

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
СРЕДНЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ-ТЕХНИКУМ
«ШЕНТАЛИНСКОЕ МЕДИЦИНСКОЕ УЧИЛИЩЕ»

КУРСОВАЯ РАБОТА

«Роль сестринского персонала в профилактике внутрибольничной инфекции»

Шентала, 2014 г

Содержание

Введение

Глава 1. Сестринское дело в профилактике внутрибольничных инфекций

1.1 Определение и характеристика внутрибольничной инфекции

1.2 Методы профилактики внутрибольничных инфекций

1.3 Роль сестринского персонала в снижении внутрибольничных инфекций

Глава 2. Исследование практики профилактики инфекций в работе медсестер на примере МБУЗ СО «Челно - вершинской центральной районной больницы»

2.1 Общая характеристика больницы

2.2 Профилактика внутрибольничных инфекций

2.3 Направления повышения качества работы среднего медицинского персонала

Заключение

Список литературы

Приложения

Введение

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рассматривает сестринский персонал как реальный потенциал для удовлетворения растущих потребностей населения в доступной медицинской помощи.

Сестринское дело -- наука о сущности действий по оказанию сестринским персоналом медицинской помощи, о взаимной связи этих действий и закономерностях их развития. Существенный признак сестринского дела состоит в том, что оно отражает сложный комплекс взаимодействия основных, вспомогательных и обслуживающих подразделений лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ).

Технология сестринского процесса -- это система взаимосвязанных минимально необходимых, но достаточных и научно обоснованных действий сестринского

персонала, выполнение которых позволяет наиболее рационально провести диагностические и лечебные мероприятия и обеспечить достижение максимального соответствия научно прогнозируемых результатов реальным.

Актуальностью данной работы является то, что проблема внутрибольничных инфекций (ВБИ) в последние годы приобрела исключительно большое значение для всех стран мира. Бурные темпы роста лечебных учреждений, создание новых видов медицинского (терапевтического и диагностического) оборудования, применение новейших препаратов, обладающих иммунодепрессивными свойствами, искусственное подавление иммунитета при пересадке органов и тканей - эти, а также многие другие факторы усиливают угрозу распространения инфекций среди пациентов и персонала лечебных учреждений.

Целью данной курсовой работы является исследование теоретических и практических аспектов деятельности медицинской сестры в профилактике внутрибольничных инфекций.

При изучении данной темы передо мной были поставлены следующие задачи:

- выяснить механизмы передачи ВБИ в лечебных учреждениях, а также в стационарах Челно - вершинской ЦРБ;
- изучить проблемы обработки рук и применению индивидуальных средств защиты.
- рассмотрение стандартов деятельности медсестер;

Глава 1. Сестринское дело в инфекционных заболеваниях

1.1 Определение и характеристика внутрибольничной инфекции

ВБИ - понятие собирательное, включающее различные нозологические формы.

Наиболее удачным и полным следует считать определение ВБИ, предложенное Европейским региональным бюро ВОЗ в 1979 г.: ВБИ (больничная, госпитальная, внутригоспитальная, нозокомиальная инфекция) -- любое клинически распознаваемое инфекционное заболевание, которое поражает больного в результате его поступления в больницу или обращения в нее за лечебной помощью, или инфекционное заболевание сотрудника больницы вследствие его работы в данном учреждении вне зависимости от появления симптомов заболевания до или во время пребывания в больнице.

Инфекция считается внутрибольничной, если она впервые проявляется через 48 часов или более после нахождения в больнице, при условии отсутствия клинических проявлений этих инфекций в момент поступления и

Исключения вероятности инкубационного периода. Классификация ВБИ.

1. В зависимости от путей и факторов передачи ВБИ классифицируют: · Воздушно-капельные

· Вводно-алиментарные · Контактно-бытовые

- Контактно-инструментальные (постинъекционные, постоперационные, послеродовые, посттрансфузионные, постэндоскопические, 2. В зависимости от характера и длительности течения: - Острые

- Под острые - Хронические. 3. По степени тяжести: · Тяжелые · Среднетяжелые ·

Легкие формы клинического течения. Главная причина - изменение свойств микробов, обусловленное неадекватным использованием в лечебной сфере

антимикробных факторов и создание в ЛПУ условий для селекции микроорганизмов с вторичной (приобретенной) устойчивостью (полирезистентностью). Современные научные факты, приводимые в работах зарубежными и отечественными исследователями, позволяют утверждать, что ВБИ возникают по меньшей мере у 5-12% больных, поступающих в лечебные учреждения. Так, в США из 120000 и более больных, зараженных ВБИ, погибают около 25% заболевших и, по оценкам экспертов, ВБИ представляют собой основную причину летальных исходов. Полученные в последние годы данные свидетельствуют о том, что ВБИ значительно удлиняют срок пребывания больных в стационарах, а наносимый ими ущерб ежегодно составляет от 5 до 10 млрд долларов. Условно можно выделить три вида ВБИ:

- у пациентов, инфицированных в стационарах;
- у пациентов, инфицированных при получении поликлинической помощи;
- у медицинских работников, заразившихся при оказании медицинской помощи больным в стационарах и поликлиниках.

