



Fakulteta za zdravstvo **Angele Boškin**  
*Angela Boškin Faculty of Health Care*

Diplomsko delo  
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje  
**ZDRAVSTVENA NEGA**

**STANDARDNI IZOLACIJSKI UKREPI V  
PRAKSI ZDRAVSTVENE NEGE V DOMU ZA  
STAREJŠE OBČANE**

**STANDARD ISOLATION PRECAUTIONS  
IN NURSING CARE PRACTICE AT A  
RETIREMENT HOME**

Mentorica: Mojca Dolinšek, pred.

Kandidatka: Kaja Pipan

Jesenice, december, 2017

## **ZAHVALA**

Zahvaljujem se mentorici, Mojci Dolinšek pred., za vso pomoč, predloge, predvsem pa za potrpežljivost pri pripravi diplomskega dela. Zahvaljujem se tudi recenzentkama Marti Smodiš pred., in doc. dr. Ireni Grmek Košnik ter lektorici Urški Ščavničar Cunder.

Iskreno pa se zahvaljujem tudi mojim najbližjim: Mateju, družini ter prijateljem za vso podporo med pisanjem mojega diplomskega dela.

## **POVZETEK**

**Teoretična izhodišča:** Standardni izolacijski ukrepi so po svetu priznani kot temelj učinkovitega nadzora upravljanja okužb, povezanih z zdravstvom med pacienti in zdravstvenimi delavci. S preprečevanjem ter obvladovanjem okužb, povezanih z zdravstvom, se ukvarjajo nacionalne in mednarodne ustanove, kot so CDC, WHO in ECDC, saj so le-te dandanes vse večji problem.

**Cilj:** Ugotoviti in določiti stopnjo seznanjenosti zdravstvenih delavcev s standardnimi izolacijskimi ukrepi in upoštevanje le-teh pri svojem delu.

**Metoda:** Raziskava je temeljila na neeksperimentalni kvantitativni metodi empiričnega raziskovanja. Podatki v empiričnem delu diplomskega dela so bili pridobljeni s pomočjo strukturiranega anketnega vprašalnika. Vprašalnik je izpolnilo 81 zdravstvenih delavcev (46 bolničar - negovalcev, 28 tehnikov zdravstvene nege, 7 višjih oz. diplomiranih medicinskih sester) v dveh domovih starejših občanov v Ljubljani. Izračunali smo odstotke, za ugotavljanje statistično značilnih razlik med skupinami pa smo uporabili hi-kvadrat.

**Rezultati:** Na vprašanje, kaj so standardni izolacijski ukrepi, je le 32,1 % anketirancev odgovorilo pravilno. 98,8 % anketirancev je pravilno odgovorilo, da je namen standardnih izolacijskih ukrepov zaščita varovancev ter osebja. 45,7 % anketirancev pozna vsebino izolacijskih ukrepov. 60,5 % anketirancev se po svojem mnenju pogosto ravna po izolacijskih ukrepih pri svojem delu, 37 % anketirancev pa meni, da se vedno ravna po izolacijskih ukrepih. 44,4 % anketirancev meni, da je vzrok za neupoštevanje standardnih izolacijskih ukrepov pri svojem delu pomanjkanje časa. Na vprašanje, ali menijo, da imajo na razpolago dovolj varovalnih sredstev za izvajanje izoalcijskih ukrepov pri svojem delu, je 86,4 % anketirancev odgovorilo pritrdilno.

**Razprava:** Ugotovili smo, da so anketiranci seznanjeni s pomenom in uporabo standardnih izolacijskih ukrepov, vendar je njihovo znanje pomanjkljivo. Anketiranci imajo v večini željo po obnovitvi in dopolnitvi znanja o okužbah, povezanih z zdravstvom. V nadaljnje bi predlagali kakšno drugo metodo raziskovanja o rabi standardnih izolacijskih ukrepov v praksi s pomočjo našega vprašalnika, ki pa bi vseboval še dodatna vprašanja na temo kakovosti in varnosti tako varovancev kot zaposlenih.

**Ključne besede:** okužbe, povezane z zdravstvom, znanje, zdravstveni delavci, zdravstvena nega, pacient

## SUMMARY

**Background:** The standard isolation measures are recognized worldwide as the basis for effective management control of healthcare-associated infections communicated between patients and healthcare professionals. National and international institutions, such as CDC, WHO and ECDC are dealing with the prevention and control of healthcare-associated infections as they are becoming a growing problem.

**Aims:** The goal was to determine the awareness of health professionals about the standard isolation measures and their adherence to standard isolation measures in their work.

**Methods:** The study was based on a non-experimental quantitative method of empirical research. Data in the empirical part of the thesis were obtained using a structured questionnaire. The questionnaire was completed by 81 health workers (46 medics/care workers, 28 nurses, 7 registered nurses) in two retirement homes in Ljubljana. We calculated the percentages and used the Chi-square test, to determine of statistically significant differences between groups.

**Results:** To the question of what the standard isolation measures are, only 32.1% of the respondents answered correctly. The correct response that the purpose of the standard isolation measures is to protect patients and staff was provided by 98.8% of the respondents. 45.7% of the respondents know the exact content of the isolation measures. 60.5% of the respondents have the opinion that they follow isolation measures often and 37% of the respondents believe that they fully comply with the isolation measures. 44.4% of the respondents believe that the reason for non-standard isolation measures is the lack of time. The respondents were also asked whether they think they have enough protective equipment to implement the measures and 86.4% of the respondents answered in the affirmative.

**Discussion:** We found that while respondents are aware of the importance and application of standard isolation measures, their knowledge is inadequate. Most respondents would like to refresh and update the knowledge of healthcare-associated infections. In further research we would recommend different methods of research about the use of standard isolation measures in practice with help of our questionnaire which

would contain additional questions concerning quality and the safety of patients and employees.

**Key words:** healthcare-associated infections, knowledge, nursing care, healthcare professionals, patient

## KAZALO

<b>1</b>	<b>UVOD</b> .....	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>TEORETIČNI DEL</b> .....	<b>2</b>
2.1	SPLOŠNO O OKUŽBAH POVEZANIH Z ZDRAVSTVOM.....	2
2.1.1	Vrste okužb in dejavniki tveganja za okužbe, povezane z zdravstvom ....	2
2.1.2	Ukrepi za preprečevanje okužb, povezanih z zdravstvom .....	4
2.2	ZGODOVINA VAROVALNIH UKREPOV .....	4
2.3	OSAMITEV ALI IZOLACIJA .....	6
2.3.1	Vrste izolacij glede na poti prenosa okužb .....	9
2.4	STANDARDNI IZOLACIJSKI UKREPI .....	9
2.4.1	Higiena rok .....	10
2.4.2	Osebna varovalna sredstva .....	12
2.4.3	Uporaba zaščitnih rokavic v zdravstveni negi .....	13
2.4.4	Vzdrževanje pripomočkov za osebno higieno .....	13
2.4.5	Čiščenje in razkuževanje varovančeve okolice .....	14
2.5	IZOBRAŽEVANJE ZDRAVSTVENIH DELAVCEV .....	15
2.6	ZNAČILNOSTI ZDRAVSTVENE NEGE V DOMOVIH STAREJŠIH OBČANOV .....	16
<b>3</b>	<b>EMPIRIČNI DEL</b> .....	<b>19</b>
3.1	NAMEN IN CILJI DIPLOMSKEGA DELA .....	19
3.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA.....	19
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA .....	20
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov .....	20
3.3.2	Opis merskega instrumenta .....	20
3.3.3	Opis vzorca .....	21
3.3.4	Opis poteka raziskave in obdelave podatkov .....	21
3.4	REZULTATI .....	22
3.5	RAZPRAVA .....	34
<b>4</b>	<b>ZAKLJUČEK</b> .....	<b>38</b>
<b>5</b>	<b>LITERATURA</b> .....	<b>40</b>
<b>6</b>	<b>PRILOGA</b>	

## 6.1 INSTRUMENT



## **KAZALO SLIK**

Slika 1: Spol anketirancev .....	22
Slika 2: Starost anketirancev .....	23
Slika 3: Poklic anketirancev .....	23
Slika 4: Delovna doba .....	24
Slika 5: Izolacijski ukrepi .....	24
Slika 6: Namen izolacijskih ukrepov .....	25
Slika 7: Vsebina izolacijskih ukrepov .....	25
Slika 8: Vsebina varovalnih sredstev .....	26
Slika 9: Ravnanje po standardnih izolacijskih ukrepih .....	26
Slika 10: Vzrok neupoštevanja izolacijskih ukrepov .....	27
Slika 11: Način prenosa okužb .....	28
Slika 12: Razkuževanje in čiščenje varovančeve okolice .....	29

## **KAZALO TABEL**

Tabela 1: Hi-kvadrat analiza vbodov z iglo.....	30
Tabela 2: Hi-kvadrat samoocenjevanja znanja.....	32

## SEZNAM KRAJŠAV

CDC	Center za preprečevanje in obvladovanje okužb, Atlanta ZDA, angleško — Center for disease control
DSO	Dom starejših občanov
ECDC	Evropski center za preprečevanje in obvladovanje bolezni, angleško — European center for disease control
ESBL	<i>Extended spectrum beta-lactamases</i> (slo.: laktamaze beta širokega spektra)
KOBO	Komisija za obvladovanje bolnišničnih okužb
MRSA	<i>Methicillin resistant Staphylococcus aureus</i> (slo.: proti meticilinu rezistenten <i>Staphylococcus aureus</i> )
NIJZ	Nacionalni inštitut za javno zdravje
NLZOH	Nacionalni laboratorij za zdravje, okolje in hrano
OPZ	Okužbe, povezane z zdravstvom
RS	Republika Slovenija
SOBO	Medicinska sestra za obvladovanje bolnišničnih okužb
SZO	Svetovna zdravstvena organizacija,
VRE	<i>Vancomycin resistant enterococcus</i> (slo.: proti vankomicinu rezistenten enterokok)
ZNB	Zakon o nalezljivih boleznih
ZOBO	Zdravnik za obvladovanje bolnišničnih okužb

## 1 UVOD

Okužbe, povezane z zdravstvom (v nadaljevanju OPZ), so po zakonu o nalezljivih boleznih (ZNB, 2006) opredeljene kot okužbe, ki nastanejo v zvezi z zdravljenjem, diagnostiko ali rehabilitacijo v bolnišnici ali neki drugi zdravstveni instituciji oz. instituciji, ki izvaja zdravstveno dejavnost (npr. DSO, zdravilišča). Za OPZ lahko obolijo pacienti ali zdravstveni delavci (Kramar, 2013).

Preprečevanje širjenja OPZ, nadzor ter spremljanje le-teh je pomembna naloga zdravstvenega osebja, ki nudi zdravstveno oskrbo. Nadzor nad okužbo pomeni odstraniti oz. zmanjšati prenos in vire okužbe ter zaščititi paciente in zdravstvene delavce pred okužbami. Vse zdravstvene ustanove morajo prevzeti aktivno vlogo pri organizaciji dejavnosti, s katerimi pripomorejo k zmanjšanju prenosa OPZ (Zore, et al., 2008; Gagić, 2009). S preprečevanjem OPZ se ukvarjajo mnoge mednarodne in nacionalne ustanove, kot so ECDC, WHO, CDC (Ribič & Kramar, 2016).

OPZ je potrebno preprečiti na vsakem koraku s standardnimi izolacijskimi ukrepi, z ukrepi osamitve pacienta/varovanca, z uporabo osebne varovalne opreme in s pravilno izvedenimi postopki (Ribič & Kramar, 2016).

Cutter in Gammon (2009) navajata, da so v zadnjem času standardni izolacijski ukrepi po celem svetu priznani kot temelj učinkovitega nadzora upravljanja OPZ med pacienti in zdravstvenimi delavci.

Standardni izolacijski ukrepi so takoj za higieno rok na drugem mestu po pomembnosti preprečevanja prenosa OPZ. Le-te pa so slabo razumljena tematika med vsemi zdravstvenimi delavci, primanjkuje predvsem znanja in poučenosti zdravstvenih delavcev o standardnih izolacijskih ukrepih in o njihovi uporabi v praksi zdravstvene nege (Reda, et al., 2010).

## 2 TEORETIČNI DEL

### 2.1 SPLOŠNO O OKUŽBAH POVEZANIH Z ZDRAVSTVOM

OPZ so okužbe, ki nastanejo pri obravnavi pacienta v zdravstveni ustanovi, le-ta pa ob sprejemu ni kazal simptomov ali znakov te bolezni. V večini primerov OPZ nastane po najmanj 48-ih urah po sprejemu v zdravstveno ustanovo, lahko pa nastane tudi po odpustu pacienta iz bolnišnice. OPZ lahko nastane med zdravljenjem, bivanjem ali diagnostično preiskavo. Po podatkih ECDC zaradi OPZ dodatno zboli 5-10 % pacientov (Ribič & Kramar, 2016). Posledici OPZ sta povečana smrtnost in podaljšana hospitalizacija (Vuga, et al., 2013). Ne samo pacientom, tudi zdravstvenim delavcem lahko mikroorganizmi v kliničnem okolju povzročijo resne ali celo smrtne okužbe zaradi izpostavljenosti, ki so je deležni med službenim časom. Medicinske sestre so vsak dan izpostavljene mikroorganizmom, saj so nenehno v stiku s pacienti med izvajanjem zdravstvene nege (Efstathiou, et al., 2011).

Kramar (2013) navaja, da so OPZ še vedno zelo velik problem v zdravstvenih organizacijah in vplivajo na izid zdravljenja pacienta. Pri vsaki OPZ se podaljša tudi bivanje v bolnišnici in celotna oskrba povečuje stroške zdravljenja. Na zmanjšanje okužb vpliva osveščenost vseh zaposlenih o postopkih in metodah, ki zmanjšujejo prenos in nastanek le-teh. Poznamo endogene (povzročitelj izhaja iz pacientove lastne flore) in eksogene okužbe, povezane z zdravstvom (pacient se okuži preko kontaminiranih pripomočkov za nego in diagnostiko, preko rok zdravstvenega osebja itd.).

#### 2.1.1 Vrste okužb in dejavniki tveganja za okužbe, povezane z zdravstvom

OPZ po pogostnosti delimo na okužbe sečil, okužbe dihal, okužbe kirurških ran, sepe in črevesne okužbe (Ribič & Kramar, 2016). Kramar (2013) navaja, da so najpogostejše okužbe sečil (40 % — od tega je kar 80 % okužb povezanih z urinskim katetrom). Najpogostejši povzročitelji so bakterije (90 %), virusi (5 %), v manjšem odstotku še glive in paraziti.

Dejavniki tveganja za OPZ so: urinski kateter (možnost okužbe sečil), žilni kateter (možnost nastanka sepse), umetno predihavanje pacientov (možnost nastanka bolnišnične pljučnice), operativni posegi (so povezani z okužbami kirurških ran). Velik pomen ima število okužb glede na tip posega – operacije (čiste, čisto kontaminirane, kontaminirane, inficirane), kirurški in drugi invazivni posegi v telo, vsadki, citostatiki, imunosupresivi in protimikrobna zdravila, diagnostično-terapevtski in negovalni postopki (npr. vstavljeni dreni) in sonde, izvajanje aspiracije ter sapnični tubusi (Kramar, 2013).

Panić (2013) navaja, da najpogosteje OPZ nastajajo pri pacientih, ki imajo neko primarno bolezen in s tem zmanjšano imunsko odpornost, pacienti z kroničnimi obolenji ter rizične skupine (novorojenčki in starostniki). Ribič & Kramar (2016) pa med dejavnike tveganja s strani pacienta dodajata poleg vseh naštetih še dejavnike tveganja zaradi medicinskih posegov (kirurški posegi, žilni in urinski katetri, umetno predihavanje, zdravljenje z antibiotiki in citostatiki) ter dejavnike tveganja zaradi okolja (enote intenzivne terapije, oddelek s starostniki, opeklinski oddelki, oddelki z imunsko oslabljenimi pacienti itd.).

