



Krystyna Klimaszewska – doktorantka Wydziału Nauk o Zdrowiu, Śląskiego Uniwersytetu w Katowicach, przewodnicząca PTP ZO w Katowicach

24 października 2019 r. w Ustroniu odbyła się Wojewódzka Konferencja Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego Zarządu Oddziału w Katowicach.

Temat przewodni tegorocznej konferencji to: „2019 Głos Pielęgniarek – Zdrowie dla Wszystkich”. Była to również okazja do pogratulowania pielęgniarkom, które na podstawie Uchwały Centralnej Komisji Wnioskowej Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w sprawie wniosków o nadanie Honorowej Odznaki PTP z dnia 27.04.2019 roku przyznało Honorową Odznakę Polskiego towarzystwa Pielęgniarskiego następującym koleżankom: Małgorzata Brol, Ewa Don, Adam Gebauer, Jolanta Kapusta, Ewa Krauza, Eliza Sobczyk, Małgorzata Wolińska, Halina Wechowska, Barbara Warwas, Marta Piórkowska, Grażyna Janeczek Dwornik, Karina Wolna, Beata Mros – Jaszewska, Dorota Rabsztyn, Iwona Woźniak, Romana Kaczmarek, Elżbieta Galas, Elżbieta Szynalik, Elżbieta Maciejowska, Ewa Smalcerz-Majczak, Renata Majcherczyk, Helena Szymaniec, Anna Stolarczyk, Ewa Habryka, Jolanta Palka, Katarzyna Syguła.



Gratulacje złożyła przewodnicząca ZO PTP Krystyna Klimaszewska, dr Maria Trzeciak, założycielka Księgi Pielęgniarek Zasłużonych dla Rozwoju PTP i Pielęgniarstwa na Śląsku i Zagłębiu oraz Anna Janik, przewodnicząca ORPIP w Katowicach. Do Księgi została uhonorowana wpisem mgr Anna Kępka członek ZO PTP w Katowicach.

Podczas konferencji w myśl idei przewodniej zaprezentowano tematykę naukowo- badawczą oraz szkoleniową. Skrótowe treści, jakie zostały zaprezentowane, przedkładałam poniżej.

mgr Krystyna Klimaszewska „Nietrzymanie moczu - wstydliva dolegliwość kobiet w wieku okołomenopauzalnym”.

Przedstawiła badania naukowe przeprowadzone wśród pielęgniarek województwa śląskiego czynnie pracujących zawodowo. Omówiła nietrzymanie moczu jako chorobę społeczną, obejmująca głównie kobiet w wieku okołomenopauzalnym. Z definicji International Continence Society jest to: „...każdy epizod niekontrolowanej utraty moczu niezależnie od

tego, czy powoduje problemy higieniczne lub czy społeczne...”. Swym zasięgiem obejmuje 10-25 % kobiet po 30 r.ż., 30-35 % po 50 r.ż. Spełnia również kryterium choroby społecznej (> 5% zachorowań).

Najczęściej występujące rodzaje nietrzymania moczu to:

- NTMW- Nietrzymanie moczu wysiłkowe - np. podczas kaszlu, kichania oraz wysiłku.
- NTMN- Nietrzymanie moczu nagłace - towarzyszące lub poprzedzające uczucie nagłego parcia na mocz.
- NTMM - Nietrzymanie moczu mieszane - mimowolny wyciek moczu z uczuciem parcia nagłacego, jak i podczas kaszlu, kichania i wysiłku.

Szacunkowo w Polsce cierpi na NTM 2-3 mln kobiet. Jakkolwiek liczba ta może być znacznie większa, ponieważ większość kobiet ukrywa schorzenie traktując je jako wstydlive. NTM jako choroba społeczna, dotyczy kobiet w okresie okołomenopauzalnym oraz coraz częściej kobiet młodszych. Okres okołomenopauzalny, zwany przekwitaniem lub klimakterium, to naturalny proces biologiczny, w przebiegu którego u kobiet (w wieku około 45–55 lat) dochodzi do zmniejszenia produkcji estrogenów, co wiąże się początkowo z nieregularnym występowaniem cykli miesiączkowych, a następnie ich ostatecznym zatrzymaniem, czyli menopauzą.

