



---

**Model hybrydowego nauczania i uczenia się z wykorzystaniem symulacji w dziedzinie geriatriczn uwzględniający aspekt kulturowy**



GNurseSIM

---

## Autorzy

Aneta Grochowska, Małgorzata Kołpa, Anna Stefanowicz-Kocoł, Sheila Cunningham, Manuel Lillo, Neville Schembri, Phylis Farrugia Abanifi, Hanna-Maria Pesonen, Timo Kinnunen, Anukka, Kukkola, Sari Terri, Anu-Susanna Koskela, Johanna Kero, Sandra Feliciano

---

## Współtwórcy

Barbara Derżypolska

---

## Edytor

Anna Stefanowicz-Kocoł

---

## Layout

Tina Cajnkar

---

## Copyright

(C) 2022, GNurseSIM

## Konsorcjum GNurseSIM

University of Applied Sciences in Tarnów	UAS	PL
Satakunnan Ammattikorkeakoulu Oy	SAMK	FI
Universidad De Alicante	UA	ES
Knowledge Innovation Centre	KIC	MT
Malta College of Arts Science and Technology	MCAST	MT
Middlesex University	MDX	UK
Centria University of Applied Sciences	Centria	FI

Projekt ten został sfinansowany przy wsparciu Komisji Europejskiej. Niniejsza publikacja odzwierciedla wyłącznie poglądy autorów, a Komisja nie ponosi odpowiedzialności za jakiegokolwiek wykorzystanie informacji w niej zawartych. Ta praca jest objęta licencją Creative Commons Attribution-Share Alike 4.0 International.



Co-funded by the  
Erasmus+ Programme  
of the European Union



## Spis treści

1	Wprowadzenie .....	5
2	Part 1. Scoping the views on simulation in the field of geriatric nursing education – a preliminary study .....	7
3	Część 2. Zmieniające się środowiska kształcenia mieszanego i zdalnego w edukacji pielęgniarskiej .....	22
4	Część 3. Analiza aktualnie istniejących metodologicznych i teoretycznych struktur używanych w nauczaniu mieszanym/zdalnym i nauczanie oparte na społeczno konstruktywistycznej pedagogice w obszarze pielęgniarstwa .....	27
	Ponieważ niemożliwe jest zajęcie się wszystkimi aspektami złożonego działania ze wszystkich perspektyw i we wszystkich kategoriach, zaleca się, aby moderator dyskusji ułatwiał i zachęcał do pogłębionej dyskusji, jednocześnie układając ją tak, aby nie przekroczył wyznaczonego czasu. ....	30
5	Część 4. Symulacja nauczania w praktyce kształcenia studentów pielęgniarstwa .....	31
5.1	Historia symulacji w medycynie .....	31
5.2	Symulacja medyczna w kształceniu pielęgniarek .....	33
5.3	Zasady projektowania zajęć symulacyjnych w pielęgniarstwie .....	35
5.3.1	Standardy symulacji medycznej .....	36
5.3.2	Symulacja wysokiej wierności .....	38
5.3.3	Pacjent symulowany .....	39
5.3.4	Środowisko symulacji medycznej .....	40
5.4	Debriefing w symulacji medycznej.....	43
5.5	Pielęgniarstwo geriatryczne.....	45
5.5.1	Sytuacja demograficzna - populacja osób starszych .....	45
5.5.2	Symulacja medyczna w pielęgniarstwie geriatrycznym.....	45
6	Część 5. Kwestie międzykulturowe w pielęgniarstwie geriatrycznym.....	48
7	Wnioski .....	52

8	Bibliography .....	53
9	Appendices .....	63
9.1	Lista możliwych tematów scenariuszy symulacji w pielęgniarstwie geriatryczny .....	63
9.2	Symulacja wysokiej wierności .....	65
9.3	Szablon scenariusza .....	69
9.3.1	Matryca przekształcania scenariuszy w obiekty nauczania online .....	69
9.3.2	Cele kształcenia .....	69
9.3.3	Treści nauczania i sytuacja dydaktyczna .....	70
9.3.4	Metody dydaktyczne .....	71

## 1 Wprowadzenie

Ostatnia dekada była okresem bardzo intensywnego rozwoju nauk medycznych i nauk o zdrowiu, do którego należy pielęgniarstwo. Jesteśmy świadkami wielu zmian zachodzących w systemie ochrony zdrowia, ale także w systemie kształcenia pielęgniarzek na poziomie akademickim. To nowatorskie podejście do edukacji pielęgniarstwa dało impuls na podstawie którego zmiany zostały wprowadzone w praktycznym kształceniu tego zawodu. Mając na uwadze potrzebę poprawienia jakości kształcenia w dziedzinie, o której mowa – aby przyszła pielęgniarka była w pełni przygotowana do spełnienia swojej roli zawodowej, dobrze przygotowana do szeroko rozumianej opieki, w tym osób w różnym wieku, zdrowiu, miejscu zamieszkania, pracy czy nauki – stało się to konieczne, by wprowadzić symulację medyczną do edukacji. Dziś symulacja medyczna jest najnowocześniejszą i najskuteczniejszą metodą kształcenia przyszłej kadry medycznej.

Aktualna sytuacja epidemiologiczna potwierdziła, że wkraczamy do świata nowych technologii, używanych do nauki zdalnej.

Postępujące starzenie się społeczeństwa jest niezaprzeczalnym faktem. Ciągły wzrost średniej długości życia i rosnący odsetek osób powyżej 80. Roku życia w populacji jest wyzwaniem dla wielu dziedzin medycyny, zwłaszcza dla geriatricy.

Symulacja medyczna to wciąż nowa, ale dynamicznie rozwijająca się dziedzina wiedzy mająca na celu ułatwienie nabywania podstawowych umiejętności związanych z opieką pielęgniarstwa nad pacjentem, które po opanowaniu będą wykorzystywane w realnej opiece w szpitalu, przychodni czy domu ustawienie opieki. Wszystko to zainspirowało członków konsorcjum do opracowania projektu łączącego gerontologię, symulację medyczną i naukę zdalną. Efektem będzie stworzenie kursu,

umożliwiającego studentom zdobycie efektów uczenia się – praktycznych umiejętności w holistycznej opiece nad osobą starszą w oparciu o prawdziwe scenariusze sytuacji, w jakich znajdują się pielęgniarki.

Wierzymy, że materiały multimedialne dostępne elektronicznie sprawi, że spotkanie z nowym wymiarem edukacji medycznej będzie fascynującą przygodą.

## 2 Part 1. Scoping the views on simulation in the field of geriatric nursing education – a preliminary study

Oczekuje się, że liczba osób powyżej 60, roku życia wzrośnie ponad dwukrotnie do 2050 roku. Choroby związane ze starzeniem się, takie jak demencja, są zidentyfikowane przez Światową Organizację Zdrowia jako główne globalne zdrowotne wyzwanie, na które obecne i przyszłe służby zdrowia muszą być przygotowane. Ze względu na obecną mieszankę kulturową, globalizację i stopień mobilności w świecie pracy, prawdopodobne jest to, że starsi pacjenci będą pod opieką pielęgniarek geriatrycznych, które nie podzielają tych samych wartości, tradycji i tła kulturowego jak pacjent. Obecna sytuacja epidemiologiczna sprawia, że każda instytucja szkolnictwa wyższego jest świadoma potrzeby tworzenia kursów mieszanych/zdalnych. Ważne jest, aby były one tworzone w sposób, który optymalizuje naukę i zapewnia uczniom dalszy rozwój ich umiejętności i kompetencji w przyszłości.

Symulacja to bezpieczny sposób na trenowanie służby zdrowia, by zapewnić efektywną opiekę osób starszych i ich rodzin i jest dowód na to, że trening symulacyjny poprawia jakość opieki nad osobami starszymi. Jednakże, chociaż programy symulacji geriatrycznych są podejmowane na całym świecie, prawie żaden nie porusza kwestii różnic międzykulturowych jako problemu, którego profesjonalne pielęgniarki geriatryczne powinny być dobrze świadome. W tym kontekście celem GNUrseSIM jest wspieranie uczelni w zapewnianiu studentom pielęgniarstwa geriatrycznego możliwości podczas ich szkolenia, by ćwiczyć umiejętności przyjmowania multidyscyplinarnego holistycznego podejścia do opieki nad starszymi pacjentami. Zostanie to osiągnięte poprzez połączenie elementów z różnych podejść w celu wypracowania jednolitego modelu i opracowania międzykulturowego, wrażliwego na kulturę kursu pielęgniarstwa geriatrycznego, a także zaleceń i wytycznych dotyczących wdrażania kursu i możliwości, jakie oferuje innym obszarom pielęgniarstwa.

Projekt zostanie wdrożony przez konsorcjum składające się z 7 partnerów z 5 państw – Finlandii, Malty, Polski, Hiszpanii i Wielkiej Brytanii – z czego 6 są uczelniami - CENTRIA, MCAST, MDX, PWSZ, SAMK, UA – i jeden małym/średnim

przedsiębiorstwem specjalizującym się w jakości nauki i przekazywaniem wiedzy. Każda uczelnia przyczyni się do:

- Obecnie istniejących metodologicznych i teoretycznych struktur używanych w nauce symulacyjnej oraz mieszanym/zdalnym nauczaniu opartym na społeczno konstruktywistycznej pedagogice w obszarze pielęgniarstwa.
- Ekspertyzy w dziedzinie, decydująca o końcowym modelu
- Sterowania kursu w celu zapewnienia jego krajowego zastosowania. KIC będzie pełnić rolę partnera konsultacyjnego – zapewniając konkretną wiedzę fachową w zakresie tworzenia platform e-learningowych oraz jakości i rozpowszechniania, a także w praktykowaniu przekazywania wiedzy w dziedzinie edukacji i szkoleń, by pomóc w udanym zakończeniu projektu i zapewnić wykorzystanie i trwałość jego wyników.

Partnerzy będą razem współpracować, by:

- stworzyć struktury metodologiczne stanowiące model tworzenia socjo konstruktywistycznych kursów mieszanych/zdalnych dla studentów pielęgniarstwa uczących się opieki nad osobami starszymi z naciskiem na aspekty międzykulturowe, czerpiąc z wiedzy i doświadczenia partnerów
- stworzyć mieszane/zdalne kursy na podstawie modelu z treściami opracowanymi w laboratoriach symulacyjnych i wdrożyć je na uczelniach partnerskich w językach partnerskich
- nadzorować kursy, przygotować analizy przypadków dokumentujących realizację kursów oraz opracować zestaw wytycznych i rekomendacji, które posłużą do udoskonalenia kursu
- przygotować zestaw wytycznych i rekomendacji które pomogą wdrożyć model w innych obszarach edukacji pielęgniarstwa.

Badania nad działaniem jako metoda realizacji działań projektowych, zgodnie z procesem iteracyjnym, opartym na cyklu działanie-odbicie-działanie, w celu wytworzenia trwałych pozytywnych zmian, ponieważ oczekuje się, że projekt zmieni



sposób przygotowania studentów pielęgniarstwa do opieki nad osobami starszymi i zaspokajania ich potrzeb. Stanie się tak, gdy każdy partner wdroży wysokiej jakości mieszany/zdalny międzykulturowy kurs pielęgniarstwa geriatrycznego przygotowany przez konsorcjum. Kurs będzie oparty na założeniach społeczno-konstruktywistycznych, które będą wdrożone poprzez technikę symulacyjnego nauczania. Treści będą podkreślać możliwe problemy międzykulturowe w opiece geriatrycznej i proponować sposoby radzenia sobie z nimi. Grupą docelową są nauczyciele i studenci pielęgniarstwa. Pierwsza grupa (nauczyciele pielęgniarstwa) wykorzysta kurs, by zapewnić studentom pielęgniarstwa umiejętności i kompetencje, które sprawiają, że opieka nad osobami starszymi będzie zawodowo i społecznie akceptowana. Dodaną wartością projektu będzie możliwość dla partnerów, którzy nie są z anglojęzycznych krajów, i uczelni w Europie, do wzbogacenia swojej oferty edukacyjnej on-line w językach obcych dla studentów przyjeżdżających w ramach projektów mobilności Erasmus+. Opracowany model posłuży w dłuższej perspektywie jako punkt odniesienia do przygotowania innych kursów skupiających się na międzykulturowych aspektach opieki nad pacjentem.

Partnerzy GNurseSIM przeanalizowali literaturę dotyczącą obszaru symulacyjnego nauczania, a także nauczania mieszanego/zdalnego i nauczania opartego na pedagogice społeczno-konstruktywistycznej. Wyszukiwania przeprowadzono przy użyciu kluczowych terminów wyszukiwania w wyszukiwarkach internetowych i literatura była rozważana do włączenia, jeśli dotyczyłaby dowolnego aspektu e-learningu, symulacji w edukacji, symulacji medycznych, symulacji w pielęgniarstwie geriatrycznym, modelu usługowego uczenia się, modelu nauczania pielęgniarstwa gerontologicznego. Pobrane artykuły obejmowały artykuły badawcze, opublikowane wykłady i istniejące narzędzia.

#### Cele:

- definicja zmieniających się środowisk mieszanego i zdalnego nauczania pielęgniarstwa
- Analiza obecnie istniejących metodologicznych i teoretycznych struktur, które są używane przy nauczaniu mieszanym/zdalnym i nauczania opartego na pedagogice społeczno-konstruktywistycznej
- Nauczanie symulacyjne w praktyce kształcenia studentów pielęgniarstwa
- Zagadnienia międzykulturowe w pielęgniarstwie geriatrycznym

Partnerzy wybrali i określili wyszukiwarki z własnego kraju, używając własnego języka. Inne wyszukiwarki to: Google researcher, PubMed, MedlinePlus, Web of Science, Science Direct, EMBASE.

Wszystkie kraje uczestniczące w konsorcjum zostały włączone w identyfikację potrzeb, z naciskiem na kwestie międzykulturowe, a także te, związane z nauczaniem mieszanym/zdalnym oraz z określonymi wymaganiami opartymi na poszczególnych programach nauczania. W oparciu o potrzeby różnych zainteresowanych partnerów, najbardziej odpowiednie struktury zostaną opracowane za zgodą wszystkich partnerów, a także stworzone zostaną wspólny zestaw wytycznych dla wszystkich uczestniczących instytucji i zintegrowana struktura teoretyczna, obejmująca metodologię opracowywania i ewaluacji scenariuszy nauczania dla mieszanych/zdalnych środowisk edukacyjnych.

Badanie jakościowe online mające na celu zbadanie potrzeb udziałowców było skierowane zarówno do studentów, jak i ekspertów w ich dziedzinie edukacji lub praktyki klinicznej. Opinie od konkretnych udziałowców i studentów zostały zgromadzone, skupiając się na ich zrozumieniu terminów związanych z geriatrią i miejscem symulacji w nauczaniu geriatry na danej uczelni.

Po akceptacji etycznej (Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach), partnerzy projektu GNurseSIM indywidualnie rekrutowali uczestników z własnej organizacji lub sieci zawodowych. Każdy partner projektu przeprowadził własne wywiady i za pomocą

MS TEAMS, ZOOM i Webex nagrywał sesję. W jednym przypadku rozmowa ze studentami odbyła się na terenie uczelni. Uczestnicy zostali poinformowani, że ich wkład jest całkowicie dobrowolny, mogą opuścić badanie w dowolnym momencie bez podania przyczyny i bez żadnych negatywnych konsekwencji.

Uczestnikami byli wykwalifikowani specjaliści (nauczyciele, specjaliści) oraz studenci pielęgniarstwa. Dla udziałowców zawodowych (naukowcy, pielęgniarki zajmujące się opieką nad osobami starszymi) kryterium włączenia była znajomość programu nauczania geriatry i form nauczania tego przedmiotu. Dla studentów kryteria włączenia obejmują ukończenie szkolenia w zakresie pielęgniarstwa geriatrycznego. Wszyscy uczestnicy mają ukończone 18 lat.

Nagrane wywiady były przechowywane przez partnerów, przepisane i zachowały anonimowość przez zespół badawczy. Instytucje partnerskie przeprowadziły i przepisały własne wywiady. Uczestniczyło w nim pięć krajów i wzięło w nim udział 63 uczestników, w tym 8 pielęgniarek, 17 wykładowców akademickich i 36 studentów.

Z rozmów wynikało, że MCAST, Malta, PWSZ Polska, Centria Finlandia mają program nauczania w ramach dedykowanego modułu na kierunku pielęgniarstwa studiów licencjackich. Na dwóch uniwersytetach treść jest zawarta w różnych obszarach (UA Spain, MDX UK). Jedna uczelnia nie określiła, czy istnieje osobny program nauczania dla geriatry.

Uczelnie wskazały w programach konkretne umiejętności, które studenci powinni posiadać po ukończeniu modułu geriatrycznego. Dopóki wiedza dotyczy procesów starzenia się, programy nauczania koncentrują się na zmianach zachodzących w organizmie człowieka, problemach biologicznych, psychicznych i społecznych, które mogą pojawić się w starszym wieku, i formach opieki nad osobami starszymi. W zakresie umiejętności, efekty dotyczą rozpoznawania i rozwiązywania problemów osób starszych oraz podejmowania działań, by poprawić opiekę nad starszymi. Jeśli chodzi o postawę i kompetencje społeczne, efekty dotyczą etycznego podejścia do osoby starszej, działań opartych na dostępnej wiedzy naukowej, współpracy ze wszystkimi członkami zespołu terapeutycznego. Wymienione w programach efekty

kształcenia osiągane są w miejscach, w których studenci odbywają praktykę zawodową.

