

Estetyka higieniczna personelu medycznego

Hygienic aesthetics of medical staff

ANNA GARUS-PAKOWSKA

Zakład Higieny i Promocji Zdrowia, Katedra Higieny i Epidemiologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Wstęp. Kultura osobista, w tym między innymi wygląd zewnętrzny pielęgniarki/lekarza ma ogromny wpływ na budowanie relacji z pacjentami, relacji opartych na zaufaniu.

Cel badań. Ocena estetyki ubioru pracowników medycznych z czterech wybranych szpitali województwa łódzkiego, a także częstości malowania paznokci oraz noszenia biżuterii. Dodatkowo zapytano o sposoby prania/czyszczenia ubioru roboczego.

Materiał i metoda. Badanie przeprowadzono na grupie 288 osób (pielęgniarek i lekarzy) pracujących w czterech różnych szpitalach województwa łódzkiego. Oceny wyglądu dokonano metodą obserwacji bezpośredniej na oddziałach, natomiast odpowiedzi na postawione pytania badawcze uzyskano metodą wywiadu.

Wyniki. 96,8% pracowników nosi schludne, czyste, zapięte ubranie ochronne w pracy. Większość personelu miało krótko obcięte paznokcie. Blisko co 10 lekarka i co 3 pielęgniarka miała polakierowane płytki paznokciowe. Większość pielęgniarek (67,2%) oraz 46% lekarzy nosiło na dłoniach biżuterię. Zdecydowana większość pracowników miała włosy krótkie lub długie upięte, nie przeszkadzające w wykonywaniu czynności zawodowych. Prawie 60% zapytanych osób przyznało, że zawsze piorą fartuch ochronny samodzielnie.

Wnioski. Nie odnotowano większych zastrzeżeń w zakresie estetyki wyglądu zewnętrznego pracowników medycznych. Szkolenia powinny obejmować zagadnienia związane z utrzymaniem właściwej higieny rąk, a także częstego prania odzieży ochronnej. Pracodawcy w większości zapewniają właściwe pranie/czyszczenie odzieży ochronnej swoim pracownikom. W przypadku prania domowego pracownik powinien przestrzegać warunków odpowiedniego opakowania i transportowania odzieży. Schludnie wyglądający pracownik służby zdrowia wzbudza większe zaufanie pacjentów, a to jest niezwykle istotny element w budowaniu relacji lekarz-pacjent.

Słowa kluczowe: estetyka, wygląd, odzież ochronna, przepisy prawne, higiena, personel medyczny

Introduction. Good manners as well as external appearance of a nurse/a physician exert a great impact on establishing a confidence-based rapport with patients.

Aim. To evaluate the aesthetics of clothes worn by the medical staff and the frequency of nail painting and jewellery wearing. Additionally, the staff members were asked about the way of washing/cleaning clothes used at work.

Material & Methods. The study was performed in the group of 288 people (nurses and physicians) working in four selected hospitals of the Łódź Province. The evaluation of their appearance was performed with the direct observation method in the wards, whereas the answers to the asked questions were obtained during a survey.

Results. A total of 96.8% of the medical staff members wore clean, buttoned up protective clothes at work. The majority of staff had short cut nails. Nearly every tenth female physician and every third nurse had painted nails. The majority of nurses (67.2%) and 46% of physicians were wearing jewellery on their hands. A predominant part of the medical staff had short hair or long pinned up hair that did not disturb the performance of professional activities. As much as 60% of the medical staff members admitted that they washed their protective white coats themselves.

Conclusions. There were not any serious objections as regards the aesthetics of external appearance of the medical staff. The staff training should include the issues associated with maintenance of proper hand hygiene, and frequent washing of protective clothing. The employers mostly provide adequate washing/cleaning of protective white coats for their employees. In the case of household laundry the employee must comply with the conditions of packaging and transport of their work clothes. An aesthetically looking healthcare employee inspires greater confidence in patients, and this is a very important element in building a doctor-patient relationship.

Key words: aesthetics, appearance, protective clothing, regulations, hygiene, medical personnel

© Probl Hig Epidemiol 2015, 96(2): 510-516

www.phie.pl

Nadesłano: 30.05.2015

Zakwalifikowano do druku: 20.06.2015

Adres do korespondencji / Address for correspondence

dr Anna Garus-Pakowska

Katedra Higieny i Epidemiologii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

ul. Jaracza 63, 90-251 Łódź

tel. 42 678 16 88, e-mail: anna.garus-pakowska@umed.lodz.pl

Wstęp

Już od czasów starożytnych od urzędu lekarza wymagano szczególnych walorów osobistych, takich jak szlachetność i osobowość budząca zaufanie. Dużą wagę przywiązywano również do wyglądu zewnętrznego i ubioru medyka.

