

Ocena wiedzy pielęgniarek z oddziałów zabiegowych na temat zakażeń szpitalnych przenoszonych drogą kontaktową

Małgorzata Chwedoruk¹, Joanna Gotlib²

¹ Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

² Zakład Dydaktyki i Efektów Kształcenia, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Chwedoruk M, Gotlib J. Ocena wiedzy pielęgniarek z oddziałów zabiegowych na temat zakażeń szpitalnych przenoszonych drogą kontaktową. Med. Og. Nauk Zdr. 2014; 20(2): 147–153.

Streszczenie

Wstęp. Zakażenia szpitalne stanowią jeden z najpoważniejszych problemów współczesnej medycyny. Stanowią one duże zagrożenie nie tylko dla pacjentów, ale i dla pracowników ochrony zdrowia. Zakażenia krzyżowe przenoszone przez ręce stanowią 20–40% wszystkich zakażeń szpitalnych. Celem pracy była ocena, w zależności od wykształcenia, wiedzy pielęgniarek pracujących w oddziałach zabiegowych na temat zakażeń szpitalnych przenoszonych drogą kontaktową.

Materiał i metody. W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, technikę ankiety. Przebadano 100 pielęgniarek zatrudnionych w oddziałach chirurgicznych warszawskich i lubelskich szpitali o różnych profilach. W badaniach udział wzięły pielęgniarki z wykształceniem wyższym (mgr pielęgniarstwa) (Grupa 1) i wykształceniem średnim (Grupa 2). Badania były dobrowolne i anonimowe, z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza zawierającego 26 pytań zamkniętych jednokrotnego wyboru. Analiza statystyczna: STATISTICA 10.0 test U Manna-Whitneya. Za istotny statystycznie przyjęto poziom istotności statystycznej ($p < 0,05$).

Wyniki. Grupa pielęgniarek posiadających wyższe wykształcenie pielęgniarskie miała wyższy poziom wiedzy na temat zakażeń przenoszonych drogą kontaktową. W przypadku 10 spośród 24 zamieszczonych w ankiecie pytań wystąpiły istotne statystycznie różnice ($p < 0,05$) pomiędzy grupą pielęgniarek z wykształceniem wyższym i średnim.

Wnioski:

1. Wiedza pielęgniarek na temat zakażeń szpitalnych przenoszonych drogą kontaktową jest zróżnicowana i zależy od uzyskanego wykształcenia.
2. Wyższym poziomem wiedzy w zakresie zakażeń szpitalnych wykazały się pielęgniarki z wyższym wykształceniem, lecz nadal nie jest to poziom wiedzy zapewniający całkowite bezpieczeństwo zarówno pacjentowi, jak i pielęgniarcie.
3. W związku z niewystarczającym poziomem wiedzy pielęgniarek na temat zakażeń szpitalnych istnieje pilna potrzeba podjęcia wszelkich działań edukacyjnych, wpływających na podniesienie poziomu wiedzy personelu pielęgniarskiego w tym obszarze.
4. Większa świadomość zagrożeń wynikających z zakażeń szpitalnych może wpłynąć na częstotliwość przestrzegania procedur medycznych, podejmowanie świadomych działań w celu ograniczenia zakażeń szpitalnych.

Słowa kluczowe

poziom wiedzy, pielęgniarki, zakażenia szpitalne, mycie rąk

WSTĘP

Zakażenia szpitalne, związane z codziennym funkcjonowaniem szpitali, stanowią jeden z najpoważniejszych problemów współczesnej medycyny. Stanowią one duże zagrożenie nie tylko dla pacjentów, ale i dla pracowników ochrony zdrowia. Drobnoustroje wywołujące zakażenia szpitalne najczęściej są przenoszone na rękach personelu medycznego.

Chociaż minęło już ponad 150 lat od czasu, gdy Ignacy P. Semmelweis wykazał związek między higieną rąk a zakażeniami szpitalnymi, to nadal zakażenia krzyżowe przenoszone przez ręce stanowią 20–40% wszystkich zakażeń szpitalnych [1].

Ryzyko wystąpienia zakażenia szpitalnego jest ściśle związane z coraz szerszym zakresem i rozległością zabiegów,

wprowadzaniem coraz nowocześniejszych metod inwazyjnych i diagnostycznych oraz stosowaniem coraz bardziej skomplikowanej w budowie, a co za tym idzie trudniejszej do wyjałowienia aparatury medycznej, mającej bezpośredni kontakt z pacjentem. Stosowanie antybiotyków, leków immunosupresyjnych, mimo że umożliwia ratowanie życia i zdrowia chorych, to często powoduje narastanie oporności patogenów szpitalnych.

Bardzo często nabyte zakażenie szpitalne niweczy wynik procesu leczenia, pogarsza przebieg choroby podstawowej, wydłuża czas hospitalizacji, bardzo wyraźnie zwiększa koszty leczenia, a także stanowi poważny problem prawny [2]. Nabyte zakażenie może wymusić na pacjencie zmianę planów życiowych, stanowi też ryzyko utraty przez niego pracy i niesie ze sobą inne, negatywnie wpływające na jego psychikę skutki. Może ono być bezpośrednią i pośrednią przyczyną zgonów [2, 3, 4].