Na nastanek OPZ vplivajo tudi sami mikroorganizmi, predvsem njihova možnost preživetja, virulentnost, tvorba rezistentnosti in prisotnosti na antibiotike odpornih bakterij (Kramar, 2013). Na OPZ vpliva tudi dolžina hospitalizacije (Ribič & Kramar, 2016).

Povzročitelji, ki pri nas in v svetu predstavljajo največji epidemiološki problem, so: proti meticilinu odporen *Staphylococcus aureus* – MRSA, proti vankomicinu odporni enterokoki – VRE, večkratno odporne gramnegativne nefermentativne bakterije (*Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii*), pnevmokoki z odpornostjo ali zmanjšano občutljivostjo na penicilin, *Staphylococcus aureus* z zmanjšano občutljivostjo na vankomicin – VISA (Kramar, 2013).

### 2.1.2 Ukrepi za preprečevanje okužb, povezanih z zdravstvom

Ukrepi za preprečevanje OPZ so: higiena rok, izolacija pacientov, pravilno razkuževanje in dekontaminacija instrumentov, pravilna raba antibiotikov, izobraževanje zdravstvenih delavcev, pravilna uporaba zaščitnih sredstev, ločene čiste in nečiste poti, epidemiološko spremljanje okužb, povezanih z zdravstvom, standardizirano izvajanje diagnostičnih, terapevtskih, negovalnih in drugih postopkov, tehnologija čiščenja in razkuževanja, sterilizacijski postopki, ravnanje z odpadki, program cepljenja zdravstvenih delavcev itd. (Kramar, 2013).

ZNB (2006) navaja, da mora vsaka fizična ali pravna oseba, ki opravlja zdravstveno dejavnost, izvajati program preprečevanja in obvladovanja OPZ (Ribič & Kramar, 2016). Le-ta pa mora temeljiti na sodelovanju multidisciplinarnega tima. Na ta način je zagotovljeno povezovanje različnih strokovnjakov, kar pomeni več znanja in boljša učinkovitost izvajanja celotnega programa (Kramar, 2013).

## 2.2 ZGODOVINA VAROVALNIH UKREPOV

Nalezljive bolezni so bile povod za strah že v antičnem času. Ljudje so nekoč mislili, da bodo ločeni od ostale družbe, če imajo nalezljivo bolezen. Danes so izolacijski ukrepi še vedno uporabljeni za preprečevanje nalezljivih bolezni, kot so tuberkuloza (TBC) in gnojni meningitis. Izolacijski ukrepi se uporabljajo tudi pri preprečevanju širjenja OPZ, še posebno tistih, ki so povzročene zaradi odpornosti na antibiotike, npr.: na Meticilin rezistenten *Staphylococcus aureus* (MRSA). Mikroorganizmi so bili prvič prepoznani kot vir okužbe konec 19. stoletja. Strah nalezljivih okužb pa izvira že iz časov Biblije. Ljudje z gobavostjo in kugo so bili po navadi ločeni od ostale družbe in ta »praksa« se je nadaljevala v srednjem veku. Florence Nightingale ni bila zagovornica nove teorije, da mikroorganizmi povzročajo okužbo, ampak se je zavedala, da je potrebno najprej posredovati pri stiku s telesnimi tekočinami, potem pa pri vplivu okolja na pacienta. Zavedalo se je tudi, da se tveganje za okužbo lahko zmanjša z uvedbo varnostnih zaščitnih ukrepov. V zgodnjem 20. stoletju so bili ljudje z okužbami po navadi izolirani v posebnih vročinskih bolnišnicah, a so se le-te z izboljšavami medicine in zdravstvene nege kmalu zaprle. V istem času pa se je povečala nujnost izolacije v splošnih

bolnišnicah zaradi nastanka na antibiotik odpornih bakterij. Zgodaj dostopen antibiotik penicilin je bil prvič uporabljen v klinični praksi leta 1940 v Veliki Britaniji, kjer pa so hitro odkrili dokaz, da so bakterije postajale odporne na antibiotike (Gould, 2008).

Higienski predpis, med katere je spadal tudi umivanje rok, so poznali že več let pred našim štetjem. Zdravnik Ignaz Philipp Semmelweis (1818–1865) je pred ginekološkim pregledom porodnic in po njem zahteval umivanje rok in dodatno razkuževanje v 3 % raztopini klorovega apna. Zmanjšal se je pojav poporodne mrzlice. Ljubljanski porodničar Alojz Valenta (19. stoletje) je podprl Semmelweisa in zahteval enake ukrepe pri poučevanju babic. V začetku 20. stoletja so v kirurgiji že zahtevali natančno umivanje in razkuževanje rok s 70 do 80 % etanolom. Medicinske rokavice je v kirurgijo leta 1890 uvedel Holstedt. Rokavice so uporabljali pri aseptičnih posegih. Uporabljali so jih tudi za zaščito zdravstvenega osebja (okužene rane, vaginalno-rectalne preiskave, preiskave ust). Priporočali so tehniko nedotikanja (Šumak, 2010).

S strani Centra za preprečevanje in nadzor nad okužbami (Center for Disease Control and Prevention – CDC) so bili sprejeti varovalni ukrepi pred nalezljivimi okužbami, ki so bili močno priporočeni že pred nekaj desetletji, z namenom izogniti se navzkrižnim okužbam, izbruhom bolezni ter zagotoviti zdravstvenim delavcem zdravo delovno okolje. V zadnjih nekaj letih so ti varovalni ukrepi napredovali v dvotirni pristop, ki temelji na načinih prenosa bolezni in vključuje tako standardne kot tudi dodatne varovalne ukrepe (Šumak, 2010).

Bolnišnice in zunanje okolje bolnišnic so tesno povezani s kroženjem pacientov, preko obiskovalcev in preko osebja. Če se pojavi v okolju povečano število nalezljivih okužb, npr. gripe ali druge okužbe, se lahko le-te prenesejo iz »zunanjega« okolja v bolnišnično okolje. Posebej pogoste nalezljive okužbe so v nekaterih ustanovah in skupnostih (DSO, domovih za kronično nego pacientov, invalidov itd.), saj se v teh ustanovah, na razmeroma majhnem mestu, izpostavlja veliko število oseb, zato se mikroorganizmi hitro prenašajo med njimi (Ribič & Kramar, 2016).

Za preprečevanje in obvladovanje nalezljivih okužb danes v družbi skrbijo: epidemiološka služba (NIJZ), medicinski mikrobiološki in sanitarni mikrobiološki

laboratorij, higienska služba (NLZOH), infektološka služba (bolnice); pomembno vlogo odigra tudi patronažna služba (Ribič & Kramar, 2016).

### 2.3 OSAMITEV ALI IZOLACIJA

Izolacija pacienta je ukrep, kjer želimo omejiti oz. preprečiti prenos mikrobov s pacienta na pacienta, s pacienta na zdravstveno osebje in z zdravstvenega osebja na pacienta (Ribič & Kramar, 2016). Je tudi ukrep, s katerim obolelemu pacientu z nalezljivo boleznijo omejimo svobodno gibanje. Glede na način prenosa nalezljive bolezni in stanje kužnosti pacienta se določi vrsta izolacije. Izolacija je lahko pri pacientu doma, v zdravstveni ustanovi ali v posebej določenem prostoru. Ko pacient ni več kužen, izolacijo takoj ukinemo. Kadar imamo prizadeto večjo skupino oseb, imamo možnost uporabiti ukrep karantene (Unuk, 2009). Izolacija pomeni tudi skupek ukrepov (higiena rok, osebna varovalna oprema zdravstvenih delavcev, način namestitve pacienta ipd), ki preprečujejo prenos okužb in širitev kolonizacij epidemiološko pomembnih mikroorganizmov (Avsec Letonja, et al., 2009). Vrsto izolacije glede na pot prenosa okužbe določi zdravnik. Odloči se na podlagi diagnoze pacienta, poteka bolezni in patogenosti mikroorganizma. Če sumimo, da ima pacient nalezljivo bolezen ali pa le-to že potrjeno, ga nemudoma namestimo v prostor s posameznimi ali kombiniranimi ukrepi: kontaktne, kapljične in aerogene izolacije. Za pacienta pa skrbi omejeno število zdravstvenega osebja (Unuk, 2009).

V bolnišnicah se poslužujejo navodil, da si mora zdravstveni delavec pred vstopom v izolacijski prostor nadeti osebna varovalna sredstva (zaščitne rokavice, dihalno masko, varovalna očala ali vizir ter varovalno haljo). V izolacijski sobi je potrebno imeti lasten predprostor in toaletni prostor. Potrebno je imeti tudi negativni zračni tlak, prezračevanje pa ne sme biti povezano z ostalim prezračevalnim sistemom. Vrata izolacijskih sob ter predprostorov morajo biti vedno zaprta. Na vratih predprostora mora biti označeno, da je soba v izolaciji (Unuk, 2009).

Zapuščanje izolacijske sobe je pacientu dovoljeno le v izrednih primerih. Na preiskave gre lahko v spremstvu zdravstvenega delavca, pri tem pa mora uporabiti kirurško masko (če z dihanjem ni težav) ali dihalno masko brez ekspiratorne zaklopke (v kolikor njegovo stanje



to dopušča). Obiski so dovoljeni najožjim družinskim članom po posvetu z zdravstvenim osebjem ter po prikazu uporabe osebnih varovalnih sredstev. Izolacijski ukrepi se izvajajo še 10 dni po tem, ko pacient nima vročine in ne kašlja več. Po končani izolaciji se razkužijo vse površine, vključno s stenami, prostor pa dobro prezračimo. Za seznanitev pacienta in njegovih obiskovalcev o izolaciji so zadolženi zdravstveni delavci. Izolacija pacienta je učinkovita, ko je dopolnjena z ustreznimi higienskimi ukrepi, le-ti pa ustrezajo preprečevanju in širjenju okužb v bolnišničnem okolju (Unuk, 2009).

Strokovna priporočila za DSO so podobna kot v bolnišnicah, v praksi pa jih je težje izvajati. Problem se pojavi pri samih varovancih (socialni, fizični stiki itd.), tudi zaradi pomanjkanja kadra ter zmanjševanja sredstev za samo zdravstveno obravnavo. Osnovni ukrep za preprečevanje OPZ v DSO je higiena rok s poudarkom na razkuževanju, preprečevanju prenosa mikroorganizmov, dobra osebna higiena ter cepljenje tako zdravstvenih delavcev kot varovancev. Varovanca je težko osamiti, ker želi v svojo sobo, ki za njega predstavlja njegov dom, ampak je potrebno misliti na druge sostanovalce v sobi. Zdravstveni delavci, varovanci in obiskovalci morajo upoštevati navodila o higieni rok. Ukrepi izolacij v DSO so vprašljivi, saj ni dokazov, da preprečujejo prenose, zelo pa vplivajo na kakovost življenja varovanca (Lejko Zupanc, 2013).

Lejko Zupanc (2013) pove, da je v praksi v DSO opaziti, da je uporaba osebne varovalne opreme nezadovoljiva. Tudi izvajanje higiene rok je nedosledno, zato pa prihaja do prenosa okužb znotraj DSO.

**Poročilo** (NIJZ) iz leta 2016 v DSO v Celju navaja, da je bilo med izbruhom sezonske gripe izvajanje preprostih varovalnih ukrepov v DSO težko doseči, saj so se srečali z omejenimi prostorskimi in kadrovskimi kapacitetami. Socialne potrebe varovancev pa tudi niso bile zanemarljive (Klepac, et al., 2016).

V drugem **poročilu** NIJZ iz Kranja leta 2016, ob izbruhu sapovirusa v januarju v DSO v Kranju, so ugotovili, da je šlo najverjetneje za kontaktno širjenje med varovanci in zdravstvenimi delavci. Obbolelo je 44 oseb v DSO. Navajajo, da je bil izbruh najverjetneje posledica neupoštevanja standardnih izolacijskih ukrepov že pri prvem obolelem varovancu. Poudarili so standardne preventivne ukrepe za preprečevanje pri nadaljnjih

prenosih, še posebej umivanje in razkuževanje rok, pravilno odstranjevanje iztrebkov, izbruhanin, čiščenje in razkuževanje varovančeve okolice in pripomočkov ter pravilno odstranjevanje kontaminiranega perila (Grmek Košnik, et al., 2016).

Tretje **poročilo** NIJZ do marca 2016 pa je bilo poročilo o prijavljenih nalezljivih boleznih, kjer je bilo prijavljenih 36 izbruhov nalezljivih bolezni. Od tega je bilo kar dvajset izbruhov v DSO po Sloveniji. Povzročitelj okužb je bil kar v devetih primerih virus influence, petkrat okužba z norovirusi, trikrat sapovirus, enkrat rotavirus ter enkrat izbruh garij (Frelj & Praprotnik, 2016).

Namen izolacijskih ukrepov ter ukrepi, ki preprečujejo prenos okužbe s krvjo in telesnimi tekočinami, je zaščita pacienta in zdravstvenega delavca pred navzkrižnimi okužbami. OPZ, ki so posledica prenosa okužbe, se lahko pokažejo z boleznijo, ki resno ogroža pacienta in podaljša samo hospitalizacijo. To pa za bolnišnico pomeni stroške specifičnega zdravljenja, stroške ob epidemiji, stroške ukrepov ob okužbi ter kolonizaciji. Privede do sprememb bolnišnične flore ter potrebe po uvajanju novega dražjega in agresivnejšega empiričnega zdravljenja ter ne nazadnje privede do etičnega vprašanja pravice pacientov do zaščite pred izpostavljenostjo (Unuk, 2009).

Cilj preprečevanja ter obvladovanja OPZ je znižanje števila le-teh. Zagotoviti varno okolje in postopke dela, zmanjšanje števila proti antibiotikom odpornih bakterij in hitro ukrepanje pri povečani pojavnosti okužb ter zaščita zdravstvenega osebja pred okužbami (Unuk, 2009).

Poznamo štiri kategorije izolacij:

- Standardna izolacija se izvaja pri vseh pacientih in zadostuje pri večini virusnih ter bakterijskih okužb, npr. salmoneloze.
- Stroga izolacija se izvaja pri pacientih s težko obliko bolezni ter večjo kužnostjo, kot je npr. steklina, norice itd.
- Karantenska izolacija se izvaja pri pacientih, ki so zelo kužni. Sam potek bolezni je zelo težak, npr.: Ebola, SARS itd.
- Zaščitna izolacija je namenjena za paciente z nizko odpornostjo. Izvajamo jo, kadar pacienta želimo zaščititi pred možno okužbo, kot je npr. pacient z

nevtropenijo ali z aplastično anemijo in z okvaro kožno-sluznične obrambe (bulozna dermataza, obsežne opekline) ter pri drugih motnjah imunskega odgovora (Unuk, 2009).

### 2.3.1 Vrste izolacij glede na poti prenosa okužb

Vrsta izolacije se določa glede na potek bolezni, diagnozo, virulenco ter glede na pot prenosa okužbe. Ločimo naslednje vrste izolacij:

- standardna izolacija,
- izolacija, vezana na način prenosa okužb:
  - kapljična izolacija,
  - aerogena izolacija,
  - kontaktna izolacija,
- zaščitna izolacija (Unuk, 2009).

## 2.4 STANDARDNI IZOLACIJSKI UKREPI

Standardni izolacijski ukrepi so ukrepi, ki jih izvajamo pri vsakem pacientu ne glede na obolenje. Izvajamo jih v bolnišnicah, socialnih zavodih in drugih zdravstvenih zavodih. Ukrepe izvajamo dokler imamo pacienta v obravnavi (Ribič & Kramar, 2016). Vsebujejo vrsto ukrepov preprečevanja ter obvladovanja z zdravstvom povezanih okužb. V teh ukrepih je opredeljena uporaba osebnih zaščitnih sredstev, ki jih uporabljajo delavci pri delih, kjer se ni mogoče izogniti tveganju za zdravje in varnost, ter v primerih, ko niso v zadostni meri omejena tveganja s tehničnimi sredstvi kolektivnega varstva ali z ustrežno organizacijo dela. Standardni izolacijski ukrepi predvsem preprečujejo širjenje okužb pri stiku s pacientom, z njegovo krvjo in telesnimi tekočinami, izločki in iztrebki (Hrastnik, 2012).

