

Bizuteria i pomalowane paznokcie u pielęgniarki?

Rzecz o tym, jak każdy medyk wyglądać powinien

foto: DEPOSITPHOTOS

Co obejmują rekomendacje dotyczące szeroko pojętej estetyki higienicznej personelu medycznego? Czy noszenie biżuterii ma wpływ na zwiększenie ryzyka zakażeń szpitalnych? Czy u podstaw zaleceń, by krótko obcinać paznokcie, leżą doniesienia naukowe?

dr n. med., adiunkt ANNA GARUS-PAKOWSKA
Zakład Higieny i Promocji Zdrowia, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Drobnoustroje w szpitalach są wszechobecne. Każdy pacjent to również potencjalny nosiciel czynnika zakaźnego, a każdy kontakt z jego krwią, wydzielinami lub wydaliniami może okazać się niebezpieczny. Niemniej obecność mikroorganizmów w środowisku szpitalnym nie jest jednoznaczna z ich transmisją na pacjenta i personel. O przeniesieniu patogenów decyduje prawidłowość wykonywania procedur higienicznych: higieny rąk oraz dekontaminacji (mycie, dezynfekcja, sterylizacja) narzędzi chirurgicznych, aparatury, sprzętu medycznego, powierzchni szpitalnych. Ryzyko przeniesienia zakażenia wzrasta w przypadku zaniedbań w zakresie aseptyki i antyseptyki. Stąd też profilaktyka zakażeń koncentruje się na przerywaniu dróg transmisji drobnoustrojów na pacjentów wrażliwych na zakażenie, ale także na personel narażony na infekcję w trakcie wykonywania pracy. Cel ten jest możliwy do osiągnięcia między innymi poprzez wdrożenie procedur utrzymania czystości rąk oraz stosowania indywidualnych środków ochrony.

Co nieco o higienie rąk

Dowodów na potrzebę higieny rąk w środowisku szpitalnym dostarczył już w 1846 roku Ignaz Philipp Semmelweis, ginekolog pracujący w jednym ze szpitali w Wiedniu, który argumentował, że gorączka połogowa pojawiająca się u tak wielu rodzących jest wynikiem przenoszenia „trupich cząstek” z prospektorium na oddziały położnicze za pośrednictwem rąk studentów medycyny oraz lekarzy. Wprowadzenie surowego egzekwowania obowiązku dokładnego mycia rąk wodą chlorowaną przez personel medyczny zredukowało występowanie przypadków posocznicy połogowej z 30% do 1,2%.

Należy pamiętać, że flora bakteryjna może ulegać transmisji z nieszkodzonej, skolonizowanej powierzchni skóry pacjentów. W pracy pochodzącej z ponańskiej Akademii Medycznej stwierdzono występowanie aż 124 różnych szczepów bakteryjnych na niemytych rękach personelu pracującego na oddziale intensywnej opieki medycznej (lekarze, pielęgniarki, personel pomocniczy). Wśród 50 przebadanych osób wyizolowano 49 szczepów *Staphylococcus epidermidis*, 17 szczepów *S. aureus* oraz 16 szczepów innych koagulazujemnych gronkowców. Ponadto zaobserwowano występowanie m.in. *Pseudomonas aeruginosa*, *Serratia spp.*, *E. coli*, *Klebsiella spp.*, *Flavobacterium spp.*, *Enterobacter spp.* Na jednym z chirurgicznych oddziałów w Szwecji udowodniono kontaminację rąk *S. aureus* personelu medycznego – w połowie przypadków pochodzącą od pacjentów lub środowiska szpitalnego.