Liczba godzin poświęconych na symulację medyczną jest podobna na trzech uczelniach. Wynosi od 8 godzin (Polska), 9 (Hiszpania), 11 (Malta) do 27 godzin (Finlandia).

Wymieniając zalety dobrej praktyki symulacji geriatrycznej, wszystkie uczelnie wskazały, że dzięki symulacji medycznej studenci mają możliwość przećwiczenia zachowań w różnych, często nowych, nieznanymi sytuacjach. Nie chodzi tylko o środki techniczne, ale przede wszystkim o właściwą identyfikację problemu i podjęcie decyzji, która pozwoli go rozwiązać. Kolejną ogromną zaletą symulacji medycznej jest nauka pracy w zespole terapeutycznym. Uczestnicząc w medycznym ćwiczeniu symulacyjnym, łatwiej jest komunikować się z innymi osobami opiekującymi się osobami starszymi.

Kolejną zaletą symulacji medycznej zanotowaną przez partnerów, jest możliwość lepszego zrozumienia uczuć osoby starszej poprzez wykorzystanie symulatorów starości (okulary, kombinezony). Studenci, którzy nie mieli bliskiego kontaktu z osobami starszymi, mogą doświadczać problemów osób starszych dzięki sprzętowi symulacyjnemu i symulowanemu pacjentowi. Nie ma ograniczeń co do możliwości ćwiczenia sytuacji, z którymi student może się zetknąć, a które mogą być dla niego/niej trudne do oceny i reagowania w sposób odpowiadający potrzebom osoby starszej.

Wymieniając cechy złej praktyki symulacyjnej geriatrycznej, partnerzy GNurseSIM wskazali, że negatywnym aspektem w symulacji medycznej jest niewystarczające przygotowanie do zajęć przez trenerów symulacji i studentów. Jako problem wskazano również brak zaangażowania w prowadzone działania. Kolejnym ważnym aspektem jest wybór tematu do realizacji w symulacji medycznej. Niektóre tematy mogą być zbyt nierealistyczne i nigdy tak naprawdę nie pojawiają się. Inne mogą być zbyt typowe, zbyt oczywiste i niewymagające szkolenia w środowisku symulacji medycznej.

	MCAST	PWSZ	SAMK
<p><b>Program nauczania umiejętności/efektów nauczania obejmuje:</b></p>	<p>Wiedza i zrozumienie: Ocena dowodów i praktyki opartej na badaniach w celu poprawy opieki nad osobami z przewlekłymi schorzeniami i złożonymi potrzebami.</p> <p>Umiejętności i zdolności intelektualne / zawodowe: Krytycznie zastanawiać się nad procesem holistycznej opieki nad osobami w przebiegu choroby w odniesieniu do osobistego rozwoju zawodowego. Ocena kwestii politycznych, psychologicznych, społeczno-kulturowych, prawnych i etycznych dotyczących osób dorosłych ze złożonymi potrzebami zdrowia fizycznego i psychicznego oraz ich zastosowania w praktyce pielęgniarskiej. Atrybuty osobistych wartości: Wykazać pewność siebie, współczucie, skoncentrować się na osobie, etyczna opieka nad pacjentem, docenianie złożoności praktyki. Okazywać profesjonalne zachowanie i przestrzegać oczekiwanych standardów zawodowych.</p>	<p>w zakresie wiedzy: czynniki ryzyka i zagrożenia zdrowia u pacjentów w różnym wieku. etiopatogeneza, objawy kliniczne, przebieg, leczenie, rokowanie i zasady opieki opieka pielęgniarska nad pacjentami w wybranych schorzeniach zasady diagnozowania i planowania opieki nad pacjentem w pielęgniarstwie geriatrycznym rodzaje badań diagnostycznych i zasady ich zamawiania zasady przygotowania pacjenta w różnym wieku i stanie zdrowia do badań oraz procedury diagnostyczne, a także zasady opieki w trakcie i po tych badaniach i zabiegach właściwości grup leków i ich wpływ na układy i narządy pacjenta w różnych schorzeniach według wieku i stanu zdrowia, w tym czynności, skutki uboczne, interakcje leków i drogi podania standardy i procedury pielęgniarskie stosowane w opiece nad pacjentami w różnym wieku i w różnym stanie zdrowia; reakcje pacjenta na chorobę, przyjęcie do szpitala i hospitalizacja, proces starzenia w aspekcie biologicznym, psychologicznym i społecznym i ekonomicznym; zasady organizacji specjalistycznej opieki geriatrycznej, etiopatogeneza najczęstszych chorób w podeszłym wieku. Narzędzia i skale oceny wsparcia dla osób starszych i ich rodzin oraz zasady ich aktywizacji.</p> <p>w zakresie umiejętności: zbierać informacje, formułować diagnozę pielęgniarską, wyznaczać cele i plan opieki, wdrażać interwencje pielęgniarskie i oceniać opiekę pielęgniarską.</p>	<p>jak dbać o osoby starsze pod względem ekonomicznym, część żywieniowa specjalne diety dla osób starszych, podstawy geriatryi również farmakologia opieka paliatywna jak wspieramy ich w opiece na końcu życia kiedy pacjent umiera za kilka dni, wszystkie leki są odstawiane, pielęgniarki muszą o tym wiedzieć, najlepsze leki pielęgniarki muszą znać opiekę paliatywną pomagać starszym osobom w domu, musimy wiedzieć, czego potrzebują wszystkie umiejętności kompetencyjne, które są wymagane podczas pracy jako pielęgniarka z osobami starszymi. L: Student rozumie, że opieka nad osobami starszymi jest częścią pielęgniarstwa i pracy pielęgniarki Pielęgniarstwo gerontologiczne kieruje się programami: cały proces pielęgniarstwa, specyfika pielęgniarstwa, etyka, żywienie, prawa, zmiany w procesie starzenia. Wszystko, każde działanie powinno być oparte na dowodach.</p>

		<p>Zapewniać poradnictwo w zakresie samoopieki dla pacjentów w różnym wieku i w różnym stanie zdrowia w zakresie wad rozwojowych, chorób i uzależnień.</p> <p>Zapobiegać powikłaniom w przebiegu chorób.</p> <p>Dobierać technikę i metody leczenia ran, w tym zakładanie opatrunków.</p> <p>Wybierać metody i środki pielęgnacji ran w oparciu o ich klasyfikację.</p> <p>Przygotować pacjenta fizycznie i psychicznie do badań diagnostycznych, dokumentować stan zdrowia pacjenta, dynamikę jego zmian oraz sprawowaną opiekę pielęgniarzką, w tym narzędzia informatyczne do zbierania danych.</p> <p>Rozpoznać powikłania leczenia farmakologicznego i dietetycznego, Rehabilitacja, leczenie i pielęgnacja.</p> <p>Przeprowadzać rozmowę terapeutyczną, prowadzić rehabilitację przy łóżku pacjenta i aktywizację z wykorzystaniem elementów terapii zajęciowej, informować członków zespołu terapeutycznego o stanie zdrowia pacjenta, przygotowywać i podawać pacjentom leki na różne sposoby, samodzielnie lub na zlecenie lekarza.</p> <p>W zakresie kompetencji społecznych:          Jest gotów kierować się interesem pacjenta, szanować godność i autonomię ludzi powierzonych opiece.          Wykazywanie zrozumienia dla różnic światopoglądowych kulturowej i empatii w relacji z pacjentem i jego rodziną.          Jest gotów szanować prawa pacjenta.          Jest gotowy do samodzielnego i rzetelnego wykonywania zawodu zgodnie z zasadami etyki, w tym przestrzegania wartości</p>	
--	--	--	--

		<p>moralnych i obowiązków w opiece nad pacjentem.</p> <p>Jest gotowy do wzięcia odpowiedzialności za wykonywane czynności zawodowe.</p> <p>Jest gotowy przewidywać i brać pod uwagę czynniki wpływające na reakcje własne i pacjenta.</p> <p>Jest gotowy do dostrzegania i rozpoznawania własnych ograniczeń w zakresie wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych oraz do samooceny deficytów i potrzeb edukacyjnych.</p>	
<b>Symulacja zawarta w praktyce</b>	Tylko na studiach licencjackich	tak	
<b>umiejętności, które są ćwiczone na stażach klinicznych</b>	<p>Moduł obejmujący opiekę geriatryczną obejmuje element wyboru praktyk zawodowych, który jest również nadzorowany przez w pełni wykwalifikowaną dyplomowaną pielęgniarkę. Podczas stażu są oni przydzielani do konkretnego oddziału w domu opieki lub szpitalu geriatrycznym.</p>	Wszystkie powyżej	<p>S: Dużo rehabilitacji, wyprowadzanie na spacer.</p> <p>Edukacja jest częścią praktyki klinicznej. Codzienne czynności im pomagające Różny sprzęt, windy, asysta pacjentowi w łóżku. Mentor powiedział wcześniej, co robić.</p> <p>Podczas praktyki klinicznej pielęgniarek uczone ergonomii, jak dbać o przykutego do łóżka pacjenta.</p> <p>W praktyce klinicznej wszystko odbywało się z ręki do ręki, bez świadomości co się dzieje.</p> <p>L: Symulacje są teraz rozdzielone, praktyka kliniczna to inna sprawa na stażach klinicznych. Symulacje w stażu klinicznym są częścią praktyki klinicznej.</p>
<b>Umiejętności praktykowane w symulacji</b>	Odgrywanie ról w różnych scenariuszach przypadków, jak opisano wcześniej.		<p>S: Zgodnie z planem czynności przed zajęciem się prawdziwym pacjentem</p> <p>L: Symulacja jest oddzielną i niezależną częścią edukacji pielęgniarskiej.</p>
<b>Ilość godzin symulacji uwzględnionych w praktyce</b>	W przypadku studiów licencjackich z pielęgniarstwa studenci mają 2 sesje po 5,5 godziny na sesję (łącznie 11 godzin). Odbywa się to w praktyce pielęgniarskiej i laboratorium symulacyjnym MCAST.	8 godzin	Pielęgniarstwo gerontologiczne: 27 h/1 ECT Łącznie 270 h/10 ECTS z 210 ECTS h
<b>Ilość godzin (dokładnie tyle) przeznaczonych na symulację</b>	W MCAST program pielęgniarstwa licencjackiego jest prowadzony we współpracy z Northumbria University (Wielka Brytania),	8 godzin	

	<p>a moduły są wstępnie zdefiniowane i zatwierdzone przez Zarząd Northumbria University. Godziny symulacji są wstępnie zdefiniowane w ustalonych i uzgodnionych Specyfikacjach Programu Modułowego.</p>		
<p><b>cechy bardzo dobrej praktyki symulacyjnej geriatrycznej</b></p>	<p>Radzenie sobie nie tylko z problemami fizycznymi, ale także psychologicznymi. Zaangażowanie w odgrywanie ról i interakcję między studentami a wykładowcami. Pomocne może być wykorzystanie technologii, a także innych urządzeń wspomagających, takich jak kruche okulary Interakcja i zaangażowanie rzeczywistych osób starszych będzie korzystne, ponieważ w rzeczywistości są one bardziej realistyczne i otwiera nowe możliwości współpracy i zaangażowania samych osób starszych.</p>		<p>S: Uczniowie muszą ćwiczyć prawdziwe doświadczenia. Potrzebujemy więcej doświadczenia w teorii. Studenci potrzebują większego doświadczenia. Moi dziadkowie zadbali o siebie, nigdy nie widziałem takich sytuacji jak nietrzymanie moczu. Symulacja jest dobra, jeśli uczę mnie tego, gdy wychodzę.</p> <p>Dobrą symulacją powinien być zespół multidyscyplinarny, fizjoterapeuta i pielęgniarka. Dobra symulacja powinna także uczyć aseptycznych technik. Środowisko symulacyjne [naukowe] powinno wyglądać jak pokój dla osób starszych.</p> <p>L: Symulacja powinna mniej polegać na praktycznych umiejętnościach, a bardziej na holistycznej opiece nad osobami starszymi, interakcji i sposobie pracy skoncentrowanym na podopiecznym. Etyka, różnorodność, umiejętności rozwiązywania problemów i podejmowania decyzji.</p>
<p><b>cechy złej geriatrycznej praktyki symulacyjnej</b></p>	<p>Nie będąc wystarczająco realistycznym, być może wykorzystane scenariusze przypadków są nieaktualne lub nie są dobrze zaplanowane. Używanie przykładów, które są bardzo daleko idące i rzadko spotykane. Posiadanie edukatorów i korzystanie z osób, które nie są dobrze przeszkolone w tej specjalności lub nigdy nie pracowały w opiece nad osobami starszymi.</p>		<p>S: Musimy symulować codzienne podstawy, determinację [podejmowanie decyzji]</p> <p>Np. ćwiczymy zmianę pieluch tylko w łóżku. W prawdziwym życiu robisz to w prawdziwym starszym życiu, a oni po prostu stoją tutaj z rollatorem.. Tego nie uczę się w szkole. Mogą spaść. Symulacja powinna koncentrować się na takich sytuacjach.</p> <p>Rzeczywistość.</p> <p>L: Jeśli podczas symulacji wszystko skupia się na jednej praktycznej praktyce. Jeśli uczniowie nie są wystarczająco przygotowani przed symulacją. Zła symulacja ma miejsce, gdy zarówno uczniowie, jak i nauczyciele nie chcą przeprowadzać symulacji, zagrożona jest poufność lub nie ma zasad symulacji. Czy można wszystko zasymulować? Może nie powinniśmy symulować wszystkiego?</p>



	CENTRIA	MDX	UA
<p><b>Program nauczania umiejętności/efektów nauczania obejmuje:</b></p>	<p>Jest wiele celów uczenia się: związanych z lekami, instrumentami/narzędziami oceny, prowadzeniem i wspieraniem bliskich oprócz pacjenta, zrozumieniem systemu usług.</p> <p>Na pierwszym roku studiów na kierunku Pielęgniarstwo Kliniczne studenci studiują wiele zagadnień związanych z wiekiem, w tym zaburzeń sensorycznych (słuchu, wzroku) i pamięci. Badane są problemy ze zdrowiem psychicznym i uzależnieniami, a także zagadnienia związane z wiekiem w anatomii, fizjologii i farmakologii.</p> <p>W wielokulturowym seminarium zorganizowanym wspólnie dla fińsko- i anglojęzycznych grup studentów: Zajmuje się statusem i wartością osoby starszej w rodzinie i społeczeństwie, a także traktowaniem i szacunkiem dla osób starszych.</p> <p>Kurs podstaw pielęgniarstwa klinicznego obejmuje seminarium naukowe z zakresu pielęgniarstwa, na którym omawiane są artykuły naukowe związane z problematyką osób starszych. Seminarium na temat kursu opieki paliatywnej porusza również temat w odniesieniu do osób starszych.</p> <p>Zawartość różnych kursów obejmuje</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ogólne zasady leczenia pacjentów geriatrycznych w zakresie pielęgniarstwa zdrowia psychicznego</li> <li>- Pierwsza pomoc dotycząca zdrowia psychicznego: starzenie się, emocje, seksualność i zdrowie psychiczne</li> <li>- Utrzymanie zdrowia i zdolności do funkcjonowania, rehabilitacyjna opieka gerontologiczna</li> </ul>	<p>Nie dotyczy</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rozpoznać zasady geriatry/gerontologii i zastosować je w opiece nad osobami starszymi.</li> <li>- Oceniać interdyscyplinarność gerontologii, koncentrując się na uczestnictwie pielęgniarek.</li> <li>- Zachęcać do ustanowienia jednolitych kryteriów w kompleksowej ocenie osoby starszej.</li> </ul> <p>Świadomość stosunku do straty ogólnie i śmierci w sferze społecznej oraz umiejętność zmierzenia się z własnymi uczuciami i postawami wobec przewlekłości, zależności i śmierci. Znać implikacje fizyczne, społeczne i psycho-emocjonalne oraz zmianę roli osób zaangażowanych w proces starzenia się, uzależnienia i/lub śmierci. Posiadać niezbędne strategie i umiejętności, aby zapewnić niezbędne wsparcie psycho-emocjonalne pacjentowi, rodzinie i samemu zespołowi.</p> <p>Promowanie szkolenia i dobrego funkcjonowania zespołu multidyscyplinarnego.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- W zakresie chorób wewnętrznych i chirurgii, studenci uczą się o chorobach i sytuacjach w opiece z perspektywy osób starszych oraz z punktu widzenia rehabilitacyjnego</li> <li>- Orientacja na klienta w zakresie wskazówek na wszystkich etapach trajektorii opieki</li> <li>- Opieka nad osobami starszymi i problemami uzależnień</li> <li>- Seksualność osób starszych</li> <li>- Opieka nad rodziną</li> <li>- Żywnienie osób starszych</li> <li>- Aktywność fizyczna osób starszych</li> <li>- Hospicjum i dobra opieka na koniec życia</li> </ul>		
<b>Symulacja zawarta w praktyce</b>	<p>Tak, trochę we wszystkich umiejętnościach – tych, które dotyczą osób starszych, np. komunikacja, odzyskiwanie pamięci, dbanie o siebie itp. Nie konkretnie dla osób starszych, ale dla wszystkich umiejętności, które są holistyczne, w tym osób starszych.</p> <p>Tak – kluczowe jest zdrowie psychiczne i komunikacja, zwłaszcza przy różnicach w doświadczeniach, wieku, pamięci</p>		Tylko na studiach licencjackich
<b>umiejętności, które są ćwiczone na stażach klinicznych</b>	<p>Na kursie pielęgniarstwa klinicznego studenci spędzają jeden dzień w domach chronionych. Szkolenie praktyczne: Praktyka podstawowa opiekuńcza, praktyka opieki domowej, medycyna wewnętrzna i chirurgia, praktyka na oddziałach z niepełnosprawnością intelektualną.</p> <p>W praktyce studenci przyswajają teorię i praktykę. To promuje rozwój własnego</p>	<p>Zdrowie psychiczne – w zależności od specjalistycznych dziedzin oferujemy różne doświadczenia, m.in. Demencja lub potrzeby opieki długoterminowej. Nacisk kładziony jest na dobre samopoczucie i zindywidualizowaną opiekę.</p>	<p>W zależności od umiejscowienia. Nie wszyscy studenci mają jedno miejsce na określonym Oddziale Geriatrycznym i dlatego są przydzielani do oddziałów, w których liczba pacjentów geriatrycznych jest zwykle wysoka (np. Oddział Chorób Wewnętrznych w szpitalach)</p>