Standardni izolacijski ukrepi zajemajo: higieno rok, uporabo osebne varovalne opreme, čiščenje in razkuževanje instrumentov ter pripomočkov, varno odlaganje uporabljenih pripomočkov, čiščenje in razkuževanje pacientove okolice, čiščenje in razkuževanje

površin ter opreme, varno odstranjevanje ostrih predmetov in preprečevanje poškodb zdravstvenih delavcev, uporabo zbiralnikov za ostre predmete in preprečevanje izpostavljenosti osebja krvno prenosljivim organizmom, ustrezno ravnanje z respiratornimi pripomočki in opremo, pravilno ravnanje z uporabljenim perilom, namestitev kužnega pacienta (z neustreznimi higienskimi navadami) v enoposteljno sobo, uporabo biološko varnih zaslonov in mehanskega pipetiranja v laboratoriju, higieno kašlja, uporabo maske (pri mielografiji, spinalni ali epiduralni anesteziji ter pri lumbalni punkciji) in nazadnje pisna navodila ter poučevanje pacientov in obiskovalcev o predpisanih higienskih ukrepih v zdravstveni ustanovi (Avsec Letonja, et al., 2009).

Standardni izolacijski ukrepi niso samo natikanje rokavic in razkuževanje rok. Čeprav to igra veliko vlogo, so standardni ukrepi v prvi vrsti obramba pred okužbami ter določajo temelje za nadaljnje kontaktne, kapljične ali aerogene izolacije, ko je to potrebno (Siegel & Rhinehart, 2007).

#### 2.4.1 Higiena rok

Najpomembnejši ukrep pri standardnih izolacijskih ukrepih je higiena rok, ki vključuje: umivanje rok, razkuževanje rok, tehniko nedotikanja, uporabo preiskovalnih rokavic ter vzdrževanje zdrave kože rok. Predpogoj za učinkovito higieno rok so: kratko prstriženi, nelakirani nohti, nohti brez umetnih materialov, roke brez prstanov, zapestnic in ure (Ahec & Kramar, 2013).

Najbolj enostaven način za preprečevanje prenosa mikroorganizmov v bolnišnicah in drugih zdravstvenih ustanovah je umivanje rok (Ivanuša & Železnik, 2008; Ribič & Kramar, 2016). Pri umivanju rok odstranimo vidne nečistoče, umazanijo in uničimo mikroorganizme (Ahec & Kramar, 2013). Roke umijemo ob prihodu in odhodu z dela, po uporabi toaleta, kihanju, kašljanju, brisanju nosu ter pred in po jedi. To imenujemo osnovno umivanje rok in traja od 1,5 minut do 2 minuti, vsak gib ponovimo 10-krat (Ribič & Kramar, 2016).

Higiensko umivanje rok, ki traja od 30-60 sekund in vsak gib ponovimo 5-krat, izvajamo, če so med delom roke mokre ali vidno umazane, kontaminirane s telesnimi

izločki in po uporabi rokavic. Pred kirurškimi in aseptičnimi posegi izvajamo kirurško umivanje rok, to je 2-kratno miljenje rok do komolcev. Umivanje traja od 2-4 minute (Ribič & Kramar, 2016).

Roke umivamo z milom pod toplo tekočo vodo, namilimo vse površine rok: dlani, prste, palca, medprstne prostore, zapestja in hrbtišči rok. Temeljito speremo, obrišemo s papirnati brisačkami za enkratno uporabo in odvržemo v koš. Spiramo in brišemo roke od konic prstov proti zapestju. Sušimo do suhega. Zaporedje pri umivanju rok ni pomembno. Važno je le, da so umite vse površine rok (Ribič & Kramar, 2016).

Roke razkužujemo z alkoholnimi razkužili (Tomažič & Dolinšek, 2013). Razkuževanje rok je mikrobicidno in virucidno delovanje na mikroorganizme prehodne populacije na rokah. Je hitra, dostopnejša in bolj učinkovita metoda od umivanja rok, razen, ko je potrebno umiti umazanijo z rok in šele nato roke razkužiti. Pred vstopom v bolniško sobo, pred čistimi in aseptičnimi posegi, pred in po stiku s pacientom, po stiku s pacientovo okolico, po stiku z možnimi telesnimi tekočinami ter pred in po uporabi rokavic roke higiensko razkužimo (Ribič & Kramar, 2016). Roke razkužujemo samo, ko niso vidno onesnažene ali mokre. V postopku razkuževanja rok se ne odstranjuje umazanije (Ahec & Kramar, 2013). Pred operativnimi posegi, kjer roke razkužujemo do komolcev, izvajamo kirurško razkuževanje rok (Ribič & Kramar, 2016).

Za učinkovito razkuževanje rok moramo uporabiti 3-5 ml razkužila. Pomembno je, prav tako kot pri umivanju rok, da razkužimo vse predele rok. Vrstni red pa ni pomemben. Kontaktni čas razkuževanja je od 30 do 60 sekund oz. dokler roke niso suhe (Ribič & Kramar, 2016). Razkužila na rokah ne brišemo, ker bi s tem zmanjšali učinek razkuževanja (Ahec & Kramar, 2013).

Razkužilo naj bi bilo nameščeno povsod, kjer se dela s pacienti, v neposredni bližini pacienta ali delovnega mesta. Skrbimo tudi za zdravo kožo rok in roke negujemo (Skupnjak, 2013). Nega rok je pomembna za vzdrževanje zdrave kože rok. Ko prenehamo delati, roke zaščitimo z zaščitno ali vlažilno kremo. Med delom je ne uporabljamo (Ribič & Kramar, 2016).

Preko rok zdravstvenega osebja se najpogosteje prenašajo organizmi z okuženega pacienta ter neživega onesnaženega okolja na ostale paciente. Zato je Svetovna zdravstvena organizacija (WHO, 2009) razkuževanje rok potrdila kot najprimernejši način izvajanja higijene rok ter uvedla koncept petih priložnosti za izvajanje higijene rok (Lejko Zupanc, 2013).

Pet priložnosti za izvajanje higijene rok: prvi korak je pred stikom s pacientom. Drugi korak vsebuje higieno rok pred aseptičnim ali čistim postopkom. Tretji korak zajema korak po stiku s pacientovimi izločki. Četrty korak vsebuje trenutek po stiku s pacientom. Roke si razkužimo, ko zapustimo pacientovo območje in preidemo v območje ostalih zaposlenih. Peti ali zadnji korak pa zajema trenutek po stiku s pacientovo neposredno okolico (Perme & Prosen, 2013).

#### 2.4.2 Osebna varovalna sredstva

Osebna varovalna sredstva so vsa oprema ali pripomočki, ki so bili načrtovani in izdelani zato, da jih posameznik nosi ali drži s ciljem varovanja pred eno ali več nevarnostmi za zdravje in varnost. Pravilnik o osebni varovalni opremi (Uradni list RS, št. 29/05, 23/06) določa pogoje za osebno varovalno opremo, ki se daje v promet in se začne uporabljati tako, da se zagotovi njen prost pretok ter varnost in zdravje uporabnikov (Hrastnik, 2012).

Med osebna varovalna sredstva sodijo:

- rokavice,
- maska (uporabljamo vedno, kadar je mogoče, da nam telesne tekočine, kri ali pacientovi izločki ne brizgnejo v obraz, da zaščitimo sluznico ustne in nosne votline, ščiti nas pred vdihavanjem okuženega zraka),
- zaščita za oči (očala, vizir),
- zaščitni predpasnik ali halja, zaščita za obuvalo,
- zaščitno pokrivalo/kapa,
- zaščita za obuvalo (če se razlije, polije kužnina) in zaščitno obuvalo za operacijske prostore (Hrastnik, 2012).

### 2.4.3 Uporaba zaščitnih rokavic v zdravstveni negi

Rokavice v zdravstveni negi uporabljamo kot zaščito pacienta in zdravstvenega delavca pred kontaminacijo in prenosom mikroorganizmov. Poznamo zaščitne rokavice, ki jih uporabljamo pri stiku s pacientovimi izločki, telesnimi tekočinami, drugimi infektivnimi materiali in pri sami zdravstveni negi, ter sterilne rokavice, ki jih uporabljajo tudi v zdravstveni negi pri izvajanju aseptičnih posegov. Rokavice natikamo na suhe, umite in razkužene roke. En par rokavic uporabimo samo za enega pacienta med intervencijami zdravstvene nege. Rokavice menjamo, če se med delom umažejo, in takrat, ko jih kemično ali mehanično poškodujemo. Prav tako jih moramo zamenjati med izvedbo posega, če poseg traja dalj časa. Rokavic ne umivamo in ne razkužujemo, po končanem delu jih takoj zavržemo. Roke po uporabi rokavic razkužimo. Ko uporabljamo rokavice s smukcem (posipom), moramo roke po odstranitvi rokavic higiensko umiti (Romih & Mežik Veber, 2013).

### 2.4.4 Vzdrževanje pripomočkov za osebno higieno

Pravilno ravnanje z uporabljenimi instrumenti in pripomočki je v zdravstvu zelo pomembno, saj so pogost posrednik pri prenosu okužb. Uporabljene pripomočke najprej dekontaminiramo, očistimo, razkužimo in po potrebi steriliziramo (Hrastnik, 2012).

- Dekontaminira se najpogosteje v termodezinfektorjih, v katerih se strojno čistijo uporabljeni pripomočki in instrumenti. Pripomočke lahko očistimo tudi ročno ali ultrazvočno. Razkužuje ali dezinficira se s kemičnimi sredstvi. Razkuževanje uniči vse mikroorganizme, razen njihovih spor in prionov. Razkuževanje lahko poteka tudi s vlažno toploto, z UV-žarki in s kemičnimi razkužili. Steriliziramo (uničimo mikroorganizme in njihove spore) pa lahko s suho toploto, vlažno toploto – avtoklaviranje, s formaldehidom (plinska sterilizacija), s perocetno kislino ali s plazmo.
- Zaželeno je, da je čim več pripomočkov za enkratno uporabo. Pacienti v enotah za intenzivno terapijo in na rizičnih oddelkih naj imajo vsak svoje pripomočke za nego (Hrastnik, 2012).

- Paziti je potrebno na pravilno odlaganje ostrih predmetov. Uporabljene igle in ostre predmete se zavrže v zbiralnik za ostre predmete. Oblika zbiralnikov onemogoča jemanje stvari nazaj ven. Ko so napolnjeni do 2/3, jih zapremo in odstranimo v za to namenjen prostor. So iz trdnega materiala (Ribič & Kramar, 2016).
- Bolnišnično perilo spada med tekstilije, ki se jih uporablja pri negi pacientov, diagnostično terapevtskih posegih v bolnicah, zdravstvenih domovih ter socialno-varstvenih ustanovah. Menjava perila pri pacientu, varovancu mora biti dnevna, po potrebi pacienta tudi večkrat dnevno. Nečisto perilo razvrščamo in zbiramo v vreče, ki ne prepuščajo tekočine. Nečistega perila se dotikamo samo enkrat. Vreče polnimo do 2/3 in jih zavežemo in odložimo v zbiralne zaprte vozičke. Pri transportu moramo paziti na čiste in nečiste poti, da se te ne križajo med seboj. Pri transportu in prelaganju infektivnega perila se uporablja zaščitne rokavice. Transportni voziček se po transportu očisti ter razkuži. Pralnica je strogo ločena na čisti in nečisti del. Pranje bolnišničnega perila je od 70-95°C (Ribič & Kramar, 2016).

#### 2.4.5 Čiščenje in razkuževanje varovančeve okolice

Čiščenje prostorov, opreme in predmetov je temeljno opravilo in se izvaja načrtno in kontinuirano. S čiščenjem odstranimo vidno in nevidno umazanijo, v kateri se zadržujejo mikroorganizmi. Cilj čiščenja in razkuževanja v zdravstveni negi je zmanjšanje možnosti nastanka okužb pri pacientih, varovancih in zdravstvenem osebju (Ribič & Kramar, 2016).

Higieno vzdržujemo z uporabo čistil, vode in po potrebi razkužil oz. razkužilnih čistil (npr. izolacijski prostori, operacijski prostori). Z brisanjem površin odstranimo tudi do 80 % mikroorganizmov s površin. Namen čiščenja je čisto in prijazno okolje za pacienta, varovanca, obiskovalce in zdravstveno osebje. S čiščenjem preprečujemo ugodne pogoje za razmnoževanje mikroorganizmov. Je glavno opravilo, s katerim dosežemo čistočo in higieno prostorov in predmetov (Ribič & Kramar, 2016).

Razdelitev čiščenja površin glede na stopnjo tveganja za prenos okužbe sta Ribič & Kramar (2016) razdelili na 4 stopnje:



- visoko tveganje – aseptično področje, kjer je možnost širjenja okužb največja (pogostost čiščenja pacientove okolice in predmetov 3x dnevno in po potrebi),
- zmerno tveganje (pogostost čiščenja pacientove okolice in predmetov 2x dnevno in po potrebi),
- majhno tveganje (pogostost čiščenja 1-2x dnevno in po potrebi),
- zanemarljivo tveganje (čiščenje se izvaja 1x letno oz. po dogovoru).

## 2.5 IZOBRAŽEVANJE ZDRAVSTVENIH DELAVCEV

Namen izobraževanja je zagotoviti poznavanje nastanka, obvladovanja in preprečevanja prenosa okužb ter poznavanje osnov higiene vseh zaposlenih v zdravstveni ustanovi. Pomembna je tudi seznanitev s tveganji v posamezni zdravstveni ustanovi ter dajanje navodil za preprečevanje okužb. Zagotoviti je potrebno, da vsi zaposleni poznajo navodila in opravljajo zadolžitve svojega delokroga v skladu s predpisi dela ter oceno tveganja s strani pacientov in posegov. Izvajati morajo aktivnosti v skladu z zahtevami strokovnih smernic o preprečevanju OPZ. Vsi zaposleni v zdravstveni negi morajo poznati osebe s področja obvladovanja okužb v zdravstveni ustanovi, kjer opravljajo zdravstveno oskrbo (Avsec Letonja, et al., 2009).

Izobraževanje se mora začeti ob pričetku na delo in se izvaja neprekinjeno znotraj ustanove. Vsebina izobraževanj mora biti prilagojena stopnji izobrazbe in vrsti dela. Zdravstveno osebje naj bi se izobraževalo tudi zunaj ustanove (seminarji, simpoziji in delavnice, ki obravnavajo obvladovanje okužb) v državi ter po svetu. V bolnišnicah pogostnost in trajanje izobraževanja opredeli KOBO, glede na tveganje za prenos okužb in posebnosti posameznega okolja. Osnovni izobraževalni program obsega najmanj deset ur. Izobraževalni program se ponavlja in dopolnjuje na podlagi ugotovitev strokovnih nadzorov nad izvajanjem higienskih navodil v zdravstveni ustanovi. Izvaja se tudi ob spremembah ali dopolnitvah strokovnih smernic za preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb in najmanj na vsakih pet let (Avsec Letonja, et al., 2009).

V ustanovah, ki niso v okviru bolnišnice, se program izobraževanja po obsegu in trajanju prilagodi zahtevnosti in področju dela. Izobraževanje izvaja ZOBO, SOBO, zdravstvene ustanove oz. pooblaščenim zunanjim strokovnjaki z opravljenim izobraževanjem o preprečevanju in obvladovanju okužb, povezanih z zdravstvom, v obsegu najmanj deset ur. Izobraževanje se prav tako kot v bolnišnici ponavlja in dopolnjuje na podlagi ugotovitev strokovnih nadzorov v ustanovi ter se izvaja ob spremembah ali dopolnitvah smernic na najmanj pet let (Avsec Letonja, et al., 2009).

