESSAULTA) PRAWA RĘKA 73

11. **Karol Laskowski**
OPATRUNEK UCHA PRZY ZASTOSOWANIU OBWOJU PODSTAWOWEGO ŚRUBOWEGO 76

12. **Anna Ławnik**
KARMIENIE PACJENTA PRZEZ ZGŁĘBNIK....79

13. **Anna Ławnik**
MYCIE GŁOWY....84

14. **Anna Ławnik**
INIEKCJA ŚRÓDSKÓRNA....88

15. **Anna Ławnik**
PROFILAKTYKA PRZECIWODLEŻYNOWA....92

16. **Barbara Sokołowska**
WYKONANIE INIEKCJI DOMIĘŚNIOWEJ U DOROSŁEGO WYZNACZAJĄC MIEJSCE WKŁUCIA METODA KWADRANTÓW....94

Część II
Scenariusze pośredniej wierności

1. **Renata Chlebowska**
POSTĘPOWANIE Z DZIECKIEM NOWOPRZYJĘTYM Z OSTRYM PODGŁOŚNIOWYM ZAPALENIEM KRTANI 98

2. **Renata Chlebowska**
POSTĘPOWANIE Z DZIECKIEM NOWOPRZYJĘTYM Z ZAPALENIEM PŁUC 109

3. **Renata Chlebowska**
POSTĘPOWANIE Z PACJENTEM NOWOPRZYJĘTYM Z ROZPOZNANĄ MANIĄ 120

4. **Renata Chlebowska**
POSTĘPOWANIE Z PACJENTEM NOWOPRZYJĘTYM Z ROZPOZNANĄ SCHIZOFRENIĄ PARANOIDALNĄ 130

5. **Renata Chlebowska**
POSTĘPOWANIE Z PACJENTEM NOWOPRZYJĘTYM Z ROZPOZNANĄ DEPRESJĄ 140

6. **Aneta Filipek-Czerska**
ZAPALENIE PŁUC 151

7. **Iwona Gładysz**
POSTĘPOWANIE Z CIĘŻARNĄ, ZGŁASZAJĄCĄ SIĘ Z POWODU ZŁEGO SAMOPOCZUCIA .. 158

8. **Iwona Gładysz**
POSTĘPOWANIE Z PACJENTKĄ W CIĄŻY ZGŁASZAJĄCĄ SIĘ Z POWODU NADCIŚNIENIA INDUKOWANEGO CIĄŻĄ 166

9. **Iwona Gładysz**
POSTĘPOWANIE Z PACJENTKĄ, ZGŁASZAJĄCĄ SIĘ Z POWODU WYKRYCIA ZMIANY W PIERSI 176

10. **Katarzyna Jańczuk**
ASYSTOWANIE PODCZAS ZNIECZULENIA PODPAJĘCZYNÓWKOWEGO 185

11. **Katarzyna Jańczuk**
ASYSTOWANIE PODCZAS INTUBACJI DOTCHAWICZEJ 200

12. **Katarzyna Jańczuk**
NADZÓR POOPERACYJNY PROWADZONY PRZEZ PIELĘGNIARKĘ ANESTEZJOLOGICZNĄ 215

13. **Katarzyna Jańczuk**
OPIEKA PIELĘGNIARSKA NAD CHORYM PO OPERACJI TARCZYCY 227

14. **Katarzyna Jańczuk**
POSTĘPOWANIE Z PACJENTEM PRZYJMOWANYM NA BLOK OPERACYJNY PRZEZ PIELĘGNIARKĘ ANESTEZJOLOGICZNĄ 244

15. **Edyta Kawka**
POSTĘPOWANIE Z PACJENTEM Z OBJAWAMI ZWIASTUJĄCYMI ROZPOCZYNAJĄCY SIĘ UDAR 255

16. **Agnieszka Korol**
POSTĘPOWANIE Z PACJENTEM W STANIE TERMINALNYM I JEGO RODZINĄ 264

17. **Agnieszka Korol**
POSTĘPOWANIE Z PACJENTEM W STANIE HIPOGLIKEMII W POZ 272
18. **Agnieszka Korol**
POSTĘPOWANIE Z PACJENTEM Z CHOROBĄ ALZHEIMERA I JEGO RODZINĄ W OPIECE DOMOWEJ.....280
19. **Agnieszka Korol**
POSTĘPOWANIE Z DZIECKIEM I RODZICAMI PRZED SZCZEPIENIEM –ODRA, ŚWINKA, RÓŻYCZKA.....289
20. **Karol Laskowski**
ASTMA OSKRZELOWA.....298
21. **Karol Laskowski**
POSTĘPOWANIE Z PACJENTEM GERIATRYCZNYM Z ZAPALENIEM PŁUC 306
22. **Anna Ławnik**
POSTĘPOWANIE Z PACJENTEM PO USUNIĘCIU PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO.....314
23. **Anna Ławnik**
POSTĘPOWANIE Z PACJENTEM PO ZDJĘCIU OPATRUNKU GIPSOWEGO Z KOŃCZYN DOLNYCH.....322
24. **Anna Ławnik**
POSTĘPOWANIE Z PACJENTEM PO ZABIEGU OPERACYJNYM WYŁONIENIA STOMII JELITOWEJ.....331
25. **Anna Ławnik**
POSTĘPOWANIE Z PACJENTEM W DNIU ZABIEGU OPERACYJNEGO USUNIĘCIA ŻYLAKÓW 339
26. **Barbara Sokołowska, Justyna Paszkiewicz**
POSTĘPOWANIE Z PACJENTEM Z KRWAWIENIEM WEWNĘTRZNYM Z POWODU PRZEDAWKOWANIA ACENOCUMAROLU 347
27. **Barbara Sokołowska, Justyna Paszkiewicz**
POSTĘPOWANIE Z PACJENTEM WE WSTRZĄSIE ANAFILAKTYCZNYM.....356
28. **Barbara Sokołowska**
POSTĘPOWANIE Z PACJENTEM W STANIE HIPERGLIKEMII.....367
29. **Barbara Sokołowska**
POSTĘPOWANIE Z PACJENTEM W OBRZĘKU PŁUC 377

Część III
Scenariusze wysokiej wierności

1. **Renata Chlebowska**
POSTĘPOWANIE Z PACJENTEM PSYCHIATRYCZNYM NOWOPRZYJĘTYM Z ZABURZENIAMI NERWICOWYMI 388
2. **Renata Chlebowska**
POSTĘPOWANIE Z PACJENTEM PEDIATRYCZNYM NOWOPRZYJĘTYM Z ZABURZENIAMI ODDYCHANIA 399

3. **Renata Chlebowska**
POSTĘPOWANIE Z PACJENTEM PEDIATRYCZNYM NOWOPRZYJĘTYM Z ZABURZENIAMI ŚWIADOMOŚCI 410

4. **Renata Chlebowska**
POSTĘPOWANIE Z PACJENTEM PSYCHIATRYCZNYM NOWOPRZYJĘTYM Z ZABURZENIAMI ODŻYWIANIA 421

5. **Iwona Gładysz**
POSTĘPOWANIE Z POŁOŻNICĄ Z NADCZYNNOŚCIĄ TARCZYCY 431

6. **Iwona Gładysz**
POSTĘPOWANIE Z PACJENTKĄ W CIĄŻY Z BÓLEM GŁOWY 441

7. **Iwona Gładysz**
POSTĘPOWANIE Z PACJENTKĄ, ZGŁASZAJĄCĄ SIĘ Z POWODU BÓLU ZLOKALIZOWANEGO W PRAWYM DOLE BIODROWYM 451

8. **Katarzyna Jańczuk**
OPIEKA PIELĘGNIARSKA NAD PACJENTEM W STANIE BEZPOŚREDNIEGO ZAGROŻENIA ŻYCIA 460

9. **Katarzyna Jańczuk**
POSTĘPOWANIE Z PACJENTEM Z BÓLEM BRZUCHA 475

10. **Katarzyna Jańczuk**
POSTĘPOWANIE Z PACJENTEM PO ZNIECZULENIU PODPAJĘCZYNÓWKOWYM 488

11. **Karol Laskowski**
POSTĘPOWANIE Z PACJENTEM GERIATRYCZNYM Z DEPRESJĄ 500

12. **Karol Laskowski**
POSTĘPOWANIE Z PACJENTEM GERIATRYCZNYM ZE ZMIANĄ OPATRUNKU / EDUKACJA RODZINY 507

13. **Karol Laskowski**
POSTĘPOWANIE Z PACJENTEM GERIATRYCZNYM Z DEMENCJĄ 514

14. **Anna Ławnik**
PACJENT Z RANĄ KĄSANĄ PODUDZIA I UDA KOŃCZYNY DOLNEJ LEWEJ 521

15. **Anna Ławnik**
PACJENT PO WYPADKU KOMUNIKACYJNYM 530

16. **Barbara Sokołowska**
POSTĘPOWANIE Z PACJENTEM Z BÓLEM W KLATCE PIERSIOWEJ 541

17. **Barbara Sokołowska**
POSTĘPOWANIE Z PACJENTEM Z OSTRYM ZAPALENIEM TRZUSTKI 552

Piśmiennictwo 563

Wprowadzenie

Niniejszy podręcznik/monografia scenariuszy symulacji medycznych powstał w ramach projektu pn. „Monoprofilowe Centrum Symulacji Medycznej – nowa jakość kształcenia na kierunku Pielęgniarstwo w PSW w Białej Podlaskiej".

Projekt jest realizowany przez Państwową Szkołę Wyższą im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej w partnerstwie z Niepublicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej Ośrodek Medycyny Szkolnej i Opieki Długoterminowej w Domu Chorego „VITA" w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020; Działanie 5.3. Wysoka jakość kształcenia na kierunkach medycznych; Oś V Wsparcie dla obszaru zdrowia. Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego na podstawie umowy o dofinansowanie projektu nr POWR.05.03.00-00-0064/17-00 zawartej ze Skarbem Państwa - Ministrem Zdrowia.

Celem projektu jest podniesienie jakości kształcenia praktycznego na kierunku Pielęgniarstwo, poprzez realizację Programu Rozwojowego, który zakłada utworzenie i włączenie do procesu dydaktycznego Monoprofilowego Centrum Symulacji Medycznej.

Dzięki realizacji Programu Rozwojowego studenci kierunku Pielęgniarstwo będą mogli kształcić się praktycznie w kontrolowanych warunkach, a poprzez to nauczyciele akademiccy będą mieć większy wpływ i kontrolę nad przebiegiem procesu dydaktycznego.

W nauczaniu na kierunku Pielęgniarstwo bardzo ważne jest wykształcenie praktycznych umiejętności pielęgniarskich, których nauka w warunkach symulacyjnych jest łatwiejsza dla studentów i stanowi wstęp do nauki w warunkach klinicznych. Dzięki takiemu podejściu studenci są lepiej przygotowani do bezpośrednich kontaktów z pacjentem i ich dalszy proces kształcenia może przebiegać w sposób bardziej efektywny.

W ramach Projektu przeprowadzono remont i adaptację pomieszczeń w wyniku czego powstały: Sala opieki pielęgniarskiej - Sala wysokiej wierności; Pomieszczenie kontrolne; Sala egzaminacyjna OSCE; Sala symulacji z zakresu ALS; Sala symulacji z zakresu BLS; Sala ćwiczeń umiejętności pielęgniarskich; Sala ćwiczeń umiejętności technicznych. Pomieszczenia Monoprofilowego Centrum Symulacji Medycznej wyposażone zostały w nowoczesny sprzęt.

Oprócz tego w projekcie realizowane są także działania „miękkie":

- szkolenia i staże kadry dydaktycznej, technicznej i zarządzającej,
- wizyty studyjne,
- zajęcia dodatkowe i zawody symulacyjne dla studentów pielęgniarstwa,
- działania utrzymujące i rozwijające Monoprofilowe Centrum Symulacji Medycznej - utworzenie bazy scenariuszy symulacyjnych, realizacja programu standaryzowanych pacjentów, ekspertyza jakości nauczania oraz przygotowanie podręcznika symulacji.

Opracowane scenariusze to niezbędne narzędzie dydaktyczne w kształceniu studentów kierunku pielęgniarstwo, nowoczesną metodą symulacji medycznej.

Metoda symulacji medycznej w edukacji studentów kierunków medycznych zaistniała od roku 1960, od chwili gdy na rynku pojawiły się fantomy do nauki resuscytacji. Symulacja medyczna to dział edukacji medycznej zajmujący się odtwarzaniem warunków klinicznych, socjalnych, wypadków i zdarzeni masowych z zastosowaniem symulatorów/ fantomów niskiej wierności, średniej i wyso-

kiej wierności, odzwierciedlających rzeczywiste otoczenie i zdarzenia medyczne. W tych warunkach bezpiecznych dla pacjenta, studenci nabywają umiejętności praktyczne. W metodzie tej wprowadzono „pacjentów standaryzowanych" – (osoby grające rolę pacjentów), dzięki którym studenci mogą w trakcie zajęć, realistyczne komunikować się z pacjentem oraz wyrażać empatię i troskę. Skuteczność metody symulacji medycznej wymaga starannego przygotowania zajęć. Efektywność i skuteczność kształcenia tą metodą, zapewniają opracowanie, przez wyszkolonych instruktorów symulacji medycznej, scenariusze zajęć.

Do dyspozycji dydaktyków symulacji medycznej oddano w niniejszej pozycji autorskie scenariusze niskiej, pośredniej i wysokiej wierności.

W swojej strukturze zawierają informacje o temacie, czasie trwania zajęć, czasie trwania scenariusza, wskazują liczbę uczestników - grupę studentów. Następnie określają cel główny i cele szczegółowe scenariusza. Zawarto informacje techniczne, wskazany numer sali, stanowiska, trenażera, wykaz sprzętu wielorazowego, jednorazowego. Opis dla technika symulacji medycznej, z dokładnymi opisami jak należy przygotować wskazany sprzęt, trenażery, symulatory. W czynnościach początkowych, w scenariuszu istnieje zapis o konieczności sprawdzenia przygotowanego stanowiska jego kompletności. Następnie sprawdzenie obecności studentów, wyłączenie telefonów, gotowości do zajęć. Część wprowadzenia do zajęć, które przekazuje instruktor symulacji, to temat symulacji, cele główne i szczegółowe. Scenariusz zawiera element – informacje dla wykładowcy w którym zapisane są pytania do studentów zadawane w formie wydobywania już zdobytej wiedzy i doświadczenia. Element niezbędny w realizacji metody symulacji zawarty w scenariuszu to zapoznanie studentów ze sprzętem. Instruktor szczegółowo opisał symulatory, trenażery, sprzęt i zaznaczył w scenariuszu,ze każdy student obowiązkowo dokładnie zapoznaje się, ze sprzętem.

Scenariusze niskiej wierności służą do nauczania podstawowych umiejętności klinicznych. Scenariusz zawiera dokładny opis nauczanej czynności w tak zwanej metodzie czterech kroków. Krok pierwszy tzw. próba niema, w której bez słów, instruktor demonstruje zabieg, wcześniej wyjaśniając, iż taka będzie przez niego wykonywana. Opisuje się drugi krok tzw. instruktaż, podczas którego instruktor wykonuje te same czynności ale dokładnie je omawia. Trzeci krok w którym to do demonstrowanych czynności włączony jest student tzw. student instruktor – instruktor wskazuje studenta i prosi by teraz on instruował instruktora wg wcześniejszych poleceń.

Opisany jest czwarty krok tej metody w której to instruktor wybiera kolejnego studenta, prosi go aby teraz ten instruował studenta, który instruował instruktora. Instruktor koryguje popełniane błędy, koryguje to co robi student i to co mówi student. Na zakończenie zajęć podaje się temat kolejnych zajęć w pracowni symulacji medycznej, wskazuje literaturę. Scenariusz zawiera podsumowanie, w który wyraźnie instruktor określa zdobyte umiejętności i ich przydatność w przyszłych zajęciach i pracy zawodowej. Arkusze scenariuszy zawierają wykaz literatury i efekty kształcenia, wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych .

Druga grupa scenariuszy zawartych w tej monografii to,scenariusze pośredniej i wysokiej wierności. Symulacja średniej wierności służy, treningowi zaawansowanych algorytmów i wzmacnia umiejętność krytycznego myślenia i podejmowania decyzji.

Natomiast scenariusze wysokiej wierności to trening pracy zespołowej i interdyscyplinarnej w odwzorowanej rzeczywistości klinicznej i środowiskowej, stwarzający wysoki stopień odpowiedzialności uczestników.

Scenariusze zawierają wprowadzenie do scenariusza – prebriefing. w oparciu o dyskusje studentów na temat scenariusza z wykorzystaniem informacji przekazanych w konspektach dla stu-

dentów i informacji zawartych w scenariuszu. Pytania projektowane do dyskusji mają charakter otwarty. W scenariuszach opisano przewidywane odpowiedzi, co jest zasadne ponieważ pozwala dociekać odpowiedzi i nie odchodzić od tematu zajęć. Scenariusz zawiera opis przypadku klinicznego, który przedstawia instruktor. Następnie prowadzący zajęcia prezentuje studentom ze sprzęt jego funkcje, możliwości. Każdy student zapoznaje się ze sprzętem i jego funkcją. Po zapoznaniu się ze stanowiskiem i jego wyposażeniem, przydziela role; pierwszej pielęgniarki - lidera grupy, drugiej i trzeciej pielęgniarki oraz rolę obserwatorów miedzy innymi obserwatora procedur, zakres czynności studentom realizującym scenariusz.

Część scenariusza w której realizuje się zabieg zgodnie z przypisanymi rolami i zakresem czynności wg algorytmu. Po wykonaniu planowanych czynności zgodnie z symulowaną sytuacją kliniczną, kończy się scenariusz. Realizuje się debriefing, czyli omówienie przebiegu scenariusza, które przebiega w trzech częściach; faza opisu – co się wydarzyło, faza analizy (co zrobiliśmy dobrze co należy poprawić) i faza wniosków co wynieśliśmy z zajęć na przyszłość). Instruktor kieruje dyskusją, wykorzystuje pytania zawarte w scenariuszu, wzmacnia samoocenę studentów. W scenariuszach zaznaczono istotne zachowanie instruktora, po wypowiedzi studentów, odnosi się do ich opinii o sobie i ich emocji w sposób wspierający, podbudowujący, dający poczucie zdobycia kolejnej umiejętności zawodowej budującej satysfakcję.

Kształcenie metodą symulacji medycznej, stanowi w obecnej dobie współczesny, skuteczny i bezpieczny model kształcenia, przyszłych kadr medycznych.

Kierownik projektu - mgr Renata Karwacka

Redaktor monografii dr n.med. Stanisława Spisacka

Część I
SCENARIUSZE NISKIEJ WIERNOŚCI

SCENARIUSZ SYMULACJI MEDYCZNEJ NISKIEJ WIERNOŚCI - NW **autor: doktor nauk o zdrowiu Iwona Gładysz**				Numer porządkowy	NW zgodnie z wykazem
Czas zajęć	90 minut	Czas scenariusza	10 minut	Liczba studentów	8
Nazwa	**Toaleta jamy ustnej u pacjenta z ograniczoną wydolnością samoobsługową**				
Cel główny	**Nauka wykonania toalety jamy ustnej u pacjenta z ograniczoną wydolnością samoobsługową**				
Cel szczegółowy	Nauka techniki wykonania toalety jamy ustnej u pacjenta z ograniczoną wydolnością samoobsługową				
Metoda	4 kroków z wykorzystaniem fantomu z możliwością wykonania toalety jamy ustnej				
INFORMACJE TECHNICZNE I ORGANIZACYJNE					
Numer sali	Nr 034	Numer stanowiska	Nr 1	Numer trenażera/ fantomu	Nr zgodnie z wykazem / Nr zgodnie z wykazem
Sprzęt wielokrotnego użytku	1. Ssak 2. Miski nerkowate- 8 sztuk 3. Tace-8 sztuk 4. Latarka – 8 sztuk			Sprzęt jednorazowego użytku	1. Cewnik do odsysania wydzieliny z jamy ustnej CH,10 -8 sztuk 2. Jałowe gaziki 40 sztuk 3. Rękawiczki jednorazowe, niejałowe -32 sztuki 4. Patyczki zakończone gąbką z możliwością odsysania, do czyszczenia zębów i języka pomiędzy szczotkowaniem/ strzykawka do nabrania płukanki, kieliszek z miarką 5. Bloker zgryzu dla dorosłych 6. Lignina, podkład higieniczny 5. Płyn do płukania jamy ustnej- 1 opakowanie po 500 ml 6. Miękka, nylonowa szczoteczka do szczotkowania zębów i języka -8 sztuk 7. Parawan 8. Środek dezynfekcyjny do rąk 9. Pasta do zębów - 1 sztuka 10. Nitka dentystyczna - 2 sztuki
Informacja dla technika	Przygotowanie fantomu z możliwością wykonania toalety jamy ustnej, ssaka, cewnika do odsysania wydzieliny z jamy ustnej				
Czynności początkowe	Wykładowca: 1. Przed rozpoczęciem zajęć sprawdza sposób przygotowania stanowiska i kompletacje 2. Sprawdza listę uczestników i kartę informacyjną scenariusza 3. Rozpoczyna scenariusz-prosząc o wyłączenie telefonów, zajęcie miejsc				

Wprowadzenie	
Informacje dla studentów	**Informacje dla wykładowców**
W dniu dzisiejszym nauczymy się wykonywać toaletę jamy ustnej u pacjenta z ograniczoną wydolnością lub brakiem wydolności samoobsługowej. Toaleta jamy ustnej polega na myciu zębów, podniebienia, a także oczyszczeniu tkanek znajdujących się pomiędzy zębami a policzkami oraz przestrzeni międzyzębowych. Pełną toaletę jamy ustnej stosuje się rano i wieczorem oraz w zależności od potrzeby, np. po posiłkach. Toaleta jamy ustnej jest czynnością, która usuwa drobnoustroje odpowiedzialne za choroby dziąseł oraz przyzębia. Obszar przyzębia jest kolonizowany przez bakterie Gram- dodatnie i Gram-ujemne. W skład mikroflory jamy ustnej wchodzą także drożdże. Jednym z przedstawicieli jest *Candida Albicans,* która wywołuje pleśniawki-najpowszechniejszą, łagodną formę zakażenia jamy ustnej. Ważnym czynnikiem utrzymania prawidłowej mikroflory jamy ustnej jest ciągła produkcja śliny. Ślina zmywa resztki pokarmowe i mikroorganizmy z jamy ustnej. Zawiera wiele substancji odpornościowych, takich jak immunoglobulina A, która nie dopuszcza do przyczepiania się mikrobów w jamie ustnej, oraz laktoferyna, która zapobiega infekcjom bakteryjnym u zdrowej osoby. Wskazania do wykonania toalety jamy ustnej: − zaburzenia świadomości, − zmniejszona aktywność psychoruchowa, zmniejszona odporność na zakażenia, zaburzenia połykania, − niemożność przyjmowania pokarmów drogą doustną, − jako profilaktyka respiratorowego zapalenia płuc u pacjentów przebywających w oddziałach intensywnej terapii (Ventilator-Associated Pneumonia, VAP, które wystąpiło po upływie 48-72 godzin po intubacji dotchawiczej) Przeciwskazania do wykonania toalety jamy ustnej: − stany po niektórych zabiegach operacyjnych i urazach okolicy jamy ustnej − urazy jamy ustnej − całkowita ekstrakcja zębów (do 12 godzin po usunięciu zębów)	1. Jak uważacie, toaleta jamy ustnej u pacjenta z ograniczoną wydolnością samoobsługową jest ważna? Odpowiedź studentów: tak, ogranicza namnażanie bakterii 2. Jak uważasz, jest to zabieg komfortowy dla pacjenta? Odpowiedź studentów: myślę, że nie jest komfortowy 3. Jak myślicie, w jakim celu wykonuje się toaletę jamy ustnej? Odpowiedź studentów: aby ograniczyć namnażanie bakterii powodujących próchnicę

Zapoznanie studentów ze sprzętem	
Wykładowca	Omawia fantom i prezentuje możliwości techniczne. Manekin osoby dorosłej przeznaczony do symulacji i ćwiczenia pełnego zakresu czynności pielęgnacyjnych pacjenta. **Właściwości manekina:** − dokładny anatomicznie manekin osoby dorosłej z kończynami i realistycznymi połączeniami stawowymi − głowa z anatomicznymi punktami orientacyjnymi, pozwalająca na naukę procedury: toaleta jamy ustnej u pacjenta z ograniczoną wydolnością samoobsługową Nauczyciel prezentuje sposób łączenia cewnika i ssaka.
Student	Dotyka fantomu, sprawdza możliwości techniczne. Dotyka cewnika do odsysania wydzieliny z jamy ustnej
Metoda 4 kroków	
Krok 1- próba niema	1. Sprawdzenie tożsamości pacjenta 2. Mycie i dezynfekcja rąk zgodnie z procedurą Higieniczne mycie i dezynfekcja rąk 3. Przygotowanie zestawu 4. Postawienie zestawu na stoliku przyłóżkowym 5. Przystawienie parawanu. 6. Poinformowanie pacjenta o planowanej czynności i sposobie jej przeprowadzenia (niezależnie od stanu przytomności) 7. Nałożenie jednorazowych rękawiczek 8. Ustawienie łóżka w pozycji półleżącej na plecach z wezgłowiem uniesionym pod kątem (30˚ - 45˚), jeśli stan pacjenta na to pozwala 9. Połączenie cewnika do odśluzowania ze ssakiem 10. Zabezpieczenie ligniną lub podkładem higienicznym bielizny osobistej pacjenta 11. Ocena stanu jamy ustnej, błony śluzowej i zębów z wykorzystaniem sztucznego źródła światła/ *Użycie blokera zgryzu u pacjenta nieprzytomnego* 12. Odśluzowanie jamy ustnej 13. Nałożenie pasty na czystą szczoteczkę 14. Wzięcie szczoteczki z pastą do ręki dominującej 15. Ustawienie włosia szczotki na zewnętrznych powierzchniach zębów pod kątem 45° na dziąsłach w miejscu połączenia z zębami i skierowanie w stronę dziąseł 16. Przesunięcie szczoteczki z dziąseł na zęby, powtarzając tę czynność 5 razy na każdym zębie 17. Przesunięcie szczoteczką po zewnętrznych powierzchniach zębów górnych, a następnie dolnych, 18. 10-krotne wykonanie ruchów do przodu i do tyłu na przestrzeni trzech zębów 19. Oczyszczenie powierzchni żującej zębów 20. Oczyszczenie tkanki znajdującej się pomiędzy wewnętrzną powierzchnią policzka, zębami za pomocą 3 ruchów 21. Ustawienie szczoteczki pod kątem 45° na wewnętrznych powierzchniach zębów górnych na dziąsłach w miejscu połączenia z zębami i skierowanie w stronę dziąseł 22. Przesunięcie szczoteczką po wewnętrznych powierzchniach zębów górnych, a następnie dolnych, powtarzając tę czynność 5 razy na każdym zębie 23. Oczyszczenie podniebienia twardego: wykonanie 6 delikatnych ruchów 2 pośrodku i 2 po bokach podniebienia twardego 24. Oczyszczenie grzbietu języka: wykonanie 6 delikatnych ruchów 2 pośrodku i 2 po obu jego stronach 25. Oczyszczenie przestrzeni międzyzębowych za pomocą nici dentystycznej: − owinięcie nitki dentystycznej o długości 30-40 cm na palcach wskazujących obu dłoni i przytrzymanie kciukiem − pozostawienie pomiędzy palcami nitki o długości 1,5 -2,5 cm i napięcie jej − wprowadzenie nitki pomiędzy sąsiadujące zęby, a następnie 6-krotne przesunięcie jej do przodu i do tyłu − napięcie nitki i oparcie na bocznej powierzchni zęba, 6-krotne przesunięcie nitki do góry i do dołu − przesunięcie nitki na boczną powierzchnię sąsiadującego zęba i 6-krotne przesunięcie nitki do góry i do dołu − powtórzenie tej czynności przy każdym zębie

	26. Ponowne odśluzowanie jamy ustnej 27. Nasączenie patyczka zakończonego gąbką w płukance/strzykawką(ruchem obmywającym zęby) z jednoczesnym odessaniem z jamy ustnej nadmiaru płukanki 28. Nałożenie środka leczniczego na miejsca zmienione chorobowo 29. Nałożenie środka pielęgnującego (nawilżającego) na czerwień wargową 30. Zdjęcie rękawiczek zgodnie z procedurą Nakładanie i zdjęcie rękawiczek niejałowych 31. Wyrzucenie rękawic do oznaczonego worka 32. Uporządkowanie materiału, sprzętu i otoczenia oraz łóżka pacjenta 33. Higieniczne mycie i dezynfekcja rąk zgodnie z procedurą Higieniczne mycie i dezynfekcja rąk 34. Odnotowanie wykonania zlecenia w dokumentacji
Krok 2-instruktaż	1. Sprawdzam tożsamość pacjenta 2. Myję i dezynfekuję ręce zgodnie z procedurą Higieniczne mycie i dezynfekcja rąk 3. Stawiam zestaw na stoliku przyłóżkowym 4. Przystawiam parawan 5. Nakładam jednorazowe rękawiczki 6. Ustawiam łóżko w pozycji półleżącej na plecach z wezgłowiem uniesionym pod kątem (30˚ - 45˚) 7. Zabezpieczam ligniną lub podkładem chłonnym bieliznę osobistą pacjenta 8. Oceniam stan jamy ustnej, błony śluzowej i zębów z wykorzystaniem sztucznego źródła światła 9. Łączę cewnik do odśluzowania ze ssakiem 10. Odśluzowuję jamę ustną 11. Nakładam pastę na czystą szczoteczkę 12. Biorę szczoteczkę z pastą do ręki dominującej 13. Ustawiam włosie szczotki na zewnętrznych powierzchniach zębów pod kątem 45° na dziąsłach w miejscu połączenia z zębami i kieruję w stronę dziąseł 14. Przesuwam szczoteczkę z dziąseł na zęby, powtarzając tę czynność 5 razy na każdym zębie 15. Przesuwam szczoteczką po zewnętrznych powierzchniach zębów górnych, a następnie dolnych, 16. Ustawiam szczoteczkę pod kątem 45° na wewnętrznych powierzchniach zębów górnych na dziąsłach w miejscu połączenia z zębami i skierowanie w stronę dziąseł 17. Przesuwam szczoteczką po wewnętrznych powierzchniach zębów górnych, a następnie dolnych 18. 10-krotnie wykonuję ruchy do przodu i do tyłu na przestrzeni trzech zębów 19. Oczyszczam powierzchnie żujące zębów 20. Oczyszczam tkanki znajdującej się pomiędzy wewnętrzną powierzchnią policzka, a zębami za pomocą 3 ruchów 21. Ustawienie szczoteczki pod kątem 45° na wewnętrznych powierzchniach zębów górnych na dziąsłach w miejscu połączenia z zębami i skierowanie w stronę dziąseł 22. Przesunięcie szczoteczką po wewnętrznych powierzchniach zębów górnych, a następnie dolnych, powtarzając tę czynność 5 razy na każdym zębie 23. Oczyszczenie podniebienia twardego: wykonanie 6 delikatnych ruchów 2 pośrodku i 2 po bokach podniebienia twardego 24. Oczyszczenie grzbietu języka: wykonanie 6 delikatnych ruchów 2 pośrodku i 2 po obu jego stronach 25. Oczyszczenie przestrzeni międzyzębowych za pomocą nici dentystycznej: − owinięcie nitki dentystycznej o długości 30-40 cm na palcach wskazujących obu dłoni i przytrzymanie kciukiem − pozostawienie pomiędzy palcami nitki o długości 1,5 -2,5 cm i napięcie jej − wprowadzenie nitki pomiędzy sąsiadujące zęby, a następnie 6-krotne przesunięcie jej do przodu i do tyłu − napięcie nitki i oparcie na bocznej powierzchni zęba, 6-krotne przesunięcie nitki do góry i do dołu

	− przesunięcie nitki na boczną powierzchnię sąsiadującego zęba i 6-krotne przesunięcie nitki do góry i do dołu − powtórzenie tej czynności przy każdym zębie 26. Ponownie odśluzowuję jamę ustną 27. Nasączam patyczek zakończony gąbką w płukance /strzykawką (ruchem obmywającym zęby)z jednoczesnym odessaniem z jamy ustnej nadmiar płukanki 28. Nakładam środek leczniczy na miejsca zmienione chorobowo 29. Nakładam środek pielęgnujący (nawilżający) na czerwień wargową, 30. Zdejmuję rękawiczki zgodnie z procedurą Nakładanie i zdjęcie niejałowych rękawic 31. Wyrzucam rękawice do oznaczonego worka 32. Uporządkowuję materiał, sprzętu i otoczenia oraz łóżka pacjentki. 33. Higieniczne mycie i dezynfekcja rąk zgodnie z procedurą Higieniczne mycie i dezynfekcja rąk 34. Odnotowuję wykonania zlecenia w dokumentacji
Krok 3 student-Instruktor	1. Sprawdź tożsamość pacjenta 2. Umyj i zdezynfekuj ręce zgodnie z procedurą . Higieniczne mycie i dezynfekcja rąk 3. Ustaw zestaw na stoliku przyłóżkowym 4. Przystaw parawan 5. Nałóż jednorazowe rękawiczki 6. Ustaw łóżko w pozycji półleżącej na plecach z wezgłowiem uniesionym pod kątem (30˚ - 45˚) 7. Zabezpiecz ligniną lub podkładem chłonnym bieliznę osobistą pacjenta 8. Oceń stan jamy ustnej, błony śluzowej i zębów z wykorzystaniem sztucznego źródła światła/*użyj w razie potrzeby blokera zgryzu* 9. Połącz cewnik do odśluzowania ze ssakiem 10. Odśluzuj jamę ustną 11. Nałóż pastę na czystą szczoteczkę 12. Weź szczoteczkę z pastą do ręki dominującej 13. Ustaw włosie szczotki na zewnętrznych powierzchniach zębów pod kątem 45° na dziąsłach w miejscu połączenia z zębami i kieruję w stronę dziąseł 14. Przesuń szczoteczkę z dziąseł na zęby, powtarzając tę czynność 5 razy na każdym zębie 15. Przesuń szczoteczką po zewnętrznych powierzchniach zębów górnych, a następnie dolnych, 16. Ustaw szczoteczkę pod kątem 45° na wewnętrznych powierzchniach zębów górnych na dziąsłach w miejscu połączenia z zębami i skierowanie w stronę dziąseł 17. Przesuń szczoteczką po wewnętrznych powierzchniach zębów górnych, a następnie dolnych 26. 10-krotnie wykonaj ruchy do przodu i do tyłu na przestrzeni trzech zębów 27. Oczyść powierzchnie żujące zębów 28. Oczyść tkanki znajdującej się pomiędzy wewnętrzną powierzchnią policzka, a zębami za pomocą 3 ruchów 29. Ustaw szczoteczkę pod kątem 45° na wewnętrznych powierzchniach zębów górnych na dziąsłach w miejscu połączenia z zębami i skierowanie w stronę dziąseł 30. Przesuń szczoteczką po wewnętrznych powierzchniach zębów górnych, a następnie dolnych, powtarzając tę czynność 5 razy na każdym zębie 31. Oczyść podniebienie twarde: wykonaj 6 delikatnych ruchów, 2 pośrodku i 2 po bokach podniebienia twardego 32. Oczyść grzbiet języka: wykonaj 6 delikatnych ruchów 2 pośrodku i 2 po obu jego stronach 33. Oczyść przestrzenie międzyzębowe za pomocą nici dentystycznej: − owiń nić dentystyczną o długości 30-40 cm na palcach wskazujących obu dłoni i przytrzymaj kciukiem − pozostaw pomiędzy palcami nić o długości 1,5 -2,5 cm i napnij ją − wprowadź nić pomiędzy sąsiadujące zęby, a następnie 6-krotne przesuń do przodu i do tyłu − napnij nić i oprzyj na bocznej powierzchni zęba, 6-krotne przesuń nić do góry i do dołu

	− przesuń nić na boczną powierzchnię sąsiadującego zęba i 6-krotne przesuń nić do góry i do dołu − powtórz czynności przy każdym zębie 35. Ponownie odśluzuj jamę ustną 36. Nasącz patyczek zakończony gąbką w przygotowanej płukance/lub strzykawką (ruchem obmywającym zęby)z jednoczesnym odessaniem z jamy ustnej nadmiar płukanki 37. Nałóż środek leczniczy na miejsca zmienione chorobowo 38. Nałóż środek pielęgnujący (nawilżający) na czerwień wargową, 39. Zdejmij rękawiczki zgodnie z procedurą Nakładanie i zdjęcie niejałowych rękawic 40. Wyrzuć rękawice do oznaczonego worka 41. Uporządkuj materiał, sprzęt i otoczenie oraz łóżko pacjenta 42. Higienicznie umyj i zdezynfekuj ręce zgodnie z procedurą Higieniczne mycie i dezynfekcja rąk 43. Odnotuj wykonania zlecenia w dokumentacji
Krok 4 Student-Student	W przypadku błędu popełnionego przez studenta, nauczyciel koryguje czynność studenta „na bieżąco” 1. Sprawdź tożsamość pacjenta 2. Umyj i zdezynfekuj ręce zgodnie z procedurą Higieniczne mycie i dezynfekcja rąk 3. Ustaw zestaw na stoliku przyłóżkowym 4. Przystaw parawan 5. Nałóż jednorazowe rękawiczki 6. Ustaw łóżko w pozycji półleżącej na plecach z wezgłowiem uniesionym pod kątem (30˚ - 45˚) 7. Zabezpiecz ligniną lub podkładem chłonnym bieliznę osobistą pacjenta 8. Oceń stan jamy ustnej, błony śluzowej i zębów z wykorzystaniem sztucznego źródła światła/*użyj w razie potrzeby blokera zgryzu* 9. Połącz cewnik do odśluzowania ze ssakiem 10. Odśluzuj jamę ustną 11. Nałóż pastę na czystą szczoteczkę 12. Weź szczoteczkę z pastą do ręki dominującej 13. Ustaw włosie szczotki na zewnętrznych powierzchniach zębów pod kątem 45° na dziąsłach w miejscu połączenia z zębami i kieruję w stronę dziąseł 14. Przesuń szczoteczkę z dziąseł na zęby, powtarzając tę czynność 5 razy na każdym zębie 15. Przesuń szczoteczką po zewnętrznych powierzchniach zębów górnych, a następnie dolnych, 16. Ustaw szczoteczkę pod kątem 45° na wewnętrznych powierzchniach zębów górnych na dziąsłach w miejscu połączenia z zębami i skierowanie w stronę dziąseł 17. Przesuń szczoteczką po wewnętrznych powierzchniach zębów górnych, a następnie dolnych 34. 10-krotnie wykonaj ruchy do przodu i do tyłu na przestrzeni trzech zębów 35. Oczyść powierzchnie żujące zębów 36. Oczyść tkanki znajdującej się pomiędzy wewnętrzną powierzchnią policzka, a zębami za pomocą 3 ruchów 37. Ustaw szczoteczkę pod kątem 45° na wewnętrznych powierzchniach zębów górnych na dziąsłach w miejscu połączenia z zębami i skierowanie w stronę dziąseł 38. Przesuń szczoteczką po wewnętrznych powierzchniach zębów górnych, a następnie dolnych, powtarzając tę czynność 5 razy na każdym zębie 39. Oczyść podniebienie twarde: wykonaj 6 delikatnych ruchów, 2 pośrodku i 2 po bokach podniebienia twardego 40. Oczyść grzbiet języka: wykonaj 6 delikatnych ruchów 2 pośrodku i 2 po obu jego stronach

	41. Oczyść przestrzenie międzyzębowe za pomocą nici dentystycznej: − owiń nić dentystyczną o długości 30-40 cm na palcach wskazujących obu dłoni i przytrzymaj kciukiem − pozostaw pomiędzy palcami nić o długości 1,5 -2,5 cm i napnij ją − wprowadź nić pomiędzy sąsiadujące zęby, a następnie 6-krotne przesuń do przodu i do tyłu − napnij nić i oprzyj na bocznej powierzchni zęba, 6-krotne przesuń nić do góry i do dołu − przesuń nić na boczną powierzchnię sąsiadującego zęba i 6-krotne przesuń nić do góry i do dołu − powtórz czynności przy każdym zębie 44. Ponownie odśluzuj jamę ustną 45. Nasącz patyczek zakończony gąbką w przygotowanej płukance/lub strzykawką (ruchem obmywającym zęby)z jednoczesnym odessaniem z jamy ustnej nadmiar płukanki 46. Nałóż środek leczniczy na miejsca zmienione chorobowo 47. Nałóż środek pielęgnujący (nawilżający) na czerwień wargową, 48. Zdejmij rękawiczki zgodnie z procedurą Nakładanie i zdjęcie niejałowych rękawic 49. Wyrzuć rękawice do oznaczonego worka 50. Uporządkuj materiał, sprzęt i otoczenie oraz łóżko pacjenta 51. Higienicznie umyj i zdezynfekuj ręce zgodnie z procedurą Higieniczne mycie i dezynfekcja rąk 52. Odnotuj wykonania zlecenia w dokumentacji
Podsumowanie	
INFORMACJE DLA STUDENTÓW	**INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW**
Na dzisiejszych zajęciach zdobyliście umiejętność wykonania toalety jamy ustnej. Tę umiejętność możecie wykorzystać podczas praktyk oraz egzaminu OSCE	Jak czujecie po zajęciach? Czego się nauczyliście? Który element uważasz.... za najtrudniejszy? Czy jest coś co moglibyście poprawić?
Zastosowanie umiejętności	**W scenariuszu *Toaleta całego ciała pacjenta pozostającego w łóżku***
Literatura	1. Ślusarska B., Zarzycka D., Majda A. Podstawy pielęgniarstwa tom 2. Wybrane umiejętności i procedury opieki pielęgniarskiej, s. 340-350. 2. Algorytmy czynności i zabiegów pielęgniarskich. Praca zbiorowa pod redakcją Haliny Kulik i Jolanty Eszyk s. 196-198. Wydawnictwo ŚUM.
Umiejętności podstawowe	Wiedzy C.W9. wyjaśnia zakres działań pielęgniarki w zależności od stanu pacjenta, w tym: długotrwale unieruchomionego, z bólem, gorączką, zaburzeniami snu; C.W12. opisuje istotę, cel, wskazania, przeciwwskazania, niebezpieczeństwa, obowiązujące zasady i strukturę wykonywania podstawowych czynności pielęgniarskich Umiejętności C.U11. pomaga choremu w jedzeniu, wydalaniu, poruszaniu się i dbaniu o higienę osobistą C.U12. pielęgnuje skórę i jej wytwory oraz błony śluzowe z zastosowaniem środków farmakologicznych i materiałów medycznych, w tym stosuje kąpiele lecznicze Kompetncje D.K1. szanuje godność i autonomię osób powierzonych opiece D.K3. przestrzega wartości, powinności i sprawności moralnych w opiece

SCENARIUSZ SYMULACJI MEDYCZNEJ NISKIEJ WIERNOŚCI-NW **Autor scenariusza: dr nauk o zdrowiu: Iwona Gładysz**				Numer porządkowy	NW zgodnie z wykazem
Czas zajęć	90 minut	Czas scenariusza	10 Minut	Liczba studentów	8
Nazwa	**Toaleta całego ciała pacjenta pozostającego w łóżku**				
Cel główny	**Wykonanie toalety całego ciała u pacjenta pozostającego w łóżku**				
Cel szczegółowy	Nauka techniki wykonania toalety całego ciała u pacjenta pozostającego w łóżku				
Metoda	4 kroków z wykorzystaniem fantomu z możliwością wykonania toalety całego ciała				
INFORMACJE TECHNICZNE I ORGANIZACYJNE					
Numer sali	Nr 034	Numer stanowiska	Nr 1	Numer trenażera/ fantomu	Nr zgodnie z wykazem / Nr zgodnie z wykazem
Sprzęt wielokrotnego użytku	− miski nerkowate -8 sztuk − parawan-1 sztuka − wózek na brudną bieliznę			Sprzęt jednorazowego użytku	− rękawiczki jednorazowego użytku - 16 par − mydło − płyn do higieny intymnej − myjki -1 opakowanie (50 sztuk) − gaziki- 40 sztuk − patyczki higieniczne – 1 opakowanie − ręczniki -14 sztuk − maści pielęgnacyjno-ochronne: • Sudocrem, • maść witaminowa • żel do masażu skóry, − dzbanek z ciepłą wodą o temperaturze 43–46°C, − miednica z wodą o temperaturze 37–40°C, − basen- 8 sztuk − pasta do zębów − szczoteczka do zębów -8 sztuk − kubek z ciepłą wodą do wypłukania jamy ustnej - 8 sztuk − szczoteczka do paznokci - 8 sztuk − szczotka lub grzebień do włosów-8 sztuk − nożyczki do paznokci- 8 sztuk − pumeks- 8 sztuk − podkłady higieniczne- 8 sztuk − czysta bielizna osobista – 8 kompletów − basen – 8 sztuk

Informacja dla technika	Przygotowanie fantomu z możliwością wykonania toalety całego ciała
Czynności początkowe	Wykładowca: 4. Przed rozpoczęciem zajęć sprawdza sposób przygotowania stanowiska i kompletacje 5. Sprawdza listę uczestników i kartę informacyjną scenariusza 6. Rozpoczyna scenariusz-prosząc o wyłączenie telefonów, zajęcie miejsc

Wprowadzenie

Informacje dla studentów	Informacje dla wykładowców
W dniu dzisiejszym nauczymy się wykonywać toaletę całego ciała u pacjenta pozostającego w łóżku. Higiena osobista obejmuje czynności związane z utrzymaniem czystości ciała i odzieży. Do higieny osobistej zaliczane są takie elementy, jak: mycie zębów, włosów i ciała oraz zmiana bielizny i ubrań. Są to podstawowe czynności mające zapewnić odpowiednią kondycję zdrowotną. Brak codziennej toalety skutkuje nieprzyjemnym zapachem i uczuciem dyskomfortu. Częstość toalety uzależniona jest od stanu pacjenta, jego aktywności, stanu skóry, ilości wydzielanego potu, temperatury otoczenia i nawyków higienicznych. Ze względu na porę doby i zakres higieny, możemy wyróżnić toaletę poranną, wieczorną, całkowitą i częściową (golenie, mycie rąk przed posiłkiem). Każdy pacjent w warunkach szpitalnych powinien 1 raz dziennie zostać umyty lub umyć samodzielnie całe ciało. Częstsza kąpiel (2–3 razy dziennie) jest wskazana u osób, które nadmiernie się pocą, natomiast rzadziej (2–3 razy tygodniu) wykonuje się ją u ludzi starszych, z tym że toaletę częściową przeprowadza się u nich codziennie. Wywołany czynnikami chorobotwórczymi deficyt w zakresie samoopieki, wyrażony niezdolnością do wykonywania czynności dnia codziennego, takich jak jedzenie, mycie, ubieranie się, poruszanie w zdecydowany sposób negatywnie wpływa na możliwość utrzymania przez pacjenta higieny osobistej. Czynności z zakresu higieny osobistej stają się wtedy świadczeniem realizowanym przez pielęgniarkę w ramach pielęgnowania pacjenta. W wielu przypadkach, ze względu na stan zdrowia pacjenta, konieczne jest wykonanie toalety całego ciała w łóżku. Do sytuacji takich zaliczamy m.in.: − leczenie spoczynkowe, np. osoba pozostająca w łóżku z powodu leczenia ostrej niewydolności krążenia, − opatrunki gipsowe założone na rozległe powierzchnie ciała, − stosowanie wyciągów bezpośrednich, − chory nieprzytomny.	1. Może ktoś z Was miał wykonywaną toaletę w łóżku? *Odpowiedź studenta*: nie miałem 2. Jak uważasz…..czy zabieg jest komfortowy dla pacjenta? Odpowiedź studenta: *myślę, że nie ponieważ pacjent może poczuć się zawstydzony* 3. Toaletę w łóżku wykonuje się u każdego pacjenta ? Odpowiedź studenta: myślę, że wtedy, kiedy jest to pacjent leżący 4. Jak myślisz….. odpowiednia temperatura w sali pacjenta ma znaczenie? Odpowiedź studenta: tak, ponieważ pacjentowi może być zimno jeśli temperatura sali jest zbyt niska 5. Powiedz mi… jest to zabieg bezpieczny dla pacjenta? Odpowiedź studenta*: myślę, że nie, ponieważ może nasilać dolegliwości bólowe np. u pacjenta po operacji* 6. Jak uważasz, jest to zabieg bezpieczny dla pielęgniarki? Odpowiedź studenta: myślę, że tak

Niebezpieczeństwa dla pacjenta: − znaczne oziębienie pacjenta, co może sprzyjać wystąpieniu przeziębienia, − przeciążenia pacjenta, − zakażenia skóry, błon śluzowych, − stłuczenia, złamania w wyniku upadków, gwałtownych ruchów, − złe samopoczucie pacjenta z powodu braku intymności podczas wykonywania toalety, − nasilenie dolegliwości bólowych, − rozejście się brzegów rany, − poczucie zależności, − nieestetyczny wygląd łóżka, − zamoczenie bielizny, − nieposzanowanie przekonań religijnych i kulturowych, − przemieszczenie, usunięcie sprzętu stosowanego u pacjenta; dla pielęgniarki: − narażenie na urazy kręgosłupa.	
Zapoznanie studentów ze sprzętem	
Wykładowca	Omawia fantom i prezentuje możliwości techniczne. Manekin osoby dorosłej przeznaczony do symulacji i ćwiczenia pełnego zakresu czynności pielęgnacyjnych pacjenta. **Właściwości manekina:** − dokładny anatomicznie manekin osoby dorosłej z kończynami i realistycznymi połączeniami stawowymi − głowa z anatomicznymi punktami orientacyjnymi, pozwalająca na naukę procedury: toaleta pacjenta − zamienne genitalia żeńskie i męskie
Student	Dotyka fantomu, sprawdza możliwości techniczne
Metoda 4 kroków	
Krok 1-próba niema	− Mycie i dezynfekcja rąk zgodnie ze scenariuszem Higieniczne mycie i dezynfekcja rąk − Osłonięcie łóżka parawanem − Przywiezienie wózka higienicznego na salę chorego − Ustawienie miednicy z wodą na krześle − Ustawienie wózka higienicznego w dogodnym dla siebie miejscu − Zawieszenie ręczników i myjki na poręczy krzesła − Dostosowanie wysokość łóżka do swojego wzrostu − Zwolnienie barierki ochronnej − Obluzowanie wierzchniego przykrycia (rozwiń zawinięcia kołdry/koca) − **Mycie zębów** − ułożenie pacjenta w pozycji półwysokiej − podłożenie pod brodę pacjenta cienkiego ręcznika − uniesienie głowy pacjenta (ręką niedominującą) − podanie kubka z wodą do przepłukania jamy ustnej (ręką dominującą) − odstawienie kubka z wodą − podanie miski nerkowatej, aby chory mógł wypluć wodę − nałożenie pasty do zębów na szczoteczkę − podanie pacjentowi szczoteczki z nałożoną pastą do zębów − pacjent myje zęby samodzielnie − jeżeli jego możliwości w tym zakresie są ograniczone stosujemy scenariusz Nr….. Toaleta jamy ustnej u pacjenta z ograniczoną wydolnością samoobsługową − odłożenie szczoteczki

Krok 1-próba niema	– podawanie naprzemiennie kubka z wodą i miski nerkowatej, aż do całkowitego wypłukania jamy ustnej przez pacjenta – osuszenie ręcznikiem ust pacjenta – usunięcie ręcznika spod brody pacjenta, – zawieszenie ręcznika na poręczy krzesła. – **Mycie twarzy, uszu, nosa i szyi:** – zdjęcie pacjentowi bielizny osobistej – umieszczenie bielizny osobistej na poręczy łóżka – podłożenie pod głowę pacjenta zmarszczonego cienkiego ręcznika (podniesienie ręką dominującą od strony dalszej głowy pacjenta, a niedominującą od strony bliższej wsunięcie ręcznika, tak aby jego końce znalazły się na barkach chorego) – zmoczenie gazika – zmycie powieki dalszej, w kierunku od zewnętrznego do wewnętrznego kąta oka – wyrzucenie do miski nerkowatej – zmoczenie kolejnego gazika – zmycie powieki bliższej – wyrzucenie do miski nerkowatej – oczyszczenie za pomocą patyczków higienicznych jamy nosowej dalszej, a następnie bliższej – zmoczenie myjki lub gąbki – umycie twarzy pacjenta za pomocą ruchów okrężno-posuwistych z zachowaniem następującej kolejności: • czoło, • policzek dalszy, • nos, • policzek bliższy, • broda, • okolica pod nosem. – osuszenie umytej twarzy – nałożenie na usta i okolice wejścia jam nosowych (jeśli są wysuszone) maści pielęgnacyjnej za pomocą gazika – przechylenie głowy pacjenta lekko w bok – oczyszczenie widocznej część przewodu słuchowego zewnętrznego ucha dalszego za pomocą zmoczonego gazika i patyczków higienicznych, do momentu, gdy wymieniane gaziki i patyczki będą czyste. – umycie myjką lub gąbką z mydłem wewnętrznej i zewnętrznej strony dalszej małżowiny usznej – osuszenie małżowiny usznej – umycie ucha bliższego (przez powtórzenie czynności) u – mycie i osuszenie szyi chorego – usunięcie ręką niedominującą ręcznika spod głowy pacjenta (ręką dominującą podniesienie od strony dalszej jego głowy). – zmiana wody w miednicy – **Mycie kończyn górnych** – odsłonięcie kończyny górnej dalszej pacjenta – podłożenie cienkiego ręcznika w taki sposób, aby w okolicy pachy można było go założyć na kołdrę/koc – ustawienie pod dłonią pacjenta miednicy z wodą, a obok mydelniczki z mydłem – umycie kończyny górnej; najpierw po stronie zewnętrznej przedramienia i ramienia, a następnie po stronie wewnętrznej przedramienia i ramienia – umycie dołu pachowego – umycie dłoni pacjenta – oczyszczenie paznokci szczoteczką – odstawienie mydelniczki na tacę – podniesienie kończyny górnej pacjenta (ręką niedominującą) i odstawienie miednicy na krzesło (ręka dominującą) – ułożenie kończyny pacjenta na ręczniku – osuszenie kończyny górnej ręcznikiem znajdującym się pod nią – obcięcie paznokci u palców rąk (jeśli paznokcie wystają poza opuszki palców) – okrycie kończyny kołdrą/kocem

Krok 1-próba niema	– umycie kończyny górnej bliższej (powtórzenie czynności) – zmiana wody w miednicy. – **Mycie klatki piersiowej i brzucha** – osłonięcie klatki piersiowej grubym ręcznikiem. – wykonanie z grubego ręcznika mankietu wywijając na brzeg koca/kołdry – uniesienie koca/kołdry za przygotowany mankiet – umycie klatki piersiowej wodą z mydłem – wypłukanie myjki i umycie klatki piersiowej samą wodą. – osuszenie klatki piersiowej ręcznikiem cienkim – zsunięcie grubego ręcznika na brzuch – wykonanie mankietu z ręcznika z boku kołdry/koca – umycie brzucha, pępka i okolice bioder (w ten sam sposób jak klatkę piersiową) – osuszenie umytych okolic grubym ręcznikiem – zmiana wody w miednicy – zmiana myjki – **Mycie kończyn dolnych** – ułożenie kończyny dolnej pacjenta w odwiedzeniu – ujęcie dolnej części koca/kołdry w fałd i umieszczenie jej pomiędzy kończynami pacjenta tak, aby została odkryta dalsza kończyna dolna – ugięcie kończyny dolnej dalszej pacjenta w kolanie i położenie w poprzek w miejscu poniżej uda ręcznika (tak aby ochraniał koc/kołdrę i prześcieradło). – umycie, spłukanie i osuszenie uda – położenie ręcznika pod podudzie i stopę – postawienie miski do mycia z wodą pod stopę – zanurzenie stopy w wodzie – postawienie obok miski mydelniczki, szczoteczki do paznokci, nożyczek oraz pumeksu – umycie myjką podudzia od dołu ku górze – wypłukanie podudzia myjką z wodą – osuszenie grubym ręcznikiem – umycie stopy pacjenta – oczyszczenie szczoteczką paznokci – usunięcie zrogowaciałego naskórka pumeksem – jeśli istnieje taka potrzeba – usunięcie miski z wodą i mydelniczki z łóżka – osuszenie podudzia i stopy (zwrócenie uwagi na przestrzenie między palcami). – obcięcie paznokci u palców stopy – przykrycie kończyny dolnej bliższej – umycie kończyny dolnej bliższej (powtórzenie czynności) – zmiana wody w miednicy – **Mycie pleców i pośladków** – ułożenie pacjenta na lewym boku – założenie kołdry/koca na chorego tak, aby uwidocznione zostały plecy – ułożenie wzdłuż pleców chorego grubego ręcznika i podsunięcie go jak najbliżej pacjenta, a nawet nieznacznie pod ciało – zmiana myjki na czystą – umycie pleców, pośladków, na końcu szpary pośladkowej – osuszenie umytych części ciała – natarcie pleców kremem do masażu – wykonanie przez 10–15 min masażu pleców, pośladków, okolic kości krzyżowej. – odwrócenie pacjenta na wznak – założenie koszuli nocnej lub bluzy od piżamy tak, aby sięgała do pasa – zmiana wody w miednicy – **Mycie krocza i zewnętrznych narządów płciowych** – ustawienie kończyn dolnych pacjenta w odwiedzeniu i ugięcie ich w stawach kolanowych. – podłożenie pod pośladki podkładu zabezpieczającego łóżko – Wykonanie z kołdry/koca tzw. budki:

Krok 1-próba niema	**mycie krocza u kobiet:** − podłożenie basenu pod pośladki pacjentki − zmoczenie myjki jednorazowego użytku (nowej) i nasączenie jej płynem do higieny intymnej − umycie pachwiny dalszej i bliższej w kierunku od spojenia łonowego do odbytu − umycie spojenia łonowego − umycie jednym ruchem zewnętrznych narządów płciowych w kierunku od spojenia łonowego do odbytu − spłukanie krocza wodą z dzbanka po uprzednim sprawdzeniu temperatury wody na wewnętrznej stronie uda pacjentki − usunięcie basenu spod pośladków pacjentki − osuszenie krocza grubym ręcznikiem **mycie krocza u mężczyzn:** − podłożenie ręcznika pod pośladki − odciągnięcie napletka − umycie żołędzi prącia gazikiem lub wacikiem zwilżonym wyłącznie wodą, − naciągnięcie napletka tak, aby pokrywał żołądź − umycie pachwiny od strony dalszej i bliższej − umycie worka mosznowego − umycie okolicy krocza − osuszenie krocza grubym ręcznikiem − zastosowanie kremu ochronnego na skórę w okolicy krocza w przypadku podrażnień skóry − usunięcie podkładu zabezpieczającego − zlikwidowanie budki − założenie spodni z piżamy lub opuszczenie koszuli poniżej pośladków − **Czesanie włosów** − podłożenie pod głowę cienkiego ręcznika − podzielenie włosów na połowy – prawą i lewą − zwrócenie głowy pacjenta w prawo i uczesanie lewej połowy włosów − obrócenie głowy pacjenta w lewo i uczesanie prawej połowy włosów − uczesanie wszystkich włosów z połowy głowy (po rozczesaniu wszystkich pasm). − ułożenie włosów zgodnie z życzeniem pacjenta − wyjęcie ręcznika w taki sposób, aby nie spadły z niego włosy − **Czynności końcowe** − ułożenie pacjenta w wygodnej i bezpiecznej pozycji − poprawienie przesłania łóżka − uporządkowanie przyborów toaletowych chorego − pozostawienie dzwonka w zasięgu ręki − odstawienie krzesła na swoje miejsce − odstawienie parawanu na swoje miejsce − wyniesienie przyborów i sprzętu szpitalnego, umycie i zdezynfekowanie zgodnie z przyjętymi zasadami i odstawienie ich na miejsce − zdjęcie rękawiczek jednorazowego użytku − Mycie i dezynfekcja rąk zgodnie ze scenariuszem Higieniczne mycie i dezynfekcja rąk − udokumentowanie wykonania toalety całego ciała pacjenta w łóżku.
Krok 2-instruktaż	1. Myję i dezynfekuję ręce zgodnie ze scenariuszem Higieniczne mycie i dezynfekcja rąk 2. Osłaniam łóżko parawanem 3. Przystawiam wózek higieniczny przy łóżku chorego 4. Ustawiam miednicę z wodą na krześle 5. Ustawiam wózek higieniczny w dogodnym dla siebie miejscu 6. Zawieszam ręczniki i myjki na poręczy krzesła 7. Dostosowuję wysokość łóżka do swojego wzrostu 8. Zwalniam barierki ochronne 9. Obluzowuję wierzchnie przykrycia (rozwijam zawinięcia kołdry/koca)

Krok 2- instruktaż	10. **Myję zęby** − układam pacjenta w pozycji półwysokiej − podkładam pod brodę pacjenta cienkiego ręcznika − unoszę głowę pacjenta (ręką niedominującą) − podaję kubek z wodą do przepłukania jamy ustnej (ręką dominującą) − odstawiam kubek z wodą − podaję miskę nerkowatą, aby chory mógł wypluć wodę − nakładam pastę do zębów na szczoteczkę − podaję pacjentowi szczoteczkę z nałożoną pastą do zębów − pacjent myje zęby samodzielnie − jeżeli jego możliwości w tym zakresie są ograniczone stosujemy scenariusz Nr….. Toaleta jamy ustnej u pacjenta z ograniczoną wydolnością samoobsługową − odkładam szczoteczkę − podaję naprzemiennie kubek z wodą i miskę nerkowatą, aż do całkowitego wypłukania jamy ustnej przez pacjenta − osuszam ręcznikiem usta pacjenta − usuwam ręcznik spod brody pacjenta, − zawieszam ręcznik na poręczy krzesła 11 Mycie twarzy, uszu, nosa i szyi: − zdejmuję pacjentowi bieliznę osobistą − umieszczam bieliznę osobistą na poręczy łóżka − podkładam pod głowę pacjenta cienki ręcznik (podniesienie ręką dominującą od strony dalszej głowy pacjenta, a niedominującą od strony bliższej wsunięcie ręcznika, tak aby jego końce znalazły się na barkach chorego) − moczę gazik − myję powiekę dalszą, w kierunku od zewnętrznego do wewnętrznego kąta oka − wyrzucam gazik do miski nerkowatej − moczę kolejny gazik − myję powiekę bliższą, w kierunku od zewnętrznego do wewnętrznego kąta oka − wyrzucam do miski nerkowatej − oczyszczam za pomocą patyczków higienicznych jamę nosową dalszą, a następnie bliższą − moczę myjkę lub gąbkę − myję twarz pacjenta za pomocą ruchów okrężno-posuwistych z zachowaniem następującej kolejności: • czoło, • policzek dalszy, • nos, • policzek bliższy, • broda, • okolica pod nosem − osuszam umytą twarz − nakładam na usta i okolice wejścia jam nosowych (jeśli są wysuszone) maści pielęgnacyjnej za pomocą gazika − przechylam głowę pacjenta lekko w bok − oczyszczam widoczną część przewodu słuchowego zewnętrznego ucha dalszego za pomocą zmoczonego gazika i patyczków higienicznych, do momentu, gdy wymieniane gaziki i patyczki będą czyste − myję za pomocą myjki lub gąbki z mydłem wewnętrznej i zewnętrznej strony dalszej małżowiny usznej − osuszam małżowinę uszną − myję ucho bliższe (przez powtórzenie czynności) − myję i osuszam szyję chorego − usuwam ręką niedominującą ręcznik spod głowy pacjenta (ręką dominującą podniesienie od strony dalszej jego głowy). − zmieniam wodę w miednicy 12. **Mycie kończyn górnych** − odsłaniam kończynę górną dalszą pacjenta − podkładam cienki ręcznik w taki sposób, aby w okolicy pachy można było go założyć na kołdrę/koc

Krok 2- instruktaż	− ustawiam pod dłonią pacjenta miednicę z wodą, a obok mydelniczkę z mydłem − myję kończynę górną; najpierw po stronie zewnętrznej przedramienia i ramienia, a następnie po stronie wewnętrznej przedramienia i ramienia − myję dół pachowy − myję dłoń pacjenta − oczyszczam paznokcie szczoteczką − odstawiam mydelniczkę na tacę − podnoszę kończynę górną pacjenta (ręką niedominującą) i odstawiam miednicę na krzesło (ręką dominującą) − układam kończynę pacjenta na ręczniku − osuszam kończynę górną ręcznikiem znajdującym się pod nią − obcinam paznokcie u palców rąk (jeśli paznokcie wystają poza opuszki palców) − okrywam kończynę kołdrą/kocem − myję kończynę górną bliższą (powtórzenie czynności) − zmieniam wodę w miednicy. 13. **Mycie klatki piersiowej i brzucha** − osłaniam klatkę piersiowej grubym ręcznikiem − wykonuję z grubego ręcznika mankiet wywijając na brzeg koca/kołdry − unoszę koc/kołdrę za przygotowany mankiet − myję klatkę piersiową wodą z mydłem − płuczę myjkę i myję klatkę piersiową samą wodą − osuszam klatkę piersiową cienkim ręcznikiem − zsuwam gruby ręcznik na brzuch − wykonuję mankiet z ręcznika z boku kołdry/koca − myję brzuch, pępek i okolice bioder (w ten sam sposób jak klatkę piersiową) − osuszam umyte okolice grubym ręcznikiem − zmieniam wodę w miednicy − zmieniam myjkę 14. **Mycie kończyn dolnych** − układam kończynę dolną pacjenta w odwiedzeniu − ujmuję dolną część koca/kołdry w fałd i umieszczam ją pomiędzy kończynami pacjenta tak, aby została odkryta dalsza kończyna dolna − układam kończynę dolną dalszą pacjenta w kolanie i kładę w poprzek w miejscu poniżej uda ręcznik (tak aby ochraniał koc/kołdrę i prześcieradło). − myję, płuczę i osuszam uda − kładę ręcznik pod podudzie i stopę − stawiam miskę do mycia z wodą pod stopę − zanurzam stopę w wodzie − postawiam obok miski mydelniczkę, szczoteczkę do paznokci, nożyczki oraz pumeks − myję myjką podudzie od dołu ku górze − płuczę podudzie myjką z wodą − osuszam grubym ręcznikiem − myję stopy pacjenta − oczyszczam szczoteczką paznokcie − usuwam zrogowaciały naskórek pumeks – jeśli istnieje taka potrzeba − usuwam miskę z wodą i mydelniczkę z łóżka − osuszam podudzia i stopy (zwrócenie uwagi na przestrzenie między palcami). − obcinam paznokcie u palców stopy − przykrywam kończynę dolną bliższą − myję kończynę dolną bliższą (powtórzenie czynności) − zmieniam wodę w miednicy 15. **Mycie pleców i pośladków** − układam pacjenta na lewym boku − zakładam kołdrę/koc na chorego tak, aby uwidocznione zostały plecy − układam wzdłuż pleców chorego gruby ręcznik i podsuwam jak najbliżej pacjenta, a nawet nieznacznie pod ciało − zmieniam myjkę na czystą

Krok 2- instruktaż	− myję plecy, pośladków, na końcu szpary pośladkowej − osuszam umyte części ciała − nacieram plecy kremem do masażu − wykonuję przez 10–15 min masażu pleców, pośladków, okolic kości krzyżowej − odwracam pacjenta na wznak − zakładam koszulę nocną lub bluzę od piżamy tak, aby sięgała do pasa − zmieniam wodę w miednicy 16. **Mycie krocza i zewnętrznych narządów płciowych** − ustawiam kończyny dolne pacjenta w odwiedzeniu i ugięcie ich w stawach kolanowych − podkładam pod pośladki podkład zabezpieczający łóżko − wykonuję z kołdrę/koc tzw. budkę **mycie krocza u kobiet:** − podkładam basen pod pośladki pacjentki − moczę myjkę jednorazowego użytku (nową) i nasączam płynem do higieny intymnej − myję pachwinę dalszą i bliższą w kierunku od spojenia łonowego do odbytu − myję spojenie łonowe − myję jednym ruchem zewnętrzne narządy płciowe w kierunku od spojenia łonowego do odbytu − spłukuję krocze wodą z dzbanka po uprzednim sprawdzeniu temperatury wody na wewnętrznej stronie uda pacjentki − usuwam basen spod pośladków pacjentki − osuszam krocze grubym ręcznikiem **mycie krocza u mężczyzn:** − podkładam ręcznik pod pośladki − odciągam napletek − myję żołądź prącia gazikiem lub wacikiem zwilżonym wyłącznie wodą, − naciągam napletek tak, aby pokrywał żołądź − myję pachwinę od strony dalszej i bliższej − myję worek mosznowy − myję okolice krocza − osuszam krocze grubym ręcznikiem − kładę krem ochronny na skórę w okolicy krocza w przypadku podrażnień skóry − usuwam podkład zabezpieczający − likwiduję „budkę” − zakładam spodnie od piżamy lub opuszczam koszulę poniżej pośladków 17. **Czesanie włosów** − podkładam pod głowę cienki ręcznik − dzielę włosy na połowy – prawą i lewą − zwracam głowę pacjenta w prawo i czeszę lewą połowę włosów − obracam głowę pacjenta w lewo i czeszę prawą połowę włosów − czeszę wszystkie włosy z połowy głowy (po rozczesaniu wszystkich pasm) − układam włosy zgodnie z życzeniem pacjenta − wyjmuję ręcznik w taki sposób, aby nie spadły z niego włosy 18. **Czynności końcowe** − układam pacjenta w wygodnej i bezpiecznej pozycji − poprawiam przesłanie łóżka − porządkuję przybory toaletowe chorego − odstawiam krzesło na swoje miejsce − odstawiam parawan na swoje miejsce − wynoszę przybory i sprzęt szpitalny, myję i dezynfekuję zgodnie z przyjętymi zasadami i odstawiam na miejsce − zdejmuję rękawiczki jednorazowego użytku − myję i dezynfekuję ręce zgodnie ze scenariuszem Higieniczne mycie i dezynfekcja rąk − dokumentuję wykonanie toalety całego ciała pacjenta w łóżku

Krok 3 student- Instruktor	1. Umyj i zdezynfekuj ręce zgodnie ze scenariuszem Higieniczne mycie i dezynfekcja rąk 2. Osłoń łóżko parawanem 3. Przystaw wózek higieniczny przy łóżku chorego 4. Ustaw miednicę z wodą na krześle 5. Ustaw wózek higieniczny w dogodnym dla siebie miejscu 6. Zawieś ręczniki i myjki na poręczy krzesła 7. Dostosuj wysokość łóżka do swojego wzrostu 8. Zwolnij barierki ochronne 9. Obluzuj wierzchnie przykrycia (rozwijam zawinięcia kołdry/koca) 10. **Mycie zębów** − ułóż pacjenta w pozycji półwysokiej − podłóż pod brodę pacjenta cienki ręcznik − unieś głowę pacjenta (ręką niedominującą) − podaj kubek z wodą do przepłukania jamy ustnej (ręką dominującą) − odstaw kubek z wodą − podaj miskę nerkowatą, aby chory mógł wypluć wodę − nałóż pastę do zębów na szczoteczkę − podaj pacjentowi szczoteczkę z nałożoną pastą do zębów − pacjent myje zęby samodzielnie − jeżeli jego możliwości w tym zakresie są ograniczone stosujemy scenariusz Toaleta jamy ustnej u pacjenta z ograniczoną wydolnością samoobsługową − odłóż szczoteczkę − podaj naprzemiennie kubek z wodą i miskę nerkowatą, aż do całkowitego wypłukania jamy ustnej przez pacjenta − osusz ręcznikiem usta pacjenta − usuń ręcznik spod brody pacjenta, − zawieś ręcznik na poręczy krzesła 12 Mycie twarzy, uszu, nosa i szyi: − zdejmij pacjentowi bieliznę osobistą − umieść bieliznę osobistą na poręczy łóżka − podłóż pod głowę pacjenta cienki ręcznik (podniesienie ręką dominującą od strony dalszej głowy pacjenta, a niedominującą od strony bliższej wsunięcie ręcznika, tak aby jego końce znalazły się na barkach chorego) − zmocz gazik − umyj powiekę dalszą, w kierunku od zewnętrznego do wewnętrznego kąta oka − wyrzuć gazik do miski nerkowatej − zmocz kolejny gazik − umyj powiekę bliższą, w kierunku od zewnętrznego do wewnętrznego kąta oka − wyrzuć do miski nerkowatej − oczyść za pomocą patyczków higienicznych jamę nosową dalszą, a następnie bliższą − zmocz myjkę lub gąbkę − umyj twarz pacjenta za pomocą ruchów okrężno-posuwistych z zachowaniem następującej kolejności: • czoło, • policzek dalszy, • nos, • policzek bliższy, • broda, • okolica pod nosem − osusz umytą twarz − nałóż na usta i okolice wejścia jam nosowych (jeśli są wysuszone) maści pielęgnacyjnej za pomocą gazika − przechyl głowę pacjenta lekko w bok − oczyść widoczną część przewodu słuchowego zewnętrznego ucha dalszego za pomocą zmoczonego gazika i patyczków higienicznych, do momentu, gdy wymieniane gaziki i patyczki będą czyste − umyj za pomocą myjki lub gąbki z mydłem wewnętrznej i zewnętrznej strony dalszej małżowiny usznej

Krok 3 student- Instruktor	− osusz małżowinę uszną − umyj ucho bliższe (przez powtórzenie czynności) − umyj i osusz szyję chorego − usuń ręką niedominującą ręcznik spod głowy pacjenta (ręką dominującą podniesienie od strony dalszej jego głowy). − zmień wodę w miednicy 13. **Mycie kończyn górnych** − odsłoń kończynę górną dalszą pacjenta − podłóż cienki ręcznik w taki sposób, aby w okolicy pachy można było go założyć na kołdrę/koc − ustaw pod dłonią pacjenta miednicę z wodą, a obok mydelniczkę z mydłem − umyj kończynę górną; najpierw po stronie zewnętrznej przedramienia i ramienia, a następnie po stronie wewnętrznej przedramienia i ramienia − umyj dół pachowy − umyj dłoń pacjenta − oczyść paznokcie szczoteczką − odstaw mydelniczkę na tacę − podnieś kończynę górną pacjenta (ręką niedominującą) i odstawiam miednicę na krzesło (ręką dominującą) − ułóż kończynę pacjenta na ręczniku − osusz kończynę górną ręcznikiem znajdującym się pod nią − obetnij paznokcie u palców rąk (jeśli paznokcie wystają poza opuszki palców) − okryj kończynę kołdrą/kocem − umyj kończynę górną bliższą (powtórzenie czynności) − zmień wodę w miednicy. 14. **Mycie klatki piersiowej i brzucha** − osłoń klatkę piersiowej grubym ręcznikiem − wykonaj z grubego ręcznika mankiet wywijając na brzeg koca/kołdry − unieś koc/kołdrę za przygotowany mankiet − umyj klatkę piersiową wodą z mydłem − wypłucz myjkę i umyj klatkę piersiową samą wodą − osusz klatkę piersiową cienkim ręcznikiem − zsuń gruby ręcznik na brzuch − wykonaj mankiet z ręcznika z boku kołdry/koca − umyj brzuch, pępek i okolice bioder (w ten sam sposób jak klatkę piersiową) − osusz umyte okolice grubym ręcznikiem − zmień wodę w miednicy − zmień myjkę 15. **Mycie kończyn dolnych** − ułóż kończynę dolną pacjenta w odwiedzeniu − ujmij dolną część koca/kołdry w fałd i umieść ją pomiędzy kończynami pacjenta tak, aby została odkryta dalsza kończyna dolna − ułóż kończynę dolną dalszą pacjenta w kolanie i ułóż w poprzek w miejscu poniżej uda ręcznik (tak aby ochraniał koc/kołdrę i prześcieradło). − umyj, opłucz i osusz uda − ułóż ręcznik pod podudzie i stopę − ustaw miskę do mycia z wodą pod stopę − zanurz stopę w wodzie − postaw obok miski mydelniczkę, szczoteczkę do paznokci, nożyczki oraz pumeks − umyj myjka podudzie od dołu ku górze − spłucz podudzie myjką z wodą − osusz grubym ręcznikiem − umyj stopy pacjenta − oczyść szczoteczką paznokcie − usuń zrogowaciały naskórek pumeks – jeśli istnieje taka potrzeba − usuń miskę z wodą i mydelniczkę z łóżka − osusz podudzia i stopy (zwrócenie uwagi na przestrzenie między palcami). − obetnij paznokcie u palców stopy − przykryj kończynę dolną bliższą

Krok 3 student- Instruktor	− umyj kończynę dolną bliższą (powtórzenie czynności) − zmień wodę w miednicy 16. **Mycie pleców i pośladków** − ułóż pacjenta na lewym boku − załóż kołdrę/koc na chorego tak, aby uwidocznione zostały plecy − ułóż wzdłuż pleców chorego gruby ręcznik i podsuń jak najbliżej pacjenta, a nawet nieznacznie pod ciało − zmień myjkę na czystą − umyj plecy, pośladki, na końcu szpary pośladkowej − osusz umyte części ciała − natrzyj plecy kremem do masażu − wykonaj przez 10–15 min masaż pleców, pośladków, okolicy kości krzyżowej − odwróć pacjenta na wznak − załóż koszulę nocną lub bluzę od piżamy tak, aby sięgała do pasa − zmień wodę w miednicy 17. **Mycie krocza i zewnętrznych narządów płciowych** − ustaw kończyny dolne pacjenta w odwiedzeniu i ugięcie ich w stawach kolanowych − podłóż pod pośladki podkład zabezpieczający łóżko − wykonaj z kołdry/koc tzw. budkę umyj krocze u kobiety: − podłóż basen pod pośladki pacjentki − zmocz myjkę jednorazowego użytku (nową) i nasącz płynem do higieny intymnej − umyj pachwinę dalszą i bliższą w kierunku od spojenia łonowego do odbytu − umyj spojenie łonowe − umyj jednym ruchem zewnętrzne narządy płciowe w kierunku od spojenia łonowego do odbytu − spłucz krocze wodą z dzbanka po uprzednim sprawdzeniu temperatury wody na wewnętrznej stronie uda pacjentki − usuń basen spod pośladków pacjentki − osusz krocze grubym ręcznikiem mycie krocza u mężczyzn: − podłóż ręcznik pod pośladki − odciągnij napletek − umyj żołądź prącia gazikiem lub wacikiem zwilżonym wyłącznie wodą, − naciągnij napletek tak, aby pokrywał żołądź − umyj pachwinę od strony dalszej i bliższej − umyj worek mosznowy − umyję okolice krocza − osusz krocze grubym ręcznikiem − połóż krem ochronny na skórę w okolicy krocza w przypadku podrażnień skóry − usuń podkład zabezpieczający − zlikwiduj „budkę” − załóż spodnie od piżamy lub opuść koszulę poniżej pośladków 19. **Czesanie włosów** − podłóż pod głowę cienki ręcznik − podziel włosy na połowy – prawą i lewą − odwróć głowę pacjenta w prawo i uczesz lewą połowę włosów − odwróć głowę pacjenta w lewo i uczesz prawą połowę włosów − uczesz wszystkie włosy z połowy głowy (po rozczesaniu wszystkich pasm) − ułóż włosy zgodnie z życzeniem pacjenta − wyjmij ręcznik w taki sposób, aby nie spadły z niego włosy 20. **Czynności końcowe** − ułóż pacjenta w wygodnej i bezpiecznej pozycji − popraw przesłanie łóżka − uporządkuj przybory toaletowe chorego − odstaw krzesło na swoje miejsce − odstaw parawan na swoje miejsce

Krok 3 student- Instruktor	− wynieś przybory i sprzęt szpitalny, myję i dezynfekuję zgodnie z przyjętymi zasadami i odstawiam na miejsce − zdejmij rękawiczki jednorazowego użytku − umyj i dezynfekuj ręce zgodnie ze scenariuszem Higieniczne mycie i dezynfekcja rąk − udokumentuj wykonanie toalety całego ciała pacjenta w łóżku
Krok 4 Student- Student	1. Umyj i zdezynfekuj ręce zgodnie ze scenariuszem Higieniczne mycie i dezynfekcja rąk 2. Osłoń łóżko parawanem 3. Przystaw wózek higieniczny przy łóżku chorego 4. Ustaw miednicę z wodą na krześle 5. Ustaw wózek higieniczny w dogodnym dla siebie miejscu 6. Zawieś ręczniki i myjki na poręczy krzesła 7. Dostosuj wysokość łóżka do swojego wzrostu 8. Zwolnij barierki ochronne 9. Obluzuj wierzchnie przykrycia (rozwiń zawinięcia kołdry/koca) 10. **Mycie zębów** − ułóż pacjenta w pozycji półwysokiej − podłóż pod brodę pacjenta cienkiego ręcznika − unieś głowę pacjenta (ręką niedominującą) − podaj kubek z wodą do przepłukania jamy ustnej (ręką dominującą) − odstaw kubek z wodą − podaj miskę nerkowatą, aby chory mógł wypluć wodę − nałóż pastę do zębów na szczoteczkę − podaj pacjentowi szczoteczkę z nałożoną pastą do zębów − pacjent myje zęby samodzielnie − jeżeli jego możliwości w tym zakresie są ograniczone stosujemy scenariusz Toaleta jamy ustnej u pacjenta z ograniczoną wydolnością samoobsługową − odłóż szczoteczkę − podaj naprzemiennie kubek z wodą i miskę nerkowatą, aż do całkowitego wypłukania jamy ustnej przez pacjenta − osusz ręcznikiem usta pacjenta − usuń ręcznik spod brody pacjenta, − zawieś ręcznik na poręczy krzesła **13 Mycie twarzy, uszu, nosa i szyi:** − zdejmij pacjentowi bieliznę osobistą − umieść bieliznę osobistą na poręczy łóżka − podłóż pod głowę pacjenta cienki ręcznik (podnieś ręką dominującą od strony dalszej głowy pacjenta, a niedominującą od strony bliższej wsunięcie ręcznika, tak aby jego końce znalazły się na barkach chorego) − zmocz gazik − umyj powiekę dalszą, w kierunku od zewnętrznego do wewnętrznego kąta oka − wyrzuć gazik do miski nerkowatej − zmocz kolejny gazik − umyj powiekę bliższą, w kierunku od zewnętrznego do wewnętrznego kąta oka − wyrzuć do miski nerkowatej − oczyść za pomocą patyczków higienicznych jamę nosową dalszą, a następnie bliższą − zmocz myjkę lub gąbkę − umyj twarz pacjenta za pomocą ruchów okrężno-posuwistych z zachowaniem następującej kolejności: • czoło, • policzek dalszy, • nos, • policzek bliższy, • broda, • okolica pod nosem

Krok 4 Student- Student	− osusz umytą twarz − nałóż na usta i okolice wejścia jam nosowych (jeśli są wysuszone) maści pielęgnacyjnej za pomocą gazika − przechyl głowę pacjenta lekko w bok − oczyść widoczną część przewodu słuchowego zewnętrznego ucha dalszego za pomocą zmoczonego gazika i patyczków higienicznych, do momentu, gdy wymieniane gaziki i patyczki będą czyste − umyj za pomocą myjki lub gąbki z mydłem wewnętrznej i zewnętrznej strony dalszej małżowiny usznej − osusz małżowinę uszną − umyj ucho bliższe (przez powtórzenie czynności) − umyj i osusz szyję chorego − usuń ręką niedominującą ręcznik spod głowy pacjenta (ręką dominującą podniesienie od strony dalszej jego głowy). − zmień wodę w miednicy 18. **Mycie kończyn górnych** − odsłoń kończynę górną dalszą pacjenta − podłóż cienki ręcznik w taki sposób, aby w okolicy pachy można było go założyć na kołdrę/koc − ustaw pod dłonią pacjenta miednicę z wodą, a obok mydelniczkę z mydłem − umyj kończynę górną; najpierw po stronie zewnętrznej przedramienia i ramienia, a następnie po stronie wewnętrznej przedramienia i ramienia − umyj dół pachowy − umyj dłoń pacjenta − oczyść paznokcie szczoteczką − odstaw mydelniczkę na tacę − podnieś kończynę górną pacjenta (ręką niedominującą) i odstaw miednicę na krzesło (ręką dominującą) − ułóż kończynę pacjenta na ręczniku − osusz kończynę górną ręcznikiem znajdującym się pod nią − obetnij paznokcie u palców rąk (jeśli paznokcie wystają poza opuszki palców) − okryj kończynę kołdrą/kocem − umyj kończynę górną bliższą (powtórzenie czynności) − zmień wodę w miednicy. 19. **Mycie klatki piersiowej i brzucha** − osłoń klatkę piersiowej grubym ręcznikiem − wykonaj z grubego ręcznika mankiet wywijając na brzeg koca/kołdry − unieś koc/kołdrę za przygotowany mankiet − umyj klatkę piersiową wodą z mydłem − wypłucz myjkę i umyj klatkę piersiową samą wodą − osusz klatkę piersiową cienkim ręcznikiem − zsuń gruby ręcznik na brzuch − wykonaj mankiet z ręcznika z boku kołdry/koca − umyj brzuch, pępek i okolice bioder (w ten sam sposób jak klatkę piersiową) − osusz umyte okolice grubym ręcznikiem − zmień wodę w miednicy − zmień myjkę 20. **Mycie kończyn dolnych** − ułóż kończynę dolną pacjenta w odwiedzeniu − ujmij dolną część koca/kołdry w fałd i umieść ją pomiędzy kończynami pacjenta tak, aby została odkryta dalsza kończyna dolna − ułóż kończynę dolną dalszą pacjenta w kolanie i ułóż w poprzek w miejscu poniżej uda ręcznik (tak aby ochraniał koc/kołdrę i prześcieradło). − umyj, opłucz i osusz uda − ułóż ręcznik pod podudzie i stopę − ustaw miskę do mycia z wodą pod stopę − zanurz stopę w wodzie − postaw obok miski mydelniczkę, szczoteczkę do paznokci, nożyczki oraz pumeks − umyj myjką podudzie od dołu ku górze

Krok 4 Student- Student	− spłucz podudzie myjką z wodą − osusz grubym ręcznikiem − umyj stopy pacjenta − oczyść szczoteczką paznokcie − usuń zrogowaciały naskórek pumeks – jeśli istnieje taka potrzeba − usuń miskę z wodą i mydelniczkę z łóżka − osusz podudzie i stopy (zwrócenie uwagi na przestrzenie między palcami). − obetnij paznokcie u palców stopy − przykryj kończynę dolną bliższą − umyj kończynę dolną bliższą (powtórzenie czynności) − zmień wodę w miednicy 21. **Mycie pleców i pośladków** − ułóż pacjenta na lewym boku − załóż kołdrę/koc na chorego tak, aby uwidocznione zostały plecy − ułóż wzdłuż pleców chorego gruby ręcznik i podsuń jak najbliżej pacjenta, a nawet nieznacznie pod ciało − zmień myjkę na czystą − umyj plecy, pośladki, na końcu szparę pośladkową − osusz umyte części ciała − natrzyj plecy kremem do masażu − wykonaj przez 10–15 min masaż pleców, pośladków, okolice kości krzyżowej − odwróć pacjenta na wznak − załóż koszulę nocną lub bluzę od piżamy tak, aby sięgała do pasa − zmień wodę w miednicy 22. **Mycie krocza i zewnętrznych narządów płciowych** − ustaw kończyny dolne pacjenta w odwiedzeniu i ugnij je w stawach kolanowych − podłóż pod pośladki podkład zabezpieczający łóżko − wykonaj z kołdry/koc tzw. budkę **umyj krocze u kobiety:** − podłóż basen pod pośladki pacjentki − zmocz myjkę jednorazowego użytku (nową) i nasącz płynem do higieny intymnej − umyj pachwinę dalszą i bliższą w kierunku od spojenia łonowego do odbytu − umyj spojenie łonowe − umyj jednym ruchem zewnętrzne narządy płciowe w kierunku od spojenia łonowego do odbytu − spłucz krocze wodą z dzbanka po uprzednim sprawdzeniu temperatury wody na wewnętrznej stronie uda pacjentki − usuń basen spod pośladków pacjentki − osusz krocze grubym ręcznikiem **mycie krocza u mężczyzn:** − podłóż ręcznik pod pośladki − odciągnij napletek − umyj żołądź prącia gazikiem lub wacikiem zwilżonym wyłącznie wodą, − naciągnij napletek tak, aby pokrywał żołądź − umyj pachwinę od strony dalszej i bliższej − umyj worek mosznowy − umyj okolicę krocza − osusz krocze grubym ręcznikiem − połóż krem ochronny na skórę w okolicy krocza w przypadku podrażnień skóry − usuń podkład zabezpieczający − zlikwiduj „budkę” − załóż spodnie od piżamy lub opuść koszulę poniżej pośladków 21. **Czesanie włosów** − podłóż pod głowę cienki ręcznik − podziel włosy na połowy – prawą i lewą − odwróć głowę pacjenta w prawo i uczesz lewą połowę włosów − odwróć głowę pacjenta w lewo i uczesz prawą połowę włosów − uczesz wszystkie włosy z połowy głowy (po rozczesaniu wszystkich pasm) − ułóż włosy zgodnie z życzeniem pacjenta − wyjmij ręcznik w taki sposób, aby nie spadły z niego włosy

<table>
<tr><td>Krok 4
Student-
Student</td><td>22. Czynności końcowe
− ułóż pacjenta w wygodnej i bezpiecznej pozycji
− popraw przesłanie łóżka
− uporządkuj przybory toaletowe chorego
− odstaw krzesło na swoje miejsce
− odstaw parawan na swoje miejsce
− wynieś przybory i sprzęt szpitalny, umyj i zdezynfekuj zgodnie z przyjętymi zasadami i odstawiam na miejsce
− zdejmij rękawiczki jednorazowego użytku
− umyj i dezynfekuj ręce zgodnie ze scenariuszem Higieniczne mycie i dezynfekcja rąk
− udokumentuj wykonanie toalety całego ciała pacjenta w łóżku</td></tr>
<tr><td colspan="2">Podsumowanie</td></tr>
<tr><td colspan="2">INFORMACJE DLA STUDENTÓW | INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW
Na dzisiejszych zajęciach zdobyliście umiejętność wykonania toalety pacjenta w łóżku. Tę umiejętność możecie wykorzystać podczas praktyk oraz egzaminu OSCE
Jak czujecie po zajęciach?
Co wykonałeś/ wykonałaś najlepiej?
Czy jest coś, co mógłbyś/mogłabyś poprawić?
Czego się nauczyliście?
Czy jest coś co moglibyście poprawić?
Co było najtrudniejsze?</td></tr>
<tr><td>Zastosowanie umiejętności</td><td>W scenariuszu Toaleta jamy ustnej u pacjenta z ograniczoną wydolnością samoobsługową</td></tr>
<tr><td>Literatura</td><td>4. Ślusarska B., Zarzycka D., Majda A. Podstawy pielęgniarstwa tom 2. Wybrane umiejętności i procedury opieki pielęgniarskiej, s. 314-321.
5. Algorytmy czynności i zabiegów pielęgniarskich. Praca zbiorowa pod redakcją Haliny Kulik i Jolanty Eszyk s. 37-43. Wydawnictwo ŚUM.</td></tr>
<tr><td>Umiejętności podstawowe</td><td>Umiejętność zmiany bielizny pościelowej i osobistej pacjenta</td></tr>
<tr><td></td><td>Wiedzy
C.W9. wyjaśnia zakres działań pielęgniarki w zależności od stanu pacjenta, w tym: długotrwale unieruchomionego, z bólem, gorączką, zaburzeniami snu.
C.W12. opisuje istotę, cel, wskazania, przeciwwskazania, niebezpieczeństwa, obowiązujące zasady i strukturę wykonywania podstawowych czynności pielęgniarskich
Umiejętności
C.U11. pomaga choremu w jedzeniu, wydalaniu, poruszaniu się i dbaniu o higienę osobistą
C.U12. pielęgnuje skórę i jej wytwory oraz błony śluzowe z zastosowaniem środków farmakologicznych i materiałów medycznych, w tym stosuje kąpiele lecznicze
Kompetncje
D.K1. szanuje godność i autonomię osób powierzonych opiece;
D.K3. przestrzega wartości, powinności i sprawności moralnych w opiece;</td></tr>
</table>

SCENARIUSZ SYMULACJI MEDYCZNEJ NISKIEJ WIERNOŚCI-NW **Autor scenariusza: dr nauk o zdrowiu Iwona Gładysz**				Numer porządkowy	NW zgodnie z wykazem
Czas zajęć	90 minut	Czas scenariusza	10 minut	Liczba studentów	8
Nazwa	**Przemieszczanie/przenoszenia pacjenta**				
Cel główny	**Nauka przemieszczania/przenoszenia pacjenta**				
Cel szczegółowy	Nauka techniki przemieszczania/przenoszenia pacjenta różnymi metodami				
Metoda	4 kroków z wykorzystaniem łóżka szpitalnego oraz fantomu z możliwością przeniesies nia/przemieszczenia				

INFORMACJE TECHNICZNE I ORGANIZACYJNE						
Numer sali	Nr 034	Numer stanowiska	Nr 1	Numer trenażera/ fantomu	Nr zgodnie z wykazem	Nr zgodnie z wykazem
Sprzęt wielokrotnego użytku	11. Wózek do przemieszczania pacjenta – 1 sztuka 12. Parawan			Sprzęt jednorazowego użytku	1. Rękawice niejałowe, jednorazowe- 36 sztuk 2. Płyn do dezynfekcji rąk	
Informacja dla technika	Przygotowanie łóżka szpitalnego oraz fantomu z możliwością przemieszczania					
Czynności początkowe	Wykładowca: 7. Przed rozpoczęciem zajęć sprawdza sposób przygotowania stanowiska i kompletacje 8. Sprawdza listę uczestników i kartę informacyjną scenariusza 9. Rozpoczyna scenariusz-prosząc o wyłączenie telefonów, zajęcie miejsc					

Wprowadzenie	
Informacje dla studentów	**Informacje dla wykładowców**
W dniu dzisiejszym nauczymy się jak prawidłowo przemieszczać pacjenta. Procedura przemieszczania pacjenta jest stosowana w przypadku niezdolności do samodzielnego przemieszczania się pacjenta oraz w sytuacjach związanych z: • transportem np. przyjęciem do szpitala, konsultacjami specjalistycznymi, przewiezieniem z bloku operacyjnego na oddział • przyjęciem lub modyfikacją ułożenia pacjenta we właściwej pozycji, wynikającą z realizacji procedur diagnostycznych, terapeutycznych, profilaktycznych, usprawniających • deficytami w zakresie sprawności pacjenta podczas przemieszczania się, które są uwarunkowane stanem zdrowia, wiekiem, brakiem motywacji do aktywności • podnoszeniem się po upadku • uruchamianiem (wstawaniem z łóżka i pionizacją) • wykonywaniem czynności o charakterze pielęgnacyjno- opiekuńczym (np. zmiana bielizny pościelowej i osobistej, toaleta całego ciała) • pomocą w zaspokajaniu potrzeb fizjologicznych (korzystanie z toalety)	3. Jak uważacie, przemieszczanie pacjenta jest czynnością prostą do wykonania? **Odpowiedź studentów** Myślę, że tak 4. Może ktoś z Was widział jak się przenosi pacjenta z łóżka na wózek? **Odpowiedź studentów** Tak widziałam będąc w szpitalu 5. Pamiętasz, jakie niebezpieczeństwa grożą osobom dokonującym przemieszczania pacjenta? **Odpowiedź studentów** Tak urazy kręgosłupa 6. W jakich przypadkach stosujemy tę procedurę? **Odpowiedź studentów** Deficytami w zakresie sprawności pacjenta, podnoszeniem się po upadku, uruchamianiem (wstawaniem z łóżka i pionizacją), wykonywaniem czynności o charakterze pielęgnacyjno- opiekuńczym (np. zmiana bielizny pościelowej i osobistej, toaleta całego ciała) 7. Pamiętasz, jakie niebezpieczeństwa grożą pacjentowi w czasie tej procedury? **Odpowiedź studentów** Tak, upadek, urazy głowy, kręgosłupa, stawów, tkanek miękkich, odłączenie lub rozłączenie czy przemieszczenie sprzętu podłączonego/ zastosowanego u pacjenta

Niebezpieczeństwa: Dotyczące pacjenta: • upadek • urazy mechaniczne będące konsekwencją upadku (urazy głowy, kręgosłupa, stawów, tkanek miękkich) • odłączenie lub rozłączenie czy przemieszczenie sprzętu podłączonego/ zastosowanego u pacjenta (cewniki, opatrunki itd.) • pogorszenie stanu ogólnego pacjenta • nasilenie występujących dolegliwości, w tym szczególnie bólu i duszności • zmęczenie pacjenta • przemieszczenie złamań Dotyczące osób, dokonujących przemieszczenia pacjenta: • urazy aparatu ruchu (kręgosłupa, stawów, ścięgien) • Pozycja pielęgniarki podczas procedury : praca na ugiętych kończynach dolnych w stawach kolanowych i biodrach, elementy przesuwania, podnoszenia wykonywane przy stabilizacji kręgosłupa w części lędźwiowej **Przeciwskazania do zabiegu:** • brak gotowości i zdolności pacjenta do rozumienia poleceń i współpracy (np. pacjent z otępieniem, pacjent agresywny) • otyłość –utrudnia lub wyklucza samodzielne przemieszczanie się pacjenta • ciężki stan ogólny pacjenta, zaburzenia świadomości lub utrata przytomności • deficyty sprawności funkcjonalnej pacjenta wynikające z wieku, zaawansowania chorób przewlekłych, urazów • wdrażane metody leczenia np. etap leczenia spoczynkowego • wiek pacjenta np. noworodek, • obecność drenów w ranach • podłączenie do aparatury medycznej W czasie wykonywania procedury bardzo ważnym elementem jest utrzymywanie stałego, werbalnego kontaktu z pacjentem oraz osobą wspomagającą przenoszenie pacjenta	8. Jak ci się wydaje, zachowanie prawidłowej pozycji w czasie tej procedury ma znaczenie? **Odpowiedź studentów** Tak, zapobiega urazom kręgosłupa 9. Jak uważasz, jest to zabieg komfortowy dla pacjenta? **Odpowiedź studentów** Myślę, że nie, ponieważ może nasilić dolegliwości bólowe
Zapoznanie studentów ze sprzętem	
Wykładowca	Znajdujemy się w pracowni umiejętności pielęgniarskich. Teraz zaprezentuję manekin osoby dorosłej przeznaczony do symulacji i ćwiczenia pełnego zakresu czynności pielęgnacyjnych pacjenta. **Właściwości manekina:** − dokładny anatomicznie manekin osoby dorosłej z kończynami i realistycznymi połączeniami stawowymi − głowa z anatomicznymi punktami orientacyjnymi, pozwalająca na naukę procedury: przenoszenie pacjenta Sprzęt do przemieszczania pacjenta (wózek/krzesło) znajduje się obok łóżka pacjenta. Używany przez nas wózek, służący do przemieszczania pacjenta wyposażony jest − Siedzisko z oparciem − Pas bezpieczeństwa – biodrowy − Podłokietnik odchylany do tyłu − Podnóżek z regulacją wysokość − Koła wyposażone w blokadę

Student	Dotyka fantomu, sprzętu używanego w czasie przemieszczania sprawdza możliwości techniczne.
Metoda 4 kroków	
Krok 1- próba niema	35. Sprawdzenie tożsamości pacjenta, przystawienie parawanu 36. Sprawdzenie czy zostały usunięte potencjalne przeszkody, które mogą utrudniać procedurę przemieszczenia pacjenta (na drodze przemieszczania, sprzęt- stan techniczny) 37. Zabezpieczenie drenów, cewników 38. Umieszczenie sprzętu do przemieszczania blisko łóżka 39. Zabezpieczenie kółek wózka 40. Dopasowanie wysokości łóżka do swojego wzrostu 41. **Przygotowanie się do przemieszczenia pacjenta:** a. Ustawienie się jak najbliżej pacjenta z nogami lekko zgiętymi w kolanach, z jedną nogą lekko wysuniętą do przodu (tak aby kręgosłup zachował naturalną krzywiznę) b. Użycie całych dłoni w celu znalezienia miejsca bezpiecznego chwytu (okolica miednicy, pasa, łopatek, chwycenie za spodnie) c. W przypadku czynności wykonywanych przez dwie pielęgniarki osoby wykonujące procedurę stają naprzeciwko siebie 42. **Przemieszczanie pacjenta w łóżku, w kierunku wezgłowia:** a. Prośba do pacjenta o zgięcie kolana oraz naparcie na własną stopę (jedna pielęgniarka) b. Prośba do pacjenta o chwycenie dłońmi wezgłowia łóżka, zgięcie nóg i pociągnięcie za wezgłowie w trakcie przenoszenia i pchania jego stóp przenieś pacjenta ku górze łóżka (dwie pielęgniarki) c. Przeniesienie pacjenta ku górze z przerzuceniem własnego ciężaru ciał z jednej strony na drugą, utrzymując przy tym wyprostowane plecy 43. **Przemieszczanie pacjenta w łóżku na jego brzeg (pozycja leżąca)** a. Chwycenie nogi pacjenta i przemieść je w kierunku „do siebie”(jedna pielęgniarka) b. Chwycenie środek tułowia i przemieść w kierunku „do siebie”(jedna pielęgniarka) c. Chwycenie barki i przemieść w kierunku „do siebie”(jedna pielęgniarka) d. Wykonanie czynności a-c synchronicznie (dwie pielęgniarki) 44. **Przemieszczanie bez użycia sprzętu z łóżka na krzesło/wózek siedzący/fotel/ wózek toaletowy (pozycja siedząca):** a. Podniesienie pacjenta w łóżku do pozycji półsiedzącej/siedzącej b. Obrócenie pacjenta w kierunku „do siebie” c. Założenie pacjentowi obuwia d. Podniesienie do pozycji stojącej z asekuracją e. Uchwycenie kolan pacjenta pomiędzy własnymi nogami f. Ustalenie kierunku przemieszczania g. Wykonanie obrotu i posadzenie pacjenta na krześle/fotelu/wózku siedzącym h. W przypadku czynności wykonywanych przez dwie pielęgniarki czynności a-g wykonywane są synchronicznie (górna część ciała oraz kończyny pacjenta 45. **Przemieszczanie bez użycia sprzętu z podłogi na krzesło/wózek siedzący (2 osoby)** a. Wykonywana przez dwie pielęgniarki b. Synchroniczne podniesienie do pozycji siedzącej c. Pochylenie pacjenta w kierunku do przodu d. Synchroniczne przeniesienie górnej części ciała oraz kończyn pacjenta e. Prośba do pacjenta o pociągnięcie stóp 46. **Podnoszenie na krześle/wózku:** a. Upewnienie się, że stopy pacjenta są umieszczone jak najbliżej krzesła/wózka b. Prośba do pacjenta o jak największe wychylenie się do przodu c. Położenie rąk pacjenta na środku swojego tułowia d. Prośba do pacjenta o naciskanie na nogi w trakcie podnoszenia e. Synchronizacja a-d w przypadku czynności wykonywanych przez dwie pielęgniarki 47. Odnotowanie wykonania zlecenia w dokumentacji

Krok 2- instruktaż	1. Sprawdzam tożsamość pacjenta, przystawiam parawan 2. Sprawdzam czy zostały usunięte potencjalne przeszkody, które mogą utrudniać procedurę przemieszczenia pacjenta (na drodze przemieszczania, sprzęt- stan techniczny) 3. Zabezpieczam dreny, cewniki 4. Umieszczam sprzęt do przemieszczania blisko łóżka 5. Zabezpieczam kółka wózka 6. Dopasowuję wysokość łóżka do swojego wzrostu 9. **Przygotowuję się do przemieszczenia pacjenta:** d. Ustawiam się jak najbliżej pacjenta z nogami lekko zgiętymi w kolanach, z jedną nogą lekko wysuniętą do przodu (tak aby kręgosłup zachował naturalną krzywiznę) e. Używam całych dłoni w celu znalezienia miejsca bezpiecznego chwytu (okolica miednicy, pasa, łopatek, chwycenie za spodnie) f. W przypadku czynności wykonywanych przez dwie pielęgniarki osoby wykonujące procedurę stają naprzeciwko siebie 10. **Przemieszczanie pacjenta w łóżku, w kierunku wezgłowia:** a. Proszę pacjenta o zgięcie kolana oraz naparcie na własną stopę (jedna pielęgniarka) b. Proszę pacjenta o chwycenie dłońmi wezgłowia łóżka, zgięcie nóg i pociągnięcie za wezgłowie w trakcie przenoszenia i pchania jego stóp przenieś pacjenta ku górze łóżka (dwie pielęgniarki) c. Przenoszę pacjenta ku górze z przerzuceniem własnego ciężaru ciał z jednej strony na drugą, utrzymując przy tym wyprostowane plecy 11. **Przemieszczanie pacjenta w łóżku na jego brzeg (pozycja leżąca)** a. Chwytam nogi pacjenta i przemieść je w kierunku „do siebie”(jedna pielęgniarka) b. Chwytam środek tułowia i przemieść w kierunku „do siebie”(jedna pielęgniarka) c. Chwytam barki i przemieść w kierunku „do siebie”(jedna pielęgniarka) d. Wykonuję czynności a-c synchronicznie jeśli pomaga mi druga pielęgniarka 12. **Przemieszczanie bez użycia sprzętu z łóżka na krzesło/wózek siedzący/fotel/ wózek toaletowy (pozycja siedząca):** a. Podnoszę pacjenta w łóżku do pozycji półsiedzącej/siedzącej b. Obracam pacjenta w kierunku „do siebie” c. Zakładam pacjentowi obuwia d. Podnoszę do pozycji stojącej z asekuracją e. Chwytam kolana pacjenta pomiędzy własnymi nogami f. Ustalam kierunek przemieszczania g. Wykonuję obrót i sadzam pacjenta na krześle/fotelu/wózku siedzącym h. W przypadku czynności wykonywanych przez dwie pielęgniarki czynności a-g wykonywane są synchronicznie (górna część ciała oraz kończyny pacjenta 13. **Przemieszczanie bez użycia sprzętu z podłogi na krzesło/wózek siedzący (2 osoby)** a. Wykonywana wyłącznie przez dwie pielęgniarki b. Synchronicznie podnosimy pacjenta do pozycji siedzącej c. Pochylamy pacjenta w kierunku do przodu d. Synchronicznie przenosimy: górną część ciała oraz kończyn pacjenta e. Prosimy pacjenta o pociągnięcie stóp 14. Podnoszenie na krześle/wózku: a. Upewniam się, że stopy pacjenta są umieszczone jak najbliżej krzesła/wózka b. Proszę pacjenta o jak największe wychylenie się do przodu c. Kładę ręce pacjenta na środku swojego tułowia d. Proszę pacjenta o naciskanie na nogi w trakcie podnoszenia e. Synchronizuję czynności a-d w przypadku czynności wykonywanych przez dwie pielęgniarki 15. Odnotowuję wykonanie zlecenia w dokumentacji

Krok 3 student- Instruktor	Student instruuje nauczyciela 1. Sprawdź tożsamość pacjenta, przystaw parawan 2. Sprawdź czy zostały usunięte potencjalne przeszkody, które mogą utrudniać procedurę przemieszczenia pacjenta (na drodze przemieszczania, sprzęt- stan techniczny) 3. Zabezpiecz dreny, cewniki 4. Umieść sprzęt do przemieszczania blisko łóżka 5. Zabezpiecz kółka wózka 6. Dopasuj wysokość łóżka do swojego wzrostu 9. **Przygotowanie się do przemieszczenia pacjenta:** a. Ustaw się jak najbliżej pacjenta z nogami lekko zgiętymi w kolanach, z jedną nogą lekko wysuniętą do przodu (tak aby kręgosłup zachował naturalną krzywiznę) b. Użyj całych dłoni w celu znalezienia miejsca bezpiecznego chwytu (okolica miednicy, pasa, łopatek, chwycenie za spodnie) c. W przypadku czynności wykonywanych przez dwie pielęgniarki osoby wykonujące procedurę stają naprzeciwko siebie 10. **Przemieszczanie pacjenta w łóżku, w kierunku wezgłowia:** a. Poproś pacjenta o zgięcie kolana oraz naparcie na własną stopę (jedna pielęgniarka) b. Poproś pacjenta o chwycenie dłońmi wezgłowia łóżka, zgięcie nóg i pociągnięcie za wezgłowie w trakcie przenoszenia i pchania jego stóp przenieś pacjenta ku górze łóżka (dwie pielęgniarki) c. Przenieś pacjenta ku górze z przerzuceniem własnego ciężaru ciał z jednej strony na drugą, utrzymując przy tym wyprostowane plecy 11. **Przemieszczanie pacjenta w łóżku na jego brzeg (pozycja leżąca)** a. Chwyć nogi pacjenta i przemieść je w kierunku „do siebie”(jedna pielęgniarka) b. Chwyć środek tułowia i przemieść w kierunku „do siebie”(jedna pielęgniarka) c. Chwyć barki i przemieść w kierunku „do siebie”(jedna pielęgniarka) d. Wykonaj czynności a-c synchronicznie jeśli pomaga mi druga pielęgniarka 12. **Przemieszczanie bez użycia sprzętu z łóżka na krzesło/wózek siedzący/fotel/ wózek toaletowy (pozycja siedząca):** a. Podnieś pacjenta w łóżku do pozycji półsiedzącej/siedzącej b. Obróć pacjenta w kierunku „do siebie” c. Załóż pacjentowi obuwia d. Podnieś pacjenta do pozycji stojącej z asekuracją e. Chwyć kolana pacjenta pomiędzy własnymi nogami f. Ustal kierunek przemieszczania g. Wykonaj obrót i sadzam pacjenta na krześle/fotelu/wózku siedzącym h. W przypadku czynności wykonywanych przez dwie pielęgniarki czynności a-g wykonaj synchronicznie (górna część ciała oraz kończyny pacjenta) 13. **Przemieszczanie bez użycia sprzętu z podłogi na krzesło/wózek siedzący (2 osoby)** a. Wykonywana wyłącznie przez dwie pielęgniarki b. Synchronicznie podnieście pacjenta do pozycji siedzącej c. Pochylcie pacjenta w kierunku do przodu d. Synchronicznie przenieście: górną część ciała oraz kończyn pacjenta e. Poproście pacjenta o pociągnięcie stóp 14. Podnoszenie na krześle/wózku: a. Upewnij się, że stopy pacjenta są umieszczone jak najbliżej krzesła/wózka b. Poproś pacjenta o jak największe wychylenie się do przodu c. Połóż ręce pacjenta na środku swojego tułowia d. Poproś pacjenta o naciskanie na nogi w trakcie podnoszenia e. Synchronizujcie czynności a-d w przypadku czynności wykonywanych przez dwie pielęgniarki 15. Odnotuj wykonanie zlecenia w dokumentacji

Krok 4 Student- Student	*W przypadku błędu popełnionego przez studenta, nauczyciel koryguje czynność studenta „na bieżąco”* 1. Sprawdź tożsamość pacjenta, przystaw parawan 2. Sprawdź czy zostały usunięte potencjalne przeszkody, które mogą utrudniać procedurę przemieszczenia pacjenta (na drodze przemieszczania, sprzęt- stan techniczny) 3. Zabezpiecz dreny, cewniki 4. Umieść sprzęt do przemieszczania blisko łóżka 5. Zabezpiecz kółka wózka 6. Dopasuj wysokość łóżka do swojego wzrostu 9. **Przygotowanie się do przemieszczenia pacjenta:** a. Ustaw się jak najbliżej pacjenta z nogami lekko zgiętymi w kolanach, z jedną nogą lekko wysuniętą do przodu (tak aby kręgosłup zachował naturalną krzywiznę) b. Użyj całych dłoni w celu znalezienia miejsca bezpiecznego chwytu (okolica miednicy, pasa, łopatek, chwycenie za spodnie) c. W przypadku czynności wykonywanych przez dwie pielęgniarki osoby wykonujące procedurę stają naprzeciwko siebie 10. **Przemieszczanie pacjenta w łóżku, w kierunku wezgłowia:** a. Poproś pacjenta o zgięcie kolana oraz naparcie na własną stopę (jedna pielęgniarka) b. Poproś pacjenta o chwycenie dłońmi wezgłowia łóżka, zgięcie nóg i pociągnięcie za wezgłowie w trakcie przenoszenia i pchania jego stóp przenieś pacjenta ku górze łóżka (dwie pielęgniarki) c. Przenieś pacjenta ku górze z przerzuceniem własnego ciężaru ciał z jednej strony na drugą, utrzymując przy tym wyprostowane plecy 11. **Przemieszczanie pacjenta w łóżku na jego brzeg (pozycja leżąca)** a. Chwyć nogi pacjenta i przemieść je w kierunku „do siebie”(jedna pielęgniarka) b. Chwyć środek tułowia i przemieść w kierunku „do siebie”(jedna pielęgniarka) c. Chwyć barki i przemieść w kierunku „do siebie”(jedna pielęgniarka) d. Wykonaj czynności a-c synchronicznie jeśli pomaga mi druga pielęgniarka 12. **Przemieszczanie bez użycia sprzętu z łóżka na krzesło/wózek siedzący/fotel/ wózek toaletowy (pozycja siedząca):** a. Podnieś pacjenta w łóżku do pozycji półsiedzącej/siedzącej b. Obróć pacjenta w kierunku „do siebie” c. Załóż pacjentowi obuwia d. Podnieś pacjenta do pozycji stojącej z asekuracją e. Chwyć kolana pacjenta pomiędzy własnymi nogami f. Ustal kierunek przemieszczania g. Wykonaj obrót i sadzam pacjenta na krześle/fotelu/wózku siedzącym h. W przypadku czynności wykonywanych przez dwie pielęgniarki czynności a-g wykonaj synchronicznie (górna część ciała oraz kończyny pacjenta) 13. **Przemieszczanie bez użycia sprzętu z podłogi na krzesło/wózek siedzący (2 osoby)** a. Wykonywana wyłącznie przez dwie pielęgniarki b. Synchronicznie podnieście pacjenta do pozycji siedzącej c. Pochylcie pacjenta w kierunku do przodu d. Synchronicznie przenieście: górną część ciała oraz kończyn pacjenta e. Poproście pacjenta o pociągnięcie stóp 14. Podnoszenie na krześle/wózku: a. Upewnij się, że stopy pacjenta są umieszczone jak najbliżej krzesła/wózka b. Poproś pacjenta o jak największe wychylenie się do przodu c. Połóż ręce pacjenta na środku swojego tułowia d. Poproś pacjenta o naciskanie na nogi w trakcie podnoszenia e. Synchronizujcie czynności a-d w przypadku czynności wykonywanych przez dwie pielęgniarki 15. Odnotuj wykonanie zlecenia w dokumentacji

Podsumowanie	
INFORMACJE DLA STUDENTÓW	**INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW**
Na dzisiejszych zajęciach zdobyliście umiejętność przemieszczania pacjenta w łóżku oraz na wózek/ krzesło. Tę umiejętność możecie wykorzystać podczas praktyk oraz egzaminu OSCE	Jak czujecie po zajęciach? Czego się nauczyliście? Który element uważasz.... za najtrudniejszy? Czy jest coś co moglibyście poprawić?

Zastosowanie umiejętności	W scenariuszach z zakresu niskiej wierności i pośredniej wierności
Literatura	6. Ślusarska B., Zarzycka D., Majda A. Podstawy pielęgniarstwa tom 2. Wybrane umiejętności i procedury opieki pielęgniarskiej, s. 159-190.
Umiejętności podstawowe	Wiedzy C.W9. wyjaśnia zakres działań pielęgniarki w zależności od stanu pacjenta, w tym: długotrwale unieruchomionego, z bólem, gorączką, zaburzeniami snu C.W12. opisuje istotę, cel, wskazania, przeciwwskazania, niebezpieczeństwa, obowiązujące zasady i strukturę wykonywania podstawowych czynności pielęgniarskich Umiejętności C.U11. pomaga choremu w jedzeniu, wydalaniu, poruszaniu się i dbaniu o higienę osobistą; Kompetencji D.K1. szanuje godność i autonomię osób powierzonych opiece; D.K3. przestrzega wartości, powinności i sprawności moralnych w opiece

SCENARIUSZ SYMULACJI MEDYCZNEJ NISKIEJ WIERNOŚCI- NW **Autor scenariusza: doktor nauk o zdrowiu Iwona Gładysz**				Numer porządkowy	NW zgodnie z wykazem
Czas zajęć	90 minut	Czas scenariusza	10 minut	Liczba studentów	7-10
Nazwa	**Opatrunek podwieszający pierś**				
Cel główny	**Nauka wykonania opatrunku podwieszającego pierś**				
Cel szczegółowy	Nauka techniki wykonania opatrunku podwieszenia sutka z umocowaniem na barku (opatrunek unoszący i uciskający sutek)				
Metoda	4 kroków				

INFORMACJE TECHNICZNE I ORGANIZACYJNE						
Numer sali	Nr 034 035	Numer stanowiska	Nr 1 2	Numer trenażera/ fantomu	Nr zgodnie z wykazem	Nr zgodnie z wykazem
Sprzęt wielokrotnego użytku	13. Dozownik łokciowy z mydłem 14. Dozownik z płynem dezynfekcyjnym 15. pojemnik na odpady medyczne			Sprzęt jednorazowego użytku	Bandaż elastyczny szerokość 15 cm.-11 sztuk Rękawiczki jednorazowe 26 sztuk	
Informacja dla technika	Przygotowanie fantomu z możliwością wykonania opatrunku podwieszenia sutka z umocowaniem na barku					
Czynności początkowe	Wykładowca: 10. Przed rozpoczęciem zajęć sprawdza sposób przygotowania stanowiska i kompletacje 11. Sprawdza listę uczestników i kartę informacyjną scenariusza 12. Rozpoczyna scenariusz-prosząc o wyłączenie telefonów, zajęcie miejsc					

Wprowadzenie	
Informacje dla studentów	**Informacje dla wykładowców**
Opatrunek podwieszenia sutka z umocowaniem na barku wykonuje się w celu przytrzymania opatrunku, uszczelnienia rany, ocieplenia i przytrzymania kompresu. Opatrywanie ran ma natomiast na celu osłanianie rany, przyspieszanie jej gojenia i ochronę przed bakteriami.	1. Może widzieliście opatrunek podwieszenia sutka? **Odpowiedź studentów:** nie widzieliśmy 2. Jak uważacie czy osłonięcie rany przyspiesza gojenie? **Odpowiedź studentów:** tak, ponieważ stanowi ochronę przed bakteriami 3. Jak sądzisz...czy dobór odpowiedniego materiału opatrunkowego ma znaczenie? **Odpowiedź studentów:** ma znaczenie, ponieważ do zabandażowania mamy dużą powierzchnię

Zapoznanie studentów ze sprzętem	
Wykładowca	Znajdujemy się w pracowni umiejętności pielęgniarskich. Teraz zaprezentuję manekin osoby dorosłej przeznaczony do symulacji i ćwiczenia pełnego zakresu czynności pielęgnacyjnych pacjenta, w tym wykonania opatrunku podwieszającego pierś z umocowaniem na barku . **Właściwości manekina:** − dokładny anatomicznie manekin osoby dorosłej z kończynami i realistycznymi połączeniami stawowymi − głowa z anatomicznymi punktami orientacyjnymi, pozwalająca na naukę procedury: opatrunek podwieszający pierś Na tacy umieszczonej na blacie szafki znajdują się bandaże różnej szerokości, które będziemy wykorzystywać w czasie realizacji scenariusza

Student	Zapoznaje się z manekinem, dotyka. Dotyka opasek elastycznych (bandaży) umieszczonych na tacy (blat szafki)
Metoda 4 kroków z wykorzystaniem manekina z możliwością wykonania opatrunku podwieszenia sutka z umocowaniem na barku	
Krok 1-próba niema	1. Informacja ustna skierowana do studentów o rozpoczęciu próby niemej. 2. Ustawienie naprzeciw bandażowanej części ciała 3. Ujęcie główki bandaża ręką dominującą 4. Rozpoczęcie obwojem kolistym tuż pod piersiami 5. **Pierś prawa** − przeprowadzenie obwoju podtrzymującego pierś prawą (spod prawej pachy do lewego ramienia) − wykonanie obwoju wokół ramienia lewego − skierowanie opaski przez plecy pod prawą pachę − spod prawej pachy obwój podtrzymujący do prawej piersi − ponowne wykonanie obwoju wokół ramienia lewego − powtórzenie czynności − zakończenie obwojem kolistym pod piersiami 6. **Pierś lewa** − wykonanie obwoju wokół ramienia prawego − przeprowadzenie obwoju podtrzymującego na pierś lewą (skierowanie opaski z prawego ramienia pod lewą pierś) − wykonanie ½ obwoju kolistego − skierowanie opaski na prawe ramię − ponowne wykonanie obwoju wokół ramienia prawego − ponowne przeprowadzenie obwoju podtrzymującego na pierś lewą − zakończenie obwojem kolistym pod piersiami 7. Umocowanie końcówki bandaża przylepcem lub zapinką
Krok 2-instruktaż	1. Proszę o skupienie uwagę 2. Ustawiam się naprzeciw bandażowanej części ciała 3. Ujmuję główkę bandaża ręką dominującą 4. Rozpoczynam obwojem kolistym pod piersiami 5. **Pierś prawa** − przeprowadzam obwój podtrzymujący pierś prawą (spod prawej pachy do lewego ramienia) − wykonuję obwój wokół ramienia lewego − kieruję opaskę przez plecy pod prawą pachę − spod prawej pachy wykonuję obwój podtrzymujący do prawej piersi − ponownie wykonuję obwój wokół ramienia lewego − powtarzam czynności − kończę obwojem kolistym pod piersiami 6. **Pierś lewa** − wykonanie obwoju wokół ramienia prawego − przeprowadzenie obwoju podtrzymującego na pierś lewą (skierowanie opaski z prawego ramienia pod lewą pierś) − wykonanie ½ obwoju kolistego − skierowanie opaski na prawe ramię − ponowne wykonanie obwoju wokół ramienia prawego − ponowne przeprowadzenie obwoju podtrzymującego na pierś lewą − zakończenie obwojem kolistym pod piersiami 7. Kończę obwojem kolistym pod piersiami 8. Mocuję końcówki bandaża przylepcem lub zapinką

Krok 3 student- Instruktor	Instruktor wybiera studenta, któremu przekazuje informacje: poinstruuj mnie jak wykonać całą procedurę używając konkretnych poleceń. Wykładowca wykonuje komendy korygując natychmiast błędnie wykonane komendy, następnie czynności wykonuje prawidłowo. Komendy które powinien student wypowiedzieć w tym scenariuszu: 1. Ustaw się naprzeciw bandażowanej części ciała 2. Ujmij główkę bandaża ręką dominującą 3. Rozpocznij obwojem kolistym pod piersiami 4. **Pierś prawa** − przeprowadź obwój podtrzymujący pierś prawą (spod prawej pachy do lewego ramienia) − wykonaj obwoju wokół ramienia lewego − skieruj opaskę przez plecy pod prawą pachę − spod prawej pachy wykonaj obwój podtrzymujący do prawej piersi − ponownie wykonaj obwój wokół ramienia lewego − powtórz czynności − zakończ obwojem kolistym pod piersiami 5. **Pierś lewa** − wykonaj obwój wokół ramienia prawego − przeprowadź obwój podtrzymujący na pierś lewą (skieruj opaskę z prawego ramienia pod lewą pierś) − wykonaj ½ obwoju kolistego − skieruj opaskę na prawe ramię − ponownie wykonaj obwój wokół ramienia prawego − ponownie przeprowadź obwój podtrzymujący na pierś lewą 6. zakończ obwojem kolistym pod piersiami 7. Umocuj końcówki bandaża przylepcem lub zapinką
Krok 4 Student- Student	Student 1 wykonuje procedurę instruowany przez kolejnego studenta 2. Wykładowca natychmiast koryguje – bez zatrzymywania czynności. Koryguje to co mówi student 2 i to co wykonuje student 1. Komendy, które powinien wypowiedzieć student 2 w tym scenariuszu: 1. Ustaw się naprzeciw bandażowanej części ciała 2. Ujmij główkę bandaża ręką dominującą 3. Rozpocznij obwojem kolistym pod piersiami 4. **Pierś prawa** − przeprowadź obwój podtrzymujący pierś prawą (spod prawej pachy do lewego ramienia) − wykonaj obwoju wokół ramienia lewego − skieruj opaskę przez plecy pod prawą pachę − spod prawej pachy wykonaj obwój podtrzymujący do prawej piersi − ponownie wykonaj obwój wokół ramienia lewego − powtórz czynności − zakończ obwojem kolistym pod piersiami 5. **Pierś lewa** − wykonaj obwój wokół ramienia prawego − przeprowadź obwój podtrzymujący na pierś lewą (skieruj opaskę z prawego ramienia pod lewą pierś) − wykonaj ½ obwoju kolistego − skieruj opaskę na prawe ramię − ponownie wykonaj obwój wokół ramienia prawego − ponownie przeprowadź obwój podtrzymujący na pierś lewą − zakończ obwojem kolistym pod piersiami 6. Umocuj końcówki bandaża przylepcem lub zapinką

Podsumowanie	
INFORMACJE DLA STUDENTÓW	**INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW**
Na dzisiejszych zajęciach zdobyliście umiejętność wykonania opatrunku podwieszenia sutka z umocowaniem na barku (opatrunek unoszący i uciskający sutek) . Tę umiejętność możecie wykorzystać podczas praktyk w warunkach szpitalnych oraz w życiu codziennym	Jak czujecie po zajęciach? Co zrobiliście dobrze? Czy jest coś co moglibyście poprawić? Które elementy procedury stanowiły największą trudność? Czego się nauczyliście? W waszej opinii opatrunek podwieszenia sutka z umocowaniem na barku jest trudny technicznie do wykonania?

Zastosowanie umiejętności	Podczas zajęć praktycznych i praktyk zawodowych oraz w czasie egzaminu OSCE
Literatura	1. Bandażowanie. Chrząszczewska A. PZWL, s.66-72
Umiejętności podstawowe	Brak
Efekty kształcenia	Wiedza A.W2. omawia budowę ciała ludzkiego w podejściu topograficznym (kończyna górna i dolna, klatka piersiowa, brzuch, miednica, grzbiet, szyja, głowa) oraz czynnościowym (układ kostno-stawowy, układ mięśniowy, układ krążenia, układ oddechowy, układ pokarmowy, układ moczowy, układy płciowe, układ nerwowy i narządy zmysłów, powłoka wspólna); Umiejętności C.U13. dobiera technikę i sposoby zakładania opatrunków na rany, w tym wykorzystuje bandażowanie Kompetencje społeczne D.K1. szanuje godność i autonomię osób powierzonych opiece systematycznie wzbogaca wiedzę zawodową i kształtuje umiejętności, dążąc do profesjonalizmu

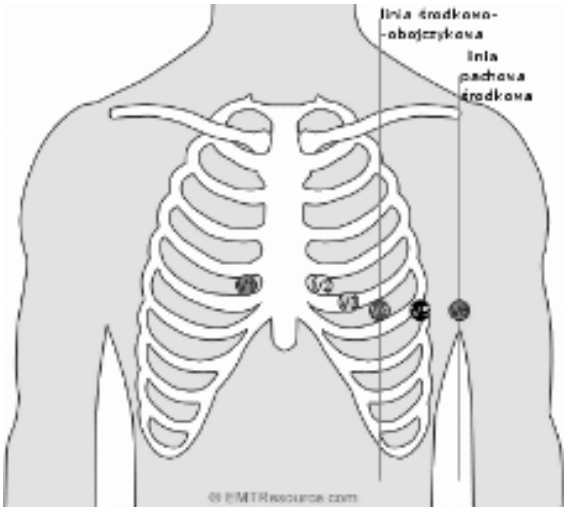
SCENARIUSZ SYMULACJI MEDYCZNEJ NISKIEJ WIERNOŚCI-NW Autor scenariusza: **doktor nauk o zdrowiu Iwona Gładysz**				Numer porządkowy	NW zgodnie z wykazem
Czas zajęć	90 minut	Czas scenariusza	10 minut	Liczba studentów	7-8
Nazwa	**Wykonanie zapisu elektrokardiograficznego z udziałem pacjenta standaryzowanego (EKG)**				
Cel główny	**Nauka wykonania zapisu elektrokardiograficznego z udziałem pacjenta standaryzowanego (EKG)**				
Cel szczegółowy	1. Nauka ułożenia pacjenta 2. Nauka umieszczenia elektrod / przyssawek na klatce piersiowej 3. Nauka umieszczenia elektrod kończyńowych budową urządzenia i specyfiką konstrukcji elektronicznej oraz parametrami metrologicznymi i sposobami ich identyfikacji				
Metoda	Ćwiczenia metodą 4 kroków z wykorzystaniem pacjenta standaryzowanego				

INFORMACJE TECHNICZNE I ORGANIZACYJNE						
Numer sali	Nr 034 035	Numer stanowiska	Nr 1 2	Numer trenażera/ fantomu	Nr 1	Nr 2
Sprzęt wielokrotnego użytku	16. Taca 17. Miska nerkowata			Sprzęt jednorazowego użytku	1. aparat do EKG 2. żel do EKG 3 ręczniki papierowe 4. rękawice niejałowe	
Informacja dla technika	Przygotowanie aparatu do EKG					
Czynności początkowe	Wykładowca: 13. Przed rozpoczęciem zajęć sprawdza sposób przygotowania stanowiska i kompletacje 14. Sprawdza listę uczestników i kartę informacyjną scenariusza 15. Rozpoczyna scenariusz-prosząc o wyłączenie telefonów, zajęcie miejsc					

Wprowadzenie	
Informacje dla studentów	**Informacje dla wykładowców**
Dzisiaj nauczymy się techniki prawidłowego przygotowania chorego i wykonania zapisu EKG, w celu dostarczenia informacji z zakresu patofizjologii czynności serca. Elektrokardiografia to zabieg diagnostyczny pozwalający na badanie szerzenia się fali depolaryzacji mięśnia sercowego za pomocą elektrod umieszczonych na powierzchni klatki piersiowej i na kończynach. Pozwala to na wykrycie i zlokalizowanie zmian patologicznych serca, przede wszystkim niedokrwienia mięśnia sercowego. Schorzenia, które można wykryć za pomocą EKG: - niedokrwienie mięśnia sercowego - zaburzenia rytmu serca - częstość pracy serca - zniszczenie fragmentu mięśnia sercowego - pogrubienie ścian serca	Czy ktoś z Państwa miał wykonane EKG? **Odpowiedź studentów**: tak miałem/ miałam Jak myślicie, jest to zabieg bezpieczny? **Odpowiedź studentów:** myślę, że tak

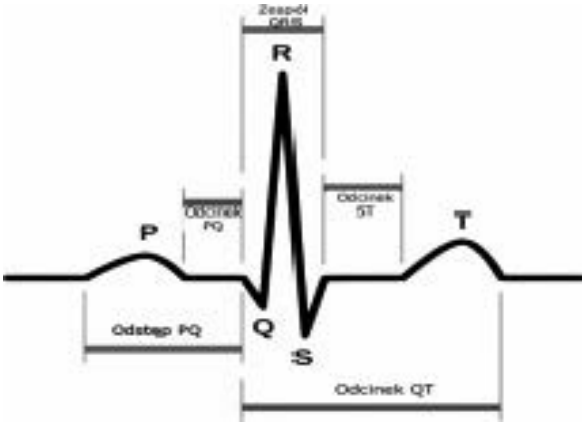
Odprowadzenia EKG
Wykonywanie EKG polega na umieszczeniu na ciele pacjenta elektrod- trzech na kończynach--prawe i lewe przedramie oraz lewa goleń. Niekiedy umieszcza się również dodatkową elektrodę na prawej goleni stanowiącą punkt odniesienia, tzw. ziemie. Elektrody w ekg umieszcza się również na klatce piersiowej, oznaczamy je jako V1-V6, nazywane są przedsercowymi odprowadzeniami Wilsona. Prawidłowe rozmieszczenie elektrod w EKG jest niezbędne do uzyskania dokładnych wyników.

Kolory elektrod w EKG:



-V1-kolor czerwony
-V2-kolor żółty
-V3-kolor zielony
-V4-kolor brązowy
-**V5**-kolor **czarny**
-V6-kolor fioletowy

Elektrody kończynowe
-LA (lewa ręka)-kolor żółty
-RA (prawa ręka)-kolor czerwony
-LF (lewa noga)-kolor zielony
-**LF** (prawa noga)-kolor **czarny**



Podstawą do zrozumienia jak czytać EKG jest poznanie jego składowych- odstępów, odcinków i załamków: - -linia izoelektryczna- rejestrowana gdy w sercu brak jest jakiejkolwiek aktywności elektrycznej - załamki- wszystkie odchylenia od linii izoelektrycznej - odcinki- długość odcinków linii izoelektrycznej pomiędzy załamkami - odstępy- odcinek razem z sąsiadującym załamkiem Interpretacja EKG - odstęp RR- czas trwania jednego pełnego cyklu pracy serca - odstęp QT- czas trwania potencjału czynnościowego (od początku depolaryzacji do zakończenia repolaryzacji mięśniówki komór) - załamek P- depolaryzacja mięśniówki przedsionków - odcinek PQ- przewodzenie depolaryzacji przez węzeł przedsionkow-okomorowy i pęczek przedsionkowo-komorowy - odstęp PQ- depolaryzacja mięśniówki przedsionków oraz przewodzenie depolaryzacji przez węzeł przedsionkow-okomorowy i pęczek przedsionkowo-komorowy - zespół QRS- depolaryzacja mięśnia komór - odcinek ST- początkowa repolaryzacja mięśniówki komór - załamek T- szybka repolaryzacja mięśniówki komór - odstęp ST- czas od końca depolaryzacji komór do końca ich repolaryzacji W elektrokardiografii wyróżniamy zazwyczaj 12 odprowadzeń: - I, II i III- dwubiegunowe odprowadzenia kończynowe Einthovena - aVR, aVL, aVF - jednobiegunowe odprowadzenia kończynowe wzmocnione Goldbergera - V1-V6-jednobiegunowe odprowadzenia przedsercowe Wilsona	

Zapoznanie studentów ze sprzętem	
Wykładowca	Omawia budowę aparatu i możliwości techniczne. Elektrokardiograf zbudowany jest z trzech podstawowych bloków: zespołu elektrod umieszczonych na przyssawkach, które znajdują się w tym miejscu wzmacniacza pomiarowego układu wizualizacji rezultatów Najbardziej istotną częścią elektrokardiografu jest wzmacniacz pomiarowy Czy macie pytania dotyczące aparatu do EKG? Ustala z pacjentem standaryzowanym zakres współpracy
Student	Każdy student zapoznaje się z aparatem do EKG, dotyka elektrod, rozróżnia kolory elektrod

Metoda 4 kroków	
Krok 1-próba niema	PROSZĘ O CISZĘ I SKUPIENIE UWAGI. WYKONAM POKAZ TZW. NIEMY. 1. Poinformowanie pacjenta o celu, sposobie wykonania badania i uzyskanie świadomej ustnej zgody na wykonanie EKG. 2. Ułożenie pacjenta na łóżku w pozycji leżącej na wznak. 3. Zapewnienie poczucia intymności (osłonięcie parawanem) 4. Polecenie zdjęcia biżuterii. 5. Odsunięcie od łóżka przedmiotów metalowych i urządzeń elektronicznych 6. Mycie rąk zgodnie z procedurą Higieniczne mycie rąk 7. Higieniczna dezynfekcja rąk zgodnie z procedurą Higieniczna dezynfekcja rąk 8. Założenie rękawiczek niejałowych zgodnie z procedurą Zakładanie i zdjęcie rękawiczek niejałowych 9. Odsłonięcie przedramion, kończyn dolnych i klatki piersiowej. 10. Punktowe nałożenie żelu w miejscach gdzie będą przyssawki/elektrody 11. Umieszczenie elektrod / przyssawek na klatce piersiowej: − C1 czwarta przestrzeń międzyżebrowa po prawej stronie mostka, − C2 czwarta przestrzeń międzyżebrowa przy lewym brzegu mostka, − C3 w połowie odległości między C2 a C4, C4 piąta przestrzeń międzyżebrowa w linii środkowo-obojczykowej lewej, − C5 w linii prostej od punktu C4 (przeprowadzonej prostopadle do lewej przedniej linii pachowej w punkcie przecięcia z tą linią, − C6 na tym samym poziomie jak C5 (w linii pachowej środkowej lewej). 12. Umieszczenie elektrod kończynowych: − R - czerwona - prawe ramię, − L - żółta - lewe ramię, − F - zielona - lewa noga, − N - czarna - prawa noga 13. Włączenie aparatu 14. Sprawdzenie bieżących ustawień parametrów rejestracji 15. Ustawienie szybkości przesuwu papieru 16. Dołączenie imienia i nazwiska pacjenta do wydruku przebiegu EKG 17. Rozpoczęcie zapisu 18. Zmiana odprowadzeń zaczynając od I a kończąc na V6. 19. Zdjęcie przyssawek/elektrod 20. Usunięcie żelu za pomocą ręcznika papierowego 21. Pomoc pacjentowi w przyjęciu pozycji siedzącej 22. Dezynfekcja poprzez przetarcie środkiem dezynfekcyjnym 23. Zdjęcie rękawiczek niejałowych zgodnie z procedurą nr....Zakładanie i zdjęcie rękawiczek niejałowych 24. Umieszczenie rękawiczek we właściwym pojemniku na odpady medyczne 25. Mycie rąk zgodnie z procedurą Nr... Higieniczne mycie rąk 26. Higieniczna dezynfekcja rąk zgodnie z procedurą Higieniczna dezynfekcja rąk
Krok 2-instruktaż	1. Informuję pacjenta o celu, sposobie wykonania badania i uzyskanie świadomej ustnej zgody na wykonanie EKG. 2. Układam pacjenta w łóżku w pozycji leżącej na wznak. 3. Zapewniam poczucie intymności (osłaniam parawanem) 4. Polecam zdjęcie biżuterii. 5. Odsuwam od łóżka przedmioty metalowe i urządzenia elektroniczne 6. Myję higienicznie ręce zgodnie z procedurą Higieniczne mycie rąk 7. Higienicznie dezynfekuję ręce 8. Zakładam rękawiczki niejałowe 9. Odsłaniam przedramiona, kończyny dolne i klatkę piersiową 10. Punktowo nakładam żel w miejscach gdzie będą przyssawki/elektrody

Krok 2- instruktaż	11. Umieszczam elektrody / przyssawki na klatce piersiowej: C1 czwarta przestrzeń międzyżebrowa po prawej stronie mostka, C2 czwarta przestrzeń międzyżebrowa przy lewym brzegu mostka, C3 w połowie odległości między C2a C4, C4 piąta przestrzeń międzyżebrowa w linii środkowo-obojczykowej lewej, C5 w linii prostej od punktu C4 (przeprowadzonej prostopadle do lewej przedniej linii pachowej w punkcie przecięcia z tą linią, C6 na tym samym poziomie jak C5 (w linii pachowej środkowej lewej). 12. Umieszczam elektrody kończynowe: R - czerwona - prawe ramię, L - żółta - lewe ramię, F - zielona - lewa noga, N - czarna - prawa noga 13. Włączam aparat 14. Sprawdzam bieżące ustawienia parametrów rejestracji 15. Ustawiam szybkość przesuwu papieru 16. Dołączam imię i nazwisko pacjenta do wydruku przebiegu EKG 17. Rozpoczynam zapis 18. Zmieniam odprowadzenia zaczynając od I a kończąc na V6. 19. Zdejmuję przyssawki/elektrody 20. Usuwam żel za pomocą ręcznika papierowego 21. Pomagam pacjentowi w przyjęciu pozycji siedzącej 22. Dezynfekuję poprzez przetarcie środkiem dezynfekcyjnym 23. Zdejmuję rękawiczki niejałowe 24. Umieszczam rękawiczki we właściwym pojemniku na odpady medyczne 25. Myję higienicznie ręce 26. Higienicznie dezynfekuję ręce
Krok 3 student- Instruktor	INSTRUKTOR WYBIERA Z GRUPY JEDNEGO STUDENTA I PROSI BY TERAZ ON INSTRUOWAŁ INSTRUKTORA wg. WCZESNIEJSZYCH POLECEŃ: 1. Informuję pacjenta o celu, sposobie wykonania badania i uzyskanie świadomej ustnej zgody na wykonanie EKG. 2. Układam pacjenta w łóżku w pozycji leżącej na wznak. 3. Zapewniam poczucie intymności (osłaniam parawanem) 4. Polecam zdjęcie biżuterii. 5. Odsuwam od łóżka przedmioty metalowe i urządzenia elektroniczne 6. Myję higienicznie ręce zgodnie z procedurą Higieniczne mycie rąk 7. Higienicznie dezynfekuję ręce 8. Zakładam rękawiczki niejałowe 9. Odsłaniam przedramiona, kończyny dolne i klatkę piersiową 10. Punktowo nakładam żel w miejscach gdzie będą przyssawki/elektrody 11. Umieszczam elektrody / przyssawki na klatce piersiowej: C1 czwarta przestrzeń międzyżebrowa po prawej stronie mostka, C2 czwarta przestrzeń międzyżebrowa przy lewym brzegu mostka, C3 w połowie odległości między C2a C4, C4 piąta przestrzeń międzyżebrowa w linii środkowo-obojczykowej lewej, C5 w linii prostej od punktu C4 (przeprowadzonej prostopadle do lewej przedniej linii pachowej w punkcie przecięcia z tą linią, C6 na tym samym poziomie jak C5 (w linii pachowej środkowej lewej). 12. Umieszczam elektrody kończynowe: R - czerwona - prawe ramię, L - żółta - lewe ramię, F - zielona - lewa noga, N - czarna - prawa noga 13. Włączam aparat 14. Sprawdzam bieżące ustawienia parametrów rejestracji 15. Ustawiam szybkość przesuwu papieru 16. Dołączam imię i nazwisko pacjenta do wydruku przebiegu EKG 17. Rozpoczynam zapis 18. Zmieniam odprowadzenia zaczynając od I a kończąc na V6. 19. Zdejmuję przyssawki/elektrody

Krok 3 student- Instruktor	20. Usuwam żel za pomocą ręcznika papierowego 21. Pomagam pacjentowi w przyjęciu pozycji siedzącej 22. Dezynfekuję poprzez przetarcie środkiem dezynfekcyjnym 23. Zdejmuję rękawiczki niejałowe 24. Umieszczam rękawiczki we właściwym pojemniku na odpady medyczne 25. Myję higienicznie ręce 27. Higienicznie dezynfekuję rece Informuję pacjenta o celu, sposobie wykonania badania i uzyskanie świadomej ustnej zgody na wykonanie EKG. 28. Układam pacjenta w łóżku w pozycji leżącej na wznak. 29. Zapewniam poczucie intymności (osłaniam parawanem) 30. Polecam zdjęcie biżuterii. 31. Odsuwam od łóżka przedmioty metalowe i urządzenia elektroniczne 32. Myję higienicznie ręce zgodnie z procedurą Higieniczne mycie rąk 33. Higienicznie dezynfekuję ręce 34. Zakładam rękawiczki niejałowe 35. Odsłaniam przedramiona, kończyny dolne i klatkę piersiową 36. Punktowo nakładam żel w miejscach gdzie będą przyssawki/elektrody 37. Umieszczam elektrody / przyssawki na klatce piersiowej: C1 czwarta przestrzeń międzyżebrowa po prawej stronie mostka, C2 czwarta przestrzeń międzyżebrowa przy lewym brzegu mostka, C3 w połowie odległości między C2a C4, C4 piąta przestrzeń międzyżebrowa w linii środkowo-obojczykowej lewej, C5 w linii prostej od punktu C4 (przeprowadzonej prostopadle do lewej przedniej linii pachowej w punkcie przecięcia z tą linią, C6 na tym samym poziomie jak C5 (w linii pachowej środkowej lewej). 38. Umieszczam elektrody kończynowe: R - czerwona - prawe ramię, L - żółta - lewe ramię, F - zielona - lewa noga, N - czarna - prawa noga 39. Włączam aparat 40. Sprawdzam bieżące ustawienia parametrów rejestracji 41. Ustawiam szybkość przesuwu papieru 42. Dołączam imię i nazwisko pacjenta do wydruku przebiegu EKG 43. Rozpoczynam zapis 44. Zmieniam odprowadzenia zaczynając od I a kończąc na V6. 45. Zdejmuję przyssawki/elektrody 46. Usuwam żel za pomocą ręcznika papierowego 47. Pomagam pacjentowi w przyjęciu pozycji siedzącej 48. Dezynfekuję poprzez przetarcie środkiem dezynfekcyjnym 49. Zdejmuję rękawiczki niejałowe 50. Umieszczam rękawiczki we właściwym pojemniku na odpady medyczne 51. Myję higienicznie ręce 52. Higienicznie dezynfekuję ręce
Krok 4 Student- Student	INSTRUKTOR WYBIERA Z GRUPY KOLEJNEGO STUDENTA I PROSI BY TERAZ TEN INSTRUOWAŁ STUDENTA, KTÓRY INSTRUOWAŁ INSTRUKTORA wg. KONKRETNYCH POLECEŃ: 1. Informuję pacjenta o celu, sposobie wykonania badania i uzyskanie świadomej ustnej zgody na wykonanie EKG. 2. Układam pacjenta w łóżku w pozycji leżącej na wznak. 3. Zapewniam poczucie intymności (osłaniam parawanem) 4. Polecam zdjęcie biżuterii. 5. Odsuwam od łóżka przedmioty metalowe i urządzenia elektroniczne 6. Myję higienicznie ręce zgodnie z procedurą Higieniczne mycie rąk 7. Higienicznie dezynfekuję ręce 8. Zakładam rękawiczki niejałowe 9. Odsłaniam przedramiona, kończyny dolne i klatkę piersiową 10. Punktowo nakładam żel w miejscach gdzie będą przyssawki/elektrody

Krok 4 Student- Student	11. Umieszczam elektrody / przyssawki na klatce piersiowej: C1 czwarta przestrzeń międzyżebrowa po prawej stronie mostka, C2 czwarta przestrzeń międzyżebrowa przy lewym brzegu mostka, C3 w połowie odległości między C2a C4, C4 piąta przestrzeń międzyżebrowa w linii środkowo-obojczykowej lewej, C5 w linii prostej od punktu C4 (przeprowadzonej prostopadle do lewej przedniej linii pachowej w punkcie przecięcia z tą linią, C6 na tym samym poziomie jak C5 (w linii pachowej środkowej lewej). 12. Umieszczam elektrody kończynowe: R - czerwona - prawe ramię, L - żółta - lewe ramię, F - zielona - lewa noga, N - czarna - prawa noga 13. Włączam aparat 14. Sprawdzam bieżące ustawienia parametrów rejestracji 15. Ustawiam szybkość przesuwu papieru 16. Dołączam imię i nazwisko pacjenta do wydruku przebiegu EKG 17. Rozpoczynam zapis 18. Zmieniam odprowadzenia zaczynając od I a kończąc na V6. 19. Zdejmuję przyssawki/elektrody 20. Usuwam żel za pomocą ręcznika papierowego 21. Pomagam pacjentowi w przyjęciu pozycji siedzącej 22. Dezynfekuję poprzez przetarcie środkiem dezynfekcyjnym 23. Zdejmuję rękawiczki niejałowe 24. Umieszczam rękawiczki we właściwym pojemniku na odpady medyczne 25. Myję higienicznie ręce 26. Higienicznie dezynfekuję ręce
Podsumowanie	
INFORMACJE DLA STUDENTÓW	**INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW**
Na dzisiejszych zajęciach zdobyliście umiejętność wykonania zapisu EKG. Tę umiejętność możecie wykorzystać np. podczas praktyk oraz egzaminu OSCE	Jak czujecie się po zajęciach? Jak myślisz czy ta procedura jest trudna do wykonania?
Zastosowanie umiejętności	W scenariuszu wysokiej wierności: Postępowanie z pacjentem zgłaszającym się z powodu bólu w klatce piersiowej
Literatura	Małgorzata Kurpesa, Bartosz Szafran Interpretacja EKG. Kurs PZWL 2018, s.25-56
Umiejętności podstawowe	Anatomia i fizjologia serca
Efekty kształcenia	A.W1. posługuje się mianownictwem anatomicznym; A.W2. omawia budowę ciała ludzkiego w podejściu topograficznym (kończyna górna i dolna, klatka piersiowa, brzuch, miednica, grzbiet, szyja, głowa) oraz czynnościowym (układ kostno-stawowy, układ mięśniowy, układ krążenia, układ oddechowy, układ pokarmowy, układ moczowy, układy płciowe, układ nerwowy i narządy zmysłów, powłoka wspólna); A.W3. rozumie neurohormonalną regulację procesów fizjologicznych oraz procesów elektrofizjologicznych; A.W20. omawia wybrane zagadnienia z zakresu patologii narządowej układu krążenia, układu oddechowego, trawiennego, moczowo-płciowego i nerwowego; A.U1. posługuje się w praktyce mianownictwem anatomicznym oraz wykorzystuje znajomość topografii narządów ciała ludzkiego; C.U2. gromadzi informacje metodą wywiadu, obserwacji, pomiarów bezpośrednich i pośrednich (skale), analizy dokumentacji (w tym analizy badań diagnostycznych), badania fizykalnego w celu rozpoznawania stanu zdrowia pacjenta i sformułowania diagnozy pielęgniarskiej;

SCENARIUSZ SYMULACJI MEDYCZNEJ NISKIEJ WIERNOŚCI – NW **Autor; dr nauk o zdrowiu Jańczuk Katarzyna**				Nr porządkowy	NW……..
Czas zajęć	90 Min.	Czas scenariusza	45 min.	Liczba studentów	6-7
Nazwa	**Założenie cewnika do pęcherza moczowego u kobiety**				
Cel główny	**Nauka techniki zakładania cewnika Foleya do pęcherza moczowego u kobiety**				
Cel szczegółowy	1. Założenie cewnika 2. Wyznaczenie miejsca założenia cewnika 3. Mycie i dezynfekcja okolicy krocza				
Metoda	Metoda 4 kroków				

INFORMACJE TECHNICZNE I ORGANIZACYJNE							
Numer Sali	Nr 034	Numer stanowiska	Nr 1	Numer trenażera, fantomu	Nr zgodnie z wykazem	Nr zgodnie z wykazem	Nr zgodnie z wykazem
Sprzęt wielokrotnego użytku	18. Środek dezynfekcyjny do rąk-1 sztuka 19. Środek antyseptyczny (Octanisept) - 2 opakowania po 100 ml 20. Środek znieczulający-1sztuka 21. Miski nerkowate- 14 sztuk 22. Parawan 23. Pojemniki na odpady medyczne-2 (o pojemności 3 litrów) 24. Tace-7 sztuk			Sprzęt jednorazowego użytku	1. Jałowe rękawiczki -14 par 2. 6. Aqa pro iniectione (po 5 ml) - 14 sztuk 3. jałowy żel (lignocaina U) 4. <u>Opakowanie (3- komorowy blister) zawiera:</u> - Serweta z laminatu 50x60cm, 1 szt. - Rękawice lateksowe M, 2 szt. - Serweta z laminatu 50x60cm; Ø5cm, 1 szt. - Tupfer kula 17N, 20x20cm, 6 szt. - Pojemnik okrągły mały 120 ml, 1 szt. - Pęseta plastikowa 1 szt. - Worek na mocz 2 litry, 1 szt. - Strzykawka 10ml, 1 szt. - Igła 12mm, 1 szt. 5. Cewnik Foleya nr 14		
Informacja dla technika	Przygotowanie fantomu z możliwością cewnikowania pęcherza moczowego						
Czynności początkowe	**Wykładowca:** 1. Przed rozpoczęciem zajęć sprawdza sposób przygotowania stanowiska i kompletacje. 2. Sprawdza listę uczestników i kartę informacyjną scenariusza itp. 3. Rozpoczyna scenariusz – prosząc o wyłączenie telefonów, zajęcie miejsc itp. – informacja za 3 min. rozpoczynamy proszę zająć miejsca itp. *Co jeszcze trzeba zrobić i kto w scenariuszu którego to dotyczy.*						

WPROWADZENIE:	
INFORMACJE DLA STUDENTÓW	**INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW**
Procedura cewnikowania pęcherza moczowego polega na założeniu cewnika do pęcherza moczowego przez cewkę moczową aby umożliwić swobodny odpływ moczu. Jest zabiegiem wykonywanym w celu diagnostycznym lub terapeutycznym. Niebezpieczeństwa: wprowadzenie zakażenia, uszkodzenie cewki moczowej	1. Czy ktoś z Was miał założony cewnik do pęcherza moczowego? Odp. Sama nie miałam, ale siostra miała cięcie cesarskie i miała założony cewnik

	2. Czy zabieg cewnikowania jest zabiegiem komfortowym dla pacjentki? Odp. Siostra mówiła, że nie było to zbyt przyjemne, ale panie pielęgniarki stworzyły jej w miarę komfortowe warunki, postawiły parawan, 3. Czy zachowanie zasad aseptyki ma znaczenie? Odp. Tak, jest to bardzo ważne, bo cewka moczowa jest krótka u kobiety i bardzo łatwo wprowadzić zakażenie. 4. Czy prawidłowy dobór rozmiaru cewnika ma znaczenie? Odp. Tak, jest to bardzo ważne, można uszkodzić cewkę moczową jeśli cewnik będzie za gruby. 5. Czy zachowanie intymności w czasie zabiegu ma znaczenie? Odp. Tak, ma to duże znaczenie.
ZAPOZNANIE STUDENTÓW ZE SPRZĘTEM	
Wykładowca	Omawia fantom i prezentuje możliwości techniczne. Uwidacznia zewnętrzne ujście cewki moczowej, przez które będzie wprowadzony cewnik. Prezentuje cewnik Foleya. Prezentuje wykonanie balonika, który po wypełnieniu aqa pro iniectione utrzymuje cewnik na stałe w pęcherzu.
Student	Dotyka fantomu, sprawdza możliwości techniczne, zadaje pytania.
METODA 4 KROKÓW	
Krok 1 – Próba niema	1. Sprawdzenie zlecenia lekarskiego 2. Mycie i dezynfekcja rąk zgodnie z procedurą - Higieniczne mycie i dezynfekcja rąk 3. Przygotowanie zestawu 4. Postawienie zestawu na stoliku przyłóżkowym 5. Przystawienie parawanu. 6. Nałożenie jednorazowych rękawiczek 7. Położenie podkładu higienicznego 8. Zdjęcie rękawiczek 9. Zdezynfekowanie rąk zgodnie z procedurą - Higieniczne mycie i dezynfekcja rąk 10. Otworzenie zestawu do cewnikowania 11. Otworzenie jałowej pęsety 12. Otworzenie opakowania z jałowym cewnikiem i wyjęcie cewnika za pomocą jałowej pęsety z opakowania 13. Posmarowanie cewnika środkiem znieczulającym i dołożenie do zestawu 14. Odłożenie używanej pęsety na tacę 15. Zalanie gazików płynem antyseptycznym 16. Założenie jałowych rękawic zgodnie z procedurą - Chirurgiczne mycie, dezynfekcja rąk i nakładanie jałowych rękawic 17. Podłożenie jałowego podkładu pod pośladki 18. Ustawienie jałowych misek nerkowatych na jałowej serwecie 19. Wzięcie pęsety do ręki dominującej 20. Wzięcie 1 gazika, nasączonego środkiem dezynfekcyjnym, za pomocą pęsety 21. Umycie zewnętrznego ujścia cewki moczowej (kierunek od spojenia łonowego do odbytu) 22. Wyrzucenie gazika do miski nerkowatej 23. Wzięcie 2 gazika, nasączonego środkiem dezynfekcyjnym, za pomocą pęsety 24. Umycie wargi sromowej mniejszej bliższej(kierunek od spojenia łonowego do odbytu) 25. Wyrzucenie gazika do miski nerkowatej 26. Wzięcie 3 gazika, nasączonego środkiem dezynfekcyjnym, za pomocą pęsety

Krok 1 – Próba niema	27. Umycie wargi sromowej mniejszej dalszej (kierunek od spojenia łonowego do odbytu) 28. Wyrzucenie gazika do miski nerkowatej 29. Wzięcie 4 gazika, nasączonego środkiem dezynfekcyjnym, za pomocą pęsety 30. Umycie wargi sromowej większej bliższej (kierunek od spojenia łonowego do odbytu) 31. Wyrzucenie gazika do miski nerkowatej 32. Wzięcie 5 gazika, nasączonego środkiem dezynfekcyjnym, za pomocą pęsety 33. Umycie wargi sromowej dalszej (kierunek od spojenia łonowego do odbytu) 34. Wyrzucenie gazika do miski nerkowatej 35. Wyrzucenie pęsety do miski nerkowatej 36. Wzięcie cewnika kciukiem i palcem wskazującym ręki dominującej 5-6,5 cm od końca zaokrąglonego 37. Rozchylenie ręką niedominująca warg sromowych i uwidocznienie zewnętrznego ujścia cewki moczowej 38. Ręką dominującą wprowadzenie ruchem półobrotowym cewnika do momentu pojawienia się moczu jednocześnie skierowanie końcówki cewnika do miski nerkowatej 39. Ręką niedominującą wzięcie worka na mocz 40. Zaciśnięcie zacisku 41. Połączenie worka z końcówką cewnika 42. Uszczelnienie balonu cewnika przez dołączenie strzykawki z Aqua pro injectione do portu balonu i podanie zaleconej przez producenta objętości płynu (5-15 w zależności od typu cewnika) 43. Umieszczenie worka na mocz na uchwycie ramy łóżka 44. Zdjęcie rękawic zgodnie z procedurą - Chirurgiczne mycie i dezynfekcja rąk i nakładanie jałowych rękawic 45. Wyrzucenie rękawic do oznaczonego worka 46. Uporządkowanie materiału, sprzętu i otoczenia oraz łóżka pacjentki. 47. Higieniczne mycie i dezynfekcja rąk zgodnie z procedurą - Higieniczne mycie i dezynfekcja rąk
Krok 2 – Instruktaż	1. Sprawdzam zlecenie lekarskie 2. Myję i dezynfekuję ręce zgodnie z procedurą - Higieniczne mycie i dezynfekcja rąk 3. Przygotowuję zestaw 4. Ustawiam zestaw na stoliku przyłóżkowym 5. Ustawiam parawan 6. Nakładam jednorazowe rękawiczki 7. Układam podkład higieniczny 8. Zdejmuję rękawiczki 9. Dezynfekuję ręce zgodnie z procedurą - Higieniczne mycie i dezynfekcja rąk 10. Otwieram zestaw do cewnikowania 11. Otwieram jałową pęsetę 12. Otwieram opakowanie z jałowym cewnikiem i biorę cewnik za pomocą jałowej pęsety z opakowania 13. Smaruję cewnik środkiem znieczulającym i dokładam do zestawu 14. Odkładam pęsetę na tacę 15. Zalewam gaziki płynem antyseptycznym 16. Zakładam jałowe rękawice zgodnie z procedurą - Chirurgiczne mycie, dezynfekcja rąk i nakładanie jałowych rękawic 17. Podkładam jałowy podkład pod pośladki 18. Ustawiam jałowe miski nerkowate na jałowej serwecie 19. Biorę pęsetę do ręki dominującej 20. Biorę 1 gazik, nasączony środkiem dezynfekcyjnym, za pomocą pęsety 21. Myję zewnętrzne ujście cewki moczowej (kierunek od spojenia łonowego do odbytu) 22. Wyrzucam gazik do miski nerkowatej 23. Biorę 2 gazik, nasączony środkiem dezynfekcyjnym, za pomocą pęsety 24. Myję wargę sromową mniejszą bliższą(kierunek od spojenia łonowego do odbytu)

Krok 2 – Instruktaż	25. Wyrzucam gazik do miski nerkowatej 26. Biorę 3 gazik, nasączony środkiem dezynfekcyjnym, za pomocą pęsety 27. Myję wargę sromową mniejszą dalszą (kierunek od spojenia łonowego do odbytu) 28. Wyrzucam gazik do miski nerkowatej 29. Biorę 4 gazik, nasączony środkiem dezynfekcyjnym, za pomocą pęsety 30. Myję wargę sromową większą bliższą (kierunek od spojenia łonowego do odbytu) 31. Wyrzucam gazik do miski nerkowatej 32. Biorę 5 gazik, nasączonego środkiem dezynfekcyjnym, za pomocą pęsety 33. Myję wargę sromową większą dalszą (kierunek od spojenia łonowego do odbytu) 34. Wyrzucam gazik do miski nerkowatej 35. Wyrzucam pęsetę do miski nerkowatej 36. Biorę cewnik kciukiem i palcem wskazującym ręki dominującej 5-6,5 cm od końca zaokrąglonego 37. Rozchylam ręką niedominująca wargi sromowe i uwidaczniam zewnętrzne ujście cewki moczowej 38. Ręką dominującą wprowadzam ruchem półobrotowym cewnik do momentu pojawienia się moczu jednocześnie kieruję końcówkę cewnika do miski nerkowatej 39. Ręką niedominującą biorę worek na mocz 40. Zaciskam zacisk 41. Podłączam worek z końcówką cewnika 42. Uszczelniam balon cewnika przez dołączenie strzykawki z Aqua pro injectione do portu balonu i podanie zaleconej przez producenta objętości płynu (5-15 w zależności od typu cewnikal) 43. Umieszczam worek na mocz na uchwycie ramy łóżka 44. Zdejmuję rękawic zgodnie z procedurą – Nakładanie i zdjęcie jałowych rękawic 45. Wyrzucam rękawice do oznaczonego worka 46. Porządkuję materiał, sprzęt i otoczenie łóżka pacjentki. 47. Higienicznie myję i dezynfekuję ręce zgodnie z procedurą - Higieniczne mycie i dezynfekcja rąk
Krok 3 – Student - Instruktor	1. Sprawdź zlecenie lekarskie 2. Umyj i zdezynfekuj ręce zgodnie z procedurą - Higieniczne mycie i dezynfekcja rąk 3. Przygotuj zestaw 4. Ustaw zestaw na stoliku przyłóżkowym 5. Ustaw parawan 6. Nałóż jednorazowe rękawiczki 7. Ułóż podkład higieniczny 8. Zdejmij rękawiczki 9. Zdezynfekuj ręce zgodnie z procedurą - Higieniczne mycie i dezynfekcja rąk 10. Otwórz zestaw do cewnikowania 11. Otwórz jałową pęsetę 12. Otwórz opakowanie z jałowym cewnikiem i weź cewnik za pomocą jałowej pęsety z opakowania 13. Posmaruj cewnik środkiem znieczulającym i dokładam do zestawu 14. Odłóż pęsetę na tacę 15. Zalej gaziki płynem antyseptycznym 16. Załóż jałowe rękawice zgodnie z procedurą - Chirurgiczne mycie, dezynfekcja rąk i nakładanie jałowych rękawic 17. Podłóż jałowy podkład pod pośladki 18. Ustaw jałowe miski nerkowate na jałowej serwecie 19. Weź pęsetę do ręki dominującej 20. Weź 1 gazik, nasączony środkiem dezynfekcyjnym, za pomocą pęsety 21. Umyj zewnętrzne ujście cewki moczowej (kierunek od spojenia łonowego do odbytu) 22. Wyrzuć gazik do miski nerkowatej 23. Weź 2 gazik, nasączony środkiem dezynfekcyjnym, za pomocą pęsety 24. Umyj wargę sromową mniejszą bliższą(kierunek od spojenia łonowego do odbytu) 25. Wyrzuć gazik do miski nerkowatej 26. Weź 3 gazik, nasączony środkiem dezynfekcyjnym, za pomocą pęsety

Krok 3 – Student - Instruktor	27. Umyj wargę sromową mniejszą dalszą (kierunek od spojenia łonowego do odbytu) 28. Wyrzuć gazik do miski nerkowatej 29. Weź 4 gazik, nasączony środkiem dezynfekcyjnym, za pomocą pęsety 30. Umyj wargę sromową większą bliższą (kierunek od spojenia łonowego do odbytu) 31. Wyrzuć gazik do miski nerkowatej 32. Weź 5 gazik, nasączonego środkiem dezynfekcyjnym, za pomocą pęsety 33. Umyj wargę sromową większą dalszą (kierunek od spojenia łonowego do odbytu) 34. Wyrzuć gazik do miski nerkowatej 35. Wyrzuć pęsetę do miski nerkowatej 36. Weź cewnik kciukiem i palcem wskazującym ręki dominującej 5-6,5 cm od końca zaokrąglonego 37. Rozchyl ręką niedominująca wargi sromowe i uwidaczniam zewnętrzne ujście cewki moczowej 38. Ręką dominującą wprowadź ruchem półobrotowym cewnik do momentu pojawienia się moczu jednocześnie kieruj końcówkę cewnika do miski nerkowatej 39. Ręką niedominującą weź worek na mocz 40. Zaciśnij zacisk 41. Podłącz worek z końcówką cewnika 42. Uszczelnij balon cewnika przez dołączenie strzykawki z Aqua pro injectione do portu balonu i podanie zaleconej przez producenta objętości płynu (5-15 w zależności od typu cewnikal) 43. Umieść worek na mocz na uchwycie ramy łóżka 44. Zdejmij rękawice zgodnie z procedurą – Nakładanie i zdjęcie jałowych rękawic 45. Wyrzuć rękawice do oznaczonego worka 46. Porządkuj materiał, sprzęt i otoczenie łóżka pacjentki. 47. Higienicznie umyj i zdezynfekuj ręce zgodnie z procedurą - Higieniczne mycie i dezynfekcja rąk
Krok 4 – Student - Student	Proszę studenta 1 aby wykonał procedurę instruowany przez studenta 2. Jeśli zachodzi potrzeba natychmiast koryguję to co robi student 1 i co mówi student 2. mówię STOP, powiedz mi **żeby……).** Następnie student 2 wykonuje procedurę instruowany przez studenta 3 a student 1 obserwuje i koryguje to co robi student 2 i mówi student 3.. Następnie student 3 wykonuje procedurę instruowany przez studenta 4 a student 2 obserwuje i koryguje to co robi student 3 i mówi student 4. Następnie student 4 wykonuje procedurę instruowany przez studenta 5 a student 3 obserwuje i koryguje to co robi student 4 i mówi student 5. Następnie student 5 wykonuje procedurę instruowany przez studenta 1 a student 2 obserwuje i koryguje to co robi student 5 i mówi student 1. Na koniec proszę studenta 1 aby jeszcze raz wykonał całą procedurę samodzielnie. Obserwuję studentów wykonujących czynności Wprowadzam niezbędne korekty.

PODSUMOWANIE:	
INFORMACJE DLA STUDENTÓW	**INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW**
Na dzisiejszych zajęciach zdobyliście umiejętność założenia cewnika do pęcherza moczowego u kobiety. Cewnikowanie pęcherza moczowego wykonywane jest ze wskazań diagnostycznych lub leczniczych.	1. Jak czujecie po zajęciach? 2. Czego się nauczyliście? 3. Czy jest coś co moglibyście poprawić?

Zastosowanie umiejętności:	Umiejętność ta będzie niezbędna w kontynuacji nauki na dalszych poziomach zaawansowania: na zajęciach praktycznych i praktykach zawodowych z zakresu podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej, na egzaminie OSCE jak również na egzaminie dyplomowym. Jest to jedna z kluczowych umiejętności praktycznych niezbędnych w pracy zawodowej.
Literatura	1. Podstawy pielęgniarstwa tom 2, Wybrane umiejętności i procedury opieki pielęgniarskiej. Redakcja naukowa Barbara Ślusarska, Danuta Zarzycka, Anna Majda, PZWL Warszawa 2017 str. 924-934
Umiejętności podstawowe:	**wiedzy:** 1. C.W12. opisuje istotę, cel, wskazania, przeciwwskazania, niebezpieczeństwa, obowiązujące zasady i strukturę wykonywania podstawowych czynności pielęgniarskich; C.W39. definiuje zakażenia szpitalne, z uwzględnieniem źródeł i rezerwuaru drobnoustrojów w środowisku szpitalnym, dróg szerzenia, zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych; **umiejętności:** C.U16. zakłada cewnik do pęcherza moczowego, monitoruje diurezę, usuwa cewnik, wykonuje płukanie pęcherza moczowego; C.U30. pobiera materiał do badań laboratoryjnych i bakteriologicznych; C.U34. odnotowuje wykonanie zleceń w karcie zleceń lekarskich; **kompetencje:** 1. D.K.1 szanuje godność i autonomię osób powierzonych opiece; 2. D.K.5 przestrzega praw pacjenta; 3. D.K.6 rzetelnie i dokładnie wykonuje powierzone obowiązki zawodowe; 4. D.K.10 przejawia empatię w relacji z pacjentem i jego rodziną oraz współpracownikami.

SCENARIUSZ SYMULACJI MEDYCZNEJ NISKIEJ WIERNOŚCI – NW **Autor ; dr n. o zdrowiu Agnieszka Korol**				Nr porządkowy	NW- zgodnie z wykazem
Czas zajęć	45 Min	Czas scenariusza	15 min	Liczba studentów	8
Nazwa	**Wykonywanie pomiaru poziomu glukozy we krwi włośniczkowej za pomocą glukometru**				
Cel główny	**Nuka wykonywania pomiaru poziomu glukozy we krwi włośniczkowej za pomocą glukometru**				
Cel szczegółowy	1. Nauka wyznaczenia i przygotowania miejsca nakłucia 2. Nauka prawidłowego skalibrowania gleukometru 3. Nauka nakłucia palca i naniesienia krwi na pasek 4. Nauka zabezpieczenia miejsca nakłucia 5. Nauka odczytu wyniku na gleukometrze 6. Nauka demontażu gleukometru.				
Metoda					

INFORMACJE TECHNICZNE I ORGANIZACYJNE							
Numer Sali	Nr o34	Numer stanowiska	Nr 1	Numer trenażera, fantomu	Nr – zgodnie z wykazem	Nr zgodnie z wykazem	Nr zgodnie z wykazem
Sprzęt wielokrotnego użytku	1. Glukometr 2. Nakłuwacz 3. Pojemnik na odpady medyczne 4. Miska nerkowata			Sprzęt jednorazowego użytku	1. Rękawice 2. Gazik jałowy/2x/ 3. Lancet 4. Paski do gleukometru		
Informacja dla technika	Skompletowanie zestawu: gleukometr, nakłuwacz, pojemnik na odpady medyczne, miska nerkowata, rękawice (różne rozmiary, gaziki jałowe, lancet, paski do gleukometru. Przygotowanie trenażera.						
Czynności początkowe	**Wykładowca:** 1. Przed rozpoczęciem zajęć sprawdza sposób przygotowania stanowiska i kompletacje. 2. Sprawdza listę uczestników i kartę informacyjną scenariusza itp. 3. Rozpoczyna scenariusz – prosząc o wyłączenie telefonów, zajęcie miejsc itp. – informacja za 3 min. rozpoczynamy proszę zająć miejsca itp. Co jeszcze trzeba zrobić i kto w scenariuszu którego to dotyczy.						

WPROWADZENIE:	
INFORMACJE DLA STUDENTÓW	**INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW**
Dzisiaj nauczycie się techniki wykonania pomiaru poziomu glukozy we krwi włośniczkowej za pomocą gleukometru. Celem tej procedury jest prawidłowe oznaczenie poziomu cukru we krwi włośniczkowej. Wyobraźcie sobie sytuację, że pacjent chory na cukrzycę zgłasza wam złe samopoczucie i w takiej właśnie sytuacji zostanie wykorzystana ta umiejętność.	1. Czy ktoś z Państwa widział jak dokonuje się pomiaru poziomu krwi włośniczkowej za pomocą gleukometru? 2. Jakie miejsca można nakłuwać? 3. Jaka jest norma glikemii na czczo na gleukometrze? 4. Jaka jest norma glikemii po posiłku? 5. Jakie sytuacje /czynniki mogą wpływać na poziom glikemii we krwi?

ZAPOZNANIE STUDENTÓW ZE SPRZĘTEM	
Wykładowca	Pokazuje studentowi fantom na którym odbędzie się prezentacje i ćwiczenia. Pokazuje studentowi przygotowaną tacę, pokazuje gleukometr, nakłuwacz,lancet i paski do gleukometru. Czy macie pytania dotyczące symulatora? Czy wszystko jest jasne? Proszę usiąść.
Student	Dotyka fantom, ogląda gleukometr i nakłuwacz.

METODA 4 KROKÓW	
Krok 1 – Próba niema	48. Stoję przed trenażerem. Proszę o uwagę, informuję że teraz rozpoczyna się próba niema, proszę o ciszę i skupienie uwagi na czynnościach które będę wykonywać. 49. Rozpoczynam scenariusz: Sprawdzam zlecenie Sprawdzam tożsamość pacjenta Informuję o celu i przebiegu zabiegu Proszę o zgodę na wykonanie zabiegu Myję higienicznie ręce Nakładam rękawiczki jednorazowego użytku Proszę pacjenta o umycie rąk mydłem w ciepłej wodzie i dokładne osuszenie Włączam gleukometr i wkładam pasek Wkładam lancet do nakłuwacza Naciągam spust Wybieram miejsce ukłucia Masuję miejsce ukłucia Nakłuwam palec Wycieram pierwszą kroplę jałowym gazikiem Nakładam drugą kroplę na krwi na pasek testowy Zabezpieczam miejsce nakłucia jałowym gazikiem Odrzucam lancet do pojemnika twardo ściennego Zdejmuję rękawiczki Odrzucam rękawiczki do miski nerkowatej Porządkuję materiał i sprzęt Myje ręce Dokumentuję wykonanie czynności
Krok 2 – Instruktaż	Wykonam pokaz z omówieniem. Rozpoczynam scenariusz: Stoję przed trenażerem. Proszę o uwagę, informuję że teraz rozpoczyna się próba niema, proszę o ciszę i skupienie uwagi na czynnościach które będę wykonywać. Rozpoczynam scenariusz: Sprawdzam zlecenie Sprawdzam tożsamość pacjenta Informuję o celu i przebiegu zabiegu Proszę o zgodę na wykonanie zabiegu Myję higienicznie ręce Nakładam rękawiczki jednorazowego użytku Proszę pacjenta o umycie rąk mydłem w ciepłej wodzie i dokładne osuszenie Włączam gleukometr i wkładam pasek Wkładam lancet do nakłuwacza Naciągam spust Wybieram miejsce ukłucia Masuję miejsce ukłucia Nakłuwam palec Wycieram pierwszą kroplę jałowym gazikiem Nakładam drugą kroplę krwi na pasek testowy Zabezpieczam miejsce nakłucia jałowym gazikiem Odrzucam lancet do pojemnika twardo ściennego Zdejmuję rękawiczki Odrzucam rękawiczki do miski nerkowatej Porządkuję materiał i sprzęt Myje ręce Dokumentuję wykonanie czynności

Krok 3 – Student - Instruktor	1. INSTRUKTOR WYBIERA Z GRUPY JEDNEGO STUDENTA I PROSI BY TERAZ ON INSTRUOWAŁ INSTRUKTORA wg. WCZESNIEJSZYCH POLECEŃ: Wykładowca wykonuje komendy korygując natychmiast błędnie wykonane komendy, następnie czynności wykonuje prawidłowo. Komendy które powinien student wypowiedzieć w tym scenariuszu: Sprawdź zlecenie lekarskie Sprawdź tożsamość pacjenta Poinformuj o celu i przebiegu zabiegu Poproś o zgodę na wykonanie zabiegu Umyj higienicznie ręce Nałóż rękawiczki jednorazowego użytku Poproś pacjenta o umycie rąk mydłem w ciepłej wodzie dokładne osuszenie Włącz gleukometr i włóż pasek Włóż lancet do nakłuwacza Naciągnij spust Wybierz miejsce ukłucia Masuj miejsce ukłucia Nakłuj palec Wytrzyj pierwszą kroplę jałowym gazikiem Nałóż drugą kroplę na krwi na pasek testowy Zabezpiecz miejsce nakłucia jałowym gazikiem Odrzuć lancet do pojemnika twardo ściennego Zdejmij rękawiczki Odrzuć rękawiczki do miski nerkowatej Posprzątaj materiał i sprzęt Umyj ręce Udokumentuj wykonanie czynności
Krok 4 – Student - Student	INSTRUKTOR WYBIERA Z GRUPY KOLEJNEGO STUDENTA I PROSI BY TERAZ TEN INSTRUOWAŁ STUDENTA, KTÓRY INSTRUOWAŁ INSTRUKTORA wg. KONKRETNYCH POLECEŃ: Sprawdzam zlecenie Sprawdzam tożsamość pacjenta Informuję o celu i przebiegu zabiegu Proszę o zgodę na wykonanie zabiegu Myję higienicznie ręce Nakładam rękawiczki jednorazowego użytku Proszę pacjenta o umycie rąk mydłem w ciepłej wodzie i dokładne osuszenie Włączam gleukometr i wkładam pasek Wkładam lancet do nakłuwacza Naciągam spust Wybieram miejsce ukłucia Masuję miejsce ukłucia Nakłuwam palec Wycieram pierwszą kroplę jałowym gazikiem Nakładam drugą kroplę krwi na pasek testowy Zabezpieczam miejsce nakłucia jałowym gazikiem Odrzucam lancet do pojemnika twardo ściennego Zdejmuję rękawiczki Odrzucam rękawiczki do miski nerkowatej Porządkuję materiał i sprzęt Myje ręce Dokumentuję wykonanie czynności

<table>
<tr><th colspan="3">PODSUMOWANIE:</th></tr>
<tr><th colspan="2">INFORMACJE DLA STUDENTÓW</th><th>INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW</th></tr>
<tr><td colspan="2">Na dzisiejszych zajęciach zdobyliście umiejętność pomiaru poziomu glukozy we krwi włośniczkowej za pomocą gleukometru. Tę umiejętność będziecie wykorzystywać podczas naszych ćwiczeń na praktykach oraz na egzaminie OSCE</td><td>Jak czujecie po zajęciach?
Czy uważasz ze procedura jest trudna do wykonania?
Czy jest coś co moglibyście poprawić?
Które elementy procedury stanowiły największą trudność?
O czym należy pamiętać wykonując procedurę pobierania krwi na poziom glukozy?
W jakich sytuacjach w przyszłości wykorzystasz zdobytą umiejętność?</td></tr>
<tr><td>Zastosowanie umiejętności:</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>Literatura</td><td colspan="2">Ślusarska B., Zarzycka D., Zachradniczek K. (red.) Podstawy pielęgniarstwa tom II. Wydawnictwo CZELEJ, Lublin 2016, str.613-619</td></tr>
<tr><td>Umiejętności podstawowe:</td><td colspan="2">wiedzy:
D.W.04. zna zasady oceny stanu chorego w zależności od wieku
D.W.05. zna zasady diagnozowania w pielęgniarstwie internistycznym, geriatrycznym, chirurgicznym, pediatrycznym, neurologicznym, psychiatrycznym, anestezjologicznym, położniczo- ginekologicznym i opiece paliatywnej
D.W.09. charakteryzuje techniki i procedury pielęgniarskie stosowane w opiece nad chorym w zależności od jego wieku i stanu zdrowia

umiejętności:
D.U.9. pobiera materiał do badań diagnostycznych
D.U.13. dokumentuje sytuację zdrowotną pacjenta, jej dynamikę zmian i realizowaną opiekę pielęgniarską;
D.W.32. zna zasady przygotowania pacjenta do zabiegu operacyjnego w trybie pilnym i planowym oraz w chirurgii jednego dnia

kompetencje:
D.K.1. szanuje godność i autonomię osób powierzonych opiece
D.K.4. wykazuje odpowiedzialność moralną za człowieka i wykonywanie zadań zawodowych
D.K.5. przestrzega praw pacjenta
D.K.6. rzetelnie i dokładnie wykonuje powierzone obowiązki zawodowe
D.K.10. przejawia empatię w relacji z pacjentem i jego rodziną oraz współpracownikami</td></tr>
</table>

SCENARIUSZ SYMULACJI MEDYCZNEJNISKIEJ WIERNOŚCI – NW **Autor mgr Karol Laskowski**				Nr porządkowy	Nr zgodnie z wykazem
Czas zajęć	90 Min	Czas scenariusza	3 Minuty	Liczba studentów	7
Nazwa	**Podłączenie i odłączenie wlewu kroplowego.**				
Cel główny	**Nauka wykonania podłączenia i odłączenia wlewu kroplowego.**				
Cel szczegółowy	Nauka techniki podłączenia i odłączenia wlewu kroplowego.				
Metoda	4 kroków				

INFORMACJE TECHNICZNE I ORGANIZACYJNE							
Numer Sali	Nr 206	Numer stanowiska	Nr 1	Numer trenażera, fantomu	Nr zgodnie z wykazem	Nr zgodnie z wykazem	Nr zgodnie z wykazem
Sprzęt wielokrotnego użytku	25. Taca 26. Pojemnik na odpady ostre 27. Miska nerkowata			Sprzęt jednorazowego użytku	1. Aparat do wlewu kroplowego 2. Preparat do dezynfekcji skóry 3. Gaziki jałowe 4. Strzykawka		
Informacja dla technika	Przygotowanie trenażera do podłączenia wlewu kroplowego oraz Indywidualna Karta Zleceń Lekarskich, jałowa strzykawka z 0,9% NaCl, jałowy gazik, środek antyseptyczny, butelka z roztworem do wlewu, aparat do przetoczenia, rękawiczki jednorazowego użytku, lignina, miska nerkowata, pojemnik odporny na przekłucie, statyw na kroplówki.						
Czynności początkowe	**Wykładowca:** 1. Przed rozpoczęciem zajęć sprawdza sposób przygotowania stanowiska i kompletacje. 2. Sprawdza listę uczestników i kartę informacyjną scenariusza itp. 3. Rozpoczyna scenariusz – prosząc o wyłączenie telefonów, zajęcie miejsc itp. – informacja *Za 3 min rozpoczynamy, proszę zająć miejsca* itp.						

WPROWADZENIE:	
INFORMACJE DLA STUDENTÓW	**INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW**
Wlew (infuzja) dożylny to zabieg stosowany w przypadkach, gdy płyny lub rozcieńczone leki muszą być aplikowane do żyły w sposób kalibrowany, powolny, przez wiele godzin lub dni. Wlewy dożylne zaliczamy do zabiegów aseptycznych. Podział wlewów: - krótkotrwałe – do 3 godzin, - długotrwałe – ponad dobę, - szybkie podanie (bolus) – w nagłych wypadkach: podanie całej objętości w krótkim czasie. Roztwory do infuzji są dostępne w butelkach szklanych, plastikowych i workach o różnych objętościach: 50, 100, 250, 500, 1000 ml. Wskazania: - skorygowanie zaburzeń gospodarki wodno-elektrolitowej, - regulowanie równowagi kwasowo-zasadowej, - zwiększenie objętości płynów krążących, - uzupełnienie ubytków ilościowych i jakościowych – witamin, składników energetycznych, białka, - częściowe lub całkowite odżywianie pozajelitowe,	1. Czy ktoś z Państwa widział kiedykolwiek podłączany wlew kroplowy? Odp. *Tak, miałam w trakcie pobytu w szpitalu.* 2. Jakich zasad należy przestrzegać wykonując podłączanie wlewu kroplowego ? Odp. *Musimy sprawdzić nazwę płynu do przetoczenia oraz termin ważności oraz poinformować pacjenta.* 3. Czy ważny jest dobór odpowiedniego sprzętu? Odp. *Dobór odpowiedniego sprzętu jest bardzo istotny.*

- podawanie leków wymagających dużego rozcieńczenia i podania w wolnym, ciągłym wlewie. Powikłania terapii dożylnej: - podanie leku lub infuzja poza żyłę, - zakrzepica, - przeciążenie krążenia, - powikłania septyczne, - powikłania zatorowe - pomyłkowe dotętnicze podanie leku, - wstrząs.	
ZAPOZNANIE STUDENTÓW ZE SPRZĘTEM	
Wykładowca	Czy macie pytania dotyczące trenażera ? Czy wszystko jest jasne? Proszę usiąść.
Student	Każdy student zapoznaje się ze sprzętem. Dotyka trenażer, sprawdza możliwości techniczne. Ogląda zestaw do wstrzyknięć. Rozpakowuje jeden zestaw sprzętu jednorazowego, sprawdza jego działanie. (W czasie przygotowywania zestawów do ćwiczeń uwzględnia się dodatkowo zapotrzebowanie na sprzęt oglądany)
METODA 4 KROKÓW	
Krok 1 – Próba niema	PROSZĘ O CISZĘ I SKUPIENIE UWAGI. WYKONAM POKAZ TZW. NIEMY. 1. Sprawdzenie zlecenia lekarskiego. 2. Sprawdzenie tożsamości pacjenta. 3. Poinformowanie pacjenta o celu i przebiegu zabiegu oraz ewentualnych skutkach niepożądanych. 4. Uzyskanie zgody pacjenta. 5. Przygotowanie zestawu na tacy: - Indywidualna Karta Zleceń Lekarskich, - jałowa strzykawka z 0,9% NaCl, - jałowy gazik, środek antyseptyczny, - butelka z roztworem do wlewu, - aparat do przetoczenia, - rękawiczki jednorazowego użytku, - lignina, - miska nerkowata, - pojemnik odporny na przekłucie, - statyw na kroplówki, 6. Montowanie zestawu do kroplowego wlewu dożylnego. 7. Usunięcie osłonki z korka gumowego butelki. 8. Dezynfekcja szyjki korka butelki. 9. Wyjęcie aparatu do przetoczeń, zaciśnięcie zaciskacza rolkowego. 10. Wbicie igły aparatu w butelkę. 11. Zawieszenie butelki na stojaku. 12. Uciśnięcie komory kroplomierza w celu wypełnienia go do połowy. 13. Poluzowanie słonki z końcówki aparatu. 14. Otwarcie zacisku rolkowego. 15. Usunięcie powietrza z drenu. 16. Zaciśnięcie zaciskacza rolkowego. 17. Zdęcie butelki ze stojaka i położenie na tacy. 18. Opisanie butelki (datę, godzinę, nazwisko pacjenta, numer sali, nazwę i dawkę leku podanego do roztworu). 19. Higieniczne mycie i dezynfekcja rąk. 20. Sprawdzenie powtórne zlecenia lekarskiego. 21. Zawieszenie butelki na stojaku. 22. Nałożenie rękawiczek. 23. Odsłonięcie miejsce wkłucia.

Krok 1 – Próba niema	24. Ułożenie ręki na płacie ligniny, podłożenie jałowego gazika pod kaniulę. 25. Poluzowanie koreczka, przyciśnięcie żyły powyżej kaniuli i odkręcenie koreczka i odrzucenie do miski nerkowatej. 26. Podłączenie strzykawki z 0,9% NaCl i przepłukanie kaniuli, w przypadku zatkania założenie nowego wkłucia – nie wolno przepłukiwać dostępu na siłę. 27. Zdjęcie zabezpieczenia ochronnego z końcówki aparatu. 28. Łączenie końcówki aparatu z kaniulą. 29. Otwarcie zaciskacza rolkowego i ustawienie prędkości infuzji. 30. Poinformowanie pacjenta o możliwych skutkach ubocznych i o konieczności ich zgłaszania. 31. Porządkowanie materiału, sprzętu i otoczenia. 32. Zdjęcie rękawiczek jednorazowego użytku. 33. Higieniczne mycie i dezynfekcja rąk. 34. Dokumentowanie wykonania zabiegu. Odłączenie wlewu kroplowego 1. Higieniczne mycie rąk i dezynfekcja. 2. Przygotowanie zestawu na tacy: - jałowy gazik, - jałowy koreczek, - rękawiczki jednorazowego użytku, - miska nerkowata. 3. Przyniesienie tacy na salę chorego. 4. Założenie rękawiczek. 5. Zaciśnięcie aparatu po zakończeniu infuzji. 6. Podłożenie gazika pod kaniulę dożylną. 7. Uciśnięcie żyły powyżej miejsca zakończenia kaniuli dożylnej. 8. Odłączenie aparatu do przetoczenia. 9. Zamknięcie światła kaniuli jałowym koreczkiem. 10. Położenie zestawu po infuzji do miski nerkowatej. 11. Uporządkowanie materiału, sprzętu i otoczenia. 12. Zdjęcie rękawiczek jednorazowego użytku. 13. Higieniczne mycie i dezynfekcja rąk.
Krok 2 – Instruktaż	Wykonam pokaz z omówieniem. 1. Sprawdzam zlecenie lekarskie. 2. Sprawdzam tożsamość pacjenta. 3. Informuję pacjenta o celu i przebiegu zabiegu oraz ewentualnych skutkach niepożądanych. 4. Uzyskuję zgodę pacjenta. 5. Przygotuję zestaw na tacy: - Indywidualna Karta Zleceń Lekarskich, - jałowa strzykawka z 0,9% NaCl, - jałowy gazik, środek antyseptyczny, - butelka z roztworem do wlewu, - aparat do przetoczenia, - rękawiczki jednorazowego użytku, - lignina, - miska nerkowata, - pojemnik odporny na przekłucie, - statyw na kroplówki, 6. Montuję zestaw do kroplowego wlewu dożylnego: 7. Usuwam osłonkę z korka gumowego butelki, 8. Dezynfekuję szyjkę korka butelki, 9. Wyjmuję aparat do przetoczeń, zaciskam zaciskacz rolkowy, 10. Wbijam igłę aparatu w butelkę, 11. Zawieszam butelkę na stojaku, 12. Uciskam komorę kroplomierza w celu wypełnienia go do połowy, 13. Luzuję osłonkę z końcówki aparatu, 14. Otwieram zacisk rolkowy,

Krok 2 – Instruktaż	15. Usuwam powietrze z drenu, 16. Zaciskam zaciskacz rolkowy, 17. Zdejmuję butelkę ze stojaka i kładę ją na tacy, 18. Opisuję butelkę datę, godzinę, nazwisko pacjenta, numer sali, nazwę i dawkę leku podanego do roztworu). 19. Myję higienicznie ręce i dezynfekuję je. 20. Sprawdzam powtórnie zlecenie lekarskie. 21. Zawieszam butelkę na stojaku. 22. Nakładam rękawiczki. 23. Odsłaniam miejsce wkłucia. 24. Układam rękę na płacie ligniny, podkładam jałowy gazik pod kaniulę. 25. Luzuję koreczek, przyciskam żyłę powyżej kaniuli, odkręcam koreczek i odrzucam do miski nerkowatej. 26. Podłączam strzykawkę z 0,9% NaCl i przepłukuję kaniulę, w przypadku zatkania zakładan nowe wkłucie – nie wolno przepłukiwać dostępu na siłę. 27. Zdejmuję zabezpieczenie ochronne z końcówki aparatu. 28. Łączę końcówkę aparatu z kaniulą. 29. Otwieram zaciskacz rolkowy i ustawiam prędkość infuzji. 30. Informuję pacjenta o możliwych skutkach ubocznych i o konieczności ich zgłaszania. 31. Porządkuję materiał, sprzęt i otoczenie. 32. Zdejmuję rękawiczki jednorazowego użytku. 33. Myję higienicznie ręce i dezynfekuję je. 34. Dokumentuję wykonanie zabiegu. Odłączenie wlewu kroplowego 1. Myję higienicznie ręce i dezynfekuję je. 2. Przygotowuję zestaw na tacy: - jałowy gazik, - jałowy koreczek, - rękawiczki jednorazowego użytku, - miska nerkowata, 3. Przynoszę tacę na salę chorego. 4. Zakładam rękawiczki. 5. Zaciskam aparat po zakończeniu infuzji. 6. Podkładam gazik pod kaniulę dożylną. 7. Uciskam żyłę powyżej miejsca zakończenia kaniuli dożylnej. 8. Odłączam aparat do przetoczenia. 9. Zamykam światło kaniuli jałowym koreczkiem. 10. Kładę zestaw po infuzji do miski nerkowatej. 11. Uporządkowuję materiał, sprzęt i otoczenie. 12. Zdejmuję rękawiczki jednorazowego użytku. 13. Myję higienicznie ręce i dezynfekuję je.
Krok 3 – Student - Instruktor	INSTRUKTOR WYBIERA Z GRUPY JEDNEGO STUDENTA I PROSI BY TERAZ ON INSTRUOWAŁ INSTRUKTORA wg WCZEŚNIEJSZYCH POLECEŃ: Wykonam pokaz z omówieniem: 1. Sprawdź zlecenie lekarskie. 2. Sprawdź tożsamość pacjenta. 3. Poinformuj pacjenta o celu i przebiegu zabiegu oraz ewentualnych skutkach niepożądanych. 4. Uzyskaj zgodę pacjenta. 5. Przygotuj zestaw na tacy: - Indywidualna Karta Zleceń Lekarskich, - jałowa strzykawka z 0,9% NaCl, - jałowy gazik, środek antyseptyczny, - butelka z roztworem do wlewu, - aparat do przetoczenia, - rękawiczki jednorazowego użytku,

Krok 3 – Student - Instruktor	- lignina, - miska nerkowata, - pojemnik odporny na przekłucie, - statyw na kroplówki, 6. Zmontuj zestaw do kroplowego wlewu dożylnego: 7. Usuń osłonkę z korka gumowego butelki, 8. Zdezynfekuj szyjkę korka butelki, 9. Wyjmij aparat do przetoczeń, zaciśnij zaciskacz rolkowy, 10. Wbij igłę aparatu w butelkę, 11. Zawieś butelkę na stojaku, 12. Uciskaj komorę kroplomierza w celu wypełnienia do połowy, 13. Poluzuj osłonkę z końcówki aparatu, 14. Otwórz zacisk rolkowy, 15. Usuń powietrze z drenu, 16. Zaciśnij zaciskacz rolkowy, 17. Zdejmij butelkę ze stojaka i połóż na tacy, 18. Opisz butelkę (datę, godzinę, nazwisko pacjenta, numer sali, nazwę i dawkę leku podanego do roztworu). 19. Umyj higienicznie ręce i zdezynfekuj je. 20. Sprawdź powtórnie zlecenie lekarskie. 21. Zawieś butelkę na stojaku. 22. Nałóż rękawiczki. 23. Odsłoń miejsce wkłucia. 24. Ułóż rękę na płacie ligniny, podłóż jałowy gazik pod kaniulę. 25. Poluzuj koreczek, przyciśnij żyłę powyżej kaniuli i odkręć koreczek i odrzuć do miski nerkowatej. 26. Podłącz strzykawkę z 0,9% NaCl i przepłucz kaniulę, w przypadku zatkania załóż nowe wkłucie – nie wolno przepłukiwać dostępu na siłę. 27. Zdejmij zabezpieczenie ochronne z końcówki aparatu. 28. Połącz końcówkę aparatu z kaniulą. 29. Otwórz zaciskacz rolkowy i ustaw prędkość infuzji. 30. Poinformuj pacjenta o możliwych skutkach ubocznych i o konieczności ich zgłaszania. 31. Uporządkuj materiał, sprzęt i otoczenie. 32. Zdejmij rękawiczki jednorazowego użytku. 33. Umyj higienicznie ręce. 34. Udokumentuj wykonanie zabiegu. Odłączenie wlewu kroplowego 1. Umyj higienicznie ręce i zdezynfekuj. 2. Przygotuj zestaw na tacy: - jałowy gazik, - jałowy koreczek, - rękawiczki jednorazowego użytku, - miska nerkowata, 3. Przynieś tacę na salę chorego. 4. Załóż rękawiczki. 5. Zaciśnij aparat po zakończeniu infuzji. 6. Podłóż gazik pod kaniulę dożylną. 7. Uciśnij żyłę powyżej miejsca zakończenia kaniuli dożylnej. 8. Odłącz aparat do przetoczenia. 9. Zamknij światło kaniuli jałowym koreczkiem. 10. Połóż zestaw po infuzji do miski nerkowatej. 11. Uporządkuj materiał, sprzęt i otoczenie. 12. Zdejmij rękawiczki jednorazowego użytku. 13. Umyj higienicznie ręce.

Krok 4 – Student - Student	INSTRUKTOR WYBIERA Z GRUPY KOLEJNEGO STUDENTA I PROSI BY TERAZ TEN INSTRUOWAŁ STUDENTA, KTÓRY INSTRUOWAŁ INSTRUKTORA wg KONKRETNYCH POLECEŃ Wykonam pokaz z omówieniem. 1. Sprawdź zlecenie lekarskie. 2. Sprawdź tożsamość pacjenta. 3. Poinformuj pacjenta o celu i przebiegu zabiegu oraz ewentualnych skutkach niepożądanych. 4. Uzyskaj zgodę pacjenta. 5. Przygotuj zestaw na tacy: - Indywidualna Karta Zleceń Lekarskich, - jałowa strzykawka z 0,9% NaCl, - jałowy gazik, środek antyseptyczny, - butelka z roztworem do wlewu, - aparat do przetoczenia, - rękawiczki jednorazowego użytku, - lignina, - miska nerkowata, - pojemnik odporny na przekłucie, - statyw na kroplówki, 6. Zmontuj zestaw do kroplowego wlewu dożylnego: 7. Usuń osłonkę z korka gumowego butelki, 8. Zdezynfekuj szyjkę korka butelki, 9. Wyjmij aparat do przetoczeń, zaciśnij zaciskacz rolkowy, 10. Wbij igłę aparatu w butelkę, 11. Zawieś butelkę na stojaku 12. Uciskaj komorę kroplomierza w celu wypełnienia do połowy, 13. Poluzuj osłonkę z końcówki aparatu, 14. Otwórz zacisk rolkowy, 15. Usuń powietrze z drenu, 16. Zaciśnij zaciskacz rolkowy, 17. Zdejmij butelkę ze stojaka i połóż na tacy, 18. Opisz butelkę (datę, godzinę, nazwisko pacjenta, numer sali, nazwę i dawkę leku podanego do roztworu). 19. Umyj higienicznie ręce i zdezynfekuj. 20. Sprawdź powtórnie zlecenie lekarskie. 21. Zawieś butelkę na stojaku. 22. Nałóż rękawiczki. 23. Odsłoń miejsce wkłucia. 24. Ułóż rękę na płacie ligniny, podłóż jałowy gazik pod kaniulę. 25. Poluzuj koreczek, przyciśnij żyłę powyżej kaniuli i odkręć koreczek i odżuć do miski nerkowatej. 26. Podłącz strzykawkę z 0,9% NaCl i przepłucz kaniulę, w przypadku zatkania załóż nowe wkłucie – nie wolno przepłukiwać dostępu na siłę. 27. Zdejmij zabezpieczenie ochronne z końcówki aparatu. 28. Połącz końcówkę aparatu z kaniulą. 29. Otwórz zaciskacz rolkowy i ustaw prędkość infuzji. 30. Poinformuj pacjenta o możliwych skutkach ubocznych i o konieczności ich zgłaszania. 31. Uporządkuj materiał, sprzęt i otoczenie. 32. Zdejmij rękawiczki jednorazowego użytku. 33. Umyj higienicznie ręce. 34. Udokumentuj wykonanie zabiegu.

<table>
<tr><td>Krok 4 – Student - Student</td><td>Odłączenie wlewu kroplowego
1. Umyj higienicznie ręce i zdezynfekuj je.
2. Przygotuj zestaw na tacy:
- jałowy gazik,
- jałowy koreczek,
- rękawiczki jednorazowego użytku,
- miska nerkowata,
3. Przynieś tacę na salę chorego.
4. Załóż rękawiczki.
5. Zaciśnij aparat po zakończeniu infuzji.
6. Podłóż gazik pod kaniulę dożylną.
7. Uciśnij żyłę powyżej miejsca zakończenia kaniuli dożylnej.
8. Odłącz aparat do przetoczenia.
9. Zamknij światło kaniuli jałowym koreczkiem.
10. Połóż zestaw po infuzji do miski nerkowatej.
11. Uporządkuj materiał, sprzęt i otoczenie.
12. Zdejmij rękawiczki jednorazowego użytku.
13. Umyj higienicznie ręce i zdezynfekuj.

Instruktor koryguje to, co robi student i co mówi student instruujący.
Student 1 wykonuje procedurę będąc instruowanym przez kolejnego studenta - student 2
Wykładowca koryguje popełniane błędy bez zatrzymywania czynności. Koryguje to, co robi student 1 i to, co mówi student 2.</td></tr>
<tr><td colspan="2">PODSUMOWANIE:</td></tr>
<tr><td colspan="2"><table>
<tr><th>INFORMACJE DLA STUDENTÓW</th><th>INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW</th></tr>
<tr><td>Na dzisiejszych zajęciach nabyliście umiejętność podłączania i odłączania wlewu kroplowego. Tę umiejętność możecie wykorzystać np. podczas praktyk oraz egzaminu OSCE.</td><td>1. Jak czujecie się po ćwiczeniach?
2. Jak myślisz, czy nauka tej umiejętności będzie Ci potrzebna w życiu?
3. Z czego jesteś zadowolony?
4. A ty …… (imię), widziałem/-łam, że drżały Ci ręce przed podłączeniem wlewu – to naturalne, ponieważ wykonujesz to po raz pierwszy, ale zrobiłeś to poprawnie.</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>Zastosowanie umiejętności:</td><td>Umiejętność ma zastosowanie podczas zajęć praktycznych i praktyk w szpitalu oraz życiu codziennym.</td></tr>
<tr><td>Literatura</td><td>1.Podstawy pielęgniarstwa tom 2, Anna Majda, Ślusarska Barbara, Anna Majda, Ślusarska Barbara, Danuta Zarzycka, Podstawy pielęgniarstwa tom 2 (red.), PZWL, 2017. str. 535-550.
2. H. Kulik, J. Eszyk. Algorytmy czynności i zabiegów pielęgniarskich Wydanie I ŚLĄSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY W KATOWICACH, 2014 str. 189- 191.</td></tr>
<tr><td>Umiejętności podstawowe:</td><td>Wiedzy:
C. C.W12. opisuje istotę, cel, wskazania, przeciwwskazania, niebezpieczeństwa, obowiązujące zasady i strukturę wykonywania podstawowych czynności pielęgniarskich.

Umiejętności:
C.U12. pielęgnuje skórę i jej wytwory oraz błony śluzowe z zastosowaniem środków farmakologicznych i materiałów medycznych, w tym stosuje kąpiele lecznicze.

Kompetencje:
D.K1. szanuje godność i autonomię osób powierzonych opiece;
D.K3. przestrzega wartości, powinności i sprawności moralnych w opiece.</td></tr>
</table>

SCENARIUSZ SYMULACJI MEDYCZNEJNISKIEJ WIERNOŚCI – NW **Autor mgr-Karol Laskowski**				Nr porządkowy	NR Zgodnie z wykazem
Czas zajęć	180 Min	Czas scenariusza	3 minuty	Liczba studentów	7
Nazwa	**Założenie kaniuli dożylnej.**				
Cel główny	**Nauka założenia kaniuli dożylnej.**				
Cel szczegółowy	Nauka techniki zakładania kaniuli.				
Metoda	4 kroków				

INFORMACJE TECHNICZNE I ORGANIZACYJNE							
Numer Sali	Nr 206	Numer stanowiska	Nr 1	Numer trenażera, fantomu	Nr Zgodnie z wykazem	Nr Zgodnie z wykazem	Nr Zgodnie z wykazem
Sprzęt wielokrotnego użytku	28. Taca 29. Pojemnik na odpady ostre 30. Miska nerkowata			Sprzęt jednorazowego użytku	1. Wenflon 2. Preparat do dezynfekcji skóry 3. 2 gaziki jałowe		
Informacja dla technika	11. Przygotowanie trenażera do założenia wkłucia dożylnego oraz przygotowanie 10 zestawów (taca, pojemnik na odpady ostre, miska nerkowa, kaniule, preparat do dezynfekcji skóry, 2 gaziki jałowe, opaska uciskowa).						
Czynności początkowe	**Wykładowca:** 1. Przed rozpoczęciem zajęć sprawdza sposób przygotowania stanowiska i kompletacje. 2. Sprawdza listę uczestników i kartę informacyjną scenariusza itp. 3. Rozpoczyna scenariusz – prosząc o wyłączenie telefonów, zajęcie miejsc itp. – informacja *Za 3 min rozpoczynamy, proszę zająć miejsca* itp.						

WPROWADZENIE:	
INFORMACJE DLA STUDENTÓW	**INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW**
Dzisiaj nauczymy się techniki zakładania kaniuli dożylnej. Kaniula dożylna obwodowa (zwykle nazywana wenflonem) to plastikowa rurka umieszczana tymczasowo w żyle, wraz z zewnętrzną częścią pozwalającą na przyłączenie strzykawki lub kroplówki.	4. Czy ktoś z Państwa widział kiedykolwiek zakładaną kaniulę-wenflon? Odp. *Tak miałam zakładaną kaniulę w trakcie pobytu w szpitalu*. 5. Jak myślicie, w jakie miejsce możemy wykonać wkłucie dożylne? Odp. *Do nakłuć żylnych najczęściej wykorzystuje się łatwo dostępne, żyły podskórne grzbietu dłoni, przedramienia lub okolicy zgięcia łokciowego. Ta ostatnia lokalizacja powinna być zarezerwowana dla krótkotrwałych zabiegów, takich jak pobieranie krwi, czy jednorazowe podanie leku.* 6. Jakich zasad należy przestrzegać wykonując wkłucie dożylne? Odp. *Pamiętamy, aby założyć stazę, wybrać dobrze widoczną żyłę i zdezynfekować wybrane miejsce wkłucia za pomocą środka antyseptycznego.*

ZAPOZNANIE STUDENTÓW ZE SPRZĘTEM	
Wykładowca	OMAWIA FANTOM I PREZENTUJE MOŻLIWOŚCI TECHNICZNE. Typowy wenflon zbudowany jest z igły, która umożliwia nakłucie żyły i dalej zsunięcie po mandrynie kaniuli. Po bokach urządzenia są umiejscowione rozkładane skrzydełka, których celem jest stabilizowanie całej konstrukcji na skórze po wprowadzeniu cewnika do żyły. Z góry wenflonu widać korek, pod którym znajduje się zastawka do podawania leków za pomocą strzykawki. Po przeciwnej stronie igły znajduje się nasadka, przez którą usuwa się mandryn jak również

Wykładowca	można podawać wlewy dożylne. Warto zaznaczyć, że igła nigdy nie zostaje w żyle, a taką obawę ma wielu pacjentów. Do nakłuć żylnych najczęściej wykorzystuje się łatwo dostępne, żyły podskórne grzbietu dłoni, przedramienia lub okolicy zgięcia łokciowego. Ta ostatnia lokalizacja powinna być zarezerwowana dla krótkotrwałych zabiegów, jak pobieranie krwi, czy jednorazowe podanie leku. Założenie wenflonu powinno być poprzedzone poinformowaniem pacjenta, co do natury prowadzonej czynności. Następnie należy umyć w sposób higieniczny ręce i założyć rękawiczki jednorazowego użytku. Po tych czynnościach możemy przejść do właściwego zadania. Należy kolejno: założyć stazę, wybrać dobrze widoczną żyłę i zdezynfekować wybrane miejsce wkłucia za pomocą środka antyseptycznego. Teraz należy otworzyć opakowanie wenflonu, wyjąć go i zdjąć osłonkę na igłę. W tym momencie należy naciągnąć lekko skórę i wprowadzić do żyły igłę pod kątem 30° i na głębokość około 1/3 długości. Jeżeli końcówka igły tkwi w żyle to w tylnej osłonce pojawi się krew. Finalną czynnością jest wprowadzenie całości kaniuli do żyły. Można tego dokonać na dwa sposoby. Pierwszy polega na przytrzymaniu mandrynu w stałej pozycji i zsunięciu cewnika po prowadnicy w postaci igły. Drugi sposób wymaga lekkiego cofnięcia stalowego mandrynu i wolnego wsunięcia kaniuli wraz z mandrynem do żyły. W tym momencie zdejmujemy już stazę, a po podłożeniu gazika pod nasadkę można usunąć mandryn. Ostatnią czynnością jest przepłukanie kaniuli 0, 9% NaCl, założenie koreczka i zabezpieczenie wenflonu przed przemieszczaniem się. Czy macie pytania dotyczące symulatora? Czy wszystko jest jasne? Proszę usiąść.
Student	Każdy student zapoznaje się ze sprzętem. Dotyka fantomu, sprawdza możliwości techniczne. Ogląda zestaw do wstrzyknięć. Rozpakowuje jeden zestaw sprzętu jednorazowego, sprawdza jego działanie. (W czasie przygotowywania zestawów do ćwiczeń uwzględnia się dodatkowo zapotrzebowanie na sprzęt oglądany)
METODA 4 KROKÓW	
Krok 1 – Próba niema	PROSZĘ O CISZĘ I SKUPIENIE UWAGI. WYKONAM POKAZ TZW. NIEMY. 1. Mycie i dezynfekcja rąk . 2. Ułożenie pacjenta w wygodnej pozycji, podłożenie poduszki lub płatu ligniny pod kończynę, tak aby miejsce wkłucia było poniżej linii serca. 3. Założenie opaski uciskowej na kończynę pacjenta 7–10 cm powyżej miejsca wkłucia i zaciśnięcie jej. 4. Polecenie pacjentowi, aby kilkakrotnie zaciskał i otwierał dłoń w celu uwidocznienia żyły. 5. Wybranie żyły do nakłucia (wyznaczenie miejsca). 6. Nałożenie rękawiczek niesterylnych. 7. Dezynfekcja miejsca wkłucia od dołu do góry preparatem antyseptycznym – odczekanie minimum 30s do wyschnięcia. 8. Otwarcie w sposób aseptyczny opakowania kaniuli, przygotowanie zapasowego jałowego koreczka i okleiny do zabezpieczenia wenflonu. 9. Wyjęcie kaniuli z opakowania. 10. Zdjęcie plastikowej osłonki kaniuli. 11. Odgięcie skrzydełek kaniuli. 12. Napięcie skóry ręką niedominującą – poniżej miejsca wkłucia. 13. Uprzedzenie pacjenta o momencie wkłucia. 14. Wprowadzenie jednym ruchem ręką dominującą kaniuli do naczynia metodą: – bezpośrednią – pod kątem 10–45° wprost do naczynia, tak że kaniula osiąga żyłę najkrótszą drogą, – pośrednią – nakłucie skóry bocznie od żyły po kątem 35–45°, kaniulę należy poprowadzić przez tkankę podskórną równolegle do skóry, światła żyły szukając po przejściu 0,5–1cm.

Krok 1 – Próba niema	15. Sprawdzenie, czy wenflon jest w naczyniu (w plastikowej komorze pojawi się krew). 16. Zwolnienie opaski uciskowej. 17. Wsunięcie delikatnie cewnika do końca i jednocześnie wyjęcie metalowego mandrynu. 18. Przyciśnięcie żyły przy końcówce kaniuli. 19. Wyrzucenie mandrynu do pojemnika odpornego na przekłucie i jednoczesne odkręcenie w sposób aseptyczny koreczka od wenflonu znajdującego się na końcu mandrynu. 20. Zabezpieczenie portu tylnego jałowym koreczkiem. 21. Zabezpieczenie kaniuli jałowym opatrunkiem. 22. Uporządkowanie materiału, sprzętu i otoczenia. 23. Zdjęcie rękawiczek jednorazowego użytku. 24. Umycie higienicznie rąk . 25. Założenie karty obserwacji wkłucia obwodowego. 26. Dokumentowanie wykonania zabiegu.
Krok 2 – Instruktaż	Wykonam pokaz z omówieniem. 1. Myję i dezynfekuję ręce. 2. Układam pacjenta w wygodnej pozycji, podkładam poduszkę lub płat ligniny pod kończynę, tak aby miejsce wkłucia było poniżej linii serca. 3. Zakładam opaskę uciskową na kończynę pacjenta 7–10 cm powyżej miejsca wkłucia i zaciskam ją. 4. Polecam pacjentowi, aby kilkakrotnie zaciskał i otwierał dłoń w celu uwidocznienia żyły. 5. Wybieram żyłę do nakłucia. 6. Nakładam rękawiczki niesterylne. 7. Dezynfekuję miejsce wkłucia od dołu do góry preparatem antyseptycznym – czekam minimum 30s do wyschnięcia. 8. Otwieram w sposób aseptyczny opakowanie kaniuli, przygotowuję zapasowy jałowy koreczek i okleinę do zabezpieczenia wenflonu. 9. Wyjmuję kaniulę z opakowania. 10. Zdejmuję plastikową osłonkę kaniuli. 11. Odginam skrzydełka kaniuli. 12. Napinam skórę ręką niedominującą – poniżej miejsca wkłucia. 13. Uprzedzam pacjenta o momencie wkłucia. 14. Wprowadzam jednym ruchem ręką dominującą kaniulę do naczynia metodą: – bezpośrednią – pod kątem 10–45° wprost do naczynia, tak że kaniula osiąga żyłę najkrótszą drogą, – pośrednią – nakłuwam skórę bocznie od żyły po kątem 35–45°, kaniulę prowadzę przez tkankę podskórną równolegle do skóry, światła żyły szukam po przejściu 0,5–1cm. 15. Sprawdzam, czy jestem w naczyniu (w plastikowej komorze pojawi się krew). 16. Zwalniam opaskę uciskową. 17. Wsuwam delikatnie cewnik do końca i jednocześnie wyjmuję metalowy mandryn. 18. Przyciskam żyłę przy końcówce kaniuli. 19. Wyrzucam mandryn do pojemnika odpornego na przekłucie. 20. Zabezpieczam port tylny jałowym koreczkiem. 21. Zabezpieczam kaniulę jałowym opatrunkiem. 22. Uporządkowuję materiał, sprzęt i otoczenie. 23. Zdejmuję rękawiczki jednorazowego użytku. 24. Myję higienicznie ręce. 25.Zakładam kartę obserwacji wkłucia obwodowego. 26. Dokumentuję wykonanie zabiegu.

Krok 3 – Student - Instruktor	INSTRUKTOR WYBIERA Z GRUPY JEDNEGO STUDENTA I PROSI BY TERAZ ON INSTRUOWAŁ INSTRUKTORA wg WCZESNIEJSZYCH POLECEŃ: Wykonam pokaz z omówieniem. 1. Umyj i zdezynfekuj ręce. 2. Ułóż pacjenta w wygodnej pozycji, podłóż poduszkę lub płat ligniny pod kończynę, tak aby miejsce wkłucia było poniżej linii serca. 3. Załóż opaskę uciskową na kończynę pacjenta 7–10 cm powyżej miejsca wkłucia i zaciśnij ją. 4. Poleć pacjentowi, aby kilkakrotnie zaciskał i otwierał dłoń w celu uwidocznienia żyły. 5. Wybierz żyłę do nakłucia. 6. Nałóż rękawiczki niesterylne. 7. Zdezynfekuj miejsce wkłucia od dołu do góry preparatem antyseptycznym – odczekaj minimum 30 s do wyschnięcia. 8. Otwórz w sposób aseptyczny opanowania kaniuli, przygotowanie zapasowego jałowego koreczka i okleiny do zabezpieczenia wenflonu. 9. Wyjmij kaniulę z opakowania. 10. Zdejmij plastikową osłonkę kaniuli. 11. Odegnij skrzydełka kaniuli. 12. Napnij skórę ręką niedominującą – poniżej miejsca wkłucia. 13. Uprzedź pacjenta o momencie wkłucia. 14. Wprowadź jednym ruchem ręką dominującą kaniulę do naczynia metodą: – bezpośrednią – pod kątem 10–45° wprost do naczynia, tak że kaniula osiąga żyłę najkrótszą drogą, – pośrednią – nakłuj skórę bocznie od żyły po kątem 35–45°, kaniulę prowadź przez tkankę podskórną równolegle do skóry, światła żyły szukaj po przejściu 0,5–1cm. 15. Sprawdź, czy jesteś w naczyniu (w plastikowej komorze pojawi się krew). 16. Zwolnij opaskę uciskową. 17. Wsuwaj delikatnie cewnik do końca i jednocześnie wyjmuj metalowy mandryn. 18. Przyciśnij żyłę przy końcówce kaniuli. 19. Wyrzuć mandryn do pojemnika odpornego na przekłucie. 20. Zabezpiecz port tylny jałowym koreczkiem. 21. Zabezpiecz kaniulę jałowym opatrunkiem. 22. Uporządkuj materiał, sprzęt i otoczenie. 23. Zdejmij rękawiczki jednorazowego użytku. 24. Umyj higienicznie ręce. 25. Załóż kartę obserwacji wkłucia obwodowego. 26. Udokumentuj wykonanie zabiegu.
Krok 4 – Student - Student	INSTRUKTOR WYBIERA Z GRUPY KOLEJNEGO STUDENTA I PROSI, BY TERAZ TEN INSTRUOWAŁ STUDENTA, KTÓRY INSTRUOWAŁ INSTRUKTORA wg KONKRETNYCH POLECEŃ: Wykonam pokaz z omówieniem. 1. Umyj i zdezynfekuj ręce. 2. Ułóż pacjenta w wygodnej pozycji, podłóż poduszkę lub płat ligniny pod kończynę, tak aby miejsce wkłucia było poniżej linii serca. 3. Załóż opaskę uciskową na kończynę pacjenta 7–10 cm powyżej miejsca wkłucia i zaciśnij ją. 4. Poleć pacjentowi, aby kilkakrotnie zaciskał i otwierał dłoń w celu uwidocznienia żyły. 5. Wybierz żyłę do nakłucia. 6. Nałóż rękawiczki niesterylne. 7. Zdezynfekuj od dołu do góry miejsce wkłucia preparatem antyseptycznym – odczekaj minimum 30 s do wyschnięcia. 8. Otwórz w sposób aseptyczny opakowania kaniuli, przygotuj zapasowego jałowy koreczek i okleinę do zabezpieczenia wenflonu.

Krok 4 – Student - Student	9. Wyjmij kaniulę z opakowania. 10. Zdejmij plastikową osłonkę kaniuli. 11. Odegnij skrzydełka kaniuli. 12. Napnij skórę ręką niedominującą – poniżej miejsca wkłucia. 13. Uprzedź pacjenta o momencie wkłucia. 14. Wprowadź jednym ruchem ręką dominującą kaniulę do naczynia metodą: – bezpośrednią – pod kątem 10–45º wprost do naczynia, tak że kaniula osiąga żyłę najkrótszą drogą, – pośrednią – nakłuj skórę bocznie od żyły po kątem 35–45º, kaniulę prowadź przez tkankę podskórną równolegle do skóry, światła żyły szukaj po przejściu 0,5–1cm. 15. Sprawdź, czy jesteś w naczyniu (w plastikowej komorze pojawi się krew). 16. Zwolnij opaskę uciskową. 17. Wsuwaj delikatnie cewnik do końca i jednocześnie wyjmuj metalowy mandryn. 18. Przyciśnij żyłę przy końcówce kaniuli. 19. Wyrzuć mandryn do pojemnika odpornego na przekłucie. 20. Zabezpiecz port tylny jałowym koreczkiem. 21. Zabezpiecz kaniulę jałowym opatrunkiem. 22. Uporządkuj materiał, sprzęt i otoczenie. 23. Zdejmij rękawiczki jednorazowego użytku. 24. Umyj higienicznie ręce. 25. Załóż kartę obserwacji wkłucia obwodowego. 26. Udokumentuj wykonanie zabiegu. Instruktor koryguje to, co robi student i co mówi student instruujący. **Student 1** wykonuje procedurę będąc instruowanym przez kolejnego studenta - **student 2** Wykładowca koryguje popełniane błędy bez zatrzymywania czynności. Koryguje to, co robi student 1 i to, co mówi student 2.
PODSUMOWANIE:	
INFORMACJE DLA STUDENTÓW	**INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW**
Na dzisiejszych zajęciach nabyliście umiejętność zakładania kaniuli wenflonu. Tę umiejętność możecie wykorzystać np. podczas praktyk oraz egzaminu OSCE.	5. Jak czujecie się po ćwiczeniach? 6. Jak myślisz, czy nauka tej umiejętności będzie Ci potrzebna w życiu? 7. Z czego jesteś zadowolony/-a? 8. A ty ……..(imię), widziałem ze drżały Ci ręce przed wkłuciem – to naturalne, ponieważ wykonujesz to po raz pierwszy, ale zrobiłeś/zrobiłaś to poprawnie.
Zastosowanie umiejętności:	Umiejętność ma zastosowanie podczas zajęć praktycznych i praktyk w szpitalu oraz życiu codziennym.
LITERATURA	1. H. Kulik, J. Eszyk. Algorytmy czynności i zabiegów pielęgniarskich Wydanie I Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, 2014 str.183-186.
Umiejętności podstawowe:	**Wiedzy:** C. C.W12. opisuje istotę, cel, wskazania, przeciwwskazania, niebezpieczeństwa, obowiązujące zasady i strukturę wykonywania podstawowych czynności pielęgniarskich. **Umiejętności:** C.U12. pielęgnuje skórę i jej wytwory oraz błony śluzowe z zastosowaniem środków farmakologicznych i materiałów medycznych, w tym stosuje kąpiele lecznicze. **Kompetencje:** D.K1. szanuje godność i autonomię osób powierzonych opiece. D.K3. przestrzega wartości, powinności i sprawności moralnych w opiece.

SCENARIUSZ SYMULACJI MEDYCZNEJNISKIEJ WIERNOŚCI – NW **Autor mgr Karol Laskowski**				Nr porządkowy	NW Zgodnie z wykazem
Czas zajęć	4h	Czas scenariusza	3 Minuty	Liczba studentów	7
Nazwa	**Opatrunek kończyny górnej i klatki piersiowej (opatrunek Dessaulta) prawa ręka.**				
Cel główny	**Wykonanie opatrunku kończyny górnej i klatki piersiowej (opatrunek Dessaulta) prawa ręka.**				
Cel szczegółowy	Nauka techniki wykonania opatrunku kończyny górnej i klatki piersiowej (opatrunek Dessaulta) prawa ręka.				
Metoda	4 kroków				

INFORMACJE TECHNICZNE I ORGANIZACYJNE							
Numer Sali	206	Numer stanowiska	Nr 1	Numer trenażera, fantomu	Nr Zgodnie z wykazem	Nr Zgodnie z wykazem	Nr Zgodnie z wykazem
Sprzęt wielokrotnego użytku	1. Taca 2. Zapinki 3. Nożyczki			Sprzęt jednorazowego użytku	1. Bandaż elastyczny szerokość 10 cm -11 sztuk 2. Rękawiczki jednorazowe - 26 sztuk		
Informacja dla technika	Przygotowanie tacy, na której mają znajdować się opaski elastyczne, bandaże w różnych rozmiarach, przylepiec, zapinki, nożyczki.						
Czynności początkowe	**Wykładowca:** 1. Przed rozpoczęciem zajęć sprawdza sposób przygotowania stanowiska i kompletacje. 2. Sprawdza listę uczestników i kartę informacyjną scenariusza itp. 3. Rozpoczyna scenariusz prosząc o wyłączenie telefonów, zajęcie miejsc itp. – informacja *Za 3 min rozpoczynamy, proszę zająć miejsca* itp.						