	<p>rozwoju zawodowego studentów.</p> <p>Etyka, uznanie i spotkanie osoby starszej</p> <p>Ocena i wspieranie zdolności funkcjonalnych</p> <p>Współpraca z bliskimi</p> <p>Perspektywa przebiegu życia</p> <p>Wielozawodowość i praca zespołowa</p> <p>Zrozumienie i poszanowanie zaawansowanej dyrektywy</p> <p>Dostępność i identyfikacja zapotrzebowania na sprzęt pomocniczy oraz kierowanie użyciem sprzętu pomocniczego</p> <p>Gerotechnologia</p> <p>Perspektywy opieki nad rodziną</p>		
<b>Umiejętności praktykowane w symulacji</b>	<p>Symulacje pielęgniarstwa gerontologicznego trwają 4 godziny. Studenci potrzebują podstawy teoretycznej przed symulacją. Umiejętności praktyczne: ocena potrzeby opieki, umiejętności interakcji, umiejętności doradcze. Niezbędna jest znajomość struktury usług/systemu usług, usług wsparcia, świadczeń socjalnych i różnych kultur. Studenci muszą wiedzieć, jak aplikować i wykazywać swoje kompetencje.</p>	<p>Umiejętności np. komunikacja, rozmowa motywacyjna, zindywidualizowana opieka nad pacjentem</p> <p>Wszystkie umiejętności – fizyczne i opiekuńcze oparte na funkcjonowaniu biopsychospołecznym</p> <p>Podstawowe i zaawansowane umiejętności i zdolności komunikacji itp.</p>	<p>Odgrywanie ról różnych potencjalnych sytuacji w opiece podstawowej, szpitalu</p>
<b>Ilość godzin symulacji uwzględnionych w praktyce</b>		<p>Do 200h – w zależności od tego, co zezwalają na to programy nauczania lub przepisy organizacji zawodowej.</p>	<p>Dla studentów pielęgniarstwa licencjackiego: 3 sesje symulacji, które trwają 3 godziny każda. To nie jest uregulowane. To decyzja Wydziału.</p>
<b>Ilość godzin (dokładnie tyle) przeznaczonych na symulację</b>	<p>4 godziny</p>	<p>Nie dotyczy</p>	<p>To decyzja Wydziału. Nie jest regulowana pod względem liczby godzin.</p>
<b>cechy bardzo dobrej praktyki symulacyjnej geriatrycznej</b>	<p>Dobra symulacja obejmuje interwencje pielęgniarstwa, m.in. ocena stanu pacjenta i np. konkretne pomiary kliniczne.</p> <p>Symulacja realizuje spotkanie z klientem/pacjentem oraz umiejętności współpracy z kolegą i zespołem. Dzięki</p>	<p>Koncentrując się nie tylko na chorobach organicznych, ale także na kwestiach zdrowia społecznego i psychicznego.</p> <p>Koncentracja na potrzebach – kultura porusza się w tempie, a obecna terminologia jest myląca, a kluczem jest skupienie się na zindywidualizowanych potrzebach</p>	<p>Wspomniane cechy obejmowały:</p> <p>Identyfikacja potrzeb pacjentów.</p> <p>Uwzględnienie problemów wynikających z wieku oraz związanej z nim patologii w zakresie oddziaływań w społeczeństwie.</p> <p>Adaptacja symulacji do otoczenia.</p> <p>Inkluzywność programów aktywnego starzenia się, a nie tylko skoncentrowana na patologią. Kształcenie/szkolenie zapewnia nauczyciel</p>

	<p>wielozawodowemu zespołowi nie musisz rozwiązywać problemów sam, ale możesz uzyskać wsparcie od innych profesjonalistów.</p>	<p>ludzi – niektóre praktyki opiekuńcze mogą prowadzić do izolacji, np. demencja i korzystanie z muzyki lub innych interwencji pamięciowych. Skoncentruj się na podróżach życiowych, które są szerokie dla osób z różnych środowisk (tj. nie wszystkich z tego kraju). Np. Jeśli testowana jest świadomość wybieraj odpowiednie kulturowo pytania (kto jest premierem?) Bezpieczne środowisko w laboratorium, klasie lub obszarze klinicznym — aby wykorzystać kluczowe umiejętności współczucia, empatii i troski.</p> <p>P3: Symulacja umiejętności transferowalnych (kateryzacja) nieindywidualizowana opieka nad osobami starszymi. Może nauczyć umiejętności przeprowadzania rozmów kwalifikacyjnych, ale ważniejsza jest immersja kliniczna.</p> <p>P4: Symulacja immersji lubi odgrywanie ról – szczegółowy scenariusz, a następnie zamiana ról, aby poczuć obie strony. Jako student przypominający symulację: studenci ćwiczą karmienie się nawzajem z zawiązanymi oczami. Kontynuacja z innymi wcześniejszymi doświadczeniami, aby nadać sens i klucz do symulacji, aby wyciągnąć naukę. Wykorzystaj inteligencję emocjonalną – to potężne przeżycie. Spraw, aby promowanie zaangażowania było zabawne.</p> <p>Umiejętności refleksji</p>	<p>akademicki/pedagog/profesjonalista, który ma pasję do zawodu i który ma szczególny szacunek i wrażliwość na starszych pacjentów.</p> <p>Szkolenie symulacyjne to nie tylko szkolenie teoretyczne, ale również w zakresie praktyki i postaw skupienie się z jednej strony na nauce działań mających na celu poprawę jakości życia osób starszych, az drugiej na promowaniu pracy twórczej w celu zwiększenia udziału grupy w realizacji tych działań. Mieć zasoby (lalki, łożka itp.)</p> <p>Symulacje są oceniane przez nauczycieli, co sprawia, że uczniowie poważnie traktują pracę w tych praktykach.</p> <p>Nauka oparta na symulacji to metodologia skoncentrowana na uczniu, która promuje natychmiastową i partycypacyjną informację zwrotną. Jednym z jego głównych celów jest rozwijanie zarówno umiejętności technicznych, w których wykorzystuje się symulację o niskiej i średniej wierności z manekinami lub lalkami szkoleniowymi, jak i umiejętności nietechnicznych, w których wykorzystywana jest symulacja o wysokiej wierności, w których mogą używać standaryzowanych pacjentów poprzez aktorów przeszkolony, aby to zrobić.</p> <p>Rozwijanie umiejętności pozatechnicznych pomaga uczniom wiedzieć, czego się od nich oczekuje w praktyce zawodowej, a tym samym zwiększa ich pewność siebie. Pomaga im również uświadomić sobie swoje słabości, wziąć odpowiedzialność za naprawienie swoich braków i rozwinięcie umiejętności komunikacyjne, między innymi umiejętności przekrojowe.</p>
<p><b>cechy złej geriatrycznej praktyki symulacyjnej</b></p>		<p>Potrzeby do zaspokojenia, ale także troski/zadania, których ludzie nie chcą i nie zakładają np. oferowanie wizyty duchownych zakonnych.</p> <p>Starość to nie choroba, to część życia z arbitralną etykietką „osoba starsza” – ktoś w latach 70-tych</p>	<p>Złą praktyką symulacji geriatrycznej może być taka, w której opieka nie jest indywidualizowana i jest wykonywana przez profesjonalistów bez powołania i zainteresowania możliwą słabością patologicznego pacjenta geriatrycznego.</p> <p>Nie podlega regulacjom żadnego kompetentnego organu/organizacji.</p>

		<p>może być sprawniejszy niż 50-latek.</p> <p>Studenci nie zastanawiają się nad własną kulturą i jakimikolwiek założeniami.</p>	<p>Brak zasobów do przeprowadzenia symulacji.</p> <p>Brak wykwalifikowanej i wyspecjalizowanej kadry dydaktycznej.</p> <p>Nie zachęcanie do uczestnictwa, ani indywidualnie, ani w grupach.</p> <p>Nieustanawianie ograniczonych grup do symulacji.</p> <p>Brak oceny studentów po przeprowadzeniu symulacji.</p> <p>Nieprzeprowadzanie symulacji dla studentów na temat przypadków potencjalnie podobnych do tych, które mogą być im przedstawione w przyszłości w ich życiu zawodowym.</p>
--	--	---	--

### 3 Część 2. Zmieniające się środowiska kształcenia mieszanego i zdalnego w edukacji pielęgniarstwie

Słowo „innowacja” istnieje w edukacji od wielu lat. Nowoczesne metody nauczania stają się coraz bardziej popularne. Nowe techniki nauczania, dopasowane do zmieniającego się stylu życia, nowe modele komunikacji lub wynalazki technologiczne są opracowywane lub rozwijane nie do poznania. Obecnie metody nauczania różnią się od tych używanych kilka lat temu. Zmiany te spowodowały konieczność przeprowadzenia reform, które wiążą się z zadaniami i procesami o charakterze pedagogicznym, a także zmianami w organizacji i zarządzaniu systemem oświaty.

W obszarze pielęgniarstwa praktyczne metody wychowania stanowią podstawową wartość, która odcisnęła swoje piętno na historii. Przekazywanie umiejętności umożliwia przygotowanie kolejnych pokoleń pielęgniarzek do świadczenia nowych usług. Jednak współcześnie szeroko rozumiana informatyzacja, istniejąca niemal w każdej dziedzinie życia człowieka, także w edukacji, łączy świat przez Internet, globalizując również proces edukacji (Pluta-Olearczyk, 2004). Światy realne i wirtualne przenikają się. Kształcenie na odległość za pośrednictwem ogólnosiwiatowej sieci komputerowej może mieć wiele form i może być przeznaczone dla osób w różnym wieku i o różnym poziomie wykształcenia. Kształcenie on-line jako metoda prowadzenia procesu edukacyjnego, dotyczyła głównie osób dorosłych (osób pracujących, chcących podnieść swoje kompetencje). Obecnie, po pojawieniu się Covid-19, praktyka ta jest znacznie bardziej zróżnicowana i powszechna.

Według Kubiaka (2000) kształcenie na odległość to sposób kierowania procesem edukacyjnym w warunkach, gdy nauczyciele i uczniowie znajdują się daleko od siebie (niekiedy znacząco) wchodzą w interakcje synchroniczne lub asynchroniczne, wykorzystując technologie informatyczne i telekomunikacyjne. (Kubiak, 2000) Współczesne technologie umożliwiają bezpośredni kontakt w czasie rzeczywistym między nauczycielem, a uczniem za pomocą audio lub wideokonferencji, niezależnie od odległości między nimi.

W związku z przemianami w obszarze edukacji, rola nauczyciela w świecie determinowanym rozwojem technologicznym szybko się zmienia. Zmiany w polskiej edukacji zmuszają nauczycieli do weryfikacji swoich sposobów nauczania i poszukiwania nowych, niekonwencjonalnych, innowacyjnych metod. Nauczyciele akademicy coraz częściej stają przed nowymi dla nich zadaniami: projektowaniem, przygotowywaniem i prowadzeniem nauczania na odległość. Zadania te wymagają umiejętności z zakresu Informatyki: znajomości niezbędnych usług internetowych i związanych z nimi zasad globalnej komunikacji sieciowej. Zaprojektowanie i wdrożenie kursu jest wyzwaniem dla wielu wykładowców, nawet jeśli istnieje funkcjonalne oprogramowanie, takie jak pakiet Moodle. Przygotowanie niektórych pomocy edukacyjnych, zwłaszcza w programach graficznych, zajmuje dużo czasu i wymaga dobrej znajomości odpowiedniego oprogramowania (Axley, 2008). Nauczyciel prowadzący kursy na odległość musi zmierzyć się w nowej roli doradcy edukacyjno-technicznego, współtworzącego wirtualną społeczność i motywującego uczniów do samodzielnej pracy.

Zmiany wprowadzane w szkolnictwie wyższym wprowadzają studentów w świat pracy i przygotowują ich do pracy w globalnej społeczności, co może być możliwe dzięki podnoszeniu kompetencji i kwalifikacji wykładowców. Kursy na polskich uczelniach stają się coraz bardziej praktyczne. Naukowcy często aktywnie współpracują z biznesem i opracowują nowe rozwiązania dla przemysłu lub gospodarki. Więcej ofert praktyk, nowe formy nauczania, zwrócenie uwagi na współpracę w zespole i wykorzystanie nowinek technologicznych, programy tworzone we współpracy z firmami czy stypendia dla najambitniejszych studentów – to tylko niektóre przykłady zmian w środowisku akademickim.

Raport Horyzont z 2012 roku to jeden z najważniejszych dokumentów w światowych opracowaniach dotyczących zmian we współczesnej edukacji. Daje wiele informacji o trendach i wyzwaniach, przed którymi stoją uczelnie. W tegorocznym raporcie wyodrębniono sześć głównych aspektów:

1. Bogactwo zasobów i relacji w sieci jest dużym wyzwaniem dla edukatorów i wymaga przededefiniowania ich ról w edukacji.
2. Zmienia się paradygmat edukacji i uwzględnia edukację on-line oraz hybrydowe formy edukacji i modele współpracy.
3. Generalnie studenci oczekują, że będą mogli pracować, uczyć się i studiować w wybranym czasie i miejscu.
4. Technologie oparte na koncepcji chmury prowadzą do decentralizacji wsparcia IT.
5. Studenci oczekują większych wyzwań i większej aktywności na zajęciach.
6. Koncentracja na pracy zespołowej ma wpływ na organizację nauki uczniów.

Organizacja nauczania zdalnego i metodologia nauczania zdalnego to ważne aspekty współczesnych badań. W wyniku badań w tym zakresie sformułowano kryteria dobrego kursu on-line, a także odnaleziono wiele praktycznych zasad i wskazówek dla projektantów i nauczycieli prowadzących te szkolenia, m.in.:

- wprowadzenie wstępnych informacji o szkoleniu (cele kursu, treść merytoryczna, tematyka, imię i nazwisko oraz adres e-mail osoby prowadzącej szkolenie, data rozpoczęcia kursu i jego długość, forma zaliczenia, schemat egzaminu i system ocen oraz wymagane dokumenty)
- materiały dydaktyczne na platformie edukacyjnej powinny mieć przyjazną dla czytelnika, przejrzystą strukturę i linki do różnych źródeł informacji (strony internetowe o podobnej tematyce)
- dostosowanie zadań dydaktycznych do różnych stylów uczenia się (np. diagramy, wykresy, ćwiczenia ze słuchu i mówienia)
- umożliwienie komunikacji między uczestnikami kursu, a także między studentami a prowadzącym (np. za pośrednictwem forum dyskusyjnego, poczty elektronicznej, czatów, rozmów głosowych lub wideo-głosowych)



- uczestnicy powinni otrzymać informację zwrotną w krótkim czasie; stosowanie metod aktywizacyjnych, które utrzymują zainteresowanie i uwagę ucznia.

Analizując charakterystyczne cechy kształcenia zdalnego i porównując tę formę kształcenia z tradycyjnymi metodami, Jakubczak, (2007) uważa, że e-metody:

- umożliwiają naukę w dowolnym miejscu m.in. w domu;
- umożliwiają naukę w dowolnym momencie m.in. po pracy;
- umożliwiają zdobywanie nowych lub poprawienie posiadanych kwalifikacji przez całe życie
- są nastawione na indywidualne tempo nauki (wdrożenie indywidualizacji nauki)
- nie powodują tzw. stresu szkolnego (uczenie się we własnej sypialni, w ciszy, w pełnej koncentracji);
- umożliwiają stały dostęp do zasobów dydaktycznych zgromadzonych w bazie wiedzy kursowej, a także do różnych źródeł informacji;
- umożliwiają samodzielną pracę z wyobraźnią, a tym samym rozwijają aktywność poznawczą i eksploracyjną studentów;
- umożliwiają współpracę osobom oddalonym od siebie;
- tworzą optymalne warunki dla studentów niepełnosprawnych w systemie edukacji;
- rozwijają techniki samokształcenia i zdolność do samodzielnego uczenia się, bardzo ważne umiejętności w kontynuowaniu kształcenia;
- przygotowują się do efektywnej pracy w zespołach, doskonałą pracą zespołową.

Kształcenie zdalne z wykorzystaniem nowoczesnych technologii informacyjnych ma również pewne wady. Są to zawodność technologii, ryzyko zmniejszenia kontaktu między nauczycielem a studentem z powodów technologicznych, samotność, brak bezpośredniego kontaktu fizycznego między uczniem a nauczycielem

(depersonalizacja uczenia się), brak możliwości stosowania bezpośrednich technik motywacyjnych ze strony nauczyciela (Stanisławska, 2003).