W Polsce w 1996 r. rozpoczęło swoją działalność w Krakowie Polskie Towarzystwo Zakażeń Szpitalnych (PTZS), które jest prekursorem programu kontroli zakażeń. Pierwszym programem był Ogólnopolski Program Rejestracji Zakażeń Szpitalnych, opracowany na lata 1996–2000, a następny

Adres do korespondencji: Dr hab. n. o. zdr. Joanna Gotlib, Zakład Dydaktyki i Efektów Kształcenia, Wydział Nauki o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, ul. Żwirki i Wigury 61, 02-091 Warszawa, Polska

e-mail: joanna.gotlib@wum.edu.pl

tel. (22) 57 20 490

fax (22) 57 20 491

Nadesłano: 12 grudnia 2012 roku; Zaakceptowano do druku: 17 października 2013 roku.

– System Czynnej Rejestracji Zakażeń Szpitalnych na lata 2002–2007, przygotowany we współpracy z CDC (Centres for Disease Control and Prevention) w USA [5]. Kolejnym etapem w rozwoju epidemiologii zakażeń szpitalnych w Polsce, proponowanym przez PTZS, jest zsynchronizowanie prowadzonych działań ze standardami i wymogami Europejskiego Centrum Kontroli i Profilaktyki Zakażeń (European Centre for Disease Prevention and Control) ECDC. Powstał wtedy System Czynnego Nadzoru nad Zakażeniami Szpitalnymi, który został w 2011 roku w pełni zintegrowany z obecnie obowiązującym we wszystkich krajach Unii Europejskiej programem IPSE (Improving Patient Safety In Europe). System ten jest zgodny z zapisem rekomendacji Komisji Europejskiej z 9 czerwca 2009 roku w sprawie bezpieczeństwa pacjentów oraz profilaktyki i kontroli zakażeń związanych z opieką zdrowotną, w której określono m.in. pojęcie bezpieczeństwa pacjenta, oznaczające brak niepotrzebnej rzeczywistej lub potencjalnej szkody, powstałej wskutek opieki zdrowotnej. Zgodnie z tą rekomendacją, w szpitalu należy wprowadzić nadzór nad zakażeniami oparty o ocenę ryzyka wystąpienia zakażenia i wprowadzić lub wzmocnić aktywny nadzór nad zakażeniami przez prowadzenie celowanych nadzorów dla konkretnych typów zakażeń [5].

W ostatnich latach, zarówno w Polsce, jak i na świecie, sytuacja epidemiologiczna komplikuje się ze względu na stale zwiększające się zagrożenie nowymi i powracającymi zakażeniami i chorobami zakaźnymi, przeciw którym nie ma szczepionek i skutecznych leków [6, 7, 8, 9].

Tylko świadomość możliwych następstw zakażeń szpitalnych, wiedza o czynnikach mikrobiologicznych, objawach klinicznych i znajomość dróg transmisji patogenów, stanowiących źródła infekcji szpitalnych, może doprowadzić do podejmowania świadomych czynności zapobiegających rozprzestrzenianiu się zakażeń szpitalnych, prawidłowego ich rozpoznawania, rejestrowania i zwalczania.

Szczególną rolę w zapobieganiu zakażeniom szpitalnym pełnią pielęgniarki.

Zagadnienia dotyczące zakażeń szpitalnych pojawiają się na poszczególnych etapach procesu pielęgnowania: w czasie rozpoznania, planowania opieki, realizacji tego procesu i jego oceny. Kluczowe znaczenie dla zapobiegania zakażeniom ma utrzymanie wysokiej higieny wśród personelu medycznego, w szczególności w grupie pielęgniarek. Obowiązujące w szpitalach procedury dotyczące higieny, dezynfekcji, aseptyki, organizacji pracy muszą być dobrze znane, rozumiane i w zgodzie z posiadaną wiedzą realizowane. Całodobowa, bezpośrednia opieka pielęgniarska nad chorym niesie potrzebę wiedzy w zakresie profilaktyki zakażeń w wielu aspektach oraz respektowanie podstawowych i specjalistycznych procedur higienicznych.

CEL PRACY

Głównym celem pracy była ocena wiedzy pielęgniarek pracujących w oddziałach zabiegowych na temat zakażeń szpitalnych przenoszonych drogą kontaktową. Szczegółowym celem pracy była analiza wpływu posiadanego przez badane pielęgniarki wykształcenia średniego lub wyższego na poziom ich wiedzy na temat zakażeń szpitalnych przenoszonych drogą kontaktową.

MATERIAŁ I METODY

W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, technikę ankiety.

W doborze próby badanej zastosowano dobór celowo-losowy: w sposób celowy dobrano szpitale i oddziały, w których miały zostać przeprowadzone badania ankietowe, następnie w sposób losowy wybrano pielęgniarki pracujące w poszczególnych oddziałach.