Na oddziale noworodkowym w jednym ze szwajcarskich szpitali udowodniono znaczący wzrost liczby bakterii na dłoniach personelu medycznego podczas wykonywania wszystkich czynności – zarówno leczniczych, jak i pielęgnacyjnych, a także po kontakcie ze sprzętem medycznym i wyposażeniem znajdującym się w bezpośredniej okolicy pacjentów. Niezależnie od źródła kontaminacji skóry dłoni przestrzeganie prawidłowej higieny rąk przez personel medyczny jest niezbędne, aby zabezpieczyć pacjentów przed zakażeniami krzyżowymi. Mycie rąk powoduje usuwanie widocznych zabrudzeń, a także powoduje usunięcie znacznej liczby drobnoustrojów flory przejściowej. Podstawowym celem higieny rąk personelu medycznego jest zmniejszenie liczby chorobotwórczych drobnoustrojów do poziomu, który będzie bezpieczny dla pacjenta.

KULTURA OSOBISTA, W TYM MIĘDZY INNYMI WYGLĄD ZEWNĘTRZNY PIELĘGNIARKI/LEKARZA, MA OGROMNY WPŁYW NA BUDOWANIE RELACJI Z PACJENTAMI, RELACJI OPARTYCH NA ZAUFANIU.

Badania nie pokazują wprost, czy kontaminacja środowiska skutkuje transmisją krzyżową drobnoustrojów na podatnych pacjentów. Jednakże nieliczne w sumie prace udowadniają związek wzrostu przestrzegania procedur higienicznych wraz ze spadkiem liczby zakażeń.

Pittet i wsp. po przeprowadzeniu obszernego trzyletniego programu edukacyjnego, mającego na celu podniesienie efektywnej higieny rąk, a przez to wykazanie redukcji zakażeń szpitalnych oraz transmisji szpitalnej flory bakteryjnej, w tym *Staphylococcus aureus* opornego na metycylinę, uzyskał znaczący wzrost przestrzegania przyjętych procedur z 47,6% w roku 1994 do 66,2% w roku 1997. W tym samym okresie uzyskano spadek ogólnego wskaźnika zakażeń szpitalnych z 16,9% do 9,9%, a liczba raportowanych szczepów MRSA obniżyła się z 2,16 do 0,93/10 000 osobodni. W badaniu rosyjskim szkolenia personelu doprowadziły do znaczącej poprawy zachowań w zakresie higienicznej dezynfekcji rąk z 15,2% do 41,5%, w następstwie czego obniżyła się częstość występowania zakażeń krzyżowych na noworodkowym oddziale intensywnej opieki medycznej, szczególnie o etiologii *Klebsiella pneumoniae*.

Powszechnie uznanymi rekomendacjami dotyczącymi higieny rąk są wytyczne CDC oraz Światowej Organizacji Zdrowia. W rekomendacjach podkreśla się konieczność właściwej higieny rąk, najwięcej uwagi przywiązując do mycia i dezynfekcji rąk oraz stosowania rękawiczek ochronnych.

Kontrowersje wokół tipsów

Środowisko medyczne zgodne jest co do bezwzględnej konieczności higieny rąk. W zakresie zakazu noszenia biżuterii przez personel medyczny czy też malowania paznokci i noszenia tipsów – zdania naukowców są już podzielone.

W normach amerykańskich wskazuje się na zakaz noszenia zbyt długich bądź sztucznych paznokci (tipsów) podczas bezpośrednich kontaktów z pacjentami wysokiego ryzyka, szczególnie przebywającymi na oddziałach intensywnej opieki medycznej bądź na salach pooperacyjnych. W najnowszych wytycznych WHO eksperci zalecają, by personel bezpośrednio stykający

się z pacjentami nie nosił sztucznych paznokci. W przypadku wszystkich kontaktów z chorymi paznokcie powinny być naturalne i krótko obcięte (nie dłuższe niż 0,5 cm). Uzasadniono to spostrzeżeniem, że sztuczne paznokcie przyczyniają się do osłabienia naturalnej płytki paznokciowej, dzięki czemu mogą stwarzać warunki do namnażania się drobnoustrojów chorobotwórczych. Długie paznokcie mogą utrudniać prawidłowe mycie i osuszanie dłoni, stwarzając możliwość rozwoju patogenów. Jednocześnie łatwiej może dochodzić do rozerwania rękawiczek w trakcie pracy lub ich zakładania. Czy są jednak naukowe dowody, które uzasadniają te rekomendacje?

