

Podstawy pielęgniarstwa sem. II wykład 2 – 23.04.2026

Spis zagadnień

1. Definicja zdrowia i czynniki warunkujące zdrowie
2. Styl życia i zachowania prozdrowotne
3. Opieka pielęgniarstwa nad człowiekiem zdrowym – dziecko i dorosły
4. Szczepienia ochronne – organizacja, dokumentacja i obowiązki pielęgniarki
5. Edukacja zdrowotna i promocja zdrowia
6. Opieka pielęgniarstwa nad człowiekiem starszym
7. Choroba – definicja, klasyfikacja i opieka paliatywna
8. Rola zawodowa pielęgniarki i funkcje zawodowe pielęgniarstwa
9. Zakażenia szpitalne – definicje, źródła, profilaktyka i izolacja

1. Definicja zdrowia i czynniki warunkujące zdrowie

Definicja zdrowia według WHO

Zdrowie to pełny dobrostan fizyczny, psychiczny, duchowy i społeczny, a nie tylko brak choroby lub niesprawności. Jest to definicja Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), która stanowi punkt wyjścia dla całego rozumienia pielęgniarstwa jako zawodu. Kluczowym pojęciem wynikającym z tej definicji jest **holizm** – podejście do pacjenta jako całości, uwzględniające wszystkie aspekty jego funkcjonowania: biologiczny, psychiczny, duchowy i społeczny.

W praktyce pielęgniarstwa holizm oznacza, że nie możemy traktować pacjenta jednostronnie, skupiając się wyłącznie na chorobie somatycznej. Każdy pacjent jest wyjątkowy i złożony – jego zachowania, nawet te pozornie irracjonalne, wynikają z całości jego doświadczeń życiowych, przeżyć, wartości i środowiska, w którym funkcjonuje. Przykładem holistycznego podejścia jest sytuacja, gdy pacjent w nocy myli pielęgniarkę z bliską osobą (np. matką lub córką). Przyznanie się do tej roli może sprawić, że pacjent w końcu zaśnie, zamiast przez kolejne godziny się niepokoić – i takie niekonwencjonalne działanie jest w pełni uzasadnione z perspektywy holistycznej opieki.

Pielęgniarka pełni wielokrotnie rolę psychologa, mediatora i negocjatora – motywuje pacjentów do walki z chorobą lub do nauki życia z chorobą w nowych realiach. Opieką pielęgniarstwa obejmuje się nie tylko samego pacjenta, ale często całą jego rodzinę, ponieważ złe relacje rodzinne bezpośrednio wpływają na stan zdrowia chorego.

Czynniki warunkujące zdrowie

Zdrowie człowieka jest wypadkową wielu wzajemnie powiązanych czynników. Znajomość tych czynników jest niezbędna do prawidłowej oceny sytuacji zdrowotnej pacjenta i planowania opieki.

Czynniki biologiczne obejmują:

- predyspozycje wrodzone i genetyczne (wiele chorób nie jest formalnie uznanych za genetyczne, ale wyraźnie wykazuje tendencję do rodzinnego występowania),
- cechy układu immunologicznego – ten sam wirus może wywołać zupełnie różne objawy u różnych osób,
- cechy anatomiczne i fizjologiczne – np. pojemność płuc wpływa na przebieg grypy.

Zachowania indywidualne mają ogromne znaczenie. Dwie osoby o identycznym genotypie (np. bliźnięta) mogą mieć zupełnie różne rokowania zdrowotne, jeśli jedna prowadzi zdrowy tryb życia (prawidłowe odżywianie, brak nałogów, używanie pasów bezpieczeństwa), a druga pali, pije alkohol i odżywia się nieprawidłowo.

Środowisko fizyczne to warunki mieszkaniowe, środowisko pracy i środowisko naturalne. Przykładem jest pylica u górników i pracowników hut na Śląsku, wynikająca z wieloletniego narażenia na pyły. Warunki mieszkaniowe mogą być zaskakująco prymitywne nawet w dużych miastach – jeszcze w latach 2008–2010 w centrum Krakowa wiele kamienic miało toalety na zewnątrz budynku. Środowisko fizyczne obejmuje też stopień zurbanizowania i uprzemysłowienia – mieszkanie blisko huty wiąże się z wyraźnie wyższym ryzykiem chorób, co potwierdzają badania i przykłady z życia (np. serial o ołowianych dzieciach).

Środowisko psychospołeczne to status społeczny i ekonomiczny, podatność na informacje zewnętrzne (np. panika podczas pandemii COVID-19 lub w czasie konfliktu zbrojnego w Ukrainie generowała choroby psychosomatyczne), a także systemy wartości i standardy kulturowe. Przykładem skrajnym jest praktyka

okaleczania żeńskich narządów płciowych w niektórych krajach afrykańskich, gdzie szacuje się, że około 15% dziewczynek poddawanych temu zabiegowi nie przeżywa.

System opieki zdrowotnej – dostępność i jakość opieki zdrowotnej różni się znacząco w zależności od kraju i statusu materialnego. W Polsce mamy względnie równy dostęp do systemu, podczas gdy w USA dostęp do opieki zdrowotnej jest silnie uzależniony od posiadanych środków finansowych.

Praca – posiadanie pracy sprzyja zdrowiu psychicznemu, o ile nie wiąże się z mobbingiem lub innymi negatywnymi czynnikami. Bezrobocie natomiast jest czynnikiem ryzyka dla zdrowia psychicznego i fizycznego.

Społeczność i systemy wartości – środowisko, w którym żyjemy, kształtuje nasze zachowania zdrowotne. Normy kulturowe mogą zarówno chronić zdrowie, jak i mu zagrażać.

Środowisko przekształcone przez człowieka – stopień urbanizacji i uprzemysłowienia przestrzeni życiowej ma bezpośredni wpływ na zdrowie mieszkańców.

2. Styl życia i zachowania prozdrowotne

Definicja stylu życia

Styl życia to zespół zachowań, postaw i ogólna filozofia życia jednostki i grupy. Zależy on od środowiska społecznego i kulturowego, w którym funkcjonuje dana osoba, oraz od jej osobistych przekonań, wartości, umiejętności i wyborów. Choć jednostka ma możliwość samodzielnego kształtowania swojego sposobu życia, znaczący wpływ na jej wybory wywiera środowisko, w którym funkcjonuje.

Alternatywna, bardziej ogólna definicja mówi, że styl życia obejmuje typowe dla człowieka zachowania, które odzwierciedlają jego osobistą filozofię i podejście do życia.

Zdrowy styl życia to nie tylko sprawność fizyczna i dbałość o ciało. Współcześnie mówi się o równowadze między wszystkimi aspektami zdrowia: fizycznym, psychicznym i społecznym. Na zdrowy styl życia składają się:

- prawidłowe odżywianie,
- regularna aktywność fizyczna,
- unikanie czynników szkodliwych dla organizmu,
- umiejętność regeneracji,
- pozytywne nastawienie do życia.