W badaniach udział wzięło 100 wybranych pielęgniarek zatrudnionych w oddziałach chirurgicznych warszawskich i lubelskich szpitali o różnych profilach. W badaniach udział wzięły pielęgniarki z wykształceniem wyższym (magister pielęgniarstwa) (Grupa 1) i wykształceniem średnim zawodowym (Grupa 2). Szczegółową charakterystykę badanej grupy pielęgniarek przedstawiono w tab. 1.

Tabela 1. Szczegółowa charakterystyka badanej grupy pielęgniarek

l.p.	Cecha	Grupa 1	Grupa 2	
1	Wiek (średnia; min; max.)	38 (24–52)	44,5 (35–54)	
2	Staż pacy (w latach)	12,8	20,7	
3	Ukończone formy kształcenia podyplomowego	szkolenie specjalizacyjne	3	2
		kurs kwalifikacyjny	18	13
		kurs specjalistyczny	30	29
		kurs dokształcający	4	0
4	Liczbą ukończonych form kształcenia podyplomowego	2 formy	12	7
		3 formy	9	0
		4 formy	1	0

Grupa 1 – pielęgniarki z wykształceniem wyższym (licencjackim lub magisterskim)
Grupa 2 – pielęgniarki z wykształceniem średnim

Dobrowolne i anonimowe badania ankietowe, za pomocą autorskiego, samodzielnie skonstruowanego kwestionariusza, prowadzono od lutego do kwietnia 2012 roku. Kwestionariusz składał się z 26 pytań zamkniętych, jednokrotnego wyboru, a ankietę pielęgniarki otrzymywały bezpośrednio od osoby prowadzącej badanie.

Analiza statystyczna uzyskanych wyników

Do analizy statystycznej wykorzystano program firmy StatSoft STATISTICA 10.0 (licencja Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego). W związku z tym, że porównywano dwie niezależne grupy pielęgniarek: grupę pielęgniarek z wyższym wykształceniem (Grupa 1) i grupę pielęgniarek ze średnim wykształceniem (Grupa 2), oraz ze względu na charakter analizowanych danych (dane jakościowe, nieparametryczne) – dane te nie miały rozkładu normalnego – $p > 0,05$ – analizowanego testem Shapiro-Wilka, do analizy statystycznej uzyskanych wyników wykorzystano nieparametryczny test statystyczny U Manna-Whitneya. Za istotny statystycznie przyjęto poziom istotności statystycznej $p < 0,05$.

WYNIKI

W przypadku 10 spośród 24 zamieszczonych w ankiecie pytań wystąpiły istotne statystycznie różnice pomiędzy grupą pielęgniarek z wyższym i ze średnim wykształceniem. Grupa pielęgniarek z wyższym wykształceniem posiadała większy zakres wiedzy na temat zakażeń szpitalnych przenoszonych drogą kontaktową. Zdecydowana większość badanych w obu grupach deklarowała, że chciałyby uzupełnić swoją wiedzę

na temat zakażeń szpitalnych – odpowiednio 80% w Grupie 1 i 76% w Grupie 2 ($p < 0,901$). Większość badanych pielęgniarek wiedziało również, że wskutek powikłania stanu pacjenta wynikającego z wystąpienia zakażenia szpitalnego może wystąpić śmierć pacjenta: 88% i 68% w obu badanych grupach ($p < 0,780$). Szczegółowe wyniki badań na temat

wiedzy pielęgniarek na temat zakażeń szpitalnych przedstawiono w tab. 2.

Kolejnym analizowanym w pracy zagadnieniem była wiedza badanej grupy pielęgniarek na temat roli mycia rąk w zapobieganiu zakażeniom szpitalnym. Szczegółowe wyniki przedstawiono w tab. 3.

Tabela 2. Wiedza badanej grupy pielęgniarek oddziałów zabiegowych na temat zakażeń szpitalnych przenoszonych drogą kontaktową