Przedziały wiekowe (lata) [NTM +]	Wysiłkowe NTM		Nagłace NTM		Mieszane NTM		Bez .inkontynencji (NTM -)		Razem NTM + i NTM -	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
45-50 [77 kobiet]	48	32,7	10	6,8	19	12,9	70	47,6	147	100
51-55 [27 kobiet]	13	24,5	2	3,8	12	22,6	26	49,1	53	100
56-60 [20 kobiet]	9	26,5	2	5,8	9	26,5	14	41,2	34	100
Brak danych o wieku [4 kobiety]	3		0		1		1		5	
Ogółem [128 kobiet]	73		14		41		111		239	

W badaniach stwierdzono, iż odsetek pielęgniarek, u których występują epizody inkontynencji przekracza 50 %, a wysiłkowe nietrzymanie moczu jest najczęściej deklarowanym rodzajem inkontynencji. W podziale na grupy wiekowe to najmłodszej grupie

dominuje wysiłkowe nietrzymanie moczu, a w grupie najstarszej odsetki kobiet z wysiłkowym i mieszanym zrównują się. Zestawienie przedstawia tabela poniżej.

Ponadto stwierdzono, że najbardziej uciążliwą i przeszkadzającą dolegliwością w każdym z obszarów czynności codziennych jest postać mieszana nietrzymania moczu, a najbardziej upośledzone przez nietrzymanie moczu są sfery życia społecznego i zawodowego.

mgr Danuta Broncel - Czekał „Ramowe postępowanie z wyrobami medycznymi”, skarbnik ZO PTP w Katowicach

Omówione zostały postępowania z wyrobami medycznymi. Wykorzystano opracowanie własne na podstawie W. A. Rutala, D. J. Weber, M.D., HICPAC. Wytyczne CDC. Wytyczne do dezynfekcji i sterylizacji w zakładach opieki zdrowotnej, 2008 W podmiocie leczniczym w trakcie udzielania świadczeń stosowane są sterylne wyroby medyczne sterylizowane w dziale dekontaminacji podmiotu leczniczego lub w innej, zewnętrznej placówce posiadającej certyfikat jakości, czy akredytację, bądź stosującej zasady GMP (dobrej praktyki wytwarzania). Kierownik podmiotu leczniczego jest zobowiązany zgodnie z literą obowiązującego w Polsce prawa zapewnić stały dostęp do sterylnych wyrobów medycznych.

Wsparciem w przygotowaniu wyrobów medycznych do procesów dekontaminacji jest przygotowanie ramowego postępowania z wyrobami medycznymi w formie procedury, instrukcji czy zarządzenia. Tak przygotowana procedura uwzględnia wszystkie niezbędne informacje wymagane do właściwego przeprowadzenia dekontaminacji z uwzględnieniem takich elementów jak: definicja wyrobu medycznego, przepisów prawnych w zakresie klasyfikacji wyrobów medycznych, dostarczanie instrukcji producenta wyrobów medycznych, która jak drogowskaz wyznacza metody, techniki dezynfekcji i sterylizacji oraz parametry krytyczne procesów pozwalając na właściwy dobór metod dekontaminacji, określenie poziomów dekontaminacji z wykorzystaniem instrumentu jakim jest klasyfikacja E. W. Spauldinga

Podział wyrobów i innego sprzętu medycznego według klas ryzyka (stopnie ryzyka infekcji podczas użycia danego przedmiotu) według Earla H. Spauldinga

- **Wyroby i sprzęt medyczny niekrytyczny (non-critical, niskiego ryzyka) – takie, które nie mają kontaktu z pacjentem lub mają kontakt z nienaruszoną skórą.**

