Pielęgnacja kolostomii

**Grupa docelowa:** Studenci pielęgniarstwa **Zalecana liczba uczestników:** 1–2 uczestników szkolenia

**Czas symulacji:** 10 minut **Czas podsumowania: 20 minut**

# Informacje o programie nauczania

## Cele nauczania

**Po ukończeniu sesji symulacji i podsumowania uczestnicy szkolenia będą potrafili:**

* Zbadać i ocenić stan kolostomii
* Wyjaśnić pacjentowi procedury, stosując odpowiednie schematy komunikacyjne
* Pielęgnować kolostomię, w tym opróżnić worek (i ponownie go nałożyć w razie potrzeby)

## Zarys scenariusza

W tym scenariuszu 33-letnia kobieta przebywa na oddziale chirurgii, a dwa dni wcześniej przeszła operację usunięcia okrężnicy i odbytu z powodu długotrwałego wrzodziejącego zapalenia jelita grubego. Utworzono kolostomię. Uczestnicy szkolenia mają za zadanie zbadać i ocenić stan kolostomii, wyjaśnić pacjentce procedury, stosując odpowiednie schematy komunikacyjne oraz pielęgnować kolostomię, w tym opróżnić worek (i ponownie go nałożyć w razie potrzeby).

## Podsumowanie

Po zakończeniu symulacji zaleca się przeprowadzenie podsumowania pod kierunkiem moderatora w celu omówienia tematów związanych z celami nauczania. Sugerowane pytania podsumowujące zawiera Dziennik zdarzeń w aplikacji Session Viewer. Główne punkty do omówienia mogą być następujące:

* Badanie i ocena stanu kolostomii
* Prowadzenie pielęgnacji kolostomii
* Komunikacja z pacjentką

## Sugerowane piśmiennictwo:

Colostomy UK. *Managing your colostomy*, 2018. Dostęp: <http://www.colostomyuk.org/information/managing-your-colostomy/>

Macleod E., Johnstone N., Robertson I. i wsp. *Clinical nurse specialists Stoma care*; Royal College of Nursing, 2009. Dostęp: <https://matrix.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0010/272854/003520.pdf>

# Konfiguracja i przygotowanie

## Sprzęt

* Mankiet do pomiaru ciśnienia krwi
* Kolostomia dla symulatora
* Sprzęt kolostomijny (zgodnie z lokalnym protokołem)
* Koszula szpitalna
* Opaska identyfikacyjna pacjenta z nazwiskiem i datą urodzenia
* Monitor pacjenta
* Symulowany brązowy płynny stolec do wypełnienia ok. 1/3 worka stomijnego (150–200 ml)
* Czujnik SpO2
* Stanowisko do higieny rąk
* Stetoskop
* Uniwersalny sprzęt ochronny

## Przygotowanie przed symulacją

* Nałożyć kolostomię na symulator.
* Napełnić worek stomijny symulowanym stolcem do ok. 1/3 pojemności.
* Przymocować worek stomijny do symulatora.
* Ubrać symulator w koszulę szpitalną i umieścić go na łóżku szpitalnym w pozycji Fowlera.
* Nałożyć opaskę identyfikacyjną pacjenta z nazwiskiem i datą urodzenia.
* Wydrukować kartę pacjenta od strony 4 i rozdać uczestnikom szkolenia po odczytaniu im zakresu ich obowiązków. Jeśli wykorzystywana jest elektroniczna karta pacjenta, można przesłać zawarte w niej informacje do tego systemu.

## Zakres obowiązków uczestnika szkolenia

*Przed rozpoczęciem symulacji należy odczytać na głos uczestnikom szkolenia zakres ich obowiązków.*

**Sytuacja:** Jesteś pielęgniarką/pielęgniarzem na oddziale chirurgii. Jest godzina 10:00. Opiekujesz się Jane Keys – 33-letnią kobietą, która dwa dni temu przeszła operację usunięcia okrężnicy i odbytu. W jej prawym boku utworzono kolostomię.

