

Małgorzata Cichońska

Walka z zakażeniami : potrzebna higiena rąk, a nie cud

Acta Scientifica Academiae Ostroviensis nr 28, 129-144

2007

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Małgorzata Cichońska

WALKA Z ZAKAŻENIAMI – POTRZEBNA HIGIENA RĄK, A NIE CUD

Wstęp

Ogromny postęp medycyny niesie ze sobą odkrycia i identyfikację nowych chorób, nowe metody leczenia, dając w efekcie wydłużenie i lepszą jakość życia.

Za ten postęp płacimy jednak występowaniem zakażeń szpitalnych. Zjawisko to nieodłącznie towarzyszy pacjentom i jest niepożądanym efektem/skutkiem działań terapeutycznych, chorym przysparza dodatkowych cierpień i wydłuża ich pobyt w szpitalu, a placówki obciąża dodatkowymi kosztami hospitalizacji. Medycyna już od dawna „uczy się”, jak radzić sobie z tym problemem. Ciągłe trwają prace i badania nad minimalizacją liczby zakażeń szpitalnych oraz metodami ich zwalczania. Poszukiwania wykazały, że najskuteczniej i najbardziej ekonomicznie jest zapobiegać powstawaniu zakażeń. Podstawowym zadaniem profilaktyki w tym obszarze jest przerwanie dróg przenoszenia drobnoustrojów na wrażliwych i podatnych na zakażenia pacjentów i ochrona personelu przed nimi. Cel ten można osiągnąć poprzez wprowadzenie i realizację podstawowych procedur/ sposobów postępowania, odnoszących się do elementów funkcjonowania systemu szpitalnego w postaci higieny rąk, postępowania z odpadami, bielizną szpitalną czy utrzymania czystości, czyli samych prozaicznych aspektów funkcjonowania każdej społeczności.

Jasne i proste zasady postępowania i wykonywania czynności są tutaj kluczem do skutecznego zapobiegania powstawaniu zakażeniom zakładowym w każdej placówce służby zdrowia.

Zakażenia zakładowe i higiena rąk

Dotychczas za najskuteczniejszą z metod zapobiegania zakażeniom szpitalnym uznano mycie i dezynfekcję rąk. Walory i zalety tej czynności odkrył i wykazał już w 1847 roku Semmelweis. To on osiągnął, dzięki prostej procedurze odkażania rąk wodą chlorową, redukcję śmiertelności wśród położnic, z powodu gorączki połogowej, z 10 % do 1%. Wykazał tym samym ogromną skuteczność tego sposobu postępowania w praktyce szpitalnej. Pomimo ponad 150 lat doświadczeń z tym prostym i skutecznym sposobem postępowania, w medycynie i zapobieganiu chorobom nadal za główny wektor przenoszenia infekcji zakażeń szpitalnych/zakładowych uznawane są ręce.

Uznając zagadnienie higieny rąk za temat warty przypomnienia i poruszenia, pragnę posiłkować się aktualnymi doniesieniami i opiniami w tej kwestii. Podstawą i bezpośrednią inspiracją do rozważań stała się opinia Głównego Inspektora Sanitarnego. W analizowanym materiale, odnoszącym się do kontroli zrealizowanej w 215 stacjach dializ na terenie całego kraju, wskazał on jako jedno ze spostrzeżeń wyniku kontroli, zbyt rzadkie mycie rąk lub mycie rąk niezgodne z zasadami dekontaminacji¹. Nieprawidłowości te budziły zdziwienie kontrolerów, tym większe, że dotyczyły przede wszystkim osób z wykształceniem medycznym. W zakresie kontroli znalazły się także oddziały noworodkowe, gdzie jedną ze wskazanych przez GIS nieprawidłowości jest zbyt małe wykorzystanie przez personel medyczny środków dezynfekcyjnych, zwłaszcza do rąk (co może ułatwić transmisję drobnoustrojów między pacjentami, a personelem medycznym). Kwestia poprawnej realizacji higieny rąk powraca także jeszcze w tym samym opracowaniu i dotyczy oceny szpitali województwa mazowieckiego. W tym przypadku, jako stan niepożądany, wskazano ograniczony dostęp do mydła, co zwiększa w opinii kontrolujących ryzyko rozprzestrzeniania się drobnoustrojów szpitalnych.