Zachowania sprzyjające zdrowiu

Zachowania sprzyjające zdrowiu to te, które kształtują zdrowie w sposób pozytywny i je budują. Należą do nich:

- **unikanie stosowania używek** – palenie tytoniu, alkohol, narkotyki są jednymi z najważniejszych czynników ryzyka chorób przewlekłych. Warto wiedzieć, że palenie papierosów powoduje gorsze gojenie się ran – jest to informacja, którą pielęgniarka może przekazać pacjentowi przy okazji każdego kontaktu,
- **dbanie o bezpieczeństwo w ruchu drogowym** – używanie pasów bezpieczeństwa, przestrzeganie przepisów,
- **kształtowanie prawidłowych nawyków zdrowotnych,**
- **podejmowanie działań prozdrowotnych** – aktywność fizyczna dostosowana do stanu zdrowia i możliwości danej osoby,
- **utrzymanie higieny osobistej i czystości otoczenia** – w XXI wieku nadal spotykamy pacjentów twierdzących, że mycie raz w tygodniu wystarcza. Pielęgniarka musi w taktowny, ale konsekwentny sposób egzekwować przestrzeganie higieny przez pacjentów hospitalizowanych. Pacjent samodzielny (chodzący do łazienki, wychodzący do bufetu) jest w stanie umyć swoje kubki i posprzątać szafkę – należy mu to zlecić i po jakimś czasie skontrolować wykonanie,
- **działania profilaktyczne** – regularne wizyty u lekarza, badania kontrolne. Dla kobiet: cytologia co najmniej raz na dwa lata (najlepiej raz w roku), regularne wizyty ginekologiczne. Dla wszystkich: morfologia i podstawowe badania krwi raz w roku,
- **regularne wizyty u stomatologa.**

Wychowanie zdrowotne

Wychowanie zdrowotne to całościowa postawa wobec zdrowia, na którą składają się:

- racjonalnie i emocjonalnie zrównoważony stosunek do choroby, kalectwa i śmierci,
- poczucie odpowiedzialności za własne zdrowie i współodpowiedzialności za zdrowie publiczne,
- gotowość i umiejętność niesienia pomocy innym,
- świadome współtworzenie warunków sprzyjających zdrowiu,

- aktywny udział w pracy wychowawczej kształtującej postawy i zachowania (tworzenie kultury zdrowotnej).

Wychowanie zdrowotne przebiega na trzech szczeblach:

Heteroedukacja – dotyczy przede wszystkim wczesnego dzieciństwa. Osoby dorosłe (rodzice, pielęgniarki) wykonują wszystkie czynności przy dzieciach i pilnują profilaktyki za osoby od nich zależne.

Faza pośrednia (autoedukacja w toku) – uczymy dzieci, jak mają funkcjonować: mycie zębów, mycie rąk po powrocie z podwórka, chodzenie do lekarza, gdy coś boli. Dziecko uczy się odpowiednich zachowań pod nadzorem dorosłych.

Autoedukacja – okres dojrzewania i dorastania, kiedy człowiek przejmuje odpowiedzialność za własne zdrowie. Jeszcze jest wspierany przez rodziców, ale staje się coraz bardziej samodzielny.

Heteroedukacja odwrócona – dorosły, który doskonale zdaje sobie sprawę z właściwych zachowań zdrowotnych, uczy następne pokolenie prawidłowych postaw. W kontekście pielęgniarstwa dotyczy to pracy na oddziałach pediatrycznych, w żłobkach i przedszkolach, gdzie pielęgniarka uczy dzieci higieny osobistej, właściwego odżywiania, higieny pracy (prawidłowa postawa przy nauce), bezpiecznego poruszania się po ulicy, dbania o zdrowie psychiczne oraz podstaw ratownictwa medycznego.

3. Opieka pielęgniarstwa nad człowiekiem zdrowym – dziecko i dorosły

Opieka nad dzieckiem zdrowym w POZ

Największą rolę w opiece nad człowiekiem zdrowym pełni **pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej (POZ)**. System opieki nad dzieckiem zdrowym jest ściśle uregulowany prawnie – rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej z dnia 17 grudnia 2015 roku (z późniejszymi zmianami) określa, jakie badania i w jakim okresie życia powinno mieć dziecko.

W momencie urodzenia dziecka szpital przekazuje informację do wskazanej przez rodziców poradni POZ. Jeśli rodzice nie wskażą poradni, pielęgniarki neonatologiczne lub położne wyznaczają poradnię najbliższego miejsca zamieszkania matki. Celem jest zapewnienie, że żadne dziecko nie pozostanie poza systemem.

Zalecane jest, aby dla dziecka do lat 5 opiekę sprawował zawsze ten sam lekarz – zarówno w zdrowiu, jak i w chorobie. W praktyce jest to trudne do realizacji, ale stanowi cel, do którego dąży system.

Elementy opieki pielęgniarstwa nad dzieckiem zdrowym:

1. **Wizyta patronażowa u noworodka** – teoretycznie wykonywana przez lekarza, w praktyce najczęściej przez położną lub pielęgniarkę. Położna może ją wykonać do 30. dnia życia dziecka; po 30. dniu życia wizytę patronażową w domu wykonuje pielęgniarka.

1. **Badania lekarskie niemowląt** – regularne wizyty kontrolne.

1. **Testy przesiewowe** – wczesne wykrywanie dotychczas nierozpoznanych chorób, zaburzeń lub wad. Według WHO testy przesiewowe opierają się na standaryzowanych testach i szybkich metodach diagnostycznych umożliwiających wstępną ocenę stanu zdrowia. Wynik może być dodatni (prawdopodobieństwo choroby) lub ujemny (brak choroby).

1. **Bilanse zdrowia** – powinny być wykonywane co najmniej w wieku 2, 4 i 5 lat. Późniejsze bilanse są realizowane w ramach medycyny szkolnej.

1. **Szczepienia ochronne** – omówione szczegółowo w kolejnym rozdziale.

Testy przesiewowe – zakres i znaczenie

Testy przesiewowe obejmują ocenę:

- **rozwoju fizycznego** – siatka centylowa (dostępna w książeczkach zdrowia dziecka), pozwala ocenić, czy dziecko mieści się w normie wzrostowo-wagowej,
- **rozwoju psychoruchowego** – oceniany m.in. na lekcjach WF, wyniki przekazywane pielęgniarence szkolnej,
- **funkcjonowania narządu wzroku** – badanie ostrości wzroku (standardowo z odległości 5 metrów, choć w praktyce szkolnej często przeprowadzane w warunkach dalekich od ideału),
- **funkcjonowania narządu słuchu**,
- **układu ruchu** – ocena kręgosłupa (skolioza),
- **ciśnienia tętniczego krwi**.

Każde badanie przesiewowe musi być odnotowane w dokumentacji dziecka.

Badania przesiewowe noworodków – Polska jest w czołówce światowej pod względem zakresu badań przesiewowych noworodków. Wykonuje się je pobierając krew z pięty noworodka. Badania obejmują m.in.:

- **fenyloketonurię** – wrodzona choroba metaboliczna, wczesne wykrycie pozwala zapobiec uszkodzeniu mózgu przez odpowiednią dietę,
- **wrodzoną niedoczynność tarczycy,**
- **wrodzony przerost nadnerczy,**
- **rdzeniowy zanik mięśni (SMA)** – wczesne wykrycie umożliwia wdrożenie terapii genowej,
- inne jednostki chorobowe.

Dzięki wczesnemu wykrywaniu tych chorób możliwe jest objęcie dzieci opieką zanim dojdzie do poważnych powikłań.