l.p.	Pytanie	Grupa 1	Grupa 2	p	
1	Zakażenie szpitalne to zakażenie, które wystąpiło:	w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w szpitalu	92	84	0,678
		jest rozwojem infekcji obecnej w dniu przyjęcia do szpitala	4	8	
		powstaje po wypisaniu chorego ze szpitala do domu	2	8	
2	Obszarami najliczniej skolonizowanymi florą fizjologiczną człowieka są:	spojówki oka, płuca, pochwa i skóra	6	4	0,230
		jelito grube, jama ustna, pochwa i skóra	88	88	
		płuca, ośrodkowy układ nerwowy, ucho środkowe i wewnętrzne	2	4	
3	Zakażenie wywołane własną florą pacjenta to zakażenie:	jama ustna, cewka moczowa, spojówki oka	4	4	0,050
		egzogenne	0	6	
		atypowe	6	2	
4	Zakażenie wywołane własną florą pacjenta to zakażenie:	endogenne	88	70	0,520
		nie jest zaliczane do grupy zakażeń szpitalnych	4	20	
		1 roku od zabiegu	8	0	
		30 dni od zabiegu	46	50	
5	Zakażenie miejsca operowanego (bez wszczepienia implantu) to zakażenie, które pojawia się do:	14 dni od zabiegu	10	12	0,789
		7 dni od zabiegu	36	34	
		sam pacjent	72	64	
		źródłem endogennych zakażeń szpitalnych chorego jest:	używana u pacjenta aparatura medyczna	2	
6	źródłem endogennych zakażeń szpitalnych chorego jest:	personel szpitala	4	0	0,050
		wszystkie wymienione	22	34	
		zastrzał, zanokcica, czyraki lub liszajec	38	46	
		nosicielstwo HBV lub HCV	8	22	
7	Do chorób wykluczających personel z zabiegów przy chorym należą m.in.:	nosicielstwo HIV	8	12	0,345
		wszystkie wyżej wymienione	40	18	
		do 1 roku po zabiegu operacyjnym	72	56	
		tylko do 14 dni po zabiegu operacyjnym	4	6	
8	Zakażenia miejsca operowanego po wszczepieniu implantu mogą występować:	do 30 dni po zabiegu operacyjnym	18	38	0,050
		przygotowanie pola operacyjnego	2	24	
		technika wykonania zabiegu operacyjnego	4	16	
9	Które z poniższych czynników mają istotny wpływ na wystąpienie zakażenia miejsca operowanego:	wszystkie wymienione	94	58	0,213
		od zakażonego personelu z infekcją skóry	2	2	
		to flora fizjologiczna operowanego pacjenta	78	60	
10	Drobnoustroje powodujące endogenne zakażenie miejsca operowanego pochodzą:	wszystkie wymienione	20	36	0,781
		personel bloku operacyjnego	16	24	
		środowisko nieożywione sali operacyjnej	2	6	
11	Źródłem egzogennych zakażeń miejsca operowanego jest:	inni pacjenci z infekcją hospitalizowani na tym samym oddziale	2	4	0,123
		wszystkie wymienione	80	62	
		zabiegów wykonywanych w warunkach aseptycznych	0	2	
12	Niesterylne rękawiczki jednorazowego użytku należy stosować podczas:	zabiegów, w których ma miejsce kontakt z krwią lub płynami ustrojowymi pacjenta	56	46	0,050
		podczas wykonywania wszystkich czynności podczas dyżuru	44	52	
		jego własna flora	0	6	
13	Czy źródłem zakażeń pacjenta operowanego może być:	personel bloku operacyjnego i środowisko sali operacyjnej	4	20	0,050
		wszystkie wymienione	96	74	
		należy wydłużyć czas dezynfekcji endoskopu	14	4	
13	Po wykonaniu gastroskopii u pacjenta zakażonego HBV:	należy przeprowadzić sterylizację użytego endoskopu	18	20	0,050
		należy przeprowadzić dwukrotną dezynfekcję endoskopu	4	30	
		nie ma potrzeby modyfikacji standardowych zasad dezynfekcji	56	44	

Grupa 1 – grupa pielęgniarek z wyższym wykształceniem Grupa 2 – grupa pielęgniarek ze średnim wykształceniem
p – poziom istotności statystycznej różnic

Tabela 3. Wiedza badanej grupy pielęgniarek oddziałów zabiegowych na temat roli mycia rąk w zapobieganiu zakażeniom szpitalnym

l.p.	Pytanie	Grupa 1	Grupa 2	p	
1	Mycie rąk chroni przed:	zakażeniami przenoszonymi drogą powietrzno-pyłową	4	6	0,050
		zakażeniami krzyżowymi	82	66	
		egzemą	2	26	
		nie wiem	12	2	
2	Czy zwykle, socjalne mycie rąk	usuwa zabrudzenia, pozwala w znacznym stopniu mechanicznie usunąć drobnoustroje należące do flory przejściowej	94	72	0,050
		w pełni eliminuje drobnoustroje przejściowe oraz florę stałą	0	2	
		chroni pacjentów przed zakażeniami endogennymi	4	2	
		chroni personel przed zakażeniem szczepami szpitalnymi	0	18	
3	Higieniczne mycie rąk wykonuje się:	przed wszystkimi rutynowymi czynnościami w oddziale: pielęgnacja chorego, przygotowanie posiłków, karmienie, rozdawanie leków itp.	24	24	0,050
		w obszarach wysokiego ryzyka, przed wykonywaniem procedur medycznych, po kontakcie z wydzielinami lub wydaliniami	12	22	
		przed wszystkimi zabiegami inwazyjnymi i chirurgicznymi	6	14	
		wszystkie wyżej wymienione	58	34	
4	Najważniejszą metodą zapobiegania zakażeniom szpitalnym jest:	antybiotykoterapia zgodnie z antybiogramem	4	24	0,050
		możliwie najkrótszy czas pobytu pacjenta w szpitalu	22	12	
		mycie rąk	74	64	
5	Izolacja standardowa obejmuje środki ostrożności zalecane do stosowania:	w przypadku chorych z udokumentowanym zakażeniem szpitalnym	56	52	0,980
		gdy istnieje możliwość kontaktu z zainfekowanymi wydzielinami	14	10	
		u wszystkich pacjentów niezależnie od ich choroby	22	20	
		gdy istnieje możliwość kontaktu z krwią i płynami ustrojowymi	4	16	
6	Według Pani, na rękach można przenieść z jednego pacjenta na drugiego:	wirusa grypy	6	8	0,569
		prątka gruźlicy	2	10	
		gram-ujemne pałeczki, w tym <i>Pseudomonas aeruginosa</i>	72	68	
		pałeczki <i>Legionella</i>	4	0	
		nie wiem	16	14	
7	Czy wiedza, jaką Pani posiada na temat znaczenia mycia rąk w rozprzestrzenianiu zakażeń szpitalnych, jest:	wystarczająca	38	46	0,111
		za mała	36	24	
		bardzo dobra	22	18	
		nie posiadam dostatecznej wiedzy	0	10	
8	W jaki sposób zdobyła Pani wiedzę na temat znaczenia mycia rąk w rozprzestrzenianiu zakażeń szpitalnych:	samokształceniem	8	8	0,231
		w przebiegu nauki zawodu w szkole	34	24	
		w kształceniu podyplomowym	28	14	
		na szkoleniach wewnątrzoddziałowych w zakładzie pracy	30	54	