Badania potwierdzają, że obszary dłoni pod paznokciami mogą stanowić niejako schronienie dla drobnoustrojów, najczęściej koagulazoujemnych gronkowców, Gram-ujemnych pałeczek (łącznie z *Pseudomonas spp.*), *Corynebacteria* i drożdży. Przyznano, że świeżo nałożony lakier nie zwiększa znacząco liczby bakterii izolowanych z okolopaznokciowych obszarów, jednak już lakier zniszczony, poodpryskiwany może wspierać wzrost drobnoustrojów na paznokciach. Nawet po dokładnym myciu rąk (łącznie z procedurą chirurgiczną) izolowano znaczną liczbę potencjalnych patogenów w przestrzeniach spod paznokci.

Nie jest oczywiste to, czy sztuczne paznokcie przyczyniają się do przekazywania zakażeń związanych z opieką zdrowotną. Jednak dowiedziono, że drobnoustroje Gram-ujemne są bardziej skłonne do zasiedlania paznokci sztucznych niż naturalnych. W badaniu w Michigan izolowano więcej drobnoustrojów (zarówno po zwykłym, jak i higienicznym myciu rąk) z dłoni personelu medycznego noszącego sztuczne paznokcie niż z dłoni z paznokciami naturalnymi.

Czy długość paznokci naturalnych lub sztucznych jest istotnym czynnikiem ryzyka? Tego także nie dowiedziono. Część badań wskazuje, że największy wzrost liczby bakterii występuje pod paznokciem w odległości 1 mm od opuszki palca. W szpitalu w Oklahoma City w 1997 roku zidentyfikowano 34 pacjentów noworodkowego oddziału intensywnej opieki medycznej zakażonych bądź skolonizowanych *Pseudomonas aeruginosa*. W ciągu 15 miesięcy bakteria spowodowała śmierć 11 noworodków. Wykazano, że przynajmniej połowa przypadków wywołana była tym, że *Pseudomonas* znalazły znakomite warunki wegetacji pod szczególnie długimi paznokciami niektórych pielęgniarek. Typowanie genetyczne oraz badania śródowiskowe poparły możliwość wiązki przenoszenia bakterii przez dwie pielęgniarki, z których jedna miała długie naturalne paznokcie, a druga paznokcie długie sztuczne. Od czasu gdy szpital wydał nakaz obciążenia paznokci, zanotowano mniejszą liczbę nowych zakażeń, a żadne z nich nie miało związku z kolonizacją rąk personelu medycznego.

Co z biżuterią?

Eksperti zaznaczają, iż brak jest rekomendacji wskazujących jednoznacznie na konieczność zakazu noszenia biżuterii przez personel medyczny, jednak niektórzy udowadniają, że noszenie pierścionków, obrączek i zegarków utrudnia osiągnięcie pełnej skuteczności mycia i dezynfekcji rąk, jednocześnie mogąc być siedliskiem drobnoustrojów w miejscach źle osuszonych. Liczne badania wykazały, że skóra pod spodem pierścionków/obrączek jest w większym stopniu skolonizowana florą bakteryjną niż porównywalne obszary skóry bez biżuterii. Badanie Hoffmana i wsp. wykazało, że bakterie

Gram-ujemne mogą kolonizować ręce tych pielęgniarek, które noszą obrączki. W badaniu Hayes i wsp., którym objęto ponad 60 pielęgniarek pracujących na oddziale intensywnej opieki medycznej, wykazano natomiast, że pierścionki były jedynym znaczącym czynnikiem ryzyka nosicielstwa pałeczek Gram-ujemnych oraz *S. aureus*, a ilość izolowanych drobnoustrojów była skorelowana z liczbą noszonych pierścionków.

W badaniu Jacobsona i wsp. nie stwierdzono istotnej różnicy w liczbie bakterii po myciu rąk przez osoby z lub bez pierścionków, ale już badanie przeprowadzone przez Salisbury i wsp. wykazało bardziej znaczące zmniejszenie liczby kolonii w czasie mycia rąk przez pracowników służby zdrowia, którzy ich nie nosili, w porównaniu z osobami noszącymi biżuterię. Pierścionki, ale także zegarki i bransoletki powinny zostać zdjęte przed przystąpieniem do mycia i dezynfekcji rąk.