Opieka nad człowiekiem dorosłym zdrowym

Człowiek dorosły powinien mieć już wpojone zachowania prozdrowotne i wiedzieć, co jest dobre, a co złe dla jego zdrowia. W praktyce jednak jest to częściowo fikcja – część społeczeństwa faktycznie dba o siebie, ale wielu dorosłych wymaga edukacji i motywacji.

Rola pielęgniarki w opiece nad dorosłym zdrowym polega przede wszystkim na:

- prowadzeniu rozmów edukacyjnych przy okazji każdego kontaktu (np. zwrócenie uwagi palącemu pacjentowi na związek palenia z gorszym gojeniem ran),
- motywowaniu do zmiany trybu życia, gdy pojawiają się pierwsze objawy chorób przewlekłych (np. pierwsze objawy niewydolności nerek),
- promowaniu zdrowego stylu życia: prawidłowe odżywianie, aktywność fizyczna, dbałość o zdrowie psychiczne (radzenie sobie ze stresem, prawidłowe relacje międzyludzkie).

4. Szczepienia ochronne – organizacja, dokumentacja i obowiązki pielęgniarki

Uprawnienia do wykonywania szczepień

Nie każda pielęgniarka po ukończeniu studiów ma automatyczne uprawnienia do wykonywania szczepień ochronnych. Uprawnienia te nabywa się po ukończeniu **specjalistycznego kursu** trwającego od dwóch do czterech tygodni. Wyjątkiem była pandemia COVID-19 i szczepienia przeciw grypie – w tych przypadkach pielęgniarki mogły samodzielnie kwalifikować pacjentów do szczepień, aby przyspieszyć masowe szczepienia.

Do szczepień **kwalifikuje lekarz**. Pielęgniarka wykonuje szczepienie po uprzednim sprawdzeniu, czy lekarz dokonał kwalifikacji.

Cel kursu szczepiennego

Kurs szczepienny uczy nie tylko techniki wykonania iniekcji (co samo w sobie nie jest trudne), ale przede wszystkim:

- **rozmawiania z rodzicami i rodziną** w sposób prawidłowy i przekonujący,
- **wiedzy o niepożądanych odczynach poszczepiennych (NOP)** – ich rozpoznawania i postępowania,
- **rozwiązywania wątpliwości rodziców** w celu przekonania ich do szczepienia dziecka,
- **prawidłowego wypełniania dokumentacji** szczepiennej, która towarzyszy człowiekowi przez wiele lat.

Dokumentacja szczepień

Każde szczepienie musi być odnotowane w **trzech miejscach**:

1. **karcie odporności** dziecka,
2. **książeczce zdrowia dziecka,**
3. **dokumentacji elektronicznej** pacjenta (obowiązek prowadzenia dokumentacji elektronicznej, choć wiele poradni nadal prowadzi dokumentację papierową).

W każdym wpisie muszą znaleźć się:

- rodzaj szczepionki,
- miejsce podania,
- **numer seryjny szczepionki** (numer partii z opakowania) – niezbędny w przypadku ewentualnego zanieczyszczenia partii lub innych problemów z daną serią.

Błędne odnotowanie szczepienia może prowadzić do poważnych konsekwencji – np. nowa poradnia może uznać, że dziecko nie było szczepione, i podać kolejną serię szczepionek, co obciąży układ immunologiczny.

Standardy postępowania przy szczepieniach

Pielęgniarka szczepiona jest zobowiązana do:

1. **Zaopatrzenia punktu szczepień w szczepionki** – odbiór z powiatowej stacji sanitarno-epidemiologicznej, transport i przechowywanie zgodne ze wskazówkami producenta i przepisami prawa.

1. **Kontroli temperatury przechowywania szczepionek** – lodówki ze szczepionkami muszą być sprawdzane co najmniej raz dziennie. W punktach szczepień powinien być zamontowany system monitorowania temperatury 24 godziny na dobę, z alarmem (dźwiękowym lub SMS-owym) w przypadku odchylenia.

1. **Sprawdzenia kwalifikacji lekarskiej** przed wykonaniem szczepienia.

1. **Wykonania szczepienia zgodnie z kalendarzem szczepień i zaleceniami producenta** – dawka, sposób przygotowania (np. mieszanie składników dwuskładnikowej szczepionki), droga podania.

1. **Poinformowania rodziców o obowiązku pozostania na terenie poradni przez co najmniej 30 minut** po szczepieniu – ze względu na ryzyko wstrząsu anafilaktycznego. Jeśli rodzic opuści poradnię przed upływem 30 minut, odpowiedzialność za ewentualne powikłania przechodzi na niego.

1. **Prawidłowej utylizacji sprzętu jednorazowego** – segregacja odpadów medycznych.

1. **Umawiania na kolejny termin szczepienia.**

1. **Ściągania rodziców uchylających się od szczepień** – pielęgniarka ma obowiązek wysyłać ponaglenia do rodziców, którzy nie stawiają się z dzieckiem na szczepienia. W przypadku braku reakcji możliwe jest zawiadomienie odpowiednich służb. Rodzice mają prawny obowiązek zaszczepienia dzieci szczepionkami obowiązkowymi; uchylenie się od tego obowiązku grozi odpowiedzialnością prawną i finansową (mandat).

Kalendarz szczepień

Kalendarz szczepień na rok 2025 przewiduje szczególnie intensywny harmonogram szczepień w pierwszych dwóch latach życia dziecka. Może on ulec modyfikacji w przypadku:

- wcześniactwa,
- dużych alergii pokarmowych,
- obniżonego lub wzmożonego napięcia mięśniowego,
- innych wskazań medycznych.

Modyfikacje kalendarza są zawsze konsultowane z pediatrą.

Odporność zbiorowa (stadna)

Celem masowych szczepień jest osiągnięcie **odporności zbiorowej (stadnej)**. Gdy zaszczepiona jest zdecydowana większość populacji (np. 95–99%), choroba nie może się szerzyć, co chroni również te osoby, które nie mogą być zaszczepione (np. niemowlęta przed pierwszym szczepieniem, osoby z przeciwwskazaniami). Dlatego tak ważne jest, aby szczepienia obejmowały jak największą część społeczeństwa.

Niepożądane odczyny poszczepienne (NOP)

NOP mogą być miejscowe lub ogólne:

- **miejscowe:** zaczerwienienie, obrzęk, ból w miejscu wkłucia,
- **ogólne:** złe samopoczucie, drażliwość, gorączka, **nieutulony płacz** u niemowląt (dzieci mogą płakać przez wiele godzin, ponieważ szczepienie wywołuje burzę immunologiczną w organizmie).

W przypadku niepokojących objawów rodzice powinni udać się na **nocną i świąteczną opiekę zdrowotną**. Jeśli objawy są poważne (wysoka gorączka, nieutulony płacz, duszność), właściwym miejscem jest **szpitalny oddział ratunkowy (SOR)**, gdyż może to być stan zagrożenia życia.

5. Edukacja zdrowotna i promocja zdrowia

Definicja edukacji

Edukacja odnosi się do rozwoju intelektualnego i zdobywania wiedzy przez człowieka. Obejmuje cały zakres procesów związanych z wychowaniem, kształceniem i oświatą. Może przyjmować różne formy:

- **edukacja formalna** – system szkolny, studia (np. wykłady akademickie),
- **edukacja nieoficjalna** – zajęcia poza szkołą, ale w sposób uporządkowany (np. zajęcia dodatkowe),
- **edukacja nieformalna** – oparta na praktycznych doświadczeniach i działalności pozaszkolnej,
- **edukacja akcidentalna** – wynikająca z przypadkowych sytuacji i doświadczeń życiowych.