Za równie częsty problem uznano nieprzestrzeganie podstawowych zasad higieny, przejawiające się niedostatecznym wykorzystaniem środków dezynfekcyjnych do rąk. Liczba cykli dezynfekcji liczona na podstawie ilości zużytych środków dezynfekcyjnych jest zbyt niska, co może mieć

¹ Wojtyła A., *Wyniki kontroli jednostek służby zdrowia w ocenie Głównego Inspektora Sanitarnego* (w:) „Zakażenia” 2/2007, s. 88.

kluczowe znaczenie w rozprzestrzenianiu się drobnoustrojów szpitalnych.

Zwykłe mycie rąk jest tak ważnym przejawem działań na rzecz bezpieczeństwa pacjenta jak i personelu, że w nowym projekcie ustawy o chorobach zakaźnych i zakażeniach realizacja tej procedury jest usankcjonowana prawnie. Ustawa przewiduje bowiem możliwość karania osób uchylających się od jej przestrzegania. Umożliwi jednocześnie skuteczne egzekwowanie wymagań higienicznych, podczas wykonywania zabiegów związanych z naruszaniem ciągłości tkanek przy użyciu środków prawnych.

Co należy wiedzieć o higienie rąk?

Mycie rąk usuwa zabrudzenia, pozwala w znacznym stopniu mechanicznie usunąć drobnoustroje należące do flory przejściowej, a dezynfekcja eliminuje florę stałą.

Mycie rąk powinno być postrzegane przez personel medyczny i osoby mające kontakt z pacjentem jako powinność. Jest to metoda, która ogranicza infekcje krzyżowe oraz zmniejsza ryzyko infekcji związanych ze stosowaniem inwazyjnych technik diagnostycznych lub leczniczych.

Każda pielęgniarka, realizując swoje zadania i funkcje w sferze zawodowej, jest, w obliczu wymagań prawnych i kodeksu etycznego przyświecającego jej pracy, zobligowana do odpowiedzialnego postępowania wobec podopiecznych, chroniąc ich w maksymalny, możliwy i dostępny sposób. W tym zakresie zadań do realizacji mieści się podstawowa metoda zapobiegania zakażeniom, którą z racji ilości czynności wykonywanych przy pacjencie pielęgniarki powinny wykonywać najczęściej, czyli higiena rąk.

Kiedy należy myć ręce?

Skuteczność metody oparta jest na prostych i podstawowych kanonach, pod warunkiem ich rzetelnego przestrzegania. Oczywiście jest więc, że należy myć ręce:

- po wyjściu z toalety,
- przed jedzeniem,

- po widocznym zabrudzeniu,
- przed i po wykonaniu procedur klinicznych (opatrwanie rany, założenie cewnika moczowego, założenie czy usunięcie wkłucia dożylnego),
- przed założeniem i po ściągnięciu rękawic,
- po potencjalnym skażeniu np. po kontakcie z brudną bielizną,
- przed i po opróżnieniu worka zbiorczego na mocz,
- przed opuszczeniem izolatki/ sali wydzielonej,
- przed zmianą miejsca pielęgnacji nawet u tego samego pacjenta (np. manipulacja przy wkłuciu, zmian opatrunku),
- przed i po kontakcie z kolejnym pacjentem (nawet jeżeli ręce są wizualnie czyste).

Zasady obowiązujące przy higienie rąk

Przy higienie rąk należy pamiętać i kierować się następującymi zasadami:

- posiadać krótko obcięte paznokcie, gdyż drobnoustroje chętnie kolonizują obszar pod paznokciami,
- nie wycinać skórek, ponieważ powstałe uszkodzenia skóry sprzyjają kolonizacji i namnażaniu się drobnoustrojów,
- nie zakładać w pracy biżuterii, gdyż stanowi ona doskonałe miejsce schronienia dla drobnoustrojów, utrudniając dostęp preparatów myjących i dezynfekujących, zakładanie rękawic i zatrzymują wilgoć, co ułatwia namnażanie się bakterii gram ujemnych,
- nie nosić sztucznych lub lakierowanych paznokci, gdyż aby je chronić przed zniszczeniem podświadomie ogranicza się częstość i energiczność mycia rąk,
- nie pracować w odzieży z długim rękawem, zrezygnować z noszenia w pracy na rękach zegarka lub bransoletki, gdyż utrudnia to mycie i dezynfekcję nadgarstków i przedramion,
- myć ręce pod bieżącą wodą, ponieważ usuwa się w ten sposób mechanicznie florę łatwiej niż wodą stojącą,
- moczyć ręce przed nakładaniem preparatu myjącego, ze względu na mniejsze ryzyko wystąpienia podrażnień skóry i łatwiejsze rozprowadzenie preparatu,