Объединяет все три вида инфекций место инфицирования - лечебное учреждение. Характеризуя ВБИ, необходимо отметить, что данная категория инфекций имеет свои особенности эпидемиологии, отличающие ее от так называемых классических инфекций. Они выражаются в своеобразии механизмов и факторов передачи, особенностей течения эпидемиологического и инфекционного процессов, а также и в том, что в возникновении, поддержании и распространении очагов ВБИ важнейшую роль играет медицинский персонал ЛПУ.

В целях правильного понимания основных направлений профилактики ВБИ целесообразно кратко охарактеризовать их структуру.

Анализ имеющихся данных показывает, что в структуре ВБИ, выявляемых в крупных многопрофильных ЛПУ, гнойно-септические инфекции (ГСИ) занимают ведущее место, составляя до 75-80% от их общего количества. Наиболее часто ГСИ регистрируются у больных хирургического профиля, в особенности в отделениях неотложной и абдоминальной хирургии, травматологии и урологии. Основными факторами риска возникновения ГСИ являются: увеличение числа носителей штаммов резидентного типа среди сотрудников, формирование госпитальных штаммов, увеличение обсеменности воздуха, окружающих предметов и рук персонала, диагностические и лечебные манипуляции, несоблюдение правил размещения больных и ухода за ними и т.д.

Другая большая группа ВБИ - кишечные инфекции. Они составляют в ряде случаев до 7-12% от их общего количества. Среди кишечных инфекций преобладают сальмонеллезы. Регистрируются сальмонеллезы в основном (до 80%) у ослабленных больных хирургических и реанимационных отделений, перенесших обширные полостные операции или имеющих тяжелую соматическую патологию. Ведущими путями передачи возбудителя в условиях ЛПУ являются контактно-бытовой и воздушно-пылевой.

Значимую роль во внутрибольничной патологии играют гемоконтактные вирусные гепатиты В, С, D, составляющие 6-7% в ее общей структуре. Более всего риску

заболевания подвержены больные, которым проводятся обширные хирургические вмешательства с последующей кровезаместительной терапией, программный гемодиализ, инфузионная терапия. Обследования, проводимые стационарным больным с различной патологией, выявляют до 7-24% лиц, в крови которых обнаруживаются маркеры этих инфекций.

Особую категорию риска представляет медицинский персонал госпиталей, чьи обязанности предусматривают выполнение хирургических манипуляций или работу с кровью (хирургические, гематологические, лабораторные, гемодиализные отделения). При обследованиях выявляется, что носителями маркеров гемоконтактных вирусных гепатитов являются до 15-62% персонала, работающего в этих отделениях. Эти категории лиц в ЛПУ составляют и поддерживают мощные резервуары хронических вирусных гепатитов.

На долю других инфекций, регистрируемых в ЛПУ, приходится до 5-6% от общей заболеваемости. К таким инфекциям относятся грипп и другие острые респираторные инфекции, дифтерия, туберкулез и др.

1.2 Методы профилактики внутрибольничных инфекций

Профилактика ВБИ должна быть многоплановой и ее весьма трудно обеспечить по ряду организационных, эпидемиологических, научно- методических причин.

Эффективность борьбы с ВБИ определяется планировкой ЛПУ в соответствии с последними научными достижениями, современным оснащением и строгим соблюдением противоэпидемического режима на всех этапах обслуживания больных. В ЛПУ независимо от профиля необходимо свести к минимуму возможность заноса инфекции, исключить внутригоспитальные заражения, исключить вынос инфекции за пределы ЛПУ.

Профилактика внутрибольничных инфекций предполагает микробиологический мониторинг с использованием современной медицинской аппаратуры и новейших лекарств.