W ślubowaniu lekarzy epoki braminizmu (500 r. p.n.e.-1000 r. n.e.) znajdujemy słowa: „lekarza powinna cechować prostota ubioru i całej powierzchowności”. W starożytnej Grecji lekarz naznaczony był szczególnym autorytetem, ale

powinien także wyglądem i zachowaniem podkreślać godność swego zawodu: „Lekarz winien odznaczać się dostojną prezencją; powinien mieć zdrowy wygląd człowieka dobrze odżywionego, odpowiednio do swego zawodu; (...) Dalej lekarz powinien dbać o czystość swej osoby, nosić schludne szaty oraz używać olejków o miłej woni i naturalnym zapachu” [1].

Od czasów narodzenia aseptyki i antyseptyki ubiór lekarza (i pielęgniarki) zaczął odgrywać rolę ochronną. Obowiązek stosowania indywidualnych środków ochrony regulują przepisy prawne z Kodeksem Pracy na czele [2]. Zgodnie z artykułem 237 Kodeksu Pracy „pracodawca jest obowiązany dostarczyć pracownikowi nieodpłatnie środki ochrony indywidualnej, które zabezpieczają przed działaniem niebezpiecznych i szkodliwych dla zdrowia czynników występujących w środowisku pracy. Powinien także informować go o sposobach posługiwania się tymi środkami. Niedopuszczalne jest powierzanie samemu pracownikowi prania, konserwacji, odpylania i odkażania przedmiotów, które w wyniku stosowania w procesie pracy uległy skażeniu środkami chemicznymi lub promieniotwórczymi albo materiałami biologicznie zakaźnymi”.

Dostarczenie pracownikom obuwia i odzieży ochronnej oraz środków ochrony indywidualnej stanowi jeden podstawowych obowiązków pracodawcy jeżeli – stosownie do art. 237(6)-237(7) Kodeksu Pracy – w miejscu pracy występują szkodliwe lub niebezpieczne dla zdrowia czynniki, oraz gdy odzież pracownika może ulegać zabrudzeniu albo zniszczeniu lub gdy jest to konieczne ze względu na wymagania technologiczne, sanitarne lub bezpieczeństwa i higieny pracy. Zapewnienie pracownikom dostępu do ww. środków ochrony oraz respektowanie przez pracodawców przepisów Kodeksu Pracy, a w szczególności obowiązku przestrzegania przepisów bhp oraz systematyczne monitorowanie wszystkich zagrożeń na poszczególnych stanowiskach pracy jest najbardziej efektywną i zalecaną metodą minimalizowania negatywnych następstw wykonywania pracy w szkodliwych warunkach [3]. Zauważyć należy przy tym, że pojęcie „środki ochrony indywidualnej” zostało zdefiniowane w § 2 pkt 9 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z 1997 r. w sprawie ogólnych warunków bezpieczeństwa i higieny pracy i obejmuje wszelkie środki noszone lub trzymane przez pracownika w celu jego ochrony przed jednym lub większą liczbą zagrożeń związanych z występowaniem niebezpiecznych lub szkodliwych czynników w środowisku pracy, w tym również wszelkie akcesoria i dodatki przeznaczone do tego celu [4]. Tak szerokie ujęcie pozwala na wliczenie do środków ochrony indywidualnej nie tylko środków takich, jak np. jak różnego rodzaju maski, okulary, kaski, ochraniacze, ale także, wszelkich urzą-

dzeń służących wykrywaniu czy mierzeniu czynników szkodliwych [5]. Cytowane wyżej rozporządzenie implementuje do polskiego porządku prawnego dyrektywę Rady Wspólnot Europejskich nr 89/686/EWG z 21 grudnia 1989 r. w sprawie ujednolicenia przepisów prawnych państw członkowskich dotyczących środków ochrony indywidualnej [6]. Rozporządzenie to pozostaje w korelacji z rozporządzeniem Ministra Gospodarki z 2005 r. w sprawie zasadniczych wymagań dla środków ochrony indywidualnej [7].

W przypadku pracowników służby zdrowia donośnym aktem prawnym jest rozporządzenie Ministra Zdrowia z 2005 r. w sprawie szkodliwych czynników biologicznych dla zdrowia środowiska pracy oraz ochrony zdrowia pracowników zawodowo narażonych na te czynniki [8]. Wymogi określone w przywołanych rozporządzeniach – oraz i w innych aktach prawnych np. w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 1996 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy przygotowywaniu, podawaniu i przechowywaniu leków cytostatycznych w zakładach opieki zdrowotnej [9], w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 1984 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy w poradniach i pracowniach stomatologicznych [10], a także w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 1972 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy w zakładach anatomii patologicznej, w prosektoriach oraz w pracowniach histopatologicznych i histochemicznych [11] – wyznaczają standardy określające to co jest niezbędnie konieczne. Obowiązki pracodawcy w tym zakresie rozszerza orzecznictwo sądowe. W jego świetle wynika, że „przepis art. 237[6] § 1 Kodeksu Pracy przesądza jedynie o istnieniu samej zasady, że w każdym przypadku zagrożeń niebezpiecznych i szkodliwych dla zdrowia pracowników istnieje obowiązek dostarczenia środków ochrony. To zaś jakie środki ochrony indywidualnej mają być dostarczone pracownikowi w danym przypadku, przesądzają konkretne warunki pracy. Przy niektórych pracach będzie przesądzać to właściwy przepis, częściej jednak decydować będzie stosowana technologia, instrukcja producenta, literatura fachowa, doświadczenie życiowe” [12].