Pomimo faktu, że Jacobson i wsp. zauważyli, iż na usuwanie bakterii nie wpływa obecność biżuterii, to jednak stwierdzili równocześnie, że pierścionki mogą spowodować uszkodzenie rękawic ochronnych.

W 2007 roku Fagernes i wsp. badali wpływ noszenia pojedynczych płaskich pierścionków/obrączek na obciążenie bakteryjne na rękach pracowników służby zdrowia. W badaniu uczestniczyło 121 pracowników noszących wyłącznie jeden pierścień oraz 113 pracowników bez żadnej biżuterii. Przeprowadzono badanie ilościowe i jakościowe. Stwierdzono, że noszenie jednego płaskiego pierścionka nie zwiększa całkowitej liczby bakterii oraz nie było związane ze zwiększoną transmisją *Enterobacteriaceae*. Należy jednak zwrócić uwagę na to, że badanie to nie uwzględniło jakości techniki higieny rąk oraz nie ustaliło, czy zostało zwiększone ryzyko przenoszenia *Enterobacteriaceae*. W innym badaniu wykazano, że obecność biżuterii nie wpływa na kontaminację skóry bakteriami, ale tylko gdy pracownicy używają antyseptyków na bazie alkoholu i tylko wśród tych, którzy stosowali poprawną technikę higieny rąk. Dlatego też ważnym czynnikiem nadal pozostają szkolenia personelu w zakresie prawidłowej higieny rąk. Skażenie mikrobiologiczne może

pozostawać pod paznokciami oraz pod biżuterią nawet po szorowaniu rąk, a badania pokazujące efektywność mycia dłoni nie pozostawiają wątpliwości, że mycie często jest zbyt krótkotrwałe i niedokładne.

Interesująca jest praca Kelsalla i wsp. To badanie wykazało znacznie większą liczbę kolonii bakteryjnych na skórze pod pierścionkami oraz na obszarach skóry przylegających do biżuterii. Co ciekawe, w tym badaniu wykazano także znacznie niższą liczbę kolonii bakteryjnych pod pierścionkami srebrnymi niż wykonanymi z innych metali – złota czy platyny. Jeśli pierścionki były usunięte przed procedurą chirurgicznego mycia rąk, to potem nie było różnicy w obciążeniu bakteryjnym obu grup. Ten wynik wzmacnia wytyczne w odniesieniu do konieczności usuwania biżuterii przed przeprowadzeniem higieny rąk.

Ubiór medyka

Wobec braku zgodności świata naukowego na temat tego, czy długość i rodzaj paznokci i noszona biżuteria naprawdę przyczyniają się do wzrostu ryzyka transmisji krzyżowej drobnoustrojów, należy zwrócić uwagę na jeszcze jeden, niemniej istotny aspekt. Już w starożytności od urzędu lekarza wymagano szczególnych walorów osobistych, takich jak szlachetność i osobowość budząca zaufanie. Dużą wagę przywiązywano również do wyglądu zewnętrznego i ubioru medyka. Nadal, chociaż minęło dwa tysiące lat, schludnie wyglądający lekarz/pielęgniarka wzbudzają większe zaufanie pacjentów. Badanie Rehmana i wsp. na grupie 400 pacjentów potwierdziło związek wyglądu lekarza z postrzeganiem jego osoby przez badanych, a to z kolei może mieć potencjalny wpływ na prawdopodobieństwo przyjścia pacjenta po poradę. Jednocześnie respondenci byli znacznie bardziej skłonni do dzielenia się problemami społecznymi, seksualnymi i psychologicznymi z lekarzem, który jest profesjonalnie ubrany. Formalny strój okazał się związany z większym zaufaniem pacjentów. □

Piśmiennictwo dostępne w redakcji, proszę o udostępnienie należy przesłać na adres mpip@nipip.pl

Jak cię widzą, tak cię piszą. Uroczysty strój zawodowy

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych określiła uroczysty wzór stroju zawodowego pielęgniarki, pielęgniarza, położnej, położnego. Skromna, ale elegancka sukienka, żakiet i czeppek dla kobiety, dla pielęgniarza i położnego – garnitur z metalowym czepkiem na kieszonce.