WPROWADZENIE:	
INFORMACJE DLA STUDENTÓW	**INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW**
Opatrunek kończyny górnej i klatki piersiowej (Dessulta) wykonuje się w celu przytrzymania opatrunku, uszczelnienia rany, ocieplenia i przytrzymania kompresu. Opatrywanie ran ma natomiast na celu osłanianie rany, przyspieszanie jej gojenia i ochronę przed bakteriami.	4. Czy kiedykolwiek miałeś/miałaś bandażowaną kończynę górną i klatkę piersiową? Odp. Tak miałem miałam bandażowaną kończynę górną klatkę piersiową. 5. Przypomnij,w jakim celu wykonuje się opatrunek kończyny górnej i klatki piersiowej? Odp. Opatrunek kończyny górnej i klatki piersiowej wykonuje się w celu ustabilizowania. 6. Jak uważacie, czy ta procedura jest często stosowana? Odp. Myślę że często w urazach upadkach. 7. Jak sądzisz … (imię), czy dobór odpowiedniego rozmiaru bandaża ma znaczenie? Odp. Dobór odpowiedniego bandaża ma znaczenie, ponieważ zbyt wąski będzie niewystarczający.

ZAPOZNANIE STUDENTÓW ZE SPRZĘTEM	
Wykładowca	Prezentuje rodzaje opasek i omawia ich rozmiary oraz prezentuje rodzaje opasek, bandaży, przylepiec, zapinki, nożyczki.
Student	Segreguje opaski.

METODA 4 KROKÓW	
Krok 1 – Próba niema	50. Przygotowanie opaski lub opasek, przylepca lub zapinki oraz nożyczek. 51. Poinformowanie pacjenta o rodzaju i sposobie wykonania opatrunku. 52. Uzyskanie zgody pacjenta na wykonanie bandażowania. 53. Nałożenie rękawiczek jednorazowego użytku. 54. Ułożenie chorej ręki (prawej) zgiętej w stawie łokciowym i przywiedzenie jej do klatki piersiowej. 55. Włożenie pod chorą pachę warstwy izolującej np. wałka z waty. 56. Bandażowanie obwojem śrubowym chorego ramienia do klatki piersiowej. 57. Wykonanie obwojów trójosiowych: pacha-ramię-łokieć. Rozpoczęcie od zdrowej pachy, potem pierwszy obwój prowadzony przez plecy do chorego ramienia, następnie wzdłuż ramienia po stronie przedniej, pod chory łokieć do tyłu, dalej skośnie pod zdrową pachę. 58. Prowadzenie opaski spod prawej pachy skośnie przez plecy na chore ramię, dalej wzdłuż ramienia z przodu, pod chory łokieć do tyłu, skośnie przez plecy po zdrową pachę. 59. Powtórzenie trzykrotnie obwojów opisanych w pkt 8-9. 60. Zakończenie opatrunku na ramieniu z przodu. 61. Umocowanie końcówki bandaża przylepcem lub zapinką. 62. Założenie temblaka na dłoń.
Krok 2 – Instruktaż	1. Przygotowuję opaskę/opaski, przylepiec lub zapinkę oraz nożyczki. 2. Informuję pacjenta o rodzaju i sposobie wykonania opatrunku. 3. Proszę pacjenta o wyrażenie zgody na wykonanie bandażowania. 4. Nakładam rękawiczki jednorazowego użytku. 5. Układam chorą rękę (lewej) zgiętą w stawie łokciowym i przywodzę ją do klatki piersiowej. 6. Wkładam pod chorą pachę warstwę izolującą np. wałek z waty. 7. Bandażuję obwojem śrubowym chore ramię do klatki piersiowej. 8. Wykonuję obwoje trójosiowe: pacha-ramię-łokieć. Rozpoczynam od zdrowej pachy, potem pierwszy obwój prowadzę przez plecy do chorego ramienia, następnie wzdłuż ramienia po stronie przedniej pod chory łokieć do tyłu, dalej skośnie pod zdrową pachę. 9. Prowadzę opaskę spod prawej pachy skośnie przez plecy na chore ramię, dalej wzdłuż, ramienia z przodu, pod chory łokieć do tyłu, skośnie przez plecy po zdrową pachę. 10. Powtarzam trzykrotnie obwoje opisane w pkt. 8-19. 11. Kończę opatrunek na ramieniu z przodu. 12. Mocuję końcówki bandaża przylepcem lub zapinką. 13. Zakładam temblak na dłoń.
Krok 3 – Student - Instruktor	1. Przygotuj opaskę/opaski, przylepiec lub zapinki oraz nożyczki. 2. Poinformuj pacjenta o rodzaju i sposobie wykonania opatrunku. 3. Poproś pacjenta o zgodę na wykonanie bandażowania. 4. Nałóż rękawiczki jednorazowego użytku. 5. Ułóż chorą rękę (lewą) zgiętą w stawie łokciowym i przywiedź ją do klatki piersiowej. 6. Włóż pod chorą pachę warstwę izolującą np. wałek z waty. 7. Bandażuj obwojem śrubowym chore ramię do klatki piersiowej. 8. Wykonuj obwoje trójosiowe: pacha-ramię-łokieć. Rozpocznij od zdrowej pachy, potem pierwszy obwój poprowadź przez plecy do chorego ramienia, następnie wzdłuż ramienia po stronie przedniej, pod chory łokieć do tyłu, dalej skośnie pod zdrową pachę. 9. Prowadź opaskę spod prawej pachy skośnie przez plecy na chore ramię, dalej wzdłuż ramienia z przodu, pod chory łokieć do tyłu, skośnie przez plecy po zdrową pachę. 10. Powtarzaj trzykrotnie obwoje opisane w pkt. 8-9. 11. Zakończ opatrunek na ramieniu z przodu. 12. Mocuj końcówki bandaża przylepcem lub zapinką. 13. Załóż temblak na dłoń.

Krok 4 – Student - Student	1. Przygotuj opaskę/opaski, przylepiec lub zapinki oraz nożyczki. 2. Poinformuj pacjenta o rodzaju i sposobie wykonania opatrunku. 3. Poproś pacjenta o zgodę na wykonanie bandażowania. 4. Nałóż rękawiczki jednorazowego użytku. 5. Ułóż chorą rękę (lewą) zgiętą w stawie łokciowym i przywiedź ją do klatki piersiowej. 6. Włóż pod chorą pachę warstwę izolującą np. wałek z waty. 7. Bandażuj obwojem śrubowym chore ramię do klatki piersiowej. 8. Wykonuj obwoje trójosiowe: pacha-ramię-łokieć. Rozpocznij od zdrowej pachy, potem pierwszy obwój poprowadź przez plecy do chorego ramienia, następnie wzdłuż ramienia po stronie przedniej, pod chory łokieć do tyłu, dalej skośnie pod zdrową pachę. 9. Prowadź opaskę spod prawej pachy skośnie przez plecy na chore ramię, dalej wzdłuż,ramienia z przodu, pod chory łokieć do tyłu, skośnie przez plecy po zdrową pachę. 10. Powtarzaj trzykrotnie obwoje opisane w pkt. 8-9. 11. Zakończ opatrunek na ramieniu z przodu. 12. Mocuj końcówki bandaża przylepcem lub zapinką. 13. Załóż temblak na dłoń.
PODSUMOWANIE:	
INFORMACJE DLA STUDENTÓW	**INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW**
Na dzisiejszych zajęciach zdobyliście umiejętność bandażowania kończyny górnej i klatki piersiowej (opatrunek Dessaulta).Tę umiejętność możecie wykorzystać podczas praktyk w warunkach szpitalnych oraz w życiu codziennym.	Jak czujecie się po zajęciach? Czego się nauczyliście? Czy w waszej opinii bandażowanie kończyny górnej i klatki piersiowej (opatrunek Dessaulta) jest trudne technicznie do wykonania?
Zastosowanie umiejętności:	Umiejętność ma zastosowanie podczas zajęć praktycznych i praktyk w szpitalu oraz w życiu codziennym.
Literatura	Anna Majda, Ślusarska Barbara, Danuta Zarzycka, Podstawy pielęgniarstwa tom 2 (red.), PZWL, 2017.str. 952.
Umiejętności podstawowe:	**Wiedza:** A.W2. omawia budowę ciała ludzkiego w podejściu topograficznym (kończyna górna i dolna, klatka piersiowa, brzuch, miednica, grzbiet, szyja, głowa) oraz czynnościowym (układ kostno-stawowy, układ mięśniowy, układ krążenia, układ oddechowy, układ pokarmowy, układ moczowy, układy płciowe, układ nerwowy i narządy zmysłów, powłoka wspólna); **Umiejętności:** C.U13. dobiera technikę i sposoby zakładania opatrunków na rany, w tym wykorzystuje bandażowanie; **Kompetencje społeczne:** D.K1. szanuje godność i autonomię osób powierzonych opiece, systematycznie wzbogaca wiedzę zawodową i kształtuje umiejętności, dążąc do profesjonalizmu.

SCENARIUSZ SYMULACJI MEDYCZNEJNISKIEJ WIERNOŚCI – NW **Autor mgr Karol Laskowski**				Nr porządkowy	NW Zgodnie z wykazem
Czas zajęć	90 min	Czas scenariusza	3 Minuty	Liczba studentów	7
Nazwa	**Opatrunek ucha przy zastosowaniu obwoju podstawowego śrubowego.**				
Cel główny	**Technika wykonania opatrunku ucha przy zastosowaniu obwoju podstawowego śrubowego.**				
Cel szczegółowy	Nauka techniki wykonania opatrunku ucha przy zastosowaniu obwoju podstawowego śrubowego.				
Metoda	4 kroków				

INFORMACJE TECHNICZNE I ORGANIZACYJNE							
Numer Sali	206	Numer stanowiska	Nr 1	Numer trenażera, fantomu	Nr Zgodnie z wykazem	Nr Zgodnie z wykazem	Nr Zgodne z wykazem
Sprzęt wielokrotnego użytku	1. Taca 2. Zapinki 3. Nożyczki			Sprzęt jednorazowego użytku	1. Bandaż elastyczny szerokość 10 cm -11 sztuk 2. Rękawiczki jednorazowe - 26 sztuk		
Informacja dla technika	Przygotowanie tacy na której mają znajdować się opaski elastyczne, bandaże - różne rodzaje rozmiary, przylepiec, zapinki, nożyczki.						
Czynności początkowe	**Wykładowca:** 1. Przed rozpoczęciem zajęć sprawdza sposób przygotowania stanowiska i kompletacje. 2. Sprawdza listę uczestników i kartę informacyjną scenariusza itp. 3. Rozpoczyna scenariusz prosząc o wyłączenie telefonów, zajęcie miejsc itp. – informacja *Za 3 min rozpoczynamy proszę zająć miejsca* itp.						

WPROWADZENIE:	
INFORMACJE DLA STUDENTÓW	**INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW**
Opatrunek ucha wykonuje się w celu przytrzymania opatrunku, uszczelnienia rany, ocieplenia i przytrzymania kompresu. Opatrywanie ran ma natomiast na celu osłanianie rany, przyspieszanie jej gojenia i ochronę przed bakteriami.	8. Czy kiedykolwiek miałeś/miałaś Bandażowane ucho? Odp. Tak miałam bandażowane ucho. 9. Przypomnij, w jakim celu wykonuje się opatrunek ucha? Odp. Opatrunek ucha stosuje się w zabiegach operacyjnych, plastycznych, w urazach. 10. Jak uważacie, czy ta procedura jest często stosowana? Odp. Tak, bandażowanie ucha jest powszechnie stosowane. 11. Jak sądzisz … (imię), czy dobór odpowiedniego rozmiaru bandaża ma znaczenie? Odp. Dobór odpowiedniego bandaża ma istotne znaczenie, ponieważ zbyt szeroki będzie nieodpowiednio układał się i zsuwał.

ZAPOZNANIE STUDENTÓW ZE SPRZĘTEM	
Wykładowca	Prezentuje rodzaje opasek i omawia ich rozmiary, rodzaje opasek, bandaży, przylepców, zapinek.
Student	Segreguje opaski.

METODA 4 KROKÓW	
Krok 1 – Próba niema	1. Informacja ustna skierowana do studentów o rozpoczęciu próby niemej. 2. Ustawienie się naprzeciwko bandażowanej części ciała. 3. Ujęcie główki bandaża ręką dominującą. 4. Bandażowanie ucha należy rozpocząć obwojem kolistym wokół głowy, tuż nad oczami. 5. Następnie przeprowadzić opaskę pod uchem, nie zakrywając oka, i następnie przejść na ciemię na środek głowy. 6. Następnie opaskę przeprowadzić kolejno: dookoła głowy, na ucho - nieco wyżej i na ciemię - nieco niżej od poprzedniej 2–3 razy. 7. Zakończenie bandażowania obwojem kolistym wokół głowy. 8. Zabezpieczenie końca bandaża zapinką lub plastrem. 9. Zdjęcie rękawiczek niejałowych. 10. Umieszczenie rękawiczek we właściwym pojemniku na odpady medyczne.
Krok 2 – Instruktaż	1. Ustawiam się naprzeciw bandażowanej części ciała. 2. Ujmuję główkę bandaża ręką dominującą. 3. Rozpoczynam bandażowanie obwojem kolistym wokół głowy, tuż nad oczami. 4. Następnie przeprowadzam opaskę pod uchem, nie zakrywając oka i następnie przechodzę na ciemię na środek głowy. 5. Następnie opaskę przeprowadzam kolejno: dookoła głowy, na ucho - nieco wyżej i na ciemię - nieco niżej od poprzedniej 2–3 razy. 6. Kończę bandażowanie obwojem kolistym wokół głowy. 7. Zabezpieczam koniec bandaża zapinką lub plastrem. 8. Zdejmuję rękawiczki niejałowe. 9. Umieszczam rękawiczki we właściwym pojemniku na odpady medyczne.
Krok 3 – Student - Instruktor	1. Ustaw się naprzeciw bandażowanej części ciała. 2. Ujmij główkę bandaża ręką dominującą. 3. Rozpocznij bandażowanie obwojem kolistym wokół głowy, tuż nad oczami. 4. Następnie przeprowadź opaskę pod uchem, nie zakrywając oka i następnie przejdź na ciemię na środek głowy. 5. Następnie opaskę przeprowadź kolejno: dookoła głowy, na ucho - nieco wyżej i na ciemię - nieco niżej od poprzedniej 2–3 razy. 6. Zakończ bandażowanie obwojem kolistym wokół głowy. 7. Zabezpiecz koniec bandaża zapinką lub plastrem. 8. Zdejmij rękawiczki niejałowe. 9. Umieść rękawiczki we właściwym pojemniku na odpady medyczne.
Krok 4 – Student - Student	1. Ustaw się naprzeciw bandażowanej części ciała. 2. Ujmij główkę bandaża ręką dominującą. 3. Rozpocznij bandażowanie obwojem kolistym wokół głowy, tuż nad oczami. 4. Następnie przeprowadź opaskę pod uchem, nie zakrywając oka, i następnie przejdź na ciemię na środek głowy. 5. Następnie opaskę przeprowadź kolejno: dookoła głowy, na ucho - nieco wyżej i na ciemię - nieco niżej od poprzedniej 2–3 razy. 6. Zakończ bandażowanie obwojem kolistym wokół głowy. 7. Zabezpiecz koniec bandaża zapinką lub plastrem. 8. Zdejmij rękawiczki niejałowe. 9. Umieść rękawiczki we właściwym pojemniku na odpady medyczne.

<table>
<tr><th colspan="3">PODSUMOWANIE:</th></tr>
<tr><th colspan="2">INFORMACJE DLA STUDENTÓW</th><th>INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW</th></tr>
<tr><td colspan="2">Na dzisiejszych zajęciach zdobyliście umiejętność wykonania opatrunku ucha. Tę umiejętność możecie wykorzystać podczas praktyk w warunkach szpitalnych oraz w życiu codziennym.</td><td>Jak czujecie się po zajęciach?
Czego się nauczyliście?
Czy według was opatrunek ucha jest trudny technicznie do wykonania?
Z czego jesteś zadowolona/-y?
Gdzie wykorzystasz tę umiejętność?</td></tr>
<tr><td>Zastosowanie umiejętności:</td><td colspan="2">Umiejętność ma zastosowanie podczas zajęć praktycznych i praktyk w szpitalu oraz życiu codziennym.</td></tr>
<tr><td>Literatura</td><td colspan="2">Anna Majda, Ślusarska Barbara, Danuta Zarzycka, Podstawy pielęgniarstwa tom 2 (red.), PZWL, 2017.str. 951.</td></tr>
<tr><td>Umiejętności podstawowe:</td><td colspan="2">Wiedza:
A.W2. omawia budowę ciała ludzkiego w podejściu topograficznym (kończyna górna i dolna, klatka piersiowa, brzuch, miednica, grzbiet, szyja, głowa) oraz czynnościowym (układ kostno-stawowy, układ mięśniowy, układ krążenia, układ oddechowy, układ pokarmowy, układ moczowy, układy płciowe, układ nerwowy i narządy zmysłów, powłoka wspólna);

Umiejętności:
C.U13. dobiera technikę i sposoby zakładania opatrunków na rany, w tym wykorzystuje bandażowanie.

Kompetencje społeczne:
D.K1. szanuje godność i autonomię osób powierzonych opiece,
systematycznie wzbogaca wiedzę zawodową i kształtuje umiejętności, dążąc do profesjonalizmu.</td></tr>
</table>

SCENARIUSZ SYMULACJI MEDYCZNEJNISKIEJ WIERNOŚCI – NW **Autor: dr n. o zdrowiu Anna Ławnik**				Nr porządkowy	NW zgodnie z wykazem
Czas zajęć	90 Min	Czas scenariusza	30 min	Liczba studentów	8 osób
Nazwa	**Karmienie pacjenta przez zgłębnik**				
Cel główny	**Nauka procedury karmienia pacjenta przez zgłębnik żołądkowy**				
Cel szczegółowy	1. Nauka karmienia pacjenta przez zgłębnik				
Metoda	Czterech kroków				

INFORMACJE TECHNICZNE I ORGANIZACYJNE							
Numer Sali	Nr 035	Numer stanowiska	Nr 2	Numer trenażera, fantomu	Nr zgodnie z wykazem	Nr zgodnie z wykazem	Nr zgodnie z wykazem
Sprzęt wielokrotnego użytku	1. stetoskop 2. pojemnik z wodą			Sprzęt jednorazowego użytku	1. fartuch ochronny jednorazowy 2. rękawice jednorazowe 3. serwetki lub płaty ligniny 4. dwie strzykawki 50 lub 100 ml typu Janetta, 5. posiłek zmiksowany lub dieta przemysłowa 6. Zgłębniki żołądkowe różnych rozmiarów		
Informacja dla technika	Przygotowanie fantomu dorosłego człowieka z możliwością założenia sondy do żołądka. Dwie strzykawki 100 ml z końcówką do karmienia, lignina, rękawice jednorazowe, fartuch jednorazowy, zupa zmiksowana						
Czynności początkowe	**Wykładowca:** 1. Przed rozpoczęciem zajęć sprawdza sposób przygotowania stanowiska i kompletacje. 2. Sprawdza listę uczestników i kartę informacyjną scenariusza itp. 3. Rozpoczyna scenariusz – prosząc o wyłączenie telefonów, zajęcie miejsc itp. – informacja za 3 min. rozpoczynamy proszę zająć miejsca itp.						

WPROWADZENIE:	
INFORMACJE DLA STUDENTÓW	**INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW**
Dzisiaj nauczycie się karmienia pacjenta przez zgłębnik żołądkowy. Informacje które dzisiaj zdobędziecie są niezbędne w przypadku, w którym będziecie musieli dostarczyć pacjentowi pokarm przez zgłębnik założony do żołądka.	1. Czy ktoś z Państwa karmił pacjenta przez zgłębnik żołądkowy? 2. Na co zwrócimy uwagę planując wykonanie czynności? 3. W jakich przypadkach będziemy karmić pacjenta przez sondę żołądkową? 4. Jak uważacie co należy sprawdzić przed przystąpieniem do podania posiłku pacjentowi? 5. Czy istnieją okoliczności kiedy odstąpimy od karmienia pacjenta przez zgłębnik żołądkowy ? 6. Jak myślisz jakie karmienie pacjenta jest dla niego najkorzystniejsze? 7. Czy ważne jest psychiczne przygotowanie pacjenta?

ZAPOZNANIE STUDENTÓW ZE SPRZĘTEM	
Wykładowca	Prezentuje studentowi fantom, omawiam możliwość założenia zgłębnika. Pokazuje studentowi sondę. Pokazuje strzykawki „żanety” oraz posiłek który ma być podany
Student	Ogląda i dotyka fantomu, sprawdza strzykawki, odciąga tłok strzykawki, kontroluje rozmiary zgłębników.

METODA 4 KROKÓW	
Krok 1 – Próba niema	1. Informuję że rozpoczyna się próba niema, proszę o uwagę 2. Rozpoczynam scenariusz 3. Zakładam fartuch foliowy i rękawiczki. 4. Ustawiam tacę z przyborami na stoliku przyłóżkowym. 5. Podnoszę wezgłowie łóżka zapewniając pacjentowi pozycję siedzącą lub półsiedzącą 6. Osłaniam pacjenta ligniną przed zabrudzeniem. 7. Zdejmuję zatyczkę zgłębnika 8. Podłączam strzykawkę 9. Zwalniam zacisk zgłębnika 10. Sprawdzam położenie zgłębnika poprzez: • osłuchiwanie: – przykładam stetoskop w okolicy nadbrzusza, – wprowadzam strzykawką ok. 20 ml powietrza, – sprawdzam, czy słychać charakterystyczny odgłos bulgotania, – odciągam wprowadzone powietrze; • przez odciągnięcie treści żołądkowej, 11. Sprawdzam zaleganie treści żołądkowej w żołądku 12. Przepłukuję zgłębnik podając 20-30 ml płynu. 13. Sprawdzam temperaturę pokarmu 14. Zakładam zacisk na zgłębniku. 15. Odłączam strzykawkę. 16. Podłączam strzykawkę z jedzeniem 17. Zwalniam zacisk 18. Powoli podaję jedzenie, cały czas obserwując stan pacjenta 19. Zakładam zacisk 20. Odłączam strzykawkę 21. Końcówkę zgłębnika układam na czystej ligninie 22. Nabieram pokarm do strzykawki 23. Podłączam strzykawkę do zgłębnika 24. Zwalniam zacisk 25. Powoli podaję pokarm 26. Zakładam zacisk, końcówkę zgłębnika układam na czystej ligninie 27. Nabieram płyn do strzykawki 28. Łączę strzykawkę ze zgłębnikiem 29. Zwalniam zacisk 30. Podaję płyn, przepłukując tym samym sondę. 31. Zakładam zacisk 32. Odłączam strzykawkę 33. Zakładam korek do sondy 34. Układam chorego w wygodnej pozycji. 35. Zdejmuję rękawiczki i fartuch ochronny 36. Porządkuję zestaw 37. Myję ręce 38. Dokumentuję wykonanie zabiegu
Krok 2 – Instruktaż	1. Zakładam fartuch foliowy i rękawiczki. 2. Ustawiam tacę z przyborami na stoliku przyłóżkowym. 3. Podnoszę wezgłowie łóżka zapewniając pacjentowi pozycję siedzącą lub półsiedzącą 4. Osłaniam pacjenta ligniną przed zabrudzeniem. 5. Zdejmuję zatyczkę zgłębnika 6. Podłączam strzykawkę 7. Zwalniam zacisk zgłębnika

Krok 2 – Instruktaż	8. Sprawdzam położenie zgłębnika poprzez: • **osłuchiwanie:** – przykładam stetoskop w okolicy nadbrzusza, – wprowadzam strzykawką ok. 20 ml powietrza, – sprawdzam, czy słychać charakterystyczny odgłos bulgotania, – odciągam wprowadzone powietrze; • odciągnięcie treści żołądkowej, 1. Sprawdzam zaleganie treści żołądkowej w żołądku 2. Przepłukuję zgłębnik podając 20-30 ml płynu. 3. Sprawdzam temperaturę pokarmu 4. Zakładam zacisk na zgłębniku. 5. Odłączam strzykawkę. 6. Podłączam strzykawkę z jedzeniem 7. Zwalniam zacisk 8. Powoli podaję jedzenie, cały czas obserwując stan pacjenta 9. Zakładam zacisk 10. Odłączam strzykawkę 11. Końcówkę zgłębnika układam na czystej ligninie 12. Nabieram pokarm do strzykawki 13. Podłączam strzykawkę do zgłębnika 14. Zwalniam zacisk 15. Powoli podaję pokarm 16. Zakładam zacisk, końcówkę zgłębnika układam na czystej ligninie 17. Nabieram płyn do strzykawki 18. Łączę strzykawkę ze zgłębnikiem 19. Zwalniam zacisk 20. Podaję płyn, przepłukując tym samym sondę. 21. Zakładam zacisk 22. Odłączam strzykawkę 23. Zakładam korek do sondy 24. Układam chorego w wygodnej pozycji. 25. Zdejmuję rękawiczki i fartuch ochronny 26. Porządkuję zestaw 27. Myję ręce 28. Dokumentuję wykonanie zabiegu
Krok 3 – Student - Instruktor	1. Instruktor wybiera studenta któremu przekazuje informacje: poinstruuj mnie jak wykonać całą procedurę używając konkretnych poleceń. Wykładowca wykonuje komendy korygując natychmiast błędnie wykonane komendy, następnie czynności wykonuje prawidłowo. Komendy które powinien student wypowiedzieć w tym scenariuszu: 1. Załóż fartuch foliowy i rękawiczki. 2. Ustaw tacę z przyborami na stoliku przyłóżkowym. 3. Podnieś wezgłowie łóżka zapewniając pacjentowi pozycję siedzącą lub półsiedzącą 4. Osłoń pacjenta ligniną przed zabrudzeniem. 5. Zdejmuję zatyczkę zgłębnika 6. Podłącz strzykawkę 7. Zwolnij zacisk zgłębnika 8. Sprawdź położenie zgłębnika poprzez: • osłuchiwanie: a. przykładam stetoskop w okolicy nadbrzusza, b. wprowadzam strzykawką ok. 20 ml powietrza, c. sprawdzam, czy słychać charakterystyczny odgłos bulgotania, d. odciągam wprowadzone powietrze; • odciągnięcie treści żołądkowej, 9. Sprawdź zaleganie treści żołądkowej w żołądku 10. Przepłucz zgłębnik podając 20-30 ml płynu. 11. Sprawdź temperaturę pokarmu 12. Załóż zacisk na zgłębniku.

Krok 3 – Student - Instruktor	13. Odłącz strzykawkę. 14. Podłącz strzykawkę z jedzeniem 15. Zwolnij zacisk 16. Powoli podaj jedzenie, cały czas obserwując stan pacjenta 17. Załóż zacisk 18. Odłącz strzykawkę 19. Końcówkę zgłębnika ułóż na czystej ligninie 20. Nabierz pokarm do strzykawki 21. Podłącz strzykawkę do zgłębnika 22. Zwolnij zacisk 23. Powoli podaj pokarm 24. Załóż zacisk, końcówkę zgłębnika ułóż na czystej ligninie 25. Nabierz płyn do strzykawki 26. Połącz strzykawkę ze zgłębnikiem 27. Zwolnij zacisk 28. Podaj płyn, przepłukując tym samym sondę. 29. Załóż zacisk 30. Odłącz strzykawkę 31. Załóż korek do sondy 32. Ułóż chorego w wygodnej pozycji. 33. Zdejmij rękawiczki i fartuch ochronny 34. Uporządkuj zestaw 35. Umyj ręce 36. Udokumentuj wykonanie zabiegu
Krok 4 – Student - Student	Student 1 wykonuje procedurę instruowany przez kolejnego studenta 2. Wykładowca natychmiast koryguje – bez zatrzymywania czynności. Koryguje i to co mówi student 2 i to co mówi student 1. Następnie student 2 wykonuje procedurę instruowany przez studenta 3 a student 1 obserwuje i koryguje to co robi student 2 i mówi student 3. Następnie student 3 wykonuje procedurę instruowany przez studenta 4 a student 2 obserwuje i koryguje to co robi student 3 i mówi student 4. Następnie student 4 wykonuje procedurę instruowany przez studenta 5 a student 3 obserwuje i koryguje to co robi student 4 i mówi student 5. Następnie student 5 wykonuje procedurę instruowany przez studenta 1 a student 2 obserwuje i koryguje to co robi student 5 i mówi student 1. Na koniec proszę studenta 1 aby jeszcze raz wykonał całą procedurę samodzielnie. Obserwuję studentów wykonujących czynności Wprowadzam niezbędne korekty.
PODSUMOWANIE:	
INFORMACJE DLA STUDENTÓW	**INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW**
Na dzisiejszych zajęciach zdobyliście umiejętność podania pokarmu przez zgłębnik żołądkowy. Tę umiejętność będziecie wykorzystywać podczas naszych ćwiczeń, na praktykach oraz w trakcie egzaminu OSCE.	Jak czujecie po zajęciach? Czy uważasz że procedura jest trudna do wykonania? Czy jest coś co moglibyście poprawić? Co sprawiło Ci największą trudność? W jakich sytuacjach w przyszłości wykorzystasz zdobytą umiejętność?
Zastosowanie umiejętności:	Umiejętność ta będzie niezbędna w kontynuacji nauki na dalszych poziomach zaawansowania: na zajęciach praktycznych i praktykach zawodowych z zakresu podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej, na egzaminie OSCE jak również na egzaminie dyplomowym. Jest to jedna z kluczowych umiejętności praktycznych niezbędnych w pracy zawodowej.
Literatura	Podstawy pielęgniarstwa tom 2, Algorytmy czynności i zabiegów pielęgniarskich Praca zbiorowa pod redakcją Haliny Kulik i Jolanty Eszyk s. 201

Efekty kształcenia	**Wiedza** A.W.01. posługuje się mianownictwem anatomicznym A.W.04. charakteryzuje specyfikację i znaczenie gospodarki wodno-elektrolitowej i kwasowo--zasadowej w utrzymaniu homeostazy ustroju; A.W.20. omawia wybrane zagadnienia z zakresu patologii narządowej układu krążenia, układu oddechowego, trawiennego, moczowo-płciowego i nerwowego; B.W.36. charakteryzuje podstawowe metody organizacji opieki pielęgniarskiej i rodzaje dokumentacji obowiązującej na pielęgniarskich stanowiskach pracy; C.W.12. opisuje istotę, cel, wskazania, przeciwwskazania, niebezpieczeństwa, obowiązujące zasady i strukturę wykonywania podstawowych czynności pielęgniarskich C. W.30. omawia badanie podmiotowe ogólne i szczegółowe, zasady jego prowadzenia i dokumentowania C. W.31. charakteryzuje techniki badania fizykalnego i kompleksowego badania fizykalnego pacjenta dla potrzeb opieki pielęgniarskiej **Umiejętności** A.U.01. posługuje się w praktyce mianownictwem anatomicznym oraz wykorzystuje znajomość topografii narządów ciała ludzkiego A.U.04. konstruuje wzór wykorzystania podstaw wiedzy anatomicznej w badaniu przedmiotowym; B.U.17. zna przepisy prawne dotyczące wykonywania zawodu pielęgniarki i udzielania świadczeń zdrowotnych; C. U.11. pomaga choremu w jedzeniu, wydalaniu, poruszaniu się i dbaniu o higienę osobistą C. U.14. wykorzystuje różne techniki karmienia pacjenta C. U.24. zakłada zgłębnik do żołądka i obarcza treści C. U.34. odnotowuje wykonanie zleceń w karcie zleceń lekarskich C. U.35. pomaga pacjentowi w adaptacji do warunków panujących w szpitalu i w innych przedsiębiorstwach podmiotu leczniczego C. U.63. bezpiecznie stosuje środki dezynfekcyjne i segreguje odpady medyczne **Kompetencje** D.K.6. rzetelnie i dokładnie wykonuje powierzone obowiązki zawodowe B.K.1. ponosi odpowiedzialność za udział w podejmowaniu decyzji zawodowych;

SCENARIUSZ SYMULACJI MEDYCZNEJNISKIEJ WIERNOŚCI – NW **Autor: dr nauk o zdrowiu Anna Ławnik**				Nr porządkowy	NW zgodnie z wykazem
Czas zajęć	90 Min	Czas scenariusza	30 min	Liczba studentów	8 osób
Nazwa	**Mycie głowy**				
Cel główny	**Nauka mycia głowy w jedna pielęgniarkę z użyciem rynienki**				
Cel szczegółowy	1. Nauka właściwego podłożenia rynienki 2. Nauka rozprowadzenia szamponu na głowie pacjenta				
Metoda	Czterech kroków				
INFORMACJE TECHNICZNE I ORGANIZACYJNE					
Numer Sali	Nr	Numer stanowiska	Nr	Numer trenażera, fantomu	Nr	Nr	Nr
Sprzęt wielokrotnego użytku	31. Fantom szkoleniowy 32. Rynienka 33. Wiadro 34. Dzbanek 35. Podkład gumowy 36. Szampon 37. Grzebień 38. Ręcznik x2			Sprzęt jednorazowego użytku	1. Rękawice 2. Fartuch foliowy 3. Waciki do uszu		
Informacja dla technika	Przygotowanie fantomu do mycia głowy oraz a) Rynienka b) Wiadro c) Dzbanek d) Podkład gumowy e) Szampon f) Grzebień g) Ręcznik x2 h) Rękawice i) Fartuch foliowy j) 3. Waciki do uszu						
Czynności początkowe	**Wykładowca:** 1. Przed rozpoczęciem zajęć sprawdza sposób przygotowania stanowiska i kompletacje. 2. Sprawdza listę uczestników i kartę informacyjną scenariusza itp. 3. Rozpoczyna scenariusz – prosząc o wyłączenie telefonów, zajęcie miejsc itp. – informacja za 3 min. rozpoczynamy proszę zająć miejsca itp.						

WPROWADZENIE:	
INFORMACJE DLA STUDENTÓW	**INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW**
Mycie głowy to usuwanie ze skory i włosów brudu oraz łoju za pomocą wody i szamponu Częstość mycia włosów zależy od: • rodzaju włosów, • zanieczyszczenia włosów, potrzeby dobrego samopoczucia pacjenta w zakresie wyglądu i estetyki. Mycie głowy w łóżku wykonuje się w sytuacji, gdy pacjent nie może opuścić łóżka i samodzielnie umyć włosów w łazience lub przy umywalce w sali chorych.	1. Czy ktoś z Państwa mył włosy drugiej osobie? 2. Jak uważacie, czy istotne jest przygotowanie otoczenia przed przystąpieniem do mycia głowy? 3. W jakich przypadkach będziemy myć głowę pacjentowi? 4. Jak uważacie czy dobór sprzętu i kosmetyków jest istotny w wykonaniu tej procedury? 5. Czy ważne jest psychiczne przygotowanie pacjenta mycia głowy?

ZAPOZNANIE STUDENTÓW ZE SPRZĘTEM	
Wykładowca	Pokazuje studentowi fantom na którym odbędzie się prezentacja i ćwiczenie mycia głowy. Przedstawia jego działanie. Pokazuje rynienkę do mycia głowy, środki do pielęgnacji skóry głowy.
Student	Dotyka fantom, sprawdza włosy, ogląda wanienkę.
METODA 4 KROKÓW	
Krok 1 – Próba niema	Stoję przed stanowiskiem do mycia głowy. Proszę o uwagę, informuję że teraz rozpoczyna się próba niema, proszę o ciszę i skupienie uwagi na czynnościach które będę wykonywać. **Rozpoczynam scenariusz:** Zakładam fartuch foliowy i rękawice jednorazowe Podchodzę do łóżka pacjenta z wózkiem na którym znajduje się potrzeby sprzęt Odstawiam szafkę przyłóżkową Odstawiam krzesło w nogach łóżka Wyjmuje poduszkę spod głowy pacjenta i odkładam ja na krzesło Rozkładam gumowy podkład pod głowa pacjenta Biorę wanienkę z wózka i umieszczam ja pod głowa pacjenta Ustawiam obok łóżka wiadro, umieszczając w nim dren odprowadzający z wanienki Zakładam waciki do uszu pacjenta Sprawdzam temperaturę wody Polewam wodą z dzbanka włosy pacjenta, osłaniając wolna ręka twarz pacjenta przed zalaniem Rozprowadzam na włosach szampon i wmasowuje go w skórę głowy i włosy Spłukuje włosy chorego do momentu zaniku piany Powtarzam czynność z myciem głowy (co najmniej 2 razy) Usuwam nadmiar wody z włosów pacjenta Usuwam waciki z uszu Zabezpieczam włosy ręcznikiem Ręką dominująca obejmuję głowę chorego pochylając się nad nim, drugą ręką usuwam wanienkę spod głowy W ten sam sposób usuwam gumowy podkład Podkładam poduszkę pod głowę pacjenta Zabezpieczam poduszkę suchym ręcznikiem Zdejmuje ręcznik z głowy pacjenta Rozczesuje włosy pacjentowi, zaczynając od końcówek po nasadę Pozostawiam włosy do wyschnięcia Zabieram wiadro Przysuwam krzesło do łóżka Przysuwam szafkę do łóżka Zdejmuję foliowy fartuch i rękawiczki Myje ręce Dokumentuję wykonanie czynności
Krok 2 – Instruktaż	**Rozpoczynam scenariusz:** Zakładam fartuch foliowy i rękawice jednorazowe Podchodzę do łóżka pacjenta z wózkiem na którym znajduje się potrzeby sprzęt Odstawiam szafkę przyłóżkową Odstawiam krzesło w nogach łóżka Wyjmuje poduszkę spod głowy pacjenta i odkładam ja na krzesło Rozkładam gumowy podkład pod głowa pacjenta Biorę wanienkę z wózka i umieszczam ja pod głowa pacjenta Ustawiam obok łóżka wiadro, umieszczając w nim dren odprowadzający z wanienki Zakładam waciki do uszu pacjenta Sprawdzam temperaturę wody Polewam wodą z dzbanka włosy pacjenta, osłaniając wolna ręka twarz pacjenta przed zalaniem Rozprowadzam na włosach szampon i wmasowuje go w skórę głowy i włosy Spłukuje włosy chorego do momentu zaniku piany Powtarzam czynność z myciem głowy (co najmniej 2 razy)

Krok 2 – Instruktaż	Usuwam nadmiar wody z włosów pacjenta Usuwam waciki z uszu Zabezpieczam włosy ręcznikiem Ręką dominująca obejmuję głowę chorego pochylając się nad nim, drugą ręką usuwam wanienkę spod głowy W ten sam sposób usuwam gumowy podkład Podkładam poduszkę pod głowę pacjenta Zabezpieczam poduszkę suchym ręcznikiem Zdejmuje ręcznik z głowy pacjenta Rozczesuje włosy pacjentowi, zaczynając od końcówek po nasadę Pozostawiam włosy do wyschnięcia Zabieram wiadro Przysuwam krzesło do łóżka Przysuwam szafkę do łóżka Zdejmuję foliowy fartuch i rękawiczki Myje ręce Dokumentuję wykonanie czynności
Krok 3 – Student - Instruktor	Instruktor wybiera studenta któremu przekazuje informacje: poinstruuj mnie jak wykonać całą procedurę używając konkretnych poleceń. Wykładowca wykonuje komendy korygując natychmiast błędnie wykonane komendy, następnie czynności wykonuje prawidłowo. Komendy które powinien student wypowiedzieć w tym scenariuszu: Załóż fartuch foliowy i rękawice jednorazowe Podejdź do łóżka pacjenta z wózkiem na którym znajduje się potrzeby sprzęt Odstaw szafkę przyłóżkową Odstaw krzesło w nogach łóżka Wyjmij poduszkę spod głowy pacjenta i odkładam ja na krzesło Rozłóż gumowy podkład pod głowa pacjenta Weź wanienkę z wózka i umieść ja pod głowa pacjenta Ustaw obok łóżka wiadro, umieszczając w nim dren odprowadzający z wanienki Załóż waciki do uszu pacjenta Sprawdź temperaturę wody Polej wodą z dzbanka włosy pacjenta, osłaniając wolna ręka twarz pacjenta przed zalaniem Rozprowadź na włosach szampon i wmasój go w skórę głowy i włosy Spłukuj włosy chorego do momentu zaniku piany Powtórz czynność z myciem głowy (co najmniej 2 razy) Usuń nadmiar wody z włosów pacjenta Usuń waciki z uszu Zabezpiecz włosy ręcznikiem Ręką dominująca obejmij głowę chorego pochylając się nad nim, drugą ręką usuń wanienkę spod głowy W ten sam sposób usuń gumowy podkład Podłóż poduszkę pod głowę pacjenta Zabezpiecz poduszkę suchym ręcznikiem Zdejmij ręcznik z głowy pacjenta Rozczesz włosy pacjentowi, zaczynając od końcówek po nasadę Pozostaw włosy do wyschnięcia Zabierz wiadro Przysuń krzesło do łóżka Przysuń szafkę do łóżka Zdejmij foliowy fartuch i rękawiczki Umyj ręce Udokumentuj wykonanie czynności
Krok 4 – Student - Student	Student 1 wykonuje procedurę instruowany przez kolejnego studenta 2. Wykładowca natychmiast koryguje – bez zatrzymywania czynności. Koryguje i to co mówi student 2 i to co mówi student 1.

PODSUMOWANIE:	
INFORMACJE DLA STUDENTÓW	**INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW**
Na dzisiejszych zajęciach zdobyliście umiejętność mycia głowy pacjentowi leżącemu, wykorzystując do tej procedury rynienkę. Tę umiejętność będziecie wykorzystywać podczas naszych ćwiczeń, na praktykach oraz w trakcie egzaminu OSCE.	Jak czujecie po zajęciach? Jaką umiejętność wykorzystaliście przy nauce mycia głowy? Czy jest coś co moglibyście poprawić? Które elementy procedury stanowiły największą trudność? O czym należy pamiętać wykonując procedurę mycia głowy?

Zastosowanie umiejętności:	Umiejętność ta będzie niezbędna w kontynuacji nauki na dalszych poziomach zaawansowania: na zajęciach praktycznych i praktykach zawodowych z zakresu podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej, na egzaminie OSCE jak również na egzaminie dyplomowym. Jest to jedna z kluczowych umiejętności praktycznych niezbędnych w pracy zawodowej.
Literatura	Bulanda M, Wójkowska-Mach J: Zakażenia szpitalne w jednostkach opieki zdrowotnej, PZWL, Warszawa, 2016, s. 91-94. Podstawy pielęgniarstwa tom 2, Algorytmy czynności i zabiegów pielęgniarskich Praca zbiorowa pod redakcją Haliny Kulik i Jolanty Eszyk s. 48 -49
Efekty kształcenia	**Wiedza** A.W.01. posługuje się mianownictwem anatomicznym AA.W.20. omawia wybrane zagadnienia z zakresu patologii narządowej układu krążenia, układu oddechowego, trawiennego, moczowo-płciowego i nerwowego; B.W.36. charakteryzuje podstawowe metody organizacji opieki pielęgniarskiej i rodzaje dokumentacji obowiązującej na pielęgniarskich stanowiskach pracy; C.W.12. opisuje istotę, cel, wskazania, przeciwwskazania, niebezpieczeństwa, obowiązujące zasady i strukturę wykonywania podstawowych czynności pielęgniarskich C. W.30. omawia badanie podmiotowe ogólne i szczegółowe, zasady jego prowadzenia i dokumentowania C. W.31. charakteryzuje techniki badania fizykalnego i kompleksowego badania fizykalnego pacjenta dla potrzeb opieki pielęgniarskiej **Umiejętności** A.U.01. posługuje się w praktyce mianownictwem anatomicznym oraz wykorzystuje znajomość topografii narządów ciała ludzkiego A.U.04. konstruuje wzór wykorzystania podstaw wiedzy anatomicznej w badaniu przedmiotowym; B.U.17. zna przepisy prawne dotyczące wykonywania zawodu pielęgniarki i udzielania świadczeń zdrowotnych; C. U.11. pomaga choremu w jedzeniu, wydalaniu, poruszaniu się i dbaniu o higienę osobistą C. U.34. odnotowuje wykonanie zleceń w karcie zleceń lekarskich C. U.35. pomaga pacjentowi w adaptacji do warunków panujących w szpitalu i w innych przedsiębiorstwach podmiotu leczniczego C. U.63. bezpiecznie stosuje środki dezynfekcyjne i segreguje odpady medyczne **Kompetencje** D.K.6. rzetelnie i dokładnie wykonuje powierzone obowiązki zawodowe B.K.1. ponosi odpowiedzialność za udział w podejmowaniu decyzji zawodowych;

SCENARIUSZ SYMULACJI MEDYCZNEJNISKIEJ WIERNOŚCI – NW **Autor: dr n. o zdrowiu Anna Ławnik**				Nr porządkowy	NW zgodnie z wykazem
Czas zajęć	90 Min	Czas scenariusza	30 Min	Liczba studentów	8 osób
Nazwa	**Iniekcja śródskórna**				
Cel główny	**Nauka techniki wykonywania iniekcji śródskórnej**				
Cel szczegółowy	1. Nauka wykonania próby uczuleniowej				
Metoda	Czterech kroków				

INFORMACJE TECHNICZNE I ORGANIZACYJNE							
Numer Sali	Nr 034	Numer stanowiska	Nr2	Numer trenażera, fantomu	Nr zgodnie z wykazem	Nr zgodnie z wykazem	Nr zgodnie z wykazem
Sprzęt wielokrotnego użytku	39. Taca 40. Miska nerkowata na odpady 41. Pojemnik na odpady medyczne			Sprzęt jednorazowego użytku	1. Igła 0,45x13 mm, 0,33x12, 2. Strzykawka 1ml 3. Jałowe gaziki nasączone środkiem dezynfekującym 4. Rękawice jednorazowe 5. ampułka 5ml 0,9% NaC		
Informacja dla technika	Przygotowanie fantomu do iniekcji śródskórnej Strzykawki 1ml sztuk 3 Igły 0,33 lub 0,45 sztuk 3 Jałowe gaziki nasączone środkiem dezynfekującym Rękawice jednorazowe Taca Miska nerkowata Pojemnik na odpady medyczne Ampułka 5ml 0,9% NaCl						
Czynności początkowe	**Wykładowca:** 1. Przed rozpoczęciem zajęć sprawdza sposób przygotowania stanowiska i kompletacje. 2. Sprawdza listę uczestników i kartę informacyjną scenariusza itp. 3. Rozpoczyna scenariusz – prosząc o wyłączenie telefonów, zajęcie miejsc itp. – informacja za 3 min. rozpoczynamy proszę zająć miejsca itp.						

WPROWADZENIE:	
INFORMACJE DLA STUDENTÓW	**INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW**
Dzisiaj nauczycie się wykonywać próbę uczuleniową. Wykorzystamy zdobyta na poprzednich zajęciach technikę wykonania iniekcji śródskórnej. Celem tej procedury jest podawanie leku śródskórnie. Wyobraźcie sobie sytuację że trzeba pacjentowi wykonać próbę uczuleniową.	1. Czy ktoś z Państwa widział wykonanie próby uczuleniowej? 2. W jaką okolicę ciała wykonamy ten rodzaj iniekcji? 3. W jakich przypadkach będziemy wykonywać próbę uczuleniową? 4. Jak uważacie czy dobór sprzętu jest istotny w wykonaniu tej procedury? 5. Jakie leki możemy podać ta drogą? 6. Jak myślisz czy ma znaczenie jakiej igły użyjesz do tego rodzaju iniekcji? 7. Czy ważne jest psychiczne przygotowanie pacjenta do iniekcji śródskórnej?

ZAPOZNANIE STUDENTÓW ZE SPRZĘTEM	
Wykładowca	Prezentuje studentowi trenażer do iniekcji śródskórnych. Pokazuje studentowi przygotowaną tacę, pokazuje rozmiar igieł i wielkość strzykawek.
Student	Ogląda i dotyka trenażer, sprawdza igły i strzykawki.

METODA 4 KROKÓW	
Krok 1 – Próba niema	63. Stoję przed stanowiskiem do iniekcji. Proszę o uwagę, informuję że teraz rozpoczyna się próba niema, proszę o ciszę i skupienie uwagi na czynnościach które będę wykonywać. 64. Rozpoczynam scenariusz: 65. Stoję przed trenażerem. 66. Sprawdzam zlecenie 67. Zakładam rękawiczki 68. Wyznaczam miejsce wkłucia zgodnie ze wskazaniami (wewnętrzna strona ramienia w linii kciuka lub między łopatkami) 69. Naciągam skórę w miejscu wkłucia igły 70. Wprowadzam igłę pod kontem 10-15°, ruchem półobrotwym na głębokość 0,5-1mm, tak aby ścięcie igły znajdowało się całkowicie w tkance śródskórnej 71. Powoli wstrzykuję lek do tkanki 72. Delikatnie usuwam igłę z tkanki 73. Obrysowuję długopisem linie dookoła bąbla, wpisuję nazwę leku, godzinę i datę wykonania iniekcji 74. Usuwam igłę ze strzykawki za pomocą pojemnika twardo ściennego 75. Zdejmuję rękawiczki 76. Porządkuję zestaw 77. Myję ręce 78. Dokumentuję wykonanie zabiegu
Krok 2 – Instruktaż	1. Stoję przed trenażerem. 2. Sprawdzam zlecenie 3. Zakładam rękawiczki 4. Wyznaczam miejsce wkłucia zgodnie ze wskazaniami (wewnętrzna strona ramienia w linii kciuka lub między łopatkami) 5. Naciągam skórę w miejscu wkłucia igły 6. Wprowadzam igłę pod kontem 10-15°, ruchem półobrotwym na głębokość 0,5-1mm, tak aby ścięcie igły znajdowało się całkowicie w tkance śródskórnej 7. Powoli wstrzykuję lek do tkanki 8. Delikatnie usuwam igłę z tkanki 9. Obrysowuję długopisem linie dookoła bąbla, wpisuję nazwę leku, godzinę i datę wykonania iniekcji 10. Usuwam igłę ze strzykawki za pomocą pojemnika twardo ściennego 11. Zdejmuję rękawiczki 12. Porządkuję zestaw 13. Myję ręce 14. Dokumentuję wykonanie zabiegu
Krok 3 – Student - Instruktor	1. Instruktor wybiera studenta któremu przekazuje informacje: poinstruuj mnie jak wykonać całą procedurę używając konkretnych poleceń. Wykładowca wykonuje komendy korygując natychmiast błędnie wykonane komendy, następnie czynności wykonuje prawidłowo. Komendy które powinien student wypowiedzieć w tym scenariuszu: - sprawdź zlecenie - załóż rękawiczki - wyznacz miejsce wkłucia zgodnie ze wskazaniami (wewnętrzna strona ramienia w linii kciuka lub między łopatkami) - naciągnij skórę w miejscu wkłucia igły - wprowadź igłę pod kontem 10-15°, ruchem półobrotwym na głębokość 0,5-1mm, tak aby ścięcie igły znajdowało się całkowicie w tkance śródskórnej - powoli wstrzyknij lek do tkanki - delikatnie usuń igłę z tkanki - obrysuj długopisem linie dookoła bąbla, wpisuję nazwę leku, godzinę i datę wykonania iniekcji - Usuń igłę ze strzykawki za pomocą pojemnika twardo ściennego - Zdejmij rękawiczki

Krok 3 – Student - Instruktor	- Uporządkuj zestaw - Umyj ręce - Udokumentuj wykonanie zabiegu
Krok 4 – Student - Student	Student 1 wykonuje procedurę instruowany przez kolejnego studenta 2. Wykładowca natychmiast koryguje – bez zatrzymywania czynności. Koryguje i to co mówi student 2 i to co mówi student 1. Następnie student 2 wykonuje procedurę instruowany przez studenta 3 a student 1 obserwuje i koryguje to co robi student 2 i mówi student 3. Następnie student 3 wykonuje procedurę instruowany przez studenta 4 a student 2 obserwuje i koryguje to co robi student 3 i mówi student 4. Następnie student 4 wykonuje procedurę instruowany przez studenta 5 a student 3 obserwuje i koryguje to co robi student 4 i mówi student 5. Następnie student 5 wykonuje procedurę instruowany przez studenta 1 a student 2 obserwuje i koryguje to co robi student 5 i mówi student 1. Na koniec proszę studenta 1 aby jeszcze raz wykonał całą procedurę samodzielnie. Obserwuję studentów wykonujących czynności Wprowadzam niezbędne korekty.
PODSUMOWANIE:	
INFORMACJE DLA STUDENTÓW	**INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW**
Na dzisiejszych zajęciach zdobyliście umiejętność wykonania iniekcji śródskórnej. Tę umiejętność będziecie wykorzystywać podczas naszych ćwiczeń, na praktykach oraz w trakcie egzaminu OSCE	Jak czujecie po zajęciach? Czy uważasz że procedura jest trudna do wykonania? Czy jest coś co moglibyście poprawić? Co sprawiło Ci największą trudność? W jakich sytuacjach w przyszłości wykorzystasz zdobytą umiejętność?
Zastosowanie umiejętności:	Umiejętność ta będzie niezbędna w kontynuacji nauki na dalszych poziomach zaawansowania: na zajęciach praktycznych i praktykach zawodowych z zakresu podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej, na egzaminie OSCE jak również na egzaminie dyplomowym. Jest to jedna z kluczowych umiejętności praktycznych niezbędnych w pracy zawodowej.
Literatura	Podstawy pielęgniarstwa tom 2, Algorytmy czynności i zabiegów pielęgniarskich Praca zbiorowa pod redakcją Haliny Kulik i Jolanty Eszyk s. 152-155.
Efekty kształcenia	**Wiedza** A.W.01. posługuje się mianownictwem anatomicznym A.W.04. charakteryzuje specyfikację i znaczenie gospodarki wodno-elektrolitowej i kwasowo--zasadowej w utrzymaniu homeostazy ustroju; A.W.20. omawia wybrane zagadnienia z zakresu patologii narządowej układu krążenia, układu oddechowego, trawiennego, moczowo-płciowego i nerwowego; B.W.36. charakteryzuje podstawowe metody organizacji opieki pielęgniarskiej i rodzaje dokumentacji obowiązującej na pielęgniarskich stanowiskach pracy; C.W.12. opisuje istotę, cel, wskazania, przeciwwskazania, niebezpieczeństwa, obowiązujące zasady i strukturę wykonywania podstawowych czynności pielęgniarskich C. W.30. omawia badanie podmiotowe ogólne i szczegółowe, zasady jego prowadzenia i dokumentowania C. W.31. charakteryzuje techniki badania fizykalnego i kompleksowego badania fizykalnego pacjenta dla potrzeb opieki pielęgniarskiej **Umiejętności** A.U.01. posługuje się w praktyce mianownictwem anatomicznym oraz wykorzystuje znajomość topografii narządów ciała ludzkiego A.U.04. konstruuje wzór wykorzystania podstaw wiedzy anatomicznej w badaniu przedmiotowym; B.U.17. zna przepisy prawne dotyczące wykonywania zawodu pielęgniarki i udzielania świadczeń zdrowotnych;

Efekty kształcenia	C. U.24. zakłada zgłębnik do żołądka i obarcza treści C. U.34. odnotowuje wykonanie zleceń w karcie zleceń lekarskich C. U.35. pomaga pacjentowi w adaptacji do warunków panujących w szpitalu i w innych przedsiębiorstwach podmiotu leczniczego C. U.63. bezpiecznie stosuje środki dezynfekcyjne i segreguje odpady medyczne **Kompetencje** D.K.6. rzetelnie i dokładnie wykonuje powierzone obowiązki zawodowe B.K.1. ponosi odpowiedzialność za udział w podejmowaniu decyzji zawodowych;

SCENARIUSZ SYMULACJI MEDYCZNEJNISKIEJ WIERNOŚCI – NW **Autor: dr n. o zdrowiu Anna Ławnik**				Nr porządkowy	NW zgodnie z wykazem
Czas zajęć	90 Min	Czas scenariusza	15 Min	Liczba studentów	8 osób
Nazwa	**Profilaktyka przeciwodleżynowa**				
Cel główny	**Nauka procedury profilaktyki przeciwodleżynowej**				
Cel szczegółowy	1. Nauka profilaktyki przeciwodleżynowej				
Metoda	Czterech kroków				

INFORMACJE TECHNICZNE I ORGANIZACYJNE							
Numer Sali	Nr 206	Numer stanowiska	Nr 1	Numer trenażera, fantomu	Nr zgodnie z wykazem	Nr zgodnie z wykazem	Nr zgodnie z wykazem
Sprzęt wielokrotnego użytku	1. środek nawilżający do ciała			Sprzęt jednorazowego użytku	1. rękawice jednorazowe 2. fartuch ochronny jednorazowy		
Informacja dla technika	Przygotowanie fantomu dorosłego człowieka. Przygotowanie środka nawilżającego do ciała						
Czynności początkowe	**Wykładowca:** 1. Przed rozpoczęciem zajęć sprawdza sposób przygotowania stanowiska i kompletacje. 2. Sprawdza listę uczestników i kartę informacyjną scenariusza itp. 3. Rozpoczyna scenariusz – prosząc o wyłączenie telefonów, zajęcie miejsc itp. – informacja za 3 min. rozpoczynamy proszę zająć miejsca itp.						

WPROWADZENIE:	
INFORMACJE DLA STUDENTÓW	**INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW**
Dzisiaj nauczycie się postępowania przeciwodleżynowego u pacjenta leżącego. Odleżyny stanowią poważną grupę powikłań. Nie leczone mogą stanowić nawet zagrożenie życia. Dlatego bardzo ważne jest zapobieganie powstaniu odleżyn. Właściwa obserwacja i pielęgnacja skóry jest podstawą do osiągnięcia tego celu.	1. Czy ktoś z Państwa widział odleżynę? 2. Na co zwrócimy uwagę planując wykonanie czynności? 3. W jakich przypadkach będziemy stosować profilaktykę przeciwodleżynową? 4. W jaki sposób możemy zmniejszyć ryzyko powstania odleżyn? 5. Czy ważne jest psychiczne przygotowanie pacjenta? 6. Jak myślicie które miejsca na ciele są najbardziej narażone na powstanie odleżyn

ZAPOZNANIE STUDENTÓW ZE SPRZĘTEM	
Wykładowca	Prezentuje studentowi fantom, pokazuje gdzie znajduje się środek którym trzeba nasmarować pacjenta.
Student	Ogląda i dotyka fantomu, nanosi niewielką ilość środka nawilżającego na własne dłonie.

METODA 4 KROKÓW	
Krok 1 – Próba niema	39. Informuję że rozpoczyna się próba niema, proszę o uwagę 40. Rozpoczynam scenariusz 41. Identyfikuję pacjenta 42. Zapewniam intymność pacjentowi 43. Układam pacjenta na brzuchu 44. Oceniam stan skóry na plecach i pośladkach 45. Nakładam środek nawilżający na dłonie 46. Masuję plecy i pośladki wybraną techniką

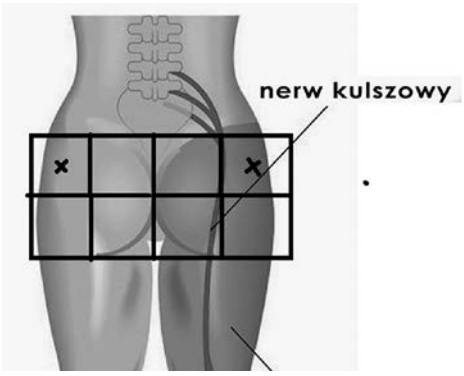
Krok 1 – Próba niema	47. Układam pacjenta w wygodnej pozycji 48. Odsłaniam parawan 49. Myje ręce 50. Dokumentuję zabieg
Krok 2 – Instruktaż	1. Identyfikuję pacjenta 2. Zapewniam intymność pacjentowi, rozsuwam parawan 3. Układam pacjenta na brzuchu 4. Oceniam stan skóry na plecach i pośladkach 5. Nakładam środek nawilżający na dłonie 6. Masuję plecy i pośladki wybraną techniką 7. Układam pacjenta w wygodnej pozycji 8. Odsłaniam parawan 9. Myję ręce 10. Dokumentuję zabieg
Krok 3 – Student - Instruktor	1. Instruktor wybiera studenta któremu przekazuje informacje: poinstruuj mnie jak wykonać całą procedurę używając konkretnych poleceń. Wykładowca wykonuje komendy korygując natychmiast błędnie wykonane komendy, następnie czynności wykonuje prawidłowo. Komendy które powinien student wypowiedzieć w tym scenariuszu: 1. Zidentyfikuj pacjenta 2. Zapewnij intymność pacjentowi, rozsuń parawan 3. Ułóż pacjenta na brzuchu 4. Oceń stan skóry na plecach i pośladkach 5. Nałóż środek nawilżający na dłonie 6. Masuj plecy i pośladki wybraną techniką 7. Ułóż pacjenta w wygodnej pozycji 8. Odsłoń parawan 9. Umyj ręce 10. Udokumentuj zabieg
Krok 4 – Student - Student	Student 1 wykonuje procedurę instruowany przez kolejnego studenta 2. Wykładowca natychmiast koryguje – bez zatrzymywania czynności. Koryguje i to co mówi student 2 i to co mówi student 1.

PODSUMOWANIE:	
INFORMACJE DLA STUDENTÓW	**INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW**
Na dzisiejszych zajęciach zdobyliście umiejętność oceny skóry pacjenta w kierunku powstawania odleżyn a także wykonania masażu który ma zapobiec jej powstawaniu. Tę umiejętność będziecie wykorzystywać podczas naszych ćwiczeń, na praktykach oraz w trakcie egzaminu OSCE.	Jak czujecie po zajęciach? Czy uważasz że procedura jest trudna do wykonania? Czy jest coś co moglibyście poprawić? Co sprawiło Ci największą trudność? W jakich sytuacjach w przyszłości wykorzystasz zdobytą umiejętność?

Zastosowanie umiejętności:	Umiejętność ta będzie niezbędna w kontynuacji nauki na dalszych poziomach zaawansowania: na zajęciach praktycznych i praktykach zawodowych z zakresu podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej, na egzaminie OSCE jak również na egzaminie dyplomowym. Jest to jedna z kluczowych umiejętności praktycznych niezbędnych w pracy zawodowej.
Literatura	Chrzan Elżbieta, Chrzan Paweł, Zukow Walery, Napierała Marek, Eksterowicz Jerzy. Rola pielęgniarki w profilaktyce i leczeniu odleżyn. Journal of Education, Health and Sport. 2016;6(12):123-170.

SCENARIUSZ SYMULACJI MEDYCZNEJ NISKIEJ WIERNOŚCI – NW **Autor ; dr n. med. Barbara Sokołowska**				Nr porządkowy		NW-zgodnie z wykazem
Czas zajęć		Czas scenariusza		Liczba studentów		
Nazwa	**Wykonanie iniekcji domięśniowej u dorosłego wyznaczając miejsce wkłucia metoda kwadrantów**					
Cel główny	**Nauka wykonania iniekcji domięśniowej metodą kwadrantów**					
Cel szczegółowy	1. Nauka ułożenia pacjenta. 2. Nauka określania miejsca wkłucia metodą kwadrantów. 3. Nauka przygotowania skóry do iniekcji. 4. Nauka wprowadzenie igły do tkanki. 5. Nauka aspirowania przez odciągnięcie tłoka. 6. Nauka podania leku. 7. Nauka usunięcia igły z tkanki.					
Metoda						
INFORMACJE TECHNICZNE I ORGANIZACYJNE						
Numer Sali	Nr	Numer stanowiska	Nr	Numer trenażera, fantomu	Nr	Nr	Nr
Sprzęt wielokrotnego użytku	2. Taca 3. Pojemnik na odpady ostre 4. Miska nerkowata			Sprzęt jednorazowego użytku	3. Strzykawka 5 ml 4. Igły – rozmiar 22 G, 21 G 5. Preparat do dezynfekcji skóry 6. Gaziki jałowe – 2 szt.		
Informacja dla technika	12. Przygotowanie trenażera do iniekcji domięśniowej oraz przygotowanie 10 zestawów (taca, pojemnik na odpady ostre, miska nerkowa, 2 igły - nr22 G, 21 G, Strzykawka nr …, preparat do dezynfekcji skóry, 2 gaziki jałowe)					
Czynności początkowe	Wykładowca: 1. Przed rozpoczęciem zajęć sprawdza sposób przygotowania stanowiska i kompletacje. 2. Sprawdza listę uczestników i kartę informacyjną scenariusza itp. 3. Rozpoczyna scenariusz – prosząc o wyłączenie telefonów, zajęcie miejsc itp. – informacja za 3 min. rozpoczynamy, proszę zająć miejsca itp. Co jeszcze trzeba zrobić i kto w scenariuszu którego to dotyczy.					

WPROWADZENIE:	
INFORMACJE DLA STUDENTÓW	**INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW**
Dzisiaj nauczymy się techniki iniekcji domięśniowej metodą kwadrantów. Celem tej czynności jest podanie leku do tkanki mięśniowej. Wyobraźcie sobie, że do szpitala na oddział SOR z ostrym bólem kręgosłupa trafia pacjent i lekarz zleca podanie 1 ampułki domięśniowo Ketanolu.	7. Czy ktoś z Państwa widział kiedykolwiek wykonanie iniekcji domięśniowej? 8. Jak myślicie, w jakie miejsce możemy wykonać iniekcje domięśniowe? 9. Jakie zasady należy przestrzegać wykonując iniekcje domięśniowe? 10. Czy ważny jest dobór odpowiedniej strzykawki i igły? 11. Czy pamiętasz jaką maksymalnie ilość leku możesz podać w iniekcji domięśniowej?
ZAPOZNANIE STUDENTÓW ZE SPRZĘTEM	
Wykładowca	OMAWIA FANTOM I PREZENTUJE MOŻLIWOŚCI TECHNICZNE. Do nauki iniekcji będziemy używać stymulatora pośladka. Zwróćcie uwagę na budowę symulatora. Mamy prawy pośladek, tutaj jest szpara pośladkowa oraz nerw kulszowy, odchodzi od kręgosłupa i przebiega przez środek pośladka, uda, podudzia, aż do stopy. Choć mięsień pośladkowy jest duży to bardzo ważne jest wyznaczenie na nim precyzyjnie miejsca wkłucia. My to zrobimy dzisiaj metodą kwadrantów. Pacjent leży na

Wykładowca	brzuchu lub na boku. Wyznaczam linię prowadzącą od końca bruzdy pośladkowej do kolca biodrowego i drugą, przechodzącą przez środek pośladka. Wyznaczony kwadrat dzielimy na 4 małe kwadraty a wkłucia dokonujemy w środek górnego, zewnętrznego kwadratu. Jeżeli wykonalibyśmy iniekcje np. w środek pośladka moglibyśmy uszkodzić **nerw kulszowy.** Czy macie pytania dotyczące symulatora? Czy wszystko jest jasne? Proszę usiąść.
Student	Każdy student zapoznaje się ze sprzętem. Dotyka fantomu, sprawdza możliwości techniczne. Ogląda zestaw do wstrzyknięć. Rozpakowuje jeden zestaw sprzętu jednorazowego, sprawdza jego działanie. *W czasie przygotowywania zestawów do ćwiczeń uwzględnia się dodatkowo zapotrzebowanie na sprzęt oglądany.*
METODA 4 KROKÓW	
Krok 1 – Próba niema	PROSZĘ O CISZĘ I SKUPIENIE UWAGI. 1. Podchodzę do symulatora. 2. Układam pacjenta na brzuchu lub lewym boku. 3. Ustawiam się na wysokości pośladka pacjenta. 4. Wybieram miejsce wkłucia. 5. Wyznaczam miejsce wkucia metoda kwadrantów (scenariusz nr…). 6. Dezynfekuję skórę w wyznaczonym miejscu - czekam około 30 s, (liczę). 7. Chwytam w rękę dominującą strzykawkę z lekiem. 8. Chwytam tak by palec mały ręki dominującej ułożony był na nasadzie igły a pozostałe palce na cylindrze strzykawki. 9. Ręką nie dominującą rozciągam skórę w okolicy miejsca wkłucia. 10. Wprowadzam igłę pod kątem 90 stopni na głębokość ¾ igły. 11. Ręka nie dominującą, palcem wskazującym i kciukiem przytrzymuje nasadę igły, stabilizując igłę w tkance. 12. Wykonuje aspirowanie, czyli delikatnie podciągam do góry za skrzydełka tłoka strzykawki. 13. Sprawdzam czy w nasadzie igły nie pojawiła się krew. 14. Jeżeli jest brak krwi – powoli rozpoczynam podawanie leku, naciskając tłok strzykawki. 15. Po wprowadzeniu leku - ręką dominującą chwytam za strzykawkę, małym palcem na nasadzie igły. 16. Ręką nie dominującą, chwytam czysty gazik. 17. Przykładam do skóry obok igły i uciskam. 18. Wykłuwam igłę z tkanki zdecydowanym ruchem. 19. Uciskam miejsce wkłucia. 
Krok 2 – Instruktaż	Wykonam pokaz z omówieniem 1. Podejdź do symulatora. 2. Ułóż pacjenta na brzuchu lub lewym boku. 3. Ustaw się na wysokości pośladka pacjenta. 4. Wybierz miejsce wkłucia. 5. Wyznacz miejsce wkucia metodą kwadrantów (scenariusz nr…). 6. Dezynfekuj skórę w wyznaczonym miejscu - czekaj około 30 s, (licz). 7. Chwyć w rękę dominującą strzykawkę z lekiem. 8. Chwyć tak by palec mały ręki dominującej ułożony był na nasadzie igły a pozostałe palce na cylindrze strzykawki. 9. Ręką nie dominującą rozciągnij skórę w okolicy miejsca wkłucia. 10. Wprowadź igłę pod kątem 90 stopni na głębokość ¾ igły. 11. Ręką nie dominującą, palcem wskazującym i kciukiem przytrzymuj nasadę igły, stabilizując igłę w tkance.

Krok 2 – Instruktaż	12. Wykonaj aspirowanie, czyli delikatnie podciągnij do góry za skrzydełka tłoka strzykawki. 13. Sprawdź czy w nasadzie igły nie pojawiła się krew. 14. Jeżeli jest brak krwi – powoli rozpocznij podawanie leku, naciskając tłok strzykawki. 15. Po wprowadzeniu leku - ręką dominującą chwyć za strzykawkę, małym palcem na nasadzie igły. 16. Ręką nie dominującą, chwyć czysty gazik. 17. Przyłóż do skóry obok igły i uciśnij. 18. Wykłuj igłę z tkanki zdecydowanym ruchem. 19. Uciśnij miejsce wkłucia. 20. Uporządkuj stanowisko. Wykładowca tłumaczy wykonując po kolei całą procedurę. PAMIĘTAJ! To nie jest wykład. Wykonując działań używamy krótkich zdań/komend. PAMIĘTAMY! Trzymamy się tematu i celu, mówimy to co nas prowadzi do wykonania procedury. Nie wchodzimy w tematy oboczne lub równoległe.
Krok 3 – Student - Instruktor	INSTRUKTOR WYBIERA Z GRUPY JEDNEGO STUDENTA I PROSI BY TERAZ ON INSTRUOWAŁ INSTRUKTORA wg. WCZESNIEJSZYCH POLECEŃ: 1. Podejdź do symulatora. 2. Ułóż pacjenta na brzuchu lub lewym boku. 3. Ustaw się na wysokości pośladka pacjenta. 4. Wybierz miejsce wkłucia. 5. Wyznacz miejsce wkucia metoda kwadrantów (scenariusz nr…). 6. Dezynfekuj skórę w wyznaczonym miejscu - czekaj około 30 s, (licz). 7. Chwyć w rękę dominującą strzykawkę z lekiem. 8. Chwyć tak by palec mały ręki dominującej ułożony był na nasadzie igły a pozostałe palce na cylindrze strzykawki. 9. Ręką nie dominującą rozciągnij skórę w okolicy miejsca wkłucia. 10. Wprowadź igłę pod kątem 90 stopni na głębokość ¾ igły. 11. Ręką nie dominującą, palcem wskazującym i kciukiem przytrzymuj nasadę igły, stabilizując igłę w tkance. 12. Wykonaj aspirowanie, czyli delikatnie podciągnij do góry za skrzydełka tłoka strzykawki. 13. Sprawdź czy w nasadzie igły nie pojawiła się krew. 14. Jeżeli jest brak krwi - powoli rozpocznij podawanie leku, naciskając tłok strzykawki. 15. Po wprowadzeniu leku - ręką dominującą chwyć za strzykawkę, małym palcem na nasadzie igły.
Krok 3 – Student - Instruktor	16. Ręką nie dominującą, chwyć czysty gazik. 17. Przyłóż do skóry obok igły i uciśnij. 18. Wykłuj igłę z tkanki zdecydowanym ruchem. 19. Uciśnij miejsce wkłucia. 20. Uporządkuj stanowisko. Instruktor wykonuje polecenia studenta na bieżąco korygując błędy w wydawaniu komend.
Krok 4 – Student - Student	INSTRUKTOR WYBIERA Z GRUPY KOLEJNEGO STUDENTA I PROSI BY TERAZ TEN INSTRUOWAŁ STUDENTA, KTÓRY INSTRUOWAŁ INSTRUKTORA wg. KONKRETNYCH POLECEŃ: 1. Umyj i dezynfekuj ręce. 2. Podchodź do symulatora. 3. Ułóż pacjenta na brzuchu lub lewym boku. 4. Ustaw się na wysokości pośladka pacjenta. 5. Wybierz miejsce wkłucia. 6. Wyznacz miejsce wkucia metoda kwadrantów (scenariusz nr…). 7. Dezynfekuj skórę w wyznaczonym miejscu – czekaj około 30 s, (licz).

Krok 4 – Student - Student	8. Chwyć w rękę dominującą strzykawkę z lekiem. 9. Chwyć tak by palec mały ręki dominującej ułożony był na nasadzie igły a pozostałe palce na cylindrze strzykawki. 10. Ręką nie dominującą rozciągnij skórę w okolicy miejsca wkłucia. 11. Wprowadź igłę pod kątem 90 stopni na głębokość ¾ igły. 12. Ręką nie dominującą, palcem wskazującym i kciukiem przytrzymuj nasadę igły, stabilizując igłę w tkance. 13. Wykonaj aspirowanie, czyli delikatnie podciągnij do góry za skrzydełka tłoka strzykawki. 14. Sprawdź czy w nasadzie igły nie pojawiła się krew. 15. Jeżeli jest brak krwi - powoli rozpocznij podawanie leku, naciskając tłok strzykawki. 16. Po wprowadzeniu leku - ręką dominującą chwyć za strzykawkę, małym palcem na nasadzie igły. 17. Ręką nie dominującą, chwyć czysty gazik. 18. Przyłóż do skóry obok igły i uciśnij. 19. Wykłuj igłę z tkanki zdecydowanym ruchem. 20. Uciśnij miejsce wkłucia. 21. Uporządkuj stanowisko. Instruktor koryguje to co robi student i co mówi student instruujący. **Student 1** wykonuje procedurę instruowany przez kolejnego studenta - **student 2.** Wykładowca koryguje popełniane błędy bez zatrzymywania czynności. Koryguje to co robi student i to co mówi student.
PODSUMOWANIE:	
INFORMACJE DLA STUDENTÓW	**INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW**
Na dzisiejszych zajęciach zdobyliście umiejętność wykonywania iniekcji domięśniowych metodą kwadrantów. Tę umiejętność możecie wykorzystać np. podczas praktyk oraz egzaminu OSCE.	9. Jak czujecie się po ćwiczeniach? 10. Jak myślisz czy nauka tej umiejętności będzie Ci potrzebna w życiu? 11. Wymieńcie jakich zasad należy przestrzegać stosując się do procedury wykonywania iniekcji domięśniowych metodą kwadrantów? 12. Z czego jesteś zadowolony? 13. …….widziałem ze dobrze aspirowałeś. Cieszę się. 14. A ty…….. widziałem ze drżały Ci ręce przed wkłuciem – to naturalne, ponieważ wykonujesz to po raz pierwszy - ale zrobiłeś to poprawnie.
Zastosowanie umiejętności:	Umiejętność ta będzie niezbędna w kontynuacji nauki na dalszych poziomach zaawansowania: na zajęciach praktycznych i praktykach zawodowych z zakresu podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej, na egzaminie OSCE jak również na egzaminie dyplomowym. Jest to jedna z kluczowych umiejętności praktycznych niezbędnych w pracy zawodowej.
Literatura	Ślusarska B, Zarzycka D, Zachradniczek K. (red.), Podstawy pielęgniarstwa tom II, Wyd. CZELEJ, Lublin 2016, 905-910 s. Dzirba A., Wstrzyknięcia domięśniowe. Podręcznik dla studiów medycznych. Wyd. Lekarskie PZWL 2010
Efekty kształcenia w zakresie wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych	C.U. 10 - podaje choremu leki drogami zgodnie z pisemnym zleceniem lekarza oraz oblicza dawki leków;

Część II
SCENARIUSZE POŚREDNIEJ WIERNOŚCI

SCENARIUSZ SYMULACJI MEDYCZNEJ POŚREDNIEJ WIERNOŚCI – PW **Autor: dr nauk o zdrowiu Renata Chlebowska**					Nr porządkowy	PW zgodne z wykazem
Czas zajęć	90 Min	Czas scenariusza	15 Min	Liczba studentów	8	
Nazwa	**Postępowanie z dzieckiem nowoprzyjętym z ostrym podgłośniowym zapaleniem krtani**					
Cel główny	**Nauka postępowania z dzieckiem nowoprzyjętym z ostrym podgłośniowym zapaleniem krtani**					
Cel szczegółowy	1. Zebranie wywiadu pediatrycznego. 2. Monitorowanie i interpretacja parametrów życiowych. 3. Postępowanie zgodnie ze zleceniem lekarskim 4. Współpraca z rodzicem/opiekunem dziecka.					
Metoda	Symulacji medycznej					
INFORMACJE TECHNICZNE I ORGANIZACYJNE						
Nr Sali	Nr 203	Numer stanowiska	Nr 1	Nr trenażera, fantomu	Nr zgodnie z wykazem	
Sprzęt wielokrotnego użytku	Fantom dziecka Zestaw do podawania tlenu/leków drogą wziewną – scenariusz zgodnie z wykazem Zestaw do podania leku dożylnego(sprzęt wielorazowy) scenariusz zgodnie z wykazem Zestaw do podłączenia kroplowego wlewu dożylnego – scenariusz zgodnie z wykazem (sprzęt wielorazowy). Zestaw do pomiaru temperatury ciała z termometrem elektronicznym scenariusz zgodnie z wykazem (sprzęt wielorazowy). Kardiomonitor z dodatkowym wyposażeniem: różne rozmiary czujników nakładanych na palec do pomiaru wartości saturacji, mankiet 6 cm do pomiaru ciśnienia tętniczego			Sprzęt jednorazowego użytku	Zestaw do podawania tlenu/leków drogą wziewną – scenariusz zgodnie z wykazem Zestaw do podania leku dożylnego (sprzęt jednorazowy) scenariusz zgodnie z wykazem Zestaw do podłączenia kroplowego wlewu dożylnego (sprzęt jednorazowy) – scenariusz zgodnie z wykazem Zestaw do pomiaru temperatury ciała z termometrem elektronicznym (sprzęt jednorazowy) scenariusz zgodnie z wykazem.	

<table>
<tr><td colspan="2">Pozostałe wyposażenie</td><td colspan="4">WZÓR WYWIADU PEDIATRYCZNEGO.
1. Papier format A4 (może być czysty, w linie lub kratkę) – ilość 10 kartek i przybory do pisania – długopisy 10 szt.
KARTA GORĄCZKOWA
2. Biurko/stolik do zapisania notatek i krzesło
3. Przy łóżku ustawione dodatkowe krzesło.
Indywidualna karta zlecenia lekarskiego.</td><td>Ubrania i charakteryzacja</td><td colspan="4">1. Fantom dziecka ubrany w pidżamę,
Na twarzy dziecka w okolicy ust i nosa sinica obwodowa oraz wyciek śliny z ust, usta lekko otwarte</td></tr>
<tr><td colspan="2">Informacja ogólna dla technika</td><td colspan="9">Fantom dziecka umieszczony w łóżku w pozycji siedzącej, głowa oparta na poduszce, przykryty kocem do wysokości pasa. Łóżko ustawione w pobliżu źródła tlenu.
Na lewej dłoni założone wkłucie dożylne typu wenflon zabezpieczone korkiem i bandażem owiniętym wokół dłoni.
Na twarzy, w okolicy ust i nosa, sinica obwodowa oraz wycieka ślina z ust, usta lekko otwarte
Blisko łóżka powinno być ustawione biurko i dodatkowe krzesło.
Dodatkowe krzesło umieszczone w Sali.</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Parametry początkowe symulatora</td><td>Nazwa</td><td>R
- oddech</td><td>EKG</td><td>NIBP</td><td>SpO_2</td><td>CO_2</td><td>Temp.
^0C</td><td>Sinica%</td><td>Oczy</td><td>Obrzęki</td><td></td></tr>
<tr><td>Liczba</td><td>35</td><td>130</td><td>95/50</td><td>84</td><td>40</td><td>37,5</td><td>50</td><td>l-n;pn</td><td>krtani</td><td></td></tr>
<tr><td>Cechy</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Inne</td><td colspan="9">Inne ustawienia: Stridor wdechowy, tzw. szczekający kaszel, duszność wdechowa sinica obwodowa w okolicy ust i nosa. Płacz dziecka.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Czynności początkowe</td><td colspan="9">Należy wpisać co trzeba wykonać przed rozpoczęciem zajęć scenariusza np.:
Wykładowca:
• Co jeszcze trzeba zrobić i kto w scenariuszu którego to dotyczy. Przed rozpoczęciem zajęć sprawdza sposób przygotowania stanowiska i kompletacje.
• Sprawdza listę uczestników i kartę informacyjną scenariusza itp.
• Rozpoczyna scenariusz — prosząc o wyłączenie telefonów, zajęcie miejsc itp. — informacja za 3 min. rozpoczynamy proszę zająć miejsca itp.</td></tr>
</table>

REALIZACJA SCENARIUSZA
WPROWADZENIE – PREBREFING:
PLAN PREBRIEFINGU: 1. Zapoznanie z tematem szkolenia/kursu/scenariusza. 2. Zaprezentuj części szkolenia/zajęć: prebriefing, scenariusz, debriefing i określ ramy czasowe. 3. Przedstawienie i omówienie krótkie celu i celów pośrednich scenariusza — rozmowa dyskusja w oparciu o informacje *dla* studentów i informacje dla wykładowców. 4. Przedstaw gdzie będzie przeprowadzany scenariusz (SOR, sala pacjenta, sala opatrunkowa, mieszkanie pacjenta). 5. Zaprezentuj przypadek kliniczny: *Pacjent Jan Kowalski itd.* 6. Zaproponuj podział ról w grupie, wyznacz lidera (jeśli potrzebny). 7. Upewnij się czy poszczególni członkowie zespołu wiedzą za co są odpowiedzialni, czy rozumieją swoją rolę. 8. Zaproś uczestników do Sali symulacyjnej w celu zapoznania z salą i ze sprzętem.

INFORMACJE DLA STUDENTÓW	INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW
Schorzenia układu oddechowego bardzo często występują u dzieci, szczególnie u dzieci małych. Uwarunkowane jest to fizjologią układu oddechowego i sprawnością układu odpornościowego. Dzisiaj nauczycie się postępowania z dzieckiem chorym na ostre podgłośniowe zapalenie krtani. Dodatkowo nauczycie się jak prawidłowo zebrać wywiad pediatryczny z rodzicem, opiekunem dziecka. Będziecie uczyć się monitorowania i interpretowania zmierzonych parametrów życiowych takich jak: RR, tętno, saturacja, temperatura ciała. Nauczycie się postępowania dzieckiem chorym w sytuacji trudnej związanej z pogorszeniem się stanu zdrowia. Będziecie wykonywać zlecenia lekarskie. Pamiętajcie o zasadach bezpieczeństwa. Podając pacjentowi tlen lub inne leki pod sprężonym tlenem, pacjent nie może mieć natłuszczonej twarzy (maść, krem) ani innej części ciała, ponieważ sprężony tlen w kontakcie z substancją tłustą wywołuje pożar. Ta zasada dotyczy także opiekuna dziecka i pielęgniarki. Bardzo ważnym będzie nauczenie się współpracy z rodzicem dziecka. Dodatkowo będziecie starali się zaobserwować jakie typowe objawy tej choroby występują u dziecka. Nauczenie się postępowania z dzieckiem chorym będzie dla was cennym doświadczeniem. To ćwiczenie może być dla niektórych z was wyzwaniem. Uświadomicie sobie jak odpowiedzialna jest praca pielęgniarki. Przećwiczenie przez was pewnych czynności w sytuacji symulacji medycznej, zapobiegnie popełnieniu przez was błędów w pracy z dzieckiem w rzeczywistej sytuacji klinicznej. Starajcie się zachowywać naturalnie i jeżeli możliwe panować nad swoimi emocjami. OSTRE PODGŁOŚNIOWE ZAPALENIE KRTANI. Jest to ostry stan zapalny obejmujący dolne piętro krtani, okolicę podgłośniową wraz ze strunami głosowymi, charakteryzujący się stridorem – świstem, spowodowanym zawirowaniem przeciskającego się strumienia powietrza przez zwężenie w okolicy podgłośniowej, wywołane obrzękiem błony śluzowej. Krup o etiologii wirusowej jest najczęstszą zapalną przyczyną stridoru i duszności wdechowej u niemowląt i młodszych dzieci. Większość przypadków pojawia się w wieku od 3 – 6 miesiąca do 4 - 6 roku życia, najczęściej pomiędzy 1-3 rokiem życia, w okresie jesienno – wiosennym. Choroba częściej dotyczy płci męskiej i może mieć tendencję do wielokrotnych nawrotów. Najczęstszymi czynnikami etiologicznymi(w około 95%) są wirusy: para grypy(typ 1,2,3), rzadziej	Wyobraźcie sobie sytuację,że jesteście na zajęciach praktycznych w szpitalu w oddziale dziecięcym. Pod opieką macie dziecko przyjęte dzisiaj do oddziału. Waszym zadaniem jest wykonanie zleceń lekarskich i opieka nad dzieckiem, pamiętajcie, że z dzieckiem przebywa OPIEKUN. Kto z was opiekował się kiedyś małym dzieckiem, może rodzeństwem? **Odp.:** Ja opiekowałam/em się młodszą siostrą/ bratem….. Nie mam rodzeństwa, ale pomagałam w opiece nad małym dzieckiem. Jakie były wasze wspomnienia z tego okresu? **Odp.:** Było to zupełnie nowe doświadczenie. Mogłam obserwować małe dziecko i wykonywać przy nim takie czynności jak karmienie, pielęgnowanie czy wyjścia na spacer. Czy waszym zdaniem opieka nad dzieckiem jest łatwa, czy może trudna? **Odp.:** Z jednej strony opieka nad małym dzieckiem jest łatwa ponieważ jeśli dziecko jest zdrowe to jest radosne, wesołe i kontakt z takim dzieckiem jest przyjemnością. Z drugiej strony jest też trudna ponieważ trzeba umieć przewidzieć zachowanie dziecka, trzeba być skoncentrowanym na dziecku, dlatego że jesteśmy za nie odpowiedzialni. Na co waszym zdaniem należy zwrócić uwagę mając pod opieką małe dziecko? **Odp.:** Trzeba zwrócić uwagę na zapewnienie bezpiecznego otoczenia, dobierać zabawki odpowiednie do wieku dziecka. Trzeba dziecku zorganizować czas w ten sposób, żeby była pora na odpoczynek, zabawę i posiłki. Jakie uczucia towarzyszą dziecku i jego opiekunowi podczas pobytu w szpitalu? **Odp.:** Mogą oni czuć stres, lęk, zmęczenie związane z przebiegiem choroby i pobytem w szpitalu. Co możecie zrobić, żeby zmniejszyć stres dziecka i opiekuna? **Odp.:** Trzeba poświęcić im czas, wytłumaczyć wszystkie czynności jakie będą wykonywane. Jak myślicie, jakie są przyczyny ostrego podgłośniowego zapalenia krtani? **Odp.:** Wcześniejsza infekcja wirusowa górnych dróg oddechowych, alergie, a także zmiany ciśnienia atmosferycznego, temperatury czy wilgotności powietrza.

wirusy RS, grypa typ A i B, adeno -, entero – rhinowirusy oraz wirus odry. Wśród czynników uspasabiających brane są pod uwagę warunki meteorologiczne (zmiany ciśnienia atmosferycznego, temperatury, wilgotności powietrza), zanieczyszczenie środowiska, czynniki alergiczne, zaburzenia neurowegetatywne i czynniki psychiczne. Objawy pojawiają się najczęściej w nocy, kilka godzin po zaśnięciu dziecka. Poprzedzone są występującą 1 -2 dni wcześniej infekcją wirusową górnych dróg oddechowych. Badania laboratoryjne. Niewielkie podwyższenie OB., leukocytoza prawidłowa lub nieznacznie obniżona z przesunięciem obrazu odsetkowego w kierunku limfocytozy. Zmiany w badaniu gazometrycznym krwi pojawiają się późno, dopiero przy nasilonej obturacji krtani oraz w tych przypadkach, gdy proces zapalny obejmuje również dolne drogi oddechowe: oskrzela, oskrzeliki, miąższ płucny. W badaniu RTG szyi i klatki piersiowej w projekcji przednio – tylnej stwierdza się objaw zwężającego się słupa powietrza w okolicy podgłośniowej krtani(objaw „wieży"). Objaw radiologiczny występuje tylko u około 50% chorych dzieci i nie ma decydującego znaczenia diagnostycznego. W sytuacji narastania objawów niewydolności oddechowej, oczekiwanie na wykonanie badania radiologicznego opóźnia wdrożenie dalszego postępowania terapeutycznego. Leczenie: leczenie ma na celu zapewnienie drożności dróg oddechowych i prawidłowej wymiany gazowej. Dzieci z łagodną postacią podgłośniowego zapalenia krtani mogą być leczone w domu, w przypadku narastania duszności wdechowej konieczna jest hospitalizacja.	Kto pamięta jakie są objawy ostrego podgłośniowego zapalenia krtani u dzieci? **Odp.:** Objawy z reguły pojawiają się w nocy, kilka godzin po zaśnięciu dziecka. Początkowo jest to suchy, szorstki, szczekający kaszel i chrypka z nasilającym się stridorem oddechowym. Następnie mogą narastać objawy niewydolności oddechowej. Temperatura ciała w granicach 37,5 – 38,5^{0}C, ale może też być przebieg bezgorączkowy. Dziecko jest bardzo niespokojne. Może wystąpić zasinienie wokół ust i nosa. Jak myślicie jakie parametry będziemy mierzyć u pacjenta z tą chorobą? **Odp.:** Ilość oddechów, saturacja, temp. ciała, RR i tętno. Trzeba też obserwować zachowanie dziecka. 1. <u>Zaprezentuj części szkolenia/zajęć: prebriefing, scenariusz, debriefing i określ ramy czasowe.</u> Prebriefing – 10 minut. Scenariusz – 15 minut. Debriefing – 45 minut. 2. <u>Przedstawienie i omówienie krótkie celu i celów pośrednich scenariusza — rozmowa dyskusja w oparciu o informacje *dla* studentów i informacje dla wykładowców.</u> Cel scenariusza: Nauka postępowania z dzieckiem nowoprzyjętym z ostrym podgłośniowym zapaleniem krtani. Cele pośrednie: 1. Zebranie wywiadu pediatrycznego. 2. Monitorowanie i interpretacja parametrów życiowych. 3. Postępowanie zgodnie ze zleceniem lekarskim 4. Współpraca z rodzicem/opiekunem dziecka. 3. <u>Przedstaw gdzie będzie przeprowadzany scenariusz (SOR, sala pacjenta, sala opatrunkowa, mieszkanie pacjenta).</u> Szpital oddział dziecięcy. 4. <u>Zapytaj czy studenci rozumieją poprzednie informacje. Jeżeli nie - wyjaśnij ponownie.</u> 5. <u>Zaprezentuj przypadek kliniczny: *Pacjent Jan Kowalski itd.*</u> <u>Przypadek kliniczny.</u> Chłopiec lat 3, jest pierwszym dzieckiem Alicji Kowalskiej lat 35. Ciąża była zagrożona porodem przedwczesnym, kobieta do porodu przebywała na zwolnieniu lekarskim, poród był powikłany - opiekun nie chciał podać szczegółów. Po urodzeniu masa ciała i długość były w zakresie normy, w skali Apgar punktów 8 – za zabarwienie powłok

	skórnych. Do tej pory chłopiec nie był hospitalizowany, sporadycznie infekcje wirusowe nosa i gardła leczone ambulatoryjnie. Obecnie chłopiec przebywa w szpitalu. 6. Zaproponuj podział ról w grupie, wyznacz lidera OPIEKUN DZIECKA. 1. Student: Lider – koordynator pracy całej grupy, obserwuje pracę poszczególnych osób i udziela wskazówek. 2. Student: Pielęgniarka 1 – zbiera wywiad, zapisuje w dokumentacji wywiadu i wspiera matkę 3. Student: Pielęgniarka 2 – odpowiedzialna za: właściwe ułożenie pacjenta, podawanie tlenu i podanie leków drogą wziewną, monitorowanie stanu pacjenta i udokumentowanie wykonania czynności. 4. Student: Pielęgniarka 3 – odpowiedzialna za podanie leków drogą i.v i wlewów kroplowych, dokumentowanie wykonanych czynności 7. Upewnij się czy poszczególni członkowie zespołu wiedzą za co są odpowiedzialni, czy rozumieją swoją rolę. Czy wszyscy zrozumieli przydzielone im role ZWRACAM SIĘ DO KAŻDEJ OSOBY Z ZAPYTANIEM CZY ROZUMIE PRZYDZIELONA ROLĘ I PROSZĘ O POWTÓRZENIE ZLECONYCH ZADAŃ. 8. Zapraszam uczestników do Sali symulacyjnej w celu zapoznania z salą i ze sprzętem

ZAPOZNANIE STUDENTÓW ZE SPRZĘTEM	
Wykładowca	Dzisiaj będziemy pracować na sali chorego. Wyposażenie jest wam znane, nowym elementem jest fantom dziecka. Fantom posiada funkcje: oddychanie z uwzględnieniem zaburzeń: niedrożność dróg oddechowych, świsty, rzężenia, kaszel. Dodatkowo będziemy wykorzystywać kardiomonitor i zestaw do podawania tlenu i leków podawanych drogą wziewną. Kardiomonitor służy do monitorowania parametrów życiowych pacjenta, takich jak: ciśnienie krwi, tętno, saturacja, ilość oddechów. W zależności od wyposażenia kardiomonitora, można mierzyć inne funkcje, po podłączeniu odpowiedniego osprzętu. Do podawania leków drogą wziewną możemy wykorzystać różnego rodzaju inhalatory i nebulizatory. Każdy posiada kompresor, przewód łączący kompresor z pojemnikiem na lek, pojemnik na lek oraz maskę twarzową występującą w różnych rozmiarach (dla dorosłego i dziecka) oraz ustnik.
Student	Każdy student zapoznaje się ze sprzętem – szczególnie obsługą kardiomonitora, sprzętem potrzebnym do podania leków droga wziewną i dożylną. Bardzo ważne jest zapoznanie się z fantomem dziecka.
SCENARIUSZ SYMULACJI	
Opis scenariusza	Adaś Kowalski lat 3 przyjęty w dniu dzisiejszym do oddziału z rozpoznaniem ostrego podgłośniowego zapalenia krtani. Chłopiec jest niespokojny. Z dzieckiem jest mama lat 35.

Obecny stan kliniczny	Pacjent znajduje się w sali chorych, w oddziale pediatrycznym. U pacjenta występują następujące objawy: stridor wdechowy, duszność wdechowa, chrypka, szczekający kaszel, temperatura 37,5; sinica obwodowa – okolica ust i nosa, ślinotok.
Wywiad	Chłopiec lat 3, jest pierwszy dzieckiem Alicji Kowalskiej lat 35.Ciąża była zagrożona porodem przedwczesnym, kobieta do porodu przebywała na zwolnieniu lekarskim, poród był powikłany OPIEKUN nie chciała podać szczegółów. Po urodzeniu masa ciała i długość były w zakresie normy, w skali Apgar punktów 8 – za zabarwienie powłok skórnych. Do tej pory chłopiec nie był hospitalizowany, sporadycznie infekcje wirusowe nosa i gardła leczone ambulatoryjnie. Obecnie chłopiec przebywa w szpitalu.

Przebieg scenariusza Ścieżka 1	<u>Podział na role:</u> OPIEKUN DZIECKA. 1. Student: Lider – koordynator pracy całej grupy, obserwuje pracę poszczególnych osób i udziela wskazówek. 2. Student: Pielęgniarka 1 – zbiera wywiad, zapisuje w dokumentacji wywiadu i wspiera matkę 3. Student: Pielęgniarka 2 – odpowiedzialna za: właściwe ułożenie pacjenta, podawanie tlenu i podanie leków drogą wziewną, monitorowanie stanu pacjenta i udokumentowanie wykonania czynności. 4. Student: Pielęgniarka 3 – odpowiedzialna za podanie leków drogą i.v i wlewów kroplowych, dokumentowanie wykonanych czynności Przebieg scenariusza - 15 min. Lider: Dzień dobry, jestem pielęgniarką koordynuję pracę zespołu pielęgniarskiego na tym oddziale. Jest Pani opiekunem dziecka, czy wyrazi Pani zgodę na przeprowadzenie wywiadu Lider: Poproszę jedną z moich koleżanek aby zaraz do Pani przyszła. <u>Pielęgniarka 1 – zbiera wywiad, zapisuje w dokumentacji wywiadu i wspiera matkę</u> PIELĘGNIARKA1: Podchodzi i przedstawia się: nazywam się Anna Kowalska będę zbierała z Panią wywiad na temat dziecka, a także postaram się pomóc. Czy odpowie Pani na pytania?	<u>Przebieg scenariusza</u> OPIEKUN DZIECKA. 1. Student: Lider – koordynator pracy całej grupy, obserwuje pracę poszczególnych osób i udziela wskazówek. 2. Student: Pielęgniarka 1 – zbiera wywiad, zapisuje w dokumentacji wywiadu i wspiera matkę 3. Student: Pielęgniarka 2 – odpowiedzialna za: właściwe ułożenie pacjenta, podawanie tlenu i podanie leków drogą wziewną, monitorowanie stanu pacjenta i udokumentowanie wykonania czynności. 4. Student: Pielęgniarka 3 – odpowiedzialna za podanie leków drogą i.v i wlewów kroplowych, dokumentowanie wykonanych czynności OPIEKUN: tak OPIEKUN: dobrze OPIEKUN: tak

Przebieg scenariusza Ścieżka 1	PIELĘGNIARKA 1: Pozwoli Pani, że w trakcie wywiadu będę notowała Pani odpowiedzi do kwestionariusza wywiadu.	OPIEKUN: dobrze.
	PIELĘGNIARKA 1: Z dokumentacji wynika, że Adaś ma lat 3, mam zapisaną datę urodzenia	OPIEKUN: Tak, ma 3 lata, urodził się 5.06.2015.
	PIELĘGNIARKA 1: Proszę powiedzieć, czy Adaś jest uczulony na jakieś pokarmy, leki, kosmetyki lub inne produkty.	OPIEKUN: Nie jest uczulony na nic
	PIELĘGNIARKA 1: Czy wcześniej przebywał w szpitalu i bierze na stałe jakieś leki	OPIEKUN: Teraz się rozchorował, ale wcześniej nie leżał w szpitalu, na stałe nie bierze żadnych leków
	PIELĘGNIARKA 1: Czy Adaś chodzi do przedszkola.	OPIEKUN: Nie ponieważ ja nie pracuję i opiekuję się dzieckiem.
	PIELĘGNIARKA 1: Co Panią zaniepokoiło, że jesteście teraz w szpitalu.	OPIEKUN: Wczoraj wieczorem poszedł spać zdrowy, w nocy zaczął kaszleć, dziwnie oddychał, nie spał i był niespokojny. Mierzyłam jemu temperaturę ale gorączki nie miał, zrobiłam inhalacje, ale zbytniej poprawy nie było. Do rana nie spałam zajmowałam się dzieckiem Rano poszłam z dzieckiem do lekarza, który wystawił skierowanie do szpitala. Adaś bardzo źle się czuje, tak dziwnie oddycha.
	PIELĘGNIARKA 1: Teraz podamy dziecku wszystkie zlecone przez lekarza leki.	OPIEKUN: Czy będzie czuł się lepiej? Bardzo się o niego martwię, nigdy wcześniej nie był w szpitalu.
	PIELĘGNIARKA 1: Mam nadzieje, że tak. będzie Pani o wszystkim informowana. Bardzo ważne jest aby Pani była teraz z Adasiem, on potrzebuje Pani wsparcia.	OPIEKUN: dobrze.
	PIELĘGNIARKA 1: Jak Adaś będzie czuł się lepiej to pobierzemy krew do badań.	OPIEKUN: Czy to jest konieczne?
	PIELĘGNIARKA1: Tak, ponieważ lekarz chce wiedzieć jaki jest obecny stan zdrowia chłopca.	OPIEKUN: Rozumiem, ale jak długo będziemy w szpitalu?
	PIELĘGNIARKA1: Tego nie wiem, to zależy od stanu zdrowia dziecka.	OPIEKUN: Czy ktoś będzie mnie informował o sytuacji?
	PIELĘGNIARKA1: Codziennie jest wizyta lekarska i wtedy może Pani zapytać.	OPIEKUN: Dobrze.

Przebieg scenariusza Ścieżka 1	Pielęgniarka 2 – odpowiedzialna za: właściwe ułożenie pacjenta, podawanie tlenu i podanie leków drogą wziewną, monitorowanie stanu pacjenta i udokumentowanie wykonania czynności. PIELĘGNIARKA2: Dzień dobry Zgłaszała Pani złe samopoczucie dziecka, chciałam chłopcu podać leki w inhalacji, podać tlen i zmierzyć parametry zgodnie ze zleceniem lekarza. PIELĘGNIARKA 2 zwraca się do dziecka: Nic się nie bój szybciutko podamy lekarstwa po których będziesz czuł się lepiej i szybciej pójdziesz do domu. Pielęgniarka po zmierzeniu parametrów informuje lidera. PIELĘGNIARKA 3 – odpowiedzialna za podanie leków drogą i.v i wlewów kroplowych, dokumentowanie wykonanych czynności. PIELĘGNIARKA 3: Dzień dobry. Podam chłopcu zlecone przez lekarza leki dożylne oraz podłączę kroplówkę. PIELĘGNIARKA 3 zwraca się do dziecka: masz założony na rączce taki specjalny aparacik przez niego podam Tobie lekarstwa i postaram się aby jak najmniej bolało.	OPIEKUN: dobrze. DZIECKO: Ja nie chcę, ja się boję, chodź wracamy do domu. OPIEKUN: dobrze zgadzam się. DZIECKO: To będzie bolało, ja chcę do domu, zabierz mnie do domu. PO WYKONANIU WSZYSTKICH CZYNNOŚCI PRZEZ STUDENTÓW KONIEC SCENARIUSZA.

PALETA 1 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE WRAZ Z PRAWIDŁOWYM PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna		*Wpisać – co będzie się zmieniało i kiedy* 2 minuty po podaniu leków drogą wziewną i dożylną wartości parametrów:									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	Oddech	EKG	NIBP	Spo2	CO2	Temp.	Sinica%	Oczy	Obrzęki	
	Liczba	20	110	95/50	95	20	37,0	0	l-n;p-n	0	
	Cechy										
	Inne	*Inne ustawienia dotyczą:* Brak stridoru wdechowego, brak tzw. szczekającego kaszlu, brak duszności wdechowej. Brak zasinienia w okolicy ust i nosa. Sporadyczny płacz dziecka.									

PALETA 2 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE WRAZ Z PRAWIDŁOWYM PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna											
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	Oddech	EKG	NIBP	Spo2	CO2	Temp.	Sinica	Oczy	Obrzęki	
	Liczba										
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia dotyczą:									
PALETA 3 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE NIEZGODNIE Z PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna											
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	Oddech	EKG	NIBP	SpO2	CO2	Temp	Sinica	Oczy	Obrzęki	
	Liczba										
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia dotyczą:									
PALETA 4 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE NIEZGODNIE Z PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna											
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	Oddech	EKG	NIBP	Spo2	Co2	Temp	Sinica	Oczy	Obrzęki	
	Liczba										
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia dotyczą:									

DEBRIEFING:	
INFORMACJE DLA STUDENTÓW	**INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW**
Celem dzisiejszych zajęć była nauka postępowania z dzieckiem chorym na podgłośniowe zapalenie krtani z wykorzystaniem pracy w grupie i podziałem na role. Każda z osób w grupie miała do wykonania określone zadania, o różnym stopniu trudności. Dzisiejsze ćwiczenie ma zastosowanie na egzaminie OSC oraz w pracy z pacjentem w warunkach szpitalnych. Praca na fantomie zapewnia wam w pewnym sensie komfort psychiczny ponieważ zapobiegnie popełnieniu błędu w pracy z pacjentem. Możecie uświadomić sobie jak ważne jest odpowiednie postępowanie personelu w tej sytuacji.	Jak się czujecie po ćwiczeniu? Jak się czujecie po zrealizowaniu scenariusza? <u>Faza opisowa.</u> Pytanie do Lidera. Jakie zadania miałeś dzisiaj do wykonania? Jakie decyzje podjąłeś? Pytanie do Pielęgniarki 1, 2, 3. Jakie zadania miałaś dzisiaj do wykonania. <u>Faza analizy.</u> Pielęgniarka 1. Z czego jesteś najbardziej zadowolona, co wyszło ci najlepiej? Pielęgniarka 2,3 j/w. Pielęgniarka 1, 2, 3. Czy jest coś co, chciałabyś poprawić? <u>Faza czynności.</u> Pielęgniarka 2: Dlaczego mierzyłaś pacjentowi parametry życiowe?

	Pamiętasz jakie były wartości parametrów przez Ciebie mierzonych? Dlaczego podałaś leki drogą wziewną? Jak myślisz jakie są działania uboczne podanych leków i co należy wtedy zrobić? Pielęgniarka 3: Dlaczego podawałaś leki drogą dożylną? Jak myślisz jakie są działania uboczne podanych leków i co należy wtedy zrobić? <u>Faza podsumowania.</u> Czego nauczyłaś się z tego scenariusza? Jakiej czynności z tego scenariusza nauczyłaś się? Gdzie w przyszłości wykorzystasz umiejętność jakiej się dzisiaj nauczyłaś? Pamiętajcie o naszych celach, zostały osiągnięte, jest to sytuacja szczególna ponieważ pracujecie z pacjentem pediatrycznym w sytuacji zagrożenia zdrowia. Dziękuję za dzisiejsze zajęcia. Na następnych zajęciach tematem będzie…….
Zastosowanie umiejętności:	Wykorzystanie w pracy z dzieckiem chorym w warunkach szpitalnych i ambulatoryjnych
Literatura	Konspekt oraz podręczniki: 1. Jacek J. Pietrzyk „Wybrane zagadnienia z pediatrii", tom II, str. 217 –221, Wydawnictwo UJ Kraków 2004. 2. Red. G. Cepuch, M. Perek „Modele opieki pielęgniarskiej nad dzieckiem z chorobą ostrą i zagrażającą życiu", str. 73 -82, Wydawnictwo PZWL 2012. 3. Red. B. Pawlaczyk „Pediatria", str. 615, wydawnictwo PZWL 2006. 4. Red. A. Radzikowski, A. Banaszkiewicz „Pediatria", str. 176 – 177, Wydawnictwo Medipage Warszawa 2008.
Umiejętności podstawowe:	Nawiązanie kontaktu z opiekunem dziecka, zebranie wywiadu pediatrycznego oraz współpraca z opiekunem dziecka. Ułożenie dziecka w pozycji ułatwiającej oddychanie. Pomiar podstawowych parametrów życiowych i zapisanie w dokumentacji. Podanie leków drogą wziewną i podanie tlenu. Wykonanie iniekcji drogą dożylną Podłączenie kroplowego wlewu dożylnego
Efekty kształcenia	**Wiedza:** D.W.5. Zna zasady diagnozowania w pielęgniarstwie pediatrycznym. D.W.9. Charakteryzuje techniki i procedury pielęgniarskie stosowane w opiece nad chorym w zależności od jego wieku i stanu zdrowia. D.W.11. Różnicuje reakcje chorego na chorobę i hospitalizację w zależności od jego wieku i stanu zdrowia. D.W.12. Zna rolę pielęgniarki przy przyjęciu chorego do przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego w zależności od wieku i stanu zdrowia pacjenta. D.W.18. Wyjaśnia patofizjologię i objawy kliniczne chorób wieku rozwojowego: układu oddechowego, układu krążenia, dróg moczowych, układu pokarmowego, chorób alergicznych oraz chorób krwi. **Umiejętności:** B.U.10. Wykazuje umiejętności aktywnego słuchania. C.U.7. Monitoruje stan zdrowia pacjenta na wszystkich etapach jego pobytu w szpitalu lub innych placówkach opieki zdrowotnej, między innymi przez ocenę podstawowych parametrów życiowych: temperatury, tętna, ciśnienia tętniczego krwi,oddechu i świadomości, masy ciała i wzrostu.

Efekty kształcenia	C.U.23. Podłącza i obsługuje zestawy do kroplowych wlewów dożylnych. C.U.33. Prowadzi dokumentację opieki pielęgniarskiej, w tym historię pielęgnowania, kartę obserwacji, kartę gorączkową, książkę raportów, kartę profilaktyki i leczenia odleżyn. C.U.34. Odnotowuje wykonanie zleceń w karcie zleceń lekarskich. D.U.22. Prowadzi rozmowę terapeutyczną. D.U.32. Dostosowuje interwencje pielęgniarskie do rodzaju problemów pielęgnacyjnych. D.U.33. Przygotowuje i podaje leki różnymi drogami samodzielnie lub na zlecenie lekarza. **Kompetencje:** D.K.1. Szanuje godność i autonomię osób powierzonych opiece. D.K.5. Przestrzega praw pacjenta. D.K.6. Rzetelnie i dokładnie wykonuje powierzone obowiązki zawodowe. D.K.10. Przejawia empatię w relacji z pacjentem i jego rodziną oraz współpracownikami.

SCENARIUSZ SYMULACJI MEDYCZNEJ POŚREDNIEJ WIERNOŚCI – PW **Autor: dr nauk o zdrowiu Renata Chlebowska**					Nr porządkowy	PW zgodnie z wykazem
Czas zajęć	90 minut	Czas scenariusza	15 Minut	Liczba studentów	8	
Nazwa	**Postępowanie z dzieckiem nowoprzyjętym z zapaleniem płuc**					
Cel główny	**Nauka postępowania z dzieckiem nowoprzyjętym z zapaleniem płuc.**					
Cel szczegółowy	1. Zebranie wywiadu pediatrycznego. 2. Monitorowanie i interpretacja parametrów życiowych. 3. Postępowanie zgodnie ze zleceniem lekarskim 4. Współpraca z rodzicem/opiekunem dziecka.					
Metoda	Symulacji medycznej					
INFORMACJE TECHNICZNE I ORGANIZACYJNE						
Nr Sali	Nr 203	Numer stanowiska	Nr 1	Nr trenażera, fantomu	Nr zgodnie z wykazem	
Sprzęt wielokrotnego użytku	Fantom dziecka. Zestaw do podawania tlenu/leków drogą wziewną – scenariusz zgodnie z wykazem (sprzęt wielorazowy). Zestaw do podania leku dożylnego - scenariusz zgodnie z wykazem (sprzęt wielorazowy). Zestaw do podłączenia kroplowego wlewu dożylnego – scenariusz zgodnie z wykazem (sprzęt wielorazowy). Zestaw do pomiaru temperatury ciała z termometrem elektronicznym - scenariusz zgodnie z wykazem (sprzęt wielorazowy). Kardiomonitor z dodatkowym wyposażeniem: różne rozmiary czujników nakładanych na palec do pomiaru wartości saturacji, różne rozmiary mankietów do pomiaru ciśnienia tętniczego. Zestaw do podania leku drogą doustną.			Sprzęt jednorazowego użytku	Zestaw do podawania tlenu/leków drogą wziewną – scenariusz zgodnie z wykazem (sprzęt jednorazowy). Zestaw do podania leku dożylnego - scenariusz zgodnie z wykazem (sprzęt jednorazowy). Zestaw do podłączenia kroplowego wlewu dożylnego – scenariusz zgodnie z wykazem (sprzęt jednorazowy). Zestaw do pomiaru temperatury ciała z termometrem elektronicznym - scenariusz zgodnie z wykazem (sprzęt jednorazowy). Zestaw do podania leku drogą doustną.	
Pozostałe wyposażenie	1. Papier format A4 (może być czysty, w linie lub kratkę) – ilość 10 kartek i przybory do pisania – długopisy 10szt. 2. Biurko/stolik do zapisania notatek i krzesło 3. Przy łóżeczku niemowlęcym ustawione dodatkowe krzesło z podparciem pod plecy. 4. Indywidualna karta zlecenia lekarskiego. 5. Karta gorączkowa.			Ubrania i charakteryzacja	1. Fantom dziecka ubrany w pidżamę.	

Informacja ogólna dla technika		Fantom dziecka umieszczony w łóżku, w pozycji leżącej na plecach, przykryty do pasa kocykiem. Na prawej dłoni założone wkłucie dożylne typu wenflon zabezpieczone korkiem i bandażem owiniętym wokół dłoni. Przy łóżku ustawione krzesło. Łóżko ma być ustawione w pobliżu źródła tlenu. Blisko łóżka powinno być ustawione biurko i dodatkowe krzesło.									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	R - oddech	EKG	NIBP	SpO_2	CO_2	Temp. ^0C	Sinica%	Oczy	Obrzęki	
	Liczba	24	130	100/60	82	40	38,5	0	L-n;P--n	0	
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia kaszel i płacz dziecka, duszność wydechowa									
Czynności początkowe		*Należy wpisać co trzeba wykonać przed rozpoczęciem zajęć scenariusza np.:* ***Wykładowca:*** • *Co jeszcze trzeba zrobić i kto w scenariuszu którego to* dotyczy. Przed rozpoczęciem zajęć sprawdza sposób przygotowania stanowiska i kompletacje. • Sprawdza listę uczestników i kartę informacyjną scenariusza itp. • Rozpoczyna scenariusz — prosząc o wyłączenie telefonów, zajęcie miejsc itp. — informacja za 3 min. rozpoczynamy proszę zająć miejsca itp.									

REALIZACJA SCENARIUSZA	
WPROWADZENIE – PREBREFING:	
PLAN PREBRIEFINGU: 9. Zapoznanie z tematem szkolenia/kursu/scenariusza. 10. Zaprezentuj części szkolenia/zajęć: prebriefing, scenariusz, debriefing i określ ramy czasowe. 11. Przedstawienie i omówienie krótkie celu i celów pośrednich scenariusza — rozmowa dyskusja w oparciu o informacje *dla* studentów i informacje dla wykładowców. 12. Przedstaw gdzie będzie przeprowadzany scenariusz (SOR, sala pacjenta, sala opatrunkowa, mieszkanie pacjenta). 13. Zaprezentuj przypadek kliniczny: *Pacjent Jan Kowalski itd.* 14. Zaproponuj podział ról w grupie, wyznacz lidera (jeśli potrzebny). 15. Upewnij się czy poszczególni członkowie zespołu wiedzą za co są odpowiedzialni, czy rozumieją swoją rolę. 16. Zaproś uczestników do Sali symulacyjnej w celu zapoznania z salą i ze sprzętem.	
INFORMACJE DLA STUDENTÓW	**INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW**
Zapalenie płuc występuje u dzieci w różnych grupach wiekowych. Wywoływane jest przez różne czynniki etiologiczne. Zlokalizowane jest w różnych obszarach płuc. Ze względu na fizjologię układu oddechowego u dzieci i sprawność układu odpornościowego, część dzieci z zapaleniem płuc może być leczona w warunkach ambulatoryjnych, a część musi być leczona w szpitalu. Dzisiaj nauczycie się postępowania z dzieckiem chorym na zapalenie płuc. Dodatkowo nauczycie się jak prawidłowo zebrać wywiad pediatryczny z rodzicem, opiekunem dziecka małego. Będziecie uczyć się monitorowania i interpretowania zmierzonych parametrów życiowych takich jak: RR, tętno, saturacja, temperatura ciała, a następnie spróbujecie dokonać interpretacji uzyskanych wyników. Nauczycie się postępowania dzieckiem chorym. Bardzo ważnym będzie nauczenie się współpracy z rodzicem dziecka i przeprowadzenie edukacji.	Wyobraźcie sobie sytuację, że jesteście na zajęciach praktycznych w szpitalu, w oddziale dziecięcym. Opiekujecie się dzieckiem i dodatkowo do wykonania macie kilka czynności wynikających ze zlecenia lekarskiego. Z dzieckiem przebywa opiekun, z którym powinniście nawiązać kontakt i współpracować. Kto z grupy ma w najbliższej rodzinie dziecko, z którym mieliście lub macie kontakt? **Odp.:** Moja siostra/brat mają dzieci, z którymi mam częsty kontakt. Jakiego rodzaju odczucia towarzyszyły tobie w trakcie spotkania z dzieckiem? **Odp.:** Zawsze byłam trochę podenerwowana ponieważ nie wiedziałam jak dziecko będzie się zachowywało. Kiedy dziecko było marudne lub płakało, często byłam poirytowana, chciałam żeby przestało płakać.

Nauczenie się postępowania z dzieckiem chorym będzie dla was cennym doświadczeniem. Uświadomicie sobie jak odpowiedzialna jest praca pielęgniarki. Przećwiczenie przez was pewnych czynności w sytuacji symulacji medycznej, zapobiegnie popełnieniu przez was błędów w pracy z dzieckiem w rzeczywistej sytuacji klinicznej.

ZAPALENIE PŁUC.
Za definicję zapalenia płuc przyjmuje się stan zapalny dolnego odcinka przewodu oddechowego, przebiegający z gorączką, kaszlem, dusznością, potwierdzony badaniem klinicznym i/lub radiologicznym. Zapalenie płuc pozostaje nadal jednym z najważniejszych problemów klinicznych u dzieci, stanowiąc główną przyczynę zgonów, zwłaszcza w krajach rozwijających się. Zachorowalność w największym stopniu dotyczy niemowląt i dzieci poniżej 5 roku życia.
Do czynników sprzyjających zachorowaniu i zwiększających ryzyko leczenia szpitalnego należą: niedobory ilościowe i jakościowe w pożywieniu, zaburzenia okresu okołoporodowego(wcześniactwo, dystrofia płodu, wady wrodzone układu krążeniowo – oddechowego),wrodzone i nabyte zaburzenia odporności humoralnej i komórkowej, choroby metaboliczne (mukowiscydoza), choroby alergiczne (astma oskrzelowa), wrodzone i nabyte zaburzenia oczyszczania śluzowo – rzęskowego, narażenie na zanieczyszczenia powietrza w tym dym tytoniowy, aspiracja ciała obcego.
Podział zapaleń płuc:
- w zależności od źródła zakażenia (pozaszpitalne i wewnątrzszpitalne)
- w zależności od czynnika etiologicznego (wirusowe, bakteryjne, grzybicze, pierwotniakowe)
- w zależności od lokalizacji zmian (pęcherzykowe, śródmiąższowe)
- w zależności od rozległości zmian (jednoogniskowe, wieloogniskowe)
- w zależności od chorób poprzedzających (pierwotne i wtórne)
- w zależności od przebiegu(typowe i atypowe).

Objawy choroby zależą od etiologii, lokalizacji i rozległości zmian, stanu ogólnego i wieku chorego. Objawy podmiotowe: kaszel (suchy, wilgotny), duszność, dreszcze, niepokój lub apatia, brak łaknienia, wymioty, bóle w klatce piersiowej, bóle brzucha. Badanie przedmiotowe: gorączka, cechy odwodnienia, bladość, sinica, tachypnoe, tachykardia, wykładniki duszności, odgłos opukowy prawidłowy lub stłumiony, albo nadmiernie jawny,szmer pęcherzykowy prawidłowy lub osłabiony, czasem szmer oskrzelowy, zmiany dodatkowe(rzężenie, trzeszczenia).

Dla kogo z grupy to ćwiczenie będzie nowym doświadczeniem.
Odp.: Dla mnie ponieważ w najbliższej rodzinie nikt nie ma dzieci.

Jakie uczucia towarzyszą dziecku i jego opiekunowi podczas pobytu w szpitalu?
Odp.: Strach i lęk przed tym co się wydarzy. Często dziecko się nudzi i chce wracać do domu. Niecierpliwi się z powodu pobytu w szpitalu. Opiekun może być zdenerwowany i przejęty stanem zdrowia dziecka i koniecznością pobytu w szpitalu.

Co możecie zrobić, żeby zmniejszyć stres dziecka i opiekuna?
Odp.: Personel powinien być miły wobec dziecka i jego opiekuna, trzeba rozumieć potrzeby dziecka i je zaspokajać.

Kto wymieni przyczyny zapalenia płuc u dzieci?
Odp.: Czynnik wirusowy, bakteryjny, grzybiczy. Czasami zachłyśnięcie, dodatkowo zanieczyszczone powietrze, kontakt z dymem papierosowym lub też aspiracja ciała obcego do dróg oddechowych. Znaczenie ma także wiek dziecka – małe dzieci częściej chorują na zapalenie płuc.

Jak uważacie, które grupy dzieci są szczególnie podatne na zapalenie płuc.
Odp.: Wcześniaki, dzieci z wadami wrodzonymi układu krążeniowo-oddechowego, dzieci z wrodzonymi i nabytymi zaburzeniami odporności, dzieci z chorobą metaboliczną (mukowiscydoza), dzieci chore na astmę.

Kto pamięta jakie są objawy zapalenia płuc u dzieci?
Odp.: Objawy zależą od etiologii, lokalizacji, rozległości zmian, stanu ogólnego i wieku dziecka. Najczęściej są to: kaszel (suchy lub wilgotny), duszność wydechowa lub mieszana, niepokój lub apatia, brak łaknienia, czasami wymioty, ból w klatce piersiowej lub ból brzucha, może wystąpić sinica, a także dreszcze.

Jakie parametry i dlaczego należy mierzyć u dziecka chorego na zapalenie płuc?
Odp.: Temperatura, RR, tętno, ilość oddechów, saturacja. Mierzone parametry są wykładnikiem stanu zdrowia dziecka.

Kto z grupy powie dlaczego zapalenie płuc jest chorobą niebezpieczną, szczególnie dla dzieci?
Odp.: Zapalenie płuc jest niebezpieczne szczególnie dla niemowląt i małych dzieci, ponieważ w skrajnej sytuacji może doprowadzić do śmierci. Ryzykiem zgonu obciążone są dzieci, które chorują na inne poważne schorzenia lub mają wady wrodzone układów i narządów.

Wywiad dotyczący zapalenia dolnych dróg oddechowych u dziecka powinien koniecznie uwzględniać: - obecność prodromalnej (wcześniejszej o 1 - 3 dni) infekcji górnych dróg oddechowych - częściej w zakażeniach atypowych, - obecność gorączki – wysoka w zakażeniach bakteryjnych, stan podgorączkowy – zakażenia atypowe, - obecność świszczącego oddechu – przemawia raczej za zakażeniem atypowym i /lub współistnieniem astmy oskrzelowej, - częste, nawracające o przedłużonym przebiegu zakażenia układu oddechowego w przebiegu mukowiscydozy, zaburzeń odporności, astmy oskrzelowej, - obecność tzw. maski brzusznej, czyli objawów brzusznych (ból, wymioty, rzadziej biegunka) w początkowej fazie płatowego zapalenia płuc w wyniku zajęcia opłucnej przeponowej, - zapalenia dolnych dróg oddechowych, powtarzające się w tej samej jednostronnej lokalizacji (podejrzenie aspiracji ciała obcego), - ból w klatce piersiowej promieniujący do barku (towarzyszący zapaleniu płuc z wysiękiem w opłucnej). Wskazania do hospitalizacji bez względu na wiek dziecka stanowią: obniżenie saturacji hemoglobiny poniżej 92%,sinica i duszność, objawy odwodnienia. Postępowanie objawowe: oszczędzający tryb życia, odpowiednie ułożenie ciała (uniesienie górnej połowy ciała), żywienie - posiłki częściej i w małych ilościach, w stanie ciężkim u niemowląt karmienie przez zgłębnik, nawadnianie, wyrównanie zaburzeń wodno – elektrolitowych, nawilżanie powietrza w otoczeniu, tlenoterapia, rehabilitacja oddechowa, leki mukolityczne, wykrztuśne, leczenie niewydolności krążenia. Leczenie przyczynowe: w zakażeniach bakteryjnych antybiotykoterapia początkowo empiryczna, następnie zgodna z wynikami badań bakteriologicznych. Wybór następny antybiotyku zależy od: Obrazu klinicznego, radiologicznego, czynników ryzyka, dotychczasowego leczenia. Czas leczenia to 2 – 3 tygodnie, droga podania antybiotyku zależy od stanu chorego.	1. <u>Zaprezentuj części szkolenia/zajęć: prebriefing, scenariusz, debriefing i określ ramy czasowe.</u> Prebriefing – 10 minut. Scenariusz – 15 minut. Debriefing – 25 minut. 2. <u>Przedstawienie i omówienie krótkie celu i celów pośrednich scenariusza — rozmowa dyskusja w oparciu o informacje *dla* studentów i informacje dla wykładowców.</u> Cel scenariusza: Nauka postępowania z dzieckiem nowoprzyjętym z zapaleniem płuc. Cele szczegółowe: 1. Zebranie wywiadu pediatrycznego. 2. Monitorowanie i interpretacja parametrów życiowych. 3. Postępowanie zgodnie ze zleceniem lekarskim 4. Współpraca z rodzicem/opiekunem dziecka. 3. <u>Przedstaw gdzie będzie przeprowadzany scenariusz (SOR, sala pacjenta, sala opatrunkowa, mieszkanie pacjenta).</u> Szpital oddział dziecięcy. 4. <u>Zapytaj czy studenci rozumieją poprzednie informacje. Jeżeli nie - wyjaśnij ponownie.</u> 5. <u>Zaprezentuj przypadek kliniczny: *Pacjent Jan Kowalski itd.*</u> <u>Przypadek kliniczny.</u> Jaś Kowalski, chłopiec jest pierwszym dzieckiem Marty Kowalskiej lat 25. Ciąża i poród przebiegały prawidłowo. Po urodzeniu dziecko otrzymało 10 pkt. w skali Apgar, masa ciała i długość były w zakresie normy. Jaś jest dzieckiem bardzo chorowitym. Wcześniejsze schorzenia głównie w obrębie układu oddechowego były leczone w warunkach ambulatoryjnych. Chłopiec ma bardzo słaby apetyt. Obecnie chłopiec przebywa po raz pierwszy w szpitalu, w dniu dzisiejszy w godzinach rannych został przyjęty do oddziału. 6. <u>Zaproponuj podział ról w grupie, wyznacz lidera (jeśli potrzebny).</u> Podział na role: OPIEKUN DZIECKA 1. Student: Lider – koordynator pracy całej grupy. 2. Student: Pielęgniarka 1 – zbiera wywiad i wspiera opiekuna.

	3. Student: Pielęgniarka 2 – odpowiedzialna za: właściwe ułożenie pacjenta, podawanie tlenu i podanie leków drogą wziewną oraz monitorowanie stanu dziecka, stała obserwacja pacjenta. 4. Student: Pielęgniarka 3 – odpowiedzialna za podanie leków drogą i.v i wlewów kroplowych, podanie leku drogą doustną 7. Upewnij się czy poszczególni członkowie zespołu wiedzą za co są odpowiedzialni, czy rozumieją swoją rolę. Czy wszyscy zrozumieli przydzielone im role ZWRACAM SIĘ DO KAŻDEJ OSOBY Z ZAPYTANIEM CZY ROZUMIE PRZYDZIELONA ROLĘ I PROSZĘ O POWTÓRZENIE ZLECONYCH ZADAŃ. 8. Zapraszam uczestników do sali symulacji w celu zapoznania z salą i ze sprzętem.
ZAPOZNANIE STUDENTÓW ZE SPRZĘTEM	
Wykładowca	Dzisiaj będziemy pracować na sali chorego. Zapoznaliście się już z wyposażeniem, dzisiaj dodatkowo będziemy wykorzystywać kardiomonitor i zestaw do podawania tlenu i leków podawanych drogą wziewną. Kardiomonitor służy do monitorowania parametrów życiowych pacjenta, takich jak: ciśnienie krwi, tętno, saturacja, ilość oddechów. W zależności od wyposażenia kardiomonitora, można mierzyć inne funkcje, po podłączeniu odpowiedniego osprzętu. Do podawania leków drogą wziewną możemy wykorzystać różnego rodzaju inhalatory i nebulizatory. Każdy posiada kompresor, przewód łączący kompresor z pojemnikiem na lek, pojemnik na lek oraz maskę twarzową występującą w różnych rozmiarach (dla dorosłego i dziecka) oraz ustnik. Użyty fantom posiada funkcje: oddychanie z uwzględnieniem zaburzeń: niedrożność dróg oddechowych, świsty, rzężenia, kaszel.
Student	Każdy student zapoznaje się ze sprzętem – szczególnie obsługą kardiomonitora, sprzętem potrzebnym do podania leków droga wziewną i dożylną. Bardzo ważne jest zapoznanie się z fantomem dziecka.
SCENARIUSZ SYMULACJI	
Opis scenariusza	Jaś Kowalski przyjęty do oddziału pediatrycznego z rozpoznaniem zapalenia płuc. Pacjent jest niespokojny, płaczliwy. Dziecko przyjęte do oddziału pod opiekę mamy - lat 25.
Obecny stan kliniczny	Pacjent znajduje się w sali chorych, w oddziale pediatrycznym. U pacjenta występują następujące objawy: gorączka o wartości 38,5℃, niewielka duszność wydechowa, wilgotny kaszel, potliwość ciała, bladość powłok skórnych, niepokój, brak apetytu
Wywiad	Chłopiec jest pierwszym dzieckiem Marty Kowalskiej lat 25. Ciąża i poród przebiegały prawidłowo. Po urodzeniu dziecko otrzymało 10 pkt. w skali Apgar, masa ciała i długość były w zakresie normy. Jaś jest dzieckiem bardzo chorowitym. Wcześniejsze schorzenia głównie w obrębie układu oddechowego były leczone w warunkach ambulatoryjnych. Chłopiec ma bardzo słaby apetyt. Obecnie chłopiec przebywa po raz pierwszy w szpitalu, w dniu dzisiejszy w godzinach rannych został przyjęty do oddziału.

Przebieg scenariusza Ścieżka 1	Podział na role: OPIEKUN DZIECKA 1. Student: Lider – koordynator pracy całej grupy. 2. Student: Pielęgniarka 1 – zbiera wywiad i wspiera opiekuna. 3. Student: Pielęgniarka 2 – odpowiedzialna za: właściwe ułożenie pacjenta, podawanie tlenu i podanie leków drogą wziewną oraz monitorowanie stanu dziecka, stała obserwacja pacjenta. 4. Student: Pielęgniarka 3 – odpowiedzialna za podanie leków drogą i.v i wlewów kroplowych oraz podanie leków doustnych. Przebieg scenariusza - 15 min. Lider: Dzień dobry, jestem pielęgniarką. Koordynuję pracę zespołu pielęgniarskiego na tym oddziale. Jest Pani opiekunem dziecka, czy wyrazi Pani zgodę na przeprowadzenie wywiadu. Lider: Poproszę jedną z moich koleżanek aby zaraz do Pani przyszła Pielęgniarka 1 zbiera wywiad pediatryczny i wspiera OPIEKUNA PIELĘGNIARKA1: Podchodzi i przedstawia się: nazywam się Anna Kowalska będę zbierała z Panią wywiad na temat dziecka, a także postaram się pomóc Pani. Czy udzieli Pani odpowiedzi na pytania. PIELĘGNIARKA1: Pozwoli Pani, że w trakcie wywiadu będę notowała Pani odpowiedzi do kwestionariusza wywiadu. PIELĘGNIARKA 1: Proszę podać imię, nazwisko i datę urodzenia syna.	Przebieg scenariusza: OPIEKUN DZIECKA 1. Student: Lider – koordynator pracy całej grupy. 2. Student: Pielęgniarka 1 – zbiera wywiad i wspiera opiekuna. 3. Student: Pielęgniarka 2 – odpowiedzialna za: właściwe ułożenie pacjenta, podawanie tlenu i podanie leków drogą wziewną oraz monitorowanie stanu dziecka, stała obserwacja pacjenta. 4. Student: Pielęgniarka 3 – odpowiedzialna za podanie leków drogą i.v i wlewów kroplowych oraz podanie leków doustnych. OPIEKUN DZIECKA: Zgadzam się. OPIEKUN: Tak OPIEKUN: Tak. OPIEKUN: Jaś Kowalski urodzony 1.05.2017.

Przebieg scenariusza Ścieżka 1	PIELĘGNIARKA 1: Czy ciąża przebiegała prawidłowo. Czy Jaś urodził się o czasie i czy był to poród naturalny lub operacyjny.	OPIEKUN: Ciąża przebiegała prawidłowo, Jaś urodził się o czasie, poród był naturalny.
	PIELĘGNIARKA 1: Pamięta Pani wagę i długość ciała dziecka po urodzeniu i ilość punktów w skali Apgar	OPIEKUN: Tak, waga 3850 g, długość 59 cm, w skali Apgar 10 pkt.
	PIELĘGNIARKA 1: Proszę podać informacje na temat żywienia Jasia.	OPIEKUN: Jaś dostaje mleko modyfikowane. Otrzymuje dietę lekkostrawną, dostosowaną do jego wieku.
	PIELĘGNIARKA 1: Jaka jest ogólna kondycja Jasia w Pani ocenie.	OPIEKUN: Jaś jest dzieckiem pogodnym i radosnym, ale bardzo choruje. Do tej pory leczyliśmy wszystkie choroby ambulatoryjnie, ale teraz bardzo się rozchorował i Pani doktor dała skierowanie do szpitala.
	PIELĘGNIARKA 1: Czy Jasiu jest szczepiony.	OPIEKUN: Szczepienia są trochę opóźnione ponieważ Jaś często choruje.
	PIELĘGNIARKA 1: Znalazłam w dokumentacji informację, że dzisiaj była Pani z dzieckiem w Przychodni i dostała skierowanie do szpitala. Co Panią zaniepokoiło?	OPIEKUN: Wczoraj wieczorem zaczął kaszleć, nie chciał jeść. W nocy płakał, kaszlał i był bardzo niespokojny. W nocy zmierzyłam temperaturę, wynik był 38,5.Podałam dziecku czopek z lekiem przeciwgorączkowym.
	PIELĘGNIARKA 1: Czy jest to pierwszy pobyt dziecka w szpitalu?	OPIEKUN : Poza okresem kiedy sie urodził, to tak. Jestem bardzo przejęta, zdenerwowana tą sytuacją. Nie wiem co robić. Martwię się o zdrowie syna.
	PIELĘGNIARKA 1: Proszę Pani wszyscy będziemy starać się pomóc Jasiowi. W razie wątpliwości proszę pytać mnie.	OPIEKUN: Dobrze, będę pytać.
	PIELĘGNIARKA 1 po zebraniu wywiadu informuje lidera i koleżanki o uzyskanych informacjach.	
	LIDER zwraca się do opiekuna dziecka: Proszę pani teraz moja koleżanka zmierzy dziecku parametry, wykona inhalacje na zlecenie lekarza.	OPIEKUN: Dobrze, zgadzam się.

Przebieg scenariusza Ścieżka 1	PIELĘGNIRKA 2 zwraca się do opiekuna dziecka: Dzień dobry, nazywam się Justyna wykonam dziecku inhalacje na zlecenie lekarza i zmierzę parametry, które zapiszę w dokumentacji medycznej dziecka. Czy Pani się zgadza? PIELĘGNIARKA 2 po zmierzeniu parametrów informuje lidera i koleżanki o uzyskanych wynikach. LIDER zwraca się do opiekuna dziecka: Proszę pani na zlecenie lekarza podamy dziecku zastrzyk do wenflonu i podłączymy kroplówkę. Czy Pani się zgadza? Pielęgniarka 3 zwraca się do opiekuna dziecka: Dzień dobry, proszę Pani na zlecenie lekarza podam dziecku leki do specjalnego aparaciku który ma dziecko założony na dłoni, dzięki temu aparacikowi Jaś prawie nie poczuje bólu, czy Pani się zgadza.	OPIEKUN: Jeżeli to ma pomóc mojemu dziecku to się zgadzam. OPIEKUN: Przy przyjęciu do szpitala Pani doktor mówiła o konieczności podania leków do wenflonu, zgadzam się. OPIEKUN: Jeżeli Jaś po tych lekach będzie miał lepsze samopoczucie to się zgadzam. PO WYKONANIU WSZYSTKICH CZYNNOŚCI PRZEZ STUDENTÓW KONIEC SCENARIUSZA.

PALETA 1 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE WRAZ Z PRAWIDŁOWYM PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna		2 minuty po podaniu leków drogą dożylną i wziewną									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	oddech	EKG	NIBP	Spo2	CO2	Temp.	Sinica	Oczy	Obrzęki	
	Liczba	24	130	100/60	98	40	37,5	0	p-n, l-n	0	
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia dotyczą: nadal występuje kaszel, dziecko uspokoiło się nie płacze, brak duszności wydechowej									
PALETA 2 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE WRAZ Z PRAWIDŁOWYM PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna											
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	oddech	EKG	NIBP	Spo2	Co2	Temp.	Sinica	Oczy	Obrzęki	
	Liczba										
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia dotyczą:									

PALETA 3 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE NIEZGODNIE Z PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna											
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	oddech	EKG	NIBP	Spo2	Co2	Temp.	Sinica	Oczy	Obrzęki	
	Liczba										
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia dotyczą: duszność wydechowa									
PALETA 4 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE NIEZGODNIE Z PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna											
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	Oddech	EKG	NIBP	Spo2	Co2	Temp.	Sinica	Oczy	Obrzęki	
	Liczba										
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia dotyczą: duszność wydechowa									

DEBRIEFING:	
INFORMACJE DLA STUDENTÓW	**INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW**
Celem dzisiejszych zajęć była nauka postępowania z dzieckiem chorym na zapalenie płuc z wykorzystaniem pracy w grupie i podziałem na role. Każda z osób w grupie miała do wykonania określone zadania, o różnym stopniu trudności. Cele scenariusza zostały zrealizowane. Dzisiejsze ćwiczenie ma zastosowanie na egzaminie OSC oraz w pracy z pacjentem w warunkach szpitalnych. Praca na fantomie zapewnia wam w pewnym sensie komfort psychiczny ponieważ zapobiegnie popełnieniu błędu w pracy z pacjentem. Możecie uświadomić sobie jak ważne jest odpowiednie postępowanie personelu w tej sytuacji.	Jak się czujecie po ćwiczeniu? Jak się czujecie po zrealizowaniu scenariusza? <u>Faza opisowa.</u> Pytanie do Lidera. Jakie zadania miałeś dzisiaj do wykonania? Jakie decyzje podjąłeś? Pytanie do Pielęgniarki 1, 2, 3. Jakie zadania miałaś dzisiaj do wykonania. <u>Faza analizy.</u> Pielęgniarka 1. Z czego jesteś najbardziej zadowolona, co wyszło ci najlepiej? Pielęgniarka 2,3 j/w. Pielęgniarka 1, 2, 3. Czy jest coś co, chciałabyś poprawić? <u>Faza czynności.</u> Pielęgniarka 2: Dlaczego mierzyłaś pacjentowi parametry życiowe? Pamiętasz jakie były wartości parametrów przez Ciebie mierzonych? Dlaczego podałaś leki drogą wziewną? Jak myślisz jakie są działania uboczne podanych leków i co należy wtedy zrobić? Pielęgniarka 3: Dlaczego podawałaś lek drogą doustną? Dlaczego podawałaś leki drogą dożylną? Jak myślisz jakie są działania uboczne podanych leków i co należy wtedy zrobić?

	Faza podsumowania. Czego nauczyłaś się z tego scenariusza? Jakiej czynności z tego scenariusz nauczyłaś się? Gdzie w przyszłości wykorzystasz umiejętność jakiej się dzisiaj nauczyłaś? Pamiętajcie o naszych celach, zostały osiągnięte, jest to sytuacja szczególna ponieważ pracujecie z pacjentem pediatrycznym wymagającym szczególnej uwagi i opieki. Dziękuję za dzisiejsze zajęcia. Na następnych zajęciach tematem będzie…….
Zastosowanie umiejętności	Wykorzystanie w pracy z dzieckiem chorym w warunkach szpitalnych i ambulatoryjnych.
Literatura	Konspekt oraz podręczniki: 1. Jacek J. Pietrzyk „Wybrane zagadnienia z pediatrii", tom II, str. 233 – 243, Wydawnictwo UJ, Kraków 2004. 2. Z. Dróżdż-Gessner „Zarys pielęgniarstwa pediatrycznego", str. 33 – 35, AM im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2006. 3. Red B. Pawlaczyk „Zarys pediatrii", str. 228 - 230, Wydawnictwo PZWL 2006. 4. Red. G. Cepuch, M. Perek „Modele opieki pielęgniarskiej nad dzieckiem z chorobą ostrą i zagrażającą życiu", str. 95 - 104, Wydawnictwo PZWL 2012. 5. Red. K. Kubicka, W. Kawalec „Pediatria", tom I, str. 236 – 244, Wydawnictwo PZWL 2006.
Umiejętności podstawowe:	Nawiązanie kontaktu z opiekunem dziecka, zebranie wywiadu pediatrycznego oraz współpraca z opiekunem dziecka. Ułożenie dziecka w pozycji ułatwiającej oddychanie. Pomiar podstawowych parametrów życiowych i zapisanie w dokumentacji. Podanie leków drogą doustną. Podanie leków drogą wziewną i podanie tlenu. Wykonanie iniekcji drogą dożylną. Podłączenie kroplowego wlewu dożylnego. **Wiedza:** D.W.5. Zna zasady diagnozowania w pielęgniarstwie pediatrycznym. D.W.9. Charakteryzuje techniki i procedury pielęgniarskie stosowane w opiece nad chorym w zależności od jego wieku i stanu zdrowia. D.W.11. Różnicuje reakcje chorego na chorobę i hospitalizację w zależności od jego wieku i stanu zdrowia. D.W.12. Zna rolę pielęgniarki przy przyjęciu chorego do przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego w zależności od wieku i stanu zdrowia pacjenta. D.W.18. Wyjaśnia patofizjologię i objawy kliniczne chorób wieku rozwojowego: układu oddechowego, układu krążenia, dróg moczowych, układu pokarmowego, chorób alergicznych oraz chorób krwi. **Umiejętności:** B.U.10. Wykazuje umiejętności aktywnego słuchania. C.U.7. Monitoruje stan zdrowia pacjenta na wszystkich etapach jego pobytu w szpitalu lub innych placówkach opieki zdrowotnej, między innymi przez ocenę podstawowych parametrów życiowych: temperatury, tętna, ciśnienia tętniczego krwi, oddechu i świadomości, masy ciała i wzrostu. C.U.23. Podłącza i obsługuje zestawy do kroplowych wlewów dożylnych. C.U.33. Prowadzi dokumentację opieki pielęgniarskiej, w tym historię. pielęgnowania, kartę obserwacji, kartę gorączkową, książkę raportów, kartę profilaktyki i leczenia odleżyn. C.U.34. Odnotowuje wykonanie zleceń w karcie zleceń lekarskich. D.U.22. Prowadzi rozmowę terapeutyczną.

Umiejętności podstawowe:	D.U.32. Dostosowuje interwencje pielęgniarskie do rodzaju problemów pielęgnacyjnych. D.U.33. Przygotowuje i podaje leki różnymi drogami samodzielnie lub na zlecenie lekarza. **Kompetencje:** D.K.1. Szanuje godność i autonomię osób powierzonych opiece. D.K.5. Przestrzega praw pacjenta. D.K.6. Rzetelnie i dokładnie wykonuje powierzone obowiązki zawodowe. D.K.10. Przejawia empatię w relacji z pacjentem i jego rodziną oraz współpracownikami.

SCENARIUSZ SYMULACJI MEDYCZNEJ POŚREDNIEJ WIERNOŚCI – PW **Autor: dr nauk o zdrowiu Renata Chlebowska**												Nr porządkowy	PW zgodnie z wykazem
Czas zajęć		90 Min		Czas scenariusza		15 Min		Liczba studentów				8	
Nazwa		**Postępowanie z pacjentem nowoprzyjętym z rozpoznaną manią.**											
Cel główny		**Nauka postępowania z pacjentem nowoprzyjętym z rozpoznaną manią.**											
Cel szczegółowy		1. Nawiązanie i podtrzymanie komunikowania terapeutycznego oraz zebranie wywiadu psychiatrycznego. 2. Monitorowanie i interpretacja parametrów życiowych. 3. Postępowanie zgodne ze zleceniem lekarskim. 4. Właściwa interpretacja stanu psychicznego pacjenta.											
Metoda		Symulacji medycznej z udziałem pacjenta standaryzowanego											
INFORMACJE TECHNICZNE I ORGANIZACYJNE													
Nr Sali		Nr 205		Numer stanowiska		Nr 2		Nr trenażera, fantomu				Nr zgodnie z wykazem	
Sprzęt wielokrotnego użytku		1. Termometr 2. Kardiomonitor (pomiar: tętno, ciśnienie, oddech). 3. Zestaw do podawania leków doustnych - scenariusz zgodnie z wykazem 4. Zestaw do podania leku - iniekcja domięśniowa - scenariusz zgodnie z wykazem 5. Zestaw do zmiany opatrunku – scenariusz zgodnie z wykazem						Sprzęt jednorazowego użytku				1. Zestaw do podawania leków doustnych - scenariusz zgodnie z wykazem 2. Zestaw do podania leku - iniekcja domięśniowa - scenariusz zgodnie z wykazem 3. Zestaw do zmiany opatrunku – scenariusz zgodnie z wykazem	
Pozostałe wyposażenie		1. Papier format A4 (może być czysty, w linie lub kratkę) – ilość 10 kartek i przybory do pisania – długopisy 10szt. KARTA GORĄCZKOWA. 2. Biurko/stolik do zapisania notatek i krzesło 3. Przy łóżku ustawione dodatkowe krzesło. 4. Indywidualna karta zlecenia lekarskiego.						Ubrania i charakteryzacja				1. Pacjent standaryzowany ubrany w dres, włosy w nieładzie, brud na skórze twarzy i dłoni Rana na czole i zadrapania na twarzy.	
Informacja ogólna dla technika		Pacjent standaryzowany, ubrany w dres, leżący w łóżku w pozycji na plecach, poduszka włożona pod głowę. Pacjent przykryty kocem do wysokości pasa, prześcieradło w nieładzie. Rana na czole wymagająca założenia opatrunku oraz zadrapania na twarzy.											
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	oddech	EKG	NIBP	SpO_2	CO_2	Temp. ^0C	Sinica%	Oczy	Obrzęki			
	Liczba	30	110	145/100	98	25	36,8	0	l- n; p-n	0			
	Cechy												
	Inne	Inne ustawienia: silne pobudzenie ruchowe, słowotok, gonitwa myśli											

Czynności początkowe	*Należy wpisać co trzeba wykonać przed rozpoczęciem zajęć scenariusza np.:* ***Wykładowca:*** • *Co jeszcze trzeba zrobić i kto w scenariuszu którego to* dotyczy. Przed rozpoczęciem zajęć sprawdza sposób przygotowania stanowiska i kompletacje. • Sprawdza listę uczestników i kartę informacyjną scenariusza itp. • Rozpoczyna scenariusz — prosząc o wyłączenie telefonów, zajęcie miejsc itp. — informacja za 3 min. rozpoczynamy proszę zająć miejsca itp.

REALIZACJA SCENARIUSZA

WPROWADZENIE – PREBREFING:

PLAN PREBRIEFINGU:

17. Zapoznanie z tematem szkolenia/kursu/scenariusza.
18. Zaprezentuj części szkolenia/zajęć: prebriefing, scenariusz, debriefing i określ ramy czasowe.
19. Przedstawienie i omówienie krótkie celu i celów pośrednich scenariusza — rozmowa dyskusja w oparciu o informacje *dla* studentów i informacje dla wykładowców.
20. Przedstaw gdzie będzie przeprowadzany scenariusz (SOR, sala pacjenta, sala opatrunkowa, mieszkanie pacjenta).
21. Zaprezentuj przypadek kliniczny: *Pacjent Jan Kowalski itd.*
22. Zaproponuj podział ról w grupie, wyznacz lidera (jeśli potrzebny).
23. Upewnij się czy poszczególni członkowie zespołu wiedzą za co są odpowiedzialni, czy rozumieją swoją rolę.
24. Zaproś uczestników do Sali symulacyjnej w celu zapoznania z salą i ze sprzętem.

INFORMACJE DLA STUDENTÓW	INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW
W pewnym uproszczeniu, obraz kliniczny manii jest przeciwieństwem obrazu depresji. Podobnie jak w depresji, obraz manii uwarunkowany jest objawami osiowymi (pierwotnymi, podstawowymi) i wtórnymi. Nastrój chorych, zwany nastrojem maniakalnym, jest wzmożony i najczęściej towarzyszy mu zadowolenie, radość lub euforia. Jeżeli dominuje głównie gniew i złość (dysforia), mówimy wówczas o nastroju maniakalno-dysforycznym. Osoba chora zachowuje się coraz mniej adekwatnie do przykrych wydarzeń, dowcipkuje często przekraczając obowiązujące normy kulturowe. Dzisiaj nauczycie się postępowania z pacjentką nowoprzyjętą z rozpoznaną manią. W trakcie ćwiczenia uświadomicie sobie jak wielkim wyzwaniem jest praca z pacjentem chorym psychicznie, który nie zawsze chce współpracować z personelem. Zaskakujące mogą być dla was wypowiedzi pacjenta, zdumiewające może być jego zachowanie. Dla każdego z was bardzo ważnym będzie nawiązanie właściwego komunikowania terapeutycznego z pacjentem i podtrzymanie komunikacji. Następnie będziecie uczyć się zbierania wywiadu psychiatrycznego, który różni się w wielu elementach od wywiadu zbieranego od osoby, która choruje na schorzenia somatyczne. Dodatkowo będziecie mierzyć parametry życiowe pacjenta, na zlecenie lekarza podacie określone leki. Proszę pamiętać,że wykonanie tych czynnoż ści u chorego psychicznie nie zawsze jest łatwe ze względu na częsty brak współpracy chorego z personelem. Będziecie opiekować się pacjentem, prowadząc jednocześnie obserwację. Ważnym elementem tego ćwiczenia będzie właściwa interpretacja stanu psychicznego chorego.	zajęciach praktycznych w szpitalu psychiatrycznym. Przed chwilą było przyjęcie nowej pacjentki do oddziału. Każdy z was będzie miał do wykonania kilka czynności związanych z przyjęciem pacjenta/ki (zebranie wywiadu) oraz wynikających ze zleceń lekarskich (pomiar parametrów i podanie zleconych leków). Jak waszym zdaniem rozumiane jest w społeczeństwie pojęcie choroby psychicznej? **Odp.:** Jako coś strasznego, wyrok na całe życie. Jak waszym zdaniem jest postrzegany przez społeczeństwo szpital psychiatryczny? **Odp.:** Jako miejsce okropne i przerażające. Jak w waszej opinii odbierana jest przez społeczeństwo osoba z chorobą psychiczną? **Odp.:** Jest odbierana jako wariat i pomyleniec, który chce komuś zrobić krzywdę. Co waszym zdaniem wpływa na takie postrzeganie osoby chorej psychicznie? **Odp.:** Nieuzasadniona obawa osób, które nigdy nie miały kontaktu z takim chorym. Wyobraźcie sobie sytuację, że jesteście na Kto z was miał kiedykolwiek kontakt z osobą chorą psychicznie i jakie odczucia wtedy wam towarzyszyły? **Odp.:** **1)** W mojej rodzinie choruje wujek. Pracuje, ma rodzinę. Nie mam wobec niego negatywnych odczuć. **2)** W moim bloku choruje sąsiad. Zachowuje się dziwacznie i niezrozumiale.

CHOROBA MANIAKALNA.
Stan maniakalny charakteryzuje się następującymi objawami:

a. nastrój – wzmożenie nastroju z poczuciem radości, posiadania zwiększonych możliwości lub drażliwością i irytacją.
b. myślenie – przyśpieszenie toku myślenia, w ciężkiej manii może wystąpić gonitwa myśli i słowotok oraz zaburzenia treści myślenia (urojenia wielkościowe).
c. aktywność ruchowa – pobudzenie ruchowe.

Mania jest ciężkim zaburzeniem, powoduje wyraźne zaburzenia funkcjonowania i często wymaga hospitalizacji psychiatrycznej. Zaburzenia nastroju i funkcjonowania w hipomanii są mniej nasilone. W hipomanii nastrój może być pogodny, euforyczny, w ciężkiej manii często występuje nastrój drażliwy, pacjenci często wpadają w gniew, nie znoszą sprzeciwu są kłótliwi. Chorzy wykazują większe tempo procesów psychicznych, są bardzo rozmowni, mają dużo pomysłów, może wystąpić gonitwa myśli. Samoocena chorych wzrasta, stają się nadmiernie pewni siebie i pozbawieni samokrytycyzmu. Występuje zwiększenie energii życiowej, pacjenci są nadmiernie aktywni, realizują pochopnie swoje pomysły.
W manii występuje dezorganizacja działania, pacjenci często zaczynają kilka zadań i ich nie kończą. Pacjenci powodują konflikty w relacjach, nawiązują przygodne kontakty seksualne, decyzje finansowe podejmują pod wpływem impulsu, co wiąże się z ryzykiem dużych strat. Potrzeba snu jest zmniejszona, chorzy śpią niewiele, a czują się wypoczęci. Często jest brak wglądu, pacjenci nie mają poczucia choroby. U chorych może dominować drażliwość, co prowadzi do wybuchów agresji słownej, a nawet do przemocy fizycznej. Stopień nasilenia objawów może być różny: od słabo zaznaczonych objawów, których występowanie utrudnia codzienne funkcjonowanie (stan hipomanii) do pełnego zespołu maniakalnego w którym występuje nadmierne pobudzenie aż do „szału maniakalnego". W zachowaniu pacjenta dominuje wówczas gwałtowność, często z epizodami agresji oraz zaburzeniami świadomości lub towarzyszącymi objawami psychotycznymi w postaci urojeń i omamów.

Jak myślisz jakie są przyczyny choroby maniakalnej?
Odp.: Uwarunkowania genetyczne, zaburzenia neuroprzekaźnikowe, przewlekłe infekcje, schorzenia OUN.

Kto pamięta jakie są główne objawy manii?
Odp.: Chory sprawia wrażenie szczęśliwego, ma poczucie, że wszystko jest możliwe do spełnienia, część pacjentów jest drażliwa, szybko popada w złość lub jest agresywnie nastawiona do otoczenia. Skróceniu ulega zapotrzebowanie na sen, występują zaburzenia koncentracji uwagi, myślenie jest przyśpieszone (tzw. „gonitwa myśli"), chory mówi szybko, dużo i głośno. Występują urojenia wielkościowe lub posłannictwa. Można zaobserwować pobudzenie psychoruchowe

Jak waszym zdaniem mania wpływa na życie pacjenta?
Odp.: Choroba dezorganizuje życie pacjenta. Chorzy podejmują radykalne i ryzykowne decyzje życiowe. Często bardzo dużo kupują, pożyczają pieniądze od innych osób przez co mają problemy finansowe. Nawiązują kontakty, w tym również seksualne z osobami obcymi. Podejmują bez przemyślenia bardzo ważne decyzje, które komplikują im życie rodzinne, zawodowe i społeczne.

1. Zaprezentuj części szkolenia/zajęć: prebriefing, scenariusz, debriefing i określ ramy czasowe.

Prebriefing – 10 minut.
Scenariusz – 20 minut.
Debriefing – 25 minut.

2. Przedstawienie i omówienie krótkie celu i celów pośrednich scenariusza — rozmowa dyskusja w oparciu o informacje dla studentów i informacje dla wykładowców.

Cel scenariusza:
Nauka postępowania z pacjentem nowoprzyjętym z rozpoznaną manią.
Cele szczegółowe:

1. Nawiązanie i podtrzymanie komunikowania terapeutycznego oraz zebranie wywiadu psychiatrycznego.
2. Monitorowanie i interpretacja parametrów życiowych.
3. Postępowanie zgodne ze zleceniem lekarskim.
4. Właściwa interpretacja stanu psychicznego pacjenta.

3. Przedstaw gdzie będzie przeprowadzany scenariusz (SOR, sala pacjenta, sala opatrunkowa, mieszkanie pacjenta).

Szpital, oddział psychiatrii.

4. Zapytaj czy studenci rozumieją poprzednie informacje. Jeżeli nie - wyjaśnij ponownie.

	5. Zaprezentuj przypadek kliniczny: *Pacjent Jan Kowalski itd.* Przypadek kliniczny. Pacjentka Maria Nowak lat 42 przyjęta do oddziału po raz kolejny z rozpoznaną 5 lat temu chorobą maniakalną. Wielokrotnie hospitalizowana z powodu nasilenia objawów choroby maniakalnej. Pacjentka stosuje leki nieregularnie lub nie stosuje wcale. Wizyty u lekarz są sporadyczne, ponieważ w opinii pacjentki nie jest ona chora psychicznie, nie potrzebuje stosować leków. Uważa siebie za bardzo przedsiębiorczą kobietę, zajętą wieloma obowiązkami zawodowymi. Sytuacja przedstawiana przez pacjentkę nie jest prawdziwa. Z wywiadu uzyskanego od męża pacjentki wynika, że w momencie rozpoznania choroby straciła ona pracę. Okresy nasilenia choroby powodują,że musi być ona hospitalizowana ponieważ jest bardzo agresywna wobec siebie i otoczenia. Od kilku lat pobiera rentę z tytułu całkowitej niezdolności do pracy. Mąż pacjentki zajmuje się domem i dwójka dzieci w 13 i 15 lat dodatkowo pracuje zawodowo. W prowadzeniu domu i opiece nad żoną mężczyźnie pomaga teściowa. W chwili obecnej kobieta bardzo niechętnie zgadza się na ponowna hospitalizację, uważając ja za „stratę czasu". U chorej występuje: przyspieszenie toku myślenia, urojenia (posłannicze, wielkościowe), nadmierna pewność siebie, kobieta jest bardzo pobudzona. 6. Zaproponuj podział ról w grupie, wyznacz lidera (jeśli potrzebny). PACJENT STANDARYZOWANY 1. Student: Lider – koordynator pracy całej grupy 2. Student: Pielęgniarka 1 – zbiera wywiad, zapisuje w dokumentacji wywiadu i wspiera pacjentkę 3. Student: Pielęgniarka 2 – odpowiedzialna za: monitorowanie stanu pacjenta, stałą obserwację pacjenta i udokumentowanie wykonania czynności. 4. Student: Pielęgniarka 3 – odpowiedzialna za podanie leków drogą doustną, wykonanie iniekcji i.m. i zmianę opatrunku oraz udokumentowanie wykonanych czynności. 7. Upewnij się czy poszczególni członkowie zespołu wiedzą za co są odpowiedzialni, czy rozumieją swoją rolę. Czy wszyscy zrozumieli przydzielone im role ZWRACAM SIĘ DO KAŻDEJ OSOBY Z ZAPYTANIEM CZY ROZUMIE PRZYDZIELONA ROLĘ I PROSZĘ O POWTÓRZENIE ZLECONYCH ZADAŃ. 8. Zapraszam uczestników do Sali symulacyjnej w celu zapoznania z salą i ze sprzętem.

ZAPOZNANIE STUDENTÓW ZE SPRZĘTEM	
Wykładowca	Dzisiaj będziemy pracować na sali chorego w oddziale psychiatrycznym. Wyposażenie Sali chorego jest wam znane. Proszę zwrócić uwagę na różnice – brak firanek, rolet w oknach itp. W roli chorego występuje pacjent standaryzowany. Proszę uważnie obserwować zachowanie pacjenta i jego wygląd.
Student	Każdy student zapoznaje się z wyposażeniem sali, zestawami sprzętu przygotowanego do realizacji scenariusza. Obserwuje osobę będącą pacjentem, jego zachowanie i charakteryzację przygotowaną na potrzeby symulacji.
SCENARIUSZ SYMULACJI	
Opis scenariusza	Pacjentka Maria Nowak lat 42 przyjęta do oddziału po raz kolejny z rozpoznaną 5 lat temu chorobą maniakalną. Wielokrotnie hospitalizowana z powodu nasilenia objawów choroby maniakalnej. Pacjentka stosuje leki nieregularnie lub nie stosuje wcale. Wizyty u lekarza są sporadyczne, ponieważ w opinii pacjentki nie jest ona chora psychicznie i nie potrzebuje stosować leków.
Obecny stan kliniczny	Pacjent znajduje się na sali chorych w oddziale psychiatrycznym. Występują u niego następujące objawy: przyśpieszenie toku myślenia, słowotok, wzmożony napęd psychoruchowy, urojenia posłannicze i wielkościowe, nadmierna pewność siebie, silne pobudzenie.
Wywiad	Pacjentka Maria Nowak lat 42 przyjęta do oddziału po raz kolejny z rozpoznaną 5 lat temu chorobą maniakalną. Wielokrotnie hospitalizowana z powodu nasilenia objawów choroby maniakalnej. Pacjentka stosuje leki nieregularnie lub nie stosuje wcale. Wizyty u lekarza są sporadyczne, ponieważ w opinii pacjentki nie jest ona chora psychicznie i nie potrzebuje stosować leków. Uważa siebie za bardzo przedsiębiorczą kobietę, zajętą wieloma obowiązkami zawodowymi. Sytuacja przedstawiana przez pacjentkę nie jest prawdziwa. Z wywiadu uzyskanego od męża pacjentki wynika, że w momencie rozpoznania choroby straciła ona pracę. Okresy nasilenia choroby powodują, że musi być ona hospitalizowana, ponieważ jest bardzo agresywna wobec siebie i otoczenia. Od kilku lat pobiera rentę z tytułu całkowitej niezdolności do pracy. Mąż pacjentki zajmuje się domem i dwójką dzieci w 13 i 15 lat. Dodatkowo pracuje zawodowo. W prowadzeniu domu i opiece nad żoną, mężczyźnie pomaga teściowa. W chwili obecnej kobieta bardzo niechętnie zgadza się na ponowną hospitalizację, uważając ją za „stratę czasu". U chorej występuje: przyspieszenie toku myślenia, urojenia (posłannicze, wielkościowe), nadmierna pewność siebie, kobieta jest bardzo pobudzona.

Przebieg scenariusza Ścieżka 1	Podział na role: **PACJENT STANDARYZOWANY**	Przebieg scenariusza: **PACJENT STANDARYZOWANY**
	1. Student: Lider – koordynator pracy całej grupy 2. Student: Pielęgniarka 1 – zbiera wywiad, zapisuje w dokumentacji wywiadu i wspiera pacjentkę 3. Student: Pielęgniarka 2 – odpowiedzialna za: monitorowanie stanu pacjenta, stałą obserwację pacjenta i udokumentowanie wykonania czynności 4. Student: Pielęgniarka 3 – odpowiedzialna za podanie leków drogą doustną, wykonanie iniekcji i.m. i zmianę opatrunku oraz udokumentowanie wykonanych czynności.	1. Student: Lider – koordynator pracy całej grupy 2. Student: Pielęgniarka 1 – zbiera wywiad, zapisuje w dokumentacji wywiadu i wspiera pacjentkę 3. Student: Pielęgniarka 2 – odpowiedzialna za: monitorowanie stanu pacjenta, stałą obserwację pacjenta i udokumentowanie wykonania czynności. 4. Student: Pielęgniarka 3 – odpowiedzialna za podanie leków drogą doustną, wykonanie iniekcji i.m. i zmianę opatrunku oraz udokumentowanie wykonanych czynności.

Przebieg scenariusza Ścieżka 1	Lider: Dzień dobry, jestem pielęgniarką koordynującą pracę zespołu pielęgniarskiego na tym oddziale. Jest Pani pacjentką nowoprzyjętą, czy wyrazi Pani zgodę na przeprowadzenie wywiadu.	PACJENTKA: Tak.
	Lider: Poproszę jedną z moich koleżanek aby zaraz do Pani przyszła	PACJENTKA: Dobrze.
	PIELĘGNIARKA 1: Dzień dobry, nazywam się Anna Kowalska, jestem pielęgniarką i chciałabym z Panią przeprowadzić wywiad, czy Pani się zgadza?	PACJENTKA: Dzień dobry. Może trochę później, ponieważ teraz przerwała mi Pani myślenie.
	PIELĘGNIARKA 1: O czym Pani tak rozmyśla?	PACJENTKA: Jestem właścicielką restauracji i myślę o swoim biznesie.
	PIELĘGNIARKA 1: Czy chce Pani choć przez chwilę porozmawiać ze mną?	PACJENTKA: Ale tylko przez kilka minut.
	PIELĘGNIARKA 1: Pani Mario, chciałabym podczas wywiadu robić pisemne notatki. Czy Pani wyraża na to zgodę?	PACJENTKA: Jeżeli to konieczne to tak.
	PIELĘGNIARKA 1: Pani Mario proszę powiedzieć coś o sobie i rodzinie.	PACJENTKA: Mam 42 lata, męża i dwoje dzieci. Bardzo dużo pracuję zawodowo.
	PIELĘGNIARKA 1: Czy ma Pani chwilę wolnego dla siebie i jak Pani spędza czas wolny i co lubi Pani robić?	PACJENTKA: Jeżeli mam czas wolny to lubię spędzać go z mężem i dziećmi. Wyjeżdżamy wtedy na wycieczki.
	PIELĘGNIARKA 1: Jakie ma Pani przyzwyczajenia dotyczące snu, żywienia?	PACJENTKA: Nie mam czasu na jedzenie i na sen ponieważ bardzo dużo pracuję, nie mam czasu na takie rzeczy.
	PIELĘGNIARKA 1: Czy choruje Pani na jakieś choroby w tym przewlekłe?	PACJENTKA: Nic mi nie dolega jestem zdrowa.
	PIELĘGNIARKA 1: Chciałabym teraz zapytać Panią o czas przed chorobą. Czy powie Pani coś na ten temat?	PACJENTKA: Ja nie jestem chora, jestem zdrowa, to rodzina wmawia mi chorobę.
	PIELĘGNIARKA 1: Czy pobyt w szpitalu psychiatrycznym jest dla Pani pierwszy, czy też nie?	PACJENTKA: Nie pamiętam czy to pierwszy raz, mam głowę zajętą czymś innym.

Przebieg scenariusza Ścieżka 1	PIELĘGNIARKA 1: Wyraziła Pani zgodę na przyjecie do szpitala na leczenie, czy zna Pani diagnozę?	PACJENTKA: Podpisywałam jakieś dokumenty ale nie pamiętam co to było, musiałam zgodzić się na leczenie dla świętego spokoju w domu. Lekarz mówił coś o jakiejś manii, ale ja w to nie wierzę.
	PIELĘGNIARKA 1: Pamięta Pani kiedy mogły wystąpić pierwsze objawy i co mogło je zapoczątkować?	PACJENTKA: Powtarzam Pani ja nie jestem chora. Wy jesteście chorzy nie ja. Proszę mnie nie denerwować.
	PIELĘGNIARKA 1: W jakim jest Pani teraz nastroju?	PACJENTKA: Widzi Pani że jestem zła, chcę jak najszybciej wyjść do domu.
	PIELĘGNIARKA 1: Zawsze ma Pani taki nastrój?	PACJENTKA: Nie, tylko wtedy gdy trafiam do szpitala.
	PIELĘGNIARKA 1: Czy coś sprawia Pani przyjemność?	PACJENTKA: Moja praca zawodowa, ponieważ jestem bardzo ważną osobą, szanowaną w moim otoczeniu.
	PIELĘGNIARKA 1: Czy ma Pani problemy ze snem? Proszę opisać na czym one polegają?	PACJENTKA: Nie mam problemów ze snem, po prostu jak dużo pracuję to nie potrzebuję dużo snu.
	PIELĘGNIARKA 1: Czy ma Pani apetyt i jaka jest waga ciała?	PACJENTKA: Apetyt mam bardzo dobry, tylko ze względu na nadmiar pracy nie mam kiedy zjeść.
	PIELĘGNIARKA 1: Czy ma Pani plany na przyszłość?	PACJENTKA: W przyszłym roku otworzę jeszcze dwie restauracje, będę bardzo bogata.
	PIELĘGNIARKA 1: Czy zawsze ma Pani takie rozległe plany na przyszłość?	PACJENTKA: Proszę Pani zawsze trzeba mieć plany na przyszłość.
	PIELĘGNIARKA 1: Czy ma Pani energię do zrealizowania tych planów?	PACJENTKA: Oczywiście, przy tak dużych planach na przyszłość trzeba mieć dużo energii żeby to wszystko zrealizować.
	PIELĘGNIARKA 1: Na tym pytaniu zakończę wywiad. Moje koleżanki zmierzą Pani parametry i podadzą zlecone przez lekarza leki.	
	<u>Pielęgniarka 2</u> – odpowiedzialna za: monitorowanie stanu pacjenta, stałą obserwację pacjenta i udokumentowanie wykonania czynności.	
	Dzień dobry. Jest Pani pacjentką nowoprzyjętą chciałam zmierzyć parametry, czy Pani się zgadza?	PACJENTKA: Jak nie mam wyjścia to się zgadzam.

Przebieg scenariusza Ścieżka 1	Pielęgniarka 2 po zmierzeniu parametrów informuje lidera o uzyskanych wynikach. <u>Pielęgniarka 3</u> – odpowiedzialna za podanie leków drogą doustną, wykonanie iniekcji i.m. i zmianę opatrunku oraz udokumentowanie wykonanych czynności. Dzień dobry. Chciałam zrobić Pani opatrunek na zadrapania na twarzy oraz podać zlecone przez lekarza leki, czy Pani się zgadza?	PACJENTKA: Tak, tylko szybko bo jestem bardzo zajęta. PO WYKONANIU WSZYSTKICH CZYNNOŚCI PRZEZ STUDENTÓW KONIEC SCENARIUSZA.

PALETA 1 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE WRAZ Z PRAWIDŁOWYM PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna		*Wpisać – co będzie się zmieniało i kiedy* 5 minut po podaniu leków(droga doustna i domięśniowa)									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	oddech	EKG	NIBP	SpO_2	CO_2	Temp. ^0C	Sinica%	Oczy	Obrzęki	
	Liczba	16	76	110/80	98	20	36,4	0	l-n;p-n	0	
	Cechy										
	Inne	*Inne ustawienia dotyczą:* pacjentka uspokoiła się									
PALETA 2 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE WRAZ Z PRAWIDŁOWYM PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna											
Parametry początkowe symulatora	Nazwa										
	Liczba										
	Cechy										
	Inne	*Inne ustawienia dotyczą:*									
PALETA 3 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE NIEZGODNIE Z PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna											
Parametry początkowe symulatora	Nazwa										
	Liczba										
	Cechy										
	Inne	*Inne ustawienia dotyczą:*									

PALETA 4 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE NIEZGODNIE Z PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna											
Parametry początkowe symulatora	Nazwa										
	Liczba										
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia dotyczą:									

DEBRIEFING:	
INFORMACJE DLA STUDENTÓW	**INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW**
Celem dzisiejszych zajęć była nauka postępowania z pacjentem chorym na chorobę maniakalną. Każda z osób w grupie miała do wykonania określone zadania, utrudnieniem był stan psychiczny pacjenta. Cele dzisiejszych zajęć zostały w całości zrealizowane. Dzisiejsze ćwiczenie ma zastosowanie na egzaminie OSC oraz w pracy z pacjentem w warunkach szpitalnych i ambulatoryjnych. Praca z pacjentem standaryzowanym zapewnia wam w pewnym sensie komfort psychiczny ponieważ zapobiegnie popełnieniu błędu w pracy z osobą chorą w warunkach rzeczywistych.	Jak się czujecie po ćwiczeniu? Jak się czujecie po zrealizowaniu scenariusza? <u>Pytanie do Lidera.</u> Jakie zadania miałeś dzisiaj do wykonania? Jakie decyzje podjąłeś? Pytanie do Pielęgniarki 1, 2, 3. Jakie zadania miałaś dzisiaj do wykonania. <u>Faza analizy.</u> Pielęgniarka 1. Z czego jesteś najbardziej zadowolona, co wyszło ci najlepiej? Pielęgniarka 2,3 j/w. Pielęgniarka 1, 2, 3. Czy jest coś co, chciałabyś poprawić? <u>Faza czynności.</u> Pielęgniarka 2: Dlaczego mierzyłaś parametry pacjentowi? Pamiętasz jakie były wartości parametrów mierzonych przez Ciebie? Pielęgniarka 3: Dlaczego podawałaś leki drogą doustną i w iniekcji? Jak myślisz jakie są działania uboczne podanych leków i co należy wtedy zrobić? Czy Twoim zdaniem rana czole i zadrapania na twarzy wymagała zastosowania opatrunku? Jakie leki zastosowałaś do wykonania opatrunku? Jak myślisz jakie są działania uboczne zastosowanego leku na skórę? <u>Faza podsumowania.</u> Czego nauczyłaś się z tego scenariusza? Jakiej czynności z tego scenariusz nauczyłaś się? Gdzie w przyszłości wykorzystasz umiejętność jakiej się dzisiaj nauczyłaś? Pamiętajcie o naszych celach, zostały osiągnięte, jest to sytuacja szczególna ponieważ pracujecie z pacjentem z zaburzeniem/chorobą psychicznym. Dziękuję za dzisiejsze zajęcia. Na następnych zajęciach tematem będzie…….
Zastosowanie umiejętności:	Wykorzystanie w pracy z pacjentem z chorobą psychiczną w warunkach szpitalnych i ambulatoryjnych.

Literatura	1. Red. K. Górna, K. Jaracz, J. Rybakowski „Pielęgniarstwo psychiatryczne", str. 228 – 236, 246 – 255, Wyd. PZWL 2012. 2. Red. M. Jarema, J. Rabe-Jabłońska „Psychiatria", str. 185 – 189; 192 -193, Wyd. PZWL 2011. 3. A. Kiejny, K. Małyszczak „Psychiatria", str. 136 – 148, Wyd. A. M. im. Piastów Śląskich, Wrocław 2009. 4. E. Wilczek-Rużyczka „Komunikowanie się z chorym psychicznie" – str. 72 - 82, Wyd. Czelej, Lublin 2007.
Umiejętności podstawowe:	1. Nawiązanie i podtrzymanie kontaktu z chorym psychicznie i zebranie wywiadu psychiatrycznego. 2. Pomiar podstawowych parametrów życiowych i zapisanie w dokumentacji. 3. Podanie leków drogą doustną. 4. Wykonanie iniekcji drogą domięśniową. 5. Założenie opatrunku na ranę. 6. Właściwa ocena stanu psychicznego pacjenta.
Efekty kształcenia	**Wiedza:** D.W.5. Zna zasady diagnozowania w pielęgniarstwie psychiatrycznym. D.W.9. Charakteryzuje techniki i procedury pielęgniarskie stosowane w opiece nad chorym w zależności od jego wieku i stanu zdrowia. D.W.11. Różnicuje reakcje chorego na chorobę i hospitalizację w zależności od jego wieku i stanu zdrowia. D.W.12. Zna rolę pielęgniarki przy przyjęciu chorego do przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego w zależności od wieku i stanu zdrowia pacjenta. D.W.27. Zna etiopatogenezę i objawy kliniczne podstawowych zaburzeń psychicznych. **Umiejętności:** B.U.4. Prognozuje wpływ choroby i hospitalizacji na stan psychiczny człowieka oraz zależności somatopsychiczne. B.U.10. Wykazuje umiejętności aktywnego słuchania. B.U.11. Wykorzystuje techniki komunikacji werbalnej, niewerbalnej i parawerbalnej w opiece zdrowotnej. C.U.7. Monitoruje stan zdrowia pacjenta na wszystkich etapach jego pobytu w szpitalu lub innych placówkach opieki zdrowotnej, między innymi przez ocenę podstawowych parametrów życiowych: temperatury, tętna, ciśnienia tętniczego krwi, oddechu i świadomości, masy ciała i wzrostu. C.U.33. Prowadzi dokumentację opieki pielęgniarskiej, w tym historię pielęgnowania, kartę obserwacji, kartę gorączkową, książkę raportów, kartę profilaktyki i leczenia odleżyn. C.U.34. Odnotowuje wykonanie zleceń w karcie zleceń lekarskich. D.U.22. Prowadzi rozmowę terapeutyczną. D.U.31. Przewiduje skutki postępowania pacjenta z określonymi zaburzeniami psychicznymi.
Efekty kształcenia	D.U.32 Dostosowuje interwencje pielęgniarskie do rodzaju problemów pielęgnacyjnych. D.U.33. Przygotowuje i podaje leki różnymi drogami samodzielnie lub na zlecenie lekarza. **Kompetencje:** D.K.1. Szanuje godność i autonomię osób powierzonych opiece. D.K.5. Przestrzega praw pacjenta. D.K.6. Rzetelnie i dokładnie wykonuje powierzone obowiązki zawodowe. D.K.10. Przejawia empatię w relacji z pacjentem i jego rodziną oraz współpracownikami.

SCENARIUSZ SYMULACJI MEDYCZNEJ POŚREDNIEJ WIERNOŚCI – PW **Autor: dr nauk o zdrowiu Renata Chlebowska**											Nr porządkowy	PW zgodnie z wykazem
Czas zajęć		90 Min	Czas scenariusza	15 Min	Liczba studentów						8	
Nazwa		**Postępowanie z pacjentem nowoprzyjętym z rozpoznaną schizofrenią paranoidalną**										
Cel główny		**Nauka postępowania z pacjentem nowoprzyjętym z rozpoznaną schizofrenia paranoidalną.**										
Cel szczegółowy		1. Nawiązanie i podtrzymanie komunikowania terapeutycznego oraz zebranie wywiadu psychiatrycznego. 2. Monitorowanie i interpretacja parametrów życiowych. 3. Postępowanie zgodne ze zleceniem lekarskim. 4. Właściwa interpretacja stanu psychicznego pacjenta.										
Metoda		Symulacji medycznej z udziałem pacjenta standaryzowanego										
INFORMACJE TECHNICZNE I ORGANIZACYJNE												
Nr Sali		Nr 205	Numer stanowiska	Nr 2	Nr trenażera, fantomu					Nr zgodnie z wykazem		
Sprzęt wielokrotnego użytku		1. Termometr 2. Kardiomonitor (pomiar: tętno, ciśnienie, oddech). 3. Zestaw do podawania leków doustnych - scenariusz zgodnie z wykazem 4. Zestaw do podania leku - iniekcja domięśniowa - scenariusz zgodnie z wykazem			Sprzęt jednorazowego użytku					1. Zestaw do podawania leków doustnych (sprzęt jednorazowy) scenariusz zgodnie z wykazem 2. Zestaw do podania leku w iniekcji domięśniowej (sprzęt jednorazowy) scenariusz zgodnie z wykazem		
Pozostałe wyposażenie		1. Papier format A4 (może być czysty, w linie lub kratkę) – ilość 10 kartek i przybory do pisania – długopisy 10 szt. KARTA GORĄCZKOWA. 2. Biurko/stolik do zapisania notatek i krzesło 3. Przy łóżku ustawione dodatkowe krzesło. 4. Indywidualna karta zlecenia lekarskiego			Ubrania i charakteryzacja					1. Pacjent standaryzowany ubrany w dres, włosy w nieładzie, brud na skórze twarzy i dłoni.		
Informacja ogólna dla technika		Pacjent standaryzowany ubrany w dres, leżący w łóżku, w pozycji na plecach, poduszka włożona pod głowę. Pacjent przykryty kocem wysokości pasa, prześcieradło w nieładzie.										
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	oddech	EKG	NIBP	SpO_2	CO_2	Temp. ^0C	Sinica%	Oczy	Obrzęki		
	Liczba	35	98	145/100	98	30	36,6	0	L – n; p-n	0		
	Cechy											
	Inne	Inne ustawienia: pacjent niespokojny, pobudzony psychoruchowo, dezorientacja co do czasu i miejsca pobytu.										

Czynności początkowe	*Należy wpisać co trzeba wykonać przed rozpoczęciem zajęć scenariusza np.:* ***Wykładowca:*** • *Co jeszcze trzeba zrobić i kto w scenariuszu którego to* dotyczy. Przed rozpoczęciem zajęć sprawdza sposób przygotowania stanowiska i kompletacje. • Sprawdza listę uczestników i kartę informacyjną scenariusza itp. • Rozpoczyna scenariusz — prosząc o wyłączenie telefonów, zajęcie miejsc itp. — informacja za 3 min. rozpoczynamy proszę zająć miejsca itp.

REALIZACJA SCENARIUSZA	
WPROWADZENIE – PREBREFING:	
PLAN PREBRIEFINGU: 25. Zapoznanie z tematem szkolenia/kursu/scenariusza. 26. Zaprezentuj części szkolenia/zajęć: prebriefing, scenariusz, debriefing i określ ramy czasowe. 27. Przedstawienie i omówienie krótkie celu i celów pośrednich scenariusza — rozmowa dyskusja w oparciu o informacje *dla* studentów i informacje dla wykładowców. 28. Przedstaw gdzie będzie przeprowadzany scenariusz (SOR, sala pacjenta, sala opatrunkowa, mieszkanie pacjenta). 29. Zaprezentuj przypadek kliniczny: *Pacjent Jan Kowalski itd.* 30. Zaproponuj podział ról w grupie, wyznacz lidera (jeśli potrzebny). 31. Upewnij się czy poszczególni członkowie zespołu wiedzą za co są odpowiedzialni, czy rozumieją swoją rolę. 32. Zaproś uczestników do Sali symulacyjnej w celu zapoznania z salą i ze sprzętem.	
INFORMACJE DLA STUDENTÓW	**INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW**
Schizofrenia to jedno z najpoważniejszych schorzeń psychicznych. Cechuje się przewlekłym przebiegiem i zróżnicowanym przebiegiem klinicznym. Bardzo często prowadzi do niepełnosprawności. Osoby dotknięte schizofrenią często pozostają bezrobotne, uzależnione od pomocy rodziny lub instytucji opiekuńczych, rzadko tworzę stałe związki partnerskie. Dzisiaj nauczycie się postępowania z pacjentką nowoprzyjętą z rozpoznaną schizofrenią paranoidalną. W trakcie ćwiczenia uświadomicie sobie jak wielkim wyzwaniem jest praca z pacjentem chorym psychicznie, który nie zawsze chce współpracować z personelem. Zaskakujące mogą być dla was wypowiedzi pacjenta, zdumiewające może być jego zachowanie. Dla każdego z was bardzo ważnym będzie nawiązanie właściwego komunikowania terapeutycznego z pacjentem i podtrzymanie komunikacji. Następnie będziecie uczyć się zbierania wywiadu psychiatrycznego, który różni się w wielu elementach od wywiadu zbieranego od osoby, która choruje na schorzenia somatyczne. Dodatkowo będziecie mierzyć parametry życiowe pacjenta, na zlecenie lekarza podacie określone leki. Proszę pamiętać,że wykonanie tych czynności u chorego psychicznie nie zawsze jest łatwe ze względu na częsty brak współpracy chorego z personelem. Będziecie opiekować się pacjentem, prowadząc jednocześnie obserwację. Ważnym elementem tego ćwiczenia będzie właściwa interpretacja stanu psychicznego chorego.	Wyobraźcie sobie sytuację, że jesteście na zajęciach praktycznych w szpitalu psychiatrycznym. Przed chwilą było przyjecie nowej pacjentki do oddziału. Każdy z was będzie miał do wykonania kilka czynności związanych z przyjęcia pacjenta/k (zebranie wywiadu) oraz wynikających ze zleceń lekarskich(pomiar parametrów i podanie zleconych leków. Jak waszym zdaniem rozumiane jest w społeczeństwie pojęcie choroby psychicznej? **Odp.:** Nasze społeczeństwo w ogóle nie rozumie czym jest choroba psychiczne. Dla części osób jest to coś wstydliwego, a osoba chora nie powinna przyznawać się, że jest chora psychicznie. Jak waszym zdaniem jest postrzegany przez społeczeństwo szpital psychiatryczny? **Odp.:** Miejsce, które powinno być odizolowane, umieszczone na uboczu, ponieważ znajdują sie tam osoby niebezpieczne dla otoczenia. Jak w waszej opinii odbierana jest przez społeczeństwo osoba z chorobą psychiczną? **Odp.:** Jest to osoba niebezpieczna stanowiąca zagrożenie dla siebie i innych. Co waszym zdaniem wpływa na takie postrzeganie osoby chorej psychicznie? **Odp.:** Niewiedza, uprzedzenia, mity z przeszłości na temat osób chorych psychicznie, brak tolerancji dla inności.

SCHIZOFRENIA.
Schizofrenia stanowi jeden z podstawowych problemów psychiatrii klinicznej. Cechy przebiegu choroby, jej następstwa sprawiają, że jest jedną z najcięższych, przewlekłych chorób psychicznych. Przedkłada się na wysokie koszty ekonomiczne i społeczne. Chorzy wymagają kompleksowego, długotrwałego i zindywidualizowanego leczenia, często licznych i długotrwałych hospitalizacji, wszechstronnego wsparcia społecznego oraz świadczeń związanych z niepełnosprawnością. Choroba uniemożliwia osiągnięcie celów rozwojowych i stabilizacji życiowej. Często prowadzi do stagnacji społecznej, obniżenia statusu społecznego i wykluczenia społecznego. Ryzyko zachorowania na schizofrenię w okresie całego życia wynosi 0,5 -1%. Częstość zachorowania jest jednakowa dla kobiet i mężczyzn. Wiek zachorowania jest niższy dla mężczyzn i wynosi 15 – 25 lat, dla kobiet 15 – 30 lat. Schizofrenia o późnym początku częściej występuje u kobiet. Jej rozwój i przebieg są wynikiem interakcji czynników genetycznych i środowiskowych. Schizofrenię cechuje różnorodny obraz kliniczny i przebieg, objawy dezintegracji psychicznej oraz ryzyko dezadaptacji. Obraz dezintegracji czynności psychicznych obejmuje: deficyty, dezorganizację czynności psychicznych i objawy psychotyczne. Deficyty to: bladość emocjonalna, anhedonia, alogia, ubóstwo mowy i apatia. Dezorganizacja czynności psychicznych wyraża się niedostosowaniu czynności poznawczych i uczuciowo – motywacyjnych oraz różnych dysfunkcji:

- dezorganizacja myślenia – rozumienia, uczenia i rozwiązywania problemów;
- dezorganizacja zachowania – dziwaczne gesty, pobudzenie, spowolnienie ruchowe aż do zahamowania.

Zniekształcenie oceny rzeczywistości wynika z obecności objawów psychotycznych (urojeń, omamów). Przebieg choroby u wielu osób ma charakter długotrwały i cechuje go tendencja do nawrotów, przewlekania i utrwalania się zaburzeń. Często prowadzi do defensywnego stylu życia i w następstwie do dezadaptacji życiowej chorych. Defensywny styl życia cechują wycofanie, bierność, ograniczenie sposobu wyrażania emocji, zainteresowań oraz potrzeb. Dezadaptacja życiowa obejmuje 3 główne wymiary przystosowania: somatyczny, osobowy i społeczny. Dezadaptacja w wymiarze somatycznym to brak troski o zdrowie, zagrażające życiu zaburzenia somatyczne, próby samobójcze oraz skrócenie życia średnio o 10 lat. Dezadaptacja w wymiarze osobowym dotyczy głębokich zmian poczucia własnej tożsamości. Dezadaptacja społeczna może ujawnić się w postaci niewielkich deficytów w funkcjonowaniu społecznym aż do całkowitej utraty zdolności pełnienia ról społecznych i bezrobocia.

Kto z was miał kiedykolwiek kontakt z osobą chorą psychicznie i jakie odczucia wtedy wam towarzyszyły?
Odp.:

1. Nigdy nie miałam kontaktu z osobą chorą psychicznie.
2. Na praktykach w oddziale chirurgicznym był pacjent, który musiał być operowany, a dodatkowo był chory psychicznie.

Jak myślicie, jakie są przyczyny schizofrenii paranoidalnej?
Odp.: Schizofrenia to bardzo skomplikowana choroba. Przyczynami mogą być zaburzenia immunologiczne, odmienność budowy i funkcji mózgu, czynniki psychologiczne, predyspozycje genetyczne.

Kto pamięta jakie są główne objawy schizofrenii paranoidalnej?
Odp.: Urojenia prześladowcze, ksobne, odsłonięcia i oddziaływania. Omamy słuchowe - chory słyszy głosy pojedyncze lub kilku osób, o przykrym charakterze, wyzywające chorego, komentujące jego zachowanie, nakazujące wykonanie jakiejś czynności. Omamy wzrokowe i węchowe występują rzadziej. Występuje również agresja i pobudzenie. Mogą wystąpić zaburzenia motoryki.

Jak waszym zdaniem schizofrenia wpływa na życie pacjenta?
Odp.: Dezorganizuje życie pacjenta. Chorzy na schizofrenię nie dbają o swoje zdrowie, nie zwracają uwagi na występujące u nich objawy chorobowe, nie szukają pomocy medycznej i nie wykonują badań kontrolnych. Prowadzą niezdrowy styl życia – złe nawyki żywieniowe, palenie tytoniu, picie alkoholu, stosowanie substancji psychoaktywnych. Często izolują się od innych osób. Z powodu choroby często są bezrobotni. Bardzo często są to osoby samotne.

1. <u>Zaprezentuj części szkolenia/zajęć: prebriefing, scenariusz, debriefing i określ ramy czasowe.</u>

Prebriefing – 10 minut.
Scenariusz – 15 minut.
Debriefing – 25 minut.

2. <u>Przedstawienie i omówienie krótkie celu i celów pośrednich scenariusza — rozmowa dyskusja w oparciu o informacje *dla* studentów i informacje dla wykładowców.</u>

Cel scenariusza:
Nauka postępowania z pacjentem nowoprzyjętym z rozpoznaną schizofrenia paranoidalną.
Cele szczegółowe:

1. Nawiązanie i podtrzymanie komunikowania terapeutycznego oraz zebranie wywiadu psychiatrycznego.

Ograniczenia lub brak możliwości pełnienia ról społecznych prowadzą do niepełnosprawności i zależności chorego od innych osób lub instytucji. Wyróżniamy podtypy schizofrenii: paranoidalna, katatoniczna, hebefreniczna, niezróżnicowana, rezydualna, prosta, depresja poschizofreniczna. Rokowanie w schizofrenii jest zróżnicowane – od braku objawów rezydualnych i dobrego przystosowania do nasilonych objawów i znacznego nieprzystosowania. Po leczeniu około 1/3 chorych uzyskuje przedchorobowy poziom funkcjonowania społecznego, 1/3 funkcjonuje na poziomie niższym niż przed chorobą i doświadcza jej objawów w różnym stopniu, zaś u 1/3 choroba postępuje, prowadząc do znacznej niepełnosprawności. W ciągu 5 – 10 lat po pierwszej hospitalizacji u 10 -20% wyniki leczenia można określić jako dobre. Około 10% chorych popełnia samobójstwo. Na rokowanie w schizofrenii wpływ wiele czynników: poziom funkcjonowania przedchorobowego, obciążenie rodzinne schizofrenią, płeć, czas trwania nieleczonej psychozy, wiek wystąpienia choroby, charakterystyczne objawy dla danej postaci choroby, leczenie farmakologiczne i jego kontynuacja, zakres współpracy chorego w procesie leczenia, zakres wsparcia społecznego i instytucjonalnego oraz mechanizmy radzenia sobie pacjenta. Leczenie schizofrenii ma charakter kompleksowy, a w jego zakres wchodzą metody biologiczne, socjoterapia, psychoterapia i rehabilitacja. Opieka pielęgniarska stanowi integralną część wielodyscyplinarnych działań. Całościowy system opieki nad pacjentem i jego rodziną, uwzględnieniem wczesnej interwencji, oraz ciągłość opieki mogą zapobiec izolacji, wypadania z ról społecznych, wykluczeniu społecznemu oraz zmniejszyć społeczne koszty leczenia choroby. Oddziaływania psychospołeczne powinny umożliwić dalszą edukację, zatrudnienie, korzystanie z różnych form opieki w środowisku.	2. Monitorowanie i interpretacja parametrów życiowych. 3. Postępowanie zgodne ze zleceniem lekarskim. 4. Właściwa interpretacja stanu psychicznego pacjenta. 3. <u>Przedstaw gdzie będzie przeprowadzany scenariusz (SOR, sala pacjenta, sala opatrunkowa, mieszkanie pacjenta).</u> Szpital oddział psychiatrii. 4. <u>Zapytaj czy studenci rozumieją poprzednie informacje. Jeżeli nie - wyjaśnij ponownie.</u> 5. <u>Zaprezentuj przypadek kliniczny: *Pacjent Jan Kowalski itd.*</u> <u>Przypadek kliniczny.</u> Pacjentka Alicja Kowalska lat 27, panna, bezdzietna. Wywiad nie potwierdza występowania zaburzeń psychicznych w rodzinie. Dotychczas poważnie nie chorowała. Jest jedynaczką, rodzice rozwiedli się gdy miała 7 lat. Ojciec nie utrzymywał kontaktów z córką. Ukończyła szkołę średnią, uczyła się przeciętnie, zdała maturę, nie kontynuowała nauki, nie podjęła pracy zawodowej. Pozostaje na utrzymaniu matki, emerytowanej urzędniczki, dorabiającej pracą za granicą. Zawsze miała trudności w nawiązywaniu kontaktów, przez otoczenie była oceniana jako niepewna siebie, wycofująca się. Pacjentka podaje, że nigdy nie czuła się osamotniona, nie miała dużych potrzeb towarzyskich. Nie korzystała z pomocy psychologa czy psychiatry, nie czuła takie potrzeby, chociaż matka uważała, że wymaga konsultacji psychologa. Nie używała narkotyków, nie piła alkoholu. Zaburzenia psychiczne rozwinęły się gwałtownie w ciągu kilku dni. Została zatrzymana przez policję, ponieważ stała na dachu i krzyczała, zachowywała się dziwacznie. Przewieziono ją do szpitala, gdzie została zatrzymana bez zgody. 6. <u>Zaproponuj podział ról w grupie, wyznacz lidera (jeśli potrzebny).</u> PACJENT STANDARYZOWANY 1. Student: Lider – koordynator pracy całej grupy. 2. Student: Pielęgniarka 1 – zbiera wywiad, zapisuje w dokumentacji wywiadu i wspiera pacjentkę. 3. Student: Pielęgniarka 2 – odpowiedzialna za: monitorowanie stanu pacjenta, stałą obserwację pacjenta i udokumentowanie wykonania czynności. 4. Student: Pielęgniarka 3 – odpowiedzialna za podanie leków drogą doustną, wykonanie iniekcji i.m. oraz udokumentowanie wykonanych czynności.

	7. Upewnij się czy poszczególni członkowie zespołu wiedzą za co są odpowiedzialni, czy rozumieją swoją rolę. Czy wszyscy zrozumieli przydzielone im role ZWRACAM SIĘ DO KAŻDEJ OSOBY Z ZAPYTANIEM CZY ROZUMIE PRZYDZIELONA ROLĘ I PROSZĘ O POWTÓRZENIE ZLECONYCH ZADAŃ. 8. Zapraszam uczestników do Sali symulacyjnej w celu zapoznania z salą i ze sprzętem.

ZAPOZNANIE STUDENTÓW ZE SPRZĘTEM	
Wykładowca	Dzisiaj będziemy pracować na sali chorego w oddziale psychiatrycznym. Wyposażenie Sali chorego jest wam znane. Proszę zwrócić uwagę na różnice – brak firanek, rolet w oknach itp. W roli chorego występuje pacjent standaryzowany. Proszę uważnie obserwować zachowanie pacjenta i jego wygląd.
Student	Każdy student zapoznaje się z wyposażeniem sali, zestawami sprzętu przygotowanego do realizacji scenariusza. Obserwuje osobę będącą pacjentem, jego zachowanie i charakteryzację przygotowaną na potrzeby symulacji.
SCENARIUSZ SYMULACJI	
Opis scenariusza	Pacjentka Alicja Kowalska lat 27, panna, bezdzietna. W rodzinie nie występowały choroby psychiczne. Pacjentka nigdzie nie pracuje ani nie uczy się. Przebywa w domu na utrzymaniu matki. Matka jest emerytką, która dodatkowo pracuje za granicą. Ojciec rozwiódł się z jej matką kiedy miała 7 lat. Do dnia dzisiejszego ojciec pacjentki nie utrzymuje z nią kontaktu. Nie stosuje używek, większość czasu spędza w domu. Jest to osoba zamknięta w sobie, nie utrzymuje kontaktów towarzyskich z rówieśnikami. Została przywieziona do szpitala psychiatrycznego w dniu dzisiejszym przez pogotowie po interwencji policji. Policja została wezwana na ulice Warszawską ponieważ na dachu jednego z czteropiętrowych bloków stała młoda kobieta. Kobieta była bardzo pobudzona, krzyczała, nie dała sobie pomóc. Po interwencji policyjnego negocjatora zeszła z dachu i została przywieziona do tutejszego szpitala. Prawdopodobnie wcześniej nie była hospitalizowana w szpitalu psychiatrycznym.
Obecny stan kliniczny	Pacjent znajduje się na Sali chorych w oddziale psychiatrycznym. Występują urojenia prześladowcze, omamy słuchowe, spowolnienie myślenia, zaburzenia skupienia uwagi, spłycenie uczuciowe. Chora jest przekonana, że ktoś chce zrobić jej krzywdę z tego powodu jest bardzo pobudzona. Chora nie chce współpracować z personelem, została zatrzymana w szpitalu psychiatrycznym bez jej zgody. Występują zaniedbania higieniczne. Wcześniej nie była leczona psychiatrycznie i nie przyjmowała żadnych leków.
Wywiad	Pacjentka Alicja Kowalska lat 27, panna, bezdzietna. Wywiad nie potwierdza występowania zaburzeń psychicznych w rodzinie. Dotychczas poważnie nie chorowała. Jest jedynaczką rodzice rozwiedli się gdy miała 7 lat. Ojciec nie utrzymywał kontaktów z córką. Ukończyła szkołę średnią, uczyła się przeciętnie, zdała maturę, nie kontynuowała nauki, nie podjęła pracy zawodowej. Pozostaje na utrzymaniu matki, emerytowanej urzędniczki, dorabiającej pracą za granicą. Zawsze miała trudności w nawiązywaniu kontaktów,przez otoczenie była oceniana jako niepewna siebie, wycofująca się. Pacjentka podaje, że nigdy nie czuła się osamotniona, nie miała dużych potrzeb towarzyskich. Nie korzystała z pomocy psychologa czy psychiatry, nie czuła takie potrzeby, chociaż matka uważała, że wymaga konsultacji psychologa. Nie używała narkotyków, nie piła alkoholu. Zaburzenia psychiczne rozwinęły się gwałtownie w ciągu kilku dni. Została

Wywiad	zatrzymana przez policję, ponieważ stała na dachu i krzyczała, zachowywała się dziwacznie. Przewieziono ją do szpitala, gdzie została zatrzymana bez zgody. Ratownicy medyczni podali na zlecenie lekarza Relanium 5 mg drogą i.m. przed przetransportowaniem pacjentki do szpitala psychiatrycznego.	
Przebieg scenariusza Ścieżka 1	Podział na role: PACJENT STANDARYZOWANY 1. Student: Lider – koordynator pracy całej grupy. 2. Student: Pielęgniarka 1 – zbiera wywiad, zapisuje w dokumentacji wywiadu i wspiera pacjentkę. 3. Student: Pielęgniarka 2 – odpowiedzialna za: monitorowanie stanu pacjenta, stałą obserwację pacjenta i udokumentowanie wykonania czynności. 4.Student: Pielęgniarka 3 – odpowiedzialna za podanie leków drogą doustną, wykonanie iniekcji i.m. oraz udokumentowanie wykonanych czynności. Przebieg scenariusza - 15 min. Lider: Dzień dobry, jestem pielęgniarką koordynującą pracę zespołu pielęgniarskiego na tym oddziale. Jest Pani pacjentką nowoprzyjętą, czy wyrazi Pani zgodę na przeprowadzenie wywiadu? Lider: Poproszę jedną z moich koleżanek aby przyszła z Panią porozmawiać. PIELĘGNIARKA 1: Dzień dobry, nazywam się Anna Nowak, jestem pielęgniarką i chciałabym z Panią przeprowadzić wywiad, czy Pani się zgadza? PIELĘGNIARKA 1: Proszę powiedzieć jak się Pani nazywa i ile ma Pani lat. PIELĘGNIARKA 1: Pani Alicjo, gdzie Pani mieszka i czy ma Pani rodzinę? PIELĘGNIARKA 1: Chcemy Pani pomóc, ale Pani też powinna z nam współpracować.	Przebieg scenariusza: PACJENT STANDARYZOWANY 1. Student: Lider – koordynator pracy całej grupy. 2. Student: Pielęgniarka 1 – zbiera wywiad, zapisuje w dokumentacji wywiadu i wspiera pacjentkę. 3. Student: Pielęgniarka 2 – odpowiedzialna za: monitorowanie stanu pacjenta, stałą obserwację pacjenta i udokumentowanie wykonania czynności. 4. Student: Pielęgniarka 3 – odpowiedzialna za podanie leków drogą doustną, wykonanie iniekcji i.m. oraz udokumentowanie wykonanych czynności. PACJENTKA: Zgadzam się, ale nie wiem czy to konieczne. PACJENTKA: Dobrze. PACJENTKA: Nie wiem czy chcę z Panią rozmawiać ale ktoś mi mówił, że jest to konieczne. PACJENTKA: Co to ciebie obchodzi? Co chcesz mi zrobić? PACJENTKA: Nie mogę na ten temat rozmawiać ponieważ jestem podsłuchiwana i ktoś chce zrobić mi krzywdę. PACJENTKA: Kłamiesz mnie!

Przebieg scenariusza Ścieżka 1	PIELĘGNIARKA 1: Czy ma Pani poczucie zagrożenia?	PACJENTKA: Tak cały czas.
	PIELĘGNIARKA 1: Czy ktoś chce Pani zrobić krzywdę?	PACJENTKA: Wszyscy dookoła chcecie mi zrobić krzywdę. Ty też!
	PIELĘGNIARKA 1: Czy czuje się Pani obserwowana?	PACJENTKA: Obserwujecie mnie wszyscy.
	PIELĘGNIARKA 1: Czy ma Pani wrażenie, że jest Pani opisywana w Internecie?	PACJENTKA: Cały czas ktoś wypisuje nieprawdziwe informacje na mój temat w Internecie, a ja nie mogę nic z tym zrobić.
	PIELĘGNIARKA 1: Czy słyszy Pani głosy osób, których nie ma w pobliżu? Skąd biorą się te głosy?	PACJENTKA: W mojej głowie są głosy, które cały czas coś do mnie mówią.
	PIELĘGNIARKA 1: Czy te głosy każą Pani coś robić?	PACJENTKA: Mówią mi, że muszę być bardzo ostrożna ponieważ jest zagrożone moje życie.
	PIELĘGNIARKA 1: Czy te głosy są rzeczywiste?	PACJENTKA: Są prawdziwe.
	PIELĘGNIARKA 1: Czy uważa Pani, że głos jest wynikiem choroby?	PACJENTKA: To nie żadna choroba. Kłamiesz mnie!
	PIELĘGNIARKA1: Dowiedziałam się od Pani dużo ważnych informacji, zaraz przyjdzie koleżanka, która zmierzy Pani parametry. Pielęgniarka 1 przekazuje liderowi uzyskane od pacjentki informacje. <u>Pielęgniarka 2</u> – odpowiedzialna za: monitorowanie stanu pacjenta, pomiar: temperatura, ilość oddechów, RR, tętno, stała obserwacja pacjenta i udokumentowanie wykonania czynności.	PACJENTKA: Nic mi nie będziecie robić!
	Pielęgniarka 2: Dzień dobry. Jest Pani pacjentką nowoprzyjętą chciałam zmierzyć parametry, czy Pani się zgadza.	PACJENTKA: Nie zrobisz mi krzywdy?
	Pielęgniarka 2: Nie. Nie zrobię. To dla Pani dobra. Pielęgniarka 2 po zmierzeniu parametrów informuje lidera o uzyskanych wynikach.	PACJENTKA: Jesteś miła. Chyba się zgodzę.

Przebieg scenariusza Ścieżka 1	Pielęgniarka 3 – odpowiedzialna za podanie leków drogą doustną i wykonanie iniekcji oraz udokumentowanie wykonanych czynności. Dzień dobry. Chciałam podać zlecone przez lekarza leki, czy Pani się zgadza?	PACJENTKA: Nie wiem…. Może….. Dobrze…... PO WYKONANIU WSZYSTKICH CZYNNOŚCI PRZEZ STUDENTÓW KONIEC SCENARIUSZA.

Informacja ogólna		5 minut po podaniu leków droga doustną i iniekcja im parametry są następujące.									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	oddech	EKG	NIBP	SpO_2	CO_2	Temp. ^0C	Sinica%	Oczy	Obrzęki	
	Liczba	18	70	105/70	98	30	36,6	0	l-n;p-n	0	
	Cechy										
	Inne	*Inne ustawienia dotyczą: pacjentka uspokoiła się.*									
PALETA 2 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE WRAZ Z PRAWIDŁOWYM PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna											
Parametry początkowe symulatora	Nazwa										
	Liczba										
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia dotyczą:									
PALETA 3 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE NIEZGODNIE Z PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna											
Parametry początkowe symulatora	Nazwa										
	Liczba										
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia dotyczą:									
PALETA 4 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE NIEZGODNIE Z PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna											
Parametry początkowe symulatora	Nazwa										
	Liczba										
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia dotyczą:									

<table>
<tr><th colspan="2">DEBRIEFING:</th></tr>
<tr><th>INFORMACJE DLA STUDENTÓW</th><th>INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW</th></tr>
<tr><td>Celem dzisiejszych zajęć była nauka postępowania z pacjentem chorym schizofrenię paranoidalną.
Każda z osób w grupie miała do wykonania określone zadania, utrudnieniem był stan psychiczny pacjenta.
Cele scenariusza zostały osiągnięte.
Dzisiejsze ćwiczenie ma zastosowanie na egzaminie OSC oraz w pracy z pacjentem w warunkach szpitalnych i ambulatoryjnych. Praca z pacjentem standaryzowanym zapewnia wam w pewnym sensie komfort psychiczny ponieważ zapobiegnie popełnieniu błędu w pracy z osobą chorą w warunkach rzeczywistych.</td><td>Jak się czujecie po ćwiczeniu?
Jak się czujecie po zrealizowaniu scenariusza?

<u>Faza opisowa.</u>
Pytanie do Lidera.
Jakie zadania miałeś dzisiaj do wykonania?
Jakie decyzje podjąłeś?
Pytanie do Pielęgniarki 1, 2, 3.
Jakie zadania miałaś dzisiaj do wykonania.

<u>Faza analizy.</u>
Pielęgniarka 1.
Z czego jesteś najbardziej zadowolona, co wyszło ci najlepiej?
Pielęgniarka 2,3 j/w.
Pielęgniarka 1, 2, 3.
Czy jest coś co, chciałabyś poprawić?

<u>Faza czynności.</u>
Pielęgniarka 2:
Dlaczego mierzyłaś parametry pacjentowi?
Pamiętasz jakie były wartości parametrów mierzonych przez Ciebie?

Pielęgniarka 3:
Dlaczego podawałaś leki drogą doustną i w iniekcji?
Jak myślisz jakie są działania uboczne podanych leków i co należy wtedy zrobić?

<u>Faza podsumowania.</u>
Czego nauczyłaś się z tego scenariusza?
Jakiej czynności z tego scenariusz nauczyłaś się?
Gdzie w przyszłości wykorzystasz umiejętność jakiej się dzisiaj nauczyłaś?
Pamiętajcie o naszych celach, zostały osiągnięte, jest to sytuacja szczególna ponieważ pracujecie z pacjentem z zaburzeniem/chorobą psychicznym.
Dziękuję za dzisiejsze zajęcia.

Tematem następnych zajęć będzie…….</td></tr>
<tr><td>Zastosowanie umiejętności:</td><td colspan="2">Wykorzystanie w pracy z pacjentem z chorobą psychiczną w warunkach szpitalnych i ambulatoryjnych.</td></tr>
<tr><td>Literatura</td><td colspan="2">1. Red. E. Wilczek-Rużyczka „Podstawy pielęgniarstwa psychiatrycznego”, str. 135 – 144, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007.
2. Red. E. Wilczek-Rużyczka „Komunikowanie się z chorym psychicznie”, str. 82 – 84, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007.
3. Red. M. Jarema, J. Rabe-Jabłońska „Psychiatria”, str. 123 – 141, 457 – 493, Wydawnictwo PZWL 2011.
4. A. Kiejny, K. Małyszczak „Psychiatria”, str. 117 – 128, Wydawnictwo Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich, Wrocław 2011.
5. Red. J. Heitzman „Psychiatria”, str. 80 – 90, Wydawnictwo PZWL 2007.
6. Red. K. Górna, K. Jaracz, J. Rybakowski „Pielęgniarstwo psychiatryczne”, str. 195 – 223, Wydawnictwo PZWL 2012.</td></tr>
</table>

Umiejętności podstawowe:	1. Nawiązanie kontaktu z chorym psychicznie i zebranie wywiadu. 2. Pomiar podstawowych parametrów życiowych i zapisanie w dokumentacji. 3. Podanie leków drogą doustną. 4. Wykonanie iniekcji drogą domięśniową. 5. Właściwa ocena stanu psychicznego pacjenta.
Efekty kształcenia	**Wiedza:** D.W.5. Zna zasady diagnozowania w pielęgniarstwie psychiatrycznym. D.W.9. Charakteryzuje techniki i procedury pielęgniarskie stosowane w opiece nad chorym w zależności od jego wieku i stanu zdrowia. D.W.11. Różnicuje reakcje chorego na chorobę i hospitalizację w zależności od jego wieku i stanu zdrowia. D.W.12. Zna rolę pielęgniarki przy przyjęciu chorego do przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego w zależności od wieku i stanu zdrowia pacjenta. D.W.27. Zna etiopatogenezę i objawy kliniczne podstawowych zaburzeń psychicznych. **Umiejętności:** B.U.4. Prognozuje wpływ choroby i hospitalizacji na stan psychiczny człowieka oraz zależności somatopsychiczne. B.U.10. Wykazuje umiejętności aktywnego słuchania. B.U.11. Wykorzystuje techniki komunikacji werbalnej, niewerbalnej i parawerbalnej w opiece zdrowotnej. C.U.7. Monitoruje stan zdrowia pacjenta na wszystkich etapach jego pobytu w szpitalu lub innych placówkach opieki zdrowotnej, między innymi przez ocenę podstawowych parametrów życiowych: temperatury, tętna, ciśnienia tętniczego krwi, oddechu i świadomości, masy ciała i wzrostu. C.U.33. Prowadzi dokumentację opieki pielęgniarskiej, w tym historię pielęgnowania, kartę obserwacji, kartę gorączkową, książkę raportów, kartę profilaktyki i leczenia odleżyn. C.U.34. Odnotowuje wykonanie zleceń w karcie zleceń lekarskich. D.U.22. Prowadzi rozmowę terapeutyczną. D.U.31. Przewiduje skutki postępowania pacjenta z określonymi zaburzeniami psychicznymi. D.U.32. Dostosowuje interwencje pielęgniarskie do rodzaju problemów pielęgnacyjnych. D.U.33. Przygotowuje i podaje leki różnymi drogami samodzielnie lub na zlecenie lekarza. **Kompetencje:** D.K.1. Szanuje godność i autonomię osób powierzonych opiece. D.K.5. Przestrzega praw pacjenta. D.K.6. Rzetelnie i dokładnie wykonuje powierzone obowiązki zawodowe. D.K.10. Przejawia empatię w relacji z pacjentem i jego rodziną oraz współpracownikami.

SCENARIUSZ SYMULACJI MEDYCZNEJ POŚREDNIEJ WIERNOŚCI – PW **Autor: dr nauk o zdrowiu Renata Chlebowska**											Nr porządkowy	PW zgodnie z wykazem
Czas zajęć		90 Min	Czas scenariusza	15 Min	Liczba studentów	8						
Nazwa		**Postępowanie z pacjentem nowoprzyjętym z rozpoznaną depresją.**										
Cel główny		**Nauka postępowania z pacjentem nowoprzyjętym z rozpoznaną depresją**										
Cel szczegółowy		1. Nawiązanie i podtrzymanie komunikowania terapeutycznego oraz zebranie wywiadu psychiatrycznego. 2. Monitorowanie i interpretacja parametrów życiowych. 3. Postępowanie zgodne ze zleceniem lekarskim. 4. Właściwa interpretacja stanu psychicznego pacjenta.										
Metoda		Symulacji medycznej z udziałem pacjenta standaryzowanego										
INFORMACJE TECHNICZNE I ORGANIZACYJNE												
Nr Sali		Nr 205	Numer stanowiska	Nr 2	Nr trenażera, fantomu	Nr zgodnie z wykazem						
Sprzęt wielokrotnego użytku		1. Termometr 2. Kardiomonitor (pomiar: tętno, ciśnienie, oddech). 3. Zestaw do podawania leków doustnych - scenariusz zgodnie z wykazem 4. Zestaw do podania leku - iniekcja domięśniowa - scenariusz zgodnie z wykazem 5. Zestaw do zmiany opatrunku – scenariusz zgodnie z wykazem			Sprzęt jednorazowego użytku	1. Zestaw do podawania leków doustnych - scenariusz zgodnie z wykazem 2. Zestaw do podania leku - iniekcja domięśniowa - scenariusz zgodnie z wykazem 3. Zestaw do zmiany opatrunku – scenariusz zgodnie z wykazem.						
Pozostałe wyposażenie		1. Papier format A4 (może być czysty, w linie lub kratkę) – ilość 10 kartek i przybory do pisania – długopisy 10szt. KARTA GORĄCZKOWA. 2. Biurko/stolik do zapisania notatek i krzesło 3. Przy łóżku ustawione dodatkowe krzesło. 4. Indywidualna karta zlecenia lekarskiego.			Ubrania i charakteryzacja	1. Pacjent standaryzowany ubrany w pidżamę/koszulę nocną, włosy w nieładzie, brud na skórze twarzy i dłoni. Rana na prawej dłoni - powierzchnia grzbietowa.						
Informacja ogólna dla technika		Pacjent standaryzowany ubrany w pidżamę/koszulę nocną leżący w łóżku, w pozycji na plecach, poduszka włożona pod głowę. Pacjent przykryty kocem do wysokości pasa, prześcieradło w nieładzie. Rana na prawej dłoni, na części grzbietowej, wymagająca założenia opatrunku.										
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	R - oddech	EKG	NIBP	SpO_2	CO_2	Temp. ^0C	Sinica%	Oczy	Obrzęki		
	Liczba	35	90	140/100	95	30	36,5	0	Ln;pn	0		
	Cechy											
	Inne	Inne ustawienia:										

Czynności początkowe	*Należy wpisać co trzeba wykonać przed rozpoczęciem zajęć scenariusza np.:* ***Wykładowca:*** 1. Co jeszcze trzeba zrobić i kto w scenariuszu którego to dotyczy. Przed rozpoczęciem zajęć sprawdza sposób przygotowania stanowiska i kompletacje. 2. Sprawdza listę uczestników i kartę informacyjną scenariusza itp. 3. Rozpoczyna scenariusz — prosząc o wyłączenie telefonów, zajęcie miejsc itp. — informacja za 3 min. rozpoczynamy proszę zająć miejsca itp.

REALIZACJA SCENARIUSZA

WPROWADZENIE – PREBREFING:

PLAN PREBRIEFINGU:
1. Zapoznanie z tematem szkolenia/kursu/scenariusza.
2. Zaprezentuj części szkolenia/zajęć: prebriefing, scenariusz, debriefing i określ ramy czasowe.
3. Przedstawienie i omówienie krótkie celu i celów pośrednich scenariusza — rozmowa dyskusja w oparciu o informacje *dla* studentów i informacje dla wykładowców.
4. Przedstaw gdzie będzie przeprowadzany scenariusz (SOR, sala pacjenta, sala opatrunkowa, mieszkanie pacjenta).
5. Zaprezentuj przypadek kliniczny: *Pacjent Jan Kowalski itd.*
6. Zaproponuj podział ról w grupie, wyznacz lidera (jeśli potrzebny).
7. Upewnij się czy poszczególni członkowie zespołu wiedzą za co są odpowiedzialni, czy rozumieją swoją rolę.
8. Zaproś uczestników do Sali symulacyjnej w celu zapoznania z salą i ze sprzętem.

INFORMACJE DLA STUDENTÓW	**INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW**
Zaburzenia nastroju są źródłem poważnego cierpienia. Stanowią poważny problem społeczny, obniżając produktywność i powodując zwiększenie wydatków na leczenie i pomoc społeczną. W każdej chwili na depresję cierpi 3 – 5% osób. Dzisiaj nauczycie się postępowania z pacjentką nowoprzyjętą z rozpoznaną depresją. W trakcie ćwiczenia uświadomicie sobie jak wielkim wyzwaniem jest praca z pacjentem chorym psychicznie, który nie zawsze chce współpracować z personelem. Zaskakujące mogą być dla was wypowiedzi pacjenta, zdumiewające może być jego zachowanie. Dla każdego z was bardzo ważnym będzie nawiązanie właściwego komunikowania terapeutycznego z pacjentem i podtrzymanie komunikacji. Następnie będziecie uczyć się zbierania wywiadu psychiatrycznego, który różni się w wielu elementach od wywiadu zbieranego od osoby, która choruje na schorzenia somatyczne. Dodatkowo będziecie mierzyć parametry życiowe pacjenta, na zlecenie lekarza podacie określone leki. Proszę pamiętać,że wykonanie tych czynności u chorego psychicznie nie zawsze jest łatwe ze względu na częsty brak współpracy chorego z personelem. Będziecie opiekować się pacjentem, prowadząc jednocześnie obserwację. Ważnym elementem tego ćwiczenia będzie właściwa interpretacja stanu psychicznego chorego. DEPRESJA. Depresja jako zespół chorobowy stanowi jeden z najczęstszych stanów patologicznych spotykanych w całej medycynie. Jest to sposób reakcji	Wyobraźcie sobie sytuację, że jesteście na zajęciach praktycznych w szpitalu psychiatrycznym. Przed chwilą było przyjecie nowej pacjentki do oddziału. Każdy z was będzie miał do wykonania kilka czynności związanych z przyjęciem pacjenta/tki (zebranie wywiadu) oraz wynikających ze zleceń lekarskich (pomiar parametrów i podanie zleconych leków). Jak waszym zdaniem rozumiane jest w społeczeństwie pojęcie choroby psychicznej? **Odp.:** W naszym społeczeństwie choroba psychiczna rozumiana jest jako schorzenie, którego nie można wyleczyć, jako choroba, która nie daje żadnej nadziei na dobre życie. Rozumiana jest głównie przez pryzmat schizofrenii. Jak waszym zdaniem jest postrzegany przez społeczeństwo szpital psychiatryczny? **Odp.:** Jest porównywany do miejsca odosobnienia. Budynek, w którego oknach są kraty, a drzwi są zawsze zamknięte. Jak w waszej opinii odbierana jest przez społeczeństwo osoba z chorobą psychiczną? **Odp.:** Osoba chora psychicznie jest rozumiana jako niebezpieczna i niepoczytalna. Co waszym zdaniem wpływa na takie postrzeganie osoby chorej psychicznie? **Odp.:** Niewiedza społeczeństwa na temat chorób psychicznych.

organizmu na różne czynniki, generowany przez OUN występujący w znacznej części populacji ludzkiej. W pojawieniu się depresji mamy do czynienia ze współdziałaniem predyspozycji genetycznej, fizycznego stanu organizmu oraz czynników stresowych, głównie wydarzeń życiowych. W różnych przypadkach depresji mamy do czynienia z różnorodną proporcją tych trzech czynników. Za podstawowe objawy depresji uważa się zaburzenie nastroju o charakterze uogólnionego jego obniżenia oraz osłabienie percepcji emocjonalnej. Zaburzenie nastroju w depresji ma dwa aspekty. Pierwszym z nich jest poczucie smutku i przygnębienia, czyli coś co można uważać jako typowe obniżenie nastroju. W depresji nie jest to jednak przejściowy smutek, jaki zwykle towarzyszy jakiemuś przykremu wydarzeniu, ale stan przewlekły, trwający przez wiele tygodni. U znacznej części osób może on wykazywać wahania okołodobowe(gorszy nastrój w godzinach porannych), a u niektórych zróżnicowanie nasilenia, które może być związane z zewnętrznymi wydarzeniami. Drugim zjawiskiem związanym z zaburzeniem nastroju w depresji jest niemożność cieszenia się życiem i sprawami, które kiedyś sprawiały przyjemności. U chorych na depresję istnieje czasem uogólnione i boleśnie odczuwalne zobojętnienie emocjonalne – nie tylko niemożność doznawania emocji przyjemnych, ale nawet niezdolność do ekspresji swojego smutku czy płaczu. Trzecim podstawowym objawem depresji jest poczucie wyczerpania i utraty energii. Obecność jednego z tych dwóch lub trzech objawów jest absolutnie niezbędna do rozpoznania depresji, w powiązaniu z innymi objawami. Wśród pozostałych sześciu objawów wchodzących w skład kryteriów diagnostycznych dla depresji, trzy mają charakter zmian związanych ściśle z procesami psychicznymi(zaburzenia toku myślenia, zaburzenia treści myślenia, tendencje samobójcze), podczas gdy następne trzy – z procesami somatycznymi(zaburzenia snu, zaburzenia aktywności ruchowej, zaburzenia łaknienia i masy ciała). Aby rozpoznać depresję, konieczny jest długi czas trwania objawów wynoszący 14 dni i więcej. Myślenie osoby z depresją może wykazywać zaburzenia w zakresie formy i treści.
W pierwszym przypadku chodzi o spowolnienie toku myślenia, w drugim o kreowanie depresyjnego obrazu świata. W skrajnych przypadkach myśli pacjenta biegną tak wolno, że kontakt z nim jest wyraźnie osłabiony. Występują trudności zarówno w skupieniu uwagi, zebraniu myśli i ich koncentracji na konkretnym temacie, jaki ich realizacji. Wiąże się to z niemożnością podjęcia decyzji, nawet co do wykonania najbardziej podstawowych czynności, nie mówiąc już o decyzjach istotnych dla funkcjonowania społecznego. Cechą myślenia

Kto z was miał kiedykolwiek kontakt z osobą chorą psychicznie i jakie odczucia wtedy wam towarzyszyły?
Odp.:
1) W mojej rodzinie choruje moja ciotka, która jest siostrą mojej mamy. Z tego co wiem, przyjmuje leki, pracuje zawodowo. Ma męża i dzieci. Często się z nią spotykam, traktuję ją normalnie i się jej nie obawiam.
2) Mój kuzyn jest chory psychicznie. ma 23 lata Z powodu choroby musiał przerwać studia. Mieszka z rodzicami, którzy się nim opiekują. Nie chce się leczyć, nie bierze leków i nie chodzi do lekarza. Jego rodzice mają z nim same kłopoty. Nie utrzymują z nim kontaktów ponieważ się go boję.