Основные направления профилактики ВБИ:

- применение современных антибиотиков, в основном зарубежного производства;
- комплекс дезинфекционно-стерилизационных мероприятий с применением современных дезинфицирующих средств;
- применение тканевых и полимерных стерильных повязок, тотально имплантируемых катетеров и помп для снижения частоты катетерассоциированных инфекций;
- медперсонал во избежание переноса ВБИ не должен забывать о значении мытья рук;
- специальные меры защиты больного - асептические палаты, контроль состояния внутривенных катетеров, проверка наличия сосудистой инфекции;
- повышение качества реактивов для микробиологических исследований;
- свободный режим посещения; при свободном доступе посетителей пришедшие с «воли» микроорганизмы конкурируют с «хозяевами» стационаров активнее любого дезсредства, а в родовспомогательных учреждениях рекомендуется совместное

пребывание матери и ребенка, раннее прикладывание к груди со свободным вскармливанием, ранняя выписка из стационара (на 2-4-й день);

- сокращение сроков госпитализации;

- программы охраны здоровья больничного персонала.

В последние годы из-за нехватки персонала сложилась практика совмещения обязанностей медсестры, акушерки и санитарки. Недопустимо осуществлять мытье палат и других помещений в часы, предназначенные для проведения тех или иных манипуляций, предусмотренных функциональными обязанностями медсестры или акушерки.

Обязательно должна быть защита медицинского персонала от ВБИ. Проблеме инфицирования медицинских работников при выполнении ими должностных обязанностей уделяется все большее внимание. Уровень заболеваемости ВБИ среди медработников зависит от различных факторов: организации работы в ЛПУ, используемых медицинских технологий и инструментов, обеспеченности медперсонала индивидуальными средствами защиты, а также от понимания медперсоналом проблемы ВБИ и риска инфицирования. Мытье рук является самым простым и в тоже время очень эффективным мероприятием по предупреждению распространения нозокомиальных инфекций. Мытье рук необходимо до и после общения с пациентом, после снятия перчаток, после прикосновения к неодоушевленным предметам, которые могут быть загрязнены микроорганизмами. Огромное значение в профилактике инфицирования медицинского персонала имеет использование средств индивидуальной защиты: перчаток, масок, очков и защитной медицинской одежды. Для профилактики инфицирования медработников возбудителями ВБИ очень важно, чтобы медработники соблюдали весь комплекс мер по охране здоровья, включая использование индивидуальных средств защиты, иммунизацию, регулярные медицинские осмотры, а также правила техники безопасности.

Самое эффективное средство инфекционного контроля в больницах - частое и основательное мытье рук, так как через руки передается больше болезней, чем другими способами.

Необходимо проводить ряд профилактических и противоэпидемических мероприятий в отношении медицинского персонала. Среди таких мероприятий следует отметить ежегодное диспансерное обследование медицинского персонала с исследованием крови на ВИЧ-инфекцию, сифилис, маркеры вирусных гепатитов (В и С), флюорографией органов грудной клетки, осмотром врачами-специалистами.

Также важны и методы специфической иммунопрофилактики ряда инфекций (дифтерия, гепатит В), специфической профилактики ВБИ с помощью эубиотиков (препарат аципол при гриппе и ОРЗ).

Так же не мало важным фактором является гигиена пациента. Пациенты должны мыться самостоятельно или с помощью медицинского персонала, причем мытье следует начинать с более чистых мест и переходить к более загрязненным.

Необходима также тщательная гигиена ротовой полости, включая чистку зубов.

Следует регулярно внимательно исследовать и рот, и кожу на наличие инфекции и

при необходимости сразу же проводить лечение.

Для уменьшения микробного загрязнения окружающих поверхностей очень важны правила тщательного мытья и дезинфекции всех предметов и оборудования в лечебных учреждениях. Дезинфекция - процесс уничтожения большинства патогенных микроорганизмов, за исключением бактериальных спор. Стерилизация - процесс уничтожения всех форм микробной жизни, включая бактерии, вирусы, споры и грибы. Стерилизацию можно проводить паровым, воздушным или химическим методом в зависимости от технических возможностей и вида стерилизуемого материала. По первому режиму температура стерилизации в камере 180°C, время 60 мин; по второму режиму температура стерилизации в камере 160°C, время стерилизации 150 мин, согласно прописи ОСТ 42-21-2-85. Чистота в помещениях ЛПУ является его своеобразной «визитной карточкой». Это первое, на что обращает внимание пациент, посещая поликлинику или поступая в стационар на лечение. Под санитарной обработкой поверхностей в помещениях ЛПУ подразумевается их очистка от грязи, пыли, субстратов биологического происхождения и дезинфекция, т.е. уничтожение на поверхностях микроорганизмов - возбудителей инфекционных заболеваний. Санитарная обработка помещений ЛПУ проводится с применением моющих или дезинфицирующих с моющим эффектом средств.