## **2.6 ZNAČILNOSTI ZDRAVSTVENE NEGE V DOMOVIH STAREJŠIH OBČANOV**

Dom za starejše občane je socialno varstvena ustanova. Obsega osnovno oskrbo (bivanje, prehrana), socialno oskrbo (varstvo) ter zdravstveno nego. Vse dejavnosti v domovih imajo namen dobrega počutja ter kakovostno življenje vsakega posameznika (Fink, et al., 2012). Najvišji cilj zdravstvene nege je kakovost življenja varovank in varovancev (Imperl, 2012).

Staranje je proces, ki ga velikokrat obravnavamo kot bolezen, vendar gre za fiziološki proces, ki ga ne moremo ustaviti. Lahko ga naredimo lažjega in bolj prijetnega. Ko govorimo o domovih za starejše, se zavedamo, da gre za posameznike, ki so v veliki meri odvisni od pomoči zdravstvenega osebja. Ustanova naj bi bila tista, ki poskrbi za varnost, zadovolji materialne in fizične potrebe, prav tako naj bi zadostila nematerialne, socialne in osebne potrebe (Habjančič, 2011).

Zdravstvena nega pri starostniku spodbuja k opravljanju osnovnih življenjskih potreb samostojno, dokler je to možno. Ima pa veliko starejših ljudi kronične bolezni ter zdravstvene težave, pri katerih pa potrebujejo pomoč pri zadovoljevanju osnovnih potreb ali pa so lahko v celoti odvisni od pomoči drugih. Zdravstveno nego v DSO izvajajo za zadovoljitev osnovnih življenjskih potreb po Virginii Henderson. Te so: dihanje in krvni obtok, prehranjevanje in pitje, izločanje in odvajanje, gibanje in ustrezna lega, spanje in počitek, oblačenje in slačenje, vzdrževanje normalne telesne temperature, osebna higiena in urejenost, skrb za varnost, komunikacija, izražanje

duhovnih potreb, koristno delo, razvedrilo in rekreacija, učenje zdravega načina življenja. Poudarek pri zdravstveni negi je na individualnem pristopu pri vsakem starostniku glede na njegove sposobnosti, zdravstveno stanje in počutje. Spodbuja se samostojnost (Fink, et al., 2012).

Imperl (2012) pa navaja slabosti zdravstvene nege v domovih za starejše. Poslužujejo se tako imenovane »funkcionalne nege«, ki v ospredje postavlja opravilo, ki se izvaja od enega varovanca do drugega, kot so npr. : skupinsko odvajanje, obračanje nepokretnih varovancev, postiljanje postelj itd. Funkcionalna nega pomeni, da imajo opravila zdravstvenih delavcev prednost pred potrebami varovancev ter da potek dela ni učinkovit, ker »delo v krogih« prekinjajo varovanci, ki pa vmes izražajo svoje individualne potrebe.

Imperl (2012) tudi pove, da se v večini primerov v domovih za ostarele zdravstvenih delavcev ne spodbuja k izvajanju celovite in načrtovane nege, za kar so izšolani. Oddelki oz. organizacijske enote v domovih so prevelike glede na razmerje osebje-varovanci, kar predstavlja velik psihični pritisk na marsikaterega zdravstvenega delavca.

Za kakovostno nego je potrebna individualna obravnava pacienta, kar pa zaradi pomanjkanja kadra v domovih za starejše občane skoraj ni mogoče. Oskrba starejših bi morala postati javno-zdravstvena prioriteta. Potrebe starejših so drugačne kot potrebe mladih, zato je potrebno za kakovostno nego vložiti več resursov (Železnik & Železnik, 2010).

Varovanci na »negovalnih oddelkih« v DSO se bolj nagnjeni k OPZ kot varovanci na »stanovanjskih oddelkih« (Lejko Zupanc, 2013).

V večini DSO se ukvarjajo s preprečevanjem OPZ. Po zakonodaji morajo DSO imeti komisijo za obvladovanje OPZ in medicinsko sestro za obvladovanje OPZ (SOBO), ki ima po možnosti opravljen podiplomski tečaj iz OPZ (Lejko Zupanc, 2013).

Skupina Nacionalne komisije za preprečevanje in obvladovanje OPZ (NAKOBO) je pripravila Navodila za izvajanje programa preprečevanja in obvladovanja okužb v socialnovarstvenemu zavodu (2007), ki obsegajo: epidemiološko spremljanje okužb v

DSO, izvajanje diagnostičnih, negovalnih in terapevtskih postopkov, higieno rok v DSO, sterilizacijo, razkuževanje in čiščenje ter ravnanje z odpadki, zaščito zdravstvenega osebja in sodelavcev, program usposabljanja zdravstvenega osebja in tehnične pogoje za izvajanje preprečevanja OPZ (Lejko Zupanc, 2013).

Navodila so podobna tistim v bolnišnicah, ampak jih je v DSO v praksi težko izvajati zaradi dolgotrajnega bivanja varovancev in tudi zaradi pomanjkanja zdravstvenih delavcev ter zmanjševanja sredstev za zdravstveno obravnavo varovancev. Ukrepi za preprečevanje OPZ v DSO obsegajo higieno rok s poudarkom na razkuževanju rok, dobro osebno higieno zdravstvenih delavcev ter cepljenje in preprečevanje prenosa večkratno odpornih mikroorganizmov. Varovanci imajo osnovne pogoje za redno umivanje rok, če pa tega ne zmorejo sami, poskrbi za higieno rok negovalno osebje (Lejko Zupanc, 2013).

Varovanca, ki je okužen z večkratno odpornimi mikroorganizmi, je težko osamiti, ker želi ostati v svoji sobi, kjer se počuti doma. Potrebno je poskrbeti za druge sstanovalce, da z ustreznimi navodili preprečimo prenos okužbe. Zdravstveni delavci, varovanci in obiskovalci morajo upoštevati navodila, še posebej glede higiene rok. Avtorica opaža, da je v DSO uporaba osebne varovalne opreme nezadovoljiva, izvajanje higiene rok nedosledno in tako posledično prihaja do prenosov OPZ znotraj DSO (Lejko Zupanc, 2013).

Kotnik Kevorkijan (2013) navaja, da problem DSO in drugih socialno-varstvenih ustanov, ki izvajajo poleg osnovne dejavnosti tudi zdravstveno dejavnost, ostaja, saj nimajo zadostnega števila zdravstvenih delavcev. Zato za dejavnost obvladovanja in preprečevanja OPZ zmanjka časa.

Glede na splošno stanje v slovenski populaciji, ko imamo vse več starostnikov ter vse več ljudi, ki potrebujejo bolnišnično zdravljenje in strokovno pomoč pri negi, bodo odgovorni v zdravstvenih ustanovah in pristojni na ministrstvu morali zagotoviti kadrovske ter materialne pogoje za izvajanje dejavnosti obvladovanja in preprečevanja OPZ (Kotnik Kevorkijan, 2013).

### 3 EMPIRIČNI DEL

#### 3.1 NAMEN IN CILJI DIPLOMSKEGA DELA

Namen diplomskega dela je predstaviti standardne izolacijske ukrepe in ugotoviti nivo znanja anketiranih zdravstvenih delavcev v zdravstveni negi o standardnih izolacijskih ukrepih. Zanima nas tudi, če standardne izolacijske ukrepe izvajajo v praksi zdravstvene nege in ali bi bilo potrebno kaj izboljšati pri izvajanju standardnih izolacijskih ukrepov v domovih za starejše občane.

Cilji raziskave:

- Ugotoviti stopnjo seznanjenosti zdravstvenih delavcev o standardnih izolacijskih ukrepih.
- Ugotoviti delež upoštevanih standardnih izolacijskih ukrepov pri delu zdravstvenih delavcev v domovih za starejše občane.
- Ugotoviti razloge, ki vodijo k neizvajanju standardnih izolacijskih ukrepov v vsakdanji zdravstveni negi varovancev v domu za starejše občane.
- Ugotoviti stopnjo seznanjenosti zdravstvenih delavcev o osebnih varovalnih sredstvih.

#### 3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

RV 1. V kolikšni meri zaposleni v zdravstveni negi v domu za starejše občane poznajo standardne izolacijske ukrepe?

RV 2. Kakšna je raba standardnih izolacijskih ukrepov v praksi zdravstvene nege v domu za starejše občane?

RV 3. Kaj je po mnenju zaposlenih v zdravstveni negi vzrok za neupoštevanje standardnih izolacijskih ukrepov?

RV 4. V kolikšni meri osebe za zdravstveno nego pozna osebna varovalna zaščitna sredstva?

### 3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

#### 3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Raziskava je temeljila na neeksperimentalni kvantitativni metodi empiričnega raziskovanja. Podatki v empiričnem delu diplomskega dela so bili pridobljeni s pomočjo strukturiranega anketnega vprašalnika. Vprašalnik je bil pripravljen po predhodnem pregledu strokovne literature o standardnih izolacijskih ukrepih in okužbah, povezanih z zdravstvom. Pri pripravi anketnega vprašalnika smo izhajali iz člankov Efsthathiou (2011), Reda (2010) ter Skupnjak (2013). Za teoretično ozadje smo uporabili pregled strokovne in znanstvene literature, ki je dostopna v knjižnicah v Sloveniji, Obzorniku zdravstvene nege in Google učenjaku ter je stara največ deset let. Pri iskanju literature v slovenskih knjižnicah smo uporabili virtualno knjižnico Slovenije COBISS (Co-operative Online Bibliographic System & Services). Za tuje vire literature smo uporabili Cumulative Index to Nursing and allied Health Literature (CINAHL), PubMed in Eric. Pri iskanju literature smo uporabili naslednje ključne besede in besedne zveze v slovenskem jeziku: izolacija, standardni izolacijski ukrepi, okužbe, povezane z zdravstvom, nalezljive bolezni. Ključne besede v angleškem jeziku so: isolation in health care, standard isolation precautions, health-related infections, health care diseases.

#### 3.3.2 Opis merskega instrumenta

Za izvedbo raziskave smo uporabili kvantitativno metodo zbiranja podatkov s pomočjo strukturiranega vprašalnika. Vprašalnik smo razdelili med bolničarje – negovalce, tehnike zdravstvene nege (srednje medicinske sestre) in diplomirane medicinske sestre / diplomirane zdravstvenike. Vprašalnik je bil sestavljen iz dveh sklopov. Prvi vsebinski sklop je zajemal demografske podatke (spol, starost, izobrazba, delovna doba). Drugi vsebinski sklop pa je vseboval vprašanja o standardnih izolacijskih ukrepih in zaščitnih

sredstvih (kaj spada med standardne izolacijske ukrepe, kdaj jih uporabljati, o zaščitnih sredstvih in njihovi uporabi ter vprašanja o izobraževanju o okužbah, povezanih z zdravstvom). Vseh vprašanj je bilo 25; prva 4 vprašanja spadajo v prvi vsebinski sklop, ostalih 21 vprašanj spada v drugi vsebinski sklop vprašalnika. Vprašalnik je bil sestavljen iz zaprtega tipa vprašanj in je imel namen preveriti znanje zdravstvenih delavcev v domovih za ostarele. Testa zanesljivosti instrumenta na podlagi koeficienta Cronbach alfa z našim vprašalnikom nismo mogli izračunati.

### 3.3.3 Opis vzorca

Raziskavo smo izvedli v dveh domovih za ostarele (Dom starejših občanov Bežigrad Ljubljana in Dom starejših občanov Center – Tabor Ljubljana). Razdelili smo 100 anketnih vprašalnikov, vrnjenih je bilo 81, kar pomeni 81 % realizacijo vzorca. V Domu starejših občanov Bežigrad smo prejeli 45 vrnjenih vprašalnikov, v Domu starejših občanov Center – Tabor pa 36 vprašalnikov. Vprašalniki so bili izpolnjeni v celoti. Vzorec je zajemal bolničarje – negovalce, tehnike zdravstvene nege in višje medicinske / diplomirane medicinske sestre – diplomirane zdravstvenike. Raziskava je potekala septembra in oktobra 2015 in je bila anonimna. Izvedli smo neslučajnostni način vzorčenja.

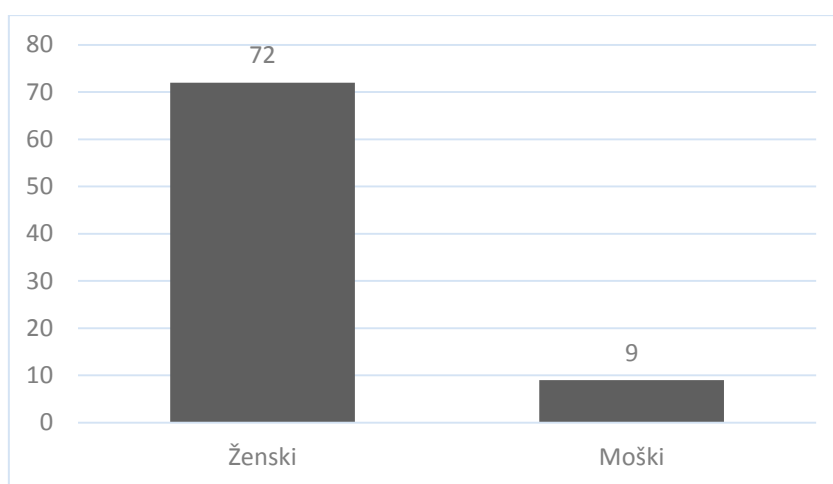
### 3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Pred izvajanjem anketiranja smo pisno zaprosili vodstvo za soglasje obeh vključenih zavodov za raziskavo v okviru diplomskega dela. Pri izvajanju anketiranja in uporabi podatkov za izvedbo diplomskega dela je bila uporabljena popolna anonimnost. 50 anketnih vprašalnikov smo razdelili v Domu starejših občanov Bežigrad in 50 vprašalnikov v Domu starejših občanov Center – Tabor. Glavni medicinski sestri sta posredovali vprašalnike zaposlenim v zdravstveni negi. Zaposleni so anonimno izpolnili anketne vprašalnike in jih vrnili oddelčni medicinski sestri, le-ta pa jih je spravila v kuverto. Po predhodnem dogovoru smo anketne vprašalnike dobili vrnjene na določen datum. Podatke smo obdelali v statističnem programu SPSS, verzija 20.0. Izračunali smo odstotke, razlike med skupinami pa s hi-kvadrat testom. Ugotavljali smo statistično

značilne razlike glede na znanje o standardnih izolacijskih ukrepih med poklicnimi skupinami, leti delovne dobe, starostjo in spolom, kjer smo upoštevali stopnjo statistične pomembnosti na ravni 0,05 in manj.

### 3.4 REZULTATI

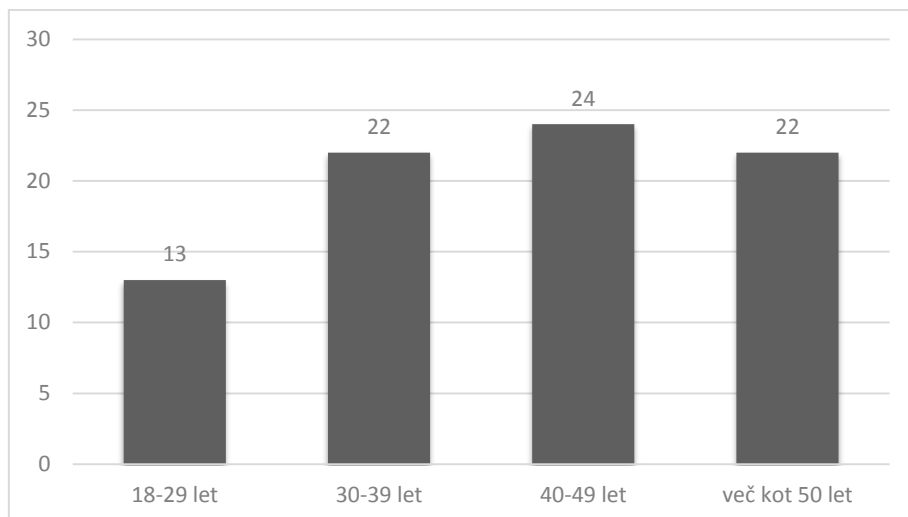
V spodnjih tabelah so prikazani rezultati, odgovori, ki smo jih prejeli pri anketnem vprašalniku s strani anketirancev.