Edukacja pacjenta

Edukacja pacjenta to celowy, wieloetapowy proces skierowany do osoby korzystającej z systemu opieki zdrowotnej oraz – w razie potrzeby – do jej otoczenia (rodziny, opiekunów). Działania edukacyjne mają charakter wychowawczy i edukacyjny; ich celem jest kształtowanie lub utrwalanie postaw i motywacji sprzyjających zdrowiu.

Edukacja pacjenta jest zawsze zgodna z celami społecznymi akceptowanymi w ramach:

- programów promocji zdrowia,
- wychowania zdrowotnego,
- oświaty zdrowotnej,
- profilaktyki.

U osób zdrowych edukacja zdrowotna służy utrzymaniu i wzmacnianiu zdrowia oraz zapobieganiu chorobom.

U osób chorych edukacja zdrowotna polega na wpojeniu pacjentowi i jego rodzinie zachowań, które:

- zahamują postęp choroby,
- ograniczą jej skutki,
- przywrócą zdrowie,
- lub zapewnią dobrostan psychiczny mimo choroby (nauczą funkcjonowania z chorobą).

Promocja zdrowia

Promocja zdrowia to proces, który pozwala ludziom przejąć kontrolę nad własnym zdrowiem oraz kształtować warunki sprzyjające jego utrzymaniu i poprawie. Wspiera ona rozwój osobisty każdej jednostki oraz rozwija jej umiejętności współżycia w społeczeństwie.

Celem promocji zdrowia jest:

- zapewnienie równego dostępu do zasobów i działań wspierających zdrowie,
- umożliwienie każdemu człowiekowi zwiększania własnego potencjału zdrowotnego poprzez wpływ na czynniki warunkujące zdrowie.

Zakres działań promocji zdrowia

Działania z zakresu promocji zdrowia obejmują:

1. **Tworzenie warunków środowiskowych sprzyjających zdrowiu** – np. strefy bez alkoholu, zakaz sprzedaży alkoholu po godzinie 22. Są to decyzje podejmowane przez władze miast jako element promocji zdrowia.
1. **Zapewnienie dostępu do rzetelnych informacji zdrowotnych** – samo ograniczenie sprzedaży alkoholu nie wystarczy; należy informować, dlaczego takie działania są podejmowane i jakie mają cele (np. zmniejszenie alkoholizmu, redukcja liczby pacjentów w szpitalach).
1. **Rozwijanie praktycznych umiejętności wspierających zdrowy styl życia** – np. tworzenie ogrodów społecznych (miejsc, gdzie każdy może uprawiać rośliny i zbierać plony), organizowanie alternatywnych form spędzania czasu.

Ważna zasada: chęć zmiany i postępowania zgodnie z promocją zdrowia zawsze powinna wynikać bezpośrednio od pacjenta lub podopiecznego. Nie możemy za nich decydować. Dotyczy to osób dorosłych i młodzieży – w przypadku małych dzieci opiekun prawny lub pielęgniarka może nakazać podjęcie właściwej decyzji.

Jak planować działania z promocji zdrowia

Skuteczny program promocji zdrowia wymaga systematycznego planowania:

1. **Rozpoznanie problemu** – co jest zagrożeniem, co utrudnia jego likwidację, jak przekazać informacje do opinii publicznej.
1. **Znalezienie sojuszników** – działania promocji zdrowia wymagają współpracy wielu osób i instytucji. Przykład: zakaz sprzedaży alkoholu po 22 powstał, bo grono ludzi działało razem, mając podobne cele.
1. **Ustalenie priorytetów** – co jest najważniejsze do osiągnięcia (np. zmniejszenie dostępności alkoholu, a nie całkowita jego likwidacja, co jest nierealne).
1. **Określenie celów i zadań** – konkretne, mierzalne cele.
1. **Sprawdzenie zasobów** – co jest niezbędne do realizacji (np. wsparcie władz, odpowiednia ustawa, współpraca policji i straży miejskiej).
1. **Realizacja programu** – program musi mieć pozytywny odbiór społeczny. Nie może być oparty na nakazie i przymusie, lecz na tworzeniu pozytywnego wzorca i wzajemnym wsparciu. Chęć zmiany musi wynikać z samej osoby, do której program jest kierowany.

1. **Bieżąca ocena działań** – monitorowanie efektów, ewentualna modyfikacja działań, informowanie wszystkich zainteresowanych stron o wynikach.

Edukacja zdrowotna w POZ – konkretne działania pielęgniarki

Pielęgniarka w POZ realizuje edukację zdrowotną poprzez:

- udzielanie porad dotyczących zapobiegania wypadkom w środowisku domowym,
- prowadzenie wsparcia i doradztwa dla kobiet karmiących piersią,
- prowadzenie instrukcji w zakresie higieny jamy ustnej,
- informowanie i wspieranie rodziców w przypadku karmienia sztucznego,
- edukację dotyczącą znaczenia aktywności fizycznej dla zdrowia,
- udzielanie informacji na temat szczepień ochronnych i ich znaczenia w profilaktyce,
- edukację w zakresie profilaktyki chorób przebiegniowych i zdrowia jamy ustnej,
- wsparcie w modyfikacji zachowań zdrowotnych w celu poprawy stylu życia.

Kontakt z osobami zdrowymi w POZ jest ograniczony (testy przesiewowe, bilanse, szczepienia, wizyty z powodu choroby), dlatego każdą okazję należy wykorzystać do edukacji. Przykładem są kolorowe plakaty i obrazki w poradniach dziecięcych pokazujące prawidłowy talerz żywieniowy, kolorowanki dotyczące zdrowia, a także rozmowy z dziećmi o tym, co jadły na obiad.

6. Opieka pielęgniarska nad człowiekiem starszym

Starzenie się jako proces

Starzenie to proces prowadzący do określonych zmian fizycznych i psychicznych w organizmie człowieka. Nie zawsze przebiega on fizjologicznie (stopniowo) – często jest dynamiczny i zaskakujący dla rodziny. Przykładem jest sytuacja, gdy osiemdziesięciolatka, która jeszcze poprzedniego dnia pielęgała ogródek, nagle trafia do szpitala i nie wstaje z łóżka.

Wpływ hospitalizacji na osoby starsze

Szpital dla osób starszych jest szczególnie obciążający – nie dlatego, że personel działa na ich niekorzyść, ale dlatego, że:

- zmiana otoczenia, zapachów, dźwięków i personelu jest dla starszego mózgu bardzo stresująca,
- u pacjentów z łagodnymi objawami otępienia lub choroby Alzheimera (np. gubienie kluczy, wkładanie portfela do lodówki) hospitalizacja może wywołać poważne zaburzenia zachowania: wychodzenie z łóżka, wyrwanie wkluc, niemożność nawiązania kontaktu,
- stan ten często nie cofa się do poziomu sprzed hospitalizacji, ponieważ mózg w starszym wieku ma ograniczoną zdolność regeneracji.