Przykłady sprzętu: Sprzęt niekrytyczny: np.: ramy łóżek, parawanów przybory do jedzenia, meble dla pacjentów, komputery, termometry, baseny, mankiety do mierzenia ciśnienia krwi, stetoskopy- słuchawki lekarski, kule, gogle, głowice, elektrody do EKG, USG. Niekrytyczne powierzchnie środowiskowe są często dotykane rękami i potencjalnie mogą się przyczyniać do przenoszenia infekcji poprzez kontakt z rękami pracowników lub wyposażeniem medycznym: ramy łóżek, stoliki przyłóżkowe, niektóre przybory do jedzenia, meble dla pacjentów, podłogi. Niekrytyczne wyroby medyczne i niekrytyczne powierzchnie środowiskowe należy dezynfekować tam, gdzie są one używane i nie wymagają transportowania do Centralnej Sterylizatorni.

Proces dekontaminacji: Mycie, oczyszczanie lub mycie oczyszczanie i dezynfekcja. Dezynfekcja niskiego poziomu lub dezynfekcja średniego poziomu (w przypadku obecności flory patogenicznej, pacjent z osłabioną odpornością)

- **Wyroby i sprzęt medyczny półkrytyczny (semi-critical, semikrytyczne) - takie, które mają kontakt z błonami śluzowymi.**

Przykłady sprzętu: Sprzęt do leczenia dróg oddechowych, anestezyjologiczny, niektóre endoskopy, cystoskopy, rektoskop, łyżki laryngoskopowe, tonometr aplanacyjny, sondy do ultrasonografii bezprzewodowej, głowice dopochwowe.

Proces dekontaminacji. Mycie, oczyszczanie, dezynfekcja i sterylizacja, a jeżeli nie można wykonać sterylizacji, ze względu na biomateriały składowe sprzętu to należy wykonać mycie, oczyszczanie i dezynfekcję wysokiego poziomu (HLD). Dezynfekcja średniego poziomu

- **Wyroby medyczne i inny sprzęt medyczny krytyczny (critical, wysokiego ryzyka) - takie, które mają kontakt ze skórą o naruszonej ciągłości, błonami śluzowymi o naruszonej ciągłości, jałowymi tkankami, układem krążenia lub używane w trakcie procedur, podczas których zostaje naruszona ciągłość błon śluzowych.**

Przykłady sprzętu: Wyroby medyczne wielorazowego użytku: narzędzia chirurgiczne, implanty, cewniki sercowe, sondy ultradźwiękowe, endoskopy używane w polu operacyjnym, akcesoria endoskopowe, kleszczyki endoskopowe do biopsji, wielorazowe szczotki do mycia i dezynfekcji endoskopów giętkich, instrumenty kriochirurgiczne.

Proces dekontaminacji. Mycie, oczyszczanie, dezynfekcja i sterylizacja. Dezynfekcja wysokiego poziomu

dr Wiesława Kołodziej: „Zmiany w Standardzie kształcenia pielęgniarek”, vice przewodnicząca PTP ZO W Katowicach.

Omówiła zmiany jakie nastąpiły w obszarze kształcenia pielęgniarek na studiach magisterskich od października 2019 r.

- ▶ **Studia drugiego stopnia trwają nie krócej niż 4 semestry.**
- ▶ **Liczba godzin zajęć, w tym praktyk zawodowych, nie może być mniejsza niż 1300.**
- ▶ **Liczba punktów ECTS konieczna do ukończenia studiów drugiego stopnia nie może być mniejsza niż 120.**
- ▶ **Kierunek pielęgniarstwo jest przyporządkowany do dyscypliny naukowej – nauki medyczne albo dyscypliny naukowej – nauki o zdrowiu, jako dyscypliny wiodącej.**

Studia magisterskie II stopnia:

Obecnie: Do dyspozycji uczelni pozostawia się nie mniej niż 150 godzin zajęć dydaktycznych (12 punktów ECTS), które mogą być realizowane jako zajęcia uzupełniające efekty uczenia się w grupach zajęć A, B i C, z tym, że program studiów umożliwia studentowi wybór zajęć, którym przypisano punkty ECTS w wymiarze nie mniejszym niż 5% liczby punktów ECTS koniecznej do ukończenia studiów.