- myć ręce dokładnie, uwzględniając wszystkie powierzchnie mycia, a zwłaszcza zakończenia palców, kciuki i przestrzenie między palcami,
- spłukiwać ręce dokładnie wodą, gdyż pozostałości preparatu myjącego mogą uszkadzać skórę, co sprzyja kolonizacji szczepami szpitalnymi,
- dokładnie osuszać ręce przed dezynfekcją, gdyż preparat dezynfekcyjny nałożony na mokre ręce jest nieskuteczny,
- zakręcać kurek kranu, po myciu rąk, przy użyciu suchego ręcznika jednorazowego co zapobiega ponownej dekontaminacji rąk,
- ręce należy chronić przed nadmiernym wysuszeniem, używając preparatów natłuszczających,
- uszkodzenia skóry należy chronić, osłaniając je wodoodpornym opatrunkiem.

W toku działań obejmujących higienę rąk rozróżniamy:

1. Zwykłe mycie rąk wykonywane przy użyciu mydła i bieżącej wody, przez co najmniej 10-15 sekund, przed wszystkimi rutynowymi zabiegami w oddziale, pielęgnacją chorego, przygotowaniem posiłków, karmieniem, aby wyeliminować florę przejściową.
2. Higieniczne mycie rąk wykonywane w obszarach wysokiego ryzyka, przed wykonywaniem procedur medycznych, po kontakcie z wydzielinami lub wydaliniami, w celu eliminacji flory przejściowej i częściowo stałej. Procedurę wykonuje się poprzez mycie zwykłe i dezynfekcję skóry, przez 20-30 sekund, przy użyciu 3-5 ml płynu dezynfekującego. W przypadku braku widocznego zabrudzenia rąk można stosować tylko dezynfekcję.
3. Chirurgiczne mycie rąk możliwe do zastosowania przed wszystkimi zabiegami chirurgicznymi i inwazyjnymi, przez co eliminuje się florę przejściową i w znacznym stopniu florę stałą. Stosuje się tutaj wydłużony czas mycia 3-5 minut, z powiększeniem obszarów mytej skóry o nadgarstki i przedramiona oraz czyszczeniem paznokci szczotką. Zalecane jest aktualnie takie mycie do pierwszego zabiegu w danym dniu, gdyż stałe użycie szczotki, zwiększa ryzyko uszkodzeń skóry. Skórę powinno się osuszać sterylnym ręcznikiem oraz prowadzi się dezynfekcję używając 2 razy po 5 ml preparatu, każdorazowo do całkowitego wysuszenia preparatu.

Technika mycia rąk

Realizacja mycia rąk jest najbardziej znana i popularna wg techniki Ayliffe, w której przetarte są wszystkie powierzchnie, a każdy z sześciu preferowanych ruchów jest powtarzany pięciokrotnie. We wskazanej technice mycia kolejno wykonuje się następujące czynności:

- uruchomienie źródła bieżącej wody,
- zmoczenie dłoni,
- zaczerpnięcie preparatu myjącego,
- pocieranie wewnętrznych powierzchni dłoni,
- pocieranie grzbietu dłoni lewą dłonią prawą i zmiana rąk,
- pocieranie wewnętrznych powierzchni dłoni z splecionymi palcami,
- pocieranie powierzchni zgiętych palców lewej dłoni, dłonią prawą i zmiana rąk,
- obejmowanie kciuka dłoni prawej ruchem obrotowym dłonią lewą i zmiana rąk,
- złączonymi palcami prawej dłoni pocieranie ruchem obrotowym o wewnętrzną powierzchnię dłoni lewej i zmiana rąk.

Trudności w realizacji procedury

Higiena rąk jednak dość często napotyka na cały szereg trudności, z powodu których zalecenia dotyczące mycia i dezynfekcji nie są lub nie mogą być w pełni realizowane.

Wśród tych przyczyn są głównie wymieniane:

- zbyt mała liczba punktów do mycia rąk,
- braki lub zbyt małe ilości środków myjących oraz dezynfekcyjnych,
- braki lub ręczniki jednorazowe złej jakości,
- drażniące środki dezynfekcyjne,
- brak czasu.