## PROCES PLANOWANIA I PRODUKCJI KURSÓW E-LEARNINGOWYCH

Główne etapy realizacji kursów to (Kuciapski, 2010):

1. Formowanie materiału merytorycznego kursów przez autorów treści e-learningowych/b-learningowych z wykorzystaniem szeregu multimediiów, takich jak: np. hipertekst, grafika, grafika interaktywna, filmy, animacje multimedialne, webcasty.
2. Produkcja szkoleń elektronicznych
3. Wdrożenie szkoleń elektronicznych

#### 4 Część 3. Analiza aktualnie istniejących metodologicznych i teoretycznych struktur używanych w nauczaniu mieszanym/zdalnym i nauczanie oparte na społeczno konstruktywistycznej pedagogice w obszarze pielęgniarstwa

Konstruktywizm zakłada, że student jest aktywnym podmiotem, który samodzielnie tworzy swój własny system wiedzy, czerpiąc z dostępnych źródeł. Rola nauczyciela, obok motywowania i wspierania, polega przede wszystkim na wyznaczaniu zadań i formułowaniu pytań, które są problemami do rozwiązania przez studentów. Zgodnie z założeniami konstruktywizmu społecznego, wiedza jest przyswajana najefektywniej, gdy mamy do czynienia z uczeniem się we współpracy. Jest to możliwe, gdy student pracuje w grupie, dzieląc się własnymi doświadczeniami i opiniami, a także, gdy jest otwarty na doświadczenia i opinie innych (Śmigielska A, 2002).

Po przeprowadzeniu badań, naukowcy doszli również do wniosku, że teoria konstruktywizmu społecznego może być bardzo pomocna w zrozumieniu, dlaczego i w jaki sposób jednostki integrują i stosują nową, nabytą wiedzę w podejmowaniu decyzji klinicznych, które są oparte na dowodach, a także jak praktyczne zachowania mogą się zmienić podczas interwencji, które są oparte na podstawowych założeniach tej teorii. Przeprowadzono wiele badań nad konstruktywizmem i konstruktywizmem społecznym w pielęgniarstwie. Na podstawie tych badań potwierdzono, że terminy "konstruktywizm" i "konstrukcjonizm" są czasami używane zamiennie, jednak nie są one synonimami. Konstrukcjonizm społeczny kładzie duży nacisk na celowe tworzenie wiedzy, które ma miejsce podczas interakcji z innymi, podczas gdy konstruktywizm społeczny opiera się na zasadzie, która zakłada, że ludzkie uczenie się ma miejsce podczas interakcji społecznych, nawet jeśli nie zostały one zaprojektowane, aby je wywołać.

Konstruktywizm społeczny koncentruje się również na odkrywaniu sposobów, w jakie jednostki i grupy uczestniczą w tworzeniu otaczającej ich rzeczywistości społecznej. Wiąże się to z włączeniem w tradycję zjawisk społecznych, które są tworzone przez

ludzi. Społecznie konstruowana rzeczywistość jest postrzegana jako ciągły, dynamiczny proces, a rzeczywistość jest reprodukowana przez jednostki działające w oparciu o swoją interpretację i wiedzę.

Innymi słowy, konstruktywizm społeczny jest socjologiczną teorią wiedzy, która skupia się na tym, jak jednostki dochodzą do konstruowania i stosowania wiedzy w społecznie zapośredniczonych kontekstach (Fuhrman S, 1994; Hutchinson J & Huberman M, 1993). Głównym założeniem tej teorii jest przekonanie, że wiedza jest ludzką konstrukcją, i że uczący się jest aktywnym uczestnikiem procesu uczenia się (Vygotsky L, 1978).

Teoria ta opiera się na 3 głównych i najważniejszych założeniach. Założenia te odnoszą się do uczenia się. Po pierwsze, uczenie się jest wynikiem interakcji jednostki z otoczeniem. Wiedza jest konstruowana w miarę jak uczący się nadaje sens swoim doświadczeniom w świecie. Po drugie, dysonans poznawczy, czyli nieprzyjemne napięcie, które wynika z posiadania dwóch sprzecznych myśli w tym samym czasie, jest bodźcem do uczenia się. Służy on jako siła napędowa, która zmusza umysł do przyswojenia nowych myśli lub zmodyfikowania istniejących przekonań w celu zmniejszenia ilości dysonansu (konfliktu). Dysonans poznawczy ostatecznie determinuje organizację i charakter tego, co jest uczone (Festinger L, 1957). Po trzecie, środowisko społeczne odgrywa krytyczną rolę w rozwoju wiedzy. Konstruktywizm wspiera nabywanie strategii przetwarzania poznawczego, samoregulacji i rozwiązywania problemów poprzez społecznie skonstruowane możliwości uczenia się (Gredler EM, 1997; Savery JR & Duffy TM, 1995; Steffe LP & Gale JE, 1995; von Glaserfeld E, 1995).

Kilka badań sugeruje, że przyszłe pielęgniarki prawdopodobnie nie zostaną wyposażone w wiedzę i umiejętności pozwalające na skuteczne wykonywanie swoich obowiązków przy użyciu tradycyjnych środków kształcenia. Todaro-Franceschi (2011:318) zauważa, że pielęgniarki sygnalizowały, iż ich szkolenie nie zapewnia im kompetencji do opieki nad umierającymi i ich najbliższymi. White & Coyne (2011:714) donoszą, że dwadzieścia pięć procent pielęgniarek onkologicznych stwierdziło, że czuły się nieodpowiednio przygotowane do opieki nad umierającymi pacjentami. Co

bardziej niepokojące, zawodowe pielęgniarki w Nowej Zelandii opowiadały, że ich wczesne spotkania ze śmiercią i umieraniem, do których nie czuły się przygotowane, pozostawiły trwałe ślady osobiste i zawodowe. Czuły się bezradne, zrozpaczone i winne, gdy pacjent umierał (Kent, Anderson & Owens 2012:1255). W nowszym badaniu, Venkatasalu (2014:A34) donosi, że "zjawisko "ukrytej śmierci", które jest wynikiem ograniczonej ekspozycji na śmierć i umieranie w niektórych środowiskach, spowodowało brak rozwiązań podtrzymujących, które mogłyby pomóc edukatorom i studentom pielęgniarstwa w radzeniu sobie z delikatnymi kwestiami dotyczącymi emocji w edukacji u schyłku życia".

Wykorzystanie filmów lub krótkich klipów wideo jest metodą, która pomaga włączyć doświadczenie edukacyjne służące jako okazja do krytycznej autorefleksji. Stwierdzono, że samoświadomość i autorefleksja wspierają studentów w zdobywaniu wiedzy doświadczalnej w celu zapewnienia opieki u schyłku życia (Wang et al. 2019:861). Bailey & Hewison (2014:3555) twierdzą, że rzeczywiste przypadki i dyskusje w otwartych grupach mają potencjał, aby ułatwić inteligencję emocjonalną, zarządzanie pracą emocjonalną i eksplorację osobistych emocji. Również scenopis w formie rysunków jest metodą, która angażuje kreatywną prawą półkulę mózgu i pomogła studentom rozpoznać aspekty kulturowe i uczucia związane z umierającym pacjentem (Lillyman, Gutteridge & Berridge 2011:179).

Kluczowym elementem konstruktywistycznego podejścia do nauczania jest ułatwianie uczenia się w konkretnej sytuacji: udokumentowanej symulacji scenariusza w małej grupie. Sytuacje są oparte na planie problem-cel-środek, aby uczynić je bardziej realistycznymi. Uczestnicy pracują samodzielnie nad tym, jak przewidzieć leczenie w danej sytuacji. Zalecane jest dwukrotne odegranie roli, aby umożliwić uczestnikom zapoznanie się z sytuacją z różnych perspektyw - własnej i osoby wykonującej inną pracę. Istotnym elementem tej strategii nauczania jest wspieranie szerokiej refleksji uczestników nad swoim działaniem. Zadaniem nauczyciela jest dyskretne ułatwianie dyskusji z tła, bez zakłócania sposobu wyrażania przez uczestników ich doświadczeń. Aby osiągnąć uporządkowaną refleksję, zaleca się uwzględnienie trzech kategorii działań: działanie, interakcja, komunikacja. Ponadto, każdy z uczestników powinien

zastanowić się, czy jakość leczenia spełniała standardy opieki (działanie), czy współpraca z kolegami z innych zawodów była efektywna (interakcja) oraz czy jego komunikacja z pacjentami i kolegami z innych zawodów była pełna szacunku i na równych prawach (komunikacja).

Ponieważ niemożliwe jest zajęcie się wszystkimi aspektami złożonego działania ze wszystkich perspektyw i we wszystkich kategoriach, zaleca się, aby moderator dyskusji ułatwiał i zachęcał do pogłębionej dyskusji, jednocześnie układając ją tak, aby nie przekroczyć wyznaczonego czasu.

## 5 Część 4. Symulacja nauczania w praktyce kształcenia studentów pielęgniarstwa

### 5.1 Historia symulacji w medycynie

Symulacja, według Encyklopedii Britannica, oznacza technikę badawczą lub dydaktyczną, która odtwarza rzeczywiste zdarzenia i procesy w warunkach testowych. Symulacje istnieją od wieków w wielu dziedzinach ludzkich dążeń. Jako metoda edukacji ma swoje początki już w starożytności, kiedy to wykorzystywano ją w modelach do nauki anatomii czy szachów. W XVIII-wiecznej Francji, Madame Du Coudray używała modelu płodu i miednicy do szkolenia położnych. Na początku 1900 roku Fluxner zastosował go w naukach podstawowych i klinicznych. W latach 1928-1929 zbudowano pierwszy symulator lotu Blue box, a w 1938 roku armia amerykańska zakupiła 10 000 symulatorów.

W 1957 r. przeprowadzono pierwszą udaną defibrylację, a rok później rozpoczęto badania nad techniką sztucznego oddychania metodą usta-usta. W 1960 r. narodziła się Resuscita Annie. Historia ta wpisuje się w rozwój nowoczesnej symulacji medycznej. Według przekazów ma ona związek z historią nieszczęśliwej miłości. Na przełomie XIX i XX wieku w Paryżu, w Sekwanie znaleziono ciało młodej kobiety. Ciało nie wykazywało żadnych śladów walki. A patolog, poruszony jej urodą, sporządził gipsowy odlew jej twarzy, który w 1960 roku stał się pierwowzorem dla manekina reanimacyjnego Resusci Annie, kopiowanego niezliczoną ilość razy. Swoją popularność zawdzięcza wyjątkowej urodzie i nieśmiałości uśmiechowi, porównywanemu po latach przez A. Camusa do Mona Lisy. Z biegiem lat fantomy do symulacji medycznych stają się coraz bardziej zaawansowane: płaczą, krwawią, mówią cyfrowo dobranym do scenariusza głosem, analizują czas, dawkę i sposób podania leku, symulują niezliczone patologie. I choć ich wnętrza coraz bardziej przypominają wnętrza statku kosmicznego, to pierwszą rzeczą, z którą wciąż mierzą się uczący się, jest nieszczęśliwa dziewczyna znad Sekwany.

W 1964 roku Howard Barrows wprowadził symulację pacjentów do edukacji medycznej.

**Tabela 1. Wybrane daty z historii symulacji medycznej**

<b>DATA</b>	<b>WYDARZENIE</b>
1967	Pierwsza zarejestrowana resuscytacja z wykorzystaniem warunków VR w warunkach przedszpitalnych
1968	Telefon alarmowy
1970	Stworzenie pierwszych komputerowych symulacji przez Massachusetts General Hospital
1973	Pierwszy algorytm CPR
1974	Pierwsze wytyczne American Heart Association (AHA)
1975	Pierwszy egzamin OSCE
1978	Pierwsze symulatory z funkcjami życiowymi
1988	Pierwszy symulator w pełni HF
1993	Pierwsze kroki w zakresie VR
1994-1999	Rozwój środowiska i symulatorów HF
2000	Pierwsza Międzynarodowa Konferencja Symulacji Medycznej
2002	Pierwsze CSM
2003	David Gaba zakłada Stowarzyszenie Edukacji Medycznej wykorzystujące symulację medyczną

Barrows wprowadził symulowanych pacjentów, zapewniając uczącym się kontrolowane, stopniowe doświadczenie w symulowanej praktyce. Zgodnie z najnowszymi osiągnięciami technologicznymi, symulacja wspomagana komputerowo, wirtualna rzeczywistość i wykorzystanie wrażeń dotykowych zostały dodane do symulacji broni (Bradely P, 2006).



## 5.2 Symulacja medyczna w kształceniu pielęgniarek

Wykorzystanie symulacji w nauczaniu wzrosło w ostatnich latach i stało się integralną częścią edukacji pielęgniarskiej. Szkolenie symulacyjne jest wykorzystywane do rozwijania umiejętności pielęgniarskich w zakresie oceny i zarządzania sytuacją kliniczną w praktyce. Wyniki badań pokazują, że:

- szkolenie oparte na symulacji znacząco zwiększa pewność siebie studentów;
- doświadczenie szkolenia opartego na symulacji i uczenie się na jego podstawie poprawia umiejętności praktyczne studentów i ich zdolność do oceny sytuacji klinicznej;
- symulacje pielęgniarskie oparte na standardach i dowodach naukowych pomagają studentom w zdobywaniu wiedzy, umiejętności krytycznego myślenia i poczucia własnej skuteczności;
- szkolenia oparte na symulacji podkreślają znaczenie skutecznej komunikacji i współpracy w zespole (Standards of Best Practice, 2016).

W świetle powyższych wyników nasuwa się wniosek, że organizacja szkolenia opartego na symulacji i jego wdrożenie do programu nauczania mają kluczowe znaczenie dla uczenia się i doświadczania wyników w zakresie wiedzy, które przenoszą się na praktykę kliniczną. Nauczyciele pielęgniarstwa powinni znać narzędzia niezbędne do włączenia zajęć symulacyjnych do swoich programów nauczania pielęgniarstwa. Organizacje międzynarodowe rozwinęły się w celu poprawy i wspierania rozwoju symulacji medycznej.

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa z dnia 9 maja 2012 roku (Dz. U. z 2012 r., poz. 572) kształtowanie umiejętności praktycznych w warunkach naturalnych powinno być poprzedzone kształtowaniem tych umiejętności w warunkach symulowanych - w pracowniach umiejętności pielęgniarskich. W kolejnej aktualizacji standardów zgodnie z rozporządzeniem Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego w sprawie standardów

kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego z dnia 26 lipca 2019 roku (Dz. U. z 2019 r., Nr 2019, poz. 1573) wprowadzono zapis wskazujący, że zajęcia praktyczne i praktyki zawodowe powinny być organizowane w taki sposób, aby nabywanie umiejętności praktycznych w warunkach naturalnych było poprzedzone nabywaniem tych umiejętności w symulowanych warunkach niskiej wierności.

Symulacja medyczna stosowana w kształceniu na kierunkach medycznych, w tym pielęgniarstwie, umożliwia:

- podniesienie kompetencji zawodowych studentów i nauczycieli akademickich,
- pozwala na systematyczny i zintegrowany rozwój umiejętności klinicznych,
- wprowadza nową jakość w praktycznym kształceniu zawodowym poprzez połączenie zdobytej wiedzy teoretycznej i umiejętności praktycznych z wykorzystaniem zaawansowanych urządzeń symulacyjnych,
- umożliwia eliminację błędów na etapie przedklinicznym, przed rzeczywistym kontaktem z pacjentem,
- uczy w sposób bezpieczny sposobu właściwego zachowania i podejmowania decyzji w trudnych i rzadkich przypadkach,
- uczy rozwiązywania problemów,
- daje możliwość rozwijania kompetencji społecznych studentów (Santalucia P i in., 2016).

W warunkach symulowanych studenci mogą wielokrotnie przećwiczyć daną procedurę bez konsekwencji klinicznych w przypadku popełnienia błędu. Możliwe jest również planowanie kształcenia w oparciu o rzeczywiste potrzeby studentów i program nauczania, a nie dostępność pacjentów. Co ważne, w sytuacji, gdy w warunkach klinicznych pacjenci coraz częściej odmawiają współpracy ze studentami, w trakcie symulacji medycznej nie występują ograniczenia prawne i organizacyjne związane z

koniecznością uzyskania zgody pacjenta na wykonywane procedury. Stosowanie metod symulacyjnych ma na celu ochronę pacjentów przed niepotrzebnym ryzykiem związanym z niedostatecznym przygotowaniem absolwentów do pełnienia roli zawodowej.

W symulacji medycznej stosuje się różnorodny sprzęt i wyposażenie. Mogą to być proste trenażery do ćwiczenia specjalistycznych procedur, zaawansowane symulatory odzwierciedlające funkcje organizmu ludzkiego, wirtualna rzeczywistość, w której możliwe jest prowadzenie gier decyzyjnych. Planowane są również zajęcia z udziałem pacjenta symulowanego oraz pacjenta hybrydowego (Sawin EM i in., 2016).

### **5.3 Zasady projektowania zajęć symulacyjnych w pielęgniarstwie**

Szkolenie kładzie nacisk na znaczenie komunikacji i współpracy w zespole. Stwierdzono, że uczestnicy zajęć symulacyjnych wykazywali większą pewność siebie przed przystąpieniem do praktyki klinicznej. Dla wysokiej jakości edukacji opartej na symulacji (SBE) ważne jest, aby w projektowaniu zajęć wykorzystywać standardy opracowane na podstawie aktualnej wiedzy, procedur, teorii uczenia się i komunikacji. Nieodłącznym elementem doświadczenia symulacyjnego jest również całe środowisko symulacyjne, które decyduje o stopniu realizmu doświadczanych sytuacji. Różne stopnie wierności symulacji powinny być zawsze rozważone i ustrukturyzowane w celu osiągnięcia zamierzonych celów programu i efektów uczenia się. Wierność jest definiowana jako precyzja lub dokładność odwzorowania rzeczywistości w symulacji. W przypadku edukacji pielęgniarstwie, doświadczenia symulacyjne powinny mieć różny stopień wierności dla różnych typów studentów, w zależności od ich poziomu kompetencji, który jest związany ze stopniem edukacji. Poziom wierności symulacji zależy również od rodzaju zadania, które ma być przećwiczone. Symulacje mogą być od całkowicie sztucznych (niski) do w pełni odwzorowujących rzeczywistą sytuację (wysoki).