Obowiązki, o których mowa powyżej, nie powstają jednak po stronie pracodawcy, jeżeli pracownik świadczy pracę na podstawie umowy cywilno-prawnej. W systemie ochrony zdrowia najczęstszą formą świadczenia pracy w oparciu o umowę cywilną jest tzw. kontrakt co oznacza, że zakład opieki zdrowotnej zawiera umowę z lekarzem/pielęgniarką traktując go jako odrębnego przedsiębiorcę. Stosunki między takimi podmiotami układają się w oparciu o kodeks cywilny i zasadę swobody umów co oznacza, że zakres wzajemnych praw i obowiązków może być – o ile nie narusza to prawa i dobrych obyczajów – swobodnie

kształtowany przez strony. Jeżeli prawidłowe wykonanie zlecenia uzależnione jest od obiektywnie obowiązujących przepisów o charakterze powszechnie obowiązującym to zleceniodawcę obciąża obowiązek współdziałania nie tylko w zakresie tych przepisów lecz również w zakresie okoliczności faktycznych jakie na skutek zastosowania tej normy mogą się pojawić. Dla przykładu: jeżeli ustawodawca wymaga stosowania rękawic ochronnych to czynnością faktyczną jest ich zastosowanie zaś współdziałanie może polegać na tym, że w ramach istniejących u zleceniodawcy procedur zleceniobiorca nie będzie mógł przystąpić do wykonania czynności bez tych rękawic. Warto przy tym pamiętać, że jeżeli przy wykonywaniu czynności ktoś posłuży się innym podmiotem to za jego błędy odpowiada jak za własne [13]. Ekskulpacji dokonać można wprawdzie przez wykazanie, że czynności zlecono profesjonalście, lecz nawet wówczas zleceniodawcę obciążać będzie odpowiedzialność za tzw. winę w wyborze. Nadto nie uwolni się on od odpowiedzialności za przeprowadzenie procedury sprzecznie z obowiązującymi przepisami powołując się na fakt, iż czynności tych dokonywał ktoś inny jedynie w jego imieniu i na jego zlecenie.

Procedura obowiązku noszenia odzieży roboczej w zakładzie opieki zdrowotnej dotyczy pielęgniarek, położnych, lekarzy, ratowników medycznych, wszystkich pracowników mających kontakt z pacjentem, a także studentów kierunków medycznych [14]. Pracownikom służby zdrowia zaleca się noszenie w pracy stroju służbowego, który powinien zapewniać wygodę poruszania, komfort cieplny i zarazem odpowiadać wymogom sanitarno-epidemiologicznym i estetycznym. Dodatkowo, zależnie od okoliczności powinno się zakładać środki ochrony indywidualnej, takie jak: rękawiczki, maski, okulary, dodatkowe fartuchy, itp. Obuwie robocze powinno być wykonane z naturalnych surowców, przewiewne, z obcasem 3-4 cm i podeszwą antypoślizgową, a co najważniejsze dobrze przylegające do stopy. Odzież robocza ma zabezpieczać pracownika przed minimalnymi zagrożeniami występującymi na stanowisku pracy. Ubrania robocze – fartuchy muszą mieć krótkie rękawy, aby ograniczyć ich styczność z materiałem potencjalnie zakaźnym. Odzież ochronna musi być często zmieniana, obowiązkowo gdy została przemoczona, przepocona lub posiada ślady zanieczyszczeń np. krwią. Brudna odzież powinna być zbierana do worków rozpiętych na stelażach. Zapełniony do 2/3 wysokości worek powinien być zawiązany, a następnie wstawiony do czystego, foliowego worka lub specjalnego kontenera i przetransportowany do pralni. Pranie, konserwacja i odkażanie środków ochrony indywidualnej, odzieży i obuwia, które uległy skażeniu jest obowiązkiem

pracodawcy. Czyszczenie musi odbywać się w pralni, najlepiej szpitalnej. Odzież ochronna pod żadnym pozorem nie powinna być wynoszona ze szpitala, transportowana i prana w domach wraz z prywatnym ubraniem. Pracownicy, którzy są zatrudnieni jednocześnie w kilku placówkach medycznych nie powinni przenosić tej samej odzieży roboczej z jednego miejsca do drugiego [14].