Dlatego dąży się do **minimalizowania hospitalizacji** osób starszych, gdy tylko jest to możliwe. Krótka hospitalizacja (np. dobowe obserwacje na SOR) może być lepszym rozwiązaniem niż długi pobyt na oddziale.

Zmiany psychologiczne w procesie starzenia

Starzenie się psychologiczne wiąże się ze zmianami osobowości i funkcji intelektualnych. Rzadko który senior starzeje się z pełną akceptacją tego procesu. Wyróżniamy dwa scenariusze:

Scenariusz pozytywny: senior zdaje sobie sprawę ze swojego starzenia, akceptuje je i wspólnie z rodziną podejmuje decyzje dotyczące przyszłości (np. wybór domu opieki). Taka postawa ułatwia życie zarówno seniorowi, jak i jego bliskim.

Scenariusz negatywny: senior nie przyjmuje procesu starzenia, co prowadzi do konfliktów z rodziną i często do umieszczenia w ośrodku opieki wbrew woli pacjenta. W Polsce świadomość w tym zakresie jest nadal niska.

Tworzenie bezpiecznego środowiska dla seniora

Pielęgniarka powinna doradzać rodzinom seniorów w zakresie dostosowania środowiska domowego:

- **Zamiana wanny na prysznic** z jak najniższym progiem – wanna stanowi poważne ryzyko upadku. Przypadki seniorów, którzy weszli do wanny i nie mogli wyjść (bez telefonu przy sobie), zdarzają się regularnie.
- **Zmiana mieszkania** – senior powinien mieszkać na niskim piętrze lub w budynku z windą. Zamknięcie seniora w mieszkaniu na czwartym piętrze bez windy prowadzi do izolacji i pogorszenia stanu zdrowia.
- **Oznakowanie seniora z zaburzeniami świadomości** – wisiorek lub bransoletka z imieniem i numerem telefonu do bliskiej osoby. Jeśli senior ściąga biżuterię, karteczki z numerem telefonu wszyte w ubrania lub

napisane od środka na odzieży.

- **Znalezienie zajęcia dla seniora** – kluby emerytów, dzienne ośrodki pobytu. Aktywność społeczna spowalnia procesy starzenia i zapobiega izolacji.

Rola pielęgniarki w opiece nad seniorem

Pielęgniarka środowiskowa lub POZ pełni ważną rolę w opiece nad seniorem:

- ocenia stan funkcjonowania seniora i jego potrzeby,
- doradza rodzinie w zakresie adaptacji środowiska domowego,
- sugeruje odpowiednie formy wsparcia (dzienne ośrodki pobytu, kluby seniora),
- edukuje rodzinę w zakresie opieki nad seniorem z zaburzeniami poznawczymi,
- może być pielęgniarką środowiskową odwiedzającą seniora w domu (zmiana opatrunku, pomoc w myciu, ocena stanu zdrowia).

7. Choroba – definicja, klasyfikacja i opieka paliatywna

Definicja choroby

Choroba nie ma jednej, powszechnie przyjętej definicji – jej rozumienie zależy od perspektywy:

- **Patomorfolog:** stwierdzone odchylenie od stanu prawidłowego (normy) w narządach lub tkankach.
- **Lekarz kliniczny:** charakterystyczny zespół objawów subiektywnych i obiektywnych oraz nieprawidłowości w badaniach dodatkowych, uwzględniający przyczynę i umiejscowienie zmian narządowych.
- **Sam chory:** zbiór objawów powodujących złe samopoczucie, będące przeciwieństwem zdrowia (dobrostanu).
- **Ujęcie holistyczne:** dynamicznie zaburzony stan równowagi organizmu w co najmniej jednej z trzech sfer funkcjonowania: biologicznej, psychicznej lub społecznej.

Charakterystyka choroby według ujęcia klinicznego

Aby coś można było nazwać chorobą, musi być spełnionych kilka kryteriów:

- **nazwa** choroby,
- **przyczyna** (etiologia),
- **czas powstania** – czy choroba jest wrodzona czy nabyta, genetyczna czy wywołana stylem życia,
- **mechanizm powstania** (patogeneza),
- **początek** – nagły czy powolny,
- **przebieg** – ostry, podostry, przewlekły,
- **zasięg zmian** – ogólnoustrojowy, układowy, miejscowy,
- **charakter zmian**,
- **zakończenie** – wyzdrowienie, niepełnosprawność lub zgon.

Opieka paliatywna – definicja i zakres

Opieka paliatywna to aktywna, kompleksowa, całościowa forma opieki nad pacjentami z nieuleczalnymi, postępującymi chorobami w końcowym okresie życia. Jej celem nie jest leczenie choroby, lecz:

- **łagodzenie bólu** – pacjent nie powinien odczuwać bólu,
- **leczenie objawowe** innych dolegliwości somatycznych (wymioty, biegunki, duszność),
- **zmniejszenie cierpienia psychicznego, duchowego i społecznego**,
- **pomoc w pożegnaniu się z bliskimi**,
- **pomoc w zaakceptowaniu śmierci**.

W Polsce około **90% pacjentów w opiece paliatywnej to pacjenci onkologiczni**. Rzadziej trafiają tu pacjenci z innymi schorzeniami (niewydolności narządowe, AIDS, choroby OUN, rany przewlekłe – w tym duże odleżyny IV stopnia z martwicą).

Formy opieki paliatywnej

Forma opieki	Opis
Hospicjum domowe	Zespół domowej opieki paliatywnej odwiedza pacjenta w domu; pacjent pozostaje pod opieką rodziny
Opieka ambulatoryjna	Poradnie opieki paliatywnej lub poradnie leczenia bólu; dla pacjentów w lepszym stanie ogólnym
Opieka stacjonarna	Oddziały opieki paliatywnej lub hospicyjne; dla pacjentów, których rodzina nie jest w stanie samodzielnie się opiekować

Pielęgniarka hospicjum domowego może mieć pod opieką do **15 pacjentów** i musi odwiedzać każdego co najmniej **dwa razy w tygodniu**. W miarę pogarszania się stanu pacjenta wizyty stają się częstsze – nawet codzienne. Pielęgniarka wychodząca na urlop musi zapewnić zastępstwo i przekazać rodzinie kontakt do osoby zastępującej.

Opieka paliatywna domowa nie kończy się w momencie zgonu pacjenta – pielęgniarka może pomóc rodzinie ubrać ciało przed przyjazdem zakładu pogrzebowego, a nawet wspierać rodzinę w okresie żałoby.

Podstawowe zadania opieki paliatywnej

- zwalczanie bólu,
- leczenie objawowe innych dolegliwości somatycznych,
- pielęgnacja,
- łagodzenie cierpień,
- pomoc w rozwiązywaniu problemów społecznych,
- przygotowanie pacjenta do spokojnej śmierci,
- wspieranie rodzin,
- prowadzenie edukacji zdrowotnej osób objętych opieką,
- szanowanie autonomii i zdania pacjenta.

Ważna zasada: w polskim prawie **nie wolno przyspieszać zgonu** (eutanazja jest nielegalna), ale **nie powinno się też opóźniać śmierci** poprzez prowadzenie terapii daremnej.