Jak wyobrażacie sobie przebieg tego ćwiczenia?
Odp.: W trakcie ćwiczenia obawiam się, że pacjent nie będzie chciał ze mną współpracować i nie uda mi się wykonać przydzielonego zadania.

Jak myślicie, jakie są przyczyny depresji?
Odp.: Podatność genetyczna, obciążające zdarzenia życiowe, schorzenia OUN, zaburzenia endokrynologiczne, choroby narządów miąższowych.

Kto pamięta jakie są główne objawy depresji?
Odp.: Obniżenie podstawowego nastroju (smutek, przygnębienie), płaczliwość, obniżenie napędu psychoruchowego, spowolnienie tempa procesów życiowych, zaburzenia snu (bezsenność), lęk, niepokój, urojenia hipochondryczne, katastroficzne, poczucie winy i grzeszności.

Jak waszym zdaniem depresja wpływa na życie pacjenta?
Odp.: Ma negatywny wpływ na życie pacjenta. Objawy choroby powodują, że nie mogą pracować, przebywają na zwolnieniu lekarskim, a nawet tracą pracę. Czasami choroba jest przyczyną trwałego lub okresowego inwalidztwa, część chorych popełnia samobójstwo.

1. Zaprezentuj części szkolenia/zajęć: prebriefing, scenariusz, debriefing i określ ramy czasowe.

Prebriefing – 10 minut.
Scenariusz – 15 minut.
Debriefing – 25 minut.

2. Przedstawienie i omówienie krótkie celu i celów pośrednich scenariusza — rozmowa dyskusja w oparciu o informacje *dla* studentów i informacje dla wykładowców.

depresyjnego jest również generowanie depresyjnego obrazu świata. Obraz ten dotyczy własnej osoby, otoczenia oraz przyszłości. Nasilenie „depresyjności" myślenia może być tak wielkie, że osiąga rozmiary urojeń. W okresie depresji występuje intensyfikacja niskiej samooceny własnej osoby, co powoduje poczucie, że jest się kimś nic nie wartym i zasługuje się na uwagę. Przy narastaniu takiego stanu może dominować poczucie winy, zazwyczaj nieuzasadnionej, że zrobiło się coś źle samemu i że przez to wyrządziło się krzywdę najbliższym. W przypadkach skrajnych chory uważa się za grzesznika zasługującego na potępienie, a co najmniej na długoterminowe więzienie. Urojenia ruiny materialnej polegają na przekonaniu, że jest się bankrutem, a rodzina nie będzie miała środków aby przeżyć. Innym rodzajem urojeń depresyjnych są urojenia hipochondryczne. Mogą one polegać na przekonaniu o nieuleczalnej chorobie lub przeświadczeniu, że nastąpił całkowity paraliż czynności wszystkich narządów wewnętrznych.
Ważnym elementem myślenia depresyjnego są idee samobójcze. Wynikają one z przekonania, że życie nie ma sensu, a dalsza egzystencja polegać będzie tylko na cierpieniu własnym i najbliższych. Myśli samobójcze występują u przynajmniej połowy chorych w stanie ciężkiej depresji i w wielu przypadkach skłaniają chorego do czynu samobójczego. Ocenia się, że przyczyną śmierci 15 – 20% chorych z zaburzeniami afektywnymi jest akt samobójczy, najczęściej popełniony w okresie nasilonej depresji. Depresja może więc uważana za chorobę śmiertelną. Okrutnym rodzajem samobójstwa jest tzw. samobójstwo rozszerzone. Wynika ono z przekonania, że życie nie ma sensu nie tylko dla danej osoby, ale również dla jej bliskich. Aby im zaoszczędzić cierpień, lepiej jest ich usunąć z tego świata, kończąc później własną egzystencję.
Zaburzenia snu występujące w depresji mają w większości charakterystyczny obraz.
Zwykle chory zasypia dość łatwo, natomiast sen jest płytki i przerywany i nie przynosi regeneracji. Chory często budzi się w nocy. Najbardziej typowe dla depresji jest zjawisko wczesnego budzenia, zwykle kilka godzin przed porą, gdy chory obudziłby się w stanie zdrowia. Wczesnemu obudzeniu towarzyszy z reguły złe samopoczucie, niepokój, oczekiwanie, że w ciągu dnia zdarzy się coś złego, że czeka kolejny dzień, który nie wiadomo jak zostanie przeżyty. Zjawisko to można nazwać „zespołem katastrofy porannej". U niektórych chorych może również występować nadmierna senność w ciągu dnia. U większości chorych stan depresji wiąże się z osłabieniem łaknienia, doprowadzając do istotnego spadku masy ciała. U części chorych może w trakcie epizodu depresji dojść do selektywnego wzmożenia łaknienia, zwłaszcza na słodycze. Zaburzenia odżywiania o charakterze

Cel scenariusza:
Nauka postępowania z pacjentem nowoprzyjętym z rozpoznaną depresją.

Cele szczegółowe:
1. Nawiązanie i podtrzymanie komunikowania terapeutycznego oraz zebranie wywiadu psychiatrycznego.
2. Monitorowanie i interpretacja parametrów życiowych.
3. Postępowanie zgodne ze zleceniem lekarskim.
4. Właściwa interpretacja stanu psychicznego pacjenta.

3. Przedstaw gdzie będzie przeprowadzany scenariusz (SOR, sala pacjenta, sala opatrunkowa, mieszkanie pacjenta).

Szpital oddział psychiatrii.

4. Zapytaj czy studenci rozumieją poprzednie informacje. Jeżeli nie - wyjaśnij ponownie.
5. Zaprezentuj przypadek kliniczny: *Pacjent Jan Kowalski itd.*

Przypadek kliniczny.
Pacjentka lat 35, przyjęta do oddziału po raz pierwszy z rozpoznaną depresją. Wcześniej leczona ambulatoryjnie, jednak przerwała leczenie z powodu przekonania o braku skuteczności leczenia. Sytuacja rodzinna trudna – porzucenie przez męża, sama wychowuje dwoje dzieci. Na dzień dzisiejszy nie radzi sobie z funkcjonowaniem, występują objawy: lęk obniżenie nastroju, smutek, spowolnienie tempa procesów myślowych, myśli samobójcze, zaburzenia snu i łaknienia – niedowaga. Wyraża zgodę na leczenie, jednak chce jak najszybciej opuścić szpital.

6. Zaproponuj podział ról w grupie, wyznacz lidera (jeśli potrzebny).

PACJENT STANDARYZOWANY
1. Student:
Lider – koordynator pracy całej grupy.

2. Student:
Pielęgniarka 1 – zbiera wywiad, zapisuje w dokumentacji wywiadu i wspiera pacjentkę.

3. Student:
Pielęgniarka 2 – odpowiedzialna za: monitorowanie stanu pacjenta, pomiar: temperatura, saturacja, ilość oddechów, RR, tętno, zabarwienie powłok skórnych, stała obserwacja pacjenta i udokumentowanie wykonania czynności.

zarówno anoreksji jaki i bulimii mogą też u niektórych chorych stanowić maskę depresji. Zaburzenia aktywności ruchowej w depresji mają głównie charakter większego lub mniejszego stopnia osłabienia czynności motorycznych. W przypadku niewielkiego zahamowania chory może, aczkolwiek z trudem, wykonywać swoje czynności domowe, a nawet zawodowe. W skrajnych przypadkach zahamowanie ruchowe może przybierać postać stuporu, co wiąże się zwykle z niemożnością mówienia (mutyzm). Natomiast przy znacznym nasileniu towarzyszącego lęku może dojść do wzmożenia aktywności ruchowej o charakterze silnego pobudzenia. Stan ten nazywa się „depresją agitowaną". U większości pacjentów w okresie depresji występują różnorodne objawy lękowe. Najbardziej charakterystyczne jest odczucie niepokoju i lęku zlokalizowane w okolicy przedsercowej (pavor praecordialis). Często również w okresie epizodu depresji mamy do czynienia ze współwystępowaniem objawów depresji z takimi określonymi zespołami lękowymi, jak zespół lęku uogólnionego, zespól lęku napadowego, zespół lęku społecznego, zespół natręctw.	4. Student: Pielęgniarka 3 – odpowiedzialna za podanie leków drogą doustną, wykonanie iniekcji i.m. i zmianę opatrunku na dłoni oraz udokumentowanie wykonanych czynności. 7. <u>Upewnij się czy poszczególni członkowie zespołu wiedzą za co są odpowiedzialni, czy rozumieją swoją rolę.</u> Czy wszyscy zrozumieli przydzielone im role? ZWRACAM SIĘ DO KAŻDEJ OSOBY Z ZAPYTANIEM CZY ROZUMIE PRZYDZIELONĄ ROLĘ I PROSZĘ O POWTÓRZENIE ZLECONYCH ZADAŃ. 8. <u>Zapraszam uczestników do Sali symulacyjnej w celu zapoznania z salą i ze sprzętem.</u>

ZAPOZNANIE STUDENTÓW ZE SPRZĘTEM	
Wykładowca	Dzisiaj będziemy pracować na sali chorego w oddziale psychiatrycznym. Wyposażenie sali chorego jest wam znane. Proszę zwrócić uwagę na różnice – brak firanek, rolet w oknach itp. W roli chorego występuje pacjent standaryzowany. Proszę uważnie obserwować zachowanie pacjenta i jego wygląd.
Student	Każdy student zapoznaje się z wyposażeniem sali, zestawami sprzętu przygotowanego do realizacji scenariusza. Obserwuje osobę będącą pacjentem, jego zachowanie i charakteryzację przygotowaną na potrzeby symulacji.
SCENARIUSZ SYMULACJI	
Opis scenariusza	Pacjentka Aleksandra Kowalska lat 35 przyjęta do oddziału psychiatrycznego w dniu dzisiejszym z rozpoznaną depresją. Pacjentka jest niespokojna, podenerwowana jednocześnie niechętnie nawiązuje kontakt, jest małomówna.
Obecny stan kliniczny	Pacjent znajduje się na Sali chorych w oddziale psychiatrycznym. Występują u niego następujące objawy: smutek, spowolnienie tempa procesów myślowych, spowolnienie zapamiętywania, hiposomnia, lęk, myśli samobójcze, utrata łaknienia, spadek masy ciała, zaniedbania higieniczne
Wywiad	Pacjentka lat 35, przyjęta do oddziału po raz pierwszy z rozpoznaną depresją. Wcześniej leczona ambulatoryjnie, jednak przerwała leczenie z powodu przekonania o braku skuteczności leczenia. Sytuacja rodzinna trudna – porzucenie przez męża, sama wychowuje dwoje dzieci. Na dzień dzisiejszy nie radzi sobie z funkcjonowaniem, występują objawy: lęk obniżenie nastroju, smutek, spowolnienie tempa procesów myślowych, myśli samobójcze, zaburzenia snu i łaknienia – niedowaga. Wyraża zgodę na leczenie, jednak chce jak najszybciej opuścić szpital.

Przebieg scenariusza Ścieżka 1	Podział na role: PACJENT STANDARYZOWANY 1. Student: Lider – koordynator pracy całej grupy 2. Student: Pielęgniarka 1 – zbiera wywiad, zapisuje w dokumentacji wywiadu i wspiera pacjentkę 3. Student: Pielęgniarka 2 – odpowiedzialna za: monitorowanie stanu pacjenta, pomiar: temperatura, ilość oddechów, RR, tętno, zabarwienie powłok skórnych, stała obserwacja pacjenta i udokumentowanie wykonania czynności. 4. Student: Pielęgniarka 3 – odpowiedzialna za podanie leków drogą doustną, wykonanie iniekcji i.m. i zmianę opatrunku na dłoni oraz udokumentowanie wykonanych czynności. Przebieg scenariusza - 15 min. Lider: Dzień dobry, jestem pielęgniarką koordynującą pracę zespołu pielęgniarskiego na tym oddziale. Jest Pani pacjentką nowoprzyjętą, czy wyrazi Pani zgodę na przeprowadzenie wywiadu. Lider: Poproszę jedną z moich koleżanek aby zaraz do Pani przyszła. PIELĘGNIARKA 1: Dzień dobry, nazywam się Hanna Nowak, jestem pielęgniarką i chciałabym z Panią przeprowadzić wywiad. Czy Pani się zgadza? PIELĘGNIARKA 1: Jak ma Pani na imię? PIELĘGNIARKA 1: Czy mogę do Pani mówić Pani Olu? PIELĘGNIARKA 1: Pani Olu chciałabym podczas wywiadu robić pisemne notatki, czy Pani wyraża na to zgodę? PIELĘGNIARKA 1: Pani Olu - proszę podać nazwisko, wiek, stan cywilny, miejsce zamieszkania i trochę informacji o rodzinie. PIELĘGNIARKA 1: Jak Pani spędza czas wolny i co lubi Pani robić?	Przebieg scenariusza: PACJENT STANDARYZOWANY 1. Student: Lider – koordynator pracy całej grupy 2. Student: Pielęgniarka 1 – zbiera wywiad, zapisuje w dokumentacji wywiadu i wspiera pacjentkę 3. Student: Pielęgniarka 2 – odpowiedzialna za: monitorowanie stanu pacjenta, pomiar: temperatura, ilość oddechów, RR, tętno, zabarwienie powłok skórnych, stała obserwacja pacjenta i udokumentowanie wykonania czynności. 4. Student: Pielęgniarka 3 – odpowiedzialna za podanie leków drogą doustną, wykonanie iniekcji i.m. i zmianę opatrunku na dłoni oraz udokumentowanie wykonanych czynności. PACJENTKA: tak. PACJENTKA: tak PACJENTKA: Ola PACJENTKA: tak. PACJENTKA: zgadzam się. PACJENTKA: nazwisko Kowalska, mam lat 35, jestem mężatką, mam dwoje dzieci mieszkam we Wrocławiu, ul. Warszawska 25. PACJENTKA: Czasu wolnego właściwie nie mam, wolny czas zajmują mi dzieci i praca.

Przebieg scenariusza Ścieżka 1	PIELĘGNIARKA 1: Muszę zapytać o używki.	PACJENTKA: Piję za dużo kawy.
	PIELĘGNIARKA 1: Pani przyzwyczajenia dotyczące snu, żywienia, wypoczynku?	PACJENTKA: Jak idę spać to musi być bardzo cicho, preferuję lekką kuchnię, jak mam troszkę wolnego czasu to lubię piec ciasta. To dla mnie relaks.
	PIELĘGNIARKA 1: Czy choruje Pani na jakieś choroby w tym przewlekłe?	PACJENTKA: tak, choruję od dzieciństwa na alergię pokarmową na mleko i nabiał, co bardzo utrudnia mi życie.
	PIELĘGNIARKA 1: Chciałam zapytać Panią o męża i Pani małżeństwo, ale już coś na ten Temat pani wspomniała.	PACJENTKA: To dla mnie trudny temat. Męża poznałam na studiach, jest lekarzem, ale zostawił mnie i dzieci w zeszłym roku dla młodszej kobiety.
	PIELĘGNIARKA 1: Chciałabym teraz zapytać Panią o czas przed chorobą, czy powie Pani coś na ten temat.	PACJENTAKA: Cieszyło mnie dużo drobnych rzeczy, ale to się zmieniło.
	PIELĘGNIARKA1: Pobyt w szpitalu psychiatrycznym jest dla Pani pierwszy, czy też nie.	PACJENTKA: W takim miejscu jestem pierwszy raz.
	PIELĘGNIARKA1: Wyraziła Pani zgodę przyjecie do szpitala i leczenie. Czy zna Pani diagnozę?	PACJENTKA: Zgodziłam się bo, chyba nie miałam wyjścia, diagnozę znam. Lekarz mówi, że to depresja.
	PIELĘGNIARKA 1: Pamięta Pani kiedy mogły wystąpić pierwsze objawy i co mogło je zapoczątkować?	PACJENTKA: Chyba rok temu, byłam bardzo zmęczona pracą, domem, dziećmi.
	PIELĘGNIARKA 1: W jakim jest Pani teraz nastroju?	PACJENTKA: Złym, chcę się leczyć bo sobie nie radzę i jednocześnie chce stąd jak najszybciej wyjść.
	PIELĘGNIARKA 1: Co Panią przygnębia dodatkowo?	PACJENTKA: Sytuacja w domu.
	PIELĘGNIARKA 1: Czy Pani nastrój zmienia się w ciągu dnia?	PACJENTKA: Właściwie nie, cały czas jestem przygnębiona.
	PIELĘGNIARKA 1: Czy coś sprawia Pani przyjemność?	Pacjentka: Tutaj to tylko rozmowa telefoniczna z dziećmi.
	PIELĘGNIARKA 1: Czy unika Pani kontaktów z ludźmi?	PACJENTKA: tak.
	PIELĘGNIARKA 1: Czy odczuwa Pani lęk teraz lub odczuwała go wcześniej?	PACJENTKA: Cały czas czuję lęk.
	PIELĘGNIARKA 1: Jest to konkretny lęk, o coś lub kogoś, czy też jest to lęk ogólny?	PACJENTKA: Jest to lęk uogólniony.

Przebieg scenariusza Ścieżka 1	PIELĘGNIARKA 1: Wspomniała Pani wcześniej, że ma problemy ze snem, Proszę opisać na czym one polegają.	PACJENTKA: Bardzo mało śpię od wielu miesięcy, są noce kiedy w ogóle nie śpię.
	PIELĘGNIARKA 1: Czy ma Pani apetyt i jaka jest waga ciała?	PACJENTKA: Nie mam apetytu, schudłam 7 kilogramów.
	PIELĘGNIARKA 1: O jakiej porze dnia Pani cokolwiek je?	PACJENTKA: Rano w ogóle nie jem, trochę więcej po południu.
	PIELĘGNIARKA 1: Czy ma Pani poczucie winy?	PACJENTKA: Tak.
	PIELĘGNIARKA 1: Czy ma Pani plany na przyszłość?	PACJENTKA: W tej chwili nie mam żadnych planów.
	PIELĘGNIARKA 1: Czy miała Pani myśli samobójcze?	PACJENTKA: tak.
	PIELĘGNIARKA 1: Czy te myśli ma Pani teraz.	PACJENTKA: TAK.
	PIELĘGNIARKA 1: Czy ma Pani energię, do zrobienia czegokolwiek?	PACJENTKA: Teraz to nic mi się nie chce.
	PIELĘGNIARKA1: Na tym pytaniu zakończę wywiad. Moje koleżanki zmierzą Pani parametry i podadzą zlecone przez lekarza leki.	
	<u>Pielęgniarka 2</u> – odpowiedzialna za: monitorowanie stanu pacjenta pomiar: temperatura, ilość oddechów, RR, tętno, zabarwienie powłok skórnych, stała obserwacja pacjenta i udokumentowanie wykonania czynności.	
	Dzień dobry. Jest Pani pacjentką nowoprzyjętą chciałam zmierzyć parametry, czy Pani się zgadza.	PACJENTKA: tak.
	Pielęgniarka 2 po zmierzeniu parametrów informuje lidera o uzyskanych wynikach.	
	<u>Pielęgniarka 3</u> – odpowiedzialna za podanie leków drogą doustną, wykonanie iniekcji i.m. i zmianę opatrunku na dłoni oraz udokumentowanie wykonanych czynności.	
	Dzień dobry. Chciałam zrobić Pani opatrunek na dłoń oraz podać zlecone przez lekarza leki, czy Pani się zgadza.	PACJENTKA: zgadzam się.
		PO WYKONANIU WSZYSTKICH CZYNNOŚCI PRZEZ STUDENTÓW KONIEC SCENARIUSZA.

PALETA 1 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE WRAZ Z PRAWIDŁOWYM PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna		OKOŁO 5 MINUT PO PODANIU LEKÓW (droga doustna i iniekcja im):									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	oddech	EKG	NIBP	SpO_2	CO_2	Temp. ^0C	Sinica%	Oczy	Obrzęki	
	Liczba	20	65	110/70	95	30	36,5	0	l-n;p-n	0	
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia dotyczą:									

PALETA 2 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE WRAZ Z PRAWIDŁOWYM PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna											
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	oddech	EKG	NIBP	SpO_2	CO_2	Temp. ^0C	Sinica%	Oczy	Obrzęki	
	Liczba										
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia dotyczą:									

PALETA 3 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE NIEZGODNIE Z PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna											
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	oddech	EKG	NIBP	SpO_2	CO_2	Temp. ^0C	Sinica%	Oczy	Obrzęki	
	Liczba										
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia dotyczą:									

PALETA 4 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE NIEZGODNIE Z PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna											
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	oddech	EKG	NIBP	SpO_2	CO_2	Temp. ^0C	Sinica%	Oczy	Obrzęki	
	Liczba										
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia dotyczą:									

DEBRIEFING:	
INFORMACJE DLA STUDENTÓW	**INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW**
Celem dzisiejszych zajęć była nauka postępowania z pacjentem chorym na depresję. Każda z osób w grupie miała do wykonania określone zadania, utrudnieniem był stan psychiczny pacjenta. Cele scenariusza zostały osiągnięte.	Jak się czujecie po ćwiczeniu? Jak się czujecie po zrealizowaniu scenariusza? <u>Faza opisowa.</u> Pytanie do Lidera. Jakie zadania miałeś dzisiaj do wykonania?

Dzisiejsze ćwiczenie ma zastosowanie na egzaminie OSC oraz w pracy z pacjentem w warunkach szpitalnych i ambulatoryjnych. Praca z pacjentem standaryzowanym zapewnia wam w pewnym sensie komfort psychiczny ponieważ zapobiegnie popełnieniu błędu w pracy z osobą chorą w warunkach rzeczywistych.	Jakie decyzje podjąłeś? Pytanie do Pielęgniarki 1, 2, 3. Jakie zadania miałaś dzisiaj do wykonania. <u>Faza analizy.</u> Pielęgniarka 1. Z czego jesteś najbardziej zadowolona, co wyszło ci najlepiej? Pielęgniarka 2,3 j/w. Pielęgniarka 1, 2, 3. Czy jest coś co, chciałabyś poprawić? <u>Faza czynności.</u> Pielęgniarka 2: Dlaczego mierzyłaś parametry pacjentowi? Pamiętasz jakie były wartości parametrów mierzonych przez Ciebie? Pielęgniarka 3: Dlaczego podawałaś leki drogą doustną i w iniekcji? Jak myślisz jakie są działania uboczne podanych leków i co należy wtedy zrobić? Czy Twoim zdaniem rana dłoni wymagała zastosowania opatrunku? Jakie leki zastosowałaś do wykonania opatrunku? Jak myślisz jakie są działania uboczne zastosowanego leku na skórę? <u>Faza podsumowania.</u> Czego nauczyłaś się z tego scenariusza? Jakiej czynności z tego scenariusz nauczyłaś się? Gdzie w przyszłości wykorzystasz umiejętność jakiej się dzisiaj nauczyłaś? Pamiętajcie o naszych celach, zostały osiągnięte, jest to sytuacja szczególna ponieważ pracujecie z pacjentem z zaburzeniem/chorobą psychicznym. Dziękuję za dzisiejsze zajęcia. Na następnych zajęciach tematem będzie…….
Zastosowanie umiejętności:	Wykorzystanie w pracy z pacjentem z chorobą psychiczną w warunkach szpitalnych i ambulatoryjnych.
Literatura	1. E. Wilczek–Rużyczka „Komunikowanie się chorym psychicznie” – str. 19 – 33; 63 – 67, Wyd. Czelej, Lublin 2007. 2. Red. M. Jarema, J. Rabe–Jabłońska „Psychiatria”, str. 174 – 184, Wyd. PZWL 2011. 3. Red. K. Górna, K. Jaracz, J. Rybakowski „Pielęgniarstwo psychiatryczne”, str. 228 – 245, Wyd. PZWL 2012. 4. Red. D. Kurpas, H. Miturska, M. Kaczmarek „Podstawy psychiatrii dla studentów pielęgniarstwa”, str. 55 – 63, Wyd. Continuo, Wrocław 2009. 5. E. Wilczek-Rużyczka „Podstawy pielęgniarstwa psychiatrycznego” – str. 27 – 46; 109 - 116, Wyd. Czelej, Lublin 2007. 6. Red J. Heitzman „Psychiatria”, str. 109 – 119, Wyd. PZWL 2007.

Umiejętności podstawowe:	Nawiązanie i podtrzymanie kontaktu z chorym psychicznie oraz zebranie wywiadu psychiatrycznego. Pomiar podstawowych parametrów życiowych i zapisanie w dokumentacji. Podanie leków drogą doustną. Wykonanie iniekcji drogą domięśniową. Założenie opatrunku na ranę. Właściwa interpretacja stanu psychicznego pacjenta.
Efekty kształcenia	**Wiedza:** D.W. 5. Zna zasady diagnozowania w pielęgniarstwie psychiatrycznym D.W. 9. Charakteryzuje techniki i procedury pielęgniarskie stosowane w opiece nad chorym w zależności od jego wieku i stanu zdrowia D.W. 11. Różnicuje reakcje chorego na chorobę i hospitalizację w zależności od jego wieku i stanu zdrowia D.W. 12. Zna rolę pielęgniarki przy przyjęciu chorego do przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego w zależności od wieku i stanu zdrowia pacjenta D.W. 27. Zna etiopatogenezę i objawy kliniczne podstawowych zaburzeń psychicznych. **Umiejętności:** B.U. 4. Prognozuje wpływ choroby i hospitalizacji na stan psychiczny człowieka oraz zależności somatopsychiczne. B.U. 10. Wykazuje umiejętności aktywnego słuchania. B.U. 11. Wykorzystuje techniki komunikacji werbalnej, niewerbalnej i parawerbalnej w opiece zdrowotnej. C.U. 7. Monitoruje stan zdrowia pacjenta na wszystkich etapach jego pobytu w szpitalu lub innych placówkach opieki zdrowotnej, między innymi przez ocenę podstawowych parametrów życiowych: temperatury, tętna, ciśnienia tętniczego krwi, oddechu i świadomości, masy ciała i wzrostu. C.U. 33. Prowadzi dokumentację opieki pielęgniarskiej, w tym historię pielęgnowania, kartę obserwacji, kartę gorączkową, książkę raportów, kartę profilaktyki i leczenia odleżyn. C.U. 34. Odnotowuje wykonanie zleceń w karcie zleceń lekarskich. D.U. 22. Prowadzi rozmowę terapeutyczną. D.U. 31. Przewiduje skutki postępowania pacjenta z określonymi zaburzeniami psychicznymi. D.U. 32. Dostosowuje interwencje pielęgniarskie do rodzaju problemów pielęgnacyjnych. D.U. 33. Przygotowuje i podaje leki różnymi drogami samodzielnie lub na zlecenie lekarza. **Kompetencje:** D.K. 1. Szanuje godność i autonomię osób powierzonych opiece. D.K. 5. Przestrzega praw pacjenta. D.K. 6. Rzetelnie i dokładnie wykonuje powierzone obowiązki zawodowe. D.K. 10. Przejawia empatię w relacji z pacjentem i jego rodziną oraz współpracownikami.

SCENARIUSZ SYMULACJI MEDYCZNEJ POŚREDNIEJ WIERNOŚCI – PW **Autor; dr nauk o zdrowiu Aneta Filipek - Czerska**					Nr porządkowy	PW…1P- zgodnie z wykazem
Czas zajęć	45 minut	Czas scenariusza	15 Minut	Liczba studentów	8	
Nazwa	**Zapalenie płuc.**					
Cel główny	**Nauka postępowania z niemowlęciem z odoskrzelowym zapaleniem płuc.**					
Cel szczegółowy	1. Zebranie wywiadu pediatrycznego. 2. Monitorowanie parametrów życiowych. 3. Prawidłowa interpretacja parametrów życiowych 4. Współpraca z rodzicem/opiekunem dziecka oraz edukacja.					
Metoda	Symulacja medyczna					
INFORMACJE TECHNICZNE I ORGANIZACYJNE						
Nr Sali	Nr203	Numer stanowiska	Nr 2	Nr trenażera, fantomu	Nr zgodnie z wykazem	
Sprzęt wielokrotnego użytku	Fantom dziecka w wieku 7 miesięcy. Zestaw do pobierania krwi do badań – scenariusz nr…… (sprzęt wielorazowy). Zestaw do podłączenia kroplowego wlewu dożylnego – scenariusz nr……(sprzęt wielorazowy). Zestaw do podawania tlenu/ leków drogą wziewną – scenariusz nr……(sprzęt wielorazowy). Zestaw do pomiaru temperatury ciała z termometrem elektronicznym scenariusz nr…… (sprzęt wielorazowy). Kardiomonitor z dodatkowym wyposażeniem: różne rozmiary czujników nakładanych na palec do pomiaru wartości saturacji, różne rozmiary mankietów do pomiaru ciśnienia tętniczego. Rtg klatki piersiowej dziecka z rozpoznanym odoskrzelowym zapaleniem płuc – zdjęcie, slajd.			Sprzęt jednorazowego użytku	Zestaw do pobierania krwi do badań – scenariusz nr……(sprzęt jednorazowy). Zestaw do podłączenia kroplowego wlewu dożylnego – scenariusz nr……(sprzęt jednorazowy),dodatkowo strzykawka o pojemność 5ml wypełniona 0,9%NaCl zabezpieczona igłą z opisem na opakowaniu strzykawki: nr Sali, imię i nazwisko pacjenta, nazwa leku, dawka, droga podania, data przygotowania – 7 sztuk. Zestaw do podawania tlenu/leków drogą wziewną – scenariusz nr……(sprzęt jednorazowy). Zestaw do pomiaru temperatury ciała z termometrem elektronicznym scenariusz nr……(sprzęt jednorazowy).	
Pozostałe wyposażenie	WZÓR WYWIADU PEDIATRYCZNEGO. 1. Papier format A4 i przybory do pisania – długopisy. 2. Biurko/stolik do zapisania notatek i krzesło 3. Indywidualna karta zlecenia lekarskiego z informacjami: Badania laboratoryjne: morfologia, CRP, elektrolity.			Ubrania i charakteryzacja	1. Fantom dziecka w wieku 7 miesięcy ubrany w body, Na twarzy dziecka w okolicy ust i nosa lekka sinica, usta lekko otwarte. Dziecko zaczerwienione, ciężko oddychające, słyszalny suchy, nieproduktywny kaszel	

Pozostałe wyposażenie		0,9%NaCl 250ml – 2x dz i.v Corhydron 25mg – 2xdz i.v Tlen 2l/min Berodual 3x13 kropli pod sprężonym tlenem. Pulmicort 2*250 mq w nebulizacji. Kontrola parametrów życiowych co 30 min									
Informacja ogólna dla technika		Symulator dziecka w wieku 7 miesięcy, dziecko leży w łóżeczku w pozycji na wznak, głowa oparta na poduszce, dziecko przykryte kocem do wysokości pasa. Łóżko ustawione w pobliżu źródła tlenu. Na lewej dłoni założone wkłucie dożylne typu wenflon zabezpieczone korkiem i bandażem owiniętym wokół dłoni. Na twarzy w okolicy ust i nosa sinica oraz wycieka ślina z ust, usta lekko otwarte Blisko łóżka powinno być ustawione biurko i dodatkowe krzesło. Dodatkowe krzesło umieszczone w Sali.									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	R - oddech	EKG	NIBP	SpO_2	CO_2	Temp. ^0C	Sinica%	Oczy	Obrzęki	
	Liczba	20	110	95/50	90	40	37,5	30	l-n;p-n	krtani	
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia:									
Czynności początkowe		*Należy wpisać co trzeba wykonać przed rozpoczęciem zajęć scenariusza np.:* ***Wykładowca:*** • *Co jeszcze trzeba zrobić i kto w scenariuszu którego to* dotyczy. Przed rozpoczęciem zajęć sprawdza sposób przygotowania stanowiska i kompletacje. • Sprawdza listę uczestników i kartę informacyjną scenariusza itp. • Rozpoczyna scenariusz — prosząc o wyłączenie telefonów, zajęcie miejsc itp. — informacja za 3 min. rozpoczynamy proszę zająć miejsca itp.									

REALIZACJA SCENARIUSZA	
WPROWADZENIE – PREBREFING:	
PLAN PREBRIEFINGU: 33. Zapoznanie z tematem szkolenia/kursu/scenariusza. 34. Zaprezentuj części szkolenia/zajęć: prebriefing, scenariusz, debriefing i określ ramy czasowe. 35. Przedstawienie i omówienie krótkie celu i celów pośrednich scenariusza — rozmowa dyskusja w oparciu o informacje *dla* studentów i informacje dla wykładowców. 36. Przedstaw gdzie będzie przeprowadzany scenariusz (SOR, sala pacjenta, sala opatrunkowa, mieszkanie pacjenta). 37. Zaprezentuj przypadek kliniczny: *Pacjent Jan Kowalski itd.* 38. Zaproponuj podział ról w grupie, wyznacz lidera (jeśli potrzebny). 39. Upewnij się czy poszczególni członkowie zespołu wiedzą za co są odpowiedzialni, czy rozumieją swoją rolę. 40. Zaproś uczestników do Sali symulacyjnej w celu zapoznania z salą i ze sprzętem.	
INFORMACJE DLA STUDENTÓW	**INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW**
Dzisiaj nauczycie się postępowania z dzieckiem chorym na odoskrzelowe zapalenie płuc w wieku 7 miesięcy. Dodatkowo nauczycie się jak prawidłowo zebrać wywiad pediatryczny z rodzicem, opiekunem dziecka. Będziecie uczyć się monitorowania i interpretowania zmierzonych parametrów życiowych takich jak: oddech, saturacja, RR, tętno, temperatura ciała. Będziecie pobierać krew do badań, a następnie spróbujecie dokonać interpretacji uzyskanych	Wyobraźcie sobie sytuację,że jesteście na zajęciach praktycznych w szpitalu w oddziale dziecięcym. Pod opieką macie dziecko przyjęte dzisiaj do oddziału. Waszym zadaniem jest wykonanie zleceń lekarskich i opieka nad dzieckiem, pamiętajcie, że z dzieckiem przebywa matka. Kto z was opiekował się kiedyś małym dzieckiem? Kto z grupy nigdy nie miał kontaktu z dziećmi.

wyników z uwzględnieniem zdjęcia RTG klatki piersiowej. Bardzo ważnym będzie nauczenie się współpracy z rodzicem dziecka i przeprowadzenie edukacji. Dodatkowo będziecie starali się zaobserwować jakie typowe objawy tej choroby występują u dziecka. Nauczenie się postępowania z dzieckiem chorym będzie dla was cennym doświadczeniem. To ćwiczenie może być dla niektórych z was wyzwaniem. Uświadomicie sobie jak odpowiedzialna jest praca pielęgniarki. Przećwiczenie przez was pewnych czynności w sytuacji symulacji medycznej, zapobiegnie popełnieniu przez was błędów w pracy z dzieckiem w rzeczywistej sytuacji klinicznej.	Jak uważacie czy opieka nad dzieckiem jest łatwa? Waszym zdaniem na co należy zwrócić uwagę mając pod opieką małe dziecko Jak myślicie czy pobyt dziecka w szpitalu jest dla niego i jego opiekuna stresem? Co możecie zrobić, żeby zmniejszyć stres dziecka i opiekuna. Kto pamięta jakie są objawy odoskrzelowego zapalenia płuc? Każdemu z was zostanie przydzielona rola i zadania do wykonania. Czy wszyscy rozumieją powierzone mu role i zadania? Jeżeli nie ma pytań, przejdziemy do Sali symulacji medycznej

ZAPOZNANIE STUDENTÓW ZE SPRZĘTEM	
Wykładowca	Dzisiaj będziemy pracować w Sali chorego. Wyposażenie jest wam znane, nowym elementem jest fantom dziecka w wieku 7 miesięcy.
Student	Każdy student powinien zapoznać się ze sprzętem – szczególnie fantomem.
SCENARIUSZ SYMULACJI	
Opis scenariusza	Zuzanna Nowak 7 miesięcy przyjęta w dniu dzisiejszym do oddziału z rozpoznaniem odoskrzelowego zapalenia płuc. Dziewczynka jest niespokojna. Z dzieckiem jest mama lat 28.
Obecny stan kliniczny	Objawy: tachypnoe, poruszanie skrzydełkami nosa, stękanie wydechowe, osłuchowo obecność rzężeń różnobańkowych, gorączka 38,9, suchy kaszel, sinica – okolica ust i nosa.
Wywiad	Dziewczynka jest pierwszym dzieckiem Anieli Nowak lat28. Ciąża była zagrożona porodem przedwczesnym, kobieta do porodu przebywała na zwolnieniu lekarskim, poród był powikłany matka nie chciała podać szczegółów. Po urodzeniu masa ciała i długość były w zakresie normy, w skali Apgar punktów 8 – za zabarwienie powłok skórnych. Do tej pory dziewczynka niehospitalizowana, przechodziła sporadycznie infekcje wirusowe nosa i gardła leczone ambulatoryjnie. Obecnie dziecko przebywa w szpitalu.

Przebieg scenariusza Ścieżka 1	Podział na role: 1. Lider – koordynator pracy całej grupy, zbiera wywiad i wspiera matkę. 2. Pielęgniarka 1(monitorująca) – monitoruje podstawowe parametry życiowe pacjenta: temperatura, saturacja,ilość oddechów, RR, tętno, zabarwienie powłok skórnych, stała obserwacja pacjenta 3. Pielegniarka 2 (zabiegowa)– odpowiedzialna za właściwe ułożenie pacjenta, podawanie tlenu i podanie leków drogą wziewną, za pobranie badań laboratoryjnych i podanie leków drogą i.v i wlewów kroplowych.	Przebieg scenariusza: 1. Lider – nadzoruje pracę całej grupy, obserwuje pracę poszczególnych osób i udziela wskazówek. Zbiera wywiad zgodnie ze scenariuszem od matki dziecka, ma odpowiedzi na wszystkie pytania. Wspiera matkę 2. Pielegniarka 1 – monitoruje podstawowe parametry życiowe pacjenta: temperatura, saturacja,ilość oddechów, RR, tętno, zabarwienie powłok skórnych, stała obserwacja pacjenta 3. Pielegniarka 2 – odpowiedzialna za właściwe ułożenie pacjenta, podawanie tlenu i podanie leków drogą

Przebieg scenariusza Ścieżka 1	4. Student w roli rodzica(udziela wywiadu) i wspiera pacjenta. 5. Obserwator 1- obserwuje lidera i rodzica. 6. Obserwator 2- obserwuje pielęgniarkę 1 i 2 Pytania i odpowiedzi w wywiadzie: Lider zbiera wywiad pediatryczny i wspiera matkę. L: Podchodzi i przedstawia się: nazywam się …….. będę zbierała z Panią wywiad na temat dziecka, a także postaram się pomóc. Czy odpowie Pani na pytania. Matka: tak L: Pozwoli Pani,że w trakcie wywiadu będę notowała Pani odpowiedzi do kwestionariusza wywiadu. Matka: tak. L: Z dokumentacji wynika,że Zuzia ma 7 m, mam zapisaną datę urodzenia. Matka: Tak, ma 7 m, urodził się 11.10.2018. L: Proszę powiedzieć czy ciążą i poród przebiegały prawidłowo. Matka: W ciąży były komplikacje i od 16 tygodnia ciąży do porodu przebywałam na zwolnieniu lekarskim. Poród nie przebiegał prawidłowo, ale nie chcę rozmawiać o szczegółach. L: Pamięta Pani jaka była masa, długość ciała dziecka po urodzeniu i ile punktów otrzymała w skali Apgar. Matka: Z tego co pamiętam masa i długość ciała były w normie, ale w skali Apgar Zuzia otrzymała 8 punktów, bo urodziła się siny. L: Proszę powiedzieć co otrzymuje do jedzenia Zuzia. Matka: Zuzia jest na piersi, je tyle razy ile chce. L:Proszę powiedzieć, czy Zuzia jest uczulona na jakieś leki, kosmetyki lub inne produkty. Matka: Na nic nie jest uczulona. L:Czy wcześniej przebywała w szpitalu i bierze na stałe jakieś leki Matka: Teraz się rozchorowała tak poważnie, ale wcześniej miała przejściowe infekcje, na stałe nie bierze żadnych leków. L:Czy dziecko szczepione jest zgodnie z kalendarzem szczepień? Matka: szczepie ją podstawowymi szczepionkami, boję się autyzmu i innych schorzeń.	wziewną, za pobranie badań laboratoryjnych i podanie leków drogą i.v i wlewów kroplowych. 4. Student w roli rodzica(udziela wywiadu) i wspiera pacjenta. 5. Obserwator 1- obserwuje lidera i rodzica. 6. Obserwator 2- obserwuje pielęgniarkę 1 i 2

Przebieg scenariusza Ścieżka 1	L: Czyli nie szczepiła Pani dodatkowo dziecka na pneumokoki? Matka: Nie. L: Co Panią zaniepokoiło, że jesteście teraz w szpitalu. Matka: Wczoraj wieczorem poszła spać tak jak zwykle, czyli o 19,00, ale była jakaś taka marudna, już nie bardzo chciała piersi, była lekko ucieplona, postanowiłam zmierzyć jej temperaturę, miała 38 stopni, w ciągu dnia sucho pokasływała. Do rana ją obserwowałam i mierzyłam temperaturę, która wzrastała nawet po podaniu paracetamolu i robieniu okładów, zaczęła szybciej oddychać. Postanowiłam ran pójść do rodzinnego, który osłuchawszy dziecko stwierdził zapalenie płuc i dał skierowanie do szpitala. L:Teraz podamy córce wszystkie zlecone przez lekarza leki. Matka: Czy będzie czuła się lepiej. Bardzo się o nią martwię, nigdy wcześniej nie była w szpitalu L: Mam nadzieje,że tak, będzie Pani o wszystkim informowana. Bardzo ważne jest aby Pani była teraz z Zuzią, ona potrzebuje Pani wsparcia. Matka: dobrze. L:Jak Zuzia będzie czuła się lepiej to pobierzemy krew do badań. Matka: Czy to jest konieczne. L:Tak, ponieważ lekarz chce wiedzieć jaki jest obecny stan zdrowia dziewczynki. Matka: Rozumiem, ale jak długo będziemy w szpitalu. L:Tego nie wiem, to zależy on stanu zdrowia dziecka. Matka: Czy ktoś będzie mnie informował o sytuacji. L:Codziennie jest wizyta lekarska i wtedy może Pani zapytać. Matka: Dobrze	

PALETA 1 – PARAMETRY SYMULATORA WYJŚCIOWE (Z PRZYJĘCIA W ODDZIAŁ)											
Informacja ogólna		Wpisać – co będzie się zmieniało i kiedy									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	Oddech	EKG	NIBP	Spo2	CO2	Temp.	Sinica%	Oczy	Obrzęki	
	Liczba	50	130	90/50	92	20	38,9	0	l-n;p-n	0	
	Cechy										
	Inne	*Inne ustawienia dotyczą:*									

PALETA 2 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE WRAZ Z PRAWIDŁOWYM PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna											
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	Oddech	EKG	NIBP	Spo2	CO2	Temp.	Sinica	Oczy	Obrzęki	
	Liczba	37	110	85/50	96	20	37,8	0	L-n;p--n	0	
	Cechy										
	Inne	*Inne ustawienia dotyczą:*									

PALETA 3 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE NIEZGODNIE Z PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna											
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	Oddech	EKG	NIBP	SpO2	CO2	Temp	Sinica	Oczy	Obrzęki	
	Liczba	55	145	80/50	87	45	39,3	50	l-n;p-n		
	Cechy										
	Inne	*Inne ustawienia dotyczą: stękanie wydechowe, suchy kaszel.*									

PALETA 4 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE NIEZGODNIE Z PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna											
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	Oddech	EKG	NIBP	Spo2	Co2	Temp	Sinica	Oczy	Obrzęki	
	Liczba										
	Cechy										
	Inne	.									

DEBRIEFING:	
INFORMACJE DLA STUDENTÓW	**INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW**
Celem dzisiejszych zajęć była nauka postępowania z dzieckiem chorym na odoskrzelowe zapalenie płuc z wykorzystaniem pracy w grupie i podziałem na role. Każda z osób w grupie miała do wykonania określone zadania, o różnym stopniu trudności. Dzisiejsze ćwiczenie ma zastosowanie na egzaminie OSC oraz w pracy z pacjentem w warunkach szpitalnych. Praca na fantomie zapewnia wam w komfort psychiczny ponieważ zapobiegnie popełnieniu błędu w pracy z pacjentem. Możecie uświadomić sobie jak ważne jest odpowiednie postępowanie personelu w tej sytuacji	1. Jak czujecie się po ćwiczeniu. 2. Jakie masz poczucie wykonania swojego zadania 3. Jakich procedur musiałaś przestrzegać podczas wykonywania swojego zadania 4. Co zrobiłaś dobrze 5. Jak myślisz kiedy i w jakiej sytuacji ta umiejętność dzisiaj ćwiczona będzie wykorzystana 6. Co chciałabyś jeszcze poćwiczyć 7. Jakie emocje towarzyszyły Tobie podczas symulacji 8. Kto miał podobne odczucia 9. Dlaczego ważna jest praca w grupie jeżeli opiekujemy się dzieckiem chorym na odoskrzelowe zapalenie płuc.
Zastosowanie umiejętności:	Umiejętność ma zastosowanie podczas ZP i P w szpitalu oraz egzaminu OSC.

Literatura	Konspekt oraz podręczniki: 1. Jacek J. Pietrzyk,, Wybrane zagadnienia z pediatrii'', tom II, str. 217 –221, UJ Kraków 2004. 2. Z. Dróżdż – Gessner,, Zarys pielęgniarstwa pediatrycznego'', str. 36 – 38, AM im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2006.
Umiejętności podstawowe:	
Efekty kształcenia	**W zakresie wiedzy** C.W4. Zna zasady oceny stanu chorego w zależności od wieku C.W5. Zna zasady diagnozowania w pielęgniarstwie pediatrycznym. C.W6. Zna zasady planowania opieki nad chorymi w zależności od wieku i stanu zdrowia. C.W52. Zna rodzaje badań diagnostycznych i posiada wiedzę w zakresie ich zlecania **W zakresie umiejętności:** C.U1. Gromadzi informacje, formułuje diagnozę pielęgniarską, ustala cele i plan opieki, wdraża interwencje pielęgniarskie oraz dokonuje ewaluacji opieki C.U7. Ocenia rozwój psycho-fizyczny dziecka, wykonuje testy przesiewowe, wykrywa zaburzenia w rozwoju C.U16. Rozpoznaje stany nagłego zagrożenia zdrowia C.U20. Rozpoznaje powikłania leczenia farmakologicznego, dietetycznego, rehabilitacyjnego, leczniczo- pielęgnacyjnego C.U29. Ocenia poziom bólu, reakcję chorego na ból i nasilenie bólu oraz stosuje postępowanie przeciwbólowe C.U33. Przygotowuje i podaje leki różnymi drogami, samodzielnie lub na zlecenie lekarza C.U.34. Potrafi rozpoznawać wskazania do wykonania określonych badań diagnostycznych i posiada umiejętności umożliwiające wystawianie skierowań na określone badania diagnostyczne **W zakresie kompetencji społecznych:** C.K.1. Szanuje godność i autonomię osób powierzonych opiece C.K.5. Przestrzega praw pacjenta C.K.6. Rzetelnie i dokładnie wykonuje powierzone obowiązki zawodowe C.K.7. Przestrzega tajemnicy zawodowej C.K.10. Przejawia empatię w relacji z pacjentem i jego rodziną oraz współpracownikami

SCENARIUSZ SYMULACJI MEDYCZNEJ POŚREDNIEJ WIERNOŚCI – PW **Autor : dr nauk o zdrowiu Iwona Gładysz**					Nr porządkowy	PW zgodnie z wykazem
Czas zajęć	45	Czas scenariusza	10	Liczba studentów	8	
Nazwa	**Postepowanie z ciężarną, zgłaszającą się z powodu złego samopoczucia**					
Cel główny	**Nauka oceny stanu ciężarnej i płodu**					
Cel szczegółowy	1. Ocena i obserwacja stanu ciężarnej 2. Ocena i obserwacja płodu 3. Przeprowadzenie wywiadu położniczego 4. Wykonanie zleceń lekarskich 5. Komunikacja z zespołem terapeutycznym					
Metoda						
INFORMACJE TECHNICZNE I ORGANIZACYJNE						
Nr Sali	Nr 206	Numer stanowiska	Nr 1	Nr trenażera, fantomu	Nr zgodnie z wykazem	
Sprzęt wielokrotnego użytku	1. Termometr 2. Kardiomonitor do pomiaru: saturacja, tętno, ciśnienie - mankiet dla osoby dorosłej 3. Kardiotokograf (żel do głowicy tętna płodu) 4. Glukometr			Sprzęt jednorazowego użytku	1. Strzykawki do pobierania badań (2. Igły do pobierania badań-10 sztuk 3. Gaziki 4. Skinsept/leko- saszetki- 5 sztuk 5. Paski do glukometru 6. Staza 7. Rękawiczki jednorazowe : - rozmiar L10 sztuk - rozmiar M 10 sztuk	
Pozostałe wyposażenie	1. Dokumentacja medyczna: - karta ciąży 3. Biurko i krzesło. 4. Papier i przybory do pisania.			Charakteryzacja	Bladość skóry twarzy	
Informacja ogólna dla technika	1. Pacjentka w ciąży w pozycji siedzącej w łóżku 2. Ubrana w sukienkę 3. Przykryta do połowy 4. Oczy otwarte					

Parametry początkowe symulatora											
	Nazwa	R - oddech	EKG	NIBP	SpO_2	CO_2	Temp. ^0C	Sinica%	Oczy	Obrzęki	
	Liczba	21	68	110/70	98	-	37.0	-	ź/r	-	
	Cechy	miarowy									
	Inne	Inne ustawienia:									

Czynności początkowe	Wykładowca: • Przed rozpoczęciem zajęć sprawdza sposób przygotowania stanowiska i kompletacje. • Sprawdza listę uczestników i kartę informacyjną scenariusza itp. • Rozpoczyna scenariusz — prosząc o wyłączenie telefonów, zajęcie miejsc itp. — informacja za 3 min. *rozpoczynamy proszę zająć miejsca* • Przekazuje komunikat *Symulacja start*

REALIZACJA SCENARIUSZA

WPROWADZENIE – PREBREFING:

PLAN PREBRIEFINGU:

1. W dniu dzisiejszym nauczymy się postępowania z pacjentką w ciąży zgłaszającą się z powodu złego samopoczucia.
2. Scenariusz został podzielony na 3 części: część pierwsza prebrifing, stanowiący wprowadzenie do scenariusza, który będzie trwał 10 minut. Część druga to realizacja scenariusza, trwająca 15 minut. Część trzecia jest to debrifing stanowiący omówienie i podsumowanie wykonywanego scenariusza, który będzie trwał 20 minut.
3. Celem głównym scenariusza jest nauka oceny stanu pacjentki w ciąży i postępowania

Cele szczegółowe: ocena i obserwacja stanu pacjentki, przeprowadzenie wywiadu, wykonanie zleceń lekarskich, komunikacja z zespołem terapeutycznym.

4. Scenariusz będzie realizowany w Izbie Przyjęć Położniczo- Ginekologicznej
5. Czy wszystkie przedstawione przeze mnie informacje są zrozumiałe?
6. Zaprezentuję teraz przypadek kliniczny: *Pacjentka, Janina Kowalska lat 32, zgłasza się na Izbę Przyjęć położniczo- ginekologiczną w 23 tygodniu ciąży z powodu złego samopoczucia. W okresie 6 miesięcy przed planowaną ciążą oraz do 12 tygodnia ciąży przyjmowała Ac. Folicum 4 mg oraz Prenatal 1xdz.*
7. Teraz przydzielę Wam role, jakie będziecie pełnić w tym scenariuszu
   a. .....będziesz liderem (Pielęgniarka 1), do Twoich zadań będzie należało zebranie wywiadu, koordynacja współpracy z zespołem terapeutycznym
   b. .....będziesz Pielęgniarką 2, do Twoich zadań będzie należał pomiar parametrów oraz pomiar glukozy
   h. .....będziesz Pielęgniarką 3, do Twoich zadań będzie należało wykonanie zleceń lekarskich (pobranie badań laboratoryjnych itd..)
   i. .....będziesz obserwatorem, do twoich zadań będzie należało obserwowanie komunikacji w zespole terapeutycznym
8. Czy wszyscy zrozumieli przydzielone im role?
9. Zwracam się do każdej osoby z zapytaniem czy rozumie przydzieloną rolę i proszę o powtórzenie zleconych zadań
10. Zapraszam do sali symulacji w celu zapoznania się ze sprzętem

INFORMACJE DLA STUDENTÓW	INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW
Osłabienie, ból głowy, zawroty głowy w czasie ciąży występują dość powszechnie i związane są ze zmianami hormonalnymi w czasie ciąży. Mają one charakter adaptacyjny, mający na celu zmniejszenie obciążeń nakładanych na organizm matki przez rozwijającą się ciążę, dlatego często objawy chorobowe często mylone są z objawami związanymi ze zmianami hormonalnymi. Zmiany anatomiczne, fizjologiczne i biochemiczne zachodzące podczas ciąży mają zarówno charakter miejscowy, jak i układowy. Zmiany układowe są wynikiem adaptacji organizmu matki do ciąży w celu sprostania wymaganiom płodu w zakresie jego homeostazy i wzrastania oraz przygotowania do porodu. Przy prawidłowym przebiegu ciąży odbywa się to bez zagrożenia dobrej kondycji kobiety ciężarnej i upośledzenia jej zdrowia. Największe zmiany fizjologiczne zachodzą w układzie krążenia. Całkowita objętość krwi zwiększa się o 30-50%. Zmiany dotyczą także innych narządów.. Celem opieki medycznej nad kobietą w ciąży jest zapewnienie kobiecie zdrowia i dobrego samopoczucia podczas ciąży. Zadaniem opieki przedporodowej jest wczesne rozpoznanie wszelkich zagrożeń, usuwanie czynników ryzyka oraz zmniejszanie częstości powikłań. *Np. Zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa*	1. Spotkaliście kobietę w ciąży? 2. Jak myślicie, czy zmiany fizjologiczne w czasie ciąży mogą mieć wpływ na samopoczucie kobiety ciężarnej? 3. Jak uważasz czy regularne wizyty w czasie ciąży minimalizują ryzyko zagrożenia dla matki i płodu? 4. Wykonywanie badań w czasie ciąży Twoim zdaniem jest konieczne?

Ginekologów i Położników, każda kobieta w ciąży powinna wykonać ***test obciążenia 75g glukozy w*** *24-28 tygodniu ciąży*. Najczęstszym powikłaniem metabolicznym wikłającym ciążę jest cukrzyca. Jest definiowana, jako różnego stopnia zaburzenia tolerancji glukozy, które po raz pierwszy wystąpiły bądź zostały wykryte w trakcie ciąży. Dominującą grupę stanowią kobiety, u których hiperglikemia rozwinęła się w czasie ciąży. W tej grupie może się też znaleźć pewna liczba kobiet, u których cukrzyca (zarówno typu 1 jak i 2) istniała już przed ciążą, ale nie została wykryta. W Europie występuje u 3-5% ciężarnych. W ciąży spotykamy dwa rodzaje cukrzycy: • ***cukrzycę ciążową*** – GDM (Gestational Diabetes Mellitus) – gdy zaburzenia tolerancji węglowodanów lub cukrzyca rozwijają się lub są po raz pierwszy rozpoznane w ciąży, **cukrzycę przedciążową** – PGDM (Pregestational Diabetes Mellitus) – gdy kobieta chorująca na którykolwiek z typów cukrzycy (typ 1, 2 lub inne) jest w ciąży. Wyróżnia się dwie klasy cukrzycy ciążowej (GDM): G1 – dla uzyskania normoglikemii wystarcza stosowanie leczenia dietetycznego. G2 – dla uzyskania normoglikemii stosowane jest leczenie dietą i insuliną. ***Wpływ cukrzycy ciążowej na rozwój płodu, stan noworodka i dalsze jego losy*** W ciąży powikłanej cukrzycą ciążową, w której zaburzenia gospodarki węglowodanowej i towarzyszące jej często zaburzenia gospodarki lipidowej występują najczęściej w drugiej połowie ciąży, głównym zaburzeniem jest nadmierna masa płodu (LGA- przekraczająca 90 centyl dla danego wieku ciążowego) lub makrosomia, definiowana, jako bezwzględna masa płodu powyżej 4200g. Mogą one prowadzić do dystocji barkowej oraz urazów okołoporodowych, a także mogą być związane z rosnącym odsetkiem porodów zabiegowych. W grupie noworodków z nadmierną urodzeniową masą ciała dochodzi często do licznych zaburzeń metabolicznych, w tym najczęściej do hipoglikemii we wczesnym okresie poporodowym oraz większego ryzyka rozwoju chorób takich jak otyłość, cukrzyca typu 2, choroby układu krążenia. Przeprowadzone w ostatnich latach randomizowane badania pokazały, iż nieleczone, nawet umiarkowane zaburzenia w tolerancji węglowodanów w ciąży wiążą się ze zwiększonym ryzykiem występowania powikłań noworodkowych, a wdrożenie leczenia ogranicza ich występowanie.	

ZAPOZNANIE STUDENTÓW ZE SPRZĘTEM	
Wykładowca	W dniu dzisiejszym będziemy w izbie przyjęć położniczo-ginekologicznej. Zapoznam z możliwościami technicznymi symulatora. W dzisiejszym scenariuszu będziemy wykorzystywać sprzęt do monitorowania stanu pacjentki, który już znacie. Na poprzednich zajęciach zapoznaliście się z podstawowymi funkcjami symulatora, sposobem pomiaru ciśnienia, tętna, monitorowaniem, obsługą monitora pacjenta.

Wykładowca	Na dzisiejszych zajęciach zapoznamy się z funkcjami symulatora, wykorzystywanymi podczas realizacji dzisiejszego scenariusza: − zaprezentuję pomiar tętna płodu: po przyłożeniu tej peloty do brzucha ciężarnej usłyszycie dźwięk tętna płodu (studenci słyszą dźwięk tętna płodu) − nasza pacjentka będzie odpowiadała na zadawane pytania Sprzęt jednorazowy znajduje się w tym miejscu: − rękawiczki stoją na blacie szafki − strzykawki znajdują się w szufladach pod blatem szafki − igły, wenflony, staza, systemy zamknięte do pobierania badań laboratoryjnych oraz pojemniki na mocz z wieczkiem znajdują się w tej szafce − płyny dezynfekcyjne stoją na blacie szafki W asystorze znajduje się: − Glukometr + paski do glukometru − aparat do pomiaru ciśnienia − pulsoksymetr
Student	Dotyka sprzętu, zapoznanie z funkcjami symulatora, zapoznaje się ze stanowiskiem i rozmieszczeniem sprzętu
SCENARIUSZ SYMULACJI	
Opis scenariusza	Janina Kowalska, lat 32. Zgłosiła się do izby przyjęć położniczo- ginekologicznej z powodu złego samopoczucia i osłabienia.
Obecny stan kliniczny	Ciężarna lekko spocona, blada

Przebieg scenariusza Ścieżka 1 Paleta 1	<u>Opis przebiegu scenariusza z podziałem na role:</u> **Lider (Pielęgniarka 1)**, koordynator całej grupy, zbiera wywiad, koordynuje współpracę z zespołem terapeutycznym **Pielęgniarka 2**, odpowiedzialna za pomiar parametrów	<u>Przebieg scenariusza:</u> Lider podchodzi do pacjenta, przedstawia się: nazywam się, jestem pielęgniarką, zadam Pani kilka pytań, a koleżanki zmierzą tętno płodu i Pani parametry oraz poziom glukozy: *Pielęgniarka 1:Jak się Pani nazywa?* **Ciężarna: Janina Nowak** *Pielęgniarka 1:ile Pani ma lat?* **Ciężarna: 32** *Pielęgniarka 1: która to Pani ciąża?* **Ciężarna: druga** *Pielęgniarka 2:zmierzę Pani tętno płodu i parametry?* **Ciężarna: dobrze** *Pielęgniarka 1:czy poprzednia ciąża przebiegała prawidłowo?* Ciężarna: tak mam 2-letniego, syna *Pielęgniarka 1*: *w którym roku życia wystąpiła1 miesiączka,?* **Ciężarna: w 14** *Pielęgniarka 1: czy cykle były regularne?* **Ciężarna: tak co 28 dni** *Pielęgniarka 1: miesiączki było obfite czy mierne, lub skąpe?* **Ciężarna: mierne** *Pielęgniarka 1: ile dni trwały?* **Ciężarna: 5** *Pielęgniarka 1: czy pamięta Pani datę ostatniej miesiączki?* **Ciężarna: tak 23 lipca tego roku**

Przebieg scenariusza Ścieżka 1 Paleta 1	**Pielęgniarka 3** pobiera poziom glukozy i interpretuje	*Pielęgniarka 1: Jak się Pani nazywa?* **Ciężarna: Janina Nowak** *Pielęgniarka 1:Ile ważył syn?* **Ciężarna: 4100 g** *Pielęgniarka 3: sprawdzę u Pani poziom glukozy?* **Ciężarna: dobrze** *Pielęgniarka 3: jest 105 mg/dl, kiedy Pani spożywała posiłek?* **Ciężarna:6 godzin temu i trochę chce mi się jeść** *Pielęgniarka 1:Czy to był poród drogami natury?* **Ciężarna: nie, miałam cięcie cesarskie bo dziecko było duże** *Pielęgniarka 1:Czy poprzednia ciąża przebiegała prawidłowo ?* **Ciężarna: tak, nie miałam problemów, wszystko było w porządku, dobrze się czułam.** *Pielęgniarka 1:Czy obecna ciąża przebiegała prawidłowo i jest Pani pod kontrolą lekarza?* **Ciężarna: tak do tej pory było wszystko w porządku, od tygodnia tak mi jest słabo, jestem osłabiona, szybko się męczę ale to zapewne objawy ciąży i tam musi być. Boję się o dziecko?** *Pielęgniarka 1:jest Pani pod opieką, koleżanka zmierzyła Pani tętno płodu, jest prawidłowe* **Ciężarna: to dobrze ale dlaczego tak źle się czuję? W poprzedniej ciąży było lepiej** *Pielęgniarka 1:czy występowały w przeszłości choroby serca, nerek lub innych narządów ?* **Ciężarna: nie** *Pielęgniarka 1:Pani parametry są prawidłowe, tętno płodu także, ma Pani nieco podwyższony poziom glukozy ale zaraz zadzwonię do lekarza?* **Ciężarna: dobrze** ***Pielęgniarka 1 podchodzi do telefonu i referuje przypadek lekarzowi*** *Pielęgniarka 1:lekarz zlecił pobranie badań laboratoryjnych (elektrolity, poziom glukozy z krwi żylnej, analizę moczu,morfologię, układ krzepnięcia hemoglobinę glikowaną) za chwilę przyjdzie wykonać USG?* *Pielęgniarka 3:pobiorę Pani zlecone badania, tu postawię kubeczek na mocz, proszę oddać próbkę moczu do tego pojemnika* **Ciężarna: dobrze** **Koniec scenariusza**
	Pielęgniarka 3 pobiera zlecone badania laboratoryjne	

PALETA 1 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE WRAZ Z PRAWIDŁOWYM PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna		Wpisać – co będzie się zmieniało i kiedy									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	R - oddech	EKG	NIBP	SpO_2	CO_2	Temp. ^0C	Sinica%	Oczy	Obrzęki	
	Liczba	21	68	110/70	98	-	37.0	-	ź/r	-	
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia dotyczą: nie dotyczy									

DEBRIEFING:	
INFORMACJE DLA STUDENTÓW	**INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW**
Celem dzisiejszych zajęć była nauka oceny stanu ciężarnej i płodu. Każda osoba miała do wykonania zadanie o różnym stopniu trudności. Praca z symulatorem zapewnia wam komfort psychiczny, ponieważ zapobiega popełnieniu błędu w pracy z pacjentem. Zdobyte umiejętności możecie wykorzystać podczas egzaminu OSCE oraz podczas praktyk w szpitalu	Jak się czujecie po zrealizowaniu scenariusza. Faza opisowa **Pielęgniarki 1, 2,3**: Jakie zadania miałaś dzisiaj do wykonania? Jakie decyzje podjęłaś? **Obserwator** Jakie zadanie miałeś/miałaś do wykonania? Faza analizy **Pielęgniarka1,2,3** Z czego jesteś najbardziej zadowolona, co wyszło ci najlepiej? **Pielęgniarka 1,2,3** Czy jest coś, co chciałbyś/chciałabyś poprawić? **Obserwator** Czy w tej sytuacji postąpiłbyś/postąpiłabyś inaczej? Faza czynności **Pielęgniarka 1:** Jak myślisz, zebranie wywiadu położniczego jest ważne? Jak uważasz, współpraca z zespołem terapeutycznym ma znaczenie? **Pielęgniarka 2** Twoim zadaniem był pomiar parametrów oraz glukozy, jak uważasz, pomiar tętna płodu jest ważnym parametrem? Jak myślisz pomiar poziomu glukozy w czasie ciąży jest obligatoryjny? **Obserwator:** Co zauważyłaś obserwując wykonywanie zleceń lekarskich przez Pielęgniarkę? Jak uważasz praca grupy była skoordynowana? Twoim zdaniem komunikacja w grupie była dobra? Co do siebie mówiły osoby w grupie?

	Jak uważasz przekaz komunikatów w grupie był jasny? Jak uważasz parametry zostały zmierzone prawidłowo? Twoim zdaniem we właściwy sposób zapisano wyniki uzyskanych parametrów w dokumentacji medycznej? Jak uważasz podczas wykonywanych czynności przy ciężarnej były przestrzegane procedury medyczne? **<u>Faza podsumowania</u>** Czego nauczyłaś/nauczyłeś się z tego scenariusza? Jakich czynności z tego scenariusz nauczyłaś się? Gdzie w przyszłości wykorzystasz umiejętność jakiej się dzisiaj nauczyłaś? Pamiętajcie o naszych celach, zostały osiągnięte, jest to sytuacja szczególna ponieważ mamy do czynienia z matką i dzieckiem
Zastosowanie umiejętności:	Podczas zajęć praktycznych i praktyk
Literatura	1. Standardy Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego postępowania u kobiet z cukrzycą 2. Bręborowicz G. Położnictwo s.242-245, PZWL 2015
Umiejętności podstawowe:	– student posiada umiejętności: zebrania wywiadu, pomiaru parametrów, oznaczenia i interpretacji poziomu glukozy, pobrania badań laboratoryjnych – student posiada wiedzę na temat fizjologii ciąży – student posiada wiedzę na temat cukrzycy ciężarnych
Efekty kształcenia	**Wiedza** D.W5. zna zasady diagnozowania w pielęgniarstwie internistycznym, geriatrycznym, chirurgicznym, pediatrycznym, neurologicznym, psychiatrycznym, anestezjologicznym, położniczo-ginekologicznym i opiece paliatywnej; D.W20. charakteryzuje podstawy opieki nad wcześniakiem i noworodkiem; D.W22. charakteryzuje mechanizm i okresy porodu fizjologicznego; D.W23. zna zasady planowania opieki nad kobietą w ciąży fizjologicznej i połogu; A.W18. charakteryzuje poszczególne grupy leków i ich zastosowanie lecznicze oraz zasady leczenia krwią i środkami krwiozastępczymi; A.W20. omawia wybrane zagadnienia z zakresu patologii narządowej układu krążenia, układu oddechowego, trawiennego, moczowo-płciowego i nerwowego; **Umiejętności** A.U2. wykazuje różnice w budowie i charakteryzuje funkcje życiowe człowieka dorosłego i dziecka A.U4. konstruuje wzór wykorzystania podstaw wiedzy anatomicznej w badaniu przedmiotowym C.U2. gromadzi informacje metodą wywiadu, obserwacji, pomiarów bezpośrednich i pośrednich (skale), analizy dokumentacji (w tym analizy badań diagnostycznych), badania fizykalnego w celu rozpoznawania stanu zdrowia pacjenta i sformułowania diagnozy pielęgniarskiej; C. U.4 oznacza glikemię za pomocą gleukometru; C. U.7. monitoruje stan zdrowia pacjenta na wszystkich etapach jego pobytu w szpitalu lub innych placówkach opieki zdrowotnej, między innymi przez ocenę podstawowych parametrów życiowych: temperatury, tętna, ciśnienia tętniczego krwi, oddechu i świadomości, masy ciała i wzrostu;. C.U10. podaje choremu leki różnymi drogami, zgodnie z pisemnym zleceniem lekarza oraz oblicza dawki leków C. U.23. podłącza i obsługuje zestawy do kroplowych wlewów dożylnych C.U28. wykonuje pulsoksymetrię i kapnometrię C.U30. pobiera materiał do badań laboratoryjnych i bakteriologicznych

Efekty kształcenia	C.U34. odnotowuje wykonanie zleceń w karcie zleceń lekarskich C.U50. rozpoznaje i interpretuje podstawowe odrębności w badaniu noworodka, niemowlęcia, osoby dorosłej i w wieku geriatrycznym C.U63. bezpiecznie stosuje środki dezynfekcyjne i segreguje odpady medyczne D.W11. różnicuje reakcje chorego na chorobę i hospitalizację w zależności od jego wieku i stanu zdrowia **Kompetencje** D.K1. szanuje godność i autonomię osób powierzonych opiece; D.K4. wykazuje odpowiedzialność moralną za człowieka i wykonywanie zadań zawodowych; D.K8. współdziała w ramach zespołu interdyscyplinarnego w rozwiązywaniu dylematów etycznych z zachowaniem zasad kodeksu etyki zawodowej;

<table>
<tr><td colspan="5">SCENARIUSZ SYMULACJI MEDYCZNEJ SWW
Autor: dr nauk o zdrowiu Iwona Gładysz</td><td>Nr porządkowy</td><td>SWW zgodnie z wykazem</td></tr>
<tr><td>Czas zajęć</td><td>90
Minut</td><td>Czas scenariusza</td><td>10</td><td>Liczba studentów</td><td colspan="2">7-8</td></tr>
<tr><td>Nazwa</td><td colspan="6">Postępowanie z pacjentką w ciąży zgłaszającą się z powodu nadciśnienia indukowanego ciążą</td></tr>
<tr><td>Cel główny</td><td colspan="6">Nauka oceny stanu pacjentki w ciąży i postępowania</td></tr>
<tr><td>Cel szczegółowy</td><td colspan="6">1. Ocena i obserwacja stanu ciężarnej
2. Ocena i obserwacja płodu
3. Przeprowadzenie wywiadu
4. Wykonanie zleceń lekarskich
5. Komunikacja z zespołem terapeutycznym</td></tr>
<tr><td>Metoda</td><td colspan="6">Symulacji wysokiej wierności</td></tr>
<tr><td colspan="7">INFORMACJE TECHNICZNE I ORGANIZACYJNE</td></tr>
<tr><td>Numer sali</td><td>Nr 034
Nr 035</td><td>Numer stanowiska</td><td>Nr
1
2</td><td>Numer trenażera, fantomu</td><td colspan="2">Nr zgodnie z wykazem</td></tr>
<tr><td>Sprzęt wielokrotnego użytku</td><td colspan="3">1. Pojemnik na odpady medyczne
2. Glukometr + paski do glukometru
3. Pulsoksymetr
4. Kardiomonitor
5. Aparat EKG 12 odprowadzeniowy
6. Stojak do kroplówki
7. Pompa infuzyjna
8. Dostęp do instalacji tlenowej z możliwością wykonania tlenoterapii</td><td>Sprzęt jednorazowego użytku</td><td colspan="2">1. Strzykawki o pojemności 10 ml-4 sztuki
2. Strzykawki o pojemności 5 ml- 4 sztuki
3. Igły 0,8 x40 mm-10 sztuk
4. Gaziki
5. Skinsept /leko- saszetki- 5 sztuk
6. Maska do podawania tlenu dla osoby dorosłej- 1 sztuka
7. Staza-2 sztuki
8. Rękawiczki jednorazowe:
- rozmiar L10 sztuk
- rozmiar M 10 sztuk
9. Ampułka z płynem z napisem Magnesii Sulfurici 20%, iv.
10. Ampułka z napisem Tachyben 25 mg</td></tr>
<tr><td>Pozostałe wyposażenie</td><td colspan="3">2. Dokumentacja medyczna:
- karta ciąży
- spis leków własnych pacjenta
Biurko i krzesło.</td><td>Ubrania i charakteryzacja</td><td colspan="2">1. zaczerwienienie na twarzy</td></tr>
<tr><td>Informacja ogólna dla technika</td><td colspan="6">Symulator umieszczony na łóżku w pozycji półsiedzącej, ubrany w sukienkę, przykryty do pasa kołdrą,. Na tacy przygotowana Ampułka z płynem z napisem Magnesii Sulfurici 20%, iv. Ampułka z napisem Tachyben 25 mg
W asystorze znajduje się:
Glukometr + paski do glukometru
− Aparat do pomiaru ciśnienia
− pulsoksymetr
− Strzykawki o pojemności 5 ml- 4 sztuki
− Strzykawki o pojemności 10 ml-4 sztuki
− Igły 0,8 x40 mm-10 sztuk
− Gaziki
− Skinsept /leko- saszetki- 5 sztuk
− Maska do podawania tlenu dla osoby dorosłej- 1 sztuka
− Staza-2 sztuki
− Rękawiczki jednorazowe :
- rozmiar L10 sztuk
- rozmiar M 10 sztuk</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td colspan="2">Informacja ogólna dla technika</td><td colspan="10">Przy łóżku
− Kardiomonitor
− Aparat EKG 12 odprowadzeniowy
− Stojak do kroplówki
− Pompa infuzyjna
Dostęp do instalacji tlenowej
z możliwością wykonania tlenoterapii</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Parametry początkowe symulatora</td><td>Nazwa</td><td>R - oddech</td><td>EKG</td><td>NIBP</td><td>SpO_2</td><td>CO_2</td><td>Temp. ^oC</td><td>Sinica%</td><td>Oczy</td><td>Obrzęki</td><td>FHR</td></tr>
<tr><td>Liczba</td><td>21</td><td>120</td><td>140/90</td><td>92</td><td>-</td><td>37,5</td><td>-</td><td>Mruganie 15</td><td>+</td><td>150</td></tr>
<tr><td>Cechy</td><td>Wydłużona faza wydechu</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>L-N ; P-N</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td>Inne</td><td colspan="10">Inne ustawienia: jeśli dotyczą</td></tr>
<tr><td colspan="2">Czynności początkowe</td><td colspan="10">Należy wpisać co trzeba wykonać przed rozpoczęciem zajęć, scenariusza np.:
Wykładowca:
1. Przed rozpoczęciem zajęć sprawdza sposób przygotowania stanowiska i kompletacje.
2. Sprawdza listę uczestników i kartę informacyjną scenariusza itp.
3. Rozpoczyna scenariusz – prosząc o wyłączenie telefonów, zajęcie miejsc itp. – informacja za 3 min. rozpoczynamy proszę zająć miejsca itp.
Co jeszcze trzeba zrobić i kto w scenariuszu którego to dotyczy.</td></tr>
</table>

REALIZACJA SCENARIUSZA

WPROWADZENIE - PREBREFING:

PLAN PREBREFINGU:

8. W dniu dzisiejszym nauczymy się postępowania z pacjentką w ciąży z bólem i zawrotami głowy.
9. Scenariusz został podzielony na 3 części: część pierwsza prebrifing, stanowiący wprowadzenie do scenariusza, który będzie trwał 15 minut. Część druga to realizacja scenariusza, trwająca 10 minut. Część trzecia jest to debrifing stanowiący omówienie i podsumowanie wykonywanego scenariusza, który będzie trwał 20 minut.
10. Celem głównym scenariusza jest nauka oceny stanu pacjentki w ciąży i postępowania

Cele szczegółowe: ocena i obserwacja stanu pacjentki, przeprowadzenie wywiadu, wykonanie zleceń lekarskich, komunikacja z zespołem terapeutycznym.

11. Scenariusz będzie realizowany w Izbie Przyjęć Położniczo- Ginekologicznej
12. Czy wszystkie przedstawione przeze mnie informacje są zrozumiałe?
13. Zaprezentuję teraz przypadek kliniczny: *Pacjentka, Janina Kowalska lat 32, zgłasza się na Izbę Przyjęć położniczo- ginekologiczną w 36 tygodniu ciąży z zawrotami i bólem głowy, obrzękami. Od 26 tygodnia ciąży przyjmuje Dopegyt (metylodopa), w dawce 2 × 250 mg/24 h z powodu rozpoznanego nadciśnienia indukowanego ciążą,*
14. Teraz przydzielę Wam role, jakie będziecie pełnić w tym scenariuszu
    c. .....będziesz liderem (Pielęgniarka 1), do Twoich zadań będzie należało zebranie wywiadu, koordynacja współpracy z zespołem terapeutycznym
    d. .....będziesz Pielęgniarką 2, do Twoich zadań będzie należał pomiar parametrów
    j. .....będziesz Pielęgniarką 3, do Twoich zadań będzie należało wykonanie zleceń lekarskich (założenie cewnika, podawanie leków itd..)
    k. .....będziesz obserwatorem, do twoich zadań będzie należało obserwowanie komunikacji w zespole terapeutycznym
    l. .....będziesz obserwatorem, do Twoich zadań będzie należało obserwowanie procedur zastosowanych w scenariuszu
11. Czy wszyscy zrozumieli przydzielone im role?
12. Zwracam się do każdej osoby z zapytaniem czy rozumie przydzieloną rolę i proszę o powtórzenie zleconych zadań
13. Zapraszam do sali symulacji w celu zapoznania się ze sprzętem

INFORMACJE DLA STUDENTÓW	INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW
Objawy, takie jak: osłabienie, ból głowy, zawroty głowy w czasie ciąży występują dość powszechnie i związane są ze zmianami hormonalnymi w czasie ciąży. Mają one charakter adaptacyjny, mający na celu zmniejszenie obciążeń nakładanych na organizm matki przez rozwijającą się ciążę, dlatego często objawy chorobowe często mylone są z objawami związanymi ze zmianami hormonalnymi. Pomimo intensywnych badań prowadzonych obecnie na świecie, etiopatogeneza nadciśnienia u kobiet w ciąży nie jest jasna i do końca pozostaje niewyjaśniona. Wiadomo, że jest to problem złożony, o czym może świadczyć między innymi mnogość klasyfikacji systematyzujących schorzenia ciężarnych przebiegające z nadciśnieniem. Najważniejsze w klasyfikacji chorób związanych z nieprawidłowym wzrostem ciśnienia tętniczego jest rozróżnienie nadciśnienia występującego przed ciążą i potencjalnie groźniejszego dla matki i płodu nadciśnienia indukowanego ciążą. Obecnie nadciśnienie tętnicze u ciężarnej rozpoznaje się, gdy jej ciśnienie skurczowe (SBP, systolic blood pressure) ≥ 140 i/lub ciśnienie rozkurczowe (DBP, diastolic blood pressure) jest ≥ 90 mm Hg. Nazewnictwo i klasyfikacja nadciśnienia tętniczego w ciąży podlegało licznym zmianom w ciągu ostatnich lat. Proponowane podziały nadciśnienia występującego w ciąży nie są w pełni zadawalające. Klasyfikacja nadciśnienia tętniczego w ciąży jest dotąd niejednorodna. Najprostszy podział opiera się na rozróżnieniu nadciśnienia indukowanego ciążą i nadciśnienia u kobiety w ciąży, u której już wcześniej wykryto nadciśnienie. W 1972 roku Amerykańskie Kolegium Położników i Ginekologów (ACOG, American College of Obstetricians and Gynecologists) opracowało podział: nadciśnienie i białkomocz, który rozróżnia nadciśnienie wywołane prawdopodobnym skurczem naczyń (co może być PIH) od nadciśnienia współistniejącego z ciążą . Oddzielić należy: – nadciśnienie indukowane ciążą (PIH, pregnancy induced hypertension), w tym: stan przedrzucawkowy (preeclampsia) (łagodny i ciężki), rzucawka (eclampsia); – nadciśnienie przewlekłe; – nadciśnienie przewlekłe z nałożonym stanem przedrzucawkowym lub rzucawką; ciążowe nadciśnienie przejściowe. Podwyższone ciśnienie tętnicze zaobserwowane po 20. tygodniu ciąży u kobiety bez białkomoczu klasyfikuje się jako nadciśnienie ciążowe. Stan przedrzucawkowy i rzucawka jest swoistym dla ciąży zespołem patologicznym obserwowanym po 20. tygodniu ciąży. Stan przedrzucawkowy charakteryzuje się występowaniem podwyższonego ciśnienia tętniczego (ciążowy wzrost ciśnienia) i białkomoczu. Ciśnienie tętnicze skurczowe jest	Wyobraźcie sobie, że jesteście na Izbie Przyjęć Ginekologiczno- Położniczej, na której przebywa pacjentka w ciąży zgłaszająca bóle i zawroty głowy. Jak uważasz, jakie pytania możesz zadać ciężarnej? **Odpowiedź studentów:** od kiedy te objawy występują Na jakie parametry zwróciłbyś uwagę? **Odpowiedź studentów:** ciśnienie Jak myślisz jakie parametry będziesz monitorował? **Odpowiedź studentów:** ciśnienie, tętno, temperaturę Uważasz, że obserwacja tętna płodu jest ważna? **Odpowiedź studentów:** tak Jak myślisz współpraca zespołu terapeutycznego jest ważna? **Odpowiedź studentów:** tak wpływa na jakość wykonywanej procedury

wyższe niż 140 mm Hg lub rozkurczowe większe niż 90 mm Hg. Białkomoczem określa się wydalanie z moczem około 0,3 g białka na dobę.
Rzucawka charakteryzuje się występowaniem u kobiety ze stanem przedrzucawkowym drgawek, które nie mają innej przyczyny.
Obrzęki występują u zbyt wielu ciężarnych, by mogły mieć wartość różnicującą, dlatego zarówno w tej, jak i w innych klasyfikacjach usunięto je z kryteriów diagnostycznych. Stan przedrzucawkowy może rozwinąć się u kobiet, u których już wcześniej wykryto nadciśnienie tętnicze (nadciśnienie tętnicze przewlekle z nałożonym stanem przedrzucawkowym). Rozpoznanie to może być postawione, gdy u kobiet z nadciśnieniem tętniczym bez białkomoczu przed 20. tygodniem ciąży wzrośnie w wydalanym moczu ilość białka powyżej 0,3 g białka na dobę albo u kobiet z nadciśnieniem tętniczym i białkomoczem występującym przed 20. tygodniem ciąży dojdzie do nagłego podwyższenia ilości białka, wzrostu ciśnienia krwi, wystąpi małopłytkowość (liczba płytek < 100 000/mm3) i wzrośnie aktywność enzymów wątrobowych. Mianem nadciśnienia przewlekłego określa się nadciśnienie tętnicze rozwijające się i rozpoznane przed zajściem kobiety w ciążę lub przed 20. tygodniem ciąży. Nadciśnienie tętnicze wykryte po raz pierwszy w ciąży, ale nieustępujące po jej rozwiązaniu także uznaje się za nadciśnienie przewlekle. W większości przypadków jest to nadciśnienie pierwotne, ale może to być także nadciśnienie wtórne, które najczęściej towarzyszy chorobom nerek i zaburzeniom hormonalnym.
Nadciśnienie indukowane ciążą rozwija się podczas ciąży lub do 24 godzin po porodzie bez objawów stanu przedrzucawkowego lub rzucawki.
W 1986 roku Międzynarodowe Towarzystwo do Badań Nadciśnienia w Ciąży (ISSHP, International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy) wprowadziło nowy podział, będący uproszczeniem podziału ACOG:
– ciążowe nadciśnienie i/lub białkomocz w ciąży
– nadciśnienie ciążowe bez białkomoczu,
– białkomocz ciążowy bez nadciśnienia,
– nadciśnienie ciążowe i białkomocz ciążowy (stan przedrzucawkowy i rzucawka).
– przewlekłe nadciśnienie i przewlekłe choroby nerek,
– niezakwalifikowane nadciśnienie i/lub białkomocz u kobiet, u których stwierdzono te objawy przy pierwszym badaniu przed 20. tygodniem ciąży, a które nie chorowały na przewlekłe nadciśnienie i przewlekłe choroby nerek.

Według tego podziału PIH jest definiowane jako ciśnienie tętnicze wynoszące 140/90 mm Hg lub więcej, pojawiające się u ciężarnych z prawidłowym ciśnieniem po 20. tygodniu ciąży i wracające do normy do 6 tygodni po porodzie.

− Patofizjologia tego schorzenia nie jest do dzisiaj wyjaśniona, a towarzyszący mu mechanizm zmian jest złożony	

ZAPOZNANIE STUDENTÓW ZE SPRZĘTEM	
Wykładowca	Pracownia wysokiej wierności. Na poprzednich zajęciach zapoznaliście się z podstawowymi funkcjami symulatora, sposobem pomiaru ciśnienia, tętna, pulsoksymetrią, monitorowaniem, obsługą monitora pacjenta. Na dzisiejszych zajęciach zapoznamy się z funkcjami symulatora, wykorzystywanymi podczas realizacji dzisiejszego scenariusza: − *proszę o podejście do łóżka i założenie oraz zwolnienie barierek ochronnych.* − *zaprezentuję jak wygląda sinica (zostaje włączona funkcja –sinica)* − *po przyłożeniu tej peloty do brzucha ciężarnej usłyszycie dźwięk tętna płodu (studenci słyszą dźwięk tętna płodu)* − *maska do tlenoterapii znajduje się w tej szufladzie* Na tacy znajdującej się na blacie szafki przygotowano: − Zestaw do cewnikowania − Cewniki Foleya − Ampułka z płynem z napisem Magnesii Sulfurici 20%, iv. − Ampułka z napisem Tachyben 25 mg − Strzykawki o pojemności 5 ml- 4 sztuki − Strzykawki o pojemności 10 ml-4 sztuki − Igły 0,8 x40 mm-10 sztuk − Gaziki − Skinsept /leko- saszetki- 5 sztuk − Staza-2 sztuki − Rękawiczki jednorazowe W asystorze znajduje się: Glukometr + paski do glukometru − Aparat do pomiaru ciśnienia − pulsoksymetr
Student	*Każdy student podchodzi do* łóżka zakłada i zwalnia barierki ochronne łóżka, zapoznaje się z *funkcjami symulatora –sinica, dźwięk tętna płodu. Student zapoznaje się ze sprzętem.*
SCENARIUSZ SYMULACJI	
Opis scenariusza	Pacjentka, Janina Kowalska lat 32, C I P I, przebywająca na izbie przyjęć położniczo- ginekologicznej w 36 tygodniu ciąży z zawrotami i bólem głowy, obrzękami.
Obecny stan kliniczny	Ciężarna z kontaktem słownym. Występują zaburzenia ze strony ośrodkowego układu nerwowego: bóle i zawroty głowy, zaburzenia widzenia oraz dodatkowo ból brzucha.
Wywiad	Dane pacjentki oraz wyniki wykonywanych badań oraz zlecone przez lekarza prowadzącego leki znajdują się w karcie ciąży. Zgłasza ból brzucha. Od 26 tygodnia ciąży przyjmuje Dopegyt (Metylodopa), w dawce 2 × 250 mg/24 h z powodu rozpoznanego nadciśnienia indukowanego ciążą.

Załączniki:
1. Karta ciąży zawierająca wyniki badań oraz dane ciężarnej

Przebieg scenariusza (5 minut) Ścieżka 1	**<u>Pielęgniarka 1</u>** Po zapoznaniu się z dokumentacją przedstawia się pacjentce i nawiązuje kontakt słowny z ciężarną, określa stan ciężarnej i podejmuje decyzję Pyta **Pielęgniarkę 2** *jakie są parametry, FHR płodu* **Wzywa lekarza**	
	Lider-Pielęgniarka 1 Nazywam się.....jestem pielęgniarką ***Jak się Pani nazywa?*** ***Jak się Pani czuje?***	***Odpowiedź: Janina Kowalska*** ***Odpowiedź: boli mnie głowa mam jakieś mroczki przed oczami, boli mnie brzuch***
	Czy przyjmowała Pani rano Dopegyt?	***Odpowiedź: tak***
	Zaraz wezwiemy lekarza	***Odpowiedź: dobrze***
	<u>Pielęgniarka 2</u> Dokonuje pomiaru parametrów: BP, tętno, temperatura, SPO_2, oddech FHR (tętno płodu) Odpowiada **Pielęgniarce 1** *tętno płodu 150 u/m, BP 160/100, saturacja 94%, oddechy 21/min, temp 37 °C, Ciężarna jest zaniepokojona stanem dziecka*	
	Pielęgniarka 2 ***Zmierzę Pani parametry oraz tętno płodu***	***Odpowiedź: dobrze***
		<u>Ciężarna pyta Pielęgniarkę 2</u> Proszę mi powiedzieć, czy wszystko jest w porządku z dzieckiem
	Pielęgniarka 2 odpowiada Tętno płodu jest prawidłowe	
	<u>Pielęgniarka 3</u> Wykonuje pomiar glukozy – (wynik 105mg%) **Pielęgniarka 3** ***Zmierzę Pani glukozę***	Odpowiedź: dobrze
	<u>4 minuta scenariusza - wchodzi lekarz</u> Lekarz wchodzi na Izbę Przyjęć i pyta **<u>Pielęgniarkę 1</u>** *Wzywała mnie Pani, co się dzieje*? Odpowiada **<u>Pielęgniarka 1</u>**- *zgłosiła się do nas ciężarna w 36 tygodniu ciąży z zawrotami i bólem głowy oraz obrzękami. Zgłasza ból brzucha. Od 26 tygodnia ciąży przyjmuje Dopegyt (metylodopa), w dawce 2 × 250 mg/24 h z powodu rozpoznanego nadciśnienia indukowanego ciążą.*	

Przebieg scenariusza Ścieżka 2 (5 minut)	Lekarz pyta **Pielęgniarkę 2** *Jakie jest tętno płodu, ciśnienie, tętno, saturacja*, glukoza. Referuje lekarzowi parametry Lekarz zleca **Pielęgniarce 3** do pobrania badania laboratoryjne: koagulogram z oceną poziomu antytrombiny III i D – dimerów, kwas moczowy, kreatynina, stężenie wapnia, białko całkowite i albuminy enzymy wątrobowe, mocz badanie ogólne ***5 minuta scenariusza uruchamia się paleta 2*** ***Lekarz zadaje pytanie ciężarnej*** ***Co się dzieje*** ***Ma Pani wysokie ciśnienie zaraz podamy Pani leki*** **Pielęgniarka 3** zwraca się do ciężarnej: *Proszę zacisnąć dłoń* Lekarz zleca **Pielęgniarce 3** *Proszę założyć wkłucie Proszę podłączyć płyn Ringera (500ml) i dodać 250 mg Tachybenu (44 krople /min) Proszę podać tlen przez maskę 7 l/min* Lekarz pyta **Pielęgniarkę 2**: *Jakie jest ciśnienie? Pielęgniarka odpowiada 180/135* *Proszę monitorować BP co 5 minut.* proszę podłączyć KTG (kardiotokograf) i monitorować stale tętno płodu ***Po 2 minutach*** Lekarz pyta **Pielęgniarkę 2** *Jakie jest ciśnienie i tętno płodu ?* Lekarz zleca **Pielęgniarce 3** ***Po 2 minutach (po podaniu Tachybenu)*** *Lekarz zleca* **Pielęgniarce 2** *podanie* $MgSO_4$ (siarczan magnezu) 4g/20 minut we wlewie kroplowym ***Uruchamia się Paleta 3*** Lekarz do **Pielęgniarki 1** Proszę przygotować ciężarną do cięcia cesarskiego i przewieźć na sale cięć cesarskich	Odpowiedź: boli mnie głowa *KONIEC SCENARIUSZA UPORZĄDKUJCIE STANOWISKO I POMYŚLCIE O JEDNEJ RZECZY, KTÓRĄ ZROBILIŚCIE NAJLEPIEJ*

PALETA 1 - PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE WRAZ Z PRAWIDŁOWYM PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA do 2 minuty scenariusza											
Informacja ogólna		Wpisać – do będzie się zmieniało i kiedy.									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	R - oddech	EKG	NIBP	SpO_2	CO_2	Temp. ^oC	Sinica%	Oczy	Obrzęki	FHR
	Liczba	21	120	140/90	92	-	37,5	5	Mruganie 15	++	150
	Cechy	Wydłużona faza wydechu							L-N ; P-N		
	Inne	Inne ustawienia: jeśli dotyczą									
PALETA 2 - PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE WRAZ Z PRAWIDŁOWYM PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna		Po wejściu na salę lekarza w 5 minucie scenariusza uruchamia się Paleta 2									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	R - oddech	EKG	NIBP	SpO_2	CO_2	Temp. ^oC	Sinica%	Oczy	Obrzęki	FHR
	Liczba	24	140	180/135	90	-	37,5	10	zamknięte	+	120
	Cechy	Wydłużona faza wydechu									
	Inne	Inne ustawienia: jeśli dotyczą									
PALETA 3 PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE WRAZ Z PRAWIDŁOWYM PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna		9 minuta scenariusza, 1 minuta po podaniu Tachybenu									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	R - oddech	EKG	NIBP	SpO_2	CO_2	Temp. ^oC	Sinica%	Oczy	Obrzęki	FHR
	Liczba	21	120	140/90	92	-	37,5	-	Mruganie 15	+	150
	Cechy	Wydłużona faza wydechu							L-N ; P-N		
	Inne	Inne ustawienia: jeśli dotyczą									

DEBREFING :	
INFORMACJE DLA STUDENTÓW	**INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW**
Celem dzisiejszych ćwiczeń była nauka postępowania z ciężarną w ataku rzucawki	Jak się czujecie po zrealizowaniu scenariusza. Faza opisowa Pytanie do Pielęgniarki 1, 2,3 Jakie zadania miałaś dzisiaj do wykonania? Jakie decyzje podjęłaś? Faza analizy **Pielęgniarka1** Z czego jesteś najbardziej zadowolona, co wyszło ci najlepiej?

	Pielęgniarka 2,3,4 j/w **Pielęgniarka 1** Czy jest coś, co chciałbyś poprawić? **Obserwator 1,2** Czy w tej sytuacji postąpiłbyś inaczej? Faza czynności **Pielęgniarka3:** Jak myślisz, leki, które podawałaś są bezpieczne dla położnicy? . Dlaczego podawałaś leki drogą iniekcji? Jak myślisz jakie są działania uboczne podanych leków? Pamiętasz jakie są działania uboczne podawanych leków? **Obserwator1:** Co zauważyłaś obserwując prace całego zespołu terapeutycznego? Jak uważasz praca grupy była skoordynowana? Twoim zdaniem komunikacja w grupie była dobra? Co do siebie mówiły osoby w grupie? Jak uważasz przekaz komunikatów w grupie był jasny? **Obserwator 2:** Jak uważasz parametry zostały zmierzone prawidłowo? Twoim zdaniem we właściwy sposób zapisano wyniki uzyskanych parametrów w dokumentacji medycznej? Jak myślisz leki zostały podane we właściwy sposób? Jak uważasz podczas wykonywanych czynności przy ciężarnej były przestrzegane procedury medyczne? **<u>Faza podsumowania</u>** Czego nauczyłaś się z tego scenariusza? Jakich czynności z tego scenariusz nauczyłaś się? Gdzie w przyszłości wykorzystasz umiejętność jakiej się dzisiaj nauczyłaś? Pamiętajcie o naszych celach, zostały osiągnięte, jest to sytuacja szczególna ponieważ mamy do czynienia z matką i dzieckiem Na następnych zajęciach będziemy realizować scenariusz…..
Zastosowanie umiejętności:	Egzamin OSCE, PW
Literatura	1. Bręborowicz G. Położnictwo i Ginekologia PZWL 2013, s.194-207 2. Charakterystyka produktu leczniczego: Tachyben, Magnesii Sulfurici
Umiejętności podstawowe:	***wiedzy**: fizjologia ciąży, nadciśnienie indukowane ciążą,działanie leków* ***umiejętności:** tlenoterapia, podawanie leków drogą iniekcji, podawanie leków drogą doustną, przeprowadzenie wywiadu*

Efekty Kształcenia	**Wiedza*:*** D.W5. zna zasady diagnozowania w pielęgniarstwie internistycznym, geriatrycznym, chirurgicznym, pediatrycznym, neurologicznym, psychiatrycznym, anestezjologicznym, położniczo-ginekologicznym i opiece paliatywnej; D.W20. charakteryzuje podstawy opieki nad wcześniakiem i noworodkiem; D.W22. charakteryzuje mechanizm i okresy porodu fizjologicznego; D.W23. zna zasady planowania opieki nad kobietą w ciąży fizjologicznej i połogu; A.W18. charakteryzuje poszczególne grupy leków i ich zastosowanie lecznicze oraz zasady leczenia krwią i środkami krwiozastępczymi; A.W20. omawia wybrane zagadnienia z zakresu patologii narządowej układu krążenia, układu oddechowego, trawiennego, moczowo-płciowego i nerwowego; **Umiejętności** A.U2. wykazuje różnice w budowie i charakteryzuje funkcje życiowe człowieka dorosłego i dziecka A.U4. konstruuje wzór wykorzystania podstaw wiedzy anatomicznej w badaniu przedmiotowym C.U2. gromadzi informacje metodą wywiadu, obserwacji, pomiarów bezpośrednich i pośrednich (skale), analizy dokumentacji (w tym analizy badań diagnostycznych), badania fizykalnego w celu rozpoznawania stanu zdrowia pacjenta i sformułowania diagnozy pielęgniarskiej; C. U.4 oznacza glikemię za pomocą gleukometru;. C. U.7. monitoruje stan zdrowia pacjenta na wszystkich etapach jego pobytu w szpitalu lub innych placówkach opieki zdrowotnej, między innymi przez ocenę podstawowych parametrów życiowych: temperatury, tętna, ciśnienia tętniczego krwi, oddechu i świadomości, masy ciała i wzrostu;. C.U10. podaje choremu leki różnymi drogami, zgodnie z pisemnym zleceniem lekarza oraz oblicza dawki leków C.U16. zakłada cewnik do pęcherza moczowego, monitoruje diurezę, usuwa cewnik, wykonuje płukanie pęcherza moczowego C. U.23. podłącza i obsługuje zestawy do kroplowych wlewów dożylnych C.U28. wykonuje pulsoksymetrię i kapnometrię C.U30. pobiera materiał do badań laboratoryjnych i bakteriologicznych C.U34. odnotowuje wykonanie zleceń w karcie zleceń lekarskich C.U50. rozpoznaje i interpretuje podstawowe odrębności w badaniu noworodka, niemowlęcia, osoby dorosłej i w wieku geriatrycznym C.U63. bezpiecznie stosuje środki dezynfekcyjne i segreguje odpady medyczne D.W11. różnicuje reakcje chorego na chorobę i hospitalizację w zależności od jego wieku i stanu zdrowia **Kompetencje** D.K1. szanuje godność i autonomię osób powierzonych opiece; D.K4. wykazuje odpowiedzialność moralną za człowieka i wykonywanie zadań zawodowych; D.K8. współdziała w ramach zespołu interdyscyplinarnego w rozwiązywaniu dylematów etycznych z zachowaniem zasad kodeksu etyki zawodowej

SCENARIUSZ SYMULACJI MEDYCZNEJ POŚREDNIEJ WIERNOŚCI - PW **Autor scenariusza: dr nauk o zdrowiu Iwona Gładysz**					Nr porządkowy	PW zgodnie z wykazem
Czas zajęć	90 Minut	Czas scenariusza	15	Liczba studentów	8	
Nazwa	**Postępowanie z pacjentką, zgłaszającą się z powodu wykrycia zmiany w piersi**					
Cel główny	**Nauka postępowania z pacjentką, zgłaszającą się z powodu wykrycia zmiany w piersi**					
Cel szczegółowy	11. Przeprowadzenie wywiadu ginekologicznego 12. Nauka samokontroli piersi 13. Edukacja w zakresie profilaktyki raka piersi 14. Komunikacja z zespołem terapeutycznym					
Metoda						
INFORMACJE TECHNICZNE I ORGANIZACYJNE						
Nr Sali	Nr 206	Numer stanowiska	Nr 2	Nr trenażera, fantomu	Nr zgodnie z wykazem	
Sprzęt wielokrotnego użytku	5. Termometr 6. Aparat do pomiaru ciśnienia – mankiet do pomiaru u osoby dorosłej 7. Glukometr 8. Stetoskop			Sprzęt jednorazowego użytku	8. Gaziki 9. Skinsept/leko- saszetki- 5 sztuk 10. Paski do glukometru 11. Rękawiczki jednorazowe: - rozmiar L10 sztuk - rozmiar M 10 sztuk	
Pozostałe wyposażenie	3. Dokumentacja medyczna: - karta wywiadu ginekologicznego 2. Ulotki dotyczące samokontroli piersi 3. Biurko i krzesło. 4. Papier i przybory do pisania.			Charakteryzacja	brak	
Informacja ogólna dla technika	5. Symulator z możliwością wykonania badania gruczołu sutkowego umieszczony w pozycji półsiedzącej na leżance lekarskiej. 6. Symulator (kobieta) ubrany w strój dwuczęściowy (łatwiejszy dostęp do gruczołów sutkowych) 7. Przykryta prześcieradłem jednorazowym do połowy					

Parametry początkowe symulatora											
	Nazwa	R - oddech	EKG	NIBP	SpO_2	CO_2	Temp. ^0C	Sinica%	Oczy	Obrzęki	
	Liczba		80	150/100							
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia:									

Czynności początkowe	Wykładowca: • Przed rozpoczęciem zajęć sprawdza sposób przygotowania stanowiska i kompletacje. • Sprawdza listę uczestników i kartę informacyjną scenariusza itp. • Rozpoczyna scenariusz — prosząc o wyłączenie telefonów, zajęcie miejsc itp. — informacja za 3 min. *rozpoczynamy proszę zająć miejsca* • Przekazuje komunikat *Symulacja start*

REALIZACJA SCENARIUSZA	
WPROWADZENIE – PREBREFING:	
PLAN PREBRIEFINGU: 15. W dniu dzisiejszym nauczymy się postępowania z pacjentką zgłaszającą się z powodu wykrycia zmiany w piersi. 16. Scenariusz został podzielony na 3 części: część pierwsza prebrifing, stanowiący wprowadzenie do scenariusza, który będzie trwał 10 minut. Część druga to realizacja scenariusza, trwająca 10 minut. Część trzecia jest to debrifing stanowiący omówienie i podsumowanie wykonywanego scenariusza, który będzie trwał 20 minut. 17. Celem głównym scenariusza jest nauka postępowania z pacjentką, zgłaszającą się z powodu wykrycia zmiany w piersi 15. Cele szczegółowe: przeprowadzenie wywiadu ginekologicznego, nauka samokontroli piersi, edukacja w zakresie profilaktyki raka piersi, komunikacja z zespołem terapeutycznym. 18. Scenariusz będzie realizowany w Poradni Położnej Środowiskowo- Rodzinnej 19. Czy wszystkie przedstawione przeze mnie informacje są zrozumiałe? 20. Zaprezentuję teraz przypadek kliniczny: *Pacjentka, Janina Kowalska lat 52, zgłasza się do Poradni Położnej Środowiskowo- Rodzinnej z powodu wykrycia zmiany w prawej piersi. Pacjentka jest w okresie menopauzy od 2 lat, regularnie zgłasza się do lekarza ginekologa na wizyty kontrolne.* 21. Teraz przydzielę Wam role, jakie będziecie pełnić w tym scenariuszu e. .....będziesz liderem (Pielęgniarka 1), do Twoich zadań będzie należało zebranie wywiadu, koordynacja współpracy z zespołem terapeutycznym, wykonanie badania fizykalnego piersi f. Będziesz Pielęgniarką 2, do Twoich zadań będzie należała edukacja pacjentki w zakresie profilaktyki raka piersi, pomiar ciśnienia i glukozy m. .....będziesz obserwatorem, do Twoich zadań będzie należało obserwowanie procedur itd..) 14. Czy zrozumieliście przydzielone Wam role? 15. Wykładowca zwraca się do każdej osoby z zapytaniem czy rozumie przydzieloną rolę i prosi o powtórzenie zleconych zadań 16. Zapraszam do sali symulacji w celu zapoznania się ze sprzętem	
INFORMACJE DLA STUDENTÓW	**INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW**
Epidemiologia raka piersi Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym u kobiet zarówno w Polsce jak i w olbrzymiej większości krajów świata stanowiąc około 23% ogółu zachorowań na nowotwory płci żeńskiej. Szacuje się, że w 2002 roku rozpoznano na świecie ponad 1 150 000 nowych zachorowań na raka piersi, w 2007 roku liczba ta wzrosła do około 1 300 000, a blisko 400 000 osób zmarło z tego powodu. Rak piersi jest drugim najczęściej diagnozowanym nowotworem złośliwym po raku płuca (około 1 350 000 nowych zachorowań w 2002 roku). W związku ze znacząco lepszym rokowaniem niż to ma miejsce w raku płuca, rak gruczołu piersiowego jest najbardziej rozpowszechnionym nowotworem w skali świata, a pacjentki chorujące z tego powodu stanowią około 34% ogółu kobiet żyjących z nowotworami. Szacuje się, że u 4 400 000 kobiet i mężczyzn w ostatnich pięciu latach rozpoznano raka piersi (dla porównania rozpowszechnienie zdecydowanie gorzej rokującego raka płuca ocenia się na 1 400 000 osób. Polska należy do krajów o średniej zachorowalności na raka piersi, zaś krajowe rejestry nowotworowe odnotowują zachorowalność nieznacznie poniżej średniej światowej.	5. Jak myślicie nowotwór piersi dotyczy tylko kobiet? **Odpowiedź studentów**: *spotykany jest także u mężczyzn ale bardzo rzadko* 6. Jak uważasz, czy obciążenie genetyczne (występowanie raka piersi w rodzinie) jest istotnym czynnikiem, zwiększającym ryzyko zachorowania? **Odpowiedź studentów:** tak, prawdopodobnie występuje mutacja genów BRCA1, BRCA2 7. Jak uważasz czy profilaktyka pierwotna i wtórna ma znaczenie? **Odpowiedź studentów:** tak, ponieważ modyfikacja diety i zmiana trybu życia oraz samokontrola piersi i skrining (USG, mammografia) zmniejsza ryzyko wystąpienia raka piersi. 8. Powiedziałaś/powiedziałeś, że zmiana trybu życia i dieta ma znaczenie, jakie czynniki predysponują do wystąpienia raka piersi? **Odpowiedź studentów:** zmniejszenie zawartości tłuszczu w diecie, eliminacja spożycia mocnego, zwiększenie podaży kwasu foliowego, promowanie karmienia piersią, utrzymywanie należnej masy ciała

Największą liczbę zachorowań na nowotwory złośliwe piersi rejestruje się między 50. i 69. rokiem życia, a więc w grupie, do której skierowane są populacyjne badania przesiewowe.
Rak piersi u mężczyzn występuje zazwyczaj w stadiach bardziej zaawansowanych, częściej zajmuje regionalne węzły chłonne i w efekcie związany jest z gorszym rokowaniem niż u kobiet. Jest to jednak nowotwór wyjątkowo rzadko obserwowany u mężczyzn.
Elementem profilaktyki pierwotnej raka piersi jest próba wpływu na czynniki potencjalnie modyfikowalne:
- zmniejszenie zawartości tłuszczu w diecie,
- zmniejszenie spożycia mocnego alkoholu,
- zwiększenie podaży kwasu foliowego,
- długotrwałe karmienie piersią,
- utrzymywanie należnej wagi ciała,
- zwiększenie aktywności fizycznej
- oraz próba eliminacji znanych czynników ryzyka, takich jak: doustne środki antykoncepcyjne i hormonalna terapia zastępcza.

W ramach profilaktyki wtórnej nowotworów złośliwych piersi regularne, przeprowadzane każdego miesiąca, samobadanie piersi jest najprostszym badaniem służącym do wykrycia raka piersi.
Badania przesiewowe z wykorzystaniem mammografii lub mammografii i klinicznego badania piersi, redukują umieralność z powodu raka piersi u kobiet w wieku 50–69 lat o około 30%. Uzupełnienie mammografii profesjonalnym klinicznym badaniem piersi dodatkowo poprawia efektywność skryningu.

5. Jak myślisz czy zebranie wywiadu ginekologicznego ma znaczenie?

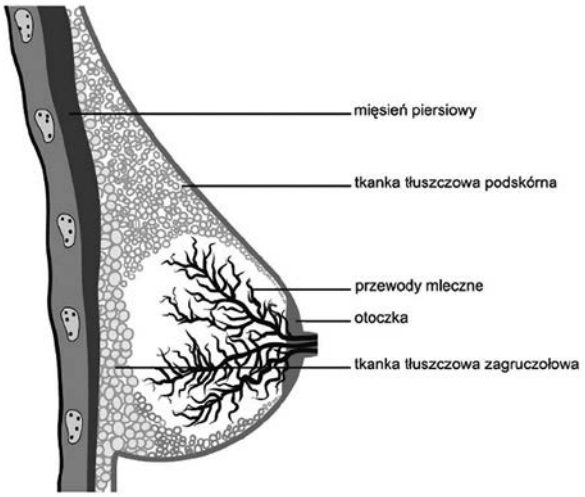
Odpowiedź studentów: ma znaczenie ponieważ ryzyko raka piersi wzrasta u kobiet, które nie rodziły, przyjmują doustne środki antykoncepcyjne i hormonalną terapię zastępczą

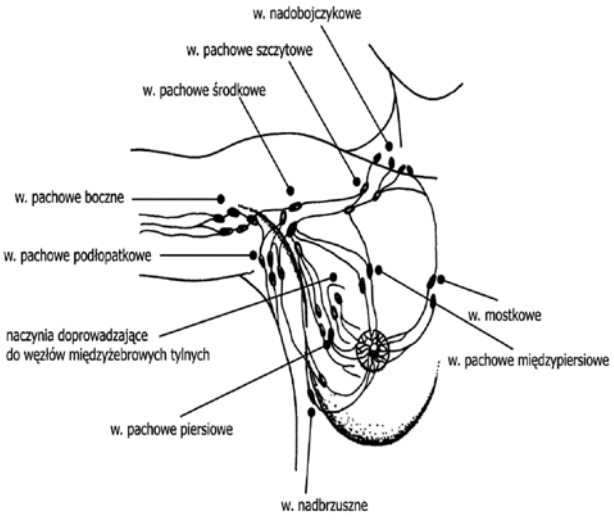
6. Jak uważasz, komunikacja zespołu terapeutycznego

jest ważna?

Odpowiedź studentów: tak, wpływa na jakość wykonywanej procedury

<u>Anatomia gruczołu sutkowego</u>





ZAPOZNANIE STUDENTÓW ZE SPRZĘTEM	
Wykładowca	W dniu dzisiejszym będziemy w gabinecie położnej środowiskowo- rodzinnej. Zapoznam z wyposażeniem stanowiska oraz funkcjami symulatora. Sprzęt jednorazowy (gaziki, Skinsept/leko- saszetki, rękawiczki jednorazowe) znajduje się w tym miejscu Termometr Aparat do pomiaru ciśnienia – mankiet do pomiaru u osoby dorosłej Glukometr oraz paski do glukometru Symulator posiada możliwość wykonania badania gruczołu sutkowego Symulator (kobieta) ubrany jest w strój dwuczęściowy (łatwiejszy dostęp do gruczołów sutkowych)
Student	Dotyka sprzętu, zapoznanie z funkcjami symulatora, zapoznaje się ze stanowiskiem

SCENARIUSZ SYMULACJI	
Opis scenariusza	Janina Kowalska, lat 53. Zgłosiła się do poradni położnej środowiskowo-rodzinnej z powodu wykrycia zmiany w piersi
Obecny stan kliniczny	Pacjentka jest zdenerwowana z powodu wykrycia zmiany
Wywiad	Janina Kowalska, lat 53 Pacjentka, zgłasza się do poradni położnej środowiskowo-rodzinnej z powodu wykrycia zmiany w piersi jest niespokojna. Pacjentka jest otyła, jest w okresie menopauzy.

Przebieg scenariusza Ścieżka 1 Czas scenariusza 15 minut Paleta 1	Opis przebiegu scenariusza z podziałem na role:	Przebieg scenariusza:
	Pielęgniarka 1 (Lider) *Dzień dobry nazywam się Beata Nowak, jestem położną, współpracuje ze mną koleżanka, która jest pielęgniarką (Lider wskazuje na drugiego studenta).*	**Pacjentka** *Dzień dobry*
	Pielęgniarka 2 *Dzień dobry nazywam się Katarzyna Nowak, jestem pielęgniarką*	
	Pielęgniarka 1 (Lider) Czy pani była już u nas?	**Pacjentka** *Nie, nie byłam ale jestem taka zdenerwowana, nie mogłam się dostać do lekarza, więc przyszłam do Pań*
	Pielęgniarka 1 (Lider) *A co się stało?*	**Pacjentka** *Dzisiaj podczas kąpieli wykryłam zmianę w prawej piersi, boję się, że to nowotwór. Proszę mi zbadać piersi.*
	Pielęgniarka 1 (Lider) *Dobrze, to proszę zdjąć bluzkę i biustonosz. Ja będę wykonywała badanie, a koleżanka założy Pani dokumentację, dobrze(student realizuje scenariusz badanie gruczołu sutkowego)*	**Pacjentka** *Dobrze*
	Pielęgniarka 2 *Pani imię i nazwisko*	**Pacjentka** *Janina Kowalska*
	Pielęgniarka 2 *Ile ma Pani lat?*	**Pacjentka** *53*
	Pielęgniarka 2 *Pani ostatnia miesiączka?* *Ile razy Pani rodziła?* *Czy były poronienia?* *Przebyte operacje w tym również ginekologiczne?* *Przebyte stany zapalne przydatków i leczenie nadżerek* *Antykoncepcja (do kiedy była stosowana, rodzaj, przez jaki okres)* *Czy występują choroby przewlekłe?* *Czy przyjmuje Pani jakieś leki?* *Cukrzyca* *Uczulenia na leki*	**Pacjentka** *3 lata temu* *Raz, mam syna* *Nie* *Tak, operacja torbieli jajnika 10 lat temu* *Tak w czasie ciąży miałam zapalenie pochwy. Ale chodzę regularnie do ginekologa* *Tak, przez około 11 lat* *Mam podwyższone ciśnienie* *Nie* *Nie wiem* *Nie, ale co z tą zmianą w piersi?*

Przebieg scenariusza Ścieżka 1 Czas scenariusza 15 minut Paleta 1	**Pielęgniarka 1 (Lider)** *Proszę Pani nie widzę nic niepokojącego. Proszę pokazać, w którym miejscu? Proszę zobaczyć tu* **Pielęgniarka 1 (Lider)** *Nie wyczuwam żadnej zmiany* **Pielęgniarka 1 (Lider)** *Tak nie wyczuwam żadnej zmiany* **Pielęgniarka 1 (Lider)** *Pokażę Pani, jak prawidłowo wykonać samobadanie piersi, a koleżanka powie o czynnikach zmniejszających ryzyko wystąpienia raka piersi* **Pielęgniarka 1 (Lider)** Każde samobadanie piersi składa się z trzech etapów: a) przed lustrem b) pod prysznicem c) w łóżku (najlepiej) ***<u>Przed lustrem</u>*** *Należy unieść ręce wysoko do góry i przyjrzeć się:* – *czy nie widzi Pani zmian w kształcie piersi* – *czy skóra nie jest przebarwiona (zmiana koloru)* – *czy nie marszczy się lub nie jest napięta* *To samo proszę skontrolować opierając ręce na biodrach* *Proszę ścisnąć brodawkę i zobaczyć czy nie wydziela się z niej płyn* ***II etap Pod prysznicem*** *Lewą rękę proszę położyć z tyłu głowy, prawą na lewej piersi.* *Lekko naciskając trzema środkowymi palcami proszę zataczać drobne kółeczka wzdłuż piersi, z góry na dół i z powrotem.* *To samo proszę zrobić z prawą piersią. W ten sposób sprawdza Pani, czy nie czuje stwardnienia lub guzka.* **III etap po kąpieli (w łóżku)** *Należy włożyć poduszkę, lub zwinięty ręcznik pod lewy bark, lewą rękę należy włożyć pod głowę.* *Trzema środkowymi palcami prawej ręki (tylko tę ma Pani do dyspozycji) proszę zbadaj lewą pierś, tak jak pod prysznicem.* *To samo należy powtórzyć z prawą piersią. Oczywiście lewą ręką.* **Pielęgniarka 1 (Lider)** *Należy pamiętać, że samobadanie piersi u kobiet w okresie menopauzy należy wykonywać w określonym dniu miesiąca np. 1-go dnia każdego miesiąca. Proszę także pamiętać, że samokontrola piersi*	**Pacjentka** *O tu prawa pierś, prawy górny kwadrant* **Pacjentka** Rzeczywiście nie ma, a było. Naprawdę nic mi nie jest? **Pacjentka** *To dobrze ale naprawdę?* **Pacjentka** *Dobrze* **Pacjentka** *A ja zrobiłam tylko pod prysznicem* **Pacjentka** *Dziękuję bardzo to nie jest trudne*

Przebieg scenariusza Ścieżka 1 Czas scenariusza 15 minut Paleta 1	*nie zwalnia Pani z wykonywania mammografii co 2 lata oraz badania lekarskiego w każdym roku* *A teraz koleżanka powie o czynnikach zmniejszających ryzyko wystąpienia raka piersi*	*A ja wykonywałam w różnych miesiącach* **Pacjentka** *Dobrze*
	Pielęgniarka 2 *W ramach profilaktyki wtórnej nowotworów piersi regularne, przeprowadzane każdego miesiąca, samobadanie piersi jest najprostszym badaniem służącym do wykrycia raka* *Do czynników, które możemy zmodyfikować, aby zmniejszyć ryzyko raka piersi należy zapobieganie otyłości, aktywność fizyczna oraz unikanie alkoholu, szczególnie mocnego.* **Pielęgniarka 2** *Pamiętać o tym aby posiłki były regularne, proszę spróbować unikać słodyczy, tłuszczów typu trans (np. produkty zawierające olej palmowy)* *Należy zwiększyć spożycie owoców i warzyw aby dostarczyć błonnika* *Należy zadbać o spożycie wody (około 2 litrów dziennie)* *A jak wygląda Pani aktywność fizyczna?*	**Pacjentka** *A ja Pani zobaczy, tak przytyłam, co mam zrobić?*
	Pielęgniarka 2 *Może należy pomyśleć o zwiększeniu tej aktywności?* **Pielęgniarka 1 (Lider)** *A może koleżanka zmierzy Pani ciśnienie i poziom glukozy?*	**Pacjentka** *Chodzę po zakupy i mieszkam na II piętrze*
	Pielęgniarka 2 *Zmierzę ciśnienie, proszę przygotować lewą rękę* **Pielęgniarka 2** *150/100 (student realizuje scenariusz pomiar parametrów)* **Pielęgniarka 2** *Czy kontroluje Pani ciśnienie?* **Pielęgniarka 2** *Proszę rozpocząć codzienną kontrolę ciśnienia i zapisywać wyniki rano i wieczorem* **Pielęgniarka 2** *A teraz zmierzymy glukozę* **Pielęgniarka 2** *110mg/dl Kiedy Pani spożywała posiłek?*	**Pacjentka** *Dobrze, postaram się* **Pacjentka** *Bardzo chętnie, bo miałam podwyższone ostatnio u lekarza* **Pacjentka** *Proszę, jaki jest wynik?*

Przebieg scenariusza Ścieżka 1 Czas scenariusza 15 minut Paleta 1	**Pielęgniarka 2** *Badanie poziomu glukozy jest prawidłowe*	**Pacjentka** *Od czasu do czasu* **Pacjentka** *dobrze* **Pacjentka** *dobrze* **Pacjentka** *2 godziny temu* **Pacjentka** *To dobrze, dziękuję* *KONIEC SCENARIUSZA, UPORZĄDKUJCIE STANOWISKO I POMYŚLCIE O JEDNEJ RZECZY, KTÓRĄ ZROBILIŚCIE DOBRZE*

PALETA 1 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE WRAZ Z PRAWIDŁOWYM PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna		Wpisać – CIŚNIENIE I GLUKOZA POJAWIA SIĘ KIEDY PIELĘGNIARKA MIERZY PARAMETRY									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	R - oddech	EKG	NIBP	SpO_2	CO_2	Temp. ^0C	Sinica%	Oczy	Obrzęki	
	Liczba		80	150/100	-	-	-	-	-	-	
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia dotyczą:									

DEBRIEFING:	
INFORMACJE DLA STUDENTÓW	**INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW**
Celem dzisiejszych zajęć była nauka postępowania z pacjentką, zgłaszającą się z powodu wykrycia zmiany w piersi. Cele szczegółowe: przeprowadzenie wywiadu ginekologicznego, nauka samokontroli piersi, edukacja w zakresie profilaktyki raka piersi, komunikacja z zespołem terapeutycznym, które zostały osiągnięte. Każda osoba miała do wykonania zadanie o różnym stopniu trudności. Praca z symulatorem zapewnia wam komfort psychiczny, ponieważ zapobiega popełnieniu błędu w pracy z pacjentem. Zdobyte umiejętności możecie wykorzystać podczas egzaminu OSCE oraz podczas praktyk w szpitalu	Co wykonałaś/wykonałeś najlepiej? Co możesz poprawić? Jakie znane wam procedury mogliście zastosować w dzisiejszym scenariuszu? Jakie emocje Wam towarzyszyły? Jak się czujecie po zrealizowaniu scenariusza? **Faza opisowa:** **Pielęgniarka 1,2** − Jaka była Twoja rola w scenariuszu? − Jakie zadania miałaś dzisiaj do wykonania? − Jakie decyzje podjęłaś? **Obserwator** − Jaka była Twoja rola w scenariuszu? **Faza analizy:** − Z czego jesteś najbardziej zadowolona, co wyszło ci najlepiej? − Czy jest coś co, chciałabyś poprawić? **Obserwator** − Czy postąpiłbyś podobnie? **Faza czynności:** **Pielęgniarka 1,2** − Pamiętasz jakie były wartości parametrów mierzonych przez Ciebie? − Pytałaś pacjentkę o aktywność fizyczną, dietę, są to istotne elementy wywiadu ?

	Obserwator − Jak myślisz, czy prawidłowo zostały zapisane zmierzone parametry? **Faza podsumowania:** − Czego nauczyłaś się z tego scenariusza? − Jakie znane wam procedury mogliście zastosować w dzisiejszym scenariuszu? − Gdzie w przyszłości wykorzystasz umiejętność którą dzisiaj się nauczyłaś/eś? Pamiętajcie o naszych celach, zostały osiągnięte, jest to ważny element profilaktyki Dziękuję za dzisiejsze zajęcia. Tematem kolejnych zajęć będzie…….
Zastosowanie umiejętności:	Podczas zajęć praktycznych i praktyk
Literatura	3. Korfantel J. Rak piersi. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, 2011, s. 5-15 4. Załącznik nr 4 do zarządzenia Nr 38/2006 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Program profilaktyki raka piersi 5. Bojakowska U. i wsp. Epidemiologia i profilaktyka raka piersi Journal of Education, Health and Sport. 2016;6(8):701-71
Umiejętności podstawowe:	– student posiada umiejętności: zebrania wywiadu, pomiaru parametrów, oznaczenia i interpretacji poziomu glukozy, – student posiada wiedzę na temat anatomii gruczołu sutkowego u kobiety – student posiada wiedzę dotyczącą profilaktyki nowotworów gruczołu sutkowego
Efekty kształcenia	**Wiedza** A.W20. omawia wybrane zagadnienia z zakresu patologii narządowej układu krążenia, układu oddechowego, trawiennego, moczowo-płciowego i nerwowego; B.W36. charakteryzuje podstawowe metody organizacji opieki pielęgniarskiej i rodzaje dokumentacji obowiązującej na pielęgniarskich stanowiskach pracy C.W8. różnicuje udział pielęgniarki w zespole interdyscyplinarnym w procesie promowania zdrowia, profilaktyki, diagnozowania, leczenia i rehabilitacji; C.W10. różnicuje zadania pielęgniarki w opiece nad pacjentem zdrowym, zagrożonym chorobą, chorym i o niepomyślnym rokowaniu; C.W23. realizuje świadczenia zdrowotne w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, w tym świadczenia gwarantowane i zapewnianie opieki nad pacjentem chorym; C.W26. stosuje standardy i procedury pielęgniarskie w podstawowej opiece zdrowotnej; C.W30. omawia badanie podmiotowe ogólne i szczegółowe, zasady jego prowadzenia i dokumentowania; C.W31. charakteryzuje techniki badania fizykalnego i kompleksowego badania fizykalnego pacjenta dla potrzeb opieki pielęgniarskiej; C.W32. określa znaczenie wyników badania podmiotowego i przedmiotowego w formułowaniu oceny stanu zdrowia pacjenta dla potrzeb opieki pielęgniarskiej D.W24. identyfikuje etiopatogenezę schorzeń ginekologicznych **Umiejętności** A.U1. posługuje się w praktyce mianownictwem anatomicznym oraz wykorzystuje znajomość topografii narządów ciała ludzkiego; A.U4. konstruuje wzór wykorzystania podstaw wiedzy anatomicznej w badaniu przedmiotowym; B.U6. ocenia funkcjonowanie człowieka w sytuacjach trudnych (stres, konflikt, frustracja); B.U10. wykazuje umiejętność aktywnego słuchania

Efekty kształcenia	C.U2. gromadzi informacje metodą wywiadu, obserwacji, pomiarów bezpośrednich i pośrednich (skale), analizy dokumentacji (w tym analizy badań diagnostycznych), badania fizykalnego w celu rozpoznawania stanu zdrowia pacjenta i sformułowania diagnozy pielęgniarskiej C.U4. oznacza glikemię za pomocą gleukometru C.U49. przeprowadza badanie podmiotowe pacjenta, analizuje i interpretuje wyniki dla potrzeb diagnozy pielęgniarskiej i jej dokumentowania C.U51. wykorzystuje techniki badania fizykalnego do oceny fizjologicznych funkcji skóry, zmysłów, głowy, klatki piersiowej, w tym układu sercowo-naczyniowego, układu oddechowego, gruczołów piersiowych, jamy brzusznej, narządów płciowych, obwodowego układu krążenia, układu mięśniowo-szkieletowego i układu nerwowego; C.U53. wykonuje badanie fizykalne umożliwiające wczesne wykrywanie chorób sutka i uczy pacjentów samobadania piersi; **Kompetencje** D.K1. szanuje godność i autonomię osób powierzonych opiece; D.K5. przestrzega praw pacjenta; D.K6. rzetelnie i dokładnie wykonuje powierzone obowiązki zawodowe; D.K8. współdziała w ramach zespołu interdyscyplinarnego w rozwiązywaniu dylematów etycznych z zachowaniem zasad kodeksu etyki zawodowej.

<table>
<tr><td colspan="5">SCENARIUSZ SYMULACJI MEDYCZNEJ POŚREDNIEJ WIERNOŚCI – PW
Autor; dr nauk o zdrowiu Katarzyna Jańczuk</td><td>Nr porządkowy</td><td>PW- zgodnie z wykazem</td></tr>
<tr><td>Czas zajęć</td><td>45 min.</td><td>Czas scenariusza</td><td>15 Min.</td><td>Liczba studentów</td><td colspan="2">6-7</td></tr>
<tr><td>Nazwa</td><td colspan="6">Asystowanie podczas znieczulenia podpajęczynówkowego</td></tr>
<tr><td>Cel główny</td><td colspan="6">Nauka asystowania podczas znieczulenia podpajęczynówkowego</td></tr>
<tr><td>Cel szczegółowy</td><td colspan="6">1. Wskazania do wykonania znieczulenia podpajęczynówkowego
2. Przygotowanie sprzętu do znieczulenia podpajęczynówkowego
3. Rozpoznanie wczesnych powikłań
4. Przygotowanie pacjenta do wykonania znieczulenia podpajęczynówkowego</td></tr>
<tr><td>Metoda</td><td colspan="6">Symulacji medycznej pośredniej wierności</td></tr>
<tr><td colspan="7">INFORMACJE TECHNICZNE I ORGANIZACYJNE</td></tr>
<tr><td>Nr Sali</td><td>Nr 201</td><td>Numer stanowiska</td><td>Nr 1</td><td>Nr trenażera, fantomu</td><td colspan="2">Nr zgodnie z wykazem</td></tr>
<tr><td>Sprzęt wielokrotnego użytku</td><td colspan="3">1. Wózek transportowy z pacjentem
2. Kardiomonitor z dodatkowym wyposażeniem: do pomiaru wartości saturacji, różne rozmiary mankietów do pomiaru ciśnienia tętniczego.
3. stolik do przygotowania zestawu do znieczulenia podpajęczynówkowego
4. lek w ampułce podpisany Bupivacaina</td><td>Sprzęt jednorazowego użytku</td><td colspan="2">1. Bielizna operacyjna
2. Strzykawki
- nr 5 – 4 szt.
3. igły do wykonania znieczulenia podpajęczynówkowego 4 – szt
4. Rękawiczki jednorazowe :
- rozmiar L 12 sztuk
- rozmiar M 12 sztuk
- rozmiar S 12 sztuk
5. gaziki sterylne pakowane po 5 – 4szt
6. rękawiczki sterylne nr 7 – 4 szt
7. sterylna serweta do rozłożenia zestawu
8. sterylna serweta z dziurą na plecy pacjenta
9. okleina do miejsca nakłucia
10. elektrody do monitorowania EKG – 20 szt
11. Środek dezynfekcyjny kodan
12. Środek dezynfekcyjny kodan barwiony
13. Czapka chirurgiczna
14. maska chirurgiczna
15. fartuch operacyjny sterylny
16. strzykawka nr 5 z podpisem 0,5 mg atropiny
17. strzykawka nr 5 z podpisem 0,9 % NaCl</td></tr>
<tr><td>Pozostałe wyposażenie</td><td colspan="3">1. Historia choroby
2. Karta znieczulenia</td><td>Ubrania i charakteryzacja</td><td colspan="2">1. fantom ubrany w bieliznę operacyjną</td></tr>
<tr><td>Nr 3
Informacja ogólna dla technika</td><td colspan="6">Fantom kobiety w koszuli operacyjnej na leżący na wózku transportowym. Dwa wkłucia obwodowe w grzbietową część dłoni w kolorze zielonym i białym - jeden z podłączoną kroplówką 500 ml. Optylite. Drugie wkłucie zabezpieczone korkiem. Obok wózka transportowego stolik do rozłożenia sprzętu niezbędnego do wykonania znieczulenia. Monitor z funkcją monitorowania EKG, RR, saturacji.</td></tr>
</table>

Parametry początkowe symulatora	Nazwa	R - oddech	EKG	NIBP	SpO_2	CO_2	Temp. ^0C	Sinica%	Oczy	Obrzęki	
	Liczba	14	72	125/70	98%						
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia:									
Czynności początkowe		***Wykładowca:*** • Przed rozpoczęciem zajęć sprawdza sposób przygotowania stanowiska i kompletacje. • Sprawdza listę uczestników i kartę informacyjną scenariusza itp. • Rozpoczyna scenariusz — prosząc o wyłączenie telefonów, zajęcie miejsc									

REALIZACJA SCENARIUSZA

WPROWADZENIE – PREBREFING:

PLAN PREBRIEFINGU:

9. Zapoznanie z tematem szkolenia/kursu/scenariusza.
10. Zaprezentuj części szkolenia/zajęć: prebriefing, scenariusz, debriefing i określ ramy czasowe.
11. Przedstawienie i omówienie krótkie celu i celów pośrednich scenariusza — rozmowa dyskusja w oparciu o informacje *dla* studentów i informacje dla wykładowców.
12. Przedstaw gdzie będzie przeprowadzany scenariusz (SOR, sala pacjenta, sala opatrunkowa, mieszkanie pacjenta).
13. Zaprezentuj przypadek kliniczny: *Pacjent Jan Kowalski itd.*
14. Zaproponuj podział ról w grupie, wyznacz lidera (jeśli potrzebny).
15. Upewnij się czy poszczególni członkowie zespołu wiedzą za co są odpowiedzialni, czy rozumieją swoją rolę.
16. Zaproś uczestników do Sali symulacyjnej w celu zapoznania z salą i ze sprzętem.
22. Tematem dzisiejszego szkolenia będzie nauka asystowania podczas wykonywania znieczulenia podpajeczynówkowego.
23. Scenariusz został podzielony na 3 części:
    - Część pierwsza prebriefing, stanowiący wprowadzenie do scenariusza, który będzie trwał 10 minut.
    - Część druga to realizacja scenariusza, trwająca 15 minut.
    - Część trzecia jest to debriefing stanowiący omówienie i podsumowanie wykonywanego scenariusza, który będzie trwał 20-25 minut.

Zajęcia będą trwały 4 godz. więc każdy z was będzie mógł przećwiczyć scenariusz wcielając się różne role

24. Realizując dzisiejszy temat zajęć szczególną uwagę zwrócimy na:
    - Wskazania do wykonania znieczulenia podpajęczynówkowego.
    - Przygotowanie sprzętu do znieczulenia podpajęczynówkowego.
    - Rozpoznanie wczesnych powikłań.
    - Przygotowanie pacjenta do wykonania znieczulenia podpajęczynówkowego.

(zadajemy pytania studentom)

Dziękuję za wyczerpujące odpowiedzi, udało nam się uzyskać informacje potrzebne do wykonania scenariusza.

25. Scenariusz będzie realizowany na Sali przygotowawczej na bloku operacyjnym.
26. Pozwólcie, że przejdę teraz do przedstawienia przypadku klinicznego

Anna Kowalska lat 28

Na blok operacyjny z oddziału chirurgii trafia pacjentka do znieczulenia podpajęczynówkowego, do operacji przepukliny pachwinowej lewostronnej. Jest młodą, szczupłą osobą. W przeszłości operowana w znieczuleniu ogólnym dotchawiczym bez odnotowanych powikłań. Pacjentka w premedykacji do zabiegu otrzymała doustnie 7,5 mg Midazolamu. Pacjentka jest spokojna i opanowana, zgoda na zabieg i znieczulenie podpisana wieczorem dnia poprzedniego. Ciśnienie i tętno w granicach normy. Założone dwa wkłucia obwodowe, do jednego podłączony podgrzany wlew kroplowy 500 ml. Optylite. Na oddziale chirurgii pacjentce przetoczono 1000 ml płynów dożylnie.

27. Czy wszystkie przedstawione przeze mnie informacje są zrozumiałe?
28. Teraz przydzielę Wam role, jakie będziecie pełnić w tym scenariuszu (mówimy czym będą się zajmowały osoby podczas scenariusza i dopiero przydzielamy role-przydzielamy pojedynczo, tzn. rola i osoba)

28. Teraz przydzielę Wam role, jakie będziecie pełnić w tym scenariuszu (mówimy czym będą się zajmowały osoby podczas scenariusza i dopiero przydzielamy role-przydzielamy pojedynczo, tzn. rola i osoba)

Kto czuje się na siłach, aby być dzisiaj **liderem - pielęgniarką 1.**

Lider – pielęgniarka 1 - to osoba odpowiedzialna za podłączenie pacjenta do monitora oraz będzie odpowiedzialna za wykonanie pomiarów parametrów życiowych. Nawiązuje kontakt z pacjentem. Koordynuje pracę innych pielęgniarek.

(jeśli się nie zgłosi wybieramy osobę najbardziej aktywną).

Potrzebujemy jeszcze **pielęgniarkę nr 2,** która będzie odpowiedzialna za podłączenie kroplówki oraz sprawdzenie działania drugiego wkłucia. Odpowiedzialna będzie za wykonanie zleceń lekarskich. Odpowiedzialna będzie również za asekurowanie pacjenta podczas znieczulenia podpajęczynówkowego.

Potrzebujemy jeszcze jedną pielęgniarkę, **pielęgniarkę nr 3**, która będzie odpowiedzialna za podanie sprzętu niezbędnego do wykonania znieczulenia podpajęczynówkowego.

Kolejne trzy osoby potrzebne podczas scenariusza to obserwatorzy.

Pierwszym obserwatorem będzie….. odpowiedzialna będzie za obserwowanie procedur.

Drugim obserwatorem będzie….. odpowiedzialna będzie za obserwowanie komunikacji.

Trzecim obserwatorem będzie….. odpowiedzialna będzie za obserwowanie pracy całego zespołu.

29. Czy wszyscy wiedzą jakie role zostały im przydzielone?

….., jesteś liderem- pielęgniarką 1, powiedz za co będziesz odpowiedzialna w czasie dzisiejszego scenariusza?

Odpowiedzialna za podłączenie pacjenta do monitora oraz będzie odpowiedzialna za wykonanie pomiarów parametrów życiowych. Nawiązuje kontakt z pacjentem. Koordynuje pracę innych pielęgniarek.

……jesteś pielęgniarką 2, powiedz na czym polega dzisiaj twoja praca?

odpowiedzialna za podłączenie kroplówki oraz sprawdzenie działania drugiego wkłucia. Odpowiedzialna będzie za wykonanie zleceń lekarskich. Odpowiedzialna będzie również za asekurowanie pacjenta podczas znieczulenia podpajęczynówkowego.

……jesteś pielęgniarką 3, przypomnij, co będzie należało dzisiaj do twoich obowiązków?

odpowiedzialna za podanie sprzętu niezbędnego do wykonania znieczulenia podpajęczynówkowego.

……jesteś pierwszym obserwatorem, przypomnij, co należy do twoich obowiązków podczas dzisiejszego scenariusza?

……jesteś drugim obserwatorem, przypomnij, co należy do twoich obowiązków podczas dzisiejszego scenariusza?

……jesteś trzecim obserwatorem, przypomnij, co należy do twoich obowiązków podczas dzisiejszego scenariusza?

30. Czy wszyscy rozumieją swoje role Jeżeli nie ma pytań, przechodzimy do sali symulacji medycznej

17. Zapraszam do sali symulacji w celu zapoznania się ze sprzętem.

Upewnijcie się, że znacie sprzęt na którym będziecie pracować.

INFORMACJE DLA STUDENTÓW	INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW
W dniu dzisiejszym nauczymy się asystowania podczas znieczulenia podpajęczynówkowego. Znieczulenie podpajęczynówkowe jest najwcześniej wykonywanym znieczuleniem przewodowym. Jest przewidywalne i efektywne, podanie małej dawki środka znieczulającego do przestrzeni podpajęczynówkowej, powoduje szeroko sięgającą blokadę nerwów rdzeniowych. Charakteryzuje się szybkim początkiem działania i dobrym zwiotczeniem mięśniowym. Jest najczęściej stosowanym znieczuleniem do operacji w obrębie kończyn dolnych, krocza, miednicy i podbrzusza, zwłaszcza u osób o budowie atletycznej i otyłych. Analgezja podpajęczynówkowa może być stosowana do bardzo wielu procedur chirurgicznych, zapewniając jednocześnie pacjentowi komfort i bezpieczeństwo.	10. Wyobraźcie sobie, że jesteście na bloku operacyjnym, jakiego postępowania oczekujecie od personelu tam pracującego? **Odp.** Zespół pracujący na bloku operacyjnym powinien wykazywać się profesjonalizmem, 11. Jak uważacie, czy odpowiedzialność za pacjenta ma związek ze znajomością powikłań jakie mogą wystąpić podczas wykonywania znieczulenia podpajęczynówkowego? **Odp.** Tak, w trakcie wykonywania znieczulenia oraz po jego wykonaniu mogą wystąpić powikłania bądź też sytuacje na które możemy się przygotować i w ten sposób możemy zapobiec np. wystąpieniu spadku ciśnienia, które to jest związane z działaniem leku miejscowo znieczulającego.

Procedury te obejmują zabiegi chirurgiczne:
- w ortopedii – np. artroskopie stawu kolanowego, operacje w obrębie stopy, podudzia i uda,
- w chirurgii ogólnej i naczyniowej– np. operacje przepuklin, żylaków kończyn dolnych, żylaków odbytu, amputacji kończyn dolnych
- w ginekologii i położnictwie – np. cięcie cesarskie, operacje pochwowo – maciczne, operacje szyjki macicy,
- w urologii – np. operacje pęcherza i cewki moczowej, prącia, litotrypsje.

W przypadku znieczulenia rdzeniowego, lek podaje się do przestrzeni podpajęczynówkowej w odcinku lędźwiowym, wywołując odwracalną blokadę współczulną, czuciową i ruchową.
Anatomicznym, centralnym punktem znieczulenia podpajęczynówkowego jest kręgosłup.
Zbudowany z 33 kręgów:
- 7 szyjnych – C,
- 12 piersiowych – Th,
- 5 lędźwiowych – L,
- 5 krzyżowych – S
- 4-5 guzicznych o zróżnicowanej budowie.

Istotny dla znieczulenia kręg lędźwiowy posiada wyrostki kolczyste odchodzące prawie pionowo ku tyłowi, co ułatwia punkcję kanału rdzeniowego w odcinku lędźwiowym.
Na przebiegu kręgosłupa obserwujemy fizjologiczne krzywizny, a wśród nich lordoza lędźwiowa, która utrudnia dostęp do przestrzeni podpajęczynówkowej.
Odpowiednie ułożenie pacjenta w czasie znieczulenia umożliwia wprowadzenie igły. Kręgi kręgosłupa zespalają więzadła, zapewniając mu stabilność i elastyczność.
Podczas punkcji przestrzeni podpajęczynówkowej, igła przebija od zewnątrz:
- więzadło nadkolcowe,
- więzadło międzykolcowe
- więzadło żółte, które w odcinku lędźwiowym są najgrubsze i najszersze.

Przez całą długość kręgosłupa przebiega kanał kręgowy.
Zaczyna się od otworu potylicznego wielkiego i sięga do rozworu kości krzyżowej.
Zawartość kanału kręgowego to:
- rdzeń kręgowy,
- płyn mózgowo – rdzeniowy,
- opony rdzenia,
- korzenie nerwów rdzeniowych oraz
- przestrzeń zewnątrzoponowa.

Rdzeń kręgowy rozciąga się od otworu potylicznego, a kończy na poziomie L_1.
Otoczony jest trzema oponami:
- miękką,
- pajęczą i
- twardą.

12. Przypomnij proszę jakiego sprzętu potrzebujemy, aby bezpiecznie wykonać znieczulenie podpajęczynówkowe?

Odp.
Musimy być zabezpieczeni w sprzęt do intubacji dotchawiczej oraz w zestaw resuscytacyjny.

13. Jak uważasz, czy każdy zabieg operacyjny może być wykonany w znieczuleniu podpajęczynówkowym?

Odp.
Analgezja podpajęczynówkowa może być stosowana do bardzo wielu procedur chirurgicznych, zapewniając jednocześnie pacjentowi komfort i bezpieczeństwo.
Procedury te obejmują zabiegi chirurgiczne:
- w ortopedii – np. artroskopie stawu kolanowego, operacje w obrębie stopy, podudzia i uda,
- w chirurgii ogólnej i naczyniowej– np. operacje przepuklin, żylaków kończyn dolnych, żylaków odbytu, amputacji kończyn dolnych
- w ginekologii i położnictwie – np. cięcie cesarskie, operacje pochwowo – maciczne, operacje szyjki macicy,
- w urologii – np. operacje pęcherza i cewki moczowej, prącia, litotrypsje.

O tym czy należy zastosować znieczulenie rdzeniowe decyduje wiele czynników. Do najważniejszych z nich należą:
- stan ogólny pacjenta,
- rodzaj i czas trwania operacji,
- sprawność operatora oraz
- możliwość nadzoru pooperacyjnego.

14. Może ktoś z Was był już kiedyś na bloku operacyjnym jako pacjent i miał wykonane znieczulenie podpajęczynówkowe?

Odp.
Tak, ja miałam jak złamałam nogę.

15. Pamiętasz, jakie czynności były wtedy przy tobie wykonywane przez pielęgniarkę anestezjologiczną?

Odp.
Pamiętam, że zakładała mi wkłucie obwodowe zielone mówiąc, że to dla naszego bezpieczeństwa podczas zabiegu, mierzyła mi ciśnienie, monitorowała pracę serca.

16. Jak uważasz, czy ważne jest aby monitorować parametry życiowe pacjenta, który znajduje się w bezpośrednim okresie po znieczuleniu podpajęczynówkowym?

Odp.
Tak może dojść do zwolnienia akcji serca oraz spadku ciśnienia tętniczego co jest spowodowane działaniem leku miejscowo działającego, który podaje się do wykonania znieczulenia podpajęczynówkowego. Działanie tego leku stabilizuje się ok 15-20 min po podaniu.

Opona miękka – delikatna, dobrze unaczyniona pokrywająca ściśle rdzeń kręgowy i mózg,
opona pajęcza – mocno przylegająca do opony twardej, ale z nią nie zrośnięta
opona twarda – sztywna włóknista osłona biegnąca wzdłuż całego rdzenia kręgowego.

Pomiędzy oponą miękką a pajęczą znajduje się przestrzeń podpajęczynówkowa, wypełniona płynem mózgowo – rdzeniowym. Płyn mózgowo – rdzeniowy wytwarzany w zwojach pajęczynówki w komorach mózgu jest cieczą bezbarwną, przejrzystą i klarowną. Warunkuje rozprzestrzenianie się środków znieczulenia miejscowego w przestrzeni podpajęczynówkowej na zasadzie dyfuzji. Nerwy rdzeniowe, których jest 31 par unerwiają czuciowo odpowiednie obszary ciała (dermatomy). Każdemu segmentowi rdzeniowemu odpowiada określony dermatom i dlatego poziom znieczulenia dla różnych operacji musi być inny. Najbardziej dogodny i bezpieczny dostęp do przestrzeni podpajęczynówkowej stanowi odcinek lędźwiowy, poniżej końca rdzenia kręgowego na wysokości L_3-L_4 lub L_4-L_5. Podyktowane jest to wyeliminowaniem możliwości nakłucia rdzenia kręgowego.
Przed przystąpieniem do znieczulenia PP ze względu na możliwość wystąpienia objawów niepożądanych i powikłań, pielęgniarka przygotowuje, oprócz zestawu do znieczulenia dodatkowo:
- stanowisko anestezjologiczne
- zestaw do resuscytacji,
- źródło tlenu oraz urządzenie do wentylacji mechanicznej.

Pacjent powinien mieć założony dostęp naczyniowy i podłączone płyny infuzyjne oraz należy dokonać pomiaru ciśnienia tętniczego krwi i częstości akcji serca
Znieczulenie podpajęczynówkowe wymaga bezwzględnej jałowości.
Obowiązuje chirurgiczne mycie skóry oraz obłożenie miejsca wkłucia sterylnymi serwetkami.
Anestezjolog powinien być ubrany w czapkę, maskę, powinien umyć chirurgicznie ręce oraz nałożyć sterylny fartuch i rękawiczki.
Do znieczulenia zalecane są zestawy jednorazowego użytku, bądź sterylne zestawy przygotowane w szpitalu, nadające się do resterylizacji.
Znieczulenie podpajęczynówkowe wykonuje się w pozycji:
- siedzącej
- leżącej na boku.

Pacjent leży na boku całym ciałem, przyjmując pozycję „kociego grzbietu". Nogi przyciąga do brzucha, a brodę przygina do klatki piersiowej. Głowa podparta jest poduszką, kręgosłup jest równoległy do płaszczyzny stołu, a łopatki i kolce biodrowe prostopadle do niej.
Pozycja boczna jest wygodna i bezpieczna dla pacjenta, powoduje mniejszy spadek ciśnienia

17. Jak ci się wydaje, z jakimi wczesnymi powikłaniami możemy się spotkać podczas znieczulenia przewodowego?

Odp.
W znieczuleniu podpajeczynówkowym, jak w każdej innej metodzie znieczulenia istnieje ryzyko wystąpienia objawów niepożądanych. Powikłania te dzielimy na:
- wczesne
- późne.

POWIKŁANIA WCZESNE
Spadek ciśnienia tętniczego krwi
– spowodowany blokadą przedzwojowych włókien współczulnych. Występuje w ciągu pierwszych 20 min. po podaniu leku miejscowo znieczulającego.
Leczenie hipotensji nie jest zawsze konieczne. Umiarkowana hipotensja może zmniejszyć utratę krwi podczas zabiegu i jest dobrze tolerowana przez większość pacjentów.
Ciężki lub źle tolerowany spadek powinno się leczyć środkami obkurczającymi naczynia oraz szybkim przetoczeniem odpowiedniej objętości płynów infuzyjnych.
Bradykardia
– w wyniku blokady sercowych włókien współczulnych, ustępuje zazwyczaj po podaniu Atropiny 0.5-1 mg i.v.
Nudności i wymioty
– występują jako objaw spadku ciśnienia tętniczego krwi, bradykardii. Wyrównanie ciśnienia tętniczego krwi oraz podanie O_2, likwiduje te objawy.
Całkowite znieczulenie podpajęczynówkowe
– jest następstwem pełnej blokady współczulnej i porażenia przepony w wyniku przedawkowania środka miejscowo znieczulającego, nieprawidłowego ułożenia pacjenta do znieczulenia bądź przypadkowego znieczulenie rdzeniowego podczas wykonywania znieczulenia zewnątrzoponowego. Jest powikłaniem rzadkim, ale jednocześnie stanem zagrożenia życia.
Objawy to:
- niepokój po wstrzyknięciu leku miejscowo znieczulającego,
- duszność,
- znaczny spadek ciśnienia tętniczego krwi,
- bezdech,
- rozszerzenie źrenic,
- utrata przytomności.

Leczenie obejmuje natychmiastową intubację, wentylację mechaniczną, ułożenie w pozycji anty-Trendelenburga, podaż płynów infuzyjnych, podanie środków obkurczających naczynia
Spadek temperatury ciała
– jako następstwo rozszerzenia naczyń w wyniku blokady współczulnej oraz zimnego otoczenia.
Parestezje – bezpośrednie uszkodzenie nerwu rdzeniowego podczas wkłuwania igły lub

tętniczego krwi oraz ułatwia sterowanie zasięgiem znieczulenia.
Pozycja siedząca.
Pacjent siada na brzegu stołu operacyjnego, przyjmuje pozycję „kociego grzbietu".Stopy oparte na stołeczku, ramiona luźno opuszczone, głowa przygięta tak, aby broda dotykała klatki piersiowej. Pozycja siedząca jest niebezpieczna dla pacjenta w sytuacji wystąpienia spadku ciśnienia tętniczego krwi oraz gdy chory traci przytomność zwłaszcza po silnej sedacji.

Zarówno pozycja siedząca jak i leżąca na boku wymaga zabezpieczenia przez osobę asystującą, która będzie czuwała nad bezpieczeństwem pacjenta w trakcie wykonywania znieczulenia.
Rozchodzenie się blokady:
Najszybciej następuje:
- blokada przedzwojowych włókien współczulnych (rozszerzenie naczyń krwionośnych z ociepleniem skóry),
- następnie włókien czucia temperatury,
- włókien czucia bólu po ukłuciu igłą,
- włókien przewodzących czucie dotyku,
- włókien przewodzących czucie głębokie,
- włókien ruchowych oraz
- włókien czucia wibracji i ułożenia.

Właściwy poziom znieczulenia możemy korygować pozycją Trendelenburga bądź anty – Trendelenburga.
Pełna stabilizacja znieczulenia występuje po około 20-30 min w zależności od zastosowanego środka znieczulenia miejscowego.
Po upływie tego czasu zmiana pozycji nie wpływa na zakres znieczulenia. Ostatecznej oceny zasięgu i stopnia znieczulenia dokonuje anestezjolog, sprawdzając m.in. odczuwanie temperatury.
Wychodzenie ze znieczulenia:
Znieczulenie podpajęczynówkowe nie kończy się nagle, ale ustępuje stopniowo od góry ku dołowi. Spowodowane jest to przede wszystkim resorpcją anestetyku miejscowego do krwi krążącej.
W czasie ustępowania blokady najszybciej powracają:
- czynności ruchowe,
- następnie czuciowe
- a na końcu funkcje autonomiczne.

Czas trwania znieczulenia podpajęczynówkowego zależy od:
- rodzaju środka znieczulającego miejscowo i jego dawki,
- od wysokości blokady
- od tego czy do anestetyku dodano środek obkurczający naczynia krwionośne
- czy dodano opioidy

Kształtuje się w przedziale 140 do 380 minut. Szybciej ustępują blokady wysokie niż niskie. Jest to związane z większym rozcieńczeniem anestetyku lokalnego podczas jego dogłowowego rozprzestrzeniania się.

wstrzyknięcia leku do nerwu. Igłę natychmiast usunąć i wkłuć ponownie.
Krwawa punkcja – nakłucie żyły zewnątrzoponowej w czasie wkłuwania igły może spowodować wypływ krwi z igły lub płynu mózgowo - rdzeniowego z krwią. Jeżeli PMR szybko się nie oczyści, należy usunąć igłę i wkłuć ponownie.
Złamanie igły – pod wpływem zginania, oporu kości. Natychmiastowa interwencja chirurgiczna.

POWIKŁANIA PÓŹNE
Zatrzymanie moczu – blokada nerwów krzyżowych $S_2 – S_4$ powoduje atonię pęcherza moczowego. Pacjent powinien oddać mocz w ciągu 4 godzin po znieczuleniu, co jest istotne w przypadku dużej podaży płynów infuzyjnych w czasie zabiegu.
Bóle pleców – należą do najczęstszych, a zarazem łagodnych dolegliwości zlokalizowanych w miejscu wkłucia. Leczenie objawowe.
Popunkcyjne bóle głowy
– występują w ciągu 24-48 godz. po znieczuleniu i trwają ok. 1 tygodnia. Są spowodowane ubytkiem płynu mózgowo – rdzeniowego podczas wykonywania znieczulenia.
Pojawiają się w okolicy potylicznej i czołowej, niekiedy towarzyszą im zaburzenia wzroku, słuchu oraz zawroty głowy. Nasilają się w pozycji stojącej oraz parcia z udziałem mięśni brzucha.
Profilaktyka polega głównie na używaniu jak najcieńszych igieł, oraz prawidłowych technik wykonania znieczulenia, zaś leczenie na zastosowaniu środków przeciwbólowych. W ciężkich postaciach, gdy po leczeniu zachowawczym nie ma poprawy, do przestrzeni zewnątrzoponowej podaje się „łatę" z własnej krwi pacjenta. Pobrane w warunkach aseptycznych 10 – 20 ml krwi chorego, wstrzykuje się do przestrzeni zewnatrzoponowej w miejscu wcześniej wykonanej punkcji. Pacjent powinien leżeć 30 – 60 min. płasko. Jeżeli bóle głowy pojawiają się ponownie, wstrzyknięcie krwi powtarza się po 24 godz. W celu ułatwienia szybszego wytwarzania płynu mózgowo – rdzeniowego podaje się pacjentowi dożylnie od 2000 – 2500 ml izotonicznych płynów infuzyjnych.
Powikłania neurologiczne – najbardziej niebezpieczne i występujące bardzo rzadko.
Przyczyną powikłań neurologicznych jest:
- bezpośrednie uszkodzenie rdzenia kręgowego lub korzenia rdzeniowego (igłą, podaniem leku, przedostaniem się do przestrzeni podpajęczynówkowej środka chemicznego do mycia i dezynfekcji skóry, krwiakiem kanału kręgowego),
- zaburzenie ukrwienia rdzenia kręgowego (w wyniku utrzymującego się niskiego ciśnienia tętniczego krwi lub działania środków obkurczających naczynia),
- zakażenie bakteryjne kanału kręgowego (po użyciu zakażonego sprzętu, leków oraz przeniesienia infekcji z miejsca wkłucia),

Podanie środka miejscowo znieczulającego do przestrzeni podpajeczynówkowej powoduje nie tylko miejscową blokadę nerwową, ale ma też wpływ bezpośredni bądź pośredni,
- w pierwszej kolejności na układ krążenia,
- w następnej kolejności na układ oddechowy,
- moczowo – płciowy,
- przewód pokarmowy
- nadnercza.

Hipotonia jest wprost proporcjonalna do stopnia wywołanej blokady współczulnej. Blokada współczulna prowadzi do rozszerzenia tętnic, tętniczek oraz dużych i małych żył, powodując zmniejszenie oporu naczyniowego i powrotu żylnego.
Występuje:
- bradykardia,
- zmniejszenie rzutu serca,
- spadek ciśnienia tętniczego krwi.

Blokadę współczulną osiąga się po ok. 12 min. od wstrzyknięcia środka znieczulającego miejscowo. Odpowiedzią na spadek ciśnienia tętniczego jest wyrównany skurcz naczyń powyżej obszaru znieczulonego, tj. w obrębie głowy, szyi i kończyn górnych.
Właściwy poziom znieczulenia podpajęczynówkowego nie ma żadnego wpływu na wentylację. Dopiero w przypadku, gdy zakres znieczulenia podniesie się do poziomu kręgów piersiowych i dojdzie do porażenia mięśni międzyżebrowych, mogą wystąpić trudności w oddychaniu. Niewielkie, u chorych leżących na plecach z zachowaną czynnością przepony, bardziej poważne u pacjentów z niewielkimi rezerwami oddechowymi np. u bardzo otyłych.
Porażenie nerwów międzyżebrowych i mięśni brzucha zmniejsza skuteczność kaszlu, co jest bardzo istotne u chorych z POCHP.
Blokada nerwów krzyżowych $S_2 – S_4$ powoduje atonię pęcherza moczowego przy zachowanym parciu na mocz.
Zwieracz pęcherza moczowego zachowuje swoją funkcję.
Po znieczuleniu funkcje autonomicznych włókien $S_2 – S_4$ wracają ostatnie, dlatego też może dojść do zaburzeń w oddawaniu moczu. Prącie w wyniku blokady nerwów wzwodowych $S_2 – S_3$, staje się wiotkie i wypełnione krwią.
Blokada nerwów współczulnych $Th_5 – L_1$ wyłącza unerwienie jelit pochodzące z nerwów trzewnych. Jelita są obkurczone, małe z zachowaną perystaltyką.
Ułatwia to penetrację jamy brzusznej w trakcie zabiegu i zamknięcie powłok brzusznych.
Rozszerzenie naczyń w kończynach dolnych usposabia do wystąpienia hipotermii, zwłaszcza gdy kończyny są odkryte.
Znieczulenie podpajęczynówkowe pomimo swoich zalet jakimi są:
- prostota i łatwość wykonania,
- ekonomiczność i niezawodność,
- nierozpoznane wcześniej schorzenia neurologiczne, których objawy pojawiają się podczas znieczulenia lub operacji.

Niezwykle rzadkim, ale poważnym powikłaniem w tej grupie jest **krwiak podpajęczynówkowy,** który musi być wcześnie rozpoznany i leczony.
Typowe objawy to:
- ostry promieniujący ból pleców,
- czuciowe i motoryczne ubytki trwające dłużej, niż wynika to z czasu trwania znieczulenia.

Objawy te mogą występować nie jednocześnie, bądź mogą pojawić się objawy nietypowe jak osłabienie mięśniowe czy zatrzymanie moczu. Leczenie to natychmiastowa chirurgiczna dekompresja, ponieważ po upływie 24-godzinnego ucisku rdzenia kręgowego, możliwość uzyskania pełnej poprawy neurologicznej jest bardzo mała.

9. Powiedz mi, czy ważne jest aby przygotować lek, który może być niezbędny po wykonaniu znieczulenia, a może wiesz jaki to jest lek?

Odp.
Ephedryna, podanie leku w przypadku spadku ciśnienia związanego z rozszerzeniem naczyń krwionośnych po podaniu leku miejscowo znieczulającego.

10. Może ktoś z was wie, w jakiej pozycji pacjenta najlepiej jest wykonać znieczulenie podpajęczynówkowe?

Odp.
Pozycja boczna oraz pozycja siedząca

11. Jak uważasz, czy ważna jest znajomość anatomii kręgosłupa?

Odp.
Odpowiednie ułożenie pacjenta w czasie znieczulenia umożliwia wprowadzenie igły. Kręgi kręgosłupa zespalają więzadła, zapewniając mu stabilność i elastyczność.
Podczas punkcji przestrzeni podpajęczynówkowej, igła przebija od zewnątrz:
- więzadło nadkolcowe,
- więzadło międzykolcowe
- więzadło żółte, które w odcinku lędźwiowym są najgrubsze i najszersze.

12. Jak uważasz, z jaką blokadą spotykamy się najszybciej jeśli chodzi o rozchodzenie się blokady?

Odp.
Rozchodzenie się blokady:
Najszybciej następuje:
- blokada przedzwojowych włókien współczulnych (rozszerzenie naczyń krwionośnych z ociepleniem skóry),
- następnie włókien czucia temperatury,
- włókien czucia bólu po ukłuciu igłą,
- włókien przewodzących czucie dotyku,
- włókien przewodzących czucie głębokie,
- włókien ruchowych oraz
- włókien czucia wibracji i ułożenia.

- szybka bezbolesność

O tym czy należy zastosować znieczulenie rdzeniowe decyduje wiele czynników. Do najważniejszych z nich należą:
- stan ogólny pacjenta,
- rodzaj i czas trwania operacji,
- sprawność operatora oraz
- możliwość nadzoru pooperacyjnego.

Przeciwwskazania znieczulenia podpajeczynówkowego dzielą się na:
- przeciwwskazania bezwzględnie tj. takie, które są niebezpieczne dla pacjenta pomimo prawidłowego wykonania znieczulenia oraz
- przeciwwskazane względne, jeżeli korzyści z tego znieczulenia są niewspółmiernie małe w porównaniu z ryzykiem wystąpienia powikłań.

Przeciwwskazania bezwzględne to:
- Brak zgody pacjenta, chory niewspółpracujący
- Niektóre choroby układu krążenia (ciężka choroba wieńcowa, niestabilna dławica, zawał mięśnia sercowego)
- Zaburzenia krzepnięcia
- Hipowolemia i wstrząs
- Sepsa i bakteriemia
- Ostra niewydolność oddechowa
- Niektóre choroby neurologiczne – podwyższone ciśnienie śródczaszkowe, stwardnienie rozsiane
- Inne – zakażenia lub choroby w miejscu wkłucia.

Przeciwwskazania względne to:
- Silne bóle głowy i kręgosłupa stwierdzone w wywiadzie
- Zmiany psychiczne – psychoza, ciężka nerwica
- Zmiany anatomiczne – znaczne zniekształcenie kręgosłupa, osteoporoza, stan po operacji kręgosłupa, przerzuty do kręgosłupa
- Inne – długo trwająca operacja, niewygodne ułożenie, ułożenie na brzuchu

W znieczuleniu podpajeczynówkowym, jak w każdej innej metodzie znieczulenia istnieje ryzyko wystąpienia objawów niepożądanych. Powikłania te dzielimy na:
- wczesne
- późne.

POWIKŁANIA WCZESNE

Spadek ciśnienia tętniczego krwi

– spowodowany blokadą przedzwojowych włókien współczulnych. Występuje w ciągu pierwszych 20 min. po podaniu leku miejscowo znieczulającego.

Leczenie hipotensji nie jest zawsze konieczne. Umiarkowana hipotensja może zmniejszyć utratę krwi podczas zabiegu i jest dobrze tolerowana przez większość pacjentów.

Ciężki lub źle tolerowany spadek powinno się leczyć środkami obkurczającymi naczynia oraz szybkim przetoczeniem odpowiedniej objętości płynów infuzyjnych.

13. Jak myślisz w jaki sposób możemy korygować właściwy poziom znieczulenia?

Odp.

Właściwy poziom znieczulenia możemy korygować pozycją Trendelenburga bądź anty – Trendelenburga.

14. Jak wam się zdaje, po jakim czasie następuje pełna stabilizacja znieczulenia?

Odp.

Pełna stabilizacja znieczulenia występuje po około 20-30 min w zależności od zastosowanego środka znieczulenia miejscowego.

Jakie jeszcze…

Jak myślicie….

Co sądzicie….

Zabrakło mi….

Dziękuję za wyczerpujące wypowiedzi, udało nam się uzyskać potrzebne informacje do wykonania scenariusza.

Kto czuje się na siłach, aby być dzisiaj **liderem - pielęgniarką 1.**

Lider – pielęgniarka 1 - to osoba odpowiedzialna za podłączenie pacjenta do monitora oraz będzie odpowiedzialna za wykonanie pomiarów parametrów życiowych. Nawiązuje kontakt z pacjentem. Koordynuje pracę innych pielęgniarek.

Potrzebujemy jeszcze **pielęgniarkę nr 2,** która będzie za podłączenie kroplówki oraz sprawdzenie działania drugiego wkłucia. Odpowiedzialna będzie za wykonanie zleceń lekarskich. Odpowiedzialna będzie również za asekurowanie pacjenta podczas znieczulenia podpajęczynówkowego.

Potrzebujemy jeszcze jedną pielęgniarkę, **pielęgniarkę nr 3**, która będzie odpowiedzialna za podanie sprzętu niezbędnego do wykonania znieczulenia podpajęczynówkowego.

Kolejne trzy osoby potrzebne podczas scenariusza to obserwatorzy.

Pierwszym obserwatorem będzie…..
odpowiedzialna będzie za obserwowanie procedur.

Drugim obserwatorem będzie…..
odpowiedzialna będzie za obserwowanie komunikacji.

Trzecim obserwatorem będzie…..
odpowiedzialna będzie za obserwowanie pracy całego zespołu.

1. Czy wszyscy wiedzą jakie role zostały im przydzielone?

….., jesteś liderem- pielęgniarką 1, powiedz za co będziesz odpowiedzialna w czasie dzisiejszego scenariusza?

Odpowiedzialna za podłączenie pacjenta do monitora oraz będzie odpowiedzialna za wykonanie pomiarów parametrów życiowych. Nawiązuje kontakt z pacjentem. Koordynuje pracę innych pielęgniarek.

Bradykardia – w wyniku blokady sercowych włókien współczulnych, ustępuje zazwyczaj po podaniu Atropiny 0.5-1 mg i.v. **Nudności i wymioty** – występują jako objaw spadku ciśnienia tętniczego krwi, bradykardii. Wyrównanie ciśnienia tętniczego krwi oraz podanie O_2, likwiduje te objawy. **Całkowite znieczulenie podpajęczynówkowe** – jest następstwem pełnej blokady współczulnej i porażenia przepony w wyniku przedawkowania środka miejscowo znieczulającego, nieprawidłowego ułożenia pacjenta do znieczulenia bądź przypadkowego znieczulenie rdzeniowego podczas wykonywania znieczulenia zewnątrzoponowego. Jest powikłaniem rzadkim, ale jednocześnie stanem zagrożenia życia. Objawy to: - niepokój po wstrzyknięciu leku miejscowo znieczulającego, - duszność, - znaczny spadek ciśnienia tętniczego krwi, - bezdech, - rozszerzenie źrenic, - utrata przytomności. Leczenie obejmuje natychmiastową intubację, wentylację mechaniczną, ułożenie w pozycji anty-Trendelenburga, podaż płynów infuzyjnych, podanie środków obkurczających naczynia **Spadek temperatury ciała** – jako następstwo rozszerzenia naczyń w wyniku blokady współczulnej oraz zimnego otoczenia. **Parestezje** – bezpośrednie uszkodzenie nerwu rdzeniowego podczas wkłuwania igły lub wstrzyknięcia leku do nerwu. Igłę natychmiast usunąć i wkłuć ponownie. **Krwawa punkcja** – nakłucie żyły zewnątrzoponowej w czasie wkłuwania igły może spowodować wypływ krwi z igły lub płynu mózgowo - rdzeniowego z krwią. Jeżeli PMR szybko się nie oczyści, należy usunąć igłę i wkłuć ponownie. **Złamanie igły** – pod wpływem zginania, oporu kości. Natychmiastowa interwencja chirurgiczna. POWIKŁANIA PÓŹNE **Zatrzymanie moczu** – blokada nerwów krzyżowych $S_2 – S_4$ powoduje atonię pęcherza moczowego. Pacjent powinien oddać mocz w ciągu 4 godzin po znieczuleniu, co jest istotne w przypadku dużej podaży płynów infuzyjnych w czasie zabiegu. **Bóle pleców** – należą do najczęstszych, a zarazem łagodnych dolegliwości zlokalizowanych w miejscu wkłucia. Leczenie objawowe. **Popunkcyjne bóle głowy** – występują w ciągu 24-48 godz. po znieczuleniu i trwają ok. 1 tygodnia. Są spowodowane ubytkiem płynu mózgowo – rdzeniowego podczas wykonywania znieczulenia.	……jesteś pielęgniarką 2, powiedz na czym polega dzisiaj twoja praca? odpowiedzialna za podłączenie kroplówki oraz sprawdzenie działania drugiego wkłucia. Odpowiedzialna będzie za wykonanie zleceń lekarskich. Odpowiedzialna będzie również za asekurowanie pacjenta podczas znieczulenia podpajęczynówkowego. ……jesteś pielęgniarką 3, przypomnij, co będzie należało dzisiaj do twoich obowiązków? odpowiedzialna za podanie sprzętu niezbędnego do wykonania znieczulenia podpajęczynówkowego. ……jesteś pierwszym obserwatorem, przypomnij, co należy do twoich obowiązków podczas dzisiejszego scenariusza? ……jesteś drugim obserwatorem, przypomnij, co należy do twoich obowiązków podczas dzisiejszego scenariusza? ……jesteś trzecim obserwatorem, przypomnij, co należy do twoich obowiązków podczas dzisiejszego scenariusza? Czy wszyscy rozumieją swoje role? Jeżeli nie ma pytań, przechodzimy do sali symulacji medycznej Zapraszam do sali symulacji w celu zapoznania się ze sprzętem. Upewnijcie się, że znacie sprzęt na którym będziecie pracować.

Pojawiają się w okolicy potylicznej i czołowej, niekiedy towarzyszą im zaburzenia wzroku, słuchu oraz zawroty głowy. Nasilają się w pozycji stojącej oraz parcia z udziałem mięśni brzucha. Profilaktyka polega głównie na używaniu jak najcieńszych igieł, oraz prawidłowych technik wykonania znieczulenia, zaś leczenie na zastosowaniu środków przeciwbólowych. W ciężkich postaciach, gdy po leczeniu zachowawczym nie ma poprawy, do przestrzeni zewnątrzoponowej podaje się „łatę" z własnej krwi pacjenta. Pobrane w warunkach aseptycznych 10 – 20 ml krwi chorego, wstrzykuje się do przestrzeni zewnatrzoponowej w miejscu wcześniej wykonanej punkcji. Pacjent powinien leżeć 30 – 60 min. płasko. Jeżeli bóle głowy pojawiają się ponownie, wstrzyknięcie krwi powtarza się po 24 godz. W celu ułatwienia szybszego wytwarzania płynu mózgowo – rdzeniowego podaje się pacjentowi dożylnie od 2000 – 2500 ml izotonicznych płynów infuzyjnych. **Powikłania neurologiczne** – najbardziej niebezpieczne i występujące bardzo rzadko. Przyczyną powikłań neurologicznych jest: - bezpośrednie uszkodzenie rdzenia kręgowego lub korzenia rdzeniowego (igłą, podaniem leku, przedostaniem się do przestrzeni podpajęczynówkowej środka chemicznego do mycia i dezynfekcji skóry, krwiakiem kanału kręgowego), - zaburzenie ukrwienia rdzenia kręgowego (w wyniku utrzymującego się niskiego ciśnienia tętniczego krwi lub działania środków obkurczających naczynia), - zakażenie bakteryjne kanału kręgowego (po użyciu zakażonego sprzętu, leków oraz przeniesienia infekcji z miejsca wkłucia), - nierozpoznane wcześniej schorzenia neurologiczne, których objawy pojawiają się podczas znieczulenia lub operacji. Niezwykle rzadkim, ale poważnym powikłaniem w tej grupie jest **krwiak podpajęczynówkowy,** który musi być wcześnie rozpoznany i leczony. Typowe objawy to: - ostry promieniujący ból pleców, - czuciowe i motoryczne ubytki trwające dłużej, niż wynika to z czasu trwania znieczulenia. Objawy te mogą występować nie jednocześnie, bądź mogą pojawić się objawy nietypowe jak osłabienie mięśniowe czy zatrzymanie moczu. Leczenie to natychmiastowa chirurgiczna dekompresja, ponieważ po upływie 24-godzinnego ucisku rdzenia kręgowego, możliwość uzyskania pełnej poprawy neurologicznej jest bardzo mała.	

ZAPOZNANIE STUDENTÓW ZE SPRZĘTEM	
Wykładowca	Będziemy pracować dzisiaj na bloku operacyjnym, na sali przygotowawczej. Będziecie używać sprzętu monitorującego podstawowe parametry życiowe, używać sprzętu niezbędnego do wykonania znieczulenia przewodowego, będziecie też asekurować pacjenta podczas wykonywania znieczulenia oraz zapoznacie się z zadaniami pielęgniarki pracującej na oddziale anestezjologii.
Student	Każdy student zapoznaje się ze sprzętem, poznaje funkcje monitora podstawowych parametrów życiowych, włączy sprzęt. Sprawdzi sprzęt niezbędny do wykonania znieczulenia podpajeczynówkowego.
SCENARIUSZ SYMULACJI	
Opis scenariusza	Anna Kowalska lat 28 Na blok operacyjny z oddziału chirurgii trafia pacjentka do znieczulenia podpajęczynówkowego, do operacji przepukliny pachwinowej lewostronnej. Jest młodą, szczupłą osobą. W przeszłości operowana w znieczuleniu ogólnym dotchawiczym bez odnotowanych powikłań. Pacjentka w premedykacji do zabiegu otrzymała doustnie 7,5 mg Midazolamu. Pacjentka jest spokojna i opanowana, zgoda na zabieg i znieczulenie podpisana wieczorem dnia poprzedniego. Ciśnienie, tętno i oddech w granicach normy. Założone dwa wkłucia obwodowe, do jednego podłączony podgrzany wlew kroplowy 500 ml. Optylite. Na oddziale chirurgii pacjentce przetoczono 1000 ml płynów dożylnie.
Obecny stan kliniczny	Parametry życiowe w normie, pacjentka wyciszona, podsypiająca.
Wywiad	Pacjentka beż obciążeń chorobowych. Nie przyjmuje żadnych leków na stałe.

Przebieg scenariusza Ścieżka 1	Podział na role: 1. Lider- pielęgniarka 1 – Odpowiedzialna za podłączenie pacjenta do monitora oraz będzie odpowiedzialna za wykonanie pomiarów parametrów życiowych. Nawiązuje kontakt z pacjentem. Koordynuje pracę innych pielęgniarek. **Nawiązuje kontakt z pacjentem**. - jesteśmy na Sali przygotowawczej, wykonamy tutaj pani znieczulenie. Czy był wczoraj u pani anestezjolog, wie pani jakie będzie wykonane znieczulenie? podłączę panią teraz do aparatury monitorującej, abyśmy mogli czuwać nad panią podczas wykonywania znieczulenia oraz całego zabiegu operacyjnego, aby czuła się pani bezpiecznie - proszę się nie obawiać, jest pani pod profesjonalną opieką Podłącza pacjenta do monitora zakładając czujnik do puls oksymetru, mankiet do nieinwazyjnego pomiaru ciśnienia tętniczego oraz podłącza EKG 5-odprowadzenio. O wartościach parametrów informuje lekarza i zapisuje w karcie znieczulenia jeśli lekarz tego nie uczynił	Przebieg scenariusza: **pacjent** - tak, rozmawiałam wczoraj z anestezjologiem, podpisałam zgodę na znieczulenie podpajęczynówkowe, lekarz powiedział, że to bardzo bezpieczne znieczulenie i odpowiednie do mojej operacji - bardzo się cieszę, wiem, że jestem w dobrych rękach

Przebieg scenariusza Ścieżka 1	Ma pani książkowe parametry, to bardzo dobrze Pielęgniarka 2 odpowiedzialna za podłączenie kroplówki oraz sprawdzenie działania drugiego wkłucia. Odpowiedzialna będzie za wykonanie zleceń lekarskich. Odpowiedzialna będzie również za asekurowanie pacjenta podczas znieczulenia podpajęczynówkowego. Wiesza i otwiera podłączoną kroplówkę, oraz sprawdza drożność drugiego wkłucia poprzez odciągnięcie.	
	- Czy nie boli panią żyłą jak otworzyłam kroplówkę?	- nie wszystko jest w porządku, jedno wkłucie miałam założone do podłączenia kroplówek ok 4 godziny temu, a to drugie to przed zjechaniem na blok operacyjny, pani pielęgniarka z chirurgii je sprawdzała.
	- jak się pani czuje, da pani radę usiąść?	- tak, trochę tylko chce mi się spać
	- to zrozumiałe, dostała pani premedykację przed zabiegiem i to dlatego	- a tak, dostałam taka niebieską tabletkę
	- proszę teraz usiąść równo na obu pośladkach, nogi oprzeć na krześle, plecy wygiąć, zrobić taki koci grzbiet. Proszę ramiona luźno opuścić to wtedy lekarz będzie miał dogodne warunki do wykonania znieczulenia	- a będzie ktoś przy mnie? Boję się, że mogę upaść, o i nie ukrywam trochę się boję.
	- proszę się nie bać, będę cały czas przy pani	- dziękuję siostro, będę panią trzymać za rękę
	- jeśli w ten sposób będzie pani się czuła bezpieczniej to proszę bardzo	- dziękuję, ależ wy wszyscy jesteście tutaj mili
	pielęgniarka 3 odpowiedzialna za podanie sprzętu niezbędnego do wykonania znieczulenia podpajęczynówkowego. Wykłada na stolik operacyjny jałową serwetę, w tym czasie lekarz zakłada sterylne ubranie i rękawiczki. Dezynfekuje skórę pacjenta Na zlecenie lekarza pielęgniarka 3 podaje lekarzowi odpowiednią igłę do nakłucia przestrzeni podpajęczynówkowej, strzykawkę i podaje lek do nabrania. Wykłada sterylne gaziki i opatrunek do zaklejenia miejsca nakłucia Po wykonanym znieczuleniu, pielęgniarki pomagają pacjentce położyć się na wózek i proszą o wyprostowanie nóg.	

PALETA 1 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE WRAZ Z PRAWIDŁOWYM PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna											
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	R - oddech	EKG	NIBP	SpO_2						
	Liczba	12	78	115/70	98						
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia dotyczą:									
PALETA 2 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE WRAZ Z PRAWIDŁOWYM PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna											
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	R- oddech	EKG	NIBP	SpO_2						
	Liczba										
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia dotyczą:									
PALETA 3 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE NIEZGODNIE Z PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna											
Parametry początkowe symulatora	Nazwa										
	Liczba										
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia dotyczą:									
PALETA 4 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE NIEZGODNIE Z PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna											
Parametry początkowe symulatora	Nazwa										
	Liczba										
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia dotyczą:									

DEBRIEFING:	
INFORMACJE DLA STUDENTÓW	**INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW**
Na dzisiejszych zajęciach zdobyliście umiejętność asystowania lekarzowi podczas wykonywania znieczulenia podpajeczynówkowego. Tę umiejętność możecie wykorzystać podczas praktyk na oddziale anestezjologii, oraz egzaminu OSCE	1. Jak się czujecie po zrealizowaniu scenariusza. Faza opisowa Pytanie do Pielęgniarki 1, 2,3 i obserwatorów Jakie zadania miałaś dzisiaj do wykonania? Jakie decyzje podjęłaś? Faza analizy **Pielęgniarka1** Z czego jesteś najbardziej zadowolona, co wyszło ci najlepiej? **Pielęgniarka 2,3, j/w** **Pielęgniarka 1** Czy jest coś, co chciałbyś poprawić? **Obserwator 1,2** Czy w tej sytuacji postąpiłbyś inaczej? Jeśli tak, to jak ty byś to zrobił? Faza czynności **Pielęgniarka:** Co mogłabyś poprawić? Jak mogłabyś to poprawić? Czy zgadzasz się z tym co powiedziała koleżanka? Jak ty byś postąpiła w tej sytuacji? Wydaje mi się, że zabrakło…..? Zgodzisz się, że lepszym rozwiązaniem byłoby….? Powiedziałaś, że zmierzyłaś parametry życiowe pacjenta, przypomnij jakie są normy? Sprawdzałaś drożność wkłucia, powiedz po co to robiłaś? Cieszę się, że zaniepokoiło cię…. **Obserwator:** Jakie atuty komunikacji zauważyłaś w zespole? Jak uważasz przekaz komunikatów w grupie był jasny? Co najbardziej podobało ci się podczas wykonywania procedur? Jak uważasz parametry zostały zmierzone prawidłowo? Jak myślisz leki zostały podane we właściwy sposób? Jak uważasz, czy przebieg scenariusza był prawidłowy? Jak uważasz podczas wykonywanych czynności były przestrzegane procedury medyczne? Jest coś co zrobiłbyś inaczej? Co by to zmieniło? Co byś dodał do dzisiejszych zajęć? **<u>Faza podsumowania</u>** Czego nauczyłaś się z tego scenariusza? Jakich czynności z tego scenariusz nauczyłaś się? Gdzie w przyszłości wykorzystasz umiejętność jakiej się dzisiaj nauczyłaś? Bardzo dziękuję za dzisiejsze zajęcia. Nauczyliście się postępowania w czasie asystowania do znieczulenia podpajęczynówkowego. Wiecie już

	jak ważne jest monitorowanie pacjenta w celu wykrycia zagrożeń. Dowiedzieliście się też, że ważne jest dokładne przygotowanie zestawu do znieczulenia. Po dzisiejszych zajęciach, zapamiętacie, że pacjent w boi się o swoje życie i oczekuje od nas profesjonalnego działania. Na kolejnych zajęciach będziemy zajmowali się pacjentem, który……..
Zastosowanie umiejętności:	Scenariusz nr…
Literatura	1. Pielęgniarstwo anestezjologiczne – A. Kübler; Urban & Partner, Wrocław 2017; str. 235-247; 370-371; 2. Anestezjologia i intensywna opieka – L. Wołowicka, D. Dyk, PZWL Warszawa 2007; str. 64-70; 3. Standardy anestezjologicznej opieki pielęgniarskiej – Krajewska-Kułak E., Rolka H., Jankowiak B. PZWL Warszawa 2014; str. 119-124
Umiejętności podstawowe:	**Wiedzy:** 1. Normy parametrów życiowych 2. Sprzęt niezbędny do wykonania znieczulenia podpajęczynówkowego 3. Ułożenie pacjenta **Umiejętności:** 1. Monitorowanie podstawowych parametrów życiowych 2. Asystowanie podczas znieczulenia podpajęczynówkowego 3. Asekurowanie pacjenta podczas wykonania znieczulenia podpajęczynówkowego
Efekty kształcenia	**Wiedza** 1. D.W1,Wymienia objawy zagrożenia u pacjentów w różnym wieku 2. D.W5,Zna zasady diagnozowania w pielęgniarstwie internistycznym, geriatrycznym, chirurgicznym, pediatrycznym, neurologicznym, psychiatrycznym, anestezjologicznym, ginekologiczno-położniczym i opiece paliatywnej. 3. D.W40, zna standardy i procedury postępowania w stanach nagłych i zabiegach ratujących życie; 4. D.W41, zna zasady przygotowania sali operacyjnej do zabiegu w znieczuleniu ogólnym i regionalnym; 5. D.W42, charakteryzuje kierunki obserwacji pacjenta w trakcie zabiegu operacyjnego, obejmujące monitorowanie w zakresie podstawowym i rozszerzonym; 6. D.W43, zna przebieg procesu znieczulania oraz zasady i metody opieki nad pacjentem po znieczuleniu; 7. D.W44, charakteryzuje metody znieczulenia regionalnego i zadania pielęgniarki anestezjologicznej w trakcie i po znieczuleniu regionalnym; **Umiejętności** 1. D.U10, ocenia stan ogólny pacjenta w kierunku powikłań po specjalistycznych badaniach diagnostycznych i powikłań pooperacyjnych; 2. D.U22, prowadzi rozmowę terapeutyczną; 3. D.U26, przekazuje informacje o stanie zdrowia chorego członkom zespołu terapeutycznego; **Kompetencje** 1. D.K1, szanuje godność i autonomię osób powierzonych opiece; 2. D.K4, wykazuje odpowiedzialność moralną za człowieka i wykonywanie zadań 3. D.K5, przestrzega praw pacjenta; 4. D.K6, rzetelnie i dokładnie wykonuje powierzone obowiązki zawodowe; 5. D.K10, przejawia empatię w relacji z pacjentem i jego rodziną oraz współpracownikami.

<table>
<tr><td colspan="5">SCENARIUSZ SYMULACJI MEDYCZNEJ POŚREDNIEJ WIERNOŚCI – PW
Autor; dr nauk o zdrowiu Katarzyna Jańczuk</td><td>Nr porządkowy</td><td>PW…zgodnie z wykazem……..</td></tr>
<tr><td>Czas zajęć</td><td>45 Min.</td><td>Czas scenariusza</td><td>15 Min.</td><td>Liczba studentów</td><td colspan="2">6-7</td></tr>
<tr><td>Nazwa</td><td colspan="6">Asystowanie podczas intubacji dotchawiczej</td></tr>
<tr><td>Cel główny</td><td colspan="6">Nauka asystowania podczas intubacji dotchawiczej</td></tr>
<tr><td>Cel szczegółowy</td><td colspan="6">5. Asystowanie podczas wykonywania laryngoskopii bezpośredniej
6. Przygotowanie sprzętu niezbędnego podczas trudnej intubacji
7. Rozpoznanie wczesnych powikłań</td></tr>
<tr><td>Metoda</td><td colspan="6">Symulacji medycznej pośredniej wierności</td></tr>
<tr><td colspan="7">INFORMACJE TECHNICZNE I ORGANIZACYJNE</td></tr>
<tr><td>Nr Sali</td><td>Nr 201</td><td>Numer stanowiska</td><td>Nr 1</td><td>Nr trenażera, fantomu</td><td colspan="2">Nr zgodnie z wykazem</td></tr>
<tr><td>Sprzęt wielokrotnego użytku</td><td colspan="3">1. Wózek transportowy z pacjentem jako stół operacyjny
2. Zestaw do podania leku dożylnie
3. Kardiomonitor z dodatkowym wyposażeniem: do pomiaru wartości saturacji, różne rozmiary mankietów do pomiaru ciśnienia tętniczego.
4. Laryngoskop z kompletem łopatek do intubacji</td><td>Sprzęt jednorazowego użytku</td><td colspan="2">3. Bielizna operacyjna
4. Strzykawki
- nr 20 – 4 szt.- podpisane PROPOFOL
- nr 10 – 8 szt. – 4 podpisane SCOLINA i 4 podpisane NIMBEX
- nr 2 – 4 szt- podpisane FENTANYL
- nr 20 bez podpisu – 4 szt
3. igły do nabierania leków nr 16 – szt
4. Rękawiczki jednorazowe :
- rozmiar L 12 sztuk
- rozmiar M 12 sztuk
- rozmiar S 12 sztuk
5. tasiemka z bandaża ok 50 cm
6. Rurki intubacyjne rozmiar 6, 7, 8.
7. prowadnica do rurki intubacyjnej sztywna
8. prowadnica do rurki intubacyjnej typu bougie
9. stetoskop
10. maska twarzowa nr 3</td></tr>
<tr><td>Pozostałe wyposażenie</td><td colspan="3">3. Historia choroby
4. Karta znieczulenia</td><td>Ubrania i charakteryzacja</td><td colspan="2">1. fantom ubrany w bieliznę operacyjną</td></tr>
<tr><td>Informacja ogólna dla technika</td><td colspan="6">Fantom kobiety z przyklejonymi 5 elektrodami do monitorowania EKG, w koszuli operacyjnej leżacy na stole operacyjnym. Dwa wkłucia obwodowe w grzbietową część dłoni w kolorze zielonym i białym - jeden z podłączoną kroplówką 500 ml. Optylite. Drugie wkłucie zabezpieczone korkiem. Obok stołu operacyjnego stolik ze sprzętem do intubacji (dwa laryngoskopy, łopatki do laryngoskopu w rozmiarze 3 i 4, strzykawka jednorazowa 20ml, ucięty bandaż długości ok 50 cm, rurki intubacyjne rozmiar 6, 7, 8. Maska twarzowa nr 3. Komplet rur karbowanych z workiem oddechowym do wentylacji pacjenta. Monitor z funkcją monitorowania EKG, RR, saturacji. Zestaw leków niezbędnych do znieczulenia pacjenta (Strzykawka 20 ml z oznakowaniem Propofol, strzykawka 10 ml z oznakowaniem Scolina, strzykawka 2 ml z oznakowaniem fentanyl, strzykawka 10 ml z oznakowaniem Nimbex). Stetoskop.</td></tr>
</table>

Parametry początkowe symulatora	Nazwa	R - oddech	EKG	NIBP	SpO_2	CO_2	Temp. ^0C	Sinica%	Oczy	Obrzęki	
	Liczba	16	72	125/70	98%						
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia:									
Czynności początkowe		Wykładowca: • Przed rozpoczęciem zajęć sprawdza sposób przygotowania stanowiska i kompletacje. • Sprawdza listę uczestników i kartę informacyjną scenariusza itp. • Rozpoczyna scenariusz — prosząc o wyłączenie telefonów, zajęcie miejsc									

REALIZACJA SCENARIUSZA

WPROWADZENIE – PREBREFING:

PLAN PREBRIEFINGU:

17. Zapoznanie z tematem szkolenia/kursu/scenariusza.
18. Zaprezentuj części szkolenia/zajęć: prebriefing, scenariusz, debriefing i określ ramy czasowe.
19. Przedstawienie i omówienie krótkie celu i celów pośrednich scenariusza — rozmowa dyskusja w oparciu o informacje *dla* studentów i informacje dla wykładowców.
20. Przedstaw gdzie będzie przeprowadzany scenariusz (SOR, sala pacjenta, sala opatrunkowa, mieszkanie pacjenta).
21. Zaprezentuj przypadek kliniczny: *Pacjent Jan Kowalski itd.*
22. Zaproponuj podział ról w grupie, wyznacz lidera (jeśli potrzebny).
23. Upewnij się czy poszczególni członkowie zespołu wiedzą za co są odpowiedzialni, czy rozumieją swoją rolę.
24. Zaproś uczestników do Sali symulacyjnej w celu zapoznania z salą i ze sprzętem.
31. Tematem dzisiejszego szkolenia będzie nauka asystowania podczas intubacji dotchawiczej.
32. Scenariusz został podzielony na 3 części:
    - Część pierwsza prebriefing, stanowiący wprowadzenie do scenariusza, który będzie trwał 10 minut.
    - Część druga to realizacja scenariusza, trwająca 15 minut.
    - Część trzecia jest to debriefing stanowiący omówienie i podsumowanie wykonywanego scenariusza, który będzie trwał 20-25 minut.

Zajęcia będą trwały 4 godz. więc każdy z was będzie mógł przećwiczyć scenariusz wcielając się różne role

33. Realizując dzisiejszy temat zajęć szczególną uwagę zwrócimy na:
    - Wskazania do wykonania intubacji dotchawiczej i jej powikłania.
    - Strategia oraz metody postępowania podczas trudnej intubacji.
    - Rozpoznanie wczesnych powikłań
34. Scenariusz będzie realizowany na sali opercyjnej na bloku operacyjnym.
35. Pozwólcie, że przejdę teraz do przedstawienia przypadku klinicznego

Anna Kowalska lat 28

Na blok operacyjny trafia pacjentka do znieczulenia ogólnego dotchawiczego, do operacji pęcherzyka żółciowego. Jest młodą, szczupłą osobą. W skali Malampatiego oceniona przez anestezjologa na stopień 2. W przeszłości operowana w znieczuleniu ogólnym dotchawiczym bez odnotowanych powikłań. Pacjentka w premedykacji do zabiegu otrzymała 7,5 mg Midazolamu. Pacjentka jest spokojna i opanowana, zgoda na zabieg i znieczulenie podpisana wieczorem dnia poprzedniego. Ciśnienie, tętno i oddech w granicach normy. Założone dwa wkłucia obwodowe, do jednego podłączony podgrzany wlew kroplowy 500 ml. Optylite.

36. Czy wszystkie przedstawione przeze mnie informacje są zrozumiałe?
37. Teraz przydzielę Wam role, jakie będziecie pełnić w tym scenariuszu (mówimy czym będą się zajmowały osoby podczas scenariusza i dopiero przydzielamy role-przydzielamy pojedynczo, tzn. rola i osoba)

Kto czuje się na siłach, aby być dzisiaj **liderem - pielęgniarką 1.**
Lider – pielęgniarka 1 - to osoba odpowiedzialna za podłączenie pacjenta do monitora oraz będzie odpowiedzialna za podłączenie pacjenta do monitora oraz będzie odpowiedzialna za wykonanie pomiarów parametrów życiowych. Koordynuje pracę innych pielęgniarek.
(jeśli się nie zgłosi wybieramy osobę najbardziej aktywną).

Potrzebujemy jeszcze **pielęgniarkę nr 2,** która będzie odpowiedzialna za sprawdzenie leków oraz odpowiedzialna będzie za podanie leków do uśpienia i zwiotczenia pacjenta przed wykonaniem intubacji dotchawiczej

Potrzebujemy jeszcze jedną pielęgniarkę, **pielęgniarkę nr 3**, która będzie odpowiedzialna za podanie sprzętu niezbędnego do wykonania intubacji dotchawiczej i podłączenia do aparatu do znieczulenia.

Kolejne trzy osoby potrzebne podczas scenariusza to obserwatorzy.
Pierwszym obserwatorem będzie….. odpowiedzialna będzie za obserwowanie wykonywanych procedur.

Drugim obserwatorem będzie….. odpowiedzialna będzie za obserwowanie komunikacji w zespole..

Trzecim obserwatorem będzie….. odpowiedzialna będzie za obserwowanie pracy całego zespołu.

38. **Czy wszyscy wiedzą jakie role zostały im przydzielone?**
….., jesteś liderem- pielęgniarką 1, powiedz za co będziesz odpowiedzialna w czasie dzisiejszego scenariusza?
odpowiedzialna za podłączenie pacjenta do monitora oraz będzie odpowiedzialna za wykonanie pomiarów parametrów życiowych. Koordynuje pracę innych pielęgniarek.
……jesteś pielęgniarką 2, powiedz na czym polega dzisiaj twoja praca?
odpowiedzialna za podanie leków do uśpienia i zwiotczenia pacjenta przed wykonaniem intubacji dotchawiczej
……jesteś pielęgniarką 3, przypomnij, co będzie należało dzisiaj do twoich obowiązków?
odpowiedzialna za podanie sprzętu niezbędnego do wykonania intubacji dotchawiczej i podłączenia do aparatu do znieczulenia.
……jesteś pierwszym obserwatorem, przypomnij, co należy do twoich obowiązków podczas dzisiejszego scenariusza?
……jesteś drugim obserwatorem, przypomnij, co należy do twoich obowiązków podczas dzisiejszego scenariusza?
……jesteś trzecim obserwatorem, przypomnij, co należy do twoich obowiązków podczas dzisiejszego scenariusza?
39. Czy wszyscy rozumieją swoje role Jeżeli nie ma pytań, przechodzimy do sali symulacji medycznej
18. Zapraszam do sali symulacji w celu zapoznania się ze sprzętem.
Upewnijcie się, że znacie sprzęt na którym będziecie pracować.

INFORMACJE DLA STUDENTÓW	INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW
W dniu dzisiejszym nauczymy się asystowania podczas intubacji dotchawiczej. Intubacja to zabieg polegający na wprowadzeniu do tchawicy specjalnej rurki intubacyjnej. Rurka wprowadzana jest przez nos lub usta. Udrażnia ona drogi oddechowe, chroni przed aspiracją treści pokarmowej do płuc (podczas wymiotów u nieprzytomnych pacjentów), umożliwia podłączenie chorego do respiratora i prowadzenie znieczulenia ze sztuczną wentylacją. Przez rurkę możliwe jest odsysanie wydzieliny z dróg oddechowych czy podawanie niektórych leków. Przed operacją odbywa się to po podaniu środków usypiających i zwiotczających. W nagłych wypadkach pacjent jest zwykle nieprzytomny. Obecnie używa się giętkich, jednorazowych plastikowych rurek. Rurka ma długość	1. Wyobraźcie sobie, że jesteście na bloku operacyjnym, jakiego postępowania oczekujecie od personelu tam pracującego? **Odp.** Każdy przybywający na blok operacyjny pacjent oczekuje od personelu profesjonalnego podejścia do wykonywanych zadań. 2. Jak uważacie, czy odpowiedzialność za pacjenta ma związek ze znajomością sprzętu niezbędnego do wykonania intubacji dotchawiczej? **Odp.** Tak, jest to niezwykle ważne z uwagi na to, że podczas intubacji dotchawiczej pacjent znajduje się w bezpośrednim zagrożeniu życia.

około 20 centymetrów. Jej rozmiar dobierany jest między innymi do płci i wieku. Rozmiar założonej rurki powinien być dostosowany do pacjenta i powinien być dobrany największy możliwy do założenia (widoczny podczas laryngoskopii)

1. Wskazania do intubacji

Wskazania do intubacji obejmują:

- operacje przeprowadzane w znieczuleniu ogólnym, podczas których niemożliwe jest prowadzenie wentylacji za pomocą maski lub które wymagają całkowitego zniesienia napięcia mięśniowego i prowadzenia mechanicznej wentylacji za pomocą respiratora (zwiotczenie mięśni wiąże się ze zwiotczeniem również mięśni oddechowych, na przykład mięśni międzyżebrowych; bez działania mięśni oddechowych samoistne oddychanie jest niemożliwe – czyli bez prowadzenia sztucznej wentylacji pacjent umiera);
- operacje, podczas których istnieje zwiększone ryzyko aspiracji (czyli przedostania się) treści pokarmowej do płuc - jest to bardzo niebezpieczne, gdyż może prowadzić do ciężkiego, zachłystowego zapalenia płuc, które może doprowadzić do zgonu pacjenta;
- operacje w obrębie szyi i dróg oddechowych oraz operacje wykonywane w obrębie głowy - na przykład znieczulenie w laryngologii i stomatologii (intubacja przez nos);
- operacje na klatce piersiowej;
- schorzenia, które przebiegają z niewydolnością oddechową i wymagają zastosowania sztucznej wentylacji przy użyciu respiratora (dotyczy to pacjentów w ciężkim stanie z oddziałów intensywnej terapii - w takich wypadkach, gdy nie można odłączyć pacjenta od respiratora po 7 dniach, zamienia się rurkę intubacyjną na rurkę tracheostomijną, którą wprowadza się bezpośrednio do tchawicy, a jej koniec wystaje przez otwór tracheostomijny na szyi pacjenta);
- zapewnienie drożności dróg oddechowych - nagłe zaburzenia oddychania, np. zatrzymanie oddechu współistniejące z zatrzymaniem akcji serca (intubacja jest tu elementem reanimacji pozwalającym na sztuczne wentylowanie pacjenta, co wraz z masażem serca zapobiegać ma nieodwracalnym uszkodzeniom mózgu oraz prowadzić do przywrócenia czynności życiowych);
- ułatwienie odsysania wydzieliny z drzewa oskrzelowego.

2. Jak przeprowadza się intubację?

Intubacja dotchawicza polega na umieszczeniu rurki intubacyjnej, która przechodzi przez jamę ustną do tchawicy. Podczas wsuwania rurki do tchawicy stosuje się często znieczulenie miejscowe w żelu lub sprayu. Intubację można przeprowadzać przez usta i nos. Standardowym postępowaniem jest wprowadzenie rurki intubacyjnej

3. Przypomnij proszę jakiego sprzętu potrzebujemy, aby bezpiecznie wykonać intubacje dotchawiczą?

Odp.

Sprzęt potrzebny do intubacji:

- laryngoskop z różnymi łyżkami i zapasowymi bateriami (najlepiej 2 laryngoskopy)
- zestaw rurek intubacyjnych
- taśma do zabezpieczenia rurki
- strzykawka jednorazowa 20 ml.
- stetoskop do potwierdzenia prawidłowego umieszczenia rurki
- kapnograf do potwierdzenia prawidłowego umieszczenia rurki
- ssak, gdyby doszło do regurgitacji
- pomocne- prowadnica typu bougie i zwykła
- kleszczyki Magilla
- zestaw rurek ustno- gardłowych i masek krtaniowych

4. Jak uważasz, czy każdy zabieg operacyjny wymaga nieczulenia ogólnego dotchawiczego?

Odp.

Wskazania do intubacji obejmują:

- operacje przeprowadzane w znieczuleniu ogólnym, podczas których niemożliwe jest prowadzenie wentylacji za pomocą maski lub które wymagają całkowitego zniesienia napięcia mięśniowego i prowadzenia mechanicznej wentylacji za pomocą respiratora (zwiotczenie mięśni wiąże się ze zwiotczeniem również mięśni oddechowych, na przykład mięśni międzyżebrowych; bez działania mięśni oddechowych samoistne oddychanie jest niemożliwe – czyli bez prowadzenia sztucznej wentylacji pacjent umiera);
- operacje, podczas których istnieje zwiększone ryzyko aspiracji (czyli przedostania się) treści pokarmowej do płuc - jest to bardzo niebezpieczne, gdyż może prowadzić do ciężkiego, zachłystowego zapalenia płuc, które może doprowadzić do zgonu pacjenta;
- operacje w obrębie szyi i dróg oddechowych oraz operacje wykonywane w obrębie głowy - na przykład znieczulenie w laryngologii i stomatologii (intubacja przez nos);
- operacje na klatce piersiowej;
- schorzenia, które przebiegają z niewydolnością oddechową i wymagają zastosowania sztucznej wentylacji przy użyciu respiratora (dotyczy to pacjentów w ciężkim stanie z oddziałów intensywnej terapii - w takich wypadkach, gdy nie można odłączyć pacjenta od respiratora po 7 dniach, zamienia się rurkę intubacyjną na rurkę tracheostomijną, którą wprowadza się bezpośrednio do tchawicy, a jej koniec wystaje przez otwór tracheostomijny na szyi pacjen

przez usta nieprzytomnego (w sytuacji nagłego zatrzymania krążenia i oddychania), uśpionego, znieczulonego i zwiotczonego wcześniej pacjenta (na sali operacyjnej przed zabiegiem). Rurkę do tchawicy wprowadza się przy użyciu specjalnego urządzenia o nazwie laryngoskop. Laryngoskop to narzędzie, które pozwala zobaczyć lekarzowi górną część tchawicy, tuż poniżej strun głosowych. Jest to konieczne, aby wprowadzić w prawidłowe miejsce **rurkę intubacyjną**. Podczas tej procedury laryngoskop przytrzymuje język.
Najczęściej używane laryngoskopy składają się z dwóch elementów – tak zwanej łyżki, ze źródłem światła, oraz uchwytu z bateriami. Oba te elementy znajdują się w stosunku do siebie pod kątem prostym. Uchwyt służy do trzymania laryngoskopu. Łyżka zaś jest elementem, który wprowadza się do jamy ustnej, by ucisnąć nią język i podciągnąć żuchwę do przodu. Wszystkie te zabiegi służą uwidocznieniu wejścia do krtani, do której po laryngoskopie wsuwa się rurkę. Kształt laryngoskopu stosowanego u dzieci jest nieco inny. Ważne jest także, aby głowa pacjenta leżała w odpowiedni sposób, co pozwala na lepszy wgląd w jamę ustną, najczęściej pomocne jest odgięcie głowy do tyłu i wysunięcie żuchwy.
Po wprowadzeniu rurki do dróg oddechowych w pierwszej kolejności sprawdza się, czy została umieszczona w drogach oddechowych, a nie w przełyku. W tym celu wdmuchuje się powietrze przez rurkę oraz osłuchuje intubowanego pacjenta. Jeśli rurka została przypadkowo umieszczona w przełyku, nie spełni ona swojego zadania. Może dojść wtedy do niedotlenienia, uszkodzenia mózgu, zatrzymania czynności serca i zgonu. Aspiracja kwaśnej zawartości żołądka może prowadzić do zapalenia płuc i ostrej niewydolności oddechowej, co również może prowadzić do zgonu chorego. Natomiast jeżeli rurka zostanie włożona do dróg oddechowych zbyt głęboko, może spowodować wentylację tylko jednego płuca.
Rurkę do tchawicy wprowadza się tak, by jej koniec znajdował się powyżej rozwidlenia tchawicy. Gdy rurka intubacyjna znajduje się już we właściwym miejscu w tchawicy, przystępuje się do jej umocowania, które ma zapobiec jej przesuwaniu. W tym celu pompuje się strzykawką, przez cienki wężyk przymocowany do rurki i wystający wraz z nią z ust pacjenta, mały balonik, który obejmuje koniec rurki intubacyjnej. Powoduje to, że rozprężony balonik wypełnia przestrzeń między rurką a ścianą tchawicy, co stabilizuje położenie rurki, by nie wsuwała się głębiej ani nie wysuwała. To uszczelnienie chroni też przed aspiracją treści pokarmowej wymieszanej z kwasem solnym w razie wymiotów. Rurka może być podłączona do respiratora, co może pomóc, gdy pacjent jest nieprzytomny lub podczas operacji; może zostać podłączona również do specjalnego worka

- schorzenia, które przebiegają z niewydolnością oddechową i wymagają zastosowania sztucznej wentylacji przy użyciu respiratora (dotyczy to pacjentów w ciężkim stanie z oddziałów intensywnej terapii - w takich wypadkach, gdy nie można odłączyć pacjenta od respiratora po 7 dniach, zamienia się rurkę intubacyjną na rurkę tracheostomijną, którą wprowadza się bezpośrednio do tchawicy, a jej koniec wystaje przez otwór tracheostomijny na szyi pacjen

5. Może ktoś z Was był już kiedyś na bloku operacyjnym jako pacjent i miał wykonane znieczulenie ogólne dotchawicze?

Odp.

Tak, ja miałam.

6. Pamiętasz, jakie czynności były wtedy przy tobie wykonywane przez pielęgniarkę anestezjologiczną przed intubacją dotchawiczą?

Odp.

Pamiętam, że miałam zakładane wenflony, mierzono mi ciśnienie, tętno, pytano o jedzenie, picie i słyszałam, że będą mnie usypiać, ale więcej nic nie pamiętam.

7. Jak uważacie, czy pacjent znieczulany wymaga monitorowania parametrów życiowych?

Odp.

Tak, to bardzo ważna czynność, pacjent operowany, znieczulany znajduje się w bezpośrednim zagrożeniu życia jego stan może się zmieniać z minuty na minutę.

8. Jak wam się wydaje, z jakimi wczesnymi powikłaniami możemy się spotkać podczas intubacji?

Odp.

Aspiracja kwaśnej zawartości żołądka może prowadzić do zapalenia płuc i ostrej niewydolności oddechowej, co również może prowadzić do zgonu chorego. Natomiast jeżeli rurka zostanie włożona do dróg oddechowych zbyt głęboko, może spowodować wentylację tylko jednego płuca.

9. Powiedzcie, czy ważne jest aby znać działanie leków stosowanych podczas znieczulenia?

Odp.

Podczas intubacji podawane są leki zwiotczające mięśnie poprzecznie prążkowane. Są to leki porażające zakończenia nerwów ruchowych. Wprowadzone zostały do lecznictwa w 1942 roku w celu zwiotczenia mięśni w czasie zabiegu operacyjnego. Ich zastosowanie pozwoliło na zmniejszenie dawkowania narkotyków wziewnych, dzięki czemu uzyskano zmniejszenie ryzyka, które towarzyszy znieczuleniu ogólnemu.
Leki porażające zakończenia nerwów ruchowych ze względu na mechanizm działania dzielimy na:

- Leki zwiotczające I rzędu (tzw. kuraryny), inne określenie to leki niedepolaryzujące – do grupy tej należą: tubokuraryna, pankuronium, wekuronium, atrakurium, cis-atrakurium,

używanego do wentylacji pacjenta (na przykład w przebiegu akcji reanimacyjnej). Poza standardową intubacją przez usta można też przeprowadzić w razie potrzeby intubację przez nos, przy użyciu węższych rurek i specjalnych kleszczyków intubacyjnych.

3. Przebieg intubacji podczas operacji

Podczas operacji intubacja jest poprzedzona indukcją znieczulenia – jest ta faza wstępna, okres od podania właściwego środka znieczulającego do momentu, aż pacjent uśnie. Podczas indukcji leki najczęściej podawane są w formie dożylnej, a ich podanie jest poprzedzone kilkuminutowym przyłożeniem maseczki z tlenem do twarzy (natlenienie bierne). Po podaniu leków zaśnięcie następuje po około 30-60 sekundach - pacjent zapada w sen, przestaje reagować na polecenia oraz ustaje odruch rzęskowy. Po zaśnięciu podawane są leki zwiotczające mięśnie - od tego czasu pacjent musi być wentylowany. Zakładana jest rurka intubacyjna, przez którą specjalna maszyna (respirator), jeżeli jest taka potrzeba, podaje operowanemu mieszankę oddechową i leki wziewne.

Podczas intubacji podawane są leki zwiotczające mięśnie poprzecznie prążkowane. Są to leki porażające zakończenia nerwów ruchowych. Wprowadzone zostały do lecznictwa w 1942 roku w celu zwiotczenia mięśni w czasie zabiegu operacyjnego. Ich zastosowanie pozwoliło na zmniejszenie dawkowania narkotyków wziewnych, dzięki czemu uzyskano zmniejszenie ryzyka, które towarzyszy znieczuleniu ogólnemu.

Leki porażające zakończenia nerwów ruchowych ze względu na mechanizm działania dzielimy na:

- Leki zwiotczające I rzędu (tzw. kuraryny), inne określenie to leki niedepolaryzujące – do grupy tej należą: tubokuraryna, pankuronium, wekuronium, atrakurium, cis-atrakurium, alkuronium, Tricuran. Działanie kuraryn można znieść przez podawanie inhibitorów acetylocholinoesterazy, takich jak prostygmina, neostygmina, edrofonium, które hamują rozkład acetylocholiny. Po podaniu leków kolejno zostają porażone mięśnie prążkowane – w pierwszej kolejności porażeniu ulegają mięśnie oczu, następnie mięśnie twarzy, mięśnie głowy, szyi, kończyn, grzbietu; następnie mięśnie oddechowe międzyżebrowe i brzuszne; ostatnia ulega porażeniu przepona. Po ustąpieniu działania powrót funkcji mięśni następuje w odwrotnej kolejności. Leki z tej grupy mogą powodować działania niepożądane, takie jak spadek ciśnienia krwi, zaburzenia rytmu serca, może wystąpić również skurcz oskrzeli, szczególnie u chorych na astmę.
- Leki zwiotczające II rzędu (tzw. pseudokuraryny), określane też jako leki depolaryzujące – w grupie tej przedstawicielem jest sykcynylocholina.

alkuronium, Tricuran. Działanie kuraryn można znieść przez podawanie inhibitorów acetylocholinoesterazy, takich jak prostygmina, neostygmina, edrofonium, które hamują rozkład acetylocholiny. Po podaniu leków kolejno zostają porażone mięśnie prążkowane – w pierwszej kolejności porażeniu ulegają mięśnie oczu, następnie mięśnie twarzy, mięśnie głowy, szyi, kończyn, grzbietu; następnie mięśnie oddechowe międzyżebrowe i brzuszne; ostatnia ulega porażeniu przepona. Po ustąpieniu działania powrót funkcji mięśni następuje w odwrotnej kolejności. Leki z tej grupy mogą powodować działania niepożądane, takie jak spadek ciśnienia krwi, zaburzenia rytmu serca, może wystąpić również skurcz oskrzeli, szczególnie u chorych na astmę.

- Leki zwiotczające II rzędu (tzw. pseudokuraryny), określane też jako leki depolaryzujące – w grupie tej przedstawicielem jest sykcynylocholina.

10. Może ktoś z was wie, jakie ciśnienie powinno być w mankiecie uszczelniającym rurkę intubacyjną?

Odp.

15-25 cmH_2O

11. Przypomnij proszę jakie znasz rodzaje łopatek do laryngoskopu?

Odp.

Proste Millera i zakrzywione Macintosha

12. Przypomnij na jaką głębokośc wprowadza się rurkę intubacyjną?

Odp.

Rurka intubacyjna powinna się znajdować3-4 cm nad rozwidleniem tchawicy

13. Jak uważasz, czy ważne dokładne ocenienie stanu pacjenta podczas intubacji?

Odp.

Podczas intubacji dochodzi do zwiększonego ciśnienia śródczaszkowego, może dojść do zwolnienia akcji serca, a nawet do zatrzymania krążenia.

14. Jak uważasz od czego zależy dobór rurki intubacyjnej?

Odp.

W laryngoskopii bezpośredniej dobieramy rurkę intubacyjną możliwie największą możliwą do założenia.

15. Jakie znasz skale oceniające trudności podczas intubacji?

Odp.

SKALE OCENIAJĄCE TRUDNOŚCI W INTUBACJI

W praktyce klinicznej stworzono wiele skal mających ocenić ryzyko utrudnionej intubacji. Pozwalają one na LEPSZE przygotowanie się do możliwości wystąpienia komplikacji. Stosowanie skal w praktyce nie zmienia postępowania anestezjologicznego a jedynie przypomina o niebezpieczeństwie.

Zastosowanie leków zwiotczających:
- w chirurgii w zabiegach operacyjnych na jamie brzusznej i klatce piersiowej,
- w czasie intubacji dotchawiczej,
- w czasie stosowania długotrwałego oddechu kontrolowanego w niewydolności oddechowej,
- w zatruciu toksynami wywołującymi skurcz mięśni (strychnina, toksyna tężcowa),
- w psychiatrii (w przypadku zastosowania elektrowstrząsów),
- w kardiologii (w razie konieczności zastosowania kardiowersji),
- bardzo rzadko w zabiegach endoskopowych.

Przeciwwskazaniem do stosowania leków zwiotczających jest nużliwość mięśni, czyli myasthenia gravis.

4. Powikłania po intubacji

Intubacja, jak każda medyczna inwazyjna ingerencja, niesie ze sobą ryzyko różnych powikłań. Można do nich zaliczyć:
- bóle gardła, trudności w przełykaniu i chrypkę, które występują u prawie wszystkich chorych zaintubowanych dłużej niż 48 godzin;
- zranienie lub uszkodzenie warg, podniebienia miękkiego, języka, języczka, krtani;
- uszkodzenia lub wyłamania zębów;
- uszkodzenie strun głosowych;
- zwężenie – może pojawić się w razie długotrwałej intubacji; może dojść do uszkodzenia błony śluzowej krtani czy tchawicy, co skutkować może ich trwałym zwężeniem.

Podstawowy problem związany z trudną intubacją wynika z tego, że jest ona często nieprzewidywana do czasu wykonania laryngoskopii, czyli przyrządowego obejrzenia dróg oddechowych. Ze względu na stopień trudności intubacji zabieg możemy podzielić na kilka stopni:
- Intubacja łatwa - widoczna jest szpara głośni; warunki odpowiednie do wprowadzenia rurki intubacyjnej do tchawicy w znacznej większości przypadków;
- Intubacja utrudniona - tylna ściana głośni widoczna wraz z chrząstkami nalewkowatymi lub widoczna nagłośnia, którą można unieść;
- Intubacja trudna - nagłośnia nie poddaje się uniesieniu lub żadne struktury krtani nie są widoczne; wymaga postępowania dodatkowego lub manewrów bez kontroli wzrokowej.

W przypadku utrudnionej intubacji konieczne może być użycie podczas zabiegu specjalnej prowadnicy, która ułatwia założenie rurki intubacyjnej. Czasami konieczne jest również uciśnięcie struktur na szyi.

Używane skale można podzielić na dwie grupy:
- *oceniające stopień zagrożenia trudną intubacją (skala Mallampatiego, skala Wilsona, odległość tarczowo –bródkowa (test Patila))*
- *oceniające trudność podczas wykonywania intubacji (skala Cormacka -Lehane'a)*

SKALA MALLAMPATIEGO

Wprowadzona w 1985r jest obecnie najpopularniejszą skalą służącą ocenie przedoperacyjnych warunków intubacji, głównie z uwagi na jej prostotę.

Skala jest czterostopniowa, za trudną przyjmuje się intubację pacjenta ocenianego na III i IV stopień

Oceny widoczności struktur jamy ustnej i gardła dokonuje się u siedzącego pacjenta, z głową w neutralnej pozycji po maksymalnym otwarciu przez niego ust i wysunięciu języka.

Skala pozwala przewidzieć trudną intubację w 50% przypadków, wynik fałszywie dodatni może dawać ocena pacjenta w pozycji leżącej.
- ***Stopień I** –widoczne podniebienie miękkie z języczkiem, łuki podniebienne i tylna ściana gardła*
- ***Stopień II** –widoczne podniebienie miękkie i podstawa języczka*
- ***Stopień III** –widoczne tylko podniebienie miękkie, reszta struktur zasłonięta przez język*
- ***Stopień IV** –podniebienie miękkie niewidoczne, zasłonięte przez język*

Skala Wilsona

Skala wieloczynnikowa :
- masa ciała
- ruchomość kręgosłupa szyjnego
- ruchomość w stawach skroniowo -żuchwowych
- cofnięta broda
- wystające zęby

Poszczególnym cechom przypisano punktację 0-2 – im wyższa punktacja tym większe ryzyko wystąpienia trudności podczas intubacji.

Odległość tarczowo –bródkowa (test Patila)

Odległość pomiędzy bródką (dolna krawędź żuchwy) a wypukłością chrząstki tarczowej przy maksymalnym odgięciu głowy.

Norma powyżej 6 - 6,5 cm . Kłopoty podczas intubacji zapowiada odległość mniejsza niż 5-6 cm .

Szerokość otwarcia ust

Odległość pomiędzy siekaczami, norma 5-6 cm w przypadku odległości mniejszej niż 3 cm mogą wystąpić trudności przy intubacji

Jeżeli intubacja będzie planowa (na przykład w związku z planowanym zabiegiem operacyjnym w znieczuleniu ogólnym), podczas kwalifikacji chorego do operacji lekarz anestezjolog podczas badania zwróci uwagę na:

- owłosienie twarzy,
- obecność wad w obrębie żuchwy czy szczęki,
- ograniczone otwieranie ust (widoczne podniebienie miękkie, języczek, gardło i zarys migdałków,widoczne podniebienie miękkie i języczek,widoczne podniebienie miękkie i podstawa języczka,nie widać podniebienia miękkiego).

Im wyższy stopień, tym trudniejsza intubacja.

5. Inne metody utrzymywania drożności dróg oddechowych

- Combitube to również przyrząd służący do udrażniania dróg oddechowych. Stanowi alternatywę dla intubacji dotchawiczej. Jego zaletą jest prostszy system zakładania. W większości przypadków przy ślepej (czyli bez użycia laryngoskopu) intubacji za pomocą Combitube dochodzi do przedostania się rurki do przełyku. Po uszczelnieniu mankietów mieszanina oddechowa dostaje się do tchawicy. Combitube składa się z pojedynczej rurki o podwójnym świetle (zawiera kanał przełykowy i tchawiczy), z których jedno jest ślepo zakończone (kanał przełykowy). Powyżej ujścia przełykowego na powierzchni rurki znajdują się otwory służące do wentylacji. W skład zestawu wchodzą również dwa mankiety uszczelniające, zapobiegające przedostawaniu się powietrza do przełyku i wstecznie do jamy ustnej.

- **Maska krtaniowa** (LMA – laryngeal mask airway) – to również przyrząd używany do udrażniania dróg oddechowych. Poprzez brak konieczności odginania głowy przy zakładaniu może być traktowana jako metoda z wyboru przy udrażnianiu dróg oddechowych u osób z urazami kręgosłupa szyjnego. Maska krtaniowa, w odróżnieniu od rurki intubacyjnej, stanowi przyrząd wielokrotnego użytku (nawet do ٤٠ razy), gdyż można ją dezynfekować. Jej wadą jest niezabezpieczenie dróg oddechowych przed aspiracją treści żołądkowej.
- Rurka krtaniowa (laryngeal tube) – kolejny przyrząd do udrażniania dróg oddechowych. Jest to rurka w kształcie litery „S", wyposażona w dwa mankiety uszczelniające: gardłowy (duży) i przełykowy (mały). Mankiety wypełniane są powietrzem przez jeden balonik kontrolny. Wentylacja następuje poprzez duży otwór pomiędzy mankietami. **Rurka krtaniowa** znajduje zastosowanie głównie tam, gdzie intubacja nie jest możliwa lub gdy personel nie może jej wykonać.

SKALA LARYNGOSKOPOWA CORMACKA – LEHANE'A

Czterostopniowa skala, która pozwala na obiektywizację trudności procedury podczas bezpośredniej laryngoskopii a nie do przewidywania ewentualnych trudności podczas intubacji.

– ***Stopień I*** – pełna ekspozycja szpary głośni
– ***Stopień II*** – punkty orientacyjne możliwe do identyfikacji, wejście do krtani częściowo zasłonięte przez nagłośnię
– ***Stopień III*** – wejście do krtani prawie całkowicie zasłonięte przez nagłośnię
– ***Stopień IV*** – wejście do krtani całkowicie zasłonięte a czasem niewidoczna także nagłośnia

Jakie jeszcze…
Jak myślicie….
Co sądzicie….
Zabrakło mi….