Postęp technologiczny pozwala również na wprowadzenie symulacji wirtualnych lub wirtualnej rzeczywistości. Stosowane jest wówczas podejście multimedialne, obejmujące aspekty wizualne, tekstowe i słuchowe, pozwalające na wdrożenie

umiejętności pielęgniarskich wraz z interwencją i komunikacją. Istnieją badania porównujące skuteczność symulacji wirtualnej i w bezpośrednim kontakcie ze studentem. Stwierdzono, że obie formy przynoszą wzrost wiedzy klinicznej i wyników, jak również umiarkowany wzrost umiejętności. Z drugiej strony, pewne ograniczenie symulacji wirtualnej jest niewielkie lub wręcz niemożliwe do kształtowania pracy zespołowej w pielęgniarstwie, która jest ważnym aspektem codziennej praktyki klinicznej (Carstens C i inni, 2020).

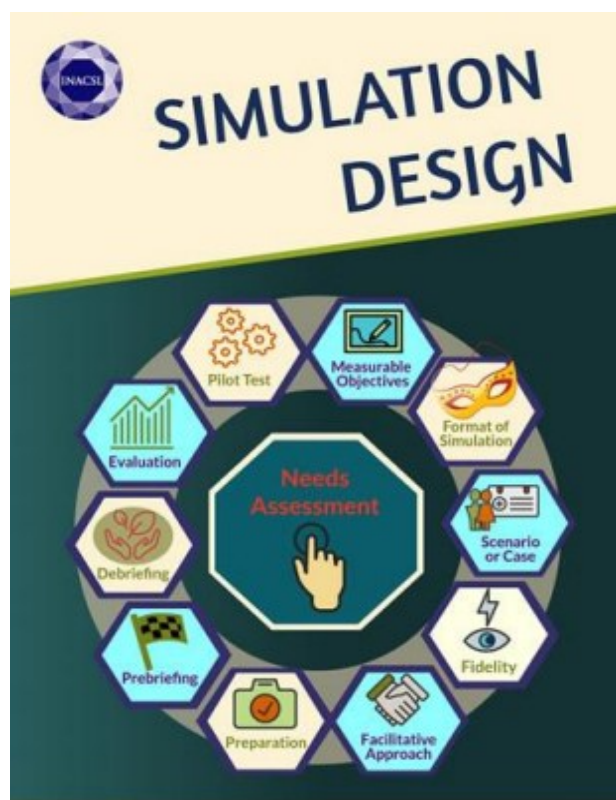
### 5.3.1 Standardy symulacji medycznej

Międzynarodowe stowarzyszenie pielęgniarskie ds. symulacji klinicznej i uczenia się (INACSL) jest światowym liderem w przekształcaniu praktyki pielęgniarskiej w celu zapewnienia wysokiej jakości opieki i bezpieczeństwa pacjentów. INACSL składa się z praktyków symulacji medycznej, liderów symulacji, edukatorów, naukowców i partnerów przemysłowych. W dążeniu do poprawy metod przygotowania i szkolenia pielęgniarek, INACSL stworzył Standardy Najlepszych Praktyk INACSL: SimulationSM, aby przyspieszyć naukę symulacji, dzielić się najlepszymi praktykami i dostarczyć oparte na dowodach wskazówki dotyczące wdrażania symulacji w edukacji. Standardy są stale aktualizowane zgodnie z najnowszą wiedzą i badaniami. Przyjęcie Standardów demonstruje zaangażowanie zespołu w poprawę jakości i wdrażanie praktyk Evidence-Based Nursing (EBN) w edukacji zdrowotnej w celu poprawy opieki nad pacjentem. Doświadczenia oparte na symulacji (Simulation-Based Experiences - SBE) powinny być zaprojektowane tak, aby osiągnąć zamierzone efekty i cele nauczania. Jest to możliwe dzięki zastosowaniu standardów w projektowaniu symulacji.

Zawiera on listę kryteriów niezbędnych do spełnienia standardu SBE:

1. Przeprowadzenie oceny potrzeb w celu zapewnienia podstaw dla dobrze zaprojektowanej symulacji.
2. Stworzenie mierzalnych celów symulacji.
3. Określenie struktury symulacji w oparciu o postawione cele, przyjętą teorię i metodę symulacji.

4. Zaprojektowanie scenariusza symulacji, przypadku.
5. Określenie poziomu wierności symulacji.
6. Zapewnienie podejścia facylitacyjnego, które jest uzależnione od wyznaczonych celów oraz poziomu wiedzy i doświadczenia uczestników.
7. Rozpoczęcie symulacji od przygotowania wstępnego (prebriefing).
8. Prowadzenie debriefingu lub informacji zwrotnej.
9. Przeprowadzenie ewaluacji uczestników, facylitatora i przebiegu symulacji.
10. Dostarczenie uczestnikom materiałów pomocnych w przygotowaniu i osiągnięciu celów symulacji.
11. Przeprowadzenie testu pilotażowego przed pełnym wdrożeniem zaprojektowanej symulacji (INACSL Standards Committee, 2016).



**Wyk. 1** Etapy projektowania symulacji

Źródło: <https://www.inacsl.org/inacsl-standards-of-best-practice-simulation/>

### 5.3.2 Symulacja wysokiej wierności

Symulacja wysokiej wierności (High Fidelity Simulation - HFS) ma zazwyczaj bardziej złożone scenariusze, przy jednoczesnym ścisłym naśladowaniu rzeczywistego środowiska klinicznego. Większy nacisk kładziony jest na świadczenie opieki pielęgniarskiej i komunikację pomiędzy pacjentem a studentem pielęgniarstwa oraz komunikację z zespołem. Jak zaobserwowano w warunkach klinicznych, interakcje międzyludzkie są złożone, a korzyścią płynącą z symulacji wysokiej wierności jest możliwość naśladowania tych złożonych relacji. Dlatego też zwraca się uwagę nie tylko na poprawność podejmowanych decyzji klinicznych, ale również na stosowanie właściwych procedur komunikacyjnych (close loop, protokół ISBAR), współpracę w zespole, czy umiejętność wykorzystania elementów zarządzania zasobami kryzysowymi (CRM). Nie zawsze ważne jest wykonanie konkretnej, wyizolowanej czynności, ale raczej cały kontekst sytuacji zdrowotnej pacjenta, poprawność rozumowania klinicznego i podejmowanych decyzji.

Symulacja wysokiej wierności często wykorzystuje manekina wspomaganego komputerowo, który może naśladować wiele funkcji żywego organizmu, lub standaryzowanego pacjenta (SP), który współpracuje ze studentem. Ale manekin wspomagany komputerowo lub pacjent standaryzowany nie są koniecznie potrzebne do symulacji wysokiej wierności. Przy odpowiednich zasobach, symulacja wysokiej wierności może być przeprowadzona przy użyciu podstawowego manekina bez zaawansowanych funkcji. Ważne jest jednak, aby jak najwierniej odtworzyć środowisko kliniczne.

Istnieje coraz więcej dowodów na to, że technologia symulacji wysokiej wierności może stanowić poważne wyzwanie dla personelu pielęgniarskiego. Najczęstszymi barierami są: ograniczenia czasowe, brak lub słabe umiejętności technologiczne oraz problemy z dużym obciążeniem pracą.

Istnieje rozwijający się zbiór badań oceniających wpływ poziomu wierności doświadczenia symulacyjnego na wyniki w nauce. Niektóre z nich wykazały, że symulacje o wysokim stopniu wierności przyniosły korzyści studentom pielęgniarstwa

w zakresie zdobywania wiedzy, krytycznego myślenia i nabywania pewności siebie w wykonywaniu opieki pielęgniarskiej. Konieczna jest jednak większa weryfikacja hipotez i doskonalenie narzędzi badawczych (Massoth i wsp., 2019; Vincent MA i wsp., 2015).

### **Podsumowując, HFS służy do:**

- nauki umiejętności nietechnicznych, procesu diagnostycznego, leczenia, podejmowania decyzji, zaawansowanych procedur, pracy zespołowej, zarządzania zespołem,
- refleksji nad jakością opieki nad pacjentem oraz technik komunikacji,
- Symulatory HF i środowisko HF - wszystkie elementy scenariusza powinny być wykonane tak, aby rzeczywiście jak najwierniej naśladować środowisko kliniczne (Al-Ghareeb A & Coopers J, 2016).

### **5.3.3 Pacjent symulowany**

Symulowani pacjenci (SP) są wykorzystywani w edukacji opartej na symulacji. Wykorzystanie SP w edukacji pielęgniarskiej daje studentom możliwość doświadczenia interakcji z pacjentem, który symuluje prawdziwego pacjenta, ale w bezpiecznym i kontrolowanym środowisku. Zajęcia SP zachęcają do interakcji z "prawdziwymi" pacjentami, poprawiają techniki komunikacji i umiejętności interpersonalne, dostarczają realistycznych zachowań i reakcji pacjenta.

SP biorą udział w symulacji nie tylko jako pacjenci lub członkowie rodziny, ale mogą również występować jako inni członkowie zespołu, np. lekarz i fizjoterapeuta. W literaturze wskazuje się na różne korzyści płynące z symulowanych zajęć z pacjentem. Należą do nich:

- natychmiastowa informacja zwrotna od SP,
- doskonalenie umiejętności klinicznych przez studentów,
- poprawa umiejętności miękkich, pewności siebie,
- redukcja lęku związanego z praktyką kliniczną i kontaktem z prawdziwymi pacjentami.

W celu zapewnienia wysokiej jakości kształcenia i standaryzacji zajęć symulacyjnych należy przeszkolić osoby posiadające kwalifikacje do współpracy w charakterze symulowanych pacjentów. Niska jakość pracy SP może negatywnie wpłynąć na doświadczenie studenta podczas symulacji (**Standards of Best Practice, 2016**).

#### 5.3.4 Środowisko symulacji medycznej

Środowisko symulacji jest ważne i determinuje poziom realizmu odzwierciedlanego przez miejsca i sytuacje. Przestrzeń i narzędzia szkoleniowe są ważnymi czynnikami, które należy rozważyć podczas opracowywania działań symulacyjnych dla studentów pielęgniarstwa. Symulacja jest strategią aktywnego uczenia się. Wykorzystuje różnorodne narzędzia w celu imitacji rzeczywistości, wymaga od studentów pielęgniarstwa wykorzystania wiedzy i umiejętności w celu odpowiedzi na przedstawiony scenariusz. Dlatego też jest istotne, aby symulacja wykorzystywała wszystkie niezbędne elementy obecne w rzeczywistym środowisku opieki zdrowotnej do zaprojektowania symulacji. Mogą one obejmować elektroniczną dokumentację medyczną z historią zdrowia pacjenta, wynikami badań laboratoryjnych, zleceniami lekarskimi, kartami obserwacji oraz sprzętem rutynowo używanym w warunkach klinicznych. Im więcej elementów jest zgodnych z rzeczywistością, tym łatwiej będzie studentowi odnaleźć się w środowisku klinicznym, co zwiększy jego pewność siebie.

Przed przystąpieniem do realizacji scenariusza student zapoznaje się z podstawowymi informacjami dotyczącymi symulacji. Symuluje ona aspekt kliniczny i wspiera zastosowanie wiedzy zdobytej na wcześniejszych etapach kształcenia. Do narzędzi niezbędnych w środowisku symulacyjnym należą modele, manekiny, przestrzeń fizyczna, komputery, rekwizyty oraz narzędzia komunikacyjne, takie jak telefony czy pagery. W ostatnich latach coraz bardziej rozwija się również technika tzw. moulage (odlew gipsowy). Specjalistyczny sprzęt jest robiony lub zmienia się konstrukcję fantomów, тренаżerów tak, aby jak najwierniej odzwierciedlały rzeczywistość i realne objawy.

Utrzymanie sprzętu symulacyjnego i środowiska symulacji jest ciągłym procesem i często trudnym aspektem dla wykładowców. Wynika to z użycia manekinów o



zaawansowanej technologii, komputerów, sprzętu audiowizualnego i symulowanego sprzętu medycznego. Nauczyciele symulacji często wkraczają w środowisko technologiczne, o którym mają bardzo minimalną wiedzę, ale oczekuje się od nich, że "sprawią, że to zadziała". Dużym wsparciem w zespole może być technik symulacji, który jest przeszkolony w zakresie użytkowania i utrzymania sprzętu, pomaga przygotować salę symulacyjną do zajęć, zajmuje się naprawami i bieżącą konserwacją (**Standards of Best Practice, 2016**).

### **W tworzeniu środowiska symulacji ważne są następujące elementy:**

- nadanie realistycznego charakteru wszystkim wykonywanym czynnościom (brak symulacji),
- jak najwięcej prawdziwego sprzętu,
- zapewnienie dobrego nagłośnienia - osobnego dla instruktora,
- scenariusz wysokiej wierności może być prowadzony przez 3 osoby:
  - głos pacjenta,
  - osoba prowadząca scenariusz (głos boga) + zmiana parametrów symulatora - student mówi: badam obrzęk - głos boga - nie ma obrzęku;
  - osoba techniczna (np. gdy student musi gdzieś zadzwonić);
- 2 komputery - jeden do symulatora, drugi do przesyłania różnych informacji,
- robienie notatki z przebiegu scenariusza do debriefingu, a dodatkowo można nagrywać realizację scenariusza,
- mikrofon - zwróć uwagę na ustawienia (głos boga lub głos pacjenta),
- głośniki, kamery (6 w sali),
- system nagrywania i odprawiania,
- sprawdzenie sprawności i dobrze poznać system operacyjny symulatora,
- ustalenie sposobu postępowania przy wysyłaniu/odbieraniu badań - jak przesyłać wyniki (papier - przynieść czy wydruk komputerowy).

### **Przed symulacją:**

- sprawdź swój sprzęt,
- uruchom systemy,
- sprawdź scenariusz,
- pokaż uczestnikom salę,
- daj uczestnikom czas na zaaklimatyzowanie się.

### **Podczas symulacji:**

- poproś studentów o pomoc, ale bądź przygotowany tak, jakbyś był sam,
- bądź gotowy na to, że symulator będzie reagował zgodnie z działaniami uczestników lub dobrze zaprogramuje trendy,
- odbieraj telefony w celu konsultacji (naucz komunikacji - protokół ISBAR, zamknięte pętle),
- mierz czas i rób notatki.

### **Po symulacji:**

- ogłoś, że scenariusz dobiegł końca,
- opracuj strategię sprzątnięcia sali (uczestnicy, Ty, technika),
- debriefing:
- jaki rodzaj (niski, średni, wysoki poziom)?
- gdzie?
- czego potrzebujesz (wideo z kamery - szybko uruchom, krótki fragment, notatki - co omówić i w której minucie)?

### **Do zapamiętania:**

- Zapoznanie się z otoczeniem
- Zaplanuj, czego potrzebujesz przed symulacją i co chcesz zrobić po jej zakończeniu
- Poznaj dobrze środowisko i sprzęt

#### 5.4 Debriefing w symulacji medycznej

Wszyscy autorzy zajmujący się tematyką symulacji medycznej wskazują, że debriefing jest jej najważniejszym elementem. Debriefing to facylitacja refleksji po doświadczeniu danego wydarzenia. Podczas sesji debriefingu studenci pracują z nauczycielem/instruktorem (facylitatorem), który przeprowadza przez poszczególne etapy debriefingu, kierując dyskusją tak, aby uczestnicy mogli zrozumieć podstawy swoich zachowań i wyciągnąć z nich wnioski. Podczas tej części realizacji symulacji medycznej student ma możliwość rozwinięcia refleksyjnego myślenia i rozumowania klinicznego. Doświadczenie zdobyte podczas realizacji scenariusza ma sens, ułatwi później wdrożenie teorii do praktyki klinicznej. Symulacja konkretnego zdarzenia daje możliwość przećwiczenia i powtórzenia, a debriefing stanowi forum do aktywnej dyskusji i nauki. Wzajemna refleksja i dyskusja prowadzą do sensownego uczenia się, co ma pozytywny wpływ na poprawę wyników w środowisku klinicznym. Aby osiągnąć te efekty debriefingu, konieczne jest zapewnienie odpowiedniej atmosfery podczas zajęć - zaufania, zrozumienia, akceptacji (Bae i wszyscy, 2019; Dieckmann P i wszyscy, 2009; Dismukes RK i wszyscy, 2006).

Z drugiej strony konieczne jest zaangażowanie zarówno instruktora, jak i studenta. Im wyższy poziom grupy studenckiej, tym mniejszy może być udział prowadzącego. Prowadzący w takiej sytuacji jedynie moderuje dyskusję, a studenci dochodzą do wniosków. Facylitator musi być przygotowany do debriefingu pod względem swoich kompetencji w zakresie wiedzy i umiejętności, doskonalenia technik debriefingu, rozwijania technik komunikacyjnych, które będą wspierały proces refleksyjnego myślenia. Powinien korzystać z najnowszych badań prowadzonych w tym obszarze. Nauczyciele, którzy od wielu lat prowadzą zajęcia oparte na symulacji i nie stosują EBP, mogą nadal uważać, że stosowanie nagrań wideo podczas sesji jest najlepszym sposobem jej prowadzenia. Tymczasem nowe badania wskazują na ograniczoną wartość debriefingu wspomaganego filmami (VAD) i brak jego przewagi nad ustnym przesłuchaniem (OD) (Frandsen A. & Lehn-Christiansen S, 2020; Holldrid A et al, 2020; Schober, P et al, 2019).