**Informacje ogólne:** Pacjentka choruje na długotrwałe wrzodziejące zapalenie jelita grubego.

**Badanie:** Pacjentkę zbadano trzy godziny temu. Wszystkie parametry życiowe były w normie. Ból został oceniony na 3 i podano 500 mg paracetamolu. Wydaje się, że powrót pacjentki do zdrowia przebiega prawidłowo.

**Zalecenie:** Należy poświęcić kilka minut na przejrzenie jej karty (wręczyć karty uczestnikom szkolenia), a potem pójść do niej i sprawdzić, czy trzeba opróżnić jej worek stomijny.

# Adaptacja scenariusza

Ten scenariusz może być podstawą do tworzenia nowych scenariuszy z innymi lub dodatkowymi celami nauczania. Zmiana istniejącego scenariusza wymaga dokładnego zastanowienia się, jakie czynności i procedury mają zademonstrować uczestnicy szkolenia oraz jakie zmiany należy wprowadzić w celach nauczania, przebiegu scenariusza, programowaniu i materiałach dodatkowych. Jest to jednak szybki sposób na zwiększenie puli scenariuszy, ponieważ można wykorzystać ponownie wiele informacji o pacjencie oraz szereg elementów programowania scenariusza i materiałów dodatkowych.

Dla inspiracji podajemy kilka propozycji adaptacji tego scenariusza:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nowe cele nauczania** | **Zmiany w scenariuszu** |
| Włączenie celów nauczania w zakresie umiejętności komunikacyjnych i wiedzy klinicznej. | Należy przygotować pacjentkę do wypisu i stworzyć zalecenia lekarskie w celu szkolenia w zakresie wypisu.Pacjentka powinna zadawać pytania o informacje, które przekazują jej uczestnicy szkolenia. |
| Włączenie celów nauczania w zakresie rozpoznawania zakażeń, leczenia bólu i stosowania odpowiednich środków bezpieczeństwa. | Pacjentka odczuwa ból, a kolostomia wykazuje obrażenia sugerujące jej zakażenie.Pacjentka powinna uskarżać się na ból i wrażenie, że ma gorączkę. Jeśli uczestnicy szkolenia nie zareagują odpowiednio na sytuację, pacjentka może poprosić o leczenie lub zażądać rozmowy z lekarzem. |
| Włączenie celów nauczania w zakresie rozpoznawania krwi w stolcu, wykorzystywania umiejętności rozumowania klinicznego i stosowania odpowiednich środków bezpieczeństwa. | Stolec w worku kolostomijnym należy zabarwić na czerwono, by symulować krwawienie z okrężnicy.Pacjentka powinna być zaniepokojona tymi objawami. Jeśli uczestnicy szkolenia nie zareagują odpowiednio na sytuację, pacjentka może spytać o przyczyny lub zażądać rozmowy z lekarzem. |

# Karta pacjenta

|  |
| --- |
| **Imię i nazwisko pacjenta:** Jane Keys **Płeć:** Kobieta **Alergie:** Brak znanych alergii **Data ur.:** 17.5.XXXX  |
| **Wiek:** 33 lata **Wzrost:** 173 cm **Waga:** 66 kg **Numer kartoteki (MRN):** 57343330  |
| **Diagnoza:** wrzodziejące zapalenie jelita grubego **Data przyjęcia:** 3 dni temu |
| **Placówka:** oddział chirurgii **Testament :** Nie  **Izolacja:** brak wskazań |
|  |
|

|  |
| --- |
| **Historia choroby**Wrzodziejące zapalenie jelita grubego od 11 lat, o rosnącym nasileniu. Dwa dni po operacji usunięcia okrężnicy i odbytu. W prawym boku pacjentki utworzono kolostomię. |