Dziękuję za wyczerpujące wypowiedzi, udało nam się uzyskać potrzebne informacje do wykonania scenariusza.

Kto czuje się na siłach, aby być dzisiaj **liderem - pielęgniarką 1.**
Lider – pielęgniarka 1 - to osoba odpowiedzialna za podłączenie pacjenta do monitora oraz będzie odpowiedzialna za wykonanie pomiarów parametrów życiowych. Koordynuje pracę innych pielęgniarek.
(jeśli się nie zgłosi wybieramy osobę najbardziej aktywną).
Potrzebujemy jeszcze **pielęgniarkę nr 2,** która będzie odpowiedzialna za podanie leków do uśpienia i zwiotczenia pacjenta przed wykonaniem intubacji dotchawiczej

Potrzebujemy jeszcze jedną pielęgniarkę, **pielęgniarkę nr 3**, która będzie odpowiedzialna za podanie sprzętu niezbędnego do wykonania intubacji dotchawiczej i podłączenia do aparatu do znieczulenia.

Kolejne trzy osoby potrzebne podczas scenariusza to obserwatorzy.
Pierwszym obserwatorem będzie…..
odpowiedzialna będzie za obserwowanie wykonywanych procedur.

Drugim obserwatorem będzie…..
odpowiedzialna będzie za obserwowanie komunikacji w zespole.

Trzecim obserwatorem będzie…..
odpowiedzialna będzie za obserwowanie pracy całego zespołu.

- Konikotomia – zabieg laryngologiczny polegający na przecięciu więzadła pierścienno-tarczowego, umieszczonego między dolnym brzegiem blaszki chrząstki tarczowatej krtani oraz górnym brzegiem łuku chrząstki pierścieniowatej krtani. Stosowany jako szybki i doraźny sposób udrożnienia dróg oddechowych, które zostały zablokowane na wysokości lub powyżej szpary głośni.

Jak każdy zabieg, intubacja obarczona jest pewnym ryzykiem powikłań, najczęściej zdarzają się uszkodzenia uzębienia, uszkodzenie warg i podniebienia, bolesność gardła, męczący kaszel i chrypka, trudności z przełykaniem śliny. Zmiany zwyrodnieniowe krtani, zrosty i zwężenia zdarzają się bardzo rzadko, tylko w przypadkach długotrwałej wentylacji mechanicznej z zastosowaniem intubacji dotchawiczej. Po każdorazowym wykonaniu intubacji lekarz anestezjolog za pomocą słuchawek lekarskich sprawdza, czy rurka znajduje się w układzie oddechowym. Mniej doświadczonym, młodym lekarzom lub ratownikom medycznym może się zdarzyć, że próba intubacji się nie powiedzie za pierwszym razem i wprowadzą rurkę do przewodu pokarmowego. Wówczas należy natychmiast powtórzyć intubację dotchawiczą. **Zabieg intubacji**, mimo że jest inwazyjny, najczęściej jest bardzo bezpieczny.

Sprzęt potrzebny do intubacji:
- laryngoskop z różnymi łyżkami i zapasowymi bateriami (najlepiej 2 laryngoskopy)
- zestaw rurek intubacyjnych
- taśma do zabezpieczenia rurki
- strzykawka jednorazowa 20 ml.
- stetoskop do potwierdzenia prawidłowego umieszczenia rurki
- kapnograf do potwierdzenia prawidłowego umieszczenia rurki
- ssak, gdyby doszło do regurgitacji
- pomocne- prowadnica typu bougie i zwykła
- kleszczyki Magilla
- zestaw rurek ustno- gardłowych i masek krtaniowych

Intubacja dotchawicza krok po kroku:
- przygotuj potrzebny sprzęt
- lekarz anestezjolog natlenia pacjenta (proeksygenacja bierna)
- ułożenie pacjenta – szyja lekko zgięta, głowa wyprostowana (wąchanie porannego powietrza), poduszka pod głową
- podanie leków usypiających i zwiotczających
- podaj laryngoskop lekarzowi do lewej ręki
- na zlecenie lekarza podaj odpowiednią rurkę intubacyjną do prawej ręki. Zwykle rurkę intubacyjną wprowadza się na głębokość 23 cm, mierząc od poziomu siekaczy u dorosłych mężczyzn i 21 cm u dorosłych kobiet

2. **Czy wszyscy wiedzą jakie role zostały im przydzielone?**

….., jesteś liderem- pielęgniarką 1, powiedz za co będziesz odpowiedzialna w czasie dzisiejszego scenariusza?
……jesteś pielęgniarką 2, powiedz na czym polega dzisiaj twoja praca?
……jesteś pielęgniarką 3, przypomnij, co będzie należało dzisiaj do twoich obowiązków?
……jesteś pierwszym obserwatorem, przypomnij, co należy do twoich obowiązków podczas dzisiejszego scenariusza?
……jesteś drugim obserwatorem, przypomnij, co należy do twoich obowiązków podczas dzisiejszego scenariusza?
……jesteś trzecim obserwatorem, przypomnij, co należy do twoich obowiązków podczas dzisiejszego scenariusza?

Czy wszyscy rozumieją swoje role? Jeżeli nie ma pytań, przechodzimy do sali symulacji medycznej

Zapraszam do sali symulacji w celu zapoznania się ze sprzętem.
Upewnijcie się, że znacie sprzęt na którym będziecie pracować.

- po wprowadzeniu rurki podłącz ją do sprzętu do wentylacji, np. do worka samorozprężalnego, przenośnego respiratora lub do aparatu do znieczulenia - napełnij mankiet uszczelniający strzykawką 20 ml wypełnioną powietrzem. Mankiet powinien być wypełniony do chwili, aż ustanie przeciek powietrza wokół rurki podczas wentylacji dodatnim ciśnieniem. - potwierdź prawidłowe położenie rurki, używając wzroku, słuchu i czucia - podaj bandaż do zabezpieczenia rurki intubacyjnej.	

ZAPOZNANIE STUDENTÓW ZE SPRZĘTEM	
Wykładowca	Będziemy pracować dzisiaj na bloku operacyjnym, na sali operacyjnej. Będziecie używać sprzętu monitorującego podstawowe parametry życiowe (monitor z funkcją monitorowania EKG, saturacji, NIBP, kapnografii), używać sprzętu niezbędnego do wykonania intubacji dotchawiczej (laryngoskop z różnymi łyżkami, zestaw rurek intubacyjnych, taśma do zabezpieczenia rurki, stetoskop do potwierdzenia prawidłowego umieszczenia rurki, prowadnica typu bougie i zwykła, kleszczyki Magilla, zestaw rurek ustno- gardłowych i masek krtaniowych), będziecie podawać leki zwiotczające i usypiające oraz zapoznacie się ze ssakiem, które jest nieodłącznym wyposażeniem sali operacyjnej.
Student	Każdy student zapoznaje się ze sprzętem, poznaje funkcje monitora podstawowych parametrów życiowych, włączy sprzęt.
SCENARIUSZ SYMULACJI	
Opis scenariusza	Anna Kowalska lat 28 Na blok operacyjny trafia pacjentka do znieczulenia ogólnego dotchawiczego, do operacji pęcherzyka żółciowego. Jest młodą, szczupłą osobą. W skali Malampatiego oceniona przez anestezjologa na stopień 2. W przeszłości operowana w znieczuleniu ogólnym dotchawiczym bez odnotowanych powikłań. Pacjentka w premedykacji do zabiegu otrzymała 7,5 mg Midazolamu. Pacjentka jest spokojna i opanowana, zgoda na zabieg i znieczulenie podpisana wieczorem dnia poprzedniego. Ciśnienie, tętno i oddech w granicach normy. Założone dwa wkłucia obwodowe, do jednego podłączony podgrzany wlew kroplowy 500 ml. Optylite.
Obecny stan kliniczny	Parametry życiowe w normie, pacjentka wyciszona, podsypiająca.
Wywiad	Pacjentka beż obciążeń chorobowych. Nie przyjmuje żadnych leków na stałe.

Przebieg scenariusza Ścieżka 1	Podział na role: 1. Lider- pielęgniarka 1 – odpowiedzialna za podłączenie pacjenta do monitora oraz będzie odpowiedzialna za wykonanie pomiarów parametrów życiowych. Koordynuje pracę innych pielęgniarek. **Nawiązuje kontakt z pacjentem**. - jesteśmy już na Sali operacyjnej, podłączę panią teraz do aparatury monitorującej, abyśmy mogli czuwać nad panią podczas całego zabiegu operacyjnego, aby czuła się pani bezpiecznie - proszę się nie obawiać, jest pani pod profesjonalną opieką Podłącza pacjenta do monitora zakładając czujnik do puls oksymetru, mankiet do nieinwazyjnego pomiaru ciśnienia tętniczego oraz podłącza EKG 5-odprowadzeniowe.wiesza również kroplówkę i ją otwiera. O wartościach parametrów informuje lekarza i zapisuje w karcie znieczulenia jeśli lekarz tego nie uczynił Pielęgniarka 2 odpowiedzialna za podanie leków do uśpienia i zwiotczenia pacjenta przed wykonaniem intubacji dotchawiczej Na zlecenie lekarza pielęgniarka 2 podaje pacjentowi leki Proszę podać pacjentce 2 ml Fentanylu - Będę podawała teraz pani leki, proszę powiedzieć czy nie boli żyła w trakcie podawania - Po tym leku może się pani zakręcić w głowie, proszę się tego nie bać, ten lek tak działa, **Lekarz zakłada maskę twarzową na usta i nos pacjentki prosząc o nabranie trzech głębokich wdechów** - zaraz będzie pani spała, proszę się nie bać Na zlecenie lekarza podaje powoli 160 mg Propofolu - proszę pani już będzie pani zasypiać, podczas podawania leku może zapiec panią żyła, nie jest to przyjemne odczucie ale ten lek niestety może tak zadziałać Na zlecenie lekarza podaje 60 mg Scoliny (u pacjenta występują drżenia mięśniowe)	Przebieg scenariusza: **pacjent** - dobrze róbcie wszystko abym czuła się bezpiecznie, pamiętajcie, że chcę się obudzić, bo mam małe dzieci w domu - bardzo się cieszę - nie, nic mnie nie boli - tak właśnie mi się zakręciło nie jest to przyjemne uczucie - nie, nic mnie nie boli, już mi się mocno kręci w głowie

Przebieg scenariusza Ścieżka 1	Na zlecenie lekarza pielęgniarka 3 odpowiedzialna za podanie sprzętu niezbędnego do wykonania intubacji dotchawiczej i podłączenia do aparatu do znieczulenia. Na zlecenie lekarza pielęgniarka 3 podaje lekarzowi laryngoskop do prawej ręki Lekarz zakłada laryngoskop, uwidacznia nagłośnię i prosi o podanie rurki intubacyjnej nr 7. Pielęgniarka nr 3 podaje odpakowaną rurkę intubacyjną do prawej ręki anestezjologa, który wprawnym ruchem zakłada ją do tchawicy Pielęgniarka 3 uszczelnia mankiet rurki intubacyjnej i podłącza pacjenta do respiratora aparatu do znieczulenia Lekarz przymocowuje rurkę intubacyjną i osłuchuje pacjenta. Pielęgniarka nr 3 obserwuje ruchy klatki piersiowej, parowanie rurki intubacyjnej i osłuchuje pacjenta Wszyscy zgodnie stwierdzają, że pacjent jest prawidłowo zaintubowany, szmery oddechowe nad polami płuc słyszalne po obu stronach jednakowo.	

PALETA 1 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE WRAZ Z PRAWIDŁOWYM PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna											
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	R - oddech	EKG	NIBP	SpO_2						
	Liczba	12	78	90/60	98						
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia dotyczą:									

PALETA 2 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE WRAZ Z PRAWIDŁOWYM PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna											
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	R - oddech	EKG	NIBP	SpO_2						
	Liczba										
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia dotyczą:									

PALETA 3 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE NIEZGODNIE Z PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna											
Parametry początkowe symulatora	Nazwa										
	Liczba										
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia dotyczą:									

PALETA 4 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE NIEZGODNIE Z PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna											
Parametry początkowe symulatora	Nazwa										
	Liczba										
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia dotyczą:									

DEBRIEFING:	
INFORMACJE DLA STUDENTÓW	**INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW**
Na dzisiejszych zajęciach zdobyliście umiejętność asystowania lekarzowi podczas intubacji dotchawiczej do zabiegu operacyjnego. Tę umiejętność możecie wykorzystać podczas praktyk, podczas resuscytacji krążeniowo-oddechowej oraz egzaminu OSCE	1. Jak się czujecie po zrealizowaniu scenariusza. Faza opisowa Pytanie do Pielęgniarki 1, 2,3 i obserwatorów Jakie zadania miałaś dzisiaj do wykonania? Jakie decyzje podjęłaś? Faza analizy **Pielęgniarka1** Z czego jesteś najbardziej zadowolona, co wyszło ci najlepiej? **Pielęgniarka 2,3, j/w** **Pielęgniarka 1** Czy jest coś, co chciałbyś poprawić? **Obserwator 1,2** Czy w tej sytuacji postąpiłbyś inaczej? Jeśli tak, to jak ty byś to zrobił? Faza czynności **Pielęgniarka:** Co mogłabyś poprawić? Jak mogłabyś to poprawić? Czy zgadzasz się z tym co powiedziała koleżanka? Jak ty byś postąpiła w tej sytuacji? Wydaje mi się, że zabrakło…..? Zgodzisz się, że lepszym rozwiązaniem byłoby….? Powiedziałaś, że zmierzyłaś parametry życiowe pacjenta, przypomnij jakie są normy?

	Sprawdzałaś drożność wkłucia, powiedz po co to robiłaś? Cieszę się, że zaniepokoiło cię…. **Obserwator:** Jakie atuty komunikacji zauważyłaś w zespole? Jak uważasz przekaz komunikatów w grupie był jasny? Co najbardziej podobało ci się podczas wykonywania procedur? Jak uważasz parametry zostały zmierzone prawidłowo? Jak myślisz leki zostały podane we właściwy sposób? Jak uważasz, czy przebieg intubacji był prawidłowy? Jak uważasz podczas wykonywanych czynności były przestrzegane procedury medyczne? Jest coś co zrobiłbyś inaczej? Co by to zmieniło? Co byś dodał do dzisiejszych zajęć? **<u>Faza podsumowania</u>** Czego nauczyłaś się z tego scenariusza? Jakich czynności z tego scenariusz nauczyłaś się? Gdzie w przyszłości wykorzystasz umiejętność jakiej się dzisiaj nauczyłaś? Bardzo dziękuję za dzisiejsze zajęcia. Nauczyliście się postępowania w czasie asystowania do intubacji dotchawiczej. Wiecie już jak ważne jest monitorowanie pacjenta w celu wykrycia zagrożeń. Dowiedzieliście się też, że ważne jest dokładne przygotowanie zestawu do intubacji, oraz sprawdzenie, czy sprzęt jest sprawny. Po dzisiejszych zajęciach, zapamiętacie, że pacjent w boi się o swoje życie i oczekuje od nas profesjonalnego działania. Czas, w którym pozbawiamy pacjenta jego własnego napędu oddechowego to moment bezpośredniego zagrożenia życia. Na kolejnych zajęciach będziemy zajmowali się pacjentem, który…
Zastosowanie umiejętności:	Podczas ZP w szpitalu oraz egzaminie OSC
Literatura	4. Procedury zabiegowe – T. Nutbeam, R. Daniels PZWL Warszawa 2012, str. 88-92 5. Anestezjologia i intensywna opieka – L. Wołowicka, D. Dyk, str. 49- 51; 53-63 6. Standardy anestezjologicznej opieki pielęgniarskiej – Krajewska-Kułak E., Rolka H., Jankowiak B. str. 32-33; 37-68; 79-83
Umiejętności podstawowe:	**Wiedzy:** 4. Normy parametrów życiowych 5. Sprzęt niezbędny do intubacji tchawicy 6. Leki stosowane w znieczuleniu dotchawiczym **Umiejętności:** 4. Monitorowanie podstawowych parametrów życiowych 5. Asystowanie podczas intubacji dotchawiczej 6. Podanie leków dożylnie do znieczulenia ogólnego

Efekty kształcenia	**Wiedza** 1. D.W26, zna metody, techniki i narzędzia oceny stanu świadomości i przytomności; 2. D.W32, zna zasady przygotowania pacjenta do zabiegu operacyjnego w trybie pilnym i planowym oraz w chirurgii jednego dnia; 3. D.W33, zna kierunki obserwacji pacjenta po zabiegu operacyjnym, w celu zapobiegania wczesnym i późnym powikłaniom; 4. D.W40, zna standardy i procedury postępowania w stanach nagłych i zabiegach ratujących życie; 5. D.W41, zna zasady przygotowania sali operacyjnej do zabiegu w znieczuleniu ogólnym i regionalnym; 6. D.W43zna przebieg procesu znieczulania oraz zasady i metody opieki nad pacjentem po znieczuleniu;
	Umiejętności 1. D.U27, asystuje lekarzowi w trakcie badań diagnostycznych i leczniczych; 2. D.U22, prowadzi rozmowę terapeutyczną; 3 .D.U26, przekazuje informacje o stanie zdrowia chorego członkom zespołu terapeutycznego; 4. D.U33, przygotowuje i podaje leki różnymi drogami, samodzielnie lub na zlecenie lekarza;
	Kompetencje 1. D.K1, szanuje godność i autonomię osób powierzonych opiece; 2. D.K4, wykazuje odpowiedzialność moralną za człowieka i wykonywanie zadań zawodowych; 3. D.K5, przestrzega praw pacjenta; 4. D.K6, rzetelnie i dokładnie wykonuje powierzone obowiązki zawodowe; 5. D.K10,

<table>
<tr><td colspan="5">SCENARIUSZ SYMULACJI MEDYCZNEJ POŚREDNIEJ WIERNOŚCI – PW
Autor; dr nauk o zdrowiu Katarzyna Jańczuk</td><td>Nr porządkowy</td><td>PW- zgodnie z wykazem</td></tr>
<tr><td>Czas zajęć</td><td>90 Min.</td><td>Czas scenariusza</td><td>15 Min.</td><td>Liczba studentów</td><td colspan="2">6-7</td></tr>
<tr><td>Nazwa</td><td colspan="6">Nadzór pooperacyjny prowadzony przez pielęgniarkę anestezjologiczną</td></tr>
<tr><td>Cel główny</td><td colspan="6">Nauka opieki nad pacjentem po znieczuleniu ogólnym dotchawiczym</td></tr>
<tr><td>Cel szczegółowy</td><td colspan="6">8. Kontrola czynności życiowych
9. Leczenie bólu i wymiotów
10. Rozpoznanie wczesnych powikłań</td></tr>
<tr><td>Metoda</td><td colspan="6">Symulacji medycznej pośredniej wierności</td></tr>
<tr><td colspan="7">INFORMACJE TECHNICZNE I ORGANIZACYJNE</td></tr>
<tr><td>Nr Sali</td><td>Nr 205</td><td>Numer stanowiska</td><td>Nr 2</td><td>Nr trenażera, fantomu</td><td colspan="2">Nr zgodnie z wykazem</td></tr>
<tr><td>Sprzęt wielokrotnego użytku</td><td colspan="3">1. Wózek transportowy z pacjentem
3. Zestaw do podania leku dożylnie (ampułki 0,9 % NaCl- 10 ml.)
4. Zestaw do podłączenia wlewu kroplowego
5. Zestaw do pomiaru temperatury ciała
6. Kardiomonitor z dodatkowym wyposażeniem: do pomiaru wartości saturacji, różne rozmiary mankietów do pomiaru ciśnienia tętniczego.</td><td>Sprzęt jednorazowego użytku</td><td colspan="2">5. Bielizna operacyjna
6. Koc termiczny
7. Strzykawki
- nr 20 – 4 szt.
- nr 10 – 8 szt.
4. igły do nabierania leków nr 9 – 12 szt.
8. Ampułka z lekiem Metoclopramid – 4 szt.
9. Ampułka z lekiem Metamizol – 4 szt.
10. Lek Paracetamol – 4 szt.
11. Dren do podłączenia wlewu kroplowego – 4 szt.
12. Kranik do podłączania kroplówki
13. Gaziki sterylne – 2op. Po 5 szt.
10. Skinsept lub Lekao- saszetki- 12szt
11. Staza zaciskowa
12. Rękawiczki jednorazowe :
- rozmiar L 10 sztuk
- rozmiar M 10 sztuk
- rozmiar S 10 sztuk
13. 0,9% NaCl – 10 ml. –10szt.
14. miska nerkowata
15. Lignina 10 szt.
16. kubek do popłukania jamy ustnej
17. cewnik donosowy
18. parawan</td></tr>
<tr><td>Pozostałe wyposażenie</td><td colspan="3">5. Historia choroby
6. Karta znieczulenia
7. Zlecenie lekarskie na leki p/bólowe
8. Zlecenie
9. Karta obserwacji</td><td>Ubrania i charakteryzacja</td><td colspan="2">1. symulator dorosłego człowieka ubrany w bieliznę operacyjną na wózku transportowym, obok głowy lignina</td></tr>
</table>

Informacja ogólna dla technika		Fantom kobiety z przyklejoną raną operacyjną w okolicy pępka z drenem wychodzącym z rany operacyjnej, z założonym cewnikiem do pęcherza moczowego, dwa wkłucia obwodowe w grzbietową część dłoni w kolorze zielonym i białym - jeden z podłączoną kroplówką 500 ml. Optylite. Drugie wkłucie zabezpieczone korkiem. Obok głowy pacjentki lignina wskazująca na występowanie wymiotów. Na drugim wózku pacjent przygotowany do oddania na oddział macierzysty.									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	R - oddech	EKG	NIBP	SpO_2	CO_2	Temp. ^0C	Sinica%	Oczy	Obrzęki	
	Liczba	20	98	135/90	96%						
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia:									
Czynności początkowe		***Wykładowca:*** • Przed rozpoczęciem zajęć sprawdza sposób przygotowania stanowiska i kompletacje. • Sprawdza listę uczestników i kartę informacyjną scenariusza itp. • Rozpoczyna scenariusz — prosząc o wyłączenie telefonów, zajęcie miejsc									

REALIZACJA SCENARIUSZA

WPROWADZENIE – PREBREFING:

PLAN PREBRIEFINGU:

25. Zapoznanie z tematem szkolenia/kursu/scenariusza.
26. Zaprezentuj części szkolenia/zajęć: prebriefing, scenariusz, debriefing i określ ramy czasowe.
27. Przedstawienie i omówienie krótkie celu i celów pośrednich scenariusza — rozmowa dyskusja w oparciu o informacje *dla* studentów i informacje dla wykładowców.
28. Przedstaw gdzie będzie przeprowadzany scenariusz (SOR, sala pacjenta, sala opatrunkowa, mieszkanie pacjenta).
29. Zaprezentuj przypadek kliniczny: *Pacjent Jan Kowalski itd.*
30. Zaproponuj podział ról w grupie, wyznacz lidera (jeśli potrzebny).
31. Upewnij się czy poszczególni członkowie zespołu wiedzą za co są odpowiedzialni, czy rozumieją swoją rolę.
32. Zaproś uczestników do Sali symulacyjnej w celu zapoznania z salą i ze sprzętem.

40. Tematem dzisiejszego szkolenia będzie nauka opieki nad pacjentem po znieczuleniu ogólnym dotchawiczym.
41. Scenariusz został podzielony na 3 części:
    - Część pierwsza prebriefing, stanowiący wprowadzenie do scenariusza, który będzie trwał 10 minut.
    - Część druga to realizacja scenariusza, trwająca 15 minut.
    - Część trzecia jest to debriefing stanowiący omówienie i podsumowanie wykonywanego scenariusza, który będzie trwał 20-25 minut.

Zajęcia będą trwały 4 godz. więc każdy z was będzie mógł przećwiczyć scenariusz wcielając się różne role

42. Realizując dzisiejszy temat zajęć szczególną uwagę zwrócimy na:
    - Kontrola czynności życiowych.
    - Leczenie bólu i wymiotów.
    - Rozpoznanie wczesnych powikłań.

(zadajemy pytania studentom)

Dziękuję za wyczerpujące odpowiedzi, udało nam się uzyskać informacje potrzebne do wykonania scenariusza.

43. Scenariusz będzie realizowany na sali przygotowawczej na bloku operacyjnym.
44. Pozwólcie, że przejdę teraz do przedstawienia przypadku klinicznego

Anna Kowalska lat 28
Do Sali wybudzeń trafia pacjentka po znieczuleniu ogólnym dotchawiczym, po operacji pęcherzyka żółciowego z założonym drenem do rany operacyjnej. W drenie operacyjnym niewielka ilość wydzieliny. Dren założony w celu ewakuacji płynu gromadzącego się w otrzewnej. Opatrunek założony na ranę operacyjną suchy. Ciśnienie lekko podwyższone, oddech i tętno przyśpieszone. Oddech pomimo przyśpieszenia wydolny. Zabieg trwał dłużej niż standardowo, doszło do utraty ciepła, u pacjentki występują dreszcze. Cewnik założony do pęcherza moczowego odprowadza prawidłowe ilości moczu. Wg skali VAS ból ocenia na 6. Założone dwa wkłucia obwodowe, do jednego podłączony podgrzany wlew kroplowy. Pacjentka beż obciążeń chorobowych. Nie przyjmuje żadnych leków na stałe.

Czy wszystkie przedstawione przeze mnie informacje są zrozumiałe?

45. Teraz przydzielę Wam role, jakie będziecie pełnić w tym scenariuszu
Kto czuje się na siłach, aby być dzisiaj **liderem - pielęgniarką 1.**
Lider – pielęgniarka 1 - to osoba odpowiedzialna za podłączenie pacjenta do monitora oraz będzie odpowiedzialna za wykonanie pomiarów parametrów życiowych oraz odnotowanie ich w karcie znieczulenia. Koordynuje pracę innych pielęgniarek.
Potrzebujemy jeszcze **pielęgniarkę nr 2,** która będzie odpowiedzialna za sprawdzenie opatrunku, ilości moczu, ewentualnie zmiany worka na mocz oraz odnotowanie wyników w karcie znieczulenia. Odpowiedzialna również będzie za stan higieniczny pacjenta oraz zapewnienie intymności.
Potrzebujemy jeszcze jedną pielęgniarkę, **pielęgniarkę nr 3**, która będzie odpowiedzialna za wykonanie czynności zabiegowych pielęgniarskich zgodnie ze zleceniem lekarskim.
Kolejne trzy osoby potrzebne podczas scenariusza to obserwatorzy.
Pierwszym obserwatorem będzie….. odpowiedzialna będzie za obserwowanie procedur.
Drugim obserwatorem będzie….. odpowiedzialna będzie za obserwowanie komunikacji.
Trzecim obserwatorem będzie….. odpowiedzialna będzie za obserwowanie pracy całego zespołu.

46. **Czy wszyscy wiedzą jakie role zostały im przydzielone?**
….., jesteś liderem- pielęgniarką 1, powiedz za co będziesz odpowiedzialna w czasie dzisiejszego scenariusza?
……jesteś pielęgniarką 2, powiedz na czym polega dzisiaj twoja praca?
……jesteś pielęgniarką 3, przypomnij, co będzie należało dzisiaj do twoich obowiązków?
……jesteś pierwszym obserwatorem, przypomnij, co należy do twoich obowiązków podczas dzisiejszego scenariusza?
……jesteś drugim obserwatorem, przypomnij, co należy do twoich obowiązków podczas dzisiejszego scenariusza?
……jesteś trzecim obserwatorem, przypomnij, co należy do twoich obowiązków podczas dzisiejszego scenariusza?

Czy wszyscy rozumieją swoje role Jeżeli nie ma pytań, przechodzimy do sali symulacji medycznej

19. Zapraszam do sali symulacji w celu zapoznania się ze sprzętem.
Upewnijcie się, że znacie sprzęt na którym będziecie pracować.

INFORMACJE DLA STUDENTÓW	INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW
W dniu dzisiejszym nauczymy się opieki nad pacjentem, który znajduje się na sali wybudzeń. Po znieczuleniu każdy chory, z wyjątkiem tych, którzy wymagają leczenia na oddziale intensywnej terapii, jest obserwowany i leczony na sali wybudzeń. Odpowiedzialność za pacjenta nie kończy się z chwilą zakończenia znieczulenia, lecz wtedy, kiedy jest on przytomny, nie odczuwa bólu i nie jest zagrożony przedłużonym działaniem zastosowanych leków. Do zadań pielęgniarki na sali wybudzeń należy: 1. Kontrola czynności życiowych 2. Leczenie bólu i wymiotów (na zlecenie lekarza)	18. Wyobraźcie sobie, że jesteście po operacji, a tym samym po znieczuleniu, jakiego postępowania oczekujecie od personelu tam pracującego? **Odp.** Oczekujemy profesjonalnego postępowania personelu tam pracującego. 19. Jak uważacie, czy odpowiedzialność za pacjenta kończy się z chwilą zakończenia znieczulenia? **Odp.** Nie, pacjent jest pod kontrolą zespołu anestezjologicznego do momentu kiedy zostanie oddany do oddziału macierzystego.

3. Rozpoznanie wczesnych powikłań, takich jak:
   - przedłużone działanie środków zwiotczających,
   - przedłużone działanie opioidów,
   - krwawienie po operacji,
   - niedobór płynów i elektrolitów,
   - ośrodkowy zespół antycholinergiczny
   - hipotermia.
4. Prowadzenie dokumentacji
5. Przekazanie zaleceń dotyczących terapii i obserwacji pielęgniarce z oddziału zabiegowego.

Kryteria wypisania pacjenta z Sali wybudzeń:
- pacjent jest przytomny, krążenie i oddychanie wyrównane, temperatura prawidłowa
- powikłanie wczesne wykluczone lub wyleczone
- nudności i wymioty (PONV) pod kontrolą
- według skali określającej ból VAS <3
- przedłużone działanie leków wykluczone.

Do wypisania chorego z Sali wybudzeń stosuje się również skalę Aldreta. Pacjent może być przeniesiony na oddział zabiegowy, jeśli zostanie oceniony według skali Aldreta dwukrotnie na >9 pkt w ciągu 30 min. Skala Aldreta zawiera takie czynniki jak poruszanie kończynami, oddech, krążenie, stan przytomności, kolor skóry.

Ważnym elementem jest też leczenie bólu operacyjnego, które zależy od:
- rodzaju i zakresu operacji,
- rodzaju znieczulenia.

Po operacji stosuje się nieopioidowe leki przeciwbólowe, opioidy lub kontynuuje się znieczulenie regionalne. Leczenie przeciwbólowe stosujemy na zlecenie lekarza anestezjologa.

Po operacji możemy spodziewać się też różnego rodzaju powikłań dotyczących różnych układów. Szczególną uwagę musimy zwrócić uwagę na:

1. ból, który powoduje pobudzenie układu współczulnego i jego następstwa, takie jak:
   - nadciśnienie i tachykardia
   - powikłania płucne (ból przy oddychaniu i kaszlu może spowodować zapalenie płuc)
   - porażenie jelit → nieszczelność zespolenia,
   - przedłużony pobyt w szpitalu,
   - przejście bólu ostrego w ból przewlekły → dlatego każdy pacjent po operacji powinien być wypisany na oddział z bólem opanowanym w stopniu, w jakim to możliwe.
2. pooperacyjna niewydolność oddechowa, która zawsze traktowana jest jako stan nagły! Do głównych przyczyn niewydolności oddechowej możemy zaliczyć:
   - kurcz krtani, z powodu wydzieliny na strunach głosowych, pierwszym zaobserwowanym objawem jest duszność,
   - przedłużone działanie środków zwiotczających (szybki i płytki oddech >20, chory ma nadciśnienie, poci się i ma duszność), pacjenta takiego należy obserwować co najmniej przez 2 godz. i podać na zlecenie

20. Może ktoś z Was był już kiedyś na bloku operacyjnym jako pacjent?

Odp.

Tak

21. Pamiętasz, jakie czynności były wtedy przy tobie wykonywane przez pielęgniarkę anestezjologiczną?

Odp.

Pomiary parametrów życiowych, zakładanie wkłucia do żyły, rozmowa

22. Jak uważasz, czy ważne jest aby monitorować parametry życiowe pacjenta, który przybywa na salę wybudzeniową?

Odp.

Tak, aby zobaczyć czy stan pacjenta nie ulega np. pogorszeniu.

23. Jak ci się wydaje, z jakimi wczesnymi powikłaniami możemy mieć do czynienia na Sali wybudzeń?

Odp.
- przedłużone działanie środków zwiotczających
- przedłużone działanie opioidów,
- krwawienie po operacji,
- niedobór płynów i elektrolitów,
- ośrodkowy zespół antycholinergiczny
- hipotermia.

7. Powiedz mi, czy ważne jest aby leczyć pacjenta p/bólowo?

Odp.
- według skali określającej ból VAS <3

8. Może ktoś z was wie, jaka skala służy do oceny pacjenta przed oddaniem na oddział macierzysty?

Odp.

Skala Aldreta

9. Przypomnij proszę jakie czynniki zawiera skala Aldreta?

Odp.

Skala Aldreta zawiera takie czynniki jak poruszanie kończynami, oddech, krążenie, stan przytomności, kolor skóry.

10. Przypomnij kiedy wg skali Aldreta pacjent może być przeniesiony na oddziała macierzysty?

Odp.

Pacjent może być przeniesiony na oddział zabiegowy, jeśli zostanie oceniony według skali Aldreta dwukrotnie na >9 pkt w ciągu 30 min.

11. Jak uważasz, czy ważne dokładne ocenienie stanu pacjenta przed przekazaniem na oddział macierzysty?

Odp.

Tak, musimy mieć pewność, że pacjent jest w pełni wybudzony

12. Jak uważasz od czego zależy leczenie bólu operacyjnego?

Odp.

Ważnym elementem jest też leczenie bólu operacyjnego, które zależy od:
- rodzaju i zakresu operacji,
- rodzaju znieczulenia.

lekarza środki odwracające działanie leków porażających układ oddechowy
- przedłużone działanie opioidów (pacjent wolny <8 oddechów na min, oddech pogłębiony, zwężone źrenice, chory taki nie odczuwa duszności. Działanie opioidów możemy odwrócić, ale należy robić to ostrożnie, ponieważ jednocześnie odwraca się działanie leków przeciwbólowych.
- zaleganie w drogach oddechowych krwi, wydzieliny i śluzu
- obrzęk płuc, który może być spowodowany dekompensacją układu krążenia, dekompensacją układu oddechowego, przedawkowaniem płynów, skurczem krtani.

3. Krwawienie pooperacyjne, które w zależności od umiejscowienia może stanowić ostre zagrożenie życia.
   - Wszystkie dreny powinny być widoczny i kontrolowane
   - Kontrola operowanej okolicy przed wypisaniem chorego z Sali wybudzeń
4. Pooperacyjne nudności i wymioty. Boimy się tutaj bradykardi i asysto lii w przypadku nudności oraz nieszczelności zespolenia z powodu podwyższonego ciśnienia śródbrzusznego (tachykardia, hipertonia)
5. Ośrodkowy zespół antycholinergiczny – zablokowanie ośrodkowych neuronów cholinergicznych przez substancje antycholinergiczne. Zespół ten mogą wyzwolić wszystkie leki stosowane w anestezjologii.
   - Objawy ośrodkowe: senność aż do śpiączki, zawroty głowy, niepokój, pobudzenie, drgawki, niezborność ruchów, niepamięć, nadmierna ciepłota
   - Objawy oponowe: zwężenie źrenic, halucynacje, częstoskurcz, trudności w mówieniu, hipertermia, zatrzymanie moczu, suchość jamy ustnej, zmniejszenie wydzielania śliny.
6. Hipotermia – długi czas operacji, niska temperatura Sali operacyjnej, niedostateczne zabezpieczenie chorego przed utratą ciepła. Aby temu zapobiec należy pamiętać o ochronie przed utratą ciepła.
6. Dreszcze, które nie zawsze są wynikiem hipotermii. Stanowią duże ryzyko w chorobach układu krążenia, gdyż zużycie tlenu może wzrosnąć nawet o 400%.
7. Hipotonia czyli ciśnienie skurczowe <90 mm Hg lub ciśnienie średnie <60 mm Hg lub zmniejszenie o 20% wartości wyjściowej. Przyczyną hipotonii może być:
   - krwawienie po operacji
   - nadmierne rozszerzenie naczyń
   - zatorowość płucna
   - zawał mięśnia sercowego
   - niedotlenienie
   - hipoglikemia.

13. Jakie znasz skale oceniające ból?

Odp.

Najczęściej stosowana skala VAS <3

14. Czy wg ciebie ciepłe maty, promienniki ciepła, ogrzane płyny i leki p/drgawkowe mogą zapobiec wystąpieniu dreszczy a przy tym zmniejszyć ryzyko w chorobach układu krążenia?

Odp.

Tak

15. Czy wg Ciebie obserwacja rany operacyjnej ma znaczenie?

Odp.

Tak, mamy kontrolę nad krwawieniem po operacji, nad gojeniem się rany. Czasem może wynaczynić się krew do brzucha.

16. Jak uważasz, czy dreny z rany operacyjnej powinny być widoczne i kontrolowane?

Odp.

Tak, to bardzo ważne, czasem mogą się rozejść szwy wewnątrz i pacjent może mocno krwawić.

17. Zgodzicie się więc ze mną, że pacjent na bloku operacyjnym będzie bezpieczny jeśli pracownicy będą postępowali zgodnie z obowiązującymi procedurami?

Odp.

Zawsze postępować powinniśmy zgodnie z obowiązującymi w szpitalu procedurami

18. Jak myślicie, czy ważne jest zapewnienie intymności pacjentowi, u którego wykonujemy czynności pielęgniarskie?

Odp.

Tak, każdy człowiek ma prawo do intymności.
Jakie jeszcze…
Jak myślicie….
Co sądzicie….
Zabrakło mi….

Dziękuję za wyczerpujące wypowiedzi, udało nam się uzyskać potrzebne informacje do wykonania scenariusza.

Kto czuje się na siłach, aby być dzisiaj **liderem - pielęgniarką 1.**

Lider – pielęgniarka 1 - to osoba odpowiedzialna za podłączenie pacjenta do monitora oraz będzie odpowiedzialna za wykonanie pomiarów parametrów życiowych oraz odnotowanie ich w karcie znieczulenia. Koordynuje pracę innych pielęgniarek.

Potrzebujemy jeszcze **pielęgniarkę nr 2,** która będzie odpowiedzialna za sprawdzenie opatrunku, ilości moczu, ewentualnie zmiany worka na mocz oraz odnotowanie wyników w karcie znieczulenia. Odpowiedzialna również będzie za stan higieniczny pacjenta oraz zapewnienie intymności.

W zależności od przyczyny stosujemy leki na zlecenie lekarza.

8. Hipertonia czyli ciśnienie skurczowe >160 mm Hg lub ciśnienie średnie >90 mm Hg lub zwiększenie o 20 % wartości wyjściowej.

Duży pływ na wystąpienie hipertonii ma:
- ból
- wcześniej istniejące nadciśnienie tętnicze
- stan przedrzucawkowy
- pełny pęcherz moczowy
- niedotlenienie, zaleganie CO_2

Nie wszyscy pacjenci mogą być wypisani z Sali wybudzeń na normalny oddział lub do domu.
W przypadku rozległych operacji lub gdy pacjent cierpi na wiele chorób, trzeba jeszcze przed operacją zarezerwować miejsce na oddziale intensywnej terapii, gdzie będzie mógł być przekazany bezpośrednio po zabiegu. Bywają również sytuacje, kiedy chorego trzeba przekazać na oddział intensywnej terapii z przyczyn nieprzewidzianych (np. rozszerzenie zakresu operacji, powikłania).

Skala Aldreta		
Poruszanie kończynami	2 1 0	wszystkimi porusza dwiema nie porusza
Oddech	2 1 0	głęboki, wydolny kaszel duszność, oddech płytki bezdech
Krążenie	2 1 0	RR ± 20 mm Hg od wartości wyjściowej RR ± 20-50 mm Hg od wartości wyjściowej RR < ± 50 mm Hg od wartości wyjściowej
Stan przytomności	2 1 0	przytomny budzi się na polecenie bez reakcji
Kolor skóry	2 1 0	normalny blady, plamy, zażółcenie sinica

Potrzebujemy jeszcze jedną pielęgniarkę, **pielęgniarkę nr 3**, która będzie odpowiedzialna za wykonanie czynności zabiegowych pielęgniarskich zgodnie ze zleceniem lekarskim.

Kolejne trzy osoby potrzebne podczas scenariusza to obserwatorzy.
Pierwszym obserwatorem będzie…..
odpowiedzialna będzie za obserwowanie procedur.

Drugim obserwatorem będzie…..
odpowiedzialna będzie za obserwowanie komunikacji.

Trzecim obserwatorem będzie…..
odpowiedzialna będzie za obserwowanie pracy całego zespołu.

3. **Czy wszyscy wiedzą jakie role zostały im przydzielone?**

….., jesteś liderem- pielęgniarką 1, powiedz za co będziesz odpowiedzialna w czasie dzisiejszego scenariusza?
odpowiedzialna za podłączenie pacjenta do monitora oraz będzie odpowiedzialna za wykonanie pomiarów parametrów życiowych oraz odnotowanie ich w karcie znieczulenia. Koordynuje pracę innych pielęgniarek.
……jesteś pielęgniarką 2, powiedz na czym polega dzisiaj twoja praca?
odpowiedzialna za sprawdzenie opatrunku, ilości moczu, ewentualnie zmiany worka na mocz oraz odnotowanie wyników w karcie znieczulenia. Odpowiedzialna również będzie za stan higieniczny pacjenta oraz zapewnienie intymności.

……jesteś pielęgniarką 3, przypomnij, co będzie należało dzisiaj do twoich obowiązków?
odpowiedzialna za wykonanie czynności zabiegowych pielęgniarskich zgodnie ze zleceniem lekarskim.
……jesteś pierwszym obserwatorem, przypomnij, co należy do twoich obowiązków podczas dzisiejszego scenariusza?
……jesteś drugim obserwatorem, przypomnij, co należy do twoich obowiązków podczas dzisiejszego scenariusza?
……jesteś trzecim obserwatorem, przypomnij, co należy do twoich obowiązków podczas dzisiejszego scenariusza?

Czy wszyscy rozumieją swoje role? Jeżeli nie ma pytań, przechodzimy do sali symulacji medycznej

Zapraszam do sali symulacji w celu zapoznania się ze sprzętem.
Upewnijcie się, że znacie sprzęt na którym będziecie pracować.

ZAPOZNANIE STUDENTÓW ZE SPRZĘTEM	
Wykładowca	Będziemy pracować dzisiaj na bloku operacyjnym, na sali wybudzeń. Będziecie używać sprzętu monitorującego podstawowe parametry życiowe (saturacja, oddech, ciśnienie), nauczycie się używać ssaka próżniowego oraz zapoznacie się z zadaniami pielęgniarki pracującej na Sali wybudzeń.
Student	Każdy student zapoznaje się ze sprzętem, poznaje funkcje monitora podstawowych parametrów życiowych, włączy sprzęt.
SCENARIUSZ SYMULACJI	
Opis scenariusza	Anna Kowalska lat 28 Do Sali wybudzeń trafia pacjentka po znieczuleniu ogólnym dotchawiczym, po operacji pęcherzyka żółciowego z założonym drenem do rany operacyjnej. W drenie operacyjnym niewielka ilość wydzieliny. Dren założony w celu ewakuacji płynu gromadzącego się w otrzewnej. Opatrunek założony na ranę operacyjną suchy. Ciśnienie, tętno i oddech przyśpieszone. Oddech pomimo przyśpieszenia wydolny. Zabieg trwał dłużej niż standardowo, doszło do utraty ciepła, u pacjentki występują dreszcze. Cewnik założony do pęcherza moczowego odprowadza prawidłowe ilości moczu. Wg skali VAS ból ocenia na 5. Założone dwa wkłucia obwodowe, do jednego podłączony podgrzany wlew kroplowy.
Obecny stan kliniczny	Parametry życiowe podwyższone, pacjentka uskarża się na występowanie bólu. U pacjentki występuje odruch wymiotny. Pacjentce jest zimno, ma dreszcze
Wywiad	Pacjentka beż obciążeń chorobowych. Nie przyjmuje żadnych leków na stałe.

Przebieg scenariusza Ścieżka 1	Podział na role:	Przebieg scenariusza: **pacjent**
	1. Lider- pielęgniarka 1 – koordynator pracy całej grupy, wykonuje pomiary podstawowych parametrów życiowych	
	Nawiązuje kontakt z pacjentem. - jest już po operacji, jak się pani czuje?	- już po operacji? Nic nie pamiętam, wydaje mi się, że ja jeszcze nie spałam
	- tak to jest, nic pani nie pamięta, była pani znieczulona i spała	- oj to dobrze, że już po wszystkim.
	- dobrze się pani oddycha? Nie jest pani duszno?	- nie, oddycha mi się dobrze,
	Pielęgniarka 2 Ustawia parawan	
	Pielęgniarka 1 Podłącza pacjenta do aparatury monitorującej sprawdzając ciśnienie, tętno, saturację i zapis EKG. Odnotowuje uzyskane pomiary w karcie znieczulenia.	
	Pielęgniarka 2 Podchodzi do pacjenta, informuje o swoich czynnościach Sprawdza stan opatrunku oraz działanie cewnika założonego do pęcherza moczowego oraz ilość uzyskanego moczu i odnotowuje w karcie znieczulenia	

Przebieg scenariusza Ścieżka 1	**Podczas manipulacji przy pacjencie, pacjentka zaczyna wymiotować, zmieniają się parametry**	Paleta 1 - chce mi się wymiotować, niedobrze mi (pacjentka zaczyna wymiotować) - duszno mi
	Pielęgniarka 2 Przynosi pacjentowi miskę nerkowatą, podaje świeżą ligninę i podaje wodę do opłukania jamy ustnej - pielęgniarka informuje, że tak się może zdarzyć, że nic się nie stało i informuje lekarza o wystąpieniu nudności i wymiotów.	- ojej, narobiłam tylko problemów, przepraszam
	Pielęgniarka 1 Na zlecenie lekarza podłącza 3 l/min tlenu przez cewnik donosowy Na zlecenie lekarza pielęgniarka 3 - podaje dożylnie 10 mg Metoclopramidu informując o tym pacjentkę	
	Po wymiotach pielęgniarka 1 Pyta pacjenta - jak się pani teraz czuje, podaliśmy już lek p/wymiotny	- już trochę lepiej, ale zaczęło mnie bardziej boleć teraz
	- w skali od 0 do 10 na ile ocenia pani ból?	- nie wiem, trudno powiedzieć, ale może na 6 bym powiedziała
	Pielęgniarka 1 Zgłasza nasilenie bólu lekarzowi Pielęgniarka 3 Informuje pacjenta, że za chwilę poda leki p/bólowe Na zlecenie lekarza podaje pacjentce - 1 g Paracetamolu dożylnie - 2,5 g Pyralginy (Metamizolu) Pyta pacjentkę jak się czuje podczas podawania leków	
	- jak się pani czuje, wszystko w porządku?	- tak, ja już brałam takie leki, zawsze mi pomagały jak coś mnie bolało
	- a czy jest już trochę lepiej?	- tak, czuję, że ból już ustępuje powoli, dziękuję Paleta 2
	Pielęgniarka 2 Informuje pacjentkę, że ma założony cewnik do pęcherza, że mocz samoistnie odpływa z pęcherza. Informuje, że pacjenci mają takie odczucie przy założonym cewniku.	- przepraszam, że marudzę, ale siku mi się chce

Przebieg scenariusza Ścieżka 1	Jednocześnie sprawdza, czy nie ma żadnej przeszkody w odpływie moczu. Pielęgniarka 1 - po zabiegu tak może być, organizm się wychładza, ale oczywiście już panią przykrywamy. Przykrywa pacjenta kocem termicznym. Pielęgniarka 1 - jak się pani teraz czuje, wszystko już dobrze? - zaraz zgłosimy lekarzowi, że czuje się pani dobrze i pewnie pojedzie pani na oddział	- rozumiem, ale to takie dziwne uczucie, cały czas czuję, że mam pełny pęcherz. - troszkę mi zimno, to normalne? - tak, już dobrze, chciałabym pojechać już na swoją salę, tam na pewno czeka mąż i dzieci - dziękuję za wszystko, dobrze, że pracują tu osoby które wykazują się takim profesjonalizmem

PALETA 1 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE WRAZ Z PRAWIDŁOWYM PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna		Pacjent zaczyna wymiotować									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	R- oddech	EKG	NIBP	SpO_2						
	Liczba	24	115	90/60	90						
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia dotyczą:									
PALETA 2 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE WRAZ Z PRAWIDŁOWYM PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna		Po podaniu leków									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	R - oddech	EKG	NIBP	SpO_2						
	Liczba		80	110/80	98						
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia dotyczą:									
PALETA 3 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE NIEZGODNIE Z PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna											
Parametry początkowe symulatora	Nazwa										
	Liczba										
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia dotyczą:									

PALETA 4 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE NIEZGODNIE Z PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna											
Parametry początkowe symulatora	Nazwa										
	Liczba										
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia dotyczą:									

DEBRIEFING:	
INFORMACJE DLA STUDENTÓW	**INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW**
Na dzisiejszych zajęciach zdobyliście umiejętność opieki nad pacjentem znajdującym się w bezpośrednim okresie pooperacyjnym, przez pielęgniarkę anestezjologiczną pracującą na sali wybudzeń. Tę umiejętność możecie wykorzystać podczas praktyk oraz egzaminu OSCE	1. Jak się czujecie po zrealizowaniu scenariusza. Faza opisowa Pytanie do Pielęgniarki 1, 2,3 i obserwatorów Jakie zadania miałaś dzisiaj do wykonania? Jakie decyzje podjęłaś? Faza analizy **Pielęgniarka1** Z czego jesteś najbardziej zadowolona, co wyszło ci najlepiej? **Pielęgniarka 2,3, j/w** **Pielęgniarka 1** Czy jest coś, co chciałbyś poprawić? **Obserwator 1,2** Czy w tej sytuacji postąpiłbyś inaczej? Jeśli tak, to jak ty byś to zrobił? Faza czynności **Pielęgniarka:** Co mogłabyś poprawić? Jak mogłabyś to poprawić? Czy zgadzasz się z tym co powiedziała koleżanka? Jak ty byś postąpiła w tej sytuacji? Wydaje mi się, że zabrakło…..? Zgodzisz się, że lepszym rozwiązaniem byłoby….? Powiedziałaś, że zmierzyłaś parametry życiowe pacjenta, przypomnij jakie są normy? Sprawdzałaś drożność wkłucia, powiedz po co to robiłaś? Cieszę się, że zaniepokoiło cię…. **Obserwator:** Jakie atuty komunikacji zauważyłaś w zespole? Jak uważasz przekaz komunikatów w grupie był jasny? Co najbardziej podobało ci się podczas wykonywania procedur? Jak uważasz parametry zostały zmierzone prawidłowo? Jak myślisz leki zostały podane we właściwy sposób? Jak uważasz podczas wykonywanych czynności były przestrzegane procedury medyczne? Jest coś co zrobiłbyś inaczej?

	Co by to zmieniło? Co byś dodał do dzisiejszych zajęć? **<u>Faza podsumowania</u>** Czego nauczyłaś się z tego scenariusza? Jakich czynności z tego scenariusz nauczyłaś się? Gdzie w przyszłości wykorzystasz umiejętność jakiej się dzisiaj nauczyłaś? Bardzo dziękuję za dzisiejsze zajęcia. Nauczyliście się postępowania z pacjentem w bezpośrednim okresie pooperacyjnym. Wiecie już jak ważne jest monitorowanie pacjenta w celu wykrycia zagrożeń. Po dzisiejszych zajęciach, zapamiętacie, że pacjent w bezpośrednim okresie pooperacyjnym boi się o swoje życie i oczekuje od nas profesjonalnego działania. Na kolejnych zajęciach będziemy zajmowali się pacjentem, który…
Zastosowanie umiejętności:	Podczas ZP i P w szpitalu oraz podczas egzaminu OSC
Literatura	7. Anestezjologia - M. Weinert red. A. Kübler, str. 73-78 8. Anestezjologia i intensywna opieka – L. Wołowicka, D. Dyk, str. 181-186 9. Standardy anestezjologicznej opieki pielęgniarskiej – Krajewska-Kułak E., Rolka H., Jankowiak B. str. 406-415,
Umiejętności podstawowe:	**Wiedzy:** 7. Normy parametrów życiowych 8. Opatrunki i rany 9. Leczenie przeciwbólowe 10. Bilans płynów **Umiejętności:** 7. Monitorowanie podstawowych parametrów życiowych 8. Podłączenie wlewu kroplowego 9. Podanie leków dożylnie 10. Prowadzenie dokumentacji pielęgniarskiej
Efekty kształcenia	**Wiedza** 1. D.W2, charakteryzuje czynniki ryzyka i zagrożeń zdrowotnych pacjentów w różnym wieku i stanie zdrowia; 2. D.W33, zna kierunki obserwacji pacjenta po zabiegu operacyjnym, w celu zapobiegania wczesnym i późnym powikłaniom; 3. D.W34, wymienia objawy, charakteryzuje przebieg i sposoby postępowania w określonych jednostkach chorobowych leczonych chirurgicznie; 4. D.W43, zna przebieg procesu znieczulania oraz zasady i metody opieki nad pacjentem po znieczuleniu; **Umiejętności** 1. D.U1, gromadzi informacje, formułuje diagnozę pielęgniarską, ustala cele i plan opieki, wdraża interwencje pielęgniarskie oraz dokonuje ewaluacji opieki; 2. D.U10, gromadzi informacje, formułuje diagnozę pielęgniarską, ustala cele i plan opieki, wdraża interwencje pielęgniarskie oraz dokonuje ewaluacji opieki; 3. D.U13, dokumentuje sytuację zdrowotną pacjenta, jej dynamikę zmian i realizowaną opiekę pielęgniarską;

Efekty kształcenia	4. D.U25, prowadzi, dokumentuje i ocenia bilans płynów pacjenta; 5. D.U26, przekazuje informacje o stanie zdrowia chorego członkom zespołu terapeutycznego; 6. D.U33, przygotowuje i podaje leki różnymi drogami, samodzielnie lub na zlecenie lekarza; **Kompetencje** 1. D.K1, przygotowuje i podaje leki różnymi drogami, samodzielnie lub na zlecenie lekarza; 2. D.K4, wykazuje odpowiedzialność moralną za człowieka i wykonywanie zadań zawodowych; 3. D.K5, przestrzega praw pacjenta; 4. D.K6, rzetelnie i dokładnie wykonuje powierzone obowiązki zawodowe; 5. D.K10, przejawia empatię w relacji z pacjentem i jego rodziną oraz współpracownikami.

<table>
<tr><td colspan="4">SCENARIUSZ SYMULACJI MEDYCZNEJ POŚREDNIEJ WIERNOŚCI – PW
Autor; dr nauk o zdrowiu Katarzyna Jańczuk</td><td>Nr porządkowy</td><td>PW- zgodnie z wykazem</td></tr>
<tr><td>Czas zajęć</td><td>90 Min.</td><td>Czas scenariusza</td><td>45 Min.</td><td>Liczba studentów</td><td colspan="2">6-7</td></tr>
<tr><td>Nazwa</td><td colspan="6">Opieka pielęgniarska nad chorym po operacji tarczycy</td></tr>
<tr><td>Cel główny</td><td colspan="6">Nauka opieki nad pacjentem po operacji tarczycy</td></tr>
<tr><td>Cel szczegółowy</td><td colspan="6">11. Kontrola czynności życiowych
12. Kontrola świadomości chorego
13. Obserwacja chorego w kierunku wystąpienia ewentualnych powikłań związanych z zabiegiem</td></tr>
<tr><td>Metoda</td><td colspan="6">Symulacji medycznej pośredniej wierności</td></tr>
<tr><td colspan="7">INFORMACJE TECHNICZNE I ORGANIZACYJNE</td></tr>
<tr><td>Nr Sali</td><td>Nr 205</td><td>Numer stanowiska</td><td>Nr 1</td><td>Nr trenażera, fantomu</td><td colspan="2">Nr zgodnie z wykazem</td></tr>
<tr><td>Sprzęt wielokrotnego użytku</td><td colspan="3">1. Wózek transportowy z pacjentem
3. Zestaw do podania leku dożylnie (ampułki 0,9% NaCl- 10 ml.)
4. Zestaw do podłączenia wlewu kroplowego
5. Zestaw do pomiaru temperatury ciała
6. Kardiomonitor z dodatkowym wyposażeniem: do pomiaru wartości saturacji, różne rozmiary mankietów do pomiaru ciśnienia tętniczego
7. Zestaw do zmiany opatrunku
8. Monitor do pomiar podstawowych parametrów życiowych</td><td>Sprzęt jednorazowego użytku</td><td colspan="2">14. Koc termiczny
15. Strzykawki
- nr 20 – 4 szt.
- nr 10 – 8 szt.
4. igły do nabierania leków nr 9 – 12 szt.
16. Ampułka z lekiem Metoclopramid – 4 szt.
17. Ampułka z lekiem Metamizol – 4 szt.
18. Lek Paracetamol – 4 szt.
19. Dren do podłączenia wlewu kroplowego – 4 szt.
20. Kranik do podłączania kroplówki
21. Gaziki sterylne – 2op. Po 5 szt.
10. Skinsept lub Lekao- saszetki- 12szt
11. Staza zaciskowa
12. Rękawiczki jednorazowe :
- rozmiar L 10 sztuk
- rozmiar M 10 sztuk
- rozmiar S 10 sztuk
13. 0,9% NaCl – 10 ml. –10szt.
14. miska nerkowata
15. Lignina 10 szt.
16. kubek do popłukania jamy ustnej
17. cewnik donosowy
18. parawan
19. Płyn infuzyjny Optylite
20. basen
21. opatrunek na ranę</td></tr>
</table>

Pozostałe wyposażenie		10. Historia choroby 11. Karta znieczulenia 12. Zlecenie lekarskie na leki p/bólowe. Leki p/wymiotne, tlen, podłączenie płynów 13. Karta obserwacji				Ubrania i charakteryzacja			1. Symulator osoby dorosłej ubrany w czystą bieliznę pooperacyjną na wózku transportowym,		
Informacja ogólna dla technika		Fantom kobiety z przyklejoną raną operacyjną w okolicy szyi z drenem podłączonym do butli Redona wychodzącym z rany operacyjnej, dwa wkłucia obwodowe w grzbietową część dłoni w kolorze zielonym i białym - jeden z podłączoną kroplówką 500 ml. Optylite. Drugie wkłucie zabezpieczone korkiem.									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	R - oddech	EKG	NIBP	SpO_2	CO_2	Temp. ^0C	Sinica%	Oczy	Obrzęki	
	Liczba	16	98	135/90	96%						
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia:									
Czynności początkowe		***Wykładowca:*** • Przed rozpoczęciem zajęć sprawdza sposób przygotowania stanowiska i kompletacje. • Sprawdza listę uczestników i kartę informacyjną scenariusza itp. • Rozpoczyna scenariusz — prosząc o wyłączenie telefonów, zajęcie miejsc									

REALIZACJA SCENARIUSZA

WPROWADZENIE – PREBREFING:

PLAN PREBRIEFINGU:

33. Zapoznanie z tematem szkolenia/kursu/scenariusza.
34. Zaprezentuj części szkolenia/zajęć: prebriefing, scenariusz, debriefing i określ ramy czasowe.
35. Przedstawienie i omówienie krótkie celu i celów pośrednich scenariusza — rozmowa dyskusja w oparciu o informacje *dla* studentów i informacje dla wykładowców.
36. Przedstaw gdzie będzie przeprowadzany scenariusz (SOR, sala pacjenta, sala opatrunkowa, mieszkanie pacjenta).
37. Zaprezentuj przypadek kliniczny: *Pacjent Jan Kowalski itd.*
38. Zaproponuj podział ról w grupie, wyznacz lidera (jeśli potrzebny).
39. Upewnij się czy poszczególni członkowie zespołu wiedzą za co są odpowiedzialni, czy rozumieją swoją rolę.
40. Zaproś uczestników do Sali symulacyjnej w celu zapoznania z salą i ze sprzętem.

47. Tematem dzisiejszego szkolenia będzie opieka pielęgniarska nad chorym po operacji tarczycy.
48. Scenariusz został podzielony na 3 części:
    - Część pierwsza prebriefing, stanowiący wprowadzenie do scenariusza, który będzie trwał 10 minut.
    - Część druga to realizacja scenariusza, trwająca 15 minut.
    - Część trzecia jest to debriefing stanowiący omówienie i podsumowanie wykonywanego scenariusza, który będzie trwał 20-25 minut.

Zajęcia będą trwały 4 godz. więc każdy z was będzie mógł przećwiczyć scenariusz wcielając się różne role

49. Realizując dzisiejszy temat zajęć szczególną uwagę zwrócimy na:
    - Kontrolę czynności życiowych.
    - Kontrolę świadomości chorego.
    - Obserwację chorego w kierunku wystąpienia ewentualnych powikłań związanych z zabiegiem.

Dziękuję za wyczerpujące odpowiedzi, udało nam się uzyskać informacje potrzebne do wykonania scenariusza.
50. Scenariusz będzie realizowany na sali intensywnego nadzoru na oddziale chirurgii.
51. Pozwólcie, że przejdę teraz do przedstawienia przypadku klinicznego

Anna Kowalska lat 28
Do Sali intensywnego nadzoru na oddziale chirurgii trafia pacjentka po operacji wycięcia gruczołu tarczowego,. Zabieg wykonywany był w znieczuleniu ogólnym dotchawiczym. Pacjentka ma założony dren do rany operacyjnej. W drenie operacyjnym niewielka ilość wydzieliny krwawej. Opatrunek założony na ranę operacyjną suchy. Ciśnienie lekko podwyższone, oddech i tętno przyśpieszone. Oddech pomimo przyśpieszenia wydolny. Zabieg trwał dłużej niż standardowo, doszło do utraty ciepła, u pacjentki występują dreszcze. Wg skali VAS ból ocenia na 3. Założone dwa wkłucia obwodowe, do jednego podłączony podgrzany wlew kroplowy. Przed operacją hormony tarczycy wyrównane, pacjentka przed planowanym zabiegiem przyjmowała Metizol.

52. Czy wszystkie przedstawione przeze mnie informacje są zrozumiałe?
53. Teraz przydzielę Wam role, jakie będziecie pełnić w tym scenariuszu (mówimy czym będą się zajmowały osoby podczas scenariusza i dopiero przydzielamy role-przydzielamy pojedynczo, tzn. rola i osoba)

Kto czuje się na siłach, aby być dzisiaj **liderem - pielęgniarką 1.**
Lider – pielęgniarka 1 - to osoba odpowiedzialna za podłączenie pacjenta do monitora oraz będzie odpowiedzialna za wykonanie pomiarów parametrów życiowych oraz odnotowanie ich w karcie obserwacji. O nieprawidłowych parametrach życiowych informuje lekarza. Odpowiedzialna też za komunikacje z lekarzem w przypadku innych zauważonych nieprawidłowości. Koordynuje pracę innych pielęgniarek.
Potrzebujemy jeszcze **pielęgniarkę nr 2,** która będzie odpowiedzialna za sprawdzenie opatrunku, ilości krwi napływającej z pola operacyjnego, obserwację kliniczną pacjenta oraz odnotowanie wyników w karcie obserwacji. Odpowiedzialna również będzie za stan higieniczny pacjenta oraz zapewnienie intymności.
Potrzebujemy jeszcze jedną pielęgniarkę, **pielęgniarkę nr 3**, która będzie odpowiedzialna za wykonanie czynności zabiegowych pielęgniarskich zgodnie ze zleceniem lekarskim.
Kolejne trzy osoby potrzebne podczas scenariusza to obserwatorzy.
Pierwszym obserwatorem będzie….. odpowiedzialna będzie za obserwowanie wykonywanych procedur.
Drugim obserwatorem będzie….. odpowiedzialna będzie za obserwowanie komunikacji w zespole.

Trzecim obserwatorem będzie….. odpowiedzialna będzie za obserwację pracy całego zespołu.

54. **Czy wszyscy wiedzą jakie role zostały im przydzielone?**
….., jesteś liderem- pielęgniarką 1, powiedz za co będziesz odpowiedzialna w czasie dzisiejszego scenariusza?
……jesteś pielęgniarką 2, powiedz na czym polega dzisiaj twoja praca?
……jesteś pielęgniarką 3, przypomnij, co będzie należało dzisiaj do twoich obowiązków?
……jesteś pierwszym obserwatorem, przypomnij, co należy do twoich obowiązków podczas dzisiejszego scenariusza?
……jesteś drugim obserwatorem, przypomnij, co należy do twoich obowiązków podczas dzisiejszego scenariusza?
……jesteś trzecim obserwatorem, przypomnij, co należy do twoich obowiązków podczas dzisiejszego scenariusza?
55. Czy wszyscy rozumieją swoje role Jeżeli nie ma pytań, przechodzimy do sali symulacji medycznej

20. Zapraszam do sali symulacji w celu zapoznania się ze sprzętem.
Upewnijcie się, że znacie sprzęt na którym będziecie pracować.

INFORMACJE DLA STUDENTÓW	INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW
W dniu dzisiejszym nauczymy się opieki nad pacjentem po operacji tarczycy. Zabieg operacyjny na gruczole tarczowym (tarczycy) jest podejmowany w zależności od choroby. W przypadku guzków tarczycy leczenie chirurgiczne obejmuje (w zależności od charakteru zmian histopatologicznych) usunięcie guzka/guzków wraz z marginesem tkanek lub usunięcie płata tarczycy, w którym stwierdza się guzki. U chorych z rozpoznaniem raka usuwa się całą tarczycę, a następnie stosuje się leczenie uzupełniające (radioterapia, terapia radiomodem). W przypadku nadczynności tarczycy u chorych ze wskazaniami do leczenia operacyjnego wykonuje się subtotalną strumektomię (prawie całkowite wycięcie tarczycy z pozostawieniem kikutów płatów bocznych). Leczenie operacyjne jest także wskazane w przypadku dużego wola prostego, które powoduje ucisk na tchawicę. Postępowanie pielęgniarskie: Opieka pielęgniarska nad chorym w bezpośrednim okresie po zabiegu operacyjnym powinna się skupić na kilku ważnych elementach: 1. Kontrola świadomości chorego 2. Monitorowanie podstawowych funkcji życiowych chorego: - ciśnienie tętnicze, - tętno. - oddech – świst? Jeśli tak, to niebezpieczeństwo zapadania się chrząstek tchawicy, zwłaszcza gdy chory zgłasza duszność, - ilość wydalanego moczu - ocena barwy skóry i błon śluzowych, tzw. powrotu kapilarnego - temperatury ciała chorego 3. Obserwacja chorego w kierunku wystąpienia ewentualnych powikłań związanych z zabiegiem (główne): - Krwawienie (do jamy szyi). Główne objawy krwawienia to narastające objawy duszności, obrzęk szyi, objawy wstrząsu hipowolemicznego. - uszkodzenie nerwu krtaniowego górnego i/lub nerwu krtaniowego wstecznego. Częściej ma miejsce jednostronne porażenie nerwu krtaniowego wstecznego (objawy: chrypka), rzadziej występuje obustronne porażenie nerwów krtaniowych wstecznych (objawy: stridor) oraz porażenie nerwów krtaniowych górnych (objawy: zmiana barwy głosu). - pooperacyjna niedoczynność przytarczyc, objawiająca się tężyczką spowodowaną usunięciem gruczołów przytarczycznych lub podwiązaniem tętnic tarczowych, co prowadzi do następowego obniżenia stężenia wapnia w surowicy krwi.	24. Wyobraźcie sobie, że jesteście po zabiegu operacyjnym usunięcia tarczycy, jakiego postępowania oczekujecie od personelu tam pracującego? **Odp.** Oczekujemy profesjonalnego podejścia do pacjenta oraz dużej wiedzy medycznej. 25. Jak uważacie, na jakich elementach w bezpośrednim okresie pooperacyjnym powinna być skupiona opieka pielęgniarska? **Odp.** - Kontrola świadomości chorego. - Monitorowanie podstawowych funkcji życiowych chorego: (ciśnienie tętnicze, tętno, oddech, ilość wydalanego moczu, ocena barwy skóry i błon śluzowych, tzw. powrotu kapilarnego, temperatury ciała chorego) - Obserwacja chorego w kierunku wystąpienia ewentualnych powikłań związanych z zabiegiem 26. Jak myślicie, czy istotna jest informacja w jakim znieczuleniu była przeprowadzona operacja i jakich leków użyto po wykonaniu operacji (leki p/bólowe, leki p/wymiotne)? **Odp.** Tak, do dalszego leczenia p/bólowego i p/wymiotnego w oddziale. 27. Może ktoś z Was pamięta na jakie funkcje życiowe organizmu należy zwrócić szczególną uwagę? **Odp.** - ciśnienie tętnicze, - tętno. - oddech – świst? Jeśli tak, to niebezpieczeństwo zapadania się chrząstek tchawicy, zwłaszcza gdy chory zgłasza duszność, - ilość wydalanego moczu - ocena barwy skóry i błon śluzowych, tzw. powrotu kapilarnego - temperatury ciała chorego 28. Pamiętasz, jakie powikłania związane z zabiegiem mogą wystąpić u pacjenta? **Odp.** - Krwawienie (do jamy szyi). Główne objawy krwawienia to narastające objawy duszności, obrzęk szyi, objawy wstrząsu hipowolemicznego. - uszkodzenie nerwu krtaniowego górnego i/lub nerwu krtaniowego wstecznego. Częściej ma miejsce jednostronne porażenie nerwu krtaniowego wstecznego (objawy: chrypka), rzadziej występuje obustronne porażenie nerwów krtaniowych wstecznych (objawy: stridor) oraz porażenie nerwów krtaniowych górnych (objawy: zmiana barwy głosu). - pooperacyjna niedoczynność przytarczyc, objawiająca się tężyczką spowodowaną usunięciem gruczołów przytarczycznych lub podwiązaniem

tętnic tarczowych, co prowadzi do następowego obniżenia stężenia wapnia w surowicy krwi. Objawy tężyczki występują najczęściej w kilkanaście/kilkadziesiąt godzin po zabiegu operacyjnym i manifestują się postępującym uczuciem drętwienia skóry i mięśni twarzy, palców i rąk. Jeśli u chorego występują takie objawy, należy wtedy oznaczyć poziom wapnia w surowicy krwi, a następnie zastosować odpowiednią suplementację wapnia drogą dożylną i/lub doustną.

- Przełom tyreotoksyczny jest następstwem nieleczonej w ogóle lub leczonej niewłaściwie nadczynności tarczycy w okresie przedoperacyjnym. Objawy przełomu tyreotoksycznego: gorączka, niepokój ruchowy i psychiczny, zapaść krążenia, wstrząs. Leczenie przełomu polega na podaży tyreostatyków (np. Metizol, Thyrozol, Propycil, Methylthiouracil,), jodu (np. płyn Lugola), Propranololu, wyrównaniu wolemii i zaburzeń elektrolitowych.
- Zapadnięcie chrząstek tchawicy, które niekiedy w następstwie ich długotrwałego ucisku przez wole są rozciągnięte i rozpulchnione, toteż po zabiegu operacyjnym „uwolnione" od ucisku chrząstki, zatykają światło tchawicy, mogą powodować duszność.

Powikłania występują częściej, jeśli zabieg w obrębie tarczycy jest wykonywany ponownie, np. uszkodzenie nerwu krtaniowego wstecznego występuje średnio u kilku procent przypadków przy pierwszej operacji, zaś do 30% przy drugim zabiegu operacyjnym. Jak podano w literaturze medycznej, w ośrodkach bardzo doświadczonych w operacjach tarczycy częstość występowania powikłań przy wykonaniu całkowitego usunięcia gruczołu wynosi 1-2%.

4. Obserwacja rany operacyjnej, czystości opatrunku, obserwacja ilości i jakości, jaka może wypływać z założonych w trakcie operacji drenów – obserwacja pojemnika/pojemników Redona.
5. Podanie pacjentowi zleconych leków i płynów infuzyjnych.
6. Pomoc w uwolnieniu chorego od bólu związanego z zabiegiem operacyjnym poprzez systematyczne podawanie leków przeciwbólowych oraz stałą kontrolę bólu odczuwanego przez pacjenta.
7. Dbanie o ogólny komfort chorego.
8. Dokumentowanie wszystkich pomiarów dokonanych u chorego. Dokumentowanie podanych pacjentowi leków i płynów infuzyjnych.

9.W razie konieczności szybkie informowanie zespołu medycznego (chirurg, anestezjolog, pozostali członkowie zespołu pielęgniarskiego) o zmieniającym się stanie chorego.

podwiązaniem tętnic tarczowych, co prowadzi do następowego obniżenia stężenia wapnia w surowicy krwi.

- Przełom tyreotoksyczny jest następstwem nieleczonej w ogóle lub leczonej niewłaściwie nadczynności tarczycy w okresie przedoperacyjnym.
- Zapadnięcie chrząstek tchawicy, które niekiedy w następstwie ich długotrwałego ucisku przez wole są rozciągnięte i rozpulchnione, toteż po zabiegu operacyjnym „uwolnione" od ucisku chrząstki, zatykają światło tchawicy, mogą powodować duszność.

6. Jak uważasz, czy ważne jest aby monitorować ilość i jakość wydzieliny z drenów założonych podczas operacji?

Odp.

Tak, ważne to jest, pojawienie się dużej ilości świeżej krwi w drenach może świadczyć o toczącym się krwawieniu

7. Powiedz mi, czy ważne jest aby leczyć pacjenta p/bólowo?

Odp.

Tak, według skali określającej ból VAS <3

8. Może ktoś z was wie, jakie są objawy przełomu tyreotoksycznego?

Odp.

Objawy przełomu tyreotoksycznego: gorączka, niepokój ruchowy i psychiczny, zapaść krążenia, wstrząs. Leczenie przełomu polega na podaży tyreostatyków (np. Metizol, Thyrozol, Propycil, Methylthiouracil,), jodu (np. płyn Lugola), Propranololu, wyrównaniu wolemii i zaburzeń elektrolitowych.

9. Przypomnij proszę jakie są objawy tężyczki spowodowanej usunięciem gruczołów przytarczycznych lub podwiązaniem tętnic trzytarczowych?

Odp.

- pooperacyjna niedoczynność przytarczyc, objawiająca się tężyczką spowodowaną usunięciem gruczołów przytarczycznych lub podwiązaniem tętnic tarczowych, co prowadzi do następowego obniżenia stężenia wapnia w surowicy krwi. Objawy tężyczki występują najczęściej w kilkanaście/kilkadziesiąt godzin po zabiegu operacyjnym i manifestują się postępującym uczuciem drętwienia skóry i mięśni twarzy, palców i rąk. Jeśli u chorego występują takie objawy, należy wtedy oznaczyć poziom wapnia w surowicy krwi, a następnie zastosować odpowiednią suplementację wapnia drogą dożylną i/lub doustną.

10. Jak uważasz, czy ważne jest dbanie o komfort psychiczny pacjenta?

Odp.

Tak, pacjenci oczekują od nas profesjonalizmu, dobrze się czują jak wiedzą, że wszystko wykonujemy w opanowaniu, bez nerwów i jesteśmy gotowi na odpowiedź napytania pacjenta dotyczące jego stanu

Skale oceniające stopień świadomości:
Skala Glasgow, **GCS** jest używana w medycynie w celu oceny poziomu przytomności. Początkowo wprowadzono ją w celu umożliwienia szybkiej oceny stanu pacjentów po urazie głowy i wstępnego ustalenia rokowania. Obecnie jest powszechnie stosowana zarówno w medycynie ratunkowej, jak i do śledzenia zmian poziomu świadomości pacjentów w czasie leczenia.
Ocenie podlega:

- Otwieranie oczu
  - 4 punkty – spontaniczne
  - 3 punkty – na polecenie
  - 2 punkty – na bodźce bólowe
  - 1 punkt – nie otwiera oczu
- Kontakt słowny:
  - 5 punktów – odpowiedź logiczna, pacjent zorientowany co do miejsca, czasu i własnej osoby
  - 4 punkty – odpowiedź splątana, pacjent zdezorientowany
  - 3 punkty – odpowiedź nieadekwatna, nie na temat lub krzyk
  - 2 punkty – niezrozumiałe dźwięki, pojękiwanie
  - 1 punkt – bez reakcji
- Reakcja ruchowa:
  - 6 punktów – spełnianie ruchowych poleceń słownych, migowych
  - 5 punktów – ruchy celowe, pacjent lokalizuje bodziec bólowy
  - 4 punkty – reakcja obronna na ból, wycofanie, próba usunięcia bodźca bólowego
  - 3 punkty – patologiczna reakcja zgięciowa, odkorowanie (przywiedzenie ramion, zgięcie w stawach łokciowych i ręki, przeprost w stawach kończyn dolnych)
  - 2 punkty – patologiczna reakcja wyprostna, odmóżdżenie (odwiedzenie i obrót ramion do wewnątrz, wyprost w stawach łokciowych, nawrócenie przedramion i zgięcie stawów ręki, przeprost w stawach kończyn dolnych, odwrócenie stopy)
  - 1 punkt – bez reakcji

Uwzględnia się najlepszą uzyskaną odpowiedź w każdej kategorii. Łącznie można uzyskać od 3 do 15 punktów, ale należy zaznaczyć z jakich składowych powstał wynik (np. GCS 12: 3/4 + 4/5 + 5/6).
Na podstawie skali Glasgow zaburzenia przytomności najczęściej dzieli się na:

- GCS 13-15 – łagodne
- GCS 9-12 – umiarkowane
- GCS 6-8 – brak przytomności
- GCS 5 – odkorowanie
- GCS 4 – odmóżdżenie
- GCS 3 – śmierć mózgu

11. Jakie znasz skale oceniające ból?
Odp.
- Skala numeryczna (NRS – Numerical Rating Scale)
- Skala wzrokowo-analogowa (VAS – Visual Analogue Scale)
- Skala słowna (VRS – Verbal Rating Scale)
- Skale wielowymiarowe
- **Kwestionariusz ODI (Oswestry Disability**
- **Kwestionariusz RMDQ (Roland Morris Disability Questionnaire) Index)**

12. Czy wg Ciebie obserwacja rany operacyjnej ma znaczenie?

Odp.
Obserwacja rany operacyjnej, czystości opatrunku, obserwacja ilości i jakości, jaka może wypływać z założonych w trakcie operacji drenów – obserwacja pojemnika/pojemników Redona.

13. Zgodzicie się więc ze mną, że pacjent po zabiegu operacyjnym będzie bezpieczny jeśli pracownicy będą postępowali zgodnie z obowiązującymi procedurami?

Odp.
Tak, zarówno personel jak i pacjent są bezpieczni.

14. Jak myślicie, czy ważne jest zapewnienie intymności pacjentowi, u którego wykonujemy czynności pielęgniarskie?

Odp.
Tak, ważne jest aby zapewnić pacjentowi warunki intymne do wykonywania przy nim czynności, szczególnie takich, które wymagają odkrycie ciała pacjenta.

16. Przypomnij jakie znasz skale oceniające stan świadomości pacjenta?

Odp.
Skala Glasgow, GCS
Skala AVPU

Jakie jeszcze…
Jak myślicie….
Co sądzicie….
Zabrakło mi….

Dziękuję za wyczerpujące wypowiedzi, udało nam się uzyskać potrzebne informacje do wykonania scenariusza.

Kto czuje się na siłach, aby być dzisiaj **liderem - pielęgniarką 1.**
Lider – pielęgniarka 1 - to osoba odpowiedzialna za podłączenie pacjenta do monitora oraz będzie odpowiedzialna za wykonanie pomiarów parametrów życiowych oraz odnotowanie ich w karcie obserwacji. O nieprawidłowych parametrach życiowych informuje lekarza. Odpowiedzialna też za komunikacje z lekarzem w przypadku innych zauważonych nieprawidłowości. Koordynuje pracę innych pielęgniarek.

AVPU ocena przytomności – schemat kolejno ocenianych reakcji na bodźce zewnętrzne, stosowany w celu oceny stanu przytomności poszkodowanego/chorego. Stosowane w niej litery oznaczają:

- **A** (Alert) – przytomny, skupia uwagę
- **V** (Verbal) – reaguje na polecenia głosowe
- **P** (Pain) – reaguje na bodźce bólowe
- **U** (Unresponsive) – nieprzytomny, nie reaguje na żadne bodźce.

Schemat AVPU jest stosowany we wstępnej ocenie stanu przytomności - czy jest zachowana przytomność. Jest pierwszym elementem badania przedmiotowego w stanach zagrożenia życia poprzedzającym ocenę czynności życiowych (ABC) i szybkie badanie urazowe. Stosowany przez osoby udzielające pierwszej pomocy, kwalifikowanej pierwszej pomocy i pomocy medycznej.

Skale oceniające ból:
Ból jest doznaniem subiektywnym, zawsze nieprzyjemnym. W codziennej praktyce klinicznej nie dysponujemy narzędziami lub badaniami umożliwiającymi obiektywną ocenę stopnia nasilenia bólu. Opracowano natomiast wiele skal i kwestionariuszy służących określeniu nasilenia bólu, opierających się na ocenie chorego – są one tym samym narzędziami oceny subiektywnej. Skale i kwestionariusze stanowią narzędzia pomocnicze, służą ocenie nasilenia bólu, ale także pozwalają oceniać skuteczność leczenia, wpływ bólu na funkcjonowanie fizyczne i psychospołeczne pacjenta.
Głównym celem skali jednowymiarowej jest ustalenie stopnia nasilenia bólu w różnych punktach czasowych oraz skuteczności stosowanego leczenia przeciwbólowego. Skala ta ocenia zatem tylko sensoryczny aspekt bólu. Najczęściej stosuje się skalę numeryczną, skalę wzrokowo-analogową oraz skale słowne. W ocenie nasilenia bólu u dzieci i osób z ograniczonymi funkcjami poznawczymi można stosować skale obrazkowe (przedstawiające różne wyrazy twarzy), a u osób nieprzytomnych klasyfikacje oparte na zachowaniu (grymasy twarzy, ułożenie ciała).
Skala numeryczna (NRS – Numerical Rating Scale)
Skala numeryczna jest łatwa do zastosowania, wykazano także jej dużą czułość i wiarygodność w porównaniu z innymi skalami pomiaru bólu. Skala zawiera 11 stopni nasilenia bólu – od 0 do 10, gdzie 0 oznacza całkowity brak bólu, natomiast 10 najgorszy wyobrażalny ból. Skala ta cechuje się znaczną powtarzalnością wyników i jest przydatna w zastosowaniach naukowych. Ze względu na jej zrozumiałość dla pacjentów i łatwość stosowania jest obecnie polecana w praktyce klinicznej zarówno do oceny bólu ostrego, jak i przewlekłego.

Potrzebujemy jeszcze **pielęgniarkę nr 2,** która będzie odpowiedzialna za sprawdzenie opatrunku, ilości krwi napływającej z pola operacyjnego, obserwację kliniczną pacjenta oraz odnotowanie wyników w karcie obserwacji. Odpowiedzialna również będzie za stan higieniczny pacjenta oraz zapewnienie intymności.

Potrzebujemy jeszcze jedną pielęgniarkę, **pielęgniarkę nr 3**, która będzie odpowiedzialna za wykonanie czynności zabiegowych pielęgniarskich zgodnie ze zleceniem lekarskim.

Kolejne trzy osoby potrzebne podczas scenariusza to obserwatorzy.
Pierwszym obserwatorem będzie….. odpowiedzialna będzie za obserwowanie wykonywanych procedur.

Drugim obserwatorem będzie….. odpowiedzialna będzie za obserwowanie komunikacji w zespole.

Trzecim obserwatorem będzie….. odpowiedzialna będzie za obserwację pracy całego zespołu.

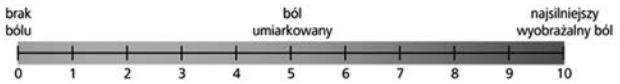
4. **Czy wszyscy wiedzą jakie role zostały im przydzielone?**

….., jesteś liderem- pielęgniarką 1, powiedz za co będziesz odpowiedzialna w czasie dzisiejszego scenariusza?
……jesteś pielęgniarką 2, powiedz na czym polega dzisiaj twoja praca?
……jesteś pielęgniarką 3, przypomnij, co będzie należało dzisiaj do twoich obowiązków?
……jesteś pierwszym obserwatorem, przypomnij, co należy do twoich obowiązków podczas dzisiejszego scenariusza?
……jesteś drugim obserwatorem, przypomnij, co należy do twoich obowiązków podczas dzisiejszego scenariusza?
……jesteś trzecim obserwatorem, przypomnij, co należy do twoich obowiązków podczas dzisiejszego scenariusza?

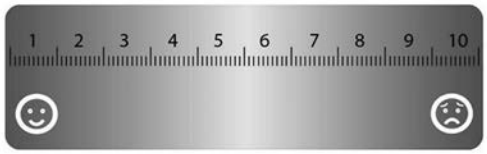
Czy wszyscy rozumieją swoje role? Jeżeli nie ma pytań, przechodzimy do sali symulacji medycznej

Zapraszam do sali symulacji w celu zapoznania się ze sprzętem.
Upewnijcie się, że znacie sprzęt na którym będziecie pracować.

Nie zaleca się stosowania skali NRS u dzieci w wieku <9 lat.
Skala numeryczna (NRS - *Numerical Rating Scale* (kilknij, by powiększyć)

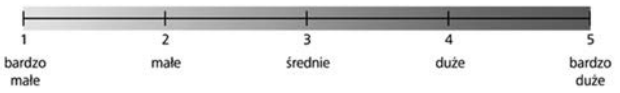


Skala wzrokowo-analogowa (VAS – Visual Analogue Scale)
Analogowa, wizualna skala oceny bólu jest wiarygodnym narzędziem umożliwiającym określenie nasilenia bólu. Cyklicznie powtarzane pomiary intensywności bólu za pomocą skali VAS umożliwiają ocenę skuteczności leczenia przeciwbólowego.
Skala ma postać linijki o długości 10 cm. Pacjent wskazuje palcem lub suwakiem nasilenie bólu od 0 – zupełny brak bólu do 10 – najsilniejszy wyobrażalny ból. Stosuje się również zmodyfikowane skale zawierające na skrajnych biegunach rysunki twarzy – uśmiechniętej (brak bólu) i wykrzywionej grymasem bólu (najsilniejszy ból) lub opatrzone dodatkowo słownymi określeniami bólu pod osią graficzną (graficzna skala opisowa).
Aby uzyskać prawidłowe wyniki, należy upewnić się, że chory rozumie, co oznaczają wartości skrajne. Uważa się, że około 10–25% chorych nie jest w stanie wybrać odpowiedniego dla siebie punktu na linii i uważa skalę za nadmiernie skomplikowaną.
VAS (*Visual Analog Scale*)
(kilknij, by powiększyć)



Skala słowna (VRS – Verbal Rating Scale)
Jest metodą umożliwiającą opisową ocenę bólu. Choremu przedstawia się szereg kolejno ustawionych cyfr z przypisanymi do nich określeniami nasilenia bólu. Najczęściej stosuje się pięciostopniową skalę psychometryczną Likerta. Jej największą wadą jest niejednoznaczność określeń nasilenia bólu, które poszczególni chorzy mogą różnie rozumieć. Pacjenci zgłaszają czasem trudność z przyporządkowaniem gotowych określeń do swojej percepcji bólu. Skala ta rzadko znajduje zastosowanie w badaniach naukowych ze względu na tendencję chorych do unikania wartości skrajnych.
Ocena stopnia natężenia bólu u dzieci powinna się opierać na odpowiednio przystosowanych dla tej grupy wiekowej skalach: skale obrazkowe u dzieci >3. rż., u młodszych dzieci skale oparte na zachowaniu dziecka (wyraz twarzy, ułożenie nóg, aktywność, płacz, możliwość utulenia).

Skala Słowna (VRS - *Verbal Rating Scale*
(kilknij, by powiększyć)



Skale wielowymiarowe

Opracowano również skale wielowymiarowe w postaci kwestionariuszy, służących równocześnie do oceny stopnia nasilenia bólu oraz wpływu bólu przewlekłego na różne aspekty funkcjonowania chorego, aktywność fizyczną, samopoczucie i jakość życia zależną od stanu zdrowia. Są to skale bardziej złożone, a ich wypełnienie wymaga znacznie więcej czasu, dlatego są stosowane u wybranych pacjentów. Zwykle są dostosowane do określonego rodzaju bólu (np. bólu w zakresie układu ruchu), a wówczas pytania w nich zawarte są ściśle ukierunkowane na wybrany zespół bólowy. Ich wielowymiarowość pozwala na dobór adekwatnej metody terapeutycznej, zapewnia jednocześnie lepszą ocenę skuteczności leczenia w porównaniu ze skalami jednowymiarowymi.

Kwestionariusz ODI (Oswestry Disability Index) został opracowany w celu oceny stopnia niepełnosprawności spowodowanej bólem kręgosłupa w odcinku piersiowo-lędźwiowym. Jest to obecnie standardowy kwestionariusz oceniający wpływ bólu kręgosłupa na funkcjonowanie pacjenta w codziennych czynnościach; ocenia także efektywność zastosowanego leczenia. Pacjent wypełnia kwestionariusz samodzielnie, udzielając odpowiedzi na 10 pytań dotyczących: nasilenia bólu i zmienności w czasie, podnoszenia przedmiotów, siedzenia, spania, podróżowania, pielęgnacji, chodzenia, stania, życia towarzyskiego oraz zmiany nasilenia bólu. W każdej z sekcji kwestionariusza pacjent wybiera tylko jedną, najlepiej opisującą aktualne dolegliwości odpowiedź, punktowaną w zależności od ciężkości w zakresie od 0 do 5 pkt. Maksymalna liczba punktów wynosi zatem 50. Dodatkowo, stosując odpowiednią formułę zawartą w opisie kwestionariusza, można określić stopień niepełnosprawności pacjenta w procentach, co pozwala dobrać odpowiednie leczenie.

Kwestionariusz RMDQ (Roland Morris Disability Questionnaire) opracowano w celu oceny wpływu bólu dolnego odcinka kręgosłupa na funkcjonowanie pacjenta. Kwestionariusz zawiera sformułowania, zwykle używane przez pacjentów do opisu swojego codziennego życia z bólem dolnego odcinka kręgosłupa. Składa się z 24 zdań, dotyczących czynności dnia codziennego, których wykonywanie może zaburzać ból. Pacjent wypełnia kwestionariusz samodzielnie (zwykle 5–10 minut) poprzez wybranie zdań najlepiej opisujących jego funkcjonowanie w dniu wypełniania kwestionariusza (maksymalnie może wybrać 24 zdania). Skala ta pozwala również oceniać skuteczność

zastosowanego leczenia (np. operacyjnego). Kwestionariusz jest łatwiejszy do wypełnienia niż ODI, zwłaszcza dla osób starszych.

Skala WOMAC (Western Ontario and McMaster Universities Index of Osteoarthritis) służy do oceny bólu u pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawów kolanowych lub biodrowych, ale może być również stosowana u pacjentów z innymi schorzeniami narządu ruchu. Skala służy do oceny postępu choroby zwyrodnieniowej oraz skuteczności leczenia przyczynowego i objawowego. Jest to jeden z najczęściej stosowanych kwestionariuszy w ocenie schorzeń narządu ruchu, a jego wypełnienie zajmuje około 12 minut. Pacjent może wypełniać kwestionariusz samodzielnie, oceniając w 24 pytaniach następujące trzy aspekty:

- nasilenie bólu (5 pytań) – podczas chodzenia, wchodzenia po schodach, w nocy, podczas odpoczynku, obciążania stawu
- sztywność zajętych stawów (2 pytania) – sztywność poranna, w ciągu dnia
- funkcjonowanie fizyczne (17 pytań) – czynności codzienne: chodzenie po schodach, wstawanie, pochylanie się, stanie, chodzenie, wsiadanie do samochodu i wysiadanie z samochodu, robienie zakupów, ubieranie i zdejmowanie skarpet, wstawanie z łóżka, leżenie w łóżku, wchodzenie do wanny/wychodzenie z wanny, siedzenie, korzystanie z toalety, ciężkie prace domowe, lekkie prace domowe.

Stopień ciężkości bólu w każdym z elementów kwestionariusza może być oceniany w skali 0–4, stąd maksymalna możliwa do uzyskania liczba punktów wynosi 96: nasilenie bólu 20, sztywność 8, funkcjonowanie fizyczne 68.

Kwestionariusz MPQ (McGill Pain Questionnaire) opracowano w celu oceny ilościowej i jakościowej doznań bólowych. Jest kwestionariuszem wielowymiarowym i pozwala na określenie emocjonalnego aspektu doznań pacjenta, umożliwiając całościową ocenę stanu pacjenta z uwzględnieniem elementów funkcjonowania psychicznego. Jest to jeden z najczęściej stosowanych kwestionariuszy w specjalistycznych poradniach leczenia bólu. Pozwala również nadzorować przebieg leczenia pacjenta z bólem przewlekłym, włącznie ze zmianami emocjonalnymi. Kwestionariusz składa się z rysunku bólu, skali NRS oraz 74 przymiotników odnoszących się do sensorycznego, emocjonalnego i poznawczego ocennego aspektu doznań bólowych.

Kwestionariusz SF-36. Jest to obecnie najczęściej używany kwestionariusz służący do oceny jakości życia związanej ze zdrowiem. Stosuje się go zwykle do porównywania różnych metod leczenia. Składa się z 36 pytań odnoszących się do sprawności fizycznej, odczuwanego bólu, poziomu energii, nastroju oraz wpływu stanu zdrowia na codzienne funkcjonowanie pacjenta. Wypełnienie kwestionariusza zajmuje około 5–10 minut.

ZAPOZNANIE STUDENTÓW ZE SPRZĘTEM	
Wykładowca	Będziemy pracować dzisiaj na Sali intensywnego nadzoru na oddziale chirurgii. Będziecie używać sprzętu monitorującego podstawowe parametry życiowe oraz zapoznacie się z zadaniami pielęgniarki pracującej na Sali intensywnego nadzoru.
Student	Każdy student zapoznaje się ze sprzętem, poznaje funkcje monitora podstawowych parametrów życiowych, włączy sprzęt.
SCENARIUSZ SYMULACJI	
Opis scenariusza	Anna Kowalska lat 28 Do Sali wybudzeń trafia pacjentka po znieczuleniu ogólnym dotchawiczym, po operacji pęcherzyka żółciowego z założonym drenem do rany operacyjnej. W drenie operacyjnym niewielka ilość wydzieliny. Dren założony w celu ewakuacji płynu gromadzącego się w otrzewnej. Opatrunek założony na ranę operacyjną suchy. Ciśnienie, tętno i oddech przyśpieszone. Oddech pomimo przyśpieszenia wydolny. Zabieg trwał dłużej niż standardowo, doszło do utraty ciepła, u pacjentki występują dreszcze. Wg skali VAS ból ocenia na 5. Założone dwa wkłucia obwodowe, do jednego podłączony podgrzany wlew kroplowy.
Obecny stan kliniczny	Parametry życiowe podwyższone, pacjentka uskarża się na występowanie bólu. U pacjentki występuje odruch wymiotny. Pacjentce jest zimno, ma dreszcze
Wywiad	Pacjentka leczona z powodu wola nadczynnego tarczycy. Przed zabiegiem operacyjnym przyjmowała Metizol. Gospodarka hormonalna przed zabiegiem w normie.

Przebieg scenariusza Ścieżka 1	Podział na role: 1. Lider- pielęgniarka 1 – odpowiedzialna za podłączenie pacjenta do monitora oraz będzie odpowiedzialna za wykonanie pomiarów parametrów życiowych oraz odnotowanie ich w karcie obserwacji. O nieprawidłowych parametrach życiowych informuje lekarza. Odpowiedzialna też za komunikacje z lekarzem w przypadku innych zauważonych nieprawidłowości. Koordynuje pracę innych pielęgniarek. **Nawiązuje kontakt z pacjentem**. - jest już po operacji, jak się pani czuje? - tak to jest, nic pani nie pamięta, była pani znieczulona i spała - dobrze się pani oddycha? Nie jest pani duszno? - podłączę panią teraz do monitora, będziemy monitorować pani parametry życiowe - proszę spać, lepiej będzie się pani czuła, my będziemy tutaj nad panią czuwać	Przebieg scenariusza: **pacjent** - już po operacji? Nic nie pamiętam, wydaje mi się, że ja jeszcze nie spałam - oj to dobrze, że już po wszystkim, tak się bałam, że się nie obudzę - nie, oddycha mi się dobrze, - dobrze, czuwajcie nade mną bo spać mi się jeszcze chce mocno - bardzo dziękuję wszystkim

Przebieg scenariusza Ścieżka 1	Pielęgniarka pierwsza odnotowuje wyniki pomiarów parametrów życiowych w karcie obserwacji pacjenta Pielęgniarka 2 odpowiedzialna za sprawdzenie opatrunku, ilości krwi napływającej z pola operacyjnego, obserwację kliniczną pacjenta oraz odnotowanie wyników w karcie obserwacji. Odpowiedzialna również będzie za stan higieniczny pacjenta oraz zapewnienie intymności. Ustawia parawan Pielęgniarka 2 Podchodzi do pacjenta, informuje o swoich czynnościach Sprawdza stan opatrunku oraz wydzielinę znajdującą się w Redonie i odnotowuje w karcie obserwacji - proszę pani sprawdzę jeszcze tylko opatrunek, zobaczę czy wszystko w porządku - proszę się nie bać, na razie wszystko przebiega prawidłowo, proszę wypoczywać po operacji, o nic się nie martwić - zaraz panią przykryjemy dodatkowym kocem, proszę poczekać. Bierze koc i przykrywa pacjenta. **Podczas manipulacji przy pacjencie, pacjentka zaczyna wymiotować, zmieniają się parametry** Pielęgniarka 2 Przynosi pacjentowi miskę nerkowatą, podaje świeżą ligninę i podaje wodę do opłukania jamy ustnej - pielęgniarka informuje, że tak się może zdarzyć, że nic się nie stało i informuje lekarza o wystąpieniu nudności i wymiotów. Na zlecenie lekarza pielęgniarka 3 odpowiedzialna za wykonanie czynności zabiegowych pielęgniarskich zgodnie ze zleceniem lekarskim.	- proszę robić co potrzeba, ważne aby wszystko było dobrze, - zimno mi trochę - niech mnie pani przykryje mocno, zaraz pani pomogę, podniosę się troszeczkę Paleta 1 - chce mi się wymiotować, niedobrze mi (pacjentka zaczyna wymiotować) - ojej, narobiłam tylko problemów, przepraszam

Przebieg scenariusza Ścieżka 1	- podaje dożylnie 10 mg Metoclopramidu informując o tym pacjentkę	- dobrze, oby tylko pomogło
	Po wymiotach pielęgniarka 1 Pyta pacjenta	
	- jak się pani teraz czuje, podaliśmy już lek p/wymiotny	- już trochę lepiej, ale zaczęło mnie bardziej boleć teraz
	- w skali od 0 do 10 na ile ocenia pani ból?	- nie wiem, trudno powiedzieć, ale może na 6 bym powiedziała
	Pielęgniarka 1 Zgłasza nasilenie bólu lekarzowi	
	Pielęgniarka 3 Informuje pacjenta, że za chwilę poda leki p/bólowe Na zlecenie lekarza podaje pacjentce - 1 g Paracetamolu dożylnie - 2,5 g Pyralginy (Metamizolu) - 500 ml płynu infuzyjnego Optylite	
	Pyta pacjentkę czy nie jest uczulona na leki i jak się czuje podczas podawania leków	
	- jak się pani czuje, wszystko w porządku?	- tak, ja już brałam takie leki, zawsze mi pomagały jak coś mnie bolało, nie jestem uczulona
		- tak, czuję, że ból już ustępuje powoli, dziękuję
	Pielęgniarka 1	
	- jak się pani teraz czuje, wszystko już dobrze?	Paleta 2 Po podaniu leków parametry życiowe obniżają się
	Pielęgniarka 2 podaje pacjentce basen	
	- proszę pani podam pani basen, nie może jeszcze pani chodzić, proszę zrobić siku do basenu, zasłonię panią, żeby się pani nie krępowała	- przepraszam, że marudzę, ale siku mi się chce
		- wolałabym wstać, ale skoro pani mówi, że nie mogę to cóż mocno mi się chce nie wytrzymam dłużej, zrobię więc na basen. Dziękuję pani
	Pielęgniarka 1	
	- to nie jest żaden kłopot, to naturalne, że po operacji potrzebuje pani naszej pomocy	- już, może pani zabrać basen, dziękuję i przepraszam macie panie ze mną tylko kłopot
		- dziękuję za wszystko, dobrze, że pracują tu osoby które wykazują się takim profesjonalizmem
	Pielęgniarka 2 Zagląda w międzyczasie do opatrunku. Ilość wydzieliny z drenu w granicach normy, opatrunek lekko przekrwiony, zgłasza lekarzowi.	Paleta 3 (przekrwienie opatrunku)

Przebieg scenariusza Ścieżka 1	Przychodzi lekarz i prosi o pokazanie rany operacyjnej. Pielęgniarka 3 przynosi zestaw do zmiany opatrunku i odkleja opatrunek - proszę pani, musimy obejrzeć ranę, proszę się nie bać, to nie boli Lekarz wraz z pielęgniarką sprawdzają opatrunek stwierdzając, że wszystko jest w porządku - proszę się nie martwić wszystko jest dobrze	- dobrze, proszę robić co potrzeba, nic mnie nie boli - to dobrze, cieszę się bardzo, dziękuję raz jeszcze

PALETA 1 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE WRAZ Z PRAWIDŁOWYM PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna		Pacjent zaczyna wymiotować									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	R- oddech	EKG	NIBP	SpO_2						
	Liczba	24	115	145/90	96						
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia dotyczą:									

PALETA 2 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE WRAZ Z PRAWIDŁOWYM PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna		Po podaniu leków									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	R- oddech	EKG	NIBP	SpO_2						
	Liczba	14	80	110/80	98						
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia dotyczą:									

PALETA 3 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE NIEZGODNIE Z PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna		Dochodzi do przekrwienia opatrunku, parametry bez zmian									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa										
	Liczba										
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia dotyczą:									

PALETA 4 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE NIEZGODNIE Z PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA	
Informacja ogólna	

Parametry początkowe symulatora	Nazwa										
	Liczba										
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia dotyczą:									

DEBRIEFING:	
INFORMACJE DLA STUDENTÓW	**INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW**
Na dzisiejszych zajęciach zdobyliście umiejętność opieki nad pacjentem po operacji tarczycy. Tę umiejętność możecie wykorzystać podczas praktyk oraz egzaminu OSCE	1. Jak się czujecie po zrealizowaniu scenariusza. Faza opisowa Pytanie do Pielęgniarki 1, 2,3 i obserwatorów Jakie zadania miałaś dzisiaj do wykonania? Jakie decyzje podjęłaś? Faza analizy **Pielęgniarka1** Z czego jesteś najbardziej zadowolona, co wyszło ci najlepiej? **Pielęgniarka 2,3, j/w** **Pielęgniarka 1** Czy jest coś, co chciałbyś poprawić? **Obserwator 1,2** Czy w tej sytuacji postąpiłbyś inaczej? Jeśli tak, to jak ty byś to zrobił? Faza czynności **Pielęgniarka:** Co mogłabyś poprawić? Jak mogłabyś to poprawić? Czy zgadzasz się z tym co powiedziała koleżanka? Jak ty byś postąpiła w tej sytuacji? Wydaje mi się, że zabrakło…..? Zgodzisz się, że lepszym rozwiązaniem byłoby….? Powiedziałaś, że zmierzyłaś parametry życiowe pacjenta, przypomnij jakie są normy? Sprawdzałaś drożność wkłucia, powiedz po co to robiłaś? Cieszę się, że zaniepokoiło cię…. **Obserwator:** Jakie atuty komunikacji zauważyłaś w zespole? Jak uważasz przekaz komunikatów w grupie był jasny? Co najbardziej podobało ci się podczas wykonywania procedur? Jak uważasz parametry zostały zmierzone prawidłowo? Jak myślisz leki zostały podane we właściwy sposób? Jak uważasz podczas wykonywanych czynności były przestrzegane procedury medyczne? Jest coś co zrobiłbyś inaczej? Co by to zmieniło? Co byś dodał do dzisiejszych zajęć?

	<u>Faza podsumowania</u> Czego nauczyłaś się z tego scenariusza? Jakich czynności z tego scenariusz nauczyłaś się? Gdzie w przyszłości wykorzystasz umiejętność jakiej się dzisiaj nauczyłaś? Bardzo dziękuję za dzisiejsze zajęcia. Nauczyliście się postępowania z pacjentem po operacji tarczycy. Po dzisiejszych zajęciach, zapamiętacie, że pacjent w bezpośrednim okresie pooperacyjnym boi się o swoje życie i oczekuje od nas profesjonalnego działania. Na kolejnych zajęciach będziemy zajmowali się pacjentem, który…
Zastosowanie umiejętności:	Podczas ZP i P w szpitalu oraz na egzaminie OSC
Literatura	10. Pielęgniarstwo w chirurgii- W.Kapała; wyd. Czelej Lublin 2006; str. 123-124 11. Standardy anestezjologicznej opieki pielęgniarskiej – Krajewska-Kułak E., Rolka H., Jankowiak B. str. 143-155, 428-437
Umiejętności podstawowe:	**Wiedzy:** 11. Normy parametrów życiowych 12. Opatrunki i rany 13. Leczenie przeciwbólowe **Umiejętności:** 11. Monitorowanie podstawowych parametrów życiowych 12. Podłączenie wlewu kroplowego 13. Podanie leków dożylnie 14. Prowadzenie dokumentacji pielęgniarskiej 15. Zmiana opatrunku
Efekty kształcenia	**Wiedza** 1. D.W1, wymienia objawy zagrożenia życia u pacjentów w różnym wieku; 2. D.W5, zna zasady diagnozowania w pielęgniarstwie internistycznym, geriatrycznym, chirurgicznym, pediatrycznym, neurologicznym, psychiatrycznym, anestezjologicznym, położniczo-ginekologicznym i opiece paliatywnej; 3. D.W6, zna zasady planowania opieki nad chorymi w zależności od wieku i stanu zdrowia; 4. D.W9, charakteryzuje techniki i procedury pielęgniarskie stosowane w opiece nad chorym w zależności od jego wieku i stanu zdrowia; 5. D.W26, zna metody, techniki i narzędzia oceny stanu świadomości i przytomności; 6. D.W33, zna kierunki obserwacji pacjenta po zabiegu operacyjnym, w celu zapobiegania wczesnym i późnym powikłaniom; 7. D.W34, wymienia objawy, charakteryzuje przebieg i sposoby postępowania w określonych jednostkach chorobowych leczonych chirurgicznie; 8. D.W43, zna przebieg procesu znieczulania oraz zasady i metody opieki nad pacjentem po znieczuleniu; **Umiejętności** 1. D.U1, gromadzi informacje, formułuje diagnozę pielęgniarską, ustala cele i plan opieki, wdraża interwencje pielęgniarskie oraz dokonuje ewaluacji opieki; 2. D.U10, ocenia stan ogólny pacjenta w kierunku powikłań po specjalistycznych badaniach diagnostycznych i powikłań pooperacyjnych; 3. D.U13, dokumentuje sytuację zdrowotną pacjenta, jej dynamikę zmian i realizowaną opiekę pielęgniarską;

Efekty kształcenia	4. D.U26, przekazuje informacje o stanie zdrowia chorego członkom zespołu terapeutycznego; 5. D.U28, prowadzi dokumentację opieki nad chorym: kartę obserwacji, zabiegów pielęgniarskich i raportów, kartę rejestru zakażeń szpitalnych, profilaktyki i leczenia odleżyn oraz kartę informacyjną z zaleceniami w zakresie samoopieki; 6. D.U29, ocenia poziom bólu, reakcję chorego na ból i nasilenie bólu oraz stosuje postępowanie przeciwbólowe; 7. D.U32, dostosowuje interwencje pielęgniarskie do rodzaju problemów pielęgnacyjnych; **Kompetencje** 1. D.K1, szanuje godność i autonomię osób powierzonych opiece; 2. D.K4, wykazuje odpowiedzialność moralną za człowieka i wykonywanie zadań zawodowych; 3. D.K5, przestrzega praw pacjenta; 4. D.K6, rzetelnie i dokładnie wykonuje powierzone obowiązki zawodowe; 5. D.K8, współdziała w ramach zespołu interdyscyplinarnego w rozwiązywaniu dylematów etycznych z zachowaniem zasad kodeksu etyki zawodowej; 6. D.K10, przejawia empatię w relacji z pacjentem i jego rodziną oraz współpracownikami.

<table>
<tr><td colspan="5">SCENARIUSZ SYMULACJI MEDYCZNEJ POŚREDNIEJ WIERNOŚCI – PW
Autor; dr nauk o zdrowiu Katarzyna Jańczuk</td><td>Nr porządkowy</td><td>PW- zgodnie z wykazem</td></tr>
<tr><td>Czas zajęć</td><td>45 min.</td><td>Czas scenariusza</td><td>15 Min.</td><td>Liczba studetów</td><td colspan="2">6-7</td></tr>
<tr><td>Nazwa</td><td colspan="6">Postępowanie z pacjentem przyjmowanym na blok operacyjny przez pielęgniarkę anestezjologiczną</td></tr>
<tr><td>Cel główny</td><td colspan="6">Nauka przyjęcia pacjenta na blok operacyjny przez pielęgniarkę anestezjologiczną</td></tr>
<tr><td>Cel szczegółowy</td><td colspan="6">14. Przywitanie pacjenta na bloku operacyjnym
15. Sprawdzenie dokumentacji medycznej
16. Przeprowadzenie wywiadu anestezjologicznego przez pielęgniarkę anestezjolod giczną z pacjentem
17. Przewiezienie pacjenta na salę przygotowawczą, podłączenie pacjenta do aparatury monitorującej i odnotowanie parametrów w karcie znieczulenia</td></tr>
<tr><td>Metoda</td><td colspan="6">Symulacji medycznej pośredniej wierności</td></tr>
<tr><td colspan="7">INFORMACJE TECHNICZNE I ORGANIZACYJNE</td></tr>
<tr><td>Nr Sali</td><td>Nr 205</td><td>Numer stanowiska</td><td>Nr 2</td><td>Nr trenażera, fantomu</td><td colspan="2">Nr zgodnie z wykazem</td></tr>
<tr><td>Sprzęt wielokrotnego użytku</td><td colspan="3">1. Wózek transportowy
2. Zestaw do założenia wkłucia dożylnego
3. Zestaw do podania leku dożylnie (ampułki 0,9 % NaCl- 10 ml.)
4. Zestaw do podłączenia wlewu kroplowego
5. Zestaw do pomiaru temperatury ciała
6. Kardiomonitor z dodatkowym wyposażeniem: do pomiaru wartości saturacji, różne rozmiary mankietów do pomiaru ciśnienia tętniczego.</td><td>Sprzęt jednorazowego użytku</td><td colspan="2">22. Bielizna operacyjna
23. Koc termiczny
3. Zestaw do podłączenia kroplowego wlewu dożylnego
- płyn wieloelktrolitowy Optilite 500 ml, szt 4
- dren do kroplówki szt 4
- gaziki sterylne 4 op. Po 10szt
4. 0,9% NaCl – 10 ml. – 10szt
5. Wkłucie obwodowe typu wenflon w kolorze zielonym (18 G) lub białym (17 G) po 4 szt
6. Okleina do wenflonu- 4 szt.
7. Strzykawki o pojemności 10 ml-4 szt
8. Igły 0,8 x40 mm-10 szt
9. Skinsept lub Lekao- saszetki-10szt
12. Staza zaciskowa
13. Rękawiczki jednorazowe :
- rozmiar L 10 sztuk
- rozmiar M 10 sztuk
- rozmiar S 10 sztuk
14. elektrody do monitorowania EKG 40 szt</td></tr>
<tr><td>Pozostałe wyposażenie</td><td colspan="3">14. Historia choroby
15. Badanie EKG
16. Badania laboratoryjne
17. Grupa krwi
18. Zgoda na zabieg operacyjny
19. Zgoda na znieczulenie
20. Karta znieczulenia</td><td>Ubrania i charakteryzacja</td><td colspan="2">1. fantom ubrany w bieliznę operacyjną na wózku transportowym</td></tr>
</table>

Informacja ogólna dla technika		Pacjentka z założonym wkłuciem obwodowym w grzbietową część dłoni wenflonem w kolorze różowym z podłączonym wlewem kroplowym Optilite. Przebrana w bieliznę operacyjną. Dołączona dokumentacja medyczna (historia choroby, wyniki badań laboratoryjnych, zgoda na znieczulenie i zabieg operacyjny).									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	R - oddech	EKG	NIBP	SpO_2	CO_2	Temp. ^0C	Sinica%	Oczy	Obrzęki	
	Liczba	14	86	120/80	98%						
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia:									
Czynności początkowe		***Wykładowca:*** • Przed rozpoczęciem zajęć sprawdza sposób przygotowania stanowiska i kompletacje. • Sprawdza listę uczestników i kartę informacyjną scenariusza itp. • Rozpoczyna scenariusz — prosząc o wyłączenie telefonów, zajęcie miejsc									

REALIZACJA SCENARIUSZA

WPROWADZENIE – PREBREFING:

PLAN PREBRIEFINGU:

41. Zapoznanie z tematem szkolenia/kursu/scenariusza.
42. Zaprezentuj części szkolenia/zajęć: prebriefing, scenariusz, debriefing i określ ramy czasowe.
43. Przedstawienie i omówienie krótkie celu i celów pośrednich scenariusza — rozmowa dyskusja w oparciu o informacje *dla* studentów i informacje dla wykładowców.
44. Przedstaw gdzie będzie przeprowadzany scenariusz (SOR, sala pacjenta, sala opatrunkowa, mieszkanie pacjenta).
45. Zaprezentuj przypadek kliniczny: *Pacjent Jan Kowalski itd.*
46. Zaproponuj podział ról w grupie, wyznacz lidera (jeśli potrzebny).
47. Upewnij się czy poszczególni członkowie zespołu wiedzą za co są odpowiedzialni, czy rozumieją swoją rolę.
48. Zaproś uczestników do Sali symulacyjnej w celu zapoznania z salą i ze sprzętem.
56. Tematem dzisiejszego szkolenia będzie przyjęcie pacjenta na blok operacyjny przez pielęgniarkę anestezjologiczną.
57. Scenariusz został podzielony na 3 części:
    - Część pierwsza prebriefing, stanowiący wprowadzenie do scenariusza, który będzie trwał 10 minut.
    - Część druga to realizacja scenariusza, trwająca 10 minut.
    - Część trzecia jest to debriefing stanowiący omówienie i podsumowanie wykonywanego scenariusza, który będzie trwał 20-25 minut.

Zajęcia będą trwały 4 godz. więc każdy z was będzie mógł przećwiczyć scenariusz wcielając się różne role

58. Realizując dzisiejszy temat zajęć szczególną uwagę zwrócimy na:
    - przywitanie pacjenta na bloku operacyjnym
    - przeprowadzeniu wywiadu anestezjologicznego z pacjentem
    - sprawdzenie dokumentacji medycznej
    - przewiezienie pacjenta na salę przygotowawczą, podłączenie aparatury monitorującej i wykonanie niezbędnych czynności pielęgniarskich.

(zadajemy pytania studentom)

Dziękuję za wyczerpujące odpowiedzi, udało nam się uzyskać informacje potrzebne do wykonania scenariusza.

59. Scenariusz będzie realizowany w śluzie bloku operacyjnego i na Sali przygotowawczej na bloku operacyjnym.
60. Pozwólcie, że przejdę teraz do przedstawienia przypadku klinicznego

Anna Kowalska lat 28

Na blok operacyjny trafia młoda kobieta do operacji przepukliny pachwinowej z oddziału chirurgii na wózku transportowym z dokumentacją medyczną przez pielęgniarkę z oddziału chirurgii. Tryb operacji jest planowy. Pacjentka po raz pierwszy ma mieć wykonane znieczulenie i zabieg operacyjny. .

Jest przerażona zaistniałą sytuacją, boi się znieczulenia i operacji. Ma dwoje małych dzieci, pozostawiła je pod opieką męża
61. Czy wszystkie przedstawione przeze mnie informacje są zrozumiałe?
62. Teraz przydzielę Wam role, jakie będziecie pełnić w tym scenariuszu
Kto czuje się na siłach, aby być dzisiaj **liderem - pielęgniarką 1.**
Lider – pielęgniarka 1 - to osoba zbierająca wywiad od pacjenta oraz koordynująca działania personelu pielęgniarskiego
Potrzebujemy jeszcze **pielęgniarkę nr 2,** która będzie odpowiedzialna za wykonywanie pomiarów podstawowych parametrów życiowych oraz odnotowanie wyników w karcie znieczulenia.
Potrzebujemy jeszcze jedną pielęgniarkę, **pielęgniarkę nr 3**, która będzie odpowiedzialna za wykonanie czynności zabiegowych pielęgniarskich.
Kolejne cztery osoby potrzebne podczas scenariusza to obserwatorzy.
Pierwszym obserwatorem będzie….. odpowiedzialna będzie za obserwowanie procedur.
Drugim obserwatorem będzie….. odpowiedzialna będzie za obserwowanie komunikacji.
Trzecim obserwatorem będzie….. odpowiedzialna będzie za obserwowanie komunikacji z lekarzem.
Czwartym obserwatorem będzie….. odpowiedzialna będzie za obserwowanie pracy całego zespołu.
63. **Czy wszyscy wiedzą jakie role zostały im przydzielone?**
….., jesteś liderem- pielęgniarką 1, powiedz za co będziesz odpowiedzialna w czasie dzisiejszego scenariusza?
……jesteś pielęgniarką 2, powiedz na czym polega dzisiaj twoja praca?
……jesteś pielęgniarką 3, przypomnij, co będzie należało dzisiaj do twoich obowiązków?
……jesteś pierwszym obserwatorem, przypomnij, co należy do twoich obowiązków podczas dzisiejszego scenariusza?
……jesteś drugim obserwatorem, przypomnij, co należy do twoich obowiązków podczas dzisiejszego scenariusza?
……jesteś trzecim obserwatorem, przypomnij, co należy do twoich obowiązków podczas dzisiejszego scenariusza?
……..jesteś czwartym obserwatorem, przypomnij co należy do twoich obowiązków podczas dzisiejszego scenariusza?
64. Czy wszyscy rozumieją swoje role Jeżeli nie ma pytań, przechodzimy do sali symulacji medycznej
21. Zapraszam do sali symulacji w celu zapoznania się ze sprzętem.
Upewnijcie się, że znacie sprzęt na którym będziecie pracować.

INFORMACJE DLA STUDENTÓW	INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW
W dniu dzisiejszym nauczymy się opieki nad pacjentem, który przyjeżdża na blok operacyjny do planowanego zabiegu operacyjnego. Przyjęcie pacjenta na blok operacyjny odbywa się w śluzie wjazdowej, gdzie panuje przyjacielska i spokojna atmosfera. Pielęgniarka przyjmująca pacjenta przedstawia się z imienia i nazwiska. Natychmiast pyta też o imię i nazwisko oraz datę urodzenia pacjenta, potwierdza dane identyfikujące pacjenta z historią choroby. Nie należy sugerować pacjentowi nazwiska, tzn. nie pytamy *czy pan, pani nazywa się Jan Kowalski,* gdyż pacjent po premedykacji, którą otrzymał na oddziale oraz znajdujący się w stresującej mimo wszystko dla siebie sytuacji może powiedzieć, że tak właśnie się nazywa, będzie nam przytakiwał. Mogłoby wtedy dojść do pomyłki katastrofalnej w skutkach. Zapobiega to wystąpieniu pomyłki pacjenta. Należy również zapytać pacjenta czy jest świadomy do jakiego zabiegu operacyjnego przyjechał oraz sprawdzić czy jest oznakowane miejsce operowane. Pytamy pacjenta o uczulenia, jest to ważna informacja szczególnie jeśli chodzi o leczenie przeciwbólowe, czy też antybiotykoterapię okołooperacyjną. Dbając o bezpieczeństwo pacjenta pożądane są informacje dotyczące jedzenia i picia. Pacjent przed	29. Wyobraźcie sobie, że przyjedzcie na blok operacyjny, jakiego postępowania oczekujecie od personelu tam pracującego? **Odp.** Profesjonalizmu 30. Jak uważacie, czy ważna jest atmosfera jak panuje na bloku operacyjnym? **Odp.** Tak, jest to bardzo ważne. 31. Może ktoś z Was był już kiedyś na bloku operacyjnym jako pacjent? **Odp.** Tak, ja byłam. 32. Pamiętasz, jakie odczucia Ci towarzyszyły? **Odp.** Bardzo się bałam, potrzebowałam, żeby ktoś ze mną rozmawiał, wytłumaczył wszystko, potrzymał za rękę 33. Jak uważacie, czy potwierdzenie tożsamości pacjenta ma znaczenie przy przyjęciu pacjenta na blok operacyjny? **Odp.** Nie należy sugerować pacjentowi nazwiska, tzn. nie pytamy *czy pan, pani nazywa się Jan Kowalski,* gdyż pacjent po premedykacji, którą otrzymał na oddziale oraz znajdujący się w stresującej

zabiegiem operacyjnym nie powinien spożywać pokarmów stałych przez 6 godzin i pić przez 2 godziny. Karencja pokarmowa jest niezwykle ważna, gdyż podczas intubacji może dojść do regurgitacji i zarzucenia treści pokarmowej do dróg oddechowych. Zachłystowe zapalenie płuc nazywane jest też zespołem Mendelsona. Należy ono do grupy chemicznych zapaleń płuc i rozwija się jako następstwo aspiracji treści żołądkowej do drzewa oskrzelowego. W przebiegu zachłyśnięcia może dojść także do rozwoju zapalenia płuc, wywołanego przez bakterie tlenowe i beztlenowe. Niezwykle ważna jest informacja od pielęgniarki, która przywiozła pacjenta czy pacjent otrzymał premedykację. Po premedykacji pacjent nie powinien być pozostawiony sam oraz nie powinien podpisywać zgody na znieczulenie i operację. Cenna jest tutaj również informacja dotycząca protezy zębowej, protezy gałki ocznej, czy też soczewek kontaktowych i aparatu słuchowego. Należy również sprawdzić czy pacjent nie ma założonej biżuterii. Po zebraniu informacji od pacjenta ważne jest sprawdzenie dokumentacji medycznej. Szczególną uwagę należy zwrócić na fakt czy jest podpisana zgoda na znieczulenie i na zabieg, zwłaszcza jeśli pacjent jest po premedykacji. Niezwykle ważne jest czy są dostępne wyniki badań laboratoryjnych, czy dostępny jest wynik oznaczenia grupy krwi pacjenta i ewentualne sprawdzenie rezerwacji preparatów krwi dla pacjenta w Banku Krwi.
W historii choroby powinno się również znajdować zdjęcie RTG, EKG oraz wpisy lekarzy konsultujących.
Pacjent na bloku operacyjnym powinien mieć poczucie bezpieczeństwa, dlatego należy go informować o każdym etapie przygotowania do znieczulenia. Powinniśmy dbać o wygodę i bezpieczeństwo pacjenta zapewniając poszanowanie sfery intymnej pacjenta. Niezbędne jest podłączenie aparatury monitorującej i ustawienie wartości granicznych alarmów. Dokonujemy pomiarów podstawowych parametrów życiowych takich jak EKG, ciśnienie tętnicze, wysycenie hemoglobiny tlenem. Dbając o bezpieczeństwo pacjenta zakładamy dwa duże wkłucia obwodowe (18G – kolor zielony) i podłączamy płyny infuzyjne. Punkcję żyły należy wykonać na grzbiecie ręki. Żyły na przedramieniu i w dole łokciowym wybiera się dopiero wówczas jeśli nie ma możliwości założyć wkłucia poniżej. Znieczulenie i operacja to poważna ingerencja, prawidłowo działające wkłucie daje pacjentowi i personelowi bezpieczeństwo w przypadku zdarzeń niepożądanych.

mimo wszystko dla siebie sytuacji może powiedzieć, że tak właśnie się nazywa, będzie nam przytakiwał. Mogłoby wtedy dojść do pomyłki katastrofalnej w skutkach. Zapobiega to wystąpieniu pomyłki pacjenta. Należy również zapytać pacjenta czy jest świadomy do jakiego zabiegu operacyjnego przyjechał oraz sprawdzić czy jest oznakowane miejsce operowane

34. Jak ci się wydaje, czy pacjent po premedykacji może pozostać sam?

Odp.

Nie może, u pacjenta może dojść do bezdechu

35. Jak myślisz, na co powinniśmy zwrócić uwagę w dokumentacji medycznej pacjenta?

Odp.

Szczególną uwagę należy zwrócić na fakt czy jest podpisana zgoda na znieczulenie i na zabieg, zwłaszcza jeśli pacjent jest po premedykacji. Niezwykle ważne jest czy są dostępne wyniki badań laboratoryjnych, czy dostępny jest wynik oznaczenia grupy krwi pacjenta i ewentualne sprawdzenie rezerwacji preparatów krwi dla pacjenta w Banku Krwi.
W historii choroby powinno się również znajdować zdjęcie RTG, EKG oraz wpisy lekarzy konsultujących.

36. Jak myślicie, jakie pytania powinniśmy zadać pacjentowi przyjmowanemu do zabiegu operacyjnego?

Odp.

Pytamy pacjenta o uczulenia, jest to ważna informacja szczególnie jeśli chodzi o leczenie przeciwbólowe, czy też antybiotykoterapię okołooperacyjną. Dbając o bezpieczeństwo pacjenta pożądane są informacje dotyczące jedzenia i picia. Pacjent przed zabiegiem operacyjnym nie powinien spożywać pokarmów stałych przez 6 godzin i pić przez 2 godziny. Karencja pokarmowa jest niezwykle ważna, gdyż podczas intubacji może dojść do regurgitacji i zarzucenia treści pokarmowej do dróg oddechowych. Zachłystowe zapalenie płuc nazywane jest też zespołem Mendelsona. Cenna jest tutaj również informacja dotycząca protezy zębowej, protezy gałki ocznej, czy też soczewek kontaktowych i aparatu słuchowego. Należy również sprawdzić czy pacjent nie ma założonej biżuterii

37. Czy obecność pielęgniarki przyjmującej pacjenta w śluzie bloku operacyjnego jest istotna w dalszym postępowaniu?

Odp.

Tak, pacjenci czują się bezpieczniej

38. Jak wam się wydaje, czy ważna jest znajomość aktualnych parametrów życiowych pacjenta przyjmowanego na blok operacyjny?

Odp.

Tak, będzie można odnieść się do parametrów wyjściowych

	39. Jak uważasz, jakie wkłucia obwodowe należałoby założyć pacjentowi? **Odp.** Dbając o bezpieczeństwo pacjenta zakładamy dwa duże wkłucia obwodowe (18G – kolor zielony) i podłączamy płyny infuzyjne. Punkcję żyły należy wykonać na grzbiecie ręki. Żyły na przedramieniu i w dole łokciowym wybiera się dopiero wówczas jeśli nie ma możliwości założyć wkłucia poniżej. Znieczulenie i operacja to poważna ingerencja, prawidłowo działające wkłucie daje pacjentowi i personelowi bezpieczeństwo w przypadku zdarzeń niepożądanych. 40. Zgodzicie się więc ze mną, że pacjent na bloku operacyjnym będzie bezpieczny jeśli pracownicy będą postępowali zgodnie z obowiązującymi procedurami? **Odp.** Tak, praca zgodnie z obowiązującymi procedurami zawsze jest bezpieczna. Jakie jeszcze… Jak myślicie…. Co sądzicie…. Zabrakło mi…. Dziękuję za wyczerpujące wypowiedzi, udało nam się uzyskać potrzebne informacje do wykonania scenariusza. Kto czuje się na siłach, aby być dzisiaj **liderem - pielęgniarką 1.** Lider – pielęgniarka 1 - to osoba zbierająca wywiad od pacjenta oraz koordynująca działania personelu pielęgniarskiego Potrzebujemy jeszcze **pielęgniarkę nr 2,** która będzie odpowiedzialna za wykonywanie pomiarów podstawowych parametrów życiowych oraz odnotowanie wyników w karcie znieczulenia. Potrzebujemy jeszcze jedną pielęgniarkę, **pielęgniarkę nr 3**, która będzie odpowiedzialna za wykonanie czynności zabiegowych pielęgniarskich. Kolejne cztery osoby potrzebne podczas scenariusza to obserwatorzy. **Pierwszym obserwatorem** będzie….. odpowiedzialna będzie za obserwowanie procedur. **Drugim obserwatorem** będzie….. odpowiedzialna będzie za obserwowanie komunikacji. **Trzecim obserwatorem** będzie….. odpowiedzialna będzie za obserwowanie komunikacji z lekarzem. **Czwartym obserwatorem** będzie….. odpowiedzialna będzie za obserwowanie pracy całego zespolu.

	Czy wszyscy wiedzą jakie role zostały im przydzielone? ….., jesteś liderem- pielęgniarką 1, powiedz za co będziesz odpowiedzialna w czasie dzisiejszego scenariusza? ……jesteś pielęgniarką 2, powiedz na czym polega dzisiaj twoja praca? ……jesteś pielęgniarką 3, przypomnij, co będzie należało dzisiaj do twoich obowiązków? ……jesteś pierwszym obserwatorem, przypomnij, co należy do twoich obowiązków podczas dzisiejszego scenariusza? ……jesteś drugim obserwatorem, przypomnij, co należy do twoich obowiązków podczas dzisiejszego scenariusza? ……jesteś trzecim obserwatorem, przypomnij, co należy do twoich obowiązków podczas dzisiejszego scenariusza? ……..jesteś czwartym obserwatorem, przypomnij co należy do twoich obowiązków podczas dzisiejszego scenariusza? Czy wszyscy rozumieją swoje role? Jeżeli nie ma pytań, przechodzimy do sali symulacji medycznej Zapraszam do sali symulacji w celu zapoznania się ze sprzętem. Upewnijcie się, że znacie sprzęt na którym będziecie pracować.

ZAPOZNANIE STUDENTÓW ZE SPRZĘTEM	
Wykładowca	Będziemy pracować dzisiaj na bloku operacyjnym, konkretnie w śluzie i na Sali operacyjnej. Będziecie używać sprzętu monitorującego podstawowe parametry życiowe (kardiomonitor z funkcją monitorowania EKG, SpO2, NIBP) oraz zapoznacie się z nową dokumentacją jaką jest karta znieczulenia, zgoda na znieczulenie i zabieg operacyjny.
Student	Każdy student zapoznaje się ze sprzętem, poznaje funkcje monitora podstawowych parametrów życiowych, włączy sprzęt.
SCENARIUSZ SYMULACJI	
Opis scenariusza	Anna Kowalska lat 28 Na blok operacyjny trafia młoda kobieta do operacji przepukliny pachwinowej z oddziału chirurgii na wózku transportowym z dokumentacją medyczną przez pielęgniarkę z oddziału chirurgii. Tryb operacji jest planowy. Pacjentka przygotowana do znieczulenia przewodowego podpajęczynówkowego. Na oddziale chirurgii ok 40 min temu dostała w premedykacji 7,5 mg Midanium w celu zmniejszenia lęku przedoperacyjnego. Ma założone wkłucie i podłączone 500 ml płynu wieloelektrolitowego Optylite. Pacjentka po raz pierwszy ma mieć wykonane znieczulenie i zabieg operacyjny. Jest przerażona zaistniałą sytuacją, boi się znieczulenia i operacji. Ma dwoje małych dzieci, pozostawiła je pod opieką męża.
Obecny stan kliniczny	Parametry życiowe w normie.
Wywiad	Pacjentka beż obciążeń chorobowych. Nie przyjmuje żadnych leków na stałe.

Przebieg scenariusza Ścieżka 1	Podział na role: 1.Lider- pielęgniarka 1 – koordynator pracy całej grupy, zbiera wywiad **Nawiązuje kontakt z pacjentem, przedstawia się**.	Przebieg scenariusza: **pacjent**
	- Nazywam się Anna Kowalska jestem pielęgniarką oddziału anestezjologii, będę się dzisiaj panem opiekowała, jak się pani nazywa?	- dzień dobry, nazywam się Anna Kowalska
	- Chciałabym zadać panu parę pytań, czy może pani odpowiadać?	- tak, odpowiem na wszystkie pytania, chociaż po tej niebieskiej tabletce jakoś kręci mi się w głowie, spać mi się trochę chce
	- kiedy pani ostatnio jadła?	- wczoraj jadłam jeszcze zupkę na obiad, a później to już nic, słyszałam, że lepiej nie jeść przed operacją
	- a kiedy pani piła ostatnio?	- wczoraj koło godziny 20 ej wypiłam jeszcze ze dwie szklanki wody
	- czy leczy się pani na jakieś choroby przewlekłe?	- nie, na nic się nie leczę, tylko ta przepuklina mi ostatnio doskwierała, chciałam z tym zrobić porządek
	- a czy ma pani jakięś protezy, np. zęby, gałka oczna, aparat słuchowy?	- nie jeszcze nie mam żadnych protez, za młoda jestem
	- oj to nie zawsze idzie w parze z wiekiem czasem wypadek może się przyczynić się do konieczności noszenia protez	- no tak, nie pomyślałam o tym
	- a jak się pani teraz czuje?	- dobrze, martwię się o swoje dzieci, małe są, ale mam nadzieje, że mąż się nimi dobrze zajmie
	- czy wygodnie pani teraz, nie jest zimno?	- trochę zimno, pacjentki z Sali mówiły, że na bloku operacyjnym zimno jest, ale mam nadzieje, że trochę czymś tam mnie ogrzejecie
	- zaraz przejedziemy na sale przedoperacyjną i zmierzymy pani parametry życiowe oraz założymy wkłucie obwodowe	- dobrze, róbcie wszystko abym była tutaj bezpieczna, bo lekarz mówił mi, że do takiego rodzaju zabiegu będę znieczulona przewodowo, to ponoć jest bezpieczniejsze od znieczulenia ogólnego, tak mówił lekarz
	- to prawda, to jest bezpieczniejsze znieczulenie	
	Przejeżdżają wózkiem na salę przedoperacyjną	
	Pielęgniarka 1 zleca pielęgniarce 2 pomiar podstawowych parametrów życiowych i odnotowanie ich w karcie znieczulenia	

	Pielęgniarka 2 Wykonuje pomiar parametrów życiowych Pielęgniarka 3 zakłada duże wkłucie obwodowe i podłącza płyn wieloelektrolitowy Optilite w celu zabezpieczenia drożności wkłucia i ewentualnego leczenia w przypadku wystąpienia spadku ciśnienia tętniczego spowodowanego znieczuleniem przewodowym. Sprawdza wkłucie z oddziału Pielęgniarka 1 - rozmawia z pacjentką, wspiera ją - informuje lekarza, że pacjentka ma zmierzone parametry życiowe i założone wkłucia obwodowe	- pacjentka reaguje grymasem i mówi, że ją boli. Pielęgniarka 3 Sprawdza wkłucie, stwierdza, że jest niedrożne i zakłada drugie duże wkłucie. - boję się, czy na pewno wszystko będzie dobrze?

PALETA 1 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE WRAZ Z PRAWIDŁOWYM PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna		Wpisać – co będzie się zmieniało i kiedy									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa										
	Liczba										
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia dotyczą:									
PALETA 2 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE WRAZ Z PRAWIDŁOWYM PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna											
Parametry początkowe symulatora	Nazwa										
	Liczba										
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia dotyczą:									
PALETA 3 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE NIEZGODNIE Z PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna											
Parametry początkowe symulatora	Nazwa										
	Liczba										
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia dotyczą:									

PALETA 4 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE NIEZGODNIE Z PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna											
Parametry początkowe symulatora	Nazwa										
	Liczba										
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia dotyczą:									

DEBRIEFING:	
INFORMACJE DLA STUDENTÓW	**INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW**
Na dzisiejszych zajęciach zdobyliście umiejętność przyjęcia pacjenta na blok operacyjny przez pielęgniarkę anestezjologiczną. Tę umiejętność możecie wykorzystać podczas praktyk oraz egzaminu OSCE	1. Jak się czujecie po zakończeniu dzisiejszego scenariusza? 2. Czy zgodzisz się ze mną, że pacjent trafiający na blok operacyjny oczekuje od personelu profesjonalnego podejścia, ponieważ czuje się bezbronny? 3. Co wg Was zrobiliście dobrze, a co chcielibyście poprawić, nad czym chcielibyście jeszcze popracować? 4. Widziałam, że największą trudność sprawiła rozmowa z pacjentem…… 5. Czy zgodzicie się ze mną, że wsparcie psychiczne i potrzeba bezpieczeństwa jest bardzo ważna? 6. Czego się nauczyłeś, co mógłbyś wykorzystać w przyszłości? 7. Dlaczego ważne było sprawdzenie dokumentacji medycznej? 8. Czy zgodzisz się ze mną, że dobrze działające wkłucie obwodowe to podstawa bezpieczeństwa pacjenta? 1. Jak się czujecie po zrealizowaniu scenariusza. Faza opisowa Pytanie do Pielęgniarki 1, 2,3 i obserwatorów Jakie zadania miałaś dzisiaj do wykonania? Jakie decyzje podjęłaś? Faza analizy **Pielęgniarka1** Z czego jesteś najbardziej zadowolona, co wyszło ci najlepiej? **Pielęgniarka 2,3, j/w** **Pielęgniarka 1** Czy jest coś, co chciałbyś poprawić? **Obserwator 1,2** Czy w tej sytuacji postąpiłbyś inaczej? Jeśli tak, to jak ty byś to zrobił? Faza czynności **Pielęgniarka:** Co mogłabyś poprawić? Jak mogłabyś to poprawić?

	Czy zgadzasz się z tym co powiedziała koleżanka? Jak ty byś postąpiła w tej sytuacji? Wydaje mi się, że zabrakło…..? Zgodzisz się, że lepszym rozwiązaniem byłoby….? Powiedziałaś, że zmierzyłaś parametry życiowe pacjenta, przypomnij jakie są normy? Sprawdzałaś drożność wkłucia, powiedz po co to robiłaś? Założyłaś drugie wkłucie, po co to zrobiłaś? Widziałam, że zaniepokoiło cię…. **Obserwator:** Jakie atuty komunikacji zauważyłaś w zespole? Jak uważasz przekaz komunikatów w grupie był jasny? Co najbardziej podobało ci się podczas wykonywania procedur? Jak uważasz parametry zostały zmierzone prawidłowo? Jak myślisz leki zostały podane we właściwy sposób? Jak uważasz podczas wykonywanych czynności były przestrzegane procedury medyczne? Jest coś co zrobiłbyś inaczej? Co by to zmieniło? Co byś dodał do dzisiejszych zajęć? **<u>Faza podsumowania</u>** Czego nauczyłaś się z tego scenariusza? Jakich czynności z tego scenariusz nauczyłaś się? Gdzie w przyszłości wykorzystasz umiejętność jakiej się dzisiaj nauczyłaś? Bardzo dziękuję za dzisiejsze zajęcia. Nauczyliście się postępowania z pacjentem przyjmowanym na blok operacyjny do zabiegu. Wiecie już jak ważne jest zebranie kompletnego wywiadu oraz pomiar parametrów życiowych. Po dzisiejszych zajęciach, zapamiętacie, że pacjent przyjeżdżający na blok operacyjny boi się o swoje życie i oczekuje od nas profesjonalnego działania. Na kolejnych zajęciach będziemy zajmowali się pacjentem, który będzie przygotowywany do zabiegu operacyjnego.
Zastosowanie umiejętności:	Podczas ZP w szpitalu oraz na egzaminie OSC
Literatura	12. Pielęgniarstwo anestezjologiczne – Knipfer E., Kochs E 13. Standardy anestezjologicznej opieki pielęgniarskiej – Krajewska-Kułak E., Rolka H., Jankowiak B. str. 17-19, 23-25, 32-33, 283-292

Umiejętności podstawowe:	**Wiedzy:** 14. Normy parametrów życiowych 15. Zasady obowiązujące przy założeniu wkłucia obwodowego 16. Przygotowanie fizyczne i psychiczne do zabiegu operacyjnego 17. Rodzaje znieczuleń 18. Premedykacja o zabiegu operacyjnego **Umiejętności:** 16. Monitorowanie podstawowych parametrów życiowych 17. Założenie wkłucia obwodowego
Efekty kształcenia	**Wiedza** 1. D.W7, zna zasady przygotowania, opieki w trakcie oraz po badaniach i zabiegach diagnostycznych wykonywanych u pacjentów w różnym wieku i stanie zdrowia; 2. D.W31, charakteryzuje czynniki zwiększające ryzyko okołooperacyjne; 3. D.W32, zna zasady przygotowania pacjenta do zabiegu operacyjnego w trybie pilnym i planowym oraz w chirurgii jednego dnia; **Umiejętności** 1. 1.D.U32 dostosowuje interwencje pielęgniarskie do rodzaju problemów pielęgnacyjnych **Kompetencje** 1. D.K1, szanuje godność i autonomię osób powierzonych opiece; 2. D.K5, przestrzega praw pacjenta; 3. D.K6, rzetelnie i dokładnie wykonuje powierzone obowiązki zawodowe; 4. D.K10 przejawia empatię w relacji z pacjentem i jego rodziną oraz współpracownikami.

SCENARIUSZ SYMULACJI MEDYCZNEJ POŚREDNIEJ WIERNOŚCI – SPW **Autor ; dr nauk o zdrowiu Edyta Kawka**					Nr porządkowy	SWW- zgodnie z wykazem
Czas zajęć	45 Min	Czas scenariusza	15 Min	Liczba studentów	8	
Nazwa	**Postępowanie z pacjentem z objawami zwiastującymi rozpoczynający się udar mózgu.**					
Cel główny	**Nauka postępowania z pacjentem z objawami zwiastującymi rozpoczynający się udar mózgu.**					
Cel szczegółowy	18. Ocena stanu pacjenta: - próba nawiązania kontaktu z pacjentem i zebrania wywiadu medycznego - monitorowanie parametrów życiowych 19. Wykonanie czynności: - założenie wkłucia (jeżeli nie jest założone) - założenie mankietu od aparatu do pomiaru ciśnienia - dokonanie pomiaru tętna - pomiar oddechów 20. Podejmowanie czynności leczniczych: - wezwanie lekarza - zmonitorowanie pacjenta na zlecenie lekarza (podłączenie elektrod, założenie pulsoksymetru na palec, czujnik temp.), - pobranie krwi do zleconych badań laboratoryjnych - podanie leków na zlecenie lekarza - konsultacja neurologiczna i przygotowanie pacjenta do badania CT głowy.					
Metoda						
INFORMACJE TECHNICZNE I ORGANIZACYJNE						
Nr Sali	Nr	Numer stanowiska	Nr	Nr trenażera, fantomu	Nr	
Sprzęt wielokrotnego użytku	2. Monitor z możliwością monitorowania ciśnienia tętniczego krwi metodą pośrednią, tętna i saturacji, zapisu EKG 3. Dokumentacja medyczna pacjenta z pobytu w oddziale 4. Glukometr			Sprzęt jednorazowego użytku	1. Paski do glukometru 2. Rękawiczki medyczne 3. Pojemnik na odpady medyczne ostre 4. Gaziki	
Pozostałe wyposażenie				Ubrania i charakteryzacja		
Informacja ogólna dla technika	Pacjent leżący w łóżku, w pozycji na plecach, przykryty kocem, prawy kącik ust opada, prawa powieka opada, niedowład połowiczy prawej kończyny górnej i dolnej. Na części grzbietowej lewej ręki założony wenflon.					

Parametry początkowe symulatora											
	Nazwa	R - oddech	EKG	NIBP	SpO_2	CO_2	Temp. ^0C	Sinica%	Oczy	Obrzęki	
	Liczba	24	95	220/110	94%	40	37,0^{0}C	brak	opadanie powieki prawej	brak	
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia:									

Czynności początkowe	***Wykładowca:*** • Przed rozpoczęciem zajęć sprawdza sposób przygotowania stanowiska i kompletacje. • Sprawdza listę uczestników i kartę informacyjną scenariusza itp. • Rozpoczyna scenariusz — prosząc o wyłączenie telefonów, zajęcie miejsc

REALIZACJA SCENARIUSZA

WPROWADZENIE – PREBREFING:

PLAN PREBRIEFINGU:

49. Zapoznanie z tematem szkolenia/kursu/scenariusza.
50. Zaprezentuj części szkolenia/zajęć: prebriefing, scenariusz, debriefing i określ ramy czasowe.
51. Przedstawienie i omówienie krótkie celu i celów pośrednich scenariusza — rozmowa dyskusja w oparciu o informacje *dla* studentów i informacje dla wykładowców.
52. Przedstaw gdzie będzie przeprowadzany scenariusz (SOR, sala pacjenta, sala opatrunkowa, mieszkanie pacjenta).
53. Zaprezentuj przypadek kliniczny: *Pacjent Jan Kowalski itd.*
54. Zaproponuj podział ról w grupie, wyznacz lidera (jeśli potrzebny).
55. Upewnij się czy poszczególni członkowie zespołu wiedzą za co są odpowiedzialni, czy rozumieją swoją rolę.
56. Zaproś uczestników do Sali symulacyjnej w celu zapoznania z salą i ze sprzętem.

INFORMACJE DLA STUDENTÓW	INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW
Niezdrowy i szybki styl życia, palenie tytoniu, stres, brak regularnej aktywności fizycznej oraz niezdrowe odżywianie to powody, które sprawiają, że coraz więcej z nas choruje na nadciśnienie tętnicze, najczęściej o tym nie wiedząc. Nadciśnienie tętnicze to choroba charakteryzująca się podwyższonym ciśnieniem krwi równym bądź przekraczającym 140/90 mmHg. Najprostszy sposób wykrywania nadciśnienia to systematyczny pomiar ciśnienia tętniczego. Nadciśnienia tętniczego nie można zdiagnozować opierając się na pojedynczym pomiarze ciśnienia krwi. Chorobę tę rozpoznaje się na podstawie kilkakrotnych pomiarów ciśnienia krwi, wykonywanych zazwyczaj w kilkudniowych lub kilkutygodniowych odstępach podczas kolejnych wizyt u lekarza. Należy pamiętać, że nadciśnienie tętnicze to skrytobójca. Na ogół przez długi czas nie powoduje wyraźnych dolegliwości. Czasami osoby chore na nadciśnienie wskazują takie objawy jak: ból głowy lub ogólna męczliwość. Skutki nadciśnienia mogą rozwijać się skrycie i po latach prowadzić do niekorzystnych zmian w sercu np. zawału czy niewydolności serca, zmian w mózgu (udar mózgu), a także w naczyniach krwionośnych i nerkach. U zdecydowanej większości chorych leczenie nadciśnienia polega na podawaniu leków obniżających ciśnienie krwi. Zalecana jest również modyfikacja dotychczasowego stylu życia.	**PLAN PREBRIEFINGU:** 1. ***Zapoznanie z tematem szkolenia/kursu/scenariusza.*** W dniu dzisiejszym nauczymy się postępowania z pacjentem z utrudnionym kontaktem werbalnym w warunkach symulowanych. 2. ***Zaprezentuj części szkolenia/zajęć: prebriefing, scenariusz, debriefing i określ ramy czasowe.*** Zajęcia symulacyjne zostały podzielone na 3 części: • Pierwsza część – prebriefing – stanowi wprowadzenie do scenariusza i będzie on trwał 15 minut, • Część druga to realizacja scenariusza trwająca 15 minut, • Część trzecia to debriefing stanowiący omówienie i podsumowanie przebiegu scenariusza, czas jego trwania to 40 minut. 3. ***Przedstawienie i omówienie krótkie celu i celów pośrednich scenariusza — rozmowa dyskusja w oparciu o informacje dla studentów i informacje dla wykładowców.*** Celem głównym scenariusza jest nauka postępowania z pacjentem z utrudnionym kontaktem werbalnym. Cele szczegółowe scenariusza to: • Ocena i obserwacja stanu pacjenta, • Przeprowadzenie wywiadu pielęgniarskiego z pacjentem, • Interpretacja wyników parametrów życiowych, • Wykonanie zleceń lekarskich, • Komunikacja z zespołem terapeutycznym.

U osób chorujących na nadciśnienie często występują wahania ciśnienia tętniczego. Jeżeli wzrostowi ciśnienia towarzyszy jeden z następujących objawów: silne bóle głowy, zawroty głowy, zaburzenia widzenia, zaburzenia świadomości, zaburzenia mowy, osłabienie siły kończyn należy niezwłocznie zareagować – wezwać lekarza/ wezwać pogotowie, gdyż powyższe objawy mogą sugerować rozpoczynający się udar mózgu i pacjent powinien się znaleźć jak najszybciej w pododdziale udarowym.

Udar jest STANEM ZAGROŻENIA ŻYCIA i o tym należy pamiętać. Zlekceważenie *pierwszych objawów udaru może doprowadzić do śmierci,* dlatego niezwykle ważna jest *umiejętność szybkiego rozpoznawania jego symptomów i udzielania pierwszej pomocy, która może ocalić wielu osobom życie.* Dla życia chorego liczy się *każda minuta!!!* W dobie nowoczesnych leków szczególnie ważny jest *czas od momentu wystąpienia objawów do dotarcia chorego do szpitala pod specjalistyczną opiekę.*
Do typowych objawów zwiastujących zbliżający się udar należą:

- *zaburzenia czucia*, *obejmujące najczęściej jedną stronę (połowę) ciała* i objawiające się najczęściej jako:
  - *niedowłady, osłabienie jednej kończyny górnej,*
  - *niedowłady, osłabienie jednej kończyny dolnej,*
  - *mrowienie w tych kończynach,*
  - *zaburzenie chodzenia z utratą równowagi i zawrotami głowy,*
  - *potykanie się, plątanie nóg,*
- *opadanie jednego kącika ust, wykrzywienie twarzy, brak czucia na policzku,*
- *trudności w mówieniu, przekręcanie słów (zaburzenia mowy oraz rozumienia słów),*
- *zaburzenia widzenia, zwłaszcza w jednym oku, podwójne widzenie,*
- *silny ból głowy połączony często z występowaniem wymiotów,*
- *uczucie ogólnego osłabienia,*
- *dezorientacja połączona z utratą przytomności.*

Jeżeli wystąpi którykolwiek z powyższych objawów i podejrzewamy, że u kogoś może rozwijać się udar należy mu udzielić jak najszybciej pomocy, wezwać lekarza, zadzwonić i wezwać pogotowie, ewentualnie samemu przewieść chorego do szpitala. Liczy się każda minuta od momentu wystąpienia pierwszych objawów, gdyż będzie to warunkowało podjęcie odpowiedniego leczenia (leczenia trombolitycznego, które wdraża się do 4,5 godziny od wystąpienia pierwszych objawów udaru niedokrwiennego).

W: Wyobraźcie sobie, że macie do czynienia z osobą prowadzącą niezdrowy styl życia, w ciągłym stresie, palącą papierosy, obciążoną takimi schorzeniami jak nadciśnienie tętnicze, cukrzyca.
Jakich znanych wam chorób mogą to być czynniki ryzyka?

S: głównie to są to czynniki ryzyka chorób układu krążenia np. zawał.

W: Bardzo dobrze. A jeżeli u osób chorujących na nadciśnienie tętnicze, mających częste wahania ciśnienia i gdy wzrostowi ciśnienia towarzyszy co najmniej jeden z następujących objawów: silny ból głowy, zawroty głowy, zaburzenia widzenia, zaburzenia świadomości, zaburzenia mowy, osłabienie siły kończyn, to o czym może świadczyć taki stan?

S: Powyższe objawy mogą sugerować rozpoczynający się udar mózgu.

W: Bardzo dobrze. To są właśnie objawy zwiastujące rozpoczynający się udar.

W: Jak myślicie, co należałoby zrobić, gdybyście mieli do czynienia z pacjentem w stanie rozpoczynającego się u niego udaru?

S: Należałoby podjąć odpowiednie działania.

W: Jakie to byłyby działania?

S: Wstępne rozpoznanie u pacjenta objawów sugerujących udar i jak najszybsze wezwanie lekarza lub pogotowia ratunkowego w zależności od tego gdzie taka sytuacja miałaby miejsce.

W: Dlaczego mówicie o szybkim działaniu w takiej sytuacji?

S: Ponieważ udar mózgu jest stanem zagrożenia życia i dla pacjenta jest ważna każda minuta, żeby nie przekroczyć czasu 4,5 godzin od momentu wystąpienia pierwszych objawów udaru, gdyż po tym czasie może być niemożliwe przeprowadzenie u pacjenta leczenia trombolitycznego w przypadku udaru niedokrwiennego, niejednokrotnie ratującego człowiekowi życie.

W: Bardzo dobrze. Czyli zgodzicie się ze mną, że bardzo ważna dla pielęgniarki jest znajomość objawów zwiastujących rozpoczynający się udar?

S: Tak, bardzo ważna jest znajomość tych objawów, bo bez ich znajomości nie udzielimy pacjentowi szybkiej pomocy i pacjent może nawet umrzeć z powodu naszej niewiedzy.

Jak w 3 krokach rozpoznać udar:
Jeżeli podejrzewamy u kogoś udar wystarczy:

1. *Poprosić, żeby się uśmiechnął* – udar nie pozwala się uśmiechnąć – po stronie porażonej opada kącik ust,
2. *Powiedział proste zdanie* – mówienie najprostszych zdań i rozumienie mowy są utrudnione,
3. *Uniósł ramiona do góry* – unoszenie ramion jest niemożliwe lub możliwe w ograniczonym zakresie i tylko po jednej stronie ciała.

Gdy chory trafia do szpitala, przed zastosowaniem odpowiedniego leczenia, *lekarz musi postawić diagnozę.*
Podstawą rozpoznania udaru jest wywiad lekarski zebrany od pacjenta lub – jeżeli jest to niemożliwe ze względu na to, że pacjent jest nieprzytomny lub ma zaburzenia mowy – *od rodziny lub świadków zdarzenia.*
Niezbędne jest zweryfikowanie czasu, jaki minął od pojawienia się objawów do czasu przywiezienia chorego do szpitala – warunkuje to sposób leczenia!!!
Po zebraniu wywiadu *lekarz ocenia stan pacjenta – przeprowadza przedmiotowe badanie neurologiczne* oraz badanie internistyczne z oceną czynności serca i ciśnienia tętniczego.
Jeżeli lekarz podejrzewa udar, zleci wykonanie w pierwszej kolejności tomografii komputerowej głowy. Badania te pozwalają *zróżnicować przyczynę udaru* – czy był on skutkiem *zamknięcia tętnicy*, czy wręcz przeciwnie – następstwem *krwotoku do mózgu,* czyli pozwalają na zróżnicowanie udaru niedokrwiennego z udarem krwotocznym.
Udar mózgowy to nagłe zaburzenie krążenia mózgowego wskutek ***<u>niedokrwienia</u>*** albo ***<u>krwawienia</u> z nagle pękniętego naczynia krwionośnego.***
<u>Niedokrwienie</u>, *o którym mowa, jest* ***spowodowane zatkaniem przez zakrzep lub zator naczynia mózgowego (tętnicy) doprowadzającego krew do danego obszaru tkanki mózgowej.***
<u>Krwawienia</u> *z nagle pękniętego naczynia krwionośnego* ***polega na przedostawaniu się krwi poza naczynie mózgowe (tętnicę) zaopatrujące tkankę mózgowa w krew,*** *powodując zniszczenie tkanki mózgowej.*
Wiodącymi przyczynami udarów są:

- ***nadciśnienie tętnicze,***
- ***zmiany miażdżycowe dużych naczyń krwionośnych (tętnic)****,*
- *a także* ***choroby serca,*** *a w szczególności* ***migotanie przedsionków,*** *które jest najczęstszym i bardzo niebezpiecznym zaburzeniem rytmu serca (arytmią), polegająca na tym, że przedsionki serca „dygoczą", zamiast regularnie się kurczyć, w skutek czego krew nie jest w pełni wypompowywana z przedsionków do komór serca, co z kolei powoduje jej nagromadzenie i może prowadzić do powstawania zakrzepów.*

W: A czy zgodzicie się ze mną, że podstawową wiedzę na temat objawów ostrzegawczych zwiastujących rozpoczynający się udar powinna posiadać każda, podkreślam KAŻDA pielęgniarka, a nie tylko ta pracująca na oddziale neurologicznym?

S: Każda, ponieważ udar może spotkać każdego pacjenta bez względu na oddział, na którym obecnie przebywa i nie tylko w szpitalu człowiek doznaje udaru, bo to się może zdarzyć w domu, na ulicy, w parku, w przychodni itp., dlatego warto znać objawy zwiastujące rozpoczynający się udar.

W: Pięknie! To przypomnijcie mi jeszcze raz na koniec jakie to sa objawy, które mogą sugerować udar?

S: ból i zawroty głowy, osłabienie siły w kończynach, zaburzenia mowy, zaburzenia widzenia, trudności z utrzymaniem równowagi nawet w pozycji siedzącej, zaburzenia świadomości, opadanie powieki i kącika po jednej stronie

W: Brawo! Jestem o was spokojna jeżeli o objawy udaru chodzi.
Przedstawią wam zatem przypadek kliniczny a następnie zaproponuję podział ról w scenariuszu, który dziś odegramy.

4. ***Przedstaw gdzie będzie przeprowadzany scenariusz (SOR, sala pacjenta, sala opatrunkowa, mieszkanie pacjenta).***

Scenariusz będzie przeprowadzany na sali chorych w oddziale chorób wewnętrznych.

5. ***Zaprezentuj przypadek kliniczny: Pacjent Jan Kowalski itd.***

Zaprezentuję teraz przypadek kliniczny:
Pacjent Jan Kowalski, lat 62 przebywa III dobę w oddziale chorób wewnętrznych z powodu utrzymującego się wysokiego ciśnienia tętniczego. Od 10 lat choruje na cukrzycę typu 2 i nadciśnienie tętnicze. Pacjent samodzielny, chodzący. Jest godzina 7:15, po przejęciu dyżuru. Pacjent jest przed podaniem leków (p.o.) – Betaloc 1x50mg; Metformax 2x500mg.

6. ***Zaproponuj podział ról w grupie, wyznacz lidera (jeśli potrzebny).***

Teraz przydzielę wam role, jakie będziecie pełnić w tym scenariuszu.

a. Czy ktoś z was czuje się na siłach żeby zostać liderem grupy? Świetnie ….. będziesz **Liderem (Pielęgniarką 1)**. Do twoich zadań będzie należało zebranie wywiadu z pacjentem i koordynowanie pracą całego zespołu.

Zakrzepy mogą z kolei przemieszczać się do mózgu, blokować tętnice i zatrzymywać dopływ krwi do mózgu. Może to skutkować poważnym, a często nawet śmiertelnym udarem. Należy pamiętać, że większość czynników ryzyka udaru mózgu, to czynniki modyfikowalne, czyli takie na które mamy wpływ. przekażmy zatem ludziom wiedze z zakresu profilaktyki, aby przełożyli ją na konkretne działania zapobiegające występowaniu takich powikłań jak nadciśnienie tętnicze, a w konsekwencji udar mózgu.	b. ….. będziesz **Pielęgniarką 2**. Do twoich zadań będzie należał pomiar parametrów (ciśnienia, tętna, oddechu itd.) c. ….. będziesz **Pielęgniarką 3**, do twoich zadań będzie należało wykonywanie zleceń lekarskich (podanie zleconych leków, pobranie krwi itp.) d. ….. będziesz **Obserwatorem,** do twoich zadań będzie należało obserwowanie: przebiegu scenariusza, obserwowanie komunikacji w zespole i procedur zastosowanych w scenariuszu. 7. ***Upewnij się czy poszczególni członkowie zespołu wiedzą za co są odpowiedzialni, czy rozumieją swoją rolę.*** Zwracam się do każdej osoby z pytaniem czy rozumie przydzieloną rolę i proszę o powtórzenie zleconych zadań. 8. ***Zaproś uczestników do Sali symulacyjnej w celu zapoznania z salą i ze sprzętem.*** Zapraszam wszystkich do Sali symulacyjnej, w której będziemy realizować scenariusz, celem zapoznania się ze sprzętem.

ZAPOZNANIE STUDENTÓW ZE SPRZĘTEM	
Wykładowca	Dzisiejszy scenariusz będzie się odbywał w oddziale chorób wewnętrznych. Łóżko szpitalne jest już wam znane, stojak na kroplówkę również. Naszą pacjentką będzie fantom osoby dorosłej, proszę aby każdy z was go obejrzał, zapoznał się z funkcjami jakie posiada, jakie zabiegi można na nim wykonywać.
Student	Każdy student podchodzi do fantomu, dotyka go, sprawdza funkcje jakie posiada.
SCENARIUSZ SYMULACJI	
Opis scenariusza	Pacjent Jan Kowalski, lat 62 przebywa III dobę w oddziale chorób wewnętrznych z powodu utrzymującego się wysokiego ciśnienia tętniczego. Od 10 lat choruje na cukrzycę typu 2 i nadciśnienie tętnicze. Pacjent samodzielny, chodzący. Jest godzina 7:15, po przejęciu dyżuru. Pacjent jest przed podaniem leków (p.o.) – Betaloc 1x50mg; Metformax 2x500mg.
Obecny stan kliniczny	Pacjent splątany, mowa bełkotliwa, zaburzenia równowagi, ruchy prawą kończyną górną i dolną ograniczone, skóra pokryta lepkim potem, twarz zaczerwieniona, prawa powieka i prawy kącik ust opada, wysoki poziom glikemii.
Wywiad dla studenta	Dane dotyczące stanu pacjenta z okresu pobytu w oddziale znajdują się w załączonej dokumentacji medycznej (do zapoznania się przed zajęciami).
Wywiad dla wykładowcy	Mowa bełkotliwa, prawy kącik ust i prawa powieka opada, niedowład połowiczy prawostronny kończyn, zaburzenia równowagi również w pozycji siedzącej, grymas twarzy sugerujący złe samopoczucie z powodu utrzymującego się bólu głowy.

Załączniki:
1. Indywidualna Karta Procesu Pielęgnowania
2. Karta zleceń lekarskich
3. Karta obserwacji
4. Karta monitorowania poziomu glukozy

Przebieg scenariusza Ścieżka 1	7:15 Pielęgniarka 1 (Lider) przejmuje dyżur i po zapoznaniu się z dokumentacją wchodzi na salę i wita się z pacjentem: Lider: Dzień dobry Panie Janie, jak się pan dziś czuje?	Pacjent: bełkoczącym głosem próbuje odpowiedzieć na zadane przez pielęgniarkę pytania
	Lider: Bolała Pana głowa w nocy, czy ból się nadal utrzymuje? Czy może ustąpił?	Pacjent: bełkocząc próbuje odpowiedzieć na zadane pytanie
	Lider dostrzega, że prawa powieka i prawy kącik ust u pacjenta opada, wzywa zespół.	
	Lider: Wzywam zespół! Pielęgniarka 2 i 3 proszę na salę nr 6. Do czasu przybycia zespołu Lider zakłada mankiet ciśnieniomierza i dokonuje pomiaru ciśnienia tętniczego.	Lider: ciśnienie tęt. 220/110
	Po przybyciu Pielęgniarki 2 i 3 na salę Lider prosi pielęgniarkę 2 o dokonanie pomiaru tętna, temperatury, oddechu. Pielęgniarkę 3 prosi o pomiar glukozy. Pielęgniarki 2 i 3 dokonują pomiarów i głośno mówią wyniki pomiarów	Pielęgniarka 2: tętno 95/min, temp 37,0°C, oddech 24 Pielęgniarka 3: cukier 158
	Lider w tym czasie wzywa telefonicznie lekarza. Lekarz po przybyciu na salę:	Lekarz: Zostałem wezwany, co się stało?
		Lider: Stan pacjenta uległ zmianie, w nocy uporczywy ból głowy, pacjent dziś nie wstaje z łóżka, nie mówi, prawa powieka i kącik ust opada, nie może poruszać prawą kończyną górną i dolną
		Lekarz: jakie są parametry u pacjenta? Lider: ciśnienie tęt. 220/110 Pielęgniarka 2: tętno 95/min, temp 37,0°C, oddech 24 Pielęgniarka 3: cukier 158
		Lekarz: Czy pacjent przyjmował dziś leki? Lider: dziś jeszcze nie. Lekarz: Proszę pacjenta zmonitorować i natychmiast podać 2 amp. Furosemidu, Captopril 25mg podjęzykowo i podłączyć 500ml NaCl.
		Pielęgniarka 2 zamonitorowuje pacjenta, podłącza elektrody Ekg, zakłada czujnik SpO2 na palec). Pielęgniarka 3 podaje zlecone leki, podłącza wlew i odnotowuje wykonanie zleceń.
	Po podaniu leków parametry zmieniają się (paleta 1 – po podaniu leków)	

Przebieg scenariusza Ścieżka 1	Po podaniu leków Pielęgniarka 2 powinna ponownie skontrolować parametry – zmierzyć ciśnienie i tętno Lekarz telefonicznie umawia konsultację neurologiczną do pacjenta.	Pielęgniarka 3 mówi na głos wyniki pomiaru: Ciśnienie 170/90, tętno 85, oddech 20/min Koniec scenariusza. Uporządkujcie stanowisko i pomyślcie o jednej rzeczy którą zrobiliście dobrze.

PALETA 1 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE WRAZ Z PRAWIDŁOWYM PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna		*Wpisać – co będzie się zmieniało i kiedy* ***Po podaniu leków***									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	R - oddech	EKG	NIBP	SpO_2	CO_2	Temp. ^0C	Sinica%	Oczy	Obrzęki	
	Liczba	20	85	170/90	94%	40	$37,0^0C$	brak	Prawa powieka opada	brak	
	Cechy										
	Inne	*Inne ustawienia dotyczą:*									
PALETA 2 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE WRAZ Z PRAWIDŁOWYM PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna											

DEBRIEFING:	
INFORMACJE DLA STUDENTÓW	**INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW**
Umiejętność postępowania z chorym z utrudnionym kontaktem, jakiej się dziś uczyliście, będzie wam przydatna w wielu sytuacjach i nie tylko w przyszłej pracy zawodowej, ale również w życiu codziennym.	Cele scenariusza była nauka postępowania z chorym z utrudnionym kontaktem werbalnym. Jak się czujecie po zrealizowaniu scenariusza? **Faza opisowa (faktów)** Zaczynam od Pielęgniarki 1 (Lidera) – przypomnij mi jakie zadania miałaś dziś do wykonania? Co zobaczyłaś jak weszłaś na salę? Co czułaś? Jakie decyzje tutaj podjełaś? Lider: podeszłam do pacjenta, przywitałam się z nim, zapytałam o samopoczucie i nocny ból głowy ale pacjent mi nic nie był w stanie odpowiedzieć, jego mowa stała się bełkotliwa. Zaniepokoił Mnie stan pacjenta. Przestraszyłam się i wezwałam zespół pielęgniarek, a następnie lekarza. Następnie to samo pytanie kieruję w stronę Pielęgniarki 2 i 3: Pielęgniarka 2: weszłam na salę i zapytałam co się stało, dostałam polecenie od Lidera, żebym dokonała pomiaru u pacjenta tętna, temperatury i oddechu i to wykonałam.

	Pielęgniarka 3: a dokonałam pomiaru glukozy pacjentowi na polecenie Lidera, następnie na salę wszedł wezwany przez Lidera Lekarz. **Faza analizy (myśli i uczucia)** W: Pielęgniarka 1 powiedziałaś, że coś ci zaniepokoiło w zachowaniu pacjenta, że ma bełkotliwa mowę, że nie wstał z łóżka. Powiedz co Cię zaniepokoiło w wyglądzie pacjenta, że podjęłaś taką decyzję żeby zmierzyć pacjentowi parametry, wezwać koleżanki a następnie lekarza? Co Cię skłoniło do podjęcia takiej decyzji? S: Ponieważ zauważyłam, że coś się dzieje z pacjentem niedobrego, pomyślałam, że sama sobie nie poradzę i dlatego wezwałam zespół do pomocy. W: Pielęgniarka 2 dostałaś polecenie zmierzenia tętna, temperatury, oddechu u pacjenta. Jak myślisz dlaczego dostałaś takie polecenie? S: Bo uważam, że było to ważne z punktu widzenia pacjenta i niezbędne do oceny jego stanu W: Czy był to dla ciebie jasny, zrozumiały komunikat? S: Tak. W: Pielęgniarka 3 dostałaś polecenie zmierzenia poziomu glukozy u pacjenta. Jak myślisz dlaczego dostałaś takie polecenie? Po wezwaniu lekarza dostałaś polecenie podania leków i podłączenia płynu, jak myślisz jakie działanie miały dla pacjenta zlecone leki które podałaś? W: Obserwator 1 pełniłaś rolę obserwatora przebiegu scenariusza, komunikacji w grupie i przeprowadzanych procedur. Co myślałaś obserwując koleżanki w czasie symulacji? Czy twoim zdaniem praca grupy była skoordynowana? Komunikacja w grupie była dobra? Przekaz komunikatów był jasny? S: Każdy wiedział jakie zadania ma do wykonania, procedury były wykonywane sprawnie, uczestnicy scenariusza dobrze współpracowali ze sobą, komunikowali się i tworzyli zespół. **Faza podsumowania** Dziękuję wszystkim za dzisiejszą symulację. Podsumujmy zatem zebrane informacje wskazując jakich umiejętności w tym scenariuszu się nauczyliśmy i pytam każdego studenta z osobna jakiej czynności się dziś nauczył podczas scenariusza ważnej z jego punktu widzenia i np. Lider odpowiada: szybkiego reagowania na zastany stan pacjenta itp.
Zastosowanie umiejętności:	Umiejętność ma zastosowanie podczas ZP i P w szpitalu, przychodni oraz podczas egzaminu OSCE.

Literatura	1. Manno E.M.: Stany nagłe w intensywnej opiece neurologicznej. Wrocław 2014. 2. Czaja E., Pieczyrak-Brhel U., Stany zagrożenia życia w schorzeniach neurologicznych, w: Kózka M., Rumian B., Maślanka M. (red.), Pielęgniarstwo ratunkowe. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2013. 3. Eugene C. Toy: Interesujące przypadki neurologiczne. Wydawnictwo lekarskie PZWL, Warszawa 2011 4. Jaracz K. Pielęgniarstwo neurologiczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2012
Umiejętności podstawowe:	Rozpoznanie objawów zwiastujących rozpoczynający się udar Ocena stanu pacjenta Pomiar i interpretacja parametrów życiowych Wykonanie zleceń lekarskich
Efekty kształcenia	**Wiedza** D.W3. Wyjaśnia etiopatogenezę, objawy kliniczne, przebieg, leczenie, rokowanie i opiekę pielęgniarską w schorzeniach układu nerwowego. D.W8. Charakteryzuje grupy leków i ich działanie na układy i narządy chorego w schorzeniach neurologicznych, z uwzględnieniem działań niepożądanych, interakcji z innymi lekami i dróg podania. D.W36. Wyjaśnia patofizjologię zaburzeń występujących w przebiegu chorób, urazów układu nerwowego i grożących powikłań. **Umiejętności** D.U1. Gromadzi informacje, formułuje diagnozę pielęgniarską, ustala cele i plan opieki, wdraża interwencje pielęgniarskie oraz dokonuje ewaluacji opieki. D.U26. Przekazuje informacje o stanie zdrowia chorego członkom zespołu terapeutycznego. D.U27. Asystuje lekarzowi w trakcie badań diagnostycznych i leczniczych układu nerwowego. D.U28. Prowadzi dokumentację opieki nad chorym: kartę obserwacji, zabiegów pielęgniarskich i raportów, kartę rejestru zakażeń szpitalnych, profilaktyki i leczenia odleżyn oraz kartę informacyjną z zaleceniami w zakresie samoopieki. D.U32. Dostosowuje interwencje pielęgniarskie do rodzaju problemów pielęgnacyjnych. D.U33. Przygotowuje i podaje leki różnymi drogami, samodzielnie lub na zlecenie lekarza. **Kompetencje** D.K1. Szanuje godność i autonomię osób powierzonych opiece. D.K6. Rzetelnie i dokładnie wykonuje powierzone obowiązki zawodowe. D.K10. Przejawia empatię w relacji z pacjentem, jego rodziną oraz współpracownikami.

SCENARIUSZ SYMULACJI MEDYCZNEJ POŚREDNIEJ WIERNOŚCI – PW **Autor ;dr nauk o zdrowiu Agnieszka Korol**					Nr porządkowy	PW- zgodnie z wykazem
Czas zajęć	45 Min	Czas scenariusza	15 Min	Liczba studentów	8	
Nazwa	**Postępowanie z pacjentem w stanie terminalnym i jego rodziną**					
Cel główny	**Nabycie umiejętności wsparcia psychicznego chorej terminalnie i jej rodziny.**					
Cel szczegółowy	1.Zbieranie wywiady medycznego 2.Wspieranie pacjenta i rodziny. 3. Zmiana opatrunku na ranę odleżynową.					
Metoda	Zajęcia będą realizowane metodą symulacji medycznej					
INFORMACJE TECHNICZNE I ORGANIZACYJNE						
Nr Sali	Nr 205	Numer stanowiska	Nr 2	Nr trenażera, fantomu	Nr zgodnie z wykazem	
Sprzęt wielokrotnego użytku	1. Fantom dorosłej kobiety 2. Zestaw do podawania tlenu, reduktor 3. Aparat do mierzenia ciśnienia			Sprzęt jednorazowego użytku	- Zestaw do podawania tlenu(maska tlenowa z przewodem Zestaw do zmiany opatrunku: - Rękawice - Oktanisept - Gaziki jałowe suche 3szt. - Opatrunek typu AQUACEL - Maść Alantan - Durogesic 75 (plaster)	
Pozostałe wyposażenie	21. Karta wywiadu pacjenta 22. Indywidualna karta zleceń lekarskich 23. tlen			Ubrania i charakteryzacja	1. Fantom dorosłej kobiety ubrany w koszulę.	
Informacja ogólna dla technika	Symulator dorosłej kobiety ubranej w koszulę. Symulator umieszczony w łóżku w pozycji półwysokiej. Lekko przysypiający. Zacewnikowany, na krawędzi łóżka wisi na wieszaku worek z moczem (worek do połowy napełniony ciemno żółtym płynem)					

Parametry początkowe symulatora											
	Nazwa	R - oddech	EKG	NIBP	SpO_2	CO_2	Temp. ^0C	Sinica%	Oczy	Obrzęki	
	Liczba										
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia:									

Czynności początkowe	*Należy wpisać co trze* Przed rozpoczęciem zajęć sprawdza sposób przygotowania stanowiska i kompletacje. • Sprawdza listę uczestników i kartę informacyjną scenariusza itp. • Rozpoczyna scenariusz — prosząc o wyłączenie telefonów, zajęcie miejsc itp. — informacja za 3 min. rozpoczynamy proszę zająć miejsca itp.
REALIZACJA SCENARIUSZA	
WPROWADZENIE – PREBREFING:	
PLAN PREBRIEFINGU: 41. W dniu dzisiejszym nauczymy się postępowania z pacjentem (rodziną) w stanie terminalnym. 42. Scenariusz został podzielony na 3 części: część pierwsza prebrifing, stanowiący wprowadzenie do scenariusza, który będzie trwał 15 min. Część druga to realizacja scenariusza, trwająca 10min. Część trzecia jest to debrifing stanowiący omówienie i podsumowanie wykonanego scenariusza, który będzie trwał 40 min.	

43. Celem głównym scenariusza jest nauka postępowania z pacjentem (rodziną) w stanie terminalnym. Cele szczegółowe to: nauka przeprowadzenia wywiadu z chorym i jego rodziną, udzielanie odpowiedzi na pytania związane ze śmiercią.

Wykonywanie zmiany opatrunku na odleżynie, przyklejenie plastra p/bólowego

44. Scenariusz będzie realizowany w Oddziale Opieki Paliatywnej
45. Czy wszystkie przedstawione przeze mnie informacje są zrozumiałe? Tak
6. Zaprezentuję teraz przypadek kliniczny: Zofia Nowak lat 47 przywieziona do oddziału opieki paliatywnej z rozpoznaniem nowotwór jelita grubego z przerzutami. W oddziale przebywa pierwszą dobę. W chwili obecnej chora na stałe przebywa w łóżku, mocz odprowadzany przez cewnik Folyeja do worka. Skóra na całym ciele jest wysuszona,blada, zanik tkanki podskórnej.

U pacjentki w okolicy kości ogonowej i szpary pośladkowej jest odleżyna II* 5x5 cm. zaopatrzona opatrunkiem typu AQUACEL.

7. Teraz przydzielę Wam role, jakie będziecie pełnić w tym scenariuszu
   a. będziesz liderem (Pielęgniarka 1), do Twoich zadań będzie należało zebranie wywiadu, wspieranie chorej i rodziny, koordynacja pracy w zespole.
   b. będziesz Pielęgniarką 2, do Twoich zadań będzie należało – zmiana opatrunku na odleżynie i podanie leków p/bólowych
   c. będziesz pielęgniarką 3, do twoich zadań będzie należało właściwe ułożenie pacjentki w pozycji wygodnej, monitorowanie stanu pacjenta: RR, tętno, oddechy, stan świadomości, obserwacja wydalanego moczu
   d. 4 osoba ..będzie obserwatorem, do Twoich zadań będzie należało obserwowanie procedur itd..)
   e. 5 osoba będzie obserwatorem, do Twoich zadań będzie należało obserwowanie komunikacji między członkami zespołu, a także między personelem a chorą i jej rodziną
8. Czy wszyscy zrozumieli przydzielone im role?
9. Zwracam się do każdej osoby z zapytaniem czy rozumie przydzieloną rolę i proszę o powtórzenie zleconych zadań.
10. Zapraszam do sali symulacyjnej w celu zapoznania z salą i ze sprzętem.

INFORMACJE DLA STUDENTÓW	INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW
Specyfika pracy personelu opieki paliatywnej polega nie tylko na działaniach wyłącznie pielęgniarskich i medycznych, ale również uwzględnia zjawiska bólu wszechogarniającego- totalnego (pacjenta oraz jego bliskich), stwarzającego konieczność zaspakajania potrzeb psychicznych, socjalnych i duchowych. Opieka paliatywna łączy się z towarzyszeniem choremu, czego wyrazem jest umiejętne i nacechowane empatią komunikowanie się z nim oraz jego najbliższymi. Wymaga to nie tylko wiedzy i umiejętności z zakresu łagodzenia dokuczliwych objawów somatycznych, ale też wsparcia psychicznego, socjalnego, a także duchowego, ofiarowanego pacjentowi i jego rodzinie. Każdy pacjent inaczej odczuwa cierpienie, chorobę, ból oraz świadomość zbliżającej się śmierci. Pielęgniarka musi zadbać o komfort fizyczny, psychiczny, duchowy i socjalny umierającego człowieka, a jej postawa powinna wyrażać głęboki szacunek, akceptację i pokorę wobec osoby umierającej, jej rodziny oraz zaistniałej sytuacji. Personel pielęgniarski powinien się cechować wrażliwością i delikatnością, a zarazem odpornością psychiczną i umiejętnością radzenia sobie z lękiem przed śmiercią. Ważną rolę w opiece nad pacjentem umierającym odgrywają: aktywne słuchanie, unikanie żargonu medycznego, przekazywanie wskazówek w sposób jasny i zrozumiały, znajomość komunikacji niewerbalnej, a także umiejętność odczytywania przekazywanych emocji gestem, mimiką twarzy,	W: Wyobraźcie sobie, że jesteście na zajęciach praktycznych na oddziale opieki paliatywnej. Opiekujecie się pacjentką, która przebywa pierwszą dobę na oddziale. Została przywieziona z powodu pogorszenia się stanu zdrowia. Kontakt z pacjentką jest utrudniony. Z pacjentką na sali przebywa jej córka. Co myślicie? S: że stan pacjentki jest ciężki. W: A czy ktoś z was widział albo ma czy miał w najbliższym otoczeniu osobę, która miała rozpoznaną chorobę nowotworową? S: Tak mój tata miał nowotwór płuc S :moja babcia zmarła z powodu nowotworu W:Zgodzicie się ze mną, że choroby nowotworowe są częstą przyczyną zgonu? S:Tak S:Tak obecnie coraz więcej ludzi umiera z powody chorób nowotworowych W: jak waszym zdaniem powinna zachować się pielęgniarka przychodząca do sali chorego? S: pielęgniarka powinna wiedzieć –znać dane personalne pacjentki, wiedzieć z jakim rozpoznaniem pacjenta została przyjęta na oddział, jakie leczenie było wdrożone. Pacjentka musi być traktowana indywidualnie przez personel. W: Powiedzcie mi co może być przyczyną, że pacjenta nie będzie chciała w danej chwili z nami rozmawiać? S:Nie zna nas W: Tak, a co jeszcze może być tego przyczyną?

postawą i milczeniem- pozwalają one lepiej poznać potrzeby umierającego oraz jego otoczenia. Wszystkie potrzeby pacjenta należy realizować szybko, skutecznie, najlepiej z jego rodziną, zapewniając mu komfort psychofizyczny. Najbliżsi chorego mogą odczuwać zmęczenie wynikające z ze sprawowania opieki ciągłej opieki, lęk,przygnębienie, poczucie bezradności. Brak informacji na temat rokowania, sposobu postępowania wyzwala negatywne odczucia, dlatego członków rodziny pacjenta należy otoczyć troskliwą opieką i wyjaśnić im na bieżąco, w jakim obecnie stanie jest znajduje się chory. Powinno się także umożliwić im wyrażenie smutku, troski oraz skrywanych emocji. Rodzina musi mieć możliwość zadawania pytań, przedstawiania obaw oraz uzyskiwania prawdziwych i rzetelnych odpowiedzi. Zadaniem pielęgniarki jest ułatwienie kontaktu z pacjentem- czy to na oddziale, czy w domu. Jego bliscy muszą być świadomi, że podczas umierania należy mu zapewnić spokój, podawać regularnie leki, stale przy nim być i dawać poczucie bliskości. Tylko dobrze wyedukowana rodzina może zapewnić poczucie bezpieczeństwa i pozwolić choremu spokojnie odejść. Pielęgniarka opiekująca się chorym umierającym najlepiej też wie, jak zaspokoić jego potrzeby. Wykonując przy chorym wiele zabiegów, towarzyszy jego lękowi, licznym rozterkom, dokładnie go poznaje. Często jest pierwszym powiernikiem najskrytszych tajemnic. Najważniejszy w opiece paliatywnej jest pacjent i jego problemy powinny pozostać w centrum działania osób wspierających opiekę paliatywną. Dzisiaj nauczycie się postępowania z pacjentem w stanie terminalnym i jego rodziną. Uświadomicie sobie jak trudna i odpowiedzialna jest praca pielęgniarki na oddziale opieki paliatywnej. Przećwiczenie przez was pewnych czynności w sytuacji symulacji medycznej, będzie zapobiegało popełnieniu przez was błędów w pracy z pacjentem i jego rodziną w rzeczywistej sytuacji klinicznej.	S: Jest przygnębiona, jest pod wpływem leków p/bólowych. W:Jak myślicie czy ważna w takiej sytuacji jest rozmowa z rodziną? S: Tak rodzina może przekazać nam istotne informacje o chorej? W: Dobrze. A jak myślicie rodzinie e takiej sytuacji jest potrzebne wsparcie? S: Myślę, że tak bo ona także bardzo przeżywa chorobę. W: A jakie uczucia mogą towarzyszyć bliskim osoby chorej? S: zmęczenie, przygnębienie smutek, bezradność w tej sytuacji. **Zapytaj, czy studenci rozumieją poprzednie informacje. Jeśli nie – wyjaśnij ponownie.** Czy informacje, które do tej pory przekazałam są zrozumiałe? **6. Zaprezentuj przypadek kliniczny:** Przedstawię przypadek kliniczny; Zofia Nowak lat 47 przywieziona do oddziału opieki paliatywnej z rozpoznaniem nowotwór jelita grubego z przerzutami. W oddziale przebywa pierwszą dobę. W chwili obecnej chora na stałe przebywa w łóżku, mocz odprowadzany przez cewnik Folyeja do worka. Skóra na całym ciele jest wysuszona,blada, zanik tkanki podskórnej. U pacjentki w okolicy kości ogonowej i szpary pośladkowej jest odleżyna II* 5x5 cm. zaopatrzona opatrunkiem typu AQUACEL. **Zaproponuj podział ról w grupie, wyznacz lidera (jeżeli jest potrzebny).** Teraz przydzielę Wam role, jakie będziecie pełnić w tym scenariuszu; a. będziesz liderem Pielęgniarka 1, do Twoich zadań będzie należało zebranie wywiadu, wspieranie chorej i rodziny, koordynacja pracy w zespole. b. będziesz Pielęgniarką 2, do Twoich zadań będzie należało – zmiana opatrunku na odleżynie i podanie leków p/bólowych c. będziesz Pielęgniarką 3, do twoich zadań będzie należało właściwe ułożenie pacjentki w pozycji wygodnej, monitorowanie stanu pacjenta: RR, tętno, oddechy, stan świadomości, obserwacja wydalanego moczu d. 4 osoba ….będzie obserwatorem, do Twoich zadań będzie należało obserwowanie procedur itd. e. 5 osoba będzie obserwatorem, do Twoich zadań będzie należało obserwowanie komunikacji między członkami zespołu, a także między personelem a chorą i jej rodziną Upewnij się czy poszczególni członkowie zespołu wiedzą za co są odpowiedzialni, czy rozumieją swoją rolę. Czy wszyscy zrozumieli swoje role,proszę każdą osobę aby głośno powtórzyła swoje.

	Zapraszam do Sali 205, gdzie będziemy realizować scenariusz. Zapoznacie się z salą i sprzętem.

ZAPOZNANIE STUDENTÓW ZE SPRZĘTEM	
Wykładowca	Dzisiaj będziemy pracować na sali oddziału opieki paliatywnej. Zapoznaliście się już z wyposażeniem stanowisk pracy, a dodatkowo będziemy wykonywać zmianę opatrunku na odleżynie.
Student	Każdy student powinien zapoznać się ze sprzętem oraz z obsługą symulatora.
SCENARIUSZ SYMULACJI	
Opis scenariusza	Zofia Nowak lat 47 przywieziona do oddziału opieki paliatywnej z rozpoznaniem nowotwór jelita grubego z przerzutami. W oddziale przebywa pierwszą dobę. W chwili obecnej chora na stałe przebywa w łóżku, mocz odprowadzany przez cewnik Folyeja do worka. Skóra na całym ciele jest wysuszona,blada, zanik tkanki podskórnej. U pacjentki w okolicy kości ogonowej i szpary pośladkowej jest odleżyna II* 5x5 cm. zaopatrzona opatrunkiem typu AQUACEL.
Obecny stan kliniczny	Objawy: pacjentka bólowa, utrudniony kontakt z pacjentką,
Wywiad	Pani Zofia lat 47, mieszka razem z córką, od 2lat choruje na nowotwór jelita grubego. Stan po chemioterapii. Przyjmuje leki: Bupivacainum Hydrochloricum 0,125%,co 4 godziny, Durogesic 75, Haloperidol krople 3x1ml, na odleżynę opatrunki AQUACEL. Pacjentką opiekuje się córka, która jest bardzo zżyta z mamą i trudno jej się pogodzić z chorobą mamy.

Przebieg scenariusza Ścieżka 1	**Podział na role:**	**Przebieg scenariusza**
	1. Pielęgnarka –Lider zbiera wywiad, nadzoruje pracę zespołu, wspiera pacjentkę i córkę.	Lider nadzoruje pracę całej grupy, obserwuje pracę poszczególnych osób i udziela wskazówek -przeprowadza wywiad zgodnie ze scenariuszem z pacjentką i jej córką. Wspiera córkę pacjentki.
	2. Odpowiada za właściwe ułożenie pacjentki w pozycji wygodnej, monitoruje stan pacjenta: ilość oddechów, RR, tętno, stan świadomości	Pielęgniarka 2 układa pacjentkę w łóżku w pozycji wygodnej oraz prowadzi monitoring
	3. Pielęgniarka odpowiada za zmianę opatrunku i przyklejenie plastra p/ bólowego	Pielęgniarka 3 zmienia opatrunek na odleżynie i przykleja plaster p/bólowy
	4. Obserwator-komunikacji 5. Obserwator –procedur	Obserwatorzy: Student 4-obserwuje proces komunikacji podczas przebiegu scenariusza w zespole. Student 5-obsewator przestrzegania procedur medycznych i procedur postępowania z pacjentem i rodziną
	Pytania i odpowiedzi w wywiadzie: Pielęgniarka 1 zbiera wywiad P1: podchodzi i przedstawia się: nazywam się Anna Kowalska chcę chwile porozmawiać z Paniami, a także postaram się pomóc Paniom. Czy udzielą mi Panie odpowiedzi na moje pytania?	

	Pacjentka kiwa głową a córka mówi tak. P1: Pozwolą Panie,że w trakcie wywiadu będę notowała Pań odpowiedzi do kwestionariusza wywiadu. Pacjentka: Tak Córka: Mamie jest ciężko mówić to ja z Panię porozmawiam P1. Dobrze P1. Proszę podać imię, nazwisko i datę urodzenia mamy Córka: Zofia Nowak lat 47 ur. 10.04.1972 roku P1: Jaki zawód mama wykonuje Córka: Księgowa P1: Gdzie mieszka? Córka: Mieszkamy w bloku na pierwszym piętrze P1: Od jak dawna mama choruje? Córka: Od 2 lat mama choruje ale od miesiąca stan jej się bardzo pogorszył. P1: Czy ktoś w rodzinie chorowała choroby nowotworowe? Córka: Chyba nie ale ja nie wiem. P1: Czy mama choruje na inne choroby? Córka: Nie Córka: Ja mam takie pytanie czy mama będzie tutaj miała dobrą opiekę? Bo do tej pory to ja sama zajmowałam się mamą, ale teraz kiedy jej stan tak się pogorszył już nie daję rady. P1: Tak proszę się nie denerwować Pani mama będzie miału nas bardzo dobrą opiekę. A Pani też powinna zadbać o siebie i troszkę odpocząć. Córka: Tak wiem ale wie Pani ja obiecałam mamie, że zawsze będzie zemną, że nie oddam jej do hospicjum no, a teraz (szlochanie) nie dotrzymałam słowa … P1: Ja Panią rozumiem, ale też proszę pamiętać o sobie zadbać trzeba o własne zdrowie. Córka: Tak ja wiem ale mama…… ja tak bardzo ja kocham. P1: Proszę nam zaufać mama będzie miału nas dobą opiekę, a pani może odwiedzać mamę kiedy Pani chce u nas nie ma wyznaczonych godzin odwiedzin. Jak będzie bani chciała to też może Pani wykonywać toaletę i karmić mamę. Córka: Dziękuję trochę jestem spokojniejsza o mamę. P1: Jeśli Pani chce to mogę umożliwić Pani rozmowę z psychologiem albo księdzem. Córka: dziękuję ja to nie ale jeśli jest taka możliwość to może mama będzie chciała się wyspowiadać i przyjąć komunię. Dziękuję za pomoc.	

		P1: Jeśli będzie Pani miała jakieś jeszcze pytania to proszę pytać będziemy się starać aby mamie było tu dobrze i aby Pani też była o nią spokojna. Pielęgniarka 2 zmienia opatrunek i przykleja plaster p/bólowy. Pielęgniarka 3 układa pacjenta w pozycji wygodnej i podłącza tlen					Pielęgniarka 2 Informuje pacjentkę i córkę co będzie robiła, zmienia opatrunek na odleżynie i przykleja plaster p/bólowy Pielęgniarka 3 układa pacjentkę w pozycji wygodnej, podłącza tlen i monitoruje parametry, sprawdza ile jest moczu w worku i jaki ma kolor.				
PALETA 1 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE WRAZ Z PRAWIDŁOWYM PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna		Wpisać – co będzie się zmieniało i kiedy									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	oddech	EKG	NIBP	SpO_2	CO_2	Temp.	Sinica	oczy	obrzęki	
	Liczba	26	110	140/90	88		36,6	brak	Mruganie 15	brak	
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia dotyczą:									
PALETA 2 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE WRAZ Z PRAWIDŁOWYM PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna											
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	oddech	EKG	NIBP	SpO2	CO2	Temp.	Sinica	oczy	obrzęki	
	Liczba	24	115	120/85	90		36,6		Mruganie15	brak	
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia dotyczą:									
PALETA 3 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE NIEZGODNIE Z PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna											
Parametry początkowe symulatora	Nazwa										
	Liczba										
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia dotyczą:									

PALETA 4 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE NIEZGODNIE Z PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna											
Parametry początkowe symulatora	Nazwa										
	Liczba										
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia dotyczą:									

DEBRIEFING:	
INFORMACJE DLA STUDENTÓW	**INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW**
Celem dzisiejszych zajęć była nauka postępowania z pacjentem z rozpoznaną chorobą nowotworową w stanie terminalnym z wykorzystaniem pracy w grupie i podziałem na role. Każda z osób w grupie miała do wykonania określone zadania, o różny stopniu trudności. Dzisiejsze ćwiczenie ma zastosowanie na egzaminie OSC, oraz w pracy z pacjentem w warunkach POZ, (szpitalnych). Praca na fantomie zapewnia wam w pewnym sensie komfort psychiczny ponieważ zapobiegnie popełnieniu błędu w pracy z pacjentem.	Tematem dzisiejszej symulacji było postępowanie z pacjentem w stanie terminalnym. Założone dzisiaj cele zostały osiągnięte. **Faza opisu** 1. Jak czujecie się po dzisiejszych ćwiczeniach? 2. Co robiłeś na dzisiejszych zajęciach? 3. Za co byłeś odpowiedzialny? **Faza analizy** 1. Co udało wam się dzisiaj wykonać dobrze? 2. Z czego jesteś zadowolony ? 3. Co chciał byś poprawić, z korygować w swoim działaniu? 4. Co cię zaniepokoiło, że podoiłeś te czynności? 5. Co pomyślałeś……..? 6. Czy ktoś pamięta jak działają te leki? **Faza wniosków i podsumowania** 1. Jestem zadowolona z waszego dzisiejszego działania. 2. Czego nauczyliście się na dzisiejszych zajęciach? 3. Czynności jakich dzisiaj się nauczyliście się w tym scenariuszu to: - rozpoznanie aktualnego stanu pacjenta, - monitorowanie pacjenta - rozmawiać z pacjentem i rodziną w trudnej dla nich sytuacji Zgadzacie się ze mną? 4. Jak myślicie gdzie będziecie mogli wykorzystać tę czynność? 5. Jak podejdziesz do takiego pacjenta to będziesz wiedział jakie podjąć działania, co zrobić? Pytanie do obserwatora. Czy jest coś co byś zrobił inaczej? Izo,widziałam że w roli lidera grupy bardzo dobrze się czułaś i swoje zadanie wykonałaś w sposób dynamiczny. Gratuluję. Moniko cieszę się, że to zobaczyłaś na pewno łatwiej byłoby gdyby stan pacjenta był stabilny.

Zastosowanie umiejętności:	Umiejętność ma zastosowanie podczas ZP i P w POZ i szpitalu, oraz na egzaminie OSCE.
Literatura	Koper A., (red.), Pielęgniarstwo onkologiczne, PZWL, Warszawa 2015 str.111-116 De Walden-Gałuszko K., Psychoonkologia Kraków 2015 str. 83-97
Umiejętności podstawowe:	1. Umie postępować z pacjentem w stanie terminalnym 2. Współpracuje z pacjentem jego rodziną 3. Posiada wiedzę w zakresie postępowania z pacjentem w stanie terminalnym 4. Wie jak współ pracować z pacjentem i jego rodziną. 5. Szanuje godność i autonomię osób powierzonych opiece 6. Student rzetelnie i dokładnie wykonuje powierzone mu obowiązki zawodowe
Efekty kształcenia	**Wiedza** C.W.9. wyjaśnia zakres działań pielęgniarki w zależności od zaburzeń stanu pacjenta, w tym: długotrwale unieruchomionego, z bólem, gorączką, zaburzeniami snu C.W.10. różnicuje zadania pielęgniarki w opiece nad pacjentem zdrowym, zagrożonym chorobą, chorym i o niepomyślnym rokowaniu D.W.04. zna zasady oceny stanu chorego w zależności od wieku D.W.05. zna zasady diagnozowania w pielęgniarstwie internistycznym, geriatrycznym, chirurgicznym, pediatrycznym, neurologicznym, psychiatrycznym, anestezjologicznym, położniczo- ginekologicznym i opiece paliatywnej D.W.06. zna zasady planowania opieki nad chorymi w zależności od wieku i stanu zdrowia D.W.25. zna następstwa długotrwałego unieruchomienia **Umiejętności** C.U.7. monitoruje stan zdrowia pacjenta na wszystkich etapach jego pobytu w szpitalu lub innych placówkach opieki zdrowotnej, między innymi przez ocenę podstawowych parametrów życiowych: temperatury, tętna, ciśnienia tętniczego krwi, oddechu i świadomości, masy ciała i wzrostu C.U.14 .wykorzystuje różne techniki karmienia pacjenta C.U.16. zakłada cewnik do pęcherza moczowego, monitoruje diurezę, usuwa cewnik, wykonuje płukanie pęcherza moczowego C.U.17. układa chorego w łóżku w pozycjach terapeutycznych i zmienia te pozycje C.U.32. przygotowuje siebie i sprzęt do instrumentowania i zmiany opatrunku na ranie C.U.33. prowadzi dokumentację opieki pielęgniarskiej, w tym historię pielęgnowania, kartę obserwacji, kartę gorączkową, książkę raportów, kartę profilaktyki i leczenia odleżyn C.U.34. odnotowuje wykonanie zleceń w karcie zleceń lekarskich C.U.69. posiada umiejętność doboru środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i umiejętności umożliwiające wystawianie recept na środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego niezbędne do kontynuacji leczenia, w ramach realizacji zleceń lekarskich, oraz potrafi udzielać informacji o ich stosowaniu **Kompetencje** D.K.1. szanuje godność i autonomię osób powierzonych opiece D.K.4. wykazuje odpowiedzialność moralną za człowieka i wykonywanie zadań zawodowych D.K.8. współdziała w ramach zespołu interdyscyplinarnego w rozwiązywaniu dylematów etycznych z zachowaniem zasad kodeksu etyki zawodowej

SCENARIUSZ SYMULACJI MEDYCZNEJ POŚREDNIEJ WIERNOŚCI – PW **Autor; dr nauk o zdrowiu Agnieszka Korol**											Nr porządkowy	PW- zgodnie z wykazem
Czas zajęć		45 Min	Czas scenariusza	15 Min	Liczba studentów	8						
Nazwa		**Postępowanie z pacjentem w stanie hipoglikemii w POZ**										
Cel główny		**Nabycie wiedzy i umiejętności w rozpoznawaniu i postępowaniu terapeutycznym z chorym w stanie hipoglikemii**										
Cel szczegółowy		1. Obserwacja objawów hipoglikemii 2. Monitorowanie parametrów życiowych 3. Pomiar poziom glukozy we krwi 4. Postępowanie niefarmakologiczne i farmakologiczne w hipoglikemii										
Metoda		Zajęcia będą realizowane metodą symulacji medycznej										
INFORMACJE TECHNICZNE I ORGANIZACYJNE												
Nr Sali		Nr205	Numer stanowiska	Nr 1	Nr trenażera, fantomu	Nr zgodnie z wykazem						
Sprzęt wielokrotnego użytku		- Fantom dorosłego mężczyzny - Zestaw do pobierania krwi do pomiaru poziomu glukozy (gleukometr, nakłuwacz, pojemnik na odpady medyczne, miska nerkowata) **(Scenariusz nr….)**			Sprzęt jednorazowego użytku	- Paski do gleukometru - Dwa jałowe gaziki - Rękawice - Gazik jałowy/2x/ - Lancet do nakłuwacza - Glukoza 10% flakon 500ml. - Aparat do wlewu kroplowego - Venflon (różowy i zielony) - okleina do venflonu - Korek do venflonu **(Scenariusz nr….)**						
Pozostałe wyposażenie		24. Karta wywiadu pacjenta 25. Zlecenia lekarskie 3. Materiały edukacyjne, poradnik dla pacjenta „Cukrzyca typ. II”.			Ubrania i charakteryzacja	1. Fantom dorosłego mężczyzny ubrany w koszulę i spodnie z opaską na ręku jestem cukrzykiem						
Informacja ogólna dla technika		Symulator dorosłego mężczyzny ubranego w koszulę i spodnie. Symulator umieszczony na leżance w pozycji półwysokiej. Przytroczony kontakt z pacjentem nie nielogiczny, drżenie mięśni.										
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	R - oddech	EKG	NIBP	SpO_2	CO_2	Temp. ^0C	Sinica%	Oczy	Obrzęki	Glukoza	
	Liczba	25	70	158/95			36.6	brak	12	brak	52	
	Cechy											
	Inne	Inne ustawienia:										
Czynności początkowe		1. Przed rozpoczęciem zajęć sprawdza sposób przygotowania stanowiska i kompletacje. 2. Sprawdza listę uczestników i kartę informacyjną scenariusz itp. 3. Rozpoczyna scenariusz- prosząc o wyłączenie telefonów, zajęcie miejsc itp.- informacja z minutę rozpoczynamy proszę zająć miejsca itp.										

REALIZACJA SCENARIUSZA	
WPROWADZENIE – PREBREFING:	
PLAN PREBRIEFINGU: 46. W dniu dzisiejszym nauczymy się postępowania z pacjentem w stanie hipoglikemii. 47. Scenariusz został podzielony na 3 części: część pierwsza prebrifing, stanowiący wprowadzenie do scenariusza, który będzie trwał 15 min. Część druga to realizacja scenariusza, trwająca 10min. Część trzecia jest to debrifing stanowiący omówienie i podsumowanie wykonanego scenariusza, który będzie trwał 40 min. 3. Celem głównym scenariusza jest nauka postępowania z pacjentem w stanie hipoglikemii. Cele szczegółowe to: nauka przeprowadzenia wywiadu z chorym, monitorowanie parametrów życiowych, pobieranie krwi do pomiaru glukozy, edukacja pacjenta (przyjmowanie leków, styl życia, aktywność fizyczna, sposoby odżywiania) 4. Scenariusz będzie realizowany w Przychodni lekarza rodzinnego 5. Czy wszystkie przedstawione przeze mnie informacje są zrozumiałe? Tak 6. Zaprezentuję teraz przypadek kliniczny: Jan Kowalski lat 68 zgłasza się do przychodni lekarza rodzinnego w celu przepisania leków. Pacjent przyjechał do przychodni rowerem. Na poczekalni przychodni pacjent siedzący obok pana Jana zaobserwował, że jego sąsiad przysypia. Zaczął próbować nawiązać z nim kontakt jednak komunikacja była utrudniona. Pan Jan odpowiadał całkiem nielogicznie na zadawane pytania. Zawołał pielęgniarkę, która przetransportowała pacjenta do gabinetu zabiegowego. Po ułożeniu na leżance pacjentowi zmierzono ciśnienie tętnicze, które wynosiło 158/86, oraz zbadano poziom glukozy we krwi, który wynosił 52mg/dl. Pan Jan lat 68, mieszka razem z żoną, od 2 lat choruje na cukrzycę typu II przyjmuje Metformax0,5g 2x1 tabl. 10 lat temu zdiagnozowano u pacjenta nadciśnienie tętnicze i przyjmuje Betalok ZOK 50mg 1x1tabl. Pan Jan mimo zaleceń nie stosuje żadnej diety. Często podjada słodkie i tłuste produkty. Czas wolny spędza na działce. 7. Teraz przydzielę Wam role, jakie będziecie pełnić w tym scenariuszu a.....będziesz liderem (Pielęgniarka 1), do Twoich zadań będzie należało zebranie wywiadu, przeprowadzenie edukacji pacjenta, koordynacja pracy w zespole. b…….będziesz Pielęgniarką 2, do Twoich zadań będzie należała pomiar cukru, ciśnienia, tętna, oddechu c……..będziesz pielęgniarką 3, do twoich zadań będzie należało Założenie wenflonu i podłączenie kroplówki do żyły. d…… 4 osoba ..będzie obserwatorem, do Twoich zadań będzie należało obserwowanie procedur itd.) e……..5 osoba będzie obserwatorem, do Twoich zadań będzie należało obserwowanie komunikacji 8. Czy wszyscy zrozumieli przydzielone im role? 9. Zwracam się do każdej osoby z zapytaniem czy rozumie przydzieloną rolę i proszę o powtórzenie zleconych zadań. 10. Zapraszam do sali symulacyjnej w celu zapoznania z salą i ze sprzętem.	
INFORMACJE DLA STUDENTÓW	**INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW**
Trzustka – narząd gruczołowy położony w górnej części jamy brzusznej. Ma nieregularny, wydłużony i spłaszczony w wymiarze grzbietowo-brzusznym kształt. Trzustka spełnia dwie zasadnicze funkcje: czynność zewnątrzwydzielnicza – produkcja soku trzustkowego (ok. 1 litr/dzień). Komórki śródpęcherzykowe produkują składniki enzymatyczne soku, który jest wyprowadzany do dwunastnicy przez przewody trzustkowe. W przewodach trzustkowych występują również komórki kubkowe, wydzielające śluz – jeszcze jeden składnik soku trzustkowego. czynność wewnątrzwydzielnicza sprawowana przez wyspy Langerhansa.	**Tematem dzisiejszej symulacji jest; Postępowanie z pacjentem w stanie hipoglikemii** Scenariusz został podzielony na 3 części: część pierwsza prebrifing, stanowiący wprowadzenie do scenariusza, który będzie trwał 15 minut. Część druga to realizacja scenariusza, trwająca 15 minut. Część trzecia jest to debrifing stanowiący omówienie i podsumowanie wykonywanego scenariusza, który będzie trwał 30 minut. Celem głównym scenariusza jest nauka postępowania z pacjentem w stanie hipoglikemii gabinecie lekarza rodzinnego

Ponadto wyspy trzustkowe rozproszone wśród gruczołów wydzielania zewnętrznego, produkują substancje dokrewne:
komórki B (β) (około 60%) – produkują insulinę, proinsulinę, peptyd C i amylinę,
komórki A (α) (około 25%[]) – produkują glukagon,
komórki D (δ) (około 10%[]) – produkują somatostatynę,
komórki F (około 5%[]) – produkują polipeptyd trzustkowy (PP).
Insulina jest najważniejszym regulatorem stężenia glukozy we, krwi asymilacji składników odżywczych i przemiany materii. Jest ona hormonem, a więc wydzielaną przez organizm w minimalnych ilościach substancją, która dociera drogą krwi do wszystkich komórek i reguluje ich życie. Insulina powoduje przenikanie glukozy z krwi do komórek i jej zużytkowanie przez komórki.
Do ostrych powikłań cukrzycy zaliczamy:
- hipoglikemię
- hiperglikemię

Przyczyny hipoglikemii
- za dużo leku hipoglikemizującego
- za dużo wysiłku fizycznego
- zbyt małe posiłki
- opóźnienie posiłku
- dodatkowa choroba np. zaburzenia żołądkowo –jelitowe
- spożycie alkoholu

Objawy hipoglikemii (powstają nagle)
- uczucie głodu
- drażliwość, splątanie, ból głowy
- drżenie mięśniowe, drgawki, utrata przytomności

Dzisiaj nauczycie się postępowania z pacjentem w stanie hipoglikemii. Dodatkowo nauczycie się rozpoznawać ten stan, mierzyć poziom glukozy we krwi włośniczkowej, prawidłowej interpretacji wyników oraz prawidłowego schematu postępowania leczniczo pielęgnacyjnego. Nauczycie się jak edukować pacjenta aby nie dopuścić do wystąpienia nawrotów tego typu stanów.
Uświadomicie sobie jak odpowiedzialna jest praca pielęgniarki POZ w tego typu sytuacjach. Przećwiczenie przez was pewnych czynności w sytuacji symulacji medycznej, będzie zapobiegało popełnieniu przez was błędów w pracy z pacjentem w rzeczywistej sytuacji klinicznej.

Cele szczegółowe;
nauka przeprowadzenia wywiadu z chorym, przeprowadzenie edukacji chorego (przyjmowanie leków, styl życia, aktywność fizyczna, sposoby odżywiania), pobieranie krwi na poziom cukru, interpretacja wyników parametrów życiowych,

W.-Wyobraźcie sobie sytuację, że jesteście na zajęciach praktycznych w POZ. U pacjenta siedzącego na poczekalni zaobserwowaliście: drżenie rąk, zlewne poty, przytroczenie, brak logicznego kontaktu z pacjentem.
Jakie jest wasze działanie?
S.- Zabezpieczyć pacjenta żeby nie spadł z krzesła, przenieść go do gabinetu zabiegowego na leżankę.
W.- A co może być przyczyną takiego zachowania?
S.- Pacjent może mieć niedocukrzenie.
W.- A jak to sprawdzić?
S.- Wykonać pomiar cukru we krwi gleukometrem
W.- A kiedy mówimy o niedocukrzeniu?
S.- Kiedy poziom cukru spada poniżej 60mg/dl
W. Czy ktoś z was widział pacjenta z niedocukrzeniem?
S.- Nikt się nie zgłasza
W.- A jak myślicie czy taki stan jest groźny dla życia i zdrowia pacjenta?
S.- Ja myślę ze tak
W.-A, Ty Kasiu zgodzisz się z tym stwierdzeniem?
S.- Chyba tak.
W.- Jak myślicie czy nasze działanie w takiej sytuacji należy podjąć szybko czy powoli?
S.- Szybo.
W.- Dobrze, należy szybko zareagować i działać, bo co so się stanie ?
S.- Pacjent straci przytomność
W.- A jak myślicie co może podać takiemu pacjentowi pielęgniarka?
S.- Coś słodkiego do wypicia.
W.- Kiedy absolutnie, nie wolno podawać pacjentowi nic do picia i do jedzenia?
S.- Kiedy pacjent jest nieprzytomny.
W.- Dobrze. A jak myślicie czy założenie wenflony i utrzymanie dostępu do żyły w takiej sytuacji jest ważne?
S.- Chyba, tak. Bo jeśli pacjent straci przytomność to dostęp dożyły będzie utrudniony.

Zapytaj, czy studenci rozumieją poprzednie informacje. Jeśli nie – wyjaśnij ponownie.
Czy informacje, które do tej pory przekazałam są zrozumiałe?
6. Zaprezentuj przypadek kliniczny:
Przedstawię przypadek kliniczny;
Jan Kowalski lat 68 zgłasza się do przychodni lekarza rodzinnego w celu przepisania leków.
Pacjent przyjechał do przychodni rowerem. Na poczekalni przychodni pacjent siedzący obok pana Jana zaobserwował, że jego sąsiad przysypia.

	Zaczął próbować nawiązać z nim kontakt jednak komunikacja była utrudniona. Pan Jan odpowiadał całkiem nielogicznie na zadawane pytania **Zaproponuj podział ról w grupie, wyznacz lidera (jeżeli jest potrzebny).** Teraz przydzielę Wam role, jakie będziecie pełnić w tym scenariuszu; a. .....będziesz liderem (Pielęgniarka 1), do Twoich zadań będzie należało zebranie wywiadu, przeprowadzenie edukacji pacjenta, koordynacja pracy w zespole. b. …….będziesz Pielęgniarką 2, do Twoich zadań będzie należała pomiar cukru, ciśnienia, tętna, oddechu c. ……..będziesz pielęgniarką 3, do twoich zadań będzie należało Założenie wenflonu i podłączenie kroplówki do żyły. d. …… 4 osoba ..będzie obserwatorem, do Twoich zadań będzie należało obserwowanie procedur itd..) e. ……..5 osoba będzie obserwatorem, do Twoich zadań będzie należało obserwowanie komunikacji Upewnij się czy poszczególni członkowie zespołu wiedzą za co są odpowiedzialni, czy rozumieją swoją rolę. Czy wszyscy zrozumieli swoje role,proszę każdą osobę aby głośno powtórzyła swoje zadanie. **Zapraszam do Sali 205, gdzie będziemy realizować scenariusz. Zapoznacie się z salą i sprzętem.**

ZAPOZNANIE STUDENTÓW ZE SPRZĘTEM	
Wykładowca	Dzisiaj będziemy pracować w gabinecie zabiegowym POZ. Zapoznaliście się już z wyposażeniem stanowisk pracy, a dodatkowo będziemy wykorzystywać gleukometr, aparat do mierzenia ciśnienia, aparat
Student	Każdy student powinien zapoznać się ze sprzętem-szczególnie z obsługą gleukometru i symulatora.
SCENARIUSZ SYMULACJI	
Opis scenariusza	Jan Kowalski lat 68 zgłasza się do przychodni lekarza rodzinnego w celu przepisania leków. Pacjent przyjechał do przychodni rowerem. Na poczekalni przychodni pacjent siedzący obok pana Jana zaobserwował, że jego sąsiad przysypia. Zaczął próbować nawiązać z nim kontakt jednak komunikacja była utrudniona. Pan Jan odpowiadał całkiem nielogicznie na zadawane pytania. Zawołał pielęgniarkę, która przetransportowała pacjenta do gabinetu zabiegowego. Po ułożeniu na leżance pacjentowi zmierzono ciśnienie tętnicze, które wynosiło 158/86, oraz zbadano poziom glukozy we krwi, który wynosił 52mg/dl.
Obecny stan kliniczny	Objawy: drżenie rąk, pacjent spocony, utrudniony kontakt z pacjentem, pacjent przytomny ale nie logiczny.
Wywiad	Pan Jan lat 68, mieszka razem z żoną, od 2 lat choruje na cukrzycę typu II przyjmuje Metformax0,5g 2x1 tabl. 10 lat temu zdiagnozowano u pacjenta nadciśnienie tętnicze i przyjmuje Betalok ZOK 50mg 1x1tabl. Pan Jan mimo zaleceń nie stosuje żadnej diety. Często podjada słodkie i tłuste produkty. Czas wolny spędza na działce.

Przebieg scenariusza Ścieżka 1	1. Pielęgniarka - Lider Podchodzi do pacjenta	
	Piel. Lider - Jak Pan się nazywa ?	Pacjent - Jan Kowalski (mowa nie wyraźna)
	Piel Lider - Co się stało?	Pacjent - Boli mnie głowa i jest mi słabo
	Piel Lider - Zaraz panu pomożemy i położymy na leżance	Pacjent - Słabo mi proszę mi pomóc
	Piel Lider -Proszę Pana teraz koleżanka wykona badanie poziomu cukru, zmierzymy ciśnienie i tętno i podamy leki,	Pacjent - Słabo mi, zróbcie coś
	Piel 2- mierzy cukier, ciśnienie i tętno(procedura NW scenariusz) Podaje głośno Cukier 52mg.dl, ciśnienie158/86mmHg, tętno110u/min, oddech25/min	Pacjent dlaczego tak mi słabo?
	Piel Lider - Proszę założyć wenflon. Dzwonię po lekarza,(lekarz zlecił podać 500ml.10% glukozy i.v.)	Ratujcie mnie!
	Piel 3- zakłada wenflon i przygotowuje i podłącza kroplówkę z 10% Glukozy (scenariusz NW)	Pacjent - boli mnie!
	Piel Llider- Jak pan się czuje?	Pacjent - Troszkę lepiej ale nadal mi słabo
	Piel Lider- Zaraz poczuje się Pan lepiej lek zacznie działać	Pacjent - Tak już teraz czuję się lepiej
	Piel Lider – Czy Pan jest sam, czy ktoś Pana przywiózł?	Pacjent - Jestem sam, przyjechałem rowerem.
	Piel Lider- Zaraz zadzwonimy do Pana żony i poinformujemy ją. Ktoś musi po Pana przyjechać nie może Pan sam wracać do domu.	Pacjent - Ja już czuję się lepiej, jeszcze trochę poleżę i wrócę sam do domu, ja mam przecież rower nie zostawię go pod przychodnią bo jeszcze go ktoś ukradnie.
	Piel Lider –Jak się Pan teraz czuje?	Już znaczne lepiej.
	Piel Lider – koleżanka wykona jeszcze raz Panu badanie poziomu cukru, ciśnienia i tętna	Dobrze
	Piel 2- mierzy cukier, ciśnienie i tętno(procedura NW scenariusz) Podaje głośno Cukier 90mg.dl, ciśnienie130/80mmHg, tętno 80u/min, oddech20/min	Pacjent – I jak moje wyniki dobre?
	Piel Lider – Już są znacznie lepsze	Bo i czuję się lepiej
	Piel Lider- Panie Janku, czy Pan jadł dzisiaj śniadanie przed wyjazdem z domu?	Nie, no bo się spieszyłem i tylko przyjąłem leki, bo bez leków to ja nigdy nie wychodzę z domu.
	Piel Lider – Panie Janku, a czy Pan wie że leki od cukrzycy obniżają poziom cukru, a w połączeniu z wysiłkiem fizycznym jakim jest jazda na rowerze i przy braku posiłku mogą spowodować niedocukrzenie?	No, tak ale myślałem,że ja zaraz wrócę. Nie wiedziałem, że to tak szybko się stanie.

Przebieg scenariusza Ścieżka 1	Piel Lider – Panie Janku musi Pan pamiętać, że u pacjentów z cukrzycą regularne posiłki, to bardzo istotna sprawa,nie może pan sobie pozwolić na to aby nie jeść, któregoś posiłku albo przesuwać go o kilka godzin.	Już teraz będę wiedział i będę tak robił jak Pani mówi. Bo mogło to się dla mnie źle skończyć.
	Piel Lider - Panie Janku przyjechała po Pana żona z synem	Dobrze. Dziękuję bardzo.
	Piel Lider - jak samopoczucie ?	Dobre.
	Piel Lider - Proszę pamiętać, żeby po przyjeździe do domu koniecznie zjeść śniadanie i zmierzyć poziom cukru	Dobrze zrobię to Co Pani mówi.
	Piel Lider - Jutro do pana przyjdzie pielęgniarka środowiskowa i sprawdzi jak się Pan czuje.	Dobrze jeszcze raz bardzo dziękuję za-piekę.

PALETA 1 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE WRAZ Z PRAWIDŁOWYM PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna		Wpisać – co będzie się zmieniało i kiedy									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	Oddech	EKG	NIBP	SpO_2	CO_2	Temp.	Sinica%	Oczy	Obrzęki	Glukoza mg/dl
	Liczba	25	80	152/95			36.6	brak	12	brak	52
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia dotyczą:									

PALETA 2 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE WRAZ Z PRAWIDŁOWYM PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna											
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	Oddech	EKG	NIBP	SpO_2	CO_2	Temp.	Sinica%	Oczy	Obrzęki	Glukoza mg/dl
	Liczba	20	70	130/80			36.6	brak	12	brak	90
	Cechy										

DEBRIEFING:	
INFORMACJE DLA STUDENTÓW	**INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW**
Celem dzisiejszych zajęć była nauka postępowania z pacjentem z rozpoznaną hipoglikemią z wykorzystaniem pracy w grupie i podziałem na role. Każda z osób w grupie miała do wykonania określone zadania, o różny stopniu trudności. Dzisiejsze ćwiczenie ma zastosowanie na egzaminie OSC, oraz w pracy z pacjentem w warunkach POZ, (szpitalnych). Praca na fantomie zapewnia wam w pewnym sensie komfort psychiczny ponieważ zapobiegnie popełnieniu błędu w pracy z pacjentem.	Tematem dzisiejszej symulacji było postępowanie z pacjentem z hiperglikemią. Założone dzisiaj cele zostały osiągnięte. **Faza opisu** 4. Jak czujecie się po dzisiejszych ćwiczeniach? 5. Co robiłeś na dzisiejszych zajęciach? 6. Za co byłeś odpowiedzialny? **Faza analizy** 7. Co udało wam się dzisiaj wykonać dobrze? 8. Z czego jesteś zadowolony ? 9. Co chciał byś poprawić, z korygować w swoim działaniu?