Tradycyjnie debriefing przeprowadza się na koniec scenariusza, ale cenne są również krótkie informacje zwrotne w trakcie jego trwania. Debriefing polega na aktywnym udziale ucznia w dyskusji. Duże znaczenie w angażowaniu uczniów w proces debriefingu ma osoba facylitatora. Facylitator może zarówno wzmacniać, jak i osłabiać procesy motywacyjne uczniów. Wykazano, że wzmacnianie motywacji uczniów oraz budowanie w nich poczucia bezpieczeństwa i pewności siebie nie jest czymś danym na początku, ale zależy od interakcji uczniów z facylitatorem oraz od osobowości facylitatora i jego wysiłku włożonego w prowadzenie zajęć. Uczniowie, którzy są pasywni podczas zajęć, doświadczają różnych frustracji, które narastają z czasem, a do obaw można zaliczyć:

- brak wiary w skuteczność metody symulacji,
- brak chęci do udziału w dyskusjach (Oriot D & Alinier G, 2018; Ostovar S & Allahbakhshian A, 2018).

## **5.5 Pielęgniarstwo geriatryczne**

### **5.5.1 Sytuacja demograficzna - populacja osób starszych**

Procesy związane z systematycznie wydłużającym się czasem trwania życia i ciągłymi zmianami stawiają przed społeczeństwem nowe wyzwania społeczne w zakresie struktury demograficznej ludności, tj. odpowiedzialnego projektowania polityki społecznej wobec osób starszych i wdrażania rozwiązań, które zapewnią godną, bezpieczną, aktywną starość.

Według World Population Prospects 2019 (United Nations, 2019), do 2050 roku 1 na 6 osób na świecie będzie w wieku powyżej 65 lat, w porównaniu z 1 na 11 w 2019 roku (World Population Ageing, 2019).

W ciągu ostatnich 30 lat obserwujemy w Polsce spowolnienie rozwoju demograficznego i istotne zmiany w strukturze wiekowej mieszkańców. Postępujące starzenie się ludności Polski jest wynikiem niskiego współczynnika dzietności oraz wydłużającej się średniej długości życia. Na koniec W 2019 r. liczba ludności Polski wynosiła 38,4 mln, w tym ponad 9,7 mln osób w wieku 60 lat i więcej (ponad 25%). W porównaniu do 2015 r. liczba osób w wieku senioralnym wzrosła o ponad 900 tys. osób (Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za 2019 r., 2020).

### **5.5.2 Symulacja medyczna w pielęgniarstwie geriatrycznym**

Medycyna geriatryczna jest wymagającą specjalnością, zajmującą się opieką nad starszymi ludźmi, często z wieloma współistniejącymi chorobami, słabością i złożonymi potrzebami opieki społecznej. W swojej odpowiedzi na raport Francisa, Brytyjskie Towarzystwo Geriatryczne stwierdziło, że wiele uchybień w opiece dotyczyło starszych pacjentów, którzy są potencjalnie wrażliwą grupą o złożonych potrzebach, oprócz tego, że są głównymi użytkownikami brytyjskiej Narodowej Służby Zdrowia (NHS) (Mid Staffordshire NHS Foundation Trust, 2013; BGS odpowiada na raport Francisa, 2013). Konieczne jest, aby stażyści specjalizujący się w medycynie geriatrycznej mieli w trakcie szkolenia możliwość ćwiczenia umiejętności przyjmowania multidyscyplinarnego, holistycznego podejścia do opieki nad starszymi

pacjentami, a istnieją dowody na to, że szkolenie symulacyjne może poprawić jakość opieki nad osobami starszymi (Ross AJ i inni, 2013). Chociaż ta metoda nauczania jest obecnie szeroko stosowana w edukacji medycznej, w wielu krajach UE brakowało dotychczas dedykowanego programu szkolenia symulacyjnego dla stażystów specjalizujących się w medycynie geriatrycznej.

W ostatnich latach pojawiły się badania, które potwierdziły korzyści płynące z wprowadzenia symulacji medycznej do nauczania pielęgniarstwa geriatrycznego.

Studenci w wyniku symulacji integrują wiedzę teoretyczną z zakresu geriatry z umiejętnościami klinicznymi. Symulacja scenariusza geriatrycznego i praktyka przekazywania pacjenta klinicznego są cennymi narzędziami przed rozpoczęciem szkolenia klinicznego z pacjentami geriatrycznymi, nawet dla początkujących studentów. Wykorzystanie autentycznych przypadków symulacyjnych i instruktaż w zakresie stosowania klinicznych instrumentów przekazywania pacjenta są skuteczne w wywoływaniu zmian koncepcyjnych, które przygotowują studentów do pierwszego spotkania ze złożonymi, rzeczywistymi scenariuszami geriatrycznymi (Donnelly MB i wszyscy, 2017; Sari D. i wszyscy, 2020).

Projekt GNurseSIM w pielęgniarstwie geriatrycznym podkreśla znaczenie rozwijania przez stażystów umiejętności radzenia sobie ze złożonymi scenariuszami medycznymi obejmującymi różnorodne zagadnienia medyczne, międzykulturowe i etyczne. Nakreśla on potrzebę, aby stażyści rozwijali pewność siebie i kompetencje w zakresie zapewniania kompleksowej oceny osób starszych podczas ostrej i przewlekłej choroby, rehabilitacji i u schyłku życia, a także w różnych środowiskach, w tym w nagłych wypadkach, jednostkach o dużej zależności, szpitalnych oddziałach i placówkach ambulatoryjnych, w domu oraz w opiece pośredniej lub długoterminowej (Smith, S. & Barry, D., 2013).

Od przygotowanych kursów oczekuje się również rozwijania umiejętności pielęgniarzkich poprzez ścisłą współpracę z multidyscyplinarnym, międzykulturowym zespołem pacjentów, rodzin, lekarzy, terapeutów, farmaceutów, dietetyków oraz innych pracowników służby zdrowia i opieki społecznej. Kształcenie pielęgniarzek

przeszło ostatnio poważną zmianę. Symulacja jest w stanie zapewnić edukację medyczną w realistycznych warunkach bez uszczerbku dla bezpieczeństwa pacjenta. Ta metoda nauczania została szeroko zaadoptowana dla studentów pielęgniarstwa w różnych specjalnościach, takich jak anestezjologia, medycyna ratunkowa i pediatria (Chakravarthy B i inni, 2011; Gaba D i inni, 2001; Dahlake S i inni, 2020). Umożliwia ona uczenie się poprzez doświadczenie, pozwalając uczestnikom szkolenia na zanurzenie się w realistycznych scenariuszach, w których wynik zależy od ich zdolności do radzenia sobie z problemem, jak również wykazania się skutecznymi umiejętnościami nietechnicznymi. Symulacja pozwala również uczestnikom szkolenia na przećwiczenie rzadkich sytuacji awaryjnych, na które w innym przypadku nie byłoby narażeni.

Szkolenie symulacyjne umożliwia uczenie się sytuacyjne bez narażania bezpieczeństwa pacjenta i koncentruje się na zdolności stażystów do wykazywania się skutecznymi umiejętnościami nietechnicznymi, kluczowymi w środowisku wielodyscyplinarnym, a także na ich zdolności do zarządzania problemami klinicznymi (Fisher JM & Walker RW, 2014). Studenci integrują geriatryczną wiedzę teoretyczną z umiejętnościami klinicznymi w wyniku symulacji (Demirtas, A, i Tulay B, 2021; Eymard, A.S et all, 2010).

## 6 Część 5. Kwestie międzykulturowe w pielęgniarstwie geriatrycznym

W kontekście opieki zdrowotnej interakcje między ludźmi pochodzącymi z różnych kultur stają się coraz bardziej powszechne. Ten wzrost liczby kontaktów międzykulturowych można przypisać dwóm źródłom. Po pierwsze, zwiększona migracja i przemieszczanie się ludzi na całym świecie skutkuje bardziej zróżnicowanymi i wielokulturowymi populacjami pacjentów (Stilwell i in., 2004). Po drugie, zwiększona mobilność pracowników medycznych, czasami promowana przez rekrutację pracowników zagranicznych, skutkuje bardziej zróżnicowaną i wielokulturową siłą roboczą w klinikach i szpitalach (Jinks et al., 2000). Jest to szczególnie widoczne w przypadku pracowników medycznych, takich jak pielęgniarki, w Unii Europejskiej. Europa Zachodnia cierpi obecnie na niedobór wykwalifikowanych pracowników służby zdrowia, zarówno jeśli chodzi o lekarzy, jak i personel pielęgniarski (Eurostat, 2015). W rezultacie wiele krajów z zadowoleniem przyjmuje zagranicznych specjalistów medycznych, czasami aktywnie rekrutując ich zarówno z Unii Europejskiej, jak i spoza niej (Stilwell i in., 2004). W kontekście UE swobodny przepływ został ułatwiony przez dyrektywę 2005/36/WE w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych, która weszła w życie w październiku 2007 r. W rezultacie zespoły medyczne w coraz większym stopniu składają się z personelu o zróżnicowanym pochodzeniu etnicznym, kulturowym i językowym (Stilwell i in., 2004; Jinks i in., 2000). Niedawny napływ grup migrantów do UE jeszcze bardziej zwiększył heterogeniczność kulturową i językową tej populacji pacjentów. Wraz ze wzrostem różnorodności kulturowej i językowej w kontekście opieki zdrowotnej (Schouten i Meeuwesen, 2006) wzrasta również częstotliwość interakcji międzykulturowych. Wszystkie te czynniki przyczyniają się do rosnącego zapotrzebowania na pracowników medycznych, którzy muszą posiadać duże umiejętności komunikacji międzykulturowej, najlepiej w więcej niż jednym języku.

Aby sprostać temu ryzyku, ważne jest, aby personel medyczny był przeszkolony w zakresie kompetencji międzykulturowych (CCC).<sup>1</sup> CCC definiuje się jako "zdolność do zapewnienia wysokiej jakości opieki pacjentom z różnych środowisk społeczno-



kulturowych" (Bardet i in., 2012). Ogólnie rzecz biorąc, nauczanie i uczenie się CCC obejmuje trzy domeny: wiedzę, umiejętności i postawy. Według Bardet et al. (2012), "Aspekty kardynalne [CCC] obejmują umiejętność radzenia sobie z barierami językowymi, stylami komunikacji, nieufnością i uprzedzeniami, dynamiką rodziny, zwyczajami i duchowością oraz kwestiami seksualnymi i związanymi z płcią. CCC zależy również od okazywania empatii, ciekawości i szacunku". Znaczenie CCC, a szerzej umiejętności komunikacji międzykulturowej, jest powszechnie uznawane przez społeczność zawodową: na przykład komunikacja interpersonalna i pielęgniarstwo wielokulturowe są definiowane jako niezbędne kompetencje w opiece skoncentrowanej na pacjencie (AACN, 2008; CCNE Accreditation, 2016; EFN, 2015), podobnie jak kompetencje w zakresie niezależnego udzielania porad, instruowania i wspierania osób wymagających opieki oraz wszechstronnej komunikacji zawodowej (Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2013/55/UE). Jednak pracownicy medycy nie zawsze otrzymują odpowiednie wykształcenie i szkolenie w tych obszarach (Bardet i in., 2012; Park i in., 2009). Casillas i wsp. (2015) wymieniają brak doświadczenia i nieodpowiednie szkolenie jako czynniki przyczyniające się do braku gotowości międzykulturowej u personelu medycznego.

Ludzie żyją dłużej, a zróżnicowani kulturowo i językowo starsi dorośli stanowią coraz większą część zmieniającej się demografii (Światowa Organizacja Zdrowia, 2018). Jednak deficyty w opiece pielęgniarskiej świadczonej tej kohorcie (Soderman i Rosendahl, 2016; Gillham et al., 2018) i ich rodzinom (Johnstone et al., 2016), wymagają uwagi. Istnieje coraz więcej dowodów podkreślających wyzwania związane z opieką nad osobami starszymi i ich rodzinami (Koskinen i in., 2015; Soklaridis i in., 2016) oraz pacjentami zróżnicowanymi kulturowo i językowo (Kouvner i in., 2018; Markey i in., 2020). Termin różnorodność kulturowa i językowa (ang. cultural and linguistic diversity, CALD) odnosi się do różnorodności różnych kultur i grup językowych reprezentowanych w populacji pacjentów (Department of Health and Human Services, 2014). Potrzeba bezpiecznego kulturowo i wysokiej jakości podejścia skoncentrowanego na osobie do opieki nad osobami starszymi z CALD jest identyfikowana jako pilna konieczność (Wang i in., 2018). Opieka skoncentrowana na osobie była wcześniej propagowana przez Nolana i wsp. (2006), którzy argumentowali

za włączeniem opieki skoncentrowanej na relacjach (RCC) w zapewnieniu, że zarówno potrzeby osób starszych, jak i ich rodzin są zaspokojone (Soklaridis i wsp., 2016). Nolan et al. (2006) zwraca uwagę na znaczenie poczucia bezpieczeństwa, przynależności, ciągłości, celu, osiągnięć i znaczenia dla każdego człowieka. Mimo że znaczenie takich filozofii opieki jest jasno określone, studenci i zarejestrowane pielęgniarki nadal doświadczają trudności w opiece nad starszymi dorosłymi CALD i ich rodzinami (Soklaridis i in., 2016; Gillham i in., 2018; Wang i in., 2018).

Ponieważ coraz więcej osób należących do mniejszości etnicznych, zarówno imigrantów, jak i rdzennych mieszkańców, starzeje się, pracownicy służby zdrowia muszą zdawać sobie sprawę, że tło kulturowe może wpływać na ich potrzeby i oczekiwania. Dzieje się tak szczególnie wtedy, gdy osoby należące do mniejszości etnicznych zapadają na demencję. Sposób, w jaki różne formy demencji wpływają na funkcje umysłowe, język itp. jest uniwersalny, natomiast zachowania, reakcje i odpowiedzi mogą być zabarwione kulturą pochodzenia pacjenta. Może to stanowić dodatkowe wyzwanie społeczno-kulturowe i językowe w stosunku do opieki nad osobami starszymi i utrudniać personelowi medycznemu zrozumienie, komunikację i opiekę nad pacjentami z demencją, którzy pochodzą z innych środowisk kulturowych niż on sam (Hanssen I, 2012).

Opieka może być pełna tylko wtedy, gdy uwzględnione są wszystkie aspekty osoby i kontekstu. Obejmuje ona ciało, umysł i duszę, jak również kulturowe i społeczne aspekty opieki nad ludzkim ciałem" (Wikberg A & Eriksson K, 2008). Kontekst kulturowy ma wpływ na doświadczenia związane z opieką oraz reakcje osób z demencją. Kwestie związane z kulturą są istotne dla budowania zaufania do opieki (Heikkila K & Ekman SL, 2000). Konieczne jest zrozumienie osób z demencją, aby móc im pomóc w kontynuowaniu tego, co dla każdej osoby jest normalnym, odpowiednim kulturowo życiem, tak daleko i tak długo jak to możliwe, nawet jeśli mieszkają w placówce geriatrycznej.

McLoughlin i Oliver (2000) twierdzą, że "projektowanie instruktażowe nie może istnieć i nie istnieje poza rozważaniami na temat kultury, a także, że wpływa ono na pojęcia tożsamości kulturowej i nie może być neutralne kulturowo" (s.62). McLoughlin i Oliver

(2000) opisują dziesięć zasad projektowania instrukcji włączających kulturowo. Poniżej przedstawiamy dziesięć zasad projektowania instrukcji włączających kulturowo:

"1. Przyjmij epistemologię, która jest spójna z konstruktywistycznym uczeniem się i wieloma perspektywami oraz wspiera je. Ta forma pedagogiki emancypacyjnej zapewnia uznanie zdolności uczniów do konstruowania własnej wiedzy, wnoszenia wcześniejszych doświadczeń i umiejętności."

## 7 Wnioski



*Rys. 2 Wrażliwy na kulturę społeczno-konstruktywistyczny model uczenia się i nauczania opartego na symulacji na odległość i w formule mieszanej/zdalnej*

## 8 Bibliography

1. (brak daty). Pobrano z lokalizacji <http://www.e-mentor.edu.pl/>
2. Al-Ghareeb A., Cooper SJ.: Barriers and enablers to the use of high-fidelity patient simulation manikins in nurse education: an integrative review. *Nurse Educ Today* 2016; 36: 281–286
3. American Association of Colleges of Nursing [AACN], 2008. The essentials of Baccalaureate education for professional nursing practice. Retrieved from. <http://www.aacn.nche.edu/education-resources/BaccEssentials08.pdf>.
4. Anderson, N. L., Boyle, J. S., Davidhizar, R. E., Giger, J. N., McFarland, M. R., Papadopoulos, I., Wehbe-Alamah, H. (2010). Chapter 7. Cultural health assessment. In M. K. Douglas & D. F. Pacquiao (Eds.), *Core curriculum in transcultural nursing and health care* [Supplement]. *Journal of Transcultural Nursing*, 21(Suppl. 1).
5. Axley, L. (2008). Integration of Technology into Nursing Curricula: Supporting Faculty via the Technology Fellowship Program. *The Online Journal of Issues in Nursing*.
6. Bae et al.: Development of simulation education debriefing protocol with faculty guide for enhancement clinical reasoning. *BMC Medical Education* 2019; 19:197
7. Bailey C, Hewison A. The impact of a 'Critical Moments' workshop on undergraduate nursing students' attitudes to caring for patients at the end of life: an evaluation. *J Clin Nurs*. 2014 Dec;23(23-24):3555-63. doi: 10.1111/jocn.12642. Epub 2014 Jun 18. PMID: 24942552.
8. Bardet, A., Green, A.R., Paroz, S., Singy, P., Vaucher, P., Bodenmann, P., 2012. Medical residents' feedback on needs and acquired skills following a short course on crosscultural competence. *Int. J. Med. Educ.* 3, 107–114. <http://dx.doi.org/10.5116/ijme.4fdd.eb2c>.
9. Bradley P. The history of simulation in medical education and possible future directions. *Med Educ*. 2006; 40(3): 254-262. doi:10.1111/j.1365-2929.2006.02394.