B. ZAAWANSOWANA PRAKTYKA PIEŁĘGNIARSKA (farmakologia i ordynowanie produktów leczniczych; pielęgniarstwo epidemiologiczne; endoskopia; poradnictwo w pielęgniarstwie; koordynowana opieka zdrowotna; promocja zdrowia i świadczenia profilaktyczne;

- ▶ opieka i edukacja terapeutyczna w chorobach przewlekłych, w tym: niewydolność krążenia i zaburzenia rytmu, nadciśnienie tętnicze, niewydolność oddechowa, leczenie nerkozastępcze, cukrzyca, choroba nowotworowa, rany przewlekłe i przetoki, ból, leczenie żywieniowe, tlenoterapia ciągła i wentylacja mechaniczna, zaburzenia układu nerwowego, zaburzenia zdrowia psychicznego)

Poprzednio: 625 godzin zajęć (50 punktów ECTS), które mogą być realizowane jako zajęcia obowiązkowe albo fakultatywne, uzupełniające wiedzę, umiejętności i kompetencje w grupach A i B szczegółowych efektów kształcenia albo poza tymi grupami.

ZAAWANSOWANA PRAKTYKA PIEŁĘGNIARSKA obejmowała nowoczesne techniki diagnostyczne, intensywna terapia i pielęgniarstwo w intensywnej opiece medycznej, pielęgniarstwo specjalistyczne: opieka pielęgniarska w chorobach przewlekłych nerek, opieka pielęgniarska w chorobach przewlekłych układu oddechowego, opieka pielęgniarska nad chorym z cukrzycą, opieka pielęgniarska nad chorym z przetoką jelitową, opieka pielęgniarska nad chorym ze schorzeniami naczyń, pielęgnowanie pacjenta z ranami przewlekłymi, opieka pielęgniarska nad chorym na stwardnienie rozsiane, opieka pielęgniarska nad pacjentem z chorobami krwi, opieka pielęgniarska nad chorym psychicznie i jego rodziną, farmakologia kliniczna).



dr Grażyna Franek jako Ekspert Polskiej Komisji Akredytacyjnej skomentowała „Zmiany w Standardzie kształcenia pielęgniarek”.

Omówiła historię kształcenia na poziomie wyższych studiów, które rozpoczęły się w AM w Lublinie w 1969 roku. Wypada przypomnieć, że w Katowicach o powołanie studiów wyższych walczyły liderki PTP z Jadwigą Jankowską ówczesną Przewodniczącą PTP i

powstały one w 1974 roku w ŚLAM. Były to studia 4 letnie po LM bądź 2 letniej szkole pielęgniarskiej pomaturalnej Początki były trudne były liczne trudności ze strony władz, części lobby lekarskiego i własnego środowiska zawodowego. Z tej formy edukacji skorzystało ponad 12800 pielęgniarek. Na początku były na tych studiach kierunki: organizacyjny i pedagogiczny Jednak po artykule „Basen pani magister” zrezygnowano z podziału na kierunki, powołano kierunek ogólnopielęgniarski. W 1999 r. Polska podpisała deklarację bolońską w i znalazła się wśród 29 państw, które wypracowały ogólne zasady kształcenia w tzw. Obszarze Europejskiego Szkolnictwa Wyższego-wdrażając jego postanowienia czyli studia I, II i III stopnia. Uczelnie w terminie do dnia 1 października 2019 r. zobowiązane były do dostosowania programów studiów rozpoczynających się od roku akademickiego 2019/2020 do wymagań określonych w ustawie.