	10. Co cię zaniepokoiło, że podoiłeś te czynności? 11. Co pomyślałeś……..? 12. Zmierzyłeś parametry. Jak myślisz czy ta decyzja była właściwa w tej sytuacji? 13. Jak zareagował pacjent na podany przez ciebie lek? Czy ktoś pamięta jak działa ten lek? **Faza wniosków i podsumowania** 7. Jestem zadowolona z waszego dzisiejszego działania. 8. Czego nauczyliście się na dzisiejszych zajęciach? 9. Czynności jakich dzisiaj się nauczyliście się w tym scenariuszu to: - rozpoznanie aktualnego stanu pacjenta, - monitorowanie pacjenta - pobieranie zleconych badań - podawanie zleconych leków Zgadzacie się ze mną? 10. Jak myślicie gdzie będziecie mogli wykorzystać tę czynność? 11. Jak podejdziesz do takiego pacjenta to będziesz wiedział jakie podjąć działania, co zrobić? Pytanie do obserwatora. Czy jest coś co byś zrobił inaczej? Izo,widziałam że w roli lidera grupy bardzo dobrze się czułaś i swoje zadanie wykonałaś w sposób dynamiczny. Gratuluję. Moniko cieszę się, że to zobaczyłaś na pewno łatwiej byłoby gdyby stan pacjenta był stabilny. Dziękuję za dzisiejszą symulacje. Na następnych zajęciach tematem Będzie Postępowanie z chorym w stanie hiperglikemii. Materiały przekaże emailem.
Zastosowanie umiejętności	Umiejętność ma zastosowanie podczas ZP i P w POZ i szpitalu, oraz na egzaminie OSCE.
Literatura	Konspekt oraz podręczniki: 1. Szczeklik A., Interna Szczeklika 2016. Kompedium. Copyright *Medycyna* Praktyczna. Kraków 2015. str.770-771 2. Tatoń J. Cukrzyca. Poradnik dla pacjenta. PZWL Warszawa str. 180-182
Umiejętności podstawowe:	**Wiedza** 1. Posiada wiedzę w zakresie wartości badań laboratoryjnych z zakresu cukrzycy 2. Posiada wiedzę w zakresie postępowania z pacjentem z cukrzycą w stanie hipoglikemii 3. Wie jak współ pracować z pacjentem i jego rodziną. **Umiejętności** 3. Umie zinterpretować wartości badan laboratoryjnych 4. Umie postępować z pacjentem hipoglikemią 5. Współpracuje z pacjentem jego rodziną **Kompetencje** 1. Szanuje godność i autonomię osób powierzonych opiece 2. Student rzetelnie i dokładnie wykonuje powierzone mu obowiązki zawodowe

Efekty kształcenia	**Wiedza** C.W.26. stosuje standardy i procedury pielęgniarskie w podstawowej opiece zdrowotnej C.W .32. określa znaczenie wyników badania podmiotowego i przedmiotowego w formułowaniu oceny stanu zdrowia pacjenta dla potrzeb opieki pielęgniarskiej D.W.01. wymienia objawy zagrożenia życia u pacjentów w różnym wieku D.W.05. zna zasady diagnozowania w pielęgniarstwie internistycznym, geriatrycznym, chirurgicznym, pediatrycznym, neurologicznym, psychiatrycznym, anestezjologicznym, położniczo- ginekologicznym i opiece paliatywnej D.W.40. zna standardy i procedury postępowania w stanach nagłych i zabiegach ratujących życie D.W.49. zna zasady pierwszej pomocy przedmedycznej **Umiejętności** C.U.3 wykonuje testy diagnostyczne dla oznaczenia ciał ketonowych i glukozy we krwi i w moczu oraz cholesterolu we krwi, a także inne testy paskowe C.U.4. oznacza glikemię za pomocą glukometru C.U.42. realizuje świadczenia zdrowotne w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, w tym: świadczenia gwarantowane i zapewnianie opieki nad pacjentem chorym C.U.44. przygotowuje sprzęt i środki do realizacji opieki pielęgniarskiej w środowisku zamieszkania pacjenta C.U.45. stosuje standardy i procedury pielęgniarskie w podstawowej opiece medycznej D.U.16. rozpoznaje stany nagłego zagrożenia zdrowia D.U.20. rozpoznaje powikłania leczenia farmakologicznego, dietetycznego, rehabilitacyjnego i leczniczo-pielęgnacyjnego D.U.26. przekazuje informacje o stanie zdrowia chorego członkom zespołu terapeutycznego D.U.33. przygotowuje i podaje leki różnymi drogami, samodzielnie lub na zlecenie lekarza **Kompetencje** D.K.1. szanuje godność i autonomię osób powierzonych opiece D.K.4. wykazuje odpowiedzialność moralną za człowieka i wykonywanie zadań zawodowych D.K.8. współdziała w ramach zespołu interdyscyplinarnego w rozwiązywaniu dylematów etycznych z zachowaniem zasad kodeksu etyki zawodowej

SCENARIUSZ SYMULACJI MEDYCZNEJ POŚREDNIEJ WIERNOŚCI – PW **Autor ; dr nauk o zdrowiu Agnieszka Korol**											Nr porządkowy	PW - zgodnie z wykazem
Czas zajęć			Czas scenariusza			Liczba studentów						
Nazwa	**Postępowanie z pacjentem z chorobą Alzheimera i jego rodziną w opiece domowej.**											
Cel główny	**Nuka postępowania z pacjentem z chorobą Alzheimera i jego rodziną w opiece domowej.**											
Cel szczegółowy	1. Zbieranie wywiadu medycznego 2. Wspieranie pacjenta i jego rodziny 3. Zmiana opatrunku na podudziu.											
Metoda	Symulacja medyczna											
INFORMACJE TECHNICZNE I ORGANIZACYJNE												
Nr Sali	Nr 205		Numer stanowiska		Nr	Nr trenażera, fantomu		Nr zgodnie z wykazem				
Sprzęt wielokrotnego użytku	1. Aparat do mierzenia ciśnienia 2. Pojemnik na odpady medyczne.					Sprzęt jednorazowego użytku		1. Rękawiczki jednorazowego użytku 2. Gaziki nie sterylne 10szt. 3. Bandaż 10 cm 1 szt. 4. Oktanisept 5. NaCl 0.9% 10 amp po 10 ml				
Pozostałe wyposażenie	28. Dokumentacja Medyczna: - Karta informacyjna ze szpitala - Karta indywidualnej opieki pielęgniarskiej - Karta zleceń lekarskich					Ubrania i charakterystyka		Fantom mężczyzny ubrany w pidżamę umieszczony w łóżku.				
Informacja ogólna dla technika	Fantom mężczyzny siedzi w łóżku, poduszka włożona pod plecy. Mężczyzna ubrany w pidżamę, przykryty kołdrą do wysokości pasa. Łóżko ustawione przy ścianie obok łóżka krzesło i stół.											
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	R - oddech	EKG	NIBP	SpO_2	CO_2	Temp. ^0C	Sinica%	Oczy	Obrzęki		
	Liczba	34	130/80	90			36,6	brak	otwarte	brak		
	Cechy											
	Inne	Inne ustawienia:										
Czynności początkowe	*Należy wpisać co trzeba wykonać przed rozpoczęciem zajęć scenariusza np.:* ***Wykładowca:*** • Przed rozpoczęciem zajęć sprawdza sposób przygotowania stanowiska i kompletacje. • Sprawdza listę uczestników i kartę informacyjną scenariusza itp. • Rozpoczyna scenariusz — prosząc o wyłączenie telefonów, zajęcie miejsc itp. — informacja za 3 min. rozpoczynamy proszę zająć miejsca itp.											

REALIZACJA SCENARIUSZA	
WPROWADZENIE – PREBREFING:	
PLAN PREBRIEFINGU: 50. W dniu dzisiejszym nauczymy się postępowania z pacjentem chorobą Alzheimera i jego rodziną 51. Scenariusz został podzielony na 3 części: część pierwsza prebrifing, stanowiący wprowadzenie do scenariusza, który będzie trwał 15 min. Część druga to realizacja scenariusza, trwająca 10min. Część trzecia jest to debrifing stanowiący omówienie i podsumowanie wykonanego scenariusza, który będzie trwał 40 min. 52. Celem głównym scenariusza jest nauka postępowania z pacjentem z chorobą Alzheimera i jego rodziną. Cele szczegółowe to: nauka przeprowadzenia wywiadu z chorym i jego rodziną, udzielanie odpowiedzi na pytania związane z chorobą. Wykonywanie zmiany opatrunku na podudziu. 53. Scenariusz będzie realizowany w domu pacjenta. 54. Czy wszystkie przedstawione przeze mnie informacje są zrozumiałe? Tak 6. Zaprezentuję teraz przypadek kliniczny: Franciszek Nowak lat 85. Pacjent z obniżonym stanem emocjonalnym, przygnębiony, zdezorientowany co do miejsca i czasu, nie logiczny. Chory porusza się z laską . Skóra blada występują liczne siniaki na rękach i nogach. U pacjent na zewnętrznej części podudzia prawego rana powstała w wyniku upadku w domu. Chory nie kontroluje zwieraczy ma założonego pampersa (często go usuwa). U pacjenta występują pobudzenie psychoruchowe i zaburzenia rozumienia mowy wynikające z zaburzenia pamięci. 7. Teraz przydzielę Wam role, jakie będziecie pełnić w tym scenariuszu a. będziesz liderem (Pielęgniarka 1), do Twoich zadań będzie należało zebranie wywiadu, wspieranie chorego i rodziny, koordynacja pracy w zespole. b będziesz Pielęgniarką 2, do Twoich zadań będzie należało – zmiana opatrunku na ranie. c będziesz pielęgniarką 3, do twoich zadań będzie należało właściwe ułożenie pacjentka w pozycji wygodnej, monitorowanie stanu pacjenta: RR, tętno, oddechy, stanu świadomości. d 4 osoba ..będzie obserwatorem, do Twoich zadań będzie należało obserwowanie procedur itd..) e 5 osoba będzie obserwatorem, do Twoich zadań będzie należało obserwowanie komunikacji między członkami zespołu, a także między personelem a chorym i jego rodziną. 8. Czy wszyscy zrozumieli przydzielone im role? 9. Zwracam się do każdej osoby z zapytaniem czy rozumie przydzieloną rolę i proszę o powtórzenie zleconych zadań. 10. Zapraszam do sali symulacyjnej w celu zapoznania z salą i ze sprzętem.	
INFORMACJE DLA STUDENTÓW	**INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW**
Zapoznanie z tematem scenariusza. Dzisiaj nauczycie się postępowania z pacjentem z chorobą Alzheimera i jego rodziną. Uświadomicie sobie jak trudna i odpowiedzialna jest praca pielęgniarki POZ czy pielęgniarki opieki długoterminowej. Przećwiczenie przez was pewnych czynności w sytuacji symulacji medycznej, będzie zapobiegało popełnieniu przez was błędów w pracy z pacjentem i jego rodziną w rzeczywistej sytuacji klinicznej. Choroba Alzheimera jest neurozwyrodnieniowym schorzeniem, najczęściej występującym w podeszłym wieku, charakteryzującym się postępującą i nieodwracalną degradacją psychiczną prowadzącą do otępienia. Zespół otępienny postępuje, potęgując bezradność chorych. Chory nie radzi sobie z codziennymi czynnościami powodu niepamięci, gubi się we własnym mieszkaniu, ma kłopoty z mowa i koordynacją ruchów, staje się apatyczny. We wczesnym stadium choroby chory pacjenci wymagają pomocy, ale później są całkowicie uzależnieni od opiekunów. Trudną sytuacją dla	W: Wyobraźcie sobie, że jesteście na zajęciach praktycznych w POZ i razem z pielęgniarką środowiskowo-rodziną przychodzicie do domu pacjenta z wcześniej rozpoznaną chorobą Alzheimera. Kontakt z pacjentem jest utrudniony. Z pacjentem w domu przebywa jej córka. Co myślicie? S: że stan pacjenta jest ciężki. W: A czy ktoś z was widział albo ma czy miał w najbliższym otoczeniu osobę, która miała rozpoznaną chorobę Alzheimera? S :moja babcia ma rozpoznaną chorobę Alzheimera W: Czy zgodzisz się ze mną, że opieka taką osobą jest bardzo wyczerpująca dla opiekuna? S: Tak babcia kilkakrotnie wychodziła z domu i nie mogła wrócić bo nie wiedziała gdzie mieszka. Raz nawet ją przywiozła policja. W: Jak myślicie czy ważna jest pomoc pielęgniarki środowiskowo-rodzinej dla pacjenta i jego rodziny? S: Tak, raczej tak W: A co jest takie istotne?

rodziny jest świadomość degradacji psychicznej osoby chorej i pogorszenia się jej stanu, ponieważ choroba jest nieuleczalna. Nie należy dokonywać porównań osób chorych do stanu z przed choroby, ponieważ wnioski są dla bliskich bardzo przykre-chorych należy postrzegać takimi jakimi są obecnie. Rodzina i opiekunowie powinni uzbroić się w cierpliwość, muszą być silni fizycznie i psychicznie, żeby móc wspierać siebie i chorego. Trud opieki nad pacjentem wynika z braku kontaktu z nim, pomimo zachowanej przytomności chorego oraz obejmuje wykonywanie wszystkich czynności związanych z higieną i żywieniem, ponieważ on sam zachowuje zupełną bierność. Chory z chorobą Alzheimera nie może pozostać sam w domu. Opieka nad nim jest nie zbędna całą dobę. Jest to bardzo uciążliwe dla opiekunów, którzy z czasem stają się przemęczeni fizycznie zdruzgotani psychicznie. Boją się, że chory może spowodować pożar, wybuch, więc nawet na krótką chwilę nie może pozostać sam. W opiece nad chorym mogą być pomocne różne formy opieki domowej instytucjonalnej np. domy opieki dziennej, które przynajmniej okresowo będą wyręczać rodzinę. Jest waż tym bardziej, że choroba trwa dość długo, nawet do kilkunastu lat, a jej objawy narastają przez 2 do 8 lat. W żadnym razie nie wolno postrzegać choroby jako wstydliwej, ukrywać przed otoczeniem, ale przystąpić do ruchu opieki nad osobami z otępieniem. Stowarzyszenia takie funkcjonują w wielu miastach w Polsce.	S: Pielęgniarka przychodząc do takiego pacjenta pomaga w opiece, w podstawowych czynnościach. W: Jak myślicie czy istotne jest wsparcie dla rodziny? S : Myślże tak bo opiekować się taką osoba jest bardzo trudno i jest to bardzo wyczerpujące. W: Jak myślicie czy lepiej jest jeśli jest to jedna osoba która się opiekuje czy może kilka, która się wymieniają? S: Ja uważam, że jedna. W: tak, a może ktoś ma inne zdanie na ten temat? S: A ja myślę, że łatwiej jest się opiekować taką osobą kiedy jest kilka osób i się one wymieniają, bo jednej to jest bardzo ciężko szczególnie kiedy choroba jest już bardzo zawansowana. W: A jakie uczucia mogą towarzyszyć bliskim osoby chorej? S: Zmęczenie, przygnębienie, smutek, bezradność w trudnej sytuacji. **Zapytaj, czy studenci rozumieją poprzednie informacje. Jeśli nie – wyjaśnij ponownie.** Czy informacje, które do tej pory przekazałam są zrozumiałe? S: Tak **6.Zaprezentuj przypadek kliniczny:** Przedstawię przypadek kliniczny; Franciszek Nowak lat 85. Pacjent z obniżonym stanem emocjonalnym, przygnębiony, zdezorientowany co do miejsca i czasu, nie logiczny. Chory porusza się z laską . Skóra blada występują liczne siniaki na rękach i nogach. U pacjent na zewnętrznej części podudzia prawego rana powstała w wyniku upadku w domu. Chory nie kontroluje zwieraczy ma założonego pampersa (często go usuwa). U pacjenta występują pobudzenie psychoruchowe i zaburzenia rozumienia mowy wynikające z zaburzenia pamięci. **Zaproponuj podział ról w grupie, wyznacz lidera (jeżeli jest potrzebny).** Teraz przydzielę Wam role, jakie będziecie pełnić w tym scenariuszu; a..będziesz liderem (Pielęgniarka 1), do Twoich zadań będzie należało zebranie wywiadu, wspieranie chorego i rodziny, koordynacja pracy w zespole. b będziesz Pielęgniarką 2, do Twoich zadań będzie należało – zmiana opatrunku na ranie. c będziesz pielęgniarką 3, do twoich zadań będzie należało właściwe ułożenie pacjenta w pozycji wygodnej, monitorowanie stanu pacjenta: RR, tętno, oddechy, stanu świadomości. d 4 osoba ..będzie obserwatorem, do Twoich zadań będzie należało obserwowanie procedur itd..) e 5 osoba będzie obserwatorem, do Twoich zadań będzie należało obserwowanie komunikacji między członkami zespołu, a także między personelem, chorym i jego rodziną.

	Upewnij się czy poszczególni członkowie zespołu wiedzą za co są odpowiedzialni, czy rozumieją swoją rolę. Czy wszyscy zrozumieli swoje role,proszę każdą osobę aby głośno powtórzyła swoje. **Zapraszam do Sali 205, gdzie będziemy realizować scenariusz. Zapoznacie się z salą i sprzętem.**

ZAPOZNANIE STUDENTÓW ZE SPRZĘTEM	
Wykładowca	Dzisiaj będziemy pracować w sali symulującej warunki domowe pacjenta. Zapoznaliście się już z wyposażeniem stanowisk pracy, a dodatkowo będziemy wykonywać zmianę opatrunku na ranie.
Student	Każdy student powinien zapoznać się ze sprzętem oraz z obsługą symulatora.
SCENARIUSZ SYMULACJI	
Opis scenariusza	Franciszek Nowak lat 85. Pacjent z obniżonym stanem emocjonalnym, przygnębiony, zdezorientowany co do miejsca i czasu, nie logiczny. Chory porusza się z laską. Skóra blada występują liczne siniaki na rękach i nogach. U pacjent na zewnętrznej części podudzia prawego rana powstała w wyniku upadku w domu. Chory nie kontroluje zwieraczy ma założonego pampersa (często go usuwa). U pacjenta występują pobudzenie psychoruchowe i zaburzenia rozumienia mowy wynikające z zaburzenia pamięci.
Obecny stan kliniczny	Objawy: pacjent pobudzony psychoruchowo, kontakt utrudniony, zaburzenia mowy.
Wywiad	Pan Franciszek lat 85, mieszka razem z córką, od 5lat choruje na chorobę Alzheimera. Przyjmuje leki: Citabax 2x1tabl. Lucetam 800mg. 2x1 tab. Zolpiden 10 mg 1tabl. na noc. Franciszek Nowak lat 85 od Pacjent z obniżonym stanem emocjonalnym, przygnębiony, zdezorientowany co do miejsca i czasu, nie logiczny. Chory porusza się z laską . Skóra blada występują liczne siniaki na rękach i nogach. U pacjent na zewnętrznej części podudzia prawego rana powstała w wyniku upadku w domu. Chory nie kontroluje zwieraczy ma założonego pampersa (często go usuwa). U pacjenta występują pobudzenie psychoruchowe i zaburzenia rozumienia mowy wynikające z zaburzenia pamięci.

Przebieg scenariusza Ścieżka 1	Podział na role: 1. Pielęgnarka –Lider zbiera wywiad, nadzoruje pracę zespołu, wspiera pacjenta i rodzinę. 2. Odpowiada za właściwe ułożenie pacjenta w pozycji wygodnej, monitoruje stan pacjenta: ilość oddechów, RR, tętno, stan świadomości. 3. Pielęgniarka odpowiada za zmianę opatrunku. 4. Obserwator-komunikacji 5. Obserwator –procedur	Przebieg scenariusza Lider nadzoruje pracę całej grupy, obserwuje pracę poszczególnych osób i udziela wskazówek -przeprowadza wywiad zgodnie ze scenariuszem z pacjentem i jego rodziną. Wspiera rodzinę pacjenta. Pielęgniarka 2 układa pacjenta w łóżku w pozycji wygodnej oraz prowadzi monitoring Pielęgniarka 3 zmienia opatrunek na odleżynie i przykleja plaster p/bólowy Obserwatorzy: Student 4-obserwuje proces komunikacji podczas przebiegu scenariusza w zespole. Student 5-obsewator przestrzegania procedur medycznych i procedur postępowania z pacjentem i rodziną

Przebieg scenariusza Ścieżka 1	Pytania i odpowiedzi w wywiadzie: Pielęgniarka 1 zbiera wywiad P1: podchodzi i przedstawia się: nazywam się Anna Kowalska chcę chwile porozmawiać z Panem, a także postaram się pomóc Panu. Czy udzielą mi Pan odpowiedzi na moje pytania? Pacjent: Nic nie mówi (nie patrzy się na pielęgniarkę) Córka: Tata nie będzie mówić to ja z Panię porozmawiam P1. Dobrze P1. Proszę podać imię, nazwisko i datę urodzenia taty Córka: Zofia Nowak lat 85 ur. 10.04.1934 roku P1: Tata Pani jest na rencie czy emeryturze? Córka: Emeryturze P1: Czy mieszkacie sami? Córka: Ja mieszkam w bloku obok, ale jak tata zachorował i nie mógł być sam w domu to się do niego przeprowadziłam P1: Od jak dawna tata choruje? Córka: Od 5 lat ale od 2lat stan jej się bardzo pogorszył. P1: Czy tata choruje na inne choroby? Córka: Nie P1. Czy Pani sama zajmuje się tatą? Córka: Do tej pory to ja sama zajmowałam się, ale już nie daję rady jestem bardzo zmęczona, nie śpię po nocach bo on się zrywa z łóżka i chce wychodzić z domu. P1. A czy jest taka możliwość aby ktoś Panią odciążył w tej opiece? Córka: mam jeszcze brata, ale on mieszka za granicą. P1: Ja Panią rozumiem, ale też proszę pamiętać o sobie zadbać trzeba o własne zdrowie. Córka: Tak ja wiem ale nie mam wyjścia P1: A czy próbowała Pani ubiegać się pomoc w opiece długoterminowej? Córka: A co to takiego u nas jest? P1: To opieka pielęgniarska świadczona 4x w tygodniu po 4 godziny, będzie miała pani czas chociaż cos załatwić. Córka: A jak to się załatwia? P1: Trzeba pójść do lekarza rodzinnego wziąć skierowanie a ja wypisze jeszcze odpowiedni druk który trzeba dołączyć i złożyć w opiece długoterminowej. Z tego co się orientuję to czas oczekiwania wynosi około pół roku	

	Córka; O to długo trzeba czekać, ale trudno. Jutro pójdę do lekarza to wypisać. P1. Widzę na ciele u tata dużo siniaków skąd one się wzięły? Córka ; Tata często się potyka i upada. Ta rana na nodze to też po upadku Ma problem bo tata nie często zdejmuje pampersa i swoje potrzeby fizjologiczne robi poza łóżko i nie można przetłumaczyć P1: Rozumiem Panią ale przy tej chorobie tak może być dla tego też musi Pani zadbać o własne zdrowie i proszę pomyśleć o dodatkowej pomocy. Pielęgniarka 2 zmienia opatrunek. (Pacjent krzyczy) Pielęgniarka 3 układa pacjenta w pozycji wygodnej	Pielęgniarka2 Informuje pacjent i córkę co będzie robiła, zmienia opatrunek na ranie Pielęgniarka3 układa pacjenta w pozycji wygodnej, monitoruje parametry.

PALETA 1 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE WRAZ Z PRAWIDŁOWYM PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna		Wpisać – co będzie się zmieniało i kiedy									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	oddech	EKG	NIBP	Spo2	Co2	Temp.	sinica	oczy	Obrzęki	
	Liczba	24	115	120/85			36,6		Mruganie 15	brak	
	Cechy										
	Inne	*Inne ustawienia dotyczą:*									

PALETA 2 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE WRAZ Z PRAWIDŁOWYM PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna											
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	oddech	EKG	NIBP	Spo2	Co2	Temp.	sinica	oczy	Obrzęk	
	Liczba	25	120	130/85			36,6		Mruganie 15	brak	
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia dotyczą:									

PALETA 3 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE NIEZGODNIE Z PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna											
Parametry początkowe symulatora	Nazwa										
	Liczba										
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia dotyczą:									

PALETA 4 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE NIEZGODNIE Z PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna											
Parametry początkowe symulatora	Nazwa										
	Liczba										
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia dotyczą:									

DEBRIEFING:	
INFORMACJE DLA STUDENTÓW	**INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW**
Celem dzisiejszych zajęć była nauka postępowania z pacjentem z rozpoznaną chorobą Alzhaimera jego rodziną z wykorzystaniem pracy w grupie i podziałem na role. Każda z osób w grupie miała do wykonania określone zadania, o różny stopniu trudności. Dzisiejsze ćwiczenie ma zastosowanie na egzaminie OSC, oraz w pracy z pacjentem w warunkach POZ, (szpitalnych). Praca na fantomie zapewnia wam w pewnym sensie komfort psychiczny ponieważ zapobiegnie popełnieniu błędu w pracy z pacjentem.	Tematem dzisiejszej symulacji było postępowanie z pacjentem z chorobą Alzheimera jego rodziną Założone dzisiaj cele zostały osiągnięte. **Faza opisu** 10. Jak czujecie się po dzisiejszych ćwiczeniach? 11. Co robiłeś na dzisiejszych zajęciach? 12. Za co byłeś odpowiedzialny? **Faza analizy** 21. Co udało wam się dzisiaj wykonać dobrze? 22. Z czego jesteś zadowolony ? 23. Co chciał byś poprawić, z korygować w swoim działaniu? 24. Co cię zaniepokoiło, że podoiłeś te czynności? 25. Co pomyślałeś……..? 26. Czy ktoś pamięta jak działają te leki? **Faza wniosków i podsumowania** 17. Jestem zadowolona z waszego dzisiejszego działania. 18. Czego nauczyliście się na dzisiejszych zajęciach? 19. Czynności jakich dzisiaj się nauczyliście się w tym scenariuszu to: - rozpoznanie aktualnego stanu pacjenta, - monitorowanie pacjenta - rozmawiać z pacjentem i rodziną w trudnej dla nich sytuacji

	Zgadzacie się ze mną? 20. Jak myślicie gdzie będziecie mogli wykorzystać tę czynność? 21. Jak podejdziesz do takiego pacjenta to będziesz wiedział jakie podjąć działania, co zrobić? Pytanie do obserwatora. Czy jest coś co byś zrobił inaczej? Izo,widziałam że w roli lidera grupy bardzo dobrze się czułaś i swoje zadanie wykonałaś w sposób dynamiczny. Gratuluję. Moniko cieszę się, że to zobaczyłaś na pewno łatwiej byłoby gdyby pacjent był bardziej kontaktowy.
Zastosowanie umiejętności:	Umiejętność ma zastosowanie podczas ZP i P w POZ i szpitalu, oraz na egzaminie OSCE.
Literatura	Adamczyk K., Pielęgniarstwo neurologiczne, Czelej Lublin 2015 str.78-80 Ochudło S., Poradnik dla opiekunów z chorobą Alzheimera Warszawa 2018 str. 11-15
Umiejętności podstawowe:	9. Umie postępować z pacjentem pobudzonym psychoruchowo. 10. Współpracuje z pacjentem jego rodziną 3. Posiada wiedzę w zakresie postępowania z pacjentem z chorobą przewlekłą 4. Wie jak współ pracować z pacjentem i jego rodziną. 5. Szanuje godność i autonomię osób powierzonych opiece 22. Student rzetelnie i dokładnie wykonuje powierzone mu obowiązki zawodowe
	Wiedza C.W.9. wyjaśnia zakres działań pielęgniarki w zależności od zaburzeń stanu pacjenta, w tym: długotrwale unieruchomionego, z bólem, gorączką, zaburzeniami snu C.W.10. różnicuje zadania pielęgniarki w opiece nad pacjentem zdrowym, zagrożonym chorobą, chorym i o niepomyślnym rokowaniu D.W.04. zna zasady oceny stanu chorego w zależności od wieku D.W.05. zna zasady diagnozowania w pielęgniarstwie internistycznym, geriatrycznym, chirurgicznym, pediatrycznym, neurologicznym, psychiatrycznym, anestezjologicznym, położniczo- ginekologicznym i opiece paliatywnej D.W.06. zna zasady planowania opieki nad chorymi w zależności od wieku i stanu zdrowia D.W.25. zna następstwa długotrwałego unieruchomienia **Umiejętności** C.U.7. monitoruje stan zdrowia pacjenta na wszystkich etapach jego pobytu w szpitalu lub innych placówkach opieki zdrowotnej, między innymi przez ocenę podstawowych parametrów życiowych: temperatury, tętna, ciśnienia tętniczego krwi, oddechu i świadomości, masy ciała i wzrostu C.U.14. wykorzystuje różne techniki karmienia pacjenta C.U.16. zakłada cewnik do pęcherza moczowego, monitoruje diurezę, usuwa cewnik, wykonuje płukanie pęcherza moczowego C.U.17. układa chorego w łóżku w pozycjach terapeutycznych i zmienia te pozycje C.U.32. przygotowuje siebie i sprzęt do instrumentowania i zmiany opatrunku na ranie C.U.33. prowadzi dokumentację opieki pielęgniarskiej, w tym historię pielęgnowania, kartę obserwacji, kartę gorączkową, książkę raportów, kartę profilaktyki i leczenia odleżyn C.U.34. odnotowuje wykonanie zleceń w karcie zleceń lekarskich C.U.69. posiada umiejętność doboru środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i umiejętności umożliwiające wystawianie recept na środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego niezbędne do kontynuacji leczenia, w ramach realizacji zleceń lekarskich, oraz potrafi udzielać informacji o ich stosowaniu

Efekty kształcenia	**Kompetencje** D.K.1. szanuje godność i autonomię osób powierzonych opiece D.K.4. wykazuje odpowiedzialność moralną za człowieka i wykonywanie zadań zawodowych D.K.8. współdziała w ramach zespołu interdyscyplinarnego w rozwiązywaniu dylematów etycznych z zachowaniem zasad kodeksu etyki zawodowej

SCENARIUSZ SYMULACJI MEDYCZNEJ POŚREDNIEJ WIERNOŚCI – PW **Autor ; dr nauk o zdrowiu Agnieszka Korol**						Nr porządkowy	PW zgodnie z wykazem
Czas zajęć	45	Czas scenariusza	15	Liczba studentów	15		
Nazwa	**Postępowanie z dzieckiem i rodzicami przed szczepieniem – Odra, świnka, różyczka**						
Cel główny	**Nabycie umiejętności rozmowy z rodzicami dziecka przed szczepieniem - Odra, świnka, różyczka**						
Cel szczegółowy	1. Przeprowadzenie wywiadu medycznego. 2. Udzielenie wyczerpujących odpowiedzi na ewentualne wątpliwości rodziców co do zasadności szczepienia. 3. Uzyskanie zgody rodziców na zaszczepienie dziecka. 4. Przygotowanie dziecka do szczepienia.						
Metoda	Zajęcia będą realizowane metodą symulacji medycznej						
INFORMACJE TECHNICZNE I ORGANIZACYJNE							
Nr Sali	Nr 203	Numer stanowiska	Nr 3	Nr trenażera, fantomu	Nr zgodnie z wykazem		
Sprzęt wielokrotnego użytku	5. Przewijak 6. Waga niemowlęca 7. Centymetr 8. Pojemnik na odpady ostre 9. Miska nerkowata			Sprzęt jednorazowego użytku	24. Szczepionka (scenariusz nr.. Technika wykonania iniekcji domięśniowej u dziecka 25. Preparat do dezynfekcji skóry 26. Dwa jałowe suche gaziki 27. Rękawiczki		
Pozostałe wyposażenie	29. Karta uodpornienia 30. Książeczka zdrowia dziecka 31. Zgoda rodziców/opiekunów na zaszczepienie dziecka. 32. Dokumentacja medyczna			Ubrania i charakteryzacja	1. Symulator dziecka (niemowlę), ubrane w kaftanik, śpioszki i pampers.		
Informacja ogólna dla technika	Symulator dziecka (niemowlę), ubrany w kaftanik, śpioszki i pampers. Umieszczony na przewijaku.						

Parametry początkowe symulatora											
	Nazwa	R - oddech	EKG	NIBP	SpO_2	CO_2	Temp. ^0C	Sinica%	Oczy	Obrzęki	
	Liczba	40	120	100/50			36,6	brak	Mruganie 15	brak	
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia:									

Czynności początkowe	*Należy wpisać co trzeba wykonać przed rozpoczęciem zajęć scenariusza np.:* ***Wykładowca:*** • *Co jeszcze trzeba zrobić i kto w scenariuszu którego to* dotyczy. Przed rozpoczęciem zajęć sprawdza sposób przygotowania stanowiska i kompletacje. • Sprawdza listę uczestników i kartę informacyjną scenariusza itp. • Rozpoczyna scenariusz — prosząc o wyłączenie telefonów, zajęcie miejsc itp. — informacja za 3 min. rozpoczynamy proszę zająć miejsca itp.

REALIZACJA SCENARIUSZA	
WPROWADZENIE – PREBREFING: PLAN PREBRIEFINGU: 55. W dniu dzisiejszym nauczymy się postępowania z dzieckiem i rodzicami przed szczepieniem - Odra, świnka, różyczka 56. Scenariusz został podzielony na 3 części: część pierwsza prebrifing, stanowiący wprowadzenie do scenariusza, który będzie trwał 15 min. Część druga to realizacja scenariusza, trwająca 10min. Część trzecia jest to debrifing stanowiący omówienie i podsumowanie wykonanego scenariusza, który będzie trwał 40 min. 3. Celem głównym scenariusza jest nauka postępowania z dzieckiem i rodzicami przed szczepieniem -Odra, świnka, różyczka. Cele szczegółowe tor przeprowadzenie wywiadu medycznego. Udzielenie wyczerpujących odpowiedzi na ewentualne wątpliwości rodziców co do zasadności szczepienia. Uzyskanie zgody rodziców na zaszczepienie dziecka. Przygotowanie dziecka do szczepienia 4. Scenariusz będzie realizowany w POZ w gabinecie szczepiennym 5. Czy wszystkie przedstawione przeze mnie informacje są zrozumiałe? Tak 6. Zaprezentuję teraz przypadek kliniczny: 7. Teraz przydzielę Wam role, jakie będziecie pełnić w tym scenariuszu a. .będziesz liderem (Pielęgniarka 1), do Twoich zadań będzie należało zebranie wywiadu, udzielanie odpowiedzi na ewentualne pytania rodziców. b. będziesz Pielęgniarką 2, do Twoich zadań będzie należało – skompletowanie dokumentacji c. będziesz pielęgniarką 3, do twoich zadań będzie należało- przygotowanie dziecka do szczepienia, zaszczepienie i udokumentowanie d. 4 osoba ..będzie obserwatorem, do Twoich zadań będzie należało obserwowanie procedur itd..) e. 5 osoba będzie obserwatorem, do Twoich zadań będzie należało obserwowanie komunikacji między członkami zespołu, a także między personelem, a rodzicami i dzieckiem. 8. Czy wszyscy zrozumieli przydzielone im role?	
INFORMACJE DLA STUDENTÓW	**INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW**
Szczepienia ochronne to najskuteczniejsza metoda zapobiegania groźnym dla życia chorobom zakaźnym. Szczepienia chronią przed nimi nie tylko dzieci, lecz także całą rodzinę. Są one tak ważne, ponieważ zmieniły zdrowotne i społeczne oblicze ludności. Nawet wynalezienie antybiotyków nie wywarło tak znaczącego wpływu na zmniejszenie śmiertelności i wzrost zdrowotności ludzi. Szczepienia znacząco zmniejszyły liczbę zachorowań na choroby zakaźne. Praktycznie wyeliminowały takie choroby jak: ospa prawdziwa, błonica, tężec czy polio. Nie ulega wątpliwości, że wpływ szczepień na zdrowie i rozwój każdego człowieka, bez względu na wiek i płeć, jest niepodważalny. Szczepionka MMR zawiera żywe szczepy wirusów odry, świnki i różyczki, jednak na tyle zmodyfikowane i osłabione, że nie wywołują one objawów ubocznych. Powikłania po szczepieniu są bardzo rzadkie. Szczepionka MMR (*measles – mumps – rubella*) to dostępna w Polsce szczepionka przeciwko odrze, śwince i różyczce, czyli trzem chorobom zakaźnym, które u dzieci mogą mieć łagodny przebieg, jednak zachorowanie grozi poważnymi powikłaniami. Szczepionka MMR stanowi skuteczną, a zarazem jedyną formę profilaktyki zakażeń tymi chorobami. Jest to szczepienie obowiązkowe i bezpłatne. Szczepionki MMR to szczepionki skojarzone. Oznacza to, że pozwalają uzyskać odporność jednocześnie na kilka patogenów. Dostępna jest też szczepionka Priorix-Tetra, która pozwala na zaszczepienie osoby przeciwko odrze, śwince, różyczce i ospie wietrznej. Szczepionka chroni	W: Wyobraźcie sobie, że jesteście na zajęciach praktycznych w poradni lekarza rodzinnego, w gabinecie szczepiennym. Przychodzi do was mama z dzieckiem w wieku rok i trzy miesiące. Co myślicie? S: chce zaszczepić dziecko. S : jaką szczepionką trzeba zaszczepić dziecko. W: Jak myślicie czy pielęgniarka sama może zaszczepić dziecko, jeśli stwierdzi brak przeciwwskazań? S: chyba nie S: Nie, potrzebne jest wcześniej badanie lekarski. Ja jak miałem szczepienie to też najpierw badał mnie lekarz. W: powiedzcie mi czy ktoś z was zna jakieś przeciwwskazania do szczepienia? S: przeziębienie S: choroby bakteryjne takie jak np. zapalenie płuc. W: Tak. Może jakieś inne? S: Wysoka temperatura 38 -39*C S: Choroby przewlekłe. W: Jak myślicie czy szczepienia są potrzebne? S: Tak, zapobiegają wielu chorobom, które jeszcze nie tak dawno stanowiły zagrożenie dla ludzkości. S: Dzięki szczepieniom udało się niektóre choroby wyeliminować bądź znacznie ograniczyć. W: A czy ktoś z was wie przeciwko jakim chorobom możemy zaszczepić się? S: Gruźlica S: żółtaczka typu B S: odra, błonica, tężec. S: ja słyszałam, że można się zaszczepić przeciwko ospie wietrznej.

przed zachorowaniem i ciężkimi powikłaniami danych chorób zakaźnych. Zawiera żywe wirusy, jednak odpowiednio zmodyfikowane i osłabione, dzięki czemu jedynie stymulują odporność, a nie wywołują choroby. Odporność jest długotrwała, powinna utrzymywać się przez całe życie. Druga dawka szczepionki jest konieczna, ponieważ po jednej dawce nie wszystkie szczepione dzieci wytwarzają wystarczającą, długotrwałą odporność. Ryzyko zachorowania mimo szczepienia jest znikome. Jeśli jednak dojdzie do zakażenia, choroba przechodzi bardzo łagodnie i nie rozwija powikłań.
Szczepionka MMR to szczepionka przeciwko odrze, śwince i różyczce. Odra powoduje wystąpienie wysypki i gorączki, świnka charakteryzuje się bólem i obrzękiem w okolicach małżowiny usznej, natomiast różyczka przypomina grypę z wysypką. Wszystkie te choroby prowadzą do wystąpienia licznych powikłań, dlatego też wprowadzono obowiązkowe szczepienia MMR Odra po kilku latach od zachorowania może wywołać podostre zapalenie mózgu, prowadzące do jego poważnego uszkodzenia i śpiączki. Świnka również może powodować zapalenie mózgu i opon mózgowo-rdzeniowych oraz liczne powikłania neurologiczne. W wyniku zakażenia świnką może dojść do zapalenia mięśnia sercowego, trzustki, utraty słuchu, a także zapalenia jąder czy jajników, co prowadzi do niepłodności. Różyczka jest szczególnie dotkliwa dla kobiet, które nie były szczepione i w dzieciństwie jej nie przeszły. Jeśli kobieta w ciąży zachoruje na różyczkę, może dojść do wewnątrzmacicznego obumarcia płodu, poronienia, a z pewnością do rozwoju ciężkich wad rozwojowych. Do zakażenia odrą, świnką i różyczką dochodzi bardzo łatwo. Wirusy szerzą się drogą kropelkową. Zazwyczaj u dorosłych i osób z obniżoną odpornością mają ciężki przebieg. Szczepienie MMR zgodnie z kalendarzem szczepień jest bezpłatne.
Szczepienia MMR wykonuje się obowiązkowo u dzieci po ukończeniu 1. roku życia, a następnie podaje się drugą dawkę w 6 r.ż. Uznaje się, że by dziecko miało pełną odporność, musi otrzymać obie dawki. Mimo iż obowiązkowe są podane terminy szczepień, to jednak wyjątek stanowią dzieci, które podróżują do krajów, gdzie mogą się zetknąć z odrą (Serbia, Ukraina, Grecja, Francja, Rumunia). Wtedy, by zapobiec zakażeniu, powinno się zaszczepić dziecko przed wyjazdem, nawet jeśli nie ukończyło ono 12. miesiąca życia. Konieczne jest powtórzenie szczepienia według kalendarza szczepień. Jeśli dziecko, które otrzymało już jedną dawkę, jedzie do takiego kraju, konieczne jest podanie drugiej dawki w co najmniej 4–tygodniowym odstępie przed wyjazdem.
Skutki uboczne szczepienia MMR Szczepienia MMR są bezpieczne przy wysokiej skuteczności. Bardzo rzadko obserwuje się jakiekolwiek skutki

W: Tak, a czy wszystkie szczepionki w Polsce są bezpłatne?
S: Nie, ja jak szczepiłam swoje dziecko to za niektóre szczepienia,te dodatkowe musiałam zapłacić i to nie mało.
W: Obecnie w mediach często można usłyszeć, że szczepienia są nie potrzebne wręcz szkodliwe, a co wy myślicie na ten temat?
S: Jam myślę, ze szczepienia są potrzebne i należy szczepić dzieci
S: ja też tak uważam, bo jak się nie będzie szczepić to znowu powrócą choroby.
S: szczepionki chronią ludzi przed groźnymi dla ludności chorobami.
W: Proszę powiedzcie mi czemu wzrasta odsetek dzieci nie zaszczepionych?
S: rodzice nie chcą szczepić swoich dzieci bo boją się autyzmu po szczepieniu
S: uważają, że po przechorowaniu jest lepsza odporność u dziecka.
S: po co szczepić skoro tych chorób już nie ma.

Zapytaj, czy studenci rozumieją poprzednie informacje. Jeśli nie – wyjaśnij ponownie.
Czy informacje, które do tej pory przekazałam są zrozumiałe?
6.Zaprezentuj przypadek kliniczny:
Przedstawię przypadek kliniczny;
Dziecko (1rok i 3 miesiące) urodzone z ciąży pierwszej, poród pierwszy, w 38 tygodniu ciąży, zdrowe, po urodzeniu otrzymało 10p. w skali Apgar. Waga urodzeniowa 3500g, długość 56cm, obwód głowy 34cm, odwód klatki piersiowej 35cm. Karmione pokarmem matki i stopniowo rozszerzaną dietą wg. zaleceń.

Zaproponuj podział ról w grupie, wyznacz lidera (jeżeli jest potrzebny).
Teraz przydzielę Wam role, jakie będziecie pełnić w tym scenariuszu;
a..będziesz liderem (Pielęgniarka 1), do Twoich zadań będzie należało zebranie wywiadu, udzielanie odpowiedzi na ewentualne pytania rodziców.
b będziesz Pielęgniarką 2, do Twoich zadań będzie należało – skompletowanie dokumentacji
c będziesz pielęgniarką 3,, do twoich zadań będzie należało- przygotowanie dziecka do szczepienia, zaszczepienie i udokumentowanie
d 4 osoba ..będzie obserwatorem, do Twoich zadań będzie należało obserwowanie procedur itd..)
e 5 osoba będzie obserwatorem, do Twoich zadań będzie należało obserwowanie komunikacji między członkami zespołu, a także między personelem dzieckiem i mamą

Upewnij się czy poszczególni członkowie zespołu wiedzą za co są odpowiedzialni, czy rozumieją swoją rolę. Czy wszyscy zrozumieli swoje role, proszę każdą osobę aby głośno powtórzyła swoje.

uboczne. Powikłania obejmują przede wszystkim zaczerwienienie, obrzęk i niewielką bolesność w miejscu wkłucia. Gorączka po szczepieniu MMR zazwyczaj nie jest wysoka i może pojawić się wraz z wysypką na skórze na tydzień po szczepieniu jako tzw. poronne objawy infekcji. Wśród powikłań wymienia się również wybroczyny na skórze. Nie ma podstaw, by twierdzić, że szczepienie MMR wywołuje autyzm czy inne schorzenia. Przeciwwskazania do szczepienia Szczepienie MMR nie powinno być wykonywane u dzieci z ciężkim upośledzeniem odporności. Nie wolno szczepić dziecka w ciągu roku po leczeniu preparatami krwi, a także jeśli wyskoczyły krwotoczne wybroczyny na skórze po poprzedniej dawce szczepionki. W przypadku leczenia preparatami krwi szczepienie po prostu musi zostać odroczone. Niekiedy po pierwszym szczepieniu pojawiają się na ciele rozległe wybroczyny. Zazwyczaj jednak znikają dość szybko i nie wykazano, by sprzyjały wystąpieniu innych poważniejszych powikłań ani by pojawiały się przy ponownym szczepieniu. Przeciwwskazaniem do szczepienia nie jest uczulenie na jaja kurze. Mimo iż podejrzewa się, że dziecko przeszło zakażenie, nie ma przeciwwskazań do tego, by je zaszczepić. Nie ma bowiem pewności, że przebyte zakażenie to była na pewno różyczka, odra czy świnka ze względu na podobieństwo objawów.	**Zapraszam do Sali 205, gdzie będziemy realizować scenariusz. Zapoznacie się z salą i sprzętem.**

ZAPOZNANIE STUDENTÓW ZE SPRZĘTEM	
Wykładowca	Dzisiaj będziemy pracować w gabinecie szczepiennym POZ. Zapoznaliście się już z wyposażeniem stanowisk pracy.
Student	Każdy student powinien zapoznać się ze sprzętem oraz z obsługą symulatora.
SCENARIUSZ SYMULACJI	
Opis scenariusza	Dziecko (1rok i 3 miesiące) przyniesione do gabinetu szczepiennego przez rodziców na szczepienie przeciwko :odrze śwince i różyczce. Zdrowe, rodzice nie zgłaszają żadnych objawów infekcji. Rozwój psychomotoryczny dziecka nie budzi jakich kolwiek zastrzeżeń. Rodzice dziecka są podenerwowani i mają wątpliwości czy mają zaszczepić dziecko.
Obecny stan kliniczny	Objawy: dziecko wesołe, rozgląda się po sali, reaguje na bodźce wzrokowe i słuchowe.

Przebieg scenariusza Ścieżka 1	Podział na role: 1Pielęgnarka –Lider zbiera wywiad, nadzoruje pracę zespołu, udziela odpowiedzi rodzicom na zadawane pytania 2Pielęgniarka odpowiada za – skompletowanie dokumentacji dziecka	Przebieg scenariusza Lider nadzoruje pracę całej grupy, obserwuje pracę poszczególnych osób i udziela wskazówek -przeprowadza wywiad zgodnie ze scenariuszem z rodzicami dziecka. Przygotowuje dokumentację: kartę uodpornienia, książeczkę zdrowia dziecka, formularz zgody rodziców na zaszczepienie dziecka, dokumentacje medyczną.

Przebieg scenariusza Ścieżka 1	3Pielęgniarka odpowiada za- przygotowanie dziecka do szczepienia i zaszczepienie 4. Obserwator-komunikacji 5. Obserwator –procedur Pytania i odpowiedzi w wywiadzie: Pielęgniarka 1 zbiera wywiad P1: podchodzi i przedstawia się: nazywam się Anna Kowalska chcę chwile porozmawiać z Państwem, a także postaram się pomóc Państwu i udzielić odpowiedzi na wasze pytania . Czy udzielą mi odpowiedzi na moje pytania? Rodzice: Tak P1: Czy dziecko wg państwa oceny jest zdrowe? Rodzice: Tak P1:Czy coś państwa niepokoii w zachowaniu dziecka? Rodzice : Nie wydaje nam się, że wszystko jest ok. Bawi się, chętnie i dobrze je. Już mówi: mama, tata, baba. P1: Czy po poprzednim szczepieniu zauważyliście państwo jakieś niepokojące objawy np.; gorączka, obrzęk i zaczerwienienie miejsca wkłucia, bolesność miejsca wkłucia lub inne? Rodzice: Nie, nie było żadnych wymienionych P1: Czy dziecko samodzielnie chodzi? Rodzice: Próbuje, ale jeszcze najchętniej chodzi przy czymś np.: trzymając się za rękę, przy meblach. Czasami uda mu się zrobić dwa trzy kroczki ale szybko siada. A już powinno samo chodzić? P1: Wiecie państwo jedno zaczyna wcześniej a drugie troszkę później . P1: Dzisiaj zaszczepimy dziecko przeciwko – odrze,śwince i różyczce. Czy dziecko chorowało już na którą z tych chorób? Rodzice: Nie, a mogło już zachorować? P1: Tak, chociaż zdarza się to rzadko i dlatego szczepimy powikłania tych chorób są groźne dla zdrowia i życia dziecka.	Pielęgniarka dokonuje pomiarów antropometrycznych, przygotowuje szczepionkę i szczepi dziecko. Obserwatorzy: Student 4-obserwuje proces komunikacji podczas przebiegu scenariusza w zespole. Student 5-obsewator przestrzegania procedur medycznych i procedur postępowania z dzieckiem i rodzicami

Przebieg scenariusza Ścieżka 1	R: My mamy pytanie mąż czytał w Internecie, że właśnie szczepionka przeciwko odrze śwince i różyczce powoduje autyzm. Czy to jest prawda? Nawet rozważamy rezygnację ze szczepienia! P1: Proszę państwa takie informacje są rozpowszechniane w Internecie przez ruch antyszczepionkowy. Do tej pory żadne badania naukowe nie potwierdziły takiej tezy i jest to stale sprawdzane. Wręcz przeciwnie nie zaszczepienie dziecka niesie za sobą poważne konsekwencje w postaci powikłań dla zdrowia i życia dziecka np: po przechorowaniu świnki u chłopców powikłaniem może być niepłodność, a zachorowanie na odrę może wywołać podostre zapalenie mózgu, prowadzące do jego poważnego uszkodzenia i śpiączki. Rodzice :No dobrze a czy jest jakaś inna szczepionka bo my czytaliśmy, że to po szczepionce MMR? P1: Tak jest inna szczepionka pod nazwą: Priorix. Jest to szczepionka uodparniająca też od odry-świnki i różyczki ale innej firmy. Jeśli państwo chcecie mogę zamienić na tę szczepionkę. Rodzice: A czy za tą drugą szczepionkę mamy zapłacić? P1: Nie, ta szczepionka też jest refundowana i darmowa. Chociaż jak wcześniej mówiłam po szczepionce MMR nigdy nikt mi nie zgłaszał żadnych powikłań. Rodzice: No dobrze w takim razie zaszczepimy córeczkę, ale ta drugą szczepionką bo do tej pierwszej mamy pewne wątpliwości. P1: Jeśli macie państwo jakieś jeszcze pytania to proszę pytać, a ja postaram się na nie odpowiedzieć abyście byli spokojni. Rodzice: A gdzie będzie wykonana szczepionka i czy jest boląca? P1: Szczepienie wykonamy w lewe ramię córeczki, a czy boli troszkę boli jak każdy zastrzyk ale wykonamy go szybciutko. Rodzice: A czy po szczepieniu coś się może dziać?	

Przebieg scenariusza Ścieżka 1	P1: Po szczepieniu proszę poczekać z dzieckiem na poczekalni 30 minut i w razie niepokojących objawów nas informować. Do domu dostaniecie ulotkę ze szczepionki i też dodatkowo będziecie mogli się zapoznać z powikłaniami po szczepieniu. Jedynie co może być to: stan podgorączkowy do 378c, ból w miejscu ukłucia, ale to powinno jutro minąć lub nie będzie wcale. Rodzice: dziękujemy za informację. P1: Proszę przygotować dziecko do badania i szczepienia.	
	P2:skompletowała całą dokumentacje: karta uodpornienia, książeczka zdrowia dziecka, dokumentacja medyczną, zgoda na zaszczepienie	P2: Sprawdza kiedy było ostatnie szczepienie i czy nie brakuje jakiegoś szczepienia w karcie, prosi jednego z rodziców o podpisanie zgody na zaszczepienie dziecka
	P3: Przygotowuje szczepionkę (sprawdza nazwę, datę ważności) i wykonuje szczepienie i dokumentuje	P3: Prosi jednego z rodziców o przytrzymanie dziecka rozmawia z rodzicami i mówi do dziecka . Informuje o wykonaniu szczepienia i odnotowuje w dokumentacji

PALETA 1 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE WRAZ Z PRAWIDŁOWYM PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna		Wpisać – co będzie się zmieniało i kiedy									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	R - oddech	EKG	NIBP	SpO_2	CO_2	Temp. ^0C	Sinica%	Oczy	Obrzęki	
	Liczba	40	120	100/50			36,6	brak	Mruganie 15	Brak	
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia dotyczą:									
PALETA 2 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE WRAZ Z PRAWIDŁOWYM PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna											
Parametry początkowe symulatora	Nazwa										
	Liczba										
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia dotyczą:									
PALETA 3 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE NIEZGODNIE Z PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											

Informacja ogólna											
Parametry początkowe symulatora	Nazwa										
	Liczba										
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia dotyczą:									
PALETA 4 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE NIEZGODNIE Z PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna											
Parametry początkowe symulatora	Nazwa										
	Liczba										
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia dotyczą:									

DEBRIEFING:	
INFORMACJE DLA STUDENTÓW	**INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW**
Celem dzisiejszych zajęć była nauka postępowania z dzieckiem i rodzicami przed szczepieniem Odra, świnka, różyczka, z wykorzystaniem pracy w grupie i podziałem na role. Każda z osób w grupie miała do wykonania określone zadania, o różny stopniu trudności. Dzisiejsze ćwiczenie ma zastosowanie na egzaminie OSC, oraz w pracy z pacjentem w warunkach POZ, (szpitalnych). Praca na fantomie zapewnia wam w pewnym sensie komfort psychiczny ponieważ zapobiegnie popełnieniu błędu w pracy z pacjentem.	Tematem dzisiejszej symulacji było postępowanie z dzieckiem i rodzicami przed szczepieniem- Odra, świnka, różyczka Założone dzisiaj cele zostały osiągnięte. **Faza opisu** 13. Jak czujecie się po dzisiejszych ćwiczeniach? 14. Co robiłeś na dzisiejszych zajęciach? 15. Za co byłeś odpowiedzialny? **Faza analizy** 27. Co udało wam się dzisiaj wykonać dobrze? 28. Z czego jesteś zadowolony ? 29. Co chciał byś poprawić, z korygować w swoim działaniu? 30. Co cię zaniepokoiło, że podoiłeś te czynności? 31. Co pomyślałeś……..? 32. Czy ktoś pamięta jak działają te leki? **Faza wniosków i podsumowania** 23. Jestem zadowolona z waszego dzisiejszego działania. 24. Czego nauczyliście się na dzisiejszych zajęciach? 25. Czynności jakich dzisiaj się nauczyliście się w tym scenariuszu to: - rozpoznanie aktualnego stanu pacjenta, - rozmawiać z rodzicami dziecka. Zgadzacie się ze mną?

	26. Jak myślicie gdzie będziecie mogli wykorzystać tę czynność? 27. Jak podejdziesz do takiego pacjenta to będziesz wiedział jakie podjąć działania, co zrobić? Pytanie do obserwatora. Czy jest coś co byś zrobił inaczej? Aniu,widziałam że w roli lidera grupy bardzo dobrze się czułaś i swoje zadanie wykonałaś w sposób dynamiczny. Gratuluję.
Zastosowanie umiejętności:	Umiejętność ma zastosowanie podczas ZP i P w POZ i szpitalu, oraz na egzaminie OSCE.
Literatura	Bernatowska E., Grzesiowski P., Szczepienia ochronne. Obowiązkowe i zalecane od A do Z. PZWL Warszawa 2017. str. 31-32; 82; 109.
Umiejętności podstawowe:	11. Umie postępować z dzieckiem i zna jak prawidłowo przebiega rozwój psychomotoryczny dziecka 2. Zna obowiązujący kalendarz szczepień 3. Wie jak współ pracować z dzieckiem i jego rodziną. 4. Szanuje godność i autonomię osób powierzonych opiece 5. Student rzetelnie i dokładnie wykonuje powierzone mu obowiązki zawodowe
Efekty kształcenia	**Wiedza** A.W.17 Omawia podstawowe zasady farmakoterapii A.W.23 Zna ważniejsze działania niepożądane leków, w tym wynikające z interakcji, oraz zna procedurę zgłaszania działań niepożądanych leków C.W.12 Opisuje istotę, cel, wskazania,przeciwwskazania, niebezpieczeństwa, obowiązujące zasady i strukturę wykonania podstawowych czynności pielęgniarskich C.W.10 Różnicuje zadania pielęgniarki w opiece nad pacjentem zdrowym, zagrożonym chorobą, chorym i o niepomyślnym rokowaniu C.W23 Realizuje świadczenia zdrowotne w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, w tym świadczenia gwarantowane i zapewnienie opieki nad pacjentem chorym **Umiejętności** C.U.2. gromadzi informacje metodą wywiadu, obserwacji, pomiarów bezpośrednich i pośrednich (skale), analizy dokumentacji (w tym analizy badań diagnostycznych), badania fizykalnego w celu rozpoznawania stanu zdrowia pacjenta i sformułowania diagnozy pielęgniarskiej C.U.9 Przechowuje leki zgodnie z obowiązującymi standardami C.U36 ocenia stan zdrowia jednostki i rodziny -„potencjał zdrowotny człowieka” z wykorzystaniem swoistej metodyki (skale, siatki, pomiary przyrządowe) C.U.34 odnotowuje wykonanie zleceń w karcie zleceń lekarskich C.U.45 stosuje standardy i procedury pielęgniarskie w podstawowej opiece medycznej C.U.63 bezpiecznie stosuje środki dezynfekcji i segreguje odpady medyczne **Kompetencje** D.K.1 szanuje godność i autonomię osób powierzonych opiece D.K.4 wykazuje odpowiedzialność moralną za człowieka i wykonywanie zadań zawodowych D.K.5. Przestrzega praw pacjenta D.K.6.Rzetelnie i dokładnie wykonuje powierzone obowiązki zawodowe

<table>
<tr><td colspan="5">SCENARIUSZ SYMULACJI MEDYCZNEJ POŚREDNIEJ WIERNOŚCI – PW
Autor mgr Karol Laskowski</td><td>Nr porządkowy</td><td>PW zgodnie z wykazem</td></tr>
<tr><td>Czas zajęć</td><td>45 Min</td><td>Czas scenariusza</td><td>30 Min</td><td>Liczba studentów</td><td colspan="2">8</td></tr>
<tr><td>Nazwa</td><td colspan="6">Postępowanie z pacjentem geriatrycznym z astmą oskrzelową.</td></tr>
<tr><td>Cel główny</td><td colspan="6">Nauka postępowania z pacjentem geriatrycznym z Astmą oskrzelową.</td></tr>
<tr><td>Cel szczegółowy</td><td colspan="6">1. Zebranie wywiadu
2. Monitorowanie parametrów życiowych
3. Prawidłowa interpretacja parametrów
4. Postępowanie ze zleceniem lekarskim</td></tr>
<tr><td>Metoda</td><td colspan="6">Symulacja Medyczna</td></tr>
<tr><td colspan="7">INFORMACJE TECHNICZNE I ORGANIZACYJNE</td></tr>
<tr><td>Nr Sali</td><td>Nr 201</td><td>Numer stanowiska</td><td>Nr 1</td><td>Nr trenażera, fantomu</td><td colspan="2">Nr Zgodnie z wykazem</td></tr>
<tr><td>Sprzęt wielokrotnego użytku</td><td colspan="3">Fantom osoby dorosłej.

Zestaw do pobierania krwi do badań - scenariusz nr zgodnie z wykazem (sprzęt wielorazowy).

Zestaw do podawania tlenu/ leków drogą wziewną - scenariusz nr zgodnie z wykazem (sprzęt wielorazowy).

Zestaw do podłączenia kroplowego wlewu dożylnego - scenariusz nr zgodnie z wykazem (sprzęt wielorazowy).

Zestaw do pomiaru temperatury ciała z termometrem elektronicznym - scenariusz nr zgodnie z wykazem (sprzęt wielorazowy).

Kardiomonitor z dodatkowym wyposażeniem: różne rozmiary czujników nakładanych na palec do pomiaru wartości saturacji, różne rozmiary mankietów do pomiaru ciśnienia tętniczego.</td><td>Sprzęt jednorazowego użytku</td><td colspan="2">Zestaw do pobierania krwi do badań - scenariusz nr zgodnie z wykazem (sprzęt jednorazowy).

Zestaw do podawania tlenu/leków drogą wziewną - scenariusz nr zgodnie z wykazem (sprzęt jednorazowy).

Zestaw do podłączenia kroplowego wlewu dożylnego - scenariusz nr zgodnie z wykazem (sprzęt jednorazowy), dodatkowo strzykawka o pojemność 5ml wypełniona 0,9 % NaCl zabezpieczona igłą z opisem na opakowaniu strzykawki: nr sali, imię i nazwisko pacjenta, nazwa leku, dawka, droga pod
ania, data przygotowania - 8 sztuk.

Zestaw do pomiaru temperatury ciała z termometrem elektronicznym - scenariusz nr zgodnie z wykazem (sprzęt jednorazowy).</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td colspan="2">Pozostałe wyposażenie</td><td colspan="6">1. Papier format A4 (może być czysty, w linie lub kratkę) - ilość 10 kartek i przybory do pisania - długopisy 10 szt.
2. Biurko/stolik do zapisania notatek i krzesło z podparciem pod plecy
3. Indywidualna karta zlecenia lekarskiego z informacjami:
Badania laboratoryjne: morfologia, CRP, elektrolity 0,9 % NaCl 250ml – 2x dz i.v
Tlen 2l/min
Berodual 3x20 kropli pod sprężonym tlenem.
Kontrola parametrów życiowych co 30min
badanie spirometryczne (obturacja)</td><td>Ubrania i charakteryzacja</td><td colspan="3">1. Fantom ubrany w szlafrok. Na twarzy w okolicy ust i nosa sinica obwodowa.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Informacja ogólna dla technika</td><td colspan="9">Symulator osoby dorosłej, pacjent leży w łóżku w pozycji pół wysokiej, głowa oparta na poduszce, przykryty kocem do wysokości pasa. Łóżko ustawione w pobliżu źródła tlenu.
Na części grzbietowej lewej dłoni założone wkłucie dożylne typu wenflon zabezpieczone korkiem i bandażem owiniętym wokół dłoni.</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Parametry początkowe symulatora</td><td>Nazwa</td><td>R
- oddech</td><td>EKG</td><td>NIBP</td><td>SpO_2</td><td>CO_2</td><td>Temp. ^0C</td><td>Sinica%</td><td>Oczy</td><td>Obrzęki</td><td></td></tr>
<tr><td>Liczba</td><td>20</td><td>70</td><td>170/90</td><td>88</td><td>40</td><td>37</td><td>50</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Cechy</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Inne</td><td colspan="9">Inne ustawienia:</td></tr>
<tr><td colspan="2">Czynności początkowe</td><td colspan="9">Należy wpisać co trzeba wykonać przed rozpoczęciem zajęć scenariusza np.:
Wykładowca:
• Co jeszcze trzeba zrobić i kto w scenariuszu którego to dotyczy. Przed rozpoczęciem zajęć sprawdza sposób przygotowania stanowiska i kompletacje.
• Sprawdza listę uczestników i kartę informacyjną scenariusza itp.
• Rozpoczyna scenariusz - prosząc o wyłączenie telefonów, zajęcie miejsc itp. - informacja za 3 min. rozpoczynamy, proszę zająć miejsca itp.</td></tr>
<tr><td colspan="11">REALIZACJA SCENARIUSZA</td></tr>
<tr><td colspan="11">WPROWADZENIE – PREBREFING:</td></tr>
<tr><td colspan="11">PLAN PREBRIEFINGU:
65. W dniu dzisiejszym nauczymy się postępowania z pacjentem geriatrycznym z astmą oskrzelową.
66. Scenariusz został podzielony na 3 części: część pierwsza prebrifing, stanowiący wprowadzenie do scenariusza, który będzie trwał 10 minut. Część druga to realizacja scenariusza, trwająca 5minut. Część trzecia jest to debrifing stanowiący omówienie i podsumowanie wykonywanego scenariusza, który będzie trwał 20 minut.
67. Celem głównym scenariusza jest nauka postępowania z pacjentem geriatrycznym z astmą oskrzelową.
16. Cele szczegółowe: przeprowadzenie wywiadu, monitorowanie parametrów życiowych, prawidłowa interpretacja parametrów, postępowanie ze zleceniem lekarskim.
68. Scenariusz będzie realizowany na oddziale Geriatrii.
69. Czy wszystkie przedstawione przeze mnie informacje są zrozumiałe?</td></tr>
</table>

70. Zaprezentuję teraz przypadek kliniczny: Pacjent Jan Kowalski lat 77 Objawy: Pacjent z dusznością wydechową, charakterystyczny świszczący oddech. wilgotny kaszel, lekko spocony bladość powłok skórnych. Pacjent przebywa na oddziale geriatrii.
71. Teraz przydzielę Wam role, jakie będziecie pełnić w tym scenariuszu
    a) ..... będziesz liderem (Pielęgniarka 1), do Twoich zadań będzie należało zebranie wywiadu, koordynacja współpracy z zespołem terapeutycznym,
    b) …….. będziesz Pielęgniarką ٢, do Twoich zadań należy monitorowanie parametrów życiowych pacjenta,
    c) ..... będziesz Pielęgniarką ٣, do Twoich zadań należy postępowanie zgodnie ze zleceniem lekarskim.
72. Wykładowca zwraca się do każdej osoby z zapytaniem czy rozumie przydzieloną rolę i prosi o powtórzenie zleconych zadań,
22. Zapraszam do sali symulacji w celu zapoznania się ze sprzętem.

INFORMACJE DLA STUDENTÓW	INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW
Dzisiaj nauczycie się postępowania z pacjentem w wieku 77 lat z napadem duszności spowodowanym stwierdzoną astmą oskrzelową. Dodatkowo nauczycie się jak prawidłowo zebrać wywiad geriatryczny z pacjentem. Będziecie uczyć się monitorowania i interpretowania zmierzonych parametrów życiowych, takich jak: RR, tętno, saturacja, temperatura ciała. Będziecie dokonywać interpretacji uzyskanych wyników. Uświadomicie sobie jak odpowiedzialna jest praca pielęgniarki. Przećwiczenie przez Was pewnych czynności w sytuacji symulacji medycznej przyczyni się do zapobiegania popełnieniu błędów w waszej pracy, czyli w rzeczywistej sytuacji klinicznej. Astma oskrzelowa jest jednym z najszerzej występujących chorób układu oddechowego. Szacuje się, że może występować u 5- 17 % seniorów. Oczywiście musimy rozgraniczyć pacjentów z astmą na dwie grupy: 1. Pacjenci chorujący na astmę od dłuższego czasu. 2. Astmę rozpoznaje się w okresie starości. Ta ostatnia postać astmy ma ciężki przebieg z częstymi napadami duszności. Trudnością jest rozróżnienie astmy oskrzelowej od PChP, a także duszności związanej z niewydolnością serca.	Wyobraźcie sobie że znajdujecie się na oddziale geriatrii gdzie przebywa pacjent z astmą oskrzelową, Jakie pytania mógłbyś zadać pacjentowi ? Odp. Jak Pan się czuje? Co się stało? Od kiedy Pan jest na oddziale? Na jakie parametry zwróciłbyś uwagę ? Odp. Saturacja, temperatura ciała, tętno, pomiar ciśnienia tętniczego. Jak opiekowałbyś się osobą starszą z astmą oskrzelową ? Odp. Postępowałbym zgodnie ze zleceniem lekarskim. Zapewniłbym spokój i komfort pacjentowi. Przydzielę każdemu z was określoną rolę i zadania do wykonania. Kto z grupy nie rozumie swojej roli i zadania jakie ma do wykonania? Jeżeli nie ma pytań, idziemy do Sali symulacji medycznej.

ZAPOZNANIE STUDENTÓW ZE SPRZĘTEM	
Wykładowca	Dzisiaj będziemy pracować na sali chorego, zapoznaliście się już z wyposażeniem sali ale dziś dodatkowo będziemy wykorzystywać kardiomonitor, zestaw do podawania tlenu i leków podawanych drogą wziewną. Będziemy pracować na fantomie SimMan 3 firmy Laerdal.
Student	Każdy student powinien zapoznać się ze sprzętem szczególnie obsługą kardiomonitora. <u>Zapoznanie z funkcjami symulatora.</u>
SCENARIUSZ SYMULACJI	
Opis scenariusza	Jan Kowalski lat 77. Przyjęty do oddziału z rozpoznaniem astmy oskrzelowej. Pacjent jest niespokojny, zdenerwowany z powodu pierwszego pobytu w szpitalu. Osoba współtowarzysząca - żona pacjenta.
Obecny stan kliniczny	Objawy: Pacjent z dusznością wydechową, charakterystyczny świszczący oddech, wilgotny kaszel, lekko spocony, bladość powłok skórnych. Pacjent przebywa na oddziale geriatrii.

Wywiad	Jan Kowalski lat 77. Przyjęty do oddziału geriatrii z rozpoznaniem astmy oskrzelowej. Pacjent jest nie spokojny, zdenerwowany z powodu pierwszego pobytu w szpitalu. Pacjent przyjęty z dusznością wydechową, z wilgotnym kaszlem lekko spocony.

Przebieg scenariusza Ścieżka 1	Opis przebiegu podział na role: 1. Pielęgniarka (Lider)1 - zbiera wywiad Pielęgniarka podchodzi do pacjenta, przedstawia się: Nazywam się pielęgniarka ..……., będę przeprowadzała z Panem wywiad . Czy odpowie Pan na pytania: **Pacjent : Tak** Pielęgniarka: Pozwoli Pan że będę notowała odpowiedzi. **Pacjent: Tak** Pielęgniarka: Proszę powiedzieć czy choruje Pan na jakieś schorzenia? **Pacjent: Nie** Pielęgniarka: Co się wydarzyło że Pan jest w szpitalu? **Pacjent :** źle się **poczułem 3 dni temu** Pielęgniarka: Czego dotyczyło złe samopoczucie ? **Pacjent: Miałem kaszel, duszność osłabienie i zawroty głowy.** Pielegniarka: Co Pan zrobił wtedy? **Pacjent: Zadzwoniłem na pogotowie, po badaniu lekarskim karetka zabrała mnie do szpitala. Trafiłem na oddział w dniu wczorajszym** Pielegniarka: Jak Pan się dzisiaj czuje ? **Pacjent: Prawie bez zmian, nadal mam gorączkę, zawroty głowy, kaszel oraz odczuwam duszność** Pielęgniarka: Skontrolujemy parametry i podamy zlecone leki. 2. Pielęgniarka 2 Pielęgniarka: Dzień dobry, zgłaszał Pan złe samopoczucie. Chciałam Panu zmierzyć parametry i wykonam inhalację oraz podłączę tlen. 3. Pielęgniarka 3 Pielęgniarka: Dzień dobry, Podam Panu leki zlecone przez lekarza: 0.9 % NaCl, wlew kroplowy 0.9 % NaCl	Przebieg scenariusza: 1. Pielęgniarka (Lider)1 - zbiera wywiad, w wywiadzie uzyskuje odpowiedzi na wszystkie pytania zgodnie ze scenariuszem. 2. Pielegniarka 2 - podała tlen i leki drogą wziewną, oraz prowadzi ciągłe monitorowanie pacjenta z adnotacją do dokumentacji. 3. Pielęgniarka 3 - podaje leki drogą iv, podłącza wlew kroplowy zgodnie z procedurą oraz dokonuje zapisu wykonanego zlecenia.
Przebieg scenariusza Ścieżka 2	Opis przebiegu podział na rolę : 1. Pielęgniarka (Lider)1 - zbiera wywiad Pielęgniarka podchodzi do pacjenta przedstawia się: nazywam się pielęgniarka ..……., będę przeprowadzała z Panem wywiad . Czy odpowie Pan na Pytania? **Pacjent : Tak**	Przebieg scenariusza: 1. Pielęgniarka lider 1 nie zebrała pełnego wywiadu (notujemy brakujące elementy). 2. Pielęgniarka 2 Podanie zbyt małej ilości tlenu 1l/min, podaż za małej dawki Berodualu pod sprężonym tlenem. 3. Pielęgniarka 3 Nie podała wlewu kroplowego 0.9 % NaCl.

Przebieg scenariusza Ścieżka 2	Pielęgniarka: Pozwoli Pan że będę notowała odpowiedzi? **Pacjent: Tak** Pielęgniarka: Proszę powiedzieć czy choruje Pan na jakieś schorzenia? **Pacjent: Nie** Pielęgniarka: Co się wydarzyło że Pan jest w szpitalu **Pacjent :** źle się **poczułem 3 dni temu** Pielęgniarka: Czego dotyczyło złe samopoczucie? **Pacjent: Miałem kaszel, duszność osłabienie i zawroty głowy.** Pielegniarka: Co Pan zrobił wtedy? **Pacjent: Zadzwoniłem na pogotowie, po badaniu lekarskim karetka zabrała mnie do szpitala. Trafiłem na oddział w dniu wczorajszym** Pielegniarka: Jak Pan się dzisiaj czuje ? **Pacjent: Prawie bez zmian, nadal mam gorączkę, zawroty głowy, kaszel oraz odczuwam duszność** Pielęgniarka: Skontrolujemy parametry i podamy zlecone leki. 2. Pielęgniarka 2 Pielęgniarka: Dzień dobry, zgłaszał Pan złe samopoczucie. Chciałam Panu zmierzyć parametry i wykonam inhalację oraz podłączę tlen. 3. Pielęgniarka 3 Pielęgniarka: Dzień dobry, podam Panu leki zlecone przez lekarza: 250 ml 0.9 % NaCl, wlew kroplowy 0.9 % NaCl	

Scenariusz sPALETA 1 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE WRAZ Z PRAWIDŁOWYM PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna		Po podaniu leków drogą wziewną zmiana oddechu 20/ min powrót do normy Tętno wraca do wartości 70 Ciśnienie spada do wartości 130/80 Saturacja wartość w granicach normy 98% Spadek temperatury ciała 37C – granica normy Sinica – brak Zanik szmerów oddechowych brak duszności brak kaszlu									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	R - oddech	EKG	NIBP	SpO_2	CO_2	Temp. ^0C	Sinica %	Oczy	Obrzęki	
	Liczba	20	70	170/90	94	40	37	50 %			
	Cechy										
	Inne	*Inne ustawienia dotyczą:*									

PALETA 2 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE WRAZ Z PRAWIDŁOWYM PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna											
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	R- oddech	EKG	NIBP	SpO_2	CO_2	Temp. ^0C	Sinica %	Oczy	Obrzęki	
	Liczba	20	70	130/80	98	40	37	-			
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia dotyczą:									

PALETA 3 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE NIEZGODNIE Z PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna		Podanie zbyt małej ilości tlenu 1l/mim i zbyt mała dawka Berodualu drogą wziewną, pogorszenie parametrów: R - oddech 30 EkG 110 Saturacja 80% Co2 40 % Sinica 50% Utrzymują się szmery oddechowe, duszność i kaszel.									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	R- oddech	EKG	NIBP	SpO_2	CO_2	Temp. ^0C	Sinica %	Oczy	Obrzęki	
	Liczba	30	110	180/90	80	40	37	50 %			
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia dotyczą:									

PALETA 4 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE NIEZGODNIE Z PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna											
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	R- oddech	EKG	NIBP	SpO_2	CO_2	Temp. ^0C	Sinica %	Oczy	Obrzęki	
	Liczba	30	110	180/90	80	40	37	50			
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia dotyczą:									

DEBRIEFING:	
INFORMACJE DLA STUDENTÓW	**INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW**
Celem dzisiejszych zajęć była nauka postępowania z pacjentem geriatrycznym z astmą oskrzelową z wykorzystaniem pracy w grupie i podziałem na role. Każda z osób w grupie miała do wykonania określone zadania z różnym stopniem trudności. Dzisiejsze ćwiczenie ma zastosowanie na egzaminie OSCE oraz w pracy z pacjentem w warunkach szpitalnych. Praca na fantomie zapewnia Wam w pewnym sensie komfort psychiczny ponieważ zapobiega popełnieniu błędu w pracy z pacjentem	Co zrobiliście dobrze? Jesteście zadowoleni z przeprowadzonych zajęć? Dlaczego? Zaistniały scenariusz (sytuację) możesz gdzieś wykorzystać? Jakie masz poczucie wykonania swojego zadania? Jakich procedur musiałaś przestrzegać podczas wykonywania swojego zadania? Co chciałabyś jeszcze poćwiczyć? Jakie emocje towarzyszyły Tobie podczas symulacji?

	Kto miał podobne odczucia ? **Faza opisowa:** **Pielęgniarka 1,2** − Jaka była Twoja rola w scenariuszu? − Jakie zadania miałaś dzisiaj do wykonania? − Jakie decyzje podjęłaś? **Obserwator** − Jaka była Twoja rola w scenariuszu? **Faza analizy:** − Z czego jesteś najbardziej zadowolona, co wyszło ci najlepiej? − Czy jest coś co, chciałabyś poprawić? **Obserwator** − Czy postąpiłbyś podobnie? **Faza czynności:** **Pielęgniarka 1,2** − Pamiętasz jakie były wartości parametrów mierzonych przez Ciebie? **Obserwator** − Jak myślisz, czy prawidłowo zostały zapisane zmierzone parametry? **Faza podsumowania:** − Czego nauczyłaś się z tego scenariusza? − Jakie znane Wam procedury mogliście zastosować w dzisiejszym scenariuszu? − Gdzie w przyszłości wykorzystasz umiejętność którą dzisiaj nauczyłaś/eś się? Pamiętajcie o naszych celach, zostały osiągnięte, jest to ważny element profilaktyki. Dziękuję za dzisiejsze zajęcia. Tematem kolejnych zajęć będzie ……
Zastosowanie umiejętności:	Umiejętność ma zastosowanie podczas ZP I P w szpitalu oraz egzaminu OSCE.
Literatura	1. Robert Błaszczak, Iwona Dominiak, Anna Wojtczak: Pielęgniarstwo geriatryczne, Polska 2016, wyd.1 str. 166-168.
Umiejętności podstawowe:	**Wiedza**: Student ma wiedzę na temat prawidłowego schematu postępowania z pacjentem geriatrycznym z astmą oskrzelową. Wiedza na temat współpracy z rodziną opiekunem pacjenta.
Efekty kształcenia	**Wiedza** D.W5. zna zasady diagnozowania w pielęgniarstwie internistycznym, geriatrycznym, chirurgicznym, pediatrycznym, neurologicznym, psychiatrycznym, anestezjologicznym, położniczo-ginekologicznym i opiece paliatywnej; A.W20. omawia wybrane zagadnienia z zakresu patologii narządowej układu krążenia, układu oddechowego, trawiennego, moczowo-płciowego i nerwowego; **Umiejętności** C.U2. gromadzi informacje metodą wywiadu, obserwacji, pomiarów bezpośrednich i pośrednich (skale), analizy dokumentacji (w tym analizy badań diagnostycznych), badania fizykalnego w celu rozpoznawania stanu zdrowia pacjenta i sformułowania diagnozy pielęgniarskiej; C. U.7. monitoruje stan zdrowia pacjenta na wszystkich etapach jego pobytu w szpitalu lub innych placówkach opieki zdrowotnej, między innymi przez ocenę podstawowych parametrów życiowych: temperatury, tętna, ciśnienia tętniczego krwi, oddechu i świadomości, masy ciała i wzrostu;.

Efekty kształcenia	C.U10. podaje choremu leki różnymi drogami, zgodnie z pisemnym zleceniem lekarza oraz oblicza dawki leków C.U28. wykonuje pulsoksymetrię i kapnometrię, C.U34. odnotowuje wykonanie zleceń w karcie zleceń lekarskich C.U63. bezpiecznie stosuje środki dezynfekcyjne i segreguje odpady medyczne D.W11. różnicuje reakcje chorego na chorobę i hospitalizację w zależności od jego wieku i stanu zdrowia **Kompetencje** D.K1. szanuje godność i autonomię osób powierzonych opiece; D.K4. wykazuje odpowiedzialność moralną za człowieka i wykonywanie zadań zawodowych; D.K8. współdziała w ramach zespołu interdyscyplinarnego w rozwiązywaniu dylematów etycznych z zachowaniem zasad kodeksu etyki zawodowej

SCENARIUSZ SYMULACJI MEDYCZNEJ POŚREDNIEJ WIERNOŚCI – PW **Autor mgr Karol Laskowski**					Nr porządkowy	PW zgodnie z wykazem
Czas zajęć	45	Czas scenariusza	15 Min	Liczba studentów	8	
Nazwa	**Postępowanie z pacjentem geriatrycznym z zapaleniem płuc.**					
Cel główny	**Nauka oceny stanu pacjenta geriatrycznego zapaleniem płuc.**					
Cel szczegółowy	1. Wywiad. 2. Monitorowanie parametrów życiowych. 3. Prawidłowa interpretacja parametrów. 4. Postępowanie ze zleceniem lekarskim.					
Metoda	Symulacja Medyczna					
INFORMACJE TECHNICZNE I ORGANIZACYJNE						
Nr Sali	Nr 201	Numer stanowiska	Nr **1**	Nr trenażera, fantomu	Nr zgodnie z wykazem	
Sprzęt wielokrotnego użytku	Fantom osoby dorosłej. Zestaw do podawania tlenu/ leków drogą wziewną – scenariusz nr zgodnie z wykazem sprzęt wielorazowy). Zestaw do podłączenia kroplowego wlewu dożylnego – scenariusz nr zgodnie z wykazem sprzęt wielorazowy). Zestaw do pomiaru temperatury ciała z termometrem elektronicznym scenariusz nr zgodnie z wykazem (sprzęt wielorazowy). Kardiomonitor z dodatkowym wyposażeniem: różne rozmiary czujników nakładanych na palec do pomiaru wartości saturacji, mankiet 14 cm do pomiaru ciśnienia tętniczego. Rtg klatki piersiowej z rozpoznaniem zapalenia płuc.				Sprzęt jednorazowego użytku	Zestaw do pobierania krwi do badań – scenariusz nr zgodnie z wykazem (sprzęt jednorazowy). Zestaw do podawania tlenu/leków drogą wziewną – scenariusz nr zgodnie z wykazem (sprzęt jednorazowy). Zestaw do podłączenia kroplowego wlewu dożylnego – scenariusz nr zgodnie z wykazem (sprzęt jednorazowy),dodatkowo strzykawki o pojemności 5ml + 2 x 20 ml (5 ml wypełniona 0,9% NaCl zabezpieczona igłą z opisem na opakowaniu strzykawki) (2 x 20 ml strzykawki do pobrania antybiotyku Ceftriaxon 2g): podpisane nr sali, imię i nazwisko pacjenta, nazwa leku, dawka, droga podania, data przygotowania - 8 sztuk.	
Pozostałe wyposażenie	Wzór wywiadu geriatrycznego - tylko dla nauczyciela i technika - pytania i odpowiedzi 1. Papier format A4 (może być czysty, w linie lub kratkę) - ilość 10 kartek i przybory do pisania - długopisy 10 szt. 2. Biurko/stolik do zapisania notatek i krzesło z podparciem pod plecy.				Ubrania i charakteryzacja	1. Fantom ubrany w szlafrok. Na twarzy w okolicy ust i nosa sinica obwodowa.

<table>
<tr><td colspan="2">Pozostałe wyposażenie</td><td colspan="10">3. Indywidualna karta zlecenia lekarskiego Badania laboratoryjne: morfologia, CRP, elektrolity, Ob.,
0,9 % NaCl 250ml - 2 x dzi.v
Tlen 5l/min
Berodual 3x 20 kropli pod sprężonym tlenem.
Ceftriaxon 2g 2 x dzi.v
Paracetamol 1000 mg 100 ml 0.9 %NaCl i.v 1x
RTG klatki piersiowej
Dokumentacja pacjenta.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Informacja ogólna dla technika</td><td colspan="10">Symulator osoby dorosłej, pacjent leży w łóżku w pozycji pół wysokiej, głowa oparta na poduszce, przykryty kocem do wysokości pasa. Łóżko ustawione w pobliżu źródła tlenu.
Na części grzbietowej lewej dłoni założone wkłucie dożylne typu wenflon (kolor niebieski) zabezpieczone korkiem i bandażem owiniętym wokół dłoni. Osoba samotnie mieszkająca.</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Parametry początkowe symulatora</td><td>Nazwa</td><td>R
- oddech</td><td>EKG</td><td>NIBP</td><td>SpO$_2$</td><td>CO$_2$</td><td>Temp. ^{0}C</td><td>Sinica%</td><td>Oczy</td><td>Obrzęki</td><td></td></tr>
<tr><td>Liczba</td><td>24</td><td>105</td><td>130/80</td><td>88</td><td>40</td><td>38,8</td><td>20</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Cechy</td><td>Szmery oddechowe – szczyt płuc</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Inne</td><td colspan="10">Inne ustawienia:</td></tr>
<tr><td colspan="2">Czynności początkowe</td><td colspan="10">Należy wpisać co trzeba wykonać przed rozpoczęciem zajęć scenariusza np.:
Wykładowca:
• Co jeszcze trzeba zrobić i kto w scenariuszu którego to dotyczy. Przed rozpoczęciem zajęć sprawdza sposób przygotowania stanowiska i kompletacje.
• Sprawdza listę uczestników i kartę informacyjną scenariusza itp.
• Rozpoczyna scenariusz — prosząc o wyłączenie telefonów, zajęcie miejsc itp. — informacja za 3 min. rozpoczynamy proszę zająć miejsca itp.</td></tr>
<tr><td colspan="12">REALIZACJA SCENARIUSZA</td></tr>
<tr><td colspan="12">WPROWADZENIE – PREBREFING:</td></tr>
<tr><td colspan="12">PLAN PREBRIEFINGU:
1. W dniu dzisiejszym nauczymy się postępowania z pacjentem geriatrycznym z zapaleniem płuc.
2. Scenariusz został podzielony na 3 części: część pierwsza prebrifing, stanowiący wprowadzenie do scenariusza, który będzie trwał 10 minut. Część druga to realizacja scenariusza, trwająca 5minut. Część trzecia jest to debrifing stanowiący omówienie i podsumowanie wykonywanego scenariusza, który będzie trwał 20 minut.
3. Celem głównym scenariusza jest nauka postępowania pacjentem geriatrycznym z zapaleniem płuc..
1. Cele szczegółowe: przeprowadzenie wywiadu, monitorowanie parametrów życiowych, prawidłowa interpretacja parametrów, postępowanie ze zleceniem lekarskim.
4. Scenariusz będzie realizowany na oddziale Geriatrii.
5. Czy wszystkie przedstawione przeze mnie informacje są zrozumiałe?
6. Zaprezentuję teraz przypadek kliniczny: Pacjent Jan Kowalski lat 77
Objawy: Pacjent z dusznością, gorączka 38.8° wilgotny kaszel, lekko spocony. Zabarwienie powłok skórnych – zaczerwieniony. Pacjent przebywa na oddziale geriatrii.
7. Teraz przydzielę Wam role, jakie będziecie pełnić w tym scenariuszu
d).....będziesz liderem (Pielęgniarka 1), do Twoich zadań będzie należało zebranie wywiadu, koordynacja współpracy z zespołem terapeutycznym.</td></tr>
</table>

e) ……..będziesz Pielęgniarką 2, do Twoich zadań należy monitorowanie parametrów życiowych pacjenta.
f) .....będziesz Pielęgniarką 3, do Twoich zadań należy postępowanie zgodnie ze zleceniem lekarskim.

a. Wykładowca zwraca się do każdej osoby z zapytaniem czy rozumie przydzieloną rolę i prosi o powtórzenie zleconych zadań.

57. Zapraszam do sali symulacji w celu zapoznania się ze sprzętem.

INFORMACJE DLA STUDENTÓW	INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW
Dzisiaj nauczycie się postępowania z pacjentem chorym z zapaleniem płuc. Dodatkowo nauczycie się jak prawidłowo zebrać wywiad geriatryczny z pacjentem. Będziecie uczyć się monitorowania i interpretowania zmierzonych parametrów życiowych takich jak: oddech tętno, saturacja, temperatura ciała oraz pomiar ciśnienia tętniczego. Będziecie pobierać krew do badań, a następnie spróbujecie dokonać interpretacji uzyskanych wyników z uwzględnieniem zdjęcia rtg klatki piersiowej. Uświadomicie sobie jak odpowiedzialna jest praca pielęgniarki. Przećwiczenie przez Was pewnych czynności w sytuacji symulacji medycznej, zapobiegnie popełnieniu błędów w pracy w rzeczywistej sytuacji klinicznej. Zapalenie płuc jest stanem zapalnym miąższu płuca. Podział zapaleń płuc jest oparty o czynnik etiologiczny tj. bakterie, wirusy, drobnoustroje atypowe (chlamydie, mykoplazmę, legionellę), grzyby, pierwotniaki. Zapalenie płuc może mieć także tło alergiczne lub chemiczne. Kliniczny podział zapalenia płuc wyróżnia poza szpitalne (domowe) zapalenie płuc i szpitalne. Istnieje również podział anatomiczny, który uwzględnia zakres zapalenia: ogniskowe (płacikowe), subsegmentowe, segmentowe i płatowe. Ryzyko zakażeń układu oddechowego wzrasta po 65. roku życia, zwłaszcza rośnie częstość występowania pozaszpitalnego zapalenia płuc. Jest to bardzo poważne zagrożenie. Prawie 85% zgonów spowodowanych zapaleniem płuc to osoby starsze. Diagnostyka opiera się na wywiadzie, badaniu przedmiotowym oraz badaniach dodatkowych - laboratoryjnych (m.in. morfologia krwi z rozmazem, białko CRP stanu zapalnego, gazometria, posiewy plwociny i odkrztuszanej wydzieliny), a także obrazowych, tj. RTG płuc.	Wyobraźcie sobie że znajdujecie się na oddziale geriatrii przebywa tam pacjent z zapaleniem płuc. Jakie pytania mógłbyś zadać pacjentowi ? Odp. Jak Pan się czuje?, Co się stało?, Od kiedy Pan jest na oddziale? Na jakie parametry zwróciłbyś uwagę? Odp. Saturacja, temperatura ciała, tętno, pomiar ciśnienia tętniczego. Jak opiekowałbyś się osobą starszą z zapaleniem płuc? Odp. Postępowałbym zgodnie ze zleceniem lekarskim. Zapewniłbym spokój i komfort pacjentowi. Przydzielę każdemu z Was określoną rolę i zadania do wykonania. Kto z grupy nie rozumie swojej roli i zadania jakie ma do wykonania. Jeżeli nie ma pytań, idziemy do Sali symulacji medycznej.

ZAPOZNANIE STUDENTÓW ZE SPRZĘTEM	
Wykładowca	Dzisiaj będziemy pracować na sali chorego, zapoznaliście się już z wyposażeniem sali ale dziś dodatkowo będziemy wykorzystywać kardiomonitor, zestaw do podawania tlenu i leków podawanych drogą wziewną. Będziemy pracować na fantomie SimMan 3 firmy Laerdal.
Student	Każdy student powinien zapoznać się ze sprzętem szczególnie obsługą kardiomonitora. <u>Zapoznanie z funkcjami symulatora.</u>

SCENARIUSZ SYMULACJI	
Opis scenariusza	Jan Kowalski lat 77. Przyjęty do oddziału z rozpoznaniem zapalenia płuc. Pacjent jest niespokojny, zdenerwowany z powodu pierwszego pobytu w szpitalu. Pacjent zgłasza duszność.
Obecny stan kliniczny	Objawy: Pacjent z dusznością, gorączka 38.8°, wilgotny kaszel, lekko spocony. Zabarwienie powłok skórnych - zaczerwieniony. Pacjent przebywa na oddziale geriatrii.
Wywiad	Jan Kowalski lat 77. Pacjent przyjęty do oddziału geriatrii, jest w pierwszej dobie hospitalizacji. Pacjent jest niespokojny, zdenerwowany z powodu pierwszego pobytu w szpitalu. Pacjent przyjęty z dusznością, gorączką 38.8°, z wilgotnym kaszlem, lekko spocony.

Przebieg scenariusza Ścieżka 1	Opis przebiegu podział na rolę: 4. Pielęgniarka (Lider)1 zbiera wywiad Pielęgniarka podchodzi do pacjenta przedstawia się: Nazywam się pielęgniarka…….. .., będę przeprowadzała z Panem wywiad . Czy odpowie Pan na Pytania? **Pacjent : Tak** Pielęgniarka: Pozwoli Pan że będę notowała odpowiedzi? **Pacjent: Tak** Pielęgniarka: Proszę powiedzieć czy choruje Pan na jakieś schorzenia? **Pacjent: Nie** Pielęgniarka: Co się wydarzyło że Pan jest w szpitalu? **Pacjent :** źle się **poczułem 3 dni temu** Pielęgniarka: Czego dotyczyło złe samopoczucie ? **Pacjent: Miałem gorączkę 38.8, kaszel, duszność osłabienie i zawroty głowy.** Pielęgniarka: Co Pan zrobił wtedy? **Pacjent: Zadzwoniłem na pogotowie, po badaniu lekarskim karetka zabrała mnie do szpitala. Trafiłem na oddział w dniu wczorajszym** Pielęgniarka: Jak Pan się dzisiaj czuje? **Pacjent: Prawie bez zmian, nadal mam gorączkę,zawroty głowy, kaszel oraz odczuwam duszność** Pielęgniarka: Skontrolujemy parametry i podamy zlecone leki. 5. Pielęgniarka 2 Pielęgniarka: Dzień dobry. Zgłaszał Pan złe samopoczucie. Chciałam Panu zmierzyć parametry i wykonam inhalację oraz podłączę tlen. 6. Pielęgniarka 3 Pielęgniarka: Dzień dobry. Podam Panu leki zlecone przez lekarza: Antybiotyk Ceftriaxon 2 g oraz Paracetamol 1000 mg 100 ml 0.9 %NaCl, wlew kroplowy 0.9% NaCl.	Przebieg scenariusza: 1. Pielęgniarka (Lider)1 Zbiera wywiad, w wywiadzie uzyskuje odpowiedzi na wszystkie pytania zgodnie ze scenariuszem. 2. Pielęgniarka 2 Podała tlen i leki drogą wziewną oraz prowadzi ciągłe monitorowanie pacjenta z adnotacja do dokumentacji. 3. Pielęgniarka 3 Podaje leki droga iv, podłącza wlew kroplowy zgodnie z procedurą oraz dokonuje zapisu wykonanego zlecenia.

Przebieg scenariusza Ścieżka 2	Opis przebiegu podział na rolę : 2. Pielęgniarka (Lider)1 zbiera wywiad Pielęgniarka podchodzi do pacjenta przedstawia się: Nazywam się pielęgniarka…….. ..,będę przeprowadzała z Panem wywiad . Czy odpowie Pan na Pytania? **Pacjent : Tak** Pielęgniarka: Pozwoli Pan że będę notowała odpowiedzi? **Pacjent: Tak** Pielęgniarka: Proszę powiedzieć czy choruje Pan na jakieś schorzenia? **Pacjent: Nie** Pielęgniarka: Co się wydarzyło że Pan jest w szpitalu? **Pacjent :** źle się **poczułem 3 dni temu** Pielęgniarka: Czego dotyczyło złe samopoczucie ? **Pacjent: Miałem gorączkę 38.8, kaszel, duszność, osłabienie i zawroty głowy.** Pielęgniarka: Co Pan zrobił wtedy? **Pacjent: Zadzwoniłem na pogotowie, po badaniu lekarskim karetka zabrała mnie do szpitala. Trafiłem na oddział w dniu wczorajszym** Pielęgniarka: Jak Pan się dzisiaj czuje? **Pacjent: Prawie bez zmian, nadal mam gorączkę, zawroty głowy, kaszel oraz odczuwam duszność** Pielęgniarka: Skontrolujemy parametry i podamy zlecone leki. 2. Pielęgniarka 2 Pielęgniarka: Dzień dobry. Zgłaszał Pan złe samopoczucie. Chciałam Panu zmierzyć parametry i wykonam inhalację oraz podłączę tlen. 3. Pielęgniarka 3 Pielęgniarka: Dzień dobry. Podam Panu leki zlecone przez lekarza: Antybiotyk Ceftriaxon 2 g oraz Paracetamol 1000 mg 100 ml 0.9 % NaCl wlew kroplowy 0.9% NaCl.	Przebieg scenariusza: 1. Pielęgniarka lider1 Nie zebrała pełnego wywiadu (notujemy brakujące elementy). 2.Pielegniarka 2 Podanie zbyt małej ilości tlenu 1l/min, podaż za małej dawki Berodualu pod sprężonym tlenem. 3. Pielęgniarka 3 Nie podała paracetamolu we wlewie dożylnym, ale podała antybiotyk, podała wlew kroplowy 0.9% NaCl.

Scenariusz sPALETA 1 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE WRAZ Z PRAWIDŁOWYM PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA	
Informacja ogólna	Po podaniu Berodualu drogą wziewną zmiana oddechu 20/ min powrót do normy Tętno wraca do wartości 70 Ciśnienie spada do wartości 130/80 Saturacja wartość w granicach normy 98% Spadek temperatury ciała 37C – granica normy Sinica – brak Zanik szmerów oddechowych brak duszności brak kaszlu

Parametry początkowe symulatora	Nazwa	R- oddech	EKG	NIBP	SpO_2	CO_2	Temp. ^0C	Sinica %	Oczy	Obrzęki	
	Liczba	24	105	130/80	88	40	38,8	20 %			
	Cechy	Szmery oddechowe-szczyt płuc									
	Inne	*Inne ustawienia dotyczą:*									
PALETA 2 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE WRAZ Z PRAWIDŁOWYM PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna											
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	R - oddech	EKG	NIBP	SpO_2	CO_2	Temp. ^0C	Sinica %	Oczy	Obrzęki	
	Liczba	20	70	130/80	98	40	37	-			
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia dotyczą:									
PALETA 3 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE NIEZGODNIE Z PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna		Podanie zbyt małej ilości tlenu 1l/mim i zbyt mała dawka berodualu 3 drogą wziewną pogorszenie parametrów R-oddech 30 EkG 110 Saturacja 84% Co2 50 % Sinica 40% Brak podania Paracetamolu drogą i.v temperatura ciała wzrasta 39C Utrzymuję się szmery oddechowe, duszność i kaszel.									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	R- oddech	EKG	NIBP	SpO_2	CO_2	Temp. ^0C	Sinica %	Oczy	Obrzęki	
	Liczba	30	110	150/90	84	50	39	40 %			
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia dotyczą:									

PALETA 4 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE NIEZGODNIE Z PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna											
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	R - oddech	EKG	NIBP	SpO_2	CO_2	Temp. ^0C	Sinica %	Oczy	Obrzęki	
	Liczba	30	110	150/90	84	40	39	40%			
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia dotyczą:									

DEBRIEFING:	
INFORMACJE DLA STUDENTÓW	**INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW**
Celem dzisiejszych zajęć była nauka postępowania z pacjentem geriatrycznym z zapaleniem płuc z wykorzystaniem pracy w grupie i podziałem na role. Każda z osób w grupie miała do wykonania określone zadania z różnym stopniem trudności. Dzisiejsze ćwiczenie ma zastosowanie na egzaminie OSC oraz w pracy z pacjentem w warunkach szpitalnych. Praca na fantomie zapewnia Wam w pewnym sensie komfort psychiczny ponieważ zapobiega popełnieniu błędu w pracy z pacjentem	Co zrobiliście dobrze? Jesteście zadowoleni z przeprowadzonych zajęć? Dlaczego? Zaistniały scenariusz (sytuację) możesz gdzieś wykorzystać? Jakie masz poczucie wykonania swojego zadania? Jakich procedur musiałaś przestrzegać podczas wykonywania ? swojego zadania? Co chciałabyś jeszcze poćwiczyć ? Jakie emocje towarzyszyły Tobie podczas symulacji ? Kto miał podobne odczucia? **Faza opisowa:** **Pielęgniarka 1,2** − Jaka była Twoja rola w scenariuszu? − Jakie zadania miałaś dzisiaj do wykonania? − Jakie decyzje podjęłaś? **Obserwator** − Jaka była Twoja rola w scenariuszu? **Faza analizy:** − Z czego jesteś najbardziej zadowolona, co wyszło ci najlepiej? − Czy jest coś co, chciałabyś poprawić? **Obserwator** − Czy postąpiłbyś podobnie? **Faza czynności:** **Pielęgniarka 1,2** − Pamiętasz jakie były wartości parametrów mierzonych przez Ciebie? **Obserwator** − Jak myślisz, czy prawidłowo zostały zapisane zmierzone parametry? **Faza podsumowania:** − Czego nauczyłaś się z tego scenariusza? − Jakie znane wam procedury mogliście zastosować w dzisiejszym scenariuszu? − Gdzie w przyszłości wykorzystasz umiejętność którą dzisiaj nauczyłaś/eś się?

	Pamiętajcie o naszych celach, zostały osiągnięte, jest to ważny element profilaktyk. Dziękuję za dzisiejsze zajęcia. Tematem kolejnych zajęć będzie…….
Zastosowanie umiejętności:	Umiejętność ma zastosowanie podczas zajęć praktycznych oraz praktyk zawodowych w szpitalu oraz egzaminu OSCE.
Literatura	1. Robert Błaszczak, Iwona Dominiak, Anna Wojtczak: Pielęgniarstwo geriatryczne Polska 2016, wyd.1 str. 168 – 169.
Umiejętności podstawowe:	**Wiedza**: Student ma wiedzę na temat prawidłowego schematu postępowania z pacjentem geriatrycznym z zapaleniem płuc. Wiedza w zakresie postępowania z pacjentem z zapaleniem płuc. Wie jak przeprowadzić wywiad z pacjentem. Posiada wiedzę w zakresie interpretacji parametrów życiowych u pacjenta z zapaleniem płuc.
Efekty kształcenia	**Wiedza** D.W5. zna zasady diagnozowania w pielęgniarstwie internistycznym, geriatrycznym, chirurgicznym, pediatrycznym, neurologicznym, psychiatrycznym, anestezjologicznym, położniczo-ginekologicznym i opiece paliatywnej; A.W20. omawia wybrane zagadnienia z zakresu patologii narządowej układu krążenia, układu oddechowego, trawiennego, moczowo-płciowego i nerwowego; **Umiejętności** C.U2. gromadzi informacje metodą wywiadu, obserwacji, pomiarów bezpośrednich i pośrednich (skale), analizy dokumentacji (w tym analizy badań diagnostycznych), badania fizykalnego w celu rozpoznawania stanu zdrowia pacjenta i sformułowania diagnozy pielęgniarskiej; C. U.7. monitoruje stan zdrowia pacjenta na wszystkich etapach jego pobytu w szpitalu lub innych placówkach opieki zdrowotnej, między innymi przez ocenę podstawowych parametrów życiowych: temperatury, tętna, ciśnienia tętniczego krwi, oddechu i świadomości, masy ciała i wzrostu;. C.U10. podaje choremu leki różnymi drogami, zgodnie z pisemnym zleceniem lekarza oraz oblicza dawki leków C.U28. wykonuje pulsoksymetrię i kapnometrię, C.U34. odnotowuje wykonanie zleceń w karcie zleceń lekarskich C.U63. bezpiecznie stosuje środki dezynfekcyjne i segreguje odpady medyczne D.W11. różnicuje reakcje chorego na chorobę i hospitalizację w zależności od jego wieku i stanu zdrowia **Kompetencje** D.K1. szanuje godność i autonomię osób powierzonych opiece; D.K4. wykazuje odpowiedzialność moralną za człowieka i wykonywanie zadań zawodowych; D.K8. współdziała w ramach zespołu interdyscyplinarnego w rozwiązywaniu dylematów etycznych z zachowaniem zasad kodeksu etyki zawodowej

SCENARIUSZ SYMULACJI MEDYCZNEJ POŚREDNIEJ WIERNOŚCI – PW **Autor: dr nauk o zdrowiu Anna Ławnik**											Nr porządkowy	PW zgodnie z wykazem
Czas zajęć		90 Min	Czas scenariusza	15 Min	Liczba studentów	6-8						
Nazwa		**Postępowanie z pacjentem po zabiegu usunięcia pęcherzyka żółciowego**										
Cel główny		**Nauka postępowania z pacjentem po zabiegu operacyjnym**										
Cel szczegółowy		1. Obserwacja parametrów 2. Obserwacja diurezy 3. Obserwacja rany 4. Ocena i kontrola bólu 4. Obserwacja wydzieliny z drenów 5. Postępowanie zgodnie ze zleceniem lekarskim 6. Sprawdzenie dokumentacji										
Metoda		Symulacji medycznej										
INFORMACJE TECHNICZNE I ORGANIZACYJNE												
Nr Sali		Nr 205	Numer stanowiska	Nr 1	Nr trenażera, fantomu	Nr zgodnie z wykazem						
Sprzęt wielokrotnego użytku		1. Fantom dorosłego pacjenta 2. Zestaw do założenia wkłucia (taca, czerwony pojemnik, nerka, staza) 3. Płyn dezynfekujący 4. Basen 5. Termometr 6. Kardiomonitor 7. Rękaw do mierzenia ciśnienia krwi			Sprzęt jednorazowego użytku	1. Zestaw do założenia wkłucia 2. Opatrunki jałowe (15x15cm) 3. Wenflon niebieski x3szt 4. Okleina do wenflonu 5. Strzykawka 20ml, 10ml, 5ml x 3 szt 6. NaCl 0,9% -500ml – 1szt						
Pozostałe wyposażenie		1. Dokumentacja (historia choroby, karta zleceń, grupa krwi, wyniki badań, próba krzyżowa krwi, karta oceny bólu)			Ubrania i charakteryzacja	1. Fantom leży w łóżku goły. Przez środek brzucha przyklejony jest opatrunek. Po obydwu stronach brzucha wyprowadzone są dreny ssące. Na szyi założone wkłucie centralne do którego podłączona jest krew.						
Informacja ogólna dla technika		Pacjent leży w łóżku goły. Przez środek brzucha przyklejony jest opatrunek. Po obydwu stronach brzucha wyprowadzone są dreny ssące. Pacjent przykryty jest do pach kocem. Na szyi założone wkłucie centralne do którego podłączona jest krew. Na prawej ręce, w zgięciu łokciowym założony różowy wenflon.										
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	R - oddech	EKG	NIBP	SpO_2	CO_2	Temp. ^0C	Sinica%	Oczy	Obrzęki		
	Liczba	12	90	100/60	98	40	36,8	-	-	-		
	Cechy											
	Inne	Inne ustawienia:										
Czynności początkowe		*Należy wpisać co trzeba wykonać przed rozpoczęciem zajęć scenariusza np.:* ***Wykładowca:*** • *Co jeszcze trzeba zrobić i kto w scenariuszu którego to* dotyczy. Przed rozpoczęciem zajęć sprawdza sposób przygotowania stanowiska i kompletacje. • Sprawdza listę uczestników i kartę informacyjną scenariusza itp. • Rozpoczyna scenariusz — prosząc o wyłączenie telefonów, zajęcie miejsc itp. — informacja za 3 min. rozpoczynamy proszę zająć miejsca itp.										

REALIZACJA SCENARIUSZA

WPROWADZENIE – PREBREFING:

PLAN PREBRIEFINGU:

59. Zapoznanie z tematem szkolenia/kursu/scenariusza.

W dniu dzisiejszym nauczycie się postępowania z pacjentem po zabiegu operacyjnym usunięcia pęcherzyka żółciowego.

60. Zaprezentuj części szkolenia/zajęć:.

Scenariusz został podzielony na 3 części: część pierwsza prebrifing, stanowiący wprowadzenie do scenariusza, który będzie trwał 10 minut. Część druga to realizacja scenariusza, trwająca 10 minut. Część trzecia jest to debrifing stanowiący omówienie i podsumowanie wykonywanego scenariusza, który będzie trwał 20 minut.

61. Przedstawienie i omówienie krótkie celu i celów pośrednich scenariusza — rozmowa dyskusja w oparciu o informacje *dla* studentów i informacje dla wykładowców.

Celem dzisiejszego spotkania będzie nauka postępowania z pacjentem usunięcia pęcherzyka żółciowego.

Zaś do celów szczegółowych możemy zaliczyć:

a) Obserwacja parametrów
b) Obserwacja diurezy
c) Obserwacja rany
d) Obserwacja wydzieliny z drenów
e) Postępowanie zgodnie ze zleceniem lekarskim
f) Sprawdzenie dokumentacji

62. Przedstaw gdzie będzie przeprowadzany scenariusz: Dzisiejszy scenariusz ma miejsce na oddziale chirurgii, na sali pooperacyjnej.

63. Zaprezentuj przypadek kliniczny:

Jan Kowalski lat 48

Na oddziale chirurgii pacjent przebywa drugą dobę. W dniu dzisiejszym jest w dobie zabiegu, przed godziną został przywieziony z bloku operacyjnego. W tej chwili przysypia. W pompie wchłania się morfina……, poza tym pacjent ma podłączony KKCz. Na brzuchu rana zabezpieczona suchym opatrunkiem, po obu stronach brzucha wyprowadzone są dreny ssące.

64. Zaproponuj podział ról w grupie, wyznacz lidera

8. Teraz przydzielę Wam role, jakie będziecie pełnić w tym scenariuszu
   - .....będziesz liderem (Pielęgniarka 1), do Twoich zadań będzie należała koordynacja pracy w zespole.
   - …… będziesz Pielęgniarką 2, do Twoich zadań będzie należała kontrola parametrów życiowych.
   - .....będziesz Pielęgniarką 3, do Twoich zadań będzie należała kontrola diurezy, kontrola wydzieliny z drenów.
   - …….będziesz pielęgniarką 4, do Twoich obowiązków będzie należała obserwacja rany pooperacyjnej oraz ocena bólu.
   - …… będziesz Pielęgniarką 5, do Twoich zadań będzie należała realizacja zleceń lekarskich.
   - ……. będziesz Pielęgniarką 6, do Twoich zadań będzie należało sprawdzenie dokumentacji.
   - .....będziesz obserwatorem, do Twoich zadań będzie należało obserwowanie wykonywanych przez pielęgniarki procedur.
   - .....będziesz obserwatorem, do twoich zadań będzie należało obserwowanie komunikacji w zespole terapeutycznym.

65. Upewnij się czy poszczególni członkowie zespołu wiedzą za co są odpowiedzialni, czy rozumieją swoją rolę.

66. Zaproś uczestników do Sali symulacyjnej w celu zapoznania z salą i ze sprzętem.

INFORMACJE DLA STUDENTÓW	INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW
W dniu dzisiejszym przećwiczycie pielęgnowanie i opiekę nad pacjentem po zabiegu chirurgicznym usunięcia pęcherzyka żółciowego. Zobaczycie jak ważna jest obserwacja pacjenta i na co trzeba zwrócić największą uwagę, będziecie kontrolować parametry życiowe pacjenta. Będziecie musieli wykonać także zlecenia lekarskie. Pacjent ma założone wkłucie centralne do żyły szyjnej wewnętrznej, w tej chwili wchłania się jednostka KKCz oraz drugim wkłuciem wchłania się morfina. Poza tym sprawdzicie czy dokumentacja medyczna jest kompletna. Uświadomcie sobie jak odpowiedzialna jest praca pielęgniarki w tego typu sytuacjach. Przećwiczenie przez was czynności medycznych w pracowni symulacji zapobiegnie w przyszłości popełnieniu przez was błędów w pracy z pacjentem w rzeczywistej sytuacji medycznej. Obecność kamicy i stany zapalne pęcherzyka żółciowego prowadzić mogą do poważnych powikłań. W przypadku choroby, która daje objawy kliniczne konieczne jest zwykle leczenie operacyjne. Zabieg wymaga usunięcia całego pęcherzyka żółciowego wraz z kamieniami. Usuniecie samych kamieni nie zapewnia wyleczenia. Operację można wykonać dwoma sposobami. Pierwszym z nich jest otwarcie jamy brzusznej poprzez wykonanie cięcia i tak zwana klasyczna „otwarta" cholecystektomia. Drugim sposobem leczenia jest tak zwana cholecystektomia laparoskopowa wykonywana z niewielkich nacięć brzucha, przez które wprowadza się specjalne narzędzia chirurgiczne oraz kamerę pozwalającą oglądać obraz ze środka jamy brzusznej na monitorze. Oba rodzaje zabiegów wykonywane są w znieczuleniu ogólnym. Po przygotowaniu do zabiegu, ocenie stanu klinicznego i ocenie ryzyka związanego z leczeniem sposobem tradycyjnym i laparoskopowym została Panu zaproponowana najbardziej odpowiednia do obecnego stanu zaawansowania choroby metoda leczenia. Przy wyborze lekarze kwalifikujący Pana do zabiegu kierowali się przede wszystkich koniecznością wykonania u Pana jak najbardziej bezpiecznej operacji. Zabieg laparoskopowy jest zabiegiem, z którym wiąże się zwykle szybsza rekonwalescencja i szybszy powrót do normalnej aktywności. Należy jednak pamiętać, że w pewnych sytuacjach klinicznych zabieg ten wcale nie musi okazać się lepszy lub korzystniejszy dla pacjenta niż zabieg wykonywany metodą tradycyjną z otwarciem jamy brzusznej z cięcia w nadbrzuszu. Dotyczy to w szczególności pacjentów po wcześniejszych operacjach, u których w jamie brzusznej występują liczne zrosty i zbliznowacenia, czy też pacjentów z zaawansowanym stanem	Znajdujemy się w sali pooperacyjnej na oddziale chirurgii. Jest godz. 14.00, pacjent o godz. 13.00 został przywieziony z bloku operacyjnego. Pacjent jest po usunięciu pęcherzyka żółciowego metodą tradycyjną. W tej chwili przysypia. W pompie wchłania się morfina……, poza tym pacjent ma podłączony KKCz. Na brzuchu jest rana zabezpieczona suchym opatrunkiem, po obu stronach brzucha wyprowadzone są dreny ssące. 1. Jak myślicie na co należy zwrócić swoją uwagę obserwując takiego pacjenta? **Odp:** Myślę że jest kilka takich rzeczy, pielęgniarka opiekująca się pacjentem po operacji powinna być bardzo czujna. **Odp.:** Ważna jest kontrola ciśnienia tętniczego, tętna, saturacji, temperatury ciała, EKG, stanu świadomości. 2. W jakim celu będziecie kontrolować ciśnienie krwi? **Odp.**: Kontrolując ciśnienie będziemy wiedzieli czy nie ma na przykład jakiegoś krwotoku wewnętrznego. 3. Co będzie o tym świadczyć? **Odp.:** Ciśnienie będzie spadać 4. Na co zwrócicie uwagę obserwując to co się znajduje w drenach **Odp.:** Będziemy patrzeć na pewno na ilość treści i na jej jakość 5. Co macie na myśli mówiąc że będzie obserwować jakość treści z drenów? **Odp.:** To znaczy czy jest to treść surowicza, czy krwista, czy na przykład jest to treść ropna. 6. Jak myślicie w dobie zabiegu jak ta treść będzie wyglądać? **Odp.:** W dniu zabiegu na pewno będzie krwista chyba że dren jest wyprowadzony z loży gdzie był ropień to może być ropna. 7. W jakim celu obserwujemy diurezę? **Odp.:** Patrzymy czy nerki podjęły pracę i czy produkują mocz. 8. Jeżeli chodzi o ranę to na co zwrócicie uwagę i w jaki sposób będziecie ją obserwować? **Odp.:** Ranę możemy obserwować tylko w jeden sposób poprzez opatrunek, jeżeli opatrunek jest suchy zakładamy że z raną nic się nie dzieje. 9. A co się dzieje kiedy opatrunek przekrwawia? **Odp.:** Wtedy należy dołożyć suchych gazików. 10. A nie wymienić na nowe? **Odp.:** Nie, trzeba dołożyć suchych. Dziękuję widzę że świetnie orientujecie się w temacie. Wyznaczę teraz każdemu rolę w którą wcieli się będą na Sali symulacji.

zapalnym w okolicy pęcherzyka lub w innych obszarach jamy brzusznej. W tych sytuacjach okazać się może, że zarówno dostęp laparoskopowy do jamy otrzewnej jak i możliwość wypreparowania pęcherzyka i dróg żółciowych będą znaczenie trudniejsze i bardziej ryzykowne w przypadku zabiegu laparoskopowego. Z tych też powodów, w szczególności w przypadku trudności technicznych z wypreparowaniem lub identyfikacją struktur anatomicznych, niejednokrotnie w trakcie zabiegu laparoskopowego konieczna jest konwersja, czyli zamiana operacji laparoskopowej na zabieg klasyczny.	• .....będziesz liderem (Pielęgniarka 1), do Twoich zadań będzie należała koordynacja pracy w zespole. • …… będziesz Pielęgniarką 2, do Twoich zadań będzie należała kontrola parametrów życiowych. • .....będziesz Pielęgniarką 3, do Twoich zadań będzie należała kontrola diurezy, kontrola wydzieliny z drenów • …….będziesz pielęgniarką 4, do Twoich obowiązków będzie należała obserwacja rany pooperacyjnej oraz ocena bólu. • …… będziesz Pielęgniarką 5, do Twoich zadań będzie należała realizacja zleceń lekarskich. • ……. będziesz Pielęgniarką 6, do Twoich zadań będzie należało sprawdzenie dokumentacji. • .....będziesz obserwatorem, do Twoich zadań będzie należało obserwowanie wykonywanych przez pielęgniarki procedur. • .....będziesz obserwatorem, do twoich zadań będzie należało obserwowanie komunikacji w zespole terapeutycznym.

ZAPOZNANIE STUDENTÓW ZE SPRZĘTEM	
Wykładowca	Będziemy dzisiaj pracować na Sali pooperacyjnej oddziału chirurgicznego, łóżko szpitale już poznaliście, stojak na kroplówkę też, pompę infuzyjną. Pacjentem jest fantom osoby dorosłej, proszę go obejrzeć jakie funkcje posiada, jakie zabiegi można na nim wykonać, jest funkcja żyły do wkucia, jest ruchoma głowa. Proszę aby każdy z was osobiście dotknął trenażera. W punkcie zabiegowym zapoznajcie się z zestawami do kroplowego wlewu dożylnego. Zestawy te również są wam znane.
Student	Dotykają głowy, żył do wkucia,na kończynach górnych, oglądają i dotykają, usuwają ruchoma protezę. Głośno powtarzają wyposażenie przygotowanych zestawów do zabiegów, podłączenia kroplówki, iniekcji domięśniowej.
SCENARIUSZ SYMULACJI	
Opis scenariusza	Jan Kowalski lat 48 Na oddziale chirurgii pacjent przebywa drugą dobę. W dniu dzisiejszym jest w dobie zabiegu, przed godziną został przywieziony z bloku operacyjnego. W tej chwili przysypia. W pompie wchłania się morfina……, poza tym pacjent ma podłączony KKCz. Na brzuchu rana zabezpieczona suchym opatrunkiem, po obu stronach brzucha wyprowadzone są dreny ssące.
Obecny stan kliniczny	Wszystkie parametry życiowe w normie. Pacjent spokojny, logiczny, przysypiający, bólu nie zgłasza.
Wywiad	Pacjent bez obciążeń chorobowych, nie przyjmuje żadnych leków na stałe.

Przebieg scenariusza Ścieżka 1	1. Lider – nadzoruje pracę całego zespołu	
	2. Pielęgniarka	
	Dzień dobry, Panie Janie, zmierzę panu ciśnienie, może trochę ścisnąć rękę	Pacjent mruczy pod nosem, nie odpowiada bo śpi.
	3. Pielęgniarka	

Przebieg scenariusza Ścieżka 1	Panie Janie zajrzę do tego woreczka na Pana brzuchu sprawdzę czy coś tam się zebrało	Pacjent nie odpowiada
	4. Pielęgniarka	
	Dzień dobry, jestem pielęgniarką zabiegową wykonuję opatrunki, sprawdzę jak wygląda Pana opatrunek	Pacjent lekko uchyla oczy, nic nie mówi
	5. Pielęgniarka	
	Dzień dobry, podam Panu antybiotyk, proszę spokojnie leżeć i podłączę kroplówkę.	Pacjent nie odpowiada
	Widzę że dobrze się Panu śpi, niech Pan śpi spokojnie	

PALETA 1 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE WRAZ Z PRAWIDŁOWYM PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna		Wpisać – co będzie się zmieniało i kiedy									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	R	EKG	NIBP	SpO2	Temp					
	Liczba	12	85	100/60	98	36.8					
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia dotyczą:									

DEBRIEFING:	
INFORMACJE DLA STUDENTÓW	**INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW**
Dziękuje za przeprowadzenie scenariusza. Celem dzisiejszych zajęć była opieka nad pacjentem po usunięciu pęcherzyka żółciowego. Praca na fantomie zapewnia wam komfort ponieważ nie nastąpi żadna konsekwencja w przypadku podjęcia złej decyzji. Każda osoba w grupie miała przypisane zadania.	**Dziękuje za przeprowadzenie scenariusza.** **Celem scenariusza była opieka nad pacjentem po usunięciu pęcherzyka żółciowego** Jak czujecie się po realizacji scenariusza **Faza opisowa – faza faktów** Co wykonywałaś podczas scenariusza? **Odp.:** lider- Pilnowałam żeby wszystkie zabiegi były wykonane prawidłowo, starałam się koordynować pracę zespołu …….. a ty –jakie czynności wykonywałaś **Odp.:** Pielęgniarka 2- byłam odpowiedzialna za kontrolę parametrów. Zmierzyłam ciśnienie, tętno, saturację, liczbę oddechów i temperaturę Kto jeszcze może powiedzieć co wykonał? ……. jakie miałaś zadania? **Odp.:** Pielęgniarka 3- kontrolowałam dreny, sprawdzałam diurezę, wszystkie swoje obserwacje udokumentowałam w karcie obserwacji. **Odp.:** Pielęgniarka 4- ja obserwowałam opatrunek, sprawdzałam czy nie przemaka krwią. **Odp.:** Pielęgniarka 5- ja realizowałam zlecenia lekarskie, wymieniłam morfinę bo właśnie się skończyła i podłączyłam w pompie infuzyjnej, podałam zlecony antybiotyk i podłączyłam 500ml 0,9%NaCl wszystkie czynności udokumentowałam.

	Faza analizy – Myśli i uczucia. Co zrobiliście dobrze? Jakie macie poczucie opanowania procedur niskiej wierności ? Czy jesteście zadowoleni? **Odp.**: Tak Z czego jesteście zadowoleni? Jak myślicie takie postępowanie z pacjentem jakie zaprezentowaliście jest wystarczające w opiece po takiej operacji? **Odp.:** Myślimy,że zawsze coś można poprawić. Wobec tego zaproponuj co jeszcze można wykonać o co poszerzyć działania. Z czego jesteście nie zadowoleni? Powiedz jak możesz to poprawić? **Odp.:** Myślę że gdybym jeszcze kilka razy przećwiczył pewne procedury wykonywałbym je lepiej …… pełniłeś rolę obserwatora procedur, co myślałeś obserwując koleżanki w czasie symulacji? **Odp.:** Myślałam że świetnie sobie radzą i że cieszę się że jestem akurat w takiej grupie. Myślę ze każdy poradzi sobie w prawdziwej pracy …….z czego jesteś zadowolony obserwując zespół, **Odp.:** Jestem zadowolony z tego że każdy wiedział jakie ma zadanie, procedury wykonywane były sprawnie, pielęgniarki dobrze współpracowały ze sobą, stanowiły zespół. …… jak się czułeś wiedząc, że to ty mógłbyś być w roli swojej koleżanki? **Odp.:** byłem spokojny o cały zespół, bo wiele razy razem ćwiczyliśmy, mógłbym pełnić każdą rolę. Cieszę się z twojej pewności i odwagi to w następnej symulacji będziesz liderem……. Proszę powiedzieć gdzie zastosujecie zdobyta wiedzę? **Odp.:** na pewno przyda mi się zdobyta wiedza na egzaminie OSCE **Odp.:** jeżeli w życiu zetknę się z takim pacjentem będę wiedziała jak mam postąpić **Podsumowanie** Omówiliście wszystkie procedury wykonywane przez siebie, bardzo odpowiedzialnie lider kierował zespołem, widziałam że czujesz się odpowiedzialna za swoje koleżanki. Wykonywanie pomiarów przebiegło sprawnie, procedury ze scenariuszy niskiej wierności opanowaliście dobrze, widzę że czujecie się pewnie. Wnikliwie obserwowaliście ilość i jakość treści w drenach, sprawdzaliście jak wygląda opatrunek. Bardzo dobrze podłączyliście lek w pompie infuzyjnej do centralnego wkłucia. Prawidłowo obliczyliście dawkę antybiotyku. Tak zespół wypadł bardzo dobrze gratuluję.

	Na następnych zajęciach tematem będzie Postępowanie z chorym po operacji usunięcia żylaków kończyny dolnej. Materiały przekaże emailem.
Zastosowanie umiejętności:	Student wykorzysta zdobyte umiejętności na zajęciach praktycznych oraz praktykach zawodowych a także na egzaminie OSCE a następnie w pracy zawodowej
Literatura	6. Scenariusz NW pomiar ciśnienia tętniczego 7. Scenariusz NW wykonanie EKG 8. Scenariusz NW podanie leku za pomocą pompy infuzyjnej 9. Scenariusz NW podłączenie wlewu kroplowego 10. Scenariusz NW pomiar tętna 11. Scenariusz NW pomiar temperatury ciała 12. Scenariusz NW podanie leków drogą dożylną
Umiejętności podstawowe:	**Wiedza:** Postępowanie z pacjentem po zabiegu operacyjnym **Umiejętności:** Obserwacja pola operacyjnego Obserwacja drenów Obserwacja parametrów Obserwacja worka stomijnego Podłączenie wlewu kroplowego Kontrola dokumentacji **Kompetencje:** Współpraca z zespołem terapeutycznym Poszanowanie praw pacjenta
Efekty kształcenia	**Wiedza** **D. W.33**. zna kierunki obserwacji pacjenta po zabiegu operacyjnym, w celu zapobiegania wczesnym i późnym powikłaniom **D.W.34**.-harakteryzuje przebieg i sposoby postępowania w określonych jednostkach chorobowych leczonych chirurgicznie **C.W.12-** opisuje istotę, cel, wskazania, przeciwwskazania, niebezpieczeństwa, obowiązujące zasady i strukturę wykonywania podstawowych czynności pielęgniarskich **B.W.3**- omawia mechanizmy funkcjonowania człowieka w sytuacjach trudnych **B.W.23**- zna Kartę Praw Pacjenta, Kartę Praw Człowieka i Kartę Praw Dziecka; **D.W.5**- zna zasady diagnozowania w pielęgniarstwie internistycznym, geriatrycznym, chirurgicznym, pediatrycznym, neurologicznym, psychiatrycznym, anestezjologicznym, położniczo- ginekologicznym i opiece paliatywnej **Umiejętności** **C.U.8**- dokonuje bieżącej i końcowej oceny stanu zdrowia pacjenta i skuteczności działań pielęgniarskich **C.U.10**- podaje choremu leki różnymi drogami, zgodnie z pisemnym zleceniem lekarza oraz oblicza dawki leków **C.U.23**- podłącza i obsługuje zestawy do kroplowych wlewów dożylnych **C.U.33**-prowadzi dokumentację opieki pielęgniarskiej, w tym historię pielęgnowania, kartę obserwacji, kartę gorączkową, książkę raportów, kartę profilaktyki i leczenia odleżyn **C.U.34**- odnotowuje wykonanie zleceń w karcie zleceń lekarskich **C.U.63**- bezpiecznie stosuje środki dezynfekcyjne i segreguje odpady medyczne **D.U.10-** ocenia stan ogólny pacjenta w kierunku powikłań po specjalistycznych badaniach diagnostycznych i powikłaniach pooperacyjnych **D.U.33**- przygotowuje i podaje leki różnymi drogami, samodzielnie lub na zlecenie lekarza

	Kompetencje **D.K1**- szanuje godność i autonomię osób powierzonych opiece **D.K3-** przestrzega wartości, powinności i sprawności moralnych w opiece **D.K4**- wykazuje odpowiedzialność moralną za człowieka i wykonywanie zadań zawodowych **D.K5**- przestrzega praw pacjenta **D.K6**- rzetelnie i dokładnie wykonuje powierzone obowiązki zawodowe **D.K8**- współdziała w ramach zespołu interdyscyplinarnego w rozwiązywaniu dylematów etycznych z zachowaniem zasad kodeksu etyki zawodowej **D.K10**- przejawia empatię w relacji z pacjentem i jego rodziną oraz współpracownikami

SCENARIUSZ SYMULACJI MEDYCZNEJ POŚREDNIEJ WIERNOŚCI – PW **Autor: dr nauk o zdrowiu Anna Ławnik**						Nr porządkowy	PW zgodnie z wykazem
Czas zajęć	90 Min	Czas scenariusza	15 Min	Liczba studentów	6-8		
Nazwa	**Postępowanie z pacjentem po zdjęciu opatrunku gipsowego z kończyn dolnych.**						
Cel główny	**Nauka postępowania z pacjentem po zdjęciu opatrunku gipsowego z kończyn dolnych.**						
Cel szczegółowy	1. Współpraca z rodziną. 2. Sprawdzenie zleceń lekarskich. 3. Postępowanie zgodnie ze zleceniem lekarskim (podanie leków, wykonanie rehabilitacji). 4. Wykonanie ćwiczeń biernych w łóżku na kończynie dolnej lewej. 5. Pielęgnacja skóry po zdjęciu opatrunku gipsowego						
Metoda	Symulacji medycznej						
INFORMACJE TECHNICZNE I ORGANIZACYJNE							
Nr Sali	Nr 205	Numer stanowiska	Nr 2	Nr trenażera, fantomu	Nr zgodnie z wykazem		
Sprzęt wielokrotnego użytku	10. Fantom dorosłego pacjenta 11. Zestaw do iniekcji podskórnej (taca, czerwony pojemnik, nerka) 12. Płyn dezynfekujący 13. Krem natłuszczający/nawilżający 14. Ciśnieniomierz			Sprzęt jednorazowego użytku	28. Strzykawka 2ml,lub insulinówka 29. Igły 0,5 (pomarańczowa), 0,6 (niebieska) 30. 0,9% NaCl – 5ml z napisem Clexan 31. Gaziki		
Pozostałe wyposażenie	2. Dokumentacja (Karta gorączkowa, Karta zlecenia na rehabilitację, karta zleceń)			Ubrania i charakteryzacja	1. Fantom leży w łóżku w prywatnej piżamie		
Informacja ogólna dla technika	Fantom leży w łóżku, w pozycji na plecach jest ubrany w prywatną piżamę. Przykryty kołdrą do klatki piersiowej, ręce wyłożone na kołdrę.						

Parametry początkowe symulatora	Nazwa	R - oddech	EKG	NIBP	SpO_2	CO_2	Temp. ^0C	Sinica%	Oczy	Obrzęki	
	Liczba	12	90	105/65	98	40	36,8	-	-	-	
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia:									

Czynności początkowe	*Należy wpisać co trzeba wykonać przed rozpoczęciem zajęć scenariusza np.:* ***Wykładowca:*** • *Co jeszcze trzeba zrobić i kto w scenariuszu któregoo to* dotyczy. Przed rozpoczęciem zajęć sprawdza sposób przygotowania stanowiska i kompletacje. • Sprawdza listę uczestników i kartę informacyjną scenariusza itp. • Rozpoczyna scenariusz — prosząc o wyłączenie telefonów, zajęcie miejsc itp. — informacja za 3 min. rozpoczynamy proszę zająć miejsca itp.

REALIZACJA SCENARIUSZA

WPROWADZENIE – PREBREFING:

PLAN PREBRIEFINGU:

67. Zapoznanie z tematem szkolenia/kursu/scenariusza.

W dniu dzisiejszym nauczycie się postępowania z pacjentem po zdjęciu opatrunku gipsowego.

68. Zaprezentuj części szkolenia/zajęć:.

Scenariusz został podzielony na 3 części: część pierwsza prebrifing, stanowiący wprowadzenie do scenariusza, który będzie trwał 10 minut. Część druga to realizacja scenariusza, trwająca 10 minut. Część trzecia jest to debrifing stanowiący omówienie i podsumowanie wykonywanego scenariusza, który będzie trwał 20 minut.

69. Przedstawienie i omówienie krótkie celu i celów pośrednich scenariusza — rozmowa dyskusja w oparciu o informacje *dla studentów* i informacje *dla wykładowców*.

Celem dzisiejszego spotkania będzie nauka postępowania z pacjentem po zdjęciu opatrunku gipsowego.

Zaś do celów szczegółowych możemy zaliczyć:

a) Współpraca z rodziną.
b) Sprawdzenie zleceń lekarskich.
c) Postępowanie zgodnie ze zleceniem lekarskim (podanie leków, wykonanie rehabilitacji).
d) Wykonanie ćwiczeń biernych w łóżku na kończynie dolnej lewej.
e) Pielęgnacja skóry po zdjęciu opatrunku gipsowego.

70. Przedstaw gdzie będzie przeprowadzany scenariusz: Dzisiejszy scenariusz ma miejsce na oddziale rehabilitacji, na sali pacjenta.

71. Zaprezentuj przypadek kliniczny:

Jan Kowalski lat 82

Na oddział chirurgii trafił po długotrwałym unieruchomieniu, który był spowodowany opatrunkiem gipsowym na obydwu kończynach. Pacjent leżący, spokojny, logiczny, w pełni świadomy.

72. Zaproponuj podział ról w grupie, wyznacz lidera

9. Teraz przydzielę Wam role, jakie będziecie pełnić w tym scenariuszu
   - .....będziesz liderem (Pielęgniarka 1), do Twoich zadań będzie należała koordynacja współpracy zespołu a także edukacja rodziny.
   - …… będziesz Pielęgniarką 2, do Twoich zadań będzie należało podanie iniekcji podskórnej (clexan).
   - .....będziesz Pielęgniarką 3, do Twoich zadań będzie należała pielęgnacja nóg, mycie, natłuszczanie, masowanie.
   - …… będziesz Pielęgniarką 4, do Twoich zadań będzie należała rehabilitacja pacjenta w łóżku.
   - ……. będziesz Pielęgniarką 5, do Twoich zadań będzie należał pomiar parametrów.
   - .....będziesz obserwatorem, do Twoich zadań będzie należało obserwowanie wykonywanych przez pielęgniarki procedur.
   - .....będziesz obserwatorem, do twoich zadań będzie należało obserwowanie komunikacji w zespole terapeutycznym.

73. Upewnij się czy poszczególni członkowie zespołu wiedzą za co są odpowiedzialni, czy rozumieją swoją rolę.

74. Zaproś uczestników do Sali symulacyjnej w celu zapoznania z salą i ze sprzętem.

INFORMACJE DLA STUDENTÓW	INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW
Na dzisiejszych zajęciach spotkacie się z pacjentem Janem Kowalskim, który znajduje się na oddziale rehabilitacji ponieważ przez ostatnie 8 tygodni przebywał w opatrunku gipsowym na kończynach dolnych. Wykonacie rehabilitację w łóżku, ćwiczenia bierne na obu kończynach dolnych. Poza tym podacie pacjentowi zlecony antybiotyk oraz iniekcje przeciwzakrzepową. Zastanówcie się dlaczego przed przystąpieniem do ćwiczeń należy zmierzyć pacjentowi parametry. Zobaczycie co dzieje się ze skórąktóra długo przebywa pod opatrunkiem gipsowym.	Znajdujemy się w sali pacjenta na oddziale rehabilitacji. Pacjent- Jan Kowalski, przyjęty do oddziału po długotrwałym unieruchomieniu z powodu opatrunku gipsowego na obydwu kończynach dolnych. Pacjent z dużym osłabieniem mięśniowym, wymaga ćwiczeń biernych i czynno- biernych w łóżku. W ramach profilaktyki przeciwzakrzepowej otrzymuje clexan. Skóra na nodze sucha, spierzchnięta wymaga natłuszczenia i nawilżenia. Przed wykonaniem ćwiczeń należy zmierzyć parametry.

Pielęgniarka zgodnie z art. 28 ust 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, planuje i realizuje kompleksową opiekę pielęgniarską i pielęgnacyjną, Świadczenia rehabilitacyjne realizowane przez pielęgniarkę obejmują: 1) rehabilitacjęprzyłóżkowąw celu zapobiegania powikłaniom wynikającym z procesu chorobowego i długotrwałego unieruchomienia; 2) usprawnianie ruchowe; 3) drenażułożeniowy, prowadzenie gimnastyki oddechowej; 4) ćwiczenia ogólno usprawniające; 5) ułożenie i przemieszczanie chorego w łóżku Praca na fantomie zapewnia wam komfort ponieważ nie nastąpi żadna konsekwencja w przypadku podjęcia złej decyzji.	1. Jak myślicie na czym polega pielęgnacja skóry nóg u takiego pacjenta, który osiem tygodni przebywał w gipsie i był pacjentem leżącym? **Odp.:** Myślę, że skórę która była osiem tygodni pod gipsem trzeba w pierwszej kolejności natłuścić, na pewno jest bardzo sucha. **Odp.:** Można wykonywać delikatny masaż tych nóg. 2. Jaki jest cel wykonania takiego masażu? **Odp.:** Pacjent był unieruchomiony przez osiem tygodni, masaż pobudzi krążenie w nogach 3. Na co należałoby zwrócić szczególną uwagę wykonując masaż nóg? **Odp.:** Najważniejsze jest aby masować bardzo delikatnie aby nie doszło do żadnych uszkodzeń skóry, ponieważ pacjent jest cukrzykiem więc w jego sytuacji dbanie o skórę nóg jest bardzo ważne. 4. Jak myślicie czy profilaktyka przeciwzakrzepowa jest potrzebna? **Odp.:**Stosowanie heparyny drobnocząsteczkowej jest leczeniem standardowym przy leczeniu poprzez założenie gipsu. Jest bardopotrzebna ponieważ zmniejsza ryzyko powstania zakrzepów. 3. Jak myślicie jakie znaczenie mają ćwiczenia dla pacjenta który był długotrwale unieruchomiony? **Odp.:** U pacjenta mógł wystąpić zanik mięśni, stopniowe wprowadzanie ćwiczeń może pomóc w odbudowie mięśni. **Odp.:** Ćwiczenia pobudzają też krążenie. 4. Jak myślicie w jakim celu mierzymy parametry przed wykonaniem ćwiczeń? **Odp.:** Jest to ważne ponieważ pacjent ze względu na to że jest osoba leżącą może mieć niskie ciśnienie i wtedy może mu się na przykład zakręcić w głowie **Odp.:** W sytuacji kiedy pacjent będzie miał bardzo wysokie ciśnienie ćwiczenia może lepiej przełożyć na później, można też skonsultować się z lekarzem. 5. Dlaczego dla pacjenta leżącego ważny jest kontakt z personelem pielęgniarskim? **Odp.:** Pacjent jest osobą leżącą wymagającą stałej opieki i pomocy dlatego ważne jest aby czuł się bezpiecznie, żeby wiedział że w każdej sytuacji otrzyma pomoc. 6. Czy istotne są udogodnienia w domu dla takiego pacjenta? **Odp.:** Bardzo istotne, pacjent ma już 82 lata, niewiadomo czy uda mu się wrócić do sprawności sprzed wypadku. Takie udogodnienia jak np.: chodzik, nakładka na ubikacje czy zlikwidowanie progów może znacznie ułatwić pacjentowi życie. 7. Jakie udogodnienia ponad te wymienione możemy zastosować? **Odp.:** Mogą być uchwyty/oparęcze przy ubikacji lub pod prysznicem lub w całym domu jeżeli byłaby taka potrzeba. **Odp.:**Poduszka przeciwodleżynowa gdyby pacjent większość dnia spędzał w fotelu.

	Odp.: Mogą być jakieś kliny pod nogi, żeby układać je w elewacji **Odp.:** To wszystko zależy od stanu pacjenta w jakim wyjdzie do domu, być może że pozostanie pacjentem leżącym i wtedy potrzebował będzie raczej materaca zmiennociśnieniowego i basenu nić uchwytów przy ubikacji. Wyznaczę teraz każdemu rolę w którą wcieli się będą na Sali symulacji. Pielęgniarka 1–lider –koordynuje pracę zespołu, utrzymuje kontakt z pacjentem i rodziną, edukuje rodzinę Pielęgniarka 2 –stosuje profilaktykę przeciwzakrzepowa (clexan) Pielęgniarka 3 –pielęgnuje nogi, wykonuje zabiegi higienicznestosuje środek nawilżający/natłuszczający Pielęgniarka 4 – wykonuje ćwiczenia bierne i czynno- bierne Pielęgniarka 5 – mierzenie parametrów Obserwator 1 - komunikacji Obserwator 2 - procedur Obserwator 3 – całości scenariusza

ZAPOZNANIE STUDENTÓW ZE SPRZĘTEM	
Wykładowca	Będziemy dzisiaj pracować na Sali chorych oddziału rehabilitacyjnego, łóżko szpitale już poznaliście. Pacjentem jest pacjent standaryzowany- osoba dorosła.
Student	Każdy student zapoznaje się z organizacją sali oraz rozmieszczeniem potrzebnego sprzętu. Zapoznaje się z pacjentem.
SCENARIUSZ SYMULACJI	
Opis scenariusza	Jan Kowalski lat 82 Na oddział chirurgii trafił po długotrwałym unieruchomieniu, który był spowodowany opatrunkiem gipsowym na obydwu kończynach. Pacjent leżący, spokojny, logiczny, w pełni świadomy.
Obecny stan kliniczny	Wszystkie parametry życiowe w normie. Pacjent spokojny, logiczny, w pełni świadomy.
Wywiad	Pacjent lat 82, od 30 lat choruje na cukrzycę typu 2. W tej chwili leżący. Kontakt słowny możliwy do nawiązania

Przebieg scenariusza Ścieżka 1	1. Pielęgniarka1- Lider	
	Dzień dobry, nazywam się Maria Kowalska będę pana pielęgniarką	Dzień dobry, dziękuję

Przebieg scenariusza Ścieżka 1	Za chwilę przyjdzie koleżanka która zrobi panu zastrzyk w brzuch	A co ona będzie mi podawać bo w brzuch to ja sobie podaję insulinę i już nic więcej nie chcę żeby mi podawać w brzuch
	W takim razie skoro w brzuch podaje pan sobie insulinę to może zastrzyk przeciwzakrzepowy zrobimy w ramięczy wyraża pan zgodę	W ramię to już co innego, w ramię sam sobie insuliny nie zrobię więc w ramię może być
	Później przyjdzie druga koleżanka która zmierzy panu ciśnienie	Ja na nadciśnienie nigdy się nie leczyłem ale jeżeli to konieczne to niech mierzy
	Później będzie pan wykonywał ćwiczenia	A po co mi ćwiczenia. Niech ćwiczą te młode co się odchudzają, mi to już do niczego nie potrzebne
	Ale panie Janie musi Pan ćwiczyć żeby móc wstać z łóżka, przecież Pan widzi że nie daje Pan rady nawet ruszyć nogą	Ma Pani rację teraz to ja nawet nie dam rady podnieść nogi ani zgiąć w kolanie ani nic.
	Pani Janie gdyby przyszedł ktoś z rodziny to proszę żeby do mnie zajrzał, powiem rodzinie gdzie można dostać sprzęt rehabilitacyjny dla Pana	Dobrze dzisiaj popołudniu ma przyjść wnuczka, to poproszę ja żeby do pani zajrzała
	2. Pielęgniarka2	
	Dzień dobry Panie Janie	Dzień dobry
	Jak się Panu dzisiaj spało	W miarę dobrze ale nogi mnie trochę bolały w nocy
	Zrobię Panu clexan w brzuch	W brzuch to ja sobie podaję insulinę i już nic więcej nie chcę żeby mi podawać w brzuch
	Dobrze Panie Janku, w takim razie podamy pod łopatkę	Pod łopatkę? A taka pielęgniarka, która była przed panią mówiła że w ramię
	A woli Pan w ramię? Myślałam że w ramie tez Pan podaje insulinę	Nie, w ramię sam sobie insuliny nie zrobię więc w ramię może być
	W takim razie proszę bardzo w ramię, uwaga będzie leciutki ukłucie	Pani tak robi że wcale nie czuć
	3. Pielęgniarka 3	
	Dzień dobry Panie Janie	Dzień dobry
	Umyje Panu nogi	A po co będzie Pani mi myła nogi, wczoraj były myte a ja przecież nie chodzę to się nie zabrudziły
	To nic, że nie są brudne ale muszę je trochę nawilżyć dlatego w pierwszej kolejności je odświeżę, zgadza się Pan?	Oczywiście że się zgadzam, czemu miałbym się nie zgodzić. Mi nikt nigdy nóg nie mył.
	Teraz nasmaruję Panu nogi balsamem peruwiańskim. Musi Pan bardzo dbać o nogi ze względu na to że ma Pan cukrzycę	Bardzo delikatnie Pani to robi, nie wiem kto mi będzie w domu te nogi tak masował
	4. Pielęgniarka 5	
	Panie Janie zmierzę Panu ciśnienie	Proszę bardzo
	105/65 mmHg	To dobre czy złe to ciśnienie?

Przebieg scenariusza Ścieżka 1	Dobre, może troszkę niskie ale zaraz przyjdzie pielęgniarka która będzie z Panem ćwiczyć to na pewno trochę wzrośnie, proszę się nie martwić	Dziękuję
	5. Pielęgniarka 4	
	Dzień dobry Panie Janie, poruszamy troszkę nogami. Jest Pan u nas drugi dzień dlatego ćwiczenia nie będą bardzo intensywne ale musimy powoli przywracać funkcje nóg	Doktor mówił że właśnie po to kładzie mnie do szpitala.
	Bardzo miło się z Panem współpracuje, oby wszyscy pacjenci byli tacy pomocni	Robię co mogę, gdybym mógł to chętnie bym z Pania jeszcze zatańczył
	Jeszcze Pan zatańczy, proszę się nie martwić	Zobaczymy zobaczymy

PALETA 1 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE WRAZ Z PRAWIDŁOWYM PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna											
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	R	EKG	NIBP	SpO2	Temp					
	Liczba	18	85	130/85	98	36.8					
	Cechy										

DEBRIEFING:	
INFORMACJE DLA STUDENTÓW	**INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW**
Dziękuje za przeprowadzenie scenariusza. Celem dzisiejszych zajęć była nauka wykonania ćwiczeń biernych w łóżku u pacjenta leżącego. Przećwiczenie takiej sytuacji na fantomie pozwoli wam w przyszłości uniknąć pomyłek pracując z prawdziwym pacjentem. Będziecie pewniejsi swoich umiejętności. Poradziliście sobie świetnie ze scenariuszem.	**Dziękuje za przeprowadzenie scenariusza.** Celem scenariusza byłanauka postępowania z pacjentem po zdjęciu opatrunku gipsowego z kończyn dolnych. Jak czujecie się po realizacji scenariusza. **Faza opisowa – faza faktów** Co wykonywałaś podczas scenariusza? **Odp.:** lider- rozmawiałam z pacjentem, starałam się uprzedzić, przygotować pacjenta na to jakie zabiegi będzie miał wykonywane. Pilnowałam żeby wszystkie procedury się odbyły. …….. a ty –jakie czynności wykonywałaś **Odp.:** Pielęgniarka 2- byłam odpowiedzialna za podanie heparyny drobnocząsteczkowej, podałam ją pacjentowi podskórnie. Kto jeszcze może powiedzieć co wykonał? ……. jakie miałaś zadania? **Odp.:** Pielęgniarka 3- ja umyłam pacjentowi nogi i nasmarowałam je balsamem peruwińskiem, delikatnie masując. **Odp.:** Pielęgniarka 4- ja- wykonałam u pacjenta ćwiczenia bierne, niestety nie jest jeszcze w stanie pomóc cokolwiek przy ćwiczeniach. Wykonałam w pierwszej kolejności delikatne ruchy grzbietowe oraz podeszwowe, później w kolanie ruchy zginania i prostowania na końcu ruchy w stawie biodrowym ruchy odwodzenia i przywodzenia. Każdy ruch powtórzyłam 5 razy z racji tego że pacjent na oddziale przebywa dopiero drugą dobę postanowiła go więcej nie męczyć

	Odp.: Pielęgniarka 5- ja zmierzyłam pacjentowi ciśnienie krwi oraz tętno. **Faza analizy– Myśli i uczucia.** Co zrobiliście dobrze? Jakie macie poczucie opanowania procedur niskiej wierności ? Czy jesteście zadowoleni? **Odp.**: Tak Z czego jesteście zadowoleni? Jak myślicie takie postępowanie z pacjentem jakie zaprezentowaliście jest wystarczające w opiece przed operacją? **Odp.:**Myślimy,że zawsze coś można poprawić. Wobec tego zaproponuj co jeszcze można wykonać o co poszerzyć działania. Z czego jesteście nie zadowoleni? Powiedz jak możesz to poprawić? **Odp.:**Myślę że gdybym jeszcze kilka razy przećwiczył pewne procedury wykonywałbym je lepiej …… pełniłeś rolę obserwatora procedur, co myślałeś obserwując koleżanki w czasie symulacji? **Odp.:** Mam bardzo dobre spostrzeżenia bo każdy wiedział co ma wykonać, procedury wykonywane były sprawnie, pielęgniarki dobrze współpracowały ze sobą stanowiły zespół. …….z czego jesteś zadowolony obserwując zespół, **Odp.:** Że nasza grupa naprawdę dobrze pracuje i myślę ze każdy poradzi sobie w prawdziwej pracy. …… jak się czułeś wiedząc, że to ty mógłbyś być w roliswojej koleżanki? **Odp.:**byłem spokojny o cały zespół,bo wiele razy razem ćwiczyliśmy, mógłbym pełnić każdą rolę. Cieszę się, z twojej pewności i odwagi,to w następnej symulacji będziesz liderem……. **Podsumowanie** Omówiliście wszystkie procedury wykonywane przez siebie, bardzo odpowiedzialnie lider zebrał wywiad, widziałam że korzystałaś z dokumentacji, swoją postawą wobec pacjenta, to że pokazałaś, że go znasz, że wiesz jak się nazywa, dlaczego znalazł się na oddziale, wzbudziło w pacjencie zaufanie do całej grupy. Słowa i rozmowa z pacjentem były dobrym przygotowaniem psychicznym chorego do zbiegów, które były u niego wykonane. Zwróciłaś uwagę na najistotniejsze elementy. Wykonywanie pomiarów przebiegły sprawnie, procedury ze scenariuszy niskiej wierności opanowaliście dobrze, widzę że czujecie się pewnie. Zadbanie o higienę i natłuszczenienógbyło istotne. Jednak najważniejsza była ta gimnastyka która ma pacjentowi umożliwić powrót do sprawności sprzed wypadku. Tak,zespół wypadł bardzo dobrze gratuluję.

	Na następnych zajęciach tematem będzie Postępowanie z chorym po operacji wstawienia endoprotezy stawu biodrowego. Materiały przekaże emailem.

Zastosowanie umiejętności:	Student wykorzysta zdobyte umiejętności na zajęciach praktycznych oraz praktykach zawodowych, egzaminie OSCE a także w pracy zawodowej.
Literatura	1. Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. 2. Scenariusz NW iniekcje podskórne 3. Scenariusz NW pomiar ciśnienia tętniczego 4. Scenariusz NW toaleta kończyn dolnych
Umiejętności podstawowe:	**Wiedza** Postępowanie z pacjentem z cukrzycą po zdjęciu opatrunku gipsowego z kończyn dolnych. **Umiejętności** Wykonanie ćwiczeń biernych u pacjenta leżącego Wykonanie toalety kończyn dolnych Wykonanie iniekcji podskórnej Zmierzenie ciśnienia tętniczego krwi **Kompetencje** Umiejętność pracy w grupie Umiejętność pracy z pacjentem i jego rodziną
Efekty kształcenia	**Wiedza:** **C.W.12-**opisuje istotę, cel, wskazania, przeciwwskazania, niebezpieczeństwa, obowiązujące zasady i strukturę wykonywania podstawowych czynności pielęgniarskich **B.W.3**- omawia mechanizmy funkcjonowania człowieka w sytuacjach trudnych **B.W.23**- zna Kartę Praw Pacjenta, Kartę Praw Człowieka i Kartę Praw Dziecka; D.W.5 - zna następstwa długotrwałego unieruchomienia **D.W.5**- zna zasady diagnozowania w pielęgniarstwie internistycznym, geriatrycznym, chirurgicznym, pediatrycznym, neurologicznym, psychiatrycznym, anestezjologicznym, położniczo- ginekologicznym i opiece paliatywnej **Umiejętności:** **B.U.3** .-projektuje i realizuje w warunkach symulowanych elementarne formy pomocy psychologicznej **C.U.5 -** ustala cele i plan opieki nad człowiekiem chorym lub niepełnosprawnym **C.U.6** - planuje i realizuje opiekę pielęgniarską wspólnie z chorym lub niepełnosprawnym i jego rodziną **C.U.8**- dokonuje bieżącej i końcowej oceny stanu zdrowia pacjenta i skuteczności działań pielęgniarskich **C.U.10**- podaje choremu leki różnymi drogami, zgodnie z pisemnym zleceniem lekarza oraz oblicza dawki leków **C.U.19** - wykonuje nacieranie, oklepywanie i inne techniki masażu klasycznego, ćwiczenia czynne i bierne **C.U.33**-prowadzi dokumentację opieki pielęgniarskiej, w tym historię pielęgnowania, kartę obserwacji, kartę gorączkową, książkę raportów, kartę profilaktyki i leczenia odleżyn **C.U.34**- odnotowuje wykonanie zleceń w karcie zleceń lekarskich **C.U.63**- bezpiecznie stosuje środki dezynfekcyjne i segreguje odpady medyczne **D.U.33**- przygotowuje i podaje leki różnymi drogami, samodzielnie lub na zlecenie lekarza **D.U.24** - prowadzi rehabilitację przyłóżkową i usprawnianie ruchowe pacjenta oraz aktywizację z wykorzystaniem elementów terapii zajęciowej

Efekty kształcenia	**Kompetencje:** **D.K1**- szanuje godność i autonomię osób powierzonych opiece **D.K3-** przestrzega wartości, powinności i sprawności moralnych w opiece **D.K4**- wykazuje odpowiedzialność moralną za człowieka i wykonywanie zadań zawodowych **D.K5**- przestrzega praw pacjenta **D.K6**- rzetelnie i dokładnie wykonuje powierzone obowiązki zawodowe **D.K8**- współdziała w ramach zespołu interdyscyplinarnego w rozwiązywaniu dylematów etycznych z zachowaniem zasad kodeksu etyki zawodowej **D.K10**- przejawia empatię w relacji z pacjentem i jego rodziną oraz współpracownikami

SCENARIUSZ SYMULACJI MEDYCZNEJ POŚREDNIEJ WIERNOŚCI – PW **Dr nauk o zdrowiu Anna Ławnik**										
						Nr porządkowy	PW zgodnie z wykazem			
Czas zajęć	90 Min	Czas scenariusza	15 Min	Liczba studentów	6-8					
Nazwa	**Postępowanie z pacjentem po zabiegu operacyjnym wyłonienia stomii jelitowej.**									
Cel główny	**Nauka postępowania z pacjentem po zabiegu operacyjnym wyłonienia stomii jelitowej.**									
Cel szczegółowy	1. Obserwacja parametrów 2. Obserwacja diurezy 3. Obserwacja rany 4. Ocena i kontrola bólu 4. Obserwacja wydzieliny z drenów i do worka stomijnego 5. Postępowanie zgodnie ze zleceniem lekarskim 6. Sprawdzenie dokumentacji									
Metoda	Symulacji medycznej									
INFORMACJE TECHNICZNE I ORGANIZACYJNE										
Nr Sali	Nr 201	Numer stanowiska	Nr 1	Nr trenażera, fantomu	Nr zgodnie z wykazem					
Sprzęt wielokrotnego użytku	1. Fantom dorosłego pacjenta 2. Zestaw do założenia wkłucia (taca, czerwony pojemnik, nerka, staza) 3. Płyn dezynfekujący 4. Basen 5. Termometr 6. Kardiomonitor 7. Rękaw do mierzenia ciśnienia krwi			Sprzęt jednorazowego użytku	1. Zestaw do założenia wkłucia 2. Opatrunki jałowe (15x15cm) 3. Wenflon niebieski x3szt 4. Okleina do wenflonu 5. Strzykawka 20ml, 10ml, 5ml x 3 szt 6. NaCl 0,9% -500ml – 1szt 7. Worek stomijny					
Pozostałe wyposażenie	3. Dokumentacja (historia choroby, karta zleceń, grupa krwi, wyniki badań, krzyżówka krwi, karta oceny bólu)			Ubrania i charakteryzacja	1. Fantom leży w łóżku goły, na brzuchu po lewej stronie ma przyklejony worek stomijny. Przez środek brzucha aż do krocza przyklejony jest opatrunek. Po obydwu stronach brzucha wyprowadzone są dreny ssące. Na szyi założone wkłucie centralne do którego podłączona jest krew.					
Informacja ogólna dla technika	Pacjent leży w łóżku goły, na brzuchu po lewej stronie ma przyklejony worek stomijny. Przez środek brzucha aż do krocza przyklejony jest opatrunek. Po obydwu stronach brzucha wyprowadzone są dreny ssące. Pacjent przykryty jest do pach kocem. Na szyi założone wkłucie centralne do którego podłączona jest krew. Na prawej ręce, w zgięciu łokciowym założony różowy wenflon.									

Parametry początkowe symulatora											
	Nazwa	R - oddech	EKG	NIBP	SpO_2	CO_2	Temp. ^0C	Sinica%	Oczy	Obrzęki	
	Liczba	12	90	100/60	98	40	36,8	-	-	-	
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia:									

Czynności początkowe	*Należy wpisać co trzeba wykonać przed rozpoczęciem zajęć scenariusza np.:* ***Wykładowca:*** • *Co jeszcze trzeba zrobić i kto w scenariuszu którego to* dotyczy. Przed rozpoczęciem zajęć sprawdza sposób przygotowania stanowiska i kompletacje. • Sprawdza listę uczestników i kartę informacyjną scenariusza itp. • Rozpoczyna scenariusz — prosząc o wyłączenie telefonów, zajęcie miejsc itp. — informacja za 3 min. rozpoczynamy proszę zająć miejsca itp.

REALIZACJA SCENARIUSZA

WPROWADZENIE – PREBREFING:

PLAN PREBRIEFINGU:

75. Zapoznanie z tematem szkolenia/kursu/scenariusza.

W dniu dzisiejszym nauczycie się postępowania z pacjentem po zabiegu operacyjnym wyłonienia stomii jelitowej.

76. Zaprezentuj części szkolenia/zajęć:.

Scenariusz został podzielony na 3 części: część pierwsza prebrifing, stanowiący wprowadzenie do scenariusza, który będzie trwał 10 minut. Część druga to realizacja scenariusza, trwająca 10 minut. Część trzecia jest to debrifing stanowiący omówienie i podsumowanie wykonywanego scenariusza, który będzie trwał 20 minut.

77. Przedstawienie i omówienie krótkie celu i celów pośrednich scenariusza — rozmowa dyskusja w oparciu o informacje *dla* studentów i informacje dla wykładowców.

Celem dzisiejszego spotkania będzie nauka postępowania z pacjentem po wyłonieniu stomii jelitowej. Zaś do celów szczegółowych możemy zaliczyć:

g) Obserwacja parametrów
h) Obserwacja diurezy
i) Obserwacja rany
j) Obserwacja wydzieliny z drenów i do worka stomijnego
k) Postępowanie zgodnie ze zleceniem lekarskim
l) Sprawdzenie dokumentacji

78. Przedstaw gdzie będzie przeprowadzany scenariusz: Dzisiejszy scenariusz ma miejsce na oddziale chirurgii, na sali pooperacyjnej.

79. Zaprezentuj przypadek kliniczny:

Jan Kowalski lat 78

Na oddziale chirurgii pacjent przebywa czwartą dobę. W dniu dzisiejszym jest w dobie zabiegu, przed godziną został przywieziony z bloku operacyjnego. W tej chwili przysypia. W pompie wchłania się morfina……, poza tym pacjent ma podłączony KKCz. Na brzuchu rana zabezpieczona suchym opatrunkiem, z lewej strony worek stomijny, po obu stronach brzucha wyprowadzone są dreny ssące.

80. Zaproponuj podział ról w grupie, wyznacz lidera

10. Teraz przydzielę Wam role, jakie będziecie pełnić w tym scenariuszu
    - .....będziesz liderem (Pielęgniarka 1), do Twoich zadań będzie należała koordynacja pracy w zespole.
    - …… będziesz Pielęgniarką 2, do Twoich zadań będzie należała kontrola parametrów życiowych.
    - .....będziesz Pielęgniarką 3, do Twoich zadań będzie należała kontrola diurezy, kontrola wydzieliny z drenów i obserwacja worka stomijnego.
    - …….będziesz pielęgniarką 4, do Twoich obowiązków będzie należała obserwacja rany pooperacyjnej oraz ocena bólu.
    - …… będziesz Pielęgniarką 5, do Twoich zadań będzie należała realizacja zleceń lekarskich.
    - ……. będziesz Pielęgniarką 6, do Twoich zadań będzie należało sprawdzenie dokumentacji.
    - .....będziesz obserwatorem, do Twoich zadań będzie należało obserwowanie wykonywanych przez pielęgniarki procedur.
    - .....będziesz obserwatorem, do twoich zadań będzie należało obserwowanie komunikacji w zespole terapeutycznym.

81. Upewnij się czy poszczególni członkowie zespołu wiedzą za co są odpowiedzialni, czy rozumieją swoją rolę.

82. Zaproś uczestników do Sali symulacyjnej w celu zapoznania z salą i ze sprzętem.

INFORMACJE DLA STUDENTÓW	INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW
W dniu dzisiejszym przećwiczycie pielęgnowanie i opiekę nad pacjentem po bardzo dużym zabiegu chirurgicznym jakim jest usunięcie jelita i wyłonienie stomii. Zobaczycie jak ważna jest obserwacja pacjenta i na co trzeba zwrócić największą uwagę, będziecie kontrolować parametry życiowe pacjenta. Zapoznacie się ze sprzętem stomijnym. Będziecie musieli wykonać także zlecenia lekarskie. Pacjent ma założone wkłucie centralne do żyły szyjnej wewnętrznej, w tej chwili wchłania się jednostka KKCz oraz drugim wkłuciem wchłania się morfina. Poza tym sprawdzicie czy dokumentacja medyczne jest kompletna. Uświadomcie sobie jak odpowiedzialna jest praca pielęgniarki w tego typu sytuacjach. Przećwiczenie przez was czynności medycznych w pracowni symulacji zapobiegnie w przyszłości popełnieniu przez was błędów w pracy z pacjentem w rzeczywistej sytuacji medycznej. Stomia, czasami nazywana sztucznym odbytem, to chirurgicznie powstałe połączenie światła jelita ze skórą. Najczęściej wytwarza się ją w konsekwencji leczenia operacyjnego związanego z koniecznością usunięcia fragmentu jelita w przebiegu nowotworu jelita grubego, chorób zapalnych, polipowatości jelita grubego czy choroby Leśniowskiego-Crohna. Od tego momentu wypróżnianie i wydalanie gazów odbywa się przez wyłonioną stomię. Brak możliwości kontrolowania wypróżnień i wydalania gazów oznacza korzystanie pacjenta ze specjalnego worka stomijnego. Najczęściej spotykane typy stomii: - ileostomia - operacyjne wyprowadzenie fragmentu jelita cienkiego na powierzchnię brzucha. Wykonuje się ją po usunięciu jelita grubego i odbytu; - kolostomia – rodzaj przetoki zwany odbytem brzusznym. Wykonuje się ją, gdy kawałek twojego jelita grubego musi zostać operacyjnie usunięty. Wtedy jego pozostałą część wyłania się na przednią ścianę powierzchni brzuch. Z reguły stomię wytwarza się na stałe, jednak stomie czasowe zakłada się także przy niektórych operacji na jelitach, podczas których wykonuje się zespolenie dwóch różnych fragmentów jelita. W takiej sytuacji chirurg może zdecydować o czasowym założeniu stomii powyżej zespolenia, aby były lepsze warunki do pełnego zagojenia. Wskazaniem do założenia stomii są też rozległe urazy jamy brzusznej z przerwaniem ciągłości przewodu pokarmowego. Po założeniu stomii bardzo istotna jest odpowiednia dbałość o jej higienę. Do zaopatrzenia stomii służy sprzęt stomijny w formie różnorodnych płytek i worków, które ściśle przylegają do skóry wokół stomii i są tak zaprojektowane by bezpiecznie	Znajdujemy się w sali pooperacyjnej na oddziale chirurgii. Jest godz. 14.00, pacjent o godz. 13.00 został przywieziony z bloku operacyjnego. Pacjent jest po wyłonieniu sztucznego odbytu. W tej chwili przysypia. W pompie wchłania się morfina……, poza tym pacjent ma podłączony KKCz. Na brzuchu jest rana zabezpieczona suchym opatrunkiem, z lewej strony worek stomijny, po obu stronach brzucha wyprowadzone są dreny ssące. 1. Jak myślicie na co należy zwrócić swoją uwagę obserwując takiego pacjenta? **Odp:** Myślę że jest kilka takich rzeczy, pielęgniarka opiekująca się pacjentem po wyłonieniu sztucznego odbytu powinna być bardzo czujna. **Odp.:** Ważna jest kontrola ciśnienia tętniczego, tętna, saturacji, temperatury ciała, EKG, stanu świadomości. 2. W jakim celu będziecie kontrolować ciśnienie krwi? **Odp.**: Kontrolując ciśnienie będziemy wiedzieli czy nie ma na przykład jakiegoś krwotoku w brzuchu. 3. Co będzie o tym świadczyć? **Odp.:** Ciśnienie będzie spadać 4. Na co zwrócicie uwagę obserwując to co się znajduje w drenach **Odp.:** Będziemy patrzeć na pewno na ilość treści i na jej jakość 5. Co macie na myśli mówiąc że będzie obserwować jakość treści z drenów? **Odp.:** To znaczy czy jest to treść surowicza, czy krwista, czy na przykład ropna. 6. Jak myślicie w dobie zabiegu jaka ta treść będzie? **Odp.:** W dniu zabiegu pewnie będzie krwista chyba że dren jest wyprowadzony z loży gdzie był ropień to może być ropna. 7. W jakim celu obserwujemy diurezę? **Odp.:** Patrzymy czy nerki podjęły pracę i czy produkują mocz. 8. Jeżeli chodzi o ranę to na co zwrócicie uwagę i w jaki sposób będziecie ją obserwować? **Odp.:** Ranę możemy obserwować tylko w jeden sposób poprzez opatrunek, jeżeli opatrunek jest suchy zakładamy że z raną nic się nie dzieje. 9. A co się dzieje kiedy opatrunek przekrwawia? **Odp.:** Wtedy należy dołożyć suchych gaików. 10. A nie wymienić na nowe? **Odp.:** Nie, trzeba dołożyć suchych. 11. Pacjent ma przyklejony worek stomijny po lewej stronie, co to oznacza? **Odp.:** Oznacza to że ma wyłonioną kolostomię. 12. Na jakim jelicie wyłania się kolostomię? Odp.: Na jelicie grubym 13. Pamiętacie może jaki jest drugi rodzaj stomii jelitowych? **Odp.:** Może być jeszcze ileostomia.

odbierać treść jelitową. Zazwyczaj stomię umieszcza się w środkowej lub dolnej części jamy brzusznej. Kolostomia najczęściej znajduje się po stronie lewej, a ileostomia po prawej.	14. Jak myślicie czy w worku stomijnym będzie już treść kałowa? **Odp.:** Nie, na pewno nie będzie treści kałowej bo pacjent przed operacją miał oczyszczone jelita. 15. To po co mamy obserwować ten worek stomijny? **Odp.:** Podczas operacji zakładany jest taki specjalny przeźroczysty worek, przez który możemy obserwować ranę, poza tym sprawdzamy czy nie ma zbyt dużo krwi. Dziękuję widzę że świetnie orientujecie się w temacie. Wyznaczę teraz każdemu rolę w którą wcieli się będą na Sali symulacji. • .....będziesz liderem (Pielęgniarka 1), do Twoich zadań będzie należała koordynacja pracy w zespole. • …… będziesz Pielęgniarką 2, do Twoich zadań będzie należała kontrola parametrów życiowych. • .....będziesz Pielęgniarką 3, do Twoich zadań będzie należała kontrola diurezy, kontrola wydzieliny z drenów i obserwacja worka stomijnego. • …….będziesz pielęgniarką 4, do Twoich obowiązków będzie należała obserwacja rany pooperacyjnej oraz ocena bólu. • …… będziesz Pielęgniarką 5, do Twoich zadań będzie należała realizacja zleceń lekarskich. • ……. będziesz Pielęgniarką 6, do Twoich zadań będzie należało sprawdzenie dokumentacji. • .....będziesz obserwatorem, do Twoich zadań będzie należało obserwowanie wykonywanych przez pielęgniarki procedur. • .....będziesz obserwatorem, do twoich zadań będzie należało obserwowanie komunikacji w zespole terapeutycznym.

ZAPOZNANIE STUDENTÓW ZE SPRZĘTEM	
Wykładowca	Będziemy dzisiaj pracować na Sali pooperacyjnej oddziału chirurgicznego, łóżko szpitale już poznaliście, stojak na kroplówkę też, pompę infuzyjną. Pacjentem jest fantom osoby dorosłej, proszę go obejrzeć jakie funkcje posiada, jakie zabiegi można na nim wykonać, jest funkcja żyły do wkucia, jest ruchoma głowa. Proszę aby każdy z was osobiście dotknął trenażera. W punkcie zabiegowym zapoznajcie się z zestawami do kroplowego wlewu dożylnego. Zestawy te również są wam znane.
Student	Dotykają głowy, żył do wkucia,na kończynach górnych, oglądają i dotykają, usuwają ruchoma protezę. Głośno powtarzają wyposażenie przygotowanych zestawów do zabiegów, podłączenia kroplówki, iniekcji domięśniowej.

SCENARIUSZ SYMULACJI	
Opis scenariusza	Jan Kowalski lat 78 Na oddziale chirurgii pacjent przebywa czwartą dobę. W dniu dzisiejszym jest w dobie zabiegu, przed godziną został przywieziony z bloku operacyjnego. W tej chwili przysypia. W pompie wchłania się morfina……, poza tym pacjent ma podłączony KKCz. Na brzuchu rana zabezpieczona suchym opatrunkiem, z lewej strony worek stomijny, po obu stronach brzucha wyprowadzone są dreny ssące.
Obecny stan kliniczny	Wszystkie parametry życiowe w normie. Pacjent spokojny, przysypiający. Dolegliwości bólowych nie zgłasza.
Wywiad	Pacjent bez obciążeń chorobowych, nie przyjmuje żadnych leków na stałe.

Przebieg scenariusza Ścieżka 1	1. Lider – nadzoruje pracę całego zespołu	
	2. Pielęgniarka	
	Dzień dobry, Panie Janie, zmierzę panu ciśnienie, może trochę ścisnąć rękę	Pacjent mruczy pod nosem, nie odpowiada bo śpi.
	3. Pielęgniarka	
	Panie Janie zajrzę do tego woreczka na Pana brzuchu sprawdzę czy coś tam się zebrało	Pacjent nie odpowiada
	4. Pielęgniarka	
	Dzień dobry, jestem pielęgniarką zabiegową wykonuję opatrunki, sprawdzę jak wygląda Pana opatrunek	Pacjent lekko uchyla oczy, nic nie mówi
	5. Pielęgniarka	
	Dzień dobry, podam Panu antybiotyk, proszę spokojnie leżeć i podłączę kroplówkę.	Pacjent nie odpowiada
	Widzę że dobrze się Panu śpi, niech Pan śpi spokojnie	

PALETA 1 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE WRAZ Z PRAWIDŁOWYM PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna		Wpisać – co będzie się zmieniało i kiedy									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	R	EKG	NIBP	SpO2	Temp					
	Liczba	12	85	100/60	98	36.8					
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia dotyczą:									

DEBRIEFING:	
INFORMACJE DLA STUDENTÓW	**INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW**
Dziękuje za przeprowadzenie scenariusza. Celem dzisiejszych zajęć była opieka nad pacjentem po operacji wyłonienia stomii jelitowej. Praca na fantomie zapewnia wam komfort ponieważ nie nastąpi żadna konsekwencja w przypadku podjęcia złej decyzji. Każda osoba w grupie miała przypisane zadania.	**Dziękuje za przeprowadzenie scenariusza.** Celem scenariusza była opieka nad pacjentem po operacji wyłonienia sztucznego odbytu Jak czujecie się po realizacji scenariusza

	Faza opisowa – faza faktów Co wykonywałaś podczas scenariusza? **Odp.:** lider- Pilnowałam żeby wszystkie zabiegi były wykonane prawidłowo, starałam się koordynować pracę zespołu …….. a ty –jakie czynności wykonywałaś **Odp.:** Pielęgniarka 2- byłam odpowiedzialna za kontrolę parametrów. Zmierzyłam ciśnienie, tętno, saturację, liczbę oddechów i temperaturę Kto jeszcze może powiedzieć co wykonał? ……. jakie miałaś zadania? **Odp.:** Pielęgniarka 3- kontrolowałam dreny, sprawdzałam diurezę i treść w woreczku stomijnym, wszystkie swoje obserwacje udokumentowałam w karcie obserwacji. **Odp.:** Pielęgniarka 4- ja obserwowałam opatrunek, sprawdzałam czy nie przemaka krwią. **Odp.:** Pielęgniarka 5- ja realizowałam zlecenia lekarskie, wymieniłam morfinę bo właśnie się skończyła i podłączyłam w pompie infuzyjnej, podałam zlecony antybiotyk i podłączyłam 500ml 0,9%NaCl wszystkie czynności udokumentowałam. **Faza analizy – Myśli i uczucia.** Co zrobiliście dobrze? Jakie macie poczucie opanowania procedur niskiej wierności ? Czy jesteście zadowoleni? **Odp.**: Tak Z czego jesteście zadowoleni? Jak myślicie takie postępowanie z pacjentem jakie zaprezentowaliście jest wystarczające w opiece po tak rozległej operacją? **Odp.:** Myślimy,że zawsze coś można poprawić. Wobec tego zaproponuj co jeszcze można wykonać o co poszerzyć działania. Z czego jesteście nie zadowoleni? Powiedz jak możesz to poprawić? **Odp.:** Myślę że gdybym jeszcze kilka razy przećwiczył pewne procedury wykonywałbym je lepiej …… pełniłeś rolę obserwatora procedur, co myślałeś obserwując koleżanki w czasie symulacji? **Odp.:** Myślałam że świetnie sobie radzą i że cieszę się że jestem akurat w takiej grupie. Myślę ze każdy poradzi sobie w prawdziwej pracy …….z czego jesteś zadowolony obserwując zespół, **Odp.:** Jestem zadowolony z tego że każdy wiedział jakie ma zadanie, procedury wykonywane były sprawnie, pielęgniarki dobrze współpracowały ze sobą, stanowiły zespół. …… jak się czułeś wiedząc, że to ty mógłbyś być w roli swojej koleżanki? **Odp.:** byłem spokojny o cały zespół, bo wiele razy razem ćwiczyliśmy, mógłbym pełnić każdą rolę.

	Cieszę się, z twojej pewności i odwagi,to w następnej symulacji będziesz liderem……. **Podsumowanie** Omówiliście wszystkie procedury wykonywane przez siebie, bardzo odpowiedzialnie lider kierował zespołem, widziałam że czujesz się odpowiedzialna za swoje koleżanki. Wykonywanie pomiarów przebiegło sprawnie, procedury ze scenariuszy niskiej wierności opanowaliście dobrze, widzę że czujecie się pewnie. Wnikliwie obserwowaliście ilość i jakość treści w drenach, sprawdzaliście jak wygląda opatrunek, kontrolowaliście przetokę stomijną. Bardzo dobrze podłączyliście lek w pompie infuzyjnej do centralnego wkłucia. Prawidłowo obliczyliście dawkę antybiotyku. Tak,zespół wypadł bardzo dobrze gratuluję. Na następnych zajęciach tematem będzie Postępowanie z chorym po operacji usunięcia żylaków kończyny dolnej . Materiały przekaże emailem.
Zastosowanie umiejętności:	Student wykorzysta zdobyte umiejętności na zajęciach praktycznych oraz praktykach zawodowych a także na egzaminie OSCE a następnie w pracy zawodowej
Literatura	1. Ewa Czaja, Monika Juszczyk, Marta Kowalewska: Procedury pielęgniarskie w chirurgii. Podręcznik dla studiów medycznych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. 2012. 2. Jan Fibak: Chirurgia. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. 2010. 3. Elżbieta Walewska: Podstawy Pielęgniarstwa chirurgicznego. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. 2012. 4. O.J. Abilez, T.C. Nguyen: Opieka nad pacjentem leczonym chirurgicznie. Elsevier Urban & Partner. 2013 . 5. O.J. Garden, A.W. Bradbury, J.L.R. Forsythe, R.W. Parks: Chirurgia. Podręcznik dla studentów. Elsevier Urban & Partner. 2009. 6. Scenariusz NW pomiar ciśnienia tętniczego 7. Scenariusz NW wykonanie EKG 8. Scenariusz NW podanie leku za pomocą pompy infuzyjnej 9. Scenariusz NW podłączenie wlewu kroplowego 10. Scenariusz NW pomiar tętna 11. Scenariusz NW pomiar temperatury ciała 12. Scenariusz NW podanie leków drogą dożylną
Umiejętności podstawowe:	**Wiedza:** Postępowanie z pacjentem po zabiegu operacyjnym **Umiejętności:** Obserwacja pola operacyjnego Obserwacja drenów Obserwacja parametrów Obserwacja worka stomijnego Podłączenie wlewu kroplowego Kontrola dokumentacji **Kompetencje:** Współpraca z zespołem terapeutycznym Poszanowanie praw pacjenta

Efekty kształcenia	**Wiedza** **D. W.33**. zna kierunki obserwacji pacjenta po zabiegu operacyjnym, w celu zapobiegania wczesnym i późnym powikłaniom **D.W.34**.-harakteryzuje przebieg i sposoby postępowania w określonych jednostkach chorobowych leczonych chirurgicznie **D.W. 35**- wyjaśnia działania zintegrowanego systemu opieki stomijnej i innych stowarzyszeń na rzecz zdrowia **C.W.12-** opisuje istotę, cel, wskazania, przeciwwskazania, niebezpieczeństwa, obowiązujące zasady i strukturę wykonywania podstawowych czynności pielęgniarskich **B.W.3**- omawia mechanizmy funkcjonowania człowieka w sytuacjach trudnych **B.W.23**- zna Kartę Praw Pacjenta, Kartę Praw Człowieka i Kartę Praw Dziecka; **D.W.5**- zna zasady diagnozowania w pielęgniarstwie internistycznym, geriatrycznym, chirurgicznym, pediatrycznym, neurologicznym, psychiatrycznym, anestezjologicznym, położniczo- ginekologicznym i opiece paliatywnej **Umiejętności** **C.U.8**- dokonuje bieżącej i końcowej oceny stanu zdrowia pacjenta i skuteczności działań pielęgniarskich **C.U.10**- podaje choremu leki różnymi drogami, zgodnie z pisemnym zleceniem lekarza oraz oblicza dawki leków **C.U.23**- podłącza i obsługuje zestawy do kroplowych wlewów dożylnych **C.U.33**-prowadzi dokumentację opieki pielęgniarskiej, w tym historię pielęgnowania, kartę obserwacji, kartę gorączkową, książkę raportów, kartę profilaktyki i leczenia odleżyn **C.U.34**- odnotowuje wykonanie zleceń w karcie zleceń lekarskich **C.U.63**- bezpiecznie stosuje środki dezynfekcyjne i segreguje odpady medyczne **D.U.10-** ocenia stan ogólny pacjenta w kierunku powikłań po specjalistycznych badaniach diagnostycznych i powikłaniach pooperacyjnych **D.U.33**- przygotowuje i podaje leki różnymi drogami, samodzielnie lub na zlecenie lekarza **Kompetencje** **D.K1**- szanuje godność i autonomię osób powierzonych opiece **D.K3-** przestrzega wartości, powinności i sprawności moralnych w opiece **D.K4**- wykazuje odpowiedzialność moralną za człowieka i wykonywanie zadań zawodowych **D.K5**- przestrzega praw pacjenta **D.K6**- rzetelnie i dokładnie wykonuje powierzone obowiązki zawodowe **D.K8**- współdziała w ramach zespołu interdyscyplinarnego w rozwiązywaniu dylematów etycznych z zachowaniem zasad kodeksu etyki zawodowej **D.K10**- przejawia empatię w relacji z pacjentem i jego rodziną oraz współpracownikami

SCENARIUSZ SYMULACJI MEDYCZNEJ POŚREDNIEJ WIERNOŚCI – PW **Autor: dr nauk o zdrowiu Anna Ławnik**											Nr porządkowy	PW zgodnie z wykazem
Czas zajęć		90 min	Czas scenariusza	15 Min	Liczba studentów	6-8						
Nazwa		**Postępowanie z pacjentem w dniu zabiegu operacyjnego usunięcia żylaków.**										
Cel główny		**Nauka przygotowania pacjenta do zabiegu operacyjnego usunięcia żylaków w trybie planowym.**										
Cel szczegółowy		1. Zbieranie wywiadu medycznego 2. Przygotowanie pola operacyjnego, 3. Przebranie w bieliznę szpitalną 4. Profilaktyka przeciw zakrzepowa na kończynie nie operowanej 5. Postępowanie zgodnie ze zleceniem lekarskim 6. Sprawdzenie dokumentacji										
Metoda		Symulacji medycznej										
INFORMACJE TECHNICZNE I ORGANIZACYJNE												
Nr Sali		Nr 205	Numer stanowiska	Nr 1	Nr trenażera, fantomu	Nr zgodnie z wykazem						
Sprzęt wielokrotnego użytku		15. Fantom dorosłego pacjenta 16. Zestaw do założenia wkłucia (taca, czerwony pojemnik, nerka, staza) 17. Płyn dezynfekujący 18. Pończochy uciskowe (bandaż elastyczny)			Sprzęt jednorazowego użytku	32. Zestaw do założenia wkłucia 33. Golarka 34. Koszula jednorazowa z fryzeliny 35. Wenflon niebieski x3szt 36. Okleina do wenflonu 37. Strzykawka 20ml, 10ml, 5ml x 3 szt 38. NaCl 0,9% -500ml – 1szt 39. Tabletki dormicum						
Pozostałe wyposażenie		4. Dokumentacja (historia choroby, karta zleceń, grupa krwi, wyniki badań, zgoda na zabieg, zgoda na znieczulenie, krzyżówka krwi)			Ubrania i charakteryzacja	1. Fantom leży w łóżku w prywatnej piżamie						
Informacja ogólna dla technika		Fantom leży w łóżku, w pozycji na plecach jest ubrany w prywatną piżamę, ręce ma wyjęte na kołdrę.										
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	R - oddech	EKG	NIBP	SpO_2	CO_2	Temp. ^0C	Sinica%	Oczy	Obrzęki		
	Liczba	16	90	130/85	98	40	36,8	-	-	-		
	Cechy											
	Inne	Inne ustawienia:										
Czynności początkowe		*Należy wpisać co trzeba wykonać przed rozpoczęciem zajęć scenariusza np.:* ***Wykładowca:*** • *Co jeszcze trzeba zrobić i kto w scenariuszu któregoo to* dotyczy. Przed rozpoczęciem zajęć sprawdza sposób przygotowania stanowiska i kompletacje. • Sprawdza listę uczestników i kartę informacyjną scenariusza itp. • Rozpoczyna scenariusz — prosząc o wyłączenie telefonów, zajęcie miejsc itp. — informacja za 3 min. rozpoczynamy proszę zająć miejsca itp.										
REALIZACJA SCENARIUSZA												
WPROWADZENIE – PREBREFING:												
PLAN PREBRIEFINGU: 83. Zapoznanie z tematem szkolenia/kursu/scenariusza. W dniu dzisiejszym nauczycie się postępowania z pacjentem przygotowywanym do zabiegu operacyjnego usunięcia żylaków w trybie planowym.												

84. Zaprezentuj części szkolenia/zajęć:.
Scenariusz został podzielony na 3 części: część pierwsza prebrifing, stanowiący wprowadzenie do scenariusza, który będzie trwał 10 minut. Część druga to realizacja scenariusza, trwająca 10 minut. Część trzecia jest to debrifing stanowiący omówienie i podsumowanie wykonywanego scenariusza, który będzie trwał 20 minut.
85. Przedstawienie i omówienie krótkie celu i celów pośrednich scenariusza — rozmowa dyskusja w oparciu o informacje *dla* studentów i informacje dla wykładowców.
Celem dzisiejszego spotkania będzie nauka postępowania z pacjentem przygotowywanym do planowego zabiegu operacyjnego usunięcia żylaków kończyny dolnej lewej.
Zaś do celów szczegółowych możemy zaliczyć:
a) Zbieranie wywiadu medycznego
b) Przygotowanie pola operacyjnego,
c) Przebranie w bieliznę szpitalną
d) Profilaktyka przeciw zakrzepowa na kończynie nie operowanej
e) Postępowanie zgodnie ze zleceniem lekarskim (podanie dormicum 7,5mg, założenie wkłucia, podanie antybiotyku, podłączenie płynów)
f) Sprawdzenie dokumentacji
86. Przedstaw gdzie będzie przeprowadzany scenariusz: Dzisiejszy scenariusz ma miejsce na oddziale chirurgii, na sali pacjenta.
87. Zaprezentuj przypadek kliniczny:
Jan Kowalski lat 42
Na oddział chirurgii trafił na planowy zabieg usunięcia żylaków kończyny dolnej lewej. Pacjent spokojny, logiczny, w pełni świadomy, bez objawów towarzyszących. Nie przyjmuje żadnych leków i na nic się nie leczy

88. Zaproponuj podział ról w grupie, wyznacz lidera
11. Teraz przydzielę Wam role, jakie będziecie pełnić w tym scenariuszu
- .....będziesz liderem (Pielęgniarka 1), do Twoich zadań będzie należało zebranie wywiadu, koordynacja współpracy z zespołem terapeutycznym.
- …… będziesz Pielęgniarką 2, do Twoich zadań będzie należało przygotowanie pola operacyjnego.
- .....będziesz Pielęgniarką 3, do Twoich zadań będzie należało przebranie pacjenta w jednorazową koszulę fryzelinową oraz założenie pończoch uciskowej na nogę zdrową – prawą.
- …… będziesz Pielęgniarką 4, do Twoich zadań będzie należała realizacja zleceń lekarskich, czyli podanie pacjentowi premedykacji doustnej (dormicum 7,5mg, podłączenie 500 ml 0,9% NaCl).
- ……. będziesz Pielęgniarką 5, do Twoich zadań będzie należało sprawdzenie dokumentacji.
- .....będziesz obserwatorem, do Twoich zadań będzie należało obserwowanie wykonywanych przez pielęgniarki procedur.
- .....będziesz obserwatorem, do twoich zadań będzie należało obserwowanie komunikacji w zespole terapeutycznym.
89. Upewnij się czy poszczególni członkowie zespołu wiedzą za co są odpowiedzialni, czy rozumieją swoją rolę.
90. Zaproś uczestników do Sali symulacyjnej w celu zapoznania z salą i ze sprzętem.

INFORMACJE DLA STUDENTÓW	INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW
W dniu dzisiejszym przećwiczycie przygotowanie pacjenta do zabiegu chirurgicznego w trybie planowym. Pacjent będzie przygotowywany do zabiegu usunięcia żylaków kończyny dolnej lewej (podudzie). Dowiecie się jak wygląda krótki wywiad który zbiera pielęgniarka przed przewiezieniem pacjenta na blok operacyjny.	Znajdujemy się w sali pacjenta na oddziale chirurgii. Jest godz. 8.00, pacjent o godz. 9.00 jest planowany do zwiezienia na blok. Pacjent został przyjęty w trybie planowym do usunięcia żylaków podudzia kończyny dolnej lewej. Jest w stanie ogólnym dobrym, dolegliwości nie zgłaszał, noc przespał spokojnie. Od kolacji pozostaje na czczo.

Zobaczycie jak ważne jest przygotowanie (ogolenie) skóry pacjenta w miejscu planowanego zabiegu.
Zrozumiecie w jaki sposób stosuje się profilaktykę przeciwzakrzepową na kończynie nieoperowanej.
Przebierzecie pacjenta w bieliznę jednorazową i wykonacie zlecenia lekarskie, czyli podacie pacjentowi premedykację doustnie, założycie wkłucie dożylne, podacie antybiotyk i podłączycie 500 ml 0,9% NaCl.
Poza tym sprawdzicie czy dokumentacja medyczne jest kompletna. Uświadomcie sobie jak odpowiedzialna jest praca pielęgniarki w tego typu sytuacjach. Przećwiczenie przez was czynności medycznych w pracowni symulacji zapobiegnie w przyszłości popełnieniu przez was błędów w pracy z pacjentem w rzeczywistej sytuacji medycznej.

Najstarszą metodą leczenia przewlekłej choroby żylnej (żylaków) jest leczenie operacyjne. Zabieg najczęściej przeprowadza się w znieczuleniu przewodowym bądź w ogólnym, jednak istnieje możliwość zastosowania znieczulenia miejscowego. Jest to jedyny zabieg, w którym nie ma ograniczeń co do wielkości żył, jakie można usunąć. Klasyczny zabieg operacyjny polega na usunięciu niewydolnej żyły odpiszczelowej lub odstrzałkowej, a następnie żylaków, oraz zlokalizowaniu perforatorów i przerwaniu ich ciągłości. Na początku zabiegu wykonuje się nacięcie w pachwinie, gdzie żyła odpiszczelowa uchodzi (wpada) do żył głębokich. Naczynie się przecina i podwiązuje koniec od strony żył głębokich. Następnie wykonuje się drugie nacięcie skóry ponad żyłą (w zależności od rozległości zmian: albo w okolicy kolana, albo w okolicy kostki). Do żyły wprowadza się długą metalową sondę i za jej pomocą wyciąga się żyłę (czynność tę określa się mianem strippingu). Żylaki w metodzie klasycznej usuwa się z drobnych nacięć skóry z użyciem specjalnych haczyków i szczypczyków. Rany po zabiegu zszywa się lub zamyka za pomocą plastrów (stripów). Po zabiegu na kończynę zakłada się opatrunek uciskowy (pończocha). Pacjent jest wypisywany ze szpitala w dniu zabiegu lub w dniu następnym. W zależności od rodzaju znieczulenia wskazany jest kilku lub kilkunastogodzinny pobyt w łóżku, a następnie szybki powrót do pełnej aktywności fizycznej. Przez co najmniej 3-4 tygodnie po zabiegu należy codziennie bandażować operowaną kończynę dolną bandażem elastycznym na czas dziennej aktywności. Najlepszym, choć kosztownym rozwiązaniem jest jednak stosowanie przez kilka miesięcy po zabiegu wyrobów o zmiennym ucisku (rajstopy, pończochy lub podkolanówki elastyczne). Szwy skórne usuwa się w 10-12 dobie pooperacyjnej

1. Jak myślicie na czym polega przygotowanie pola operacyjnego?

Odp: Aby przygotować pole operacyjne trzeba je ogolić i zdezynfekować.

2. Czego użyjecie do golenia pacjenta?

Odp.: Najlepsza w tym wypadku jest maszynka elektryczna

3. Dlaczego maszynka elektryczna a nie jednorazowa?

Odp.: Ponieważ jest mniejsze ryzyko skaleczenia pacjenta a przez to spowodowania zakażenia.

4. Jak myślicie czy podaż płynów przy takim zabiegu jest potrzebna?

Odp.: Myślę że tak.

5. W jakim celu stosujemy płynoterapię?

Odp.: Aby łożysko naczyniowe było bardziej wypełnione.

Odp.: Pacjent jest na czczo więc musimy dostarczyć mu płyny które normalnie przyjął by do ustnie.

Odp.: Zabieg usunięcia żylaków jest zabiegiem obciążonym dużym krwawieniem, dlatego podłączamy płyny.

6. Jak myślicie czy zabieg usunięcia żylaków powinien być zabezpieczony krwią?

Odp.: Tak, jak już powiedziałam jest duże ryzyko silnego krwawienia, dlatego krew powinna być zarezerwowana.

7. Co jest potrzebne aby zarezerwować Koncentrat Krwinek Czerwonych dla konkretnego pacjenta?

Odp.: Jego grupa krwi.

8. Czy grupa krwi wystarczy?

Odp.: Nie należy jeszcze pobrać krew do wykonania próby krzyżowej.

9. Jak myślicie w jakim celu podajemy pacjentowi premedykację przed zabiegiem?

Odp.: Aby pacjenta uspokoić.

10. Powiedzcie mi z jakich wskazań wykonuje się zabieg usunięcia żylaków kończyn dolnych?

Odp.: Żylak jest niebezpieczny z tego względu że jak oderwie się z niego drobna skrzeplina to może powstać zator w mózgu lub płucach

Dziękuję widzę że świetnie orientujecie się w temacie.
Wyznaczę teraz każdemu rolę w którą wcieli się będą na Sali symulacji.

Pielęgniarka 1–lider – zbiera wywiad, koordynuje pracę zespołu
Pielęgniarka 2 – przygotowuje pole operacyjne, goli nogę
Pielęgniarka 3 – przebiera pacjenta, stosuje profilaktykę przeciwzakrzepowa na nogę nie operowaną
Pielęgniarka 4 – realizuje zlecenia lekarskie
Pielęgniarka 5 - sprawdza dokumentacje
Obserwator 1 - komunikacji
Obserwator 2 - procedur
Obserwator 3 – całości scenariusza

ZAPOZNANIE STUDENTÓW ZE SPRZĘTEM	
Wykładowca	Będziemy dzisiaj pracować na Sali chorych oddziału chirurgicznego, łóżko szpitale już poznaliście, stojak na kroplówkę też. Pacjentem jest fantom osoby dorosłej, proszę go obejrzeć jakie funkcje posiada, jakie zabiegi można na nim wykonać, jest funkcja żyły do wkucia, miejsce do iniekcji domięśniowej, jest ruchoma głowa, proteza usuwalna. Proszę aby każdy z was osobiście dotknął żyły, miejsce wkłucia domięśniowego. W punkcie zabiegowym zapoznajcie się z zestawami do kroplowego wlewu dożylnego, zestaw do golenia –Zestawy te również są wam znane.
Student	Dotykają głowy, żył do wkucia,na kończynach górnych, oglądają i dotykają, usuwają ruchoma protezę. Głośno powtarzają wyposażenie przygotowanych zestawów do zabiegów, podłączenia kroplówki, iniekcji domięśniowej.
SCENARIUSZ SYMULACJI	
Opis scenariusza	Jan Kowalski lat 42 Na oddział chirurgii trafił na planowy zabieg usunięcia żylaków kończyny dolnej lewej. Pacjent spokojny, logiczny, w pełni świadomy, bez objawów towarzyszących. Nie przyjmuje żadnych leków i na nic się nie leczy
Obecny stan kliniczny	Wszystkie parametry życiowe w normie. Pacjent spokojny, logiczny, w pełni świadomy, bez objawów towarzyszących.
Wywiad	Pacjent bez obciążeń chorobowych, nie przyjmuje żadnych leków na stałe.

Przebieg scenariusza Ścieżka 1	1. Lider - Wywiad	
	Dzień dobry Panie Janie, jak się pan dzisiaj czuje?	Dobrze ale bywało lepiej
	Czy nic Pan dzisiaj nie jadł ani nie pił?	Nic mi nie dali to skąd miałem wziąć jedzenie
	Czy wziął Pan prysznic, jak prosiłam?	Tak oczywiście, jestem czyściutki i pachnący
	Czy nie palił Pan dzisiaj papierosów?	Jeszcze nie, ale mam ogromna ochotę
	Jak przespał Pan noc?	Trochę się budziłem bo Nowak spod 8 strasznie wrzeszczał ale ogólnie to nie najgorzej mi się spało
	Za chwilę przyjdzie inna pielęgniarka i ogoli Panu nogę, później będzie Pan się musiał przebrać w naszą, taka specjalna koszulkę.	Dobrze, proszę mówić co mam robić
	2. Pielęgniarka	
	Panie Janie proszę się przebrać w koszulę którą Panu przyniosłam	Dobrze, a te troczki to będą z przodu czy z tyłu?
	Troczki z tyłu, i jak będzie Pan wracał z łazienki to proszę mnie zawołać to zabandażujemy jeszcze tą nogę która nie będzie dzisiaj operowana?	A po co bandażować tą zdrową nogę, to nie wystarczy że jedna będzie w bandażach?
	To tak żeby Pan z jedną zabandażowaną głupio nie wyglądała a tak na poważnie to po to żeby uniknąć powstawaniu zakrzepów	Dobrze, zawołam Panią
	3. Pielęgniarka	
	Panie Janie, muszę Panu ogolić nogę do operacji	Wiem, wiem mój sąsiad miał taki zabieg i też przyszedł z nogą bez włosów
	4. Pielęgniarka	

Przebieg scenariusza Ścieżka 1	Panie Janie, przyniosłam panu taką tabletkę po której będzie Pan spokojniejszy	Tak wiem, głupiego jaśka
	Założę Panu jeszcze wenflon, podam antybiotyk i podłączę kroplówkę- dobrze?	Jak trzeba to trzeba
	5. Pielęgniarka – sprawdza zlecenia	

PALETA 1 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE WRAZ Z PRAWIDŁOWYM PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna		Wpisać – co będzie się zmieniało i kiedy									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	R	EKG	NIBP	SpO2	Temp					
	Liczba	18	85	130/85	98	36.8					
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia dotyczą:									

DEBRIEFING:	
INFORMACJE DLA STUDENTÓW	**INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW**
Dziękuje za przeprowadzenie scenariusza. Celem dzisiejszych zajęć była nauka przygotowania pacjent do zabiegu operacyjnego- usunięcia żylaków podudzia lewego. Praca na fantomie zapewnia wam komfort ponieważ nie nastąpi żadna konsekwencja w przypadku podjęcia złej decyzji. Każda osoba w grupie miała przypisane zadania.	**Dziękuje za przeprowadzenie scenariusza.** **Celem scenariusza było przygotowanie pacjenta do usunięcia żylaków na kończynie dolnej w dniu operacji.** Jak czujecie się po realizacji scenariusza **Faza opisowa – faza aktów** Co wykonywałaś podczas scenariusza? **Odp.:** lider- zebrałam wywiad, przygotowywałam pacjenta psychicznie do operacji, nauczyłam jak ma się zachować po operacji. Pilnowałam żeby wszystkie zabiegi były wykonane …….. a ty –jakie czynności wykonywałaś **Odp.:** Pielęgniarka 2- byłam odpowiedzialna za przygotowanie pola operacyjnego i swoje obowiązki wykonałam, ogoliłam nogę i poźniej ją zdezynfekowałam. Kto jeszcze może powiedzieć co wykonał? ……. jakie miałaś zadania? **Odp.:** Pielęgniarka 3- ja założyłam koszule na jednorazową operacyjną i nałożyłam pończochę uciskową na kończynę prawą, tą która nie będzie operowana. **Odp.:** Pielęgniarka 4- ja założyłam wenflon i podłączyłam kroplówkę, podałam lek do ustny – premedykacje Dormicum 7,5 mg. **Odp.:** Pielęgniarka 5- ja sprawdziłam dokumentację jest zgoda na zabieg, na znieczulenie, czy jest wynik grupy krwi i zapotrzebowanie na KKCz. **Faza analizy – Myśli i uczucia.** Co zrobiliście dobrze? Jakie macie poczucie opanowania procedur niskiej wierności ? Czy jesteście zadowoleni? **Odp.**: Tak

	Z czego jesteście zadowoleni? Jak myślicie takie postępowanie z pacjentem jakie zaprezentowaliście jest wystarczające w opiece przed operacją? **Odp.:** Myślimy,że zawsze coś można poprawić. Wobec tego zaproponuj co jeszcze można wykonać o co poszerzyć działania. Z czego jesteście nie zadowoleni? Powiedz jak możesz to poprawić? **Odp.:** Myślę że gdybym jeszcze kilka razy przećwiczył pewne procedury wykonywałbym je lepiej …… pełniłeś rolę obserwatora procedur, co myślałeś obserwując koleżanki w czasie symulacji? **Odp.:** Mam bardzo dobre spostrzeżenia bo każdy wiedział co ma wykonać, procedury wykonywane były sprawnie, pielęgniarki dobrze współpracowały ze sobą stanowiły zespół. …….z czego jesteś zadowolony obserwując zespół, **Odp.:** Że nasza grupa naprawdę dobrze pracuje i myślę ze każdy poradzi sobie w prawdziwej pracy …… jak się czułeś wiedząc, że to ty mógłbyś być w jednej swojej koleżanki? **Odp.:** byłem spokojny o cały zespół,bo wiele razy razem ćwiczyliśmy, mógłbym pełnić każdą rolę. Cieszę się, z twojej pewności i odwagi,to w następnej symulacji będziesz liderem……. **Podsumowanie** Omówiliście wszystkie procedury wykonywane przez siebie, bardzo odpowiedzialnie lider zebrał wywiad, widziałam że korzystałaś z dokumentacji, swoją postawą wobec pacjenta, to że pokazałaś, że ją znasz, że wiesz jak się nazywa, że ma dzisiaj operacje, wzbudziło w chorej zaufanie do całej grupy. Słowa i rozmowa z pacjentem były dobrym przygotowaniem psychicznym chorego do operacji. Na uwagę zasługuje przeprowadzona edukacja. Zwróciłaś uwagę na najistotniejsze elementy. Wykonywanie pomiarów i ekg też przebiegły sprawnie, procedury ze scenariuszy niskiej wierności opanowaliście dobrze, widzę że czujecie się pewnie. Zadbanie o higienę pola operacyjnego też było istotne. Przygotowanie i kontrola dokumentacji medycznej pacjentki, potwierdzenie podpisem zgody na operację też było sprawdzone. Tak,zespół wypadł bardzo dobrze gratuluję. Na następnych zajęciach tematem będzie Postępowanie z chorym po operacji usunięcia żylaków kończyny dolnej . Materiały przekaże emailem.

Zastosowanie umiejętności:	Student wykorzysta zdobyte umiejętności na zajęciach praktycznych oraz praktykach zawodowych a także na egzaminie OSCE a następnie w pracy zawodowej

Literatura	1. Ewa Czaja, Monika Juszczyk, Marta Kowalewska: Procedury pielęgniarskie w chirurgii. Podręcznik dla studiów medycznych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. 2012. 2. Jan Fibak: Chirurgia. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. 2010. 3. Elżbieta Walewska: Podstawy Pielęgniarstwa chirurgicznego. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. 2012. 4. O.J. Abilez, T.C. Nguyen: Opieka nad pacjentem leczonym chirurgicznie. Elsevier Urban & Partner. 2013 . 5. O.J. Garden, A.W. Bradbury, J.L.R. Forsythe, R.W. Parks: Chirurgia. Podręcznik dla studentów. Elsevier Urban & Partner. 2009. 6. Scenariusz NW pomiar ciśnienia tętniczego 7. Scenariusz NW wykonanie EKG 8. Scenariusz NW pobieranie krwi do badań 9. Scenariusz NW podłączenie wlewu kroplowego 10. Scenariusz NW pomiar tętna 11. Scenariusz NW założenie kaniuli dożylnej 12. Scenariusz NW podanie leków drogą doustną

Umiejętności podstawowe:	**Wiedza:** Postępowanie z pacjentem przed zabiegiem operacyjnym **Umiejętności:** Przygotowanie pola operacyjnego Nakładanie pończochy uciskowej Podanie premedykacji Podłączenie wlewu kroplowego Zbieranie wywiadu Kontrola dokumentacji **Kompetencje:** Współpraca z pacjentem Praca w zespole

Efekty kształcenia	**Wiedza** **D. W.32**.zna zasady przygotowania pacjenta do zabiegu operacyjnego w trybie pilnym i planowym oraz w chirurgii jednego dnia wymienia objawy, **D.W.34**.-harakteryzuje przebieg i sposoby postępowania w określonych jednostkach chorobowych leczonych chirurgicznie **C.W.12-** opisuje istotę, cel, wskazania, przeciwwskazania, niebezpieczeństwa, obowiązujące zasady i strukturę wykonywania podstawowych czynności pielęgniarskich **B.W.3**- omawia mechanizmy funkcjonowania człowieka w sytuacjach trudnych **B.W.23**- zna Kartę Praw Pacjenta, Kartę Praw Człowieka i Kartę Praw Dziecka; **D.W.5**- zna zasady diagnozowania w pielęgniarstwie internistycznym, geriatrycznym, chirurgicznym, pediatrycznym, neurologicznym, psychiatrycznym, anestezjologicznym, położniczo- ginekologicznym i opiece paliatywnej **Umiejętności** **B.U.3** .-projektuje i realizuje w warunkach symulowanych elementarne formy pomocy psychologicznej **C.U.8**- dokonuje bieżącej i końcowej oceny stanu zdrowia pacjenta i skuteczności działań pielęgniarskich **C.U.10**- podaje choremu leki różnymi drogami, zgodnie z pisemnym zleceniem lekarza oraz oblicza dawki leków **C.U.23**- podłącza i obsługuje zestawy do kroplowych wlewów dożylnych **C.U.33**-prowadzi dokumentację opieki pielęgniarskiej, w tym historię pielęgnowania, kartę obserwacji, kartę gorączkową, książkę raportów, kartę profilaktyki i leczenia odleżyn

Efekty kształcenia	**C.U.34**- odnotowuje wykonanie zleceń w karcie zleceń lekarskich **C.U.63**- bezpiecznie stosuje środki dezynfekcyjne i segreguje odpady medyczne **D.U.33**- przygotowuje i podaje leki różnymi drogami, samodzielnie lub na zlecenie lekarza **Kompetencje** **D.K1**- szanuje godność i autonomię osób powierzonych opiece **D.K3-** przestrzega wartości, powinności i sprawności moralnych w opiece **D.K4**- wykazuje odpowiedzialność moralną za człowieka i wykonywanie zadań zawodowych **D.K5**- przestrzega praw pacjenta **D.K6**- rzetelnie i dokładnie wykonuje powierzone obowiązki zawodowe **D.K8**- współdziała w ramach zespołu interdyscyplinarnego w rozwiązywaniu dylematów etycznych z zachowaniem zasad kodeksu etyki zawodowej **D.K10**- przejawia empatię w relacji z pacjentem i jego rodziną oraz współpracownikami

SCENARIUSZ SYMULACJI MEDYCZNEJ POŚREDNIEJ WIERNOŚCI – PW **Autorzy: dr n. med. Barbara Sokołowska** **dr nauk o zdrowiu Justyna Paszkiewicz**					Nr porządkowy	PW zgodnie z wykazem
Czas zajęć	90 Minut	Czas scenariusza	15 Minut	Liczba studentów	8	
Nazwa	**Postępowanie z pacjentem z krwawieniem wewnętrznym z powodu przedawkowania acenocumarolu**					
Cel główny	**Utrwalenie praktycznego działania zgodnego z algorytmem postępowania z pacjentem z krwawieniem wewnętrznym z powodu przedawkowania acenocumarolu.**					
Cel szczegółowy	1. Obserwacja i interpretacja objawów krwawienia wewnętrznego oraz zebranie szybkiego wywiadu. 2.Monitorowanie parametrów życiowych pacjenta. 3.Wdrażanie działań terapeutyczno - pielęgnacyjnych w oparciu o algorytm (zgodnie ze zleceniem lekarskim)					
Metoda	Zajęcia te będą realizowane metodą symulacji medycznej.					
INFORMACJE TECHNICZNE I ORGANIZACYJNE						
Nr Sali	Nr …	Numer stanowiska	Nr…	Nr trenażera, fantomu	Nr	
Sprzęt wielokrotnego użytku	- Fantom dorosłego mężczyzny - Zestaw do pobierania krwi do badań **(Scenariusz *zgodnie z wykazem)*** - Zestaw do podawania tlenu, reduktor Zestaw do podłączenia kroplowego wlewu dożylnego. **(Scenariusz *zgodnie z wykazem)*** - Zestaw do pomiaru temperatury ciała- termometr elektroniczny **(Scenariusz *zgodnie z wykazem)*** Kardiomonitor Kaczka Wózek reanimacyjny			Sprzęt jednorazowego użytku	- Zestaw do pobierania krwi do badań **(Scenariusz *zgodnie z wykazem)*** - Zestaw do podawania tlenu (maska tlenowa z przewodem). - Zestaw do podłączenia kroplowego wlewu dożylnego **(Scenariusz *zgodnie z wykazem)*** - zestaw do podawania leków droga dożylną	
Pozostałe wyposażenie	- Karta wywiadu pacjenta. - Indywidualna karta zlecenia lekarskiego z informacjami - Badania laboratoryjne: morfologia, INR, stężenie we krwi kreatyniny, mocznika, Grupa krwi - Tlen - karta informacyjna - Karta ze zleceniami lekarskimi			Ubrania i charakteryzacja	1. Fantom dorosłego mężczyzny ubranego w koszulę i spodnie Na skórze liczne wybroczyny krwawe	
Informacja ogólna dla technika	Symulator dorosłego mężczyzny ubranego w koszulę i spodnie. Symulator umieszczony na łóżku szpitalnym. Na prawej dłoni założone wkłucie dożylne typu wenflon zabezpieczone korkiem i bandażem owiniętym wokół dłoni.					

Parametry początkowe symulatora	Nazwa	R - oddech	EKG	NIBP	SpO_2	CO_2	Temp. ^0C	Sinica	Oczy	Obrzęki	W płucach
	Liczba	20	85	110/80	90%	40	36.0	-			
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia: liczne wybroczyny skórne									
Czynności początkowe		**Wykładowca:** 1. Przed rozpoczęciem zajęć sprawdza sposób przygotowania stanowiska i kompletacje. 2. Sprawdza listę uczestników i kartę informacyjną scenariusza itp. 3. Rozpoczyna scenariusz – prosząc o wyłączenie telefonów, zajęcie miejsc itp. – informacja za 3 min. rozpoczynamy proszę zająć miejsca itp. • *Co jeszcze trzeba zrobić i kto w scenariuszu którego to dotyczy.*									

REALIZACJA SCENARIUSZA

WPROWADZENIE – PREBREFING:

PLAN PREBREFINGU:

1. W dniu dzisiejszym nauczymy się postępowania z pacjent*, u którego* wystąpiło krwawienie wewnętrzne z powodu przedawkowania acenocumarolu
2. Scenariusz został podzielony na 3 części: część pierwsza prebrifing, stanowiący wprowadzenie do scenariusza, który będzie trwał 30 minut. Część druga to realizacja scenariusza, trwająca 15 minut. Część trzecia jest to debriefing stanowiący omówienie i podsumowanie wykonywanego scenariusza, który będzie trwał 40 minut.
3. Celem głównym scenariusza jest nauka postępowania z pacjentem z krwawieniem wewnętrznym Cele szczegółowe to zbieranie wywiadu medycznego, obserwacja i interpretacja objawów krwawienia wewnętrznego. Monitorowanie parametrów życiowych pacjenta oraz wdrażanie działań terapeutyczno - pielęgnacyjnych w oparciu o algorytm (zgodnie ze zleceniem lekarskim)
4. Scenariusz będzie realizowany w Oddziale Chorób Wewnętrznych
5. Czy wszystkie przedstawione przeze mnie informacje są zrozumiałe? Tak

Zaprezentuję teraz przypadek kliniczny: Pan Piotr K lat 58 z zawodu kierowca. Około 9 lat temu zasłabnięcie pacjenta i zgłaszanie niekiedy takich objawów jak kołatanie serca, duszność, ból w klatce piersiowej oraz zawroty głowy skłoniły pacjenta do wykonania dokładnych badań, które dowiodły niewydolność serca z powodu niedomykalności zastawki dwudzielnej. 4 lata temu pan Piotr przebywał w oddziale kardiologii z powodu kolejnego zasłabnięcia, szybkiej niemiarowej akcji serca i migotania przedsionków.

Przy wypisie pacjentowi zalecono acenocumarol 1½ tab dziennie pod stałą miesięczną kontrolą INR, Polocard, Betaloc 50 mg 1 tab. dziennie, Tertensif SR. Z powodu swojego charakteru pracy, częste i długie wyjazdy oraz ostatnimi czasy dobrego samopoczucia przez 4 ostatnie miesiące pacjent nie wykonywał pomiaru INR.

Po powrocie z trzytygodniowego wyjazdu już od tygodnia pacjent czuł się źle. Czuł silne osłabienie, czasami kołatanie serca, na kończynach dolnych pojawiły się krwawe wybroczyny oraz krew w moczu, co zaniepokoiło pacjenta. Po zgłoszeniu się do lekarza rodzinnego wykonano badanie INR 6 pacjent w trybie natychmiastowym dostał skierowanie na oddział chorób wewnętrznych.

6. Teraz przydzielę Wam role, jakie będziecie pełnić w tym scenariuszu
   - .....będziesz liderem (Pielęgniarka 1), do Twoich zadań będzie należało zebranie wywiadu, koordynacja współpracy z zespołem terapeutycznym
   - .....będziesz Pielęgniarką 2, do Twoich zadań będzie należał monitorowanie pacjenta
   - .....będziesz Pielęgniarką 3, do Twoich zadań będzie należało wykonanie zleceń lekarskich (pobieranie badań, podawanie leków itd..)
   - .....będziesz obserwatorem, do twoich zadań będzie należało obserwowanie komunikacji w zespole terapeutycznym
   - .....będziesz obserwatorem, do Twoich zadań będzie należało obserwowanie procedur zastosowanych w scenariuszu

23. Czy wszyscy zrozumieli przydzielone im role?
24. Zwracam się do każdej osoby z zapytaniem czy rozumie przydzieloną rolę i proszę o powtórzenie zleconych zadań.
25. Zapraszam do sali symulacji w celu zapoznania się ze sprzętem.

INFORMACJE DLA STUDENTÓW	INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW
Dzisiaj nauczycie się postępowania z pacjentem, u którego wystąpiło krwawienie wewnętrzne z powodu przedawkowania acenocumarolu co stanowi stan zagrożenia życia pacjenta. Nauczycie się zebrać informacje od tego pacjenta, prowadzić prawidłową obserwację i interpretować objawy krwawienia wewnętrznego, monitorować parametry życiowe pacjenta oraz wdrażać działania terapeutyczno - pielęgnacyjnych w oparciu o algorytm (zgodnie ze zleceniem lekarskim). Uświadomicie sobie jak odpowiedzialna jest praca pielęgniarki w tego typu sytuacjach. Przećwiczenie przez was pewnych czynności w sytuacji symulacji medycznej, będzie zapobiegało popełnieniu przez was błędów w pracy z pacjentem w rzeczywistej sytuacji klinicznej. **Działania pielęgniarskie w krwawieniu wewnętrznym:** - wstępna ocena stanu chorego - podanie tlenu - wykonanie wkłucia dożylnego, - podłączenie kardiomonitora - podjęcie działań do zmniejszenia niepokoju chorego - obserwacja i ocena stanu ogólnego chorego i nasilenia duszności - śledzenie parametrów życiowych (tętna, ciśnienia tętniczego, oddechu, czynności elektrycznej serca, diurezy, ciśnienia w tętnicy płucnej) - dokumentowanie stanu chorego - pobieranie materiału do badań: morfologia, INR, grupa krwi, próba krzyżowa - podawanie leków oraz wykonywanie zabiegów zgodnie ze zleceniami lekarza - obserwowanie skuteczności działania leków i ewentualnych objawów ubocznych. - dokumentowanie terapii - wykonywanie działań opiekuńczych w zależności od stanu chorego i jego potrzeb.	Wyobraźcie sobie sytuację, że jesteście na zajęciach praktycznych w szpitalu w Oddziale Chorób wewnętrznych. Opiekujecie się pacjentem, który przybył do oddziału z powodu krwawienia z pęcherza moczowego oraz licznych wybroczyn krwawych na całym ciele. **Wykładowca zadaje pytania wybranym studentom:** **W:** Jak myślisz, czym charakteryzuje przedawkowanie acenocumarolu? Co to jest za lek i jakie jest niebezpieczeństwo jego stosowania? **Student:** Acenokumarol może powodować krwawienia z nosa i dziąseł, pojawienie się krwi w moczu i stolcu, wybroczyny na skórze, obfite i długie miesiączki, wymioty z krwią oraz kaszel z krwistą plwociną. Acenokumarol jest lekiem zmniejszającym krzepliwość krwi, zaliczanym do grupy antagonitów witaminy K, nazywanych też doustnymi lekami przeciwzakrzepowymi **W:** Jak myślisz, jakie objawy pojawią się u pacjenta? **Student:** Objawy krwotoku wewnętrznego: bladość skóry, ogólne osłabienie, przyspieszone słabo wyczuwalne tętno, spadek ciśnienia krwi, powłoki szare, pacjent zlany zimnym potem, może dojść do utraty przytomności. **W:** Jak możesz pomóc temu pacjentowi? **Student:** Przede wszystkim szybko rozpoznać stan chorego, czyli dokonać wstępnej oceny stanu chorego: Następnie: - podać tlen - wykonać wkłucie dożylne, - podłączyć kardiomonitor - podjąć działania dążące do zmniejszenia niepokoju chorego - stale obserwować i oceniać stan ogólny chorego i nasilenia duszności - kontrolować parametry życiowe - podawać leki oraz wykonywać zabiegi zgodnie ze zleceniami lekarza - obserwować skuteczność działania leków i ewentualnych objawów ubocznych. - wykonywać działania opiekuńcze w zależności od stanu chorego i jego potrzeb. **W:** Na jakie parametry zwrócisz uwagę? **Student:** tętno, ciśnienie tętnicze, oddech, czynność elektryczna serca, **W:** Jak byś próbował zebrać wywiad od tego pacjenta? **Student:** Wywiad nie powinien być czynnikiem streogennym dla pacjenta, dlatego też powinien być przeprowadzony be obecności osób postronnych. Na początku powinienem się przedstawić oraz wytłumaczyć pacjentowi cel i zasadność przeprowadzenia wywiadu oraz zapytać o zgodę na przeprowadzenie go. Następnie pytam pacjenta o przebieg choroby, pierwsze objawy, choroby współistniejące. Ważne jest, aby zapytać również

	o historię chorób w rodzinie a przede wszystkim o stosowanie używek i o nawyki żywieniowe oraz o wykonywany zawód, ponieważ informacje te mogą mieć wpływ na występowanie lub zaostrzenie choroby. **Wykładowca** Przydzielę każdemu z was określoną rolę i zadania do wykonania w tej symulacji. Kto zechciałby zostać liderem? Pielegniarka 1 Lider – nadzoruje pracę całej grupy, obserwuje pracę poszczególnych osób i udziela wskazówek.– zbiera wywiad zgodnie ze scenariuszem od siostrzenicy pacjenta ,ma odpowiedzi na wszystkie pytania. Wspiera pacjenta Pielęgniarka 2 –układa pacjenta we właściwej pozycji, podaje tlen zgodnie ze zleceniem lekarskim z procedura oraz prowadzi ciągły monitoring pacjenta. Pielęgniarka 3 - pobiera krew do badań laboratoryjnych, podaje leki drogą i.v oraz podłącza wlew kroplowy zgodnie z procedurą i zgodnie ze zleceniem lekarskim **Obserwatorzy:** 1. Student 4-obserwuje proces komunikacji podczas przebiegu scenariusza w zespole. 2. Student 5-obserwator przestrzegania procedur medycznych procedur postępowania z pacjentem. 3. Student 6-obserwator dokumentowania przebiegu scenariusza. - Kto z was nie rozumie swojej roli i zadania jakie ma do wykonania podczas tej symulacji? Jeżeli nie ma pytań, zapraszam was do sali symulacji medycznej.
ZAPOZNANIE STUDENTÓW ZE SPRZĘTEM	
Wykładowca	Dzisiaj będziemy pracować na sali Oddziału Chorób Wewnętrznych. Zapoznaliście się już z wyposażeniem stanowisk, dzisiaj dodatkowo będziemy wykorzystywać kardiomonitor i zestaw do podawania tlenu (Zaprezentowanie monitora oraz instruktaż obsługi, zaprezentowanie możliwości symulatora potrzebnych do tej symulacji – podłączenia do kardiomonitora, założenia wkłucia, podłączenia tlenu.) Instruktaż stanowiska zabiegowego, prezentacja potrzebnego sprzętu (patrz str.1)
Student	Każdy student powinien zapoznać się ze sprzętem – Zapoznanie z funkcjami symulatora- podłączeniem do kardiomonitora (podłączenie elektrod EKG, podłączenie klipsa do pomiaru saturacji, założenie mankietu do pomiaru ciśnienia tętniczego), sprawdzenie obsługi monitora.
SCENARIUSZ SYMULACJI	
Opis scenariusza	Pan Piotr K lat 58 zawodu kierowca. Około 9 lat temu zasłabnięcie pacjenta i zgłaszanie niekiedy takich objawów jak kołatania serca, duszność, ból w klatce piersiowej oraz zawroty głowy skłoniły pacjenta do wykonania dokładnych badań które dowiodły niewydolność serca z powodu niedomykalności zastawki dwudzielnej. 4 lata temu pan Piotr przebywał w oddziale kardiologii z powodu kolejnego zasłabnięcia, szybkiej niemiarowej akcji serca i migotania przedsionków.