Oprócz ubrania ochronnego w rekomendacjach dotyczących ochrony tak pracowników, jak i pacjentów, podkreśla się konieczność właściwej higieny rąk, najwięcej uwagi przywiązując do mycia i dezynfekcji dłoni oraz stosowania rękawiczek ochronnych. 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 podzielone [15, 16].

Polskie piśmiennictwo wskazuje, iż przed wykonaniem jakichkolwiek zabiegów medycznych należy nie tylko umyć ręce, ale także przygotować je do tego zabiegu. Długie, pomalowane paznokcie, zmiany skórne na dłoniach, a także odzież z długimi rękawami oraz biżuteria stanowią dodatkowy rezerwuuar bakterii u personelu [14, 17].

W normach amerykańskich także podnosi się 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 [15]. W najnowszych wymogach WHO eksperci zalecają, by personel bezpośrednio stykający się z pacjentami nie nosił sztucznych paznokci [18]. W przypadku wszystkich kontaktów z chorymi paznokcie powinny być naturalne i krótko obcięte (nie dłuższe niż 0,5 cm) [15, 18]. Uzasadniono to spostrzeżeniem, że sztuczne paznokcie przyczyniają się do osłabienia naturalnej płytki paznokciowej, dzięki czemu mogą stwarzać warunki do namnażania się drobnoustrojów chorobotwórczych [19]. 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 [20, 21].

Oprócz ewidentnych wskazań epidemiologicznych istotne wydaje się także subiektywne poczucie bezpieczeństwa odczuwane przez pacjentów w czasie kontaktów z profesjonalnymi pracownikami opieki zdrowotnej. Kultura osobista, w tym także wygląd zewnętrzny lekarza/pielęgniarki ma ogromny wpływ na budowanie relacji z pacjentami, relacji opartych na zaufaniu.

Cel badań

Ocena estetyki ubioru pracowników oddziałów szpitalnych, a także częstości malowania paznokci oraz noszenia biżuterii. Dodatkowo zapytano o sposoby prania/czyszczenia ubioru roboczego.

Materiał i metoda

Oceny dokonano na podstawie wyników bezpośredniej obserwacji personelu medycznego, natomiast odpowiedzi na zadane pytania badawcze uzyskano metodą wywiadu. Obserwacji poddano 288 osób (249 kobiet i 39 mężczyzn) pracujących na różnych oddziałach w czterech szpitalach województwa łódzkiego. Zdecydowaną większość osób obserwowanych stanowiły pielęgniarki (225 pielęgniarek vs. 63 lekarzy).

Do analizy statystycznej wykorzystano program Microsoft Office Excel 2010. Do oceny zależności zastosowano test niezależności χ^2 . Jako poziom istotności przyjęto $p=0,05$.

Wyniki badań

Zdecydowaną większość wśród badanych pielęgniarek (99,3%) stanowiły kobiety. 16,2% pielęgniarek zadeklarowało wykształcenie wyższe, 24,7% – wykształcenie pomaturalne, a 59,1% – wykształcenie średnie zawodowe. W całej grupie badanej 39,5% stanowili pracownicy oddziałów zachowawczych, a 60,5% oddziałów zabiegowych. Prawie 63% badanych to pracownicy o stażu pracy dłuższym niż 16 lat, natomiast co dziesiąty pracownik (10,7%) pracuje w zawodzie krócej niż 5 lat.

Chociaż nie odnotowano istotnych statystycznie różnic (dla $p \leq 0,05$) pomiędzy oddziałami w zakresie zdefiniowanej wcześniej estetyki higienicznej personelu medycznego, na uwagę zasługuje kilka obserwacji:

- wśród obserwowanego personelu wszyscy lekarze oraz 97,6% pielęgniarek noszą krótko obcięte paznokcie,
- 8% lekarek oraz 29,6% pielęgniarek miało polakierowane płytki paznokciowe,
- 46% lekarzy oraz większość pielęgniarek (67,2%) nosi na dłoniach biżuterię (obrączki, pierścionki),

- większość pracowników nosi włosy krótkie bądź długie upięte, nie przeszkadzające w pracy (98,4% lekarzy vs. 94,4% pielęgniarek),
- ubranie ochronne było u 96,8% pracowników schludne, czyste, zapięte w czasie pracy.

Na poziomie istotności nie stwierdzono także zależności pomiędzy rodzajem oddziału, na którym pracuje personel a częstością prania odzieży ochronnej ($\chi^2=0,9396$). Struktura odpowiedzi na obu rodzajach oddziałów – zabiegowych i zachowawczych – była dość zbliżona. Ubrania robocze większości badanych (83%) prane są raz lub dwa razy w tygodniu. Do rzadszego prania odzieży ochronnej przyznaje się 7% personelu, natomiast pozostałe 10% pierze ją częściej niż dwa razy w tygodniu. W tej ostatniej grupie ubranie ochronne prane jest: „trzy razy w tygodniu”, „co dwa dni”, „codziennie” a nawet „dwa razy dziennie”, przy czym ostatnia odpowiedź udzielona była przez pielęgniarkę zatrudnioną równocześnie w dwóch różnych miejscach pracy (tab. I).