Ból totalny w opiece paliatywnej

Pacjent paliatywny może odczuwać kilka rodzajów bólu jednocześnie – tzw. **ból totalny**:

- **ból fizyczny** – wynikający z choroby nowotworowej lub innych schorzeń,
- **ból psychiczny** – lęk, poczucie bezradności, niechęć do zależności od innych,
- **ból społeczny** – izolacja, utrata roli społecznej (przestał być mamą/tatą, stał się pacjentem), lęk o bliskich po swojej śmierci,
- **ból duchowy** – wątpliwości wiary, lęk przed tym, co po śmierci.

W przypadku bólu duchowego można poprosić o wizytę duchownego odpowiedniej wiary (ksiądz katolicki, pastor ewangelicki, świadek Jehowy itp.). Każdy duchowny, do którego zadzwonimy z informacją o pacjencie w stanie agonalnym, przyjedzie.

Etapy akceptacji śmierci (model Kübler-Ross)

Pacjent przechodzi przez kolejne etapy zanim zaakceptuje fakt umierania:

1. **Zaprzeczanie** – „ja nie jestem chory, to pomyłka”,
2. **Gniew i bunt** – złość na lekarzy, rodzinę, system; poczucie zaniedbania,
3. **Targowanie się z losem** – wyciszenie, wycofanie, trudność w nawiązaniu kontaktu,
4. **Depresja** – apatia, bierność, niechęć do jedzenia, przyjmowania leków, odwiedzin rodziny,
5. **Pogodzenie się z faktem śmierci** – spokój, czerpanie przyjemności z obecności bliskich, błogość przy kontakcie z kochanymi osobami.

Jeśli pacjent nie przejdzie z etapu depresji do etapu pogodzenia, może przez całą dobę jęczeć i krzyczeć (mimo skutecznej analgezji), co jest bardzo trudne dla rodziny i może prowadzić do tego, że bliscy przestają przychodzić.

Postępowanie po stwierdzeniu zgonu

W szpitalu:

- ułożenie pacjenta na wznak,
- zamknięcie oczu,
- usunięcie wszystkich wkłuć, cewników i innych elementów,

- umycie ciała,
- założenie pampersów (po zgonie mogą wylewać się fekalia),
- ewentualne włożenie sztucznego uzębienia,
- przechowywanie ciała przez 2 godziny w odpowiednim pomieszczeniu (promorte),
- przekazanie ciała do zakładu pogrzebowego lub prosektorium.

Rodzina nie może oczekiwać, że ciało będzie czekało na nią przez wiele godzin – nie jest możliwe pozostawienie zwłok na sali wieloosobowej. Jeśli rodzina może dojechać w ciągu 15 minut, można poczekać (tyle zajmuje toaleta pośmiertna).

W domu:

- zawiadomienie lekarza POZ (do godziny 18),
- po godzinie 18 – zawiadomienie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej,
- lekarz wystawia kartę zgonu, z którą rodzina udaje się do urzędu stanu cywilnego.

Opieka paliatywna a kwestia żywienia

Pacjenci paliatywni mają obniżone łaknienie i jedzą bardzo mało. Zasady żywienia w opiece paliatywnej:

- małe posiłki, często, o wysokiej wartości energetycznej,
- spełnianie zachcianek żywieniowych pacjenta (np. piwo bezalkoholowe, lody mimo cukrzycy – z odpowiednią korektą insuliny, truskawki mimo ryzyka wymiotów – z lekami przeciwwymiotnymi),
- pacjent paliatywny ma prawo do spełnienia wszystkich zachcianek w zakresie norm społecznych.

8. Rola zawodowa pielęgniarki i funkcje zawodowe pielęgniarstwa

Definicja roli zawodowej

Rola zawodowa to zachowanie pracownika wynikające z działalności związanej z pozycją zajmowaną w zakładzie pracy i obowiązkami z tego wynikającymi. Rola zawodowa jest określona przez zakres obowiązków, który każdy pracownik otrzymuje do podpisania przy zatrudnieniu.

W szerszym ujęciu rola zawodowa to:

- zewnętrzne nakazy i oczekiwania w odniesieniu do zachowania osób pełniących konkretne role,
- konkretne, rzeczywiste zachowania każdej z tych osób.

Rola zawodowa pielęgniarki nie jest stała – zmienia się w zależności od:

- funkcji zawodowej (pielęgniarka opatrunkowa vs. pielęgniarka oddziałowa),
- miejsca pracy (szpital, poradnia, hospicjum, żłobek),
- kwalifikacji i wykształcenia,
- aspiracji zawodowych i osobistych.

Pielęgniarstwo jest zawodem samodzielnym, coraz szerzej rozumianym. Kiedyś pielęgniarka była wyłącznie od wykonywania poleceń lekarza; obecnie jest zawodem samodzielnym z własnym zakresem kompetencji, obejmującym m.in. edukację, promocję zdrowia i badanie fizyczne.

Misja pielęgniarstwa

Misja pielęgniarstwa to nie tylko udzielanie pomocy osobom chorym, ale również wspieranie zdrowia, edukacja zdrowotna oraz promowanie stylu życia z przyjęciem dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego. Współczesne pielęgniarstwo opiera się na zasadach humanizmu, poszanowania godności ludzkiej i etyki zawodowej.

Misja pielęgniarstwa pełni kilka funkcji:

- **funkcja ukierunkowująca** – wskazuje cele i priorytety zawodu,
- **funkcja stabilizująca** – zapewnia ciągłość wartości i zasad etycznych,
- **funkcja uwiarygodniająca** – buduje zaufanie społeczne do zawodu (pielęgniarstwo jest jednym z zawodów cieszących się najwyższym zaufaniem publicznym),
- **funkcja integrująca** – skupia wszystkich wokół podobnych ideałów,
- **funkcja inspirująca** – motywuje do podejmowania inicjatyw i szkolenia zawodowego.

Cztery kluczowe elementy misji pielęgniarstwa (obecne we wszystkich modelach pielęgniarstwa, od Nightingale po Orem):

1. człowiek,
2. zdrowie,

3. pielęgniarstwo,
4. otoczenie.

Funkcje zawodowe pielęgniarstwa

Funkcje zawodowe pielęgniarki są **uniwersalne** – niezależne od miejsca pracy (Polska, Arabia Saudyjska, Kongo) i rodzaju placówki (szpital, poradnia, hospicjum, żłobek). Głównym celem jest zapewnienie opieki utrzymującej, wzmacniającej i przywracającej pacjentowi najlepszy możliwy stan zdrowia.

Podział funkcji według kierunku działania:

- **Funkcje bezpośrednie** – skierowane bezpośrednio na pacjenta,
- **Funkcje pośrednie** – własny rozwój zawodowy, podnoszenie kwalifikacji.

Podział według zależności:

- **Funkcje niezależne** – pielęgniarka działa samodzielnie (np. pielęgnowanie pacjenta),
- **Funkcje współzależne** – współpraca z innymi specjalistami (np. z fizjoterapeutą w zakresie rehabilitacji),
- **Funkcje zależne** – działanie na zlecenie lekarza (np. podawanie leków).

Szczegółowe funkcje zawodowe

Funkcja opiekuńcza:

- zapewnienie pacjentowi wsparcia fizycznego i psychicznego niezbędnego do codziennego funkcjonowania,
- zaspokajanie potrzeb biologicznych (higiena, odżywianie, sen, odpoczynek),
- wsparcie emocjonalne i społeczne,
- towarzyszenie pacjentowi w chorobie, rehabilitacji i rekonwalescencji,
- szanowanie autonomii pacjenta,
- rozpoznawanie stanu zapotrzebowania na opiekę i jej rodzaj (proces pielęgnowania),
- stwarzanie optymalnych warunków do zdrowienia,
- pomaganie pacjentowi w wypełnieniu każdej potrzeby dnia codziennego,
- wskazywanie grup wsparcia.