10. British Geriatrics Society. BGS responds to the Francis Report . 6 February 2013. Available at <http://www.bgs.org.uk/index.php/press/2410-bgs-francis-report> .
11. Brown, A., Green, T. (brak daty). The Essentials of Instructional Design: Connecting Fundamental Principles with Process and Practice. New York: Prentice Hall.
12. Carstens C., Paulman P., Paulman A, Stanton M., Monaghan B., Dekker D.: Comprehensive Healthcare Simulation: Mobile Medical Simulation. Springer Nature Switzerland AG 2020,s.163 <https://doi.org/10.1007/978-3-030-33660-8>
13. Casillas, A., Paroz, S., Green, A.R., Wolff, H., Weber, O., Faucherre, F., Ninane, F., Bodenmann, P., 2015. Is the front line prepared for the changing faces of patients? Predictors of cross-cultural preparedness among clinical nurses and resident physicians in Lausanne, Switzerland. Teach. Learn. Med. 27 (4), 379–386. <http://dx.doi.org/10.1080/10401334.2015.1077127>.
14. Chakravarthy B, Haar ET, Bhat SS, McCoy CE, Denmark TK, Lotfipour S. Simulation in Medical School Education: Review for Emergency Medicine . West J Emerg Med 2011 ; 12 : 461 – 466
15. CCNE-Commission on Collegiate Nursing Education, 2016. CCNE accreditation. Retrieved from. <http://www.aacn.nche.edu/ccne-accreditation>.
16. Dahlke S, Davidson S, Kalogirou MR, Swoboda NL, Hunter KF, Fox MT, Pollard C, Baumbusch J, Salyers V. Nursing faculty and students' perspectives of how students learn to work with older people. Nurse Education Today 93:104537. doi: 10.1016/j.nedt.2020.104537
17. Demirtas, A, Tulay B Daily life activities simulation:Improving nursing students' attitudes toward older patients. Jpn J Nurs Sci. 2021;18:e12375.
18. Department of Health and Human Services, US Office of Minority Health (2014) National standards for culturally and linguistically appropriate services in health and

healthcare Retrieved from  
<https://www.thinkculturalhealth.hhs.gov.pdfs/EnhancedNationalCLASStandards.pdf>

19. Dieckmann, P., Friss, S. M., Lippert, A., & Ostergaard, D.: The art and science of debriefing in simulation: Ideal and practice. *Medical Teacher* 2009; 31: 287-e294.
20. Dismukes, R. K., Gaba, D. M., & Howard, S. K.: So many roads: Facilitated debriefing in healthcare. *Simulation in Healthcare* 2006; 1(1): 23-25
21. Donnelly MB, Horsley TL, Adams WH, Gallagher P, Zibricky CD. E Effect of Simulation on Undergraduate Nursing Students' Knowledge of Nursing Ethics Principles. *Canadian Journal of Nursing Research*. 2017; 49(4):153-159. doi:10.1177/0844562117731975
22. European Federation of Nurses Associations, 2015. EFN competency framework for mutual recognition of professional qualifications Directive 2005/36/EC, amended by Directive 2013/55/EU. Retrieved from. [http://www.efnweb.be/?page\\_id=6897](http://www.efnweb.be/?page_id=6897).
23. European economic area. *Health Policy* 54, 45–64. [http://dx.doi.org/10.1016/S0168-8510\(00\)00097-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0168-8510(00)00097-X). Collaborative learning and the new media. In: Ludwig, C., Van de Poel, K. (Eds.), *Insights into an Evolving Field*. Springer, Berlin.
24. Eurostat, 2015. Eurostat Regional Yearbook. Retrieved from. <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/7018888/KS-HA-15-001-EN-N.pdf>.
25. Eymard, A.S., Crawford, B.D. & Keller, T.M. "Take a Walk in My Shoes": Nursing Students Take a Walk in Older Adults' Shoes to Increase Knowledge and Empathy, *Geriatric Nursing*, 31(2):137-141.
26. Frandsen A., Lehn-Christiansen S.: Into the black-box of learning in simulation debriefing: A qualitative research study. *Nurse Education Today* 2020; 88, 104373
27. Festinger L: *A Theory of Cognitive Dissonance*. Stanford, CA: Stanford University Press; 1957.

28. Fisher JM, Walker RW. A new age approach to an age old problem: using simulation to teach geriatric medicine to medical students. *Age Ageing* 2014; 43: 424–8
29. Fuhrman S: Uniting producers and consumers: Challenges in creating and utilizing educational research and development. In *Education research and reform: An international perspective*. Edited by Tomlinson TM, Tuijnman AC. Washington, D.C: U.S. Department of Education; 1994:133–147.
30. Gaba D , Howard S , Fish K , Smith B , Sowb Y . Simulation-based training in anesthesia crisis resource management (ACRM): a decade of experience . *Simulat Gaming* 2001 ; 32 : 175 – 193
31. Gillham D, De Bellis Xlao AL,Willis E, Harrington A, Morey, Jeffers L. Using research to inform staff learning needs In cross cultural communication In aged care homes *Nurse Education In Practice*, 63(2018), 18-23
32. Gredler EM: *Learning and instruction. Theory into practice*. New Jersey: Merrill; 1997.
33. Hanssen I. The influence of cultural background in intercultural dementia care: exemplified by Sami patients *Scand J Caring Sci*; 2012 doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.01021.x
34. Heikkila K, Ekman SL. Health care experiences and beliefs of elderly Finnish immigrants in Sweden. *J Transcult Nurs* 2000; 11: 281–9
35. Holldrid A Odreman, Dawn Clyens: Concept Mapping During Simulation Debriefing to Encourage Active Learning, Critical Thinking, and Connections to Clinical Concepts. *Nurs Educ Perspect*. 2020; 41(1): 37-38.
36. Horizon. (2012). *Horizon Report 2012 Higher Education Edition* . Pobrano z lokalizacji <http://net.educause.edu/ir/library/pdf/hr2012.pdf>



37. Hustad et al.: Nursing students' transfer of learning outcomes from simulation-based training to clinical practice: a focus-group study. *BMC Nursing* 2019; 18:53
38. Hutchinson J, Huberman M: Knowledge dissemination and utilization in science and mathematics education: A literature review. Washington, D.C: National Science Foundation; 1993.
39. INACSL Standards Committee (2016, December). INACSL standards of best practice: SimulationSM Simulation glossary. *Clinical Simulation in Nursing*, 12(S), S39-S47  
<https://www.inacsl.org/INACSL/documentserver/?cfp=INACSL/assets/File/public/standards/SOBPEnglishCombo.pdf>
40. Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za 2019 r., Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, Warszawa, 2020 r.
41. Jakubczak, B. (2007). Zastosowanie systemów nauczania zdalnego typu Open Source w edukacji na przykładzie pakietu Moodle [Using the distance learning system like Poen Source in education with Moodle package example]. Poznań: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Bezpieczeństwa.
42. Jinks, C., Ong, B.N., Paton, C., 2000. Mobile medics? The mobility of doctors in the M.J. Johnstone, A. Hutchinson, H. Rawson, B. Redley Nursing strategies for engaging families of older immigrants hospitalised for end-of-life care: an Australian study *Journal of Patient Experiences*,3(3) (2016), 57-63
43. Kent B, Anderson NE, Owens RG. Nurses' early experiences with patient death: the results of an on-line survey of Registered Nurses in New Zealand. *Int J Nurs Stud*. 2012 Oct;49(10):1255-65. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.04.005. Epub 2012 May 7. PMID: 22572018.
44. Koskinen S, Salminen L, Stolt M, Leino-Kilpi M. The education received by nursing students regarding nursing older people: a scoping literature review *Scand. J. Caring Sci.*, 29(2015), 15-29

45. Kosmala J. (2008). Nauczyciele wobec procesu informatyzacji edukacji [Teachers and the process of education computerisation.]. Częstochowa Kubiak, M. (2000). Wirtualna edukacja [Virtual education]. Warszawa.
46. Kouvner C, Djukic M, Jun J, Fletcher J, Fatehi JJ, Brewer CS. Diversity and education of the nursing workforce 2006-2016 *Nurs. Outlook*, 66 (2018), 160-167,10.1016/j.outlook.2017.09.002
47. Kuciapski, M. (2010). Model for project management for development and implementation of e-learning courses. The 9th International Conference on Perspectives in Business Informatics Reseach (strony 77-86). Berlin: Springer-Verlag
48. Lillyman S, Gutteridge R, Berridge P. Using a storyboarding technique in the classroom to address end of life experiences in practice and engage student nurses in deeper reflection. *Nurse Educ Pract.* 2011 May;11(3):179-85. doi: 10.1016/j.nepr.2010.08.006. Epub 2010 Sep 29. PMID: 20880744.
49. Markey K, Tilki M, Taylor G. Practicalities in doctorate research of using grounded theory methodology in understanding nurses' behaviours when caring for culturally diverse patients *Nurse Educ. Pract.*, 44 (2020),10.1016/j.nepr.2020.102751
50. Massoth et al.: High-fidelity is not superior to low-fidelity simulation but leads to overconfidence in medical students. *BMC Medical Education* 2019; 19:29
51. McLoughlin C. and R. Oliver. (2000) Designing learning environments for cultural inclusivity: A case study of indigenous online learning at tertiary level. *Australian Journal of Educational Technology* 2000, 16(1), 58-72
52. Mid Staffordshire NHS Foundation Trust 2013 . Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry – Executive Summary. London : Crown Copyright
53. Nolan M, Brown J, Davies S, Nolan J, Keady J. The senses framework: improving care for older people through a relationship-centred approach *Getting Research into Practice (GRiP) Report No 2*, Sheffield University, Sheffield, UK (2006)

54. Oriot D., Alinier G.: Pocket Book for Simulation Debriefing in Healthcare. Springer International Publishing AG 2018.
55. Ostovar S., Allahbakhshian A.: Comparison of the effects of debriefing methods on psychomotor skills, self-confidence, and satisfaction in novice nursing students: A quasi-experimental study. *J Adv Pharm Technol Res.* 2018 Jul-Sep; 9(3): 107–112.
56. Park, E.R., Chun, M.B., Betancourt, J.R., Green, A.R., Weissman, J.S., 2009. Measuring residents' perceived preparedness and skillfulness to deliver cross-cultural care. *J. Gen. Intern. Med.* 24 (9), 1053–1056. <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-009-1046-1>.
57. Pluta-Olearczyk. (2004). Rozwój nowych form edukacji na poziomie wyższym - wyzwania i szanse dla polskich uczelni [Development of new forms of education at the higher level - challenges and chances for Polish universities]. Poznań.
58. Ross AJ, Anderson JE, Kodate N, Thomas L, Thompson K, Thomas B, Key S, Jensen H, Schiff R, Jaye P. Simulation training for improving the quality of care for older people: an independent evaluation of an innovative programme for inter-professional education. *BMJ Qual Saf* 2013; 22 : 495 – 505
59. Santalucia P, Zaninelli A, Ragazzoni L, Gensini GF. SIMMED SIMulation in MEDicine, Italian Society for simulation in medicine position paper: executive summary. *Intern Emerg Med* (2016) 11:537–544
60. Sari, D., Taskiran, N., Baysal, E Effect of an aged simulation suit on nursing students' attitudes and empathy. *European geriatric medicine*, 2020, Vol.11 (4), p.667-675. <https://doi.org/10.1007/s41999-020-00316-z>
61. Sawin E.M, Mast M.E, Sessoms J.C, Fulche K.H Evaluating the Impact of the Life of a Caregiver Simulation on Student Attitudes, Understanding, and Knowledge of Frail Older Adults and Their Family Caregivers. *Nursing Education Perspectives* (National League for Nursing), Jan/Feb2016; 37(1): 38-40.

62. Savery JR, Duffy TM: Problem based learning: An instructional model and its constructivist framework. *Educ Tech* 1995, 35:31–38.
63. Schober, P., Kistemaker, K.R.J., Sijani, F. et al.: Effects of post-scenario debriefing versus stop-and-go debriefing in medical simulation training on skill acquisition and learning experience: a randomized controlled trial. *BMC Med Educ* 2019; 19, 334.
64. Schouten, B.C., Meeuwesen, L., 2006. Cultural differences in medical communication: a review of the literature. *Patient Educ. Couns.* 64 (1–3), 21–34. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2005.11.014>.
65. Smith, S., Barry, D. An innovative approach to preparing nursing students for care of the elderly in the home. *Geriatric Nursing*, 34(1), 30-34. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2012.07.001>
66. Soderman M, Rosendahl SP. Caring for ethnic older people living with Dementia – experiences of nursing staff *J. Cross Cult. Gerontol.*, 31 (2016), 311-326
67. Soklaridis S, Ravitz P, Nevo GA, Lieff S. 2016. Relationship-centred care in health: a 20-year scoping review. *Patient Experience Journal*, 3(1)(2016), 130-145
68. Standards of Best Practice: Simulation. *Clinical Simulation in Nursing* 2016; 12: S5-S12 <https://www.inacsl.org/inacsl-standards-of-best-practice-simulation/>
69. Stanisławska, A. (2003). Różnice i podobieństwa, zalety i słabości nauczania przez Internet versus nauczanie tradycyjne [Differences and similarities, advantages and weaknesses of Internet teaching versus traditional education]. *E-learning w szkolnictwie wyższym [E-learning in tertiary education]*. Bydgoszcz.
70. Steffe LP, Gale JE: *Constructivism in education*. Hillside, NJ: Laurence Erlbaum; 1995.
71. Strategia rozwoju szkolnictwa wyższego w Polsce do roku 2010, Ministerstwo Edukacji Narodowej [Tertiary education development strategy in Poland till 2010, Ministry of National Education]. (2002). Warszawa.

72. Stilwell, B., Diallo, K., Zurn, P., Vujcic, M., Adams, O., Dal Poz, M., 2004. Migration of healthcare workers from developing countries: strategic approaches to its management. *Bull. World Health Organ.* 82, 595–600. <http://dx.doi.org/10.1590/S0042-96862004000800009>.
73. Śmigielska, A. (2002). *Technologie informacyjne i komunikacyjne w pracy nauczyciela [Information and communication technologies in teacher's work]*. Warszawa
74. Todaro-Franceschi V. Critical care nurses' perceptions of preparedness and ability to care for the dying and their professional quality of life. *Dimens Crit Care Nurs.* 2013 Jul-Aug;32(4):184-90. doi: 10.1097/DCC.0b013e31829980af. PMID: 23759913.
75. Venkatasalu MR, Seymour JE, Arthur A. Dying at home: a qualitative study of the perspectives of older South Asians living in the United Kingdom. *Palliat Med.* 2014 Mar;28(3):264-72. doi: 10.1177/0269216313506765. Epub 2013 Oct 9. PMID: 24107578. Vincent MA., Sherif S., Mellott S.: The efficacy of high-fidelity simulation on psychomotor clinical performance improvement of undergraduate nursing students. *Comput Inform Nurs* 2015; 33(2): 78–84
76. von Glaserfeld E: A constructivist approach to teaching. In *Constructivism in education*. Edited by Steffe LP, Gale JE. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1995:3–15.
77. Vygotsky L: *Mind in society: The development of higher psychological processes*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1978.
78. Wang SE, Liu IA, Lee JS, Khang P, Rosen R, Reinke LF, Mularski RA, Nguyen HQ. End-of-Life Care in Patients Exposed to Home-Based Palliative Care vs Hospice  
79. Only. *J Am Geriatr Soc.* 2019 Jun;67(6):1226-1233. doi: 10.1111/jgs.15844. Epub 2019 Mar 4. PMID: 30830695.