Podobnie nie stwierdzono zależności ($\chi^2=4,3356$, $p \leq 0,05$) pomiędzy charakterem oddziału, na którym jest zatrudniony pracownik a tym, czy branie ochronne jest prane samodzielnie czy też oddawane do prania w miejscu pracy. Zarówno na oddziałach zabiegowych, jak i na zachowawczych (nawet na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej) badani w większości piorą odzież roboczą w domu.

Prawie 60% pracowników odpowiedziało, że zawsze pierze swój fartuch samodzielnie. Szczególną uwagę przykuwa fakt, że niemal 75% pielęgniarek pracujących na OIOM postępuje właśnie w taki sposób. Co dziesiąta osoba przyznała, iż czasem zabiera odzież ochronną do domu, a czasem oddaje ją do prania w miejscu pracy, a tylko co trzecia zapytana osoba oddaje swój uniform do czyszczenia w miejscu pracy. Należy podkreślić, iż pracodawcy we wszystkich przypadkach zapewniali swoim pracownikom pranie/czyszczenie odzieży ochronnej. Nie powierzanie tej czynności pracodawcy leżało po stronie pracowników, którzy twierdzili najczęściej, że pranie nie spełnia ich oczekiwań co do efektu końcowego: estetyki, jakości prania. Kilka osób przyznało, że obawia się zagubienia ich stroju w pralni.

Tabela I. Częstość prania fartuchów ochronnych wśród ankietowanych
Table I. Frequency of washing protective clothes worn by respondents

	Częściej niż 2 razy w tygodniu /more than twice a week	2 razy w tygodniu /twice a week	1 raz w tygodniu /weekly	1 raz na 2 tygodnie /once every two weeks	rzadziej niż 1 raz na 2 tygodnie /less than once every two weeks	Suma /Summary
Liczba ankietowanych /The number of respondents (n)	29	118	121	17	3	288
Odsetek ankietowanych /Percentage of respondents (%)	10,07%	40,97%	42,02%	5,90%	1,04%	100%

Dyskusja

Fartuchy ochronne stosuje się aby zabezpieczyć personel medyczny przed nabyciem zakażenia drobnoustrojami pochodzącymi od pacjenta i ze środowiska szpitalnego a także aby ochronić pacjentów (podatnych na zakażenie) przed potencjalnie patogennymi drobnoustrojami kolonizującymi personel. Używa się ich również w celu ochrony odzieży personelu przed zabrudzeniem czy zamoczeniem, w celu ochrony odzieży personelu przed kolonizacją drobnoustrojów, które następnie mogłyby być przenoszone na kolejnych pacjentów [22]. Badania Treacle i wsp. wykazały, że odzież ochronna personelu medycznego może być skontaminowana chorobotwórczą, jak i oporną florą bakteryjną. *S. aureus* wyhodowano z 23% białych fartuchów, wśród nich 18% (n=6) stanowiło MRSA. Nie wykazano związków pomiędzy kontaminacją a czasem ostatniego prania. Jednakże 17% badanych nie prało fartucha w ciągu 28 dni, a 64% nie robiło tego w okresie ostatniego tygodnia. Autorzy sugerują, iż wysiłki powinny być nałożone przede wszystkim na zachęcanie pracowników do częstszego prania swojej odzieży [23]. W badaniu własnym udokumentowaliśmy, iż 93% personelu medycznego prało swoją odzież ochronną co najmniej raz w tygodniu. Zgodnie z aktualnymi przepisami każdy pracownik placówki służby zdrowia, który w swojej pracy ma kontakt bezpośredni z pacjentem jest zobowiązany do zmiany odzieży z prywatnej na roboczą. Pracodawca w zakładach opieki zdrowotnej zobowiązany jest do zapewnienia prania odzieży roboczej pracowników, którzy nie powinni zabierać jej do prania w domach i nosić w tej samej torbie z rzeczami prywatnymi. Czysta odzież robocza powinna być w pralni nie tylko prana, ale też naprawiana, prasowana a także zapakowana i przygotowana do transportu [14]. Przeprowadzone badania wskazują na nieprzestrzeganie przez większość pielęgniarek zaleceń związanych z praniem odzieży ochronnej. Wynika z nich, iż prawie 2/3 pielęgniarek (60%) zawsze zabiera odzież ochronną do domu i pierze ją samodzielnie, 11% czasem pierze ją w domu, czasem oddaje do prania w miejscu pracy, a tylko 1/3 (31%) zawsze oddaje ją do prania w miejscu wykonywania pracy. Warto byłoby zbadać jaki jest powód właśnie takiego postępowania pielęgniarek. Czy związane jest ono wyłącznie z pracownikami: z brakiem świadomości ryzyka jakie niesie za sobą takie zachowanie, nieufnością w stosunku do prania przez inne osoby, przejęciem negatywnych wzorców współpracowników czy też brakiem zainteresowania tą kwestią kadry zarządzającej szpitala, której na rękę jest pranie uniformów samodzielnie przez pracowników. Część personelu pierze fartuchy w domu dla własnej wygody, lub w przeświadczeniu, że ich strój roboczy może ulec zniszczeniu lub nawet zagubieniu w pralni