Błędy popełniane przez personel

W zakresie realizacji utrzymania czystości rąk należy zwrócić szczególną uwagę na eliminację następujących czynności:

- praca w biżuterii,

- zbyt rzadkie mycie rąk w odniesieniu do potrzeb,
- zbyt krótki czas mycia,
- niedokładne mycie,
- używanie wspólnego mydła w kostce,
- brak mycia i dezynfekcji dozowników na mydło w płynie,
- osuszanie rąk wspólnym, wielorazowym ręcznikiem,
- niedokładne osuszanie rąk przed dezynfekcją,
- niedokładna dezynfekcja z powodu zbyt małej ilości użytego preparatu,
- zbyt krótki czas dezynfekcji,
- odkręcanie i zakręcanie kurków bez użycia ręczników,
- brak stosowania kremów, balsamów i środków nawilżających skórę i chroniących ją przed pękaniem,
- praca przy pacjencie, mimo obecności zmian chorobowych skóry rąk u personelu.

Jak można monitorować poprawność realizacji higieny rąk?

Mycie rąk, jak większość procedur higieny szpitalnej da się kontrolować, monitorować i oceniać po kątem rzetelności jej realizacji. Daje to możliwość określenia czy jest ona w praktyce poprawnie stosowana. Praktyczne metody kontroli opierają się na założeniach i opisie techniki wykonania procedury. W odniesieniu do higieny rąk można w zależności od potrzeb uwzględnić w obliczeniach następujące dane:

- fakt użycia środka do dezynfekcji wymagany przy higienicznym myciu rąk przed wykonaniem procedur medycznych,
- ilość preparatu zalecana do użycia przy wykonaniu jednej procedury (tutaj 3-5ml),
- ilość osobodni pobytu pacjentów,
- ilość zabiegów inwazyjnych wymagających higienicznego mycia rąk np. opatrunki, cewnikowania, wkłucia obwodowe, iniekcje, dializy, porody, zabiegi operacyjne.

Wszystkie te dane można wykorzystać w praktyce do wykazania zespołowi czy mycie rąk jest właściwie realizowane w danej komórce, w odniesieniu do danej procedury, grupy pacjentów, czy w danym

obszarze, w wykonaniu pracującego tam personelu. Taka metoda to oszczędność czasu i możliwość uzyskania wiarygodności działań zapobiegawczych w danej komórce.

W ten sposób swobodnie można wykazać także jaka ilość preparatu powinna zostać zużyta w dowolnie wybranym przedziale czasu np. dniu, miesiącu na liczbę wykonanych procedur.

Można to praktycznie wykazać na następującym przykładzie np.:

liczba dializ wykonywanych w ciągu doby x ilość zużywanego preparatu:

w praktycznym rachunku przedstawia się to następująco-

3 ml preparatu przed założeniem rękawic do dializy plus 3 ml po zdjęciu rękawic po podłączeniu oraz kolejne 2 x 3ml po odłączeniu = minimum 12 ml / dializę,

przy 20 dializach w ciągu doby ilość zużycia to 12ml na dializę x 20 dializ/dobę = 240 ml

przy 25 dniach dializacyjnych w miesiącu daje to 25 dni x 240 ml/ dobę = minimum 6000 ml preparatu dezynfekcyjnego do rąk, w ciągu miesiąca, zużytego tylko przez same pielęgniarki do obsługi dializ.

Kalkulacje można modyfikować dowolnie, analizując posiadany materiał wielokierunkowo,

np. ilość zużytego preparatu wyniosła w skali miesiąca 8 000 ml, liczba zabiegów operacyjnych w skali miesiąca to 150.

Przy założeniu, że chirurgiczne mycie rąk powinno być realizowane przed każdym zabiegiem chirurgicznym, przy zużyciu 2 x 5 ml preparatu plus 3 ml po zakończeniu zabiegu otrzymujemy 13 ml na jedna osobę, przy zabiegu.

Skład zespołu minimum lekarz, asystent i instrumentariuszka oraz pomoc to łącznie 4 osoby x 13 ml = 52 ml/ zabieg.

Przy 150 zabiegach deklarowanych w miesiącu daje to: 150 x 52 ml= 7870 ml.

W ten sposób samo wykonanie zabiegów to blisko 8000 ml.

Przy deklarowanym zużyciu 8000 ml w miesiącu można wnioskować, iż procedury nie są w pełni realizowane, gdyż z rachunku wynika, że ilość 8 l preparatu to tylko dezynfekcja rąk u zespołów operacyjnych, a gdzie wykonywanie czynności przygotowawczych, porządkowych w obrębie bloku, czy pomocniczych. W takiej sytuacji należy bliżej przeanalizować sytuację w obrębie „badanego” zespołu operacyjnego.

Czyż istnieje lepszy argument dla osób czy instytucji kontrolujących czy nadzorujących, niż matematyczne wykazanie, poparte dowodami, potwierdzające fakt, iż realizacja podstawowej procedury zapobiegania zakażeniom szpitalnym, jaką jest higiena rąk jest poprawnie realizowana w obszarze oddziału czy pracowni.