Средства для дезинфекции поверхностей в помещениях ЛПУ должны соответствовать следующим требованиям:

1. обеспечивать гибель возбудителей внутрибольничных инфекций -- бактерий, вирусов, грибов при комнатной температуре;
2. обладать моющими свойствами, или хорошо совмещаться с моющими средствами;
3. иметь относительно низкую токсичность (4-3 класс опасности) и быть безвредными для окружающей среды;
4. быть совместимыми с различными видами материалов;
5. быть стабильными, неогнеопасными, простыми в обращении; В настоящее время в России разрешены к применению 242 средства дезинфекции из различных химических групп

Порядок проведения санитарной обработки поверхностей в помещениях (пол, стены, двери и др., жесткая мебель, поверхности аппаратов, приборов, оборудования и т.д.), необходимость использования моющих или дезинфицирующих средств, частота проведения обработок зависят от профиля ЛПУ и функционального назначения конкретного помещения.

1.3 Роль сестринского персонала в снижении внутрибольничных инфекций

В профилактике ВБИ в стационарах младшему и среднему персоналу отводятся главенствующая роль -- роль организатора, ответственного исполнителя, а также контрольная функция. Ежедневное, тщательное и неукоснительное соблюдение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима в ходе исполнения своих профессиональных обязанностей составляет основу профилактики ВБИ. Проблема профилактики ВБИ является многоплановой и весьма трудна для решения

по целому ряду причин - организационных, эпидемиологических, научно-методических. Эффективность борьбы с ВБИ определяется тем, соответствует ли конструктивное решение здания ЛПУ последним научным достижениям, а также современным оснащением ЛПУ и строгим выполнением требований противоэпидемического режима на всех этапах предоставления медицинской помощи. В ЛПУ независимо от профиля должны выполняться три важнейших требования:

- сведение к минимуму возможности заноса инфекции;
- исключение внутригоспитальных заражений;
- исключение выноса инфекции за пределы лечебного учреждения.

Согласно данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) наиболее распространенными инфекционными заболеваниями на сегодняшний день являются:

* заболевания, предотвращаемые путем вакцинации, такие, как: полиомиелит, столбняк, корь, дифтерия, коклюш *кишечные инфекции *острые респираторные инфекции *туберкулез * болезни, передаваемые половым путем: сифилис, гонорея, мягкий шанкр, хламидиоз, генитальный герпес, СПИД и др.

Говоря о важности профилактики ВБИ, следует отметить, что проблема эта безусловно комплексная и многогранная. Каждое из направлений профилактики ВБИ предусматривает ряд целенаправленных санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, имеющих целью предотвращение определенного пути передачи инфекционного агента внутри стационара, и достойно отдельного рассмотрения, однако в рамках данной публикации мы отметим лишь вопросы дезинфекции и стерилизации.

В вопросах профилактики ВБИ в стационарах младшему и среднему медперсоналу отводится основная, главенствующая роль - роль организатора, ответственного исполнителя, а также контролера. Ежедневное, тщательное и неукоснительное выполнение требований санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима в ходе исполнения своих профессиональных обязанностей и составляет основу перечня мероприятий по профилактике ВБИ.

Задачи медсестры в контроле ВБИ:

1. Федеральная «Концепция профилактики внутрибольничных инфекций» и роль медсестры в реализации некоторых направлений Концепции. 2. Новые нормативные документы, регламентирующие организацию и проведение противоэпидемических и профилактических мероприятий дезинфекционного профиля:

- Санитарные Правила СП 3.5.675-97 «Гигиенические требования к учреждениям, организациям, предприятиям и лицам, занимающимся дезинфекционной деятельностью»;

- Санитарные Правила СП 3.1.958-99 «Профилактика вирусных гепатитов. Общие требования к эпидемиологическому надзору за вирусными гепатитами»;

- Методические указания по дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации изделий медицинского назначения № МУ-2 87-113 от 30.12.98;

3. Группы дезинфицирующих средств, применяемых в ЛПУ, их характеристика и

специфические свойства.

4. Задачи медсестры в выборе и правильном использовании препаратов для дезинфекции и стерилизаций.

5. Контроль качества дезинфицирующих средств; предстерилизационной очистки, стерилизации.