szpitalnej. Jednak czy rzeczywiście takie postępowanie jest naganne? Odzież pracowników opieki zdrowotnej, w tym białe fartuchy, staje się w miarę używania coraz bardziej zanieczyszczona bakteriami o najczęściej niskiej zjadliwości pochodzącymi tak ze środowiska klinicznego i pacjentów, jak i od samego użytkownika. Hipoteza, że odzież ta może być wektorem dla transmisji zakażeń nie jest potwierdzona przez istniejące dowody, o ile jest systematycznie i często prana. Nie ma jednak mocnych dowodów na różnice w skuteczności odkażania ubioru pomiędzy procesami prania przemysłowego i domowego, lub że pranie domowe nie zapewnia wystarczającego odkażenia [24]. Potwierdzają to badania Patel'a i wsp., w których nie wyizolowano bakterii *S. aureus* z żadnej próbki przy zastosowaniu prania w pralce domowej z zachowaniem odpowiedniego detergentu, cyklu i temperatury 40°C. Domowe pranie odzieży ochronnej byłoby zatem akceptowalną alternatywą dla prania szpitalnego jeśli jest połączone z suszeniem bębnowym oraz prasowaniem [25]. Nie wolno także zapominać o odpowiednim opakowaniu i transportowaniu takiej odzieży. Odwołując się do środków ochrony osobistej warto przy tym zauważyć, że ochrona pracownika jest głównym lecz nie jedynym celem ich stosowania. Zadań środków ochrony indywidualnej należy poszukiwać w kręgu zagadnień związanych z szeroko pojętym zdrowiem publicznym. Środki te bowiem chronią po pierwsze społeczeństwo przed kosztami drogich procedur medycznych, które należy wdrożyć w przypadku konieczności usuwania następstw ich niestosowania oraz niejako wtórnie inne osoby niż pracownicy przed następstwami np. wyniesienia na ubraniu z miejsca pracy substancji szkodliwych. Wobec powyższego oceny skutków zaniechania stosowania środków ochrony indywidualnej lub stosowania ich w sposób sprzeczny z aktami prawa lub w sposób niewystarczający należy dokonać również w kontekście ochrony zdrowia publicznego. Zaniechanie to obciążać będzie i zleceniodawcę i zleceniobiorcę. Z tym, że odpowiedzialność zleceniodawcy będzie zawsze odpowiedzialnością deliktową i pierwotną wobec podmiotu poszkodowanego.

Rekomendacje dotyczące szeroko pojętej estetyki higienicznej personelu medycznego obejmują także noszenie biżuterii czy też dbałość o krótko obcięte paznokcie. Czy u podstaw tych zaleceń leżą doniesienia naukowe?

W szpitalu w Oklahoma City w 1997 roku odnotowano w sumie 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 szczegól-

nie długimi paznokciami niektórych pielęgniarek. Typowanie genetyczne oraz badania środowiskowe poparły możliwy związek przenoszenia bakterii przez dwie pielęgniarki, z których jedna miała długie naturalne paznokcie, a druga paznokcie długie sztuczne. Od czasu gdy szpital wydał nakaz obcięcia paznokci, zanotowano mniejszą liczbę nowych zakażeń, a żadne z nich nie miało związku z kolonizacją rąk personelu medycznego [26]. 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 tych z paznokciami naturalnymi [27].

Eksperci zaznaczają, iż brak jest rekomendacji wskazujących jednoznacznie na zakaz noszenia biżuterii przez personel medyczny [15], jednak niektórzy udowadniają, że noszenie pierścionków, obrączek i zegarków utrudnia osiągnięcie pełnej skuteczności mycia i dezynfekcji rąk, jednocześnie mogą być siedliskiem drobnoustrojów w miejscach źle osuszonych [16]. Salisbury i wsp. udowodnili redukcję większej liczby drobnoustrojów w czasie mycia rąk wśród personelu medycznego, który nie nosi pierścionków w porównaniu do osób noszących biżuterię [28]. Pierścionki, ale także zegarki i bransoletki powinny zostać zdjęte przed przystąpieniem do mycia i dezynfekcji rąk [29, 30].