<table>
<tr><td>Opis scenariusza</td><td colspan="2">Przy wypisie pacjentowi zalecono acenocumarol 1½ tab dziennie pod stałą miesięczną kontrolą INR, Polocard, Betaloc 50 mg 1 tab. dziennie, Tertensif SR.
Z powodu swojego charakteru pracy, częste i długie wyjazdy oraz ostatnimi czasy dobrego samopoczucia przez 4 ostatnie miesiące pacjent nie wykonywał pomiaru INR.
Po powrocie z trzytygodniowego wyjazdu już od tygodnia pacjent czuł się źle. Czuł silne osłabienie, czasami kołatanie serca, na kończynach dolnych pojawiły się krwawe wybroczyny oraz krew w moczu, co zaniepokoiło pacjenta. Po zgłoszeniu się do lekarza rodzinnego wykonano badanie INR które wynosiło 6 pacjent w trybie natychmiastowym dostał skierowanie na oddział chorób wewnętrznych.</td></tr>
<tr><td>Obecny stan kliniczny</td><td colspan="2">Objawy: duszność, oddech przyspieszony płytki,, ciśnienie tętnicze niskie i spada 80/45, tętno szybkie niemiarowe, słabo wyczuwalne. Widoczne wybroczyny na kończynach dolnych, pacjent spocony, blady, wystraszony. BMI-29,1</td></tr>
<tr><td>Wywiad</td><td colspan="2">Pan Piotr K lat 58 zawodu kierowca samochodu ciężarowego. Mieszka w domu jednorodzinnym w mieście z żoną i dwójka dzieci.</td></tr>
<tr><td rowspan="3"></td><td>Podział na role:
Lider – Pielęgniarka 1 – zbiera wywiad i wspiera pacjenta koordynator pracy całej grupy
Pielęgniarka 2 – odpowiedzialna za: właściwe ułożenie pacjenta, podawanie tlenu oraz monitorowanie stanu pacjenta: temperatura, saturacja, ilość oddechów, RR, tętno, zabarwienie powłok skórnych, stała obserwacja pacjenta
Pielęgniarka 3 – odpowiedzialna za pobranie badań laboratoryjnych i podanie leków drogą i.v i wlewów kroplowych.
Obserwatorzy:
Student 4-obserwator komunikacji
Student 5-obserwator procedur
Student 6-obserwator dokumentacji</td><td>Przebieg scenariusza:
Pielęgniarka 1 Lider – nadzoruje pracę całej grupy, obserwuje pracę poszczególnych osób i udziela wskazówek.– zbiera wywiad zgodnie ze scenariuszem od siostrzenicy pacjenta. Wspiera pacjenta
Pielęgniarka 2 –układa pacjenta we właściwej pozycji, podaje tlen zgodnie ze zleceniem lekarskim z procedura oraz prowadzi ciągły monitoring pacjenta.
Pielęgniarka 3 - pobiera krew do badań laboratoryjnych, podaje leki drogą i.v oraz podłącza wlew kroplowy zgodnie z procedurą i zgodnie ze zleceniem lekarskim
Obserwatorzy:
4. Student 4-obserwuje proces komunikacji podczas przebiegu scenariusza w zespole.
5. Student 5-obserwator przestrzegania procedur medycznych procedur postępowania z pacjentem.
6. Student 6-obserwator dokumentowania przebiegu scenariusza.</td></tr>
<tr><td>Pytania i odpowiedzi w wywiadzie:</td><td></td></tr>
<tr><td>Pielęgniarka 1 zbiera wywiad

P1. Dzień dobry nazywam się…….. i chciałabym przeprowadzić z Panem wywiad medyczny. Czy wyraża Pan zgodę?
Pacjent: Dzień dobry. Tak, proszę pytać.
P1: Pozwoli Pan, że w trakcie wywiadu będę notowała Pana odpowiedzi do kwestionariusza wywiadu.
Pacjent: oczywiście
P1: Nazywa się Pan Piotr K. urodzony w roku1961 r. Zgadza się?
Pacjent: Tak</td><td>Pielęgniarka 1: zbiera wywiad, odnotowuję go w dokumentacji
Pielęgniarka 2 Informuje pacjenta co będzie robiła, podłącza tlen, kardiomonitor , klips do saturacji, mierzy ciśnienie,
Pielęgniarka 3 sprawdza zlecenia, szykuje zestaw, pobiera badania laboratoryjne. Informuje pacjenta co będzie robiła. Zgodnie ze zleceniem lekarskim podłącza wlew kroplowy w celu utrzymania drożności naczyniowego , podłącza NaCl 0,9% z prędkością 30 kropli/min, przygotowuje PWE 500 ml, podaje tlen z prędkością 3l/min odnotowuje w zleceniach</td></tr>
</table>

	P1: Z jakiego powodu zgłosiła się Pan do szpitala? Pacjent: od jakiegoś czasu czułem się osłabiony, od kilku lat choruję na serce, mam utrwalone migotanie przedsionków i niedomykalność zastawki dwudzielnej. P1: Rozumiem, że leczy się Pan z tego powodu przewlekle. Jakie leki bierze Pan na stałe: Pacjent: tak, leczę się. Biorę acenokumarol, polocard, tertensif i betaloc. Z powodu mojej pracy i częstych wyjazdów zdaża mi się brać leki dosyć nieregularnie. P1: Jaki zawód Pan wykonuje? Pacjent: kierowca zawodowy. P1: Gdzie Pan mieszka? Pacjent: w mieście P1:Czy ktoś kiedyś w rodzinie Pana chorował na choroby serca czy nadciśnienie tętnicze? Pacjent: tak , mama P1: Czy w dzieciństwie chorował pan na częste anginy lub stany zapalne ucha środkowego, uszu? Pacjent: w dzieciństwie dosyć często chorowałem na anginę. P1: Czy choruje pan na inne choroby takie jak przewlekłe? Pacjent: Nie P1:Czy pali Pan papierosy i pije mocna kawę i herbat? Pacjent: papierosów nie palę, kawę piję sporadycznie P1: Czy ma Pan czasami uczucie kołatanie serca? Pacjent: ostatnio rzadko, jak biorę leki regularnie to czuję się dobrze. P1: Czy wstępują u Pana czasami omdlenia? Pacjent: przed postawieniem diagnozy zdarzyło się zemdleć kilka razy. P1: Czy jest jeszcze jest coś o czym chciałaby Pani mi powiedzieć, a o co nie zapytałem? Pacjent : nie, to chyba wszystko **Pielęgniarka 2** układa pacjenta we właściwej pozycji, podaje tlen zgodnie ze zleceniem lekarskim z procedura oraz prowadzi ciągły monitoring pacjenta. **Pielęgniarka 3** Postępowanie zgodnie ze zleceniami lekarskimi pobranie badań laboratoryjnych i podanie leków drogą i.v i wlewów kroplowych.	

Po podaniu tlenu PALETA 1

PALETA 1 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE WRAZ Z PRAWIDŁOWYM PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna		Krwawienie wewnętrzne									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	oddech	EKG	NIBP	Spo2	CO2	Temp.	Sinica	Oczy	Obrzęki	Oddechy
	Liczba	>25	140	80/50	90%	40	36.0	-	-	-	-
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia dotyczą: liczne wybroczyny krwawe na skórze, utrata przytomności									
PALETA 2 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE WRAZ Z PRAWIDŁOWYM PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna		Poprawa stanu pacjenta									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	oddech	EKG	NIBP	Spo2	Co2	Temp.	Sinica	Oczy	Obrzęki	Oddechy
	Liczba	>22	98	95/60	98%	40	36,1	-			
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia dotyczą:									

DEBRIEFING:	
INFORMACJE DLA STUDENTÓW	**INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW**
Celem dzisiejszych zajęć była nauka postępowania z pacjentem krwawieniem wewnętrznym, z wykorzystaniem pracy w grupie i podziałem na role .Każda z osób w grupie miała do wykonania określone zadania, o różnym stopniu trudności. Dzisiejsze ćwiczenie ma zastosowanie na egzaminie OSC oraz w pracy z pacjentem w warunkach szpitalnych. Praca na fantomie zapewnia wam w pewnym sensie komfort psychiczny ponieważ zapobiegnie popełnieniu błędu w pracy z pacjentem	• Tematem dzisiejszej symulacji było postępowanie z pacjentem krwawieniem wewnętrznym • Założone dzisiaj cele zostały osiągnięte. Wykładowca zadaje wybranym studentom pytania: 1. …. przypomnij mi, jakie mogą objawy sugerujące krwawienie wewnętrzne? 2. ….. przypomnij mi, z jakim pacjentem dzisiaj postępowaliście podczas zajęć symulacji medycznej? Wykładowca zadaję to samo pytanie do każdego ze studentów uczestniczących w scenariuszu: 4. ….. byłaś dzisiaj liderem grupy. Jakie procedury wykonywałaś? (student odpowiada) 5. ….. za co byłaś dzisiaj odpowiedzialna (student odpowiada) **I RUNDA (zadowolenie)** Wykładowca zadaje każdemu studentowi pytania: 1….. z czego jesteś dzisiaj zadowolona podczas wykonywania zadań w symulacji. (student odpowiada) OBSERWATORZY 1…… byłaś dzisiaj obserwatorem odpowiedzialnym za komunikacje w zespole. Z czego jesteś zadowolona po wykonaniu swojego zadania? (student odpowiada) (zadaję to samo pytanie do każdego ze studentów uczestniczących w scenariuszu jako obserwator)

	II RUNDA (odczucia) Zadaje wybranym studentom pytania: 1……. jak się czułaś dzisiaj przy realizacji swojego zadania? Jakie emocje towarzyszyły Tobie podczas symulacji (student odpowiada) (zadaję to samo pytanie do każdego ze studentów uczestniczących w scenariuszu i obserwatorów) **III RUNDA (poprawa)** Zadaje wybranym studentom pytania: 1…… co chciałabyś poprawić (przećwiczyć, powtórzyć)w swoich działaniach? (student odpowiada)można dopytać) Kto miał podobne odczucia? (zadaję to samo pytanie do każdego ze studentów uczestniczących w scenariuszu jako obserwator) **POSUMOWANIE** Jestem zadowolona z waszego dzisiejszego działania. Co się nauczyliście po dzisiejszych zajęciach? Jak myślisz kiedy i w jakiej sytuacji ta umiejętność dzisiaj ćwiczona będzie wykorzystana? Mam nadzieję, że dużo was to nauczyło. (nauczyciel kieruje po 2 zdania personalnie do każdego studenta.) Np. …. widziałam ze dzisiejszej roli jako lider grupy bardzo dobrze się czułaś i swoje zagania wykonywałaś w sposób dość dynamiczny. Gratuluję. …… i do pozostałych studentów symulacji. ….. cieszę się ze to zobaczyłaś na pewno łatwiej byłoby gdyby sytuacja stanu pacjenta była ustabilizowana.
Zastosowanie umiejętności:	Umiejętność ma zastosowanie podczas ZP i P w szpitalu oraz egzaminu OSCE
Literatura	Konspekt oraz podręczniki: 1. Gajewski P, Szczeklik A. Interna Szczeklika 2016. Podręcznik chorób wewnętrznych .Med. Prakt. Copyright Medycyna Praktyczna. Kraków 2016. / konspekt/ 2. Jurkowska G.; Łagoda K.; Pielęgniarstwo internistyczne. Podręcznik dla studiów medycznych.; Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011 LITERATURA 3. Ślusarska B, Zarzycka D., Majdan A.; Podstawy pielęgniarstwa TOM 2, Wybrane umiejętności i procedury opieki pielęgniarskiej,; Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017
Umiejętności podstawowe:	**Wiedza** 1.Posiada wiedzę w zakresie wartości badań laboratoryjnych typowych dla przewlekłej niewydolności serca 2.Posiada wiedzę w zakresie postępowania z pacjentem z przewlekłej niewydolności serca w stanie zaostrzenia 3.Wie jak współpracować z pacjentem i jego rodziną. **Umiejętności** 1.Umie zinterpretować wartości badań laboratoryjnych. 2.Umie postępować z pacjentem z PNS 3.Współpracuje z pacjentem i jego rodziną

Umiejętności podstawowe:	**Kompetencje** 1.Szanuje godność i autonomię osób powierzonych opiece. 2.Student rzetelnie i dokładnie wykonuje powierzone mu obowiązki zawodowe. **Autor scenariusza: dr Barbara Sokołowska, dr Justyna Paszkiewicz**
Efekty kształcenia	**Wiedza:** **D.W.03,** Wyjaśnia etiopatogenezę, objawy kliniczne, przebieg, leczenie ,rokowanie i opiekę pielęgniarską w obrzęku płuc. **D.W.04,** Zna zasady oceny stanu chorego. **D.W.05,** Zna zasady diagnozowania w pielęgniarstwie internistycznym. **D.W.06,** Zna zasady planowania opieki nad chorym w zależności od wieku i stanu pacjenta. **Umiejętności** **D.W.06,** Charakteryzuje grupy leków i ich działanie uwzględniając działania niepożądane, interakcje z innymi lekami i drogi podania. **D. U.8.** Pobiera materiał do badań **D. U.8.** doraźnie podaje tlen **D. U.16.** Rozpoznaje stan nagłego zagrożenia życia **D. U.27.** Asystuje lekarzowi w trakcie badań diagnostycznych i leczenia **D. U.28.** Prowadzi dokumentacje pielęgniarską oraz przekazuje informację o stanie zdrowia pacjenta członkom zespołu terapeutycznego. **D. U.28.** Umie ocenić poziom bólu, reakcję chorego na ból oraz stosuje postępowanie przeciwbólowe. **Kompetencje** **D.K.1.** Szanuje godność i autonomię osoby powierzonej opiece. **D.K.4.** Wykazuje odpowiedzialność moralną za człowieka i wykonywanie zadań zawodowych. **D.K.5.** Przestrzega prawa pacjenta **D.K.7.**Przestrzega tajemnicy zawodowej

SCENARIUSZ SYMULACJI MEDYCZNEJ POŚREDNIEJ WIERNOŚCI – PW **Autorzy: dr n. med. Barbara Sokołowska** **dr nauk o zdrowiu Justyna Paszkiewicz**					Nr porządkowy	PW zgodnie z wykazem
Czas zajęć	45 Minut	Czas scenariusza	15 Minut	Liczba studentów	8	
Nazwa	**Temat: postępowanie z pacjentem we wstrząsie anafilaktycznym**					
Cel główny	**Cel. Nauka postępowania z pacjentem we wstrząsie anafilaktyczny.**					
Cel szczegółowy	1. Ocena i obserwacja stanu pacjenta 2. Zbieranie wywiadu chorobowego 3. Wezwanie lekarza i przekazanie informacji o stanie klinicznym pacjenta 4. Wykonywanie zleceń lekarskich i zabiegów pielęgniarskich					
Metoda	Zajęcia te będą realizowane metodą symulacji medycznej.					
INFORMACJE TECHNICZNE I ORGANIZACYJNE						
Nr Sali	Nr …	Numer stanowiska	Nr…	Nr trenażera, fantomu	Nr	
Sprzęt wielokrotnego użytku	- Fantom dorosłej kobiety - Zestaw do pobierania krwi do badań **(Scenariusz *zgodnie z wykazem)*** - Zestaw do podawania tlenu, reduktor - Zestaw do pomiaru temperatury ciała- termometr elektroniczny **(Scenariusz *zgodnie z wykazem)*** - zestaw do pomiaru saturacji - Kardiomonitor - Wózek reanimacyjny			Sprzęt jednorazowego użytku	- Zestaw do podawania tlenu (maska tlenowa z przewodem). - Zestaw do podłączenia kroplowego wlewu dożylnego **(Scenariusz *zgodnie z wykazem)*** - zestaw do podawania leków drogą dożylną	
Pozostałe wyposażenie	- Karta wywiadu pacjenta. - Indywidualna karta zlecenia lekarskiego z informacjami - karta informacyjna - Karta ze zleceniami lekarskimi - Badania laboratoryjne: morfologia, CRP, - Tlen - leki: adrenalina - płyny: NaCl 0,9%			Ubrania i charakteryzacja	1. Fantom dorosłej kobiety ubranej w sukienkę, charakteryzujący obrzęk krtani	
Informacja ogólna dla technika	Symulator dorosłej kobiety ubranej w sukienkę Symulator umieszczony na leżance w pozycji półwysokiej. Na prawej dłoni założone wkłucie dożylne typu wenflon zabezpieczone korkiem i bandażem owiniętym wokół dłoni;charakteryzujący obrzęk krtani, oddech typu stridor					

Parametry początkowe symulatora	Nazwa	R - oddech	EKG	NIBP	SpO_2	CO_2	Temp. ^0C	Sinica	Oczy	Obrzęki	W płucach
	Liczba	18	65	120/80	97	20	37	-		brak	brak
	Cechy										
	Inne	brak									

Czynności początkowe	**Wykładowca:** 1. Przed rozpoczęciem zajęć sprawdza sposób przygotowania stanowiska i kompletacje. 2. Sprawdza listę uczestników i kartę informacyjną scenariusza itp. 3. Rozpoczyna scenariusz – prosząc o wyłączenie telefonów, zajęcie miejsc itp. – informacja za 3 min. rozpoczynamy proszę zająć miejsca itp. • *Co jeszcze trzeba zrobić i kto w scenariuszu którego to dotyczy.*

REALIZACJA SCENARIUSZA

WPROWADZENIE – PREBREFING:

PLAN PREBREFINGU:

7. W dniu dzisiejszym nauczymy się postępowania z pacjent ***we wstrząsie anafilaktycznym***
8. Scenariusz został podzielony na 3 części: część pierwsza prebrifing, stanowiący wprowadzenie do scenariusza, który będzie trwał 15 minut. Część druga to realizacja scenariusza, trwająca 10 minut. Część trzecia jest to debrifing stanowiący omówienie i podsumowanie wykonywanego scenariusza, który będzie trwał 40 minut.
9. Celem głównym scenariusza jest nauka postępowania z pacjentem ***we wstrząsie anafilaktycznym*** Cele szczegółowe to zbieranie wywiadu chorobowego, wezwanie lekarza i przekazanie informacji o stanie klinicznym pacjenta oraz wykonywanie zleceń lekarskich i zabiegów pielęgniarskich
10. Scenariusz będzie realizowany w-oddziale chorób wewnętrznych
11. Czy wszystkie przedstawione przeze mnie informacje są zrozumiałe? Tak
12. Zaprezentuję teraz przypadek kliniczny: Pani Katarzyna K lat 34 podczas pracy w ogrodzie została ukąszona przez osę. Kobieta natychmiast poczuła silną duszność, bladość na twarzy, uczucie pełności w jamie ustnej z powodu powiększającego się języka. Wezwano karetkę pogotowia. Zespół ratunkowy na miejscu zdarzenia podał pacjentce adrenalinę i.m 1mg/ml, podano tlen. Przewieziono pacjentkę na oddział ratunkowy, skąd, po ustabilizowaniu, została przyjęta na obserwację na oddział chorób wewnętrznych. Po godzinie od przyjęcia na oddział u pacjentki zaobserwowano bladość powłok skórnych, skóra spocona, spadek ciśnienia 92/55mmHg. Ponowna duszność **kołatania serca, silne osłabienie, uczucie braku powietrza, stridor, nudności, zawroty głowy**, Pacjentka zwymiotowała.
13. Teraz przydzielę Wam role, jakie będziecie pełnić w tym scenariuszu
    - .....będziesz liderem (Pielęgniarka 1), do Twoich zadań będzie należało zebranie wywiadu, koordynacja współpracy z zespołem terapeutycznym
    - .....będziesz Pielęgniarką 2, do Twoich zadań będzie należał monitorowanie pacjenta
    - .....będziesz Pielęgniarką 3, do Twoich zadań będzie należało wykonanie zleceń lekarskich (pobieranie badań, podawanie leków itd..)
    - .....będziesz obserwatorem, do twoich zadań będzie należało obserwowanie komunikacji w zespole terapeutycznym
    - .....będziesz obserwatorem, do Twoich zadań będzie należało obserwowanie procedur zastosowanych w scenariuszu
26. Czy wszyscy zrozumieli przydzielone im role?
27. Zwracam się do każdej osoby z zapytaniem czy rozumie przydzieloną rolę i proszę o powtórzenie zleconych zadań.
28. Zapraszam do sali symulacji w celu zapoznania się ze sprzętem.

INFORMACJE DLA STUDENTÓW	INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW
Dzisiaj nauczycie się postępowania z *pacjentem we wstrząsie anafilaktycznym, co stanowi stan zagrożenia życia pacjenta.* Nauczycie się zebrać informacje od tego pacjenta i przekazywać je lekarzowi oraz dodatkowo nauczycie zastosowania prawidłowego schematu postępowania leczniczego u takiego pacjenta. Uświadomicie sobie jak odpowiedzialna jest praca pielęgniarki w tego typu sytuacjach. Przećwiczenie przez was pewnych czynności w sytuacji symulacji medycznej, będzie zapobiegało popełnieniu przez was błędów w pracy z pacjentem w rzeczywistej sytuacji klinicznej.	Wyobraźcie sobie sytuację ,że jesteście na zajęciach praktycznych w szpitalu w Oddziale chorób wewnętrznych. Opiekujecie się pacjentem, który przybył do oddziału z powodu ukąszenia przez osę z podejrzeniem wstrząsu anafilaktycznego. U pacjentki wystąpiła silna duszność, bladość na twarzy, uczucie pełności w jamie ustnej z powodu powiększającego się języka, obrzęk w okolicy oczu. Pacjentka wymiotuje. Pacjentka spocona i wystraszona.

Wstrząs to nagły kliniczny stan zagrożenia życia, który prowadzi do upośledzenia funkcji i niewydolności wielu narządów. Każdy wstrząs, krwotoczny, hipowolemiczny, neurogenny, anafilaktyczny, septyczny, kardiogenny, wymaga natychmiastowej pomocy medycznej.

Anafilaksja to ciężka, potencjalnie zagrażająca życiu, uogólniona lub ogólnoustrojowa reakcja nadwrażliwości (alergicznej lub niealergicznej). Nadwrażliwość to powtarzalne objawy podmiotowe i przedmiotowe wywołane przez ekspozycję na określony bodziec w dawce tolerowanej przez osoby zdrowe. **Wstrząs anafilaktyczny** to ciężka, szybko rozwijająca się reakcja anafilaktyczna (anafilaksja), w której występuje obniżenie ciśnienia tętniczego zagrażające życiu.

Główne przyczyny anafilaksji:

1) **alergiczne:**
   a) leki – najczęściej antybiotyki β-laktamowe, leki zwiotczające, cytostatyki, barbiturany, opioidy
   b) pokarmy – u dorosłych najczęściej ryby, owoce morza, orzeszki ziemne, owoce cytrusowe, białka mleka krowiego, jaja kurzego i mięsa ssaków
   c) jady owadów błonkoskrzydłych
   d) białka podawane pozajelitowo – krew, składniki krwi i produkty krwiopochodne, hormony (np. insulina), enzymy (np. streptokinaza), surowice (np. przeciwtężcowa), preparaty alergenów stosowane w diagnostyce *in vivo* i w immunoterapii
   e) alergeny wziewne – np. sierść konia
   f) lateks
2) **niealergiczne:**
   a) bezpośrednie uwalnianie mediatorów z mastocytów – opioidy, leki zwiotczające mięśnie szkieletowe, roztwory koloidowe (np. dekstran, hydroksyetylowana skrobia, roztwór ludzkiej albuminy) lub hipertoniczne (np. mannitol), wysiłek fizyczny
   b) kompleksy immunologiczne – krew, składniki krwi i produkty krwiopochodne, immunoglobuliny, surowice zwierzęce i szczepionki, błony dializacyjne
   c) zmiana metabolizmu kwasu arachidonowego – nadwrażliwość na ASA i inne leki przeciwzapalne (NSLPZ)
   d) mediatory anafilaksji lub substancje podobne w pokarmach (histamina, tyramina), zbyt mała aktywność enzymów rozkładających mediatory anafilaksji
   e) inne lub nieznane mechanizmy – radiologiczne środki cieniujące, zanieczyszczenia pokarmów i środki konserwujące.

Wstrząs anafilaktyczny występuję on u około 3 proc. osób każdego roku. Częściej dotyczy

Wykładowca

W: Jak myślisz, czym charakteryzuje się wstrząs anafilaktyczny? Z czego wynika?

Student: Wstrząs anafilaktyczny to ciężka, szybko rozwijająca się reakcja anafilaktyczna (anafilaksja), w której występuje obniżenie ciśnienia tętniczego zagrażające życiu.

W: Jak myślisz na jakie cechy charakterystyczne należałoby zwrócić uwagę przeprowadzając wywiad z pacjentem?

Student: Ustalenie przyczyny wywołania wstrząsu., a jeżeli chodzi o wstrząs anafilaktyczny to g**łówne przyczyny :**

1) **alergiczne:** leki, pokarmy, jady owadów błonkoskrzydłych, białka podawane pozajelitowo – krew, składniki krwi i produkty krwiopochodne, hormony (np. insulina), enzymy, alergeny wziewne – np. sierść konia, lateks
2) **niealergiczne** a) bezpośrednie uwalnianie mediatorów z mastocytów – opioidy, leki zwiotczające mięśnie szkieletowe, roztwory koloidowe (np. dekstran, hydroksyetylowana skrobia, roztwór ludzkiej albuminy) lub hipertoniczne (np. mannitol), wysiłek fizyczny
   b) kompleksy immunologiczne – krew, składniki krwi i produkty krwiopochodne, immunoglobuliny, surowice zwierzęce i szczepionki, błony dializacyjne
   c) zmiana metabolizmu kwasu arachidonowego – nadwrażliwość na ASA i inne leki przeciwzapalne (NSLPZ)
   d) mediatory anafilaksji lub substancje podobne w pokarmach (histamina, tyramina), zbyt mała aktywność enzymów rozkładających mediatory anafilaksji

W: Jak możesz pomóc temu pacjentowi?

Student: Postępowanie powinno być wielokierunkowe i uwzględniać:

1/ Zmniejszenie obrzęku i poprawę wentylacji
2/ Tlenoterapia
3/ Podanie leków zgodnie ze zleceniem lekarza

W: Na jakie parametry zwrócisz uwagę?

Student: szczególnie na ciśnienie tętnicze krwi, tętno, saturację.

W:Jak byś próbował zebrać wywiad od tego pacjenta?

Student: na początku wraz z zespołem trapeutycznym starałbym się opanować stan ostry u pacjenta. Po ustąpieniu silnej duszności i uspokojeniu pacjenta zebrałbym wywiad od chorego zadając następujące pytania.

P1:Pozwoli Pan, że w trakcie wywiadu będę notowała Pana odpowiedzi do kwestionariusza wywiadu.
P1:Proszę podać imię, nazwisko i datę urodzenia pacjenta
P1: Jaki zawód Pani wykonuje?
P1: Gdzie Pani mieszka?
P1: Czy kiedyś miała już Pani takie zdarzenie?

młodych kobiet oraz dzieci, u których przyczyną są najczęściej spożywane pokarmy.
Najczęstszym mechanizmem powstawania wstrząsu anafilaktycznego jest nadwrażliwość organizmu na alergen, co powoduje reakcję IgE-zależną i następnie pobudzenie tzw. komórek tucznych, które wydzielając silne substancje (histaminę i tryptazę) co powodują jego objawy.
Uwolnione mediatory takie jak histamina, serotonina, które oddziałują na komórki mięśni gładkich i błonę naczyniową. Wzrasta przepuszczalność naczyń włosowatych, co prowadzi do powstania obrzęków. Istnieje niebezpieczeństwo uduszenia z powodu obrzęku w obrębie dolnej części gardła i krtani. Poprzez skurcz oskrzeli może dojść do zagrażającego życiu stanu astmatycznego. Z powodu dużych ubytków osocza występuje spadek pojemności minutowej serca i ciśnienia krwi.
Objawy wstrząsu anafilaktycznego pojawiają się po kilku sekundach od podania alergenu. U chorego spada gwałtownie ciśnienie, akcja serca ulega przyspieszeniu, skóra blednie, silne osłabienie, chrypka, suchy kaszel, świszczący oddech, duszności u chorego następuje utrata przytomności, mogą wystąpić drgawki, bezwiedne oddawanie moczu i stolca. Na skórze – pokrzywka. Wstrząs anafilaktyczny stanowi bezpośrednie zagrożenie dla życia, dlatego należy jak najszybciej wezwać pomoc medyczną.
Zadziałanie czynnika alergizującego prowadzi do różnych objawów chorobowych, które mogą się pojawić natychmiast, już po kilku sekundach po zadziałaniu alergenu. i zazwyczaj samoistnie ustępują. Należy pamiętać, że zdarzają się nawroty, czyli późne reakcje ujawniające się do 72 godzin od pierwszej reakcji alergicznej.
ROZPOZNANIE
Opiera się na typowych objawach podmiotowych i przedmiotowych oraz rozwoju objawów w krótkim czasie po kontakcie z czynnikiem mogącym wywołać reakcję anafilaktyczną. Kryteria kliniczne rozpoznania anafilaksji wg WAO:
Prawdopodobieństwo anafilaksji jest duże, gdy spełnione jest ≥1 z poniższych kryteriów:
1) nagłe pojawienie się objawów (w ciągu minut lub godzin) w obrębie skóry i/lub błony śluzowej (np. uogólniona pokrzywka, świąd lub zaczerwienienie, obrzęk warg, języka i języczka) oraz ≥1 z poniższych:
   a) zaburzenia oddychania (np. duszność, skurcz oskrzeli z towarzyszącym świstem, stridor, zmniejszony PEF, hipoksemia)
   b) spadek ciśnienia krwi lub objawy wskazujące na niewydolność narządów (np. hipotensja, omdlenie, niekontrolowane oddanie moczu/stolca)
2) ≥2 objawy z poniższych występujące krótko po kontakcie z alergenem[a], który prawdopodobnie wywołał reakcję u danego pacjenta (w ciągu kilku minut lub godzin):

P1: Jeśli tak to czy objawiało się w podobny lub identyczny sposób?
P1: Czy jest Pani na cos uczulona?
P1:Czy ktoś kiedyś w rodzinie Pani chorował na alergie?
P1: Czy w dzieciństwie chorowała Pani na alergie?
P1: Czy choruje Pani na inne choroby przewlekłe?
P1: Czy przyjmuje Pani jakieś leki na stałe?
P1: Jakie były pierwsze objawy, które skłoniły Panią do zgłoszenia się do lekarza?
P1: Czy ma Pan czasami uczucie, lęku, niepokoju?
P1: Czy wstępują u Pana czasami omdlenia?
P1: Czy jest jeszcze jest coś o czym chciałaby Pani mi powiedzieć, a o co nie zapytałem?
Wykładowca Jak myślisz, czy informacje dotyczące przebytych chorób są istotne u tej pacjentki?
Student: zawsze informacje dotyczące przebytych chorób są ważne, ponieważ mogą one nam ułatwić postępowanie lub też zapobiec ewentualnym powikłaniom. W przypadku tej pacjentki jest to również ważne aby nie doprowadzić do powikłań i zapobiec rozwojowi i nawrotom.
Wykładowca
Przydzielę każdemu z was określoną rolę i zadania do wykonania w tej symulacji.
Kto zechciałby zostać liderem?
Pielegniarka 1 Lider – nadzoruje pracę całej grupy, obserwuje pracę poszczególnych osób i udziela wskazówek.– zbiera wywiad zgodnie ze scenariuszem od siostrzenicy pacjenta ,ma odpowiedzi na wszystkie pytania. Wspiera pacjenta
Pielęgniarka 2 –układa pacjenta we właściwej pozycji, podaje tlen zgodnie ze zleceniem lekarskim z procedura oraz prowadzi ciągły monitoring pacjenta.
Pielęgniarka 3 - pobiera krew do badań laboratoryjnych, podaje leki zgodnie z procedurą i zgodnie ze zleceniem lekarskim
Obserwatorzy:
7. Student 4-obserwuje proces komunikacji podczas przebiegu scenariusza w zespole.
8. Student 5-obserwator przestrzegania procedur medycznych procedur postępowania z pacjentem.
9. Student 6-obserwator dokumentowania przebiegu scenariusza.

- Kto z was nie rozumie swojej roli i zadania jakie ma do wykonania podczas tej symulacji?

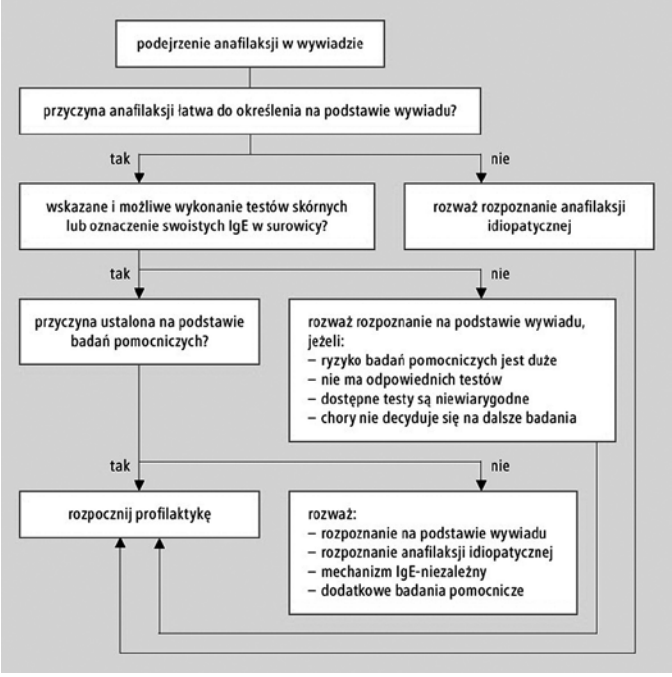
Jeżeli nie ma pytań, zapraszam was do sali symulacji medycznej.

a) zmiany w obrębie skóry i błony śluzowej (np. uogólniona pokrzywka, świąd i zaczerwienienie, obrzęk warg, języka i języczka)
b) zaburzenia oddychania (np. duszność, skurcz oskrzeli z towarzyszącym świstem, stridor, zmniejszony PEF, hipoksemia)
c) spadek ciśnienia krwi lub objawy wskazujące na niewydolność narządów (np. hipotensja, omdlenie, niekontrolowane oddanie moczu/stolca)
d) zaburzenia żołądkowo-jelitowe (np. kurczowy ból brzucha, wymioty)

3) spadek ciśnienia krwi po kontakcie ze znanym alergenem wywołującym reakcję u danego pacjenta (w ciągu kilku minut lub godzin):
a) niemowlęta i dzieci – niskie ciśnienie tętnicze skurczowe (dla danej grupy wiekowej) lub spadek ciśnienia skurczowego o >30%[c] w stosunku do wartości wyjściowej
b) dorośli – ciśnienie tętnicze skurczowe <90 mm Hg lub spadek ciśnienia skurczowego o >30% w stosunku do wartości wyjściowej.

Im szybciej rozwijają się objawy, tym większe jest ryzyko anafilaksji ciężkiej i zagrażającej życiu. Oznaczenia tryptazy, histaminy lub metylohistaminy nie są powszechnie dostępne i nie mają praktycznego znaczenia. Po upływie ≥4 tyg. od epizodu anafilaksji ustal jej przyczynę; pomocne bywa oznaczanie IgE swoistych dla alergenu, natomiast próby prowokacyjne należy przeprowadzać bardzo ostrożnie.

Algorytm postępowania



1. Przerwij narażenie na substancję podejrzaną o wywołanie reakcji alergicznej (np. zatrzymaj podawanie leku lub przetaczanie składnika krwi lub produktu krwiopochodnego).
2. Wezwij pomoc.
3. Oceń drożność dróg oddechowych, oddychanie, krążenie i przytomność – w razie potrzeby udrożnij drogi oddechowe, w razie zatrzymania oddechu lub krążenia podejmij resuscytację
4. Podaj adrenalinę
5. Ułóż chorego na plecach z uniesionymi nogami
6. Podawaj tlen
7. Zapewnij dostęp do żył
8. Przetaczaj płyny i.v.
9. Monitoruj pacjenta

Interwencje dodatkowe

1) leki przeciwhistaminowe

klemastyna [Clemastinum WZF] 2 mg albo antazolina [Phenazolinum] 200 mg w 10 ml 0,9% NaCl).

2) lek rozkurczający oskrzela β-mimetyk w nebulizacji (np. salbutamol [Ventolin] 2,5 lub 5 mg w 3 ml 0,9% NaCl) albo z inhalatora;
3) u chorych z ciśnieniem tętniczym skurczowym <90 mm Hg pomimo stosowania adrenaliny *i.m.* i przetoczenia płynów należy rozważyć podanie leku obkurczającego naczynia krwionośne (noradrenaliny, adrenaliny lub dopaminy
4) u chorych przyjmujących β-blokery i nieodpowiadających na leczenie adrenaliną należy rozważyć podanie glukagonu (GlucaGen).
5) należy skierowaćchorego na OIT**,** jeśli reakcja anafilaktyczna nie ustępuje pomimo leczenia.

12. Obserwacja po ustąpieniu objawów anafilaksji
    1) Obserwuj chorych przez 8–24 h ze względu na możliwość wystąpienia późnej fazy reakcji lub przedłużającej się anafilaksji. Przez 24 h obserwuj zwłaszcza chorych z ciężką anafilaksją o nieznanej etiologii, z powolnym początkiem objawów, chorych na ciężką astmę lub z silnym skurczem oskrzeli, jeżeli jest możliwość ciągłego narażenia na alergen i chorych z reakcją dwufazową w wywiadzie.
    2) Chorych, u których 8 h po zakończeniu leczenia nie występują objawy anafilaksji, możesz wypisać ze szpitala.

Działania pielęgniarskie we wstrząsie anafilaktycznym:

- wstępna ocenia stanu chorego
- podanie tlenu
- właściwe ułożenie pacjenta
- wykonanie wkłucia dożylnego,
- podłączenie kardiomonitora
- podjęcie działań do zmniejszenia niepokoju chorego
- obserwacja i ocena stanu ogólnego chorego i nasilenia duszności

- śledzenie parametrów życiowych (tętna, ciśnienia tętniczego, oddechu, czynności elektrycznej serca, diurezy, - dokumentowanie stanu chorego - pobieranie materiału do badań - podawanie leków oraz wykonywanie zabiegów zgodnie ze zleceniami lekarza - obserwowanie skuteczności działania leków i ewentualnych objawów ubocznych. - dokumentowanie terapii - wykonywanie działań opiekuńczych w zależności od stanu chorego i jego potrzeb.		
ZAPOZNANIE STUDENTÓW ZE SPRZĘTEM		
Wykładowca	Dzisiaj będziemy pracować na sali. Zapoznaliście się już z wyposażeniem stanowisk, dzisiaj dodatkowo będziemy wykorzystywać kardiomonitor i zestaw do podawania tlenu (Zaprezentowanie monitora oraz instruktaż obsługi, zaprezentowanie możliwości symulatora potrzebnych do tej symulacji – podłączenia do kardiomonitora, założenia wkłucia, podłączenia tlenu.) Instruktaż stanowiska zabiegowego, prezentacja potrzebnego sprzętu (patrz str.1)	
Student	Każdy student powinien zapoznać się ze sprzętem – Zapoznanie z funkcjami symulatora- podłączeniem do kardiomonitora (podłączenie elektrod EKG, podłączenie klipsa do pomiaru saturacji, założenie mankietu do pomiaru ciśnienia tętniczego), sprawdzenie obsługi monitora.	
SCENARIUSZ SYMULACJI		
Opis scenariusza	Oddział chorób wewnętrznych. Pacjentka, która przybyła do oddziału z powodu ukąszenia przez osę z podejrzeniem wstrząsu anafilaktycznego. U pacjentki wystąpiła silna duszność, bladość na twarzy, uczucie pełności w jamie ustnej z powodu powiększającego się języka, obrzęk w okolicy oczu, tachykardia. Pacjentka wymiotuje. Pacjentka spocona i wystraszona.	
Obecny stan kliniczny	Objawy: bardzo silna duszność, oddech typu stridor, ciśnienie tętnicze spada , tętno szybkie niemiarowe, słabo wyczuwalne, tachykardia. Widoczna bladość powłok skórnych, pacjentka spocona	
Wywiad	Pani Katarzyna K lat 34 podczas pracy w ogrodzie została ukąszona przez osę. Kobieta natychmiast poczuła silną duszność, bladość na twarzy, uczucie pełności w jamie ustnej z powodu powiększającego się języka. Wezwano karetkę pogotowia. Zespół ratunkowy na miejscu zdarzenia podał pacjentce adrenalinę i.m 1mg/ml, podano tlen Przewieziono pacjentkę na oddział ratunkowy. Przyjęta na oddział chorób wewnętrznych. Po godzinie u pacjentki zaobserwowano bladość powłok skórnych, spocenie, spadek ciśnienia 92/55mmHg. Ponowna duszność i obrzęk w okolicy oczu**, kołatania serca, silne osłabienie, uczucie braku powietrza, oddech typu stridor,nudności, zawroty głowy.** Pacjentka zwymiotowała.	
	Podział na role: Lider – Pielęgniarka 1 – zbiera wywiad i wspiera pacjenta koordynator pracy całej grupy Zbiera wywiad i wspiera pacjenta Pielęgniarka 2 – odpowiedzialna za: właściwe ułożenie pacjenta, podawanie tlenu oraz monitorowanie stanu pacjenta: temperatura, saturacja, ilość oddechów, RR, tętno, zabarwienie powłok skórnych, stała obserwacja pacjenta	**Przebieg scenariusza:** Pielegniarka 1 Lider – nadzoruje pracę całej grupy, obserwuje pracę poszczególnych osób i udziela wskazówek.– zbiera wywiad zgodnie ze scenariuszem od siostrzenicy pacjenta ,ma odpowiedzi na wszystkie pytania. Wspiera pacjenta Pielęgniarka 2 –układa pacjenta we właściwej pozycji, podaje tlen zgodnie ze zleceniem lekarskim z procedura oraz prowadzi ciągły monitoring pacjenta.

	Pielęgniarka 3 – odpowiedzialna za pobranie badań laboratoryjnych i podanie leków drogą i.v i wlewów kroplowych. **Obserwatorzy:** Student 4-obserwator komunikacji Student 5-obserwator procedur Student 6-obserwator dokumentacji	Pielęgniarka 3 - pobiera krew do badań laboratoryjnych, podaje leki drogą i.v oraz podłącza wlew kroplowy zgodnie z procedurą i zgodnie ze zleceniem lekarskim **Obserwatorzy:** 10. Student 4-obserwuje proces komunikacji podczas przebiegu scenariusza w zespole. 11. Student 5-obserwator przestrzegania procedur medycznych procedur postępowania z pacjentem. 12. Student 6-obserwator dokumentowania przebiegu scenariusza.
	Pytania i odpowiedzi w wywiadzie:	
	Pielęgniarka 1 zbiera wywiad P1:Podchodzi i przedstawia się: nazywam się Anna Nowak będę zbierała z Panią wywiad a także postaram się pomóc Pani. Czy udzieli Pani mi odpowiedzi na pytania. Pacjentka: tak P1:Pozwoli Pani, że w trakcie wywiadu będę notowała Pana odpowiedzi do kwestionariusza wywiadu. Pacjentka: tak. P1:Proszę podać imię, nazwisko i datę urodzenia pacjenta Pacjentka: Katarzyna K lat 34, ur. 27.01.1985 roku P1: Jaki zawód Pan wykonuje? Pacjentka: rolnik P1: Gdzie Pani mieszka? Pacjentka: wieś, w domu jednorodzinnym z sadem P1: Pozwoli Pan, że w trakcie wywiadu będę notowała Pana odpowiedzi do kwestionariusza wywiadu. Pacjentka: zgadzam się P1: Czy kiedyś miała już Pani takie zdarzenie? Pacjentka: nie P1: Czy jest Pani na cos uczulona? Pacjentka: Tak, na sierść zwierząt, różne pyłki roślin P1: Jak długo wie Pani o alergii? Pacjentka: od 10 lat P1: Czy leczy się Pani? Pacjentka: tak na stałe biorę leki p/alergiczne P1:Czy ktoś kiedyś w rodzinie Pani chorował na alergie? Pacjentka: nie P1: Czy choruje Pani na inne choroby przewlekłe? Pacjentka: nie	**Pielęgniarka 2** Informuje pacjenta kę co będzie robiła, podłącza tlen, kardiomonitor (EKG), klips do saturacji, mierzy ciśnienie, usadza pacjenta w pozycji półwysokiej wygodnej, kontroluje parametry, informuje pielęgniarkę 3 o parametrach **Pielęgniarka 3** sprawdza zlecenia, szykuje zestaw, pobiera badania laboratoryjne. Informuje pacjenta co będzie robiła. Podłącza wlew kroplowy w celu utrzymania drożności naczyniowego, podłącza NaCl 0,9% z prędkością 30 kropli/ min podaje leki zgodnie ze zleceniem lekarza, odnotowuje w zleceniach.

	P1: Czy przyjmuje Pani jakieś leki na stałe? Pacjentka: Nie, w okresach pyleń leki p/ alergiczne P1: Jakie były pierwsze objawy, które skłoniły Panią do zgłoszenia się do lekarza? Pacjentka: łzawienie oczu, kichanie, katar, czasami pokrzywka i uczucie duszności. P1: Czy ma Pan czasami uczucie, lęku, niepokoju? Pacjentka: w czasie uczucia duszności tak P1: Czy wstępują u Pana czasami omdlenia? Pacjentka: Nie P1: Czy jest jeszcze jest coś o czym chciałaby Pani mi powiedzieć, a o co nie zapytałam? Pacjentka: chyba wszystko **Pielęgniarka 2** monitoruje pacjenta, układa pacjenta w pozycji ułatwiającej oddychanie. **Pielęgniarka 3** Postępowanie zgodnie ze zleceniami lekarskimi pobranie badań laboratoryjnych i podanie leków drogą i.v i wlewów kroplowych.	

PALETA 1 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE WRAZ Z PRAWIDŁOWYM PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna		stan po silnej reakcji anafilaktycznej									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	oddech	EKG	NIBP	Spo2	CO2	Temp.	Sinica	Oczy	Obrzęki	Oddechy
	Liczba	18	65	120/80	95	40	37	-	-	-	-
	Cechy										
	Inne										

PALETA 2 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE WRAZ Z PRAWIDŁOWYM PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna		Wstrząs anafilaktyczny									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	oddech	EKG	NIBP	Spo2	Co2	Temp.	Sinica	Oczy	Obrzęki	Oddechy
	Liczba	35	110	85/55	85	20	37	wokół ust		krtani	stridor
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia dotyczą: silna duszność, obrzęk krtani, uczucie dławienia się, lęk pacjenta przed śmiercią									

DEBRIEFING:	
INFORMACJE DLA STUDENTÓW	**INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW**
Celem dzisiejszych zajęć była nauka postępowania z pacjentem we wstrząsie anafilaktycznym z wykorzystaniem pracy w grupie i podziałem na role .Każda z osób w grupie miała do wykonania określone zadania, o różnym stopniu trudności. Dzisiejsze ćwiczenie ma zastosowanie na egzaminie OSC oraz w pracy z pacjentem w warunkach szpitalnych. Praca na fantomie zapewnia wam w pewnym sensie komfort psychiczny ponieważ zapobiegnie popełnieniu błędu w pracy z pacjentem	• Tematem dzisiejszej symulacji było postępowanie z pacjentem we wstrząsie anafilaktycznym. • Założone dzisiaj cele zostały osiągnięte. zadaje wybranym studentom pytania: 2. …. przypomnij mi, jakie mogą objawy sugerujące wstrząs anafilaktyczny? 2 .... przypomnij mi, z jakim pacjentem dzisiaj postępowali podczas zajęć symulacji medycznej? 4. ….. byłaś dzisiaj liderem grupy. Jakie procedury wykonywałaś? (student odpowiada) 5 ….. za co byłaś dzisiaj odpowiedzialna (student odpowiada) (zadaję to samo pytanie do każdego ze studentów uczestniczących w scenariuszu) **I RUNDA (zadowolenie)** Zadaje wybranym studentom pytania: 1 ….. z czego jesteś dzisiaj zadowolona podczas wykonywania zadań w symulacji. (student odpowiada) (zadaję to samo pytanie do każdego ze studentów uczestniczących w scenariuszu) OBSERWATORZY 1 …… byłaś dzisiaj obserwatorem odpowiedzialnym za komunikacje w zespole. Z czego jesteś zadowolona po wykonaniu swojego zadania? (student odpowiada) (zadaję to samo pytanie do każdego ze studentów uczestniczących w scenariuszu jako obserwator) **II RUNDA (odczucia)** Zadaje wybranym studentom pytania: 1 ……. jak się czułaś dzisiaj przy realizacji swojego zadania? Jakie emocje towarzyszyły Tobie podczas symulacji (student odpowiada) (zadaję to samo pytanie do każdego ze studentów uczestniczących w scenariuszu i obserwatorów) **III RUNDA (poprawa)** Zadaje wybranym studentom pytania: 1 …… co chciałabyś poprawić (przećwiczyć, powtórzyć)w swoich działaniach? (student odpowiada)można dopytać) Kto miał podobne odczucia? (zadaję to samo pytanie do każdego ze studentów uczestniczących w scenariuszu jako obserwator) **POSUMOWANIE** Jestem zadowolona z waszego dzisiejszego działania. Co się nauczyliście po dzisiejszych zajęciach? Jak myślisz kiedy i w jakiej sytuacji ta umiejętność dzisiaj ćwiczona będzie wykorzystana? Mam nadzieję, że dużo was to nauczyło. (nauczyciel kieruje po 2 zdania personalnie do każdego studenta.) Np. …. widziałam ze dzisiejszej roli jako lider grupy bardzo dobrze się czułaś i swoje zagania wykonywałaś w sposób dość dynamiczny. Gratuluję.

	…… i do pozostałych studentów symulacji. ….. cieszę się ze to zobaczyłaś na pewno łatwiej byłoby gdyby sytuacja stanu pacjenta była ustabilizowana.
Zastosowanie umiejętności:	Umiejętność ma zastosowanie podczas ZP i P w szpitalu oraz egzaminu OSCE
Literatura	Konspekt oraz podręczniki: 1. Gajewski P, Szczeklik A. Interna Szczeklika 2016. Podręcznik chorób wewnętrznych .Med. Prakt. Copyright Medycyna Praktyczna. Kraków 2016. 2. Jerzy Kruszewski, Miłosz Jankowsk: Anafilaksja i wstrząs anafilaktyczny. Medycyna praktyczna dla lekarzy-interna. (aktualizacja 6 sierpień 2018) 3. Jurkowska G.; Łagoda K.; Pielęgniarstwo internistyczne. Podręcznik dla studiów medycznych.; Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011 4. Ślusarska B, Zarzycka D., Majdan A.; Podstawy pielęgniarstwa TOM 2, Wybrane umiejętności i procedury opieki pielęgniarskiej,; Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017
Umiejętności podstawowe:	**Wiedza** 1. Posiada wiedzę w zakresie obserwacji typowych objawów dla wstrząsu anafilaktycznego 2. Posiada wiedzę w zakresie postępowania z pacjentem ze wstrząsem anafilaktycznym 3. Wie jak współpracować z pacjentem i jego rodziną. **Umiejętności** 1. Umie zinterpretować typowe objawy dla wstrząsu anafilaktycznego. 2. Umie postępować z pacjentem we wstrząsie anafilaktycznym 3. Współpracuje z pacjentem i jego rodziną **Kompetencje** 1. Szanuje godność i autonomię osób powierzonych opiece. 2. Student rzetelnie i dokładnie wykonuje powierzone mu obowiązki zawodowe.
Efekty kształcenia	**Wiedza:** **D.W.03,** Wyjaśnia etiopatogenezę, objawy kliniczne, przebieg, leczenie, rokowanie i opiekę pielęgniarską w obrzęku płuc. **D.W.04,** Zna zasady oceny stanu chorego. **D.W.05,** Zna zasady diagnozowania w pielęgniarstwie internistycznym. **D.W.06,** Zna zasady planowania opieki nad chorym w zależności od wieku i stanu pacjenta. **Umiejętności** **D.W.06,** Charakteryzuje grupy leków i ich działanie uwzględniając działania niepożądane, interakcje z innymi lekami i drogi podania. **D. U.8.** Pobiera materiał do badań **D. U.8.** doraźnie podaje tlen **D. U.16.** Rozpoznaje stan nagłego zagrożenia życia **D. U.27.** Asystuje lekarzowi w trakcie badań diagnostycznych i leczenia **D. U.28.** Prowadzi dokumentacje pielęgniarską oraz przekazuje informację o stanie zdrowia pacjenta członkom zespołu terapeutycznego. **D. U.28.** Umie ocenić poziom bólu, reakcję chorego na ból oraz stosuje postępowanie przeciwbólowe. **Kompetencje** **D.K.1.** Szanuje godność i autonomię osoby powierzonej opiece. **D.K.4.** Wykazuje odpowiedzialność moralną za człowieka i wykonywanie zadań zawodowych. **D.K.5.** Przestrzega prawa pacjenta **D.K.7.**Przestrzega tajemnicy zawodowej

SCENARIUSZ SYMULACJI MEDYCZNEJ POŚREDNIEJ WIERNOŚCI – PW **Autor scenariusza: dr Barbara Sokołowska**						Nr porządkowy	PW zgodnie z wykazem
Czas zajęć	45 Minut	Czas scenariusza	15 Minut	Liczba studentów	8		
Nazwa	**Postępowanie z pacjentem w stanie hiperglikemii**						
Cel główny	**Nauka postępowania z pacjentem w stanie hiperglikemii**						
Cel szczegółowy	5. Zbieranie wywiadu medycznego 6. Monitorowanie parametrów życiowych i pobranie krwi do pomiaru glukozy 7. Wdrażania interwencji leczniczo- pielęgnacyjnych w stanie hiperglikemii 8. Edukacja pacjenta						
Metoda	Zajęcia te będą realizowane metodą symulacji medycznej.						
INFORMACJE TECHNICZNE I ORGANIZACYJNE							
Nr Sali	Nr 205	Numer stanowiska	Nr 2	Nr trenażera, fantomu	Nr zgodnie z wykazem		
Sprzęt wielokrotnego użytku	– Fantom dorosłego mężczyzny – Zestaw do pobierania krwi do badań poziomu glukozy (glukometr, nakłuwacz) **(Scenariusz zgodnie z wykazem)** – Materiały edukacyjne, flipchart, Poradnik dla pacjenta z cukrzycą – Jan Tatoń- (przyjmowanie insuliny, styl życia, aktywność fizyczna, sposoby odżywiana)			Sprzęt jednorazowego użytku	– Zestaw do pobierania krwi do badań poziomu glukozy – Paski do gleukometru, 2 jałowe gaziki, środek do dezynfekcji skóry (kodan), igły do nakłuwacza – Butelka z NaCl 0,9% 500 ml, aparat do wlewu kroplowego, venflon, plaster, korek do venflonu. **(Scenariusz zgodnie z wykazem)**		
Pozostałe wyposażenie	– Karta wywiadu pacjenta. – Indywidualna karta zlecenia lekarskiego z informacjami – materiały edukacyjne dla pielęgniarki i do przekazania pacjentowi			Ubrania i charakteryzacja	1. Fantom dorosłego mężczyzny ubranego w koszulę i spodnie z opaską na ręku „Jestem cukrzykiem”		
Informacja ogólna dla technika	Symulator dorosłego mężczyzny ubranego w koszulę i spodnie. Symulator umieszczony na leżance w pozycji siedzącej na krześle. Przymroczenie, nielogiczny kontakt z pacjentem, drżenie mięśni.						

Parametry początkowe symulatora											
	Nazwa	R - oddech	EKG	NIBP	SpO_2	CO_2	Temp. ^0C	Sinica %	Oczy	Obrzęki	glukoza
	Liczba	>22	98	160/90	< 90%	40	36,6	0	-	-	340mg%
	Cechy	Zapach acetonu z ust									
	Inne	Inne ustawienia:									

Czynności początkowe	**Wykładowca:** 1. Przed rozpoczęciem zajęć sprawdza sposób przygotowania stanowiska i kompletacje. 2. Sprawdza listę uczestników i kartę informacyjną scenariusza itp. 3. Rozpoczyna scenariusz – prosząc o wyłączenie telefonów, zajęcie miejsc itp. – informacja za 3 min. rozpoczynamy proszę zająć miejsca itp. Co jeszcze trzeba zrobić i kto w scenariuszu, którego to dotyczy.

REALIZACJA SCENARIUSZA

WPROWADZENIE – PREBREFING:

PLAN PREBREFINGU:

14. W dniu dzisiejszym nauczymy się postępowania z pacjent ***w stanie hiperglikemii.***
15. Scenariusz został podzielony na 3 części: część pierwsza prebrifing, stanowiący wprowadzenie do scenariusza, który będzie trwał 15 minut. Część druga to realizacja scenariusza, trwająca 10 minut. Część trzecia jest to debrifing stanowiący omówienie i podsumowanie wykonywanego scenariusza, który będzie trwał 40 minut.
16. Celem głównym scenariusza jest nauka postępowania z pacjentem ***w stanie hiperglikemii***.
17. Cele szczegółowe zbieranie wywiadu medycznego, Monitorowanie parametrów życiowych, pobranie krwi do pomiaru glukozy, edukacja pacjenta (przyjmowanie insuliny, styl życia, aktywność fizyczna, sposoby odżywiana)
18. Scenariusz będzie realizowany w Oddziale Chorób Wewnętrznych
19. Czy wszystkie przedstawione przeze mnie informacje są zrozumiałe? Tak
20. Zaprezentuję teraz przypadek kliniczny: Jan Kowalski lat 61 zgłasza się do Przychodni Lekarza Rodzinnego w celu przypisania leków, bo od 2 lat leczy się na cukrzyce typu II. Po wstępnym badaniu lekarskim i pomiarze glukozy, której wartość wynosi 480 mg/%, pacjent zostaje skierowany na Oddział Chorób Wewnętrznych. Na oddziale przebywa trzeci dzień. Po zastosowanym leczeniu pacjent odczuwa poprawę samopoczucia, już tyle nie przysypia, chętniej rozmawia z innymi pacjentami. Zostaje odłączony od pompy insulinowej. Pan Jan nigdy nie stosował się do zaleceń dietetycznych więc i tym razem po obfitym obiedzie serwuje sobie deser wypijając 2 szklanki coca coli i zjadając kilku cukierków – krówek. Pacjent chętnie zasypia na drzemkę poobiednią. O godzinie 16.00 pielęgniarka wchodzi na salę z pomiarem temperatury. Obserwuje niepokojący sen pana Jana. Pacjent z sąsiedniego łóżka zgłasza, iż jego sąsiad takim „głębokim" snem śpi już ponad 3 godziny. Pan Jan, żonaty, otyły, od 2 lat choruje na cukrzycę typu II, przyjmuje 2x1 tab. Metformax 0,5 g. 7 lat temu zdiagnozowano u pacjenta nadciśnienie tętnicze, przyjmuje 1x1 tab. Betaloc 50 mg. Pan Jan mimo zaleceń nie stosuje żadnej diety. Często podjada produkty słodkie i tłuste. BMI – 29,7. Od 40 lat wykonuje pracę szewca, w związku z charakterem wykonywanej pracy ma małą aktywność fizyczną. Mieszka z żoną w domku jednorodzinnym w centrum miasta. Informacje o pacjencie zebrano od pacjenta i żony podczas rozmowy telefonicznej.
21. Teraz przydzielę Wam role, jakie będziecie pełnić w tym scenariuszu
    .....będziesz liderem (Pielęgniarka 1), do Twoich zadań będzie należało zebranie wywiadu, koordynacja współpracy z zespołem terapeutycznym
    .....będziesz Pielęgniarką 2, do Twoich zadań będzie należało monitorowanie pacjenta
    .....będziesz Pielęgniarką 3, do Twoich zadań będzie należało wykonanie zleceń lekarskich (pobieranie badań, podawanie leków itd..)
    .....będziesz obserwatorem, do twoich zadań będzie należało obserwowanie komunikacji w zespole terapeutycznym
    .....będziesz obserwatorem, do Twoich zadań będzie należało obserwowanie procedur zastosowanych w scenariuszu
29. Czy wszyscy zrozumieli przydzielone im role?
30. Zwracam się do każdej osoby z zapytaniem czy rozumie przydzieloną rolę i proszę o powtórzenie zleconych zadań.
31. Zapraszam do sali symulacji w celu zapoznania się ze sprzętem.

INFORMACJE DLA STUDENTÓW	**INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW**
Dzisiaj nauczycie się postępowania z *pacjentem w stanie hiperglikemii. Dodatkowo nauczycie się rozpoznawać ten stan, mierzyć poziom glukozy z krwi włośniczkowej, prawidłowej interpretacji wyników oraz* prawidłowego schematu postępowania leczniczo - pielęgnacyjnego. Nauczycie się jak w takiej sytuacji wyedukować pacjenta aby nie dopuścić do wystąpienia nawrotu tego typu stanu. Uświadomicie sobie jak odpowiedzialna jest praca pielęgniarki w tego typu sytuacjach. Przećwiczenie przez Was pewnych czynności w sytuacji symulacji medycznej, będzie zapobiegało popełnieniu przez was błędów w pracy z pacjentem w rzeczywistej sytuacji klinicznej.	Wyobraźcie sobie sytuację,że jesteście na zajęciach praktycznych w oddziale interny. Opiekujecie się pacjentem, który od 2 lat leczy się na cukrzycę typu II i przybył w oddział chorób wewnętrznych z powodu wysokiego poziomu cukru we krwi. **Wykładowca** 1/ Czy ktoś już z was widział już kiedyś pacjenta w stanie hiperglikemii? **Student** TAK, NIE **Wykładowca** 1a/ Jak myślisz, czym charakteryzuje się hiperglikemia? Z czego wynika?

Hiperglikemia to stan czasowego podwyższenia poziomu cukru we krwi, ujawniającego się w postaci zwiększonego stężenia glukozy we krwi.
Hiperglikemia - to objaw nieleczonej cukrzycy – zarówno typu 1, jak i typu 2. Zbyt wysokie poziomy cukru we krwi pojawiają się jednak także w trakcie leczenia. Różnica polega na nasileniu objawów przecukrzenia. Gdy pacjentom zdarzają się okresy gorszego wyrównania metabolicznego już w trakcie terapii cukrzycy, objawy przecukrzenia są łagodniejsze.
Hiperglikemia – wzrost stężenia glukozy we krwi powyżej górnej granicy normy, której prawidłowe stężenie wynosi 3,4-5,5 mmol/l (60-99 mg/dl). Hiperglikemia stresowa związana z ostrymi stanami chorobowymi jest różnie definiowana, część autorów przyjmuje, że jest to stężenie glukozy przekraczające 200 mg/dl (11,1 mmol/l) bez wcześniejszej cukrzycy, a inni przyjmują stężenie glukozy przekraczające 140 mg/dl przy hemoglobinie glikowanej <6,5 mmol/l.
Hiperglikemia może pojawić się po dużym posiłku lub w czasie choroby. Hiperglikemia zwykle nie jest poważnym stanem jeśli podwyższenie poziomu cukru we krwi trwa krótko ale bardzo wysokie poziomy cukru mogą być przyczyna stanu zagrożenia życia jeżeli nie są rozpoznane i prawidłowo leczone.
Do typowych objawów hiperglikemii zaliczamy:
– częste oddawanie moczu (także wielokrotnie w ciągu nocy)
– bardzo wzmożone pragnienie (potrzeba picia także w nocy)
– utrata masy ciała
– kwaśny zapach z ust
– senność
– osłabienie, zmęczenie
– przesuszona skóra całego ciała
inne **OBJAWY- powikłania hiperglikemii** –Pojawianie się zmian ropnych na skórze –Stany zapalne narządów moczowo-płciowych – Przedłużone gojenie ran, zaburzenia koncentracji i pamięci, owrzodzenia stóp, tachykardia, bóle i drętwienia kończyn, zaburzenia widzenia, nudności, wymioty, bóle brzucha, zaburzenia świadomości, zawał, zaburzenia erekcji, udar mózgu,
Ostre powikłania hiperglikemii to:
– Kwasicza śpiączka ketonowa
– śpiączka
– kwasica mleczanowa
Przewlekła hiperglikemia wiąże się z uszkodzeniem różnych narządów, szczególnie : − oczu, − nerek, − nerwów, − serca i naczyń krwionośnych
Przewlekłe powikłania hiperglikemii to:
– Mikroangiopatyczne (retinopatia, nefropatia, neuropatia,)
– Makroangiopatyczne (ch.n.s, miażdżyca z.k.d, udary)

Student Hiperglikemia - to objaw nieleczonej cukrzycy – zarówno typu 1, jak i typu 2. Zbyt wysokie poziomy cukru we krwi pojawiają się jednak także w trakcie leczenia. Wzrost stężenia glukozy we krwi powyżej górnej granicy normy, której prawidłowe stężenie wynosi 3,4-5,5 mmol/l .
Hiperglikemia może pojawić się po dużym posiłku lub w czasie choroby.
Wykładowca
2/ Jak myślisz czym będzie charakteryzował się ten pacjent z hiperglikemią?
Student U takiego pacjenta pojawią się charakterystyczne objawy: częste oddawanie moczu (także wielokrotnie w ciągu nocy), bardzo wzmożone pragnienie (potrzeba picia także w nocy), utrata masy ciała, kwaśny zapach z ust, senność, osłabienie, zmęczenie, przesuszona skóra całego ciała.
Wykładowca
3/ Jak myślisz czy stan hiperglikemii jest niebezpieczny dla pacjenta? Jeśli tak to czego mógłby być przyczyną?
Student Hiperglikemia zwykle nie jest poważnym stanem jeśli podwyższenie poziomu cukru we krwi trwa krótko ale bardzo wysokie poziomy cukru mogą być przyczyna stanu zagrożenia życia jeżeli nie są rozpoznane i prawidłowo leczone.
Ostre powikłania hiperglikemii to:
- Kwasicza śpiączka ketonowa
- śpiączka
- kwasica mleczanowa
Wykładowca
4/ Jak myślisz czy są jeszcze inne powikłania przedłużających się stanów hiperglikemii?
Student Tak. Przewlekła hiperglikemia wiąże się z uszkodzeniem różnych narządów, szczególnie:
− oczu,
− nerek,
− nerwów,
− serca i naczyń krwionośnych.
Wykładowca
5/ Jak myślisz, jak możesz pomóc temu pacjentowi?
Student Postępowanie powinno być wielokierunkowe i uwzględniać:
- Ocenę stanu pacjenta
- zebranie wywiadu od pacjenta
- Pomiar poziomu glukozy
- podanie insuliny w stałym wlewie zgodnie ze zleceniem lekarza

- edukacja pod kontem dalszych zachowań pacjenta w celu unikania ewentualnych powikłań.
Wykładowca
6/ Jak myślisz, jakie są najczęstsze przyczyny hiperglikemii? **Student** niewystarczająca dawka insuliny (lub doustnego leku hipoglikemizujące go),zaniechanie leczenia, błędy w odżywianiu: zwiększone spożycie pokarmów, zbyt mała aktywność fizyczna, dodatkowe choroby np. infekcje takie jak: zapalenie gardła, oskrzeli,

Cele leczenia cukrzycy
– Utrzymanie prawidłowego/bliskiego normy stężenia glukozy w surowicy krwi w celu prewencji powikłań cukrzycy
– Optymalne stężenia lipidów we krwi w celu prewencji powikłań miażdżycowych
– Optymalne wartości ciśnienia tętniczego krwi w celu prewencji powikłań naczyniowych
– Zdrowy styl życia : − Dieta − Aktywność fizyczna − Redukcja masy ciała − Zaprzestanie palenia tytoniu
– Leczenie farmakologiczne cukrzycy-osiągnięcie kryteriów wyrównania glikemii
– Wyrównanie zaburzeń gospodarki lipidowej
– Wyrównanie ciśnienia tętniczego

Hemoglobina glikowana (HbA1C)
Hemoglobina glikowana (glikohemoglobina, GHB) pozwala utrzymać cukrzycę pod kontrolą. Dzięki badaniu poziomu hemoglobiny glikowanej HbA1c można sprawdzić, jak kształtował się poziom glukozy we krwi przez ostatnie 3 miesiące i czy leczenie przebiega właściwie. Hemoglobina glikowana czyli badanie HbA1c jest podstawowym sposobem oceny skuteczności leczenia cukrzycy. Podczas gdy kontrola poziomu cukru we krwi wykonywana codziennie przez pacjenta jest wskaźnikiem w danym momencie, to badanie HbA1c pokazuje średnią wartość glikemii w okresie ostatnich trzech miesięcy. Jedno badanie pozwala ocenić, czy w ciągu ostatnich 6-10 tygodni chory utrzymywał dobry poziomy glukozy we krwi.

Umiarkowana hiperglikemia często nie daje żadnych objawów – z tego powodu cukrzyca typu 2 jest często rozpoznawania i leczona z kilkuletnim opóźnieniem.

Najczęstsze przyczyny hiperglikemii u osób chorych na cukrzycę.
– niewystarczająca dawka insuliny (lub doustnego leku hipoglikemizującego)
– zaniechanie leczenia (odstawienie insuliny, doustnych leków hipoglikemizujących)
– błędy w odżywianiu: zwiększone spożycie pokarmów
– zbyt mała aktywność fizyczna
– dodatkowe choroby np. infekcje takie jak: zapalenie gardła, oskrzeli, zakażenie układu moczowego i inne
– sytuacje stresowe

Jakich wskazówek należy udzielić pacjentowi by zapobiegać hiperglikemii?
– ustal z lekarzem jakie są Twoje docelowe stężenia glukozy we krwi
– systematycznie oznaczaj stężenie glukozy we krwi według zasad ustalonych szczegółowo z lekarzem (jak często i o jakich porach) a także dodatkowo w razie złego samopoczucia
– ustal z lekarzem jak postępować podczas hiperglikemii
zakażenie układu moczowego i inne, sytuacje stresowe

Wykładowca
7/ Jak myślisz, jakich **wskazówek należy udzielić pacjentowi by zapobiegać hiperglikemii?**

Student
- ustal z lekarzem jakie są Twoje docelowe stężenia glukozy we krwi
- systematycznie oznaczaj stężenie glukozy we krwi według zasad ustalonych szczegółowo z lekarzem
- ustal z lekarzem jak postępować podczas hiperglikemii
- przestrzegaj zaleconego schematu leczenia, a w razie potrzeby modyfikuj je według wskazówek przekazanych przez lekarza-
- bądź aktywny fizycznie
- stosuj się do zasad odżywiania zalecanych dla chorych na cukrzycę
- poszerzaj systematycznie swoją wiedzę na temat cukrzycy

Wykładowca
8/ Czy ktoś z was słyszał co to jest Hemoglobina glikowana? I do czego służy jej pomiar?

Student Hemoglobina glikowana jest podstawowym sposobem oceny skuteczności leczenia cukrzycy. Badanie to pozwala ocenić, czy w ciągu ostatnich 6-10 tygodni chory utrzymywał dobry poziomy glukozy we krwi.

Wykładowca
9/ Jak byś próbował zebrać wywiad od tego pacjenta?

Student na początku wraz z zespołem terapeutycznym starałbym się opanować stan ostry. Po ustąpieniu stanu senności pacjenta zebrała bym wywiad od chorego zadając następujące pytania.

P1:Pozwoli Pan, że w trakcie wywiadu będę notowała Pana odpowiedzi do kwestionariusza wywiadu.
P1:Proszę podać imię, nazwisko i datę urodzenia pacjenta
P1: Jaki zawód Pan wykonuje?
P1: Gdzie Pan mieszka?
P1: Od jak dawna choruje Pan na cukrzycę
P1: Od jak dawna choruje Pan na nadciśnienie tętnicze?
Pacjent: od 10 lat
P1:Czy ktoś kiedyś w rodzinie Pana chorował na cukrzycę?
P1: Czy już kiedyś zdarzył się panu taki wzrost poziomu cukru?
P1: i co pan wtedy zrobił.
P1: a czy dzisiaj jadł pan cos dodatkowego poza przydzielonymi
P1: A co Pan jadł?
P1: A skąd wziął Pan te produkty tutaj w szpitalu?
P1: czy pan w swoim żywieniu stosuje jakąkolwiek dietę?

– przestrzegaj zaleconego schematu leczenia, a w razie potrzeby modyfikuj je według wskazówek przekazanych przez lekarza – bądź aktywny fizycznie (omów z lekarzem jakie formy aktywności fizycznej są dla Ciebie wskazane, a jakie są przeciwwskazane i jak zapobiegać niedocukrzeniu) – stosuj się do zasad odżywiania zalecanych dla chorych na cukrzycę (omów ten temat z lekarzem lub dietetykiem: dotyczy to m. in. ilości i pór zalecanych posiłków, obliczania tak zwanych wymienników węglowodanowych czy kalorii w posiłkach itp.) – poszerzaj systematycznie swoją wiedzę na temat cukrzycy.	P1. A czy wie pan jakie mogą byś tego konsekwencje. P1: Jakie były pierwsze objawy, które skłoniły Pana do zgłoszenia się do lekarza? P1: czy odczuwa pan nudności, wymioty? P1:Czy pali Pan papierosy i pije alkohol? P1: Czy jest jeszcze jest coś o czym chciałaby Pan mi powiedzieć, a o co nie zapytałam? **Wykładowca** Przydzielę każdemu z was określoną rolę i zadania do wykonania w tej symulacji. Kto zechciałby zostać liderem grupy? **Lider** – nadzoruje pracę całej grupy, obserwuje pracę poszczególnych osób i udziela wskazówek. **Pielęgniarka 1** – zbiera wywiad zgodnie ze scenariuszem od pacjenta i jego żony (która przybyła po zawiadomieniu jej do przychodni) ma odpowiedzi na wszystkie pytania. Wspiera pacjenta **Pielęgniarka** 2 –układa pacjenta na leżance oraz prowadzi ciągły monitoring pacjenta. **Pielęgniarka** 3 - pobiera krew do pomiaru poziomu glukozy i wykonuje zlecenia lekarskie. Kto z was nie rozumie swojej roli i zadania jakie ma do wykonania podczas tej symulacji? Jeżeli nie ma pytań, zapraszam was do sali symulacji medycznej.

ZAPOZNANIE STUDENTÓW ZE SPRZĘTEM	
Wykładowca	Dzisiaj będziemy pracować w oddziale chorób wewnętrznych. Zapoznaliście się już z wyposażeniem stanowisk, dzisiaj dodatkowo będziemy wykorzystywać gleukometr, aparat do mierzenia ciśnienia (Zaprezentowanie monitora oraz instruktaż obsługi, zaprezentowanie możliwości symulatora potrzebnych do tej symulacji – podłączenia do kardiomonitora, założenia wkłucia, wykonanie pomiaru glukozy za pomocą glukometru- prezentacja glukometru.) Instruktaż stanowiska zabiegowego, prezentacja potrzebnego sprzętu (patrz str.1)
Student	Każdy student powinien zapoznać się ze sprzętem – szczególnie obsługą glukometra. Zapoznanie z funkcjami symulatora, obsługą monitora, możliwością wykonania pomiaru ciśnienia tętniczego, zapoznanie się ze stanowiskiem zabiegowym.
SCENARIUSZ SYMULACJI	
Opis scenariusza	Jan Kowalski lat 61 zgłasza się do Przychodni Lekarza Rodzinnego w celu przypisania leków, bo od 2 lat leczy się na cukrzyce typu II. Po wstępnym badaniu lekarskim i badaniu pomiarze glukozy w którego wartość wynosi 480 mg/%. Pacjent zostaje skierowany na Oddział Chorób Wewnętrznych. Na oddziale przebywa trzeci dzień. Po zastosowanym leczeniu pacjent odczuwa poprawę samopoczucia, już tyle nie przysypia, chętniej rozmawia z innymi pacjentami. Zostaje odłączony od pompy insulinowej. Pan Jan nigdy nie stosował się do zaleceń dietetycznych więc i tym razem po obfitym obiedzie serwuje sobie deser wypijając 2 szklanki coca coli i zjadając kilku cukierków – krówek. Pacjent chętnie zasypia na drzemkę poobiednią. O godzinie 16.00 pielęgniarka wchodzi na salę z pomiarem temperatury. Obserwuje niepokojący sen pana Jana. Pacjent z sąsiedniego łóżka zgłasza, iż jego sąsiad stale przysypia, mało mówi jeśli mówi to nie logicznie, taki stan trwa już ponad 3 godziny.

Obecny stan kliniczny	Objawy: utrudniony kontakt z pacjentem, pacjent przytomny ale mało komunikatywny czasami nielogiczny, wyczuwalny zapach acetonu z ust.
Wywiad	Pan Jan, żonaty otyły od 2 lat choruje na cukrzycę typu II przyjmuje 2x1 tab Metformax 0,5g. 7 lat temu zdiagnozowano u pacjenta nadciśnienie tętnicze przyjmuje 1x1 tab Betaloc 50 mg. Pan Jan mimo zaleceń nie stosuje żadnej diety. Często podjada produkty słodkie i tłuste. BMI – 29,7. Od 40 lat wykonuje pracę szewca. W związku z charakterem wykonywanej pracy ma małą aktywność fizyczną. Mieszka z żoną w domku jednorodzinnym w centrum miasta.

Przebieg scenariusza Ścieżka 1	Podział na role: 1. Lider – koordynator pracy całej grupy 2. Pielęgniarka 1 – zbiera wywiad i wspiera pacjenta 3. Pielęgniarka 2 – odpowiedzialna za : właściwe ułożenie pacjenta, monitorowanie stanu pacjenta: ilość oddechów, RR, tętno, zabarwienie powłok skórnych, stała obserwacja pacjenta, stan świadomości pacjenta 4. Pielęgniarka 3 – odpowiedzialna za pomiar glukozy	Przebieg scenariusza: 1. Lider - nadzoruje pracę całej grupy, obserwuje pracę poszczególnych osób i udziela wskazówek. 2. Pielęgniarka 1 - zbiera wywiad zgodnie ze scenariuszem od pacjenta i jego żony (która przybyła po zawiadomieniu jej do przychodni) ma odpowiedzi na wszystkie pytania. Wspiera pacjenta 3. Pielęgniarka 2 - układa pacjenta na leżance oraz prowadzi ciągły monitoring pacjenta. 4. Pielęgniarka 3 - pobiera krew do pomiaru poziomu glikozy i podłącza pompę infuzyjna z insuliną (Gensulin R 2j/godzinę), pomiar glukozy co 2 godziny, podłączenie płynów, NaCl 0,9% 500 ml (2500 ml na dobę), 40 mmol KCL, bilans płynów 5. W roli żony pacjenta - pacjent standaryzowany (aktor) współpracuje z personelem (udziela wywiadu) wspiera pacjenta.
	Pytania i odpowiedzi w wywiadzie:	
	Pielęgniarka 1 zbiera wywiad P1: Podchodzi i przedstawia się: nazywam się Zofia Wnuk, będę zbierała z Panem wywiad na temat pańskiej choroby. Czy udzieli mi pan odpowiedzi Pacjent: Tak P1: Pozwoli Pani, że w trakcie wywiadu będę notowała Pana odpowiedzi do kwestionariusza wywiadu. Pacjent :tak. P1: Proszę podać imię, nazwisko i datę urodzenia pacjenta Pacjent: Jan Nowak lat 61, ur. 27.01.1957 roku P1: Jaki zawód Pan wykonuje? Pacjent: od 40 lat jestem szewcem, pracuję w swoim domu P1: Gdzie Pan mieszka? Pacjent: w mieście, w domu jednorodzinnym P1: Od jak dawna choruje Pan na cukrzycę? Pacjent: od 2 lat	

	P1: Od jak dawna choruje Pan na nadciśnienie tętnicze? Pacjent: od 10 lat P1: Czy ktoś kiedyś w rodzinie Pana chorował na cukrzycę? Pacjent: tak, ojciec P1: Czy już kiedyś zdarzył się panu taki wzrost poziomu cukru? Pacjent: tak w tamtym tygodniu i z miesiąc temu. Nagle poczułem się bardzo senny i osłabiony, więcej spałem. Czułem ciągłe zmęczenie. Czułem taki specyficzny zapach mojej skóry P1: i co pan wtedy zrobił. Pacjent: dużo spałem, dużo piłem. Wiedziałem już, że trochę przesadziłem ze słodyczami P1: a czy dzisiaj jadł pan cos dodatkowego poza przydzielonymi Panu racjami do spożycia? Pacjent: tak ale niewiele P1: A co Pan jadł? Pacjent: Zjadłem kilka krówek, cukierków i wypiłem 2 szklanki coli. P1: A skąd wziął Pan te produkty tutaj w szpitalu? Pacjent: Odwiedzał mnie dzisiaj przed południem kolega i przyniósł mi taki prezent. On wie ze ja lubię krówki. P1: czy pan w swoim żywieniu stosuje jakąkolwiek dietę? Pacjent: nie bo uważam, że wszystko co zalecają mi spożywać to jest nie smaczne i nie nadające się do jedzenie . Nie słodkie, niedoprawione, niedobre. P1: A czy wie pan jakie mogą byś tego konsekwencje. Pacjent: nie P1: Jakie były pierwsze objawy, które skłoniły Pana do zgłoszenia się do lekarza? Pacjent: Dużo spałem, dużo piłem, byłem ciągle zmęczony, na skórze zaczęły mi się pojawiać jakieś dziwne wypryski. Rano dzisiaj zacząłem wymiotować, odczuwam nudności już od wczoraj. Pojechałem do lekarza rodzinnego I tam zbadano mi badania, poziom cukru we krwi okazało się że miał 340 mg/dl P1: Czy pali Pan papierosy i pije alkohol? Pacjent: nie palę ale piwo lubię wypić P1: Czy jest jeszcze jest coś o czym chciałaby Pan mi powiedzieć, a o co nie zapytałam? Pacjent: nie, wydaje mi się że wszystko powiedziałam.	

PALETA 1 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE WRAZ Z PRAWIDŁOWYM PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna		Wpisać – co będzie się zmieniało i kiedy									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	oddech	EKG	NIBP	Spo2	CO2	Temp.	Sinica	Oczy	Obrzęki	glukoza
	Liczba	>22	98	160/90	< 90%	40	36,6	0	-	-	340mg%
	Cechy	Zapach acetonu z ust									
	Inne	Inne ustawienia dotyczą:									

PALETA 2 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE WRAZ Z PRAWIDŁOWYM PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna		Zmiana stanu po podaniu leków									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	oddech	EKG	NIBP	Spo2	Co2	Temp.	Sinica	Oczy	Obrzęki	glukoza
	Liczba	20	90	140/85	93	40	36,6	0	-	-	290 mg%
	Cechy	Zapach acetonu z ust nadal utrzymuje się									
	Inne	Inne ustawienia dotyczą:									

DEBRIEFING:	
INFORMACJE DLA STUDENTÓW	**INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW**
Celem dzisiejszych zajęć była nauka postępowania z pacjentem z rozpoznaną Hiperglikemią, z wykorzystaniem pracy w grupie i podziałem na role. Każda z osób w grupie miała do wykonania określone zadania, o różnym stopniu trudności. Dzisiejsze ćwiczenie ma zastosowanie na egzaminie OSC oraz w pracy z pacjentem w warunkach POZ, (szpitalnych). Praca na fantomie zapewnia Wam w pewnym sensie komfort psychiczny ponieważ zapobiegnie popełnieniu błędu w pracy z pacjentem	– Tematem dzisiejszej symulacji było postępowanie z pacjentem z hiperglikemią. – Założone dzisiaj cele zostały osiągnięte. – Przypomnij mi z jakim pacjentem dzisiaj żeśmy postępowali podczas zajęć symulacji medycznej? – Przypomnij mi jakie mogą wystąpić poziomy glukozy we krwi w stanie hiperglikemii? – Iza byłaś dzisiaj liderem grupy. Jakie procedury wykonywałaś? (student odpowiada) – Moniko, za co byłaś dzisiaj odpowiedzialna (student odpowiada) Zadaję to samo pytanie do każdego ze studentów uczestniczących w scenariuszu **I RUNDA (zadowolenie)** – Moniko z czego jesteś dzisiaj zadowolona podczas wykonywania zadań w symulacji. (student odpowiada) (zadaję to samo pytanie do każdego ze studentów uczestniczących w scenariuszu)

	OBSERWATORZY – Aniu byłaś dzisiaj obserwatorem odpowiedzialnym za komunikacje w zespole. Z czego jesteś zadowolona po wykonaniu swojego zadania? (student odpowiada) (zadaję to samo pytanie do każdego ze studentów uczestniczących w scenariuszu jako obserwator) **II RUNDA (odczucia)** – Agnieszko jak się czułaś dzisiaj przy realizacji swojego zadania? Jakie emocje towarzyszyły Tobie podczas symulacji (student odpowiada) (zadaję to samo pytanie do każdego ze studentów uczestniczących w scenariuszu i obserwatorów) **III RUNDA (poprawa)** – Moniko co chciałabyś poprawić (przećwiczyć, powtórzyć) w swoich działaniach? (student odpowiada)można dopytać) – Kto miał podobne odczucia? (zadaję to samo pytanie do każdego ze studentów uczestniczących w scenariuszu jako obserwator) **POSUMOWANIE** Jestem zadowolona z waszego dzisiejszego działania. Co się nauczyliście po dzisiejszych zajęciach? Jak myślisz kiedy i w jakiej sytuacji ta umiejętność dzisiaj ćwiczona będzie wykorzystana? Mam nadzieję, że dużo was to nauczyło. (nauczyciel kieruje po 2 zdania personalnie do każdego studenta) Np.: – Izo, widziałam ze dzisiejszej roli jako lider grupy bardzo dobrze się czułaś i swoje zagania wykonywałaś w sposób dość dynamiczny. Gratuluję. – …… i do pozostałych studentów symulacji. – Moniko cieszę się ze to zobaczyłaś na pewno łatwiej byłoby gdyby sytuacja stanu pacjenta była ustabilizowana.
Zastosowanie umiejętności:	Umiejętność ma zastosowanie podczas ZP i P w szpitalu oraz egzaminu OSCE
Literatura	Konspekt oraz podręczniki: 1. Gajewski P, Szczeklik A. Interna Szczeklika 2016. Podręcznik chorób wewnętrznych .Choroby metaboliczne. Cukrzyca. Med. Prakt. Copyright Medycyna Praktyczna. Kraków 2016. 2. Jurkowska G.; Łagoda K.; Pielęgniarstwo internistyczne. Podręcznik dla studiów medycznych.; Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011 3. Tatoń Jan, Poradnik dla pacjenta z cukrzycą. Hipoglikemia i hiperglikemia
Umiejętności podstawowe:	
	Wiedza 1. Posiada wiedzę w zakresie wartości badań laboratoryjnych z zakresu cukrzycy 2. Posiada wiedzę w zakresie postępowania z pacjentem z cukrzyca w stanie hipoglikemii 3. Wie jak współpracować z pacjentem i jego rodziną.

Umiejętności podstawowe	**Umiejętności** 1. Umie zinterpretować wartości badań laboratoryjnych. 2. Umie postępować z pacjentem z hipoglikemią 3. Współpracuje z pacjentem i jego rodziną **Kompetencje** 1. Szanuje godność i autonomię osób powierzonych opiece. 2. Student rzetelnie i dokładnie wykonuje powierzone mu obowiązki zawodowe.
Efekty kształcenia	Wiedza: **D.W.03,** Wyjaśnia etiopatogenezę, objawy kliniczne, przebieg, leczenie, rokowanie i opiekę pielęgniarską w obrzęku płuc. **D.W.04,** Zna zasady oceny stanu chorego. **D.W.05,** Zna zasady diagnozowania w pielęgniarstwie internistycznym. **D.W.06,** Zna zasady planowania opieki nad chorym w zależności od wieku i stanu pacjenta. Umiejętności **D.W.06,** Charakteryzuje grupy leków i ich działanie uwzględniając działania niepożądane, interakcje z innymi lekami i drogi podania. **D. U.8.** Pobiera materiał do badań **D. U.8.** doraźnie podaje tlen **D. U.16.** Rozpoznaje stan nagłego zagrożenia życia **D. U.27.** Asystuje lekarzowi w trakcie badań diagnostycznych i leczenia **D. U.28.** Prowadzi dokumentacje pielęgniarską oraz przekazuje informację o stanie zdrowia pacjenta członkom zespołu terapeutycznego. **D. U.28.** Umie ocenić poziom bólu, reakcję chorego na ból oraz stosuje postępowanie przeciwbólowe. Kompetencje **D.K.1.** Szanuje godność i autonomię osoby powierzonej opiece. **D.K.4.** Wykazuje odpowiedzialność moralną za człowieka i wykonywanie zadań zawodowych. **D.K.5.** Przestrzega prawa pacjenta **D.K.7.**Przestrzega tajemnicy zawodowej

<table>
<tr><td colspan="5">SCENARIUSZ SYMULACJI MEDYCZNEJ POŚREDNIEJ WIERNOŚCI – PW
Autor scenariusza: dr Barbara Sokołowska</td><td>Nr porządkowy</td><td>PW zgodnie z wykazem</td></tr>
<tr><td>Czas zajęć</td><td>45 Minut</td><td>Czas scenariusza</td><td>15 Minut</td><td>Liczba studentów</td><td colspan="2">8</td></tr>
<tr><td>Nazwa</td><td colspan="6">Postępowanie z pacjentem w obrzęku płuc</td></tr>
<tr><td>Cel główny</td><td colspan="6">Utrwalenie praktycznego działania zgodnego z algorytmem postępowania z pacjentem z obrzękiem płuc.</td></tr>
<tr><td>Cel szczegółowy</td><td colspan="6">1. Obserwacja i interpretacja objawów obrzęku płuc oraz zebranie szybkiego wywiadu.
2. Monitorowanie parametrów życiowych pacjenta.
3. Wdrażanie działań terapeutyczno - pielęgnacyjnych w oparciu o algorytm (zgodnie ze zleceniem lekarskim)</td></tr>
<tr><td>Metoda</td><td colspan="6">Zajęcia te będą realizowane metodą symulacji medycznej.</td></tr>
<tr><td colspan="7">INFORMACJE TECHNICZNE I ORGANIZACYJNE</td></tr>
<tr><td>Nr Sali</td><td>Nr 201</td><td>Numer stanowiska</td><td>Nr…1</td><td>Nr trenażera, fantomu</td><td colspan="2">Nr zgodnie z wykazem</td></tr>
<tr><td>Sprzęt wielokrotnego użytku</td><td colspan="3">– Fantom dorosłego mężczyzny
– Zestaw do pobierania krwi do badań (Scenariusz zgodnie z wykazem)
– Zestaw do podawania tlenu, reduktor
– Zestaw do podłączenia kroplowego wlewu dożylnego. (Scenariusz zgodnie z wykazem)
– Zestaw do pomiaru temperatury ciała - termometr elektroniczny (Scenariusz zgodnie z wykazem)
– Kardiomonitor
– Kaczka
– Niski stołek (podnóżek)
– Wózek reanimacyjny</td><td>Sprzęt jednorazowego użytku</td><td colspan="2">– Zestaw do pobierania krwi do badań (Scenariusz zgodnie z wykazem)
– Zestaw do podawania tlenu (maska tlenowa z przewodem).
– Zestaw do podłączenia kroplowego wlewu dożylnego (Scenariusz zgodnie z wykazem)
– Dodatkowo strzykawka o pojemność 5, wypełniona 0,9%NaCl, strzykawka o pojemność 10 ml do podawania leków, diuretyki, leki rozszerzające naczynia (Furosemid, 2 amp.). Strzykawki zabezpieczone igłą z opisem na opakowaniu strzykawki: nr Sali, imię i nazwisko pacjenta, nazwa leku, dawka, droga podania, data przygotowania.
– Zestaw do cewnikowania (pakiet).
– Karta informacyjna
– Karta ze zleceniami lekarskimi</td></tr>
<tr><td>Pozostałe wyposażenie</td><td colspan="3">– Karta wywiadu pacjenta.
– Indywidualna karta zlecenia lekarskiego z informacjami
– Badania laboratoryjne: morfologia, stężenie we krwi kreatyniny, mocznika, sodu i potasu, glukozy troponiny sercowej, aktywności enzymów wątrobowych, gazometria krwi tętniczej, D-dimeru
– Tlen</td><td>Ubrania i charakteryzacja</td><td colspan="2">1. Fantom dorosłego mężczyzny ubranego w koszulę i spodnie ze znacznymi obrzękami w okolicy kostek i kolan.</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td colspan="2">Informacja ogólna dla technika</td><td colspan="10">Symulator dorosłego mężczyzny ubranego w koszulę i spodnie.
Symulator umieszczony na leżance w pozycji półwysokiej. Na prawej dłoni założone wkłucie dożylne typu wenflon zabezpieczone korkiem i bandażem owiniętym wokół dłoni. Zasiniona twarz pacjenta z dużym zasinieniem wokół ust i nosa. Obrzęki w okolicy kostek i podudzi, Odgłosy silnej duszności, rzężącego kaszlu.</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Parametry początkowe symulatora</td><td>Nazwa</td><td>R
- oddech</td><td>EKG</td><td>NIBP</td><td>SpO_2</td><td>CO_2</td><td>Temp. ^0C</td><td>Sinica %</td><td>Oczy</td><td>Obrzęki</td><td>W płucach</td></tr>
<tr><td>Liczba</td><td>>25</td><td>110</td><td>170/110</td><td>< 84%</td><td>40</td><td>37</td><td>20</td><td>Mruganie 15</td><td>Kostki, podudzia</td><td>Furczenia nad płatami płuc (szczyty), bulgoczący oddech</td></tr>
<tr><td>Cechy</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td>Inne</td><td colspan="10">Inne ustawienia:</td></tr>
<tr><td colspan="2">Czynności początkowe</td><td colspan="10">Wykładowca:
1. Przed rozpoczęciem zajęć sprawdza sposób przygotowania stanowiska i kompletacje.
2. Sprawdza listę uczestników i kartę informacyjną scenariusza itp.
3. Rozpoczyna scenariusz – prosząc o wyłączenie telefonów, zajęcie miejsc itp. – informacja za 3 min. rozpoczynamy proszę zająć miejsca itp.
Co jeszcze trzeba zrobić i kto w scenariuszu którego to dotyczy.</td></tr>
</table>

REALIZACJA SCENARIUSZA

WPROWADZENIE – PREBREFING:

PLAN PREBREFINGU:

1. W dniu dzisiejszym nauczymy się postępowania z pacjent ***w obrzęku płuc***
2. Scenariusz został podzielony na 3 części: część pierwsza prebrifing, stanowiący wprowadzenie do scenariusza, który będzie trwał 15 minut. Część druga to realizacja scenariusza, trwająca 10 minut. Część trzecia jest to debrifing stanowiący omówienie i podsumowanie wykonywanego scenariusza, który będzie trwał 40 minut.
3. Celem głównym scenariusza jest nauka postępowania z pacjentem ***w obrzęku płuc*** Cele szczegółowe to zbieranie wywiadu medycznego, monitorowanie parametrów życiowych, wykonanie EKG, postępowanie zgodnie ze zleceniami lekarskimi
4. Scenariusz będzie realizowany w Oddziale Intensywnej opieki Kardiologicznej
5. Czy wszystkie przedstawione przeze mnie informacje są zrozumiałe? Tak
6. Zaprezentuję teraz przypadek kliniczny: Jan Nowak lat 61 do oddziału OINK przyjęty w trybie nagłym z powodu niepokojąco szybko narastającej duszności (uczucia braku powierza) oraz tachykardii. U pacjenta występują obrzęki w okolicy kostek i kolan mimo przyjmowania leków diuretycznych (Furosemid 2x1 tab. oraz Betaloc 50mg. 1x1 tab). Na twarzy widoczne zasinienie w okolicy ust i nosa. Pacjent od 14 lat leczy się na nadciśnienie tętnicze. A 10 lat temu przebył zawał mięśnia sercowego. Pacjent ma zdiagnozowaną nadwagę. Pan Jan, kawaler, mieszkujący na wsi zajmuje się od 40 lat gospodarstwem rolnym. Ciężko pracuje fizycznie. Mieszka z 88 letnią matką nad którą sprawuje opiekę. Od 40 lat pali papierosy wypalając około 20 dziennie i lubi picie mocnej herbaty. Odżywia się nieregularnie, lubi posiłki tłuste, pikantne i smażone. Przyjmuje leki ale czasami zdarza mu się o nich zapomnieć. Nieregularnie chodzi na wizyty kontrolne do kardiologa. Martwi się, że musiał pozostawić matkę samą w gospodarstwie. Informacje o stanie zdrowia pacjenta z wywiadu od pacjenta, a częściowo dokumentacji, którą dostarczono wraz z pacjentem. Pacjent na oddział przybył karetką pogotowia z domu.
7. Teraz przydzielę Wam role, jakie będziecie pełnić w tym scenariuszu
   .....będziesz liderem (Pielęgniarka 1), do Twoich zadań będzie należało zebranie wywiadu, koordynacja współpracy z zespołem terapeutycznym
   .....będziesz Pielęgniarką 2, do Twoich zadań będzie należał monitorowanie pacjenta
   .....będziesz Pielęgniarką 3, do Twoich zadań będzie należało wykonanie zleceń lekarskich (pobieranie badań, podawanie leków itd..)

.....będziesz obserwatorem, do twoich zadań będzie należało obserwowanie komunikacji w zespole terapeutycznym

.....będziesz obserwatorem, do Twoich zadań będzie należało obserwowanie procedur zastosowanych w scenariuszu

8. Czy wszyscy zrozumieli przydzielone im role?
9. Zwracam się do każdej osoby z zapytaniem czy rozumie przydzieloną rolę i proszę o powtórzenie zleconych zadań.
10. Zapraszam do sali symulacji w celu zapoznania się ze sprzętem.

INFORMACJE DLA STUDENTÓW	INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW
Dzisiaj nauczycie się postępowania z *pacjentem z przewlekłą niewydolnością krążenia w stanie zaostrzeni objawów- obrzękiem płuc, co stanowi stan zagrożenia życia pacjenta.* Nauczycie się zebrać informacje od tego pacjenta. Dodatkowo nauczycie się interpretacji zapisu EKG u tego pacjenta, oraz zastosowania prawidłowego schematu postępowania leczniczego. Uświadomicie sobie jak odpowiedzialna jest praca pielęgniarki w tego typu sytuacjach. Przećwiczenie przez was pewnych czynności w sytuacji symulacji medycznej, będzie zapobiegało popełnieniu przez was błędów w pracy z pacjentem w rzeczywistej sytuacji klinicznej. **Obrzęk płuc** – stan chorobowy, w trakcie którego dochodzi do przesączania się płynu przesiękowego z naczyń włosowatych otaczających pęcherzyki płucne do światła tych pęcherzyków i do tkanki podścieliskowej. W wyniku tego dochodzi do nagromadzenia się płynu przesiękowego w miąższu płucnym, w przestrzeni śródmiąższowej i w pęcherzykach płucnych. Powoduje to utrudnienie wymiany gazowej, czyli utrudnione pobierania tlenu i wydalania dwutlenku węgla. **Do takiej sytuacji dochodzi najczęściej w:** 1/ przebiegu niewydolności krążenia (lewokomorowej niewydolności serca), 2/ przypadku utrudnienia odpływu krwi z płuc (w przypadku wad serca), 3/ jak również w przypadku zaburzeń toksycznych lub przemiany materii, w trakcie których dochodzi do uszkodzenia pęcherzyków płucnych (mocznica, zespół nerczycowy). **Obraz kliniczny** Głównym objawem rozpoczynającego się obrzęku płuc jest duża gwałtowna **duszność** która zmusza chorego do przyjęcia pozycji siedzącej ze spuszczonymi kończynami dolnymi. Jest to tzw. pozycja ortopnoiczna, dzięki której chory może lepiej oddychać a duszność się zmniejsza. Często chory opiera się rękami o brzeg łóżka, a głowę pochyla do przodu. **Kaszel** początkowo suchy, a następnie z odksztuszaniem obfitej pienistej wydzieliny, która może być podbarwiona na różowo na wskutek domieszki krwi- co jest spowodowane znacznym wzrostem ciśnienia w naczyniach włosowatych płuc powoduje przesiękanie osocza i przenikanie krwinek czerwonych do pęcherzyków płucnych.	Wyobraźcie sobie sytuację, że jesteście na zajęciach praktycznych w szpitalu w Oddziale Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego. Opiekujecie się pacjentem, który przybył do oddziału z powodu nasilenia się lub dekompensacji PNS - objawy zastoju krwi w krążeniu dużym. U pacjenta występują obrzęki w okolicy kostek i kolan oraz silna duszność. Na twarzy widoczne zasinienie w okolicy ust i nosa. Pacjent odruchowo przyjmuje pozycję półwysoką. **Wykładowca** 1/ Jak myślisz, czym charakteryzuje się obrzęk płuc? Z czego wynika? **Student Obrzęk płuc** – stan chorobowy, w trakcie którego dochodzi do przesączania się płynu przesiękowego z naczyń włosowatych otaczających pęcherzyki płucne do światła tych pęcherzyków i do tkanki podścieliskowej. W wyniku tego dochodzi do nagromadzenia się płynu przesiękowego w miąższu płucnym, w przestrzeni śródmiąższowej i w pęcherzykach płucnych. Powoduje to utrudnienie wymiany gazowej, czyli utrudnione pobierania tlenu i wydalania dwutlenku węgla. **Wykładowca** 2/ Jak myślisz czym będzie charakteryzował się ten pacjent? **Student** Występuje u chorego gwałtowna **duszność,** która zmusza chorego do przyjęcia pozycji siedzącej ze spuszczonymi kończynami dolnymi. **Kaszel** początkowo suchy, a następnie z odksztuszaniem obfitej pienistej wydzieliny, która może być podbarwiona na różowo na wskutek domieszki krwi. Chory ma poczucie lęku i **grożącej śmierci.** Jest **blady, spocony, oczy z wytrzeszczem**. Oddechy są bardzo nasilone i przyspieszone, występuje **sinica**. W badani fizykalnym stwierdza się przepełnienie żył szyjnych spowodowane podwyższeniem ciśnienia w prawym sercu i żyłach krążenia dużego. Tętno przyspieszone często nieregularne, a jego napięcie jest uzależnione od ciśnienia tętniczego. **Wykładowca** 3/ Jak możesz pomóc temu pacjentowi? **Student: Postępowanie powinno być wielokierunkowe i uwzględniać:** 1/ Zmniejszenie ciśnienia w krążeniu płucnym, czyli:

Chory ma poczucie lęku i **grożącej śmierci,** wzywa szybko pomocy.
Jest **blady, spocony, oczy z wytrzeszczem**. Oddechy są bardzo nasilone i przyspieszone, występuje **sinica**.
W badani fizykalnym stwierdza się przepełnienie żył szyjnych spowodowane podwyższeniem ciśnienia w prawym sercu i żyłach krążenia dużego. Tętno przyspieszone często nieregularne a jego napięcie jest uzależnione od ciśnienia tętniczego. W rozwiniętym obrzęku płuc nad całym obszarem płuc słyszy się głośne, niedźwięczne wilgotne rzężenia oraz często furczenia i świsty często słyszalne już z odległości jako charakterystyczne „gotowanie się" w płucach. Przyczyną tego stanu jest mieszanie się powietrza z płynem obrzękowym w drogach oddechowych.
Leczenie
Obrzęk płuc jest stanem wymagającym szybkiej interwencji pod stałym monitorowaniem pacjenta (EKG, pomiar ciśnienia tętniczego, kontrola diurezy, o.c.ż).
Obrzęk płuc jest stanem zagrożenia życia i jeżeli nie rozpocznie się natychmiastowego odpowiedniego postępowania może spowodować zgon chorego w ciągu jednej lub dwóch godzin.
Postępowanie powinno być wielokierunkowe i uwzględniać:
1/ Zmniejszenie ciśnienia w krążeniu płucnym, czyli:
   - właściwe ułożenie chorego, które powoduje zmniejszenie dopływu krwi żylnej do prawego serca.
   - zastosowanie leków moczopędnych
   - podanie leków rozszerzających naczynia
2/ Tlenoterapia
3/ Podanie neuroleptyków
4/ Zastosowanie leczenia zwalczania innych ewentualnych zaburzeń (zaburzenia rytmu, kwasica, wysokie ciśnienie tętnicze.)

Działania pielęgniarskie w obrzęku płuc:
- wstępna ocenia stanu chorego
- podanie tlenu
- właściwe ułożenie pacjenta
- wykonanie wkłucia dożylnego,
- podłączenie kardiomonitora
- podjęcie działań do zmniejszenia niepokoju chorego
- obserwacja i ocena stanu ogólnego chorego i nasilenia duszności
- śledzenie parametrów życiowych (tętna, ciśnienia tętniczego, oddechu, czynności elektrycznej serca, diurezy, o.c.ż., ciśnienia w tętnicy płucnej)
- dokumentowanie stanu chorego
- pobieranie materiału do badań
- podawanie leków oraz wykonywanie zabiegów zgodnie ze zleceniami lekarza

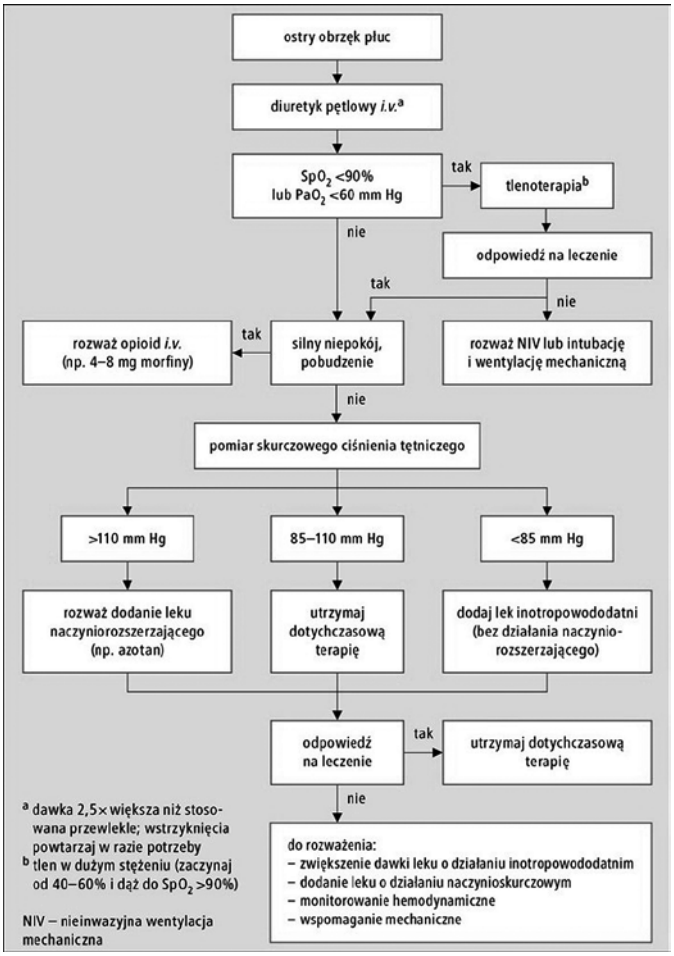
- właściwe ułożenie chorego, które powoduje zmniejszenie dopływu krwi żylnej do prawego serca.
- zastosowanie leków moczopędnych
- podanie leków rozszerzających naczynia

2/ Tlenoterapia
3/ Podanie neuroleptyków
4/ Zastosowanie leczenia zwalczania innych ewentualnych zaburzeń (zaburzenia rytmu, kwasica, wysokie ciśnienie tętnicze.)

Wykładowca
4/ Na jakie parametry zwrócisz uwagę?
Student(EKG, pomiar ciśnienia tętniczego, kontrola diurezy, o.c.ż).
Wykładowca
5/ Jak byś próbował zebrać wywiad od tego pacjenta?
Student na początku wraz z zespołem terapeutycznym starałbym się opanować stan ostry. Po ustąpieniu silnej duszności i uspokojeniu pacjenta zebrał bym wywiad od chorego zadając następujące pytania.
P1: Pozwoli Pan, że w trakcie wywiadu będę notowała Pana odpowiedzi do kwestionariusza wywiadu.
P1: Proszę podać imię, nazwisko i datę urodzenia pacjenta
P1: Jaki zawód Pan wykonuje?
P1: Gdzie Pan mieszka?
P1: Od jak dawna choruje Pan na choroby serca czy nadciśnienie tętnicze?
P1: Czy ktoś kiedyś w rodzinie Pana chorował na choroby serca czy nadciśnienie tętnicze?
P1: Czy w dzieciństwie chorował pan na częste anginy lub stany zapalne ucha środkowego, uszu?
P1: Czy choruje pan na inne choroby takie jak przewlekłe?
P1: Czy przyjmuje Pan jakieś leki na stałe?
P1: Jakie były pierwsze objawy, które skłoniły Pana do zgłoszenia się do lekarza?
P1:Czy pali Pan papierosy i pije mocna kawę i herbat?
P1: Czy męczy Pana kaszel nocny?
P1: Czy ma Pan czasami uczucie kołatanie serca?
P1: Czy pojawia się czasami u Pana ból w klatce piersiowej? Jeśli tak to kiedy najczęściej?
P1: Czy ma Pan czasami uczucie, lęku, niepokoju?
P1: Czy wstępują u Pana czasami omdlenia?
P1: Czy jest jeszcze jest coś o czym chciałaby Pani mi powiedzieć, a o co nie zapytałem?
Wykładowca
Przydzielę każdemu z was określoną rolę i zadania do wykonania w tej symulacji.
Kto zechciałby zostać liderem?
Pielegniarka 1 Lider – nadzoruje pracę całej grupy, obserwuje pracę poszczególnych osób i udziela wskazówek.– zbiera wywiad zgodnie ze scenariuszem od siostrzenicy pacjenta,

- obserwowanie skuteczności działania leków i ewentualnych objawów ubocznych.
- dokumentowanie terapii
- wykonywanie działań opiekuńczych w zależności od stanu chorego i jego potrzeb.

Ryc. 1 Algorytm postępowania w ostrym obrzęku płuc (wg wytycznych ESC 2016, zmodyfikowane)



ma odpowiedzi na wszystkie pytania. Wspiera pacjenta
Pielęgniarka 2 –układa pacjenta we właściwej pozycji, podaje tlen zgodnie ze zleceniem lekarskim z procedura oraz prowadzi ciągły monitoring pacjenta.
Pielęgniarka 3 - pobiera krew do badań laboratoryjnych, podaje leki drogą i.v oraz podłącza wlew kroplowy zgodnie z procedurą i zgodnie ze zleceniem lekarskim

Obserwatorzy:

13. Student 4 - obserwuje proces komunikacji podczas przebiegu scenariusza w zespole.
14. Student 5 - obserwator przestrzegania procedur medycznych procedur postępowania z pacjentem.
15. Student 6 - obserwator dokumentowania przebiegu scenariusza.

– Kto z was nie rozumie swojej roli i zadania jakie ma do wykonania podczas tej symulacji?

Jeżeli nie ma pytań, zapraszam was do sali symulacji medycznej.

ZAPOZNANIE STUDENTÓW ZE SPRZĘTEM	
Wykładowca	Dzisiaj będziemy pracować na sali Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego. Zapoznaliście się już z wyposażeniem stanowisk, dzisiaj dodatkowo będziemy wykorzystywać kardiomonitor i zestaw do podawania tlenu (Zaprezentowanie monitora oraz instruktaż obsługi, zaprezentowanie możliwości symulatora potrzebnych do tej symulacji – podłączenia do kardiomonitora, założenia wkłucia, podłączenia tlenu.) Instruktaż stanowiska zabiegowego, prezentacja potrzebnego sprzętu (patrz str. 1)
Student	Każdy student powinien zapoznać się ze sprzętem – Zapoznanie z funkcjami symulatora - podłączeniem do kardiomonitora (podłączenie elektrod EKG, podłączenie klipsa do pomiaru saturacji, założenie mankietu do pomiaru ciśnienia tętniczego), sprawdzenie obsługi monitora.

SCENARIUSZ SYMULACJI	
Opis scenariusza	Jan Nowak, lat 61 do oddziału OINK przyjęty w trybie nagłym z powodu niepokojąco szybko narastającej duszności (uczucia braku powierza) oraz tachykardia. U pacjenta występują obrzęki w okolicy kostek i kolan mimi przyjmowania leków diuretycznych (Furosemid 2x1 tab) oraz Betaloc 50mg. 1x1 tab. Na twarzy widoczne zasinienie w okolicy ust i nosa. Pacjent od 14 lat leczy się na nadciśnienie tętnicze. A 10 lat temu przebył zawał mięśnia sercowego. Pacjent ma zdiagnozowana nadwagę.
Obecny stan kliniczny	Objawy: bardzo silna duszność, oddech przyspieszony płytki, przy oddechu słyszalny bulgot, ciśnienie tętnicze 170/110, tętno szybkie niemiarowe, słabo wyczuwalne. Widoczne zasinienie w okolicy ust i nosa, pacjent spocony, blady, wystraszony. BMI-29,1
Wywiad	Pan Jan, kawaler, mieszkujący na wsi zajmujący się od 40 lat gospodarstwem rolnym. Ciężko pracuje fizycznie. Mieszka z 88 letnią matką nad którą sprawuje opiekę. Od 40 lat pali papierosy wypalając około 20 dziennie i lubi picie mocnej herbaty. Od 14 lat leczy się na nadciśnienie tętnicze. Pacjent przebył 10 lat temu zawał mięśnia sercowego. Odżywia się nieregularnie, lubi posiłki tłuste, pikantne i smażone. Przyjmuje leki ale czasami zdarza mu się o nich zapomnieć. Nieregularnie chodzi na wizyty kontrolne do kardiologa. Martwi się że musiał pozostawić matkę samą w gospodarstwie. Informacje o stanie zdrowia pacjenta z wywiadu od pacjenta, a częściowo dokumentacji, którą dostarczono wraz z pacjentem. Pacjent na oddział przybył karetką pogotowia z domu.

	Podział na role: Lider – **Pielęgniarka 1** - zbiera wywiad i wspiera pacjenta koordynator pracy całej grupy Zbiera wywiad i wspiera pacjenta **Pielęgniarka 2** - odpowiedzialna za: właściwe ułożenie pacjenta, podawanie tlenu oraz monitorowanie stanu pacjenta: temperatura, saturacja, ilość oddechów, RR, tętno, zabarwienie powłok skórnych, stała obserwacja pacjenta Pielęgniarka 3 - odpowiedzialna za pobranie badań laboratoryjnych i podanie leków drogą i.v. i wlewów kroplowych. **Obserwatorzy:** Student 4 - obserwator komunikacji Student 5 - obserwator procedur Student 6 - obserwator dokumentacji	Przebieg scenariusza: **Pielęgniarka 1 Lider** - nadzoruje pracę całej grupy, obserwuje pracę poszczególnych osób i udziela wskazówek - zbiera wywiad zgodnie ze scenariuszem od siostrzenicy pacjenta, ma odpowiedzi na wszystkie pytania. Wspiera pacjenta **Pielęgniarka 2** - układa pacjenta we właściwej pozycji, podaje tlen zgodnie ze zleceniem lekarskim z procedura oraz prowadzi ciągły monitoring pacjenta. **Pielęgniarka 3** - pobiera krew do badań laboratoryjnych, podaje leki drogą i.v. oraz podłącza wlew kroplowy zgodnie z procedurą i zgodnie ze zleceniem lekarskim. Obserwatorzy: 16. Student 4-obserwuje proces komunikacji podczas przebiegu scenariusza w zespole. 17. Student 5-obserwator przestrzegania procedur medycznych procedur postępowania z pacjentem. 18. Student 6-obserwator dokumentowania przebiegu scenariusza.
	Pytania i odpowiedzi w wywiadzie:	
	Pielęgniarka 1 zbiera wywiad P1: Podchodzi i przedstawia się: nazywam się Anna Nowak będę zbierała z Panem wywiad a także postaram się pomóc Panu. Czy udzieli Pan mi odpowiedzi na pytania. Pacjent: tak	

	P1: Pozwoli Pan, że w trakcie wywiadu będę notowała Pana odpowiedzi do kwestionariusza wywiadu. Pacjent: tak. P1: Proszę podać imię, nazwisko i datę urodzenia pacjenta Pacjent: Jan Nowak lat 61, ur. 27.01.1957 roku P1: Jaki zawód Pan wykonuje? Pacjent: rolnik P1: Gdzie Pan mieszka? Pacjent: wieś, w domu jednorodzinnym P1: Od jak dawna choruje Pan na choroby serca czy nadciśnienie tętnicze? Pacjent: od 14 lat P1: Czy ktoś kiedyś w rodzinie Pana chorował na choroby serca czy nadciśnienie tętnicze? Pacjent: tak, ojciec zmarł na udar. P1: Czy w dzieciństwie chorował pan na częste anginy lub stany zapalne ucha środkowego, uszu? Pacjent: nie P1: Czy choruje pan na inne choroby takie jak przewlekłe? Pacjent: nie ale ostatnimi czasy lekarz rodzinny podejrzewa u wujka rozpoczynająca się cukrzycę. P1: Czy przyjmuje Pan jakieś leki na stałe? Pacjent: tak P1: Jakie były pierwsze objawy, które skłoniły Pana do zgłoszenia się do lekarza? Pacjent: bardzo szybko męczyłem się i nasilały się bóle w klp nawet po posiłku. W nocy wybudzała mnie duszność pojawiły się obrzęki wokół kostek. Udałem się więc do lekarza rodzinnego. P1: Czy pali Pan papierosy i pije mocna kawę i herbat? Pacjent: Tak około 20 papierosów dziennie, teraz staram się ograniczać od 7 do 5 dziennie. Nie piję kawy ale lubię pić mocną herbatę, której wypijam do 7 szklanek dziennie. P1: Czy męczy Pana kaszel nocny? Pacjent: tak, wybudza mnie P1: Czy ma Pan czasami uczucie kołatanie serca? Pacjent: tak często P1: Czy pojawia się czasami u Pana ból w klatce piersiowej? Jeśli tak to kiedy najczęściej? Pacjent: tak, bardzo często nawet po posiłku kiedyś po pracy teraz już nie pracuję a ból pojawia się.	

	P1: Czy ma Pan czasami uczucie, lęku, niepokoju? Pacjent: tak ostatnimi czasy bardzo często a zwłaszcza przy nasileniu się bólu i duszności. Wydaje mi się, że umieram, nie chce umierać. Płacze. P1: Czy wstępują u Pana czasami omdlenia? Pacjent: tak, ostatnimi czasy 2 krotnie nastąpiło omdlenie w łazience. P1: Czy jest jeszcze jest coś o czym chciałaby Pani mi powiedzieć, a o co nie zapytałem? Pacjent: nie, wydaje mi się, że wszystko powiedziałam.	
	Pielęgniarka 2 Monitoruje pacjenta, układa pacjenta w pozycji ułatwiającej oddychanie.	**Pielęgniarka 2** Informuje pacjenta co będzie robiła, podłącza tlen, kardiomonitor (EKG), klips do saturacji, mierzy ciśnienie, usadza pacjenta w pozycji siedzącej ze spuszczonymi nogami, układa nogi na podnóżku, podtrzymuje pacjenta, kontroluje cały czas parametry, informuje pielęgniarkę 3 o parametrach
	Pielęgniarka 3 Postępowanie zgodnie ze zleceniami lekarskimi, pobranie badań laboratoryjnych i podanie leków drogą i.v. i wlewów kroplowych.	**Pielęgniarka 3** sprawdza zlecenia, szykuje zestaw, pobiera badania laboratoryjne. Informuje pacjenta co będzie robiła. Podłącza wlew kroplowy w celu utrzymania drożności naczyniowego, podłącza NaCl 0,9% z prędkością 30 kropli/ min podaje leków drogą i.v. (2 amp. Furosemidu roztwór do wstrzykiwań; 10 mg/ml (20 mg/2 ml) odnotowuje w zleceniach

Po podaniu tlenu PALETA 1

PALETA 1 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE WRAZ Z PRAWIDŁOWYM PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna		Stan zaostrzenia niewydolności – obrzęk płuc									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	oddech	EKG	NIBP	Spo2	CO2	Temp.	Sinica	Oczy	Obrzęki	Oddechy
	Liczba	>25	98	175/100	< 92%	40	37	20	Mruganie 15	>25	Furczenia nad płatami płuc (szczyty) bulgoczący oddech
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia dotyczą: silna duszność, kaszel, charczenia, lęk pacjenta przed śmiercią									

PALETA 2 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE WRAZ Z PRAWIDŁOWYM PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna											
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	oddech	EKG	NIBP	Spo2	Co2	Temp.	Sinica	Oczy	Obrzęki	Oddechy
	Liczba	>22	98	150/100	< 90%	40	37	50	Mruganie 15	>25	
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia dotyczą: zmniejszenie duszności, uspokojenie pacjenta									

DEBRIEFING:	
INFORMACJE DLA STUDENTÓW	**INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW**
Celem dzisiejszych zajęć była nauka postępowania z pacjentem w obrzęku płuc, z wykorzystaniem pracy w grupie i podziałem na role .Każda z osób w grupie miała do wykonania określone zadania, o różnym stopniu trudności. Dzisiejsze ćwiczenie ma zastosowanie na egzaminie OSC oraz w pracy z pacjentem w warunkach szpitalnych. Praca na fantomie zapewnia wam w pewnym sensie komfort psychiczny ponieważ zapobiegnie popełnieniu błędu w pracy z pacjentem	– Tematem dzisiejszej symulacji było postępowanie z pacjentem w obrzęku płuc. – Założone dzisiaj cele zostały osiągnięte. – Moniko przypomnij mi jakie mogą wystąpić zmiany w zapisie EKG podczas obrzęku płuc? – Iza przypomnij mi z jakim pacjentem dzisiaj żeśmy postępowali podczas zajęć symulacji medycznej? – Iza byłaś dzisiaj liderem grupy. Jakie procedury wykonywałaś? (student odpowiada) – Moniko, za co byłaś dzisiaj odpowiedzialna (student odpowiada) – (zadaję to samo pytanie do każdego ze studentów uczestniczących w scenariuszu) I RUNDA (zadowolenie) – Moniko z czego jesteś dzisiaj zadowolona podczas wykonywania zadań w symulacji. (student odpowiada) – (zadaję to samo pytanie do każdego ze studentów uczestniczących w scenariuszu) OBSERWATORZY – Aniu byłaś dzisiaj obserwatorem odpowiedzialnym za komunikacje w zespole. Z czego jesteś zadowolona po wykonaniu swojego zadania? (student odpowiada) – (zadaję to samo pytanie do każdego ze studentów uczestniczących w scenariuszu jako obserwator) II RUNDA (odczucia) – Agnieszko jak się czułaś dzisiaj przy realizacji swojego zadania? Jakie emocje towarzyszyły Tobie podczas symulacji – (student odpowiada) – (zadaję to samo pytanie do każdego ze studentów uczestniczących w scenariuszu i obserwatorów) III RUNDA (poprawa) – Moniko co chciałabyś poprawić (przećwiczyć, powtórzyć) w swoich działaniach? (student odpowiada)można dopytać) – Kto miał podobne odczucia? (zadaję to samo pytanie do każdego ze studentów uczestniczących w scenariuszu jako obserwator)

	POSUMOWANIE – Jestem zadowolona z waszego dzisiejszego działania. – Co się nauczyliście po dzisiejszych zajęciach? – Jak myślisz kiedy i w jakiej sytuacji ta umiejętność dzisiaj ćwiczona będzie wykorzystana? – Mam nadzieję, że dużo was to nauczyło. (nauczyciel kieruje po 2 zdania personalnie do każdego studenta, np.:) – Izo, widziałam, że dzisiejszej roli jako lider grupy bardzo dobrze się czułaś i swoje zagania wykonywałaś w sposób dość dynamiczny. Gratuluję. – …… i do pozostałych studentów symulacji. – Moniko cieszę się, że to zobaczyłaś na pewno łatwiej byłoby gdyby sytuacja stanu pacjenta była ustabilizowana.
Zastosowanie umiejętności:	Umiejętność ma zastosowanie podczas ZP i PZ w szpitalu oraz egzaminu OSCE.
Literatura	Konspekt oraz podręczniki: 1. Gajewski P, Szczeklik A. Interna Szczeklika 2016. Podręcznik chorób wewnętrznych. Med. Prakt. Copyright Medycyna Praktyczna. Kraków 2016. / konspekt/ 2. Jurkowska G.; Łagoda K.; Pielęgniarstwo internistyczne. Podręcznik dla studiów medycznych.; Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011 3. Ślusarska B, Zarzycka D., Majdan A.; Podstawy pielęgniarstwa TOM 2, Wybrane umiejętności i procedury opieki pielęgniarskiej,; Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017
Umiejętności podstawowe:	**Wiedza** 1. Posiada wiedzę w zakresie wartości badań laboratoryjnych typowych dla przewlekłej niewydolności serca 2. Posiada wiedzę w zakresie postępowania z pacjentem z przewlekłej niewydolności serca w stanie zaostrzenia 3. Wie jak współpracować z pacjentem i jego rodziną. **Umiejętności** 1. Umie zinterpretować wartości badań laboratoryjnych. 2. Umie postępować z pacjentem z PNS 3. Współpracuje z pacjentem i jego rodziną **Kompetencje** 1. Szanuje godność i autonomię osób powierzonych opiece. 2. Student rzetelnie i dokładnie wykonuje powierzone mu obowiązki zawodowe. **Autor scenariusza: dr Barbara Sokołowska**
Efekty kształcenia	**Wiedza:** **D.W.03,** Wyjaśnia etiopatogenezę, objawy kliniczne, przebieg, leczenie, rokowanie i opiekę pielęgniarską w obrzęku płuc. **D.W.04,** Zna zasady oceny stanu chorego. **D.W.05,** Zna zasady diagnozowania w pielęgniarstwie internistycznym. **D.W.06,** Zna zasady planowania opieki nad chorym w zależności od wieku i stanu pacjenta. **Umiejętności** **D.W.06,** Charakteryzuje grupy leków i ich działanie uwzględniając działania niepożądane, interakcje z innymi lekami i drogi podania. **D. U.8.** Pobiera materiał do badań **D. U.8.** doraźnie podaje tlen

Efekty kształcenia	**D. U.16.** Rozpoznaje stan nagłego zagrożenia życia **D. U.27.** Asystuje lekarzowi w trakcie badań diagnostycznych i leczenia **D. U.28.** Prowadzi dokumentacje pielęgniarską oraz przekazuje informację o stanie zdrowia pacjenta członkom zespołu terapeutycznego. **D. U.28.** Umie ocenić poziom bólu, reakcję chorego na ból oraz stosuje postępowanie przeciwbólowe. **Kompetencje** **D.K.1.** Szanuje godność i autonomię osoby powierzonej opiece. **D.K.4.** Wykazuje odpowiedzialność moralną za człowieka i wykonywanie zadań zawodowych. **D.K.5.** Przestrzega prawa pacjenta **D.K.7.**Przestrzega tajemnicy zawodowej

Część III
SCENARIUSZE WYSOKIEJ WIERNOŚCI

SCENARIUSZ SYMULACJI MEDYCZNEJ WYSOKIEJ WIERNOŚCI – SWW **Autor: dr nauk o zdrowiu Renata Chlebowska**					Nr porządkowy	SWW zgodnie z wykazem
Czas zajęć	90 Min	Czas scenariusza	15 Min	Liczba studentów	8	
Nazwa	**Postępowanie z pacjentem psychiatrycznym nowoprzyjętym z zaburzeniami nerwicowymi**					
Cel główny	**Nauka postępowania z pacjentem psychiatrycznym nowoprzyjętym z zaburzeniami nerwicowymi.**					
Cel szczegółowy	1. Nawiązanie i podtrzymanie komunikowania terapeutycznego. 2. Ocena stanu pacjenta (wywiad, pomiar parametrów, obserwacja). 3. Wykonanie zleceń lekarskich. 4. Komunikacja z zespołem terapeutycznym.					
Metoda	Symulacji medycznej z udziałem pacjenta standaryzowanego					
INFORMACJE TECHNICZNE I ORGANIZACYJNE						
Nr Sali	Nr 205	Numer stanowiska	Nr 2	Nr trenażera, fantomu	Nr zgodnie z wykazem	
Sprzęt wielokrotnego użytku	1. Zestaw do podania leku doustnie – (sprzęt wielorazowy) scenariusz zgodnie z wykazem 2. Zestaw do wykonania iniekcji im – (sprzęt wielorazowy) scenariusz zgodnie z wykazem 3. Pojemnik twardo ścienny na zużyte igły. 4. Pojemniki na odpady medyczne: papier, materiał biologiczny, plastik, szkło. 5. Termometr. 6. Kardiomonitor do pomiaru: tętno, RR, oddech.			Sprzęt jednorazowego użytku	1. Zestaw do podania leku doustnie – (sprzęt jednorazowy) scenariusz zgodnie z wykazem 2. Zestaw do wykonania iniekcji i.m. – (sprzęt jednorazowy) scenariusz zgodnie z wykazem	
Pozostałe wyposażenie	1. DOKUMENTACJA MEDYCZNA: - historia choroby - karta gorączkowa - karta indywidualnej opieki pielęgniarskiej - karta zleceń lekarskich 2. Biurko i krzesło. 3. Papier i przybory do pisania.			Ubrania i charakteryzacja	Pacjent standaryzowany, ubrany w pidżamę. Pot na czole.	
Informacja ogólna dla technika	Pacjent standaryzowany siedzący w łóżku, poduszka włożona pod plecy, ubrany w pidżamę, przykryty kołdrą do wysokości pasa. Łóżko ustawione w pobliżu źródła tlenu i kardiomonitora. Przy łóżku postawione krzesło i biurko.					

Parametry początkowe symulatora PALETA 1											
	Nazwa	Oddech	NIBP	Puls	pCO2	SPO2	Sinica	Temp	Oczy	Obrzęki	
	Liczba	35	140/95	110	20	95	0	37	p-n;l-n	0	
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia (jeżeli dotyczą):uczucie duszności, zawroty głowy, ból w klatce piersiowej, strach, uczucie drętwienia lub mrowienia kończyn.									

Czynności początkowe	Wykładowca: • Przed rozpoczęciem zajęć sprawdza sposób przygotowania stanowiska i kompletacje. • Sprawdza listę uczestników, kartę informacyjną scenariusza itp. • Rozpoczyna scenariusz — prosząc o wyłączenie telefonów, zajęcie miejsc itp. — informacja za 3 min. rozpoczynamy proszę zająć miejsca itp. *Co jeszcze trzeba zrobić i kto w scenariuszu, którego to dotyczy.*

REALIZACJA SCENARIUSZA	
WPROWADZENIE – PREBREFING:	
PLAN PREBRIEFINGU: 57. Zapoznanie z tematem szkolenia/kursu/scenariusza. 58. Zaprezentuj części szkolenia/zajęć: prebriefing, scenariusz, debriefing i określ ramy czasowe. 59. Przedstawienie i omówienie krótkie celu i celów pośrednich scenariusza — rozmowa dyskusja w oparciu o informacje dla studentów i informacje dla wykładowców. 60. Przedstaw gdzie będzie przeprowadzany scenariusz w gabinecie pielęgniarki POZ. 61. Zapytaj czy studenci rozumieją poprzednie informacje. Jeśli nie – wyjaśnij ponownie. 62. Zaprezentuj przypadek kliniczny: Pacjent Jan Kowalski itd. 63. Zaproponuj podział ról w grupie, wyznacz lidera (jeśli potrzebny). 64. Upewnij się czy poszczególni członkowie zespołu wiedzą za co są odpowiedzialni, czy rozumieją swoją rolę. 65. Zaproś uczestników do Sali symulacyjnej w celu zapoznania z salą i ze sprzętem.	
INFORMACJE DLA STUDENTÓW	**INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW**
Zaburzenia nerwicowe, zaburzenia związane ze stresem i zaburzenia pod postacią somatyczną połączono w klasyfikacji ICD-10 w jedną grupę oznaczoną symbolami F40 do F48. Autorzy klasyfikacji, choć wycofali się ze stosowania pojęcia nerwica, zachowali je w nazwie grupy zaburzeń ze względu na związek znacznej części tych zaburzeń z zaburzeniami psychologicznymi. Dzisiaj nauczycie się postępowania z pacjentką nowoprzyjętą z rozpoznanym zaburzeniem nerwicowym. W trakcie ćwiczenia uświadomicie sobie jak wielkim wyzwaniem jest praca z pacjentem chorym psychicznie, który nie zawsze chce współpracować z personelem. Zaskakujące mogą być dla was wypowiedzi pacjenta, zdumiewające może być jego zachowanie. Dla każdego z was bardzo ważnym będzie nawiązanie właściwego komunikowania terapeutycznego z pacjentem i podtrzymanie komunikacji. Następnie będziecie uczyć się zbierania wywiadu psychiatrycznego, który różni się w wielu elementach od wywiadu zbieranego od osoby, która choruje na schorzenia somatyczne. Dodatkowo będziecie mierzyć parametry życiowe pacjenta, na zlecenie lekarza podacie określone leki. Proszę pamiętać,że wykonanie tych czynności u chorego psychicznie nie zawsze jest łatwe ze względu na częsty brak współpracy chorego z personelem. Będziecie opiekować się pacjentem, prowadząc jednocześnie obserwację. Ważnym elementem tego ćwiczenia będzie właściwa interpretacja stanu psychicznego choreg.	Wyobraźcie sobie, że jesteście na zajęciach w oddziale psychiatrycznym. Przed chwilą było przyjecie nowej pacjentki do oddziału. Każdy z was będzie miał do wykonania kilka czynności związanych z przyjęcia pacjenta/k (zebranie wywiadu) oraz wynikających ze zleceń lekarskich (pomiar parametrów i podanie zleconych leków. Jakie emocje mogą towarzyszyć pacjentowi w pierwszych chwilach pobytu w szpitalu? **Odp.:** lęk, zdenerwowanie, uczucie niepewności. Kto pamięta jakie są przyczyny zaburzeń nerwicowych? **Odp.:** uwarunkowania genetyczne, przeszłe i teraźniejsze wydarzenia z życia pacjenta, reagowanie na różne sytuacje stresowe oraz czynniki środowiskowe. Kto wymieni jakie mamy postaci zaburzeń nerwicowych? **Odp.:** fobie, napady paniki, napady lęku uogólnionego, zaburzenia lękowe mieszane. Kto wymieni objawy występujące w zaburzeniach nerwicowych? **Odp.:** kołatanie serca, drżenie rąk, uczucie strachu, ból brzucha, uczucie braku powietrza, uczucie „zaraz zemdleję/umrę”, nudności, bóle głowy. Na jakie parametry waszym zdaniem należałoby zwrócić uwagę? **Odp.:** ciśnienie krwi, tętno, oddech, temperatura.

INFORMACJE OGÓLNE O ZABURZENIACH NERWICOWYCH.

Obraz zaburzeń nerwicowych jest różnorodny, lecz zawsze podstawowym objawem tych zaburzeń jest lęk. W zaburzeniach nerwicowych mogą pojawić się liczne objawy somatyczne np.: niedowład kończyn, brak czucia, zaburzenia wzroku i słuchu, nadmierna wrażliwość na bodźce, trudności z oddychaniem, uczucie ciasnoty w klatce piersiowej, napięciowy ból głowy, ból żołądka, serca, zawroty głowy, drżenie kończyn, kołatanie serca, nagłe uderzenia gorąca.

Obserwuje się także zaburzenia funkcji poznawczych: natrętne myśli (obsesje), natręctwa ruchowe (kompulsje), trudności w koncentracji uwagi, zaburzenia emocji: fobie, lęk nieokreślony, niepokój, nagłe napady lęku, brak motywacji, apatia, przygnębienie, obniżony nastrój oraz rozmaite zaburzenia snu. Cierpiący z powodu tych zaburzeń nie mają zmienionego poczucia rzeczywistości, a normy społeczne nie są przez nich poważnie naruszane. Chorzy najczęściej zdają sobie sprawę z absurdalności swoich objawów czy braku powodów występujących u nich symptomów somatycznych. Te fakty zdecydowanie odróżniają zaburzenia nerwicowe od psychoz.

Klasyfikacja zaburzeń nerwicowych:

- zaburzenia lękowe w postaci fobii
- inne zaburzenia lękowe: z napadami lęku (lęk paniczny), zaburzenia lękowe uogólnione, zaburzenia depresyjne i lękowe mieszane, inne mieszane zaburzenia lękowe, inne określone zaburzenia lekowe, zaburzenia lekowe nieokreślone.
- zaburzenia obsesyjno – kompulsywne (nerwica natręctw)
- reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne
- zaburzenia dysocjacyjne (konwersyjne)
- zaburzenia występujące pod postacią somatyczną
- inne zaburzenia nerwicowe.

Na jakie zachowanie pacjenta będziecie zwracali uwagę?
Odp.: niepokój, uczucie napięcia wewnętrznego, zagrożenia.

Jak waszym zdaniem zaburzenia nerwicowe wpływają na życie pacjenta?
Odp.: bardzo utrudniają pracę zawodową, zaburzają życie rodzinne i społeczne. W pewnych sytuacjach mogą spowodować zagrożenie życia. Pacjent konsultuje się z wieloma lekarzami, wykonuje różne badania, a lekarze go ignorują i mówią że jest zdrowy.

Co waszym zdaniem wpływa pozytywnie na komunikację z zespołem terapeutycznym i pacjentem?
Odp.: wzajemne zaufanie, fachowość personelu, postawa wskazująca na zaangażowanie w proces leczenia i opieki nad pacjentem, wyczerpujące i zrozumiałe dla pacjenta odpowiedzi na jego pytania i wątpliwości, zrozumienie dla występujących objawów chorobowych, okazywanie pacjentowi cierpliwości, stosowanie pozytywnych wzmocnień wobec chorego.

Wymieniliście już czynniki wpływające pozytywnie na komunikację z personelem i pacjentem, wymieńcie teraz te czynniki i zachowania, których powinniście unikać.
Odp.: brak zaufania do innych członków zespołu terapeutycznego, wzajemne okazywanie niechęci. Wobec pacjenta – negowanie jego odpowiedzi, brak akceptacji dla jego zachowania, okazywanie irytacji i zniecierpliwienia.

1. <u>Zaprezentuj części szkolenia/zajęć: prebriefing, scenariusz, debriefing i określ ramy czasowe.</u>

Prebriefing – 15 minut.
Scenariusz – 15 minut.
Debriefing – 40 minut.

2. <u>Przedstawienie i omówienie krótkie celu i celów pośrednich scenariusza — rozmowa dyskusja w oparciu o informacje dla studentów i informacje dla wykładowców.</u>

Cel scenariusza:

1. Nauka postępowania z pacjentem psychiatrycznym nowoprzyjętym z zaburzeniami nerwicowymi.

2. Cele szczegółowe:
    1. Nawiązanie i podtrzymanie komunikowania terapeutycznego.
    2. Ocena stanu pacjenta (wywiad, pomiar parametrów, obserwacja).
    3. Wykonanie zleceń lekarskich.
    4. Komunikacja z zespołem terapeutycznym.

	3. Przedstaw gdzie będzie przeprowadzany scenariusz (SOR, sala pacjenta, sala opatrunkowa, mieszkanie pacjenta). Szpital oddział psychiatrii. 4. Zapytaj czy studenci rozumieją poprzednie informacje. Jeżeli nie - wyjaśnij ponownie. 5. Zaprezentuj przypadek kliniczny: *Pacjent Jan Kowalski itd.* Przypadek kliniczny. Anna Nowacka lat 45 została przyjęta po raz pierwszy do szpitala psychiatrycznego celem leczenia. Objawy jakie zgłasza pacjentka w jej opinii narastały w okresie ostatnich kilku tygodni. Nasilenie objawów zdaniem kobiety jest tak duże, że uniemożliwia jej: wychodzenie z domu, wykonywanie czynności dnia codziennego, robienie zakupów, kontakt z innymi ludźmi oraz poważnie wpływa na jej kontakty z mężem. Kobieta z tego powodu od 2 tygodni przebywa na zwolnieniu lekarskim wystawionym przez lekarza rodzinnego. Przyczyny obecnego stanu zdrowia kobiety w jej opinii to: problemy związane z pracą zawodową (nadmiar obowiązków), zła sytuacja materialna ponieważ mąż musiał zawiesić działalność gospodarczą co wiąże się z pogorszeniem sytuacji materialnej oraz problemu z dorosłym synem, który jest bezrobotny na utrzymaniu rodziców. Zdaniem kobiety leki przepisane przez lekarza rodzinnego nie przynoszą oczekiwanego przez nią efektu z tego powodu zgłosiła się do psychiatry, który wystawił skierowanie na leczenie w warunkach szpitalnych. Pacjentka zgadza się na leczenie. 6. Zaproponuj podział ról w grupie, wyznacz lidera (jeśli potrzebny). PACJENT STANDARYZOWANY 1. Student: Lider – koordynator pracy całej grupy 2. Student: Pielęgniarka 1 – zbiera wywiad, zapisuje w dokumentacji wywiadu i wspiera pacjentkę 3. Student: Pielęgniarka 2 – odpowiedzialna za: monitorowanie stanu pacjenta, stałą obserwację pacjenta i udokumentowanie wykonania czynności. 4. Student: Pielęgniarka 3 – odpowiedzialna za podanie leków drogą doustną, wykonanie iniekcji i.m oraz udokumentowanie wykonanych czynności. 7. Upewnij się czy poszczególni członkowie zespołu wiedzą za co są odpowiedzialni, czy rozumieją swoją rolę.

	Czy wszyscy zrozumieli przydzielone im role? ZWRACAM SIĘ DO KAŻDEJ OSOBY Z ZAPYTANIEM CZY ROZUMIE PRZYDZIELONA ROLĘ I PROSZĘ O POWTÓRZENIE ZLECONYCH ZADAŃ. 8. Zapraszam uczestników do Sali symulacyjnej w celu zapoznania z salą i ze sprzętem

ZAPOZNANIE STUDENTÓW ZE SPRZĘTEM	
Wykładowca	Dzisiaj będziemy pracować na sali chorego w oddziale psychiatrycznym. Wyposażenie Sali chorego jest wam znane. Proszę zwrócić uwagę na różnice – brak firanek, rolet w oknach itp. W roli chorego występuje pacjent standaryzowany. Proszę uważnie obserwować zachowanie pacjenta i jego wygląd.
Student	Każdy student zapoznaje się z wyposażeniem sali, zestawami sprzętu przygotowanego do realizacji scenariusza. Obserwuje osobę będącą pacjentem, jego zachowanie i charakteryzację przygotowaną na potrzeby symulacji.
SCENARIUSZ SYMULACJI	
Opis scenariusza	Pacjentka Anna Nowacka lat 45, nowoprzyjęta do oddziału w dniu dzisiejszym w godzinach rannych z powodu utrzymujących się objawów typowych dla zaburzeń nerwicowych. W domu przyjmowała leki zlecone przez lekarza rodzinnego (ostatnie dwa tygodnie), przywieziona przez męża.
Obecny stan kliniczny	Pacjent znajduje się na sali chorych w oddziale psychiatrycznym. Występują u niego następujące objawy: kołatanie serca (przyśpieszenie czynności serca), pocenie się, uczucie dławienia się, uczucie duszności, nudności, zawroty głowy, dezorientacja, dreszcze lub uderzenia gorąca, obawa śmierci.
Wywiad dla studenta	Dane dotyczące pacjenta znajdują się w historii choroby. Występują objawy typowe dla zaburzeń nerwicowych, pomimo przyjmowania leków zleconych przez lekarza rodzinnego.
Wywiad dla wykładowcy	Anna Nowacka lat 45 została przyjęta po raz pierwszy do szpitala psychiatrycznego celem leczenia. Objawy jakie zgłasza pacjentka w jej opinii narastały w okresie ostatnich kilku tygodni. Nasilenie objawów zdaniem kobiety jest tak duże, że uniemożliwia jej: wychodzenie z domu, wykonywanie czynności dnia codziennego, robienie zakupów, kontakt z innymi ludźmi oraz poważnie wpływa na jej kontakty z mężem. Kobieta z tego powodu od 2 tygodni przebywa na zwolnieniu lekarskim wystawionym przez lekarza rodzinnego. Przyczyny obecnego stanu zdrowia kobiety w jej opinii to: problemy związane z pracą zawodową (nadmiar obowiązków), zła sytuacja materialna ponieważ mąż musiał zawiesić działalność gospodarczą co wiąże się z pogorszeniem sytuacji materialnej oraz problemu z dorosłym synem, który jest bezrobotny na utrzymaniu rodziców. Zdaniem kobiety leki przepisane przez lekarza rodzinnego nie przynoszą oczekiwanego przez nią efektu z tego powodu zgłosiła się do psychiatry, który wystawił skierowanie na leczenie w warunkach szpitalnych. Pacjentka zgadza się na leczenie.

Przebieg scenariusza Ścieżka 1	Uczestnicy PACJENT STANDARYZOWANY 1. Student: Lider – koordynator pracy całej grupy 2. Student: Pielęgniarka 1 – zbiera wywiad, zapisuje w dokumentacji wywiadu i wspiera pacjentkę 3. Student: Pielęgniarka 2 – odpowiedzialna za: monitorowanie stanu pacjenta, stałą obserwację pacjenta i udokumentowanie wykonania czynności. 4. Student: Pielęgniarka 3 – odpowiedzialna za podanie leków drogą doustną, wykonanie iniekcji i.m oraz udokumentowanie wykonanych czynności. Przebieg scenariusza - 15 minut. Lider Zapoznaje się z dokumentacją pacjenta i nawiązuje kontakt słowny z pacjentem. Lider: Dzień dobry, nazywam się…….. Jestem pielęgniarką, Pani jest pacjentką nowoprzyjętą do oddziału. LIDER: Za chwilę przyjdzie pielęgniarka i zbierze z Panią wywiad. LIDER: Proszę powiedzieć co się dzieje, jakie dolegliwości Pani zgłasza? Lider: Wezwę lekarza, pomożemy Pani. LEKARZ wchodzi i pyta lidera: Wzywała Mnie Pani, co się dzieje? Lider: Zgłosiła się do nas pacjentka Anna Nowacka lat 45, przed chwilą zgłaszała objawy: kołatanie serca, drżenie rąk, obawę przed śmiercią, duszność, nudności i zawroty głowy, drętwienie rąk.	Uczestnicy PACJENT STANDARYZOWANY 1. Student: Lider – koordynator pracy całej grupy 2. Student: Pielęgniarka 1 – zbiera wywiad, zapisuje w dokumentacji wywiadu i wspiera pacjentkę 3. Student: Pielęgniarka 2 – odpowiedzialna za: monitorowanie stanu pacjenta, stałą obserwację pacjenta i udokumentowanie wykonania czynności. 4. Student: Pielęgniarka 3 – odpowiedzialna za podanie leków drogą doustną, wykonanie iniekcji i.m oraz udokumentowanie wykonanych czynności. PACJENTKA: Tak. PACJENTKA: Proszę Pani, czy teraz jest to konieczne? Ja bardzo źle się czuję. PACJENTKA: Bardzo kołacze mi serce, trzęsą mi się ręce, bardzo się boję, że umrę, jest mi duszno, mam nudności i zawroty głowy, drętwieją mi ręce. Proszę coś zrobić. PACJENTKA: dobrze.

Przebieg scenariusza Ścieżka 1	LEKARZ: Zaraz zlecę zmierzenie parametrów i podanie leków. Lider zwraca się do Pielęgniarki 2: Proszę u pacjentki zmierzyć parametry i zapisać w dokumentacji. Pielęgniarka 2: dobrze. Pielęgniarka 2 idzie do nowoprzyjętej pacjentki i mówi: Proszę Pani, zmierzę parametry. Czy Pani się zgadza?	PACJENTKA: Dobrze.
	Pielęgniarka 2 zmierzyła parametry które wynoszą: Oddech – 35/min, NIBP – 140/95mmHg, Puls – 110u/min, PCo2 – 20%, SpO2 – 95%, Sinica – 0, Temperatura – 37. Informuje lekarza o wynikach. LEKARZ zleca Pielęgniarce 3: Proszę podać wpisane w kartę zleceń leki. Pielęgniarka 3: dobrze. Pielęgniarka 3 zwraca się do pacjentki: Na zlecenie lekarza podam tabletki i zrobię zastrzyk. Czy Pani się zgadza?	PACJENTKA: Zgadzam się.
	<u>4 MINUTY PO PODANIU LEKÓW LIDER ZWRACA SIĘ DO PIELĘGNIARKI 2:</u> Proszę iść do pacjentki i ponownie skontrolować wartość parametrów. Pielęgniarka 2: dobrze. Pielęgniarka 2 zwraca się do pacjentki: Proszę Pani jeszcze raz zmierzę parametry i poinformuję lidera.	
	Pielęgniarka 2 mierzy parametry i informuje lidera.	PACJENTKA: Dobrze, zgadzam się.

Przebieg scenariusza Ścieżka 1	4 MINUTY PO PODANIU LEKÓW DROGĄ DOUSTNĄ I DOMIĘŚNIOWĄ PARAMETRY SĄ NASTĘPUJĄCE : oddech – 18/min, NIBP – 105/75mmHg, Puls – 68/min PCo2 – 30%, SpO2 – 98%, Sinica – 0 Temperatura – 36,5. Lider: Informuje lekarza o wyniku. Lider zwraca się do pacjentki: Pani stan zdrowia jest lepszy, czy zgodzi się Pani na zebranie wywiadu przez pielęgniarkę? Lider zwraca się do Pielęgniarki 1: Proszę iść do nowoprzyjętej pacjentki i zebrać wywiad ponieważ stan zdrowia chorej jest już lepszy. Pielęgniarka 1: Dobrze Pielęgniarka 1 zwraca się do pacjentki: Proszę Pani czy zgodzi się Pani na zebranie wywiadu i zapisywanie odpowiedzi?	PACJENTKA: Dobrze. . PACJENTKA: Dobrze. Po zebraniu wywiadu przez Pielęgniarkę 1 KONIEC SCENARIUSZA. WYKŁADOWCA ZWRACA SIĘ DO STUDENTÓW: PROSZĘ UPORZĄDKOWAĆ STANOWISKO PRACY. POMYŚLCIE O JEDNEJ RZECZY KTÓRĄ ZROBILIŚCIE NAJLEPIEJ.

PALETA 2 – PARAMETRY SYMULATORA W PRAWIDŁOWYM PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna		4 minuty po podaniu leków (doustne i iniekcja im.) wartość parametrów jest następująca:									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	Oddech	NIBP	Puls	PCo2	SpO2	Sinica	Temp	Oczy	Obrzęki	
	Liczba	18	105/75	68	30	98	0	36,5	P – n;l-n	brak	
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia dotyczą: brak uczucia duszności, zawrotów głowy, bólu w klatce piersiowej, strachu, uczucia drętwienia lub mrowienia kończyn.									

PALETA 3 – PARAMETRY SYMULATORA -											
Informacja ogólna		Wpisać – co będzie się zmieniało i kiedy.									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa										
	Liczba										
	Cechy										
	Inne	*Inne ustawienia – jeśli dotyczą:*									
PALETA 4 – PARAMETRY SYMULATORA -											
Informacja ogólna		Wpisać – co będzie się zmieniało i kiedy. Np. zbyt długi czas czynności, błędna decyzja.									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa										
	Liczba										
	Cechy										
	Inne	*Inne ustawienia – jeśli dotyczą:*									
PALETA 5 – PARAMETRY SYMULATORA -											
Informacja ogólna		Wpisać – co będzie się zmieniało i kiedy. Np. zbyt długi czas czynności, błędna decyzja.									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa										
	Liczba										
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia – jeśli dotyczą:									

DEBRIEFING:	
INFORMACJE DLA STUDENTÓW	**INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW**
Celem dzisiejszych ćwiczeń była nauka postępowania z pacjentem z zaburzeniami nerwicowymi. Każda z osób w grupie miała do wykonania określone zadania o różnym stopniu trudności. Istotnym była współpraca pomiędzy osobami w zespole, a także współpraca z pacjentem z zaburzeniem psychicznym. Cele scenariusza zostały osiągnięte. Dzisiejsze ćwiczenie ma zastosowanie w pracy z chorym w warunkach szpitalnych i na egzaminie OSC. Praca z pacjentem standaryzowanym zapewniła wam w pewnym sensie komfort psychiczny ponieważ zapobiegnie popełnieniu błędu w pracy w szpitalu.	Jak się czujecie po ćwiczeniu? Jak się czujecie po zrealizowaniu scenariusza? <u>Faza opisowa.</u> Pytanie do Lidera. Jakie zadania miałeś dzisiaj do wykonania? Jakie decyzje podjąłeś? Pytanie do Pielęgniarki 1, 2, 3. Jakie zadania miałaś dzisiaj do wykonania. <u>Faza analizy.</u> Pielęgniarka 1. Z czego jesteś najbardziej zadowolona, co wyszło ci najlepiej? Pielęgniarka 2,3 j/w. Pielęgniarka 1, 2, 3. Czy jest coś co, chciałabyś poprawić?

	Faza czynności. Pielęgniarka 2: Dlaczego mierzyłaś parametry pacjentowi? Pamiętasz jakie były wartości parametrów mierzonych przez Ciebie? Pielęgniarka 3: Dlaczego podawałaś leki drogą doustną i w iniekcji? Jak myślisz jakie są działania uboczne podanych leków i co należy wtedy zrobić? Faza podsumowania. Czego nauczyłaś się z tego scenariusza? Jakiej czynności z tego scenariusz nauczyłaś się? Gdzie w przyszłości wykorzystasz umiejętność jakiej się dzisiaj nauczyłaś? Pamiętajcie o naszych celach, zostały osiągnięte, jest to sytuacja szczególna ponieważ pracujecie z pacjentem z zaburzeniem/chorobą psychicznym. Dziękuję za dzisiejsze zajęcia. Na następnych zajęciach tematem będzie…….
Zastosowanie umiejętności:	Wykorzystanie w pracy z pacjentem z chorobą psychiczną w warunkach szpitalnych i ambulatoryjnych.
Literatura	1. Red. K. Górna, K. Jaracz, J. Rybakowski „Pielęgniarstwo psychiatryczne", str. 309 – 317. Wyd. PZWL 2012. 2. Red. M. Jarema, J. Rabe-Jabłońska „Psychiatria", str. 221 – 252. Wyd. PZWL 2011. 3. A. Kiejny, K. Małyszczak „Psychiatria", str. 151 – 163. Wyd. AM im. Piastów Śląskich Wrocław 2009. 4. E. Wilczek-Rużyczka „Komunikowanie się z chorym psychicznie", str. 67 – 71. Wyd. Czelej, Lublin 2007. 5. Red. J. Heitzman „Psychiatria", str. 131 – 147. Wyd. PZWL 2007. 6. Red. E. Wilczek-Rużyczka „Podstawy pielęgniarstwa psychiatrycznego", str. 84 – 94. Wyd. Czelej, Lublin 2007.
Umiejętności podstawowe:	1. Nawiązanie kontaktu z chorym psychicznie i zebranie wywiadu. 2. Pomiar podstawowych parametrów życiowych i zapisanie w dokumentacji. 3. Podanie leków drogą doustną. 4. Wykonanie iniekcji drogą domięśniową. 5. Właściwa ocena stanu psychicznego pacjenta.
Efekty kształcenia	**Wiedza:** D.W.5. Zna zasady diagnozowania w pielęgniarstwie psychiatrycznym. D.W.9. Charakteryzuje techniki i procedury pielęgniarskie stosowane w opiece nad chorym w zależności od jego wieku i stanu zdrowia. D.W.11. Różnicuje reakcje chorego na chorobę i hospitalizację w zależności od jego wieku i stanu zdrowia. D.W.12. Zna rolę pielęgniarki przy przyjęciu chorego do przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego w zależności od wieku i stanu zdrowia pacjenta. D.W.27. Zna etiopatogenezę i objawy kliniczne podstawowych zaburzeń psychicznych. D.W.40. Zna standardy i procedury postępowania w stanach nagłych i zabiegach ratujących życie. D.W.45. Rozpoznaje stany zagrożenia życia i opisuje monitorowanie pacjentów metodami przyrządowymi i bezprzyrządowymi.

Efekty kształcenia	**Umiejętności:** B.U.4. Prognozuje wpływ choroby i hospitalizacji na stan psychiczny człowieka oraz zależności somatopsychiczne. B.U.10. Wykazuje umiejętności aktywnego słuchania. B.U.11. Wykorzystuje techniki komunikacji werbalnej, niewerbalnej i parawerbalnej w opiece zdrowotnej. C.U.7. Monitoruje stan zdrowia pacjenta na wszystkich etapach jego pobytu w szpitalu lub innych placówkach opieki zdrowotnej, między innymi przez ocenę podstawowych parametrów życiowych: temperatury, tętna, ciśnienia tętniczego krwi, oddechu i świadomości, masy ciała i wzrostu. C.U.30. Pobiera materiał do badań laboratoryjnych i bakteriologicznych. C.U.33. Prowadzi dokumentację opieki pielęgniarskiej, w tym historię pielęgnowania, kartę obserwacji, kartę gorączkową, książkę raportów, kartę profilaktyki i leczenia odleżyn. C.U.34. Odnotowuje wykonanie zleceń w karcie zleceń lekarskich. D.U.16. Rozpoznaje stany nagłego zagrożenia zdrowia. D.U.22. Prowadzi rozmowę terapeutyczną. D.U.26. Przekazuje informacje o stanie zdrowia chorego członkom zespołu terapeutycznego. D.U.31. Przewiduje skutki postępowania pacjenta z określonymi zaburzeniami psychicznymi. D.U.32. Dostosowuje interwencje pielęgniarskie do rodzaju problemów pielęgnacyjnych. D.U.33. Przygotowuje i podaje leki różnymi drogami samodzielnie lub na zlecenie lekarza. **Kompetencje:** D.K.1. Szanuje godność i autonomię osób powierzonych opiece. D.K.5. Przestrzega praw pacjenta. D.K.6. Rzetelnie i dokładnie wykonuje powierzone obowiązki zawodowe. D.K.10. Przejawia empatię w relacji z pacjentem i jego rodziną oraz współpracownikami.

SCENARIUSZ SYMULACJI MEDYCZNEJ WYSOKIEJ WIERNOŚCI – SWW **Autor: dr nauk o zdrowiu Renata Chlebowska**					Nr porządkowy	SWW zgodnie z wykazem
Czas zajęć	90 Min	Czas scenariusza	15 Min	Liczba studentów	8	
Nazwa	**Postępowanie z pacjentem pediatrycznym nowoprzyjętym z zaburzeniami oddychania**					
Cel główny	**Nauka postępowania z pacjentem pediatrycznym nowoprzyjętym z zaburzeniami oddychania.**					
Cel szczegółowy	1.Ocena stanu pacjenta (wywiad, pomiar parametrów, obserwacja). 2.Wykonanie zleceń lekarskich. 3. Współpraca z zespołem terapeutycznym.					
Metoda	Symulacji medycznej					
INFORMACJE TECHNICZNE I ORGANIZACYJNE						
Nr Sali	Nr 203	Numer stanowiska	Nr 1	Nr trenażera, fantomu	Nr zgodnie z wykazem	
Sprzęt wielokrotnego użytku	1. Zestaw do podania leku dożylnie - scenariusz zgodnie z wykazem. 2. Zestaw do podłączenia wlewu kroplowego - scenariusz zgodnie z wykazem. 3. Zestaw do podania tlenu - scenariusz zgodnie z wykazem - maska dobrana wielkością do wieku dziecka z workiem. 4. Zestaw do podania leku wziewnie - scenariusz zgodnie z wykazem. 5. Zestaw do podania leku na skórę - scenariusz zgodnie z wykazem. 6. Termometr. 7. Aparat do pomiaru PEF. 8. Kardiomonitor do pomiaru parametrów życiowych.			Sprzęt jednorazowego użytku	1. Zestaw do podania leku dożylnie - scenariusz zgodnie z wykazem. 2. Zestaw do podłączenia wlewu kroplowego - scenariusz zgodnie z wykazem 3. Zestaw do podania tlenu - scenariusz zgodnie z wykazem - maska dobrana wielkością do wieku dziecka z workiem. 4. Zestaw do podania leku wziewnie - scenariusz zgodnie z wykazem. 5. Zestaw do podania leku na skórę - scenariusz zgodnie z wykazem.	
Pozostałe wyposażenie	1. DOKUMENTACJA MEDYCZNA: - historia choroby - spis leków własnych pacjenta - karta gorączkowa - karta indywidualnej opieki pielęgniarskiej - karta zleceń lekarskich 2. Stojak do podłączenia wlewu kroplowego. 3. Biurko i krzesło. 4. Papier i przybory do pisania.			Ubrania i charakteryzacja	1. Dziecko ubrane w pidżamę. Zasinienie wokół ust i nosa. Dodatkowo na twarzy - policzki, zgięcia łokciowe i nadgarstki obu rąk zaczerwienienie skóry, skóra sucha i sączenie.	
Informacja ogólna dla technika	Fantom dziecka, siedzi w łóżku, poduszka włożona pod plecy. Dziecko ubrane w pidżamę, przykryte kołdrą do wysokości pasa. Łóżko ustawione w pobliżu źródła tlenu i kardiomonitora. Przy łóżku postawione krzesło opiekuna dziecka.					

Parametry początkowe symulatora PALETA 1	Nazwa	oddech	NIBP	Puls	pCO2	SPO2	Sinica	Temp	Oczy	Obrzęki	
	Liczba	35	120/80	120	45	84	50	37	l-n;p-n	0	
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia (jeżeli dotyczą): Duszność wydechowa, świsty nad polami płucnymi.									
Czynności początkowe		Wykładowca: • Przed rozpoczęciem zajęć sprawdza sposób przygotowania stanowiska i kompletacje. • Sprawdza listę uczestników, kartę informacyjną scenariusza itp. • Rozpoczyna scenariusz — prosząc o wyłączenie telefonów, zajęcie miejsc itp. — informacja za 3 min. rozpoczynamy proszę zająć miejsca itp. Co jeszcze trzeba zrobić i kto w scenariuszu, którego to dotyczy.									

REALIZACJA SCENARIUSZA	
WPROWADZENIE – PREBREFING:	
PLAN PREBRIEFINGU: 66. Zapoznanie z tematem szkolenia/kursu/scenariusza. 67. Zaprezentuj części szkolenia/zajęć: prebriefing, scenariusz, debriefing i określ ramy czasowe. 68. Przedstawienie i omówienie krótkie celu i celów pośrednich scenariusza — rozmowa dyskusja w oparciu o informacje dla studentów i informacje dla wykładowców. 69. Przedstaw gdzie będzie przeprowadzany scenariusz w gabinecie pielęgniarki POZ. 70. Zapytaj czy studenci rozumieją poprzednie informacje. Jeśli nie – wyjaśnij ponownie. 71. Zaprezentuj przypadek kliniczny: Pacjent Jan Kowalski itd. 72. Zaproponuj podział ról w grupie, wyznacz lidera (jeśli potrzebny). 73. Upewnij się czy poszczególni członkowie zespołu wiedzą za co są odpowiedzialni, czy rozumieją swoją rolę. 74. Zaproś uczestników do Sali symulacyjnej w celu zapoznania z salą i ze sprzętem.	
INFORMACJE DLA STUDENTÓW	**INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW**
Stanem zagrożenia życia określa się czasową niewydolność układów niezbędnych do utrzymania życia: oddechowego, krążenia, ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego, krwionośnego czy czynności mięśni. Stany zagrożenia życia występują częściej u dzieci niż u osób dorosłych. W takich stanach należy jak najszybciej wdrożyć odpowiednie postępowanie diagnostyczne i terapeutyczne ponieważ niewydolność któregoś z tych układów może doprowadzić do trwałego uszkodzenia tego układu lub narządu. Dzisiaj nauczycie się postępowania z dzieckiem z zaburzeniami oddychania. Będziecie określać stan pacjenta na podstawie obserwacji, wywiadu z rodzicem, pomiaru parametrów. Pomocne będą dla was zlecenia lekarskie, które wykonacie. Przy wykonywaniu czynności powinniście pamiętać o przestrzeganiu określonych procedur medycznych. Bardzo ważnym będzie nauczenie się współpracy z rodzicem dziecka i samym dzieckiem oraz komunikacja z zespołem terapeutycznym. To ćwiczenie będzie dla was nowym doświadczeniem, zaskakującym w pewnych momentach. Uświadomicie sobie jak ważne jest podejmowanie właściwych decyzji w różnych sytuacjach. Przećwiczenie przez was pewnych procedur w warunkach symulacji medycznej, zapobiegnie	Wyobraźcie sobie, że jesteście w oddziale dziecięcym, w którym jest dziecko nowoprzyjęte. Jakie emocje mogą towarzyszyć dziecku i opiekunowi w pierwszych chwilach pobytu w szpitalu. **Odp.:** uważam, że jest to głównie strach, lęk związany z pobytem w nowym, nieznanym miejscu i czynnościami jakie będą wykonywane. Głównie lęk przed bólem. Co możecie zrobić żeby zmniejszyć stres dziecka i opiekuna. **Odp.:** personel powinien być przyjacielem dla pacjenta i opiekuna, rozumieć ich odczucia i lęki, tłumaczyć podejmowane czynności. Co jest waszym zdaniem ważne przy pierwszym kontakcie z dzieckiem chorym które trafia do szpitala. **Odp.:** należy być miłym i otwartym na potrzeby dziecka. Dlaczego opanowanie ze strony personelu ma wpływ na zachowanie dziecka i jego opiekuna? **Odp.:** ponieważ nerwowa atmosfera, brak opanowania i organizacji pracy personelu udziela się opiekunowi i pacjentom.

popełnieniu przez was błędów w pracy z dzieckiem w Rzeczywistej sytuacji klinicznej. Starajcie się zachowywać naturalnie.
INFORMACJE OGÓLNE O ZABURZENIACH ODDYCHANIA.
Zaburzenia oddechowe szczególnie u dzieci małych mogą prowadzić do niewydolności oddechowej, ocena ich nasilenia i odpowiednie szybkie postępowanie są niezwykle ważne. Upośledzenie drożności dróg oddechowych ma związek z wieloma chorobami, takimi jak: zapalenie oskrzelików, astma oskrzelowa, zapalenie, płuc, mukowiscydoza.
INFORMACJA OGÓLNE O ALERGIACH SKÓRNYCH.
Alergia skórna u dzieci może mieć postać pokrzywki, atopowego zapalenia skóry lub kontaktowego zapalenia skóry. Typowym objawem reakcji uczuleniowej skóry są zmiany skórne wywołujące świąd. Drapanie skóry może powodować kolejne infekcje skórne.

Kto pamięta w jakich schorzeniach u dzieci występują zaburzenia oddychania?
Odp.: głównie w chorobach układu oddechowego oraz sercowo-naczyniowego, schorzeniach nerwowo-mięśniowych, chorobach OUN, przy zaburzeniach metabolicznych i zatruciach.

Kto wymieni objawy występujące w zaburzeniach oddychania u dzieci?
Odp.: kaszel suchy lub wilgotny, duszność wdechowa i wydechowa, nieprawidłowy rytm oddechu, nieprawidłowy tor oddechu, zmiana zabarwienia skóry – bladość, zasinienie skóry wokół ust, skrzydełek nosa i na paznokciach, niepokój dziecka, zmęczenie, potliwość.

Na jakie parametry zwrócisz uwagę?
Odp.: głównie na te, które świadczą o niedotlenieniu organizmu.

Które parametry życiowe będziesz monitorować?
Odp.: saturacja, ilość oddechów na minutę, ciśnienie krwi, tętno.

Kto wymieni grupy leków podawane w zaburzeniach oddychania.
Odp.: β_2-mimetyki o krótkim czasie działania, glikokortykosteroidy wziewne, tlen.

Jakie postawy personelu mają pozytywny wpływ na prawidłową współpracę zespołu terapeutycznego?
Odp.: fachowość, życzliwość, wzajemne zaufanie, zaangażowanie w proces leczenia i opieki nad pacjentem.

1. Zaprezentuj części szkolenia: prebriefing, scenariusz, debriefing i określ ramy czasowe.

Prebriefing – 10 minut
Scenariusz – 15 minut
Debriefing – 40 minut.

2. Omówienie celu i celów pośrednich scenariusza.

Cel scenariusza:
Nauka postępowania z pacjentem pediatrycznym nowoprzyjętym z zaburzeniami oddychania.

Cele pośrednie:
1. Ocena stanu pacjenta(wywiad, pomiar parametrów, obserwacja).
2. Wykonanie zleceń lekarskich.
3. Współpraca z zespołem terapeutycznym.

3. Przedstaw gdzie będzie przeprowadzony scenariusz.

Scenariusz będzie przeprowadzony w oddziale dziecięcym.

	4. Zapytaj czy studenci rozumieją poprzednie informacje. Jeśli nie – wyjaśnij ponownie. 5. Zaprezentuj przypadek kliniczny. Pacjentka Anna Kowalska, przyjęta do oddziału o godzinie 7.00 rano z opiekunem, z powodu zaburzeń oddychania i występującego kaszlu. Pacjentka niespokojna, wokół ust i nosa zasinienie. Dziewczynka ma zdiagnozowaną chorobę przewlekłą układu oddechowego. Do tej pory była leczona ambulatoryjnie, organizm dobrze reagował na podawane leki. Dodatkowo dziewczynka choruje na chorobę przewlekłą skóry, schorzenie to wymaga intensywnego leczenia dermatologicznego. Dziewczynka ma zaleconą dietę eliminacyjną z wyłączeniem produktów: truskawki, cytrusy, jaja, ryby, mleko. Po przeprowadzeniu badań diagnostycznych stwierdzono reakcję alergiczną organizmu na: kurz, pierze, sierść psa i konia. Do tej pory nie była hospitalizowana. 6. Zaproponuj podział ról w grupie, wyznacz lidera (jeśli potrzebny). OPIEKUN DZIECKA. 1. Student: Lider - koordynator pracy całej grupy(wzywa lekarza w razie potrzeby),wsparcie dla opiekuna i dziecka. 2. Student: Pielęgniarka 1: Przeprowadza wywiad z opiekunem. 3. Student: Pielęgniarka 2: Odpowiedzialna za pomiar parametrów życiowych i zapisanie wyników w dokumentacji medycznej pacjenta oraz odpowiedzialna za podanie leków drogą wziewną. 4. Student: Pielęgniarka 3: Pielęgniarka zabiegowa podaje leki dożylnie i dodatkowo podaje leki na skórę. 7. Upewnij się czy poszczególni członkowie zespołu wiedzą za co są odpowiedzialni, czy rozumieją swoją rolę. Czy wszyscy zrozumieli przydzielone im role ZWRACAM SIĘ DO KAŻDEJ OSOBY Z ZAPYTANIEM CZY ROZUMIE PRZYDZIELONA ROLĘ I PROSZĘ O POWTÓRZENIE ZLECONYCH ZADAŃ. 8. Zapraszam uczestników do Sali symulacyjnej w celu zapoznania z salą i ze sprzętem

ZAPOZNANIE STUDENTÓW ZE SPRZĘTEM	
Wykładowca	Dzisiaj będziemy pracować na sali chorego w oddziale pediatrii, w sali wzmożonego nadzoru. Wyposażenie jest wam znane, fantom dziecka również mieliście okazję poznać. Przypomnę jakie posiada funkcje w aspekcie realizacji dzisiejszego scenariusza: oddychanie z uwzględnieniem zaburzeń: niedrożność dróg oddechowych, świsty, rzężenia, kaszel.
Student	Każdy student zapoznaje się z fantomem dziecka, może podejść i dotknąć, dodatkowo studenci zapoznają się z pozostałym sprzętem, który będzie używany do wykonania ćwiczenia.
SCENARIUSZ SYMULACJI	
Opis scenariusza	Pacjentka Anna Kowalska, przyjęta do oddziału o godzinie 7.00 rano wraz z opiekunem, z powodu zaburzeń oddychania i występującego kaszlu. W domu podano leki drogą wziewną o godzinie 6.30,bez poprawy stanu zdrowia. Opiekun i dziecko przywiezieni do szpitala przez ojca dziecka i przyjęci na oddział pediatryczny.
Obecny stan kliniczny	Pacjent znajduje się w sali wzmożonego nadzoru oddziału pediatrycznego. U dziecka występują objawy: zaburzenia oddychania, kaszel, niepokój, wygląd symulatora - zasinienie wokół ust i nosa. Dodatkowo na twarzy (policzki), zgięciach łokciowych i nadgarstkach obu rąk występuje zaczerwienienie skóry, skóra jest sucha, występuje sączenie.
Wywiad dla studenta	Dane dotyczące pacjentki znajdują się w historii choroby. Występują zaburzenia oddychania i kaszel, pomimo podania w domu zleconych leków. Dodatkowo na skórze występują zmiany chorobowe.
Wywiad dla wykładowcy	Pacjentka Anna Kowalska, przyjęta do oddziału o godzinie 7.00 rano wraz z opiekunem, z powodu zaburzeń oddychania i występującego kaszlu. Pacjentka niespokojna, wokół ust i nosa zasinienie. Dziewczynka ma zdiagnozowaną chorobę przewlekłą układu oddechowego. Do tej pory była leczona ambulatoryjnie, organizm dobrze reagował na podawane leki. Dodatkowo dziewczynka choruje na chorobę przewlekłą skóry, schorzenie to wymaga intensywnego leczenia dermatologicznego. Dziewczynka ma zaleconą dietę eliminacyjną z wyłączeniem produktów: truskawki, cytrusy, jaja, ryby, mleko. Po przeprowadzeniu badań diagnostycznych stwierdzono reakcję alergiczną organizmu na: kurz, pierze, sierść psa i konia. Do tej pory nie była hospitalizowana.

Przebieg scenariusza Ścieżka 1	Uczestnicy: OPIEKUN DZIECKA. 1. Student: Lider - koordynator pracy całej grupy(wzywa lekarza w razie potrzeby),wsparcie dla opiekuna i dziecka. 2. Student: Pielęgniarka 1: Przeprowadza wywiad z opiekunem. 3. Student: Pielęgniarka 2: Odpowiedzialna za pomiar parametrów życiowych i zapisanie wyników w dokumentacji medycznej pacjenta oraz odpowiedzialna za podanie leków drogą wziewną. 4. Student: Pielęgniarka 3: Pielęgniarka zabiegowa podaje leki dożylnie i dodatkowo podaje leki na skórę.	Uczestnicy: OPIEKUN DZIECKA. 1. Student: Lider - koordynator pracy całej grupy(wzywa lekarza w razie potrzeby),wsparcie dla opiekuna i dziecka. 2. Student: Pielęgniarka 1: Przeprowadza wywiad z opiekunem. 3. Student: Pielęgniarka 2: Odpowiedzialna za pomiar parametrów życiowych i zapisanie wyników w dokumentacji medycznej pacjenta oraz odpowiedzialna za podanie leków drogą wziewną. 4. Student: Pielęgniarka 3: Pielęgniarka zabiegowa podaje leki dożylnie i dodatkowo podaje leki na skórę.

Przebieg scenariusza Ścieżka 1	Przebieg scenariusza - 15 minut. Lider Zapoznaje się z dokumentacją pacjenta i nawiązuje kontakt słowny z opiekunem dziecka	
	Lider: Dzień dobry, nazywam się…….. Jestem pielęgniarką koordynującą pracę na tym oddziale. Wiem, że dziecko jest pacjentem nowoprzyjętym i widzę, że ma trudności z oddychaniem. Proszę coś powiedzieć na ten temat.	OPIEKUN: Proszę Pani Ania od lat choruje na chorobę przewlekłą układu oddechowego, regularnie przyjmuje leki, w tym wziewne. Rano wystąpiły zaburzenia oddychania i kaszel, więc podałam leki wziewnie, ale bez wyraźnej poprawy więc przyjechaliśmy do szpitala.
	Lider: Wezwę lekarza, pomożemy dziecku.	OPIEKUN: dobrze.
	Lider zwraca się do dziewczynki: Aniu wiem, że jesteś przestraszona ale my chcemy Tobie pomóc i zaraz przyjdzie lekarz.	
	LEKARZ wchodzi i pyta Lidera: Wzywała Mnie Pani, co się dzieje. Odpowiada Lider: Zgłosiła się do nas matka z 6 letnią córką u której występują zaburzenia oddychania i kaszel. Matka podaje, że córka od lat choruje, przyjmuje regularnie leki drogą wziewną, rano wystąpiły problemy z oddechem i kaszel. Matka podała leki ale beż wyraźnej poprawy. Dodatkowo dziecko ma problemy dermatologiczne.	
	LEKARZ pyta opiekuna. O której godzinie podała Pani leki wziewnie.	OPIEKUN: O 5.00 rano, ale bez wyraźnej poprawy i przyjechaliśmy do szpitala.
	LEKARZ: zaraz zlecę zmierzenie parametrów, podanie leków drogą wziewna i dożylną. Jak stan dziecka się ustabilizuje podamy leki na skórę i musi Pani z dzieckiem zostać w szpitalu	OPIEKUN: Dobrze.
	Lider zwraca się do Pielęgniarki 2: Proszę iść do dziecka nowoprzyjętego i zmierzyć parametry. Pielęgniarka 2:dobrze.	OPIEKUN: dobrze
	Pielęgniarka 2: Zwraca się do matki dziecka: Proszę Pani zmierzę córce parametry. Zwraca się do dziecka: Aniu, nie bój się zmierzę parametry, to nie będzie bolało.	Dziecko: zgadzam się.

Przebieg scenariusza Ścieżka 1	Pielęgniarka 2 zmierzyła parametry które wynoszą: Oddech – 35/min, NIBP – 120/80mmHg, Puls – 120u/min, PCo2 – 45%, SpO2 – 84%, Sinica – 50, Temperatura – 37. Informuje lekarza o wyniku.	
	LEKARZ zleca Pielęgniarce 2: Proszę wziewnie podać zlecone leki Pielęgniarka 2: Dobrze.	
	Pielęgniarka 2 zwraca się do opiekuna: Proszę Pani proszę posadzić dziecko. Zrobię inhalacje, a potem dziecko będzie oddychało tlenem.	OPIEKUN: dobrze, posadzę dziecko, proszę powiedzieć co mogę jeszcze zrobić aby pomóc.
	Pielęgniarka 2 zwraca się do dziecka: Aniu teraz zrobimy inhalacje, a potem będziesz oddychała tlenem, poczujesz się lepiej.	Dziecko: ale ja chcę do domu.
	Pielęgniarka 2 zwraca się do opiekuna dziecka: Pomoże nam Pani, jak będzie Pani przy dziecku i będzie Pani z nami współpracować.	OPIEKUN: dobrze.
	LEKARZ zleca Pielęgniarce 3: Proszę podać zlecone leki, które wpisałem do zleceń lekarskich.	
	Pielęgniarka 3: Dobrze.	
	Pielęgniarka 3 zwraca się do opiekuna: Proszę Pani na zlecenie lekarza podam leki dożylne, przez których dziecko powinno się poczuć lepiej.	OPIEKUN: Jeżeli to konieczne to się zgadzam.
	Pielęgniarka 3 zwraca się do dziecka: Aniu podam Tobie lekarstwo. Przez chwilkę może zaboleć ale jak podam lekarstwa to będziesz czuła się lepiej.	DZIECKO: Ja tego nie chcę, ja się boję, to będzie bolało, ja chcę teraz do domu. No dobrze, ale obiecała Pani, że nie będzie bolało.
	Pielęgniarka 3 podaje leki drogą dożylną i podłącza wlew kroplowy, a następnie zwraca się do opiekuna:	

Przebieg scenariusza Ścieżka 1	Proszę Pani, kiedy stan dziecka się ustabilizuje to posmarujemy skórę zleconymi przez lekarza lekami. Widzę, że na skórze są zmiany chorobowe.	OPIEKUN: Tak, oprócz choroby układu oddechowego, Ania ma jeszcze problemy ze skórą, raz jest zaostrzenie kiedy skóra ją bardzo swędzi i się drapie, a potem, po smarowaniu maściami przez kilka dni, zmiany skórne wycofują się.
	Pielęgniarka 3 zwraca się do opiekuna: Proszę Pani jak Ania będzie się czuła lepiej to pójdziemy na rtg kl. piersiowej.	OPIEKUN: dobrze DZIECKO: ale pójdę tylko z mamą.
	Pielęgniarka 3: dobrze ale na razie musisz dziecko zostać w łóżku ponieważ jest podłączona kroplówka.	
	<u>4 MINUTY PO PODANIU LEKÓW LIDER ZWRACA SIĘ DO PIELĘGNIARKI 2:</u> Proszę iść do pacjentki i ponownie skontrolować wartość parametrów	
	Pielęgniarka 2:dobrze	
	Pielęgniarka 2 zwraca się do opiekuna dziecka: Proszę Pani po podaniu leków chciałam jeszcze raz zmierzyć parametry. Czy Pani się zgadza.	OPIEKUN: dobrze.
	Mierzy parametry i informuje lidera.	
	4 MINUTY PO PODANIU LEKÓW DROGĄ WZIEWNĄ I DOŻYLNĄ PARAMETRY SĄ NASTĘPUJĄCE(zmierzyła pielęgniarka numer3): Oddech – 20/min, NIBP – 95/50mmHg, PCo2 – 30%, SpO2 – 98%, Sinica – 0 Temperatura – 36,8. Lider: Informuje lekarza o wyniku.	
	Lider zwraca się do Pielęgniarki 1: Proszę iść do opiekuna pacjentki nowoprzyjętej i zebrać wywiad ponieważ stan zdrowia dziecka się ustabilizował. Pielęgniarka 1: dobrze.	
	Pielęgniarka 1 zwraca się do opiekuna: Proszę Pani czy zgodzi się Pani na zebranie wywiadu.	OPIEKUN: Widzę, że dziecko ma spokojniejszy oddech, chyba czuje się lepiej, jestem spokojniejsza o jej stan zdrowia, to mogę teraz z Panią porozmawiać.

		Po zebraniu wywiadu przez Pielęgniarkę 1 KONIEC SCENARIUSZA. WYKŁADOWCA ZWRACA SIĘ DO STUDENTÓW: PROSZĘ UPORZĄDKOWAĆ STANOWISKO PRACY. POMYŚLCIE O JEDNEJ RZECZY KTÓRĄ ZROBILIŚCIE NAJLEPIEJ.

PALETA 2 – PARAMETRY SYMULATORA W PRAWIDŁOWYM PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna		Po 4 minutach od podania leków wartość parametrów:									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	oddech	NIBP	Puls	pCO2	SPO2	Sinica	Temp	Oczy	Obrzęki	
	Liczba	20	95/50	95	30	98	0	36,8	l-n;p--n	0	
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia dotyczą: duszność – brak; świsty nad polami płucnymi – brak.									
PALETA 3 – PARAMETRY SYMULATORA -											
Informacja ogólna		Wpisać – co będzie się zmieniało i kiedy.									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa										
	Liczba										
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia – jeśli dotyczą:									
PALETA 4 – PARAMETRY SYMULATORA -											
Informacja ogólna		Wpisać – co będzie się zmieniało i kiedy. Np. zbyt długi czas czynności, błędna decyzja.									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa										
	Liczba										
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia – jeśli dotyczą:									
PALETA 5 – PARAMETRY SYMULATORA -											
Informacja ogólna		Wpisać – co będzie się zmieniało i kiedy. Np. zbyt długi czas czynności, błędna decyzja.									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa										
	Liczba										
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia – jeśli dotyczą:									

<table>
<tr><th colspan="3">DEBRIEFING:</th></tr>
<tr><th colspan="2">INFORMACJE DLA STUDENTÓW</th><th>INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW</th></tr>
<tr><td colspan="2">Celem dzisiejszych ćwiczeń była nauka postępowania z dzieckiem z zaburzeniami oddychania. Każda z osób w grupie miała do wykonania określone zadania o różnym stopniu trudności. Istotnym była współpraca pomiędzy osobami w zespole, a także współpraca z rodzicem i dzieckiem. Cele scenariusza zostały zrealizowane. Dzisiejsze ćwiczenie ma zastosowanie w pracy z dzieckiem chorym w warunkach szpitalnych i na egzaminie OSC. Praca na fantomie zapewniła wam w pewnym sensie komfort psychiczny ponieważ zapobiegnie popełnieniu błędu w pracy w szpitalu.</td><td>Jak się czujecie po ćwiczeniu?
Jak się czujecie po zrealizowaniu scenariusza?

<u>Faza opisowa.</u>
Pytanie do Lidera.
Jakie zadania miałeś dzisiaj do wykonania?
Jakie decyzje podjąłeś?
Pytanie do Pielęgniarki 1, 2, 3.
Jakie zadania miałaś dzisiaj do wykonania.

<u>Faza analizy.</u>
Pielęgniarka 1.
Z czego jesteś najbardziej zadowolona, co wyszło ci najlepiej?
Pielęgniarka 2,3 j/w.
Pielęgniarka 1, 2, 3.
Czy jest coś co, chciałabyś poprawić?

<u>Faza czynności.</u>
Pielęgniarka 2:
Dlaczego mierzyłaś pacjentowi parametry życiowe?
Pamiętasz jakie były wartości parametrów przez Ciebie mierzonych?
Dlaczego podałaś leki drogą wziewną?
Jak myślisz jakie są działania uboczne podanych leków i co należy wtedy zrobić?

Pielęgniarka 3:
Dlaczego podawałaś leki drogą dożylną?
Jak myślisz jakie są działania uboczne podanych leków i co należy wtedy zrobić?
Dlaczego podawałaś leki na skórę?
Pamiętasz jakie są działania uboczne podawanych leków na skórę?

<u>Faza podsumowania.</u>
Czego nauczyłaś się z tego scenariusza?
Jakiej czynności z tego scenariusz nauczyłaś się?
Gdzie w przyszłości wykorzystasz umiejętność jakiej się dzisiaj nauczyłaś?
Pamiętajcie o naszych celach, zostały osiągnięte, jest to sytuacja szczególna ponieważ pracujecie z dzieckiem w stanie zagrożenia zdrowia i życia.

Dziękuję za dzisiejsze zajęcia.
Na następnych zajęciach tematem będzie…….</td></tr>
<tr><td>Zastosowanie umiejętności:</td><td colspan="2">Wykorzystanie w pracy z dzieckiem chorym w warunkach szpitalnych i ambulatoryjnych.</td></tr>
<tr><td>Literatura</td><td colspan="2">1. Jacek J. Pietrzyk „Wybrane zagadnienia z pediatrii”, Tom II Wydawnictwo UJ, Kraków 2004.
2. Red. G. Cepuch, B. Krzeczkowska, M. Perek, K. Twarduś „Modele pielęgnowania dziecka przewlekle chorego”, Wydawnictwo PZWL 2011.
3. Red. A. Radzikowski, A. Banaszkiewicz „Pediatria” Wydawnictwo Medipage, Warszawa 2008.
4. Red. B. Pawlaczyk „Zarys pediatrii” Wydawnictwo PZWL 2006.
5. Red. K. Kubicka, W. Kawalec „Pediatria”, Wydawnictwo PZWL 2008.</td></tr>
</table>

Umiejętności podstawowe:	Nawiązanie kontaktu z opiekunem dziecka, zebranie wywiadu pediatrycznego oraz współpraca z opiekunem dziecka. Ułożenie dziecka w pozycji ułatwiającej oddychanie. Pomiar podstawowych parametrów życiowych i zapisanie w dokumentacji. Podanie leków drogą wziewną i podanie tlenu. Zastosowanie leków na skórę. Wykonanie iniekcji drogą dożylną. Podłączenie kroplowego wlewu dożylnego. Współpraca z pozostałymi członkami zespołu.
Efekty kształcenia	**Wiedza:** D.W.5. Zna zasady diagnozowania w pielęgniarstwie pediatrycznym. D.W.9. Charakteryzuje techniki i procedury pielęgniarskie stosowane w opiece nad chorym w zależności od jego wieku i stanu zdrowia. D.W.12. Zna rolę pielęgniarki przy przyjęciu chorego do przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego w zależności od wieku i stanu zdrowia pacjenta. D.W.18. Wyjaśnia patofizjologię i objawy kliniczne chorób wieku rozwojowego: układu oddechowego, układu krążenia, dróg moczowych, układu pokarmowego, chorób alergicznych oraz chorób krwi. D.W.40. Zna standardy i procedury postępowania w stanach nagłych i zabiegach ratujących życie. D.W.45. Rozpoznaje stany zagrożenia życia i opisuje monitorowanie pacjentów metodami przyrządowymi i bezprzyrządowymi. **Umiejętności:** B.U.10. Wykazuje umiejętności aktywnego słuchania. C.U.7. Monitoruje stan zdrowia pacjenta na wszystkich etapach jego pobytu w szpitalu lub innych placówkach opieki zdrowotnej, między innymi przez ocenę podstawowych parametrów życiowych: temperatury, tętna, ciśnienia tętniczego krwi, oddechu i świadomości, masy ciała i wzrostu. C.U.23. Podłącza i obsługuje zestawy do kroplowych wlewów dożylnych C.U.33. Prowadzi dokumentację opieki pielęgniarskiej, w tym historię pielęgnowania, kartę obserwacji, kartę gorączkową, książkę raportów, kartę profilaktyki i leczenia odleżyn. C.U.34. Odnotowuje wykonanie zleceń w karcie zleceń lekarskich. D.U.16. Rozpoznaje stany nagłego zagrożenia zdrowia. D.U.22. Prowadzi rozmowę terapeutyczną. D.U.26. Przekazuje informacje o stanie zdrowia chorego członkom zespołu terapeutycznego. D.U.32. Dostosowuje interwencje pielęgniarskie do rodzaju problemów pielęgnacyjnych. D.U.33. Przygotowuje i podaje leki różnymi drogami samodzielnie lub na zlecenie lekarza. **Kompetencje:** D.K.1. Szanuje godność i autonomię osób powierzonych opiece. D.K.5. Przestrzega praw pacjenta. D.K.6. Rzetelnie i dokładnie wykonuje powierzone obowiązki zawodowe. D.K.10. Przejawia empatię w relacji z pacjentem i jego rodziną oraz współpracownikami.

SCENARIUSZ SYMULACJI MEDYCZNEJ WYSOKIEJ WIERNOŚCI – SWW **Autor: dr nauk o zdrowiu Renata Chlebowska**					Nr porządkowy	SWW zgodnie z wykazem
Czas zajęć	90 Min	Czas scenariusza	15 Min	Liczba studentów	8	
Nazwa	**Postępowanie z pacjentem pediatrycznym nowoprzyjętym z zaburzeniami świadomości**					
Cel główny	**Nauka postępowania z pacjentem pediatrycznym nowoprzyjętym z zaburzeniami świadomości**					
Cel szczegółowy	1. Ocena stanu pacjenta (wywiad, pomiar parametrów, obserwacja). 2. Wykonanie zleceń lekarskich. 3. Komunikacja z zespołem terapeutycznym i opiekunem dziecka.					
Metoda	Symulacji medycznej.					
INFORMACJE TECHNICZNE I ORGANIZACYJNE						
Nr Sali	Nr 203	Numer stanowiska	Nr 1	Nr trenażera, fantomu	Nr zgodnie z wykazem	
Sprzęt wielokrotnego użytku	1. Zestaw do podanie leku dożylnie (sprzęt wielorazowy) - scenariusz zgodnie z wykazem 2. Zestaw do podłączenia wlewu kroplowego (sprzęt wielorazowy) scenariusz zgodnie z wykazem 3. Zestaw do podania tlenu, scenariusz zgodnie z wykazem - maska z workiem dobrana wielkością do wieku dziecka. 4. Zestaw do podania leku doustnie (sprzęt wielorazowy) - scenariusz zgodnie z wykazem 5. Kardiomonitor do pomiaru: saturacja, tętno, ciśnienie - szerokość mankietu 6 cm. 6. Pojemnik twardo ścienny na zużyte igły, pojemniki na odpady medyczne (papier, plastik, odpady biologiczne). 7. Termometr			Sprzęt jednorazowego użytku	1. Zestaw do podanie leku dożylnie(sprzęt jednorazowy) - scenariusz zgodnie z wykazem 2. Zestaw do podłączenia wlewu kroplowego (sprzęt jednorazowy) - scenariusz zgodnie z wykazem 3. Zestaw do podania tlenu, scenariusz zgodnie z wykazem - maska z workiem dobrana wielkością do wieku dziecka. 4. Zestaw do podania leku doustnie (sprzęt jednorazowy) - scenariusz zgodnie z wykazem	
Pozostałe wyposażenie	1. DOKUMENTACJA MEDYCZNA: - historia choroby - karta gorączkowa - karta indywidualnej opieki pielęgniarskiej - karta zleceń lekarskich - skala do oceny stanu świadomości u dzieci (Glasgow). 2. Stojak do podłączenia wlewu kroplowego. 3. Biurko i krzesło. 4. Papier i przybory do pisania. 5. Szafka przyłóżkowa; w pobliżu źródło prądu.			Ubrania i charakteryzacja	1. Dziecko ubrane w pidżamę, na całym ciele drobne plamki fioletowo – czerwone.	

Informacja ogólna dla technika		Fantom dziecka, leży w łóżku. Dziecko ułożone w pozycji na boku z odgięciowym ułożeniem głowy do tyłu, do wysokości pasa przykryte kołderką. Łóżko ustawione w pobliżu źródła tlenu i kardiomonitora. Przy łóżku postawione krzesło dla opiekuna dziecka. W pobliżu szafka przyłóżkowa i dostęp do źródła prądu.									
Parametry początkowe symulatora PALETA 1	Nazwa	Oddech	NIBP	Puls	pCo2	SPO2	Sinica	Temp	Oczy	Obrzęki	
	Liczba	50	95/50	150	40	84	50	39	l-n;p-n	0	
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia (jeżeli dotyczą): skóra blada – marmurkowa, dziecko senne, tzw. „sztywność karku", odgięciowe ułożenie głowy w stosunku do ciała.									
Czynności początkowe		Wykładowca: • Przed rozpoczęciem zajęć sprawdza sposób przygotowania stanowiska i kompletacje. • Sprawdza listę uczestników, kartę informacyjną scenariusza itp. • Rozpoczyna scenariusz — prosząc o wyłączenie telefonów, zajęcie miejsc itp. — informacja za 3 min. rozpoczynamy proszę zająć miejsca itp. *Co jeszcze trzeba zrobić i kto w scenariuszu, którego to dotyczy.*									

REALIZACJA SCENARIUSZA	
WPROWADZENIE – PREBREFING:	
PLAN PREBRIEFINGU: 75. Zapoznanie z tematem szkolenia/kursu/scenariusza. 76. Zaprezentuj części szkolenia/zajęć: prebriefing, scenariusz, debriefing i określ ramy czasowe. 77. Przedstawienie i omówienie krótkie celu i celów pośrednich scenariusza — rozmowa dyskusja w oparciu o informacje dla studentów i informacje dla wykładowców. 78. Przedstaw gdzie będzie przeprowadzany scenariusz w gabinecie pielęgniarki POZ. 79. Zapytaj czy studenci rozumieją poprzednie informacje. Jeśli nie – wyjaśnij ponownie. 80. Zaprezentuj przypadek kliniczny: Pacjent Jan Kowalski itd. 81. Zaproponuj podział ról w grupie, wyznacz lidera (jeśli potrzebny). 82. Upewnij się czy poszczególni członkowie zespołu wiedzą za co są odpowiedzialni, czy rozumieją swoją rolę. 83. Zaproś uczestników do Sali symulacyjnej w celu zapoznania z salą i ze sprzętem.	
INFORMACJE DLA STUDENTÓW	**INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW**
Zburzenia stanów świadomości oznaczają brak kontaktu z otoczeniem zarówno w sferze mowy, ruchów jak i wykonywania poleceń. Zaburzenia te należą do najpoważniejszych stanów naglących i wymagają szybkich działań diagnostyczno-leczniczych. Dzisiaj nauczycie się postępowania z dzieckiem z zaburzeniami świadomości. Będziecie określać stan pacjenta na podstawie obserwacji, wywiadu z rodzicem, pomiaru parametrów. Pomocne będą dla was zlecenia lekarskie, które wykonacie. Przy wykonywaniu czynności powinniście pamiętać o przestrzeganiu określonych procedur medycznych. Bardzo ważnym będzie nauczenie się współpracy z rodzicem dziecka i samym dzieckiem oraz komunikacja z zespołem terapeutycznym. To ćwiczenie będzie dla was nowym doświadczeniem, zaskakującym w pewnych momentach. Uświadomicie sobie jak ważne jest podejmowanie właściwych decyzji w różnych sytuacjach. Przećwiczenie przez was pewnych procedur w warunkach symulacji medycznej, zapobiegnie popełnieniu przez was błędów w pracy z dzieckiem	Wyobraźcie sobie, że jesteście w oddziale dziecięcym, w którym jest dziecko nowoprzyjęte. Jakie uczucia towarzyszą dziecku i jego opiekunowi podczas pobytu w szpitalu. **Odp.:** uważam, że jest to głównie strach, lęk związany z pobytem w nowym, nieznanym miejscu i czynnościami jakie będą wykonywane. Głównie lęk przed bólem. Co możecie zrobić żeby zmniejszyć stres dziecka i opiekuna? **Odp.:** personel powinien być przyjacielem dla pacjenta i opiekuna, rozumieć ich odczucia i lęki, tłumaczyć podejmowane czynności. Co jest waszym zdaniem ważne przy pierwszym kontakcie z dzieckiem chorym które trafia do szpitala? **Odp.:** należy być miłym i otwartym na potrzeby dziecka.

w Rzeczywistej sytuacji klinicznej. Starajcie się zachowywać naturalnie. INFORMACJE OGÓLNE O ZABURZENIACH ŚWIADOMOŚCI Śpiączka to stan kliniczny oznaczający brak kontaktu z otoczeniem zarówno w sferze mowy, ruchów jak i wykonywania czynności. Może być poprzedzona przez ilościowe zaburzenia świadomości o typie apatii – zobojętnienia, patologicznej senności oraz przez stan przedśpiączkowy. Śpiączka to jeden z najpoważniejszych stanów naglących, wymagających od lekarza szybkich i trafnych działań diagnostyczno – leczniczych. Najczęściej występujące przyczyny śpiączki w wieku dziecięcym to: uraz, zatrucie, niedotlenienie, zaburzenia metaboliczne, zapalenie mózgu i opon mózgowych, zespół Reye'a, guz mózgu, stan poudarowy. W grupie śpiączek spowodowanych endogennymi zaburzeniami metabolicznymi przyczyną może być niedotlenienie, hipoglikemia, hiperglikemia, zaburzenia elektrolitowe i równowagi kwasowo zasadowej, śpiączka wątrobowa, śpiączka mocznicowa, wrodzone błędy metaboliczne, zaburzenia hormonalne tarczycy, nadnerczy i przysadki. W postępowaniu z pacjentem w śpiączce najistotniejszym elementem jest zapobieganie dalszemu uszkodzeniu mózgu oraz możliwie jak najszybsze ustalenie przyczyny zaburzeń i wprowadzenie leczenia celowego.	Dlaczego opanowanie ze strony personelu ma wpływ na zachowanie dziecka i jego opiekuna? **Odp.:** ponieważ nerwowa atmosfera, brak opanowania i organizacji pracy personelu udziela się opiekunowi i pacjentom. Kto wymieni przyczyny zaburzeń świadomości u dzieci? **Odp.:** uraz, zatrucie, niedotlenienie, zaburzenia metaboliczne, zapalenie mózgu i opon mózgowych, zespół Reye'a, guz mózgu, stan poudarowy. Kto wymieni objawy występujące w stanach zaburzenia świadomości? **Odp.:** może to być zobojętnienie, patologiczna senność, stan przedśpiączkowy oraz śpiączka. Na jakie parametry zwrócisz uwagę? **Odp.:** takie, które świadczą o zaburzeniach funkcjonowania organizmu, szczególnie organów ważnych dla życia. Jak myślisz jakie parametry będziesz monitorować? **Odp.:** akcja serca, ciśnienie, temperatura ciała, oddech, saturacja i ocena stanu świadomości. Dlaczego zaburzenia świadomości są groźne dla dziecka? **Odp.:** ponieważ mogą powodować zaburzenia funkcji wielu układów i narządów, w szczególności CUN co w przyszłości może powodować trwałe deficyty neurologiczne. Kto wymieni grupy leków podawanych w stanach zaburzenia świadomości? **Odp.:** w zależności od przyczyny mogą to być antybiotyki, leki zmniejszające ciśnienie śródczaszkowe, odtrutki. Co waszym zdaniem wpływa pozytywnie na komunikację z zespołem terapeutycznym i opiekunem dziecka? **Odp.:** wzajemne zaufanie, fachowość personelu, empatia okazywana opiekunowi pacjenta, postawa wskazująca na zaangażowanie w proces leczenia i opieki nad pacjentem, wyczerpujące i zrozumiałe dla opiekuna odpowiedzi na jego pytania i wątpliwości. Wymieniliście już czynniki wpływające pozytywnie na komunikację z personelem i opiekunem dziecka, wymieńcie teraz te czynniki i zachowania, których powinniście unikać. **Odp.:** traktowanie opiekuna jak intruza, unikanie odpowiadania na jego pytania, brak zaufania do innych członków zespołu terapeutycznego, wzajemne okazywanie niechęci.

	1. Zaprezentuj części szkolenia: prebriefing, scenariusz, debriefing i określ ramy czasowe. Prebriefing – 10 minut Scenariusz – 15 minut Debriefing – 40 minut. 2. Omówienie celu i celów pośrednich scenariusza. Cel scenariusza: Nauka postępowania z pacjentem pediatrycznym nowoprzyjętym z zaburzeniami świadomości. Cele pośrednie: 1. Ocena stanu pacjenta (wywiad, pomiar parametrów, obserwacja). 2. Wykonanie zleceń lekarskich. 3. Komunikacja z zespołem terapeutycznym i opiekunem dziecka. 3. Przedstaw gdzie będzie przeprowadzony scenariusz. Scenariusz będzie przeprowadzony w oddziale dziecięcym. 4. Zapytaj czy studenci rozumieją poprzednie informacje. Jeśli nie – wyjaśnij ponownie. 5. Zaprezentuj przypadek kliniczny. Dziewczynka Kasia Kowalska. Pacjentka przyjęta do oddziału dzisiaj o godzinie 7.30 wraz z opiekunem. Powodem przyjęcia jest wysoka temperatura ciała 39°C,trwająca od kilku godzin i nie ustępująca po środkach przeciwgorączkowych. Z wywiadu uzyskano informacje, że w domu dziecko nie chciało jeść ani pić, było płaczliwe i rozdrażnione. opiekun zgłasza że zaobserwował układanie się dziecka w pozycji z odgięciem głowy do tyłu oraz występowanie na skórze czerwono – fioletowych plamek. Przed przyjazdem do szpitala w opinii opiekuna dziecko stało się bardzo senne i apatyczne. Dziecko jest jedynakiem. Do tej pory nie było hospitalizowane, szczepione zgodnie z kalendarzem. Opiekun dziecka ma lat 45. 6. Zaproponuj podział ról w grupie, wyznacz lidera (jeśli potrzebny). OPIEKUN DZIECKA. 1. Student: Lider – koordynator pracy całej grupy (wzywa lekarza w razie potrzeby), wsparcie dla opiekuna i dziecka. 2. Student: Pielegniarka1: Przeprowadza wywiad z opiekunem. 3. Student:Pielęgniarka 2: Odpowiedzialna za pomiar parametrów życiowych ich udokumentowanie i podaje tlen.

	4. Student: PIelegniarka3: Pielęgniarka zabiegowa odpowiada za podanie leków zgodnie ze zleceniem lekarza. 7. Upewnij się czy poszczególni członkowie zespołu wiedzą za co są odpowiedzialni, czy rozumieją swoją rolę. Czy wszyscy zrozumieli przydzielone im role ZWRACAM SIĘ DO KAŻDEJ OSOBY Z ZAPYTANIEM CZY ROZUMIE PRZYDZIELONA ROLĘ I PROSZĘ O POWTÓRZENIE ZLECONYCH ZADAŃ. 8. Zapraszam uczestników do Sali symulacyjnej w celu zapoznania z salą i ze sprzętem

ZAPOZNANIE STUDENTÓW ZE SPRZĘTEM	
Wykładowca	Dzisiaj będziemy pracować w sali chorego, w oddziale pediatrycznym. Zapoznacie się z fantomem dziecka oraz zestawami sprzętu potrzebnego do wykonania tego ćwiczenia. Fantom posiada funkcje: oddychanie z uwzględnieniem zaburzeń: niedrożność dróg oddechowych, świsty, rzężenia, kaszel.
Student	Każdy student zapoznaje się z fantomem dziecka, może podejść i dotknąć, dodatkowo studenci zapoznają się z pozostałym sprzętem, który będzie używany do wykonania ćwiczenia.
SCENARIUSZ SYMULACJI	
Opis scenariusza	Pacjentka Kasia Kowalska, przyjęta do oddziału o godzinie 7.30 rano pod opieką opiekuna, z powodu wysokiej temperatury ciała39°C. W domu podano leki przeciw gorączkowe, ale nie nastąpiło obniżenie temperatury ciała. W opinii opiekuna, dziecko było płaczliwe i rozdrażnione, przed przyjazdem do szpitala zdaniem opiekuna dziecko stało się senne i apatyczne. Opiekun i dziecko przywiezieni do szpitala przez ojca dziecka.
Obecny stan kliniczny	Pacjent znajduje się w Sali chorych, w oddziale pediatrycznym. Dziecko jest senne i apatyczne, temperatura ciała 39°C, na całym ciele drobne plamki fioletowo – czerwone, występuje „sztywność karku”, odgięciowe ułożenie głowy, brak łaknienia.
Wywiad dla studenta	Dane dotyczące pacjentki znajdują się w historii choroby. Występują zaburzenia świadomości oraz wysoka temperatura ciała - 39°C, która nie uległa obniżeniu po podaniu leków przeciwgorączkowych.
Wywiad dla wykładowcy	Dziewczynka Kasia Kowalska. Pacjentka przyjęta do oddziału o godzinie 7.30 wraz z opiekunem. Powodem przyjęcia jest wysoka temperatura ciała 39°C,trwająca od kilku godzin i nie ustępująca po środkach przeciwgorączkowych. Z wywiadu uzyskano informacje, że w domu dziecko nie chciało jeść ani pić, było płaczliwe i rozdrażnione. Opiekun zgłasza, że zaobserwował układanie się dziecka w pozycji z odgięciem głowy do tyłu oraz występowanie na skórze czerwono – fioletowych plamek. Przed przyjazdem do szpitala w opinii opiekuna dziecko stało się bardzo senne i apatyczne. Dziecko jest jedynakiem. Do tej pory nie było hospitalizowane, szczepione zgodnie z kalendarzem. Opiekun dziecka ma lat 45.

Przebieg scenariusza Ścieżka 1	Uczestnicy: OPIEKUN DZIECKA. 1.Student: Lider – koordynator pracy całej grupy (wzywa lekarza w razie potrzeby), wsparcie dla opiekuna i dziecka. 2.Student: Pielegniarka1: Przeprowadza wywiad z opiekunem. 3.Student:Pielęgniarka 2: Odpowiedzialna za pomiar parametrów życiowych ich udokumentowanie i podaje tlen. 4.Student: PIelegniarka3: Pielęgniarka zabiegowa odpowiada za podanie leków zgodnie ze zleceniem lekarza. Przebieg scenariusza – 15 minut. Lider: Zapoznaje się z dokumentacją pacjenta i nawiązuje kontakt słowny z opiekunem dziecka Lider zwraca się do opiekuna dziecka: Dzień dobry, nazywam się…….. Jestem pielęgniarką koordynującą pracę w oddziale, dziecko jest nowoprzyjęte do oddziału. Lider: Wezwę lekarza, pomożemy dziecku. LEKARZ wchodzi i pyta Lidera: Wzywała Mnie Pani, co się dzieje? Lider: Zgłosiła się do nas opiekun z dzieckiem. Opiekun zgłasza, że dziecko bardzo źle się czuje, jest podsypiające, apatyczne, ma wysoką gorączkę 39°C, opiekun podała w domu leki p/gorączkowe rano, ale nic nie pomogły, -dodatkowo opiekun mówi, że dziecko układa się z odgięciem główki do tyłu, nie chce nic jeść ani pić. LEKARZ pyta opiekuna. O której godzinie podała Pani leki p/gorączkowe?	Uczestnicy: OPIEKUN DZIECKA. 1.Student: Lider – koordynator pracy całej grupy (wzywa lekarza w razie potrzeby), wsparcie dla opiekuna i dziecka. 2.Student: Pielegniarka1: Przeprowadza wywiad z opiekunem. 3.Student:Pielęgniarka 2: Odpowiedzialna za pomiar parametrów życiowych ich udokumentowanie i podaje tlen. 4.Student: PIelegniarka3: Pielęgniarka zabiegowa odpowiada za podanie leków zgodnie ze zleceniem lekarza. OPIEKUN: Tak, proszę Pani moje dziecko bardzo źle się czuje. Jest podsypiające, apatyczne, ma wysoką gorączkę 39°C, podałam w domu leki p/gorączkowe o godzinie 5.00 rano, ale nic nie pomogły. Dodatkowo układa się z odgięciem główki do tyłu, nie chce nic jeść ani pić. OPIEKUN: Dobrze.

Przebieg scenariusza Ścieżka 1	LEKARZ: Zaraz zlecę zmierzenie parametrów i podanie leków drogą dożylną . Lider: dobrze. Lider zwraca się do pielęgniarki 2: Proszę u dziecka nowoprzyjętego zmierzyć parametry Pielęgniarka 2: Dobrze. Pielęgniarka 2: Zwraca się do opiekuna dziecka: Proszę Pani zmierzę dziecku parametry. Pielęgniarka 2 zmierzyła parametry które wynoszą: Oddech – 50/min, NIBP – 95/50 mmHg, Puls – 150u/min PCo2 – 40 %, SpO2 – 84%, Sinica – 50, Temperatura – 39°C. Informuje lekarza o wyniku. LEKARZ zleca Pielęgniarce 2: Proszę podać tlen do oddychania przepływ 5 l/min. Pielęgniarka 2: dobrze. Pielęgniarka 2 zwraca się do opiekuna: Proszę Pani, proszę położyć dziecko. Podam dziecku tlen do oddychania na zlecenie lekarza. LEKARZ zleca Pielęgniarce 3: Proszę podać zlecone leki. Pielęgniarka3: dobrze. Pielęgniarka 3 zwraca się do opiekuna: Proszę Pani na zlecenie lekarza podam leki dożylne. Pielęgniarka 3 podaje zlecone przez lekarza leki. <u>5 MINUT PO PODANIU LEKÓW LIDER ZWRACA SIĘ DO PIELĘGNIARKI 2:</u> Proszę iść do pacjentki i ponownie skontrolować wartość parametrów Pielęgniarka 2: dobrze	OPIEKUN: O 5.00 rano, ale bez wyraźnej poprawy i przyjechaliśmy do szpitala. OPIEKUN: Dobrze. OPIEKUN: Jeżeli to konieczne to się zgadzam. OPIEKUN: Dobrze, zgadzam się ale nie bardzo rozumiem w tym całym zamieszaniu o co chodzi. Poproszę żeby mi Pani to później jeszcze raz wszystko wyjaśniła.

Przebieg scenariusza Ścieżka 1	Pielęgniarka 2 zwraca się do opiekuna: Proszę Pani jeszcze raz zmierzę dziecku parametry. Mierzy parametry i informuje lidera. 5 MINUT PO PODANIU LEKÓW DROGĄ DOŻYLNĄ PARAMETRY SĄ NASTĘPUJĄCE (zmierzyła pielęgniarka nr 2): Oddech – 25/min, NIBP – 90/50 mmHg, Puls – 120 u/min PCo2 – 25 %, SpO2 – 97 %, Sinica – 0 Temperatura – 37,5°C . Lider: Informuje lekarza o wyniku. Lider zwraca się do opiekuna: Proszę Pani czy zgodzi się Pani na zebranie wywiadu pediatrycznego przez pielęgniarkę, zaraz przyjdzie koleżanka. Lider zwraca się do Pielęgniarki 1: Proszę iść do opiekuna dziecka i zebrać wywiad. Pielęgniarka 1: Dobrze. Pielęgniarka 1 zwraca się do opiekuna: Chciałam zebrać wywiad, czy zgodzi się Pani na zapisywanie informacji zebranych z wywiadu.	OPIEKUN: Dobrze OPIEKUN: Dobrze. OPIEKUN: Tak. Po zebraniu wywiadu przez Pielęgniarkę 1 koniec scenariusza. WYKŁADOWCA ZWRACA SIĘ DO STUDENTÓW: PROSZĘ UPORZĄDKOWAĆ STANOWISKO PRACY. POMYŚLCIE O JEDNEJ RZECZY KTÓRĄ ZROBILIŚCIE NAJLEPIEJ.

PALETA 2 – PARAMETRY SYMULATORA W PRAWIDŁOWYM PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA

Informacja ogólna		5minut po podaniu leków parametry są następujące:									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	Oddech	NIBP	Puls	PCo2	SpO2	Sinica	Temp	Oczy	Obrzęki	
	Liczba	25	90/50	120	25	97	0	37,5	p-n;l-n	0	
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia dotyczą: skóra blada, dziecko nadal senne, nadal utrzymuje się sztywność karku i odgięciowe ułożenie głowy w stosunku do ciała.									

PALETA 3 – PARAMETRY SYMULATORA -											
Informacja ogólna		Wpisać – co będzie się zmieniało i kiedy.									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa										
	Liczba										
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia – jeśli dotyczą:									
PALETA 4 – PARAMETRY SYMULATORA -											
Informacja ogólna		Wpisać – co będzie się zmieniało i kiedy. Np. zbyt długi czas czynności, błędna decyzja.									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa										
	Liczba										
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia – jeśli dotyczą:									
PALETA 5 – PARAMETRY SYMULATORA -											
Informacja ogólna		Wpisać – co będzie się zmieniało i kiedy. Np. zbyt długi czas czynności, błędna decyzja.									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa										
	Liczba										
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia – jeśli dotyczą:									

DEBRIEFING:	
INFORMACJE DLA STUDENTÓW	**INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW**
Celem dzisiejszych ćwiczeń była nauka postępowania z dzieckiem z zaburzeniami świadomości. Każda z osób w grupie miała do wykonania określone zadania o różnym stopniu trudności. Cele scenariusza zostały zrealizowane. Istotnym była współpraca pomiędzy osobami w zespole, a także współpraca z opiekunem i dzieckiem. Dzisiejsze ćwiczenie ma zastosowanie w pracy z dzieckiem chorym w warunkach szpitalnych i na egzaminie OSC. Praca na fantomie zapewniła wam w pewnym sensie komfort psychiczny ponieważ zapobiegnie popełnieniu błędu w pracy w szpitalu.	Jak się czujecie po ćwiczeniu. Jak się czujecie po zrealizowaniu scenariusza <u>Faza opisowa.</u> Pytanie do Lidera. Jakie zadania miałeś dzisiaj do wykonania? Jakie decyzje podjąłeś? Pytanie do Pielęgniarki 1, 2, 3. Jakie zadania miałaś dzisiaj do wykonania? <u>Faza analizy.</u> Pielęgniarka 1. Z czego jesteś najbardziej zadowolona, co wyszło ci najlepiej? Pielęgniarka 2,3 j/w. Pielęgniarka 1, 2, 3. Czy jest coś co, chciałabyś poprawić? <u>Faza czynności.</u> Pielęgniarka 2: Dlaczego mierzyłaś pacjentowi parametry życiowe?

	Pamiętasz jakie były wartości parametrów przez Ciebie mierzonych? Dlaczego podawałaś tlen? Jak myślisz jakie są działania uboczne tlenu i co należy wtedy zrobić? Pielęgniarka 3: Dlaczego podawałaś lek drogą doustną? Dlaczego podawałaś leki drogą dożylną? Jak myślisz jakie są działania uboczne podanych leków i co należy wtedy zrobić? <u>Faza podsumowania.</u> Czego nauczyłaś się z tego scenariusza? Jakiej czynności z tego scenariusz nauczyłaś się? Gdzie w przyszłości wykorzystasz umiejętność jakiej się dzisiaj nauczyłaś? Pamiętajcie o naszych celach, zostały osiągnięte, jest to sytuacja szczególna ponieważ pracujecie z dzieckiem w stanie zagrożenia zdrowia i życia. Dziękuję za dzisiejsze zajęcia. Na następnych zajęciach tematem będzie…….
Zastosowanie umiejętności:	Wykorzystanie w pracy z dzieckiem chorym w warunkach szpitalnych i ambulatoryjnych.
Literatura	1. Jacek J. Pietrzyk „Wybrane zagadnienia z pediatrii", Tom III, str. 255 – 264. Wydawnictwo UJ, Kraków 2004. 2. Red. G. Cepuch, M. Perek „Modele opieki pielęgniarskiej nad dzieckiem z chorobą ostrą i zagrażającą życiu", str. 235 – 246. Wydawnictwo PZWL 2012. 3. Red. A. Radzikowski, A. Banaszkiewicz „Pediatria", str. 465 – 470. Wydawnictwo Medipage, Warszawa 2008. 4. Red. B. Pawlaczyk „Zarys pediatrii", str. 412 – 419. Wydawnictwo PZWL 2006. 5. Red. K. Kubicka, W. Kawalec „Pediatria", Tom 2, str. 659 – 665. Wydawnictwo PZWL 2008.
Umiejętności podstawowe:	1. Nawiązanie kontaktu z opiekunem dziecka, zebranie wywiadu pediatrycznego oraz współpraca z opiekunem dziecka. 2. Pomiar podstawowych parametrów życiowych i zapisanie w dokumentacji. 3. Podanie tlenu. 4. Wykonanie iniekcji drogą dożylną. 5. Podłączenie kroplowego wlewu dożylnego. 6. Współpraca z pozostałymi członkami zespołu.
Efekty kształcenia	**Wiedza:** D.W.5. Zna zasady diagnozowania w pielęgniarstwie pediatrycznym. D.W.9. Charakteryzuje techniki i procedury pielęgniarskie stosowane w opiece nad chorym w zależności od jego wieku i stanu zdrowia. D.W.12. Zna rolę pielęgniarki przy przyjęciu chorego do przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego w zależności od wieku i stanu zdrowia pacjenta. D.W.18. Wyjaśnia patofizjologię i objawy kliniczne chorób wieku rozwojowego: układu oddechowego, układu krążenia, dróg moczowych, układu pokarmowego, chorób alergicznych oraz chorób krwi. D.W.40. Zna standardy i procedury postępowania w stanach nagłych i zabiegach ratujących życie. D.W.45. Rozpoznaje stany zagrożenia życia i opisuje monitorowanie pacjentów metodami przyrządowymi i bezprzyrządowymi.

Efekty kształcenia	**Umiejętności:** B.U.10. Wykazuje umiejętności aktywnego słuchania. C.U.7. Monitoruje stan zdrowia pacjenta na wszystkich etapach jego pobytu w szpitalu lub innych placówkach opieki zdrowotnej, między innymi przez ocenę podstawowych parametrów życiowych: temperatury, tętna, ciśnienia tętniczego krwi, oddechu i świadomości, masy ciała i wzrostu. C.U.23. Podłącza i obsługuje zestawy do kroplowych wlewów dożylnych. C.U.33. Prowadzi dokumentację opieki pielęgniarskiej, w tym historię pielęgnowania, kartę obserwacji, kartę gorączkową,książkę raportów, kartę profilaktyki i leczenia odleżyn. C.U.34. Odnotowuje wykonanie zleceń w karcie zleceń lekarskich. D.U.16. Rozpoznaje stany nagłego zagrożenia zdrowia. D.U.22. Prowadzi rozmowę terapeutyczną. D.U.26. Przekazuje informacje o stanie zdrowia chorego członkom zespołu terapeutycznego. D.U.32. Dostosowuje interwencje pielęgniarskie do rodzaju problemów pielęgnacyjnych. D.U.33. Przygotowuje i podaje leki różnymi drogami samodzielnie lub na zlecenie lekarza. **Kompetencje:** D.K.1. Szanuje godność i autonomię osób powierzonych opiece. D.K.5. Przestrzega praw pacjenta. D.K.6. Rzetelnie i dokładnie wykonuje powierzone obowiązki zawodowe. D.K.10. Przejawia empatię w relacji z pacjentem i jego rodziną oraz współpracownikami.

SCENARIUSZ SYMULACJI MEDYCZNEJ WYSOKIEJ WIERNOŚCI – SWW **Autor: dr nauk o zdrowiu Renata Chlebowska**											
						Nr porządkowy				SWW zgodnie z wykazem	
Czas zajęć		90 Min	Czas scenariusza	15 Min	Liczba studentów	8					
Nazwa		**Postępowanie z pacjentem psychiatrycznym nowoprzyjętym z zaburzeniami odżywiania**									
Cel główny		**Nauka postępowania z pacjentem psychiatrycznym nowoprzyjętym z zaburzeniami odżywiania.**									
Cel szczegółowy		1. Nawiązanie i podtrzymanie komunikowania terapeutycznego. 2. Ocena stanu pacjenta (wywiad, pomiar parametrów, obserwacja). 3. Wykonanie zleceń lekarskich. 4. Komunikacja z zespołem terapeutycznym.									
Metoda		Symulacji medycznej z udziałem pacjenta standaryzowanego									
INFORMACJE TECHNICZNE I ORGANIZACYJNE											
Nr Sali		Nr 205	Numer stanowiska	Nr 2	Nr trenażera, fantomu	Nr zgodnie z wykazem					
Sprzęt wielokrotnego użytku		1. Zestaw do pobierania krwi do badań – (sprzęt wielorazowy) scenariusz zgodnie z wykazem. 2. Zestaw do podania leku doustnie – (sprzęt wielorazowy) scenariusz zgodnie z wykazem. 3. Zestaw do wykonania iniekcji i.m – (sprzęt wielorazowy) scenariusz zgodnie z wykazem. 4. Pojemnik twardo ścienny na zużyte igły. 5. Pojemniki na odpady medyczne: papier, materiał biologiczny, plastik, szkło. 6. Termometr. 7. Kardiomonitor do pomiaru: tętno, RR.			Sprzęt jednorazowego użytku	1. Zestaw do pobierania krwi do badań (sprzęt jednorazowy) – scenariusz zgodnie z wykazem. 2. Zestaw do podania leku doustnie – (sprzęt jednorazowy) scenariusz zgodnie z wykazem. 3. Zestaw do wykonania iniekcji i.m - (sprzęt jednorazowy) scenariusz zgodnie z wykazem.					
Pozostałe wyposażenie		1. DOKUMENTACJA MEDYCZNA: - historia choroby - karta gorączkowa - karta indywidualnej opieki pielęgniarskiej - karta zleceń lekarskich 2. Biurko i krzesło. 3. Papier i przybory do pisania.			Ubrania i charakteryzacja	1. Pacjent standaryzowany ubrany w dres, wychudzony, blada skóra, zasinienia pod oczami.					
Informacja ogólna dla technika		Pacjent standaryzowany siedzący w łóżku, poduszka włożona pod plecy. Pacjent ubrany w dres, przykryty kołdrą do wysokości pasa. Łóżko ustawione w pobliżu źródła tlenu i kardiomonitora. Przy łóżku postawione krzesło i biurko.									
Parametry początkowe symulatora PALETA 1	Nazwa	Oddech	NIBP	Puls	pCO2	SPO2	Sinica	Temp	Oczy	Obrzęki	
	Liczba	16	85/50	40	20	90	0	35,8	p-n;l-n	0	
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia (jeżeli dotyczą): Wyniszczenie, wzdęcia, zaparcia, niedokrwistość, bladość skóry, drażliwość									

Czynności początkowe	Wykładowca: • Przed rozpoczęciem zajęć sprawdza sposób przygotowania stanowiska i kompletacje. • Sprawdza listę uczestników, kartę informacyjną scenariusza itp. • Rozpoczyna scenariusz — prosząc o wyłączenie telefonów, zajęcie miejsc itp. — informacja za 3 min. rozpoczynamy proszę zająć miejsca itp. *Co jeszcze trzeba zrobić i kto w scenariuszu, którego to dotyczy.*

REALIZACJA SCENARIUSZA	
WPROWADZENIE – PREBREFING:	
PLAN PREBRIEFINGU: 84. Zapoznanie z tematem szkolenia/kursu/scenariusza. 85. Zaprezentuj części szkolenia/zajęć: prebriefing, scenariusz, debriefing i określ ramy czasowe. 86. Przedstawienie i omówienie krótkie celu i celów pośrednich scenariusza — rozmowa dyskusja w oparciu o informacje dla studentów i informacje dla wykładowców. 87. Przedstaw gdzie będzie przeprowadzany scenariusz w gabinecie pielęgniarki POZ. 88. Zapytaj czy studenci rozumieją poprzednie informacje. Jeśli nie – wyjaśnij ponownie. 89. Zaprezentuj przypadek kliniczny: Pacjent Jan Kowalski itd. 90. Zaproponuj podział ról w grupie, wyznacz lidera (jeśli potrzebny). 91. Upewnij się czy poszczególni członkowie zespołu wiedzą za co są odpowiedzialni, czy rozumieją swoją rolę. 92. Zaproś uczestników do Sali symulacyjnej w celu zapoznania z salą i ze sprzętem.	
INFORMACJE DLA STUDENTÓW	**INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW**
Istnieje co najmniej kilka, jeśli nie kilkanaście różnych koncepcji wyjaśniających etiologię zaburzeń odżywiania. Źródeł zaburzeń odżywiania należy poszukiwać głębiej niż tylko w kuracji odchudzającej, która wymyka się spod kontroli. Zaburzenia odżywiania są objawową manifestacją różnorodnych zaburzeń osobowościowych, neurotycznych i prepsychotycznych. Elementem wspólnym jest nadawanie ciału i jedzeniu symbolicznych znaczeń wyrażających różnorodne problemy emocjonalne. Dzisiaj nauczycie się postępowania z pacjentką nowoprzyjętą z rozpoznanym zaburzeniem odżywiania. W trakcie ćwiczenia uświadomicie sobie jak wielkim wyzwaniem jest praca z pacjentem chorym psychicznie, który nie zawsze chce współpracować z personelem. Zaskakujące mogą być dla was wypowiedzi pacjenta, zdumiewające może być jego zachowanie. Dla każdego z was bardzo ważnym będzie nawiązanie właściwego komunikowania terapeutycznego z pacjentem i podtrzymanie komunikacji. Następnie będziecie uczyć się zbierania wywiadu psychiatrycznego, który różni się w wielu elementach od wywiadu zbieranego od osoby, która choruje na schorzenia somatyczne. Dodatkowo będziecie mierzyć parametry życiowe pacjenta, na zlecenie lekarza podacie określone leki. Proszę pamiętać, że wykonanie tych czynności u chorego psychicznie nie zawsze jest łatwe ze względu na częsty brak współpracy chorego z personelem. Będziecie opiekować się pacjentem, prowadząc jednocześnie obserwację. Ważnym elementem tego ćwiczenia będzie właściwa interpretacja stanu psychicznego chorego.	Wyobraźcie sobie, że jesteście na zajęciach w oddziale psychiatrycznym. Przed chwilą było przyjecie nowej pacjentki do oddziału. Każdy z was będzie miał do wykonania kilka czynności związanych z przyjęcia pacjenta/k (zebranie wywiadu) oraz wynikających ze zleceń lekarskich (pomiar parametrów i podanie zleconych leków. Jakie emocje mogą towarzyszyć pacjentowi w pierwszych chwilach pobytu w szpitalu. **Odp.:** Strach, gniew, niepewność, zagubienie. Kto pamięta jakie są przyczyny zaburzeń odżywiania? **Odp.:** Czynniki osobowościowe – osobowość typu: obsesyjno-kompulsywnego, histronicznego, schizoidalnego. Dodatkowo czynniki rodzinne, społeczno kulturowe i biologiczne. Kto wymieni jakie mamy postaci zaburzeń odżywiania? **Odp.:** Jadłowstręt psychiczny, bulimia psychiczna, atypowe postaci jadłowstrętu i bulimii, Objadanie się związane z czynnikami psychicznymi, wymioty związane z czynnikami psychicznymi. Kto wymieni jakie objawy występują w zaburzeniach odżywiania? **Odp.:** pacjent jest chudy, wyniszczony. Skóra jest blada, dodatkowo sucha i łuszczy się. Można zaobserwować podkrążone oczy, pacjent ma zimne dłonie.