Проблема санитарной обработки помещений ЛПУ только на первый взгляд кажется простой. При более глубоком ее рассмотрении выявляется ряд вопросов организационного, научного и экономического характера, решение которых позволит улучшить санитарное состояние помещений ЛПУ и снизить заболеваемость ВБИ. В заключение хочется отметить, что в ЛПУ проводится не только значительная лечебно-диагностическая деятельность, но и весьма обширный комплекс санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, направленный на профилактику ВБИ, являющихся особой спецификой категорий болезней человека, связанных с получением больным того или иного вида медицинской помощи и являющихся результатом пребывания пациента в стационаре. Во главе всей этой многогранной работы по профилактике ВБИ в ЛПУ стоит медицинская сестра - основной организатор, исполнитель и ответственный контролер, правильность деятельности которой зависит от полученных в процессе обучения знаний и практических навыков по решению данной проблемы. Сознательное отношение и тщательное выполнение медицинским персоналом требований противоэпидемического режима предотвратит профессиональную заболеваемость сотрудников, что позволит в значительной степени снизить риск заболевания ВБИ и сохранить здоровье пациентам.

Глава 2. Исследование практики профилактики инфекций в работе медсестер на примере МБУЗ «Челно- вершинская ЦРБ»

2.1 Общая характеристика респондентов

В структуру Челно- вершинской центральной районной больницы (ЦРБ) входят:

- стационар;
- поликлиника;
- станция скорой и неотложной помощи;
- терапевтический стационар;
- хирургический стационар;
- детское отделение;
- больничная аптека.

В поликлиниках ЦРБ организован амбулаторно-поликлинический прием врачей 22 специальностей.

В больнице работают 183 сотрудников, в том числе 67 врачей, из которых 96% имеют сертификат по основной специальности, 80% - квалификационную категорию.

Ежегодно в ЦРБ проходят стационарное лечение более 4 тыс. человек. Койка занята 332,2 дня в году, средняя длительность лечения в стационаре - 12,4 дня.

Амбулаторно-поликлиническое звено ЦРБ также работает в интенсивном режиме, число посещений на 1 жителя в год - 8,5.

В рамках исследования проведено анонимное анкетирование медсестер по вопросам организации работы в отделениях и профилактике ВБИ. В анкетировании приняли участие 72 (89%) медсестры.

Для выяснения механизма передачи ВБИ в стационарах, был проведен опрос среди медсестер работающих в больнице. Всего в отделениях работают 72 медсестры.

Более 1/3 среднего медицинского персонала -- старше 35 лет. (диаграмма.1)

Распределение среднего медицинского персонала показало, что большую часть медсестер составляют взрослый контингент, имеющие стаж и опыт работы в данной больнице 16 и более лет. Основная часть медсестер имеют высшую категорию. Не имеют категории 16,4% персонала. Это в основном медсестры, которые поступили на работу в больницу в 2009-2010 гг. после окончания колледжей.

Диаграмма 1

Распределение (в %) среднего медицинского персонала по возрасту

Больница располагает современным лабораторно-диагностическим оборудованием. Здесь используются эндоскопические, ультразвуковые, рентгенологические методы обследования. Внедрены новые технологии - телемедицинское консультирование, персонифицированный учет лекарственных средств. Постоянно совершенствуется материально-техническая база учреждения.

Много внимания в районе уделяется совершенствованию первичной медико-санитарной помощи, внедрению инновационных форм организации медицинского обслуживания сельского населения, развитию выездной работы на селе.

2.2 Профилактика внутрибольничных инфекций в «Челно-вершинской ЦРБ»

Работа приемного отделения имеет свои особенности. Больной при поступлении проходит по системе больничных помещений, не возвращаясь в те из них, где он уже был. При госпитализации в приемном отделении осуществляются первичная санитарная обработка пациента, дезинфекция и дезинсекция вещей.

Прежде всего, пациент поступает в приемное, изолированное от лечебных, отделение. На каждого больного в приемном отделении заводят историю болезни по установленному образцу. Отмечают номера домашних и служебных телефонов родственников или соседей. Если пациент с инфекционным заболеванием, то личное белье больного направляют в дезинфекционные камеры в плотно закрывающемся мешке с номером, соответствующим номеру истории болезни. На специальном бланке дежурная медицинская сестра указывает перечень вещей больного, оставленных в больнице, ставя в известность об этом самого больного (если он в сознании) или сопровождающее его лицо. Транспорт, доставивший больного, дезинфицируют. В этом случае больного также помещают в отдельную палату или бокс. Устройство бокса исключает встречу одного больного с другим.