Kształcenie lekarza 5800 godzin a mgr pielęgniarstwa 6100 godzin! Można się zastanowić jak dobrze ustawić program i w jakie kwalifikacje wyposażać i jak dobrze wykorzystać tak duży potencjał mgr pielęgniarstwa. W sytuacji gdy mamy problemy z dostępnością do lekarzy specjalistów. Tabela prezentuje liczbę uczelni, które otrzymały akredytację na kierunku pielęgniarstwo w poszczególnych latach.



Kolejną tematykę zaprezentowały: dr Lucyna Grafińska, dr Mariola Ślesiona: „OSPAPARTY- przejaw rodzicielskiej troski czy skrajnej bezmyślności”.

Zjawisko, które powszechnie określane jest terminem „ospa party”, i które pojawiło się po raz pierwszy w USA, skąd rozprzestrzeniło się na wiele krajów. Założeniem „ospa party” jest organizowanie przyjęć dla dzieci zdrowych i chorych na ospę wietrzną w celu transmisji wirusa ospy na dzieci zdrowe i wywołania choroby. W opinii rodziców zapewni to dzieciom nabycie odporności we wczesnym dzieciństwie i uchroni je przed cięższym przebiegiem choroby w wieku dorosłym. Choroby wirusowe są jednak nieprzewidywalne w swym przebiegu a wirus ospy wietrznej może wywołać wiele powikłań w postaci zapalenia płuc, mózgu lub sepsy.

W prezentacji przedstawiono powikłany przebieg ospy oraz dramatyczne doniesienia prasowe o śmiertelnych ofiarach „ospa party”. Zaprezentowano możliwości uodpornienia dzieci poprzez zaszczepienie ich przeciw ospie wietrznej. Podjęto również próbę dyskusji z zarzutami ruchów anty szczepionkowych w związku ze szkodliwością szczepień ich wpływu na powstawanie autyzmu, alergii skłonności do infekcji. Poddano pod rozwagę słuchaczy argumenty wzbudzania odporności na drodze szczepień ochronnych, kontra konsekwencje uczestnictwa w ruletce epidemiologicznej jaką jest „ospa party”.

Temat „ Bezpieczna farmakoterapia w procesie leczenia pacjenta – koncyliacja lekowa także w aspekcie praktyki pielęgniarskiej” zaprezentowały w imieniu dr Grażyna Kruk-Kupiec, vice przewodniczącej ZO PTP W Katowicach panie mgr Dorota Rabsztyn, mgr Sonia Siwy, mgr Monika Białkowska – członkinie PTP KT w Piekarach Śląskich

Bezpieczna farmakoterapia „staje się tematem który promuje Światowa Organizacja Zdrowia ,a w naszym kraju Ministerstwo Zdrowia, Towarzystwo Promocji Jakości w Opiece Zdrowotnej oraz Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Koncyliacja lekowa to formalny proces uzgadniania listy leków w ramach którego personel medyczny (lekarze, pielęgniarki) prowadzi dialog z pacjentem oraz między sobą w celu zapobiegania niepożądanym działaniom leków.

Niezwykle ważne jest aby pacjent przyjmowany do szpitala w ramach przyjęcia planowego do zabiegu operacyjnego posiadał pisemne zaświadczenie od lekarza prowadzącego o stanie zdrowia pacjenta i stosowanych lekach (nazwa rodzaj, sposób dawkowania).W szpitalu powinny znajdować się ulotki na temat bezpiecznej farmakoterapii zawierające niezbędne informacje na temat jak ma się zachować pacjent podczas hospitalizacji, w tym informowania lekarza, pielęgniarkę o zażywanych lekach, uczuleniach.

Na stronach Centrum Monitorowania Jakości w Krakowie w zakładce Program Bezpieczne Farmakoterapia znajduje się poradnik „Jak skutecznie i bezpiecznie stosować leki” zawierający odpowiedzi na pytania ;mój lekarz przepisał mi leki jak mam się zachować, czy `w czasie farmakoterapii można bezpiecznie przyjmować suplementy, czy stosując leki można bezpiecznie prowadzić samochód.

Na przykładzie praktyki Wojewódzkiego Szpitala Chirurgii Urazowej podczas wykładu zostały zaprezentowane etapy koncyliacji lekowej oraz ulotka kierowana do pacjentów.