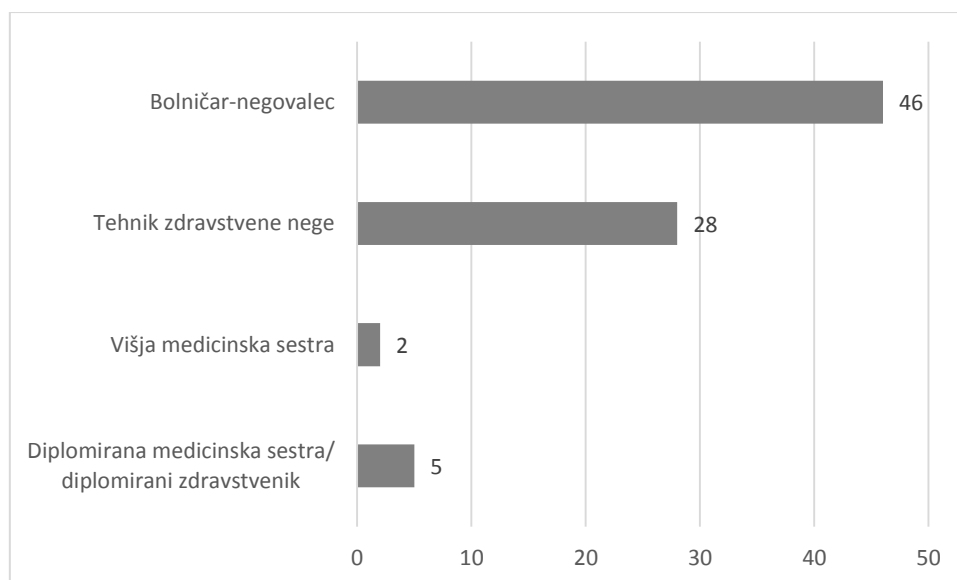
**Slika 1: Spol anketirancev**

V anketi je sodelovalo skupaj 81 anketirancev, od tega jih je 72 (88,9 %) anketirancev ženskega spola in 9 (11,1 %) anketirancev moškega spola.

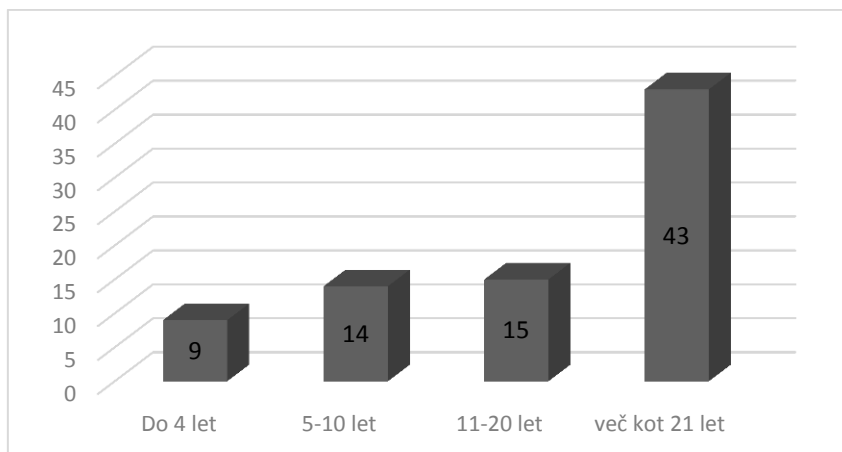


**Slika 2: Starost anketirancev**

Največ anketirancev 24 (29,6 %) je bilo starih od 40 do 49 let, 22 (27,2 %) anketirancev od 30 do 39 let, 22 (27,2 %) anketirancev več kot 50 let ter le 13 (16 %) anketirancev od 18 do 29 let.

**Slika 3: Poklic anketirancev**

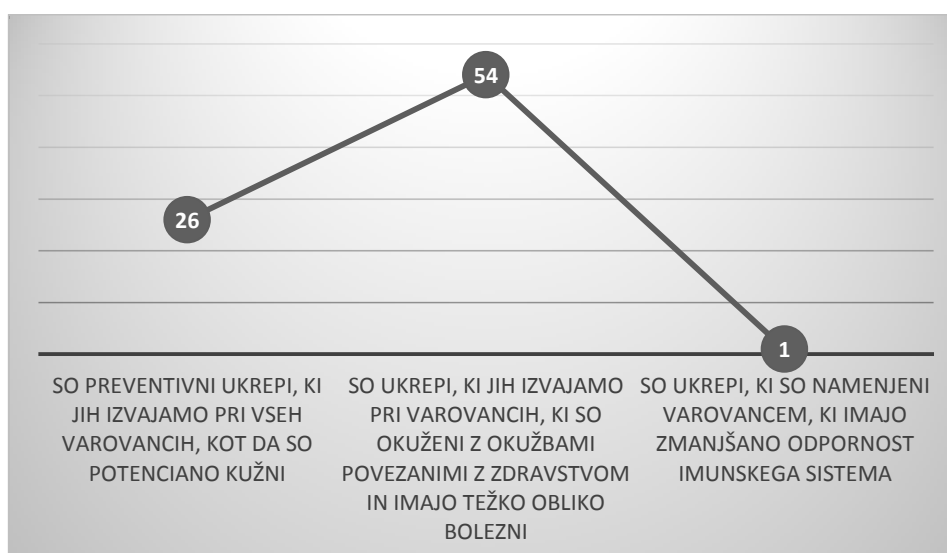
Največ anketirancev, 46 (56,8 %), je bilo bolničarjev – negovalcev, 28 (34,6 %) anketirancev je bilo tehnikov zdravstvene nege.



**Slika 4: Delovna doba**

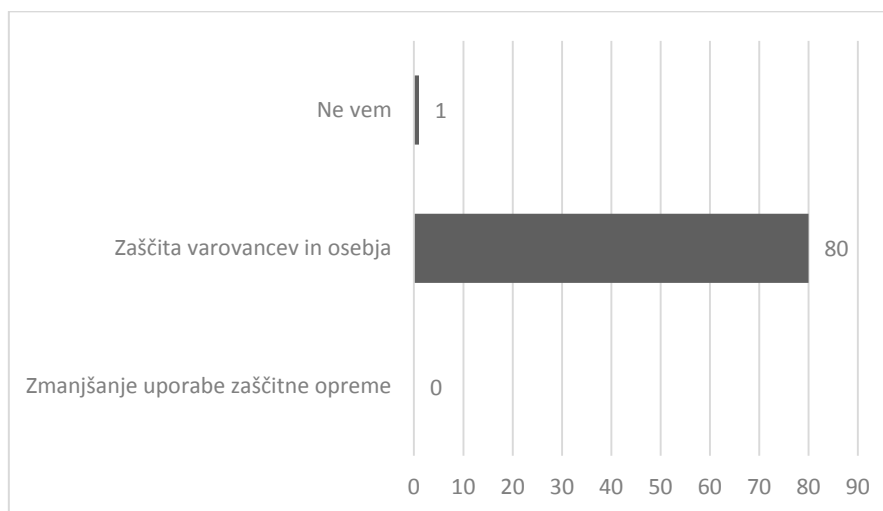
Kar 43 (53,1 %) anketirancev ima več kot 21 let delovne dobe, 15 (18,5 %) jih ima od 11 do 20 let delovne dobe, 14 (17,3 %) od 5 do 10 let delovne dobe ter 9 (11,1 %) anketirancev do štiri leta delovne dobe.

Pri 5., 6., 7. in 8. vprašanju v anketnem vprašalniku smo preverjali znanje zaposlenih o tem, kaj so standardni izolacijski ukrepi, kaj je namen izolacijskih ukrepov, kaj spada med izolacijske ukrepe in kaj spada med standardna zaščitna sredstva. S temi vprašanji smo tudi želeli odgovoriti na prvo raziskovalno vprašanje (V kolikšni meri zaposleni v zdravstveni negi poznajo standardne izolacijske ukrepe?).



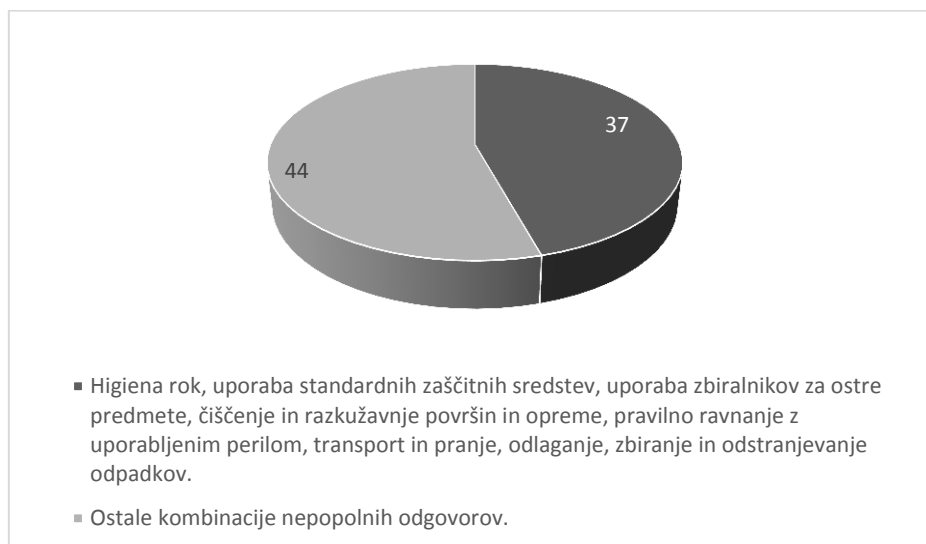
**Slika 5: Izolacijski ukrepi**

Pri raziskovalnem vprašanju, kaj so standardni izolacijski ukrepi, je kar 54 (66,7 %) anketiranih odgovorilo nepravilno. Pravilno je odgovorilo 26 (32,1 %) anketirancev.



**Slika 6: Namen izolacijskih ukrepov**

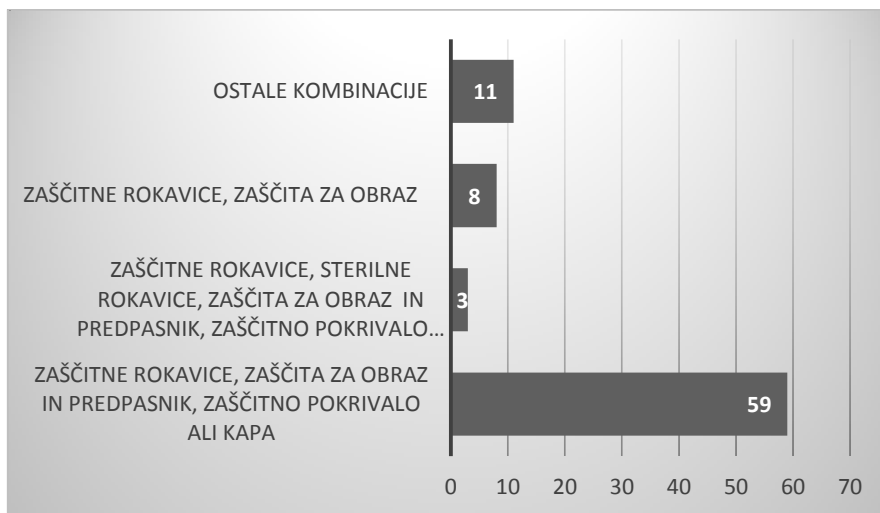
Pri raziskovalnem vprašanju, kakšen je namen izolacijskih ukrepov, je 80 (98,8 %) anketirancev odgovorilo pravilno, nepravilni odgovor pa je izbrala samo ena oseba.



**Slika 7: Vsebina izolacijskih ukrepov**

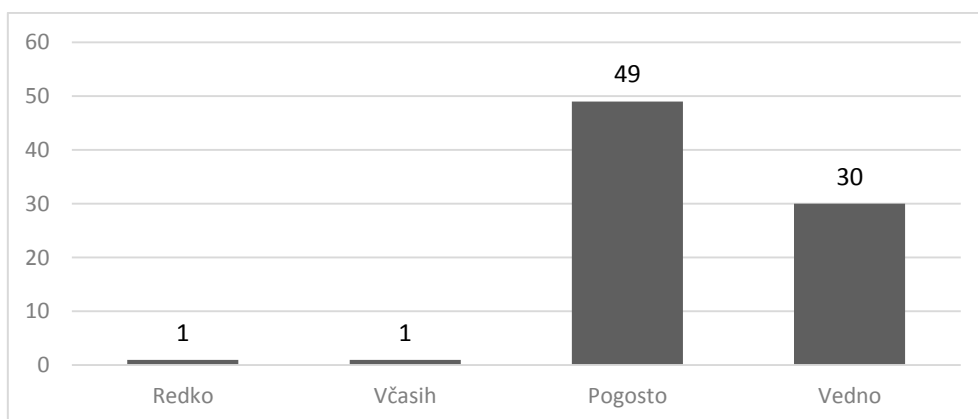
Pri sedmem raziskovalnem vprašanju, kaj spada med standardne izolacijske ukrepe, smo ponudili 6 odgovorov, ki pa so bili vsi pravilni. Kar 37 (45,7 %) anketirancev je odgovorilo pravilno in obkrožilo vse možne odgovore. 44 (54,3 %) anketirancev pa je

izbralo eno izmed kombinacij nepopolnih odgovorov. S tem raziskovalnim vprašanjem ne moramo trditi, da zaposleni nimajo znanja o izolacijskih ukrepih, saj med odgovori ni bilo anketiranca, ki ni obkrožil nobenega odgovora.



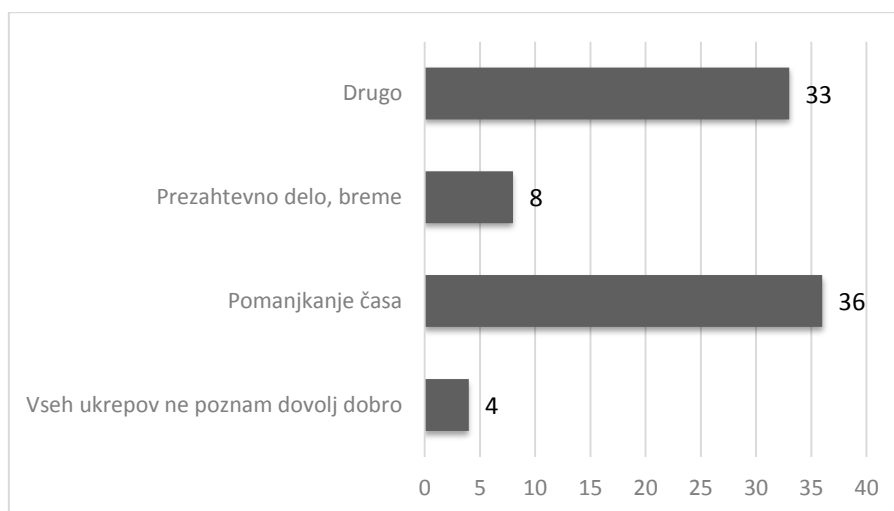
**Slika 8: Vsebina varovalnih sredstev**

Pri raziskovalnem vprašanju, kaj spada med standardna varovalna sredstva, je velika večina, 59 (72,8 %), anketirancev pravilno odgovorila na zastavljeno vprašanje. S tem vprašanjem smo želeli pridobiti odgovor na četrto raziskovalno vprašanje (V kolikšni meri osebje pozna osebna varovalna sredstva?).