INFORMACJE OGÓLNE O ZABURZENIACH ODŻYWIANIA.

Zaburzenia odżywiana są z reguły rozpoznawane w okresie dzieciństwa(wczesnej lub późnej adolescencji).Mają znaczący, negatywny wpływ na rozwój emocjonalny i psychiczny, zakłócają rozwój fizyczny. Zaburzenia jedzenia mają często wieloletni, przewlekły charakter i ich konsekwencje pozostają problemem psychiatrycznym także w wieku dorosłym.

Zaburzenia jedzenia to grupa zaburzeń psychicznych charakteryzująca się nieprawidłowymi zachowaniami związanymi z odżywianiem się i swoistymi objawami psychopatologicznymi.

Rodzaje zaburzeń jedzenia:

1. Jadłowstręt psychiczny – JP
2. Bulimia psychiczna – BP
3. Atypowe postaci BP i JP
4. Objadanie się związane z czynnikami psychicznymi
5. Wymioty związane z czynnikami psychicznymi
6. Inne zaburzenia jedzenia
7. Zaburzenia jedzenia inaczej nieokreślone.

Na jakie zachowanie pacjenta zwrócicie uwagę?
Odp.: Drażliwość, dezorientacja, zakłopotanie i izolowanie się od otoczenia.

Na jakie parametry zwrócicie uwagę?
Odp.: Tętno, oddech, temperatura, RR.

Jakie parametry życiowe należy waszym zdaniem monitorować.
Odp.: Oddech, temperatura, tętno, RR.

1. Zaprezentuj części szkolenia/zajęć: prebriefing, scenariusz, debriefing i określ ramy czasowe.

Prebriefing – 15 minut.
Scenariusz – 15 minut.
Debriefing – 40 minut.

2. Przedstawienie i omówienie krótkie celu i celów pośrednich scenariusza — rozmowa dyskusja w oparciu o informacje dla studentów i informacje dla wykładowców.

Cel scenariusza:
1. Nauka postępowania z pacjentem psychiatrycznym nowoprzyjętym z zaburzeniami odżywiania.

Cele szczegółowe:

1. Nawiązanie i podtrzymanie komunikowania terapeutycznego.
2. Ocena stanu pacjenta (wywiad, pomiar parametrów, obserwacja).
3. Wykonanie zleceń lekarskich.
4. Komunikacja z zespołem terapeutycznym.

3. Przedstaw gdzie będzie przeprowadzany scenariusz (SOR, sala pacjenta, sala opatrunkowa, mieszkanie pacjenta).

Szpital oddział psychiatrii.

4. Zapytaj czy studenci rozumieją poprzednie informacje. Jeżeli nie - wyjaśnij ponownie.

5. Zaprezentuj przypadek kliniczny: *Pacjent Jan Kowalski itd.*

Przypadek kliniczny.
Anna Nowacka lat 17 została przyjęta po raz pierwszy do szpitala psychiatrycznego celem leczenia. Pacjentka niechętnie rozmawia z personelem na temat swoich dolegliwości, twierdzi, że na leczenie namówili ją rodzice. Nastrój jest obniżony, stwierdzono znaczne wychudzenie BMI – 16. Zgłasza osłabienie i zawroty głowy. Chce jak najszybciej opuścić szpital. Wcześnie nie była hospitalizowana z powodu zaburzeń odżywiania.

6. Zaproponuj podział ról w grupie, wyznacz lidera (jeśli potrzebny).

PACJENT STANDARYZOWANY
1. Student:
Lider – koordynator pracy całej grupy

	2. Student: Pielęgniarka 1 – zbiera wywiad, zapisuje w dokumentacji wywiadu i wspiera pacjentkę. 3. Student: Pielęgniarka 2 – odpowiedzialna za: monitorowanie stanu pacjenta, stałą obserwację pacjenta i udokumentowanie wykonania czynności. 4. Student: Pielęgniarka 3 – odpowiedzialna za pobranie krwi do badań, podanie leków drogą doustną, wykonanie iniekcji i.m. oraz udokumentowanie wykonanych czynności. 7. Upewnij się czy poszczególni członkowie zespołu wiedzą za co są odpowiedzialni, czy rozumieją swoją rolę. Czy wszyscy zrozumieli przydzielone im role ZWRACAM SIĘ DO KAŻDEJ OSOBY Z ZAPYTANIEM CZY ROZUMIE PRZYDZIELONA ROLĘ I PROSZĘ O POWTÓRZENIE ZLECONYCH ZADAŃ. 8. Zapraszam uczestników do sali symulacyjnej w celu zapoznania z salą i ze sprzętem.

ZAPOZNANIE STUDENTÓW ZE SPRZĘTEM	
Wykładowca	Dzisiaj będziemy pracować na sali chorego w oddziale psychiatrycznym. Wyposażenie Sali chorego jest wam znane. Proszę zwrócić uwagę na różnice – brak firanek, rolet w oknach itp. W roli chorego występuje pacjent standaryzowany. Proszę uważnie obserwować zachowanie pacjenta i jego wygląd
Student	Każdy student zapoznaje się z wyposażeniem sali, zestawami sprzętu przygotowanego do realizacji scenariusza. Obserwuje osobę będącą pacjentem, jego zachowanie i charakteryzację przygotowaną na potrzeby symulacji.
SCENARIUSZ SYMULACJI	
Opis scenariusza	Pacjentka Anna Kowalska lat 17, przyjęta do oddziału w dniu dzisiejszym, w godzinach rannych, z powodu utrzymujących się objawów typowych dla zaburzeń odżywiana. Nie chce rozmawiać na temat swojej choroby, twierdzi, ze na leczenie namówili ją rodzice, chce jak najszybciej opuścić szpital. BMI – 16. Nastrój pacjentki jest obniżony. Jest bardzo zdenerwowana ponieważ wcześniej nie była hospitalizowana w szpitalu psychiatrycznym.
Obecny stan kliniczny	Pacjentka znajduje się na sali chorych w oddziale psychiatrycznym Występują u niej następujące objawy: depresja i lęk, zanik mięśni, łuszcząca i sucha skóra, zwolnienie czynności serca, spadek RR, spadek temperatury ciała, ogólne osłabienie, zaburzenia snu, bóle i zawroty głowy.
Wywiad dla studenta	Dane dotyczące pacjentki znajdują się w historii choroby. Występują objawy typowe dla zaburzeń odżywiania.
Wywiad dla wykładowcy	Anna Nowacka lat 17 została przyjęta po raz pierwszy do szpitala psychiatrycznego celem leczenia. Pacjentka niechętnie rozmawia z personelem na temat swoich dolegliwości, twierdzi, że na leczenie namówili ją rodzice. Nastrój jest obniżony, stwierdzono znaczne wychudzenie BMI – 16. Zgłasza osłabienie i zawroty głowy. Chce jak najszybciej opuścić szpital. Wcześniej nie była hospitalizowana z powodu zaburzeń odżywiania.

Przebieg scenariusza Ścieżka 1	Uczestnicy: PACJENT STANDARYZOWANY 1. Student: Lider – koordynator pracy całej grupy. 2. Student: Pielęgniarka 1 – zbiera wywiad, zapisuje w dokumentacji wywiadu i wspiera pacjentkę. 3. Student: Pielęgniarka 2 – odpowiedzialna za: monitorowanie stanu pacjenta, stałą obserwację pacjenta i udokumentowanie wykonania czynności. 4. Student: Pielęgniarka 3 – odpowiedzialna za pobranie krwi do badań, podanie leków drogą doustną, wykonanie iniekcji i.m. oraz udokumentowanie wykonanych czynności. Przebieg scenariusza - 15 minut. Lider Zapoznaje się z dokumentacją pacjenta i nawiązuje kontakt słowny z pacjentem. LIDER: Dzień dobry, nazywam się…….. Jestem pielęgniarką koordynującą pracę zespołu pielęgniarskiego. Pani jest pacjentką nowoprzyjętą do oddziału. LIDER: Za chwilę przyjdzie pielęgniarka i zbierze z Panią wywiad. LIDER: Proszę powiedzieć co się dzieje, jakie dolegliwości u Pani występują? LIDER: Wezwę lekarza, pomożemy Pani. LEKARZ wchodzi i pyta LIDERA: Wzywała Mnie Pani, co się dzieje?	Wykładowca Pacjent PACJENT STANDARYZOWANY 1. Student: Lider – koordynator pracy całej grupy. 2. Student: Pielęgniarka 1 – zbiera wywiad, zapisuje w dokumentacji wywiadu i wspiera pacjentkę. 3. Student: Pielęgniarka 2 – odpowiedzialna za: monitorowanie stanu pacjenta, stałą obserwację pacjenta i udokumentowanie wykonania czynności. 4. Student: Pielęgniarka 3 – odpowiedzialna za pobranie krwi do badań, podanie leków drogą doustną, wykonanie iniekcji i.m. oraz udokumentowanie wykonanych czynności. PACJENTKA: Tak. PACJENTKA: Proszę Pani, czy teraz jest to konieczne? Ja bardzo źle się czuję. Może później. PACJENTKA: Bardzo słabo się czuję, chyba za chwilę zemdleję, mam mroczki przed oczami, robi mi się słabo i brakuje powietrza, jestem bardzo zdenerwowana, nigdy nie byłam w szpitalu psychiatrycznym. Proszę coś zrobić. PACJENTKA: Dobrze.

Przebieg scenariusza Ścieżka 1	LIDER odpowiada: Zgłosiła się do nas pacjentka Anna Nowacka lat 17, przed chwilą zgłaszała objawy: Jest jej słabo, zgłasza, że chyba za chwilę zemdleje, ma mroczki przed oczami, zgłasza uczucie braku powietrza, jest bardzo zdenerwowana. Mówi, że nigdy wcześniej nie była w szpitalu psychiatrycznym. W dokumentacji jest zapis wartości BMI - 16. LEKARZ: Zaraz zlecę zmierzenie parametrów, pobieranie krwi do badań i podanie leków. LIDER zwraca się do pielęgniarki 2: Proszę pójść do pacjentki nowoprzyjętej i zmierzyć parametry. Pielęgniarka 2: dobrze. Pielęgniarka 2 idzie do pacjentki i mówi: Proszę Pani zmierzę Pani parametry, czy Pani się zgadza?	PACJENTKA: Dobrze.
	Pielęgniarka 2 zmierzyła parametry które wynoszą: Oddech – 16/min, NIBP – 85/50mmHg, Puls – 40u/min, PCo2 – 20%, SpO2 – 90%, Sinica – 0, Temperatura – 35,8^{o}C. Informuje lidera o zmierzonych parametrach. Lider informuje lekarza o wartościach zmierzonych parametrów. LEKARZ zleca Pielęgniarce 3: Proszę pobrać krew do badań i podać leki wpisane do zleceń Pielęgniarka 3: dobrze. Pielęgniarka 3 zwraca się do pacjentki: Na zlecenie lekarza pobiorę Pani krew do badań, podam Pani tabletki i zrobię zastrzyk domięśniowy. Czy Pani się zgadza?	PACJENTKA: Tak.
	<u>4 MINUTY PO PODANIU LEKÓW LIDER ZWRACA SIĘ DO PIELĘGNIARKI 2:</u> Proszę iść do pacjentki i ponownie skontrolować wartość parametrów.	

Przebieg scenariusza Ścieżka 1	Pielęgniarka 2: Dobrze. Pielęgniarka 2 zwraca się do pacjentki: Proszę Pani - jeszcze raz zmierzę parametry, zgadza się Pani? Mierzy parametry i informuje lidera. 4 MINUTY PO PODANIU LEKÓW DROGĄ DOUSTNĄ I DOMIĘŚNIOWĄ PARAMETRY SĄ NASTĘPUJĄCE (zmierzyła pielęgniarka numer 2): Oddech – 20/min, NIBP – 100/60mmHg, Puls – 68/min PCo2 – 30%, SpO2 – 98%, Sinica – 0 Temperatura – 36,5. Lider: Informuje lekarza o wyniku. Lider zwraca się do pacjentki: Pani stan zdrowia jest lepszy, czy zgodzi się Pani na zebranie wywiadu przez pielęgniarkę? Lider zwraca się do Pielęgniarki 1: Proszę iść do pacjentki nowoprzyjętej i zebrać wywiad ponieważ stan zdrowia chorej jest już lepszy. Pielęgniarka 1 zwraca się do pacjentki: Proszę Pani czy zgodzi się Pani na zebranie wywiadu?	PACJENTKA: Tak. PACJENTKA: Tak. PACJENTKA: Tak Po zebraniu wywiadu przez Pielęgniarkę 1 KONIEC SCENARIUSZA. WYKŁADOWCA ZWRACA SIĘ DO STUDENTÓW: PROSZĘ UPORZĄDKOWAĆ STANOWISKO PRACY. POMYŚLCIE O JEDNEJ RZECZY KTÓRĄ ZROBILIŚCIE NAJLEPIEJ.

PALETA 2 – PARAMETRY SYMULATORA W PRAWIDŁOWYM PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna		4 minuty po podaniu leków zmiana parametrów									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	Oddech	NIBP	Puls	pCO2	SPO2	Sinica	Temp	Oczy	Obrzęki	
	Liczba	20	100/60	68	30	98	0	36,5	p-n;l-n	0	
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia dotyczą: brak.									

PALETA 3 – PARAMETRY SYMULATORA -											
Informacja ogólna		Wpisać – co będzie się zmieniało i kiedy.									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa										
	Liczba										
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia – jeśli dotyczą:									
PALETA 4 – PARAMETRY SYMULATORA -											
Informacja ogólna		Wpisać – co będzie się zmieniało i kiedy. Np. zbyt długi czas czynności, błędna decyzja.									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa										
	Liczba										
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia – jeśli dotyczą:									
PALETA 5 – PARAMETRY SYMULATORA -											
Informacja ogólna		Wpisać – co będzie się zmieniało i kiedy. Np. zbyt długi czas czynności, błędna decyzja.									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa										
	Liczba										
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia – jeśli dotyczą:									

DEBRIEFING:	
INFORMACJE DLA STUDENTÓW	**INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW**
Celem dzisiejszych ćwiczeń była nauka postępowania z pacjentem z zaburzeniami odżywiania. Każda z osób w grupie miała do wykonania określone zadania o różnym stopniu trudności. Istotnym była współpraca pomiędzy osobami w zespole, a także współpraca z pacjentem z zaburzeniem psychicznym. Cele scenariusza zostały osiągnięte. Dzisiejsze ćwiczenie ma zastosowanie w pracy z chorym w warunkach szpitalnych i na egzaminie OSC. Praca na fantomie zapewniła wam w pewnym sensie komfort psychiczny ponieważ zapobiegnie popełnieniu błędu w pracy w szpitalu.	Jak się czujecie po ćwiczeniu? Jak się czujecie po zrealizowaniu scenariusza? <u>Faza opisowa.</u> Pytanie do Lidera. Jakie zadania miałeś dzisiaj do wykonania? Jakie decyzje podjąłeś? Pytanie do Pielęgniarki 1, 2, 3. Jakie zadania miałaś dzisiaj do wykonania. <u>Faza analizy.</u> Pielęgniarka 1. Z czego jesteś najbardziej zadowolona, co wyszło ci najlepiej? Pielęgniarka 2,3 j/w. Pielęgniarka 1, 2, 3. Czy jest coś co, chciałabyś poprawić?

	Faza czynności. Pielęgniarka 2: Dlaczego mierzyłaś parametry pacjentowi? Pamiętasz jakie były wartości parametrów mierzonych przez Ciebie? Pielęgniarka 3: Dlaczego pobierałaś krew do badań? Dlaczego podawałaś leki drogą doustną i w iniekcji? Jak myślisz jakie są działania uboczne podanych leków i co należy wtedy zrobić? Faza podsumowania. Czego nauczyłaś się z tego scenariusza? Jakiej czynności z tego scenariusz nauczyłaś się? Gdzie w przyszłości wykorzystasz umiejętność jakiej się dzisiaj nauczyłaś? Pamiętajcie o naszych celach, zostały osiągnięte, jest to sytuacja szczególna ponieważ pracujecie z pacjentem z zaburzeniem/chorobą psychicznym. Dziękuję za dzisiejsze zajęcia. Na następnych zajęciach tematem będzie…….
Zastosowanie umiejętności:	Wykorzystanie w pracy z pacjentem z chorobą psychiczną w warunkach szpitalnych i ambulatoryjnych.
Literatura	1. Red. K. Górna, K. Jaracz, J. Rybakowski „Pielęgniarstwo psychiatryczne”, str. 293 – 307. Wyd. PZWL 2012. 2. Red. M. Jarema, J. Rabe-Jabłońska „Psychiatria”, str. 363 – 383. Wyd. PZWL 2011. 3. A. Kiejny, K. Małyszczak „Psychiatria”, str. 165 – 189. Wyd. AM im. Piastów Śląskich Wrocław 2009. 4. E. Wilczek-Rużyczka „Komunikowanie się z chorym psychicznie”, str. 59 – 63. Wyd. Czelej, Lublin 2007. 5. Red. J. Heitzman „Psychiatria”, str. 202 – 204. Wyd. PZWL 2007. 6. Red. E. Wilczek-Rużyczka „Podstawy pielęgniarstwa psychiatrycznego”, str. 95 – 108. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007.
Umiejętności podstawowe:	1. Nawiązanie kontaktu z chorym psychicznie i zebranie wywiadu. 2. Pomiar podstawowych parametrów życiowych i zapisanie w dokumentacji. 3. Podanie leków drogą doustną. 4. Wykonanie iniekcji drogą domięśniową. 5. Pobranie krwi do badań. 6. Właściwa ocena stanu psychicznego pacjenta.
Efekty kształcenia	**Wiedza:** D.W.5. Zna zasady diagnozowania w pielęgniarstwie psychiatrycznym. D.W.9. Charakteryzuje techniki i procedury pielęgniarskie stosowane w opiece nad chorym w zależności od jego wieku i stanu zdrowia. D.W.11. Różnicuje reakcje chorego na chorobę i hospitalizację w zależności od jego wieku i stanu zdrowia. D.W.12. Zna rolę pielęgniarki przy przyjęciu chorego do przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego w zależności od wieku i stanu zdrowia pacjenta. D.W.27. Zna etiopatogenezę i objawy kliniczne podstawowych zaburzeń psychicznych. D.W.40. Zna standardy i procedury postępowania w stanach nagłych i zabiegach ratujących życie. D.W.45. Rozpoznaje stany zagrożenia życia i opisuje monitorowanie pacjentów metodami przyrządowymi i bezprzyrządowymi.

Efekty kształcenia	**Umiejętności:** B.U.4. Prognozuje wpływ choroby i hospitalizacji na stan psychiczny człowieka oraz zależności somatopsychiczne. B.U.10. Wykazuje umiejętności aktywnego słuchania. B.U.11. Wykorzystuje techniki komunikacji werbalnej, niewerbalnej i parawerbalnej w opiece zdrowotnej. C.U.7. Monitoruje stan zdrowia pacjenta na wszystkich etapach jego pobytu w szpitalu lub innych placówkach opieki zdrowotnej, między innymi przez ocenę podstawowych parametrów życiowych: temperatury, tętna, ciśnienia tętniczego krwi,oddechu i świadomości, masy ciała i wzrostu. C.U.30. Pobiera materiał do badań laboratoryjnych i bakteriologicznych. C.U.33. Prowadzi dokumentację opieki pielęgniarskiej, w tym historię pielęgnowania, kartę obserwacji, kartę gorączkową, książkę raportów, kartę profilaktyki i leczenia odleżyn. C.U.34. Odnotowuje wykonanie zleceń w karcie zleceń lekarskich. D.U.16. Rozpoznaje stany nagłego zagrożenia zdrowia. D.U.22. Prowadzi rozmowę terapeutyczną. D.U.26. Przekazuje informacje o stanie zdrowia chorego członkom zespołu terapeutycznego. D.U.31. Przewiduje skutki postępowania pacjenta z określonymi zaburzeniami psychicznymi. D.U.32. Dostosowuje interwencje pielęgniarskie do rodzaju problemów pielęgnacyjnych. D.U.33. Przygotowuje i podaje leki różnymi drogami samodzielnie lub na zlecenie lekarza. **Kompetencje:** D.K.1. Szanuje godność i autonomię osób powierzonych opiece. D.K.5. Przestrzega praw pacjenta. D.K.6. Rzetelnie i dokładnie wykonuje powierzone obowiązki zawodowe. D.K.10. Przejawia empatię w relacji z pacjentem i jego rodziną oraz współpracownikami.

<table>
<tr><td colspan="5">SCENARIUSZ SYMULACJI MEDYCZNEJ SWW
Autor scenariusza: doktor nauk o zdrowiu Iwona Gładysz</td><td>Nr porządkowy</td><td>SWW zgodnie z wykazem</td></tr>
<tr><td>Czas zajęć</td><td>45</td><td>Czas scenariusza</td><td>15</td><td>Liczba studentów</td><td colspan="2">8</td></tr>
<tr><td>Nazwa</td><td colspan="6">Postępowanie z położnicą z nadczynnością tarczycy</td></tr>
<tr><td>Cel główny</td><td colspan="6">Nauka oceny stanu położnicy z nadczynnością tarczycy i postępowania</td></tr>
<tr><td>Cel szczegółowy</td><td colspan="6">17. Ocena i obserwacja stanu położnicy
18. Przeprowadzenie wywiadu
19. Wykonanie zleceń lekarskich
20. Komunikacja z zespołem terapeutycznym</td></tr>
<tr><td>Metoda</td><td colspan="6">Symulacji wysokiej wierności</td></tr>
<tr><td colspan="7">INFORMACJE TECHNICZNE I ORGANIZACYJNE</td></tr>
<tr><td>Numer Sali</td><td>Nr</td><td>Numer stanowiska</td><td>Nr</td><td>Numer trenażera, fantomu</td><td colspan="2">Nr</td></tr>
<tr><td>Sprzęt wielokrotnego użytku</td><td colspan="3">9. Pojemnik na odpady medyczne
10. Glukometr + paski do glukometru
11. Pulsoksymetr
12. Kardiomonitor
13. Aparat EKG 12 odprowadzeniowy
14. Stojak do kroplówki
15. Pompa infuzyjna
16. Dostęp do instalacji tlenowej z możliwością wykonania tlenoterapii</td><td>Sprzęt jednorazowego użytku</td><td colspan="2">11. Strzykawki o pojemności 10 ml-4 sztuki
12. Strzykawki o pojemności 5 ml- 4 sztuki
13. Igły 0,8 x40 mm-10 sztuk
14. Gaziki
15. Skinsept /leko- saszetki-5 sztuk
16. Maska do podawania tlenu dla osoby dorosłej-1 sztuka
17. Staza-2 sztuki
18. Rękawiczki jednorazowe:
- rozmiar L10 sztuk
- rozmiar M 10 sztuk
9. Ampułka z płynem z napisem Paracetamol
10. Płyn infuzyjny o pojemności 500 mililitrów z napisem Płyn Ringera
11. Płyn infuzyjny o pojemności 500 mililitrów z napisem Glucosa 5%
12. Ampułka z napisem Propranolol 1 mg -5 sztuk
13. Ampułka z napisem Tiamazol 80 mg – 2 sztuki
14. Butelka z napisem roztwór Lugola + kroplomierz i kieliszek do podania leku</td></tr>
<tr><td>Pozostałe wyposażenie</td><td colspan="3">1. łóżeczko noworodkowe z noworodkiem, basen</td><td>Ubrania i charakteryzacja</td><td colspan="2">1. zaczerwienienie na twarzy (gorączka)</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td colspan="2">Informacja ogólna dla technika</td><td colspan="10">19. Symulator umieszczony na łóżku w pozycji półsiedzącej, ubrany w koszulę nocną, przykryty do pasa kołdrą, obok łóżeczko noworodkowe z noworodkiem. Na tacy przygotowana Ampułka z płynem z napisem Paracetamol Ampułka z napisem Propranolol 1 mg -5 sztuk, Ampułka z napisem Tiamazol 80 mg – 2 sztuki, Butelka z napisem roztwór Lugola + kroplomierz i kieliszek do podania leku, sprzęt jednorazowy (w asystorze)
− Glukometr + paski do glukometru
− Aparat do pomiaru ciśnienia
− pulsoksymetr
− Strzykawki o pojemności 5 ml- 4 sztuki
− Strzykawki o pojemności 10 ml-4 sztuki
− Igły 0,8 x40 mm-10 sztuk
− Gaziki
− Skinsept /leko- saszetki- 5 sztuk
− Maska do podawania tlenu dla osoby dorosłej- 1 sztuka
− Staza-2 sztuki
− Rękawiczki jednorazowe :
- rozmiar L10 sztuk
- rozmiar M 10 sztuk
Przy łóżku
− Kardiomonitor
− Aparat EKG 12 odprowadzeniowy
− Stojak do kroplówki
− Pompa infuzyjna
− Dostęp do instalacji tlenowej z możliwością wykonania tlenoterapii</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Parametry początkowe symulatora</td><td>Nazwa</td><td>R -oddech</td><td>EKG</td><td>NIBP</td><td>SpO_2</td><td>CO_2</td><td>Temp. ^oC</td><td>Sinica%</td><td>Oczy</td><td>Obrzęki</td></tr>
<tr><td>Liczba</td><td>21</td><td>120</td><td>140/90</td><td>92</td><td>-</td><td>37,5</td><td>-</td><td>Mruganie 15</td><td>+</td></tr>
<tr><td>Cechy</td><td>Wydłużona faza wydechu</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>L-N ; P-N</td><td>stopy</td></tr>
<tr><td>Inne</td><td colspan="10">Inne ustawienia: jeśli dotyczą</td></tr>
<tr><td colspan="2">Czynności początkowe</td><td colspan="10">Należy wpisać co trzeba wykonać przed rozpoczęciem zajęć, scenariusza np.:
Wykładowca:
1. Przed rozpoczęciem zajęć sprawdza sposób przygotowania stanowiska i kompletacje.
2. Sprawdza listę uczestników i kartę informacyjną scenariusza itp.
3. Rozpoczyna scenariusz – prosząc o wyłączenie telefonów, zajęcie miejsc itp. – informacja za 3 min. rozpoczynamy proszę zająć miejsca itp.</td></tr>
</table>

REALIZACJA SCENARIUSZA
WPROWADZENIE - PREBREFING:
PLAN PREBREFINGU: 77. W dniu dzisiejszym nauczymy się postępowania z pacjentką w połogu z nadczynnością tarczycy. 78. Scenariusz będzie trwał 45 minut, został podzielony na 3 części: – część pierwsza prebrifing, stanowiący wprowadzenie do scenariusza, który będzie trwał 10 minut. – Część druga to realizacja scenariusza, trwająca 15 minut. – Część trzecia jest to debrifing stanowiący omówienie i podsumowanie wykonywanego scenariusza, który będzie trwał 20 minut. 79. Celem głównym scenariusza jest *oceny stanu położnicy z nadczynnością tarczycy i postępowania* 21. Cele szczegółowe: ocena i obserwacja stanu położnicy, przeprowadzenie wywiadu, wykonanie zleceń lekarskich, komunikacja z zespołem terapeutycznym. 80. Scenariusz będzie realizowany w Oddziale Położniczym 81. Czy wszystkie przedstawione przeze mnie informacje są zrozumiałe?

82. Zaprezentuję teraz przypadek kliniczny: *Beata Kowalska, lat 32 CII, PII.*
Przebywa w oddziale położniczym w I dobie po porodzie fizjologicznym. SŻD 3400g. Zgłasza biegunkę, „kołatanie serca" dodatkowo ma dreszcze.,
1. Teraz przydzielę Wam role, jakie będziecie pełnić w tym scenariuszu
   b. .....będziesz liderem (Pielęgniarka 1), do Twoich zadań będzie należało zebranie wywiadu, koordynacja współpracy z zespołem terapeutycznym
   c. .....będziesz Pielęgniarką 2, do Twoich zadań będzie należał pomiar parametrów
   n. .....będziesz Pielęgniarką 3, do Twoich zadań będzie należało wykonanie zleceń lekarskich (podawanie leków itd..)
   o. .....będziesz obserwatorem, do twoich zadań będzie należało obserwowanie komunikacji w zespole terapeutycznym
   p. .....będziesz obserwatorem, do Twoich zadań będzie należało obserwowanie procedur zastosowanych w scenariuszu
32. Czy wszyscy zrozumieli przydzielone im role?
33. Zwracam się do każdej osoby z zapytaniem czy rozumie przydzieloną rolę i proszę o powtórzenie zleconych zadań
34. Zapraszam do sali symulacji w celu zapoznania się ze sprzętem

INFORMACJE DLA STUDENTÓW	INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW
Ponieważ tarczyca pełni w organizmie człowieka bardzo **ważną** rolę, poznanie fizjologii oraz chorób tego gruczołu jest niezbędne do **zapewnienia** pacjentowi prawidłowej opieki w przypadku wystąpienia stanów chorobowych, co **zabezpiecza** przed grożącymi powikłaniami. Gruczoł tarczowy produkuje i wydziela do krwiobiegu tyroksynę (T4) oraz trijodotyroninę (T3), w proporcji ilościowej odpowiednio 4:1. Wydzielanie to jest regulowane głównie przez oś podwzgórze–przysadka– –tarczyca. Czynnikiem bezpośrednio stymulującym komórki tarczycy do produkcji i wydzielania hormonów jest tyreotropina (TSH, thyroid stimulating hormone), wydzielana przez przedni płat przysadki mózgowej. Synteza TSH jest pobudzana przez podwzgórzową tyreoliberynę (TRH, thyrotropin- -releasing hormone), a także estrogeny. Hamowanie syntezy TSH odbywa się w ramach ujemnego sprzężenia zwrotnego z hormonami tarczycy, bezpośrednio oraz pośrednio, poprzez hamujący wpływ hormonów tarczycy na uwalnianie TRH. Do zmian narządowych, spowodowanych chorobami tarczycy, należy zaliczyć: − zmiany w układzie sercowo-naczyniowym czynnościowe, jak i strukturalne, tachykardia zatokowa jest najczęściej spotykanym skutkiem wpływu hormonów tarczycy na serce, u pacjentów z nadczynnością tarczycy mogą pojawić się nawrotowe epizody migotania przedsionków, − T4 oraz T3 wywierają wpływ na czynność układu oddechowego, modyfikując strukturę tkanki łącznej, − Hormony tarczycy są niezbędne do utrzymania prawidłowej funkcji układu nerwowego, − Nadmiar hormonów tarczycy zwiększa ryzyko udaru mózgu w przebiegu migotania przedsionków	***Jak uważasz**, tarczyca jest ważnym organem?* *Odpowiedź studentów-tak* Tachykardia i uczucie „kołatania serca" może towarzyszyć schorzeniom tarczycy? Odpowiedź studentów: może tez towarzyszyć emocjom ***Wyobraźcie sobie**, że jesteście na oddziale położniczym, położnica zgłasza objawy, takie jak: kołatanie serca, gorączka* *Jaka myśl może się wówczas Wam nasunąć? Odpowiedzieć studentów – np.: dzieje się coś złego.!* ***Zgodzicie się** ze mną, że kobieta, zgłaszająca takie objawy niepokoi się o siebie i dziecko?* ***…….Jak myślisz** o co byś zapytał jako student/ka pielęgniarstwa ?.* *Odpowiedzieć studentów: np. od kiedy są te objawy*

PRZEŁOM TARCZYCOWY jest zagrażającym życiu stanem dekompensacji metabolicznej organizmu spowodowanym nadmiarem hormonów tarczycy. Epidemiologia Roczna zapadalność w populacji europejskiej i amerykańskiej wynosi około 4 przypadki/1000 chorych wśród kobiet i 0,8/1000 wśród mężczyzn. Nieleczony przełom tarczycowy kończy się zgonem w ponad 20% przypadków [24]. Występuje przede wszystkim w przebiegu źle kontrolowanej lub nieleczonej choroby Gravesa-Basedowa. Rzadziej u podłoża przełomu hipermetabolicznego leżą wole guzowate toksyczne lub autonomiczny gruczolak tarczycy. Sporadycznie przełom może wystąpić w pierwszej fazie podostrego zapalenia tarczycy i w tyreotoxicosis factitia. **Objawy:** gorączka, wymioty i nasilona biegunka, pobudzenie, stany majaczeniowe lub śpiączka. Może dojść do niewydolności serca z obrzękami, hepatomegalią oraz dusznością. Prawie zawsze obserwuje się tachykardię zatokową, często migotanie przedsionków. Jako wyraz zaburzeń czynności wątroby, obserwuje się wzrost aktywności w surowicy aminotransferaz, fosfatazy alkalicznej oraz hiperbilirubinemię. **Czynniki wyzwalające przełom tarczycowy** ***Wewnętrzne*** − Infekcja − Ostre schorzenie internistyczne − Ciężki stres psychologiczny − Ostra psychoza − Poród ***Zewnętrzne*** − Niedelikatna palpacja tarczycy − Uraz − Przedawkowanie tyroksyny − Terapia jodem radioaktywnym − Zaprzestanie leczenia tyreostatykami − Zbyt duża podaż jodu (m.in. amiodaron) − Jodowe środki kontrastujące	

ZAPOZNANIE STUDENTÓW ZE SPRZĘTEM	
Wykładowca	Znajdujemy się z pracowni wysokiej wierności nasza pacjentka znajduje się na łóżku w pozycji półsiedzącej, ubrana w koszulę nocną, obok znajduje się łóżeczko noworodkowe z noworodkiem. Na tacy (blat szafki) przygotowano: − Ampułka z płynem z napisem *Paracetamol* Ampułka z napisem *Propranolol* 1 mg -5 sztuk, − Ampułka z napisem *Tiamazol 80 mg – 2 sztuki,* − Butelka z napisem roztwór Lugola + kroplomierz i kieliszek do podania leku, sprzęt jednorazowy − Glukometr + paski do glukometru − Strzykawki o pojemności 5 ml- 4 sztuki − Strzykawki o pojemności 10 ml-4 sztuki − Igły 0,8 x40 mm-10 sztuk, wenflony, zestawy zamknięte do pobierania badań laboratoryjnych − Gaziki − Skinsept /leko- saszetki- 5 sztuk

Wykładowca	− Staza-2 sztuki − Rękawiczki jednorazowe znajdują się na blacie szafki Na wózku reanimacyjnym znajduje się: − aparat do pomiaru ciśnienia − pulsoksymetr − monitor pacjenta − kardiomonitor − Stojak do kroplówki − pompa infuzyjna − dostęp do instalacji tlenowej z możliwością wykonania tlenoterapii − maska do podawania tlenu dla osoby dorosłej- 1 sztuka − basen znajduje się w tym miejscu pod łóżkiem
Student	Każdy student podchodzi do symulatora, zapoznaje się z jego funkcjami. Student zapoznaje się ze sprzętem – dotyka, wyjmuje z opakowania.
SCENARIUSZ SYMULACJI	
Opis scenariusza	Beata Kowalska, lat 32 CII, PII. Przebywa w oddziale położniczo-ginekologicznym w I dobie po porodzie fizjologicznym. SŻD 3400g. Zgłasza biegunkę, „kołatanie serca" dodatkowo ma dreszcze.
Obecny stan kliniczny	Pacjentka w I dobie po porodzie fizjologicznym. Zgłasza złe samopoczucie, biegunkę, ma dreszcze. Jest splątana.
Wywiad	Pacjentka leczy się z powodu nadczynności tarczycy od 3 lat. Przyjmuje tyreostatyki (Metizol 5 mg 1x dz.).

Przebieg scenariusza (5 minut) Ścieżka 1	**Lider-Pielęgniarka 1** Po zapoznaniu się z dokumentacją nawiązuje kontakt słowny z położnicą, określa stan ogólny i podejmuje decyzję Pyta **Pielęgniarkę 2** *jakie są parametry?* ***Pani Beato jak się Pani czuje?*** *Koleżanka zmierzy za chwilę parametry* *Od kiedy są te objawy?* ***Pielęgniarka 2*** *Zwraca się do położnicy:* ***Pani Beato zmierzę Pani parametry*** *Odpowiada* ***Pielęgniarce 1*** *Tętno 110u/m* *Ciśnienie 140/90* *Temperatura -37,5°C* *Glukoza 110 mg%* *Saturacja 92%* *Oddechy 21* (*student stosuje scenariusz NW -pomiar parametrów*) ***Pielęgniarka 1*** ***Podamy Pani tlen*** (*student stosuje scenariusz NW: tlenoterapia*) ***Pielęgniarka 3*** *podłącza tlen, zwraca się do położnicy*	 Coś się ze mną dzieje mam biegunkę, dreszcze dobrze od godziny dobrze Jest mi duszno

Przebieg scenariusza (5 minut) Ścieżka 1	Pani Beato podłączę Pani tlen, będzie się lepiej oddychało **Pielęgniarka 1** Podaje basen Powinna Pani zostać w łóżku, podamy basen ***Pielęgniarka 1*** *Z powodu Pani złego samopoczucia powinna Pani zostać w łóżku to może być niebezpieczne* Na salę wchodzi wezwany **Lekarz** (3 minuta scenariusza) i pyta **Pielęgniarkę 1** ***Wzywała mnie Pani, co się dzieje?*** ***Pielęgniarka 1*** *Położnica zgłasza biegunkę i dreszcze, parametry:* *Tętno 110u/m* *Ciśnienie 140/90* *Temperatura -37,5°C* *Glukoza 110 mg%* *Saturacja 92%* *Oddechy 21* ***Lekarz** zwraca się do położnicy* *Jak się Pani czuje?* *Pani Beato?*	Dobrze ale ja się bardzo źle czuję, muszę do toalety, gdzie jest moje dziecko? Ale ja chcę do toalety! Dobrze Źle……jakoś tak……, gdzie ja jestem? A kim Pan jest? ……..brak odpowiedzi
Przebieg scenariusza Ścieżka 2 (5 minut)	5 minuta scenariusza uruchamia się Paleta 2, parametry pogarszają się **Lekarz** pyta ***Pielęgniarkę 2*** *Jakie są parametry?* ***Pielęgniarka 2*** Tętno 140u/m Ciśnienie 130/90 Temperatura -39°C Saturacja 93% *Oddechy 24* **Lekarz** zwraca się do **Pielęgniarki 3** *Proszę założyć wkłucie* − *podać dożylnie we wlewie kroplowym Perfalgan (paracetamol 500 mg),* − *następnie podłączyć płyn Ringera, dodać 80 mg Timazolu, dodatkowo proszę podać:* - *Propranolol 1 mg przez 1 minutę i powtórzyć w kolejnych 3 minutach* *(student stosuje scenariusz NW podawanie leków drogą dożylną)* ***W 8 minucie scenariusza uruchamia się Paleta 3, parametry wracają do normy po podaniu leków***	

Przebieg scenariusza Ścieżka 2 (5 minut)	***Pielęgniarka 1 pyta pacjentkę*** Pani Beato, jak się Pani czuje? ***Pielęgniarka 1*** *Przykryję Panią, dziecko jest obok w łóżeczku, proszę zobaczyć* ***Pielęgniarka 1*** *Pani syn właśnie śpi* ***Lekarz*** *Z powodu nadczynności tarczycy wystąpił u Pani przełom tarczycowy* ***Lekarz** zleca Pielęgniarce 3* *Proszę podać* **roztwór Lugola** 30 kropli w ciągu doby, proszę podzielić na 4 dawki ***Lekarz*** Jak się Pani czuje? **Lekarz** zwraca się do **Pielęgniarki 3** Proszę pobrać badania TSH, FT3, FT4, koagulogram z oceną poziomu antytrombiny III i D – dimerów, białko całkowite i albuminy enzymy wątrobowe, mocz badanie ogólne ***10 minuta scenariusza***	Jest mi zimno, a gdzie jest moje dziecko? A nie jest głodne? To dobrze, a co się ze mną dzieje? Lepiej mi się oddycha *KONIEC SCENARIUSZA UPORZĄDKUJCIE STANOWISKO I POMYŚLCIE O JEDNEJ RZECZY, KTÓRĄ ZROBILIŚCIE NAJLEPIEJ*

PALETA 1 - PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE WRAZ Z PRAWIDŁOWYM PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA do 2 minuty scenariusza											
Informacja ogólna		Wpisać – do będzie się zmieniało i kiedy.									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	R -oddech	EKG	NIBP	SpO_2	CO_2	Temp. °C	Sinica%	Oczy	Obrzęki	
	Liczba	21	120	140/90	92	-	37,5	-	Mruganie 15	+	
	Cechy	Wydłużona faza wydechu							L-N ; P-N	stopy	
	Inne	Inne ustawienia: nie dotyczy									
PALETA 2 - PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE WRAZ Z PRAWIDŁOWYM PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna		Po wejściu na salę lekarza w 5 minucie scenariusza uruchamia się Paleta 2									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	R -oddech	EKG	NIBP	SpO_2	CO_2	Temp. °C	Sinica%	Oczy	Obrzęki	
	Liczba	24	140	130/90	93	-	39	-	zamknięte	+	
	Cechy	Wydłużona faza wydechu								stopy	
	Inne	Inne ustawienia: nie dotyczy									

PALETA 3 PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE WRAZ Z PRAWIDŁOWYM PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna		Po podaniu Paracetamolu spada temperatura do 37,5 °C, po podaniu Propranololu tętno zwalnia się do 86 u/m po podaniu Tiamazolu liczba oddechów normalizuje się do 18/minutę									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	R -oddech	EKG	NIBP	SpO_2	CO_2	Temp. ^oC	Sinica%	Oczy	Obrzęki	
	Liczba	18	86	120/90	98	-	37,5	-	Mruganie 20	+	
	Cechy								L-N ; P-R	stopy	
	Inne	Inne ustawienia: nie dotyczy									

DEBREFING :	
INFORMACJE DLA STUDENTÓW	**INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW**
Celem dzisiejszych ćwiczeń była nauka postępowania z ciężarną w ataku rzucawki	Jak się czujecie po zrealizowaniu scenariusza. **Faza opisowa** Pytanie do Pielęgniarki 1, 2,3 Jakie zadania miałaś dzisiaj do wykonania? Jakie decyzje podjęłaś? **Faza analizy** **Pielęgniarka1** Z czego jesteś najbardziej zadowolona, co wyszło ci najlepiej? **Pielęgniarka 2,3,4 j/w** **Pielęgniarka 1** Czy jest coś, co chciałbyś poprawić? **Obserwator 1,2** Czy w tej sytuacji postąpiłbyś inaczej? **Faza czynności** **Pielęgniarka3:** Jak myślisz, leki, które podawałaś są bezpieczne dla położnicy? . Dlaczego podawałaś leki drogą iniekcji? Jak myślisz jakie są działania uboczne podanych leków? Pamiętasz jakie są działania uboczne podawanych leków? **Obserwator1:** Co zauważyłaś obserwując prace całego zespołu terapeutycznego? Jak uważasz praca grupy była skoordynowana? Twoim zdaniem komunikacja w grupie była dobra? Co do siebie mówiły osoby w grupie? Jak uważasz przekaz komunikatów w grupie był jasny? **Obserwator 2:** Jak uważasz parametry zostały zmierzone prawidłowo? Twoim zdaniem we właściwy sposób zapisano wyniki uzyskanych parametrów w dokumentacji medycznej? Jak myślisz leki zostały podane we właściwy sposób?

	Jak uważasz podczas wykonywanych czynności przy ciężarnej były przestrzegane procedury medyczne? **<u>Faza podsumowania</u>** Czego nauczyłaś się z tego scenariusza? Jakich czynności z tego scenariusz nauczyłaś się? Gdzie w przyszłości wykorzystasz umiejętność jakiej się dzisiaj nauczyłaś? Pamiętajcie o naszych celach, zostały osiągnięte, jest to sytuacja szczególna ponieważ mamy do czynienia z matką i dzieckiem Na następnych zajęciach będziemy realizować scenariusz…..
Zastosowanie umiejętności:	Egzamin OSCE, PW
Literatura	1. Bręborowicz G. Położnictwo i Ginekologia PZWL 2013, s.248-250 2. Karwacka I. Stany nagłe w tyreologii — część I. Forum Medycyny Rodzinnej 2011, tom 5, nr 5, 375–389 3. Charakterystyka produktu leczniczego: Tiamazol, Paracetamol, Propranolol, Płyn Lugola
Umiejętności podstawowe:	***wiedzy****: fizjologia tarczycy, choroby tarczycy w ciąży,działanie leków* ***umiejętności:*** *tlenoterapia, podawanie leków drogą iniekcji, podawanie leków drogą doustną, przeprowadzenie wywiadu*
Efekty Kształcenia	**Wiedza:** D.W5. zna zasady diagnozowania w pielęgniarstwie internistycznym, geriatrycznym, chirurgicznym, pediatrycznym, neurologicznym, psychiatrycznym, anestezjologicznym, położniczo-ginekologicznym i opiece paliatywnej; D.W20. charakteryzuje podstawy opieki nad wcześniakiem i noworodkiem; D.W22. charakteryzuje mechanizm i okresy porodu fizjologicznego; D.W23. zna zasady planowania opieki nad kobietą w ciąży fizjologicznej i połogu; A.W18. charakteryzuje poszczególne grupy leków i ich zastosowanie lecznicze oraz zasady leczenia krwią i środkami krwiozastępczymi; A.W20. omawia wybrane zagadnienia z zakresu patologii narządowej układu krążenia, układu oddechowego, trawiennego, moczowo-płciowego i nerwowego; **Umiejętności** A.U2. wykazuje różnice w budowie i charakteryzuje funkcje życiowe człowieka dorosłego i dziecka A.U4. konstruuje wzór wykorzystania podstaw wiedzy anatomicznej w badaniu przedmiotowym C.U2. gromadzi informacje metodą wywiadu, obserwacji, pomiarów bezpośrednich i pośrednich (skale), analizy dokumentacji (w tym analizy badań diagnostycznych), badania fizykalnego w celu rozpoznawania stanu zdrowia pacjenta i sformułowania diagnozy pielęgniarskiej; C. U.4 oznacza glikemię za pomocą gleukometru;. C. U.7. monitoruje stan zdrowia pacjenta na wszystkich etapach jego pobytu w szpitalu lub innych placówkach opieki zdrowotnej, między innymi przez ocenę podstawowych parametrów życiowych: temperatury, tętna, ciśnienia tętniczego krwi, oddechu i świadomości, masy ciała i wzrostu; C.U10. podaje choremu leki różnymi drogami, zgodnie z pisemnym zleceniem lekarza oraz oblicza dawki leków C.U16. zakłada cewnik do pęcherza moczowego, monitoruje diurezę, usuwa cewnik, wykonuje płukanie pęcherza moczowego C. U.23. podłącza i obsługuje zestawy do kroplowych wlewów dożylnych C.U28. wykonuje pulsoksymetrię i kapnometrię C.U30. pobiera materiał do badań laboratoryjnych i bakteriologicznych

Efekty Kształcenia	C.U34. odnotowuje wykonanie zleceń w karcie zleceń lekarskich C.U50. rozpoznaje i interpretuje podstawowe odrębności w badaniu noworodka, niemowlęcia, osoby dorosłej i w wieku geriatrycznym C.U63. bezpiecznie stosuje środki dezynfekcyjne i segreguje odpady medyczne D.W11. różnicuje reakcje chorego na chorobę i hospitalizację w zależności od jego wieku i stanu zdrowia **Kompetencje** D.K1. szanuje godność i autonomię osób powierzonych opiece; D.K4. wykazuje odpowiedzialność moralną za człowieka i wykonywanie zadań zawodowych; D.K8. współdziała w ramach zespołu interdyscyplinarnego w rozwiązywaniu dylematów etycznych z zachowaniem zasad kodeksu etyki zawodowej

SCENARIUSZ SYMULACJI MEDYCZNEJ SWW **Autor: dr nauk o zdrowiu Iwona Gładysz**					Nr porządkowy	SWW zgodnie z wykazem
Czas zajęć	90 Minut	Czas scenariusza	10	Liczba studentów	7-8	
Nazwa	**Postępowanie z pacjentką w ciąży z bólem głowy**					
Cel główny	**Nauka oceny stanu pacjentki w ciąży i postępowania**					
Cel szczegółowy	22. Ocena i obserwacja stanu ciężarnej 23. Ocena i obserwacja płodu 24. Przeprowadzenie wywiadu 25. Wykonanie zleceń lekarskich 26. Komunikacja z zespołem terapeutycznym					
Metoda	Symulacji wysokiej wierności					
INFORMACJE TECHNICZNE I ORGANIZACYJNE						
Numer Sali	Nr 034 Nr 035	Numer stanowiska	Nr 1 2	Numer trenażera, fantomu	Nr zgodnie z wykazem	
Sprzęt wielokrotnego użytku	17. Pojemnik na odpady medyczne 18. Glukometr + paski do glukometru 19. Pulsoksymetr 20. Kardiomonitor 21. Aparat EKG 12 odprowadzeniowy 22. Stojak do kroplówki 23. Pompa infuzyjna 24. Dostęp do instalacji tlenowej z możliwością wykonania tlenoterapii			Sprzęt jednorazowego użytku	20. Strzykawki o pojemności 10 ml-4 sztuki 21. Strzykawki o pojemności 5 ml- 4 sztuki 22. Igły 0,8 x40 mm-10 sztuk 23. Gaziki 24. Skinsept /leko- saszetki - 5 sztuk 25. Maska do podawania tlenu dla osoby dorosłej- 1 sztuka 26. Staza-2 sztuki 27. Rękawiczki jednorazowe: - rozmiar L10 sztuk - rozmiar M 10 sztuk 28. Ampułka z płynem z napisem Magnesii Sulfurici 20%, iv. 29. Ampułka z napisem Tachyben 25 mg	
Pozostałe wyposażenie	4. Dokumentacja medyczna: - karta ciąży - spis leków własnych pacjenta Biurko i krzesło.			Ubrania i charakteryzacja	1. zaczerwienienie na twarzy	
Informacja ogólna dla technika	*Symulator umieszczony na łóżku w pozycji półsiedzącej, ubrany w sukienkę, przykryty do pasa kołdrą,. Na tacy przygotowana* Ampułka z płynem z napisem Magnesii Sulfurici 20%, iv. Ampułka z napisem Tachyben 25 mg W asystorze znajduje się: Glukometr + paski do glukometru − Aparat do pomiaru ciśnienia − pulsoksymetr − Strzykawki o pojemności 5 ml- 4 sztuki − Strzykawki o pojemności 10 ml-4 sztuki − Igły 0,8 x40 mm-10 sztuk − Gaziki − Skinsept /leko- saszetki- 5 sztuk − Maska do podawania tlenu dla osoby dorosłej- 1 sztuka − Staza-2 sztuki − Rękawiczki jednorazowe : - rozmiar L10 sztuk - rozmiar M 10 sztuk					

Informacja ogólna dla technika		***Przy łóżku*** − Kardiomonitor − Aparat EKG 12 odprowadzeniowy − Stojak do kroplówki − Pompa infuzyjna Dostęp do instalacji tlenowej z możliwością wykonania tlenoterapii									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	R -oddech	EKG	NIBP	SpO_2	CO_2	Temp. °C	Sinica%	Oczy	Obrzęki	FHR
	Liczba	21	120	140/90	92	-	37,5	-	Mruganie 15	+	150
	Cechy	Wydłużona faza wydechu							L-N ; P-N		
	Inne	Inne ustawienia: jeśli dotyczą									
Czynności początkowe		Należy wpisać co trzeba wykonać przed rozpoczęciem zajęć, scenariusza np.: **Wykładowca:** 1. Przed rozpoczęciem zajęć sprawdza sposób przygotowania stanowiska i kompletacje. 2. Sprawdza listę uczestników i kartę informacyjną scenariusza itp. 3. Rozpoczyna scenariusz – prosząc o wyłączenie telefonów, zajęcie miejsc itp. – informacja za 3 min. rozpoczynamy proszę zająć miejsca itp. *Co jeszcze trzeba zrobić i kto w scenariuszu którego to dotyczy.*									

REALIZACJA SCENARIUSZA

WPROWADZENIE - PREBREFING:

PLAN PREBREFINGU:

83. W dniu dzisiejszym nauczymy się postępowania z pacjentką w ciąży z bólem i zawrotami głowy.
84. Scenariusz został podzielony na 3 części: część pierwsza prebrifing, stanowiący wprowadzenie do scenariusza, który będzie trwał 15 minut. Część druga to realizacja scenariusza, trwająca 10 minut. Część trzecia jest to debrifing stanowiący omówienie i podsumowanie wykonywanego scenariusza, który będzie trwał 20 minut.
85. Celem głównym scenariusza jest nauka oceny stanu pacjentki w ciąży i postępowania

Cele szczegółowe: ocena i obserwacja stanu pacjentki, przeprowadzenie wywiadu, wykonanie zleceń lekarskich, komunikacja z zespołem terapeutycznym.

86. Scenariusz będzie realizowany w Izbie Przyjęć Położniczo- Ginekologicznej
87. Czy wszystkie przedstawione przeze mnie informacje są zrozumiałe?
88. Zaprezentuję teraz przypadek kliniczny: *Pacjentka, Janina Kowalska lat 32, zgłasza się na Izbę Przyjęć położniczo- ginekologiczną w 36 tygodniu ciąży z zawrotami i bólem głowy, obrzękami. Od 26 tygodnia ciąży przyjmuje Dopegyt (metylodopa), w dawce 2 × 250 mg/24 h z powodu rozpoznanego nadciśnienia indukowanego ciążą,*
89. Teraz przydzielę Wam role, jakie będziecie pełnić w tym scenariuszu
    d. .....będziesz liderem (Pielęgniarka 1), do Twoich zadań będzie należało zebranie wywiadu, koordynacja współpracy z zespołem terapeutycznym
    e. .....będziesz Pielęgniarką 2, do Twoich zadań będzie należał pomiar parametrów
    q. .....będziesz Pielęgniarką 3, do Twoich zadań będzie należało wykonanie zleceń lekarskich (założenie cewnika, podawanie leków itd..)
    r. .....będziesz obserwatorem, do twoich zadań będzie należało obserwowanie komunikacji w zespole terapeutycznym
    s. .....będziesz obserwatorem, do Twoich zadań będzie należało obserwowanie procedur zastosowanych w scenariuszu
35. Czy wszyscy zrozumieli przydzielone im role?
36. Zwracam się do każdej osoby z zapytaniem czy rozumie przydzieloną rolę i proszę o powtórzenie zleconych zadań
37. Zapraszam do sali symulacji w celu zapoznania się ze sprzętem

INFORMACJE DLA STUDENTÓW	INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW
Objawy, takie jak: osłabienie, ból głowy, zawroty głowy w czasie ciąży występują dość powszechnie i związane są ze zmianami hormonalnymi w czasie ciąży. Mają one charakter adaptacyjny, mający na celu zmniejszenie obciążeń nakładanych na organizm matki przez rozwijającą się ciążę, dlatego często objawy chorobowe często mylone są z objawami związanymi ze zmianami hormonalnymi. Pomimo intensywnych badań prowadzonych obecnie na świecie, etiopatogeneza nadciśnienia u kobiet w ciąży nie jest jasna i do końca pozostaje niewyjaśniona. Wiadomo, że jest to problem złożony, o czym może świadczyć między innymi mnogość klasyfikacji systematyzujących schorzenia ciężarnych przebiegające z nadciśnieniem. Najważniejsze w klasyfikacji chorób związanych z nieprawidłowym wzrostem ciśnienia tętniczego jest rozróżnienie nadciśnienia występującego przed ciążą i potencjalnie groźniejszego dla matki i płodu nadciśnienia indukowanego ciążą. Obecnie nadciśnienie tętnicze u ciężarnej rozpoznaje się, gdy jej ciśnienie skurczowe (SBP, systolic blood pressure) ≥ 140 i/lub ciśnienie rozkurczowe (DBP, diastolic blood pressure) jest ≥ 90 mm Hg. Nazewnictwo i klasyfikacja nadciśnienia tętniczego w ciąży podlegało licznym zmianom w ciągu ostatnich lat. Proponowane podziały nadciśnienia występującego w ciąży nie są w pełni zadawalające. Klasyfikacja nadciśnienia tętniczego w ciąży jest dotąd niejednorodna. Najprostszy podział opiera się na rozróżnieniu nadciśnienia indukowanego ciążą i nadciśnienia u kobiety w ciąży, u której już wcześniej wykryto nadciśnienie. W 1972 roku Amerykańskie Kolegium Położników i Ginekologów (ACOG, American College of Obstetricians and Gynecologists) opracowało podział: nadciśnienie i białkomocz, który rozróżnia nadciśnienie wywołane prawdopodobnym skurczem naczyń (co może być PIH) od nadciśnienia współistniejącego z ciążą . Oddzielić należy: – nadciśnienie indukowane ciążą (PIH, pregnancy induced hypertension), w tym: stan przedrzucawkowy (preeclampsia) (łagodny i ciężki), rzucawka (eclampsia); – nadciśnienie przewlekłe; – nadciśnienie przewlekłe z nałożonym stanem przedrzucawkowym lub rzucawką; ciążowe nadciśnienie przejściowe. Podwyższone ciśnienie tętnicze zaobserwowane po 20. tygodniu ciąży u kobiety bez białkomoczu klasyfikuje się jako nadciśnienie ciążowe. Stan przedrzucawkowy i rzucawka jest swoistym dla ciąży zespołem patologicznym obserwowanym po 20. tygodniu ciąży. Stan przedrzucawkowy charakteryzuje się występowaniem podwyższonego ciśnienia tętniczego (ciążowy wzrost ciśnienia) i białkomoczu. Ciśnienie tętnicze skurczowe jest	Wyobraźcie sobie, że jesteście na Izbie Przyjęć Ginekologiczno- Położniczej, na której przebywa pacjentka w ciąży zgłaszająca bóle i zawroty głowy. Jak uważasz, jakie pytania możesz zadać ciężarnej? **Odpowiedź studentów:** od kiedy te objawy występują Na jakie parametry zwróciłbyś uwagę? **Odpowiedź studentów:** ciśnienie Jak myślisz jakie parametry będziesz monitorował? **Odpowiedź studentów:** ciśnienie, tętno, temperaturę Uważasz, że obserwacja tętna płodu jest ważna? **Odpowiedź studentów:** tak Jak myślisz współpraca zespołu terapeutycznego jest ważna? **Odpowiedź studentów:** tak wpływa na jakość wykonywanej procedury

wyższe niż 140 mm Hg lub rozkurczowe większe niż 90 mm Hg. Białkomoczem określa się wydalanie z moczem około 0,3 g białka na dobę.
Rzucawka charakteryzuje się występowaniem u kobiety ze stanem przedrzucawkowym drgawek, które nie mają innej przyczyny.
Obrzęki występują u zbyt wielu ciężarnych, by mogły mieć wartość różnicującą, dlatego zarówno w tej, jak i w innych klasyfikacjach usunięto je z kryteriów diagnostycznych. Stan przedrzucawkowy może rozwinąć się u kobiet, u których już wcześniej wykryto nadciśnienie tętnicze (nadciśnienie tętnicze przewlekle z nałożonym stanem przedrzucawkowym). Rozpoznanie to może być postawione, gdy u kobiet z nadciśnieniem tętniczym bez białkomoczu przed 20. tygodniem ciąży wzrośnie w wydalanym moczu ilość białka powyżej 0,3 g białka na dobę albo u kobiet z nadciśnieniem tętniczym i białkomoczem występującym przed 20. tygodniem ciąży dojdzie do nagłego podwyższenia ilości białka, wzrostu ciśnienia krwi, wystąpi małopłytkowość (liczba płytek < 100 000/mm3)
i wzrośnie aktywność enzymów wątrobowych.
Mianem nadciśnienia przewlekłego określa się nadciśnienie tętnicze rozwijające się i rozpoznane przed zajściem kobiety w ciążę lub przed 20. tygodniem ciąży. Nadciśnienie tętnicze wykryte po raz pierwszy w ciąży, ale nieustępujące po jej rozwiązaniu także uznaje się za nadciśnienie przewlekle. W większości przypadków jest to nadciśnienie pierwotne, ale może to być także nadciśnienie wtórne, które najczęściej towarzyszy chorobom nerek i zaburzeniom hormonalnym. Nadciśnienie indukowane ciążą rozwija się podczas ciąży lub do 24 godzin po porodzie bez objawów stanu przedrzucawkowego lub rzucawki. W 1986 roku Międzynarodowe Towarzystwo do Badań Nadciśnienia w Ciąży (ISSHP, International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy) wprowadziło nowy podział, będący uproszczeniem podziału ACOG:

- ciążowe nadciśnienie i/lub białkomocz w ciąży
- nadciśnienie ciążowe bez białkomoczu,
- białkomocz ciążowy bez nadciśnienia,
- nadciśnienie ciążowe i białkomocz ciążowy (stan przedrzucawkowy i rzucawka).
- przewlekłe nadciśnienie i przewlekłe choroby nerek,
- niezakwalifikowane nadciśnienie i/lub białkomocz u kobiet, u których stwierdzono te objawy przy pierwszym badaniu przed 20. tygodniem ciąży, a które nie chorowały na przewlekłe nadciśnienie i przewlekłe choroby nerek.

Według tego podziału PIH jest definiowane jako ciśnienie tętnicze wynoszące 140/90 mm Hg

lub więcej, pojawiające się u ciężarnych z prawidłowym ciśnieniem po 20. tygodniu ciąży i wracające do normy do 6 tygodni po porodzie. − Patofizjologia tego schorzenia nie jest do dzisiaj wyjaśniona, a towarzyszący mu mechanizm zmian jest złożony	

ZAPOZNANIE STUDENTÓW ZE SPRZĘTEM	
Wykładowca	Pracownia wysokiej wierności. Na poprzednich zajęciach zapoznaliście się z podstawowymi funkcjami symulatora, sposobem pomiaru ciśnienia, tętna, pulsoksymetrią, monitorowaniem, obsługą monitora pacjenta. Na dzisiejszych zajęciach zapoznamy się z funkcjami symulatora, wykorzystywanymi podczas realizacji dzisiejszego scenariusza: − proszę o podejście do łóżka i założenie oraz zwolnienie barierek ochronnych. − zaprezentuję jak wyglądają drgawki (zostaje włączona funkcja symulatora -drgawki) − zaprezentuję jak wygląda sinica (zostaje włączona funkcja –sinica) − po przyłożeniu tej peloty do brzucha ciężarnej usłyszycie dźwięk tętna płodu (studenci słyszą dźwięk tętna płodu) − maska do tlenoterapii znajduje się w tej szufladzie Na tacy znajdującej się na blacie szafki przygotowano: − Zestaw do cewnikowania − Cewniki Foleya − Ampułka z płynem z napisem Magnesii Sulfurici 20%, iv. − Ampułka z napisem Tachyben 25 mg − Strzykawki o pojemności 5 ml- 4 sztuki − Strzykawki o pojemności 10 ml-4 sztuki − Igły 0,8 x40 mm-10 sztuk − Gaziki − Skinsept /leko- saszetki- 5 sztuk − Staza-2 sztuki − Rękawiczki jednorazowe W asystorze znajduje się: Glukometr + paski do glukometru − Aparat do pomiaru ciśnienia − pulsoksymetr
Student	*Każdy student podchodzi do* łóżka zakłada i zwalnia barierki ochronne łóżka, zapoznaje się z *funkcjami symulatora – drgawki, sinica, dźwięk tętna płodu. Student zapoznaje się ze sprzętem.*
SCENARIUSZ SYMULACJI	
Opis scenariusza	Pacjentka, Janina Kowalska lat 32, C I P I, przebywająca na izbie przyjęć położniczo- ginekologicznej w 36 tygodniu ciąży z zawrotami i bólem głowy, obrzękami.
Obecny stan kliniczny	Ciężarna z kontaktem słownym. Występują zaburzenia ze strony ośrodkowego układu nerwowego: bóle i zawroty głowy, zaburzenia widzenia oraz dodatkowo ból brzucha.
Wywiad	Dane pacjentki oraz wyniki wykonywanych badań oraz zlecone przez lekarza prowadzącego leki znajdują się w karcie ciąży. Zgłasza ból brzucha. Od 26 tygodnia ciąży przyjmuje Dopegyt (metylodopa), w dawce 2 × 250 mg/24 h z powodu rozpoznanego nadciśnienia indukowanego ciążą.

Załączniki:
1. Karta ciąży zawierająca wyniki badań oraz dane ciężarnej

Przebieg scenariusza (5 minut) Ścieżka 1	**<u>Pielęgniarka 1</u>** Po zapoznaniu się z dokumentacją przedstawia się pacjentce i nawiązuje kontakt słowny z ciężarną, określa stan ciężarnej i podejmuje decyzję Pyta **Pielęgniarkę 2** *jakie są parametry, FHR płodu* **Wzywa lekarza** **Lider-Pielęgniarka 1** Nazywam się.....jestem pielęgniarką ***Jak się Pani nazywa?*** ***Jak się Pani czuje?*** ***Czy przyjmowała Pani rano Dopegyt?*** ***Zaraz wezwiemy lekarza*** **<u>Pielęgniarka 2</u>** Dokonuje pomiaru parametrów: BP, tętno, temperatura, SPO_2, oddech FHR (tętno płodu) Odpowiada **Pielęgniarce 1** *tętno płodu 150 u/m, BP 160/100, saturacja 94%, oddechy 21/min, temp 37 °C, Ciężarna jest zaniepokojona stanem dziecka* **Pielęgniarka 2** ***Zmierzę Pani parametry oraz tętno płodu*** **Pielęgniarka 2 odpowiada** Tętno płodu jest prawidłowe **<u>Pielęgniarka 3</u>** Wykonuje pomiar glukozy – (wynik 105mg%) **Pielęgniarka 3** ***Zmierzę Pani glukozę*** **<u>4 minuta scenariusza - wchodzi lekarz</u>**	 ***Odpowiedź: Janina Kowalska*** ***Odpowiedź: boli mnie głowa mam jakieś mroczki przed oczami, boli mnie brzuch*** ***Odpowiedź: tak*** ***Odpowiedź: dobrze*** ***Odpowiedź: dobrze*** **<u>Ciężarna pyta Pielęgniarkę 2</u>** Proszę mi powiedzieć, czy wszystko jest w porządku z dzieckiem Odpowiedź: dobrze
Przebieg scenariusza Ścieżka 2 (5 minut)	Lekarz wchodzi na Izbę Przyjęć i pyta **<u>Pielęgniarkę 1</u>** *Wzywała mnie Pani, co się dzieje*? Odpowiada **<u>Pielęgniarka 1</u>**- *zgłosiła się do nas ciężarna w 36 tygodniu ciąży z zawrotami i bólem głowy oraz obrzękami. Zgłasza ból brzucha. Od 26 tygodnia ciąży przyjmuje Dopegyt (metylodopa), w dawce 2 × 250 mg/24 h z powodu rozpoznanego nadciśnienia indukowanego ciążą*. Lekarz pyta **<u>Pielęgniarkę 2</u>** *Jakie jest tętno płodu, ciśnienie, tętno, saturacja*, glukoza. Referuje lekarzowi parametry	

Przebieg scenariusza Ścieżka 2 (5 minut)	Lekarz zleca **<u>Pielęgniarce 3</u>** do pobrania badania laboratoryjne: koagulogram z oceną poziomu antytrombiny III i D – dimerów, kwas moczowy, kreatynina, stężenie wapnia, białko całkowite i albuminy enzymy wątrobowe, mocz badanie ogólne ***<u>5 minuta scenariusza uruchamia się paleta 2</u>*** Lekarz zadaje pytanie ciężarnej Co się dzieje Ma Pani wysokie ciśnienie zaraz podamy Pani leki **Pielęgniarka 3** zwraca się do ciężarnej: *Proszę zacisnąć dłoń* **<u>6 minuta scenariusza</u>** ***Ciężarna dostaje ataku drgawek toniczno-klonicznych połączonych z utratą przytomności(rzucawka) <u>okres skurczów tonicznych</u> (zaciśnięcie dłoni, zębów, zatrzymanie oddechu, zasinienie twarzy)zasinienie twarzy) <u>okres drgawek klonicznych</u>, które obejmują całe ciało, ciężarna rzuca rękoma i nogami wokół siebie, skurcz mięśni szyi powoduje odgięcie głowy do tyłu, skurcz mięśni grzbietu powoduje łukowate wygięcie kręgosłupa***; **<u>Pielęgniarka 1</u>** zabezpiecza łóżko barierkami ochronnymi Lekarz zleca **<u>Pielęgniarce 3</u>** *Proszę założyć wkłucie Proszę podłączyć płyn Ringera (500ml) i dodać 250 mg Tachybenu (44 krople /min) Proszę założyć cewnik (do cewki moczowej)* *Proszę podać tlen przez maskę 7 l/min* Lekarz pyta **<u>Pielęgniarkę 2</u>**: *Jakie jest ciśnienie? Pielęgniarka odpowiada 180/135* *Proszę monitorować BP co 5 minut.* proszę podłączyć KTG (kardiotokograf) i monitorować stale tętno płodu ***<u>Po 2 minutach</u>*** Lekarz pyta **<u>Pielęgniarkę 2</u>** *Jakie jest ciśnienie i tętno płodu ?* Lekarz zleca **<u>Pielęgniarce 3</u>** ***<u>Drgawki ustępują po 1 minucie od podaniu Tachybenu</u>*** ***<u>Po 2 minutach (po podaniu Tachybenu)</u>*** *Lekarz zleca* **<u>Pielęgniarce 2</u>** *podanie* $MgSO_4$ (siarczan magnezu) 4g/20 minut we wlewie kroplowym	Odpowiedź: boli mnie głowa

Przebieg scenariusza Ścieżka 2 (5 minut)	***<u>Uruchamia się Paleta 3</u>*** Lekarz do **<u>Pielęgniarki 1</u>** Proszę przygotować ciężarną do cięcia cesarskiego i przewieźć na sale cięć cesarskich	*KONIEC SCENARIUSZA UPORZĄDKUJCIE STANOWISKO I POMYŚLCIE O JEDNEJ RZECZY, KTÓRĄ ZROBILIŚCIE NAJLEPIEJ*

PALETA 1 - PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE WRAZ Z PRAWIDŁOWYM PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA do 2 minuty scenariusza											
Informacja ogólna		Wpisać – do będzie się zmieniało i kiedy.									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	R -oddech	EKG	NIBP	SpO_2	CO_2	Temp. °C	Sinica%	Oczy	Obrzęki	FHR
	Liczba	21	120	140/90	92	-	37,5	5	Mruganie 15	++	150
	Cechy	Wydłużona faza wydechu							L-N ; P-N		
	Inne	Inne ustawienia: jeśli dotyczą									

PALETA 2 - PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE WRAZ Z PRAWIDŁOWYM PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna		Po wejściu na salę lekarza w 5 minucie scenariusza uruchamia się Paleta 2									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	R -oddech	EKG	NIBP	SpO_2	CO_2	Temp. °C	Sinica%	Oczy	Obrzęki	FHR
	Liczba	24	140	180/135	90	-	37,5	10	zamknięte	+	120
	Cechy	Wydłużona faza wydechu									
	Inne	Inne ustawienia: jeśli dotyczą									

PALETA 3 PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE WRAZ Z PRAWIDŁOWYM PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna		9 minuta scenariusza, 1 minuta po podaniu Tachybenu									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	R -oddech	EKG	NIBP	SpO_2	CO_2	Temp. °C	Sinica%	Oczy	Obrzęki	FHR
	Liczba	21	120	140/90	92	-	37,5	-	Mruganie 15	+	150
	Cechy	Wydłużona faza wydechu							L-N ; P-N		
	Inne	Inne ustawienia: jeśli dotyczą									

DEBREFING :	
INFORMACJE DLA STUDENTÓW	**INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW**
Celem dzisiejszych ćwiczeń była nauka postępowania z ciężarną w ataku rzucawki	Jak się czujecie po zrealizowaniu scenariusza. Faza opisowa Pytanie do Pielęgniarki 1, 2,3 Jakie zadania miałaś dzisiaj do wykonania? Jakie decyzje podjęłaś? Faza analizy **Pielęgniarka1** Z czego jesteś najbardziej zadowolona, co wyszło ci najlepiej? **Pielęgniarka 2,3,4 j/w** **Pielęgniarka 1** Czy jest coś, co chciałbyś poprawić? **Obserwator 1,2** Czy w tej sytuacji postąpiłbyś inaczej? Faza czynności **Pielęgniarka3:** Jak myślisz, leki, które podawałaś są bezpieczne dla położnicy? . Dlaczego podawałaś leki drogą iniekcji? Jak myślisz jakie są działania uboczne podanych leków? Pamiętasz jakie są działania uboczne podawanych leków? **Obserwator1:** Co zauważyłaś obserwując prace całego zespołu terapeutycznego? Jak uważasz praca grupy była skoordynowana? Twoim zdaniem komunikacja w grupie była dobra? Co do siebie mówiły osoby w grupie? Jak uważasz przekaz komunikatów w grupie był jasny? **Obserwator 2:** Jak uważasz parametry zostały zmierzone prawidłowo? Twoim zdaniem we właściwy sposób zapisano wyniki uzyskanych parametrów w dokumentacji medycznej? Jak myślisz leki zostały podane we właściwy sposób? Jak uważasz podczas wykonywanych czynności przy ciężarnej były przestrzegane procedury medyczne? **<u>Faza podsumowania</u>** Czego nauczyłaś się z tego scenariusza? Jakich czynności z tego scenariusz nauczyłaś się? Gdzie w przyszłości wykorzystasz umiejętność jakiej się dzisiaj nauczyłaś? Pamiętajcie o naszych celach, zostały osiągnięte, jest to sytuacja szczególna ponieważ mamy do czynienia z matką i dzieckiem Na następnych zajęciach będziemy realizować scenariusz…..

Zastosowanie umiejętności:	Egzamin OSCE, PW
Literatura	3. Bręborowicz G. Położnictwo i Ginekologia PZWL 2013, s.194-207 4. Charakterystyka produktu leczniczego: Tachyben, Magnesii Sulfurici
Umiejętności podstawowe:	***wiedzy**: fizjologia ciąży, nadciśnienie indukowane ciążą,działanie leków* ***umiejętności:** tlenoterapia, podawanie leków drogą iniekcji, podawanie leków drogą doustną, przeprowadzenie wywiadu*
Efekty Kształcenia	**Wiedza:** D.W5. zna zasady diagnozowania w pielęgniarstwie internistycznym, geriatrycznym, chirurgicznym, pediatrycznym, neurologicznym, psychiatrycznym, anestezjologicznym, położniczo-ginekologicznym i opiece paliatywnej; D.W20. charakteryzuje podstawy opieki nad wcześniakiem i noworodkiem; D.W22. charakteryzuje mechanizm i okresy porodu fizjologicznego; D.W23. zna zasady planowania opieki nad kobietą w ciąży fizjologicznej i połogu; A.W18. charakteryzuje poszczególne grupy leków i ich zastosowanie lecznicze oraz zasady leczenia krwią i środkami krwiozastępczymi; A.W20. omawia wybrane zagadnienia z zakresu patologii narządowej układu krążenia, układu oddechowego, trawiennego, moczowo-płciowego i nerwowego; **Umiejętności** A.U2. wykazuje różnice w budowie i charakteryzuje funkcje życiowe człowieka dorosłego i dziecka A.U4. konstruuje wzór wykorzystania podstaw wiedzy anatomicznej w badaniu przedmiotowym C.U2. gromadzi informacje metodą wywiadu, obserwacji, pomiarów bezpośrednich i pośrednich (skale), analizy dokumentacji (w tym analizy badań diagnostycznych), badania fizykalnego w celu rozpoznawania stanu zdrowia pacjenta i sformułowania diagnozy pielęgniarskiej; C. U.4 oznacza glikemię za pomocą gleukometru;. C. U.7. monitoruje stan zdrowia pacjenta na wszystkich etapach jego pobytu w szpitalu lub innych placówkach opieki zdrowotnej, między innymi przez ocenę podstawowych parametrów życiowych: temperatury, tętna, ciśnienia tętniczego krwi, oddechu i świadomości, masy ciała i wzrostu;. C.U10. podaje choremu leki różnymi drogami, zgodnie z pisemnym zleceniem lekarza oraz oblicza dawki leków C.U16. zakłada cewnik do pęcherza moczowego, monitoruje diurezę, usuwa cewnik, wykonuje płukanie pęcherza moczowego C. U.23. podłącza i obsługuje zestawy do kroplowych wlewów dożylnych C.U28. wykonuje pulsoksymetrię i kapnometrię C.U30. pobiera materiał do badań laboratoryjnych i bakteriologicznych C.U34. odnotowuje wykonanie zleceń w karcie zleceń lekarskich C.U50. rozpoznaje i interpretuje podstawowe odrębności w badaniu noworodka, niemowlęcia, osoby dorosłej i w wieku geriatrycznym C.U63. bezpiecznie stosuje środki dezynfekcyjne i segreguje odpady medyczne D.W11. różnicuje reakcje chorego na chorobę i hospitalizację w zależności od jego wieku i stanu zdrowia **Kompetencje** D.K1. szanuje godność i autonomię osób powierzonych opiece; D.K4. wykazuje odpowiedzialność moralną za człowieka i wykonywanie zadań zawodowych; D.K8. współdziała w ramach zespołu interdyscyplinarnego w rozwiązywaniu dylematów etycznych z zachowaniem zasad kodeksu etyki zawodowej

<table>
<tr><td colspan="5">SCENARIUSZ SYMULACJI MEDYCZNEJ SWW
autor scenariusza: doktor nauk o zdrowiu Iwona Gładysz</td><td>Nr porządkowy</td><td>SWW zgodnie z wykazem</td></tr>
<tr><td>Czas zajęć</td><td>45</td><td>Czas scenariusza</td><td>15</td><td>Liczba studentów</td><td colspan="2">8</td></tr>
<tr><td>Nazwa</td><td colspan="6">Postępowanie z pacjentką, zgłaszającą się z powodu bólu zlokalizowanego w prawym dole biodrowym</td></tr>
<tr><td>Cel główny</td><td colspan="6">Nauka oceny stanu pacjentki zgłaszającej się z powodu bólu zlokalizowanego w prawym dole biodrowym i postępowania</td></tr>
<tr><td>Cel szczegółowy</td><td colspan="6">27. Ocena i obserwacja stanu pacjentki
28. Przeprowadzenie wywiadu
29. Wykonanie zleceń lekarskich
30. Komunikacja z zespołem terapeutycznym</td></tr>
<tr><td>Metoda</td><td colspan="6">Symulacji wysokiej wierności</td></tr>
<tr><td colspan="7">INFORMACJE TECHNICZNE I ORGANIZACYJNE</td></tr>
<tr><td>Numer Sali</td><td>Nr 201</td><td>Numer stanowiska</td><td>Nr 1</td><td>Numer trenażera, fantomu</td><td colspan="2">Nr zgodnie z wykazem</td></tr>
<tr><td>Sprzęt wielokrotnego użytku</td><td colspan="3">25. Pojemnik na odpady medyczne
26. Glukometr + paski do glukometru
27. Pulsoksymetr
28. Kardiomonitor
29. Stojak do kroplówki
30. Pompa infuzyjna
31. Dostęp do instalacji tlenowej z możliwością wykonania tlenoterapii</td><td>Sprzęt jednorazowego użytku</td><td colspan="2">30. Strzykawki o pojemności 10 ml-4 sztuki
31. Strzykawki o pojemności 5 ml- 4 sztuki
32. Igły 0,8 x40 mm-10 sztuk
33. Gaziki
34. Skinsept /leko- saszetki- 5 sztuk
35. Maska do podawania tlenu dla osoby dorosłej- 1 sztuka
36. Staza-2 sztuki
37. Rękawiczki jednorazowe:
- rozmiar L10 sztuk
- rozmiar M 10 sztuk
9. Ampułka z płynem z napisem ***Pyralginum*** 2,5g/5 ml – 1 sztuka
10. Ampułka z płynem z napisem **Papaverinum** ā – 40 mg/ 2,0 ml -2 sztuki
10. Płyn infuzyjny o pojemności 500 mililitrów z napisem Płyn Ringera
11. Płyn infuzyjny o pojemności 500 mililitrów z napisem NaCl 0,9%
12. Zestaw do cewnikowania</td></tr>
<tr><td>Pozostałe wyposażenie</td><td colspan="3">1. karta wywiadu położniczego, papier, długopisy</td><td>Ubrania i charakteryzacja</td><td colspan="2">1. bladość powłok</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td colspan="2">Informacja ogólna dla technika</td><td colspan="10">Symulator umieszczony na leżance lekarskiej w pozycji półsiedzącej, pochylony w prawa stronę (lokalizacja bólu) ubrany w strój dwuczęściowy(pacjentka przybyła z domu), przykryty do pasa kołdrą Na tacy przygotowana Pyralginum 2,5g/5 ml – 1 sztuka Ampułka z płynem z napisem Papaverinum ā – 40 mg/2,0 ml -2 sztuki, sprzęt jednorazowy (w asystorze)
− Glukometr + paski do glukometru
− Aparat do pomiaru ciśnienia
− pulsoksymetr
− Strzykawki o pojemności 5 ml- 4 sztuki
− Strzykawki o pojemności 10 ml-4 sztuki
− Igły 0,8 x40 mm-10 sztuk
− Gaziki
− Skinsept /leko- saszetki- 5 sztuk
− Maska do podawania tlenu dla osoby dorosłej- 1 sztuka
− Staza-2 sztuki
− Rękawiczki jednorazowe :
- rozmiar L -10 sztuk
- rozmiar M -10 sztuk
Przy łóżku
− Kardiomonitor
− Stojak do kroplówki
− Pompa infuzyjna
− Dostęp do instalacji tlenowej z możliwością wykonania tlenoterapii</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Parametry początkowe symulatora</td><td>Nazwa</td><td>R -oddech</td><td>EKG</td><td>NIBP</td><td>SpO_2</td><td>CO_2</td><td>Temp. ^oC</td><td>Sinica%</td><td>Oczy</td><td>Obrzęki</td></tr>
<tr><td>Liczba</td><td>21</td><td>120</td><td>110/70</td><td>92</td><td>-</td><td>37,5</td><td>-</td><td>Mruganie 21</td><td>-</td></tr>
<tr><td>Cechy</td><td>Wydłużona faza wydechu</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>L-N ; P-N</td><td></td></tr>
<tr><td>Inne</td><td colspan="9">Inne ustawienia: nie dotyczy</td></tr>
<tr><td colspan="2">Czynności początkowe</td><td colspan="10">Należy wpisać co trzeba wykonać przed rozpoczęciem zajęć, scenariusza np.:
Wykładowca:
1. Przed rozpoczęciem zajęć sprawdza sposób przygotowania stanowiska i kompletacje.
2. Sprawdza listę uczestników i kartę informacyjną scenariusza itp.
3. Rozpoczyna scenariusz – prosząc o wyłączenie telefonów, zajęcie miejsc itp. – informacja za 3 min. rozpoczynamy proszę zająć miejsca itp.</td></tr>
</table>

REALIZACJA SCENARIUSZA
WPROWADZENIE - PREBREFING:
PLAN PREBREFINGU: 90. W dniu dzisiejszym nauczymy się postępowania z pacjentką zgłaszająca się z powodu bólu zlokalizowanego w prawym dole biodrowym. 91. Scenariusz będzie trwał 45 minut, został podzielony na 3 części: – część pierwsza prebrifing, stanowiący wprowadzenie do scenariusza, który będzie trwał 10 minut. – Część druga to realizacja scenariusza, trwająca 15 minut. – Część trzecia jest to debrifing stanowiący omówienie i podsumowanie wykonywanego scenariusza, który będzie trwał 20 minut. 92. Celem głównym scenariusza jest *nauka oceny stanu pacjentki zgłaszającej się z powodu bólu* zlokalizowanego w prawym dole biodrowym *i postępowania* 31. Cele szczegółowe: ocena i obserwacja stanu pacjentki, przeprowadzenie wywiadu, wykonanie zleceń lekarskich, komunikacja z zespołem terapeutycznym. 93. Scenariusz będzie realizowany w izbie przyjęć położniczo- ginekologicznej 94. Czy wszystkie przedstawione przeze mnie informacje są zrozumiałe?

95. Zaprezentuję teraz przypadek kliniczny: *Beata Kowalska, lat 23 nie rodziła.* Zgłasza się do izby przyjęć ginekologiczno- położniczej z powodu silnego bólu zlokalizowanego głównie w prawym dole biodrowym, bez towarzyszących nudności i wymiotów
96. Teraz przydzielę Wam role, jakie będziecie pełnić w tym scenariuszu
    f. .....będziesz liderem (Pielęgniarka 1), do Twoich zadań będzie należało zebranie wywiadu, koordynacja współpracy z zespołem terapeutycznym
    g. .....będziesz Pielęgniarką 2, do Twoich zadań będzie należał pomiar parametrów
    t. .....będziesz Pielęgniarką 3, do Twoich zadań będzie należało wykonanie zleceń lekarskich (podawanie leków itd..)
    u. .....będziesz obserwatorem, do twoich zadań będzie należało obserwowanie komunikacji w zespole terapeutycznym
    v. .....będziesz obserwatorem, do Twoich zadań będzie należało obserwowanie procedur zastosowanych w scenariuszu
38. Czy wszyscy zrozumieli przydzielone im role?
39. Zwracam się do każdej osoby z zapytaniem czy rozumie przydzieloną rolę i proszę o powtórzenie zleconych zadań
40. Zapraszam do sali symulacji w celu zapoznania się ze sprzętem

INFORMACJE DLA STUDENTÓW	INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW
Ponieważ jajniki pełnią w organizmie kobiety bardzo **ważną** funkcję rozrodczą, poznanie fizjologii oraz chorób tego narządu jest niezbędne do **zapewnienia** pacjentowi prawidłowej opieki w przypadku wystąpienia stanów chorobowych, co **zabezpiecza** przed grożącymi powikłaniami. Guzy jajników są trudne niekiedy do rozpoznania. W wielu wypadkach rozpoznaje się je przypadkowo, gdy pacjentka zgłasza się do ginekologa z powodu okresowych bólów podbrzusza. Jeśli guz nie zacznie rozrastać się poza jajniki, prawie nie daje objawów lub są one mało charakterystyczne – o chorobie może świadczyć np. przedłużająca się niestrawność, wzdęcia czy brak apetytu. Dopiero w bardziej zaawansowanym stadium mogą pojawić się nudności, wymioty, zaparcia, wodobrzusze, parcie na pęcherz, obrzęk nóg. Natomiast rzadko występują krwawienia z dróg rodnych. Aby wykryć guz jajnika w jak najwcześniejszym stadium, każda kobieta powinna raz w roku poddać się profilaktycznemu badaniu ginekologicznemu. Jeśli lekarz wyczuje, że jajniki są powiększone, zleca się wykonanie ultrasonografii (USG). Badanie przez powłoki brzuszne pozwala stwierdzić tylko obecność guza jajnika. Bardziej dokładne jest USG transwaginalne, czyli przezpochwowe. Dzięki diagnostyce ultrasonograficznej można różnicować, czy ma się do czynienia ze zmianą łagodną (np. torbiel), czy raczej należy podejrzewać zmianę złośliwą. W zależności od wyniku badania podejmowana jest decyzja co do dalszej terapii. Lekarz badający pacjentkę musi się upewnić, czy wykryty guz nie jest przerzutem z innego narządu, np. piersi, jelita grubego czy trzonu macicy. Dlatego niekiedy konieczne jest wykonanie badań dodatkowych, w tym USG piersi lub mammografię, cytologię, kolonoskopię Wśród wielu guzów w jajniku można spotkać potworniaki dojrzałe. Potworniakami nazywamy nowotwory germinalne, których utkanie	**Jak myślisz** choroby jajników są groźne? Odpowiedź studentów: myślę, że tak ***Wyobraźcie sobie**, że jesteście w izbie przyjęć położniczo- ginekologicznej, zgłasza się do Was młoda kobieta z silnym bólem w dole biodrowym. Jaka myśl może się wówczas Wam nasunąć?* *Odpowiedzieć studentów – np.: zapalenie wyrostka robaczkowego!* Jak myślisz, *kobieta zgłaszająca takie objawy niepokoi się o swój stan zdrowia?* Odpowiedź studentów: tak ponieważ odczuwa silny ból *…….**Jak myślisz** o co byś zapytał jako student/ka pielęgniarstwa ?.* *Odpowiedzieć studentów: np. od kiedy są te objawy*

histologiczne naśladuje tkanki płodowe o różnym stopniu zróżnicowania i dojrzałości. Nowotwór ten występuje najczęściej w formie torbielowatej, rzadko litej. W potworniakach dojrzałych występuje utkanie reprezentujące wszystkie trzy listki zarodkowe. Potworniaki są zwykle łagodne, jednostronne i najczęściej wykrywane u kobiet w okresie przedmenopauzalnym. Większość z nich, w momencie diagnozy, ma średnicę od 5 do 10 cm i po nacięciu zwykle zawierają gęstą treść łojową, splątane włosy i różne przydatki skóry. U wielu pacjentek obecność nowotworu jest bezobjawowa. Jedną z poważniejszych i jednocześnie najczęstszych komplikacji jest częściowe lub całkowite skręcenie szypuły jajnika, co powoduje silny ból, mdłości i martwicę tkanek i wikła około 3,5% przypadków. Zezłośliwienie guza jest rzadkie, występuje u ok. 2%, głównie starszych kobiet	

ZAPOZNANIE STUDENTÓW ZE SPRZĘTEM	
Wykładowca	*Na poprzednich zajęciach zapoznaliście się z obsługą kardiomonitora, który będziemy wykorzystywali w dzisiejszym scenariuszu.* *Na leżance lekarskiej w pozycji półsiedzącej, znajduje się „nasza pacjentka" (pochylona w prawą stronę ubrana w strój dwuczęściowy(pacjentka przybyła z domu).* *Na tacy znajduje się przygotowana* ***Pyralginum*** 2,5g/5 ml – 1 sztuka Ampułka z płynem z napisem **Papaverinum** ā – 40 mg/2,0 ml -2 sztuki, sprzęt jednorazowy (w asystorze) − Glukometr + paski do glukometru − Aparat do pomiaru ciśnienia − pulsoksymetr − Strzykawki o pojemności 5 ml- 4 sztuki − Strzykawki o pojemności 10 ml-4 sztuki − Igły 0,8 x40 mm-10 sztuk − Gaziki − Skinsept /leko- saszetki- 5 sztuk − Maska do podawania tlenu dla osoby dorosłej- 1 sztuka − Staza-2 sztuki − Rękawiczki jednorazowe ***Przy leżance znajduje się:*** − Kardiomonitor − Stojak do kroplówki − Pompa infuzyjna − Reduktor do tlenu z możliwością wykonania tlenoterapii)
Student	Każdy student podchodzi do symulatora, zapoznaje się z jego funkcjami. Student zapoznaje się ze sprzętem – dotyka, wyjmuje z opakowania.
SCENARIUSZ SYMULACJI	
Opis scenariusza	Beata Kowalska, lat 23. Kobieta nie rodziła Zgłasza się izby przyjęć ginekologiczno- położniczej z powodu silnego bólu zlokalizowanego głównie w prawym dole biodrowym, bez towarzyszących nudności i wymiotów.
Obecny stan kliniczny	Pacjentka zgłasza złe samopoczucie, ból w prawym dole biodrowym.
Wywiad	Z wywiadu, w ciągu ostatnich 8 miesięcy miały miejsce trzy podobne epizody bólowe o różnym stopniu nasilenia z promieniowaniem bólu do prawej kończyny dolnej.

Przebieg scenariusza (5 minut) Ścieżka 1	***Pielęgniarka 1(Lider)*** *Dzień dobry, nazywam się Anna Nowak, jestem pielęgniarką, jak się Pani nazywa?*	***Pacjentka*** *Beata Kowalska* *Ale ja bardzo źle się czuję, boli mnie prawa strona brzucha*
	Pielęgniarka 1(Lider) *Kiedy pojawił się ten ból?*	***Pacjentka*** *Rano ale 2 tygodnie temu też miałam taki ból ale przeszło*
	Pielęgniarka 1(Lider) *Koleżanka zmierzy za chwilę parametry, a ja wezwę lekarza. Druga koleżanka założy Pani wkłucie i zmierzy poziom glukozy* *(Pielęgniarka 1 wzywa lekarza mówiąc WZYWAM LEKARZA)*	***Pacjentka*** *dobrze*
	Pielęgniarka 2 *Zmierzę Pani ciśnienie, tętno, temperaturę, saturację*	***Pacjentka*** *Boli mnie*
	Pielęgniarka 3 *Założę Pani wkłucie to będziemy mogli podać coś przeciwbólowego i zmierzę glukozę*	***Pacjentka***
	<u>3 minuta scenariusza na salę wchodzi lekarz</u> ***Lekarz*** *Wzywała mnie Pani, co się dzieje* ***Pielęgniarka 1(Lider)*** *Zgłosiła się do nas Pani Beata Kowalska, nie rodziła, zgłasza silny ból z prawej strony. Dwa tygodnie temu miała podobny ból ale ustąpił* ***Lekarz*** *Od kiedy Panią boli?*	
	Lekarz *Jakie są parametry?* ***Pielęgniarka 2*** *Ciśnienie 110/70* *Tętno 120* *Saturacja 92%* *Oddech 21/min* *Glukoza 110 mg/dl*	***Pacjentka*** *Od rana, ……ale boli mnie*
	Podchodzi do pacjentki próbuje dotknąć okolicę, w której pacjentka zgłasza ból *Proszę podłączyć* Pyralginę; 1 amp. ā – 2,5g/5 ml., Papaverinum hydrochl.; 2 amp. ā – 40 mg/2,0 ml. w 500 ml 0,9% NaCl),	***Pacjentka*** *Proszę mnie nie dotykać, bardzo boli*
	Pielęgniarka 3 *Podłączę Pani lek przeciwbólowy*	***Pacjentka*** *dobrze*
	Lekarz *Leki powinny za chwilę zacząć działać. Muszę wykonać Pani USG*	***Pacjentka*** *Trochę przestało mnie boleć ale jakoś mi tak słabo*

Przebieg scenariusza (5 minut) Ścieżka 1	*Lekarz wykonuje USG i zwraca się do* ***Pielęgniarki 3*** *Proszę pobrać badania laboratoryjne: leukocytozę, CRP układ krzepnięcia, morfologię, grupę krwi (na cito)*	
Przebieg scenariusza Ścieżka 2 (5 minut)	5 minuta scenariusza uruchamia się Paleta 2, parametry pogarszają się **Lekarz** pyta ***Pielęgniarkę 2*** *Jakie są parametry?* ***Pielęgniarka 2*** Tętno 140u/m Ciśnienie 90/70 Temperatura -37,5°C Saturacja 93% Oddechy 24 **Lekarz** *W badaniu USG widzę guz w okolicy prawego jajnika. Będziemy musieli Panią operować* ***Lekarz*** Tak **Lekarz** zwraca się do **Pielęgniarki 3 (6 minuta)** *Proszę o dostarczenie z laboratorium wyników* ***Pielęgniarka 1 pyta pacjentkę*** Pani Beato, jak się Pani czuje? ***Pielęgniarka 1 pyta pacjentkę*** Czy mamy kogoś zawiadomić? ***Lekarz zwraca się do Pielęgniarki 1 Po otrzymaniu wyników laboratoryjnych (przynosi osoba z laboratorium) w 8 minucie scenariusza:*** ***Lekarz*** *Proszę przygotować pacjentkę do zabiegu operacyjnego, proszę zacewnikować pacjentkę* ***10 minuta scenariusza***	**Pacjentka** Ale to konieczne? ***Pacjentka*** *Boję się* ***Pacjentka*** Tak męża *KONIEC SCENARIUSZA UPORZĄDKUJCIE STANOWISKO I POMYŚLCIE O JEDNEJ RZECZY, KTÓRĄ ZROBILIŚCIE NAJLEPIEJ*

PALETA 1 - PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE WRAZ Z PRAWIDŁOWYM PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA do 2 minuty scenariusza											
Informacja ogólna		Wpisać – do będzie się zmieniało i kiedy.									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	R -oddech	EKG	NIBP	SpO_2	CO_2	Temp. °C	Sinica%	Oczy	Obrzęki	
	Liczba	21	120	110/70	92	-	37,5	-	Mruganie 15	+	
	Cechy	Wydłużona faza wydechu							L-N ; P-N	stopy	
	Inne	Inne ustawienia: jeśli dotyczą									

PALETA 2 - PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE WRAZ Z PRAWIDŁOWYM PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna		w 5 minucie scenariusza uruchamia się Paleta 2									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	R -oddech	EKG	NIBP	SpO_2	CO_2	Temp. ^oC	Sinica%	Oczy	Obrzęki	
	Liczba	24	140	90/70	93	-	37,5	-	zamknięte		
	Cechy	Wydłużona faza wydechu									
	Inne	Inne ustawienia: jeśli dotyczą									
PALETA 3 PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE WRAZ Z PRAWIDŁOWYM PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna											
Parametry początkowe symulatora	Nazwa										
	Liczba										
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia: jeśli dotyczą									

DEBREFING :	
INFORMACJE DLA STUDENTÓW	**INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW**
Celem głównym scenariusza jest *nauka oceny stanu pacjentki zgłaszającej się z powodu bólu* zlokalizowanego w prawym dole biodrowym *i postępowania* Cele szczegółowe: ocena i obserwacja stanu pacjentki, przeprowadzenie wywiadu, wykonanie zleceń lekarskich, komunikacja z zespołem terapeutycznym. Nasze cele w czasie scenariusza zostały zrealizowane.	Jak się czujecie po zrealizowaniu scenariusza. Faza opisowa Pytanie do Pielęgniarki 1, 2,3 Jakie zadania miałaś dzisiaj do wykonania? Jakie decyzje podjęłaś? Faza analizy **Pielęgniarka1** Z czego jesteś najbardziej zadowolona, co wyszło ci najlepiej? **Pielęgniarka 2,3,4 j/w** **Pielęgniarka 1** Czy jest coś, co chciałbyś poprawić? **Obserwator 1,2** Czy w tej sytuacji postąpiłbyś inaczej? Faza czynności **Pielęgniarka3:** Jak myślisz, leki, które podawałaś są bezpieczne? Dlaczego podawałaś leki drogą iniekcji? Jak myślisz, jakie są działania uboczne podanych leków? Pamiętasz jakie są działania uboczne podawanych leków? **Obserwator1:** Co zauważyłaś obserwując pracę całego zespołu terapeutycznego? Jak uważasz praca grupy była skoordynowana? Twoim zdaniem komunikacja w grupie była dobra? Co do siebie mówiły osoby w grupie? Jak uważasz przekaz komunikatów w grupie był jasny?

	Obserwator 2: Jak uważasz parametry zostały zmierzone prawidłowo? Twoim zdaniem we właściwy sposób zapisano wyniki uzyskanych parametrów w dokumentacji medycznej? Jak myślisz leki zostały podane we właściwy sposób? Jak uważasz podczas wykonywanych czynności przy ciężarnej były przestrzegane procedury medyczne? **<u>Faza podsumowania</u>** Czego nauczyłaś się z tego scenariusza? Jakich czynności z tego scenariusz nauczyłaś się? Gdzie w przyszłości wykorzystasz umiejętność jakiej się dzisiaj nauczyłaś? Pamiętajcie o naszych celach, zostały osiągnięte, jest to sytuacja szczególna ponieważ mamy do czynienia z młodą kobietą Na następnych zajęciach będziemy realizować scenariusz: postępowanie z ciężarną, zgłaszająca się z powodu bólu głowy
Zastosowanie umiejętności:	Egzamin OSCE, scenariusze z zakresu pośredniej wierności
Literatura	4. PANECKA K. Skręt szypuły guza jajnika – stan nagły w ginekologii. Opis przypadku Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia, tom 5, zeszyt 4, 227-230, 2012 5. Bręborowicz G. Ginekologia. PZWL 2015, s.845-873
Umiejętności podstawowe:	***wiedzy**: anatomia i fizjologia układu rozrodczego kobiety* ***umiejętności:** tlenoterapia, podawanie leków drogą iniekcji, podawanie leków drogą doustną, przeprowadzenie wywiadu*
Efekty Kształcenia	**Wiedza:** A.W1. posługuje się mianownictwem anatomicznym; A.W2. omawia budowę ciała ludzkiego w podejściu topograficznym (kończyna górna i dolna, klatka piersiowa, brzuch, miednica, grzbiet, szyja, głowa) oraz czynnościowym (układ kostno-stawowy, układ mięśniowy, układ krążenia, układ oddechowy, układ pokarmowy, układ moczowy, układy płciowe, układ nerwowy i narządy zmysłów, powłoka wspólna); C.W12. opisuje istotę, cel, wskazania, przeciwwskazania, niebezpieczeństwa, obowiązujące zasady i strukturę wykonywania podstawowych czynności pielęgniarskich; D.W5. zna zasady diagnozowania w pielęgniarstwie internistycznym, geriatrycznym, chirurgicznym, pediatrycznym, neurologicznym, psychiatrycznym, anestezjologicznym, położniczo-ginekologicznym i opiece paliatywnej; D.W20. charakteryzuje podstawy opieki nad wcześniakiem i noworodkiem; D.W22. charakteryzuje mechanizm i okresy porodu fizjologicznego; D.W23. zna zasady planowania opieki nad kobietą w ciąży fizjologicznej i połogu; A.W18. charakteryzuje poszczególne grupy leków i ich zastosowanie lecznicze oraz zasady leczenia krwią i środkami krwiozastępczymi; A.W20. omawia wybrane zagadnienia z zakresu patologii narządowej układu krążenia, układu oddechowego, trawiennego, moczowo-płciowego i nerwowego; **Umiejętności** A.U2. wykazuje różnice w budowie i charakteryzuje funkcje życiowe człowieka dorosłego i dziecka A.U4. konstruuje wzór wykorzystania podstaw wiedzy anatomicznej w badaniu przedmiotowym

Efekty Kształcenia	A.U11. opisuje zmiany w funkcjonowaniu organizmu jako całości w sytuacji zaburzenia jego homeostazy; A.U12. powiązuje obrazy uszkodzeń tkankowych i narządowych z objawami klinicznymi choroby, wywiadem i wynikami badań diagnostycznych; C.U2. gromadzi informacje metodą wywiadu, obserwacji, pomiarów bezpośrednich i pośrednich (skale), analizy dokumentacji (w tym analizy badań diagnostycznych), badania fizykalnego w celu rozpoznawania stanu zdrowia pacjenta i sformułowania diagnozy pielęgniarskiej; C. U.4 oznacza glikemię za pomocą gleukometru;. C. U.7. monitoruje stan zdrowia pacjenta na wszystkich etapach jego pobytu w szpitalu lub innych placówkach opieki zdrowotnej, między innymi przez ocenę podstawowych parametrów życiowych: temperatury, tętna, ciśnienia tętniczego krwi, oddechu i świadomości, masy ciała i wzrostu;. C.U10. podaje choremu leki różnymi drogami, zgodnie z pisemnym zleceniem lekarza oraz oblicza dawki leków C.U16. zakłada cewnik do pęcherza moczowego, monitoruje diurezę, usuwa cewnik, wykonuje płukanie pęcherza moczowego C. U.23. podłącza i obsługuje zestawy do kroplowych wlewów dożylnych C.U28. wykonuje pulsoksymetrię i kapnometrię C.U30. pobiera materiał do badań laboratoryjnych i bakteriologicznych C.U34. odnotowuje wykonanie zleceń w karcie zleceń lekarskich C.U50. rozpoznaje i interpretuje podstawowe odrębności w badaniu noworodka, niemowlęcia, osoby dorosłej i w wieku geriatrycznym C.U63. bezpiecznie stosuje środki dezynfekcyjne i segreguje odpady medyczne D.W11. różnicuje reakcje chorego na chorobę i hospitalizację w zależności od jego wieku i stanu zdrowia D.U26. przekazuje informacje o stanie zdrowia chorego członkom zespołu terapeutycznego D.U33. przygotowuje i podaje leki różnymi drogami, samodzielnie lub na zlecenie lekarza **Kompetencje** D.K1. szanuje godność i autonomię osób powierzonych opiece; D.K4. wykazuje odpowiedzialność moralną za człowieka i wykonywanie zadań zawodowych; D.K8. współdziała w ramach zespołu interdyscyplinarnego w rozwiązywaniu dylematów etycznych z zachowaniem zasad kodeksu etyki zawodowej

<table>
<tr><td colspan="5">SCENARIUSZ SYMULACJI MEDYCZNEJ WYSOKIEJ WIERNOŚCI – SWW
Autor; dr nauk o zdrowiu Katarzyna Jańczuk</td><td>Nr porządkowy</td><td>SWW…</td></tr>
<tr><td>Czas zajęć</td><td>45 Min.</td><td>Czas scenariusza</td><td>15 Min.</td><td>Liczba studentów</td><td colspan="2">6-7</td></tr>
<tr><td>Nazwa</td><td colspan="6">Opieka pielęgniarska nad pacjentem w stanie bezpośredniego zagrożenia życia</td></tr>
<tr><td>Cel główny</td><td colspan="6">Nauka postępowania z pacjentem w stanie bezpośredniego zagrożenia życia</td></tr>
<tr><td>Cel szczegółowy</td><td colspan="6">1. Ocena i obserwacja stanu pacjenta
2. Powiadomienie lekarza, umiejętność przekazania informacji
3. Wykonanie czynności ratujących życie</td></tr>
<tr><td>Metoda</td><td colspan="6">Symulacji medycznej wysokiej wierności</td></tr>
<tr><td colspan="7">INFORMACJE TECHNICZNE I ORGANIZACYJNE</td></tr>
<tr><td>Nr Sali</td><td>Nr 201</td><td>Numer stanowiska</td><td>Nr 1</td><td>Nr trenażera, fantomu</td><td colspan="2">Nr zgodnie z wykazem</td></tr>
<tr><td>Sprzęt wielokrotnego użytku</td><td colspan="3">1. Wózek transportowy z pacjentem
2. Kardiomonitor z dodatkowym wyposażeniem: do pomiaru wartości saturacji, różne rozmiary mankietów do pomiaru ciśnienia tętniczego.
3. stolik do przygotowania zestawu do intubacji
4. Zestaw do podania leku dożylnie
5. worek samorozprężalny Ambu
6. Laryngoskop z kompletem łopatek do intubacji
7. ampułka z lekiem adrenalina 1 mg
8. ampułka z lekiem amiodaron 300 mg – 3 szt
9. 5% glukoza 100 ml</td><td>Sprzęt jednorazowego użytku</td><td colspan="2">1. Zestaw do podłączenia kroplowego wlewu dożylnego
- płyn wieloelktrolitowy Optilite 500 ml, szt 4
- płyn do dezynfekcji,
- dren do kroplówki szt 4
- gaziki sterylne 4 op. Po 10szt
2. 0,9% NaCl – 10 ml. – 10szt
3. staza zaciskowa
4. Strzykawki o pojemności 10 ml-4 szt
5. Strzykawki o pojemności 20 ml- 8 szt
6. Igły 0,8 x40 mm-20 szt
7. Skinsept lub Lekao- saszetki- 20 szt
8. Maska twarzowa nr 5
9. Rękawiczki jednorazowe :
- rozmiar L 10 sztuk
- rozmiar M 10 sztuk
- rozmiar S 10 sztuk
10. rurki intubacyjne, rozmiar 6, 7, 8
11. mocowanie do rurki intubacyjnej
12. filtr bakteryjny
13. Larygoskop (2 szt) z różnymi rozmiarami łopatek
14. przedłużacz do podawania tlenu</td></tr>
<tr><td>Pozostałe wyposażenie</td><td colspan="3">- historia choroby
- Stojak do podłączenia wlewu kroplowego</td><td>Ubrania i charakteryzacja</td><td colspan="2">Fantom w piżamie szpitalnej,</td></tr>
<tr><td>Informacja ogólna dla technika</td><td colspan="6">Symulator dorosłego pacjenta,
- leży na wózku transportowym,
- przykryty kocem,
- założona sonda do żołądka
- w prawą dłoń, po jej grzbietowej stronie założone wkłucie obwodowe w kolorze różowym
Wygląd pacjenta – skóra szara, usta zasinione, brak kontaktu z pacjentem
Blisko łóżka powinno być ustawiony wózek ze sprzętem do intubacji</td></tr>
</table>

Parametry początkowe symulatora	Nazwa	R - oddech	EKG	NIBP	SpO_2	CO_2	Temp. ^0C	Sinica%	Oczy	Obrzęki	
	Liczba	5		80/60	60			40			
	Cechy	Oddech płytki, utrudniony	Migotanie komór								
	Inne										
Czynności początkowe		Wykładowca: 1. Przed rozpoczęciem zajęć sprawdza sposób przygotowania stanowiska i kompletacje 2. Sprawdza listę uczestników i kartę informacyjną scenariusza 3. Rozpoczyna scenariusz- prosząc o wyłączenie telefonów, zajęcie miejsc itp. - informacja za 3 minuty zaczynamy, proszę o zajęcie miejsca									

REALIZACJA SCENARIUSZA

WPROWADZENIE – PREBREFING:

PLAN PREBRIEFINGU:

91. Zapoznanie z tematem szkolenia/kursu/scenariusza.
92. Zaprezentuj części szkolenia/zajęć: prebriefing, scenariusz, debriefing i określ ramy czasowe.
93. Przedstawienie i omówienie krótkie celu i celów pośrednich scenariusza — rozmowa dyskusja w oparciu o informacje *dla* studentów i informacje dla wykładowców.
94. Przedstaw gdzie będzie przeprowadzany scenariusz (SOR, sala pacjenta, sala opatrunkowa, mieszkanie pacjenta).
95. Zaprezentuj przypadek kliniczny: *Pacjent Jan Kowalski itd.*
96. Zaproponuj podział ról w grupie, wyznacz lidera (jeśli potrzebny).
97. Upewnij się czy poszczególni członkowie zespołu wiedzą za co są odpowiedzialni, czy rozumieją swoją rolę.
98. Zaproś uczestników do Sali symulacyjnej w celu zapoznania z salą i ze sprzętem.

Plan prebrifingu:

32. Tematem dzisiejszego szkolenia będzie Postępowanie z pacjentem w stanie bezpośredniego zagrożenia życia.
33. Scenariusz został podzielony na 3 części:
    - Część pierwsza prebriefing, stanowiący wprowadzenie do scenariusza, który będzie trwał 10 minut.
    - Część druga to realizacja scenariusza, trwająca 10 minut.
    - Część trzecia jest to debriefing stanowiący omówienie i podsumowanie wykonywanego scenariusza, który będzie trwał 20-25 minut.

Zajęcia będą trwały 4 godz. więc każdy z was będzie mógł przećwiczyć scenariusz wcielając się różne role

34. Realizując dzisiejszy temat zajęć szczególną uwagę zwrócimy na:
    - Ocena i obserwacja stanu pacjenta.
    - Powiadomienie lekarza, umiejętność przekazania informacji.
    - Wykonanie czynności ratujących życie.

Dziękuję za wyczerpujące odpowiedzi, udało nam się uzyskać informacje potrzebne do wykonania scenariusza.

35. Scenariusz będzie realizowany w Sali chorego w oddziale chirurgii.
36. Pozwólcie, że przejdę teraz do przedstawienia przypadku klinicznego

Pacjent Jan Kowalski lat 58. Przyjęty 8 godz. temu do oddziału chirurgii z powodu krwawienia z przewodu pokarmowego. W wywiadzie zawał mięśnia sercowego 10 lat temu. Parametry pacjenta przy przyjęciu: tętno 90 u/min, ciśnienie 90/60 mmHg, saturacja 95%. W ciągu ostatniej godziny parametry pacjenta uległy pogorszeniu. Pacjent ma założoną sondę do żołądka. W wywiadzie palenie papierosów ok 30 dziennie i nadużywanie alkoholu.

37. Czy wszystkie przedstawione przeze mnie informacje są zrozumiałe?
38. Teraz przydzielę Wam role, jakie będziecie pełnić w tym scenariuszu
Kto czuje się na siłach, aby być dzisiaj **liderem - pielęgniarką 1.**
Lider – pielęgniarka 1 - to osoba koordynująca działania personelu pielęgniarskiego, pomoc innym pielęgniarkom oraz będzie odpowiedzialna za komunikację z lekarzem

Potrzebujemy jeszcze **pielęgniarkę nr 2,** która będzie odpowiedzialna za wykonywanie pomiarów podstawowych parametrów życiowych.

Potrzebujemy jeszcze jedną pielęgniarkę, **pielęgniarkę nr 3**, która będzie odpowiedzialna za wykonanie zleceń lekarskich oraz zabiegów pielęgniarskich- tzw. pielęgniarka zabiegowa.

Kolejne trzy osoby potrzebne podczas scenariusza to obserwatorzy.
Pierwszym obserwatorem będzie….. odpowiedzialna będzie za obserwowanie poprawności wykonywania procedur.

Drugim obserwatorem będzie….. odpowiedzialna będzie za obserwowanie komunikacji

Trzecim obserwatorem będzie….. odpowiedzialna będzie za obserwowanie całości scenariusza, czy wszystkie założone cele zostały osiągnięte
39. **Czy wszyscy wiedzą jakie role zostały im przydzielone?**
   …..., jesteś liderem- pielęgniarką 1, powiedz za co będziesz odpowiedzialna w czasie dzisiejszego scenariusza?
   ……jesteś pielęgniarką 2, powiedz na czym polega dzisiaj twoja praca?
   ……jesteś pielęgniarką 3, przypomnij, co będzie należało dzisiaj do twoich obowiązków?
   ……jesteś pierwszym obserwatorem (procedur), przypomnij, co należy do twoich obowiązków podczas dzisiejszego scenariusza?
   ……jesteś drugim obserwatorem (komunikacji), przypomnij, co należy do twoich obowiązków podczas dzisiejszego scenariusza?
   ……jesteś trzecim obserwatorem (obserwowanie całości scenariusza, czy wszystkie założone cele zostały osiągnięte), przypomnij, co należy do twoich obowiązków podczas dzisiejszego scenariusza?
40. Czy wszyscy rozumieją swoje role Jeżeli nie ma pytań, przechodzimy do sali symulacji medycznej
41. Zapraszam do sali symulacji w celu zapoznania się ze sprzętem.
Upewnijcie się, że znacie sprzęt na którym będziecie pracować.

INFORMACJE DLA STUDENTÓW	INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW
W dniu dzisiejszym nauczymy się postępowania z pacjentem w stanie bezpośredniego zagrożenia życia. Profesjonalna opieka pielęgniarska stanowi istotne dopełnienie opieki lekarskiej prowadzonej nad pacjentem w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, mogąc w istotny sposób przyczynić się do szybkiego rozpoznania i właściwego leczenia tych stanów. Zespół pielęgniarski jest grupą zawodową, która ma bardzo duży kontakt z pacjentem – częstość i intensywność kontaktów zawodowych tej grupy profesjonalistów medycznych stanowi niekiedy w bezpośredni sposób o bezpieczeństwie chorego. Członkowie zespołu pielęgniarskiego często jako pierwsi zauważają u chorego objawy świadczące o stanie bezpośredniego zagrożenia życia oraz jako piersi podejmują działania mające na celu optymalizację stanu chorego. Od wiedzy i praktycznych umiejętności członków zespołu pielęgniarskiego zależy niekiedy bezpieczeństwo i życie chorego. Właściwe i szybkie rozpoznanie przez	Wyobraźcie sobie sytuację,że jesteście na zajęciach praktycznych w oddziale chirurgii. Spotykacie tam pacjenta, który jest w ciężkim stanie. Jego parametry życiowe uległy pogorszeniu w krótkim czasie. Doszło u niego do NZK. 1. Może ktoś z was widział już sytuację w której pacjent znajdował się w bezpośrednim zagrożeniu życia? **Odp.** Tak, widziałam jak byłam na praktykach w szpitalu 2. Jak myślicie, czy zespół pielęgniarski stanowi o bezpieczeństwie pacjenta? **Odp.** Członkowie zespołu pielęgniarskiego często jako pierwsi zauważają u chorego objawy świadczące o stanie bezpośredniego zagrożenia życia oraz jako piersi podejmują działania mające na celu optymalizację stanu chorego.

zespół pielęgniarski stanu zagrożenia życia oraz właściwe i celowe podjęcie pierwszych/podstawowych działań ratowniczych mogą w istotny sposób przyczynić się do zachowania pełnego zdrowia i życia powierzonego opiece medycznej człowieka.

Kryterium struktury:

1. Na oddziale istnieje dokumentacja pielęgniarska umożliwiająca systematyczne nanoszenie danych o pacjencie.
2. Jest zapewniony stały dostęp do dokumentacji medycznej pacjenta.
3. Członkowie zespołu pielęgniarskiego znają i potrafią rozpoznać kryteria ustrojowe świadczące o stanie zagrożenia życia chorego.
4. Członkowie zespołu pielęgniarskiego posiadają wiedzę z zakresu zmian ustrojowych, jakie mają miejsce u chorego w stanie bezpośredniego zagrożenia życia.
5. Członkowie zespołu pielęgniarskiego znają metody i zasady oraz posiadają praktyczne umiejętności prowadzenia resuscytacji krążeniowo-oddechowej.
6. Oddział posiada sprzęt i materiały potrzebne do kontroli ciśnienia tętniczego, tętna, temperatury ciała i ilości wydalanego moczu.
7. Oddział posiada dostęp do centralnego i przenośnego źródła tlenu, centralnego i przenośnego źródła ssania, niezbędny sprzęt reanimacyjny oraz leki i płyny infuzyjne, które mogą być zlecane i podawane choremu podczas resuscytacji.
8. Oddział zatrudnia wykwalifikowany zespół pielęgniarski świadczący całodobowo usługi pielęgniarskie.
9. Na oddziale funkcjonuje system szybkiej łączności umożliwiający natychmiastowe informowanie/wzywanie członków zespołu lekarskiego do pacjenta w stanie bezpośredniego zagrożenia życia.

Kryterium procesu

1. Pielęgniarka wzywa lekarza z macierzystego oddziału i informuje o pacjencie, który spełnia 3 lub więcej z poniższych kryteriów:
   - częstość oddechów > 25 min. lub <10/min.
   - skurczowe ciśnienie tętnicze < 90 mmHg.
   - częstość pracy serca > 110 u/min lub < 55 u/min.
   - jest zamroczony i zdezorientowany
   - wydalanie moczu < 100 ml/4 godz

   Lub
   - jest zamroczony i zdezorientowany
   - częstość oddechów > 35/min. Lub częstość pracy serca > 140 u/min
2. W przypadku gdy u pacjenta występuje stan hipotonii tętniczej (ciśnienie skurczowe niższe niż 90 mmHg), pielęgniarka rozpoczyna szybki kroplowy dożylny wlew krystaloidów (np. 0,9% NaCl, PWE a 500 ml) lub przyspiesza dotychczasowy kroplowy wlew dożylny

3. Jak ci się wydaje, czy od wiedzy zespołu pielęgniarskiego zależy jakość podjętych działań u pacjenta w bezpośrednim zagrożeniu zdrowia i życia?

Odp.

Od wiedzy i praktycznych umiejętności członków zespołu pielęgniarskiego zależy niekiedy bezpieczeństwo i życie chorego. Właściwe i szybkie rozpoznanie przez zespół pielęgniarski stanu zagrożenia życia oraz właściwe i celowe podjęcie pierwszych/podstawowych działań ratowniczych mogą w istotny sposób przyczynić się do zachowania pełnego zdrowia i życia powierzonego opiece medycznej człowieka.

4. Jak ci się wydaje, czy istotne jest aby na oddziale znajdowała się dokumentacja pielęgniarska umożliwiająca systematyczne nanoszenie informacji o stanie pacjenta?

Odp.

Tak, jest to ważne, gdyż korzysta z niej cały zespół terapeutyczny w razie potrzeby.

5. Jakie wg ciebie kryteria powinien spełniać oddział aby pacjent czuł się bezpiecznie?

Odp.

- istnieje dokumentacja pielęgniarska
- dostęp do dokumentacji medycznej
- zespół pielęgniarski potrafi rozpoznać pacjenta w stanie zagrożenia życia
- pielęgniarskiego znają metody i zasady oraz posiadają praktyczne umiejętności prowadzenia resuscytacji krążeniowo-oddechowej.
- dostępny sprzęt i materiały potrzebne do kontroli ciśnienia tętniczego, tętna, temperatury ciała i ilości wydalanego moczu.
- dostęp do centralnego i przenośnego źródła tlenu, centralnego i przenośnego źródła ssania, niezbędny sprzęt reanimacyjny oraz leki i płyny infuzyjne, które mogą być zlecane i podawane choremu podczas resuscytacji.
- zatrudnia wykwalifikowany zespół pielęgniarski świadczący całodobowo usługi pielęgniarskie.
- funkcjonuje system szybkiej łączności umożliwiający natychmiastowe informowanie/wzywanie członków zespołu lekarskiego do pacjenta w stanie bezpośredniego zagrożenia życia.

6. Jak myślisz, jakie parametry życiowe pacjenta mogą świadczyć o stanie zagrożenia życia?

Odp.

- częstość oddechów > 25 min. lub <10/min.
- skurczowe ciśnienie tętnicze < 90 mmHg.
- częstość pracy serca > 110 u/min lub < 55 u/min.
- jest zamroczony i zdezorientowany
- wydalanie moczu < 100 ml/4 godz

krystaloidów i niezwłocznie powiadamia o tym lekarza.

3. Pielęgniarka wzywa lekarza z macierzystego oddziału (a w przypadku gdy nie jest on natychmiast osiągalny, samodzielnie wzywa lekarza z OIOM) i informuje o pacjencie, u którego stwierdza:

Drogi oddechowe – zagrożenie drożności
Układ oddechowy - bezdech
- częstość oddechów < 5/min
- częstość oddechów > 35/min

Układ krążenia – NZK
- czynność serca < 40 u/min
- czynność serca > 140 u/min

Stan neurologiczny – nagłe pogorszenie stanu neurologicznego
- stan padaczkowy

Inne – każdy pacjent niespełniający powyższych kryteriów, u które go występują inne objawy zagrożenia życia.

4. W przypadku gdy pielęgniarka stwierdza u pacjenta NZK, wówczas samodzielnie lub z innymi członkami zespołu pielęgniarskiego podejmuje podstawowe czynności resuscytacyjne do momentu przybycia na miejsce zdarzenia lekarza z macierzystego oddziałui/lub lekarza z OIOM:
   - Układa pacjenta na płaskim twardym podłożu
   - udrażnia jego górne drogi oddechowe poprzez wyluksowanie żuchwy
   - prowadzi sztuczną wentylację przy użyciu worka Ambu, podłącza do worka Ambu cewnik z 100% tlenem o przepływie 5-10 l/min
   - prowadzi pośredni masaż serca
   - wprowadza kaniulę żylną do żyły obwodowej, największą możliwą do założenia na kończynę górną minimum na wysokości zgięcia łokciowego i rozpoczyna szybki wlew krystaloidów

5. Pielęgniarka drogą telefoniczną wzywa lekarza OIT do pacjenta w stanie zagrożenia życia (znajomość nr telefonu)

6. Wzywając w trybie natychmiastowym lekarza OIOM, podaje powód wezwania (np. NZK u chorego z krwawieniem z przewodu pokarmowego), nazwę oddziału na którym ma miejsce stan zagrożenia życia, oraz dokładnie określa miejsce zdarzenia (nr Sali chorych, korytarz, łazienka, itd.)

7. W momencie przybycia zespołu lekarskiego pielęgniarka realizuje zlecenia lekarskie i aktywnie współuczestniczy w dalszym postępowaniu resuscytacyjnym:
   - współuczestniczy w intubacji chorego
   - podaje zlecone leki i płyny infuzyjne w rodzaju, dawce i drodze podania określone przez lekarza

Lub
   - jest zamroczony i zdezorientowany
   - częstość oddechów > 35/min. Lub częstość pracy serca > 140 u/min

7. Pamiętasz może przy jakim ciśnieniu tętniczym pielęgniarka powinna przyspieszyć lub zapewnić szybki wlew dożylny?

Odp.
W przypadku gdy u pacjenta występuje stan hipotonii tętniczej (ciśnienie skurczowe niższe niż 90 mmHg), pielęgniarka rozpoczyna szybki kroplowy dożylny wlew krystaloidów (np. 0,9 % NaCl, PWE a 500 ml) lub przyspiesza dotychczasowy kroplowy wlew dożylny krystaloidów i niezwłocznie powiadamia o tym lekarza.

8. Jak myślisz, czy pielęgniarka może wezwać lekarza z zespołu resuscytacyjnego jeśli lekarz oddziału macierzystego jest niedostępny?

Odp.
Tak i to jak najszybciej

9. Jakie wg ciebie przekazuje informacje wzywając lekarza?

Odp.
Drogi oddechowe – zagrożenie drożności
Układ oddechowy - bezdech
   - częstość oddechów < 5/min
   - częstość oddechów > 35/min

Układ krążenia – NZK
   - czynność serca < 40 u/min
   - czynność serca > 140 u/min

Stan neurologiczny – nagłe pogorszenie stanu neurologicznego
   - stan padaczkowy

Inne – każdy pacjent niespełniający powyższych kryteriów, u które go występują inne objawy zagrożenia życia.

10. Jak myślisz, czy ważne jest tutaj aby znać nr telefonu pod który należy zadzwonić w sytuacji zagrożenia życia i jakie informacje jeszcze należałoby przekazać?

Odp.
Wzywając w trybie natychmiastowym lekarza OIOM, podaje powód wezwania (np. NZK u chorego z krwawieniem z przewodu pokarmowego), nazwę oddziału na którym ma miejsce stan zagrożenia życia, oraz dokładnie określa miejsce zdarzenia (nr Sali chorych, korytarz, łazienka, itd.)

11. Przypomnij…… jakie znasz rytmy w algorytmie ALS?

Odp.
algorytm ALS wyróżnia rytmy do defibrylacji i rytmy nie do defibrylacji. Do defibrylacji migotanie komór i częstoskurcz komorowy bez tętna, a rytmy nie do defibrylacji asystolia i aktywność elektryczna bez tętna-PEA

- asystuje w zakładaniu wkłucia centralnego
- współuczestniczy w odsysaniu dróg oddechowych pacjenta
- pobiera krew na badania laboratoryjne (jeśli jest taka potrzeba, próbę krzyżową)
- podłącza EKG

8. W przypadku gdy postępowanie resuscytacyjne odbywa się na Sali chorego, na której obecni są inni pacjenci, jedna z osób zespołu pielęgniarskiego (jeśli jest taka możliwość) wyprowadza/wywozi na łóżkach, wózkach pozostałych chorych poza obręb Sali tak, aby nie znajdowali się oni bezpośrednio w miejscu prowadzenia resuscytacji
9. Po zakończonej resuscytacji członkowie zespołu pielegniarskiego pomagają w transporcie zresuscytowanego chorego na OIT
10. Wszystkie podane choremu podczas resuscytacji leki i płyny infuzyjne są odnotowane w dokumentacji.

Kryterium wyniku

1. Pacjent ma zapewnioną stałą opiekę pielęgniarską.
2. Stan bezpośredniego zagrożenia życia u chorego został szybko rozpoznany i właściwie leczony.
3. Parametry chorego w normie brak niewydolności narządów i układowej niewydolności wielonarządowej.
4. Wszystkie dane dotyczące parametrów życiowych pacjeta, podanych mu leków i płynów infuzyjnych oraz podjętych na jego rzecz działań pielęgniarskich są zamieszczone w dokumentacji medycznej.

RKO

– algorytm ALS wyróżnia rytmy do defibrylacji i rytmy nie do defibrylacji.
– Każda pętla algorytmu jest podobna, całe 2 minuty powinna być wykonywana RKO, aż do oceny rytmu i, jeżeli wskazane, oceny tętna.
– Adrenalina 1 mg podawana jest co 3–5 minut, dopóki nie osiągnie się ROSC.
– W przypadku wystąpienia VF/VT pojedyncza dawka amiodaronu jest wskazana po wykonaniu trzech nieskutecznych defibrylacji.

Rytmy do defibrylacji (migotanie komór/częstoskurcz komorowy bez tętna VF/VT)

– VF/VT jest pierwszym monitorowanym rytmem w około 25% zatrzymań krążenia, zarówno w szpitalu, jak i poza szpitalem. VF/VT występuje również w 25% na pewnym etapie w czasie resuscytacji, kiedy pierwotnie udokumentowanym rytmem była asystolia lub PEA.
– Po potwierdzeniu zatrzymania krążenia należy wezwać pomoc (włączając w to dostarczenie defibrylatora) i rozpocząć RKO, zaczynając od uciśnięć klatki piersiowej w sekwencji 30 uciśnięć: 2 wdechy.

12. Przypomnij proszę ile powinna trwać jedna pętla algorytmu ALS?

Odp.

Każda pętla algorytmu jest podobna, całe 2 minuty powinna być wykonywana RKO, aż do oceny rytmu i, jeżeli wskazane, oceny tętna.

13. Jak myślisz, co ile i do jakiego czasu podajemy Adrenalinę?

Odp.

Adrenalina 1 mg podawana jest co 3–5 minut, dopóki nie osiągnie się ROSC(powrót spontanicznego krążenia).

14. Przypomnij, kiedy podajemy w rytmach do defibrylacji Amiodaron?

Odp.

W przypadku wystąpienia VF/VT pojedyncza dawka amiodaronu jest wskazana po wykonaniu trzech nieskutecznych defibrylacji

15. Przypomnij od czego rozpoczynamy RKO?

Odp.

Po potwierdzeniu zatrzymania krążenia należy wezwać pomoc (włączając w to dostarczenie defibrylatora) i rozpocząć RKO, zaczynając od uciśnięć klatki piersiowej w sekwencji 30 uciśnięć : 2 wdechy.

16. Cieszę się, że wiecie, jak rozpocząć RKO, przypomnij proszę na jaką głębokość należy uciskać klatkę piersiową u dorosłego pacjenta?

Odp.

5-6 cm

17. A przypomnij proszę gdzie należy umieścić swoje dłonie, aby dobrze wykonywać uciśnięcia klatki piersiowej?

Odp.

Na środku klatki piersiowej

18. Kto pamięta z jaka częstotliwością uciskamy klatkę piersiową?

Odp.

100-120 na minutę

19. Kto mi przypomni jakiej energii używamy do defibrylacji pierwszej i kolejnych?

Odp.

Pierwsze wyładowanie (360 J dla defibrylatorów jednofazowych lub 150–200 J dla dwufazowych).
Drugie wyładowanie (360 J dla defibrylatorów jednofazowych lub 150–360 J dla dwufazowych).

20. Zgodzicie się więc ze mną, że podczas resuscytacji ważne jest aby znać algorytm ALS?

Odp.

Tak, należy przestrzegać obowiązujących procedur i wytycznych.

– Jak tylko zostanie dostarczony defibrylator, należy kontynuować uciskanie klatki piersiowej, jednoczasowo przyklejając elektrody samoprzylepne lub nakładając łyżki na klatkę piersiową. – Kolejno należy ocenić rytm i leczyć zgodnie z algorytmem ALS. – Gdy potwierdzone zostanie VF/VT, naładuj defibrylator, podczas gdy drugi ratownik wykonuje uciśnięcia klatki piersiowej. - Gdy defibrylator jest naładowany, należy przerwać uciskanie klatki piersiowej i szybko ocenić, czy żaden z ratowników nie dotyka pacjenta, a następnie wykonać jedno wyładowanie (360 J dla defibrylatorów jednofazowych lub 150–200 J dla dwufazowych). – Należy minimalizować opóźnienie pomiędzy zaprzestaniem uciskania klatki piersiowej a defibrylacją (przerwy przed defibrylacją). – Nawet 5–10 sekund opóźnienia zmniejszy szansę na skuteczną defibrylację. – Bezpośrednio po wyładowaniu, bez ponownej oceny rytmu czy badania tętna, podejmij zabiegi resuscytacyjne (CV 30 : 2), rozpoczynając od uciśnięć klatki piersiowej. – Nawet wtedy, gdy defibrylacja się powiedzie i przywróci rytm perfuzyjny, potrzeba czasu, by pojawiło się krążenie, a stwierdzenie pulsu bezpośrednio po defibrylacji jest bardzo rzadkie. Ponadto opóźnienie wywołane oceną tętna w sytuacji, gdy rytm perfuzyjny nie został przywrócony, będzie negatywnie oddziaływać na mięsień sercowy!!!!! – Kontynuuj RKO przez 2 minuty, a następnie przerwij ją na krótko, aby sprawdzić rytm na monitorze. Jeżeli nadal utrzymuje się VF/VT, wykonaj drugie wyładowanie (360 J dla defibrylatorów jednofazowych lub 150–360 J dla dwufazowych). – Bezpośrednio po wyładowaniu, bez ponownej oceny rytmu czy badania tętna, podejmij RKO (CV 30 : 2) rozpoczynając od uciśnięć klatki piersiowej. – Kontynuuj RKO przez 2 minuty, potem przerwij na krótko zabiegi resuscytacyjne, aby ocenić rytm. – Gdy nadal utrzymuje się VF/VT, wykonaj trzecie wyładowanie (360 J dla defibrylatorów jednofazowych lub 150–360 J dla dwufazowych). Niezwłocznie po nim powróć do RKO (CV 30: 2) bez ponownej oceny rytmu czy tętna, rozpoczynając od uciśnięć klatki piersiowej. – Jeśli udało się uzyskać dostęp dożylny lub doszpikowy, podaj 1 mg adrenaliny i 300 mg amiodaronu, jak tylko rozpocznie się na nowo uciskanie klatki piersiowej.	21. Jak myślicie czy czynności wykonywane podczas resuscytacji wymagają od nas dużego wysiłku fizycznego? **Odp.** Tak, jest to bardzo męczące, dlatego podczas masażu serca powinniśmy się wymieniać co 2 min. Jakie jeszcze… Jak myślicie…. Co sądzicie…. Zabrakło mi…. Dziękuję za wyczerpujące wypowiedzi, udało nam się uzyskać potrzebne informacje do wykonania scenariusza. Kto czuje się na siłach, aby być dzisiaj **liderem - pielęgniarką 1.** Lider – pielęgniarka 1 - to osoba koordynująca działania personelu pielęgniarskiego, pomoc innym pielęgniarkom oraz będzie odpowiedzialna za komunikację z lekarzem Potrzebujemy jeszcze **pielęgniarkę nr 2,** która będzie odpowiedzialna za odpowiedzialna za monitorowanie podstawowych parametrów życiowych, zgromadzenie niezbędnego sprzętu, prowadzenie RKO. Potrzebujemy jeszcze jedną pielęgniarkę, **pielęgniarkę nr 3**, która będzie odpowiedzialna za wykonanie zleceń lekarskich oraz udział w RKO. Kolejne trzy osoby potrzebne podczas scenariusza to obserwatorzy. **Pierwszym obserwatorem** będzie….. odpowiedzialna będzie za obserwowanie poprawności wykonywania procedur. **Drugim obserwatorem** będzie….. odpowiedzialna będzie za obserwowanie komunikacji **Trzecim obserwatorem** będzie….. odpowiedzialna będzie za obserwowanie całości scenariusza, czy wszystkie założone cele zostały osiągnięte **Czy wszyscy wiedzą jakie role zostały im przydzielone?** ….., jesteś liderem- pielęgniarką 1, powiedz za co będziesz odpowiedzialna w czasie dzisiejszego scenariusza? ……jesteś pielęgniarką 2, powiedz na czym polega dzisiaj twoja praca? ……jesteś pielęgniarką 3, przypomnij, co będzie należało dzisiaj do twoich obowiązków?

– Jeśli nie uda się uzyskać ROSC, wykonując trzecią defibrylację, adrenalina poprawi przepływ krwi w miokardium i może zwiększyć szanse na skuteczną defibrylację z kolejną próbą. – W badaniach na zwierzętach szczytowe stężenie adrenaliny w osoczu oznaczane było na 90 sekund po obwodowym podaniu leku. Jeśli dojdzie do ROSC po trzeciej defibrylacji, to jest możliwe, że bolus adrenaliny doprowadzi do tachykardii i nadciśnienia i może spowodować nawrot VF. – Przerwanie uciskania klatki piersiowej w trakcie trwania pętli RKO, by zbadać rytm mogący dawać perfuzję, jest także prawdopodobnie szkodliwe. – Zastosowanie wykresu kapnografii może pomoc zidentyfikować ROSC bez potrzeby przerywania uciskania klatki piersiowej i może być pomocne w uniknięciu podania bolusa adrenaliny po osiągnięciu ROSC. – Dwa prospektywne badania przeprowadzone z udziałem pacjentów wykazały, że powrotowi spontanicznego krążenia towarzyszy znaczący wzrost ETCO2. – - Po każdym 2-minutowym cyklu RKO, jeśli rytm zmienia się w asystolię lub PEA, zastosuj postępowanie jak w rytmach nie do defibrylacji. Jeżeli obecny jest rytm nie do defibrylacji i jest on uporządkowany (zespoły QRS są regularne lub wąskie), należy ocenić tętno. Ocena rytmu powinna być krótka, a ocena tętna wykonywana tylko wtedy, gdy jest obecny uporządkowany rytm. Jeżeli jest jakakolwiek wątpliwość dotycząca obecności tętna w przypadku stwierdzenia uporządkowanego rytmu serca, należy podjąć ponownie RKO. – Jeżeli doszło do ROSC, rozpocznij opiekę poresuscytacyjną. Niezależnie od rytmu towarzyszącemu zatrzymaniu krążenia kolejne dawki 1 mg adrenaliny należy podawać co 3–5 minut do momentu ROSC. W praktyce polega to na podawaniu 1 mg adrenaliny co dwie pętle algorytmu. Jeżeli dojdzie do powrotu oznak życia w trakcie RKO (celowe ruchy, prawidłowy oddech, kaszel), należy ocenić rytm. – W przypadku stwierdzenia uporządkowanego rytmu serca należy ocenić tętno. Gdy jest obecne, kontynuuj opiekę poresuscytacyjną i/lub leczenie zaburzeń rytmu występujących w okresie około zatrzymania krążenia. – W przypadku braku tętna kontynuuj RKO. Wykonywanie RKO w sekwencji CV 30 : 2 jest męczące. Należy zmieniać osobę wykonującą uciśnięcia klatki piersiowej co 2 minuty, pamiętając o minimalizowaniu przerw w uciśnięciach.	……jesteś pierwszym obserwatorem (procedur), przypomnij, co należy do twoich obowiązków podczas dzisiejszego scenariusza? ……jesteś drugim obserwatorem (komunikacji), przypomnij, co należy do twoich obowiązków podczas dzisiejszego scenariusza? ……jesteś trzecim obserwatorem (obserwowanie całości scenariusza, czy wszystkie założone cele zostały osiągnięte), przypomnij, co należy do twoich obowiązków podczas dzisiejszego scenariusza? Jeżeli nie ma pytań, przechodzimy do sali symulacji medycznej

Rytmy nie do defibrylacji (PEA i asystolia)

– Aktywność elektryczna bez tętna (PEA) jest definiowana jako zatrzymanie krążenia przebiegające z obecnością elektrycznej aktywności, która normalnie wiązałaby się z obecnością wyczuwalnego tętna.
– U takich pacjentów często występują pewne mechaniczne skurcze mięśnia sercowego, ale są one zbyt słabe, aby generować wyczuwalne tętno lub oznaczalne ciśnienie tętnicze krwi – sytuacja taka jest czasem opisywana jako „pseudo-PEA". PEA jest często spowodowana odwracalnymi przyczynami i może być leczona, jeśli zostaną one wykryte i skorygowane.
– Przeżycie po zatrzymaniu krążenia w mechanizmie asystolii lub PEA jest mało prawdopodobne, chyba że rozpozna się i skutecznie wyleczy jego odwracalną przyczynę.
– Jeśli pierwszym monitorowanym rytmem jest PEA lub asystolia, należy rozpocząć RKO 30 : 2 oraz podać 1 mg adrenaliny tak szybko, jak tylko osiągnie się dostęp dożylny.
– Jeśli na monitorze obecna jest asystolia, należy bez przerywania RKO sprawdzić, czy elektrody są prawidłowo podłączone.
– W momencie gdy zabezpieczy się drogi oddechowe technikami zaawansowanymi, należy kontynuować uciśnięcia klatki piersiowej bez przerw na wentylację.
– Po dwóch minutach RKO należy ponownie ocenić rytm. Jeśli utrzymuje się asystolia, należy natychmiast powrócić do RKO.
– Jeśli obecny jest uporządkowany rytm, należy ocenić tętno.
– Jeśli brak tętna (lub gdy są jakiekolwiek wątpliwości co do jego obecności), należy kontynuować RKO.
– Jeśli tylko uzyska się dostęp donaczyniowy, należy podawać 1 mg adrenaliny (iv/ io) co drugą pętlę RKO (tj. co około 3–5 minut).
– Jeśli tętno jest obecne, należy rozpocząć opiekę poresuscytacyjną.

– Jeśli podczas wykonywania RKO powrócą oznaki życia, należy sprawdzić rytm i spróbować wyczuć tętno.
– Zawsze, gdy zostanie postawiona diagnoza asystolii, należy dokładnie ocenić EKG pod kątem obecności załamków P, ponieważ ten rytm może odpowiedzieć na stymulację serca.
– Stymulacja prawdziwej asystolii nie przynosi korzyści. Jeśli są wątpliwości, czy rytm jest asystolią, czy niskonapięciowym VF, nie należy wykonywać defibrylacji, ale zamiast tego kontynuować uciśnięcia klatki piersiowej i wentylację.
– Defibrylacja niskonapięciowego VF, które jest trudne do odróżnienia od asystolii, nie będzie skuteczna w przywróceniu rytmu perfuzyjnego.

– Kontynuacja dobrej jakości RKO może poprawić amplitudę i częstotliwość VF oraz zwiększyć szansę na skuteczną defibrylację przywracającą rytm perfuzyjny. – Próby defibrylacji przypuszczalnego niskonapięciowego VF wskutek powtarzanych wyładowań zwiększają uszkodzenie mięśnia sercowego poprzez bezpośrednie działanie prądu, jak i z powodu przerywania przepływu wieńcowego. – Podczas leczenia asystolii lub PEA po 2-minutowej pętli RKO, jeśli rytm zmieni się w VF, należy stosować się do algorytmu dla rytmów do defibrylacji. W przeciwnym razie należy kontynuować RKO oraz podawać adrenalinę co 3–5 minut każdorazowo po wykonaniu oceny i stwierdzeniu braku tętna. – Jeśli VF zostanie zauważone na monitorze podczas 2-minutowej pętli RKO, należy ją dokończyć, zanim dokona się formalnej oceny rytmu i defibrylacji – ta strategia pozwoli na minimalizowanie przerw w uciśnięciach klatki piersiowej. **Potencjalnie odwracalne przyczyny zatrzymania krążenia** – Podczas każdego zatrzymania krążenia muszą być rozważone potencjalne przyczyny oraz czynniki obciążające, dla których istnieje określone leczenie. Dla ułatwienia zapamiętania podzielono je na dwie grupy po cztery, według ich początkowych liter (w języku angielskim): H lub T. **Podczas RKO** **Lecz odwracalne przyczyny zatrzymania krążenia** **4H** – **Hipoksja** – **Hipowolemia** – **Hipotermia** – **Hiperkaliemia, Hipokaliemia, Hipokalcemia** **4T** – **Tamponada serca** – **Toksykologia** – **Zatorowość Płucna** – **Odma Prężna**	

ZAPOZNANIE STUDENTÓW ZE SPRZĘTEM	
Wykładowca	Będziemy pracować dzisiaj w oddziale chirurgii na Sali chorego. Będziecie używać sprzętu monitorującego podstawowe parametry życiowe pacjenta, sprzętu ratującego życie oraz korzystać z zaawansowanego sprzętu do ALS. Nowym sprzętem będzie dzisiaj defibrylator.
Student	Każdy student powinien zapoznać się ze sprzętem – szczególnie fantomem.

SCENARIUSZ SYMULACJI	
Opis scenariusza	Pacjent Jan Kowalski lat 58. Przyjęty 8 godz temu do oddziału chirurgii z powodu krwawienia z przewodu pokarmowego. W wywiadzie zawał mięśnia sercowego 10 lat temu. Parametry pacjenta przy przyjęciu: tętno 90 u/min, ciśnienie 90/60 mmHg, saturacja 95%. W ciągu ostatniej godziny parametry pacjenta uległy pogorszeniu. Pacjent ma założoną sondę do żołądka. W wywiadzie palenie papierosów ok 30 dziennie i nadużywanie alkoholu.
Obecny stan kliniczny	Pacjent blady, niespokojny, oddychający bardzo wolno i płytko, łapiący oddech, spadek ciśnienia i bradykardia
Wywiad dla studenta	Pacjent nieregularnie przyjmuje leki zalecone przez kardiologa po przebytym zawale, z powodu nadużywania alkoholu żyje samotnie, prowadzi bardzo nieregularny tryb życia, jest niedożywiony i zaniedbany.
Wywiad dla wykładowcy	Pacjent od 10 lat mieszka sam w starym domu, warunki higieniczne i bytowe bardzo złe. Dostaje rentę socjalną, którą wydaje na alkohol. Przyznaje się do palenia ok 20 papierosów dziennie i spożywania różnego rodzaju alkoholu w dużych ilościach każdego dnia.

Przebieg scenariusza Ścieżka 1	Podział na role: **Lider – pielęgniarka 1 koordynująca działania personelu pielęgniarskiego, pomoc innym pielęgniarkom oraz odpowiedzialna za komunikację z lekarzem** **pielęgniarka nr 2 odpowiedzialna za odpowiedzialna za monitorowanie podstawowych parametrów życiowych, zgromadzenie niezbędnego sprzętu, prowadzenie RKO.** **pielęgniarka nr 3 odpowiedzialna za wykonanie zleceń lekarskich oraz udział w RKO.**	Przebieg scenariusza: **Paleta 1** **Pielęgniarka1** wzywa lekarza i informuje, że stan pacjenta z Sali nr 5 uległ pogorszeniu i prosi o natychmiastowe przyjście. Informuje, że u pacjenta występują pojedyncze oddechy **Pielęgniarka 2** Włącza monitor, mierzy parametry życiowe. Ciśnienie nie da się zmierzyć, po podłączeniu EKG stwierdza migotanie komór. **Pielęgniarka 3** przystępuje do masażu serca, **Pielęgniarka 1** udrażnia drogi oddechowe i wentyluje pacjenta zakładając maskę twarzową podłączoną do Ambu i podłącza do worka Abu przedłużacz do tlenu i podaje tlen 10 l/min W tym czasie **pielęgniarka 2** przyjeżdża wózkiem reanimacyjnym na którym znajduje się również defibrylator. Przykleja elektrody samoprzylepne na klatkę piersiową, **Paleta 2** **Lekarz** zaleca naładować defibrylator energią 200J i prosząc o odsunięcie się od pacjenta wykonuje pierwsze wyładowanie Prosi o wezwanie zespołu resuscytacyjnego

Przebieg scenariusza Ścieżka 1		Pielęgniarka 1 dzwoni pod wskazany nr zespołu resuscytacyjnego, podaje informacje dotyczące oddziału oraz Sali na której odbywa się resuscytacja. Przybyły na oddział zespół reanimacyjny prosi o zestaw do intubacji, aby przyrządowo zabezpieczyć drogi oddechowe. Pielęgniarka 3 podaje sprzęt niezbędny do intubacji. W chwili przybycia lekarza z zespołu resuscytacyjnego przyjmuje on dowodzenie. Bezpośrednio po wyładowaniu, bez ponownej oceny rytmu czy badania tętna podejmowane są zabiegi resuscytacyjne (CV 30 : 2), rozpoczynając od uciśnięć klatki piersiowej. Lekarz uciska klatkę piersiową, a pielęgniarka 3 wentyluje pacjenta **Paleta 3** RKO kontynuowane przez 2 min po tym czasie sprawdzamy rytm na monitorze. Dalej występuje migotanie komór Pielęgniarka 2 podaje lekarzowi łyżki od defibrylatora i nastawia zalecaną energię 360J. Wszyscy odsuwają się od pacjenta, zostaje wykonane 2 wyładowanie Bezpośrednio po wyładowaniu, bez ponownej oceny rytmu czy badania tętna, podejmij RKO (CV 30 : 2) rozpoczynając od uciśnięć klatki piersiowej. Pielęgniarka 1 podejrzewając, że będą używane leki podczas RKO wyjmuje adrenalinę i szykuje strzykawki **Paleta 4** Po 2 min Gdy nadal utrzymuje się VF wykonaj trzecie wyładowanie 360 J. Niezwłocznie po nim powróć do RKO (CV 30 : 2) bez ponownej oceny rytmu czy tętna, rozpoczynając od uciśnięć klatki piersiowej. Pielęgniarki 1, 2, 3 zmieniają się podczas uciśnięć klatki piersiowej.

Przebieg scenariusza Ścieżka 1		**Paleta 5** Po 3 defibrylacji pielęgniarka 3 podaje na zlecenie lekarza 1 mg Adrenaliny i 300 mg Amiodaronu. jak tylko rozpocznie się na nowo uciskanie klatki piersiowej. Rytm zmienia się w rytm zatokowy. Kontynuowana jest wentylacja pacjenta. Anestezjolog zleca przygotowanie pacjenta do przewiezienia na Oddział Intensywnej Terapii.
Przebieg scenariusza Ścieżka 2		

PALETA 1 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE WRAZ Z PRAWIDŁOWYM PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna		Przed 1 defibrylacją									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	Oddech	EKG	NIBP	Spo2	CO2	Temp.	Sinica%	Oczy	Obrzęki	
	Liczba				78						
	Cechy		Migotanie komór								
	Inne	Inne ustawienia dotyczą:									
PALETA 2 – po 1 min											
Informacja ogólna		Po 1 defibrylacji									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	Oddech	EKG	NIBP	Spo2	CO2	Temp.	Sinica	Oczy	Obrzęki	
	Liczba				80						
	Cechy		Migotanie komór								
	Inne	Inne ustawienia dotyczą:									
PALETA 3 – po 2 min											
Informacja ogólna		Po 2 defibrylacji									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	Oddech	EKG	NIBP	SpO2	CO2	Temp	Sinica	Oczy	Obrzęki	
	Liczba				80			40			
	Cechy		Migotanie komór								
	Inne										
PALETA 4 – po 4 min											
Informacja ogólna		Po 3 defibrylacji i podaniu leków									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	Oddech	EKG	NIBP	Spo2	Co2	Temp	Sinica	Oczy	Obrzęki	
	Liczba	12	87	60/40	96						
	Cechy										
	Inne										

DEBRIEFING:	
INFORMACJE DLA STUDENTÓW	**INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW**
W dniu dzisiejszym nauczyliśmy się postępowania z pacjentem w stanie bezpośredniego zagrożenia życia. Członkowie zespołu pielęgniarskiego często jako pierwsi zauważają u chorego objawy świadczące o stanie bezpośredniego zagrożenia życia oraz jako piersi podejmują działania mające na celu optymalizację stanu chorego. Od wiedzy i praktycznych umiejętności członków zespołu pielęgniarskiego zależy niekiedy bezpieczeństwo i życie chorego. Właściwe i szybkie rozpoznanie przez zespół pielęgniarski stanu zagrożenia życia oraz właściwe i celowe podjęcie pierwszych/podstawowych działań ratowniczych mogą w istotny sposób przyczynić się do zachowania pełnego zdrowia i życia powierzonego opiece medycznej człowieka. Dzisiejsze ćwiczenie ma zastosowanie w pracy z pacjentem w warunkach szpitalnych, a przede wszystkim z pacjentami w nagłym zagrożeniu życia.	1. Jak się czujecie po zrealizowaniu scenariusza. Faza opisowa Pytanie do Pielęgniarki 1, 2,3 Jakie zadania miałaś dzisiaj do wykonania? Jakie decyzje podjęłaś? Faza analizy **Pielęgniarka1** Z czego jesteś najbardziej zadowolona, co wyszło ci najlepiej? **Pielęgniarka 2,3, j/w** **Pielęgniarka 1** Czy jest coś, co chciałbyś poprawić? **Obserwator 1,2** Czy w tej sytuacji postąpiłbyś inaczej? Jeśli tak, to jak ty byś to zrobił? Faza czynności **Pielęgniarka:** Co mogłabyś poprawić? Jak mogłabyś to poprawić? Czy zgadzasz się z tym co powiedziała koleżanka? Jak ty byś postąpiła w tej sytuacji? Wydaje mi się, że zabrakło…..? Zgodzisz się, że lepszym rozwiązaniem byłoby….? Powiedziałaś, że zmierzyłaś parametry życiowe pacjenta, co cię zaniepokoiło? Podawałaś leki, powiedz po co to robiłaś? Wezwałaś lekarza, co cię do tego skłoniło? Cieszę się, że zaniepokoiło cię…. **Obserwator:** Jakie atuty komunikacji zauważyłaś w zespole? Jak uważasz przekaz komunikatów w grupie był jasny? Co najbardziej podobało ci się podczas wykonywania procedur? Jak uważasz parametry zostały zmierzone prawidłowo? Jak myślisz leki zostały podane we właściwy sposób? Jak uważasz podczas wykonywanych czynności były przestrzegane procedury medyczne? Jest coś co zrobiłbyś inaczej? Co by to zmieniło? Co byś dodał do dzisiejszych zajęć? **<u>Faza podsumowania</u>** Czego nauczyłaś się z tego scenariusza? Jakich czynności z tego scenariusz nauczyłaś się? Gdzie w przyszłości wykorzystasz umiejętność jakiej się dzisiaj nauczyłaś? Bardzo dziękuję za dzisiejsze zajęcia. Nauczyliście się postępowania z pacjentem, u którego doszło do nagłego zagrożenia życia. Wiecie już jak

	ważna jest znajomość algorytmów do ratowania życia. Dowiedzieliście się też, że ważne jest aby znać sprzęt, który jest niezbędny do ratowania życia. Wiecie już jak ważne jest szybkie i zdecydowane działania pielęgniarskie. Na kolejnych zajęciach będziemy zajmowali się pacjentem, który ……...
Zastosowanie umiejętności:	Umiejętność ma zastosowanie podczas ZP i P w szpitalu oraz egzaminu OSC.
Literatura	14. Pielęgniarstwo w chirurgii – W. Kapała; Czelej 2006, str. 205-208 15. Wytyczne Resuscytacji 2015 ERC, str 127- 172
Umiejętności podstawowe:	**Wiedzy:** 19. Algorytm ALS 20. Sprzęt niezbędny podczas RKO **Umiejętności:** 18. Monitorowanie podstawowych parametrów życiowych 19. Prowadzenie RKO
Efekty kształcenia	**Wiedza** 1. D.W40, zna standardy i procedury postępowania w stanach nagłych i zabiegach ratujących życie; 2. D.W46, objaśnia algorytmy postępowania resuscytacyjnego w zakresie podstawowych zabiegów resuscytacyjnych (BLS – *basic life support*) i zaawansowanego podtrzymywania życia (ALS – *advanced life support*); **Umiejętności** 1. D.U16, rozpoznaje stany nagłego zagrożenia zdrowia; 2. D.U17,wykonuje defibrylację automatyczną (AED) i bezprzyrządowe udrażnianie dróg oddechowych; 3.D.U33, przygotowuje i podaje leki różnymi drogami, samodzielnie lub na zlecenie lekarza; **Kompetencje** 1. D.K1, szanuje godność i autonomię osób powierzonych opiece; 2. D.K4, wykazuje odpowiedzialność moralną za człowieka i wykonywanie zadań zawodowych; 3. D.K5, przestrzega praw pacjenta; 4.D.K6, rzetelnie i dokładnie wykonuje powierzone obowiązki zawodowe; 5.D.K10, przejawia empatię w relacji z pacjentem i jego rodziną oraz współpracownikami.

<table>
<tr><td colspan="5">SCENARIUSZ SYMULACJI MEDYCZNEJ WYSOKIEJ WIERNOŚCI – SWW
Autor; dr nauk o zdrowiu Katarzyna Jańczuk</td><td>Nr porządkowy</td><td>SWW…</td></tr>
<tr><td>Czas zajęć</td><td>45 Min.</td><td>Czas scenariusza</td><td>15 Min.</td><td>Liczba studentów</td><td colspan="2">6-7</td></tr>
<tr><td>Nazwa</td><td colspan="6">Postępowanie z pacjentem z bólem brzucha</td></tr>
<tr><td>Cel główny</td><td colspan="6">Nauka oceny stanu pacjenta</td></tr>
<tr><td>Cel szczegółowy</td><td colspan="6">1. Ocena i obserwacja stanu pacjenta
2. Zebranie wywiadu
3. Komunikacja z lekarzem, umiejętność przekazania informacji</td></tr>
<tr><td>Metoda</td><td colspan="6">Symulacji medycznej wysokiej wierności</td></tr>
<tr><td colspan="7">INFORMACJE TECHNICZNE I ORGANIZACYJNE</td></tr>
<tr><td>Nr Sali</td><td>Nr 201</td><td>Numer stanowiska</td><td>Nr 1</td><td>Nr trenażera, fantomu</td><td colspan="2">Nr zgodnie z wykazem</td></tr>
<tr><td>Sprzęt wielokrotnego użytku</td><td colspan="3">1. Symulator pacjenta dorosłego
2. Zestaw do założenia wkłucia dożylnego
3. Zestaw do podanie leku dożylnie (ampułki oznaczone Metoclopramid 10 mg, Cefuroksym 1,5 g, Paracetamol 1 g)
4. Zestaw do podłączenia wlewu kroplowego
5. Zestaw do pomiaru temperatury ciała
6. Zestaw do podania tlenu - cewnik donosowy
7. Kardiomonitor z dodatkowym wyposażeniem: do pomiaru wartości saturacji, różne rozmiary mankietów do pomiaru ciśnienia tętniczego.
8. Rtg brzucha
9. Badania laboratoryjne
9. EKG</td><td>Sprzęt jednorazowego użytku</td><td colspan="2">1. Zestaw do podłączenia kroplowego wlewu dożylnego
- płyn wieloelktrolitowy Optilite 500 ml, szt 4
- płyn do dezynfekcji,
- dren do kroplówki szt 4
- gaziki sterylne 2 op. Po 10szt
2. 0,9% NaCl – 10 ml. – 10 szt
3. Wkłucie obwodowe typu wenflon w kolorze zielonym (18 G) lub białym (17 G) po 4 szt
4. Okleina do wenflonu - 4 szt.
5. Kubek z wodą do płukania jamy ustnej
6. Miska nerkowata
7. Strzykawki o pojemności 10 ml-4 szt
8. Strzykawki o pojemności 20 ml- 8 szt
9. Igły 0,8 x40 mm-20 szt
10. Skinsept lub Lekao- saszetki- 20 szt
11. Cewnik donosowy do podawania tlenu- 4 szt
12. Staza zaciskowa
13. Rękawiczki jednorazowe:
- rozmiar L 10 sztuk
- rozmiar M 10 sztuk
- rozmiar S 10 sztuk</td></tr>
</table>

Pozostałe wyposażenie		- wzór wywiadu- odpowiedzi - dla technika. - Biurko/stolik do zapisania notatek i krzesło . - Indywidualna karta zlecenia lekarskiego z informacjami:. 0ptilite 500 ml –i.v Metoclopramid 10mg – i.v Paracetamol 1 g, i.v. Cefuroksym 1,5 g – iv. - karta informacyjna Szpitalna Izba Przyjęć - Stojak do podłączenia wlewu kroplowego. - Papier i przybory do pisania.			Ubrania i charakteryzacja		Symulator pacjenta dorosłego w piżamie szpitalnej ubrudzonej z powodu wcześniejszych wymiotów, zaczerwienione policzki			
Informacja ogólna dla technika		Symulator dorosłego pacjenta, - leży w łóżku, - głowa oparta na poduszce, - nogi przyciągnięte do brzucha zgięte w kolanach. - przykryty kocem do wysokości pasa. - na prawej ręce (strona grzbietowa dłoni) założone wkłucie dożylne typu wenflon w kolorze niebieskim (22 G) zabezpieczone korkiem. - na twarzy widoczny grymas, stęka i pojękuje. Wygląd pacjenta – zaczerwieniony na policzkach, spocony, zdenerwowany. Blisko łóżka powinno być ustawiona szafka chorego i krzesło.									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	R - oddech	EKG	NIBP	SpO_2	CO_2	Temp. ^0C	Sinica%	Oczy	Obrzęki	
	Liczba	24	110	95/60	94	40	37,5				
	Cechy		Rytm zatokowy								
	Inne	Inne ustawienia: skrócić wdech, wydłużyć wydech									
Czynności początkowe		Wykładowca: 4. Przed rozpoczęciem zajęć sprawdza sposób przygotowania stanowiska i kompletacje 5. Sprawdza listę uczestników i kartę informacyjną scenariusza 6. Rozpoczyna scenariusz- prosząc o wyłączenie telefonów, zajęcie miejsc itp. - informacja za 3 minuty zaczynamy, proszę o zajęcie miejsca									

REALIZACJA SCENARIUSZA
WPROWADZENIE – PREBREFING:
PLAN PREBRIEFINGU: 99. Zapoznanie z tematem szkolenia/kursu/scenariusza. 100. Zaprezentuj części szkolenia/zajęć: prebriefing, scenariusz, debriefing i określ ramy czasowe. 101. Przedstawienie i omówienie krótkie celu i celów pośrednich scenariusza — rozmowa dyskusja w oparciu o informacje *dla* studentów i informacje dla wykładowców. 102. Przedstaw gdzie będzie przeprowadzany scenariusz (SOR, sala pacjenta, sala opatrunkowa, mieszkanie pacjenta). 103. Zaprezentuj przypadek kliniczny: *Pacjent Jan Kowalski itd.* 104. Zaproponuj podział ról w grupie, wyznacz lidera (jeśli potrzebny). 105. Upewnij się czy poszczególni członkowie zespołu wiedzą za co są odpowiedzialni, czy rozumieją swoją rolę. 106. Zaproś uczestników do Sali symulacyjnej w celu zapoznania z salą i ze sprzętem.

Plan prebrifingu:
106. Tematem dzisiejszego szkolenia będzie postępowanie z pacjentem z bólem brzucha.
107. Scenariusz został podzielony na 3 części:
- Część pierwsza prebriefing, stanowiący wprowadzenie do scenariusza, który będzie trwał 10 minut.
- Część druga to realizacja scenariusza, trwająca 10 minut.
- Część trzecia jest to debriefing stanowiący omówienie i podsumowanie wykonywanego scenariusza, który będzie trwał 20-25 minut.

Zajęcia będą trwały 4 godz. więc każdy z was będzie mógł przećwiczyć scenariusz wcielając się różne role
108. Realizując dzisiejszy temat zajęć szczególną uwagę zwrócimy na:
- ocenę i obserwację stanu pacjenta
- wywiad chorobowy
- wezwanie lekarza i przekazanie informacji o pacjencie
- wykonanie zleceń lekarskich i zabiegów pielęgniarskich

Dziękuję za wyczerpujące odpowiedzi, udało nam się uzyskać informacje potrzebne do wykonania scenariusza.
109. Scenariusz będzie realizowany w Sali chorego na oddziale chirurgii.
110. Pozwólcie, że przejdę teraz do przedstawienia przypadku klinicznego
Pacjent Jan Kowalski lat 58. Przyjęty z powodu bólu brzucha od ok tygodnia. Towarzyszy stan podgorączkowy. W wywiadzie zawał mięśnia sercowego 10 lat temu. Przyznaje się do spożywania alkoholu 2-3 razy w tygodniu. Po szybkim badaniu fizykalnym wykonanym przez lekarza w Szpitalnej Izbie Przyjęć, podaniu silnego opioidu (Dolcontral) 2 godz. wcześniej oraz wykonaniu badań laboratoryjnych i rtg jamy brzusznej trafia do oddziału chirurgii. Badania w trakcie wykonywania do odebrania przez pielęgniarkę z oddziału chirurgii.
111. Czy wszystkie przedstawione przeze mnie informacje są zrozumiałe?
112. Teraz przydzielę Wam role, jakie będziecie pełnić w tym scenariuszu
Kto czuje się na siłach, aby być dzisiaj **liderem - pielęgniarką 1.**
Lider – pielęgniarka 1 - to osoba zbierająca wywiad od pacjenta oraz koordynująca działania personelu pielęgniarskiego oraz będzie odpowiedzialna za komunikację z lekarzem.
Potrzebujemy jeszcze **pielęgniarkę nr 2,** która będzie odpowiedzialna za wykonywanie pomiarów podstawowych parametrów życiowych oraz przyniesienie badań i interpretowanie badań laboratoryjnych i obrazowych.
Potrzebujemy jeszcze jedną pielęgniarkę, **pielęgniarkę nr 3**, która będzie odpowiedzialna za wykonanie zleceń lekarskich oraz czynności pielęgniarskich.
Kolejne trzy osoby potrzebne podczas scenariusza to obserwatorzy.
Pierwszym obserwatorem będzie….. odpowiedzialna będzie za obserwowanie poprawności wykonywania procedur.
Drugim obserwatorem będzie….. odpowiedzialna będzie za obserwowanie komunikacji
Trzecim obserwatorem będzie….. odpowiedzialna będzie za obserwowanie całości scenariusza, czy wszystkie założone cele zostały osiągnięte
113. **Czy wszyscy wiedzą jakie role zostały im przydzielone?**
- ….., jesteś liderem- pielęgniarką 1, powiedz za co będziesz odpowiedzialna w czasie dzisiejszego scenariusza?
- ……jesteś pielęgniarką 2, powiedz na czym polega dzisiaj twoja praca?
- ……jesteś pielęgniarką 3, przypomnij, co będzie należało dzisiaj do twoich obowiązków?
- ……jesteś pierwszym obserwatorem (procedur), przypomnij, co należy do twoich obowiązków podczas dzisiejszego scenariusza?
- ……jesteś drugim obserwatorem (komunikacji), przypomnij, co należy do twoich obowiązków podczas dzisiejszego scenariusza?
- ……jesteś trzecim obserwatorem (obserwowanie całości scenariusza, czy wszystkie założone cele zostały osiągnięte), przypomnij, co należy do twoich obowiązków podczas dzisiejszego scenariusza?

49. Czy wszyscy rozumieją swoje role Jeżeli nie ma pytań, przechodzimy do sali symulacji medycznej
42. Zapraszam do sali symulacji w celu zapoznania się ze sprzętem.
Upewnijcie się, że znacie sprzęt na którym będziecie pracować.

INFORMACJE DLA STUDENTÓW	INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW
Dzisiaj nauczycie się postępowania z pacjentem z bólem brzucha. Dodatkowo nauczycie się jak prawidłowo obserwować i rzetelnie oceniać stan pacjenta. Dodatkowo będziecie starali się zaobserwować jakie typowe objawy występują u pacjenta z bólem brzucha. Ból brzucha jest objawem występującym w jamie brzusznej. Nie zawsze doskwiera dokładnie tam, gdzie leży przyczyna dolegliwości, gdyż ból może być promieniujący, rozlany. Zwykle dopiero szczegółowe badania mogą wyjaśnić, co tak naprawdę się dzieje. Ból brzucha jest sygnałem m.in.: - chorób przewodu pokarmowego, - chorób serca, - chorób układu moczowo-płciowego, - chorób metabolicznych, - chorób endokrynologicznych, - chorób wątroby, - chorób trzustki. W celu opisu umiejscowienia bólu brzuch dzieli się tradycyjnie na kwadranty lub obszary. Cztery kwadranty brzucha. - okolica podżebrowa prawa - okolica podżebrowa lewa - prawy dół biodrowy - lewy dół biodrowy Charakterystyka bólu brzucha • Lokalizacja • Charakter • Promieniowanie • Czas pojawienia się i rozwój • Nasilenie • Zmiany w czasie • Czas trwania • Zmiany w czasie Najczęściej stosowane skale oceniające ból: **Skala numeryczna (NRS – Numerical Rating Scale)** Skala zawiera 11 stopni nasilenia bólu – od 0 do 10, gdzie 0 oznacza całkowity brak bólu, natomiast 10 najgorszy wyobrażalny ból **Skala wzrokowo-analogowa (VAS – Visual Analogue Scale)** Skala ma postać linijki o długości 10 cm. Pacjent wskazuje palcem lub suwakiem nasilenie bólu od 0 – zupełny brak bólu do 10 – najsilniejszy wyobrażalny ból. Stosuje się również zmodyfikowane skale zawierające na skrajnych biegunach rysunki twarzy – uśmiechniętej (brak bólu) i wykrzywionej grymasem bólu (najsilniejszy ból) lub opatrzone dodatkowo słownymi określeniami bólu pod osią graficzną (graficzna skala opisowa).	Wyobraźcie sobie sytuację,że jesteście na zajęciach praktycznych w oddziale chirurgii. Spotykacie tam pacjenta, który przed chwilą trafił z domu z bólem brzucha. 1. Może ktoś z was doświadczył na własnej skórze bólów brzucha? **Odp.** Tak mnie często boli brzuch. 2. Czym były one spowodowane? **Odp.** Zauważyłam, że jak czymś się bardzo przejmuję, boję się czegoś to właśnie wtedy. Ale bolał mnie też bardzo mocno jak zjadłam za dużo ciężkostrawnego jedzenia. 3. Jak się wtedy czułaś? **Odp.** Źle, mocno mnie bolało, byłam spocona i miałam dreszcze na zmianę. 4. Kto z was opiekował się kiedyś pacjentem, który doświadczał ostrego bólu brzucha? **Odp.** Ja, zajmowałam się babcią, która miała bóle brzucha z powodu chorego pęcherzyka żółciowego. 5. Jak wg ciebie będzie wyglądała komunikacja z takim pacjentem? **Odp.** Chory odczuwający ból stanowi w pracy pielęgniarki szczególny problem pielęgnacyjny. Ból i cierpienie z tym związane, podobnie jak radość i szczęście, są odczuciami subiektywnymi. Pielęgniarka, aby sprostać zadaniu walki z bólem, musi każdego chorego traktować indywidualnie, jednocześnie z całą wyrozumiałością dla jego cierpienia. 6. Jak myślisz, czy ból doskwiera właśnie tam, gdzie leży przyczyna dolegliwości? **Odp.** Nie, ból może być promieniujący, rozlany 7. Pamiętasz może na jakie obszary dzielimy brzuch w celu umiejscowienia bólu? **Odp.** W celu opisu umiejscowienia bólu brzuch dzieli się tradycyjnie na kwadranty lub obszary. Cztery kwadranty brzucha. - okolica podżebrowa prawa - okolica podżebrowa lewa - prawy dół biodrowy - lewy dół biodrowy

Aby uzyskać prawidłowe wyniki, należy upewnić się, że chory rozumie, co oznaczają wartości skrajne.	8. Jak myślisz, na jakie cechy charakterystyczne dla bólu brzucha należałoby zwrócić uwagę przeprowadzając wywiad z pacjentem? **Odp.** Charakterystyka bólu brzucha • Lokalizacja • Charakter • Promieniowanie • Czas pojawienia się i rozwój • Nasilenie • Zmiany w czasie • Czas trwania • Zmiany w czasie 9. Jak wg ciebie będzie wyglądał pacjent cierpiący? **Odp.** - może być blady, zaczerwieniony - spocony, - może leżeć w bezruchu na łóżku z cechami upośledzenia świadomości - każdy jego ruch może wywoływać ból. 10. Zgodzicie się ze mną, że każdy odczuwa ból inaczej? **Odp.** Każdy ma inny próg bólowy 11. Przypominij…… jakie znasz skale oceniające ból? **Odp.** **Skala numeryczna (NRS – Numerical Rating Scale)** Skala zawiera 11 stopni nasilenia bólu – od 0 do 10, gdzie 0 oznacza całkowity brak bólu, natomiast 10 najgorszy wyobrażalny ból **Skala wzrokowo-analogowa (VAS – Visual Analogue Scale)** Skala ma postać linijki o długości 10 cm. Pacjent wskazuje palcem lub suwakiem nasilenie bólu od 0 – zupełny brak bólu do 10 – najsilniejszy wyobrażalny ból. Stosuje się również zmodyfikowane skale zawierające na skrajnych biegunach rysunki twarzy – uśmiechniętej (brak bólu) i wykrzywionej grymasem bólu (najsilniejszy ból) lub opatrzone dodatkowo słownymi określeniami bólu pod osią graficzną (graficzna skala opisowa). Aby uzyskać prawidłowe wyniki, należy upewnić się, że chory rozumie, co oznaczają wartości skrajne. 12. Jak myślisz, czy informacje dotyczące przebytych chorób są istotne u pacjenta z ostrym bólem? **Odp.** Tak, może to oznaczać, że odezwała się dawna dolegliwość, może też jakiś błąd dietetyczny wywołał ból

	13. Jak myślisz, czy zachodzą zmiany w parametrach życiowych pacjenta? **Odp.** Tak 14. Cieszę się, że zauważyłaś iż ulegają zmianie parametry życiowe, a może wiesz jak zmienia się tętno i ciśnienie u pacjenta doświadczającego bólu? **Odp.** Wzrasta ciśnienie, przyspiesza tętno 15. Jak myślisz, czy zawsze rośnie ciśnienie tętnicze u pacjenta z występującym bólem brzucha? **Odp.** Nie, czasem może spadać, może być krwotok wewnętrzny 16. Czy zgodzicie się ze mną, że u pacjentów z ostrym bólem brzucha mogą występować nudności i wymioty? **Odp.** Tak jest to jeden z objawów bólu brzucha. 17. Zgodzicie się więc ze mną, że warto jest u takiego pacjenta zwrócić uwagę czy nie występują cechy odwodnienia? **Odp.** Tak, jest to bardzo istotne. Stan odwodnienia zagraża życiu pacjenta, jest szczególnie niebezpieczny dla niemowląt, małych dzieci oraz ludzi starszych 18. Jak myślisz czym mogą być one spowodowane? **Odp.** Spowodowane to może być gorączką, występującymi wymiotami, brakiem łaknienia. W przypadku niedrożności jelit duża ilość płynu szybko przedostaje się do światła przewodu pokarmowego, skąd nie może powrócić do krążenia. 19. Jak myślicie, czy założenie drugiego dużego wkłucia ma znaczenie u pacjentów, u których stwierdza się nudności i wymioty? **Odp.** Tak, łatwiej jest wtedy nawadniać pacjenta i może być przydatne duże wkłucie gdyby doszło do pogorszenia stanu zdrowia 20. Czy wg ciebie potrzebne jest zlecenie lekarskie do wykonania dużego obwodowego wkłucia? **Odp.** Nie, pielęgniarka może założyć wkłucie jeżeli uważa, że sta pacjenta tego wymaga.

	21. Jak Ci się wydaje, czy w przebiegu takich ostrych bólów brzucha może też dochodzić do zatrzymania wiatrów i stolca? **Odp.** Tak, najczęściej w niedrożności przewodu pokarmowego. 22. Jak myślisz, jakie badania laboratoryjne powinny być wykonane u pacjenta z bólem brzucha? **Odp.** - morfologia krwi - stężenie elektrolitów, kreatyniny i glukozy w surowicy - badanie ogólne moczu - Ekg Diagnostyka różnicowa - stężenie amylazy, bilirubiny, - CK-MB lub troponiny sercowej, - aktywność AspAT, ALAT - RTG przeglądowe jamy brzusznej (może wykazać powietrze w jamie brzusznej, poziomy płynu w pętlach jelitowych, złogi moczowe) 23. Czy Waszym zdaniem ważna jest znajomość norm wyników badań? **Odp.** Tak, mimo iż lekarz jest odpowiedzialny za leczenie pacjenta to ważne jest by pielęgniarka widząc badania wiedziała, jakie parametry są dobre a jakie nie. Jakie jeszcze… Jak myślicie…. Co sądzicie…. Zabrakło mi…. Dziękuję za wyczerpujące wypowiedzi, udało nam się uzyskać potrzebne informacje do wykonania scenariusza. Kto czuje się na siłach, aby być dzisiaj **liderem - pielęgniarką 1.** Lider – pielęgniarka 1 - to osoba zbierająca wywiad od pacjenta oraz koordynująca działania personelu pielęgniarskiego oraz będzie odpowiedzialna za komunikację z lekarzem Potrzebujemy jeszcze **pielęgniarkę nr 2,** która będzie odpowiedzialna za wykonywanie pomiarów podstawowych parametrów życiowych oraz przyniesienie badań i interpretowanie badań laboratoryjnych i obrazowych. Potrzebujemy jeszcze jedną pielęgniarkę, **pielęgniarkę nr 3**, która będzie odpowiedzialna za wykonanie zleceń lekarskich oraz czynności pielęgniarskich.

	Kolejne trzy osoby potrzebne podczas scenariusza to obserwatorzy. **Pierwszym obserwatorem** będzie….. odpowiedzialna będzie za obserwowanie poprawności wykonywania procedur. **Drugim obserwatorem** będzie….. odpowiedzialna będzie za obserwowanie komunikacji **Trzecim obserwatorem** będzie….. odpowiedzialna będzie za obserwowanie całości scenariusza, czy wszystkie założone cele zostały osiągnięte **Czy wszyscy wiedzą jakie role zostały im przydzielone?** ….., jesteś liderem- pielęgniarką 1, powiedz za co będziesz odpowiedzialna w czasie dzisiejszego scenariusza? ……jesteś pielęgniarką 2, powiedz na czym polega dzisiaj twoja praca? ……jesteś pielęgniarką 3, przypomnij, co będzie należało dzisiaj do twoich obowiązków? ……jesteś pierwszym obserwatorem (procedur), przypomnij, co należy do twoich obowiązków podczas dzisiejszego scenariusza? ……jesteś drugim obserwatorem (komunikacji), przypomnij, co należy do twoich obowiązków podczas dzisiejszego scenariusza? ……jesteś trzecim obserwatorem (obserwowanie całości scenariusza, czy wszystkie założone cele zostały osiągnięte), przypomnij, co należy do twoich obowiązków podczas dzisiejszego scenariusza? Jeżeli nie ma pytań, przechodzimy do sali symulacji medycznej

ZAPOZNANIE STUDENTÓW ZE SPRZĘTEM	
Wykładowca	Będziemy pracować dzisiaj w oddziale chirurgii. Będziecie używać sprzętu monitorującego podstawowe parametry życiowe pacjenta oraz korzystać ze sprzętu, który jest niezbędny w postępowaniu pielęgnacyjnym z pacjentem
Student	Każdy student powinien zapoznać się ze sprzętem – szczególnie fantomem.
SCENARIUSZ SYMULACJI	
Opis scenariusza	Pacjent Jan Kowalski lat 58. Przyjęty z powodu bólu brzucha od ok tygodnia. Towarzyszy stan podgorączkowy. W wywiadzie zawał mięśnia sercowego 10 lat temu. Przyznaje się do spożywania alkoholu 2-3 razy w tygodniu. Po szybkim badaniu fizykalnym wykonanym przez lekarza w Szpitalnej Izbie Przyjęć, podaniu silnego opioidu (Dolcontral) 2 godz. wcześniej oraz wykonaniu badań laboratoryjnych i rtg jamy brzusznej trafia do oddziału chirurgii. Badania w trakcie wykonywania do odebrania przez pielęgniarkę z oddziału chirurgii.

Obecny stan kliniczny	Pacjent spocony, cierpiący, uskarżający się na silne bóle brzucha, nudności i wymioty. Kontakt słowny logiczny, jednakże utrudniony z powodu silnego bólu.
Wywiad dla studenta	Pacjent przyjmuje na stałe leki zalecone przez kardiologa po przebytym zawale, których nazw nie pamięta. Innych leków nie przyjmuje. Rano leki przyjął.
Wywiad dla wykładowcy	Pacjent od 10 lat prowadzi własną działalność gospodarczą. Wraz z synem jeździ samochodem ciężarowym na terenie Polski. Prowadzi siedzący tryb życia. Lubi jeść dużo i tłusto. Przyznaje się do palenia ok 20 papierosów dziennie i spożywania alkoholu w dużych ilościach 2-3 razy w tygodniu.

Przebieg scenariusza Ścieżka 1	Podział na role: 1. Lider- pielęgniarka 1 – koordynator pracy całej grupy, zbiera wywiad **Nawiązuje kontakt z pacjentem, przedstawia się**.	Przebieg scenariusza: **pacjent**
	- Nazywam się Anna Kowalska jestem pielęgniarką oddziału chirurgii, będę się dzisiaj panem opiekowała	- dzień dobry, bardzo mi miło, strasznie boli mnie brzuch, lekarze chyba jeszcze nie wiedzą co mi jest
	- Chciałabym zadać panu parę pytań, czy może pan odpowiadać?	- tak, już właściwie wszystko powiedziałem, ale jeśli to ma mi pomóc w cierpieniu to jeszcze raz powtórzę
	- Na ile ocenia pan ból w 11 stopniowej skali NRS gdzie 0 oznacza całkowity brak bólu, natomiast 10 najgorszy wyobrażalny ból.	- myślę, że 9-10 byłoby najbardziej odpowiednie, strasznie boli
	- w którym miejscu najbardziej pana boli?	- nie wiem, cały brzuch mnie boli, jest twardy, napięty
	- od kiedy odczuwa pan takie silne bóle?	- już od kilku dni mam silne bóle brzucha, ale bóle na początku ustępowały po tabletkach p/bólowych, a czasem wie pani, kielicha porządnego wypiłem z kolegami i było lepiej.
	- a często pan pił tego „kielicha”?	- brzuch mnie boli, źle się czuję, a pani robi ze mnie alkoholika?
	- czy wcześniej zdarzały się już takie bóle?	- dokładnie nie pamiętam, ale kiedyś miałem zawał, to dawno temu było, ale też mnie wtedy bolał brzuch, ale chyba trochę inaczej
	-czy przyjmuje pan jakieś leki na stałe?	- tak przyjmuję, takie małe białe tabletki, nie pamiętam jak się nazywają, żona mi podaje, ponoć od kardiologa
	- a co jeszcze oprócz bólu brzucha panu dokucza?	- słabo mi jest, nie chce mi się jeść, gazów nie mogę oddać i stolca. Nie mam apetytu, a kiedyś to mogłem sobie pojeść, zimno mi,
	Pielęgniarka 1 zleca pielęgniarce 2 pomiar temp. Ciała jeśli do tej pory nie została zmierzona	
	Pielęgniarka 2 Wykonuje pomiar temperatury i zgłasza pielęgniarce 1	

Przebieg scenariusza Ścieżka 1	Pielęgniarka 1 informuje lekarza o temperaturze, nasilenie bólu w skali NRS. Przekazuje pielęgniarce nr 3 wykonanie zlecenia lekarskiego	
	Pielęgniarka 3 - Podaje pacjentowi na zlecenie lekarza Paracetomol 1g Antybiotyk o szerokim spektrum działania Cefuroksym 1,5 g.	Pielęgniarka 3 sprawdza wkłucie i podaje pacjentowi lek zgodnie ze zleceniem lekarskim odnotowując to w karcie zleceń lekarskich
		Paleta 2 (3 min od początku) U pacjenta występuje odruch wymiotny
	Pielęgniarka 3 - reaguje na odruch wymiotny - podłącza pacjentowi tlen	- przynosi pacjentowi miskę nerkowatą i ligninę. Przytrzymuje miskę nerkowatą przy ustach pacjenta. Podaje też kubek z wodą do płukania jamy ustnej - podaje tlen 3 l/min
	Pielęgniarka 1 - zgłasza lekarzowi występowanie wymiotów, oraz pogorszenie parametrów życiowych - lekarz zleca podanie leku p/wymiotnego metoclopramid 10 mg oraz podłączenie 500 ml płynu wieloelektrolitowego Optilite	**Po wymiotach pacjent zgłasza, że boli go żyła, w którą jest założony wenflon**
	Pielęgniarka 3 - wykonuje zlecenie lekarskie	- Sprawdza wkłucie, Po sprawdzeniu 0,9%NaCl, pacjent twierdzi, że boli nadal - zakłada drugie wkłucie (zielone lub białe) - podaje na zlecenie lekarza metoclopramid 10 mg. - podłącza wlew kroplowy Optilite 500 ml.
		Paleta 3 (po5 min) Po podaniu zaleconych leków niektóre parametry nieznacznie się poprawiają
	Pielęgniarka 2 - przynosi badania lekarskie i je interpretuje. Przekazuje informacje pielęgniarce liderowi, a ta przekazuje wyniki badań lekarzowi prowadzącemu, który po zapoznaniu się z badaniami zarządza przygotowanie pacjenta w trybie pilnym do zabiegu operacyjnego z rozpoznaniem mechaniczna niedrożność przewodu pokarmowego	- W rzucie pogranicza śródbrzusza i podbrzusza centralnego widoczny cień metalicznego ciała obcego. Dodatkowo widoczne liczne poziomy płynowe z rozdęciem pętli jelitowych. Nie stwierdza się cech wolnego powietrza pod kopułami przepony.

	Pielęgniarka 1 - zleca pielęgniarce nr 3 założenie drugiego dużego wkłucia obwodowego do zabiegu operacyjnego	
Przebieg scenariusza Ścieżka 2		

PALETA 1 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE WRAZ Z PRAWIDŁOWYM PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna		Wpisać – co będzie się zmieniało i kiedy									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	Oddech	EKG	NIBP	Spo2	CO2	Temp.	Sinica%	Oczy	Obrzęki	
	Liczba	24	110	95/60	94	40	37,5				
	Cechy										
	Inne	*Inne ustawienia dotyczą:*									
PALETA 2 – po 3 min											
Informacja ogólna		Wymioty									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	Oddech	EKG	NIBP	Spo2	CO2	Temp.	Sinica	Oczy	Obrzęki	
	Liczba	26	115	90/50	90	40	38,5				
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia dotyczą:									
PALETA 3 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE NIEZGODNIE Z PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA po 4 min											
Informacja ogólna											
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	Oddech	EKG	NIBP	SpO2	CO2	Temp	Sinica	Oczy	Obrzęki	
	Liczba	26	115	90/50	90	40	38,5				
	Cechy										
	Inne										
PALETA 4 – po 5 min											
Informacja ogólna		Po podaniu leków									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	Oddech	EKG	NIBP	Spo2	Co2	Temp	Sinica	Oczy	Obrzęki	
	Liczba	24	110	90/50	96	40	37,5				
	Cechy										
	Inne										

DEBRIEFING:	
INFORMACJE DLA STUDENTÓW	**INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW**
Celem dzisiejszych zajęć była nauka postępowania z chorym u którego występują bóle brzucha niewiadomego pochodzenia. Każda z osób w grupie miała do wykonania określone zadania, o różnym stopniu trudności. Dzisiejsze ćwiczenie ma zastosowanie na egzaminie OSC oraz w pracy z pacjentem w warunkach szpitalnych.	1. Jak się czujecie po zrealizowaniu scenariusza. Faza opisowa Pytanie do Pielęgniarki 1, 2,3 Jakie zadania miałaś dzisiaj do wykonania? Jakie decyzje podjęłaś? Faza analizy **Pielęgniarka1** Z czego jesteś najbardziej zadowolona, co wyszło ci najlepiej? **Pielęgniarka 2,3, j/w** **Pielęgniarka 1** Czy jest coś, co chciałbyś poprawić? **Obserwator 1,2** Czy w tej sytuacji postąpiłbyś inaczej? Jeśli tak, to jak ty byś to zrobił? Faza czynności **Pielęgniarka:** Co mogłabyś poprawić? Jak mogłabyś to poprawić? Czy zgadzasz się z tym co powiedziała koleżanka? Jak ty byś postąpiła w tej sytuacji? Wydaje mi się, że zabrakło…..? Zgodzisz się, że lepszym rozwiązaniem byłoby….? Powiedziałaś, że zmierzyłaś parametry życiowe pacjenta, co cię zaniepokoiło? Podawałaś leki, powiedz po co to robiłaś? Wezwałaś lekarza, co cię do tego skłoniło? Założyłaś drugie wkłucie, co cię zaniepokoiło? Cieszę się, że zaniepokoiło cię…. **Obserwator:** Jakie atuty komunikacji zauważyłaś w zespole? Jak uważasz przekaz komunikatów w grupie był jasny? Co najbardziej podobało ci się podczas wykonywania procedur? Jak uważasz parametry zostały zmierzone prawidłowo? Jak myślisz leki zostały podane we właściwy sposób? Jak uważasz podczas wykonywanych czynności były przestrzegane procedury medyczne? Jest coś co zrobiłbyś inaczej? Co by to zmieniło? Co byś dodał do dzisiejszych zajęć? **<u>Faza podsumowania</u>** Czego nauczyłaś się z tego scenariusza? Jakich czynności z tego scenariusz nauczyłaś się? Gdzie w przyszłości wykorzystasz umiejętność jakiej się dzisiaj nauczyłaś?

	Bardzo dziękuję za dzisiejsze zajęcia. Nauczyliście się postępowania z pacjentem z bólem brzucha. Wiecie już jak ważne jest zebranie kompletnego wywiadu oraz szybkie i zdecydowane działania pielęgniarskie. Po dzisiejszych zajęciach, zapamiętacie, że ból brzucha może być objawem poważnego schorzenia, które może wpływać na pogorszenie stanu zdrowia, a nawet doprowadzić do śmierci pacjenta. Na kolejnych zajęciach będziemy zajmowali się pacjentem, który będzie przyjmowany na blok operacyjny.
Zastosowanie umiejętności:	Umiejętność ma zastosowanie podczas ZP i P w szpitalu oraz egzaminu OSC.
Literatura	Konspekt oraz podręczniki: 1. D.Dyk - Badania fizykalne w pielęgniarstwie, PZWL Warszawa 2010 str. 140-154 2. O.J. Garden, A.W. Bradbury, J.L.R. Forsythe, R.W. Parks- Chirurgia, Edra Urban & Partner 2015 str. 208-224
Umiejętności podstawowe:	
Efekty kształcenia	**Wiedza** 1. C.W31 charakteryzuje techniki badania fizykalnego i kompleksowego badania fizykalnego pacjenta dla potrzeb opieki pielęgniarskiej; 2. C.W32 określa znaczenie wyników badania podmiotowego i przedmiotowego w formułowaniu oceny stanu zdrowia pacjenta dla potrzeb opieki pielęgniarskiej; **Umiejętności** 1. B.U12 tworzy warunki do prawidłowej komunikacji pielęgniarka – pacjent oraz pielęgniarka – personel medyczny; 2. C.U8 dokonuje bieżącej i końcowej oceny stanu zdrowia pacjenta i skuteczności działań pielęgniarskich; 3. C.U34 odnotowuje wykonanie zleceń w karcie zleceń lekarskich; 4. D.U16 rozpoznaje stany nagłego zagrożenia zdrowia 5. C.U2 gromadzi informacje metodą wywiadu, obserwacji, pomiarów bezpośrednich i 6. pośrednich (skale), analizy dokumentacji (w tym analizy badań diagnostycznych), 7. badania fizykalnego w celu rozpoznawania stanu zdrowia pacjenta i 8. sformułowania diagnozy pielęgniarskiej; **Kompetencje** 1. D.K1 szanuje godność i autonomię osób powierzonych opiece; 2. D.K4 wykazuje odpowiedzialność moralną za człowieka i wykonywanie zadań zawodowych; 3. D.K5 przestrzega praw pacjenta; 4. D.K6 rzetelnie i dokładnie wykonuje powierzone obowiązki zawodowe; 5. D.K10 przejawia empatię w relacji z pacjentem i jego rodziną oraz współpracownikami.

SCENARIUSZ SYMULACJI MEDYCZNEJ WYSOKIEJ WIERNOŚCI – SWW **Autor; dr nauk o zdrowiu Katarzyna Jańczuk**					Nr porządkowy	SWW- zgodnie z wykazem
Czas zajęć	45 Min.	Czas scenariusza	15 Min.	Liczba studentów	6-7	
Nazwa	**Postępowanie z pacjentem po znieczuleniu podpajęczynówkowym**					
Cel główny	**Nauka oceny stanu pacjenta po znieczuleniu podpajęczynówkowym**					
Cel szczegółowy	1. Ocena i obserwacja stanu pacjenta 2. Powiadomienie lekarza, umiejętność przekazania informacji 3. Wykonanie zleceń lekarskich i zabiegów pielęgniarskich					
Metoda	Symulacji medycznej wysokiej wierności					
INFORMACJE TECHNICZNE I ORGANIZACYJNE						
Nr Sali	Nr 201	Numer stanowiska	Nr 1	Nr trenażera, fantomu	Nr zgodnie z wykazem	
Sprzęt wielokrotnego użytku	1. Wózek transportowy z pacjentem 2. Kardiomonitor z dodatkowym wyposażeniem: do pomiaru wartości saturacji, różne rozmiary mankietów do pomiaru ciśnienia tętniczego. 3. stolik do przygotowania zestawu do intubacji 4. Zestaw do podania leku dożylnie 5. worek samorozprężalny Ambu 6. Laryngoskop z kompletem łopatek do intubacji 7. ampułka z lekiem ephedryna 25 mg 8. ampułka z lekiem atropina 1 mg			Sprzęt jednorazowego użytku	1. Zestaw do podłączenia kroplowego wlewu dożylnego - płyn wieloelktrolitowy Optilite 500 ml, szt 4 - płyn do dezynfekcji, - dren do kroplówki szt 4 - gaziki sterylne 4 op. Po 10szt 2. 0,9% NaCl – 10 ml. – 10 szt 3. Miska nerkowata 4. Strzykawki o pojemności 10 ml-4 szt 5. Strzykawki o pojemności 20 ml- 8 szt 6. Igły 0,8 x40 mm-20 szt 7. Skinsept lub Lekao- saszetki- 20 szt 8. Maska twarzowa do podawania tlenu- 4 szt 9. Rękawiczki jednorazowe : - rozmiar L 10 sztuk - rozmiar M 10 sztuk - rozmiar S 10 sztuk 10. rurki intubacyjne, rozmiar 6, 7, 8 11. mocowanie do rurki intubacyjnej 12. filtr bakteryjny 13. Larygoskop (2 szt) z różnymi rozmiarami łopatek	
Pozostałe wyposażenie	- wzór wywiadu- odpowiedzi - dla technika. - Indywidualna karta zlecenia lekarskiego z informacjami:. 0ptilite 500 ml –i.v Ephedryna 10mg – i.v Ephedryna 10 mg- iV. Atropina 0,5 mg - historia choroby - Stojak do podłączenia wlewu kroplowego.			Ubrania i charakteryzacja	Fantom w piżamie operacyjnej,	

<table>
<tr><td colspan="2">Informacja ogólna dla technika</td><td colspan="10">Symulator dorosłego pacjenta,
- leży na wózku operacyjnym,
- przykryty prześcieradłem jednorazowym,
- na prawej ręce (strona grzbietowa dłoni) założone wkłucie dożylne typu wenflon w kolorze zielonym z podłączonym wlewem kroplowym 500 ml Optylite.
Wygląd pacjenta – spocony, zdenerwowany.
Blisko łóżka powinno być ustawiony wózek ze sprzętem do intubacji.</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Parametry początkwe symulatora</td><td>Nazwa</td><td>R
- oddech</td><td>EKG</td><td>NIBP</td><td>SpO_2</td><td>CO_2</td><td>Temp.
^0C</td><td>Sinica%</td><td>Oczy</td><td>Obrzęki</td><td></td></tr>
<tr><td>Liczba</td><td>16</td><td>110</td><td>130/70</td><td>98</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Cechy</td><td>Oddech płytki, utrudniony</td><td>Rytm zatokowy</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Inne</td><td colspan="10"></td></tr>
<tr><td colspan="2">Czynności początkowe</td><td colspan="10">Wykładowca:
1. Przed rozpoczęciem zajęć sprawdza sposób przygotowania stanowiska i kompletacje
2. Sprawdza listę uczestników i kartę informacyjną scenariusza
3. Rozpoczyna scenariusz- prosząc o wyłączenie telefonów, zajęcie miejsc itp. - informacja za 3 minuty zaczynamy, proszę o zajęcie miejsca</td></tr>
</table>

REALIZACJA SCENARIUSZA

WPROWADZENIE – PREBREFING:

PLAN PREBRIEFINGU:

1. Zapoznanie z tematem szkolenia/kursu/scenariusza.
2. Zaprezentuj części szkolenia/zajęć: prebriefing, scenariusz, debriefing i określ ramy czasowe.
3. Przedstawienie i omówienie krótkie celu i celów pośrednich scenariusza — rozmowa dyskusja w oparciu o informacje *dla* studentów i informacje dla wykładowców.
4. Przedstaw gdzie będzie przeprowadzany scenariusz (SOR, sala pacjenta, sala opatrunkowa, mieszkanie pacjenta).
5. Zaprezentuj przypadek kliniczny: *Pacjent Jan Kowalski itd.*
6. Zaproponuj podział ról w grupie, wyznacz lidera (jeśli potrzebny).
7. Upewnij się czy poszczególni członkowie zespołu wiedzą za co są odpowiedzialni, czy rozumieją swoją rolę.
8. Zaproś uczestników do Sali symulacyjnej w celu zapoznania z salą i ze sprzętem.

Plan prebrifingu:

50. Tematem dzisiejszego szkolenia będzie Postępowanie z pacjentem po znieczuleniu podpajęczynówkowym.
51. Scenariusz został podzielony na 3 części:
    - Część pierwsza prebriefing, stanowiący wprowadzenie do scenariusza, który będzie trwał 10 minut.
    - Część druga to realizacja scenariusza, trwająca 10 minut.
    - Część trzecia jest to debriefing stanowiący omówienie i podsumowanie wykonywanego scenariusza, który będzie trwał 20-25 minut.

Zajęcia będą trwały 4 godz. więc każdy z was będzie mógł przećwiczyć scenariusz wcielając się różne role

52. Realizując dzisiejszy temat zajęć szczególną uwagę zwrócimy na:
    - Ocenę i obserwację stanu pacjenta.
    - Powiadomienie lekarza, umiejętność przekazania informacji.
    - Wykonanie zleceń lekarskich i zabiegów pielęgniarskich.

    (zadajemy pytania studentom)

Dziękuję za wyczerpujące odpowiedzi, udało nam się uzyskać informacje potrzebne do wykonania scenariusza.

53. Scenariusz będzie realizowany w Sali przygotowawczej na bloku operacyjnym.

54. Pozwólcie, że przejdę teraz do przedstawienia przypadku klinicznego
Pacjent Jan Kowalski lat 58. Przyjęty z powodu operacji żylaków kończy dolnych. W wywiadzie zawał mięśnia sercowego 10 lat temu. Operacja w trybie planowym. Znieczulenie wykonane z pierwszego ukłucia. Parametry pacjenta przed znieczuleniem: tętno 90 u/min, ciśnienie 150/90 mmHg, saturacja 98%. Po wykonaniu znieczulenia podpajeczynówkowego parametry życiowe uległy zmianie. Przyznaje się do palenia tytoniu ok 10 papierosów dziennie. Przed zabiegiem otrzymał na oddziale chirurgii 7,5 mg Dormicum. Pacjent otyły, rozwijające się POCHP. Wskaźnik INR w normie.
55. Czy wszystkie przedstawione przeze mnie informacje są zrozumiałe?
56. Teraz przydzielę Wam role, jakie będziecie pełnić w tym scenariuszu
Kto czuje się na siłach, aby być dzisiaj **liderem - pielęgniarką 1.**
Lider – pielęgniarka 1 - to osoba zbierająca wywiad od pacjenta oraz koordynująca działania personelu pielęgniarskiego oraz będzie odpowiedzialna za komunikację z lekarzem
Potrzebujemy jeszcze **pielęgniarkę nr 2,** która będzie odpowiedzialna za wykonywanie pomiarów podstawowych parametrów życiowych.
Potrzebujemy jeszcze jedną pielęgniarkę, **pielęgniarkę nr 3**, która będzie odpowiedzialna za wykonanie zleceń lekarskich oraz czynności pielęgniarskich.
Kolejne trzy osoby potrzebne podczas scenariusza to obserwatorzy.
Pierwszym obserwatorem będzie….. odpowiedzialna będzie za obserwowanie poprawności wykonywania procedur.
Drugim obserwatorem będzie….. odpowiedzialna będzie za obserwowanie komunikacji
Trzecim obserwatorem będzie….. odpowiedzialna będzie za obserwowanie całości scenariusza, czy wszystkie założone cele zostały osiągnięte
57. **Czy wszyscy wiedzą jakie role zostały im przydzielone?**
….., jesteś liderem- pielęgniarką 1, powiedz za co będziesz odpowiedzialna w czasie dzisiejszego scenariusza?
(osoba zbierająca wywiad od pacjenta oraz koordynująca działania personelu pielęgniarskiego oraz będzie odpowiedzialna za komunikację z lekarzem).
……jesteś pielęgniarką 2, powiedz na czym polega dzisiaj twoja praca?
(odpowiedzialna za wykonywanie pomiarów podstawowych parametrów życiowych).
……jesteś pielęgniarką 3, przypomnij, co będzie należało dzisiaj do twoich obowiązków?
(odpowiedzialna za wykonanie zleceń lekarskich oraz czynności pielęgniarskich).
……jesteś pierwszym obserwatorem (procedur), przypomnij, co należy do twoich obowiązków podczas dzisiejszego scenariusza?
……jesteś drugim obserwatorem (komunikacji), przypomnij, co należy do twoich obowiązków podczas dzisiejszego scenariusza?
……jesteś trzecim obserwatorem (obserwowanie całości scenariusza, czy wszystkie założone cele zostały osiągnięte), przypomnij, co należy do twoich obowiązków podczas dzisiejszego scenariusza?
58. Czy wszyscy rozumieją swoje role Jeżeli nie ma pytań, przechodzimy do sali symulacji medycznej
8. Zapraszam do sali symulacji w celu zapoznania się ze sprzętem.
Upewnijcie się, że znacie sprzęt na którym będziecie pracować.

INFORMACJE DLA STUDENTÓW	INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW
W dniu dzisiejszym nauczymy się postępowania z pacjentem po znieczuleniu podpajęczynówkowym. Przed przystąpieniem do znieczulenia PP ze względu na możliwość wystąpienia objawów niepożądanych i powikłań, pielęgniarka przygotowuje, oprócz zestawu do znieczulenia dodatkowo: - stanowisko anestezjologiczne - zestaw do resuscytacji, źródło tlenu oraz urządzenie do wentylacji mechanicznej. Właściwy poziom znieczulenia możemy korygować pozycją Trendelenburga bądź anty – Trendelenburga. Pełna stabilizacja znieczulenia występuje po około 20-30 min w zależności od zastosowanego środka znieczulenia miejscowego.	Wyobraźcie sobie sytuację,że jesteście na zajęciach praktycznych w oddziale anestezjologii. Spotykacie tam pacjenta, który przed chwilą miał wykonane znieczulenie podpajęczynówkowe. 1. Może ktoś z was miał wykonane znieczulenie podpajęczynówkowe? **Odp.** Tak, ja miałam 2. Do jakiej operacji było ono wykonane? **Odp.** Do operacji kolana. 3. Jak się wtedy czułaś? **Odp.** Miałam wykonaną premedykację na oddziale i tak naprawdę nie bałam się niczego.

Po upływie tego czasu zmiana pozycji nie wpływa na zakres znieczulenia. Ostatecznej oceny zasięgu i stopnia znieczulenia dokonuje anestezjolog, sprawdzając m.in. odczuwanie temperatury.
Podanie środka miejscowo znieczulającego do przestrzeni podpajeczynówkowej powoduje nie tylko miejscową blokadę nerwową, ale ma też wpływ bezpośredni bądź pośredni,
- w pierwszej kolejności na układ krążenia,
- w następnej kolejności na układ oddechowy,
- moczowo – płciowy,
- przewód pokarmowy
- nadnercza.

Hipotonia jest wprost proporcjonalna do stopnia wywołanej blokady współczulnej. Blokada współczulna prowadzi do rozszerzenia tętnic, tętniczek oraz dużych i małych żył, powodując zmniejszenie oporu naczyniowego i powrotu żylnego.
Występuje:
- bradykardia,
- zmniejszenie rzutu serca,
- spadek ciśnienia tętniczego krwi.

Blokadę współczulną osiąga się po ok. 12 min. od wstrzyknięcia środka znieczulającego miejscowo. Odpowiedzią na spadek ciśnienia tętniczego jest wyrównany skurcz naczyń powyżej obszaru znieczulonego, tj. w obrębie głowy, szyi i kończyn górnych.
Właściwy poziom znieczulenia podpajęczynówkowego nie ma żadnego wpływu na wentylację. Dopiero w przypadku, gdy zakres znieczulenia podniesie się do poziomu kręgów piersiowych i dojdzie do porażenia mięśni międzyżebrowych, mogą wystąpić trudności w oddychaniu.
Niewielkie, u chorych leżących na plecach z zachowaną czynnością przepony, bardziej poważne u pacjentów z niewielkimi rezerwami oddechowymi np. u bardzo otyłych.
Porażenie nerwów międzyżebrowych i mięśni brzucha zmniejsza skuteczność kaszlu, co jest bardzo istotne u chorych z POCHP.
W znieczuleniu podpajeczynówkowym, jak w każdej innej metodzie znieczulenia istnieje ryzyko wystąpienia objawów niepożądanych. Powikłania te dzielimy na:
- wczesne
- późne.

POWIKŁANIA WCZESNE
Spadek ciśnienia tętniczego krwi
– spowodowany blokadą przedzwojowych włókien współczulnych. Występuje w ciągu pierwszych 20 min. po podaniu leku miejscowo znieczulającego.
Leczenie hipotensji nie jest zawsze konieczne. Umiarkowana hipotensja może zmniejszyć utratę krwi podczas zabiegu i jest dobrze tolerowana przez większość pacjentów.

4. jak ci się wydaje, jaki sprzęt ze względu na możliwość wystąpienia objawów niepożądanych powinien być przygotowany?

Odp.
Przed przystąpieniem do znieczulenia PP ze względu na możliwość wystąpienia objawów niepożądanych i powikłań, pielęgniarka przygotowuje, oprócz zestawu do znieczulenia dodatkowo:
- stanowisko anestezjologiczne
- zestaw do resuscytacji,
- źródło tlenu oraz urządzenie do wentylacji mechanicznej.

5. Jak wg ciebie możemy korygować właściwy poziom znieczulenia?

Odp.
Właściwy poziom znieczulenia możemy korygować pozycją Trendelenburga bądź anty – Trendelenburga.

6. Jak myślisz, po jakim czasie występuje pełna stabilizacja znieczulenia?

Odp.
Pełna stabilizacja znieczulenia występuje po około 20-30 min w zależności od zastosowanego środka znieczulenia miejscowego.

7. Pamiętasz może na jakie układy ma wpływ podanie środka miejscowo znieczulającego?

Odp.
Podanie środka miejscowo znieczulającego do przestrzeni podpajeczynówkowej powoduje nie tylko miejscową blokadę nerwową, ale ma też wpływ bezpośredni bądź pośredni,
- w pierwszej kolejności na układ krążenia,
- w następnej kolejności na układ oddechowy,
- moczowo – płciowy,
- przewód pokarmowy
- nadnercza.

8. Jak myślisz, do czego prowadzi blokada współczulna?

Odp.
Hipotonia jest wprost proporcjonalna do stopnia wywołanej blokady współczulnej. Blokada współczulna prowadzi do rozszerzenia tętnic, tętniczek oraz dużych i małych żył, powodując zmniejszenie oporu naczyniowego i powrotu żylnego.

9. Jakie wg ciebie będą objawy takiej blokady?

Odp.
Występuje:
- bradykardia,
- zmniejszenie rzutu serca,
- spadek ciśnienia tętniczego krwi.

Ciężki lub źle tolerowany spadek powinno się leczyć środkami obkurczającymi naczynia oraz szybkim przetoczeniem odpowiedniej objętości płynów infuzyjnych.

Bradykardia

– w wyniku blokady sercowych włókien współczulnych, ustępuje zazwyczaj po podaniu Atropiny 0.5-1 mg i.v.

Nudności i wymioty

– występują jako objaw spadku ciśnienia tętniczego krwi, bradykardii. Wyrównanie ciśnienia tętniczego krwi oraz podanie O_2, likwiduje te objawy.

Całkowite znieczulenie podpajęczynówkowe

– jest następstwem pełnej blokady współczulnej i porażenia przepony w wyniku przedawkowania środka miejscowo znieczulającego, nieprawidłowego ułożenia pacjenta do znieczulenia bądź przypadkowego znieczulenie rdzeniowego podczas wykonywania znieczulenia zewnątrzoponowego. Jest powikłaniem rzadkim, ale jednocześnie stanem zagrożenia życia.

Objawy to:

- niepokój po wstrzyknięciu leku miejscowo znieczulającego,
- duszność,
- znaczny spadek ciśnienia tętniczego krwi,
- bezdech,
- rozszerzenie źrenic,
- utrata przytomności.

Leczenie obejmuje natychmiastową intubację, wentylację mechaniczną, ułożenie w pozycji anty-Trendelenburga, podaż płynów infuzyjnych, podanie środków obkurczających naczynia

Spadek temperatury ciała

– jako następstwo rozszerzenia naczyń w wyniku blokady współczulnej oraz zimnego otoczenia.

Parestezje – bezpośrednie uszkodzenie nerwu rdzeniowego podczas wkłuwania igły lub wstrzyknięcia leku do nerwu. Igłę natychmiast usunąć i wkłuć ponownie.

Krwawa punkcja – nakłucie żyły zewnątrzoponowej w czasie wkłuwania igły może spowodować wypływ krwi z igły lub płynu mózgowo - rdzeniowego z krwią. Jeżeli PMR szybko się nie oczyści, należy usunąć igłę i wkłuć ponownie.

Złamanie igły – pod wpływem zginania, oporu kości. Natychmiastowa interwencja chirurgiczna.

POWIKŁANIA PÓŹNE

Zatrzymanie moczu – blokada nerwów krzyżowych $S_2 – S_4$ powoduje atonię pęcherza moczowego. Pacjent powinien oddać mocz w ciągu 4 godzin po znieczuleniu, co jest istotne w przypadku dużej podaży płynów infuzyjnych w czasie zabiegu.

Bóle pleców – należą do najczęstszych, a zarazem łagodnych dolegliwości zlokalizowanych w miejscu wkłucia. Leczenie objawowe.

10. Jak myślisz, kiedy możemy mieć problemy z wentylacją u pacjenta znieczulanego podpajęczynówkowo?

Odp.

Dopiero w przypadku, gdy zakres znieczulenia podniesie się do poziomu kręgów piersiowych i dojdzie do porażenia mięśni międzyżebrowych, mogą wystąpić trudności w oddychaniu. Niewielkie, u chorych leżących na plecach z zachowaną czynnością przepony, bardziej poważne u pacjentów z niewielkimi rezerwami oddechowymi np. u bardzo otyłych.

11. Przypominij…… jakie znasz powikłania w znieczuleniu podpajęczynówkowym?

Odp.

POWIKŁANIA WCZESNE

Spadek ciśnienia tętniczego krwi

– spowodowany blokadą przedzwojowych włókien współczulnych. Występuje w ciągu pierwszych 20 min. po podaniu leku miejscowo znieczulającego.

Leczenie hipotensji nie jest zawsze konieczne. Umiarkowana hipotensja może zmniejszyć utratę krwi podczas zabiegu i jest dobrze tolerowana przez większość pacjentów.

Ciężki lub źle tolerowany spadek powinno się leczyć środkami obkurczającymi naczynia oraz szybkim przetoczeniem odpowiedniej objętości płynów infuzyjnych.

Bradykardia

– w wyniku blokady sercowych włókien współczulnych, ustępuje zazwyczaj po podaniu Atropiny 0.5-1 mg i.v.

Nudności i wymioty

– występują jako objaw spadku ciśnienia tętniczego krwi, bradykardii. Wyrównanie ciśnienia tętniczego krwi oraz podanie O_2, likwiduje te objawy.

Całkowite znieczulenie podpajęczynówkowe

– jest następstwem pełnej blokady współczulnej i porażenia przepony w wyniku przedawkowania środka miejscowo znieczulającego, nieprawidłowego ułożenia pacjenta do znieczulenia bądź przypadkowego znieczulenie rdzeniowego podczas wykonywania znieczulenia zewnątrzoponowego. Jest powikłaniem rzadkim, ale jednocześnie stanem zagrożenia życia.

12. Przypomnij proszę jakie znasz objawy całkowitego znieczulenia podpajeczynówkowego?

Odp.

Objawy to:

- niepokój po wstrzyknięciu leku miejscowo znieczulającego,
- duszność,
- znaczny spadek ciśnienia tętniczego krwi,

Popunkcyjne bóle głowy
– występują w ciągu 24-48 godz. po znieczuleniu i trwają ok. 1 tygodnia. Są spowodowane ubytkiem płynu mózgowo – rdzeniowego podczas wykonywania znieczulenia.

Pojawiają się w okolicy potylicznej i czołowej, niekiedy towarzyszą im zaburzenia wzroku, słuchu oraz zawroty głowy. Nasilają się w pozycji stojącej oraz parcia z udziałem mięśni brzucha. Profilaktyka polega głównie na używaniu jak najcieńszych igieł, oraz prawidłowych technik wykonania znieczulenia, zaś leczenie na zastosowaniu środków przeciwbólowych. W ciężkich postaciach, gdy po leczeniu zachowawczym nie ma poprawy, do przestrzeni zewnątrzoponowej podaje się „łatę" z własnej krwi pacjenta. Pobrane w warunkach aseptycznych 10 – 20 ml krwi chorego, wstrzykuje się do przestrzeni zewnatrzoponowej w miejscu wcześniej wykonanej punkcji. Pacjent powinien leżeć 30 – 60 min. płasko. Jeżeli bóle głowy pojawiają się ponownie, wstrzyknięcie krwi powtarza się po 24 godz. W celu ułatwienia szybszego wytwarzania płynu mózgowo – rdzeniowego podaje się pacjentowi dożylnie od 2000 – 2500 ml izotonicznych płynów infuzyjnych.

Powikłania neurologiczne – najbardziej niebezpieczne i występujące bardzo rzadko.

Przyczyną powikłań neurologicznych jest:
- bezpośrednie uszkodzenie rdzenia kręgowego lub korzenia rdzeniowego (igłą, podaniem leku, przedostaniem się do przestrzeni podpajęczynówkowej środka chemicznego do mycia i dezynfekcji skóry, krwiakiem kanału kręgowego),
- zaburzenie ukrwienia rdzenia kręgowego (w wyniku utrzymującego się niskiego ciśnienia tętniczego krwi lub działania środków obkurczających naczynia),
- zakażenie bakteryjne kanału kręgowego (po użyciu zakażonego sprzętu, leków oraz przeniesienia infekcji z miejsca wkłucia),
- nierozpoznane wcześniej schorzenia neurologiczne, których objawy pojawiają się podczas znieczulenia lub operacji.

Niezwykle rzadkim, ale poważnym powikłaniem w tej grupie jest **krwiak podpajęczynówkowy,** który musi być wcześnie rozpoznany i leczony. Typowe objawy to:
- ostry promieniujący ból pleców,
- czuciowe i motoryczne ubytki trwające dłużej, niż wynika to z czasu trwania znieczulenia.

Objawy te mogą występować nie jednocześnie, bądź mogą pojawić się objawy nietypowe jak osłabienie mięśniowe czy zatrzymanie moczu. Leczenie to natychmiastowa chirurgiczna dekompresja, ponieważ po upływie 24-godzinnego ucisku rdzenia kręgowego, możliwość uzyskania pełnej poprawy neurologicznej jest bardzo mała.

- bezdech,
- rozszerzenie źrenic,
- utrata przytomności.

13. Jak myślisz, jakiego rodzaju leczenie należy zastosować w przypadku stwierdzenia takich objawów?
Odp.
Leczenie obejmuje natychmiastową intubację, wentylację mechaniczną, ułożenie w pozycji anty-Trendelenburga, podaż płynów infuzyjnych, podanie środków obkurczających naczynia

14. Jak myślisz, czym są spowodowane zmiany w parametrach życiowych?
Odp.
Rozszerzeniem naczyń krwionośnych

15. Cieszę się, że zauważyłaś iż ulegają zmianie parametry życiowe, a może wiesz jak zmienia się tętno i ciśnienie?
Odp.
Tętno i ciśnienie spada. Tętno w wyniku blokady sercowych włókien współczulnych, a spadek ciśnienia wywołany blokadą przedzwojowych włókien współczulnych.

16. Czy zgodzicie się ze mną, że u pacjentów znieczulanych mogą występować nudności i wymioty?
Odp.
Tak, mogą występować.

17. Jak myślisz czym mogą być one spowodowane?
Odp.
Występują jako objaw spadku ciśnienia tętniczego krwi, bradykardii. Wyrównanie ciśnienia tętniczego krwi oraz podanie O_2, likwiduje te objawy.

18. Jak myślicie, czy założenie drugiego dużego wkłucia ma znaczenie u pacjentów, znieczulanych podpajęczynówkowo?
Odp.
Tak, do każdego znieczulenia, operacji pacjent powinien mieć założone dwa duże wkłucia, zapewnia to lepsze bezpieczeństwo.

20. Czy wg ciebie potrzebne jest zlecenie lekarskie do wykonania dużego obwodowego wkłucia?
Odp.
Nie, takie działania należą do kompetencji pielęgniarki.
Jakie jeszcze…
Jak myślicie….
Co sądzicie….
Zabrakło mi….

Dziękuję za wyczerpujące wypowiedzi, udało nam się uzyskać potrzebne informacje do wykonania scenariusza.

	Kto czuje się na siłach, aby być dzisiaj **liderem - pielęgniarką 1.** Lider – pielęgniarka 1 - to osoba zbierająca wywiad od pacjenta oraz koordynująca działania personelu pielęgniarskiego oraz będzie odpowiedzialna za komunikację z lekarzem Potrzebujemy jeszcze **pielęgniarkę nr 2,** która będzie odpowiedzialna za wykonywanie pomiarów podstawowych parametrów życiowych Potrzebujemy jeszcze jedną pielęgniarkę, **pielęgniarkę nr 3**, która będzie odpowiedzialna za wykonanie zleceń lekarskich oraz czynności pielęgniarskich. Kolejne trzy osoby potrzebne podczas scenariusza to obserwatorzy. **Pierwszym obserwatorem** będzie….. odpowiedzialna będzie za obserwowanie poprawności wykonywania procedur. **Drugim obserwatorem** będzie….. odpowiedzialna będzie za obserwowanie komunikacji **Trzecim obserwatorem** będzie….. odpowiedzialna będzie za obserwowanie całości scenariusza, czy wszystkie założone cele zostały osiągnięte **Czy wszyscy wiedzą jakie role zostały im przydzielone?** ….., jesteś liderem- pielęgniarką 1, powiedz za co będziesz odpowiedzialna w czasie dzisiejszego scenariusza? ……jesteś pielęgniarką 2, powiedz na czym polega dzisiaj twoja praca? ……jesteś pielęgniarką 3, przypomnij, co będzie należało dzisiaj do twoich obowiązków? ……jesteś pierwszym obserwatorem (procedur), przypomnij, co należy do twoich obowiązków podczas dzisiejszego scenariusza? ……jesteś drugim obserwatorem (komunikacji), przypomnij, co należy do twoich obowiązków podczas dzisiejszego scenariusza? ……jesteś trzecim obserwatorem (obserwowanie całości scenariusza, czy wszystkie założone cele zostały osiągnięte), przypomnij, co należy do twoich obowiązków podczas dzisiejszego scenariusza? Jeżeli nie ma pytań, przechodzimy do sali symulacji medycznej

ZAPOZNANIE STUDENTÓW ZE SPRZĘTEM	
Wykładowca	Będziemy pracować dzisiaj w oddziale anestezjologii. Będziecie używać sprzętu monitorującego podstawowe parametry życiowe pacjenta, sprzętu ratującego życie oraz korzystać ze sprzętu, który jest niezbędny w postępowaniu pielęgnacyjnym z pacjentem. Poznacie więc kardiomonitor z dodatkowym wyposażeniem: do pomiaru wartości saturacji, różne rozmiary mankietów do pomiaru ciśnienia tętniczego oraz zestaw do zabezpieczenia dróg oddechowych.
Student	Każdy student powinien zapoznać się ze sprzętem – szczególnie fantomem.
SCENARIUSZ SYMULACJI	
Opis scenariusza	Pacjent Jan Kowalski lat 58. Przyjęty z powodu operacji żylaków kończy dolnych. W wywiadzie zawał mięśnia sercowego 10 lat temu. Operacja w trybie planowym. Znieczulenie wykonane z pierwszego ukłucia. Parametry pacjenta przed znieczuleniem: tętno 90 u/min, ciśnienie 150/90 mmHg, saturacja 98%. Po wykonaniu znieczulenia podpajeczynówkowego parametry życiowe uległy zmianie. Przyznaje się do palenia tytoniu ok 10 papierosów dziennie. Przed zabiegiem otrzymał na oddziale chirurgii 7,5 mg Dormicum. Pacjent otyły, rozwijające się POCHP. Wskaźnik INR w normie.
Obecny stan kliniczny	Pacjent blady, niespokojny, oddychający szybko i płytko, łapiący oddech, spadek ciśnienia i bradykardia
Wywiad dla studenta	Pacjent przyjmuje na stałe leki zalecone przez kardiologa po przebytym zawale, których nazw nie pamięta. Innych leków nie przyjmuje
Wywiad dla wykładowcy	Pacjent od 10 lat prowadzi własną działalność gospodarczą. Wraz z synem jeździ samochodem ciężarowym na terenie Polski. Prowadzi siedzący tryb życia. Lubi jeść dużo i tłusto. Przyznaje się do palenia ok 20 papierosów dziennie i spożywania alkoholu w dużych ilościach 2-3 razy w tygodniu.