Grupa 1 – grupa pielęgniarek z wyższym wykształceniem; Grupa 2 – grupa pielęgniarek ze średnim wykształceniem; p – poziom istotności statystycznej różnic

DYSKUSJA

Rejestracja zakażeń szpitalnych jest dziś podstawowym elementem nadzoru nad zakażeniami, który zgodnie z obowiązującymi przepisami, powinien być sprawowany w każdej placówce ochrony zdrowia [9, 10, 11]. Wiedza w tym zakresie jest bardzo ważnym elementem, który ma wpływ nie tylko na zdrowie i życie pacjentów, ale też i personelu medycznego, sprawującego bezpośrednią opiekę nad chorymi [9, 10, 11]. Tylko personel znający i przestrzegający obowiązujących zasad i procedur higienicznych, znający skutki źle przeprowadzonych procesów dezynfekcji i sterylizacji używanego sprzętu i narzędzi, podnoszący przez cały okres pracy zawodowej kwalifikacje, doskonalący umiejętności i poszerzający swoją wiedzę jest w stanie rozpoznać zakażenie szpitalne, zarejestrować je i podjąć świadome czynności w kierunku

ograniczenia rozprzestrzeniania się tych zakażeń szpitalnych [10, 11, 12, 13].

W piśmiennictwie przeważają publikacje dotyczące roli pielęgniarek w zapobieganiu zakażeniom szpitalnym oraz ich wiedzy na ten temat [14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22]. Żadne z odnalezionych badań nie dotyczyło wiedzy pielęgniarek oddziałów zabiegowych na temat zakażeń szpitalnych przenoszonych drogą kontaktową.

W badaniach prowadzonych w latach 2006–2007 przez Garus-Pakowską i wsp. analizowano wiedzę pielęgniarek na temat zakażeń szpitalnych, a jej poziom był zróżnicowany i zależał od stażu pracy zawodowej pielęgniarek i profilu oddziału.

Na pytanie dotyczące dróg przenoszenia zakażeń szpitalnych 71% pielęgniarek wskazało, że ręce są najważniejszym wektorem transmisji zakażeń w szpitalu, a 8% nie miało

zdania. W pytaniu, w którym analizowano, czy flora bakteryjna pacjenta może stanowić przyczynę zakażenia szpitalnego, 43% pielęgniarek odpowiedziało prawidłowo. Szerszą wiedzę na temat zakażeń szpitalnych posiadały pielęgniarki, które uczestniczyły w szkoleniach nt. profilaktyki zakażeń szpitalnych i brały czynny udział w praktycznych pokazach prawidłowej higieny rąk [14].

Według badań prowadzonych przez Laskowską i wsp. większość respondentek (92%), bez względu na miejsce pracy, podawała poprawną definicję zakażenia szpitalnego. Największy odsetek badanych pielęgniarek (82%) odpowiedział, że zakażenie krzyżowe to zakażenie, którego źródłem mogą być drobnoustroje przenoszone np. przez ręce personelu, 2% uważało, że nie [15]. Źródłem zakażeń egzogennych według 84% badanych są drobnoustroje pochodzące od innego chorego lub ze środowiska szpitalnego, a 8% badanych twierdzi, że są one źródłem zakażeń endogennych. Respondentki w większości (86%) były zgodne, że własna flora bakteryjna chorego może być przyczyną zakażenia. Zdecydowana większość ankietowanych (98%), bez względu na miejsce pracy, twierdziła, że w codziennej pracy, przed i po kontakcie z chorym, zawsze używa środków dezynfekcyjnych [15].