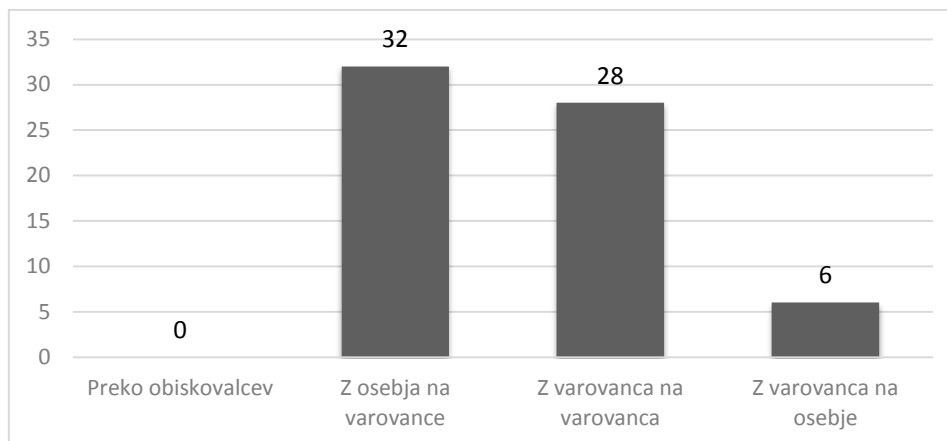
**Slika 9: Ravnanje po standardnih izolacijskih ukrepih**

Naslednje raziskovalno vprašanje se nanaša na ravnanje zdravstvenih delavcev po standardnih izolacijskih ukrepih pri svojem delu. 30 (37 %) anketirancev, je odgovorilo, da se vedno ravna po standardnih izolacijskih ukrepih. 49 (60,5 %) jih je obkrožilo, da pogosto ravna po standardnih izolacijskih ukrepih. S tem vprašanjem smo želeli odgovoriti na drugo raziskovalno vprašanje diplomske naloge (Kakšna je raba standardnih izolacijskih ukrepov v praksi zdravstvene nege?).



**Slika 10: Vzrok neupoštevanja izolacijskih ukrepov**

Vzroki za neupoštevanje izolacijskih ukrepov je bilo naslednje raziskovalno vprašanje in največ anketirancev, 36 (44,4 %), jih meni, da je vzrok za neupoštevanje standardnih izolacijskih ukrepov pomanjkanje časa pri svojem delu. 14 (17,3 %) anketirancev meni, da je razlog neupoštevanja pomanjkanje časa in prezahtevno delo ter breme izvajanje le-tega. 8 (9,9 %) anketirancev pa je izbralo odgovor, da je to prezahtevno delo oz. breme. Pomanjkanje časa je lahko povezano z prenapornimi delavniki, kar so tudi pokazali odgovori anketirancev. S tem vprašanjem smo dobili odgovore na tretje raziskovalno vprašanje, ki želi pridobiti mnenja zaposlenih v zdravstveni negi o vzrokih za neupoštevanje standardnih izolacijskih ukrepov.

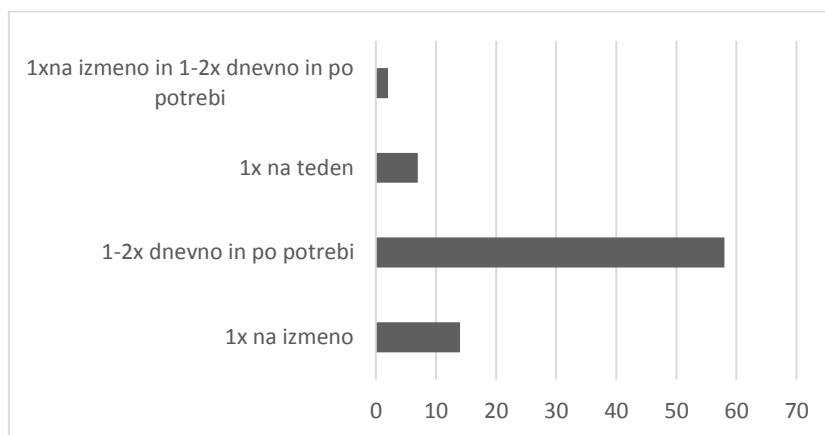


**Slika 11: Način prenosa okužb**

Pri raziskovalnem vprašanju, kako se najpogosteje prenašajo okužbe, povezane z zdravstvom, je 32 (39,5 %) oseb pravilno odgovorilo, prenos z osebja na varovance. 28 (34,6 %) anketirancev je odgovorilo, da je najpogostejši način prenosa okužbe z varovanca na varovanca, 6 (7,4 %) anketirancev pa je odgovorilo, da je najpogostejši način prenosa okužb z varovanca na osebje. Nihče ni menil, da se okužbe najpogosteje prenašajo preko obiskovalcev. Pri raziskovalnem vprašanju, ki se je nanašalo na okužbe, povezane z zdravstvom, smo našli štiri definicije. Tri od naštetih so bile pravilne. 29 (35,8 %) anketirancev je odgovorilo pravilno, 2 anketiranca (2,4 %) sta v svoje odgovore vključila napačen odgovor. Ostalih 50 (58,8 %) anketirancev pa je uporabilo kombinacije pravilnih odgovorov, niso pa obkrožili vseh treh pravilnih. Pri vprašanju, kaj vse vključuje higiena rok, je 50 (61,7 %) anketirancev izbralo pravilno odgovore. Nihče od anketirancev ni izbral napačnega odgovora, ki je bil ponujen. Ostali anketiranci pa so obkrožali enega oz. dva pravilna odgovora od treh ponujenih.

Na vprašanje, kdaj si razkužujejo roke, je samo 27 (33,3 %) anketirancev odgovorilo pravilno, da se roke razkužuje pred in po stiku z varovancem ter pred in po uporabi rokavic. Ostali odgovori so bili nepopolni oz. napačni. Ko smo jih spraševali, kdaj si umivajo roke, je 65 (80,2 %) anketirancev pravilno odgovorilo, da si umivajo roke ob prihodu in odhodu na delovno mesto, pred in po jedi, če se dotikajo obraza, ust, nosa in ko kašljajo, kihajo. Glede časa razkuževanja rok je 60 (74,1 %) anketirancev odgovorilo pravilno, da si roke razkužujejo približno 30 sekund oz. dokler roke niso suhe. O uporabi zaščitne maske je 66 (81,5 %) anketirancev odgovorilo, da uporabljajo masko,

kadar so nahodni ter kadar pričakujejo stik z varovančevimi izločki, ki jih lahko vdihnejo.



**Slika 12: Razkuževanje in čiščenje varovančeve okolice**

Na vprašanje, kako pogosto razkužujemo in čistimo varovančevo okolico, je pravilno odgovorilo 58 (71,6 %) anketirancev (varovančevo okolico razkužujemo in čistimo 1-2 krat dnevno in po potrebi). Kar 7 (8,6 %) anketirancev je mnenja, da se razkužuje in čisti okolico 1x na teden. Dva anketiranca sta izbrala odgovor 1x na izmeno in odgovor 1-2x dnevno ter po potrebi, kljub temu da vprašanje ni imelo možnosti večjega števila odgovorov.

Tabela 1: Hi-kvadrat analiza vbodov z iglo

SKUPINA/ VPRAŠANJE	N (%)	Ali ste se na delovnem mestu kdaj zbadli z uporabljeno iglo ali drugim ostrim pripomočkom? (% odgovori, poklic %, spol %, delovna doba %, starost %)		SKUPAJ (%)	X2 (p)
		Da	Ne		
Skupaj	81 (100 %)	32 (39,5 %)	49 (60,5 %)	81 (100 %)	
Bolničar – negovalec	46 (56,8 %)	13 (28,3 %)	33 (71,7 %)	46 (100 %)	
Tehnik zdravstvene nege	28 (34,6 %)	15 (53,6 %)	13 (46,4 %)	28 (100 %)	(0,059)
Višja medicinska / Diplomirana medicinska sestra	7 (8,6 %)	4 (57,1 %)	3 (42,9 %)	7 (100 %)	
Ženske	72 (88,9 %)	30 (41,7 %)	42 (58,3 %)	72 (100 %)	(0,261)
Moški	9 (11,1 %)	2 (22,2 %)	7 (77,8 %)	9 (100 %)	
Od 0-20 let	38 (46,9 %)	9 (23,7 %)	29 (76,3 %)	38 (100 %)	(0,006)
več kot 21 let	43 (53,1 %)	23 (53,5 %)	20 (46,5 %)	43 (100 %)	
18-29 let	13 (16,0 %)	1 (7,7 %)	12 (92,3 %)	13 (100 %)	
30-39 let	22 (27,2 %)	7 (31,8 %)	15 (68,2 %)	22 (100 %)	(0,019)
40-49 let	24 (29,6 %)	11 (45,8 %)	13 (54,2 %)	24 (100 %)	
50 in več	22 (27,2 %)	13 (59,1 %)	9 (40,9 %)	22 (100 %)	

Legenda: N = velikost vzorca, % = delež, X<sup>2</sup> = statistično značilne razlike

Tabela 1 nam prikazuje, da se je 32 (39,5 %) anketirancev že zbadlo z uporabljeno iglo ali pa ostrim predmetom na delovnem mestu. Od tega je bilo 15 (46,9 %) anketiranih tehnikov zdravstvene nege in 13 (40,6 %) anketiranih bolničarjev – negovalcev. 4 (12,5 %) anketirane osebe, ki so obkrožile, da so se zbadle z uporabljeno iglo ali drugim ostrim predmetom ne delovnem mestu, pa so bile višje medicinske sestre ali diplomirane medicinske sestre. Možnost vboda z ostrimi predmeti je večja pri višjih in diplomiranih medicinskih sestrah, ker več rokujejo z iglami in ostrimi predmeti. Ker je bil vzorec višje izobrazbe manjši, Hi kvadrat test ni pokazal statistično značilne



povezave med izobrazbo in vbodom z uporabljenim iglo ali ostrim predmetom na delovnem mestu ( $p = 0,059$ ).

Od 32-ih vbodov z iglo ali ostrim predmetom na delovnem mestu je bilo 30 (93,8 %) žensk in 2 (6,2 %) moška. Hi kvadrat test ni pokazal statistično značilne povezave med spoloma in vbodi z uporabljenim iglo ali ostrim predmetom ( $p = 0,261$ ).

Pri delovni dobi do 20 let se je na delovnem mestu zbodlo z uporabljenim iglo ali ostrim predmetom 9 (28,1 %) anketirancev. Pri delovni dobi nad 21 let pa se je zbodlo 23 (71,9 %) anketirancev. Hi kvadrat test pokaže statistično značilne razlike med leti zaposlenih in vbodom z uporabljenimi iglami in ostrimi predmeti. Iz tabele je razvidno, da so se večkrat zbodli zaposleni, ki imajo več kot 21 let delovne dobe, kot pa tisti, ki so zaposleni manj kot 20 let v domovih za starejše občane, kar je pričakovano ( $p = 0,006$ ).

13 (40,6 %) anketirancev starih nad 50 let se je že zbodlo z uporabljenim iglo ali ostrim predmetom. Najmanj se jih je zbodlo z uporabljenim iglo ali ostrim predmetom med starostjo 18 – 29 let in sicer samo ena anketirana oseba (3,1 %). Hi kvadrat test pokaže statistično značilne razlike med starostjo in vbodom z uporabljenim iglo ali ostrim predmetom pri svojem delu. S starostjo oz. delovno dobo narašča število vbodov z ostrimi predmeti ( $p = 0,019$ ).

Ko smo anketirance vprašali, ali imajo dovolj varovalnih sredstev za izvajanje standardnih izolacijskih ukrepov pri svojem delu, je 70 (86,4 %) anketirancev odgovorilo, da imajo varovanih sredstev dovolj, 11 (13,6 %) pa jih meni, da varovalnih sredstev nimajo dovolj.

Anketirance smo prav tako vprašali, ali imajo občutek, da so premalo zaščiteni na delovnem mestu. Kar 67 (82,7 %) anketiranih je odgovorilo, da jih ni strah, da so premalo zaščiteni na delovnem mestu.

Eno izmed zadnjih vprašanj se je nanašalo na samoocenjevanje znanja o standardnih izolacijskih ukrepih. Anketiranci so na vprašanje, kako ocenjujete vaše znanje o standardnih izolacijskih ukrepih, odgovorili sledeče:

Tabela 2: Hi-kvadrat samooценjevanja znanja

SKUPINA/ VPRAŠANJE	N (%)	Kako ocenjujete vaše znanje o standardnih izolacijskih ukrepih? (% odgovori, poklic %, spol %, delovna doba %, starost %)					SKUP AJ (%)	X <sup>2</sup> (p)
		Slabo	Zadovoljivo	Dobro	Zelo dobro	Odličn o		
Skupaj	81 (100 %)	1 (1,2 %)	8 (9,9 %)	44 (54,3 %)	23 (28,4 %)	5 (6,2 %)		
Bolničar – negovalec	46 (56,8 %)	1 (2,2 %)	5 (10,9 %)	25 (54,3 %)	11 (23,9 %)	4 (8,7 %)	46 (100 %)	
Tehnik zdravstvene nege	28 (34,6 %)	0 (0,0 %)	2 (7,1 %)	16 (57,1 %)	9 (32,1 %)	1 (3,6 %)	28 (100 %)	(0,89 5)
Višja medicinska/ Diplomirana medicinska sestra	7 (8,6 %)	0 (0,0 %)	1 (14,3 %)	3 (42,9 %)	3 (42,9 %)	0 (0,0 %)	7 (100 %)	
Ženske	72 (88,9 %)	1 (1,4 %)	5 (6,9 %)	40 (55,6 %)	22 (30,6 %)	4 (5,6 %)	72 (100 %)	(0,11 6)
Moški	9 (11,1 %)	0 (0,0 %)	3 (33,3 %)	4 (44,4 %)	1 (11,1 %)	1 (11,1 %)	9 (100 %)	
Od 0-20 let	38 (46,9 %)	0 (0,0 %)	5 (13,2 %)	25 (65,8 %)	7 (18,4 %)	1 (2,6 %)	38 (100 %)	(0,11 8)
Več kot 21 let	43 (53,1 %)	1 (2,3 %)	3 (7,0 %)	19 (44,2 %)	16 (37,2 %)	4 (9,3 %)	43 (100 %)	
18-29 let	13 (16,0 %)	0 (0,0 %)	3 (23,1 %)	8 (61,5 %)	2 (15,4 %)	0 (0,0 %)	13 (100 %)	
30-39 let	22 (27,2 %)	0 (0,0 %)	2 (9,1 %)	14 (63,6 %)	5 (22,7 %)	1 (4,5 %)	22 (100 %)	(0,23 4)
40-49 let	24 (29,6 %)	1 (4,2 %)	1 (4,2 %)	11 (45,8 %)	7 (29,2 %)	4 (16,7 %)	24 (100 %)	
50 in več	22 (27,2 %)	0 (0,0 %)	2 (9,1 %)	11 (50,0 %)	9 (40,9 %)	0 (0,0 %)	22 (100 %)	

Legenda: N = velikost vzorca, % = delež, X<sup>2</sup> = statistično značilne razlike

V tabeli 2 imamo podatke o kritičnosti anketirancev do njihovega znanja o standardnih izolacijskih ukrepih. Kar 25 (54,3 %) anketiranih bolničarjev – negovalcev je obkrožilo, da dobro poznajo standardne izolacijske ukrepe, 4 (8,7 %) menijo, da jih

odlično poznajo, samo 1 (2,2 %) anketirani bolničar – negovalec pa je obkrožil, da jih slabo pozna. Med 28 udeleženi tehniki zdravstvene nege je prav tako več kot polovica, 16 (57,1 %), anketiranih obkrožilo, da jih dobro poznajo, 1 (3,6 %) tehnik zdravstvene nege pa meni, da jih odlično pozna. Od 7-ih višjih medicinskih sester oz. diplomiranih medicinskih sester pa 3 (42,9 %) menijo, da dobro poznajo standardne izolacijske ukrepe in 3 (42,9 %) jih meni, da jih poznajo zelo dobro. Hi kvadrat test ni pokazal statistično značilne povezave med delokrogom, ki ga opravljajo delavci v domovih starejših občanov glede na njihovo oceno njihovega znanja o standardnih izolacijskih ukrepih ( $p = 0,895$ ).

Od 72-ih (88,9 %) anketiranih oseb ženskega spola jih je več kot polovica 40 (55,6 %) obkrožilo, da dobro poznajo standardne izolacijske ukrepe. Prav tako je 9 (11,1 %) anketirancev moškega spola v večini, 4 (44,4 %), odgovorilo, da dobro poznajo ukrepe. Hi kvadrat test ni pokazal statistično značilne povezave med spoloma o oceni njihovega znanja o standardnih izolacijskih ukrepih ( $p = 0,116$ ).