„Nie szata zdobi człowieka” mówi stare porzekadło. Teoretycznie, bo nie da się ukryć, że świat polityki, biznesu czy dyplomacji traktuje kwestię ubioru bardzo pryncypialnie. Czy tego chcemy, czy nie ubiór to wizytówka naszego statusu społecznego, powagi reprezentowanej instytucji i szacunku dla zawodowych partnerów. Nie ma ani krzty przesady w stwierdzeniu, że swym wyglądem zewnętrznym budujemy nie tylko autorytet osobisty, lecz także profesji, którą reprezentujemy.

Przedstawiciele wielu zawodów – wojskowi, policja, górnicy na oficjalnych uroczystościach zawsze pojawiają się w mundurach galowych, które wskazują na ich przynależność do danej grupy, podkreślają tożsamość. Nasze środowisko także potrzebuje wzorców, wytycznych, by kształtować nowe pokolenia pielęgniarek nie tylko w zakresie umiejętności, ale postaw i szacunku dla symboli zawodu. To dlatego NRPIP określiła uroczysty wzór stroju zawodowego pielęgniarki, pielęgniarza, położnej, położnego. Czemu budzi to tyle skrajnych emocji? Przecież zawód pielęgniarki/położnej, jak niewiele innych, cechuje duże poczucie przynależności do wspólnoty zawodowej, w czym niebagatelne znaczenie ma kultuwanie tradycji. Nie sposób dyskutować z tym, że najważniejszymi atrybutami odnoszącymi się do pielęgniarstwa są strój pielęgniarstwa i czeppek.

Początkowo czeppek w codziennej pracy pielęgniarki odgrywał rolę przede wszystkim funkcjonalną – chronił włosy w trakcie zabiegów szpitalnych. Był też uwarunkowany tradycją nakrywania włosów przez kobiety. Później, oprócz swojej funkcji czysto użytkowej, zaczął mieć znaczenie symboliczne i wyróżniające – stał się jasnym sygnałem, że ta osoba jest pielęgniarką. Symbolizował pokorę i gotowość niesienia pomo-

cy drugiemu człowiekowi. Przez lata czepki miały różnorodny kształt – w zależności od szkoły, czasu – wykonywane były też z różnorodnych materiałów. Mogły mieć dodatkowe elementy, jak granatowy welon dla uczennicy szkoły krakowskiej (zał. 1911 r.), który zakładany był w celach reprezentacyjnych. W zbiorach muzeum, które pozostaje pod opieką Głównej Komisji Historycznej Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, znajduje się wiele czepków, z różnych okresów, różnych formatów – zainteresowani powinni zajrzeć na stronę <http://www.wmpp.org.pl>

Pierwszy czeppek przekazywany był uczennicom szkoły pielęgniarskiej w czasie uroczystości czepkowania. Kolejną uroczystością symbolizującą zdobycie dalszej wiedzy pielęgniarskiej było paskowanie, czyli zakładanie czarnej aksamitki na czeppek. W Polsce po raz pierwszy paskowanie wprowadzono w szkole warszawskiej – uczennice otrzymywały aksamitną tasiemkę na pół roku przed ukończeniem szkoły. Noszenie paska na czepku regulowane było pismem ókólnym Ministerstwa Zdrowia (8 II 1950 r.) – pielęgniarki mogły nosić paski w kolorze czarnym, położne w kolorze czerwonym, dietetyczki – granatowym.

W 1990 r. uchylono obowiązek noszenia czepka na rzecz plakietki-identyfikatora. Od tego czasu czeppek zaczął odgrywać rolę symbolu wykorzystywanego w celach reprezentacyjnych. Jest elementem uroczystego stroju zawodowego pielęgniarki i położnej.