Respondentki uważały, że niepożądane następstwa zakażeń szpitalnych to: wydłużenie czasu hospitalizacji (94%), wzrost kosztów leczenia (82%), zagrożenie życia chorego (78%) oraz dodatkowe cierpienie (72%). Przytaczane badania obejmowały również samoocenę wiedzy pielęgniarek – 67% swoją wiedzę na temat zakażeń szpitalnych oceniło jako dobrą, a czerpały ją w 87% ze szkoleń wewnątrzoddziałowych, czasopism i literatury popularnonaukowej (66%), literatury medycznej (64%), dyskusji i rozmów indywidualnych 53%, broszurek, gazetek ściennych (29%), środków masowego przekazu (21%) lub w trakcie szkoleń zewnętrznych, kursów i specjalizacji (8%) [15].

Z badań przeprowadzonych przez Budek w grupie 60 pielęgniarek ze szpitali specjalistycznych w Sosnowcu i Częstochowie, wśród których 45 to pielęgniarki bloków operacyjnych, a 15 pracuje w zabiegowych oddziałach szpitalnych, wynika, że 80% badanych zna definicję zakażeń szpitalnych, 6% ankietowanych pielęgniarek odpowiedziało, że „nie wie”, a 13,3% źle zinterpretowało pytanie. Zadowolający jest fakt, że 93% ankietowanych dostrzega potrzebę organizowania szkoleń, a zaledwie 40% badanych uważa, że ich wiedza na temat zakażeń szpitalnych jest wystarczająca. Mimo iż 96% badanej grupy wie, że stosowanie sprzętu jednorazowego użytku, przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki oraz stosowanie odzieży ochronnej ma znaczenie w zmniejszeniu liczby zakażeń, to i tak 31% respondentek nie zawsze stosuje środki ostrożności wobec wszystkich pacjentów, a 6% przyznaje, że stosuje je tylko w przypadku pacjentów, u których ryzyko potwierdzone jest badaniem [16].

Inne badania Garus-Pakowskiej i wsp., przeprowadzone w latach 2006–2007 wśród personelu lekarskiego i pielęgniarskiego, pracującego na 6 oddziałach w 3 szpitalach województwa łódzkiego, dotyczyły m.in. samooceny posiadanej wiedzy na temat zakażeń szpitalnych i ich profilaktyki. Personel medyczny ostrożnie oceniał własną wiedzę na temat profilaktyki i zakażeń szpitalnych. W badanej grupie 55% lekarzy i 22,5% pielęgniarek oceniało wiedzę w stopniu dostatecznym. Większy odsetek pielęgniarek (74%) niż lekarzy (45%) ocenił własną wiedzę na poziomie bardzo dobrym lub dobrym [17, 18].

Zarówno z dostępnego piśmiennictwa, jak i z badań własnych w zakresie oceny wiedzy pielęgniarek w obszarze zakażeń szpitalnych wynika, że pielęgniarki wykazują się zróżnicowaną, ale też idącą w parze z poziomem wykształcenia i dodatkowymi kwalifikacjami zawodowymi wiedzą na temat zakażeń szpitalnych [14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22].

W celu ograniczenia rozprzestrzeniania się zakażeń szpitalnych bardzo ważną rolę spełnia mycie rąk, zarówno socjalne, jak i higieniczne. Jest to najtańsza, a jednocześnie najbardziej skuteczna metoda zapobiegająca transmisji zakażeń szpitalnych [14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22].

W badaniach przeprowadzonych w latach 2005–2007 przez Garus-Pakowską i wsp. oceniano przestrzeganie procedur higienicznych przez personel medyczny. W badanej grupie 68% respondentów podało, że w każdej sytuacji przestrzega obowiązujących procedur higienicznych, z czego 72% stanowiły pielęgniarki, a 57% to byli lekarze. Aż 7% badanych przyznało, że zdarza im się dość często nie przestrzegać procedur higienicznych [14, 17, 18].

Bardzo podobne wyniki badań uzyskał Harris [19]. Z badań tych wynika, że jedynie 14% pracowników myje ręce przed każdym kontaktem z pacjentem, a po kontakcie – 67% badanych. Jednocześnie dla 87% badanych higiena rąk jest bardzo ważnym elementem w procesie zapobiegania zakażeniom szpitalnym [19].

W badaniach przeprowadzonych przez Creedon w Irlandii w 2002 roku stwierdzono, że 56% pielęgniarek i 31% lekarzy przestrzegało procedur higienicznych [20].

W badaniach Kosonóg i wsp., przeprowadzonych w 2009 roku wśród 100 pielęgniarek pracujących w zakładach opieki zdrowotnej w Warszawie i w małych miejscowościach oraz w warszawskich szpitalach na oddziałach chirurgicznych, analizowano m.in., co jest najważniejszym wektorem transmisji zakażeń szpitalnych. 69% badanych odpowiedziało, że są to ręce. Kolejne pytanie dotyczyło higienicznego mycia rąk. Odpowiedzi udzielone przez respondentki były podzielone, chociaż ponad połowa badanych (60%) udzieliła prawidłowej odpowiedzi podając, że higieniczne mycie rąk wykonuje się w obszarach wysokiego ryzyka, przed wykonywaniem procedur medycznych oraz po kontakcie z wydzielinami lub wydaliniami [21].