„Jakość życia pacjentów z rozpoznany szpiczakiem plazmocytowym – wpływ nowych terapii leczenia i opieki pielęgniarskiej zaprezentowała mgr Anna Kępka, członek Zarządu PTP W Katowicach.

Zaprezentowała jednostkę chorobową jaką jest szpiczak plazmocytowy (szpiczak mnogi) Mieloma Multiplex. Jest określany terminem „mnogi” ze względu na spotykane często liczne ubytki lub zmienione obszary w kości, w której się rozwija. Może przybierać zarówno formę guza, jak i ubytków w kości. Rozwija się w miejscach, w których szpicz kostny u dorosłych jest zwykle aktywny:

- w przestrzeniach wewnątrz kości kręgosłupa, czaszki, miednicy, klatki piersiowej,
- w okolicach ramion i bioder.

Słowo „myeloma” pochodzi z języka greckiego, gdzie „myelo-” oznacza szpik, słowo „-

oma” oznacza guz.

Patogeneza szpiczaka to czynniki genetyczne, przewlekła stymulacja antygenowa; zakażenia, przewlekłe stany zapalne, czynniki środowiskowe; ekspozycja na promieniowanie jonizujące, przemysłowe i rolnicze środki toksyczne.

Charakteryzuje się nowotworowym rozrostem komórek plazmatycznych końcowego stadium dojrzewania limfocytów B zdolnych do produkcji nadmiernych ilości nieprawidłowych monoklonalnych immunoglobulin. Wywodzi się z linii limfocytów B, ale zaburzenia ilościowe jak i jakościowe mogą dotyczyć również limfocytów T. Ubytek limfocytów T prowadzi do niedoborów odporności. Szpiczak poprzedzony jest stadium gammapatii monoklonalnej, uszkadza układ kostny, prowadzi do niewydolności nerek, białkomoczu, hiperkalcemii, anemizacji, zmian w proteinogramie, trzycyfrowego OB.

Objawy somatyczne są niecharakterystyczne: bóle kostne, osłabienie związane z niedokrwistością, ogólne pogorszenie samopoczucia, niekiedy złamanie kości długiej lub kręgu, nawracające infekcje.

Specyfika opieki - pielęgniarka zwraca uwagę na:

- ✓ Niepożądane działanie leków w stosowanej terapii
- ✓ Edukację chorego w zakresie ryzyka zakażeń i infekcji
- ✓ Cierpliwe i zrozumiałe dla chorego wyjaśnianie znaczenia wykonywanych czynności
- ✓ Reakcję pacjenta na diagnozę (stadia wg Kubler-Ross), pomoc pacjentowi w odnalezieniu się w chorobie
- ✓ Współpracę z dietetyczką, walka o utrzymanie prawidłowej wagi w związku ze złamaniami,
- ✓ Zaangażowanie i edukację rodziny, motywacja do pomocy choremu po jego powrocie do domu.

Choroba nadal nieuleczalna - ogromny postęp w leczeniu tej choroby w ciągu ostatnich kilkunastu lat, nowe leki, tj.: talidomid, lenalidomid, pomalidomid, bortezomib, carfilzomib, ixazomib.

Średni czas przeżycia chorych leczonych konwencjonalnie to 3-4 lata, wysokodawkowa chemioterapia z autoprzeszczepieniem komórek macierzystych –5-7 lat, ale czasami i kilkanaście lat. Niestety świadomość społeczna choroby jest bardzo niska tylko 1 osoba na 50 wie o jej istnieniu (badania przeprowadzone w Wielkiej Brytanii). Jest drugą, najczęściej występującą chorobą układu krwiotwórczego. Stanowi ok. 1% wszystkich nowotworów złośliwych i od 10-14% nowotworów hematologicznych.

Zakończenie konferencji odbyło się w grupach dyskusyjnych nad przedstawionymi problematykami badawczymi.