Funkcja wychowawcza:

- nauczanie pacjenta i jego bliskich świadomych postaw prozdrowotnych,
- edukacja na temat profilaktyki chorób i higieny,
- wspieranie pacjenta w zdobywaniu umiejętności samoopieki,
- wyjaśnianie, jak dane działania wpłyną na stan zdrowia.

Funkcja profilaktyczna:

- zapobieganie chorobom,
- badania przesiewowe,
- szczepienia ochronne,
- zachęcanie do aktywności fizycznej.

Funkcja terapeutyczna:

- wykonywanie konkretnych zabiegów medycznych na wskazanie lekarskie,
- wspieranie procesu leczenia,
- obserwacja pacjenta i wychwytywanie zmian stanu zdrowia,
- przeprowadzanie badania fizykalnego (uprawnienie po ukończeniu studiów),
- informowanie lekarza o wynikach obserwacji i badania,
- współpraca w zespole terapeutycznym.

Funkcja rehabilitacyjna:

- pomoc pacjentowi w przywracaniu sprawności fizycznej i psychicznej po chorobie, urazie lub zabiegu,
- ocena samodzielności pacjenta i określenie, które czynności może wykonywać samodzielnie,
- motywowanie pacjenta do samodzielności (np. jeśli pacjent sprawnie obsługuje telefon, jest w stanie samodzielnie zjeść kanapkę),
- współpraca z fizjoterapeutą.

Funkcja kształcenia:

- udział w nauczaniu studentów, uczniów szkół medycznych, współpracowników,
- przekazywanie umiejętności teoretycznych i praktycznych dostosowanych do poziomu odbiorcy,

- wdrażanie najnowszych standardów i metod w praktyce pielęgniarstwa (np. aktualizacja procedur resuscytacji po zmianie wytycznych, zmiany standardów opieki okołoporodowej).

Funkcja zarządzania:

- planowanie, organizowanie i koordynowanie pracy pielęgniarstwa,
- nadzorowanie jakości opieki i bezpieczeństwa pacjentów,
- przestrzeganie standardów zawodowych,
- optymalizacja wykorzystania zasobów ludzkich i materialnych,
- rozwiązywanie konfliktów, wspieranie współpracy w zespole,
- zarządzanie budżetem oddziału (jeśli pielęgniarz pełni funkcję oddziałową).

Funkcja naukowo-badawcza:

- udział w projektach badawczych,
- publikowanie wyników badań,
- wdrażanie wyników badań naukowych i innowacyjnych rozwiązań w codziennej praktyce,
- analiza i wdrażanie najlepszych praktyk pielęgnacyjnych.

Podział funkcji według polskiej literatury

W polskiej literaturze pielęgniarstwa wyróżnia się:

Funkcje ukierunkowane na pacjenta/rodzinę/grupę:

- promowania zdrowia,
- profilaktyczna,
- wychowawcza,
- terapeutyczna,
- rehabilitacyjna,
- opiekuńcza.

Funkcje ukierunkowane na rozwój zawodowy i pielęgniarstwo jako dyscyplinę:

- kształcenia,
- zarządzania,
- naukowo-badawcza.

Funkcje według Jay Salvage (na podstawie dokumentów WHO):

1. świadczenie oraz organizowanie opieki zdrowotnej o charakterze promocyjnym, profilaktycznym, leczniczym, rehabilitacyjnym i opiekuńczym (z wykorzystaniem procesu pielęgnowania),
2. edukacja pacjentów, rodzin i innego personelu,
3. współpraca w zespołach opieki zdrowotnej,
4. działania na rzecz rozwoju praktyki pielęgniarstwa poprzez prowadzenie badań i wdrażanie innowacyjnych rozwiązań.

Funkcje według misji pielęgniarstwa:

- **podstawowe** – leczenie, pielęgnowanie, rehabilitacja,
- **regulacyjne** – planowanie, organizowanie, przewożenie, kontrolowanie,
- **pomocnicze** – zarządzanie, kształcenie kadr, obsługa finansowa, prace biurowe, żywienie pacjentów, utrzymanie porządku.

9. Zakażenia szpitalne – definicje, źródła, profilaktyka i izolacja

Podstawowe pojęcia

Skażenie – obecność w środowisku czynnika zakażającego, który niekoniecznie wywołuje chorobę zakaźną.

Zakażenie szpitalne (szpitalne zakażenie, HAI – hospital-acquired infection) – zakażenie, które nie występowało ani nie znajdowało się w okresie wylegania, gdy chory był przyjmowany do szpitala. Może ujawnić się zarówno podczas hospitalizacji, jak i po wypisaniu chorego do domu. Przyjmuje się, że zakażenia, które pojawiły się **po 72 godzinach od przyjęcia**, są zakażeniami szpitalnymi.

Wyjątki od reguły 72 godzin:

- **Legionella** – okres inkubacji wynosi około 2 tygodni,
- **HCV** – objawy pojawiają się około 6 miesięcy od zakażenia,
- **HIV** – może przez wiele lat pozostawać w fazie bezobjawowej.

Zakażenia nieszpitalne:

- **infekcje przedszpitalne** – pacjent miał zakażenie przed przyjęciem do szpitala,
- **infekcje poszpitalne** – pacjent zaraził się w szpitalu, ale objawy pojawiły się po wypisaniu.

Ognisko epidemiologiczne

Jeśli na oddziale pojawią się co najmniej **trzy przypadki** tej samej jednostki zakażenia szpitalnego, sanepid może uznać to za **ognisko epidemiologiczne**. Sanepid ma prawo przeprowadzić niezapowiedzianą kontrolę, aby sprawdzić, czy bakterie przenoszą się między pacjentami.

Najczęstsze ogniska w szpitalach:

- **Clostridioides difficile (C. diff)** – wywołuje uporczywą biegunkę,
- grypa,
- COVID-19.

Jeśli przy przyjęciu pacjent miał już objawy (np. biegunkę lub gorączkę), zakażenie traktuje się jako przedszpitalne.

Źródła zakażeń szpitalnych

Źródłami zakażeń szpitalnych mogą być:

- **sami pacjenci** – wędrujący po oddziałach,
- **personel szpitalny**,
- **odwiedzający**,
- **dostawcy** przyjeżdżający z zewnątrz.

Najczęstsze lokalizacje zakażeń szpitalnych:

1. **Drogi moczowe** – u pacjentów przewlekle cewnikowanych. Błędy: układanie worka z moczem na podłodze (bakterie z podłogi wchodzą do układu), układanie worka na poziomie łóżka (mocz cofa się do pęcherza).
2. **Płuca** – zakażenia u pacjentów przewlekle wentylowanych mechanicznie (VAP – ventilator-associated pneumonia).
3. **Rany** – zakażenia ran pooperacyjnych i odleżyn.
4. **Krew** – przez przedłużone wkłucia dożylnie (wenflon, wkłucie centralne).
5. **Skóra**.