Oczywiście przedstawione obliczenia są jedynie szacunkowym określeniem, które można modyfikować wg potrzeb i możliwości posiadanych danych, jednak mogą one posłużyć za wartościowy materiał edukacyjny. Ponadto takie kalkulacje czynią działania personelu w odniesieniu do realizacji niektórych procedur wiarygodnymi, potwierdzając przy braku możliwości ich ciągłego i pełnego dokumentowania i monitorowania poprawność ich wykonywania.

Okazuje się, iż w praktyce z powodzeniem można wykorzystać analizy i opracowania teoretyczne, które warto wykorzystywać w działaniach, planowaniu, edukacji czy ocenie działań w obrębie obszarów zainteresowania. W odniesieniu do możliwości oceny realizacji higieny rąk, do analizy można wprowadzić i przetworzyć także dane odnoszące się do ilości zużywanego mydła, ręczników jednorazowych czy emulsji do pielęgnacji skóry.

Są to także wymierne skutki realnego mycia rąk.

Rola czystości rąk

Aby ocenić właściwy sposób realizacji procedur czy standardów w placówce czy komórce, warto znać rolę, powagę i wpływ jej realizacji na poziom jakości świadczonych usług. Higiena rąk jest uznana i wskazywana jako pierwszy i najważniejszy element zapobiegania zakażeniom zakładowym. Jest to sposób prosty, tani i skuteczny.

Warto więc wykazać, jak istotne, opłacalne i odpowiedzialne zadanie oraz wyzwanie do realizacji stoi przed personelem medycznym.

Poprawna realizacja higieny rąk znajduje swoje poparcie i uzasadnienie w licznych opracowaniach i materiałach.

Chcąc wykazać celowość rozważań oraz podkreślić wagę poruszanego „problemu”, który może wydawać się pospolity i wielokrotnie już prezentowany, przytoczę jakie znaczenie przypisuje się i jaką rangę nadaje się higienie rąk w odniesieniu do pacjenta, szpitala i personelu.

Wskażę także kilka funkcji i zadań jakie ma do spełnienia ta czynność w systemie zapobiegania i kontroli zakażeń oraz postaram się wykazać w tym kontekście rolę tego działania.

Oto niektóre z nich:

1. Ręce personelu stanowią drogę transmisji, zarówno wirusów krwiopochodnych, jak i wieloopornych drobnoustrojów chorobotwórczych, dlatego w trakcie pracy w pomieszczeniu, w którym prowadzona jest dializa należy stosować wcieranie samo wysychającego środka alkoholowego lub mydła o działaniu antyseptycznym².
2. Zalecenia dotyczące zapobiegania zakażeniom ran chirurgicznych w działaniach dotyczących okresu przedoperacyjnego wskazują jako jeden z elementów zapobiegania antyseptykę dłoni, opatrując to działanie rangą kategorii I B (czyli szczególnie zalecana do wdrożenia i poparta przez dobrze udokumentowane prace eksperymentalne, kliniczne i epidemiologiczne oraz silne argumenty teoretyczne). Zalecenie to odnosi się do następujących działań:
 - nie powinno się używać sztucznych paznokci, a naturalne powinny być krótko obcięte,
 - szczotkowanie przedoperacyjne rąk i przedramion do poziomu łokci z użyciem właściwego antyseptyku powinno trwać od 2 do 5 minut,
 - po myciu chirurgicznym trzymać ręce z dala od ciała (łokcie w pozycji zgiętej), a strumień wody powinien płynąć w kierunku od czubków palców w stronę łokci. Dłonie suszyć przy użyciu jałowych ręczników³.
3. Warunkiem przeciwdziałania infekcjom żylnym kojarzonym z cewnikami jest dokładna analiza dróg infekcji. Jedną z możliwości zakażenia to intraluminalne skażenie, powstające w wyniku wadliwej higieny przy postępowaniu się systemami infuzyjnymi, a w szczególności na skutek niewystarczającej higieny rąk podczas otwierania korków trójdrożnych⁴.

² Ozorowski T., Brońska K., Grzegorzewska A., *Rekomendacje zapobiegania zakażeniom w ośrodkach hemodializ*; Poznań, 2006.

³ Wytyczne dotyczące profilaktyki zakażeń chirurgicznych, 1999, tłumaczenie tekstu opublikowanego w „Infection Control and Hospital Epidemiology” Vol. 20, nr 4.