Госпитальные инфекции остаются одной из острейших проблем современной медицины. В понятие внутрибольничной инфекции (ВБИ) входят как заболевания пациентов, получавших медицинскую помощь в стационарах и поликлиниках, медико-санитарных частях, здравпунктах, на дому и т.д., так и случаи инфицирования медицинского персонала.

В современной литературе гигиена рук медицинского персонала рассматривается

как одна из самых важных мер инфекционного контроля, позволяющая прервать цепь развития ВБИ. В 80% случаев ВБИ передаются именно через руки персонала. Поэтому при анкетировании основное значение придавалось обработке рук и применению индивидуальных средств защиты. При анализе ответов выяснилось, что лишь 11,6% медсестер имеют представление о роли рук в распространении ВБИ.

Диаграмма 2

Причины (в %) недостаточного частого мытья рук медсестрами

На вопрос о том, когда необходимо гигиеническое мытье рук, 73,2% медсестер ответили правильно. А среди причин недостаточно частого мытья рук, отмечены дефицит знаний по этому вопросу (21,8% ответов), нехватка времени (60,6%), названа также сухость кожи рук (17,0%).

Обычное мытье рук предусматривает использование простого мыла, которое не содержит антимикробных компонентов. Оно обязательно требуется:

- перед и после физического контакта с пациентом;
- перед приготовлением и раздачей пищи, перед едой;
- после посещения туалета, пользования носовым платком и т.п.;
- во всех случаях, когда руки явно загрязнены.

Диаграмма 3

Мнение персонала о длительности втирания мыла при гигиеническом мытье рук

Диаграмма 4

Причины быстрого мытья рук

Таким образом, лишь 5-я часть опрошенных имеет представление о времени, необходимом для мытья рук.

Фактически 82,6% среднего медперсонала тратит на гигиеническое мытье рук 10-15 с. Используют для этого жидкое мыло в дозаторах однократного применения 83,3% медсестер, что наиболее предпочтительно.

Только 18,8% опрошенных имеют правильное представление о длительности мытья рук. Среди причин слишком быстрого мытья рук 86,2% медсестер отметили нехватку времени (диаграмма. 4), причем подчеркнули, что времени не хватает прежде всего из-за большого числа консультаций узкими специалистами и большого объема диагностических исследований, а истории болезни в кабинеты из стационара доставляют главным образом медсестры.

Очень важно соблюдать определенную технику мытья рук, поскольку специальные исследования показали, что при рутинном мытье рук определенные участки кожи (кончики пальцев и их внутренние поверхности) остаются контаминированными.

Рекомендуемая техника мытья рук.

- 1) Снять кольца, перстни и другие украшения, поскольку они затрудняют эффективное удаление микроорганизмов.
- 2) Под умеренной струей комфортно теплой воды руки следует энергично намылить и тереть друг о друга не менее 30 с в соответствии с методикой, представленной на рис. 3, после чего сполоснуть. Следует помнить, хуже всего моются большие пальцы и тыльные поверхности пальцев и кистей рук.

Диаграмма 5

Соотношение (в %) применяемых кожных антисептиков

При анкетировании выяснилось, что 87% персонала используют спиртовые и водные растворы антисептиков, 13% -- антисептическое мыло. Спиртовые рецептуры более эффективны, чем водные растворы антисептиков; только в случаях явного загрязнения рук их следует вначале вымыть. Спиртовые растворы особенно предпочтительны при отсутствии адекватных условий для мытья рук или нехватке времени.

Все опрошенные для высушивания рук используют полотенце, которое меняется 1 раз в сутки и по мере загрязнения, так как в отделениях отсутствуют одноразовые салфетки и бумажные полотенца. Все медсестры закрывают кран руками, в результате чего вновь контаминируют руки.

При анкетировании выяснилось, что в терапевтических отделениях нет алгоритма мытья рук. 10,8% медсестер пользуются инструкцией.

Интересно отметить, что 63,4% медперсонала отметили, что такой алгоритм было бы желательно иметь в отделении; 31,2% указали на его необходимость.

Гигиеническая антисептика предусматривает использование антисептических препаратов, т.е. препаратов, обладающих антимикробной активностью и предназначенных для использования на коже или других поверхностных тканях. При соблюдении техники антисептики рук важно учитывать количество наносимого антисептического раствора и время его воздействия.

При анализе ответов на вопрос, какое количество антисептика медсестры наносят на кожу рук при обработке водными или спиртовыми растворами выяснилось, что 73,9%, следуя инструкции, используют нужное количество антисептика. Однако дозаторов антисептика в госпитале нет.