Rodzaje zakażeń

- **Zakażenia endogenne** – wywołane przez własne mikroorganizmy pacjenta (np. gronkowiec stale bytujący na skórze, który w momencie osłabienia odporności zaczyna się namnażać i wywołuje zakażenie).
- **Zakażenia egzogenne** – z zewnętrznych źródeł (np. niezmywanie rękawiczek między pacjentami).

Epidemiologia zakażeń szpitalnych

Zakażenia szpitalne są uznawane za:

- **bezpośrednią przyczynę** około 3% zgonów w szpitalach,
- **pośrednią przyczynę** około 8,3% zgonów.

Łącznie około **11,5% pacjentów** umiera z powodu zakażeń szpitalnych (WHO szacuje 9%). Oznacza to, że co dziesiąty pacjent umiera z powodu zakażenia nabytego w szpitalu. Obowiązek rejestracji zakażeń szpitalnych w Polsce istnieje od 1983 roku.

Czynniki ryzyka zakażeń szpitalnych

Czynniki związane z personelem i organizacją:

- niedostateczna higiena personelu (niemycie rąk, niezakładanie rękawiczek, zakładanie rękawiczek w zabiegówce i dotykanie nimi wielu powierzchni przed kontaktem z pacjentem),
- niewłaściwa dezynfekcja i sterylizacja sprzętu,
- zła organizacja pracy (zbyt mało personelu),
- mikrobiologicznie zanieczyszczona żywność lub woda (np. legionella w wodzie szpitalnej),
- niewłaściwa gospodarka antybiotykami (stosowanie antybiotyków z „górnej półki” przy niewielkich wskazaniach prowadzi do antybiotykooporności),
- zły stan techniczny szpitala,
- nadmierne zagęszczenie łóżek (sanepid wymaga dostępu do łóżka z co najmniej trzech stron).

Czynniki związane z pacjentem:

- wiek (noworodki i osoby starsze są najbardziej podatne),

- choroba podstawowa (dializowani, cukrzyca, nowotwory, rozległe operacje),
- chemioterapia i radioterapia (obniżenie odporności),
- rozległe urazy tkanek, szczególnie oparzenia (osoby z oparzeniami dużej powierzchni ciała często umierają z powodu zakażenia, nie samego oparzenia),
- wentylacja mechaniczna (po kilku dniach normą jest VAP).

Czynniki związane z zabiegami i leczeniem:

- diagnostyka inwazyjna i duże operacje,
- drenaż jam ciała,
- zła opieka nad cewnikami do dużych naczyń (ECMO, wkłucia centralne).

Profilaktyka zakażeń szpitalnych

Higiena rąk – absolutna podstawa. Wyróżnia się **5 momentów higieny rąk** (pytanie często zadawane przez sanepid podczas kontroli):

1. przed kontaktem z pacjentem,
2. przed czystą/aseptyczną procedurą,
3. po narażeniu na płyny ustrojowe (nawet po podniesieniu worka z moczem),
4. po kontakcie z pacjentem,
5. po kontakcie z otoczeniem pacjenta.

Środki do dezynfekcji rąk powinny być dostępne na każdej sali, a dobrą praktyką jest umieszczanie ich przy łózkach pacjentów (z wyjątkiem sal, gdzie pacjenci mogliby je spożywać).

Inne zasady profilaktyki:

- stosowanie sprzętu jednorazowego,
- prawidłowa sterylizacja sprzętu wielokrotnego użytku,
- właściwa dezynfekcja sprzętu sanitarnego (kaczki, baseny, myjki) – w myjkach dezynfektorach lub przez moczenie w odpowiednich roztworach,
- mycie i dezynfekcja łóżek i szafek między pacjentami,
- wymiana całej bielizny pościelowej (łącznie z poduszkami i kołdrami) między pacjentami,
- procedury postępowania z odpadami kuchennymi,
- szczepienia ochronne personelu (np. przeciw grypie),
- osobny sprzęt do sprzątania różnych stref (kuchnia, toalety, podłogi, szafki pacjentów, umywalki).

Pielęgniarka epidemiologiczna – na 200 łóżek szpitalnych musi być co najmniej jeden etat pielęgniarki epidemiologicznej. Jej rola jest przede wszystkim **wspomagająca i edukacyjna**, a nie represyjna. Nie należy jej traktować jak wroga – przychodzi wskazać miejsca wymagające poprawy i pomóc w ich naprawieniu.

Dezynfekcja i sterylizacja

Metody dezynfekcji:

- **Chemiczna** – stosowana do sprzętu, który nie może być poddany obróbce termicznej (gastroskopy, bronchoskopy). Używa się specjalnych roztworów w dedykowanych urządzeniach.
- **Termiczna** – autoklawy (para wodna pod ciśnieniem), gorące powietrze. Przed sterylizacją termiczną sprzęt musi być umyty i wstępnie zdezynfekowany.
- **Para o niskiej temperaturze z aldehydem mrówkowym** – dla sprzętu z gumy i tworzyw sztucznych, które nie tolerują wysokich temperatur.
- **Tlenek etylenu** – sterylizacja gazowa.
- **Promieniowanie jonizujące** – stosowane przemysłowo.

Inne metody niszczenia drobnoustrojów: spalanie, wyżarzanie, tyndalizacja, filtracja.

Strefy w sterylizacji:

- **strefa brudna** – składowanie, czyszczenie i dezynfekcja przedmiotów wielokrotnego użytku (tu zjeżdżają zestawy z bloków operacyjnych),
- **strefa czysta** – rozpakowywanie wyczyszczonych materiałów i przygotowywanie do sterylizacji (pakowanie w koszulki z paseczkami kontrolnymi),
- **strefa sterylna** – przechowywanie wysterylizowanego sprzętu.

Izolacja pacjentów

Izolacja to odosobnienie zakaźnie chorego pacjenta lub podejrzanego o chorobę zakaźną w celu uniemożliwienia przeniesienia zakażenia.

Rodzaje izolacji:

- **Izolacja ochronna** – odseparowanie pacjentów szczególnie podatnych na zakażenia (np. po radiochemioterapii, z głęboką neutropenią). Pacjenci ci powinni leżeć w osobnych pomieszczeniach, z dala od potencjalnych źródeł zakażenia.
- **Izolacja kontaktowa** – stosowana wobec pacjentów z zakażeniami przenoszonymi drogą kontaktową. Personel wchodzący do sali musi być ubrany w fartuszek, maseczkę, rękawiczki i czapeczkę.

Wymagania dla pełnej izolatki:

- osobne pomieszczenie,
- niezależny system wentylacji,
- wymiana powietrza 6–12 razy na godzinę.

W polskich szpitalach takich pomieszczeń jest bardzo mało.

Zasady postępowania w izolacji:

- bielizna transportowana w **czerwonych workach** odpowiednio opisanych,
- pacjent korzysta z toalety w sali (jeśli jest przypisana łazienka) lub z naczynia w sali,
- posiłki podawane w jednorazowych naczyniach,
- szczególna ostrożność przy ostrych narzędziach,
- sale operacyjne i zabiegowe czyszczone po każdym zabiegu,
- do dezynfekcji używa się środków **dezynfekcyjnych**, nie antyseptycznych,
- nie używa się odkurzaczy (wciągają i pobudzają powietrze z drobnoustrojami),
- osobny sprzęt do sprzątania różnych stref.

— KONIEC —