⁴ Panknin H.-T., *Przeciwnieinfekcyjna modyfikacja cewników żylnych*, „Aseptyka. Higiena szpitalna w Polsce” nr 1/2005, Rok 7, s. 8.

4. *Clostridium difficile* to mikroorganizm, bezwzględny beztlenowiec, gram – dodatnia laseczka, wytwarzająca przetrwalniki, która dała się poznać jako sprawca zakażeń szpitalnych przebiegających w postaci biegunki i zapaleń jelit u osób leczonych antybiotykami. W przypadku ostrych zachorowań należy zachować ścisłą higienę rąk (dezynfekcja). Aby zapobiec wybuchom wielkich epidemii ważne jest, aby w szpitalach i zakładach opiekuńczych przestrzegać ogólnych zasad higieny, szczególnie zaś zaleceń dotyczących utrzymania higieny środowiska i rąk⁵.
5. W przypadku krótkich cewników obwodowych, ochronę przed zakażeniem zapewnia właściwa higiena rąk przed wprowadzeniem cewnika lub jego pielęgnacją, w połączeniu z zastosowaniem właściwej techniki aseptycznej podczas manipulacji przy cewniku. Przestrzeganie właściwych procedur higieny rąk - mycie rąk mydłem przeciwbakteryjnym lub stosowanie opartych na alkoholu żeli lub pianek, przestrzeganie higieny rąk przed i po badaniu palpacyjnym miejsca wkłucia, a także przed i po wprowadzeniu, wymianie, dostępie, poprawianiu lub opatrywaniu cewnika naczyniowego posiada w rekomendacjach, dotyczących zakładania cewników naczyniowych, u dorosłych i dzieci rangę kategorii I A (czyli mocno zalecane do wprowadzania i silnie poparte w dobrze zaprojektowanym badaniu eksperymentalnym, klinicznym lub epidemiologicznym)⁶.
6. *Clostridium perfringens* to laseczka słynnej zgorzeli gazowej, której obecność wymaga zachowania szczególnych zasad postępowania, obejmujących szereg wzajemnie uzupełniających się poziomów. Podstawową procedurą higieniczną, ukierunkowaną na ograniczenie transmisji drobnoustrojów w środowisku, która dotyczy personelu, pacjenta oraz członków rodziny mających bezpośredni kontakt z chorym czyli aktywnie opiekujących się chorym jest higiena rąk. Standardowo powinna być realizowana jako mycie nie podrażniającym mydłem w płynie oraz dezynfekcja preparatem

⁵ Kaberich A., Rheinbaben F. v., (w), *Clostridium difficile*- mikroorganizm powodujący coraz liczniejsze zakażenia szpitalne, „Aseptyka. Higiena szpitalna w Polsce” Nr 3, Rok 8, 2006, s. 3.

⁶ Zakażenia związane z obecnością cewników naczyniowych u dorosłych i dzieci (źródło : www.cdc.gov) (w:) „Pielęgniarka Epidemiologiczna” 2007, Nr 1.

alkoholowym. W wyjątkowych sytuacjach może być realizowana jako procedura ograniczona tylko do dezynfekcji z użyciem preparatu alkoholowego⁷.

7. Problem profilaktyki zakażeń szpitalnych wymaga spojrzenia holistycznego i systemowego oraz podjęcia działań zapobiegawczych. Najważniejsze działania zapobiegawcze to min. higiena i działania antyseptyczne, które nie odnoszą się wyłącznie do prawidłowej dekontaminacji rąk lecz również do odpowiedniego wyboru oraz właściwego używania rękawic medycznych i jednorazowej odzieży medycznej⁸.
8. Rotawirusy (RV) grupy A są głównym czynnikiem etiologicznym ostrej biegunki o ciężkim przebiegu, u dzieci do 5 roku życia. Najprostszym sposobem zapobiegania szpitalnym zakażeniom RV wydaje się być przestrzeganie elementarnych zasad higieny, w tym mycia rąk⁹.
9. Zakażenia szpitalne mogą występować jako pojedyncze przypadki infekcji lub w postaci ognisk epidemicznych czyli wystąpienie co najmniej dwóch wyraźnie powiązanych ze sobą przypadków zakażeń. Wystąpienie ogniska pociąga za sobą konieczność dochodzenia i ustalenia zasad postępowania ograniczającego rozprzestrzenianie się zakażeń. Na wypadek wystąpienia ogniska, istnieją zalecenia i instrukcje postępowania obejmujące m.in. jako jeden z pierwszych sposobów ograniczania ryzyka szerzenia się epidemii mycie i dezynfekcję rąk. Wymagana ona jest przez wszystkich mających kontakt z chorymi w ognisku przed i po kontakcie z pacjentem, użyciu rękawiczek jednorazowych oraz przed opuszczeniem pokoju chorego¹⁰.