Co prawda nie ma pełnej zgodności wśród naukowców w zakresie zaleceń dotyczących szeroko pojętej sylwetki pracownika służby zdrowia. Wszyscy jednak są jednogłośni, iż w zapobieganiu zakażeniom krzyżowym najwięcej uwagi powinno przywiązywać się do częstej higieny rąk oraz częstego prania odzieży roboczej. Ale odzież ochronna to nie tylko aspekt epidemiologiczny, ale i społeczny. Schludnie wyglądający pracownik służby zdrowia wzbudza większe zaufanie pacjentów, a to jest niezwykle istotny element w budowaniu tak ważnej relacji lekarz-pacjent.

W starych podręcznikach dla szkół pielęgniarskich oprócz wysokich kwalifikacji pielęgniarek opisywano bardzo dokładnie także sylwetkę pielęgniarki, która oprócz bardzo specyficznych cech charakteru, osobowości, predyspozycji powinna prezentować odpowiedni dla tego zawodu wygląd. „W kontakcie z drugim człowiekiem nawet wygląd pielęgniarki, jej czystość i schludność, ład i porządek w otoczeniu musi wzbudzać zaufanie. W pracy zawodowej powinna być zawsze ubrana w mundur pielęgniarski, który składa się z wygodnej, niekrępującej ruchów sukienki płóciennej, białego fartucha i czepka. Ze względu na to, że czepka jest już w tej chwili właściwie tylko sym-

bolem, nie utrzymuje i nie zakrywa włosów – muszą one być upięte lub przytrzymane spinkami. Ręce pielęgniarki powinny być dobrze utrzymane, paznokcie obcięte tak, aby nie wystawały poza opuszki palców (łatwość zadrapania chorego). Obuwie, przeznaczone tylko do pracy, musi odpowiadać wymogom higieny, dobrze obejmować stopę. Płaski lub półwysoki obcas buta powinien być podbity gumą. Butów nie nakłada się na bosą nogę, konieczne są skarpetki lub pończochy, które należy codziennie przepierać. Do munduru pielęgniarka nie nosi żadnych dodatkowych ozdób, które przeszkadzają w pracy, mogą skaleczyć chorego brudzą się i są trudne do umycia. Nieodzowny w pracy zegarek z sekundnikiem – nosi zapięty na agrafce w górnej kieszonce fartucha. Ze względu na chorych, często uczulonych na różne zapachy – pielęgniarka do munduru nie używa żadnych perfum czy wody kwiatowej” [31].

Badanie kwestionariuszowe na grupie 400 pacjentów przeprowadzone przez Rehman’a i wsp. potwierdziło, iż rzeczywiście wygląd lekarza ma wpływ na postrzeganie jego osoby przez badanych, a to z kolei może mieć potencjalny wpływ na prawdopodobieństwo przyjścia pacjenta po poradę. Respondenci w zdecydowanej większości opowiedzieli się za białym fartuchem (76,3%). W fartuchu chirurgicznym widzi swojego lekarza 10,2% pacjentów, w stroju biznesowym 8,8%, a w codziennym ubraniu tylko 4,7% badanych. Jednocześnie respondenci byli znacznie bardziej skłonni do dzielenia się problemami społecznymi, seksualnymi i psychologicznymi z lekarzem, który jest profesjonalnie ubrany. Formalny strój okazał się być związany z większym zaufaniem pacjentów [32].

Wnioski

1. Nie odnotowano większych zastrzeżeń w zakresie estetyki wyglądu zewnętrznego pracowników medycznych.
2. Szkolenia powinny obejmować zagadnienia związane z utrzymaniem właściwej higieny rąk, a także częstego prania odzieży ochronnej.
3. Pracodawcy w większości zapewniają właściwe pranie/czyszczenie odzieży ochronnej swoim pracownikom.
4. W przypadku prania domowego pracownik powinien przestrzegać warunków odpowiedniego opakowania i transportowania odzieży.
5. Schludnie wyglądający pracownik służby zdrowia wzbudza większe zaufanie pacjentów, a to jest niezwykle istotny element w budowaniu relacji lekarz-pacjent.