Glede na delovno dobo zaposlenih so anketiranci od 0-20 let najpogosteje obkrožali odgovor, ki navaja dobro oceno znanja. Od 38-ih (100 %) anketirancev, ki predstavljajo to skupino, jih je 25 (65,8 %) takšnega mnenja. Anketiranci, zaposleni več kot 21 let, ki jih je bilo 43 (100 %), pa jih je 19 (44,2 %) obkrožilo odgovor dobro, kar 16 (37,2 %) anketirancev pa odgovor, da jih pozna zelo dobro. Hi kvadrat test ne pokaže statistično značilnih povezav med leti delovne dobe zaposlenih in oceni o znanju o standardnih izolacijskih ukrepih ( $p = 0,118$ ).

Vse starostne skupine pa so se, skoraj v večini odločale za odgovor, da dobro poznajo standardne izolacijske ukrepe. Hi kvadrat test ni pokazal statistično značilne povezave med starostjo in oceno o znanju o standardnih izolacijskih ukrepih ( $p = 0,234$ ).

Pri vprašanju, kdaj so imeli zadnje izobraževanje na temo OPZ in standardnih izolacijskih ukrepih, je 47 (58 %) anketirancev odgovorilo, da v zadnjem letu. V zadnjih petih letih pa je imelo izobraževanje 27 (33,3 %) anketirancev.

Pri zadnjem vprašanju, ali bi želeli na temo standardnih izolacijskih ukrepih imeti več izobraževanja, je kar 75 (92,6 %) anketiranih odgovorilo pritrdilno.

### 3.5 RAZPRAVA

Namen naše raziskave je bil dosežen. Želeli smo ugotoviti znanje o okužbah, povezanih z zdravstvom, predvsem pa nas je zanimalo znanje o standardnih izolacijskih ukrepih, kar smo spoznali skozi anketni vprašalnik. Raziskavo smo izvedli v dveh domovih za starejše občane, Bežigrad in Center – Tabor. Največ anketirancev je bilo ženskega spola, več kot polovico anketiranih ima delovni staž čez 20 let in pri poklicu prevladujejo bolničarji – negovalci.

Odgovori na raziskovalna vprašanja o znanju na temo izolacijskih ukrepov so pokazali, da je znanje boljše o zaščitnih sredstvih, načinu prenosa okužb, povezanih z zdravstvom, umivanju rok ter pri razkuževanju in čiščenju varovančeve okolice. Slabše znanje pa se je pokazalo pri standardnih izolacijskih ukrepih, razkuževanju rok in pri odlaganju ostrih predmetov.

Vsi anketiranci so seznanjeni z namenom izolacijskih ukrepov, kot zaščito varovancev in okolja. S tem lahko potrdimo prvo raziskovalno vprašanje, da večina zaposlenih v zdravstveni negi v domu za starejše občane pozna standardne izolacijske ukrepe, vendar je njihovo znanje pomanjkljivo.

Z drugim raziskovalnim vprašanjem, ki se je nanašalo na rabo standardnih izolacijskih ukrepov, smo anketirance spraševali po mnenju oz. kritičnosti do svojega dela. V veliki večini, 49 anketirancev, je odgovorilo, da pri svojem delu pogosto uporabljajo standardne izolacijske ukrepe. Res je, da je raba standardnih izolacijskih ukrepov v domovih za starejše občane pogosta, lahko pa bi jo izboljšali in s tem preprečili prenos okužb in morda posledično tudi smrt zaradi okužb.

Za ustrezno izvajanje dela je potrebno imeti na razpolago tako človeške kot tudi materialne vire. Večina anketirancev meni, da ima za izvajanje standardnih izolacijskih ukrepov na voljo dovolj potrebnih materialnih sredstev.

36 anketirancev je neuporabo in neupoštevanje standardnih izolacijskih ukrepov pri svojem delu povežalo s pomanjkanjem časa. Tega ne moramo zanikati, saj je primanjkljaj osebja v zdravstvenih in varstvenih ustanovah dokazano tveganje za

okužbe, povezane z zdravstvom (prva raziskava o bolnišničnih okužbah pri Ministrstvu za zdravje RS, 2001). Rezultati so pokazali povezavo med pomanjkanjem kadrov in pojavnost okužb, povezanih z zdravstvom. Pri tem smo dobili odgovor na naše tretje raziskovalno vprašanje.

V nadaljevanju smo anketirance spraševali o zaščitnih sredstvih, ki jih uporabljajo pri svojem delu. 59 anketirancev je pravilno odgovorilo, kaj vse uvrščamo med standardna zaščitna sredstva, ki so del izolacijskih ukrepov. Anketa je pokazala, da je stopnja poznavanja osebnih varovalnih sredstev v preiskovanih domovih za starejše visoka.

V raziskavi nas je zanimalo tudi, ali obstaja statistično značilna povezava med razkuževanjem rok in izobrazbo zaposlenih, saj je razkuževanje rok najpomembnejši korak pri preprečevanju prenosa okužb. Podatke smo vnesli v SPSS. Ob upoštevanju 95 % intervala zaupanja lahko sklepamo, da med izobrazbo in razkuževanjem rok ni statistično značilne povezave, saj je  $p$  vrednost večja od 0,05. To je v neposredni povezavi z odgovori naših anketirancev, saj so vsi anketiranci odgovorili pravilno pri vprašanju o higieni rok. Prav tako je 60 anketirancev pravilno odgovorilo, da si roke razkužujejo 30 sekund oz. dokler niso suhe.

Zanimalo nas je tudi, ali obstaja statistična povezava med izobrazbo in ravnanjem po standardnih izolacijskih ukrepih. SPSS nam je podal  $p$  vrednost 0,787, torej lahko trdimo, da ni statistično značilne povezave.

Našo raziskavo smo primerjali s podatki iz raziskave, ki je potekala na Cipru. Od marca do maja 2010 so med 668 medicinskimi sestrami v petih različnih bolnišnicah želeli odkriti, ali medicinske sestre uporabljajo standardne izolacijske ukrepe v praksi zdravstvene nege. V vprašalniku je bilo 10 vprašanj, na katere so morali odgovoriti z nikoli, redko, včasih, pogosto, po navadi in vedno.

Raziskava je pokazala, da je samo 9,1 % vprašanih anketirancev na vsa vprašanja odgovorilo, da vedno uporabljajo standardne izolacijske ukrepe v praksi zdravstvene nege. Dve vprašanji na kateri je najmanj sodelujočih odgovorilo z »vedno«, sta bili: »Zdravstvena nega, ki jo izvajam, temelji na načelu, da je vsak pacient potencialno kužen« (30,2 %) in »Izogibam se odstranjevanja igle od injekcije« (45,8 %). Vprašanja,

ki pa sta imeli največ odgovorov z »vedno«, pa sta bili: »Umijem si roke, ko končam z negovalnim postopkom« (84,4 %) in »Uporabljene ostre predmete zavržem v zabojnik za ostre predmete« (95,7 %). Na vprašanje ali so cepljeni proti hepatitisu B, pa jih je 91,5 % odgovorilo s pritrdilnim odgovorom (Efstathiou, et al., 2011).

Ugotovili smo, da so se pri vprašanju, ali uporabljajo standardne izolacijske ukrepe v praksi, naši anketiranci boljše izkazali. Z odgovorom »vedno« jih je odgovorilo kar 37 %. Pri vprašanju, kaj so standardni izolacijski ukrepi smo lahko naredili primerjavo s ciprsko raziskavo, saj je bila podobno zastavljena trditev vključena tudi v njihov vprašalnik: »Zdravstvena nega, ki jo izvajam, temelji na načelu, da je vsak pacient kužen«. Na Cipru je bilo pozitivnih odgovorov 30,2 % pri nas pa 32,1 %. Pri umivanju rok pa so pri naši raziskavi pokazali tudi zelo dobro znanje, saj jih je kar 80,2 %, pravilno odgovorilo na zastavljeno vprašanje.

Zanimiva za primerjavo je tudi raziskava v Etiopiji, kjer je sodelovalo 475 zdravstvenih delavcev iz 10-ih bolnišnic in 20-ih zdravstvenih domov. Raziskava je potekala od februarja do maja 2010. 80,8 % anketirancev poroča, da redno uporabljajo standardne izolacijske ukrepe v praksi zdravstvene nege. 79,8 % anketirancev pove, da uporabljajo rokavice ob vsakem stiku s pacientom. 30,5 % anketirancev je odgovorilo, da se je v svoji poklicni karieri že zbodlo z uporabljenim iglo, od tega se je 36,3 % anketirancev zbodlo med natikanjem pokrovčka nazaj na že uporabljene igle. Z raziskavo so ugotovili, da zdravstveni delavci v Etiopiji potrebujejo več izobraževanja in usposabljanja na temo preprečevanja okužb, povezanih z zdravstvom, še posebej pri delu z ostrimi predmeti in uporabljenimi iglami (Reda, et al., 2010).

Standardni izolacijski ukrepi so dejavnik, s katerim se zdravstveno osebje srečuje vsak dan. Zato smo zaposlene vprašali, kdaj so nazadnje imeli izobraževanje na to temo. Izkazalo se je da je skoraj ena tretjina anketirancev imelo izobraževanja v zadnjih petih letih, kar je dobro. Področje preprečevanja in obvladovanja okužb, povezanih z zdravstvom, se stalno spreminja in napreduje na podlagi raziskav in izkušenj. V smernicah NAKOBO RS je navedeno, da je potrebno obnavljati vsebine izobraževanj na temo preprečevanja in obvladovanja okužb, povezanih z zdravstvom najmanj na vsakih pet let. Zato bi bilo potrebno ponoviti izobraževanje na to temo, saj je kar 75

anketirancev izrazilo željo po obnovitvi in dopolnitvi znanj na temo varne zdravstvene nege.

Leta 2010 je potekala evropska prečna raziskava HALT (Healthcare associated infections and antimicrobial use in European Long-Term care facilities), ki je bila izvedena v DSO in drugih ustanovah z dolgotrajnim socialnim in zdravstvenim varstvom. Med sodelujočimi je bila tudi Slovenija in rezultati so bili dobri. Okužb je bilo nekaj manj kot je povprečje za EU (2/100 varovancev), prav tako pa je bila poraba antibiotikov pod evropskim povprečjem za DSO (Kotnik Kevorkijan, 2013).

Raziskava je bila omejena na manjši vzorec, saj je v Sloveniji registriranih 99 domov za starejše občane in tudi rezultatov zato ne moramo posploševati. Ovir pri anketnem vprašalniku ni bilo, je pa vredno omeniti, da bi mogoče bili rezultati drugačni, če bi izbrali drugo metodo pri izpolnjevanju anketnih vprašalnikov, da bi bili ves čas reševanja prisotni. Anketiranci bi lahko za kakšno nejasnost vprašali, mi pa bi poskrbeli tudi za več časa in se potrudili, da bi anketne vprašalnike izpolnjevali v mirnem okolju in individualno. Predlagam, da bi se raziskava ponovila na večjem vzorcu zdravstvenih delavcev v domovih za starejše občane, saj bi se potem pokazala dejanska slika znanja zaposlenih v domovih za starejše občane, ter sama raba standardnih izolacijskih ukrepov pri zdravstveni negi, ki pa so temelj za preprečevanje okužb, povezanih z zdravstvom. Imeli pa smo manjšo oviro pri izračunu testa zanesljivosti našega vprašalnika na podlagi koeficienta Crnobach alfa, saj le-tega nismo mogli izračunati. Vprašalnik je bil prilagojen znanju anketirancev ter izkušnjam iz prakse. Rezultati raziskave so uporabni v praksi zdravstvene nege, v domovih za starejše občane, saj v večini prevladujejo bolničarji – negovalci.

## 4 ZAKLJUČEK

Okužbe, povezane z zdravstvom oz. bolnišnične okužbe kot starejši izraz za pojavljanje okužb povezanih s hospitalizacijo ali ambulantno obravnavo, so v zdravstvu neizogiben pojav. Le-tega pa lahko s pravilnim vedenjem zmanjšamo. Zdravstveno osebje že od srednje šole naprej sistematično prejema znanje o okužbah, povezanih z zdravstvom, vendar je poleg pridobljenega znanja potrebno v prakso vpeljati še samokritičnost do sebe in do dela. Poudariti je potrebno, da je ob nezmožnosti in neznanju o okužbah, povezanih z zdravstvom, potrebno organizirati dodatna izobraževanja, sistematično preverjati znanja in veščine pri izvajalcih zdravstvene nege v skladu s smernicami kakovosti in varnosti Ministrstva za zdravje RS. Ena od posledic, ki se lahko pripeti pacientom, ki se okužijo z okužbo, povezano z zdravstvom, je podaljšano zdravljenje v bolnišnici, dodatno prejetje zdravil ali celo nezmožnost zdravljenja okužb z rezistentnimi bakterijami kot tudi ogrožanje življenja pacienta. V domovih za starejše je drugače, saj so »pacienti« tam »varovanci«, ki v domovih živijo, kjer se jim lahko kakšna kronična bolezen na račun okužbe poslabša.

Standardni izolacijski ukrepi so temelj vsakodnevne zdravstvene prakse in nam omogočajo, da okužbe, povezane z zdravstvom, kontrolirano obvladujemo. Vrste standardnih ukrepov so: higiena rok, uporaba osebne varovalne opreme, čiščenje in razkuževanje pripomočkov in instrumentov, varno odlaganje uporabljenih pripomočkov in instrumentov, čiščenje in razkuževanje pacientove okolice, čiščenje in razkuževanje površin in opreme, varno odstranjevanje ostrih predmetov in preprečevanje poškodb zdravstvenih delavcev, uporaba zbiralnikov za ostre predmete in pisna navodila ter poučevanje pacientov in obiskovalcev o potrebnih predpisanih higienskih ukrepih v zdravstveni ustanovi (Avsec Letonja, et al., 2009).

Naša raziskava je pokazala, da zdravstveno osebje v domovih za starejše občane pogosto uporablja standardne izolacijske ukrepe. Menijo, da imajo na razpolago dovolj sredstev za izvajanje izolacijskih ukrepov. Lastno znanje o standardnih izolacijskih ukrepih anketiranci v povprečju ocenjujejo z dobro. Raziskava pa je tudi pokazala, da bi



bilo dobro uvesti dodatna izobraževanja in preverjanje veščin v praksi zdravstvene nege v domovih starejših občanov.

Kot navajajo avtorji Železnik & Železnik (2010), Imperl (2012), Kotnik Kevorkijan (2013), medicinskega osebja primanjkuje. Ta dejavnik pa se mnogo bolj pozna v domovih za starejše občane, saj je za kakovostno nego starostnikov potrebno več strokovnega kadra, kot ga je na voljo. Anketiranci so v raziskavi povedali, da se standardnih izolacijskih ukrepov ne upošteva zaradi pomanjkanja časa.

Predlagali bi večje zaposlovanje zdravstvenih delavcev, da bi zagotovili izvajanje standardnih izolacijskih ukrepov, ki bodo varni za pacienta in izvajalce zdravstvene nege in oskrbe. Izvajanje ukrepov preprečevanja okužb, povezanih z zdravstvom, zahteva namreč poleg znanja tudi ustrezno število izobraženih kadrov.

V nadaljnje bi bilo zanimivo vprašalnik ponoviti na večjem vzorcu zaposlenih v zdravstveni negi po domovih za starejše, vprašalnik pa bi vseboval še dodatna vprašanja na temo kakovosti in varnosti tako varovancev kot zaposlenih. Predlagali pa bi tudi drugo metodo raziskovanja, kvantitativno raziskovanje, kjer bi opazovali izvajalce zdravstvene nege pri izvajanju standardnih izolacijskih ukrepov v praksi, pri delu in oskrbi varovancev na podlagi našega vprašalnika.