Ten krótki indeks prezentujący rolę, miejsce i możliwość wykorzystania higieny rąk w działaniu personelu medycznego, w tym także pielęgniarki,

⁷ Ziółko A., *Procedura postępowania w szpitalu w przypadku wystąpienia zgorzeli gazowej*, „Kwartalnik Stowarzyszenie Higieny i Lecznictwa” 2007, nr 1-2, s. 15-20.

⁸ Wierzińska M., *Systemowe przeciwdziałanie zakażeniom*, „Zakażenia” 2007, styczeń-luty, s. 102.

⁹ Szajewska H., Mrukowicz J., *Czy zapobieganie szpitalnym zakażeniom rotawirusowym u dzieci jest potrzebne i możliwe?*, „Zakażenia” 2006, maj- czerwiec, s. 81-89.

¹⁰ Fleischer M., Salik K., *Postępowanie w przypadku wystąpienia szpitalnych ognisk epidemicznych*, Zeszyt V, Wrocław 2006.

podkreśla szczególną ważność tej procedury dla zdrowia, a nawet życia podopiecznych i osób hospitalizowanych w placówkach służby zdrowia.

Mycie rąk, a postawa zawodowa

Nawiązując i odwołując się do pielęgniarstwa jako zawodu i misji należy podkreślić, iż wszystkie działania pielęgniarek wobec podopiecznych, w zakresie każdej grupy zadań stawianych przed nimi do realizacji, są związane w znacznej mierze z wykonywaniem czynności wymagających przed czy po ich wykonaniu, higieny rąk.

Będąc zobligowaną do zapewnienia bezpieczeństwa pacjentowi oraz budowaniu i wzmocnianiu jego postawy wobec własnego zdrowia i odpowiedzialności za nie, pielęgniarka musi realizować mycie rąk, gdyż jest ono gwarantem bezpieczeństwa jej i pacjenta.

Specyfika tego działania wynika także z faktu, że w swojej pracy realizuje cele i wartości ujęte w kodeksie etyki. Wraz z nim niejako dziedziczy obowiązek rzetelnego przestrzegania norm moralnych i etycznych w każdym momencie swojej pracy. Otrzymując zakres obowiązków, otrzymuje także kredyt zaufania związany z jej profesjonalizmem, postawą i systemem wartości. Pracując, pielęgniarka zawsze powinna się kierować główną zasadą szacunku dla godności i wartości osoby każdego pacjenta. Otrzymany kredyt zaufania nakłada na nią obowiązek podejmowania wszelkich uzasadnionych działań w celu ochrony, przywracania i podtrzymywania życia. To poprzez zwykłe codzienne i systematyczne wykonywanie czynności jak mycie rąk kilkadziesiąt, a nawet kilkaset razy w ciągu dnia pracy, patrząc na zniszczoną od ciągłego mycia skórę może mieć poczucie, że wykonuje swoją pracę zgodnie z wymogami profesji i etyki zawodowej czując, że w pełni realizuje swoją misję, chroniąc przy tym swoich podopiecznych najlepiej jak potrafi.

Na każdym etapie swojej pracy, przy każdym działaniu związanym z pośpiechem, zmęczeniem, w sytuacji irytacji na pacjenta czy rodzinę niech każda z nas pamięta o najwyższym celu i sekwencji z przysięgi pielęgniarskiej, że „w pracy zawodowej zawsze będę zasługiwała na zaufanie. Będę daleka od wszystkiego, co szkodliwe

i zgubne.....”¹¹ wtedy na pewno poczuje się zrealizowana, a każdy jej podopieczny będzie bezpieczny, gdyż na pewno nie zapomni lub nie odstąpi od rutynowego mycia rąk.

Takie zachowanie będzie miarą jej profesjonalizmu i spełnionej misji.