Piśmiennictwo / References

1. Brzeziński T. Dawna medycyna i lekarze. Studium kształtowania zawodu. [w:] Historia medycyny. Brzeziński T (red). PZWL, Warszawa 2004;
2. Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks Pracy. Dz.U. z 1974 r. nr 24, poz. 141 z późn. zm.
3. Rybacki M, Piekarska A (red). Zapobieganie zakażeniom krwiopochodnym u personelu medycznego. Poradnik dla służb BHP, PIS i PIP, pracodawców i pracowników. Oficyna Wyd IMP, Łódź 2013.
4. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 26 września 1997 r. w sprawie ogólnych warunków bezpieczeństwa i higieny pracy (tekst jedn. Dz.U. z 2003 r. nr 169, poz. 1650 z późn. zm).
5. Gersdorf M, Rączka K, Raczkowski M. Kodeks pracy. Komentarz. LexisNexis 2011.
6. Dyrektywa Rady Wspólnot Europejskich nr 89/686/EWG z 21 grudnia 1989 r. w sprawie ujednolicenia przepisów prawnych państw członkowskich dotyczących środków ochrony indywidualnej. Dz.Urz. WE 1989 L 399/18-38.
7. Rozporządzenie Ministra Gospodarki z dnia 21 grudnia 2005 r. w sprawie zasadniczych wymagań dla środków ochrony indywidualnej. Dz.U. 2005, nr 259, poz. 2173.
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 kwietnia 2005 r. w sprawie szkodliwych czynników biologicznych dla zdrowia środowiska pracy oraz ochrony zdrowia pracowników zawodowo narażonych na te czynniki. Dz.U. 2005, nr 85, poz. 716.
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 19 czerwca 1996 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy przygotowywaniu, podawaniu i przechowywaniu leków cytostatycznych w zakładach opieki zdrowotnej. Dz.U. 1996, nr 80, po. 376.
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 czerwca 1984 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy w poradniach i pracowniach stomatologicznych. Dz.U. 1984, nr 37, poz. 197.
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 10 kwietnia 1972 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy w zakładach anatomii patologicznej, w prosektoriach oraz w pracowniach histopatologicznych i histochemicznych. Dz.U. 1972, nr 17, poz. 123.
12. Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gliwicach z dnia 25 listopada 2009 r. IV SA/GI 340/2009.
13. Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks Cywilny. Dz.U. z 1964 r., poz. 93 z późn. zm.
14. Ciurus MJ. Procedury higieny w placówkach ochrony zdrowia. Instytut Problemów Ochrony Zdrowia, Warszawa 2009.
15. Boyce J, Pittet D. Guideline for hand hygiene in healthcare settings: Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. Am J Infect Control 2002, 30: S1-S46.
16. Montville R, Chen Y, Schaffner D. Risk assessment of hand washing efficacy using literature and experimental data. Int J Food Microbiol 2002, 73: 305-313.
17. Bilski B (red). Higiena pracy dla pielęgniarek. Wybrane zagadnienia. Wyd Nauk Akad Med, Poznań 2004.
18. Pittet D, Allegranzi B, Boyce J. The World Health Organization Guidelines on Hand Hygiene in Health Care and Their Consensus Recommendations. Infect Control Hosp Epidemiol 2009, 30(7): 611-622.
19. Sandlin D. Too busy to wash your hands in PACU? J PeriAnesthesia Nurs 2004, 19(4): 263-264.
20. Gilmore G. Evolving standards challenge compliance. Nurs Manag 2003, 34(12): 24-26.
21. Larson E. APIC guideline for handwashing and hand antisepsis in health care settings. Am J Infect Control 1995, 23(4): 251-269.
22. Bober-Gheek B, Fleischer M. Podstawy pielęgniarstwa epidemiologicznego. Wyd Med Urban & Partner, Wrocław 2006.
23. Treake AM, Thom KA, Furuno JP, Strauss SM, Harris AD, Perencevich EN. Bacterial contamination of health care workers' hide coats. Am J Infect Control 2009, 37: 101-105.
24. Wilson JA, Loveday HP, Hoffman PN, Pratt RJ. Uniform: an evidence review of the microbiological significance of uniforms and uniform policy in the prevention and control of healthcare-associated infections. Report to the Department of Health (England). J Hosp Infect 2007, 66: 301-307.
25. Patel SN, Murray-Leonard J, Wilson APR. Laundering of hospital staff uniforms at home. J Hosp Infect 2006, 62: 89-93.
26. Moolenaar RL, Crutcher JM, San Joaquin VH, Sewell LV, Hutwagner LC, Carson LA, et al. A prolonged outbreak of *Pseudomonas aeruginosa* in a neonatal intensive care unit: did staff fingernails play a role in disease transmission? Infect Control Hosp Epidemiol 2000, 21(2): 80-85.
27. McNeil S, Foster C, Hedderwick S, Kauffman C. Effect of hand cleansing with antimicrobial soap or alcohol-based gel on microbial colonization of artificial fingernails worn by health care workers. Clin Infect Dis 2001, 32(3): 367-372.
28. Salisbury D, Hutfilz P, Treen L, Bollin G, Gautam S. The effect of rings on microbial load of health care workers' hands. Am J Infect Control 1997, 25(1): 24-27.
29. Nieradko-Iwanicka B. Higiena rąk złotym standardem w medycynie. Probl Hig Epidemiol 2006, 87(2): 97-100.
30. Porter K. The dental nurses' guide to infection control and decontamination. MA Healthcare Limited, London 2008.
31. Wołynka S. Pielęgniarstwo ogólne. Podręcznik dla szkół pielęgniarek. PZWL, Warszawa 1966.
32. Rehman SU, Nietert PJ, Cope DW, Kilpatrick AO. What to wear today? Effect of doctor's attire on the trust and confidence of patients. Am J Med 2005, 118: 1279-1286.