80. Wang Y, Dongxia Xiao L, Yan P, Yasheng A. Nursing students' cultural competence in caring for older people in a multicultural and developing region Nurse Educ. Today, 70(2018), 47-53
81. White KR, Coyne PJ. Nurses' perceptions of educational gaps in delivering end-of-life care. Oncol Nurs Forum. 2011 Nov;38(6):711-7. doi: 10.1188/11.ONF.711-717. PMID: 22037333.
82. Wikberg A, Eriksson K. Intercultural caring – an abductive model. Scand J Caring Sci 2008; 22: 485–96.
83. World Health Organization Health of older refugees and migrants: technical guidance Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; (Technical Guidance on Refugee and Migrant Health) (2018) Available at [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/386562/elderly-eng.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/386562/elderly-eng.pdf?ua=1)
84. World Population Ageing 2019, Highlights, United Nations New York, 2019

## 9 Appendices

### 9.1 Lista możliwych tematów scenariuszy symulacji w pielęgniarstwie geriatrycznym

- niedołążność u pacjentów geriatrycznych i związane z nią problemy w domu
- aktywizacja osób starszych - gry, zabawy logiczne, robótki igłowe itp.
- porozumiewanie się z osobą starszą w środowisku domowym
- pomoc w załatwianiu codziennych spraw - umówienie wizyty u lekarza, załatwienie recepty
- usprawnienie czynności samoobsługowych w domu (wstawanie z łóżka, odpowiednie udogodnienia, brak barier - progi, dywany)
- Osoba starsza w domu ma niską aktywność fizyczną. Cel: uzyskanie informacji o tym, co jest przyczyną niskiej aktywności fizycznej, zachęcenie do aktywności fizycznej
- Przyjmowanie leków. Osobie starszej w domu przepisano nowe leki. Cel: pomoc osobie w radzeniu sobie z nowymi lekami
- Wywiad z pacjentem otępiąłym przy przyjęciu na oddział. Cel: uzyskanie informacji od pacjenta.
- Przyjęcie na oddział pacjenta w podeszłym wieku z wieloma chorobami. Cel: zebranie informacji o chorobach pacjenta.
- Zintegrowanie wykorzystania technologii opieki społecznej do aktywizacji zdolności funkcjonalnych
- Zintegrowane wykorzystanie technologii opieki społecznej do komunikacji terapeutycznej

- Zintegrowanie wykorzystania technologii opieki społecznej do zarządzania w domu
- Zintegrowane wykorzystanie technologii opieki społecznej w celu aktywizacji zdolności funkcjonalnych
- Rehabilitacyjna i restytucyjna opieka pielęgniarska dla osób starszych jako podstawa
- Zintegrowanie wykorzystania technologii opieki społecznej
- Zrozumienie zachowania osoby z postępującymi zaburzeniami pamięci (zmiany zachowania, objawy behawioralne) i konfrontacja z tym zrozumieniem (np. terapia walidacyjna) jako podstawa
- Koncentracja na kliencie/pacjencie/osobie i słuchanie głosu osoby w ocenie potrzeby opieki, gdy w grę wchodzi bliska osoba/członek rodziny
- Wpływ sztuki na zdrowie i dobre samopoczucie osób starszych
- Zielone działania opiekuńcze promujące zdrowie i dobre samopoczucie
- Opieka rodzinna, z uwzględnieniem ich sytuacji (radzenie sobie, obciążenie)
- Seksualność osób starszych
- Współpraca wieloprofesjonalna (pracownik socjalny, fizjoterapeuta, terapeuta zajęciowy, lekarz, duszpasterz szpitalny, psycholog)



## 9.2 Symulacja wysokiej wierności

Scenariusz symulacji nr .....

<b>Wydział ochorny zdrowia</b>	
<b>Kierunek studiów</b>	
<b>Stopień studiów</b>	
<b>Nazwa przedmiotu</b>	
<b>Temat</b>	
<b>Grupa docelowa</b>	<i>Np. studenci III roku pielęgniarstwa I stopnia, którzy odbywają zajęcia praktyczne z przedmiotu .....</i>
<b>Odniesienia, materiały do zajęć</b>	
<b>Wymagania wstępne</b>	<i>Student posiada wiedzę z zakresu ..... Student posiada umiejętności .....</i>

<b>NUMER SCENARIUSZA</b>			
<b>TYTUŁ SCENARIUSZA</b>			
<b>PLANOWANY CZAS TRWANIA ZAJĘĆ</b>	<i>45 minut</i>		
<b>CZAS TRWANIA SCENARIUSZA</b>	<b>WPROWADZENIE</b>	<b>SYMULACJA</b>	<b>DEBREFING</b>
	<i>np. 10 min</i>	<i>np. 15 min</i>	<i>np. 20 min</i>
<b>SALA SYMULACYJNA</b>	<i>Np. G200</i>		
<b>WPROWADZENIE</b> <i>np. Scenariusz jest symulacją sytuacji, w której..... Scenariusz został przygotowany w oparciu o treści zawarte w literaturze .....</i>			
<b>Cele symulacji:</b> <b>Umiejętności twarde:</b> - ..... - ..... - ..... <b>Umiejętności miękkie:</b> - .....			

- .....

**Oczekiwane efekty kształcenia:**

**Wiedza:**.....

**Umiejętności:**.....

**Kompetencje społeczne i międzykulturowe:**.....

**INFORMACJE TECHNICZNE I ORGANIZACYJNE**

**Rodzaj sprzętu szkoleniowego / fantom / symulator**

**Parametry symulatora (wejście, interwencja, wyjście)**

**Sprzęt wielokrotnego użytku**

**Sprzęt jedнокrotnego użytku**

**Akcesoria opcjonalne**

**Niezbędna dokumentacja**

**Opis scenariusza (informacja dla studenta) - np.**

np. Pacjentka, Anna Brożek, lat 55, operowana w trybie nagłym z powodu niedrożności przewodu pokarmowego. Rozpoznanie pooperacyjne: usunięcie guza esicy metodą Hartmana. W okresie przedoperacyjnym chora zgłosiła się na Izbę Przyjęć z powodu obfitych wymiotów od 3 dni, zielonej treści jelitowej, narastających bólów brzucha i zatrzymania stolca od 4 dni. Na oddziale pacjentka przygotowywana do zabiegu operacyjnego w trybie nagłym. Po zabiegu została przewieziona do sali wybudzeń na oddziale chirurgii.

**Scenariusz rozgrywa się w sali wybudzeń oddziału chirurgii.**

**Aktualny stan kliniczny:** ..... (nauczyciel określa stan pacjenta)

**Wywiad:** ..... (opis tego, czego student powinien dowiedzieć się od pacjenta)

**PREBRIEFING**

Wprowadzenie:

- temat scenariusza
- procedura, która będzie ćwiczona w scenariuszu
- wymagania wstępne (co student powinien wiedzieć)
- efekty uczenia się, które mają być osiągnięte
- zapoznanie się ze środowiskiem symulacyjnym (gdzie odbywa się scenariusz, jakie trenażery, fantomy będą wykorzystywane, jak posługiwać się sprzętem)
- jaki będzie podział zadań
- czas realizacji scenariusza

.....

### **REALIZACJA SCENARIUSZA (informacja dla nauczyciela)**

1. Opis przebiegu scenariusza / struktury wykonywanych czynności:

Opisz szczegółowo, jak uczeń / uczniowie powinni postępować;

.....

Zidentyfikuj czynności krytyczne .....

Informacje dodatkowe .....

Należy opisać pożądane zachowania, komunikację, dodatkowe informacje.

### **Opis przygotowania symulatora:**

- Wygląd .....

- Wstępne parametry symulatora (jeśli dotyczy) .....

- Parametry symulatora zmieniające się w trakcie realizacji scenariusza zgodnie z przewidywanym algorytmem postępowania lub strukturą czynności .....

## **DEBRIEFING - plan**

### **Faza emocji:**

- Przypomnij cele (uczeń wykonujący ćwiczenie)
- Zapytaj o odczucia podczas ćwiczenia.

### **Faza faktów**

- Co się stało - opisz co się stało krok po kroku (uczeń)
- Co poszło dobrze

### **Faza analizy**

- Dlaczego zostały podjęte konkretne decyzje
- Jak to powinno być zrobione (pomysły generowane są przez uczniów, tutor prowadzi do właściwych wniosków)
- Co zrobić, żeby było lepiej
- Pytania uczniów
- Co zapamiętaliście z tego ćwiczenia (każdy uczeń mówi 1 rzecz - najlepiej, żeby każdy powiedział coś innego)

**Co powinno się wydarzyć (tu wybierz 3-4 rzeczy, które zawsze powinny być omawiane z uczniami niezależnie od tego, czy się wydarzyły, czy nie)**

**Wskazanie krok po kroku, jak powinno wyglądać zachowanie uczniów - przykładowe.**

**Motywowanie uczniów do refleksyjnego myślenia przy jednoczesnym wyłanianiu mocnych stron i prawidłowych ścieżek postępowania.**

**Faza podsumowująca: .....**

**(Zademonstruj i podsumuj znaczenie praktykowanych umiejętności i ugruntowanej wiedzy w praktyce pielęgniarstwa dla poprawy jakości opieki, bezpieczeństwa pacjenta...)**

## 9.3 Szablon scenariusza

### 9.3.1 Matryca przekształcania scenariuszy w obiekty nauczania online

Opisane tu zalecenia wynikają z intensywnego przygotowania i ciągłej optymalizacji trzech cykli kursu, w których uczestniczyły 54 osoby. Pierwszy kurs składał się z 28 jednostek i 2 symulowanych scenariuszy (wstępna mobilizacja po udarze mózgu i całkowita wymiana stawu biodrowego [TEP]) do odgrywania ról, które zostały nagrane na wideo. W procesie iteracyjnym kurs był stale ulepszany, skrócono go do 16 jednostek i zdecydowano się skupić na jednej złożonej symulowanej sytuacji, a nie na dwóch. Proces optymalizacji przebiegał zgodnie z zasadą PDCA (planuj-wykonaj-sprawdź-działaj), kluczową koncepcją zarządzania jakością. Na spotkaniach przed i po, zebrano wymagania dla każdego aspektu istotnego dla wdrożenia. Następnie opracowano plan i wdrożono środki, które po każdej rundzie zostały ocenione i porównane pod względem analizy celów/wyników ("sprawdź") oraz określono konieczne ulepszenia ("działaj"). Każdy z tych 3 kursów został dokładnie oceniony przez uczestników i instruktorów. Na podstawie wyników ewaluacji (studenci), otwartych dyskusji (wykładowcy, instruktorzy, instytucje edukacyjne) oraz nagranych protokołów ze spotkań (kierownicy projektów, uczestnicy projektów) opracowaliśmy zalecenia dotyczące realizacji programów nauczania i administracji, planowania procedur i ewaluacji.

### 9.3.2 Cele kształcenia

Wymóg: Międzyzawodowe cele uczenia się muszą być jasno określone i przekazane uczestnikom z wyprzedzeniem.

Doświadczenie i zalecenia: W oparciu o ogólne cele kształcenia zdefiniowaliśmy szczegółowe cele uczenia się w zakresie wiedzy zawodowej, podstawowej komunikacji, patofizjologii, diagnostyki i środków terapeutycznych dla wybranego przypadku klinicznego, zarówno w kontekście zawodowym, jak i międzyzawodowym. Cele uczenia się były taksonomicznie udoskonalane i wzbogacane w trakcie całego kursu. Dalsze sprecyzowanie celów uczenia się pozwoliło zarówno uczestnikom, jak i instruktorom doświadczyć samooceny opartej na wideo jako jeszcze bardziej

konstruktywnej. Zalecamy zdefiniowanie następujących szczegółowych celów nauczania.

Uczestnicy powinni być w stanie

1. opisać zakres kompetencji własnego zawodu i innych zawodów,
2. zrozumieć przypadek kliniczny i scenariusz leczenia oraz kompetentnie i dokładnie wyjaśnić je z perspektywy własnego zawodu,
3. opracować własny problem zawodowy - cele - plan działań,
4. działać i komunikować się interprofesjonalnie i w sposób odpowiedni do sytuacji,
5. rozpoznawać, nazywać i komunikować błędy w procesie leczenia wewnątrz- i międzyprofesjonalnego,
6. Przekazywania informacji pomiędzy grupami zawodowymi w sposób skoncentrowany na pacjencie i specyficzny dla danej choroby, oraz
7. zastanowić się nad własną postawą i działaniami.

### 9.3.3 Treści nauczania i sytuacja dydaktyczna

Wymaganie: Sytuacja edukacyjna i wynikające z niej treści nauczania specyficzne dla zawodu powinny być wybrane z uwzględnieniem konkretnych międzyzawodowych celów kształcenia, uczestników i ich wcześniejszych doświadczeń. Sytuacja dydaktyczna powinna odzwierciedlać autentyczny, złożony scenariusz związany z praktyką, który ułatwia interakcję pomiędzy grupami zawodowymi i pacjentem.

Doświadczenie i zalecenia: W pierwszych trzech sesjach do odgrywania ról wykorzystano dwie sytuacje terapeutyczne: wczesną mobilizację pacjenta, który został poddany TEP stawu biodrowego oraz wstępną mobilizację i rehabilitację pacjenta w stanie po udarze mózgu. Sytuacje te zostały wybrane, ponieważ współpraca międzybranżowa jest niezbędna do mobilizacji pacjenta we wczesnym stadium. Współpraca ta wymaga również koordynacji i ścisłego współdziałania opiekunów. Podczas odgrywania ról i późniejszej oceny, wielu uczestników doświadczyło momentów objawienia (patrz Załącznik 3), gdy oglądali siebie na nagraniu wideo. Po

przeanalizowaniu ocen zarówno uczestników, jak i instruktorów, okazało się, że odgrywanie ról w TEP hip było postrzegane jako mniej odpowiednie ze względu na większe znaczenie działań fizjoterapeutycznych w porównaniu z innymi formami opieki. Z tego powodu zalecamy upewnienie się, że wszystkie zawody są w równym stopniu zaangażowane w symulowany scenariusz.

#### 9.3.4 Metody dydaktyczne

Wymagania: Metody nauczania powinny być dobrane w oparciu o cele nauczania, treści, zasób wiedzy i wcześniejsze doświadczenia uczestników. Aktywowanie istniejącej wiedzy, poszerzanie jej i ułatwianie procesu refleksji - każdy z tych celów wymaga zastosowania różnych metod. Ważne jest, aby wybrać takie metody nauczania, które są skoncentrowane na uczniu, a nie na instruktora.

Doświadczenie i rekomendacja:

Aktywizacja wcześniejszej wiedzy: Opracowaliśmy ćwiczenie w małych grupach, którego celem jest aktywizacja wcześniejszej wiedzy poznawczej.

No	Propozycje tematów scenariuszy	Komentarze
	zniedołożenie u pacjentów geriatrycznych i związane z tym problemy w domu	Współpraca multi-profesjonalna
	aktywizacja osób starszych - gry, zabawy logiczne, robótki ręczne, itp.	Rozrywka
	Integrating the use of welfare technology for activating functional capacity, e.g <ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Yetitablet</a>,</li> </ul> <a href="https://www.moto-tiles.com/moto_tiles_products.pdf">MotoTiles playing technology</a> (see also <a href="https://www.moto-tiles.com/moto_tiles_products.pdf">https://www.moto-tiles.com/moto_tiles_products.pdf</a> )	Rozrywka
	komunikowanie się z osobą starszą w środowisku domowym	Komunikacja
	Integracja wykorzystania technologii pomocy społecznej do komunikacji terapeutycznej: <ul style="list-style-type: none"> <li>- technologia komunikacji terapeutycznej CRDL (patrz również <a href="https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/JET-05-2018-0025/full/html">https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/JET-05-2018-0025/full/html</a> i wideo (w języku fińskim)</li> </ul>	Komunikacja

	pomoc w załatwianiu codziennych spraw - umówienie wizyty u lekarza, załatwienie recepty	Współpraca multi-profesjonalna
	usprawnienie czynności samoobsługowych w domu (wstawanie z łóżka, odpowiednie udogodnienia, brak barier - progi, dywany)	Zintegrowanie wykorzystania technologii opieki społecznej do zarządzania w domu, np. - Evondos - usługa automatycznego wydawania leków - HoivaTurva "Flower stand" do zdalnego monitorowania aktywności i rytmu dnia i nocy - Somnox do poprawy snu
	Osoba starsza w domu ma niską aktywność fizyczną. Cel: uzyskanie informacji o tym, co powoduje niską aktywność fizyczną, zachęcenie do aktywności fizycznej	Rozrywka
	Zintegrowanie wykorzystania technologii opieki społecznej do aktywizacji zdolności funkcjonalnych, np. - Yetitablet, - MotoTiles - technologia grająca (patrz także <a href="https://www.moto-tiles.com/moto_tiles_products.pdf">https://www.moto-tiles.com/moto_tiles_products.pdf</a> )  Rehabilitacyjna i restytucyjna opieka pielęgnarska dla osób starszych jako podstawa.	Rozrywka
	Przyjmowanie leków. Starszej osobie w domu przepisano nowe leki. Cel: pomoc osobie w radzeniu sobie z nowymi lekami.	Integracja wykorzystania technologii opieki społecznej, np. usługa automatycznego wydawania leków Evondos
	Wywiad z pacjentem z demencją przy przyjęciu na oddział. Cel: uzyskanie informacji od pacjenta.	Komunikacja
	Zrozumienie zachowania osoby z postępującymi zaburzeniami pamięci (zmiany zachowania, objawy behawioralne) i konfrontacja z osobą ze zrozumieniem (np. terapia walidacyjna) jako podstawa.	
	Przyjęcie na oddział pacjenta w podeszłym wieku z wieloma chorobami. Cel: zebranie informacji o chorobach pacjenta.	Koncentracja na kliencie/pacjencie/osobie i słuchanie głosu osoby w ocenie potrzeby opieki, gdy zaangażowana jest bliska osoba/członek rodziny.
	Wpływ sztuki na zdrowie i dobre samopoczucie osób starszych (przegląd WHO)	Rozrywka



	Działania w zakresie zielonej opieki promujące zdrowie i dobre samopoczucie	Rozrywka
	Opieka rodzinna, z uwzględnieniem ich sytuacji (radzenie sobie, obciążenie)	Opieka
	Seksualność osób starszych	relacja
	Współpraca wieloprofesjonalna (pracownik socjalny, fizjoterapeuta, terapeuta zajęciowy, lekarz, duszpasterz szpitalny, psycholog)	Współpraca wieloprofesjonalna



GNurseSIM

### **About the GNurseSIM Project and this publication**

Globally, the number of people over the age of 60 is expected to more than double by 2050. Diseases associated with ageing are identified by the World Health Organization as being a major global health challenge that future healthcare providers must be prepared to meet. Simulation is a safe way to train healthcare providers to provide effective care for older people and their families. GNurseSIM supports higher education institutions to provide students in geriatric nursing with opportunities during their training, to practice skills of adopting a multidisciplinary holistic approach to the care of older patients.



Co-funded by the  
Erasmus+ Programme  
of the European Union