Среди причин не всегда правильной обработки рук медсестры указали:

- нехватку времени;
- недостаток знаний и навыков правильной обработки рук;
- риск возникновения дерматитов;
- отсутствие в отделениях алгоритма обработки рук.

Можно выделить по крайней мере 3 соображения, по которым медицинский персонал должен использовать перчатки:

- они снижают риск профессионального заражения при контакте с пациентами или их выделениями, в связи с чем использование перчаток -- важный компонент системы универсальных мер предосторожности;
- снижают риск контаминации рук персонала транзиторными возбудителями и последующей передачи их пациентам;
- снижают риск заражения пациентов микробами, являющимися частью резидентной флоры рук медицинских работников.

При анкетировании выяснилось, что только 28,6% медсестер в полной мере представляют себе цели применения перчаток и их значение для профилактики ВБИ. На вопрос о случаях, когда медсестры не надевают перчатки при выполнении инвазивных манипуляций, 36,2% опрошенных ответили, что это бывает, и основная причина этого -- недостаточное количество одноразовых перчаток, а также, как

правило, отсутствие перчаток нужного размера.

Все опрашиваемые отметили, что работают в перчатках из латекса, используя 1 пару перчаток при проведении манипуляций нескольким пациентам (при условии обработки перчаток дезинфицирующими растворами, в том числе и спиртсодержащими, после каждого больного). Медсестры считают, что именно латексные перчатки можно многократно использовать при проведении манипуляций нескольким пациентам. Однако это не соответствует современным представлениям.

При всем разнообразии функций, входящих в сферу деятельности медсестры, важнейшая -- выполнение сестринских манипуляций. Проблеме качества работы среднего медицинского персонала, в том числе -- качества выполнения манипуляций, посвящено значительное число работ. Оценка качества медицинской помощи предполагает определение соответствия итогов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации ожидаемым результатам. Основу такой оценки составляют стандарты медицинских технологий.

Медицинская услуга представляет собой мероприятие или комплекс мероприятий по профилактике заболеваний, их диагностике или лечению, имеющих самостоятельное, законченное значение и определенную стоимость. В основном то, чем занимается на рабочем месте медсестра, -- это простая медицинская неделимая услуга, выполненная по формуле: пациент + специалист = один элемент профилактики, диагностики или лечения. внутрибольничный инфекция медсестра персонал

Отраслевой классификатор «Простые медицинские услуги» -- первый элемент систематизации в сфере медицинских услуг -- введен в действие приказом Минздрава России № 374 от 22.12.98 и актуализирован приказом Минздрава России № 113 от 10.04.01.

Стандарты сестринских манипуляций должны обеспечивать качество сестринских услуг, а понятие качества неразрывно связано с профилактикой инфицирования пациента и персонала, т.е. с профилактикой ВБИ.

В настоящее время утверждены и действуют стандарты по внутривенным инъекциям и пролежням.

В процессе исследования мы хотели выяснить, знакомы ли медсестры терапевтических отделений Госпиталя с процессами стандартизации в здравоохранении и пользуются ли они утвержденными и действующими стандартами сестринских манипуляций.

Были получены следующие результаты: только 8,7% медсестер знают о существовании стандартов выполнения простых медицинских услуг. С понятием «простая медицинская услуга» знакомы только 5,8% опрашиваемых, однако никто из них не смог привести пример из своей практики.

Никто из анкетированных не знаком с утвержденными и действующими стандартами технологий простых медицинских услуг. В работе все пользуются инструкциями. Интересно отметить, что 82,4% опрошенных на вопрос, должны ли медсестры принимать участие в разработке сестринских стандартов, дали положительный

ответ. Все медсестры, за исключением тех, кто не ответил на вопрос, считают, что стандарты сестринских манипуляций очень важны в предотвращении ВБИ. Средний медицинский персонал играет главную роль в профилактике ВБИ в стационарах. Основу мер по профилактике ВБИ составляет ежедневное, тщательное и неукоснительное выполнение требований санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима. Активное участие сестринской службы в профилактике ВБИ -- одно из главных условий успеха этой деятельности.

2.3 Направления повышения качества работы среднего медицинского персонала
Качество медицинской помощи может быть надлежащим и ненадлежащим. При надлежащем качестве медицинской помощи она соответствует современным представлениям о ее необходимом уровне и объеме при данном виде патологии с учетом индивидуальных особенностей больного и возможностей конкретного медицинского учреждения. При ненадлежащем качестве медицинской помощи такого соответствия нет.