 |
|  |
| **Uwagi** |
| **Data/godzina** |  |
| Dzisiaj, 7:00 | Pacjentka ocenia ból na 3 (w skali od 0 do 10). Podano 500 mg paracetamolu. Zmierzono parametry życiowe. Opróżniono worek kolostomijny. /Pielęgn. dypl. (RN) |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |
| **Zalecenia lekarza** |
| Aktywność: Opuszczanie łóżka w miarę sił |
| Dieta: klarowne płyny; stopniowe przechodzenie na normalną dietę w miarę jej tolerowania |
| Pomiar parametrów życiowych co 4 godziny |
| Zapisywanie spożycia i wydalania |
| Paracetamol – 500 mg doustnie co 6 godz. w razie konieczności leczenia bólu |
| Pielęgnacja kolostomii zgodnie z lokalnym protokołem |
|  |
|  |
| **Rejestr podanych leków (MAR)** |
| **Data/godzina** |  |
| Dzisiaj, 7:00 | Paracetamol – 500 mg doustnie |
|  |  |
|  |  |
|  |
| **Parametry życiowe** |
| **Data/godzina** |  |
| Dzisiaj, 7:00 | **Ciśnienie krwi (BP):** 121/76 mmHg **Akcja serca (HR):** 81/min **Częstość oddechów (RR):** 13/min **SpO2:** 98% **Temp.:** 37,0oC) |
|  | **Ciśnienie krwi (BP):**  **Akcja serca (HR):** **Częstość oddechów (RR):** **SpO2:** **Temp.:** |

# Spożycie i wydalanie

|  |
| --- |
| **Imię i nazwisko pacjenta:** Jane Keys **Płeć:** Kobieta **Alergie:** Brak znanych alergii **Data ur.:** 17/5-XXXX  |
| **Wiek:** 33 lata **Wzrost:** 173 cm **Waga:** 66 kg **Numer kartoteki (MRN):** 57343330  |
| **Diagnoza:** wrzodziejące zapalenie jelita grubego **Data przyjęcia:** 3 dni temu |
| **Placówka:** oddział chirurgii **Testament:** Nie  **Izolacja:** brak wskazań |
|  |
| **Uwagi:** |
|  | **Spożycie** | **Wydalanie** |
| **Godzina/data** | **Doustnie**  | **Sonda nos.-żoł. (NG)** | **Dożylnie (IV)** | **Dożylnie IVPB** | **Inna** | **Mocz** | **Wymioty** | **Sonda nos.-żoł. (NG)** | **Dreny –****rodzaj** | **Inne** |
| **23-07** | 250 ml150 ml |  |  |  |  | 200 ml |  |  |  |  |
| **Suma dla zmiany** | 400 ml |  |  |  |  | 200 ml |  |  |  |  |
| **Godzina/data** | **Doustny**  | **Sonda nos.-żoł. (NG)** | **Dożylnie (IV)** | **Dożylnie IVPB** | **Inna** | **Mocz** | **Wymioty** | **Sonda nos.-żoł. (NG)** | **Dreny –****rodzaj** | **Inna** |
| **07-15** | 320 ml150 ml |  |  |  |  | 230 ml |  |  |  | 150 ml |
| **Suma dla zmiany** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Godzina/data** | **Doustnie**  | **Sonda nos.-żoł. (NG)** | **Dożylnie (IV)** | **Dożylnie IVPB** | **Inna** | **Mocz** | **Wymioty** | **Sonda nos.-żoł. (NG)** | **Dreny –****rodzaj** | **Inne** |
| **15-23** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Suma dla zmiany** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ten arkusz jest przeznaczony do zapisywania każdorazowego spożycia i wydalania przy łóżku. Następnie sumy zostaną zapisane w arkuszu dobowego bilansu płynów |
| **Miary płynów:** 1 cm3 = 1 ml • 1 uncja = 30 ml • 8 uncji = 240 ml • 1 szklanka = 8 uncji = 240 ml• 4 szklanki = 32 uncje = 1 kwarta lub 1 litr = 1000 ml |