Badania przeprowadzone przez Laskowską i wsp. oceniały wiedzę 513 pacjentów na temat zakażeń szpitalnych, hospitalizowanych w pięciu różnych szpitalach w Białymstoku, Krakowie, Gdyni, Lublinie i Końskich, we wszystkich oddziałach obejmujących zarówno oddział zachowawczy, jak i zabiegowy. Własną wiedzę na temat zakażeń szpitalnych jako dobrą uznało zaledwie 5% pacjentów, a informacje na ten temat zdobywali głównie z mediów (46%). Zaledwie 15% pacjentów twierdziło, że przedstawiciel zawodu medycznego podejmował z nimi temat zakażeń szpitalnych, podczas pobytu w szpitalu, 20% respondentów nie obawiało się zakażenia szpitalnego. Połowa ankietowanych nie dostrzegała związku pomiędzy własną chorobą, a możliwością wystąpienia infekcji. Grupa badanych z wyższym wykształceniem wyraźniej dostrzegała związek pomiędzy warunkami socjalno-bytowymi (65%), obecnością w oddziale patogennych drobnoustrojów (75%), brakiem sprzętu jednorazowego użytku (57%) i nieprzestrzeganiem zasad reżimu sanitarnego (69%) a możliwością nabycia zakażenia w szpitalu. Obarczanie winą za zakażenia szpitalne personelu medycznego wyraźnie eskalowało w wyższych przedziałach wiekowych pacjentów. W wyniku częstych hospitalizacji

rosła świadomość chorych w zakresie niekorzystnych konsekwencji zakażeń szpitalnych, którym przypisywano głównie trwałe kalectwo i uraz psychiczny. Głównym źródłem informacji o zakażeniach szpitalnych, według ankietowanych pacjentów, powinien być lekarz (83%), pielęgniarka (78%) lub psycholog (51%) [22].

Wiedza pielęgniarek na temat zakażeń szpitalnych powinna być systematycznie uzupełniana, ponieważ to m.in. dzięki tej wiedzy, przestrzeganiu procedur medycznych, znajomości objawów zakażeń, możliwego czasu wystąpienia i dróg transmisji patogenów szpitalnych i świadomości konsekwencji swojego postępowania zawodowego zakażenia szpitalne są identyfikowane i rejestrowane w poszczególnych komórkach organizacyjnych.

Podsumowując, warto również podkreślić, że istotny jest nie tylko wysoki poziom wiedzy personelu medycznego nt. zakażeń szpitalnych. Ważne jest też, żeby wystarczający poziom wiedzy posiadali również pacjenci, których rola w zapobieganiu zakażeniom szpitalnym uzupełniałaby działania personelu medycznego. Mogłoby to wpłynąć na zmniejszenie częstości występowania zakażeń szpitalnych oraz zwiększenie bezpieczeństwa i podniesienie jakości opieki nad pacjentem w szpitalu.

WNIOSKI

1. Wiedza pielęgniarek na temat zakażeń szpitalnych przenoszonych drogą kontaktową jest zróżnicowana i zależy od uzyskanego wykształcenia.
2. Wyższy poziom wiedzy w zakresie zakażeń szpitalnych posiadały pielęgniarki z wyższym wykształceniem, lecz nadal nie jest to poziom wiedzy zapewniający całkowite bezpieczeństwo zarówno pacjentowi, jak i pielęgniarcie.
3. W związku z niewystarczającym poziomem wiedzy pielęgniarek na temat zakażeń szpitalnych istnieje pilna potrzeba podjęcia wszelkich działań edukacyjnych, wpływających na podniesienie poziomu wiedzy pielęgniarek w tym obszarze.
4. Większa świadomość zagrożeń wynikających z zakażeń szpitalnych może wpłynąć na częstość przestrzegania procedur medycznych, podejmowanie świadomych działań w celu ograniczenia zakażeń szpitalnych.