Literatura:

1. Bulanda M. (red), *Zakażenia szpitalne w Polsce*, PTZS, Kraków 2003.
2. Bulanda M., Wójcikowska-Mach J., Heczko P. B., *Zakażenia szpitalne - próba oceny sytuacji zakażeń szpitalnych w Polsce*, „Przewodnik Menadżera Zdrowia” 2001, Nr 3(10).
3. Damani J., *Praktyczne metody kontroli zakażeń szpitalnych*, Polskie Towarzystwo Zakażeń Szpitalnych, Kraków 1999.
4. Dzierżanowska D., Jeliśiewicz J., *Zakażenia szpitalne*, &-Medica Press, Bielsko- Biała 1999.
5. Fleischer M., Bober-Gheek B., *Podstawy pielęgniarstwa epidemiologicznego*, CKPPiP, Warszawa 2002.
6. Fleischer M., Salik K., *Postępowanie w przypadku wystąpienia szpitalnych ognisk epidemicznych*, Zeszyt V, Wrocław 2006.
7. Gruca Z., *Leczenie Zakażeń Chirurgicznych. Postępy w chirurgii w 1999 roku - opinie polskich specjalistów*, „Medycyna Praktyczna – Chirurgia” 1999, 8 (20).
8. Gruca Z., Stefania T., Głowacki J., *Klinika zakażeń - zakażenie miejsca operowanego po zabiegach klasycznych i laparoskopowych w chirurgii jamy brzusznej*, „Zakażenia” 2006, 5.
9. Heczko P., Bulanda M., Wójcikowska-Mach J., *Epidemiologia zakażeń szpitalnych*, „Przewodnik Menadżera Zdrowia” 2001, 3(10).
10. Heczko P., Bulanda M., Wójcikowska-Mach J., Jeliśiewicz J., *Nadzór nad zakażeniami w Polsce - stan aktualny i możliwości rozwoju*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2000, 54.
11. Kaberich A., Rheinbaben F. v., *Clostridium difficile - mikroorganizm powodujący coraz liczniejsze zakażenia szpitalne*, „Aseptyka. Higiena szpitalna w Polsce” 2006, Rok 8, Nr 3.

¹¹ Kowalczyk-Rogala G., *Kryzys etyki zawodowej?*, „Magazyn Pielęgniarki i Położnej” 2005, Nr 12, s. 4-5.

12. Kapała W., *Pielęgniarstwo w chirurgii*, Czelej, Lublin 2006.
13. Kowalczyk-Rogała G., *Kryzys etyki zawodowej?*, "Magazyn Pielęgniarki i Położnej" 2005, Nr 12.
14. Mackiewicz Z., *Współczesne leczenie przepuklin brzusznych*, PZWL, Warszawa 2006.
15. Majewski E., Zaniewski M., Pawelczyk I., Urbanek T., *Ewentracja jako powikłanie w chirurgii ogólnej i naczyniowej*, „Wiadomości Lekarskie” 1999, Nr 3.
16. Ozorowski T., Brońska K., Grzegorzewska A., *Rekomendacje zapobiegania zakażeniom w ośrodkach hemodializ*, Poznań 2006.
17. Panknin H.-T., (w), *Przeciwnieinfekcyjna modyfikacja cewników żylnych*, „Aseptyka. Higiena szpitalna w Polsce”, nr 1/2005.
18. Pyda P., Matysiak K., Dzieciuchowicz Ł, Drews M., *Czynniki ryzyka ewentracji*, „Polski Przegląd Chirurgiczny”, nr 5/1997.
19. Rowiński W., Dziak A., *Chirurgia dla pielęgniarek*, PZWL, Warszawa 1999.
20. Sala P., Lech M., *Epidemiologia zakażeń - zakażenia miejsca operowanego w oddziale chirurgii SP ZZOZ w Staszowie*, „Zakażenia” 2006, Nr 1.
21. Szajewska H., Mrukowicz J., *Czy zapobieganie szpitalnym zakażeniom rotawirusowym u dzieci jest potrzebne i możliwe?*, „Zakażenia” 2006, maj- czerwiec.
22. Walewska E., *Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego*, PZWL, Warszawa 2006.
23. Wierzińska M., *Systemowe przeciwdziałanie zakażeniom*, „Zakażenia” 2007, styczeń-luty.
24. Wojtyła A., *Wyniki kontroli jednostek służby zdrowia w ocenie Głównego Inspektora Sanitarnego*, „Zakażenia” 2/2007.
25. *Wytyczne dotyczące profilaktyki zakażeń chirurgicznych*, 1999, tłumaczenie tekstu opublikowanego w „Infection Control and Hospital Epidemiology” Vol. 20, nr 4.
26. *Zakażenia związane z obecnością cewników naczyniowych u dorosłych i dzieci* (źródło : www.cdc.gov) w „Pielęgniarka Epidemiologiczna” 2007, Nr 1.

27. Ziółko A., *Procedura postępowania w szpitalu w przypadku wystąpienia zgorzeli gazowej*, „Kwartalnik Stowarzyszenie Higieny i Lecznictwa” 2007, nr 1-2.