## 5 LITERATURA

Ahec, L. & Kramar, Z., 2013. Higiena rok In: S. Pivač, S. Kalender Smajlović, A. Černoga, K. Skinder Savić, S. Hvalič Touzery & B. Skela Savič, eds. *Izbrane intervencije zdravstvene nege — teoretične in praktične osnove za visokošolski študij zdravstvene nege: visokošolski učbenik za zdravstveno nego*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 24-31.

Avsec Letonja, D., Dolenc, M., Dolinšek, M., Dragaš, A., Vitek, M. & Grosek, Š., 2009. *Izolacija*. [pdf] Available at: [http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz\\_dokumenti/delovna\\_podroja/zdravstveno\\_varstvo/zdravstveno\\_varstvo\\_v\\_posebnih/NAKOBO\\_september\\_2010/MZ\\_pogl\\_4\\_Izolacija\\_2009.pdf](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/delovna_podroja/zdravstveno_varstvo/zdravstveno_varstvo_v_posebnih/NAKOBO_september_2010/MZ_pogl_4_Izolacija_2009.pdf) [Accessed 19 March 2014].

Cutter, J. & Gammon, J., 2009. Review of standard precautions and sharps management in the community. *British Journal of Community Nursing*, 12(2), pp. 54-60.

Efstathiou, G., Papastavrou, E., Raftopoulos, V. & Markeouris, A., 2011. Compliance of Cypriot nurses with Standard Precautions to avoid exposure to pathogens. *Nursing and Health Sciences*, 13, pp. 53-59.

Fink, A., Jelen Jurič, J. & Kolar, J., 2012. Institucionalno varstvo starejših. In: A. Fink, J. Jelen Jurič, & J. Kolar, eds. *Zdravstvena nega starostnika: učbenik za izbirni modul Zdravstvena nega v geriatrični dejavnosti v programu Zdravstvena nega*. Ljubljana: Grafenauer, pp. 49-55.

Frelih, T. & Praprotnik, M., 2016. Prijavljeni izbruhi nalezljivih bolezni. *E-novice s področja nalezljivih bolezni in okoljskega zdravja*, 2, pp. 22-23.

Gagić, R., 2009. *Preprečevanje bolnišničnih okužb v intenzivni terapiji in vloga medicinske sestre: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede Maribor.

Gould, D., 2008. Isolation precautions to prevent the spread of contagious diseases. *Nursing standard*, 22(23), pp. 47-52.

Grmek Košnik, I., Ribnikar, M., Krotec, I., Orožen, K., Selan, N., Meglič, V., Ribič, H., Dermota, U. & Ravnik, M., 2016. Prvi prijavljeni izbruh sapoviroze v Sloveniji. *E-novice s področja nalezljivih bolezni in okoljskega zdravja*, 2, pp. 4-9.

Hrastnik, M., 2012. *Uporaba osebnih zaščitnih sredstev in obvladovanje bolnišničnih okužb.* [online] Available at: [http://www.vzsce.si/dinamic/editor/Zbornik\\_\\_mentorji\\_2012\\_komplet\\_5A242.pdf#page=44](http://www.vzsce.si/dinamic/editor/Zbornik__mentorji_2012_komplet_5A242.pdf#page=44) [Accessed 15 Januar 2014].

Habjančič, A., 2011. Zdravstvena nega v domovih za starejše z vidika stanovalcev, sorodnikov in negovalnega osebja. *Obzornik zdravstvene nege*, 45(1), pp. 39-47.

Imperl, F., 2012. Oblike nasilja nad starimi z vidika oskrbe in nege. In: F. Imperl, ed. *Kakovost oskrbe starejših — Izziv za prihodnost*. Logatec: Firis Imperl & Co, pp. 36-39.

Ivanuša, A. & Železnik, D., 2008. *Standardi aktivnosti zdravstvene nege* — 2. dop. izd. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede Maribor.

Klepac, P., Milič, U. & Trop Skaza, A., 2016. Okužba z virusom influence, korona virusi in humanim metapneumovirusom v domu za starejše. *E-novice s področja nalezljivih bolezni in okoljskega zdravja*, 2, pp. 24-28.

Kotnik Kevorkijan, B., 2013. Epidemiološko spremljanje bolnišničnih okužb v Sloveniji in rezultati raziskav. In: I. Grmek Košnik, S. Hvalič Touzery & B. Skela Savič, eds. *Okužbe, povezane z zdravstvom: zbornik prispevkov z recenzijo / 4. simpozij Katedre za temeljne vede, Kranj, 15. oktober 2013*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 32-40.

Kramar, Z., 2013. Bolnišnične okužbe. In: S. Pivač, S. Kalender Smajlović, A. Černoga, K. Skinder Savič, S. Hvalič Touzery & B. Skela Savič, eds. *Izbrane intervencije zdravstvene nege — teoretične in praktične osnove za visokošolski študij zdravstvene*

nege: visokošolski učbenik za zdravstveno nego. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 32-37.

Lejko Zupanc, T., 2013. Pomen higiene rok za preprečevanje bolnišničnih okužb. In: I. Grmek Košnik, S. Hvalič Touzery & B. Skela Savič, eds. *Okužbe, povezane z zdravstvom: zbornik prispevkov z recenzijo / 4. simpozij Katedre za temeljne vede, Kranj, 15. oktober 2013*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 42-47.

Lejko Zupanc, T., 2013. Okužbe v domovih za starejše občane. *Medicinski razgledi*, 51(6), pp. 67-74.

Panić, Z., 2013. Preprečevanje okužb – dihalna oprema. In: I. Grmek Košnik, S. Hvalič Touzery & B. Skela Savič, eds. *Okužbe, povezane z zdravstvom: zbornik prispevkov z recenzijo / 4. simpozij Katedre za temeljne vede, Kranj, 15. oktober 2013*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 99-105.

Perme, J. & Prosen, M., 2013. Dokumenti Svetovne zdravstvene organizacije na temo higiene rok. In: I. Grmek Košnik, S. Hvalič Touzery & B. Skela Savič, eds. *Okužbe, povezane z zdravstvom: zbornik prispevkov z recenzijo / 4. simpozij Katedre za temeljne vede, Kranj, 15. oktober 2013*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 48-54.

Reda, A.A., Fisseha, S., Menigistie, B. & Vandeweerd, J.M., 2010. Standard precautions: Occupational Exposure and behavior of health workers in Ethiopia. *PLoS ONE*, 5(12), pp. e14420.

Ribič, H. & Kramar, Z., 2016. *Preprečevanje okužb, povezanih z zdravstvom: skripta za študijski program Zdravstvena nega (VS)*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice.

Romih, K. & Mežik Veber, M., 2013. Uporaba rokavic. In: S. Pivač, S. Kalender Smajlović, A. Černoga, K. Skinder Savič, S. Hvalič Touzery & B. Skela Savič, eds. *Izbrane intervencije zdravstvene nege — teoretične in praktične osnove za visokošolski študij zdravstvene nege: visokošolski učbenik za zdravstveno nego*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 39-44.

Siegel, J.D. & Rhinehart, E.J., 2007. Standard precautions: The bedrock of prevention. *Hospital infection control*, pp. 104-108.

Skupnjak, M., 2013. *Osveščenoost medicinskih sester o bolnišničnih okužbah: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede Maribor.

Šumak, I., 2010. Okužbe, povezane z zdravstvom. In: E. Kavaš, M. Zrim, Z. Lebar & Šumak I, eds. *Medicinske sestre zagotavljamo varnost in uvajamo novosti pri obravnavi pacientov s kroničnimi obolenji: zbornik strokovnega seminarja, Maribor, 19. april 2010*. Murska Sobota: Strokovno društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Pomurja, Murska Sobota, pp. 40-47.

Tomažič, M. & Dolinšek, M., 2013. Promocija higiene rok v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana. In: I. Grmek Košnik, S. Hvalič Touzery & B. Skela Savič, eds. *Okužbe, povezane z zdravstvom: zbornik prispevkov z recenzijo / 4. simpozij Katedre za temeljne vede, Kranj, 15. oktober 2013*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 66-71.

Unuk, Š., 2009. *Vpliv izolacije na pacienta v času hospitalizacije: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede Maribor.

Vuga, N., Velušček, M. & Grmek Košnik, I., 2013. Obvladovanje proti metecilinu odporne bakterije *Staphylococcus aureus* (MRSA) v psihiatričnih bolnišnicah. In: I. Grmek Košnik, S. Hvalič Touzery & B. Skela Savič, eds. *Okužbe, povezane z zdravstvom: zbornik prispevkov z recenzijo / 4. simpozij Katedre za temeljne vede, Kranj, 15. oktober 2013*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 125-131.

*Zakon o nalezljivih boleznih (ZNB)*, 2006. Uradni list RS, št. 33.

Zore, A., Strojani, N. & Djekić, B., 2008. Primerjava učinka umivanja in razkuževanja rok. *Obzornik zdravstvene nege*, 42(4), pp. 251-259.

Železnik, D. & Železnik, U., 2010. Posebnosti komuniciranja s starejšimi ljudmi. In: E. Kavaš, ed. *Zbornik strokovnega seminarja 2010 — Obravnava starejših z vidika*

*zdravstvene nege v vseh okoljih, Pomurje, 1. december 2010. Murska Sobota: Strokovno društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Pomurja, Murska Sobota, pp. 8-13.*

## **6 PRILOGA**

### **6.1 INSTRUMENT**

Spoštovani!

Sem Kaja Pipan, absolventka Fakultete za zdravstvo Jesenice in pripravljam diplomsko delo z naslovom Standardni izolacijski ukrepi v praksi zdravstvene nege. Z anketo želim ugotoviti koliko zdravstveni delavci poznajo okužbe povezane z zdravstvom (starejše poimenovanje — bolnišnične okužbe) in standardne izolacijske ukrepe.

Vljudno Vas naprošam, da priloženi vprašalnik izpolnite tako, da ustrezni odgovor obkrožite ali odgovorite, če je to navedeno.

Anketa je **anonimna**, zaupnost podatkov je zagotovljena, rezultati pa bodo uporabljeni izključno za potrebo diplomskega dela.

Za sodelovanje se Vam iskreno zahvaljujem!

Kaja Pipan

#### **1.) Spol:**

- a) Ženski
- b) Moški

#### **2.) Starost:**

- a) 18-29 let
- b) 30-39 let
- c) 40-49 let

d) več kot 50 let

**3.) Poklic, ki ga opravljate?**

a) bolničar – negovalec

b) tehnik zdravstvene nege

c) višja medicinska sestra

d) dipl. med. sestra / diplomiran zdravstvenik

**4.) Koliko let delovne dobe imate?**

a) do 4 leta

b) od 5-10 let

c) od 11-20 let

d) več kot 21 let

**5.) Kaj so standardni izolacijski ukrepi?**

a) So preventivni ukrepi, ki jih izvajamo pri vseh varovancih, kot da so potencialno kužni.

b) So ukrepi, ki jih izvajamo pri varovancih, ki so okuženi z okužbami, povezanimi z zdravstvom in imajo težko obliko bolezni.

c) So ukrepi, ki so namenjeni varovancem, ki imajo zmanjšano odpornost imunskega sistema



**6.) Kakšen je namen standardnih izolacijskih ukrepov?**

- a) zmanjšanje uporabe zaščitne varovalne opreme
- b) zaščita varovancev in zdravstvenega osebja pred okužbami
- c) ne vem
- d) drugo: \_\_\_\_\_

**7.) Kaj spada med standardne izolacijske ukrepe? (Možnih je več odgovorov)**

- a) higiena rok
- b) uporaba standardnih zaščitnih sredstev
- c) uporaba zbiralnikov za ostre predmete
- d) čiščenje in razkuževanje površin in opreme
- e) pravilno ravnanje z uporabljenim perilom, transport in pranje
- f) odlaganje, zbiranje in odstranjevanje odpadkov

**8.) Kaj spada med standardna varovalna sredstva? (Možnih je več odgovorov)**

- a) zaščitne rokavice
- b) sterilne rokavice
- c) zaščita za obraz (maska, očala, vezir)
- d) predpasnik, zaščitno pokrivalo ali kapa

**9.) Ali se po Vašem mnenju pri svojem delu ravnate po standardnih izolacijskih ukrepih?**

- a) nikoli
- b) redko
- c) včasih
- d) pogosto
- e) vedno

**10.) Kaj je po Vašem mnenju vzrok za neupoštevanje standardnih izolacijskih ukrepov? (Če ste v prejšnjem vprašanju odgovorili z a,b,c ali d.)**

- a) vseh ukrepov ne poznam dovolj dobro
- b) pomanjkanje časa
- c) prezahtevno delo, breme
- d) drugo: \_\_\_\_\_

**11.) Kateri je najpogostejši način prenosa okužb povezanih z zdravstvom?**

- a) preko obiskovalcev
- b) z osebja na varovance
- c) z varovanca na varovanca
- d) z varovanca na osebje

**12.) Kaj so okužbe povezane z zdravstvom? (Možnih je več odgovorov)**

- a) So okužbe, ki nastanejo med bivanjem v bolnišnici ali drugi zdravstvenih organizacijah.
- b) Znaki o okužbi niso prisotni ob sprejemu, pojavijo se lahko tudi po odpustu iz bolnišnice.
- c) Pojavijo se lahko tudi pri zdravstvenih delavcih.
- d) So okužbe, ki jih pridobimo doma in jih zdravimo v bolnišnici.

**13.) Kaj vključuje higiena rok? (Možnih je več odgovorov)**

- a) umivanje in razkuževanje rok
- b) dolgi lakirani nohti in prstani na rokah
- c) vzdrževanje zdrave kože rok
- d) uporaba rokavic

**14.) Kdaj si razkužujete roke? (Možnih je več odgovorov)**

- a) pred in po stiku z varovancem
- b) pred in po uporabi rokavic
- c) ko so vidno umazane
- d) po uporabi stranišča

**15.) Kdaj si umivate roke? (Možnih je več odgovorov)**

- a) ob prihodu in odhodu na delovno mesto
- b) kadar so roke mokre
- c) pred in po jedi
- d) če se dotikamo obraza, ust, nosu, ko kašljamo, kihamo

**16.) Kako dolgo si razkužujete roke?**

- a) najmanj 10 sekund
- b) 15 sekund
- c) najmanj 30 sekund
- d) 1 minuto

**17.) Kdaj uporabljate masko?**

- a) kadar ste nahodni
- b) med jutranjo osebno nego varovanca
- c) med invazivnimi postopki pri varovancu
- d) kadar pričakujete stik z varovančevimi izločki, ki jih lahko vdihnete

**18.) Kolikokrat razkužujemo in čistimo varovančevo okolico?**

a) 1x/izmeno

b) 1-2 x/dan in p.p.

c) 1x/teden

d) 1x/leto

**19.) Ali ste se na delovnem mestu kdaj zbadli z uporabljenim iglo ali drugim ostrim pripomočkom?**

a) da

b) ne

**20.) Ali menite, da imate na razpolago dovolj varovalnih sredstev za izvajanje standardnih izolacijskih ukrepov?**

a) da

b) ne

**21.) Ali Vas je kdaj strah, da ste premalo zaščiteni na delovnem mestu?**

a) da, zakaj? \_\_\_\_\_

b) ne

**22.) Ali ste že bili pri svojem delu v stiku z varovancem, ki je imel potrjeno okužbo povezano z zdravstvom (MRSA, ESBL, VRE)?**

- a) da
- b) ne
- c) ne vem

**23.) Kako ocenjujete Vaše znanje o standardnih izolacijskih ukrepih?**

- a) slabo
- b) zadovoljivo
- c) dobro
- d) zelo dobro
- e) odlično

**24.) Kdaj ste imeli nazadnje izobraževanje na temo okužb, povezanih z zdravstvom in o standardnih izolacijskih ukrepih?**

- a) zadnje leto
- b) v zadnjih petih letih
- c) od tega je več kot 5 let

**25.) Ali bi želeli imeti na to temo več izobraževanja in vedeti več?**

a) da

b) ne

Najlepše se Vam zahvaljujem, da ste si vzeli čas in rešili anketni vprašalnik.

Rezultate Vam bom predstavila, ko bodo obdelani in komentirani v diplomski nalogi.

Kaja Pipan