Przebieg scenariusza Ścieżka 1	Podział na role: 1. Lider - pielęgniarka 1 –	Przebieg scenariusza: **pacjent**
	Nawiązuje kontakt z pacjentem, przedstawia się. - Nazywam się Anna Kowalska jestem pielęgniarką oddziału anestezjologii, będę się dzisiaj panem opiekowała	- dzień dobry, bardzo mi miło,
	- jest już po znieczuleniu jak się pan czuje	- wszystko w porządku, trochę ciepło mi w nogi się zrobiło
	- to wszystko w porządku tak właśnie się dzieje po takim znieczuleniu	- widzę, że opiekują się tutaj mną osoby, które mają doświadczenie, bardzo mnie to cieszy, czuję się bezpiecznie
	Pielęgniarka 1 zleca pielęgniarce 2 pomiar temp. Ciała jeśli do tej pory nie została zmierzona Pielęgniarka 2 Podłącza pacjenta do monitora i włącza pomiar ciśnienia tętniczego	
	- proszę pana zmierzę teraz panu ciśnienie, po takim znieczuleniu musimy często mierzyć ciśnienie, proszę się nie denerwować	- oczywiście oddaję się całkowicie w wasze ręce, wiem, że wiecie doskonale co macie robić

Przebieg scenariusza Ścieżka 1	Pielęgniarka 1 informuje lekarza spadku ciśnienia Przekazuje pielęgniarce nr 3 wykonanie zlecenia lekarskiego	Paleta 2 (2 min od początku) U pacjenta występuje odruch wymiotny, dochodzi do spadku ciśnienia
	Pielęgniarka 3	Pielęgniarka 3 sprawdza wkłucie i podaje pacjentowi lek zgodnie ze zleceniem lekarskim odnotowując to w karcie zleceń lekarskich
	- Podaje pacjentowi na zlecenie lekarza 10mg ephedryny Układa pacjenta w pozycji anty- Trendelenbutga	
	- jak się panu oddycha, nie jest ciężko oddychać?	
	Podaje tlen przez maskę twarzową 10 l/ min - zwiększa szybkośc podawanej kroplówki - proszę się nie bać już wezwaliśmy anestezjologa - na zlecenie lekarza podłącza drugi płyn infuzyjny 500 ml Optylite	- źle się czuję, chce mi się wymiotować, słabo mi, duszno, nie mogę oddychać
	Pielęgniarka 1 wzywa anestezjologa informując o spadku ciśnienia i narastającej bradykardii	Paleta 3 (4 min od początku) Pacjent przestaje oddychać
	Pielęgniarka 1 Przygotowuje zestaw do intubacji, przewidując, że będzie niezbędny Anestezjolog prosi o zestaw do intubacji informując, że doszło do całkowitego znieczulenia podpajeczynówkowego Zleca podanie 0,5 mg Atropiny i 10 mg Ephedryny Pacjent dalej ułożony w pozycji anty-trendelenburga	Pielęgniarka 2 Podaje zestaw do intubacji, uszczelnia wprowadzoną rurkę intubacyjną i podłącza do Ambu Pielęgniarka 3 Podaje leki zgodnie ze zleceniem lekarskim
		Pielegniarka 1 Prowadzi oddech zastępczy, po ok 1 min, wraca oddech samoistny Paleta 4(po5 min od początku) Po podaniu zaleconych leków parametry się poprawiają
	W związku z powikłaniami jakie wystąpiły podczas znieczulenia podpajeczynówkowego zabieg operacyjny będzie wykonany w trybie późniejszym.	Pacjentowi wzrasta ciśnienie, tętno się przyśpiesza, brak oznak niedotlenienia.
Przebieg scenariusza Ścieżka 2		

PALETA 1 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE WRAZ Z PRAWIDŁOWYM PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna		Parametry przed wykonaniem znieczulenia									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	Oddech	EKG	NIBP	Spo2	CO2	Temp.	Sinica%	Oczy	Obrzęki	
	Liczba	16	110	130/70	98						
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia dotyczą:									
PALETA 2 – po 2 min											
Informacja ogólna		Wymioty i spadek ciśnienia									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	Oddech	EKG	NIBP	Spo2	CO2	Temp.	Sinica	Oczy	Obrzęki	
	Liczba	20	60	90/50	90						
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia dotyczą:									
PALETA 3 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE NIEZGODNIE Z PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA po 4 min											
Informacja ogólna		Spadek ciśnienia, bradykardia, zatrzymanie oddechu									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	Oddech	EKG	NIBP	SpO2	CO2	Temp	Sinica	Oczy	Obrzęki	
	Liczba	0	40	50/30	76			40			
	Cechy										
	Inne										
PALETA 4 – po 5 min											
Informacja ogólna		Po podaniu leków									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	Oddech	EKG	NIBP	Spo2	Co2	Temp	Sinica	Oczy	Obrzęki	
	Liczba	14	110	90/50	96						
	Cechy										
	Inne										

DEBRIEFING:	
INFORMACJE DLA STUDENTÓW	**INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW**
Celem dzisiejszych zajęć była nauka postępowania z chorym u którego podczas znieczulenia podpajęczynówkowego doszło do powikłań. Każda z osób w grupie miała do wykonania określone zadania, o różnym stopniu trudności. Dzisiejsze ćwiczenie ma zastosowanie na egzaminie OSC oraz w pracy z pacjentem w warunkach szpitalnych, a przede wszystkim z pacjentami w nagłym zagrożeniu życia.	1. Jak się czujecie po zrealizowaniu scenariusza. Faza opisowa Pytanie do Pielęgniarki 1, 2,3 Jakie zadania miałaś dzisiaj do wykonania? Jakie decyzje podjęłaś? Faza analizy **Pielęgniarka1** Z czego jesteś najbardziej zadowolona, co wyszło ci najlepiej? **Pielęgniarka 2,3, j/w**

	Pielęgniarka 1 Czy jest coś, co chciałbyś poprawić? **Obserwator 1,2** Czy w tej sytuacji postąpiłbyś inaczej? Jeśli tak, to jak ty byś to zrobił? Faza czynności **Pielęgniarka:** Co mogłabyś poprawić? Jak mogłabyś to poprawić? Czy zgadzasz się z tym co powiedziała koleżanka? Jak ty byś postąpiła w tej sytuacji? Wydaje mi się, że zabrakło…..? Zgodzisz się, że lepszym rozwiązaniem byłoby….? Powiedziałaś, że zmierzyłaś parametry życiowe pacjenta, co cię zaniepokoiło? Podawałaś leki, powiedz po co to robiłaś? Wezwałaś lekarza, co cię do tego skłoniło? Cieszę się, że zaniepokoiło cię…. **Obserwator:** Jakie atuty komunikacji zauważyłaś w zespole? Jak uważasz przekaz komunikatów w grupie był jasny? Co najbardziej podobało ci się podczas wykonywania procedur? Jak uważasz parametry zostały zmierzone prawidłowo? Jak myślisz leki zostały podane we właściwy sposób? Jak uważasz podczas wykonywanych czynności były przestrzegane procedury medyczne? Jest coś co zrobiłbyś inaczej? Co by to zmieniło? Co byś dodał do dzisiejszych zajęć? **<u>Faza podsumowania</u>** Czego nauczyłaś się z tego scenariusza? Jakich czynności z tego scenariusz nauczyłaś się? Gdzie w przyszłości wykorzystasz umiejętność jakiej się dzisiaj nauczyłaś? Bardzo dziękuję za dzisiejsze zajęcia. Nauczyliście się postępowania z pacjentem, u którego doszło do nagłego zagrożenia życia. Wiecie już jak ważne jest dokładne przygotowanie sprzętu, który jest niezbędny podczas wykonywania wszystkich procedur anestezjologicznych. Wiecie już jak ważne jest szybkie i zdecydowane działania pielęgniarskie. Po dzisiejszych zajęciach, zapamiętacie, że do każdego rodzaju znieczulenia niezbędny jest zestaw do ratowania życia. Każde znieczulenie, nawet to uznawane za najmniej inwazyjne może wpłynąć na pogorszenie stanu zdrowia, a nawet doprowadzić do śmierci pacjenta. Na kolejnych zajęciach będziemy zajmowali się pacjentem, który ……...

Zastosowanie umiejętności:	Umiejętność ma zastosowanie podczas ZP i P w szpitalu oraz egzaminu OSC.
Literatura	1. K Pielęgniarstwo anestezjologiczne – A. Kübler; Urban & Partner, Wrocław 2017; str. 235-247; 370-371; 2. Anestezjologia i intensywna opieka – L. Wołowicka, D. Dyk, PZWL Warszawa 2007; str. 64-70; 3. Standardy anestezjologicznej opieki pielęgniarskiej – Krajewska-Kułak E., Rolka H., Jankowiak B. PZWL Warszawa 2014; str. 119-124
Umiejętności podstawowe:	**Wiedzy:** 1. Normy parametrów życiowych 2. Sprzęt niezbędny do wykonania intubacji dotchawiczej 3. Ułożenie pacjenta **Umiejętności:** 1. Monitorowanie podstawowych parametrów życiowych 2. Asystowanie podczas intubacji 3. Prowadzenie oddechu zastępczego
Efekty kształcenia	**Wiedza** 1. D.W01, wymienia objawy zagrożenia życia u pacjentów w różnym wieku; 2. D.W05, zna zasady diagnozowania w pielęgniarstwie internistycznym, geriatrycznym, chirurgicznym, pediatrycznym, neurologicznym, psychiatrycznym, anestezjologicznym, położniczo-ginekologicznym i opiece paliatywnej; 3. D.W40, zna standardy i procedury postępowania w stanach nagłych i zabiegach ratujących życie; 4. D.W41, zna zasady przygotowania sali operacyjnej do zabiegu w znieczuleniu ogólnym i regionalnym; 5. D.W42, charakteryzuje kierunki obserwacji pacjenta w trakcie zabiegu operacyjnego, obejmujące monitorowanie w zakresie podstawowym i rozszerzonym; 6. D.W43, zna przebieg procesu znieczulania oraz zasady i metody opieki nad pacjentem po znieczuleniu; 7. D.W44, charakteryzuje metody znieczulenia regionalnego i zadania pielęgniarki anestezjologicznej w trakcie i po znieczuleniu regionalnym; **Umiejętności** 1. D.U10, ocenia stan ogólny pacjenta w kierunku powikłań po specjalistycznych badaniach diagnostycznych i powikłań pooperacyjnych; 2. D.U22, prowadzi rozmowę terapeutyczną; 3.D.U26, przekazuje informacje o stanie zdrowia chorego członkom zespołu terapeutycznego; **Kompetencje** 1. D.K1, szanuje godność i autonomię osób powierzonych opiece; 2. D.K4, wykazuje odpowiedzialność moralną za człowieka i wykonywanie zadań zawodowych; 3. D.K5, przestrzega praw pacjenta; 4.D.K6, rzetelnie i dokładnie wykonuje powierzone obowiązki zawodowe; 5.D.K10, przejawia empatię w relacji z pacjentem i jego rodziną oraz współpracownikami.

SCENARIUSZ SYMULACJI MEDYCZNEJ SWW **Autor mgr Karol Laskowski**						Nr porządkowy	SWW zgodnie z wykazem
Czas zajęć	45 Min	Czas scenariusza	15	Liczba studentów	7		
Nazwa	**Postępowanie z pacjentem geriatrycznym z depresją**						
Cel główny	**Nauka postępowania z pacjentem z rozpoznaną depresją**						
Cel szczegółowy	1. Ocena i obserwacja stanu pacjenta. 2. Zebranie wywiadu psychiatrycznego. 3. Pomiar podstawowych parametrów życiowych. 4. Zastosowanie prawidłowego schematu postępowania leczniczego i pielęgniarskiego. 5. Właściwa interpretacja stanu psychicznego pacjenta. 6. Właściwa komunikacja z pacjentem i jego rodziną.						
Metoda	Symulacji wysokiej wierności						
INFORMACJE TECHNICZNE I ORGANIZACYJNE							
Numer Sali	Nr201	Numer stanowiska	Nr 1	Numer trenażera, fantomu	Nr Zgodnie z wykazem		
Sprzęt wielokrotnego użytku	1. Fantom 2. Zestaw do pomiaru temperatury ciała 3. Kardiomonitor 4. Zestaw do podawania leków doustnych			Sprzęt jednorazowego użytku	1. Rękawiczki jednorazowe: - rozmiar L10 sztuk - rozmiar M 10 sztuk 2. Zestaw do pomiaru temperatury ciała 3. Zestaw do podawania leków doustnych.		
Pozostałe wyposażenie	Dokumentacja medyczna: 1. Indywidualna karta zlecenia lekarskiego z informacjami: Mianseryn 3 x1 tab 2. Stojak do podłączenia wlewu kroplowego. 3. Biurko i krzesło. 4. Papier i przybory do pisania.			Ubrania i charakteryzacja	1. Zaczerwienienie na twarzy, otoczenie w nieładzie, pacjent zdezorientowany)		
Informacja ogólna dla technika	Symulator umieszczony w łóżku, w pozycji leżącej na plecach, poduszka włożona pod głowę, fantom przykryty kocem, prześcieradło w nieładzie oraz otoczenie.						

Parametry początkowe symulatora											
	Nazwa	R -oddech	EKG	NIBP	SpO_2	CO_2	Temp. °C	Sinica%	Oczy	Obrzęki	
	Liczba	21	65	110/70	98	-	37	-	otwarte	+	
	Cechy								L-N ; P-N	stopy	
	Inne	Inne ustawienia: jeśli dotyczą									

Czynności początkowe	Należy wpisać co trzeba wykonać przed rozpoczęciem zajęć, scenariusza np.: **Wykładowca:** 1. Przed rozpoczęciem zajęć sprawdza sposób przygotowania stanowiska i kompletacje. 2. Sprawdza listę uczestników i kartę informacyjną scenariusza itp. 3. Rozpoczyna scenariusz - prosząc o wyłączenie telefonów, zajęcie miejsc itp. - informacja za 3 min. Rozpoczynamy, proszę zająć miejsca itp. *Co jeszcze trzeba zrobić i kto w scenariuszu którego to dotyczy.*

REALIZACJA SCENARIUSZA
WPROWADZENIE - PREBREFING:
PLAN PREBREFINGU: 59. W dniu dzisiejszym nauczymy się postępowania z pacjentem geriatrycznym z depresją. 60. Scenariusz będzie trwał 40 minut, został podzielony na 3 części: – część pierwsza prebrifing, stanowiący wprowadzenie do scenariusza, który będzie trwał 10 minut. – Część druga to realizacja scenariusza, trwająca 15 minut. – Część trzecia jest to debrifing stanowiący omówienie i podsumowanie wykonywanego scenariusza, który będzie trwał 20 minut. 61. Celem głównym scenariusza jest *postępowanie z pacjentem z rozpoznaną depresją.* 2. Cele szczegółowe: ocena i obserwacja stanu pacjenta, zbieranie wywiadu psychiatrycznego, pomiar podstawowych parametrów życiowych, zastosowanie prawidłowego schematu postępowania leczniczego i pielęgniarskiego, właściwa interpretacja stanu psychicznego pacjenta, komunikacja z zespołem terapeutycznym i jego rodziną. 62. Scenariusz będzie realizowany w Oddziale Geriatrii. 63. Czy wszystkie przedstawione przeze mnie informacje są zrozumiałe? 64. Zaprezentuję teraz przypadek kliniczny: *Jan Kowalski, lat 80* Pacjent z utrudnionym kontaktem słownym, splątany, pod ścisłą kontrolą personelu. 1. Teraz przydzielę Wam role, jakie będziecie pełnić w tym scenariuszu h. .....będziesz liderem (Pielęgniarką 1), do Twoich zadań będzie należało zebranie wywiadu, koordynacja współpracy z zespołem terapeutycznym i. .....będziesz Pielęgniarką 2, do Twoich zadań będzie należał pomiar parametrów h. .....będziesz Pielęgniarką 3, do Twoich zadań będzie należało wykonanie zleceń lekarskich (podawanie leków itd..) i. .....będziesz obserwatorem, do twoich zadań będzie należało obserwowanie komunikacji w zespole terapeutycznym j. .....będziesz obserwatorem, do Twoich zadań będzie należało obserwowanie procedur zastosowanych w scenariuszu. 9. Czy wszyscy zrozumieli przydzielone im role? 10. Zwracam się do każdej osoby z zapytaniem czy rozumie przydzieloną rolę i proszę o powtórzenie zleconych zadań. 11. Zapraszam do sali symulacji w celu zapoznania się ze sprzętem.

INFORMACJE DLA STUDENTÓW	INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW
Depresja - choroba charakteryzująca się zmianami nastroju, napędu **i** emocji. W języku codziennym o depresji mówimy w przypadku złego samopoczucia, obniżonego nastroju, przygnębienia, niezależnie od przyczyny tego stanu. Częstość występowania depresji szacowana jest na **15-20%** populacji osób po **65.** roku życia. Przyczyny depresji można podzielić na: **1) endogenne** - choroba afektywna jedno - i dwubiegunowa; **2) psychospołeczne** - depresje reaktywne (reakcja żałoby po utracie bliskich osób, samotność, ubóstwo, częste niedożywienie, trudności adaptacyjne, zaburzenia nerwicowe); **3) somatyczne** - depresja w przebiegu chorób somatycznych (choroba nadciśnieniowa, choroby tarczycy, choroby nadnerczy, choroby przytarczyc, przewlekle infekcje, choroba niedokrwienna serca, choroby onkologiczne, złamania, urazy, zabiegi operacyjne);	1. Wyobraźcie sobie, że jesteście na oddziale Geriatrii, na której przebywa pacjent z problemem depresji. 2. Jak uważasz, jakie pytania możesz zadać pacjentowi? Odp. Proste pytania. Jak się Pan czuje ?, Gdzie Pan się znajduję ? 3. Na jakie parametry zwróciłbyś uwagę? Odp. Oddech, tętno, temperatura, saturacja, pomiar ciśnienia tętniczego. 4. Jak myślisz, czy współpraca zespołu terapeutycznego jest ważna? 5. Odp. Tak myślę że współpraca zespołu terapeutycznego jest bardzo ważna ponieważ można szybciej pomóc pacjentowi i zdiagnozować chorobę.

- depresje w chorobach organicznych mózgu (choroba Parkinsona, choroba Alzheimera, udar mózgu); - depresje związane ze stosowaniem leków; - depresje związane ze stosowaniem różnych substancji w przebiegu zatruć i uzależnień. Granice pomiędzy tymi trzema kategoriami zaburzeń depresyjnych są często trudne do określenia - u chorych w wieku podeszłym, ze względu na zmiany wynikające z samego procesu starzenia oraz często występującą wielochorobowość, mogą współwystępować różne przyczyny. − Główne objawy zaburzeń depresyjnych to: obniżony nastrój, zmniejszenie zainteresowań lub zmniejszenie satysfakcji z wykonywanych czynności (anhedonia), przyrost masy ciała), zaburzenia snu (bezsenność lub nadmierna senność), spowolnienie lub pobudzenie psychoruchowe, zmęczenie, poczucie utraty energii, poczucie małej wartości, poczucie winy, zaburzenia koncentracji, trudności w podejmowaniu decyzji, nawracające myśli o śmierci, myśli samobójcze. Natomiast obraz depresji w wieku podeszłym ma często inny charakter. Może pojawiać się tzw. **depresja agitowana,** charakteryzująca się niepokojem ruchowym, silnym lękiem.	

ZAPOZNANIE STUDENTÓW ZE SPRZĘTEM	
Wykładowca	Na poprzednich zajęciach zapoznaliście się z obsługą kardiomonitora, w dniu dzisiejszym dodatkowo wykonamy zapis EKG. Włącz symulator, zapoznaj z funkcjami. Pacjent ma rozpoznaną depresję, na którą choruje od ok. 5 lat. Pacjent przyjmuje Mianseryn 3 x 1 tab.
Student	Każdy student podchodzi do symulatora, zapoznaje się z jego funkcjami. Student zapoznaje się ze sprzętem – dotyka, wyjmuje z opakowania.
SCENARIUSZ SYMULACJI	
Opis scenariusza	Pacjent Jan Kowalski lat 70. Przyjęty na Oddział Geriatrii, jest w pierwszej dobie hospitalizacji. U pacjenta stwierdzono depresję, brak apetytu - nie spożywał posiłku od czasu przyjęcia do szpitala.
Obecny stan kliniczny	Pacjent ma utratę łaknienia spowodowaną chorobą oraz dużą utratę masy ciała. Pacjent przebywa na oddziale geriatrii.
Wywiad	Dane pacjenta oraz wyniki wykonywanych badań oraz zlecone przez lekarza prowadzącego leki znajdują się w karcie pacjenta.

Przebieg scenariusza (5 minut) Ścieżka 1	**<u>Pielęgniarka 1</u>** Po zapoznaniu się z dokumentacją przedstawia się pacjentowi i nawiązuje kontakt słowny z pacjentem, określa stan pacjenta.	**Lider-Pielęgniarka 1** Nazywam się ..... Jestem pielęgniarką. ***Jak się Pan nazywa?*** ***Jak się Pan czuje?*** ***Odpowiedź: Jan Kowalski*** ***Odpowiedź: Źle się czuję, mam zawroty głowy, nie mam ochoty na nic …….*** ***Proszę mi nie przeszkadzać.***

Przebieg scenariusza (5 minut) Ścieżka 1	**<u>Pielęgniarka 2</u>** Dokonuje pomiaru parametrów: BP, tętno, temperatura, SPO_2, Odpowiada **Pielęgniarce 1**, *BP 110/80, saturacja 98%, oddechy 21/min, temp 37 °C.*	***Zadam ostatnie pytanie, jakie leki Pan przyjmuje?*** ***Odpowiedź: Przyjmowałem Mianseryn.*** **Pielęgniarka 2** ***Zmierzę Panu parametry.*** ***Odpowiedź: Dobrze.*** **Pielęgniarka 2 odpowiada** Parametry są w normie. **<u>Pacjent pyta Pielęgniarkę 2</u>** *Proszę dać mi spokój. Poproszę o wezwanie lekarza.*
	<u>Pielęgniarka 3</u> Wykonuje pomiar glukozy - wynik 105mg%	**Pielęgniarka 3** ***Zmierzę Panu poziom cukru we krwii.*** ***Odpowiedź: Dobrze***
Przebieg scenariusza Ścieżka 2 (5 minut)	Lekarz wchodzi na salę chorego i pyta **<u>Pielęgniarkę 1</u>** *Pacjent mnie wzywał, co się dzieje*? Odpowiada **<u>Pielęgniarka 1</u>**- *Panie doktorze, mamy problem z pacjentem. Od przyjęcia na oddział Pan Jan nie spożył posiłku, jest odwodniony i bardzo szczupły. Jak Pan doktor, wie ma stwierdzoną depresję.* Lekarz prosi pielęgniarkę o rozmowę z pacjentem oraz jego edukację.	***<u>Pielęgniarka 1</u>*** Panie Janie możemy porozmawiać ? **<u>Pacjent</u>** : Tak ***<u>Pielęgniarka 1</u>*** Proszę powiedzieć, jakie są Pana warunki mieszkaniowe i czy mieszka Pan z rodziną? Pacjent: Mieszkam z dziećmi. Żona mi zmarła 2 lata temu, od tamtej pory nie mogę się z tym pogodzić. Pielęgniarka 1 Rozumiem. Proszę powiedzieć jakie ma Pan wykształcenie i jaki zawód Pan wykonywał? **<u>Pacjent:</u>** Mam wyższe wykształcenie. Byłem elektrykiem, aktualnie jestem rencistą. ***<u>Pielęgniarka 1</u>*** Jak spędza Pan czas wolny? **<u>Pacjent:</u>** W wolnym czasie trochę piszę, czytam oraz rozwiązuję krzyżówki.

Przebieg scenariusza Ścieżka 2 (5 minut)		Pielęgniarka 1 Muszę zapytać o używki. Czy pali Pan papierosy, pije alkohol lub zażywa narkotyki? **Pacjent:** Nigdy za nimi nie przepadałem. Czasami piwko wypiję. Pielęgniarka 1 W jakim Pan jest nastroju? **Pacjent:** Ciężkie pytanie. Każdego dnia mam inny, najgorsze są te wspomnienia. Dobrze, że mam dzieci i wnuczki. Oni mnie jeszcze podtrzymują na duchu. Teraz też mnie odwiedzają, wczoraj byli w szpitalu. Od śmierci żony schudłem 10 kg, nie chce mi się jeść. Na początku tylko spałem, nie wychodziłem z domu. Syn mnie skierował do psychologa. Trochę mi to pomogło. ***Pielęgniarka 1*** Widzę, że ma Pan opiekuńczą rodzinę. **Pacjent:** Tak, zgadza się. Są zawsze ze mną, ale jestem im tylko kłopotem, jestem stary, trzeba mi pomagać. Pielęgniarka 1 Panie Janie, każdy chciałby mieć taką rodzinę. **Pacjent:** Wiem, muszę poprawić się. Pomagają mi terapie. Dzięki temu czuję się lepiej i patrzę inaczej na świat. Pielęgniarka 1 Dziękuję, Panie Janie za rozmowę, w razie pytań proszę zadzwonić dzwonkiem. Dzisiaj wieczorem odwiedzi Pana terapeutka, proszę się nie stresować pobytem w szpitalu. Koleżanka podłączy Panu kroplówkę oraz proszę coś zjeść. **Pacjent:** Dziękuję, postaram się. KONIEC SCENARIUSZA UPORZĄDKUJCIE STANOWISKO I POMYŚLCIE O JEDNEJ RZECZY, KTÓRĄ ZROBILIŚCIE NAJLEPIEJ

PALETA 1 - PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE WRAZ Z PRAWIDŁOWYM PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA do 2 minuty scenariusza											
Informacja ogólna		Wpisać – do będzie się zmieniało i kiedy.									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	R -oddech	EKG	NIBP	SpO_2	CO_2	Temp. ^oC	Sinica%	Oczy	Obrzęki	
	Liczba	21	65	110/70	98	-	37	-	otwarte	+	
	Cechy									stopy	
	Inne	Inne ustawienia: jeśli dotyczą									
PALETA 2 - PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE WRAZ Z PRAWIDŁOWYM PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna		Po wejściu na salę lekarza w 5 minucie scenariusza uruchamia się Paleta 2									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	R -oddech	EKG	NIBP	SpO_2	CO_2	Temp. ^oC	Sinica%	Oczy	Obrzęki	
	Liczba	21	65	110/70	98	-	37		otwarte		
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia: jeśli dotyczą									
PALETA 3 PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE WRAZ Z PRAWIDŁOWYM PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna											
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	R -oddech	EKG	NIBP	SpO_2	CO_2	Temp. ^oC	Sinica%	Oczy	Obrzęki	
	Liczba							-			
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia: jeśli dotyczą									

DEBREFING :	
INFORMACJE DLA STUDENTÓW	**INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW**
Celem dzisiejszych ćwiczeń była nauka postępowania z pacjentem z depresją.	Jak się czujecie po zrealizowaniu scenariusza. Faza opisowa Pytanie do Pielęgniarki 1, 2,3 Jakie zadania miałaś dzisiaj do wykonania? Jakie decyzje podjęłaś? Faza analizy **Pielęgniarka1** Z czego jesteś najbardziej zadowolona, co wyszło ci najlepiej? **Pielęgniarka 2,3,4 j/w** **Pielęgniarka 1** Czy jest coś, co chciałbyś poprawić? **Obserwator 1,2** Czy w tej sytuacji postąpiłbyś inaczej? Faza czynności **Pielęgniarka3:** Dlaczego podawałaś leki drogą iniekcji? Jak myślisz jakie są działania uboczne podanych leków? Pamiętasz jakie są działania uboczne podawanych leków?

	Obserwator 1: Co zauważyłaś obserwując prace całego zespołu terapeutycznego? Jak uważasz, praca grupy była skoordynowana? Twoim zdaniem komunikacja w grupie była dobra? Co do siebie mówiły osoby w grupie? Jak uważasz, przekaz komunikatów w grupie był jasny? **Obserwator 2:** Jak uważasz, parametry zostały zmierzone prawidłowo? Twoim zdaniem we właściwy sposób zapisano wyniki uzyskanych parametrów w dokumentacji medycznej? Jak myślisz, leki zostały podane we właściwy sposób? Jak uważasz, podczas wykonywanych czynności przy pacjencie były przestrzegane procedury medyczne? **Faza podsumowania** Czego nauczyłaś się z tego scenariusza? Jakich czynności z tego scenariusz nauczyłaś się? Gdzie w przyszłości wykorzystasz umiejętność jakiej się dzisiaj nauczyłaś?
Zastosowanie umiejętności:	Egzamin OSCE, PW
Literatura	1. Robert Błaszczak, Iwona Dominiak, Anna Wojtczak : Pielęgniarstwo geriatryczne Polska 2016, wyd.1 str. 419-422
Umiejętności podstawowe:	Student ma wiedzę na temat prawidłowego schematu postępowania z pacjentem geriatrycznym z depresją.
Efekty Kształcenia	**Wiedza** D.W5. zna zasady diagnozowania w pielęgniarstwie internistycznym, geriatrycznym, chirurgicznym, pediatrycznym, neurologicznym, psychiatrycznym, anestezjologicznym, położniczo-ginekologicznym i opiece paliatywnej; A.W20. omawia wybrane zagadnienia z zakresu patologii narządowej układu krążenia, układu oddechowego, trawiennego, moczowo-płciowego i nerwowego; **Umiejętności** C.U2. gromadzi informacje metodą wywiadu, obserwacji, pomiarów bezpośrednich i pośrednich (skale), analizy dokumentacji (w tym analizy badań diagnostycznych), badania fizykalnego w celu rozpoznawania stanu zdrowia pacjenta i sformułowania diagnozy pielęgniarskiej; C. U.7. monitoruje stan zdrowia pacjenta na wszystkich etapach jego pobytu w szpitalu lub innych placówkach opieki zdrowotnej, między innymi przez ocenę podstawowych parametrów życiowych: temperatury, tętna, ciśnienia tętniczego krwi, oddechu i świadomości, masy ciała i wzrostu;. C.U10. podaje choremu leki różnymi drogami, zgodnie z pisemnym zleceniem lekarza oraz oblicza dawki leków C.U28. wykonuje pulsoksymetrię i kapnometrię, C.U34. odnotowuje wykonanie zleceń w karcie zleceń lekarskich C.U63. bezpiecznie stosuje środki dezynfekcyjne i segreguje odpady medyczne D.W11. różnicuje reakcje chorego na chorobę i hospitalizację w zależności od jego wieku i stanu zdrowia **Kompetencje** D.K1. szanuje godność i autonomię osób powierzonych opiece; D.K4. wykazuje odpowiedzialność moralną za człowieka i wykonywanie zadań zawodowych; D.K8. współdziała w ramach zespołu interdyscyplinarnego w rozwiązywaniu dylematów etycznych z zachowaniem zasad kodeksu etyki zawodowej

SCENARIUSZ SYMULACJI MEDYCZNEJ SWW **Autor mgr Karol Laskowski**					Nr porządkowy	SWW zgodnie z wykazem
Czas zajęć	45	Czas scenariusza	12 Min	Liczba studentów	7	
Nazwa	**Postępowanie z pacjentem geriatrycznym ze zmianą opatrunku/edukacja rodziny.**					
Cel główny	**Nauka oceny stanu pacjenta, zwracając uwagę na edukację rodziny pacjenta.**					
Cel szczegółowy	32. Ocena i obserwacja stanu pacjenta. 33. Przeprowadzenie wywiadu. 34. Wykonanie zleceń lekarskich.					
Metoda	Symulacji wysokiej wierności					
INFORMACJE TECHNICZNE I ORGANIZACYJNE						
Numer Sali	Nr 205	Numer stanowiska	Nr 1	Numer trenażera, fantomu	Nr zgodnie z wykazem	
Sprzęt wielokrotnego użytku	1. Zestaw do pobierania krwi do badań – scenariusz nr zgodnie z wykazem 2. Zestaw do założenia wkłucia dożylnego – scenariusz nr zgodnie z wykazem 3. Kardiomonitor do pomiaru: saturacji, tętna, ciśnienia – mankiet dla osoby dorosłej.			Sprzęt jednorazowego użytku	1. Strzykawki o pojemności 10 ml - 4 sztuki 2. Strzykawki o pojemności 5 ml - 4 sztuki 3. Igły 0,8 x40 mm - 10 sztuk 4. Gaziki 5. Skinsept lub Lekao- saszetki - 5 sztuk 6. Staza 7. Rękawiczki jednorazowe: - rozmiar L - 10 sztuk - rozmiar M - 10 sztuk	
Pozostałe wyposażenie	5. Dokumentacja medyczna: - spis leków własnych pacjenta (przyjmuję) 2. Stojak do podłączenia wlewu kroplowego. 3. Biurko i krzesło. 4. Papier i przybory do pisania.			Ubrania i charakteryzacja	Zaczerwienienie na twarzy.	

Informacja ogólna dla technika		Symulator umieszczony w łóżku w pozycji leżącej na plecach, poduszka włożona pod głowę, fantom przykryty kocem, prześcieradło oraz otoczenie w nieładzie.									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	R -oddech	EKG	NIBP	SpO_2	CO_2	Temp. ^oC	Sinica%	Oczy	Obrzęki	
	Liczba	12	70	120/80	98		37				
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia: jeśli dotyczą									
Czynności początkowe		Wykładowca: • Przed rozpoczęciem zajęć sprawdza sposób przygotowania stanowiska i kompletacje. • Sprawdza listę uczestników i kartę informacyjną scenariusza itp. • Rozpoczyna scenariusz — prosząc o wyłączenie telefonów, zajęcie miejsc itp. — informacja za 3 min. *rozpoczynamy proszę zająć miejsca* • Przekazuje komunikat *Symulacja start*									

REALIZACJA SCENARIUSZA
WPROWADZENIE - PREBREFING:
PLAN PREBREFINGU: 65. W dniu dzisiejszym nauczymy się postępowania z pacjentem geriatrycznym ze zmianą opatrunku / edukacja rodziny. 66. Scenariusz będzie trwał 40 minut, został podzielony na 3 części: ✓ część pierwsza - prebrifing, stanowiący wprowadzenie do scenariusza, który będzie trwał 10 minut. ✓ Część druga to realizacja scenariusza, trwająca 15 minut. ✓ Część trzecia jest to debrifing stanowiący omówienie i podsumowanie wykonywanego scenariusza, który będzie trwał 20 minut. 67. Celem głównym scenariusza jest ocena stanu pacjenta, zwracając uwagę na edukację rodziny pacjenta. 35. Cele szczegółowe: ocena i obserwacja stanu pacjenta, przeprowadzenie wywiadu, wykonanie zleceń lekarskich. 68. Scenariusz będzie realizowany w domu pacjenta. 69. Czy wszystkie przedstawione przeze mnie informacje są zrozumiałe? 70. Zaprezentuję teraz przypadek kliniczny: Jan Kowalski, lat 75. Pacjent od 5 lat choruje na przewlekłą niewydolność żylną, której objawem jest owrzodzenie podudzi. Pacjent jest otyły, ma nadwagę, wymaga stałej kontroli oraz zmiany opatrunków. 2. Teraz przydzielę Wam role, jakie będziecie pełnić w tym scenariuszu: j. ..... (imię) - będziesz liderem (Pielęgniarka 1), do Twoich zadań będzie należało zebranie wywiadu, koordynacja współpracy z zespołem terapeutycznym; k. ..... (imię) - będziesz Pielęgniarką 2, do Twoich zadań będzie należał pomiar parametrów; k. ..... (imię) - będziesz Pielęgniarką 3, do Twoich zadań będzie należało wykonanie zleceń lekarskich (podawanie leków itd.); l. ..... (imię) - będziesz obserwatorem, do twoich zadań będzie należało obserwowanie komunikacji w zespole terapeutycznym; m. ..... (imię) będziesz obserwatorem, do Twoich zadań będzie należało obserwowanie procedur zastosowanych w scenariuszu. 12. Czy wszyscy zrozumieli przydzielone im role? 13. Zwracam się do każdej osoby z zapytaniem czy rozumie przydzieloną rolę i proszę o powtórzenie zleconych zadań. 14. Zapraszam do sali symulacji w celu zapoznania się ze sprzętem.

INFORMACJE DLA STUDENTÓW	INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW
Owrzodzenia żylne powstające na bazie przewlekłej niewydolności żylnej stanowią 75% wszystkich owrzodzeń. Owrzodzenia żylne czynne, częstsze u kobiet niż u mężczyzn, występują u ok. 0,3% dorosłej populacji krajów wysoko rozwiniętych. Owrzodzenia czynne i zagojone występują łącznie u ok. 2% ludności. W Polsce stanowią 17–20% populacji. Szczyt zapadalności przypada na okres między 60. a 80. rokiem życia. Opieka pielęgniarska nad pacjentem mającym owrzodzenie żylne kończyn dolnych w warunkach domowych jest sprawowana między innymi przez pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej. Opieka ta powinna się odbywać w sposób kompleksowy, ciągły i na podstawie procesu pielęgnowania. Pielęgniarka realizuje holistyczną opiekę nad pacjentem, jego rodziną w zakresie zgodnym z jej przygotowaniem zawodowym, obejmującym ocenę stanu zdrowia oraz działania pielęgniarskie. Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej, z uwagi na charakter swojej pracy, ma duży wgląd w codzienne życie zarówno chorego,	6. Wyobraźcie sobie, że jesteście w domu chorego, w którym przebywa pacjent z problemem owrzodzenia podudzi. Musicie pacjentowi zmienić opatrunek. 7. Jak uważasz, jakie pytania możesz zadać pacjentowi/opiekunowi? Odp. *Jak pacjent się czuje? Co się stało? Kiedy przyjmował leki?* 8. Jak uważasz, czy możesz mieć problem z komunikacją (rozmową z pacjentem)? Odp. *Tak, uważam, że mogę mieć problem z komunikacją z pacjentem. Zachowam spokój, będę rozmawiał z rodziną pacjenta.* 9. Na jakie parametry zwróciłbyś uwagę? Odp. *Oddech, tętno, temperatura, saturacja, pomiar ciśnienia tętniczego.* 10. Jak myślisz, jakie parametry będziesz monitorował? Odp. Oddech, tętno, temperatura, saturacja, pomiar ciśnienia tętniczego.

jak i jego najbliższych. Ze względu na znajomość warunków mieszkaniowych, socjalnych, bytowych może ocenić wydolność opiekuńczo-pielęgnacyjną rodziny, która warunkuje zapewnienie całościowej opieki nad podopiecznym.	

ZAPOZNANIE STUDENTÓW ZE SPRZĘTEM	
Wykładowca	W dniu dzisiejszym będziemy w domu pacjnta. Zapoznam z możliwościami technicznymi symulatora.
Student	Dotyka sprzętu, zapoznanie z funkcjami symulatora, zapoznaje się ze stanowiskiem i rozmieszczeniem sprzętu
SCENARIUSZ SYMULACJI	
Opis scenariusza	Pacjent, Jan Kowalski lat 75, znajduje się w domu - mieszka z rodziną (synem i synową). Pacjent od 5 lat choruje na przewlekłą niewydolność żylną, której objawem jest owrzodzenie podudzi.
Obecny stan kliniczny	Pacjent od 5 lat choruje na przewlekła niewydolność żylną - objawem jest owrzodzenie podudzi. Pacjent jest otyły. Wymaga stałej kontroli oraz zmiany opatrunku.
Wywiad	Dane pacjenta oraz wyniki wykonywanych badań oraz zlecone przez lekarza prowadzącego leki znajdują się w karcie pacjenta.

Przebieg scenariusza (5 minut) Ścieżka 1	**<u>Pielęgniarka 1</u>** Po zapoznaniu się z dokumentacją przychodzi do domu pacjenta. Okazuje się, że pacjent jest na wizycie kontrolnej u okulisty. Pielęgniarka nawiązuje kontakt z rodziną.	**Lider - Pielęgniarka 1** Nazywam się …, jestem pielęgniarką. Czy zastałam Pana Jana? Przyszłam zmienić opatrunek. ***Odpowiedź:*** Dzień dobry tata jest aktualnie na wizycie kontrolnej u okulisty. Pewnie zapomniał Panią poinformować. Tak zgadza się zapomniał. Kiedy mogę przyjść, aby go zastać w domu? ***Odpowiedź:*** Myślimy że jutro. Skontaktujemy się z Panią, prosimy Panią o pozostanie na chwilkę, chcemy porozmawiać. Dobrze. Słucham Państwa. Proszę Panią, tatą opiekujemy się od 5 lat. Wcześniej mieszkał sam, teraz mieszka u nas. Jest nam bardzo ciężko pogodzić pracę zawodową z opieką nad tatą oraz dziećmi. Ciągle zmiany opatrunków, kontrolne wizyty… Proszę Państwa, wiem, że jest Państwu ciężko. Opieka nad starszą osobą jest uciążliwa. Mogę udzielić Państwu kilku wskazówek. Prosimy bardzo.

Przebieg scenariusza (5 minut) Ścieżka 1		Muszą Państwo podzielić się obowiązkami. W miarę możliwości poprosić o pomoc pacjenta np. o pomoc w czynnościach dnia codziennego oraz pomoc w odrabianiu lekcji z dziećmi. Wtedy tata poczuje się potrzebny, doceniony, co wpłynie pozytywnie na jego psychikę, a co za tym idzie lepsze efekty leczenia. Czy taka pomoc w codziennych czynnościach tacie nie zaszkodzi ? Nie zaszkodzi, proszę dostosować aktywność fizyczną do stanu pacjenta. Myślimy że w ciągu dnia 40 minut wystarczy. Możemy poprosić tatę o pozmywanie naczyń, wyniesienie śmieci, wyprowadzenie psa. Tak, ten czas jest wystarczający osobie w tym wieku. Proszę się nie przejmować, pacjent sobie spokojnie poradzi tylko musi uwierzyć w siebie. Tak samo Państwo poradzą sobie. Momenty kryzysowe są normalne w opiece nad osobą starszą. Dziękujemy za dobre słowa. Chcielibyśmy poprosić o częstsze wizyty personelu medycznego. Mają Państwo prawo do częstszych wizyt pielęgniarki, lekarza rodzinnego. Muszą Państwo porozmawiać z kierownictwem przychodni. Martwimy się o tatę i chcielibyśmy dla niego jak najlepiej. Rozumiem Państwa sytuację, ale proszę się nie martwić. Muszą Państwo być wsparciem dla taty. Często dobre rezultaty leczenia zależą od sytuacji rodzinnej i wsparcia psychicznego bliskich osób. Ważne jest też podejście pacjenta do leczenia. Jeżeli Państwo będziecie z góry zakładali porażkę, tacie te emocje też się udzielą. Musicie Państwo być silni i pozytywnie nastawieni. Postaramy się to wszystko wdrożyć w nasze codzienne życie. Jesteśmy wdzięczni za udzielone rady. Podniosło nas to na duchu. Dziękujemy.

Przebieg scenariusza (5 minut) Ścieżka 1		Też dziękuję Państwu za rozmowę. Proszę o kontakt telefoniczny, kiedy mogę przyjść na zmianę opatrunku. Dobrze, zadzwonimy.
Przebieg scenariusza Ścieżka 2 (5 minut)		KONIEC SCENARIUSZA. UPORZĄDKUJCIE STANOWISKO I POMYŚLCIE O JEDNEJ RZECZY, KTÓRĄ ZROBILIŚCIE NAJLEPIEJ.

PALETA 1 - PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE WRAZ Z PRAWIDŁOWYM PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA do 2 minuty scenariusza											
Informacja ogólna		Wpisać – do będzie się zmieniało i kiedy.									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	R -oddech	EKG	NIBP	SpO_2	CO_2	Temp. ^oC	Sinica%	Oczy	Obrzęki	
	Liczba							-			
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia: jeśli dotyczą									
PALETA 2 - PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE WRAZ Z PRAWIDŁOWYM PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna		Po wejściu na salę lekarza w 5 minucie scenariusza uruchamia się Paleta 2									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	R -oddech	EKG	NIBP	SpO_2	CO_2	Temp. ^oC	Sinica%	Oczy	Obrzęki	
	Liczba										
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia: jeśli dotyczą									
PALETA 3 PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE WRAZ Z PRAWIDŁOWYM PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna											
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	R -oddech	EKG	NIBP	SpO_2	CO_2	Temp. ^oC	Sinica%	Oczy	Obrzęki	
	Liczba							-			
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia: jeśli dotyczą									

DEBREFING :	
INFORMACJE DLA STUDENTÓW	**INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW**
Celem dzisiejszych ćwiczeń była nauka postępowania z pacjentem z owrzodzeniem podudzi, zwracając uwagę na edukację rodziny pacjenta.	Jak się czujecie po zrealizowaniu scenariusza? Faza opisowa Pytanie do Pielęgniarki 1: Jakie zadania miałaś dzisiaj do wykonania? Jakie decyzje podjęłaś?

	Faza analizy **Pielęgniarka 1** Z czego jesteś najbardziej zadowolona? Co wyszło ci najlepiej? **Pielęgniarka 2,3,4** j/w **Pielęgniarka 1** Czy jest coś, co chciałbyś poprawić? **Obserwator 1,2** Czy w tej sytuacji postąpiłbyś inaczej? Faza czynności **Obserwator 1:** Jak uważasz, praca grupy była skoordynowana? Czy Twoim zdaniem komunikacja w grupie była dobra? Co do siebie mówiły osoby w grupie? Jak uważasz, czy przekaz komunikatów w grupie był jasny? **Obserwator 2:** Jak uważasz, parametry zostały zmierzone prawidłowo? Czy Twoim zdaniem we właściwy sposób zapisano wyniki uzyskanych parametrów w dokumentacji medycznej? Jak myślisz, czy leki zostały podane we właściwy sposób? Jak uważasz, czy podczas wykonywanych czynności przy osobie starszej były przestrzegane procedury medyczne? **<u>Faza podsumowania</u>** Czego nauczyłaś/-łeś się z tego scenariusza? Jakich czynności z tego scenariusz nauczyłaś/-łeś się? Gdzie w przyszłości wykorzystasz umiejętność, jakiej się dzisiaj nauczyłaś/-łeś?
Zastosowanie umiejętności:	Egzamin OSCE, PW
Literatura	1. Magdalena Nieckula, Grażyna Dębska, Alina Szewczyk: Udział pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej świadczącej usługi zdrowotne w domu chorego mającego owrzodzenie żylne kończyn dolnych. Piel. Zdr. Publ. 2015, 5, 2, 111–119
Umiejętności podstawowe:	Student ma wiedzę na temat prawidłowego schematu postępowania z pacjentem geriatrycznym z owrzodzeniem podudzi oraz ma potrafi pomóc w edukacji rodziny pacjenta.
Efekty Kształcenia	**Wiedza:** D.W5. zna zasady diagnozowania w pielęgniarstwie internistycznym, geriatrycznym, chirurgicznym, pediatrycznym, neurologicznym, psychiatrycznym, anestezjologicznym, położniczo-ginekologicznym i opiece paliatywnej; A.W20. omawia wybrane zagadnienia z zakresu patologii narządowej układu krążenia, układu oddechowego, trawiennego, moczowo-płciowego i nerwowego; **Umiejętności:** C.U2. gromadzi informacje metodą wywiadu, obserwacji, pomiarów bezpośrednich i pośrednich (skale), analizy dokumentacji (w tym analizy badań diagnostycznych), badania fizykalnego w celu rozpoznawania stanu zdrowia pacjenta i sformułowania diagnozy pielęgniarskiej;

Efekty Kształcenia	C. U.7. monitoruje stan zdrowia pacjenta na wszystkich etapach jego pobytu w szpitalu lub innych placówkach opieki zdrowotnej, między innymi przez ocenę podstawowych parametrów życiowych: temperatury, tętna, ciśnienia tętniczego krwi, oddechu i świadomości, masy ciała i wzrostu;. C.U10. podaje choremu leki różnymi drogami, zgodnie z pisemnym zleceniem lekarza oraz oblicza dawki leków; C.U28. wykonuje pulsoksymetrię i kapnometrię; C.U34. odnotowuje wykonanie zleceń w karcie zleceń lekarskich; C.U63. bezpiecznie stosuje środki dezynfekcyjne i segreguje odpady medyczne; D.W11. różnicuje reakcje chorego na chorobę i hospitalizację w zależności od jego wieku i stanu zdrowia. **Kompetencje:** D.K1. szanuje godność i autonomię osób powierzonych opiece; D.K4. wykazuje odpowiedzialność moralną za człowieka i wykonywanie zadań zawodowych; D.K8. współdziała w ramach zespołu interdyscyplinarnego w rozwiązywaniu dylematów etycznych z zachowaniem zasad kodeksu etyki zawodowej.

SCENARIUSZ SYMULACJI MEDYCZNEJ SWW **Autor mgr Karol Laskowski**					Nr porządkowy	SWW zgodnie z wykazem
Czas zajęć	45 Min	Czas scenariusza	5 Min	Liczba studentów	7	
Nazwa	**Postępowanie z pacjentem geriatrycznym z demencją.**					
Cel główny	**Nauka oceny stanu pacjenta i edukacja rodziny.**					
Cel szczegółowy	36. Ocena i obserwacja stanu pacjenta. 37. Przeprowadzenie wywiadu pomaga opiekun. 38. Wykonanie zleceń lekarskich. 39. Komunikacja z zespołem terapeutycznym.					
Metoda	Symulacji wysokiej wierności					
INFORMACJE TECHNICZNE I ORGANIZACYJNE						
Numer Sali	Nr **201**	Numer stanowiska	Nr 1	Numer trenażera, fantomu	Nr zgodnie z wykazem	
Sprzęt wielokrotnego użytku	4. Zestaw do pobierania krwi do badań – scenariusz nr zgodnie z wykazem . 5. Zestaw do założenia wkłucia dożylnego – scenariusz nr zgodnie z wykazem. 3. Kardiomonitor do pomiaru: saturacja, tętno, ciśnienie - mankiet dla osoby dorosłej.			Sprzęt jednorazowego użytku	8. Strzykawki o pojemności 10 ml - 4 sztuki 9. Strzykawki o pojemności 5 ml - 4 sztuki 10. Igły 0,8 x 40 mm - 10 sztuk 11. Gaziki 12. Skinsept lub Lekao- saszetki - 5 sztuk 13. Staza 14. Rękawiczki jednorazowe: - rozmiar L10 sztuk - rozmiar M 10 sztuk	
Pozostałe wyposażenie	6. Dokumentacja medyczna: - spis leków własnych pacjenta (przyjmuje Donepezil) 2. Stojak do podłączenia wlewu kroplowego. 3. Biurko i krzesło. 4. Papier i przybory do pisania.			Ubrania i charakteryzacja	Zaczerwienienie na twarzy	
Informacja ogólna dla technika	Symulator umieszczony w łóżku w pozycji leżącej na plecach, poduszka włożona pod głowę, fantom przykryty kocem, prześcieradło w niełądzie oraz otoczenie.					

Parametry początkowe symulatora	Nazwa	R -oddech	EKG	NIBP	SpO_2	CO_2	Temp. ^oC	Sinica%	Oczy	Obrzęki	
	Liczba	21	65	130/80	98		37		otwarte		
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia: jeśli dotyczą									

Czynności początkowe	Należy wpisać co trzeba wykonać przed rozpoczęciem zajęć, scenariusza np.: **Wykładowca:** 1. Przed rozpoczęciem zajęć sprawdza sposób przygotowania stanowiska i kompletacje. 2. Sprawdza listę uczestników i kartę informacyjną scenariusza itp. 3. Rozpoczyna scenariusz – prosząc o wyłączenie telefonów, zajęcie miejsc itp. – informacja za 3 min. rozpoczynamy proszę zająć miejsca itp. Co jeszcze trzeba zrobić i kto w scenariuszu którego to dotyczy.

REALIZACJA SCENARIUSZA
WPROWADZENIE - PREBREFING:
PLAN PREBREFINGU: 71. W dniu dzisiejszym nauczymy się postępowania z pacjentem geriatrycznym z demencją. 72. Scenariusz będzie trwał 45 minut, został podzielony na 3 części: – część pierwsza prebrifing, stanowiący wprowadzenie do scenariusza, który będzie trwał 10 minut. – Część druga to realizacja scenariusza, trwająca 15 minut. – Część trzecia jest to debrifing stanowiący omówienie i podsumowanie wykonywanego scenariusza, który będzie trwał 20 minut. 73. Celem głównym scenariusza jest *oceny stanu pacjenta i edukacja rodziny.* 74. Cele szczegółowe: ocena i obserwacja stanu pacjenta, przeprowadzenie wywiadu, wykonanie zleceń lekarskich, komunikacja z zespołem terapeutycznym. 75. Scenariusz będzie realizowany w Oddziale Geriatrycznym 76. Czy wszystkie przedstawione przeze mnie informacje są zrozumiałe? 77. Zaprezentuję teraz przypadek kliniczny: *Jan Kowalski, lat 80.* Pacjent z utrudnionym kontaktem słownym, splątany, pod ścisłą kontrolą personelu. 3. Teraz przydzielę Wam role, jakie będziecie pełnić w tym scenariuszu l. .....będziesz liderem (Pielęgniarka 1), do Twoich zadań będzie należało zebranie wywiadu, koordynacja współpracy z zespołem terapeutycznym m. .....będziesz Pielęgniarką 2, do Twoich zadań będzie należał pomiar parametrów n. .....będziesz Pielęgniarką 3, do Twoich zadań będzie należało wykonanie zleceń lekarskich (podawanie leków itd..) o. .....będziesz obserwatorem, do twoich zadań będzie należało obserwowanie komunikacji w zespole terapeutycznym p. .....będziesz obserwatorem, do Twoich zadań będzie należało obserwowanie procedur zastosowanych w scenariuszu. 15. Czy wszyscy zrozumieli przydzielone im role? 16. Zwracam się do każdej osoby z zapytaniem czy rozumie przydzieloną rolę i proszę o powtórzenie zleconych zadań. 17. Zapraszam do sali symulacji w celu zapoznania się ze sprzętem.

INFORMACJE DLA STUDENTÓW	INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW
Według definicji WHO - zespół otępienny to zespół objawów wywołany chorobą mózgu, zwykle przewlekle lub o postępującym przebiegu, charakteryzujący się klinicznie licznymi zaburzeniami wyższych funkcji korowych, takich jak pamięć, myślenie, orientacja, rozumienie, liczenie, zdolność do uczenia się, język i ocena. Zaburzeniom funkcji poznawczych często towarzyszą, lub nawet je poprzedzają, zaburzenia emocjonalne, zaburzenia zachowania i motywacji. Takiemu obrazowi mogą nie towarzyszyć zaburzenia świadomości. Zaburzenia świadomości przy występowaniu demencji stanowią odrębną kategorię diagnostyczną. Otępienie o różnej etiologii występuje u 8-10% osób po 65. roku życia, ale u ludzi powyżej 80-85. roku życia zwiększa się do 50%. Objawy otępienia pojawiają się po wielu latach trwania procesu chorobowego w obrębie mózgu. Początkowo zauważalne są przez pacjenta lub rodzinę pogorszenie pamięci, ale bez cech otępienia oraz bez zaburzeń codziennego funkcjonowania. Określane są one mianem łagodnych zaburzeń poznawczych (mild cognitive impairment - MCI lub age-associated memory impairment - AAMI) i występuje u około	6. Wyobraźcie sobie, że jesteście na oddziale Geriatrii, na której przebywa pacjent z problemem demencji starczej . 7. Jak uważasz, jakie pytania możesz zadać pacjentowi / opiekunowi ? Odp. Jak pacjent się czuję?, Co się stało?, Kiedy przyjmował leki? 8. Jak uważasz czy możesz mieć problem z komunikacją (rozmową z pacjentem) ? Odp. Tak uważam że mogę mieć problem z komunikacją z pacjentem. Zachowam spokój będę rozmawiał z rodziną pacjenta. 9. Na jakie parametry zwróciłbyś uwagę? Odp. Oddech, tętno, temperatura, saturacja, pomiar ciśnienia tętniczego. 10. Jak myślisz, jakie parametry będziesz monitorował? Odp. Oddech, tętno, temperatura, saturacja, pomiar ciśnienia tętniczego. 11. Jak myślisz, czy współpraca zespołu terapeutycznego jest ważna? Odp. Tak, myślę że współpraca zespołu terapeutycznego jest bardzo ważna ponieważ można szybciej pomóc pacjentowi i zdiagnozować chorobę.

70% ludzi starszych. Charakteryzuje się upośledzeniem pamięci świeżej, deficytem pamięci względem należnej do wieku, brakiem zaburzeń codziennego funkcjonowania i brakiem cech otępienia. Część przypadków MCI - około 50 % przechodzi w pełnoobjawowe otępienie typu Alzheimera. Dlatego ważne jest jak najwcześniejsze rozpoznanie tych zaburzeń i wdrożenie leczenia. W najcięższych przypadkach osoba z otępieniem nie jest w stanie w żaden sposób być aktywną zawodowo, społecznie, nie jest w stanie wykonywać czynności dnia codziennego, może mieć duże trudności z komunikacją i nawiązywaniem kontaktu z innymi, jak i z aktywnością zapewniającą zaspokajanie potrzeb fizjologicznych, a tym samym pozostaje całkowicie zależna od osób trzecich, wymagając ciągłej opieki. Podczas gdy tak skrajne sytuacje raczej nie budzą wątpliwości, problemy z określeniem, czym jest otępienie, pojawiają się w lżejszych przypadkach, kiedy osłabienie sprawności umysłowej nie jest aż tak zaawansowane. Wydaje się, że najpoważniejszą kategorią czynników uszkadzających mózg w takim stopniu, że pojawiają się objawy otępienia są choroby neurodegeneracyjne, prowadzące do postępującego zwyrodnienia tkanki nerwowej. Najbardziej znanym przykładem jest choroba Alzheimera.	

ZAPOZNANIE STUDENTÓW ZE SPRZĘTEM	
Wykładowca	Pacjent ma rozpoznaną demencję starczą, która postępuje od 10 lat. Jest pod stałą opieką rodziny z powodu demencji.
Student	
SCENARIUSZ SYMULACJI	
Opis scenariusza	Pacjent Jan Kowalski lat 80. Przyjęty na oddział Geriatrii jest w pierwszej dobie hospitalizacji. Pacjentowi towarzyszy opiekun. U pacjenta stwierdzono demencje starczą tzw. otępienie (pacjent ma zaburzenia poznawcze, zaburzenia mowy, nie wie, gdzie się znajduje) oraz pacjent ma zaburzenia równowagi.
Obecny stan kliniczny	Pacjent z utrudnionym kontaktem słownym, splątany, pod ścisłą kontrolą personelu.
Wywiad	Dane pacjenta oraz wyniki wykonywanych badań oraz zlecone przez lekarza prowadzącego leki znajdują się w karcie pacjenta.

Przebieg scenariusza (5 minut) Ścieżka 1	**<u>Pielęgniarka 1</u>** Po zapoznaniu się z dokumentacją przedstawia się pacjentowi i nawiązuje kontakt słowny z pacjentem, określa stan pacjenta; odpowiedzi udziela opiekun, ponieważ kontakt z pacjentem jest utrudniony.	**Lider-Pielęgniarka 1** Nazywam się ..... Jestem pielęgniarką ***Jak się Pan nazywa?*** ***Jak się Pan czuje?*** ***Odpowiedź: Tato jak się nazywasz. Powiedz Jan Kowalski.*** ***Odpowiedź: Tato źle się ostatnio czuje pogorszyła mu się choroba, ma problem z poznawaniem bliskich (pamięta stare czasy i to tylko czasami) zauważyłem, że ma problem z koordynacją ruchową.***

Przebieg scenariusza (5 minut) Ścieżka 1	**<u>Pielęgniarka 2</u>** Dokonuje pomiaru parametrów: BP, tętno, temperatura, SPO_2, Odpowiada **Pielęgniarce 1**, *BP 130/80, saturacja 98%, oddechy 21/min, temp 37 °C* *Pacjent jest przestraszony, nie wie, gdzie się znajduje.* **<u>Pielęgniarka 3</u>** Wykonuje pomiar glukozy - wynik 105mg%	***Jakie leki Pan przyjmuje ?*** ***Odpowiedź: Przyjmował Donepezil.*** **Pielęgniarka 2** ***Zmierzę Panu parametry*** Odpowiedź: Dobrze, proszę mierzyć jestem przy tacie. **Pielęgniarka 2 odpowiada** Parametry są w normie **<u>Pacjent pyta Pielęgniarkę 2</u>** *Proszę mi powiedzieć, gdzie się znajduję? Co tutaj robi Helenka i co ona chce ode mnie.* **Pielęgniarka 1** Panie Janie, jest Pan w szpitalu na Oddziale Geriatrii. Nie ma tutaj Helenki. Jest z Panem opiekun. **Pielęgniarka 3** ***Zmierzę Panu poziom glukozy.*** ***Odpowiedź: Dobrze.***
Przebieg scenariusza Ścieżka 2 (5 minut)	Lekarz wchodzi na salę chorego i pyta **<u>Pielęgniarkę 1</u>** *Wzywała mnie Pani, co się dzieje*? Odpowiada **<u>Pielęgniarka 1</u>**- *Panie doktorze, mamy problem z pacjentem. Kontakt z nim jest utrudniony. Stan pacjenta od paru dni pogorszył się, gorzej pamięta, ma spore trudności (zgłasza rodzina).* ***<u>Pielęgniarka 1</u>*** Musi Pan pamiętać o: • kilkakrotnie przedstawić się choremu; • przedmioty osobiste chorego, takie jak np. okulary kłaść w tym samym miejscu, aby chory nie musiał ich szukać; • usuwać z otoczenia nadmiar rzeczy, aby chory nie gubił się w poszukiwaniu; • prowadzić ćwiczenia wspomagające pamięć przez częste powtarzanie nazwiska, imienia, daty, pory roku, miejsca w którym się znajduje; • stwarzać odpowiednie warunki rozmowy (cisza, spokój); • mówić spokojnie, powoli, wyraźnie;	***Lekarz informuje, że pielęgniarka omówi i przeprowadzi edukację rodziny jak postępować z osobą bliską chorą na demencję.*** ***Odpowiedź: Już od kilku lat mój tato ma zanik pamięci. Teraz Kontakt z nim jest utrudniony, bo jego stan się pogorszył.***

Przebieg scenariusza Ścieżka 2 (5 minut)	• okazywać cierpliwość i życzliwość w czasie rozmowy; • chwalić nawet małe osiągnięcia chorego; • prowadzić rozmowy proste (jeden przekaz w tym samym czasie); • powtarzać ważne informacje; • popierać gestami treść wypowiadanych zdań • uważnie słuchać; • często informować chorego, gdzie się znajduje i dlaczego; • zabezpieczać drzwi wejściowe i okna; • nadzorować w czasie spacerów; • uniemożliwiać dostęp do leków, ostrych narzędzi i niebezpiecznych przedmiotów; • czuwać nad bezpieczeństwem w czasie wykonywania czynności higienicznych; • znaczyć rzeczy chorego (nazwisko, adres, telefon).	***Pielęgniarka 1:*** *Jak będzie Pan miał jakieś problemy pytania z chęcią pomogę, podpowiem.* ***Opiekun pacjenta:*** *Dziękuję za przeprowadzony instruktarz.* ***Opiekun pacjenta:*** *Dziękuję w razie problemów poproszę o pomoc.* KONIEC SCENARIUSZA UPORZĄDKUJCIE STANOWISKO I POMYŚLCIE O JEDNEJ RZECZY, KTÓRĄ ZROBILIŚCIE NAJLEPIEJ

PALETA 1 - PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE WRAZ Z PRAWIDŁOWYM PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA do 2 minuty scenariusza											
Informacja ogólna		Wpisać – do będzie się zmieniało i kiedy.									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	R -oddech	EKG	NIBP	SpO_2	CO_2	Temp. °C	Sinica%	Oczy	Obrzęki	
	Liczba	21	65	130/80	98		37	-	otwarte		
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia: jeśli dotyczą									
PALETA 2 - PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE WRAZ Z PRAWIDŁOWYM PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna		Po wejściu na salę lekarza w 5 minucie scenariusza uruchamia się Paleta 2									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	R -oddech	EKG	NIBP	SpO_2	CO_2	Temp. °C	Sinica%	Oczy	Obrzęki	
	Liczba	21	65	130/80	98		37	10	otwarte		
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia: jeśli dotyczą									

PALETA 3 PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE WRAZ Z PRAWIDŁOWYM PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna											
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	R -oddech	EKG	NIBP	SpO_2	CO_2	Temp. ^oC	Sinica%	Oczy	Obrzęki	
	Liczba							-			
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia: jeśli dotyczą									

DEBREFING :	
INFORMACJE DLA STUDENTÓW	**INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW**
Celem dzisiejszych ćwiczeń była nauka postępowania z pacjentem z demencją starczą oraz edukacja rodziny.	Jak się czujecie po zrealizowaniu scenariusza. Faza opisowa Pytanie do Pielęgniarki 1, Jakie zadania miałaś dzisiaj do wykonania? Jakie decyzje podjęłaś? Faza analizy **Pielęgniarka1** Z czego jesteś najbardziej zadowolona, co wyszło ci najlepiej? **Pielęgniarka 2,3, j/w** **Pielęgniarka 1** Czy jest coś, co chciałbyś poprawić? **Obserwator 1,2** Czy w tej sytuacji postąpiłbyś inaczej? Faza czynności **Obserwator1:** Jak uważasz praca grupy była skoordynowana? Twoim zdaniem komunikacja w grupie była dobra? Co do siebie mówiły osoby w grupie? Jak uważasz przekaz komunikatów w grupie był jasny? **Obserwator 2:** Jak uważasz parametry zostały zmierzone prawidłowo? Twoim zdaniem we właściwy sposób zapisano wyniki uzyskanych parametrów w dokumentacji medycznej? Jak myślisz leki zostały podane we właściwy sposób? Jak uważasz podczas wykonywanych czynności przy pacjencie były przestrzegane procedury medyczne? **<u>Faza podsumowania</u>** Czego nauczyłaś się z tego scenariusza? Jakich czynności z tego scenariusz nauczyłaś się? Gdzie w przyszłości wykorzystasz umiejętność jakiej się dzisiaj nauczyłaś?
Zastosowanie umiejętności:	Egzamin OSCE,
Literatura	1. Robert Błaszczak, Iwona Dominiak, Anna Wojtczak: Pielęgniarstwo geriatryczne Polska 2016, wyd.1 str. 150- 152, 380-381
Umiejętności podstawowe:	Student ma wiedzę na temat prawidłowego schematu postępowania z pacjentem geriatrycznym z demencją starczą.

Efekty Kształcenia	**Wiedza** D.W5. zna zasady diagnozowania w pielęgniarstwie internistycznym, geriatrycznym, chirurgicznym, pediatrycznym, neurologicznym, psychiatrycznym, anestezjologicznym, położniczo-ginekologicznym i opiece paliatywnej; A.W20. omawia wybrane zagadnienia z zakresu patologii narządowej układu krążenia, układu oddechowego, trawiennego, moczowo-płciowego i nerwowego; **Umiejętności** C.U2. gromadzi informacje metodą wywiadu, obserwacji, pomiarów bezpośrednich i pośrednich (skale), analizy dokumentacji (w tym analizy badań diagnostycznych), badania fizykalnego w celu rozpoznawania stanu zdrowia pacjenta i sformułowania diagnozy pielęgniarskiej; C. U.7. monitoruje stan zdrowia pacjenta na wszystkich etapach jego pobytu w szpitalu lub innych placówkach opieki zdrowotnej, między innymi przez ocenę podstawowych parametrów życiowych: temperatury, tętna, ciśnienia tętniczego krwi, oddechu i świadomości, masy ciała i wzrostu;. C.U10. podaje choremu leki różnymi drogami, zgodnie z pisemnym zleceniem lekarza oraz oblicza dawki leków C.U28. wykonuje pulsoksymetrię i kapnometrię, C.U34. odnotowuje wykonanie zleceń w karcie zleceń lekarskich C.U63. bezpiecznie stosuje środki dezynfekcyjne i segreguje odpady medyczne D.W11. różnicuje reakcje chorego na chorobę i hospitalizację w zależności od jego wieku i stanu zdrowia **Kompetencje** D.K1. szanuje godność i autonomię osób powierzonych opiece; D.K4. wykazuje odpowiedzialność moralną za człowieka i wykonywanie zadań zawodowych; D.K8. współdziała w ramach zespołu interdyscyplinarnego w rozwiązywaniu dylematów etycznych z zachowaniem zasad kodeksu etyki zawodowej

SCENARIUSZ SYMULACJI MEDYCZNEJ WYSOKIEJ WIERNOŚCI – WW **Autor: dr n. o zdr. Anna Ławnik**												Nr porządkowy	SWW zgodnie z wykazem
Czas zajęć	45 Min	Czas scenariusza	15 Min	Liczba studentów	6-8 osób								
Nazwa	**Pacjent z raną kąsaną podudzia i uda kończyny dolnej lewej**												
Cel główny	**Nauka postępowania z pacjentem z raną kąsaną podudzia i uda kończyny dolnej lewej**												
Cel szczegółowy	1. Zebranie wywiadu medycznego 2. Monitorowanie parametrów życiowych 4. Wykonanie EKG 3. Obserwacja i ocena stanu pacjenta (ocena bólu) 4. Wykonanie zleceń lekarskich (pobranie krwi do badań, podłączenie płynów, wykonanie opatrunku na ranę, podanie szczepionki przeciw tężcowi)												
Metoda	Symulacji medycznej												
INFORMACJE TECHNICZNE I ORGANIZACYJNE													
Nr Sali	Nr 201	Numer stanowiska	Nr 1	Nr trenażera, fantomu	Nr zgodnie z wykazem								
Sprzęt wielokrotnego użytku	19. Aparat EKG 20. Aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego 21. Kardiomonitor			Sprzęt jednorazowego użytku	40. Gaziki jałowe 15x15 cm 41. Strzykawki 2ml, 5ml, 10 ml 42. Igły: 0,8 (zielone), 0,9 (żółte) 43. 0,9%NaCl – 500 ml 44. Probówki do pobrania kwi do badań (morfologiczna, biochemiczna (średnia i duża na grupę krwi), układ krzepnięcia)								
Pozostałe wyposażenie	33. Dokumentacja medyczna (wywiad pielęgniarski, karta zleceń lekarskich, karta gorączkowa, wyniki badań, wynik grupy krwi, karta oceny bólu)			Ubrania i charakteryzacja	1. Pacjent w poszarpanych do biodra i zakrwawionych spodniach (lewa nogawka). Widoczna rozległa żywa rana podudzia i uda, wyglądająca spod niedbale założonego opatrunku. Brudna koszula.								
Informacja ogólna dla technika	Pacjent przywieziony z SOR-u, na oddział chirurgii. Widoczna rozległa żywa rana podudzia i uda. Na prawym przedramieniu założony różowy wenflon.												
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	RR - oddech	NIBP	P	SpO_2	CO_2	Temp. ^0C	Sinica%	Oczy	Obrzęki			
	Liczba	22	100/55	105	94%		36,4						
	Cechy	przyspieszony		przyspieszone									
	Inne	Inne ustawienia: pacjent blady, oblany zimnym potem, przestraszony											
Czynności początkowe	*Należy wpisać co trzeba wykonać przed rozpoczęciem zajęć scenariusza np.:* ***Wykładowca:*** • *Co jeszcze trzeba zrobić i kto w scenariuszu któregoo to* dotyczy. Przed rozpoczęciem zajęć sprawdza sposób przygotowania stanowiska i kompletacje. • Sprawdza listę uczestników i kartę informacyjną scenariusza itp. • Rozpoczyna scenariusz — prosząc o wyłączenie telefonów, zajęcie miejsc itp. — informacja za 3 min. rozpoczynamy proszę zająć miejsca itp.												

REALIZACJA SCENARIUSZA

WPROWADZENIE – PREBREFING:

PLAN PREBRIEFINGU:

107. Zapoznanie z tematem szkolenia/kursu/scenariusza.

W dniu dzisiejszym nauczycie się postępowania z pacjentem z raną kąsaną kończyny dolnej.

108. Zaprezentuj części szkolenia/zajęć:.

Scenariusz został podzielony na 3 części: część pierwsza prebrifing, stanowiący wprowadzenie do scenariusza, który będzie trwał 10 minut. Część druga to realizacja scenariusza, trwająca 10 minut. Część trzecia jest to debrifing stanowiący omówienie i podsumowanie wykonywanego scenariusza, który będzie trwał 20 minut.

109. Przedstawienie i omówienie krótkie celu i celów pośrednich scenariusza — rozmowa dyskusja w oparciu o informacje *dla* studentów i informacje dla wykładowców.

Celem dzisiejszego spotkania będzie nauka postępowania z pacjentem z raną kąsaną podudzia i uda kończyny dolnej lewej.

Zaś do celów szczegółowych możemy zaliczyć:

1. Zebranie wywiadu medycznego
2. Monitorowanie parametrów życiowych
4. Wykonanie EKG
3. Obserwacja i ocena stanu pacjenta (ocena bólu)
4. Wykonanie zleceń lekarskich (pobranie krwi do badań, podłączenie płynów, wykonanie opatrunku na ranę, podanie szczepionki przeciw tężcowi)

110. Przedstaw gdzie będzie przeprowadzany scenariusz: Dzisiejszy scenariusz ma miejsce na oddziale chirurgii, na sali pacjenta.

111. Zaprezentuj przypadek kliniczny:

Jan Kowalski lat 37 przywieziony przez karetkę pogotowia ratunkowego z raną kąsaną kończyny dolnej lewej na SOR. Na SOR-e zostało założone wkłucie do żyły (różowe), oraz opatrunek, który w trakcie transportu na oddział chirurgii zdążył przekrwawić. Opatrunek słabo się trzyma, odsłania ranę. Pacjent przestraszony, oddech lekko przyspieszony, tętno podwyższone, lekko spocony.

Do urazu doszło kiedy pacjent szedł rano do pracy przez park, nagle został zaatakowany przez dwa psy rasy owczarek niemiecki. Właściciel psów przyjechał z poszkodowanym do szpitala.

112. Zaproponuj podział ról w grupie, wyznacz lidera

77. Teraz przydzielę Wam role, jakie będziecie pełnić w tym scenariuszu
    - .....będziesz liderem (Pielęgniarka 6), do Twoich zadań będzie należało zebranie wywiadu, koordynacja współpracy z zespołem terapeutycznym
    - …… będziesz Pielęgniarką 1, do Twoich zadań będzie należało podłączenie dla Pacjenta zleconych płynów dożylnych.
    - .....będziesz Pielęgniarką 2, do Twoich zadań będzie należało założenie opatrunku uciskowego na ranę
    - …… będziesz Pielęgniarką 3, do Twoich zadań będzie należało wykonanie EKG, podłączenie pacjenta do kardiomonitora i monitorowanie parametrów życiowych
    - ……. będziesz Pielęgniarką 4, do Twoich zadań będzie należało pobranie krwi na badania.
    - ……..będziesz Pielęgniarką 5, do Twoich zadań będzie należało podanie szczepionki przeciwko tężcowi.
    - .....będziesz obserwatorem, do Twoich zadań będzie należało obserwowanie wykonywanych przez pielęgniarki procedur.
    - .....będziesz obserwatorem, do twoich zadań będzie należało obserwowanie komunikacji zespole terapeutycznym.

113. Upewnij się czy poszczególni członkowie zespołu wiedzą za co są odpowiedzialni, czy rozumieją swoją rolę.

114. Zaproś uczestników do Sali symulacyjnej w celu zapoznania z salą i ze sprzętem.

INFORMACJE DLA STUDENTÓW	INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW
Pacjent został pogryziony przez nieznajomego psa. Karetką pogotowia został przywieziony na SOR gdzie zostało założone wkłucie do żyły i prowizoryczny opatrunek na ranę. Z SOR-u trafił na oddział chirurgii. Pacjent jest przestraszony, ma przyspieszone tętno. Rany ze względu na przyczyny i specyficzne cechy dzieli się na kilka rodzajów. • **Otarcia** to rany powstające, gdy uraz działa stycznie do powierzchni skóry; u dzieci przy pośliźnięciu się może dojść do otarcia skóry, np. na kolanie. Często rana taka jest zanieczyszczona (np. ziemią), może krwawić umiarkowanie, ale jest bolesna ze względu na uszkodzenie zakończeń nerwowych. • **Rana cięta** to skutek zranienia ostrym przedmiotem (szkło, nóż). Głębokość rany zależy od nacisku przedmiotu raniącego, rana taka zwykle mocno krwawi. • **Rana płatowa** powstaje, gdy czynnik raniący ustawiony jest skośnie, stycznie do powierzchni skóry - pojawia się wtedy oderwany fragment skóry mogący luźno zwisać. • **Rana rąbana** jest skutkiem urazu ciężkiego i ostrego przedmiotu (tasak, siekiera, szabla) i może prowadzić nawet do częściowej lub pełnej amputacji fragmentu ciała (np. palca). • **Rany kłute** powstają w wyniku działania ostrego przedmiotu (szpada, sztylet, bagnet, gwóźdź). Otwór rany może być niewielki, ale uszkodzenia wewnątrz mogą być głębokie i nieprzewidywalne. • **Rany tłuczone** są spowodowane działaniem przedmiotu o tępych krawędziach. Brzegi rany są zgniecione i nierówne, a krwawienie może występować wokół rany. • **Rany miażdżone** występują po działaniu tępego narzędzia działającego z dużą siłą i sąsiadujące z raną tkanki także mogą być uszkodzone. • **Rany szarpane** stanowią skutek działania zakrzywionych przedmiotów szarpiących skórę (np. zahaczenie o hak, sęk). • **Rany postrzałowe** są spowodowane postrzeleniem z broni palnej, w wyniku wybuchu bomby czy miny. Rana wlotowa może być niewielka, ale znaczne uszkodzenia wewnętrzne. • **Rany kąsane** to rezultat ugryzienia, są zakażone bakteriami znajdującymi się w ślinie i z tego powodu często trudno się goją. Pacjent na skutek dużej utraty krwi może wejść we wstrząs. **Wstrząs hipowolemiczny** spowodowany jest względnym lub bezwzględnym obniżeniem objętości krwi krążącej. Utrata ponad 20 procent (jednej piątej) objętości krwi lub płynów jest to stan zagrażający życiu. Tak poważna utrata płynów	Pacjent został pogryziony przez nieznajomego psa. Karetką pogotowia został przywieziony na SOR gdzie zostało założone wkłucie do żyły i prowizoryczny opatrunek na ranę. Z SOR-u trafił na oddział chirurgii. Pacjent jest przestraszony, ma przyspieszone tętno. 1. Jak myślicie, którą czynność należy wykonać u pacjenta w pierwszej kolejności. **Odp.:** U pacjenta u którego nastąpił duży ubytek krwi ważne jest aby wypełnić łożysko naczyniowe. Kilka czynności należy wykonywać w jednym czasie. Na przykład jedna pielęgniarka będzie zakładać opatrunek na ranę, druga podłączać kardiomonitor i w tym czasie powinna przyjść trzecia pielęgniarka z przygotowaną w międzyczasie kroplówką. Uważam że te trzy czynności są najważniejsze. 2. Na jakie parametry będziecie zwracać uwagę. **Odp.:** Na ciśnienie krwi, na tetno, SpO2, stan świadomości, EKG. 3. Jakie informacje będą istotne w zbieraniu wywiadu od pacjenta. **Odp.:** Ważne jest czy pacjent ma choroby przewlekłe. Czy jest uczulony na jakieś leki np. Pyralginę. Czy wyraża zgodę na leczenie. 4. Jakie rodzaje ran będzie miał pacjent? **Odp.:** Myślę że będą to rany kąsane, skoro pogryzły go psy. 5. Do jakich urazów mogło dojść na skutek pogryzienia? **Odp.:** Mogło dojść do uszkodzenia tętnicy a nawet do uszkodzenia kości. 6. Dlaczego potrzeby jest kontakt z właścicielem psa? **Odp.:** Właściciel może nam powiedzieć czy pies był szczepiony. 7. Co może się dziać z pacjentem na skutek dużej utraty krwi? **Odp.:** Może wejść we wstrząs hipowolemiczny 8. W jaki sposób możemy zrekompensować dużą utratę krwi? **Odp.:** W pierwszej kolejności powinniśmy podłączyć pacjentowi płyny infuzyjne, chociażby 0,9%NaCl, później po wykonaniu badań krwi może się okazać że będzie potrzebna transfuzja krwi. 9. W jakim celu i kiedy pacjent otrzyma szczepionkę przeciw tężcowi? **Odp.:** Pacjent otrzyma szczepionkę przeciw tężcowi wtedy gdy od ostatniego szczepienia minęło

uniemożliwia sercu efektywne pompowanie krwi. Dochodzi do masywnego obniżenia skurczowego ciśnienia tętniczego poniżej 90 mmHg (prawidłowo wynosi ono ok. 120 mmHg).

Wstrząs hipowolemiczny: przyczyny

- utrata pełnej krwi - krwawienie, krwotok – WSTRZĄS KRWOTOCZNY
- zmniejszenie objętości osocza wskutek:

- ucieczki osocza do zmiażdżonych tkanek (obrażenia) lub jego utraty z powierzchni skóry (oparzenia, zespół Lyella, zespół Stevensa i Johnsona, złuszczające zapalenie skóry)
- zmniejszenia objętości płynu pozakomórkowego (stany odwodnienia) wynikające albo ze zmniejszonej podaży wody – najczęściej u osób starszych (z upośledzonym pragnieniem) i niesamodzielnych, albo ze zwiększonej utraty wody i elektrolitów przez przewód pokarmowy (biegunka i wymioty), nerki (diureza osmotyczna w kwasicy cukrzycowej ketonowej i nieketonowej hiperglikemii hiperosmolarnej, wielomocz i nadmierne wydalanie sodu w niedoborze gliko- i mineralo kortykosteroidów, rzadko moczówka prosta podwzgórzowa i nerkowa), skórę (gorączka, hipertermia) lub ucieczki płynów do tzw. trzeciej przestrzeni – światła jelit (niedrożność porażenna lub mechaniczna), rzadziej jam surowiczych (otrzewnej - wodobrzusze) czy też ze zwiększenia przepuszczalności ściany naczyniowej we wstrząsie anafilaktycznym i wstrząsie septycznym.

Główne objawy to:

- osłabienie
- pragnienie
- bladość
- skurczowe ciśnienie tętnicze <90 mmHg
- tachykardia
- przyspieszenie i spłycenie oddechu (tachypnoe)
- zimna, wilgotna skóra (powrót kapilarny>2 sek.)
- zmniejszone wydzielanie moczu
- splątanie, lęk

Do objawów krwotoku wewnętrznego należą:

- ból brzucha
- krew w kale
- krwiomocz
- krwawienie z pochwy (silne, zazwyczaj większe niż w czasie prawidłowej miesiączki)
- wymiotowanie krwią
- ból w klatce piersiowej
- obrzęk jamy brzusznej

5 lat lub więcej. W celu zapobiegnięcia zakażeniu tężcem, które jest bardzo niebezpieczne.

78. Teraz przydzielę Wam role, jakie będziecie pełnić w tym scenariuszu
    - .....będziesz liderem (Pielęgniarka 6), do Twoich zadań będzie należało zebranie wywiadu, koordynacja współpracy z zespołem terapeutycznym
    - …… będziesz Pielęgniarką 1, do Twoich zadań będzie należało podłączenie dla Pacjenta zleconych płynów dożylnych.
    - .....będziesz Pielęgniarką 2, do Twoich zadań będzie należało założenie opatrunku uciskowego na ranę
    - …… będziesz Pielęgniarką 3, do Twoich zadań będzie należało wykonanie EKG, podłączenie pacjenta do kardiomonitora i monitorowanie parametrów życiowych
    - ……. będziesz Pielęgniarką 4, do Twoich zadań będzie należało pobranie krwi na badania.
    - ……..będziesz Pielęgniarką 5, do Twoich zadań będzie należało podanie szczepionki przeciwko tężcowi.
    - .....będziesz obserwatorem, do Twoich zadań będzie należało obserwowanie wykonywanych przez pielęgniarki procedur.
    - .....będziesz obserwatorem, do twoich zadań będzie należało obserwowanie komunikacji w zespole terapeutycznym.

Czy wszyscy wiedzą jakie są ich zadania? Proszę aby każdy powiedział jakie ma zadanie.

ZAPOZNANIE STUDENTÓW ZE SPRZĘTEM	
Wykładowca	Dzisiaj będziemy ćwiczyć na symulatorze wysokiej wierności. Na symulatorze macie możliwość pomiaru parametrów życiowych (NIBP, HR, Sp02, liczba oddechów). Macie do dyspozycji dokumentacje medyczną- proszę się z nią zapoznać. Symulator będzie odpowiadał na Wasze pytania. Pamiętajcie o właściwej segregacji odpadów i postępowaniu zgodnie z zasadami aseptyki i antyseptyki.

Student	Student zapoznaje się ze sprzętem, zadaje pytania dotyczące obsługi i funkcji trenażera.
SCENARIUSZ SYMULACJI	
Opis scenariusza	Jan Kowalski lat 37 przywieziony przez karetkę pogotowia ratunkowego z raną kąsaną kończyny dolnej lewej na SOR. Na SOR-e zostało założone wkłucie do żyły (różowe), oraz opatrunek, który w trakcie transportu na oddział chirurgii zdążył przekrwawić. Opatrunek słabo się trzyma, odsłania ranę. Pacjent przestraszony, oddech lekko przyspieszony, tętno podwyższone, lekko spocony. Poszarpana lewa nogawka spodni, zabrudzona krwią. Zabrudzona koszula (pacjent przewrócił się na skutek ataku). Do urazu doszło kiedy pacjent szedł rano do pracy przez park, nagle został zaatakowany przez dwa psy rasy owczarek niemiecki. Właściciel psów przyjechał z poszkodowanym do szpitala.
Obecny stan kliniczny	Pacjent leży na łóżku pozycja pół wysoka, zdenerwowany, oddech przyspieszony, tętno podwyższone, lekko spocony.
Wywiad	Pacjent lat 37, do chwili obecnej zdrowy, nie leczył się na żadne choroby przewlekłe. Nie pali papierosów i nie nadużywa alkoholu. Żonaty, dwójka dzieci.

Przebieg scenariusza Ścieżka 1 Podłączono kroplówkę, zatamowano krwotok Pacjent stabilny hemodynamicznie	**Pielęgniarka 1:** Dzień dobry, Jak Pan się nazywa	Jan Kowalski
	Podłączę Panu kroplówkę	Proszę bardzo
	Proszę dać mi rękę	
	Pielęgniarka 2: Panie Janie, co się stało?	Pogryzły mnie psy, strasznie leci mi krew z tej nogi
	Spokojnie, jest Pan w dobrych rękach, założę Panu opatrunek uciskowy więc za chwilę krew powinna przestać lecieć	Mam nadzieję że przestanie, inaczej chyba się tu zaraz wykrwawię
	Pielęgniarka 3: Zrobię Panu EKG, podłączę Pana do monitora i zmierzę Panu ciśnienie	To nie będę mógł się poruszać?
	A wybierał się Pan gdzieś?	Myślałem żeby pójść do toalety
	Przyniosę Panu kaczkę, jak tylko zmierzę Panu parametry, wytrzyma Pan 2 minuty?	Postaram się
	Pielęgniarka 4: Proszę Pana, pobiorę Panu krew do badań, zgadza się Pan?	Miałem przed chwilą pobierana krew na sorze
	Ale tam Panu za mało pobrali, nasz lekarz zlecił więcej badań	To niech Pani pobiera jak tam jeszcze coś zostało, jak mi przez nogę wszystko nie wyleciało
	Dziękuję, już skończyłam	Dziękuję
	Pielęgniarka 5: Proszę Pana kiedy ostatni raz był Pan szczepiony od tężca	Nie pamiętam, chyba jakoś jak kończyłem szkołę średnią
	W takim razie zrobię Panu szczepionkę, proszę odsłonić ramię.	Musi mi Pani pomóc, chyba sam nie dam rady
	Dobrze, ja sobie poradzę	
	Pielęgniarka 6: Dzień dobry, Panie Janie chciałabym z Panem chwilkę porozmawiać czy da Pan radę	Możemy spróbować, niech Pani pyta.
	Czy choruje Pan na jakieś choroby przewlekłe, astma, cukrzyca, nadciśnienie?	Nic mi na ten temat nie wiadomo
	Czyli nie przyjmuje Pan na stałe żadnych leków?	Nie

Przebieg scenariusza Ścieżka 1 Podłączono kroplówkę, zatamowano krwotok Pacjent stabilny hemodynamicznie	Proszę powiedzieć czy jest Pan na coś uczulony? Pokarmy, leki, może kosmetyki?	Nie
	Proszę powiedzieć czy pali pan papierosy lub pije alkohol?	Papierosów nie palę, alkohol tylko okazjonalnie
	Może ma Pan inne używki?	Wypijam dwie kawy w ciągu dnia
	Proszę mi powiedzieć jaki ma Pan apetyt?	Teraz to nie mam żadnego apetytu, martwię się co będzie z nogą
	Rozumiem, zęby ma Pan swoje?	Tak, jeszcze swoje
	Czy stosował Pan do tej pory jakąś dietę, ma Pan może jakieś nietolerancje pokarmowe?	Jem wszystko
	Gdyby miał Pan określić poziom bólu w skali od jeden do dziesięciu, gdzie dziesięć to ból nie do wytrzymania to ile by Pan dał?	Jak jechałem karetką było 8, ale na sorze chyba coś dostałem i teraz jest 4-5.
	Proszę mi powiedzieć czy ma Pan problemy ze wzrokiem lub słuchem?	Jeszcze nie mam problemów, okularów nie noszę a słyszę chyba dobrze chociaż żona czasami mówi że słyszę tylko to co chcę.
	Wie Pan gdzie się Pan znajduje?	Tak, jestem w szpitalu, pogryzły mnie psy.
	Mieszka Pan z żoną?	Tak
	Warunki mieszkaniowe dobre?	Bardzo dobre
	Jaki ma Pan zawód?	Nauczyciel
	Dobrze, nie będę Pana już więcej męczyć, proszę mi tu jeszcze podpisać.	Musze przyznać że trochę mnie Pani zmęczyła.

PALETA 1 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE WRAZ Z PRAWIDŁOWYM PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna		Podłączenie kroplówki, założenie opatrunku uciskowego									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	R R	NIBP	P	SpO2	Temp.					
	Liczba	19	115/70	100	97%	36.4					
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia dotyczą:									
PALETA 3 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE NIEZGODNIE Z PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna		Nie podłączenie kroplówki Niezabezpieczenie rany opatrunkiem uciskowym									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	RR	NIBP	P	SpO2	Temp.					
	Liczba	25	70/40	120	89%	36.0					
	Cechy	głębokie									
	Inne	Inne ustawienia dotyczą:									

DEBRIEFING:	
INFORMACJE DLA STUDENTÓW	**INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW**
	Faza WSTĘPNA –cel i korzyści interwencji Scenariusz dotyczył opieki nad pacjentem z raną kąsaną kończyny dolnej. Takie zdarzenie może budzić duży niepokój zarówno u osoby, której to dotyczy, jak i świadków dlatego konieczne jest wdrożenie odpowiednich działań. Cieszę się że zaangażowaliście się w realizację scenariusza i udało nam się go przeprowadzić w całości w wyznaczonym czasie. Nasze cele zostały osiągnięte w ….% Jak czujecie się po przeprowadzeniu scenariusza? **Faza FAKTÓW** –uczestnicy opisują co się wydarzyło Pytania do poszczególnych osób dotyczące tego jaka była ich rola i co konkretnie wykonali. Wywiad: - wywiad chorobowy - leki przyjmowane na stałe - uczulenia alergie - ocena natężenia bólu Parametry: - właściwe wykonanie i interpretacja - przekazanie liderowi - udokumentowanie Procedury: - pytanie o zgodę - utrzymywanie kontaktu z pacjentem, informowanie o wykonywanych czynnościach **Faza MYŚLI** – przekazanie myśli dotyczących pacjenta, zaistniałej sytuacji O czy pomyślałaś widząc pacjenta? Jak myślisz jakie były powody niepokoju pacjenta? Jak uważacie czy procedury wykonane przez was były wykonane poprawnie? Czy waszym zdaniem można było działać sprawniej? Co myślicie o komunikacji w zespole? Gdybyście wypowiadali na głos wszystko co robicie to ułatwiłoby pracę całemu zespołowi? Co można było zrobić aby pacjent Czu się bardziej komfortowo? **Faza UCZUĆ** – co uczestnicy czuli podczas scenariusza Co czułeś widząc rozległą ranę? Co czułeś wykonując powierzone tobie zadanie? Jakie emocje odczuwałeś w pierwszej chwili gdy wszedłeś na salę? **Faza DIAGNOZY** – rozpoznanie u uczestników objawów fizycznych, poznawczych, emocjonalnych i behawioralnych

	Czy zgodzicie się ze mną że sprawne podłączenie płynów infuzyjnych rzutowało na dalszy przebieg scenariusza? Czy sądzicie że można było cos wykonać inaczej? Zdecydowaliście działać w określonej kolejności, czy drugi raz postąpilibyście tak samo? Myślę że zgodzicie się ze mną że istotne jest wykonanie pewnych procedur w jednym czasie? Jak działania w jednym czasie mogą wpływać na poczucie bezpieczeństwa u pacjenta? Czy wyniki pomiarów zostały udokumentowane? Jak ważne jest prowadzenie dokumentacji? **Faza EDUKACJI** – uczenie i dostarczenie informacji na temat jak radzić sobie z objawami i dużym stresem Jak myślicie jakie informacje mogłyby zwiększyć u pacjenta poczucie bezpieczeństwa? Jakie informacje mogłyby zmniejszyć poczucie lęku u pacjenta? **Faza POWROTNA** – podsumowanie scenariusza, przedstawienie możliwości wprowadzenia zmian oraz wzmocnienie poczucia wartości u uczestników (studentów) Widziałam że dobrze poradziliście sobie ze scenariuszem, okazaliście pacjentowi empatię, byliście dla niego pomocni. Byliście pewni tego co robiliście, widać było zdecydowanie w działaniu. Potraficie wskazać, które elementy wymagają jeszcze przećwiczenia i utrwalenia, ale na pewno jeżeli, z takim zaangażowaniem jak dzisiaj podejdziecie do kolejnych zajęć, poprawicie te czynności i będziecie mogli zapewnić choremu bezpieczeństwo i pomoc, nawet w sytuacji stresowej, kiedy ważną rolę odgrywać będzie czas.
Zastosowanie umiejętności:	Zdobyte umiejętności można zastosować na zajęciach praktycznych oraz praktykach zawodowych, na egzaminie OSCE oraz w pracy zawodowej.
Literatura	1. Ewa Czaja, Monika Juszczyk, Marta Kowalewska: Procedury pielęgniarskie w chirurgii. Podręcznik dla studiów medycznych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. 2012. 2. Jan Fibak: Chirurgia. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. 2010. 3. Elżbieta Walewska: Podstawy Pielęgniarstwa chirurgicznego. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. 2012. 4. O.J. Abilez, T.C. Nguyen: Opieka nad pacjentem leczonym chirurgicznie. Elsevier Urban & Partner. 2013 . 5. O.J. Garden, A.W. Bradbury, J.L.R. Forsythe, R.W. Parks: Chirurgia. Podręcznik dla studentów. Elsevier Urban & Partner. 2009. 6. Scenariusz NW pomiar ciśnienia tętniczego 7. Scenariusz NW wykonanie EKG 8. Scenariusz NW pobieranie krwi do badań 9. Scenariusz NW podłączenie wlewu kroplowego 10. Scenariusz NW pomiar tętna

Umiejętności podstawowe:	**Wiedza:** Postępowanie z pacjentem z raną otwartą Postępowanie z pacjentem we wstrząsie **Umiejętności:** Pomiar ciśnienia tętniczego Pomiar tętna Wykonanie EKG Pobieranie krwi do badań Podłączenie wlewu kroplowego Zbieranie wywiadu **Kompetencje:** Współpraca z pacjentem Praca w zespole
Efekty kształcenia	**Wiedza:** **C.W12** opisuje istotę, cel, wskazania, przeciwwskazania, niebezpieczeństwa, obowiązujące zasady i strukturę wykonywania podstawowych czynności pielęgniarskich **D.W26** zna metody, techniki i narzędzia oceny stanu świadomości i przytomności **B.W3** zna najczęściej stosowane zabiegi resuscytacyjne; **B.W23** zna zasady ordynowania leków zawierających określone substancje czynne, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe **D.W5** zna zasady diagnozowania w pielęgniarstwie internistycznym, geriatrycznym, chirurgicznym, pediatrycznym, neurologicznym, psychiatrycznym, anestezjologicznym, położniczo- ginekologicznym i opiece paliatywnej **Umiejętności:** **C.U8** dokonuje bieżącej i końcowej oceny stanu zdrowia pacjenta i skuteczności działań pielęgniarskich **C.U10** podaje choremu leki różnymi drogami, zgodnie z pisemnym zleceniem lekarza oraz oblicza dawki leków. **C.U13** dobiera technikę i sposoby zakładania opatrunków na rany, w tym wykorzystuje bandażowanie **C.U23** podłącza i obsługuje zestawy do kroplowych wlewów dożylnych **C.U30** pobiera materiał do badań laboratoryjnych i bakteriologicznych **C.U33** prowadzi dokumentację opieki pielęgniarskiej, w tym historię pielęgnowania, kartę obserwacji, kartę gorączkową, książkę raportów, kartę profilaktyki i leczenia odleżyn **C.U34** odnotowuje wykonanie zleceń w karcie zleceń lekarskich **C.U63** bezpiecznie stosuje środki dezynfekcyjne i segreguje odpady medyczne **D.U9** pobiera materiał do badań diagnostycznych **D.U23** doraźnie tamuje krwawienia i krwotoki **D.U29** oceni poziom bólu, reakcję chorego na ból i nasilenie bólu oraz stosuje postępowanie przeciwbólowe **D.U33** przygotowuje i podaje leki różnymi drogami, samodzielnie lub na zlecenie lekarza **Kompetencje:** **D.K1** szanuje godność i autonomię osób powierzonych opiece **D.K3** przestrzega wartości, powinności i sprawności moralnych w opiece; **D.K4** wykazuje odpowiedzialność moralną za człowieka i wykonywanie zadań zawodowych **D.K5** przestrzega praw pacjenta **D.K6** rzetelnie i dokładnie wykonuje powierzone obowiązki zawodowe **D.K8** współdziała w ramach zespołu interdyscyplinarnego w rozwiązywaniu dylematów etycznych z zachowaniem zasad kodeksu etyki zawodowej **D.K10** przejawia empatię w relacji z pacjentem i jego rodziną oraz współpracownikami **D.K7** dba o wizerunek własnego zawodu.

SCENARIUSZ SYMULACJI MEDYCZNEJ WYSOKIEJ WIERNOŚCI – WW **Autor: dr n. o zdr. Anna Ławnik**					Nr porządkowy	SWW zgodnie z wykazem
Czas zajęć	90 Min	Czas scenariusza	15 Min	Liczba studentów	6-8 Osób	
Nazwa	**Pacjent po wypadku komunikacyjnym**					
Cel główny	**Nauka postępowania z pacjentem po wypadku komunikacyjnym**					
Cel szczegółowy	1. Zebranie wywiadu medycznego 2. Monitorowanie parametrów życiowych 4. Wykonanie EKG 3. Obserwacja i ocena stanu pacjenta (ocena bólu) 4. Zatamowanie krwawienia z nosa 5. Wykonanie zleceń lekarskich (pobranie krwi do badań, podłączenie płynów, podanie leków przeciwbólowych)					
Metoda	Symulacji medycznej					
INFORMACJE TECHNICZNE I ORGANIZACYJNE						
Nr Sali	Nr 201	Numer stanowiska	Nr 1	Nr trenażera, fantomu	Nr zgodnie z wykazem	
Sprzęt wielokrotnego użytku	22. Aparat EKG 23. Aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego 24. Kardiomonitor			Sprzęt jednorazowego użytku	45. Gaziki jałowe 15x15 cm 46. Strzykawki 2ml, 5ml, 10 ml x 5 szt. 47. Igły: 0,8 (zielone), 0,9 (żółte) 48. 0,9%NaCl – 500 ml 49. Probówki do pobrania kwi do badań (morfologiczna, biochemiczna (średnia i duża na grupę krwi), układ krzepnięcia)	
Pozostałe wyposażenie	34. Dokumentacja medyczna (wywiad pielęgniarski, karta zleceń lekarskich, karta gorączkowa, wyniki badań, wynik grupy krwi, karta oceny bólu)			Ubrania i charakteryzacja	1. Pacjent w samej bieliźnie. Siniaki okularowe, tampon przeciekający nosa, siniak na kolanie lewym.	
Informacja ogólna dla technika	Pacjent na sali chorych. Pacjent w pozycji wysokiej, założony na nos tampon, mocno przekrwiony, siniaki okularowe, sine kolano lewe. Na prawym przedramieniu założony różowy wenflon.					

Parametry początkowe symulatora											
	Nazwa	RR - oddech	NIBP	P	SpO_2	CO_2	Temp. ^0C	Sinica%	Oczy	Obrzęki	
	Liczba	18	150/95	85	97%		36,7	Kolana, okolice oczu		Kolano lewe	
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia: pacjent z siniakami okularowymi na twarzy, sine kolano lewe									

Czynności początkowe	*Należy wpisać co trzeba wykonać przed rozpoczęciem zajęć scenariusza np.:* ***Wykładowca:*** • *Co jeszcze trzeba zrobić i kto w scenariuszu któregoo to* dotyczy. Przed rozpoczęciem zajęć sprawdza sposób przygotowania stanowiska i kompletacje. • Sprawdza listę uczestników i kartę informacyjną scenariusza • Rozpoczyna scenariusz — prosząc o wyłączenie telefonów, zajęcie miejsc — informacja za 3 min. rozpoczynamy proszę zająć miejsca. • Podanie informacji o rozpoczęciu scenariusza

REALIZACJA SCENARIUSZA

WPROWADZENIE – PREBREFING:

PLAN PREBRIEFINGU:

115. Zapoznanie z tematem szkolenia/kursu/scenariusza.

W dniu dzisiejszym nauczycie się postępowania z pacjentem po wypadku komunikacyjnym.

116. Zaprezentuj części szkolenia/zajęć:.

Scenariusz został podzielony na 3 części: część pierwsza prebrifing, stanowiący wprowadzenie do scenariusza, który będzie trwał 10 minut. Część druga to realizacja scenariusza, trwająca 10 minut. Część trzecia jest to debrifing stanowiący omówienie i podsumowanie wykonywanego scenariusza, który będzie trwał 20 minut.

117. Przedstawienie i omówienie krótkie celu i celów pośrednich scenariusza — rozmowa dyskusja w oparciu o informacje *dla* studentów i informacje dla wykładowców.

Celem dzisiejszego spotkania będzie nauka postępowania z pacjentem z raną kąsaną podudzia i uda kończyny dolnej lewej.

Zaś do celów szczegółowych możemy zaliczyć:

1. Zebranie wywiadu medycznego
2. Monitorowanie parametrów życiowych
4. Wykonanie EKG
3. Obserwacja i ocena stanu pacjenta (ocena bólu)
4. Wykonanie zleceń lekarskich (pobranie krwi do badań, podłączenie płynów, wykonanie opatrunku na rany)

118. Przedstaw gdzie będzie przeprowadzany scenariusz: Dzisiejszy scenariusz ma miejsce na oddziale chirurgii, na sali pacjenta.

119. Zaprezentuj przypadek kliniczny:

Jan Kowalski lat 57 przywieziony przez karetkę pogotowia ratunkowego z wypadku komunikacyjnego na SOR. Na SOR-e zostało założone wkłucie do żyły (różowe), oraz tamponada nosa, która w trakcie transportu na oddział chirurgii zdążyła przekrwawić. Pacjent nie do końca pamięta moment wypadku jest obolały, skarży się na ból kolana i głowy, ciśnienie tętnicze ma podwyższone.

Do urazu doszło kiedy pacjent jechał rano rowerem do pracy.

120. Zaproponuj podział ról w grupie, wyznacz lidera

79. Teraz przydzielę Wam role, jakie będziecie pełnić w tym scenariuszu
    - .....będziesz liderem (Pielęgniarka 6), do Twoich zadań będzie należało zebranie wywiadu, koordynacja współpracy z zespołem terapeutycznym
    - …… będziesz Pielęgniarką 1, do Twoich zadań będzie należało podłączenie dla Pacjenta zleconych płynów dożylnych.
    - …… będziesz Pielęgniarką 2, do Twoich zadań będzie należało wykonanie EKG, podłączenie pacjenta do kardiomonitora i monitorowanie parametrów życiowych
    - ……. będziesz Pielęgniarką 3, do Twoich zadań będzie należało pobranie krwi na zlecone badania.
    - ……..będziesz Pielęgniarką 4, do Twoich zadań będzie należało monitorowanie poziomu bólu oraz założenie opatrunku tamującego krwawienie z nosa.
    - ……..Bedziesz Pielęgniarką 5, do Twoich zadań będzie należało podanie środka przeciwbólowego.
    - .....będziesz obserwatorem, do Twoich zadań będzie należało obserwowanie wykonywanych przez pielęgniarki procedur.
    - .....będziesz obserwatorem, do twoich zadań będzie należało obserwowanie komunikacji w zespole terapeutycznym.

121. Upewnij się czy poszczególni członkowie zespołu wiedzą za co są odpowiedzialni, czy rozumieją swoją rolę.

122. Zaproś uczestników do Sali symulacyjnej w celu zapoznania z salą i ze sprzętem.

INFORMACJE DLA STUDENTÓW	INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW
Jan Kowalski lat 57 przywieziony przez karetkę pogotowia ratunkowego z wypadku komunikacyjnego na SOR. Na SOR-e zostało założone wkłucie do żyły (różowe), oraz tamponada nosa, która w trakcie transportu na oddział chirurgii zdążyła	Pacjent został potrącony przez samochód kiedy rano jechał rowerem do pracy. Karetką pogotowia został przywieziony na SOR gdzie udzielono mu pierwszej pomocy, zostało założone wkłucie do żyły i tamponada nosa. Z SOR-u trafił na oddział chirurgii. Pacjent nie do końca pamięta moment zdarzenia jest zdenerwowany, ma podwyższone ciśnienie tętnicze krwi.

przekrwawić. Pacjent nie do końca pamięta moment wypadku jest obolały, zdenerwowany, skarży się na ból kolana i głowy, ciśnienie tętnicze ma podwyższone.
Do urazu doszło kiedy pacjent jechał rano rowerem do pracy.
Mózg człowieka otoczony jest od zewnątrz oponami, czyli specjalnymi chroniącymi go powłokami. Bezpośrednio z mózgiem zrośnięta jest opona miękka, następnie mózg jest otoczony oponą pajęczą (pajęczynówką), która z oponą miękką łączy się poprzez beleczki z tkanki łącznej. Ostatnią, zewnętrzną powłoką otaczającą mózg jest opona twarda, która przylega do kości czaszki.
Krwiak podtwardówkowy to patologiczne nagromadzenie krwi pomiędzy oponą twardą a oponą pajęczą. Najczęściej powstaje on w wyniku przemieszczenia się mózgu w czaszce podczas urazu głowy, co prowadzi do napinania i rozrywania żył łączących powierzchnię mózgu z oponą twardą. Uraz głowy prowadzący do powstania krwiaka podtwardówkowego z reguły jest poważny, ale u niektórych osób z nasilonym zanikiem mózgu (osoby w podeszłym wieku, osoby uzależnione od alkoholu) nawet niegroźny z pozoru uraz może skutkować krwawieniem podtwardówkowym. Krew z uszkodzonych żył wypływa dość wolno i gromadzi się pod oponą twardą. Ponieważ czaszka dorosłego człowieka nie może się rozszerzyć i zrobić miejsce dla gromadzącej się krwi, krwiak zaczyna uciskać na mózg. Ze względu na czas pojawienia się objawów po urazie głowy można wyróżnić:

- krwiak podtwardówkowy ostry, którego objawy pojawiają się najczęściej do 72 godzin po urazie głowy
- krwiak podtwardówkowy przewlekły, którego objawy pojawiają się powyżej 21 dni od urazu głowy. Nawet 25-50% chorych ze stwierdzonym krwiakiem podtwardówkowym przewlekłym nie jest w stanie podać dokładnego momentu urazu głowy (w tej grupie znajdują się głównie chorzy na padaczkę i osoby uzależnione od alkoholu).

Krwiak podtwardówkowy ostry jest rzadkim powikłaniem urazów głowy i występuje w około 1% wszystkich urazów czaszki i mózgu. Ostry krwiak podtwardówkowy najczęściej pojawia się jako powikłanie urazu głowy w wyniku upadku lub przemocy, rzadziej jest następstwem wypadków komunikacyjnych.
Częstość występowania krwiaka podtwardówkowego przewlekłego jest szacowana na 1-2 przypadków/100 tysięcy osób. Przewlekły krwiak podtwardówkowy częściej występuje u osób w starszym wieku, co związane jest ze zmniejszeniem masy mózgu powodującym rozciągnięcie żył łączących powierzchnię mózgu z oponą twardą oraz z mniejszą elastycznością naczyń żylnych.

1. Jak myślicie, co może dziać się z pacjentem którego potrącił samochód, ma krwiaki okularowe, o czym to może świadczyć?

Odp.: Krwiaki okularowe powstają gdy u pacjenta dochodzi do złamania podstawy czaszki, pacjent miał uraz głowy więc istnieje ryzyko krwawienia wewnątrz mózgowego.

2. Pacjent nie pamięta momentu wypadku jak myślicie o czym to może świadczyć

Odp.: Myślę że świadczy to o utracie przytomności.

4. Czy może świadczyć o czymś jeszcze

Odp.: Utrata przytomności występuje również przy wstrząsie mózgu

5. Na jakie parametry będziecie zwracać uwagę.

Odp.: Na ciśnienie krwi, na tętno, SpO2, stan świadomości, EKG, będziemy również obserwować czy źrenice oczu są jednakowej wielkości.

6. Dlaczego będziesz obserwować czy źrenice się od siebie nie różnią?

Odp.: Ponieważ może to świadczyć o krwawieniu do mózgu, dokładnie o tworzeniu się krwiaka podtwardówkowego.

7. Co może się dziać z pacjentem u którego powstawałby krwiak podtwardówkowy?

Odp.: Może mieć ból głowy, nudności, wymioty, ruchy chorego będą spowolniałe, może wystąpić niedowład połowiczy.

8. Jak myślicie czy pacjent u którego zdiagnozowano krwiak podtwardówkowy zawsze trafia na zabieg operacyjny?

Odp.: Nie zawsze, czasami taki krwiak może wchłonąć się sam.

9. Jak myślicie czy zebranie wywiadu będzie prostą rzeczą?

Odp.: Myślę że rozmowa z pacjentem może być utrudniona

10. Jak poradzicie sobie z zebraniem wywiadu w sytuacji kiedy odpowiedzi pacjenta są nielogiczne lub mało wiarygodne?

Odp.: Poproszę o pomoc rodzinę, może rodzina odpowie na pytania dotyczące pacjenta.

Dziękuję widzę że świetnie orientujecie się w temacie.
Wyznaczę teraz każdemu rolę w którą wcieli się będą na Sali symulacji.

80. Teraz przydzielę Wam role, jakie będziecie pełnić w tym scenariuszu
    - .....będziesz liderem (Pielęgniarka 6), do Twoich zadań będzie należało zebranie wywiadu, koordynacja współpracy z zespołem terapeutycznym
    - …… będziesz Pielęgniarką 1, do Twoich zadań będzie należało podłączenie dla Pacjenta zleconych płynów dożylnych.

Objawy oraz szybkość ich narastania różnią się w przypadku ostrego i przewlekłego krwiaka podtwardówkowego. Uraz głowy powodujący powstanie ostrego krwiaka podtwardówkowego często doprowadza też do utraty przytomności. Część chorych, zwłaszcza tych z ciężkimi urazami, nie odzyskuje przytomności. Jednak u części chorych z tworzącym się krwiakiem podtwardówkowym po krótkim okresie utraty przytomności występuje tzw. okres przerwy jasnej (łac. *lucidum intervallum*), kiedy pacjent wraca do świadomości i przez różnie długi okres (czasem parę minut, czasem nawet do kilku godzin) może funkcjonować w miarę normalnie. Jednak w miarę powiększania się krwiaka stopniowo narasta ból głowy, zaburzenia świadomości i przytomności oraz pojawiają się objawy neurologiczne. Do objawów neurologicznych, które mogą sugerować rozpoznanie ostrego krwiaka podtwardówkowego u chorego po urazie głowy należą: niedowład jednej połowy ciała oraz poszerzenie jednej źrenicy i brak jej reakcji na światło. W przypadku przewlekłego krwiaka podtwardówkowego objawy narastają powoli. Najczęstszym objawem jest ból głowy o zmiennym nasileniu, czasem zależnym od pozycji ciała. Należy jednak zaznaczyć, że o ile ból głowy jest najczęstszym objawem przewlekłego krwiaka podtwardówkowego, to wśród wszystkich osób z bólami głowy tylko niewielki odsetek pacjentów ma bóle głowy spowodowane przewlekłym krwiakiem podtwardówkowym. Kolejnymi objawami mogącymi sugerować wystąpienie przewlekłego krwiaka podtwardówkowego są stopniowo narastające zaburzenia pamięci i pogorszenie funkcjonowania intelektualnego. Dość charakterystyczne są również okresowe zaburzenia świadomości, kiedy chory jest senny i apatyczny, a następnie powraca do prawidłowego funkcjonowania. Leczenie ostrego krwiaka podtwardówkowego jest najczęściej operacyjne. Należy je podjąć jak najszybciej po ustaleniu rozpoznania, aby zapobiec ewentualnym powikłaniom, które mogą doprowadzić do śmierci pacjenta. Operacja polega na usunięciu kości czaszki znad krwiaka i usunięciu krwiaka z powierzchni mózgu. W przypadku przewlekłego krwiaka podtwardówkowego sposób leczenia zależy od rozmiarów krwiaka, lokalizacji i nasilenia objawów. Część przewlekłych krwiaków podtwardówkowych (zwłaszcza tych o dużych rozmiarach i powodujących ubytkowe objawy neurologiczne, np. niedowład) będzie wymagała leczenia operacyjnego jak w przypadku ostrego krwiaka podtwardówkowego. Natomiast niewielkie krwiaki podtwardówkowe, które nie powodują poważnych objawów, można leczyć zachowawczo - nie wykonuje się operacji, a stopień wchłaniania się krwi jest monitorowany poprzez kontrolne badania obrazowe mózgu.	• ……. będziesz Pielęgniarką 2, do Twoich zadań będzie należało wykonanie EKG, podłączenie pacjenta do kardiomonitora i monitorowanie parametrów życiowych • ……. będziesz Pielęgniarką 3, do Twoich zadań będzie należało pobranie krwi na zlecone badania. • ……..będziesz Pielęgniarką 4, do Twoich zadań będzie należało monitorowanie poziomu bólu oraz założenie opatrunku tamującego krwawienie z nosa. • .....będziesz obserwatorem, do Twoich zadań będzie należało obserwowanie wykonywanych przez pielęgniarki procedur. • .....będziesz obserwatorem, do twoich zadań będzie należało obserwowanie komunikacji w zespole terapeutycznym. Czy wszyscy wiedzą jakie są ich zadania? Proszę aby każdy powtórzył jakie ma zadanie.

Wstrząśnienie mózgu jest łagodnym następstwem urazu mózgu. Należy do grupy lekkich urazów mózgu stanowiących ok. 80% wszystkich pourazowych uszkodzeń mózgu. Jego skutki w większości przypadków są przemijające, chociaż czas ich trwania można liczyć w dniach, tygodniach, a czasem nawet dłużej. Przyczyną wstrząśnienia mózgu może być bezpośredni uraz głowy, ale również uraz wynikający z gwałtownego przyśpieszenia i zwolnienia ruchu głowy (np. w wyniku wypadku samochodowego u kierowcy zapiętego w pasy bezpieczeństwa). Częste są przypadki wstrząśnień mózgu wśród sportowców, np. bokserów, piłkarzy, hokeistów, narciarzy. W wyniku wstrząśnienia mózgu może, lecz nie musi dojść do utraty przytomności, którą definiować można jako brak kontaktu z otoczeniem, a w praktyce medycznej jako brak otwierania oczu w reakcji na bodźce zewnętrzne, również bólowe. Utrata przytomności we wstrząśnieniu mózgu może być krótkotrwała i z reguły przejawia się brakiem pamięci okoliczności urazu. Do najczęstszych objawów wstrząśnienia mózgu należą bóle głowy, przejściowa utrata przytomności (zazwyczaj trwająca mniej niż godzinę), splątanie, niepamięć okoliczności urazu, zawroty głowy, nudności, wymioty, niewyraźna mowa, spowolnienie, zmęczenie. Do objawów występujących w okresie późniejszym (w ciągu godzin lub dni po urazie) zaliczamy zaburzenia koncentracji oraz pamięci, wzmożoną wrażliwość na hałas i światło, drażliwość i inne zaburzenia osobowości, zaburzenia snu, depresję, problemy z uczeniem się, zaburzenia węchu i smaku. Bóle i zawroty głowy mogą występować nawet do kilku miesięcy po wstrząśnieniu mózgu. Bezpośrednio po lekkim urazie głowy, osobie która mu uległa, należy zapewnić możliwość wypoczynku, najlepiej w pozycji leżącej. Jeżeli objawy ustąpią samoistnie w krótkim czasie i nie nawracają, nie ma konieczności zgłoszenia się do lekarza.	

ZAPOZNANIE STUDENTÓW ZE SPRZĘTEM	
Wykładowca	Dzisiaj będziemy ćwiczyć na symulatorze wysokiej wierności. Na symulatorze macie możliwość pomiaru parametrów życiowych (NIBP, HR, Sp02, liczba oddechów). Macie do dyspozycji dokumentacje medyczną- proszę się z nią zapoznać. Symulator będzie odpowiadał na Wasze pytania. Pamiętajcie o właściwej segregacji odpadów i postępowaniu zgodnie z zasadami aseptyki i antyseptyki.
Student	Student zapoznaje się ze sprzętem, zadaje pytania dotyczące obsługi i funkcji trenażera.

SCENARIUSZ SYMULACJI	
Opis scenariusza	Jan Kowalski lat 57 przywieziony przez karetkę pogotowia ratunkowego z wypadku komunikacyjnego na SOR. Na SOR-e zostało założone wkłucie do żyły (różowe), oraz tamponada nosa, która w trakcie transportu na oddział chirurgii zdążyła przekrwawić. Pacjent nie do końca pamięta moment wypadku jest obolały, skarży się na ból kolana i głowy, ciśnienie tętnicze ma podwyższone. Do urazu doszło kiedy pacjent jechał rano rowerem do pracy.
Obecny stan kliniczny	Pacjent leży na łóżku pozycja wysoka, zdenerwowany, ma podwyższone ciśnienie krwi
Wywiad	Pacjent lat 57, do chwili obecnej zdrowy, nie leczył się na żadne choroby przewlekłe. Pali papierosy – 20 dziennie, zdarza się że nadużywać alkohol. Żonaty, dwójka dzieci.

Przebieg scenariusza Ścieżka 1 Pozostawiono pacjenta w łóżku w pozycji wysokiej	**Pielęgniarka 1:** Dzień dobry, Jak Pan się nazywa	Jan Kowalski
	Podłączę Panu kroplówkę, którą zlecił lekarz	Proszę bardzo
	Proszę dać mi rękę	
	Panie Janie, co się stało?	Sam do końca nie wiem, jechałem rowerem do pracy i potrącił mnie samochód, chyba, bo ja sam tego nie pamiętam, jak się ocknąłem to już była karetka.
	Proszę się nie martwić, teraz jest Pan już bezpieczny.	Ja się nie martwię, cieszę się że żyję.
	Pielęgniarka 2: Zrobię Panu EKG, podłączę Pana do monitora i zmierzę Panu ciśnienie	To nie będę mógł się poruszać?
	A wybierał się Pan gdzieś?	Myślałem żeby pójść do toalety
	Przyniosę Panu kaczkę, jak tylko zmierzę Panu parametry, wytrzyma Pan 2 minuty?	Ale ja się w kaczkę nie wysikam, muszę pójść do toalety. Może Pani poczeka chwilkę, ja szybko wrócę?
	Nie ma mowy, ma Pan kategoryczny zakaz wstawania co dopiero chodzenia.	Dlaczego, przecież nogi mam tylko trochę pobite, dam rady pójść do toalety. Dlaczego każe mi Pani leżeć w łóżku?
	Ma Pan potłuczoną głowę	No to co, przecież na głowie chodzić nie będę.
	Żartowniś z Pana, możliwe że ma Pan krwiaka w głowie. Zakazuję wstawania i żadnych spacerów, nawet do toalety.	Widzę że z Panią nie wygram.
	Pielęgniarka 3: Proszę Pana, pobiorę Panu krew do badań, zgadza się Pan?	Miałem przed chwilą pobierana krew na sorze.
	Ale tam Panu za mało pobrali, nasz lekarz zlecił więcej badań.	To niech Pani pobiera.
	Dziękuję, już skończyłam.	Dziękuję.
	Pielęgniarka 4: Dzień dobry, Panie Janie założę Panu jeszcze raz opatrunek do nosa, bo widzi Pan że ten już jest cały we krwi	Niech Pani zakłada, bo się tu zaraz wykrwawię
	Spróbuję może trochę więcej włożyć do środka nosa, jak ten opatrunek nie zatamuje krwi to będziemy musieli wzywać chyba laryngologa	Abo to raz człowiekowi krew z nosa leciała, niech Pani nie przesadza, zaraz na pewno przestanie

Przebieg scenariusza Ścieżka 1 Pozostawiono pacjenta w łóżku w pozycji wysokiej	Gdyby miał Pan określić poziom bólu w skali od jeden do dziesięciu, gdzie dziesięć to ból nie do wytrzymania to ile by Pan dał?	Teraz to tak ok. 6.
	Pielęgniarka 6: Dzień dobry, Panie Janie chciałabym z Panem chwilkę porozmawiać czy da Pan radę	Możemy spróbować, niech Pani pyta.
	Czy choruje Pan na jakieś choroby przewlekłe, astma, cukrzyca, nadciśnienie?	Nic mi na ten temat nie wiadomo
	Czyli nie przyjmuje Pan na stałe żadnych leków?	Nie
	Proszę powiedzieć czy jest Pan na coś uczulony? Pokarmy, leki, może kosmetyki?	Nie
	Proszę powiedzieć czy pali pan papierosy lub pije alkohol?	Palę ok. 20 papierosów dziennie, alkohol zdarza się, jak jest okazja to się wypije.
	Może ma Pan inne używki?	Wypijam dwie kawy w ciągu dnia
	Proszę mi powiedzieć jaki ma Pan apetyt?	Teraz to nie mam żadnego apetytu, martwię się co będzie z nogą
	Rozumiem, zęby ma Pan swoje?	A skąd proteza górna i dolna, ale teraz nie mam, nie wiem czy wypadła mi podczas tego wypadku czy gdzie ona jest, nie wiem.
	Czy stosował Pan do tej pory jakąś dietę, ma Pan może jakieś nietolerancje pokarmowe?	Jem wszystko
	Proszę mi powiedzieć czy ma Pan problemy ze wzrokiem lub słuchem?	Jeszcze nie mam problemów, okularów nie noszę a słyszę chyba dobrze chociaż żona czasami mówi że słyszę tylko to co chcę.
	Wie Pan gdzie się Pan znajduje?	Tak, jestem w szpitalu, ale nie wiem w jakim mieście, chyba w Międzyrzecu Podlaskim
	Mieszka Pan z żoną?	Tak
	Warunki mieszkaniowe dobre?	Bardzo dobre
	Jaki ma Pan zawód?	Na budowie pracuję
	Dobrze, nie będę Pana już więcej męczyć, proszę mi tu jeszcze podpisać.	Musze przyznać że trochę mnie Pani zmęczyła.

PALETA 1 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE WRAZ Z PRAWIDŁOWYM PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna		Pacjent ułożony w pozycji wysokiej, leży w łóżku									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	R R	NIBP	P	SpO2	Temp.					
	Liczba	19	135/85	85	97%	36.4					
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia dotyczą:									

PALETA 2 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE NIEZGODNIE Z PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna		Pielęgniarka pozwoliła pacjentowi pójść do toalety lub obniżyła zagłówek łóżka									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	RR	NIBP	P	SpO2	Temp.					
	Liczba	25	70/40	120	89%	36.0					
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia dotyczą:									

DEBRIEFING:	
INFORMACJE DLA STUDENTÓW	**INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW**
	Faza WSTĘPNA –cel i korzyści interwencji Scenariusz dotyczył opieki nad pacjentem który uległ wypadkowi komunikacyjnemu. Takie zdarzenie może budzić duży niepokój zarówno u osoby, której to dotyczy, jak i świadków zdarzenia dlatego konieczne jest wdrożenie odpowiednich działań. Cieszę się że zaangażowaliście się w realizację scenariusza i udało nam się go przeprowadzić w całości w wyznaczonym czasie. Nasze cele zostały osiągnięte w ….% Jak czujecie się po przeprowadzeniu scenariusza? **Faza FAKTÓW** –uczestnicy opisują co się wydarzyło Pytania do poszczególnych osób dotyczące tego jaka była ich rola i co konkretnie wykonali. Wywiad: - wywiad chorobowy - leki przyjmowane na stałe - uczulenia alergie - ocena natężenia bólu Parametry: - właściwe wykonanie i interpretacja - przekazanie liderowi - udokumentowanie Procedury: - pytanie o zgodę - utrzymywanie kontaktu z pacjentem, informowanie o wykonywanych czynnościach **Faza MYŚLI** – przekazanie myśli dotyczących pacjenta, zaistniałej sytuacji O czy pomyślałaś widząc pacjenta? Jak myślisz jakie były powody niepokoju pacjenta? Jak uważacie czy procedury wykonane przez was były wykonane poprawnie? Czy waszym zdaniem można było działać sprawniej?

	Co myślicie o komunikacji w zespole? Gdybyście wypowiadali na głos wszystko co robicie to ułatwiłoby pracę całemu zespołowi? Co można było zrobić aby pacjent czuł się bardziej komfortowo? **Faza UCZUĆ** – co uczestnicy czuli podczas scenariusza Co czułeś widząc pacjenta z tamponadą nosa? Co czułeś wykonując powierzone tobie zadanie? Jakie emocje odczuwałeś w pierwszej chwili gdy wszedłeś na salę? **Faza DIAGNOZY** – rozpoznanie u uczestników objawów fizycznych, poznawczych, emocjonalnych i behawioralnych Czy zgodzicie się ze mną że sprawne podłączenie płynów infuzyjnych rzutowało na dalszy przebieg scenariusza? Czy sądzicie że można było cos wykonać inaczej? Zdecydowaliście działać w określonej kolejności, czy drugi raz postąpilibyście tak samo? Myślę że zgodzicie się ze mną że istotne jest wykonanie pewnych procedur w jednym czasie? Jak działania w jednym czasie mogą wpływać na poczucie bezpieczeństwa u pacjenta? Czy wyniki pomiarów zostały udokumentowane? Jak ważne jest prowadzenie dokumentacji? **Faza EDUKACJI** – uczenie i dostarczenie informacji na temat jak radzić sobie z objawami i dużym stresem Jak myślicie jakie informacje mogłyby zwiększyć u pacjenta poczucie bezpieczeństwa? Jakie informacje mogłyby zmniejszyć poczucie lęku u pacjenta? **Faza POWROTNA** – podsumowanie scenariusza, przedstawienie możliwości wprowadzenia zmian oraz wzmocnienie poczucia wartości u uczestników (studentów) Widziałam że dobrze poradziliście sobie ze scenariuszem, okazaliście pacjentowi empatię, byliście dla niego pomocni. Byliście pewni tego co robiliście, widać było zdecydowanie w działaniu. Potraficie wskazać, które elementy wymagają jeszcze przećwiczenia i utrwalenia, ale na pewno jeżeli, z takim zaangażowaniem jak dzisiaj podejdziecie do kolejnych zajęć, poprawicie te czynności i będziecie mogli zapewnić choremu bezpieczeństwo i pomoc, nawet w sytuacji stresowej, kiedy ważną rolę odgrywać będzie czas.

Zastosowanie umiejętności:	Zdobyte umiejętności można zastosować na zajęciach praktycznych oraz praktykach zawodowych, na egzaminie OSCE oraz w pracy zawodowej.
Literatura	1. Elżbieta Walewska: Podstawy Pielęgniarstwa chirurgicznego. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. 2012. 2. Scenariusz NW pomiar ciśnienia tętniczego 3. Scenariusz NW wykonanie EKG 4. Scenariusz NW pobieranie krwi do badań 5. Scenariusz NW podłączenie wlewu kroplowego 6. Scenariusz NW pomiar tętna
Umiejętności podstawowe:	**Wiedza:** Postępowanie z pacjentem po wypadku **Umiejętności:** Pomiar ciśnienia tętniczego Pomiar tętna Wykonanie EKG Pobieranie krwi do badań Podłączenie wlewu kroplowego Zbieranie wywiadu **Kompetencje:** Współpraca z pacjentem Praca w zespole
Efekty kształcenia	**Wiedza:** **C.W12** opisuje istotę, cel, wskazania, przeciwwskazania, niebezpieczeństwa, obowiązujące zasady i strukturę wykonywania podstawowych czynności pielęgniarskich **D.W26** zna metody, techniki i narzędzia oceny stanu świadomości i przytomności **B.W3** zna najczęściej stosowane zabiegi resuscytacyjne; **B.W23** zna zasady ordynowania leków zawierających określone substancje czynne, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe **D.W5** zna zasady diagnozowania w pielęgniarstwie internistycznym, geriatrycznym, chirurgicznym, pediatrycznym, neurologicznym, psychiatrycznym, anestezjologicznym, położniczo- ginekologicznym i opiece paliatywnej **Umiejętności:** **C.U8** dokonuje bieżącej i końcowej oceny stanu zdrowia pacjenta i skuteczności działań pielęgniarskich **C.U10** podaje choremu leki różnymi drogami, zgodnie z pisemnym zleceniem lekarza oraz oblicza dawki leków. **C.U13** dobiera technikę i sposoby zakładania opatrunków na rany, w tym wykorzystuje bandażowanie **C.U23** podłącza i obsługuje zestawy do kroplowych wlewów dożylnych **C.U30** pobiera materiał do badań laboratoryjnych i bakteriologicznych **C.U33** prowadzi dokumentację opieki pielęgniarskiej, w tym historię pielęgnowania, kartę obserwacji, kartę gorączkową, książkę raportów, kartę profilaktyki i leczenia odleżyn **C.U34** odnotowuje wykonanie zleceń w karcie zleceń lekarskich **C.U63** bezpiecznie stosuje środki dezynfekcyjne i segreguje odpady medyczne **D.U9** pobiera materiał do badań diagnostycznych **D.U23** doraźnie tamuje krwawienia i krwotoki **D.U29** oceni poziom bólu, reakcję chorego na ból i nasilenie bólu oraz stosuje postępowanie przeciwbólowe **D.U33** przygotowuje i podaje leki różnymi drogami, samodzielnie lub na zlecenie lekarza

	Kompetencje: **D.K1** szanuje godność i autonomię osób powierzonych opiece **D.K3** przestrzega wartości, powinności i sprawności moralnych w opiece; **D.K4** wykazuje odpowiedzialność moralną za człowieka i wykonywanie zadań zawodowych **D.K5** przestrzega praw pacjenta **D.K6** rzetelnie i dokładnie wykonuje powierzone obowiązki zawodowe **D.K8** współdziała w ramach zespołu interdyscyplinarnego w rozwiązywaniu dylematów etycznych z zachowaniem zasad kodeksu etyki zawodowej **D.K10** przejawia empatię w relacji z pacjentem i jego rodziną oraz współpracownikami **D.K7** dba o wizerunek własnego zawodu.

SCENARIUSZ SYMULACJI MEDYCZNEJ WYSOKIEJ WIERNOŚCI – WW **Autor scenariusza: dr Barbara Sokołowska**					Nr porządkowy	WW zgodnie z wykazem
Czas zajęć	45 Minut	Czas scenariusza	15 Minut	Liczba studentów	8	
Nazwa	**Postępowanie z pacjentem z bólem w klatce piersiowej**					
Cel główny	**Na dzisiejszych zajęciach nauczycie się postępowania z pacjentem z bólem w klatce piersiowej z podejrzeniem zawału mięśnia sercowego.**					
Cel szczegółowy	1. Ocena i obserwacja stanu pacjenta. 2. Zapewnienie poczucia bezpieczeństwa pacjentowi. 3. Komunikowanie się w zespole terapeutycznym koniecznym do efektywnej współpracy w opiece nad pacjentem z poczuciem zagrożenia życia. 4. Wykonywanie zabiegów pielęgniarskich zgodnie ze zleceniem lekarskim.					
Metoda	Zajęcia te będą realizowane metodą symulacji medycznej.					
INFORMACJE TECHNICZNE I ORGANIZACYJNE						
Nr Sali	Nr 201	Numer stanowiska	Nr…1	Nr trenażera, fantomu	Nr zgodnie z wykazem	
Sprzęt wielokrotnego użytku	– Fantom dorosłego mężczyzny – Zestaw do pobierania krwi do badań **(Scenariusz *zgodnie z wykazem)*** – Zestaw do podawania tlenu, reduktor – Zestaw do podłączenia kroplowego wlewu dożylnego **(Scenariusz *zgodnie z wykazem)*** – Zestaw do pomiaru temperatury ciała - termometr elektroniczny **(Scenariusz *zgodnie z wykazem)*** – Kardiomonitor (pomiar saturacji, tętna, ciśnienia), mankiet dla osoby dorosłej – Pompa infuzyjna – Wózek reanimacyjny			Sprzęt jednorazowego użytku	– Zestaw do pobierania krwi do badań **(Scenariusz *zgodnie z wykazem)*** – Zestaw do podawania tlenu (maska tlenowa z przewodem). – Zestaw do podłączenia kroplowego wlewu dożylnego butelka o pojemności 500 ml NaCl 0,9% **(Scenariusz *zgodnie z wykazem)*** – Dodatkowo 1 strzykawka o pojemność 5 ml, wypełniona 0,9% NaCl, 2 strzykawki o pojemność 10 ml do podawania leków, diuretyki, leki rozszerzające naczynia (Furosemid, 3 amp.). – Nitrat wziewny, – leki przeciwbólowe (Morfina), – Strzykawki zabezpieczone igłą z opisem na opakowaniu strzykawki: nr sali, imię i nazwisko pacjenta, nazwa leku, dawka, droga podania, data przygotowania. – Karta informacyjna – Karta ze zleceniami lekarskimi	
Pozostałe wyposażenie	– Dokumentacja medyczna-Karta wywiadu pacjenta; – Indywidualna karta zlecenia lekarskiego z informacjami (zlecenia ścieżka 1, ścieżka 2); – próbówki do pobierania badań laboratoryjnych; – Tlen.			Ubrania i charakteryzacja	1. Fantom dorosłego mężczyzny ubranego w koszulę i spodnie	
Informacja ogólna dla technika	Symulator dorosłego mężczyzny ubranego w koszulę i spodnie. Symulator umieszczony na leżance w pozycji wyżej ułożona głową. Pacjent z bólem w klatce piersiowej					

Parametry początkowe symulatora	Nazwa	R - oddech	EKG	NIBP	SpO_2	CO_2	Temp. ^0C	Sinica %	Oczy	Obrzęki	W płucach
	Liczba	>25	120	175/95	< 92%	40	36,8	0	Mruganie 15		Oddech płytki przyspieszony
	Cechy		zawał								Brak zmian osłuchowych
	Inne	Inne ustawienia:									
Czynności początkowe		Wykładowca: 1. Przed rozpoczęciem zajęć sprawdza sposób przygotowania stanowiska i kompletacje. 2. Sprawdza listę uczestników i kartę informacyjną scenariusza itp. 3. Rozpoczyna scenariusz – prosząc o wyłączenie telefonów, zajęcie miejsc itp. – informacja za 3 min. rozpoczynamy proszę zająć miejsca itp.									

REALIZACJA SCENARIUSZA

WPROWADZENIE – PREBREFING:

PLAN PREBREFINGU:

22. W dniu dzisiejszym nauczymy się postępowania z pacjentem *z zawałem mięśnia sercowego*
23. Scenariusz został podzielony na 3 części: część pierwsza prebrifing, stanowiący wprowadzenie do scenariusza, który będzie trwał 15 minut. Część druga to realizacja scenariusza, trwająca 10 minut. Część trzecia jest to debrifing stanowiący omówienie i podsumowanie wykonywanego scenariusza, który będzie trwał 40 minut.
24. Celem głównym scenariusza jest nauka postępowania z pacjentem z zawałem mięśnia sercowego.
25. Cele szczegółowe to:
    Ocena i obserwacja stanu pacjenta oraz zapewnienie poczucia bezpieczeństwa pacjentowi.
    Wykonanie EKG i interpretacja oraz wykonywanie zabiegów pielęgniarskich zgodnie ze zleceniem lekarskim.
26. Scenariusz będzie realizowany w Oddziale Intensywnej Opieki Kardiologicznej
27. Czy wszystkie przedstawione przeze mnie informacje są zrozumiałe? Tak
28. Zaprezentuję teraz przypadek kliniczny: Jan Nowak lat 49 do oddziału OIOK przyjęty w trybie nagłym z powodu silnego bólu w klatce piersiowej promieniującego do lewej strony żuchwy i lewego boku, bólu brzucha i narastającej duszności (uczucia braku powierza) oraz tachykardii. Złe samopoczucie u pana Jana nastąpiło w pracy po trudnej rozmowie ze swoim pracownikiem i silnym zdenerwowaniu. Kolega pacjenta twierdził, że pan Jan już rano mówił o swoim złym samopoczuciu. Widział, że pacjent był poddenerwowany. Pacjent od 2 lat leczy się na nadciśnienie tętnicze przyjmuje Betaloc 50mg. 1x1. Pacjent zgłosił się do lekarza rodzinnego, gdzie wykonano EKG, po którym pacjent został skierowany na oddział kardiologii.
29. Teraz przydzielę Wam role, jakie będziecie pełnić w tym scenariuszu
    - .....będziesz liderem (Pielęgniarka 1), do Twoich zadań będzie należało ocena stanu ogólnego pacjenta i zapewnienie poczucia bezpieczeństwa pacjentowi zebranie wywiadu, koordynacja współpracy z zespołem terapeutycznym.
    - .....będziesz Pielęgniarką 2, do Twoich zadań będzie należał monitorowanie pacjenta (obserwacja stanu biologicznego i psychicznego pacjenta). Wykonanie EKG i jego interpretacja.
    - .....będziesz Pielęgniarką 3, do Twoich zadań będzie należało wykonanie zabiegów pielęgniarskich zgodnie ze zleceniem lekarskim (pobieranie badań, podawanie leków itd..)
    - .....będziesz obserwatorem, do twoich zadań będzie należało obserwowanie komunikacji w zespole terapeutycznym
    - .....będziesz obserwatorem, do Twoich zadań będzie należało obserwowanie procedur zastosowanych w scenariuszu

18. Czy wszyscy zrozumieli przydzielone im role?
19. Zwracam się do każdej osoby z zapytaniem czy rozumie przydzieloną rolę i proszę o powtórzenie zleconych zadań.
20. Zapraszam do sali symulacji w celu zapoznania się ze sprzętem.

INFORMACJE DLA STUDENTÓW	INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW
Dzisiaj przypomnimy sobie jak zebrać wywiad z pacjentem, u którego wystąpił ból w klatce piersiowej, monitorować pacjenta, interpretować zapis EKG, badanie fizykalne klatki piersiowej, zasady podawania tlenu, zasady zakładania wkłucia, zasady podawania leków. Nauczycie się współpracy i komunikacji w zespole interdyscyplinarnym. Zebranie wszystkich czynności w całość da wam umiejętność rozpoznania stanu klinicznego pacjenta i będzie zapobiegało popełnieniu przez was błędów w pracy z pacjentem *z bólem w klatce piersiowej* w rzeczywistej sytuacji klinicznej. *Źródłem bólu serca może być: dławica piersiowa (angina pectoris), zawał serca, zapalenie osierdzia.* **Ból dławicowy** (angina pectoris), jest to ból związany z niedokrwieniem mięśnia sercowego wynikający z dysproporcji między zapotrzebowaniem a podażą tlenu do mięśnia sercowego. Przyczyną powstania bólu wieńcowego jest: 1/ zwężenie światła tętnic wieńcowych najczęściej spowodowane obecnością blaszki miażdżycowej 2/ zmniejszenie podaży tlenu 3/ zwiększenie zapotrzebowania mięśnia sercowego na tlen . **Charakterystyka bólu:** Ból dławicowy zwykle odczuwalny jest jako uczucie ściskania, gniecenia, dławienia lub pieczenia w klatce piersiowej o lokalizacji „rozlanej”- trudny do zlokalizowania. Najczęściej umieszczony zamostkowo promieniujący do jednej strony (najczęściej do strony lewej), do szyi, żuchwy, barku, ramienia, rzadziej do nadbrzusza i pleców. Możliwe jest występowanie bólu tylko w miejscach promieniowania np. izolowany ból w stawie łokciowym. Typowo chory wskazuje jednak miejsce bólu ręką zaciśnięta *w pięść (objaw Levine›*a). Ból w stabilnej dławicy trwa od 2-10 minut. Jeśli ból trwa powyżej 10 minut należy podejrzewać dławicę piersiową niestabilną lub zawał mięśnia sercowego. **Zawał serca** jest to każda martwica komórek mięśnia sercowego (kardiomiocytów) spowodowana przedłużonym niedokrwieniem określonego obszaru serca, czyli zamknięciem światła naczynia wieńcowego najczęściej w wyniku pęknięcia blaszki miażdżycowej, potwierdzona zwiększeniem wartości tropoininy i (lub) CK-MB. **Ból zawałowy** to ból dławicowy trwający dłużej niż 30 minut zwykle o większym natężeniu niż w dławicy stabilnej, nie ustępujący po zaprzestaniu wysiłku lub przyjęciu nitrogliceryny. Często	Wyobraźcie sobie sytuację,że jesteście na zajęciach praktycznych w szpitalu w Oddziale Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego. Opiekujecie się pacjentem, który przybył do oddziału z powodu nasilenia się bólu w klatce piersiowej. U pacjenta wystąpił silny ból w klatce piersiowej, promieniujący do lewej żuchwy i uczucie duszność które pojawiła się po zdenerwowaniu pacjenta. Pacjent spocony i wystraszony. **Wykładowca: 1. Czym się charakteryzuje zawał mięśnia sercowego? Z czego wynika?** **Student:** Zawał mięśnia sercowego jest to martwica komórek mięśnia sercowego spowodowana przedłużonym niedokrwieniem określonego obszaru serca, czyli zamknięciem światła naczynia wieńcowego najczęściej w wyniku pęknięcia blaszki miażdżycowej. **Wykładowca: 2. Czym charakteryzuje się ból zawałowy?** **Student:** Ból zawałowy to ból dławicowy trwający dłużej niż 30 minut zwykle o większym natężeniu niż w dławicy stabilnej, nie ustępujący po zaprzestaniu wysiłku lub przyjęciu nitrogliceryny. Wykładowca: 3. Jak rozpoznamy zawał? Student: - wywiad z pacjentem, - obserwacja (kątem objawów) - wykonanie EKG i interpretacja - oznaczaniu w surowicy krwi enzymów. **Wykładowca: 4. Jak myślisz na jakie cechy charakterystyczne przy zawale należałoby zwrócić uwagę przeprowadzając wywiad z pacjentem?** **Student:** Zapytać chorego o: czas trwania bólu, kiedy się pojawił (np.: po wysiłku, po zdenerwowaniu itp.) charakter bólu, o inne objawy takie jak nudności, wymioty. Czy już kiedyś podobny ból u takiego pacjenta się pojawił (czy to jest pierwszy raz) **Wykładowca: 5. Na jakie parametry zwrócisz uwagę?** **Student:** Zapis EKG: pierwsza doba nieznacznie uniesiony odcinek ST. Wysoki symetryczny załamek T. Załamek R prawidłowy lub nieznacznie zmniejszony lub wyraźnie uniesiony odcinek ST – (fala Pardee`go). Malejąca amplituda załamka R. Druga i następna doba: Patologiczny załamek Q lub zespół QS (brak załamka R). Odwrócony, głęboki i symetryczny załamek T. Odcinek ST linii izoelektrycznej. Inne parametry: Ciśnienie, tętno, oddechy, markery biochemiczne troponina i CK-MB. Wykładowca: 6. Jak myślisz jakie informacje są istotne u pacjenta z bólem w klatce piersiowej?

objawy towarzyszące przy nim to: duszność, poty, osłabienie, nudności, wymioty, lęk przed nadchodząca śmiercią.

Rozpoznanie zawału

- wywiad z pacjentem,
- obserwacja (kątem objawów)
- wykonanie EKG i interpretacja
- oznaczaniu w surowicy krwi enzymów.

Spontaniczny zawał serca spowodowany niedokrwieniem mięśnia sercowego w przebiegu pęknięcia blaszki miażdżycowej, erozji lub dyssekcji.

Umiejscowienie ogniska zawałowego

Ogniska zawałowe mogą powstawać w różnych miejscach, zależnie od umiejscowienia zmian w naczyniach wieńcowych, powodujących niedokrwienie ściany.

Kryteria elektrograficzne rozpoznania świeżego zawału

Zawał serca — STEMI (dawniej – pełnościenny)

Istotą choroby niedokrwiennej serca jest dysproporcja między zapotrzebowaniem mięśnia sercowego na tlen a jego podażą. Stan ten może prowadzić do niedokrwienia, uszkodzenia, a w sytuacji krytycznej do martwicy czyli zawału mięśnia serca.

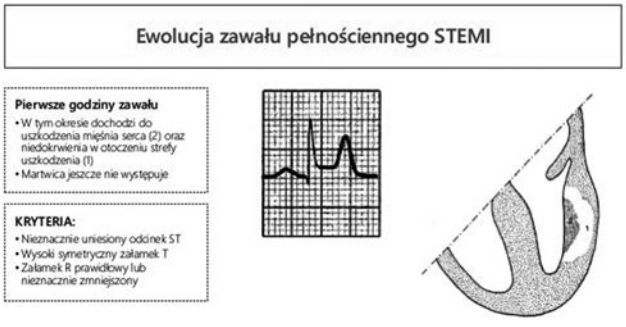
Najczęstszą bezpośrednią przyczyną zawału jest zakrzep przyścienny w świetle zmienionego przez miażdżycę naczynia wieńcowego.

Inne rzadsze przyczyny to:

- zator,
- krwotok śródścienny,
- odruchowy skurcz tętnicy wieńcowej.

Obserwowane w zawale zmiany elektrokardiograficzne są wyrazem mających miejsce w obrębie tkanki mięśniowej: **niedokrwienia, uszkodzenia i martwicy.**

Sekwencja tych zmian obserwowana w czasie zawału nosi nazwę **elektrokardiograficznej ewolucji zawału serca**. Na jej podstawie wnioskujemy o rozległości, umiejscowieniu i okresie zawału. W przypadku, gdy martwica obejmuje swoim zasięgiem całą grubość ściany serca, mówimy o ewolucji zawału pełnościennego, nazywanego również zawałem z załamkiem Q.



Student: Informacje o przebytych chorobach czy chorobach współistniejących są bardzo ważne gdyż pomagają często ustalić przyczynę zawału lub zapobiec możliwości wystąpienia ewentualnych powikłań, np.: nadciśnienie tętnicze, choroby nerek, choroby tarczycy, cukrzyca.

Wykładowca:

7. Jak myślisz jakie badanie byłoby istotne u tego pacjenta?

Student: Istotne byłoby wykonanie dodatkowego EKG ponieważ mogłoby to potwierdzić postawione rozpoznanie.

Wykładowca: 8. Jak myślisz jak możesz pomóc temu pacjentowi?

Student:

- Podjęcie działań zmierzających do zmniejszenia bólu i niepokoju chorego,
- obserwacja i ocena stanu ogólnego chorego i nasilenia objawów,
- komunikowania się w zespole terapeutycznym koniecznym do efektywnej współpracy w opiece nad pacjentem z poczuciem zagrożenia życia oraz komunikowanie się z pacjentem,
- wsparcie psychiczne pacjenta (uspokojenie pacjenta),
- śledzenie parametrów życiowych (tętna, ciśnienia tętniczego, oddechu, czynności elektrycznej serca),
- obserwowanie skuteczności działania leków i ewentualnych objawów ubocznych,
- wykonywanie działań opiekuńczych w zależności od stanu chorego i jego potrzeb.

Przydzielę każdemu z was określoną rolę i zadania do wykonania w tej symulacji.

Kto z czuje się na siłach aby być dzisiaj liderem?

Pielęgniarka 1 (lider) - zbiera wywiad i wspiera pacjenta koordynator pracy całej grupy

Pielęgniarka 2 - monitoruje pacjenta

Pielęgniarka 3 - odpowiedzialna za wykonanie zleceń lekarskich i czynności pielęgniarskich

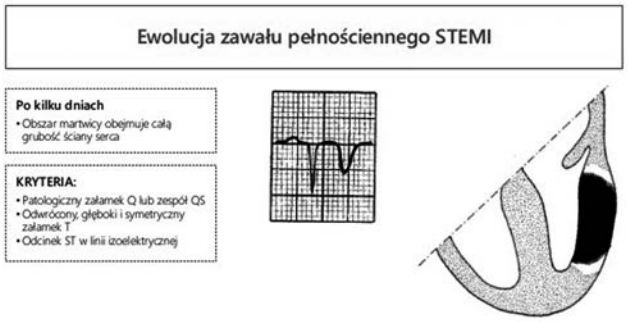
Obserwatorzy:

Student 4 - obserwator komunikacji

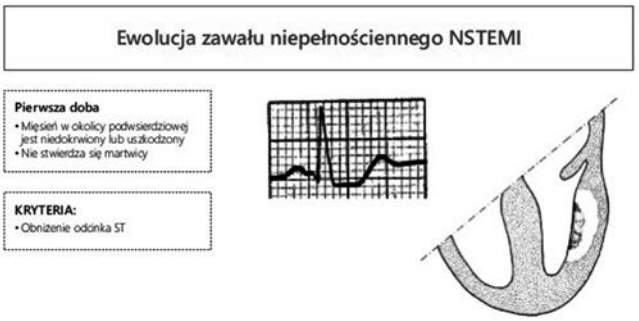
Student 5 - obserwator procedur

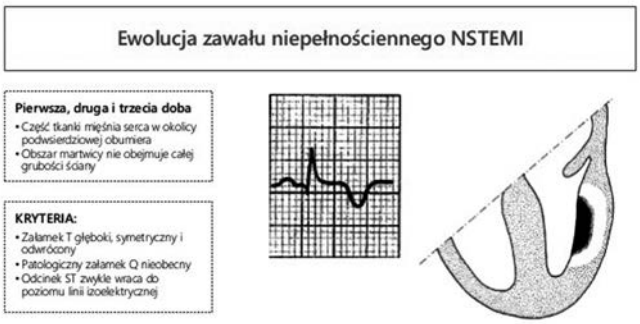
Kto z was nie rozumie swojej roli i zadania jakie ma do wykonania podczas tej symulacji?

Jeżeli nie ma pytań, zapraszam was do sali symulacji medycznej.



Zawał serca — NSTEMI (dawniej – niepełnościenny, podwsierdziowy)
Zawał, w którym martwica nie obejmuje całej grubości ściany serca nosi nazwę niepełnościennego. Najczęściej obejmuje on warstwę zlokalizowaną najbliżej wsierdzia, stąd dawniej powszechnie było używane określenie zawału podwsierdziowego. Obserwowane w jego trakcie zmiany elektrokardiograficzne różnią się znacznie od tych, które są charakterystyczne dla ewolucji zawału pełnościennego. Najistotniejsza różnica polega na braku patologicznego załamka Q w zapisach wykonanych w czasie ewolucji zawału podwsierdziowego – dawniej - zawał bez załamka Q.





ZAPOZNANIE STUDENTÓW ZE SPRZĘTEM	
Wykładowca	Dzisiaj będziemy pracować na sali Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego. Zapoznaliście się już z wyposażeniem stanowisk, dzisiaj dodatkowo będziemy wykorzystywać kardiomonitor i zestaw do podawania tlenu (Zaprezentowanie monitora oraz instruktaż obsługi, zaprezentowanie możliwości symulatora potrzebnych do tej symulacji – podłączenia do kardiomonitora, założenia wkłucia, podłączenia tlenu). Instruktaż stanowiska zabiegowego, prezentacja potrzebnego sprzętu (patrz str.1). Postępowanie z pacjentem ***ŚCIEŻKA 1*** rozpoznanie u pacjenta zawału mięśnia sercowego zmiany w zapisie EKG V3-V4 *Zlecenia lekarskie:* *Podłącza wlew kroplowy w celu utrzymania drożności naczyniowego, podłącza NaCl 0,9% z prędkością 30 kropli/ min podaje leków drogą i.v. (2 amp. furosemidu roztwór do wstrzykiwań; 10 mg/ml (20 mg/2 ml) odnotowuje w zleceniach, podaje lek p/bólowy (Morfina), Aspirin,* *Nitrogliceryna i.v. podana w 250 NaCl 0,9% (25 mg)* *Poprawa stanu pacjenta* ***ŚCIEŻKA 2*** rozpoznanie u pacjenta zawału mięśnia sercowego zmiany w zapisie EKG V3-V4, pacjent wchodzi *we wstrząs kardiogenny* *Zlecenia lekarskie:* *Dobutrex, dopamina 1% w pompie* *Betalog 50 mg* *Aspiryna* *Tlen 5l/min* Postępowanie z pacjentem
Student	Każdy student powinien zapoznać się ze sprzętem - szczególnie obsługą kardiomonitora. Zapoznanie z funkcjami symulatora - podłączeniem do kardiomonitora (podłączenie elektrod EKG, podłączenie klipsa do pomiaru saturacji, założenie mankietu do pomiaru ciśnienia tętniczego), sprawdzenie obsługi monitora.
SCENARIUSZ SYMULACJI	
Opis scenariusza	Jan Nowak lat 49 do oddziału OIOK przyjęty w trybie nagłym z powodu silnego bólu w klatce piersiowej promieniującego do lewej strony żuchwy i lewego boku, bólu brzucha i narastającej duszności (uczucia braku powierza) oraz tachykardii. Złe samopoczucie u pana Jana nastąpiło w pracy po trudnej rozmowie ze swoim pracownikiem i silnym zdenerwowaniu. Kolega pacjent twierdził, że pan Jan już rano wspominał o swoim złym samopoczuciu. Widział, że pacjent był poddenerwowany. Pacjent od 2 lat leczy się na nadciśnienie tętnicze przyjmuje Betaloc 50mg. 1x1. Po zgłoszeniu się pacjenta do lekarza rodzinnego i wykonaniu EKG, pacjent zostaje skierowany na oddział kardiologii.
Obecny stan kliniczny	Objawy: ból w klatce piersiowej, ból brzucha, oddech przyspieszony płytki, ciśnienie tętnicze 150/95, tętno szybkie miarowe, wyczuwalne. Pacjent spocony, blady, wystraszony, BMI-27,4
Wywiad	Pan Jan Nowak, dyrektor przedsiębiorstwa mleczarskiego, mieszka w mieście, posiada żonę i dwoje dorastających dzieci. Od 11 lat pełni funkcję dyrektora mleczarni. Prowadzi nieregularny tryb życia i małą aktywność fizyczną. Wypala około 15 papierosów dziennie i pije duże ilości mocnej kawy. Nieregularnie się odżywia z powodu częstych wyjazdów w delegację. Często duży stres i napięcie wynikające z charakteru pełnionej funkcji. Informacje o stanie zdrowia pacjenta - z wywiadu od pacjenta a częściowo z dokumentacji z poradni lekarza rodzinnego, którą posiadał pacjent przy sobie.

Przebieg scenariusza Ścieżka 1	**Uczestnicy**	**Wykładowca/ pacjent**
Lider - Pielęgniarka 1 - wchodzi na salę OIOK nawiązuje kontakt z pacjentem zbiera wywiad i wspiera pacjenta, koordynator pracy całej grupy	Lider – Pielęgniarka 1 Nazywam się Anna Nowak, jestem pielęgniarka, będę przeprowadzała z Panem wywiad, a także postaram się pomóc Panu. Czy udzieli Pan mi odpowiedzi na pytania?	Pacjent: tak
	P1: Pozwoli Pan, że w trakcie wywiadu będę notowała Pana odpowiedzi do kwestionariusza wywiadu.	Pacjent: tak Pacjent: Jan Nowak lat 49, ur. 27.01.1968 roku
	P1: Proszę podać imię, nazwisko i datę urodzenia pacjenta P1: Jaki zawód Pan wykonuje? P1: Mówi pan że boli pana w klp. Czy może pan mi scharakteryzować ten ból?	Pacjent: od 11 lat jestem dyrektorem mleczarni Pacjent: mam uczucie silnego pieczenia w klatce piersiowej i rozpierania, ból ten promieniuje mi do lewej łopatki i lewej części żuchwy.
	P1: Od kiedy pan odczuwa ten silny ból?	Pacjent: Już rano dzisiaj się źle czułam, czułem gniecenie i pobolewanie w klp. ale myślałem ze to chwilowe, bo już kiedyś kilkakrotnie taką dolegliwość miałem, ale przeszło.
	P1: A dzisiaj nie minął samoistnie?	Pacjent: nie. Ból nasilił się po nieprzyjemnej rozmowie z moim pracownikiem. Bardzo się zdenerwowałem
	P1: Czy przyjmuje pan jakieś leki na stałe? Jeśli tak to jakie? P1: A co jeszcze oprócz bólu w klp panu dolega? P1: A czego pan się boi? P1: Proszę się nie bać. Jest Pan pod dobrą opieką. Postaramy się jak najszybciej pomóc panu. P2: Podłączę panu tlen. P2: Ułożę pana w wygodnej dla Pana pozycji, Zmierzę panu ciśnienie, temperaturę oraz podłączę Pana do kardiomonitora.	Pacjent: tak Betalok ZOK 50 1 tabletkę rano Pacjent: Nic. Boję się Pacjent: Boję się, że umrę. Tak mnie boli Pacjent: dobrze
Pielęgniarka 2 – odpowiedzialna za : właściwe ułożenie pacjenta, podawanie tlenu oraz monitorowanie stanu pacjenta: temperatura, saturacja, ilość oddechów, RR, tętno, zabarwienie powłok skórnych, stała obserwacja pacjenta 1. **OCENA WYGLĄDU PACJENTA** 2. **OCENA ZACHOWANIA PACJENTA** 3. **OCENA PARAMETRÓW PACJENTA/monitorowanie pacjenta/**	***P2:*** *Informuje pacjenta co będzie robiła, podłącza tlen, kardiomonitor (EKG), klips do saturacji, mierzy ciśnienie, układa pacjenta w z wygodnej z głowa lekko uniesiona, kontroluje cały czas parametry, informuje pielęgniarkę 1 o parametrach* P3: Pobiorę panu krew na badania. Wyraża pan zgodę? ***P3:*** *sprawdza zlecenia, szykuje zestaw, założenia wkłucia dożylnego, pobiera badania*	Ad1. Pacjent wystraszony, spocony, cierpiący wyraz twarzy, odczuwa silny ból w klatce piersiowej. Ad.2 Pacjent pojękuje, płacze, cierpiący wyraz twarzy, niespokojny, uskarża się na silny ból za mostkiem, uczucie braku tchu. Ad.3 Monitorowanie pacjenta Pacjent: tak

Pielęgniarka 3 – odpowiedzialna za pobranie badań laboratoryjnych i podanie leków drogą i.v i wlewów kroplowych - (wykonuje zlecenia lekarskie) pobieranie badań laboratoryjnych: morfologia, stężenie we krwi kreatyniny, mocznika, sodu i potasu, glukozy, troponiny sercowej, aktywności enzymów wątrobowych, gazometria krwi tętniczej, D-dimeru, układ krzepnięcia **Obserwatorzy:** 19. **Student 4** - obserwuje proces komunikacji podczas przebiegu scenariusza w zespole. 20. **Student 5** - obserwator przestrzegania procedur medycznych procedur postępowania z pacjentem.	*laboratoryjne. Informuje pacjenta co będzie robiła.* ŚCIEŻKA 1 *Zlecenia lekarskie:* *Podłącza wlew kroplowy w celu utrzymania drożności naczyniowego, podłącza NaCl 0,9% z prędkością 30 kropli/ min podaje leków drogą i.v. (2 amp. Furosemidu roztwór do wstrzykiwań; 10 mg/ml (20 mg/2 ml) odnotowuje w zleceniach, podaje lek p/bólowy (Morfina), Aspirin, Nitrogliceryna iv podana w 250 NaCl 0,9% (25 mg)* *Tlen 5l/min* ŚCIEŻKA 2 *Zlecenia lekarskie: Dobutrex, Dopamina 1% w pompie, Betalog 50 mg, Aspiryna, Tlen 5l/min* **Obserwatorzy:** Student 4-obserwator komunikacji Student 5-obserwator procedur	

PALETA 1 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE WRAZ Z PRAWIDŁOWYM PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA

Informacja ogólna		ŚCIEŻKA 1									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	oddech	EKG	NIBP	Spo2	CO2	Temp.	Sinica	Oczy	Obrzęki	Oddechy
	Liczba	>25	110	175/95	< 92%	40	36,8	0	Mruganie 15		
	Cechy		Rytm zatokowy tachykardia								Brak zmian osłuchowych
	Inne	*Inne ustawienia dotyczą: zawał zmiany w zapisie EKG V3-V4* *Zlecenia lekarskie:* *Nitrogliceryna iv podana w 250 NaCl 0,9% (25 mg)* *Furosemid 2 amp* *Morfina* *Aspiryna* *Tlen 5l/min*									

PALETA 2 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE WRAZ Z PRAWIDŁOWYM PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA

Informacja ogólna		ŚCIEŻKA 1									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	oddech	EKG	NIBP	Spo2	Co2	Temp.	Sinica	Oczy	Obrzęki	Oddechy
	Liczba	22	90	140/88	94	40	36,8	-	-	-	Przyspieszony, płytki
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia dotyczą: poprawa stanu pacjenta									

PALETA 3 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE NIEZGODNIE Z PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna		ŚCIEŻKA 2 *Zawał zmiany w zapisie EKG V3-V4* Pacjent wchodzi we wstrząs kardiogenny									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	oddech	EKG	NIBP	Spo2	Co2	Temp.	Sinica	Oczy	Obrzęki	Oddechy
	Liczba	28	126	84/52	86	20	37,2	-	-	-	Szybki, płytki
	Cechy		Rytm zatokowy tachykardia								
	Inne	*Inne ustawienia zawał zmiany w zapisie EKG V3-V4, powłoki szare, spocone, szybka akcja serca* *Zlecenia lekarskie:* *Dobutrex, dopamina 1% w pompie* *Betalog 50 mg* *Aspiryna* *Tlen 5l/min*									

PALETA 4 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE NIEZGODNIE Z PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna		ŚCIEŻKA 2									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	Oddech	EKG	NIBP	Spo2	Co2	Temp.	Sinica	Oczy	Obrzęki	Oddechy
	Liczba	22	90	105/69	92	40	37,2	-	-	-	Oddech przyspieszony
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia dotyczą: Po podjęciu działań - poprawa stanu pacjenta									

DEBRIEFING:	
INFORMACJE DLA STUDENTÓW	**INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW**
Celem dzisiejszych zajęć była nauka postępowania z pacjentem z bólem w klatce piersiowej z powodu zawału mięśnia sercowego z wykorzystaniem pracy w grupie i podziałem na role. Każda z osób w grupie miała do wykonania określone zadania, o różnym stopniu trudności. Dzisiejsze ćwiczenie ma zastosowanie na egzaminie OSC oraz w pracy z pacjentem w warunkach szpitalnych. Praca na fantomie zapewnia wam w pewnym sensie komfort psychiczny ponieważ zapobiegnie popełnieniu błędu w pracy z pacjentem.	– Tematem dzisiejszej symulacji było postępowanie z pacjentem z bólem w klatce piersiowej. – Założone dzisiaj cele zostały osiągnięte. **Faza opisu (RUNDA I)** P1. Co dzisiaj wykonałaś? Jakie były twoje dzisiejsze działania? P2. Co dzisiaj wykonałaś? Jakie były twoje dzisiejsze działania? P3. Co dzisiaj wykonałaś? Jakie były twoje dzisiejsze działania? P1 - Co zobaczyłaś jak weszłaś na salę OIOK. Jakie podjęłaś decyzje? P2 - Co zobaczyłaś jak weszłaś na salę OIOK, pielęgniarkę będąca przy pacjencie? P3 - Co zobaczyłaś jak weszłaś na salę OIOK. Jakie podjęłaś decyzje? **Faza analizy** (omawiam coś co było ważne, co wyszło ci najlepiej)

	(RUNDA II i III – myśli i uczucia towarzyszące) P1; Co cię zaniepokoiło jak weszłaś na salę? Co poczułaś jak weszłaś na salę? P2- Dostałaś zlecenie i zmierzyłaś parametry. Jak myślisz ta decyzja była przydatna Tobie w dalszym Twoim działaniu pielęgniarskim? P2- co skłoniło cię że zdecydowałaś się o pomiarze tętna, ciśnienia, oddechów pacjentowi? Co cię zaniepokoiło że podjęłaś te czynności? P3: Jak uważasz dlaczego lekarz zlecił takie badania do pobrania? P3.Jak pacjent zareagował na podane leki? Czy ktoś pamięta jak działanie tych leków? **Przychodzi lekarz i jakie informacje przekazuje mi o pacjencie** **Faza wniosków i podsumowania:** Jestem zadowolona z waszego dzisiejszego działania. Co się nauczyliście po dzisiejszych zajęciach? **LUB** Czynności jakie nauczyliście się w tym scenariuszu to: - rozpoznanie aktualnego stanu pacjenta, - monitorowania pacjenta - pobierania zleconych badań - podawania zleconych leków - komunikacja interpersonalnej - wezwanie lekarza i przekazanie informacji o stanie klinicznym pacjenta **Zgadzacie się?** - Jak myślicie gdzie będziecie mogli wykorzystać te umiejętności? - Jak podejdziesz do takiego pacjenta to będziesz już wiedział jakie podjąć działania, co zrobić. **LUB** Jak myślisz kiedy i w jakiej sytuacji ta umiejętność dzisiaj ćwiczona będzie wykorzystana? Mam nadzieję, że dużo was to nauczyło (nauczyciel kieruje po 2 zdania personalnie do każdego studenta). np.: - Izo, widziałam ze dzisiejszej roli jako lider grupy bardzo dobrze się czułaś i swoje zagania wykonywałaś w sposób dość dynamiczny. Gratuluję. …… i do pozostałych studentów symulacji. - Moniko cieszę się ze to zobaczyłaś na pewno łatwiej byłoby gdyby sytuacja stanu pacjenta była ustabilizowana.
Zastosowanie umiejętności:	Umiejętność ma zastosowanie podczas ZP i PZ w szpitalu oraz egzaminu OSCE
Literatura	Konspekt oraz podręczniki: 1. Gajewski P, Szczeklik A. Interna Szczeklika 2016. Podręcznik chorób wewnętrznych. Ostre Zespoły Wieńcowe. Med. Prakt. Copyright Medycyna Praktyczna. Kraków 2016. 2. Jurkowska G.; Łagoda K.; Pielęgniarstwo internistyczne. Pielęgnowanie pacjenta z chorobami układy krążenia. Podręcznik dla studiów medycznych.; Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011

Umiejętności podstawowe:	**Wiedza** 1. Posiada wiedzę w zakresie wartości badań laboratoryjnych typowych dla przewlekłej niewydolności serca. 2. Posiada wiedzę w zakresie postępowania z pacjentem z zawałem 3. Wie jak współpracować z pacjentem i jego rodziną. **Umiejętności** 1. Umie ocenić i obserwować stan pacjenta. 2. Umie zinterpretować wartości badań laboratoryjnych. 3. Umie postępować z pacjentem z zawałem. 4. Współpracuje z pacjentem i jego rodziną oraz komunikuje się w zespole terapeutycznym koniecznym do efektywnej współpracy w opiece nad pacjentem z poczuciem zagrożenia życia. **Kompetencje** 1. Szanuje godność i autonomię osób powierzonych opiece. 2. Student rzetelnie i dokładnie wykonuje powierzone mu obowiązki zawodowe. **Autor scenariusza: dr Barbara Sokołowska**
Efekty kształcenia	**Wiedza:** **D.W.03,** Wyjaśnia etiopatogenezę, objawy kliniczne, przebieg, leczenie, rokowanie i opiekę pielęgniarską w obrzęku płuc. **D.W.04,** Zna zasady oceny stanu chorego. **D.W.05,** Zna zasady diagnozowania w pielęgniarstwie internistycznym. **D.W.06,** Zna zasady planowania opieki nad chorym w zależności od wieku i stanu pacjenta. **Umiejętności** **D.W.06,** Charakteryzuje grupy leków i ich działanie uwzględniając działania niepożądane, interakcje z innymi lekami i drogi podania. **D. U.8.** Pobiera materiał do badań **D. U.8.** doraźnie podaje tlen **D. U.16.** Rozpoznaje stan nagłego zagrożenia życia **D. U.27.** Asystuje lekarzowi w trakcie badań diagnostycznych i leczenia **D. U.28.** Prowadzi dokumentacje pielęgniarską oraz przekazuje informację o stanie zdrowia pacjenta członkom zespołu terapeutycznego. **D. U.28.** Umie ocenić poziom bólu, reakcję chorego na ból oraz stosuje postępowanie przeciwbólowe. **Kompetencje** **D.K.1.** Szanuje godność i autonomię osoby powierzonej opiece. **D.K.4.** Wykazuje odpowiedzialność moralną za człowieka i wykonywanie zadań zawodowych. **D.K.5.** Przestrzega prawa pacjenta **D.K.7.**Przestrzega tajemnicy zawodowej

<table>
<tr><td colspan="5">SCENARIUSZ SYMULACJI MEDYCZNEJ WYSOKIEJ WIERNOŚCI – WW
Autor scenariusza: dr Barbara Sokołowska</td><td>Nr porządkowy</td><td>WW zgodnie z wykazem</td></tr>
<tr><td>Czas zajęć</td><td>45 Minut</td><td>Czas scenariusza</td><td>15 Minut</td><td>Liczba studentów</td><td colspan="2">8</td></tr>
<tr><td>Nazwa</td><td colspan="6">Postępowanie z pacjentem z ostrym zapaleniem trzustki</td></tr>
<tr><td>Cel główny</td><td colspan="6">Postępowania z pacjentem z ostrym zapaleniem trzustki z wykorzystaniem umiejętności komunikacji i empatii i wyrażania troskliwości.</td></tr>
<tr><td>Cel szczegółowy</td><td colspan="6">1. Ocena stanu pacjenta i zapewnienie poczucia bezpieczeństwa pacjentowi
2. Obserwacja stanu biologicznego i psychicznego pacjenta.
3. Komunikowania się w zespole terapeutycznym koniecznym do efektywnej współpracy w opiece nad pacjentem z poczuciem zagrożenia życia.
4. Wykonywanie zabiegów pielęgniarskich zgodnie ze zleceniem lekarskim</td></tr>
<tr><td>Metoda</td><td colspan="6">Zajęcia te będą realizowane metodą symulacji medycznej.</td></tr>
<tr><td colspan="7">INFORMACJE TECHNICZNE I ORGANIZACYJNE</td></tr>
<tr><td>Nr Sali</td><td>Nr …</td><td>Numer stanowiska</td><td>Nr…</td><td>Nr trenażera, fantomu</td><td colspan="2">Nr…</td></tr>
<tr><td>Sprzęt wielokrotnego użytku</td><td colspan="3">– Fantom dorosłego mężczyzny
– Zestaw do pobierania krwi do badań (Scenariusz zgodnie z wykazem)
– Zestaw do podłączenia kroplowego wlewu dożylnego. (Scenariusz zgodnie z wykazem)
– Zestaw do pomiaru temperatury ciała- termometr elektroniczny (Scenariusz zgodnie z wykazem)
– Kardiomonitor (pomiar saturacji, tętna, ciśnienia), mankiet dla osoby dorosłej
– Wózek reanimacyjny</td><td>Sprzęt jednorazowego użytku</td><td colspan="2">– Zestaw do pobierania krwi do badań (Scenariusz zgodnie z wykazem)
– Zestaw do podłączenia kroplowego wlewu dożylnego butelka o pojemności 500 ml NaCl 0,9% (Scenariusz zgodnie z wykazem)
– Dodatkowo: 1 strzykawka o pojemność 5 ml, wypełniona 0,9%NaCl, glukoza 5%, 2 strzykawki o pojemność 20 ml do podawania leków-antybiotyków, Xylokaina 600mg,
– Leki przeciwbólowe (morfina)
– Pompa infuzyjna,
– Strzykawki zabezpieczone igłą z opisem na opakowaniu strzykawki: nr sali, imię i nazwisko pacjenta, nazwa leku, dawka, droga podania, data przygotowania.
– Karta informacyjna
– Karta zleceń lekarskich</td></tr>
<tr><td>Pozostałe wyposażenie</td><td colspan="3">– Dokumentacja medyczna- Karta wywiadu pacjenta.
– Indywidualna karta zlecenia lekarskiego z informacjami - próbówki do pobierania badań laboratoryjnych: stężenie aktywności enzymów trzustkowych amylaza we krwi i moczu, bilirubina, GGTP, CRP, OB, morfologia.</td><td>Ubrania i charakteryzacja</td><td colspan="2">1. Fantom dorosłego mężczyzny ubranego w koszulę i spodnie</td></tr>
<tr><td>Informacja ogólna dla technika</td><td colspan="6">Symulator dorosłego mężczyzny ubranego w koszulę i spodnie.
Symulator umieszczony na leżance w pozycji wyżej ułożona głową. Pacjent z silnym bólem w nadbrzuszu</td></tr>
</table>

Parametry początkowe symulatora	Nazwa	R - oddech	EKG	NIBP	SpO_2	CO_2	Temp. ^0C	Sinica%	Oczy	Obrzęki	W płucach
	Liczba	>25	102	170/115	< 92%	40	37.0	0	Mruganie 15	brak	przyspieszony
	Cechy										Brak zmian osłuchowych
	Inne	Inne ustawienia: bardzo silny ból, pojękiwania pacjenta									
Czynności początkowe		Wykładowca: 1. Przed rozpoczęciem zajęć sprawdza sposób przygotowania stanowiska i kompletacje. 2. Sprawdza listę uczestników i kartę informacyjną scenariusza itp. 3. Rozpoczyna scenariusz – prosząc o wyłączenie telefonów, zajęcie miejsc itp. – informacja za 3 min. rozpoczynamy proszę zająć miejsca itp.									

REALIZACJA SCENARIUSZA

WPROWADZENIE – PREBREFING:

PLAN PREBREFINGU:

1. W dniu dzisiejszym nauczymy się postępowania z pacjent *z ostrym zapaleniem trzustki*
2. Scenariusz został podzielony na 3 części: część pierwsza prebrifing, stanowiący wprowadzenie do scenariusza, który będzie trwał 15 minut. Część druga to realizacja scenariusza, trwająca 10 minut. Część trzecia jest to debrifing stanowiący omówienie i podsumowanie wykonywanego scenariusza, który będzie trwał 40 minut.
3. Celem głównym scenariusza jest nauka postępowania z pacjentem *z ostrym zapaleniem trzustki*. Cele szczegółowe to Ocena stanu pacjenta i zapewnienie poczucia bezpieczeństwa pacjentowi. Obserwacja stanu biologicznego i psychicznego pacjenta oraz wykonywanie zabiegów pielęgniarskich zgodnie ze zleceniem lekarskim.
4. Scenariusz będzie realizowany w Oddziale Chorób Wewnętrznych
5. Czy wszystkie przedstawione przeze mnie informacje są zrozumiałe? Tak
6. Zaprezentuję teraz przypadek kliniczny: Pan Krzysztof lat 41- chorego w trakcie konsultacji w ramach szpitalnego oddziału ratunkowego rozpoznano ostre zapalenie trzustki (OZT) i skierowano go na oddział chorób wewnętrznych. Chory skarżył się od kilku dni na dolegliwości bólowe w nadbrzuszu, nasilające się po posiłku. W dniu hospitalizacji nastąpiło znaczne nasilenie dolegliwości, przy czym ból nie ustąpił po podaniu leków rozkurczowych i przeciwbólowych. W dniu hospitalizacji nastąpiło znaczne nasilenie dolegliwości. Dodatkowo wystąpiły silne nudności, bez wymiotów. Wywiad w kierunku spożycia alkoholu oraz innych używek i alergii negatywny. Wywiad rodzinny niecharakterystyczny.
7. Informacje o stanie zdrowia pacjenta z wywiadu od pacjenta, a częściowo z dokumentacji z poradni lekarza rodzinnego, którą posiadał pacjent przy sobie.
8. Teraz przydzielę Wam role, jakie będziecie pełnić w tym scenariuszu
   - .....będziesz liderem (Pielęgniarka 1), do Twoich zadań będzie należało ocena stanu ogólnego pacjenta i zapewnienie poczucia bezpieczeństwa pacjentowi zebranie wywiadu, koordynacja współpracy z zespołem terapeutycznym, edukowanie pacjenta
   - .....będziesz Pielęgniarką 2, do Twoich zadań będzie należał monitorowanie pacjenta (obserwacja stanu biologicznego i psychicznego pacjenta)
   - .....będziesz Pielęgniarką 3, do Twoich zadań będzie należało wykonanie zabiegów pielęgniarskich zgodnie ze zleceniem lekarskim (pobieranie badań, podawanie leków itd..)
   - .....będziesz obserwatorem, do twoich zadań będzie należało obserwowanie komunikacji w zespole terapeutycznym
   - .....będziesz obserwatorem, do Twoich zadań będzie należało obserwowanie procedur zastosowanych w scenariuszu
9. Czy wszyscy zrozumieli przydzielone im role?
10. Zwracam się do każdej osoby z zapytaniem czy rozumie przydzieloną rolę i proszę o powtórzenie zleconych zadań.
11. Zapraszam do sali symulacji w celu zapoznania się ze sprzętem.

INFORMACJE DLA STUDENTÓW	INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW
Dzisiaj przypomnimy sobie jak zebrać wywiad z pacjentem, monitorować pacjenta, interpretować zapis parametrów, badanie fizykalne brzucha, zasady pobierania materiału do badań, zakładania wkłucia, zasady podawania leków. Nauczycie się współpracy i komunikacji w zespole interdyscyplinarnym. Zebranie wszystkich czynności w całość da wam umiejętność rozpoznania stanu klinicznego pacjenta i będzie zapobiegało popełnieniu przez was błędów w pracy z pacjentem *z ostrym zapaleniem trzustki* w rzeczywistej sytuacji klinicznej. **Ostre zapalenie trzustki (OZT)** to ostry stan zapalny związany z przedwczesną aktywacją proenzymów trzustkowych (głównie trypsyny) i różnego stopnia uszkodzeniem sąsiadujących tkanek, niekiedy też odległych narządów. **Przyczyny:** najczęściej choroby pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych oraz alkohol, idiopatyczne, jatrogenne, operacje w obrębie jamy brzusznej, hipertriglicerydemia, nadczynność przytarczyc, leki (glikokortykosteroidy, tiazydy, azatiopryna), wady wrodzone (trzustka dwudzielna), uraz jamy brzusznej, pooperacyjne; bardzo rzadko zakażenie wirusowe (*Coxsackie*, wirus świnki, CMV, HIV), pasożyty (glistnica), uwarunkowane genetycznie, choroby autoimmunologiczne (toczeń rumieniowaty układowy, zespół Sjögrena). **Wyróżnia się 2 rodzaje OZT:** 1) śródmiąższowe obrzękowe zapalenie trzustki – u 80–90% chorych; bez martwicy miąższu trzustki ani tkanek okołotrzustkowych 2) martwicze zapalenie trzustki. **Objawy:** ból brzucha (zwykle pierwszy objaw, pojawia się nagle, bardzo silny, w nadbrzuszu lub w górnym lewym kwadrancie brzucha, czasami promieniuje do kręgosłupa), nudności i wymioty nieprzynoszące ulgi, gorączka (często; czas wystąpienia jest ważny dla określenia jej przyczyny i znaczenia klinicznego – w 1. tyg. jest skutkiem SIRS (posocznicy) i ustępuje po zmniejszeniu się intensywności reakcji zapalnej, w 2. i 3. tyg. jest zwykle wynikiem zakażenia tkanek martwiczych, osłabienie lub brak odgłosów perystaltyki (niedrożność porażenna jelit), wzmożone napięcie powłok brzucha, bolesność palpacyjna w nadbrzuszu, wyczuwalny bolesny opór w nadbrzuszu (u niektórych chorych na ciężkie OZT; spowodowany szerzeniem się martwicy i okołotrzustkowych nacieków zapalnych), zaburzenia świadomości (objaw rozwijającego się wstrząsu, hipoksemii i endotoksemii; zespół objawów z zaburzeniem orientacji i niepokojem może przyjmować formę encefalopatii trzustkowej), tachykardia (często), hipotensja (zwykle wynik hipowolemii), czasem	**Tematem dzisiejszej symulacji jest: *Postępowanie z pacjentem z ostrym zapaleniem trzustki*** Wyobraźcie sobie sytuację, że jesteście na zajęciach praktycznych w szpitalu w Oddziale Chorób Wewnętrznych. Opiekujecie się pacjentem, który przybył do oddziału z powodu nasilenia się bólu w nadbrzuszu. Wykładowca: 1. **Czym się charakteryzuje ostre zapalenie trzustki (OZT)? Z czego wynika?** **Student: (OZT)** to ostry stan zapalny związany z przedwczesną aktywacją proenzymów trzustkowych (głównie trypsyny) i różnego stopnia uszkodzeniem sąsiadujących tkanek, niekiedy też odległych narządów. **Wykładowca:** 2. **Co najczęściej przyczynia się do powstania OZT?** **Student:** choroby pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych oraz alkohol, idiopatyczne, jatrogenne, operacje w obrębie jamy brzusznej, hipertriglicerydemia, nadczynność przytarczyc, leki wady wrodzone, uraz jamy brzusznej, pooperacyjne. Wykładowca: 3. **Jak rozpoznamy OZT?** **Student:** 1) typowy obraz kliniczny (ból w nadbrzuszu o ostrym początku, często promieniujący do pleców) 2) aktywność enzymów trzustkowych w surowicy > 3-krotnie przewyższająca górną granicę normy 3) wyniki badań obrazowych (USG jamy brzusznej, dynamiczna TK, ew. MR) typowe dla OZT. **Wykładowca:** 4. **Jak myślisz na jakie cechy charakterystyczne przy OZT należałoby zwrócić uwagę przeprowadzając wywiad z pacjentem?** **Student:** Zapytać chorego o: czas trwania bólu, kiedy się pojawił i czy kiedykolwiek już taki ból wystąpił . Jeśli tak to kiedy (czy w odległości ostatniego tygodnia) charakter bólu, o inne objawy takie jak nudności, wymioty. Zapytać o stan odżywiania pacjenta, o picie alkoholu, o ewentualne wystąpienie dolegliwości ze strony dróg żółciowych, urazy w obrębie jamy brzusznej. otyłość (BMI >30), wiek >55 lat) **Wykładowca:** 9. **Na jakie parametry zwrócisz uwagę podczas monitorowania pacjenta z OZT?** **Student:** Kontrola ciśnienia tętniczego i tętna oraz bilansu wodnego – co 1 h, kontrola gazometrii krwi tętniczej i stężeń elektrolitów – co 6 h, badanie przedmiotowe – co 12 h, kontrola aktywności enzymów trzustkowych, morfologii

wstrząs (10%), żółtaczka (u 20–30% chorych, zwłaszcza gdy przyczyną OZT jest choroba dróg żółciowych), zmiany skórne – rzadko (zaczerwienianie twarzy, sinica twarzy i kończyn, podbiegnięcia krwawe wokół pępka [objaw Cullena] lub w okolicy lędźwiowej [objaw Greya Turnera] – w ciężkiej postaci OZT przebiegającej ze wstrząsem), wysięk w jamie opłucnej (~40% przypadków; częściej lewostronny).

Faza wczesna OZT zamyka się zwykle w 1. tyg. choroby, lecz może się przedłużyć do 2. tyg.; wystąpienie **fazy późnej** OZT (trwającej od kilku tygodni do kilku miesięcy) jest równoznaczne z rozpoznaniem umiarkowanego lub ciężkiego OZT

Kryteria rozpoznania (spełnienie 2 z 3 kryteriów)

1) typowy obraz kliniczny (ból w nadbrzuszu o ostrym początku, często promieniujący do pleców)
2) aktywność enzymów trzustkowych w surowicy >3-krotnie przewyższająca górną granicę normy
3) wyniki badań obrazowych (USG jamy brzusznej, dynamiczna TK, ew. MR) typowe dla OZT.

Badania laboratoryjne:

1) zaburzenia charakterystyczne dla OZT – zwiększenie aktywności enzymów trzustkowych (zwykle >3 × ggn):
   a. lipazy we krwi (największa czułość i swoistość w rozpoznawaniu OZT);
   b. amylazy we krwi i moczu - we krwi po upływie 48–72 h aktywność często wraca do normy mimo trwania choroby; utrzymuje się zwiększona aktywność amylazy całkowitej w moczu i aktywność izoenzymu trzustkowego we krwi.
2) zaburzenia odzwierciedlające ciężkość choroby lub wystąpienie powikłań – leukocytoza, zwiększone stężenie CRP (szczególnie w ciągu pierwszych 48–72 h), stężenie prokalcytoniny (PCT; dobrze koreluje z ciężkością OZT, ryzykiem rozwoju niewydolności narządowej oraz zakażenia martwicy trzustki), zwiększone stężenie mocznika w surowicy, biochemiczne wskaźniki uszkodzenia wątroby (hiperbilirubinemia, zwiększona aktywność ALT, AST, ALP, GGT - sugerują etiologię żółciową OZT), zwiększona aktywność LDH, hipoalbuminemia, poliglobulia (wskutek odwodnienia [wymioty] oraz wysięku lub niedokrwistość (wskutek krwawienia), hipoksemia, hiperglikemia, hipertriglicerydemia, hipokalcemia.

Leczenie: W ostrej fazie obejmuje przede wszystkim intensywne nawadnianie dożylne, zwalczanie bólu i leczenie żywieniowe (po wstępnym wstrzymaniu doustnego przyjmowania pokarmów). Inne interwencje zależą od ciężkości choroby i występowania powikłań.

krwi, PT, APTT, czynności nerek, stężenia CRP, białka całkowitego i albuminy, a w razie potrzeby także dobowego profilu glikemii – codziennie.

Wykładowca:

10. **Jak myślisz, możesz pomóc temu pacjentowi?**

Student:

- podjęcie działań zmierzających do zmniejszenia bólu i niepokoju chorego.
- obserwacja i ocena stanu ogólnego chorego i nasilenia objawów
- śledzenie parametrów życiowych (tętna, ciśnienia tętniczego, oddechu, czynności elektrycznej serca,)
- obserwowanie skuteczności działania leków i ewentualnych objawów ubocznych.
- wykonywanie działań opiekuńczych w zależności od stanu chorego i jego potrzeb.

Czy informacje, które do tej pory przekazałam są zrozumiałe?

Przedstawię przypadek kliniczny;

Jan Nowak lat 41 do oddziału chorób wewnętrznych przyjęty…

Przydzielę każdemu z was określoną rolę i zadania do wykonania w tej symulacji.

Kto z czuje się na siłach aby być dzisiaj liderem?

Pielęgniarka 1 (lider)- zbiera wywiad i wspiera pacjenta koordynator pracy całej grupy
Pielęgniarka 2 – monitoruje pacjenta
Pielęgniarka 3 – odpowiedzialna za wykonanie zleceń lekarskich i czynności pielęgniarskich

Obserwatorzy:
Student 4-obserwator komunikacji
Student 5-obserwator procedur

Kto z was nie rozumie swojej roli i zadania jakie ma do wykonania podczas tej symulacji?

Jeżeli nie ma pytań, zapraszam was do sali symulacji medycznej gdzie będzie realizowany scenariusz.
Zapoznacie się z salą i sprzętem.

1) w ciągu pierwszych 12–24 h u wszystkich chorych bez współwystępującej choroby sercowo-naczyniowej lub choroby nerek zastosuj intensywne nawadnianie i.v. → przetaczanie izotonicznego roztworu elektrolitów (np. mleczanu Ringera; preferowane roztwory zbilansowane). Zapotrzebowanie na płyny ocenia się często w ciągu pierwszych 6 h od przyjęcia do szpitala oraz przez kolejne 24–48 h. 2) niezwłocznie wyrównaj ew. zaburzenia elektrolitowe, zwłaszcza hipokaliemię 3) hematokryt <25% → przetocz koncentrat krwinek czerwonych, żeby uzyskać wartości 30–35% 4) hiperglikemia >13,9 mmol/l (250 mg/dl) → zastosowanie insulinę. 5) Zwalczanie bólu: stosuj Metamizol *i.v.* (Pyralgin) doraźnie 1,0 g; w razie silniejszego bólu analgetyk opioidowy, np. Tramadol *s.c.* lub *i.v.* (Poltram, Tramal) 50 mg co 6 - 8 h, Buprenorfinę *i.v.* (Bunondol) 0,2–0,6 mg co 6 h lub Petydynę *i.v.* (Dolcontral) 50 mg co 6–8 h. 6) Leczenie żywieniowe: w postaci łagodnej OZT nie jest zalecane, jeśli nie ma cech niedożywienia; po ustąpieniu bólu chory może przyjmować doustnie pokarmy ubogotłuszczowe. Żywienie doustne rozpocznij wcześnie (w ciągu 24 h od zachorowania; możliwe przyczyny opóźnienia: utrzymujący się ból brzucha, wymioty lub niedrożność), a w przypadku jego nietolerancji wprowadź żywienie dojelitowe. W ciężkim OZT w ciągu 24–48 h rozpocznij żywienie dojelitowe (jeśli tylko jest możliwe), w razie potrzeby uzupełniaj je żywieniem pozajelitowym. Monitorowanie podczas OZT: 1. kontrola ciśnienia tętniczego i tętna oraz bilansu wodnego – co 1 h 2. kontrola gazometrii krwi tętniczej i stężeń elektrolitów – co 6 h 3. badanie przedmiotowe – co 12 h 4. kontrola aktywności enzymów trzustkowych, morfologii krwi, PT,GGTP, czynności nerek, stężenia CRP, białka całkowitego i albuminy, a w razie potrzeby także dobowego profilu glikemii – codziennie 5. USG lub TK – okresowo U chorych po ciężkim OZT oceniaj funkcję zewnątrz- i wewnątrzwydzielniczą trzustki co 6 mies. przez ≥18 mies. po wyzdrowieniu.	

ZAPOZNANIE STUDENTÓW ZE SPRZĘTEM	
Wykładowca	Dzisiaj będziemy pracować na sali oddziału chorób wewnętrznych w sali intensywnego nadzoru pacjenta. Zapoznaliście się już z wyposażeniem stanowisk, dzisiaj dodatkowo będziemy wykorzystywać kardiomonitor i zestaw do pobierania badań i podawania tlenu. Proszę aby każdy z was osobiście dotknął żyły, miejsce założenia wenflonu. W punkcie zabiegowym zapoznajcie się z zestawami do kroplowego wlewu dożylnego, zestawy do pobierania materiału do badań (krwi i moczu).

Wykładowca	**<u>Ścieżka 1 - silny ból w nadbrzuszu</u>** **<u>Zlecenia lekarskie</u>** Głodówka Leki p/bólowe (xylocaina 3x600mg) 3x 500ml Glukoza 5% w porze posiłków Płynoterapia (NaCi 0,9% 500ml) **<u>Ścieżka 2 - bardzo silny ból w nadbrzuszu mimo podjętych działań w ścieżce 1</u>** **<u>Zlecenia lekarskie - pogorszenie stanu pacjenta</u>** Głodówka Leki p/bólowe morfina w pompie infuzyjnej 2ml/godzinę 3x 500ml Glukoza 5% w porze posiłków Tazocin 4,5 g x3 (antybiotykoterapia) Płynoterapia (NaCi 0,9% 500ml)
Student	Każdy student powinien zapoznać się ze sprzętem – szczególnie obsługą kardiomonitora. Zapoznanie z funkcjami symulatora. Zapoznanie ze stanowiskiem pracy w punkcie zabiegowym. Kompletuje zestaw - tacę
SCENARIUSZ SYMULACJI	
Opis scenariusza	Pan Krzysztof lat 41 - chorego w trakcie konsultacji w ramach szpitalnego oddziału ratunkowego rozpoznano ostre zapalenie trzustki (OZT) i skierowano go na oddział chorób wewnętrznych. Chory skarżył się od kilku dni na dolegliwości bólowe w nadbrzuszu, nasilające się po posiłku. W dniu hospitalizacji nastąpiło znaczne nasilenie dolegliwości, przy czym ból nie ustąpił po podaniu leków rozkurczowych i przeciwbólowych. Dodatkowo wystąpiły silne nudności, bez wymiotów.
Obecny stan kliniczny	– masa ciała (mc.): 80 kg, wzrost: 170 cm, BMI- 27,7 czynność serca: miarowa 102/min, ciśnienie tętnicze wysokie: 170/115 mm Hg – brak cech niewydolności układu sercowo-naczyniowego, oddechowego, nerek i objawów neurologicznych **w badaniu przedmiotowym** brzuch miękki, żywo bolesny w nadbrzuszu, bez oznak zapalenia otrzewnej, perystaltyka słyszalna, prawidłowa w ultrasonografii wykonanej przy przyjęciu do szpitala: trzustka oraz przestrzeń zaotrzewnowa niepoddające się ocenie. Na podstawie obrazu klinicznego rozpoznano łagodną postać OZT, rozpoczęto postępowanie rutynowe oparte między innymi na wyłączeniu diety doustnej, leczeniu przeciwbólowym, płynoterapii z wyrównaniem zaburzeń elektrolitowych, zablokowaniu farmakologicznym wydzielania żołądkowego i unieruchomieniu.
Wywiad	Chory skarżył się od kilku dni na dolegliwości bólowe w nadbrzuszu, nasilające się po posiłku. W dniu hospitalizacji nastąpiło znaczne nasilenie dolegliwości, przy czym ból nie ustąpił po podaniu leków rozkurczowych i przeciwbólowych. Dodatkowo wystąpiły silne nudności, bez wymiotów. Wywiad w kierunku spożycia alkoholu oraz innych używek i alergii negatywny. Wywiad rodzinny niecharakterystyczny. Informacje o stanie zdrowia pacjenta z wywiadu od pacjenta, a częściowo z dokumentacji z poradni lekarza rodzinnego, którą posiadał pacjent przy sobie.

Przebieg scenariusza Ścieżka 1	Uczestnicy	Wykładowca/ pacjent
Lider – Pielęgniarka 1 –wchodzi na salę OIOK nawiązuje kontakt z pacjentem zbiera wywiad i wspiera pacjenta koordynator pracy całej grupy	Lider – Pielęgniarka 1 – wchodzi na salę, wita się Nazywam się Olga Żuk, jestem pielęgniarką, będę przeprowadzała z Panem wywiad, a także postaram się pomóc Panu. Czy udzieli Pan mi odpowiedzi na pytania?	Pacjent: tak
	P1: Pozwoli Pan, że w trakcie wywiadu będę notowała Pana odpowiedzi do kwestionariusza wywiadu.	Pacjent: tak
	P1: Proszę podać imię, nazwisko i datę urodzenia pacjenta	Pacjent: Krzysztof lat 41, ur. 27.01.1979 roku
	P1: Jaki zawód Pan wykonuje?	Pacjent: jestem kucharzem
	P1: Mówi pan że boli pana brzuch. Czy może pan mi scharakteryzować ten ból?	Pacjent: mam uczucie silnego bólu brzucha w, pojawił się nagle, bardzo silny, w nadbrzuszu mam uczucie, że ból ten promieniuje mi do kręgosłupa),
	P1: Od kiedy pan odczuwa ten silny ból?	Pacjent: nie. Ból nasilił się po posiłku
	P1: A czy już kiedyś miał Pan taki ból?	Pacjent: Około tydzień temu miałem podobny ból w nadbrzuszu ale o zdecydowanie mniejszym natężeniu.
	P1: I jak Pan sobie wtedy z tym bólem poradził?	Pacjent: Nic nie jadłem, przyjąłem silne leki przeciwbólowe i jakoś przeszło
	P1: Czy przyjmuje pan jakieś leki na stałe? Jeśli tak to jakie?	Pacjent: Nie. A miałem cos od nadciśnienia ale mi się skończyły i nie poszedłem do lekarza.
	P1: A co jeszcze oprócz bólu brzucha Panu dolega?	Pacjent: Nic. Boję się
	P1: A czego Pan się boi?	
	P1: Proszę się nie bać. Jest Pan pod dobra opieka. Postaramy się jak najszybciej pomóc panu. Teraz koleżanka zmierzy ciśnienie krwi, temperaturę, podłączy pana do kardiomonitora oraz poda leki przeciw bólowe	Pacjent: Boję się, że umrę. Tak mnie boli
Pielęgniarka 2 – odpowiedzialna za : właściwe ułożenie pacjenta, podawanie tlenu oraz monitorowanie stanu pacjenta: temperatura, saturacja, ilość oddechów, RR, tętno, zabarwienie powłok skórnych, stała obserwacja pacjenta 4. **OCENA WYGLĄDU PACJENTA** 5. **OCENA ZACHOWANIA PACJENTA** 6. **OCENA PARAMETRÓW PACJENTA/monitorowanie pacjenta/**	P2: Ułożę pana w wygodnej dla pana pozycji, Zmierzę panu ciśnienie, temperaturę oraz podłączę pana do kardiomonitora. ***P2:*** *Informuje pacjenta co będzie robiła, podłącza tlen, kardiomonitor (EKG- scenariusz NW)- drukuje zapis, dołącza do dokumentacji, klips do saturacji, mierzy ciśnienie, układa pacjenta w z wygodnej z głowa lekko uniesiona, kontroluje cały czas parametry, informuje pielęgniarkę 1 o parametrach*	Pacjent: dobrze Pacjent: dobrze
Pielęgniarka 3 – odpowiedzialna za pobranie badań laboratoryjnych i podanie leków drogą		

i.v. i wlewów kroplowych.- (wykonuje zlecenia lekarskie) pobieranie badań laboratoryjnych: morfologia, stężenie we krwi kreatyniny, mocznika, sodu i potasu, glukozy, troponiny sercowej, aktywności enzymów wątrobowych, gazometria krwi tętniczej, D-dimeru, układ krzepnięcia **Obserwatorzy:** 21. **Student 4** - obserwuje proces komunikacji podczas przebiegu scenariusza w zespole. 22. **Student 5** - obserwator przestrzegania procedur medycznych procedur postępowania z pacjentem.	**P3:** Pobiorę panu krew na badania. Wyraża pan zgodę? Założymy wenflon do żyły i podłączymy Panu kroplówkę *(scenariusz NW).* Pielęgniarka wykonuje zabieg podłącza płyny we wlewie kroplowym. ***P3:*** *sprawdza zlecenia, szykuje zestaw, założenia wkłucia dożylnego, pobiera badania laboratoryjne. Informuje pacjenta co będzie robiła. Podłącza wlew kroplowy w celu utrzymania drożności naczyniowego, podłącza płyny (NaCl 0,9%, Płyn Ringera) z prędkością 60 kropli/ min podaje leków drogą i.v., odnotowuje w zleceniach, podaje lek p/ bólowy (morfina*) **Obserwatorzy:** Student 4 - obserwator komunikacji Student 5 - obserwator procedur	Pacjent: tak

PALETA 1 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE WRAZ Z PRAWIDŁOWYM PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna		Ścieżka 1									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	oddech	EKG	NIBP	Spo2	CO2	Temp.	Sinica	Oczy	Obrzęki	Oddechy
	Liczba	>25	102	170/115	< 92%	40	37.0	0	Mruganie 15	brak	przyspieszony
	Cechy		miarowa								
	Inne	Inne ustawienia dotyczą: pacjent pobudzony									

PALETA 2 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE WRAZ Z PRAWIDŁOWYM PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna		Ścieżka 1 Stan po podaniu leków- poprawa stanu zdrowia pacjenta									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	oddech	EKG	NIBP	Spo2	Co2	Temp.	Sinica	Oczy	Obrzęki	Oddechy
	Liczba	>22	96	145/90	< 94%	40	37,0	0	Mruganie 15	brak	przyspieszony
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia dotyczą: pacjent jest spokojniejszy **LUB**									

PALETA 3 – PARAMETRY SYMULATORA POSTĘPUJĄCE NIEZGODNIE Z PRZEBIEGIEM SCENARIUSZA											
Informacja ogólna		Ścieżka 2 **<u>- bardzo silny ból w nadbrzuszu mimo podjętych działań w ścieżce 1</u>**									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	oddech	EKG	NIBP	Spo2	Co2	Temp.	Sinica	Oczy	Obrzęki	Oddechy
	Liczba	>25	105	190/115	< 90%	40	38,1	0	Mruganie 15	brak	przyspieszony
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia: pacjent pobudzony									
PALETA 4 – Po zastosowaniu zleceń ze Ścieżka 2 – poprawa stanu pacjenta											
Informacja ogólna		Ścieżka 2									
Parametry początkowe symulatora	Nazwa	Oddech	EKG	NIBP	Spo2	Co2	Temp.	Sinica	Oczy	Obrzęki	Oddechy
	Liczba	>25	100	165/90	< 94%	40	37,0	0	Mruganie 15	brak	przyspieszony
	Cechy										
	Inne	Inne ustawienia dotyczą: pacjent jest spokojniejszy									

DEBRIEFING:

INFORMACJE DLA STUDENTÓW	**INFORMACJE DLA WYKŁADOWCÓW**
Celem dzisiejszych zajęć była nauka postępowania z pacjentem z ostrym zapaleniem trzustki z wykorzystaniem pracy w grupie i podziałem na role .Każda z osób w grupie miała do wykonania określone zadania, o różnym stopniu trudności. Dzisiejsze ćwiczenie ma zastosowanie na egzaminie OSC oraz w pracy z pacjentem w warunkach szpitalnych. Praca na fantomie zapewnia wam w pewnym sensie komfort psychiczny ponieważ zapobiegnie popełnieniu błędu w pracy z pacjentem	– Tematem dzisiejszej symulacji było postępowanie z pacjentem z ostrym zapaleniem trzustki – Założone dzisiaj cele zostały osiągnięte. **Faza opisu – faza aktów** P1: Lider **Co dzisiaj wykonałaś? Jakie były twoje dzisiejsze działania? Co zobaczyłaś jak weszłaś na salę. Jakie podjęłaś decyzje?** Wchodząc na sale zauważyłam cierpiącego mężczyznę z grymasem na twarzy. Zapytałam się co się stało. Zebrałam wywiad, uspokajałam pacjenta, pomagałam przy ułożeniu pacjenta, pilnowałam żeby wszystkie zabiegi były wykonane, wezwałam lekarza. P2: **Co dzisiaj wykonałaś? Jakie były twoje dzisiejsze działania? Co zobaczyłaś jak weszłaś na salę, pielęgniarkę będąca przy pacjencie?** Byłam odpowiedzialna i wykonałam, pomiar temperatury ciśnienia, saturacji, wykonałam zapis EKG serca a wynik umieściłam w dokumentacji. Podałam tlen, ułożyłam pacjenta w wygodnej pozycji. P3: **Co dzisiaj wykonałaś? Jakie były twoje dzisiejsze działania? Co zobaczyłaś jak weszłaś na salę?** **Jakie podjęłaś decyzje?** Poprałam badania, założyłam wenflon i podłączyłam kroplówkę, podałam leki droga dożylną i doustną. **Faza analizy** (omawiam coś co było ważne, co wyszło ci najlepiej)

	Myśli i uczucia towarzyszące – **Co zrobiłeś dobrze?** – **Jakie masz poczucie opanowania procedur niskiej wierności?** – **Czy jesteś zadowolona ze swoich działań?** P1: Co cię zaniepokoiło jak weszłaś na salę? Co poczułaś jak weszłaś na salę? P2: Dostałaś zlecenie i zmierzyłaś parametry. Jak myślisz ta decyzja była przydatna Tobie w dalszym Twoim działaniu pielęgniarskim? P2: co skłoniło cię że zdecydowałaś się o pomiarze tętna, ciśnienia, oddechów pacjentowi? Co cię zaniepokoiło że podjęłaś te czynności? P3: Jak uważasz dlaczego lekarz zlecił takie badania do pobrania? P3: Jak pacjent zareagował na podane leki? Czy ktoś pamięta jak działanie tych leków? **Przychodzi lekarz i jakie informacje przekazuje mi o pacjencie** **Faza wniosków i podsumowania** **Co się nauczyliście po dzisiejszych zajęciach?** Czynności jakie nauczyliście się w tym scenariuszu to: – rozpoznanie aktualnego stanu pacjenta, – monitorowania pacjenta – komunikowania się z pacjentem, zapewnienia mu wsparcia i bezpieczeństwa – pobierania materiału do zleconych badań – podawania zleconych leków – komunikacja interpersonalnalnej - wezwanie lekarza i przekazanie informacji o stanie klinicznym pacjenta. Jestem zadowolona z waszego dzisiejszego działania. Omówiliście wszystkie procedury wykonywane przez siebie, bardzo odpowiedzialnie lider zebrał wywiad, widziałam że korzystałaś z dokumentacji, swoją postawą wobec pacjentki, to że pokazałaś, że go znasz, co wzbudziło zaufanie chorego do zespołu. Wykonywanie pomiarów w celu monitorowania jak i zabiegów w celu pobrania badań i podania leków pacjentowi przebiegły sprawnie, procedury z scenariuszy niskiej wierności opanowaliście dobrze, widzę, że czujecie się pewnie. Dziękuję za dzisiejszą symulacje. **Zgadzacie się?** Jak myślicie gdzie będziecie mogli wykorzystać te umiejętności? Student……. Jak podejdziesz do takiego pacjenta to będziesz już wiedział jakie podjąć działania, co zrobić. Izo, widziałam ze dzisiejszej roli jako lider grupy bardzo dobrze się czułaś i swoje zagania wykonywałaś w sposób dość dynamiczny. Gratuluję. Moniko cieszę się ze to zobaczyłaś na pewno łatwiej byłoby gdyby sytuacja stanu pacjenta była ustabilizowana. Tematem następnych zajęć będzie…… Materiały przekażę e-mailem.

Zastosowanie umiejętności:	Umiejętność ma zastosowanie podczas ZP i PZ w szpitalu oraz egzaminu OSCE
Literatura	Konspekt oraz podręczniki: 1. Gajewski P, Szczeklik A. Interna Szczeklika 2016. Podręcznik chorób wewnętrznych. Choroby układu pokarmowego. Ostre zapalenie trzustki. Med. Prakt. Copyright Medycyna Praktyczna. Kraków 2016 2. Jurkowska G.; Łagoda K.; Pielęgniarstwo internistyczne. Pielęgnowanie pacjenta z chorobami układu pokarmowego. Podręcznik dla studiów medycznych.; Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011
Umiejętności podstawowe:	**Wiedza** 1. Posiada wiedzę w zakresie wartości badań laboratoryjnych typowych dla ostrego zapalenia trzustki 2. Posiada wiedzę w zakresie postępowania z pacjentem z ostrym zapaleniem trzustki. 3. Wie jak współpracować z pacjentem i jego rodziną. **Umiejętności** 1. Umie zinterpretować wartości badań laboratoryjnych. 2. Umie postępować z pacjentem ostrym zapaleniem trzustki. 3. Współpracuje z pacjentem i jego rodziną **Kompetencje** 1. Szanuje godność i autonomię osób powierzonych opiece. 2. Student rzetelnie i dokładnie wykonuje powierzone mu obowiązki zawodowe.
Efekty kształcenia	**Wiedza:** **D.W.03,** Wyjaśnia etiopatogenezę, objawy kliniczne, przebieg, leczenie, rokowanie i opiekę pielęgniarską w obrzęku płuc. **D.W.04,** Zna zasady oceny stanu chorego. **D.W.05,** Zna zasady diagnozowania w pielęgniarstwie internistycznym. **D.W.06,** Zna zasady planowania opieki nad chorym w zależności od wieku i stanu pacjenta. **Umiejętności** **D.W.06,** Charakteryzuje grupy leków i ich działanie uwzględniając działania niepożądane, interakcje z innymi lekami i drogi podania. **D. U.8.** Pobiera materiał do badań **D. U.8.** doraźnie podaje tlen **D. U.16.** Rozpoznaje stan nagłego zagrożenia życia **D. U.27.** Asystuje lekarzowi w trakcie badań diagnostycznych i leczenia **D. U.28.** Prowadzi dokumentacje pielęgniarską oraz przekazuje informację o stanie zdrowia pacjenta członkom zespołu terapeutycznego. **D. U.28.** Umie ocenić poziom bólu, reakcję chorego na ból oraz stosuje postępowanie przeciwbólowe. **Kompetencje** **D.K.1.** Szanuje godność i autonomię osoby powierzonej opiece. **D.K.4.** Wykazuje odpowiedzialność moralną za człowieka i wykonywanie zadań zawodowych. **D.K.5.** Przestrzega prawa pacjenta **D.K.7.**Przestrzega tajemnicy zawodowej

Piśmiennictwo

1. Adamczyk K.; Pielęgniarstwo neurologiczne, Czelej Lublin 2015 str.78-80 .
2. Andres J. ; Atlas technik i metod zabezpieczenia dróg oddechowych, Urban & Partner, Wrocław 2011, str. 41-48.
3. Andres J.; Wytyczne Resuscytacji 2015, Polska Rada Resuscytacji, Kraków 2016, str.127-172.
4. Andres J.; Atlas technik i metod zabezpieczenia dróg oddechowych, Urban & Partner, Wrocław 2011, str. 41-481.
5. Błaszczak R.; Dominia I., Wojtczak A. Pielęgniarstwo geriatryczne. Polska 2016; wyd. 1, str.150-152, 165 -169, 380- 381, 419-422.
6. Bernatowska E.; Grzesiowski P., Szczepienia ochronne. Obowiązkowe i zalecane od A do Z. PZWL Warszawa 2017. str. 31-32; 82; 109.
7. Bojakowska U.; i wsp.; Epidemiologia i profilaktyka raka piersi Journal of Education, Health and Sport. 2016;6(8):701-71.
8. Bręborowicz G.; Ginekologia. PZWL 2015, s.845-873.
9. Bręborowicz G.; Położnictwo i Ginekologia PZWL 2013, s.248-250.
10. Bręborowicz G.; Położnictwo i Ginekologia PZWL 2015, s.194-207.
11. Bręborowicz G.;Położnictwo. PZWL 2015, s.242-245.
12. Cepuch G.; Krzeczkowska B., Perek M., Twarduś K. (red.).; Modele pielęgnowania dziecka przewlekle chorego. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2011.
13. Cepuch G., Perek M. (red.).; Modele opieki pielęgniarskiej nad dzieckiem z chorobą ostrą i zagrażającą życiu. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2012, str.: 73 – 82, 95 – 104, 235 – 246.
14. Charakterystyka produktu leczniczego Magnesii Sulfurici.; Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dziennik Urzędowy Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r., poz. 5.
15. Charakterystyka produktu leczniczego Tachyben.; Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dziennik Urzędowy Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r., poz. 5.
16. Charakterystyka produktu leczniczego: Paracetamol.; Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dziennik Urzędowy Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r., poz. 5.
17. Charakterystyka produktu leczniczego: Płyn Lugola.; Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dziennik Urzędowy Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r., poz. 5.
18. Charakterystyka produktu leczniczego: Propranolol.; Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dziennik Urzędowy Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r., poz. 5.
19. Charakterystyka produktu leczniczego: Tiamazol.; Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dziennik Urzędowy Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r., poz. 5.
20. Chrząszczewska A.; Bandażowanie. PZWL, 2014, s.66-72.
21. Czaja E., Pieczyrak-Brhel U.; Stany zagrożenia życia w schorzeniach neurologicznych, w: Kózka M., Rumian B., Maślanka M. (red.), Pielęgniarstwo ratunkowe. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2013.
22. Dąbrowski A, Jurkowska G, Wereszczyńska – Siemiątkowska U. w: Interna Szczeklika. Choroby trzustki .
23. Gajewski P, Szczeklik A. Interna Szczeklika, Medycyna Praktyczna. Kraków 2017, s. 1075-1086.

24. De Walden-Gałuszko K.; Psychoonkologia Kraków 2015 str. 83-97.
25. Dyk D.; Badania fizykalne w pielęgniarstwie, PZWL Warszawa 2010 str. 140-154.
26. Dróżdż-Gessner Z.; Zarys pielęgniarstwa pediatrycznego. AM im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2006, str.: 33 – 35.
27. Dróżdż – Gessner Z.; Zarys pielęgniarstwa pediatrycznego'',str.36 – 38, AM im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2006.
28. Eugene C. Toy.; Interesujące przypadki neurologiczne. Wydawnictwo lekarskie PZWL, Warszawa 2011.
29. Garden O., Bradbury A., Forsythe J., Parks R.; Chirurgia, Urban & Partner, Wrocław 2015, str. 208-224.
30. Gajewski P.(pod red.); Interna Szczeklika – mały podręcznik: Copyright Medycyna Praktyczna Kraków 2014. str.770-771
31. Górna K., Jaracz K., Rybakowski J. (red.).; Pielęgniarstwo psychiatryczne. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2012, str.: 195 – 223, 228 – 255, 293 – 317.
32. Heitzman J. (red.).; Psychiatria. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2007, str.: 80 – 90, 109 – 119, 131 – 147, 202 – 204.
33. Jaracz K.; Pielęgniarstwo neurologiczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2012.
34. Jarema M., Rabe-Jabłońska J. (red.): Psychiatria. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2011, str.: 123 – 141, 174 – 189, 192 - 193, 221 – 252, 363 – 383, 457 – 493.
35. Jurkowska G.; Łagoda K.; Pielęgniarstwo internistyczne. Pielęgnowanie pacjenta z chorobami układu pokarmowego. Podręcznik dla studiów medycznych.; Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.
36. Karwacka I.; Stany nagłe w tyreologii — część I. Forum Medycyny Rodzinnej 2011, tom 5, nr 5, 375–389.
37. Kapała W.; Pielęgniarstwo w chirurgii, Czelej, Lublin 2006, str. 123-124; 205-208 .
38. Korfantel J.; Rak piersi. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, 2011, s. 5-15.
39. Kulik H., Eszyk J.; Algorytmy czynności i zabiegów pielęgniarskich. Wydawnictwo ŚUM 2014. s. 37-43, 196- 198.
40. Kurpesa M., Szafran B.; Interpretacja EKG. Kurs PZWL 2018, s.25-56.
41. Kulik H., Eszyk J.; Algorytmy czynności i zabiegów pielęgniarskich. Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach 2014; wyd. I, str. 183- 186.
42. Kulik H., Eszyk J.; Algorytmy czynności i zabiegów pielęgniarskich. Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach 2014; wyd. I, str. 189- 191.
43. Kübler A. ; Pielęgniarstwo anestezjologiczne, Urban & Partner, Wrocław 2017, str. 235-247; 370-371; 370-371; 379-380.
44. Krajewska-Kułak E., Rolka H., Jankowiak B.; Standardy anestezjologicznej opieki pielęgniarskiej, PZWL, Warszawa 2014, str. 17-19; 23-25; 32-33; 37-68; 79-83; 119-124 ; 143-155; 283-292; 406-415; 428-437.
45. Kiejny A., Małyszczak K.; Psychiatria. Wydawnictwo AM im. Piastów Śląskich, Wrocław 2009, str.: 117 – 128, 136 – 148, 151 – 163, 165 – 189.
46. Koper A., (red.).; Pielęgniarstwo onkologiczne, PZWL, Warszawa 2015 str.111-116
47. Kubicka K., Kawalec W. (red.).; Pediatria. Tom I. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2006, str. 236 – 244.
48. Kubicka K., Kawalec W. (red.).; Pediatria. Tom II. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2006, str. 659 – 665.
49. Kubicka K., Kawalec W. (red.).; Pediatria. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2006.
50. Kurpas D., Miturska H., Kaczmarek M. (red.).; Podstawy psychiatrii dla studentów pielęgniarstwa. Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2009, str. 55 – 63.
51. Kurpesa M., Szafran B. ; Interpretacja EKG. Kurs PZWL 2018, s.25-56.
52. Kruszewski J., Jankowsk M. ; Anafilaksja i wstrząs anafilaktyczny. Medycyna praktyczna dla lekarzy-interna. (aktualizacja 6 sierpień 2018).
53. Kruszewski J, Jankowski M, Choroby alergicze. Anafilaksja i wstrząs anafilaktyczny. https://www.mp.pl/interna/chapter/B16.II.17.1.
54. Majda A., Ślusarska B.; Zarzycka D. Podstawy pielęgniarstwa. Tom 2 (red.), PZWL 2017.

55. Manno E.M.; Stany nagłe w intensywnej opiece neurologicznej. Wrocław 2014.
56. Nieckula M., Dębska G., Szewczyk A.; Udział pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej świadczącej usługi zdrowotne w domu chorego mającego owrzodzenie żylne kończyn dolnych. Piel. Zdr. Publ. 2015; vol. 5 nr 2, str. 111–119.
57. Nutbeam T., Daniels R. ; Procedury zabiegowe, PZWL, Warszawa 2012, str. 88-94
58. Ochudło S.; Poradnik dla opiekunów z chorobą Alzheimera Warszawa 2018 str.11-15.
59. Panecka K.; Skręt szypuły guza jajnika – stan nagły w ginekologii. Opis przypadku Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia, tom 5, zeszyt 4, 227-230, 2012.
60. Pawlaczyk B. (red.).; Zarys pediatrii. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2006, str.: 228 – 230, 412 – 419, 615.
61. Pietrzyk Jacek J.; Wybrane zagadnienia z pediatrii. Tom II. Wydawnictwo UJ, Kraków 2004, str.: 217 –221, 233 – 243.
62. Pietrzyk Jacek J.; Wybrane zagadnienia z pediatrii. Tom III. Wydawnictwo UJ, Kraków 2004, str.: 255 – 264.
63. Radzikowski A., Banaszkiewicz A. (red.).; Pediatria., Wydawnictwo Medipage, Warszawa 2008. str.:176-177,-465-470.
64. Ślusarska B., Zarzycka D., Zachradniczek K. (red.).; Podstawy pielęgniarstwa tom II. Wydawnictwo CZELEJ, Lublin 2016, str. 613-619.
65. Ślusarska B., Zarzycka D., Majda A.; Podstawy pielęgniarstwa tom 2. Wybrane umiejętności i procedury opieki pielęgniarskiej, PZWL 2017.
66. Polskie Towarzystwo Diabetologiczne. Diabetologia Praktyczna.;Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2019, tom 5, nr 1.
67. Tatoń J. Cukrzyca. Poradnik dla pacjenta. PZWL Warszawa str. 180-182.
68. Tatoń J.; Poradnik dla pacjenta z cukrzycą. Hipoglikemia i hiperglikemia .
69. Wytyczne ESC dotyczące postępowania w ostrym zawale serca z uniesieniem odcinka ST w 2017 roku.; Kardiologia Polska 2018; 76, 2: 229–313; DOI: 10.5603/KP.2018.0041 .
70. Wender-Ożegowska E., Bomba-Opoń D., Brązert J.i wsp.; Standardy Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników postępowania u kobiet z cukrzycą. Ginekologia i Perinatologia Praktyczna 2017;2(5):215-229.
71. Weinert M. ; Anestezjologia, Urban & Partner, Wrocław 2008, str. 73-78.
72. Wołowicka L., Dyk D.; Anestezjologia i intensywna opieka, PZWL, Warszawa 2019, str. . 49- 51; 53-63; 64-70; 181-186 .
73. Wilczek-Rużyczka E. (red.).; Podstawy pielęgniarstwa psychiatrycznego. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007, str.: 27 – 46, 84 – 116, 135 – 144.
74. Wilczek–Rużyczka E.; Komunikowanie się chorym psychicznie. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007, str.: 19 – 33; 59 – 84.
75. Załącznik nr 4 do zarządzenia Nr 38/2006 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. ;Program profilaktyki raka piersi.

Notatki

Notatki

Notatki



ISBN 978-83-64881-03-9