PIŚMIENNICTWO

1. Rożkiewicz D. Ręce personelu jako potencjalne źródło zakażeń szpitalnych. *Zakażenia* 2011; 5: 6–12.
2. Wójkowska-Mach J, Suetens C, Bulanda M. i wsp. Zakażenia miejsca operowanego w polskich szpitalach i europejskim programie HELICS. *Zakażenia* 2005; 2: 70–73.
3. Heczko P, Wójkowska-Mach J, Bulanda M. System Czynnego Nadzoru nad Zakażeniami Szpitalnymi. Kraków, PZWL, 2010.
4. Dzierżanowska D. (red.). *Zakażenia szpitalne*. Bielsko-Biała, Alfa-Medica Press, wyd. II, 2008.
5. Wierzińska M. Problemy związane z profilaktyką zakażeń w placówkach służby zdrowia. *Zakażenia* 2007; 3: 14–17.
6. Bulanda M, Tyski S, Ciurus M. Zakażenia szpitalne w Polsce – stan wiedzy na kwiecień 2011. Raport programu – Stop Zakażeniom Szpitalnym. Program Promocji Higieny Szpitalnej. Warszawa, 2011.
7. Bulanda M. (red.). *Zakażenia szpitalne na oddziałach zabiegowych*. Kraków, PTZS, 2008.
8. Ochocka B. Zalecenia Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Pielęgniarstwa Epidemiologicznego dotyczące redukcji ryzyka rozwoju zakażenia miejsca operowanego. 2010 r. Dostępny pod adresem: <http://www.izbapiel.katowice.pl/pliki-do-pobrania.html?func=fileinfo&id=626> (dostęp: 11.12.2012)
9. Bulanda M, Cieniela A, Heczko P. i wsp. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Zakażeń Szpitalnych dotyczące zapobiegania zakażeniom miejsca operowanego (ZMO). *Zakażenia* 2002; 3–4: 5–6.
10. Ciurus M. Procedury higieny w placówkach ochrony zdrowia. Instytut Problemów Ochrony Zdrowia, Warszawa, 2009.
11. Rohm-Rodowald E, Jakimiak B, Staniszevska M. Sterylizacja w Polsce – wyniki ankiety. *Zakażenia* 2005; 2: 6–10.
12. Tyski S. Mycie oraz dezynfekcja rąk przed operacjami chirurgicznymi. *Zakażenia* 2004; 2: 69–74.
13. Fleischer M, Fleischer-Stępniewska K. Higiena rąk – gdzie jesteśmy? *Zakażenia* 2011; 6: 14–21.
14. Garus-Pakowska A, Szatko F. Wiedza pielęgniarek na temat zakażeń związanych z opieką zdrowotną. *Prob Hig Epidemiol* 2009; 90(1): 45–49.
15. Laskowska A, Krajewska-Kułak E, Rolka H, Łukaszuk C, Krajewska K. Wstępna ocena wiedzy pielęgniarek na temat zakażeń szpitalnych. *Mikol Lek* 2003; 10 (4): 23–27.
16. Budek W. Blok operacyjny jako miejsce wysokiego ryzyka – zapobieganie zakażeniom szpitalnym. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2010; 3–4 (32–32): 56–62.
17. Garus A, Szatko F. Bariery w respektowaniu procedur higienicznych w subiektywnej ocenie personelu medycznego. *Prob Hig Epidemiol* 2008; 89 (2): 76–83.
18. Garus A, Szatko F. Przestrzeganie wzorców zachowań higienicznych przez personel medyczny w szpitalach. *Prob Hig Epidemiol* 2006; 87 (3): 45–53.
19. Harris A, Samore M, Nafziger R. i wsp. A survey on handwashing practices and opinions of healthcare workers. *J Hosp Infect* 2000; 45: 134–145.
20. Creedon S. Healthcare workers' hand decontamination practices: compliance with recommended guidelines. *J Adv Nurs* 2005; 51: 230–236.
21. Kosonóg K, Gotlib J. Ocena wiedzy pielęgniarek na temat aseptyki i antyseptyki w wybranych procedurach medycznych. *Problemy Pielęgniarstwa* 2010; 18 (1): 30–40.
22. Laskowska A, Krajewska-Kułak E, Łukaszuk C. i wsp. Samoocena przez pacjentów wiedzy na temat zakażeń szpitalnych. *Prob Hig Epidemiol* 2010; 91 (3): 32–39.

Assessment of knowledge of nurses in surgical departments on hospital infections spread by the contact route

Abstract

Background. Hospital infections are one of the major problems of contemporary medicine. They constitute a threat not only to patients, but also to health care professionals. About 20–40% of all hospital infections are cross-infections spread by the hands. The study aimed to assess the knowledge of nurses in surgical departments on hospital infections spread by the contact route in relation to education.

Materials and Methods. The study involved 100 randomly selected nurses employed in surgical departments in Warsaw and Lublin hospitals of different profiles. Group 1 comprised nurses with a Master's degree, while Group 2 comprised those with a secondary school degree. Voluntary and anonymous questionnaire studies, a questionnaire developed by the authors, 26 close-ended simple choice questions were used. Statistical analysis was performed by Mann-Whitney U test, STATISTICA 10.0 software. The significance level was established at $p < 0.05$.

Results. Statistically significant differences ($p < 0.05$) between the nurses with a Master's degree and those with a secondary school education occurred in the case of 10 out of 24 questions. The nurses with higher education had better knowledge on hospital infections spread by the contact route.

Conclusions:

1. The knowledge of nurses on hospital infections spread by the contact route is diverse and depends on the level of their education.
2. Nurses with a Master's degree had better knowledge on hospital infections; however, this level of knowledge is still insufficient to fully protect patients and nurses.
3. Due to the insufficient level of knowledge of nurses on hospital infections, there is an urgent need to perform all necessary educational activities to improve the knowledge of nurses within this area.
4. Better awareness of threats associated with hospital infections may influence the frequency of following the medical procedures which, in turn, may influence the performance of conscious actions in order to prevent the incidence of hospital infections.

Key words

level of knowledge, nurses, hospital infections, hand wash