Оценка качества медицинской помощи основывается на сопоставлении реальных действий врача, медсестры и представлений о том, какими они должны быть с учетом индивидуальных особенностей больного и конкретных условий оказания медицинской помощи. Оценка качества невозможна без конкретизации ее критериев.

Критерии оценки качества медицинской помощи -- это признаки, позволяющие охарактеризовать: снижение риска прогрессирования имеющихся у больного заболеваний и возникновения нового патологического процесса; оптимальность использования имеющихся ресурсов медицины; обеспечение удовлетворенности пациента его взаимодействием с «медицинской системой».

Для оценки качества медицинской помощи необходимо наличие его стандартов -- нормативных документов, устанавливающих требования к качеству медицинской помощи при данном виде патологии (нозологической форме) с учетом современных представлений о необходимых методах диагностики, профилактики, лечения, реабилитации и возможностей конкретного медицинского учреждения.

Главным документом, регламентирующим обеспечение качества медицинской помощи в РФ, является совместный приказ МЗ РФ и ФФОМС от 24.10.96 № 363/77 «О совершенствовании контроля качества медицинской помощи в Российской Федерации». В Ленинградской области руководители лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) при проведении этой работы руководствуются приказами Правительства области № 48 от 15.03.96 «О создании внутриведомственной системы управления и контроля качества текущих процессов в лечебно-профилактических учреждениях области» и № 164 от 31.10.95 «О введении в действие на территории области технологических стандартов медицинских сестер».

В Челно-вершинской районной больнице внедрена внутриучрежденческая система контроля качества, являющаяся составной частью единой территориальной системы. Основные ее задачи:

- предупреждение ошибок в лечебно-диагностическом процессе (при выполнении лечебного и сестринского процесса);

- реализация медицинской помощи в соответствии
- с утвержденной территориальной программой обязательного медицинского страхования;
- рациональное использование ресурсов (кадровых, финансовых, материально-технических);
- обеспечение удовлетворенности пациентов медицинской помощью.

В больнице создана система управления качеством, которую схематично можно представить так:

Рис.1. Система управления качеством работы медсестер

Экспертиза качества оказания медицинской помощи проводится по отдельным законченным случаям на основе медицинской документации; при необходимости осуществляется очная оценка.

Вневедомственный контроль деятельности больницы находится в ведении:

- лицензионно-аккредитационной комиссии (2003 г. --подтверждена I категория);
- страховых медицинских организаций;
- фонда обязательного медицинского страхования;
- общества защиты прав потребителя;
- врачей и медсестер Ленинградской области;
- исполнительных органов Фонда социального страхования РФ.

Качество медицинской помощи во многом зависит от того, как выполняют свои разнообразные функции медсестры. С 1996 г. в больнице организовано обучение медсестер (изучаются технологии и стандарты выполнения процедур с обязательной сдачей зачета). Введена система контроля и оценки качества работы палатных, процедурных, операционных, перевязочных медсестер и анестези-сток (углубленный контроль за их работой осуществляет старшая медсестра отделения; заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом контролирует работу рядовых медсестер только выборочно). Качество работы медсестер оценивается по балльной системе:

- выполнение сестринского процесса полностью соответствует нормативам, заложенным в технологии и стандарты деятельности медсестер (максимальное число баллов -- 2);
- выполнение сестринского процесса не полностью соответствует нормативам (50% от максимального количества баллов -- 1 балл);
- выполнение сестринского процесса не соответствует нормативам (0 баллов).

Оценка фиксируется в специальном журнале и выводится интегральный коэффициент качества (ИКК) за месяц (квартал, год). Для медсестер разных специальностей разработаны разные критерии оценки качества. Так, в критерии оценки качества работы процедурных медсестер входят:

- уровень теоретической и практической подготовки, который контролируется путем тестирования (1 раз в год) по результатам систематического повышения квалификации в отделении, больнице;
- соблюдение стандартов оснащения процедурного кабинета и ведения медицинской документации;

- выполнение требований к внешнему виду;
- соблюдение требований по расходу, хранению,
- учету лекарственных препаратов;
- соблюдение технологии выполнения манипуляций и процедур;
- своевременное и полное выполнение назначений;
- соблюдение технологии взятия крови для лабораторных исследований;
- соблюдение санитарно-эпидемиологического режима, технологии предстерилизационной очистки, деонтологических принципов;
- наличие медикаментов для оказания посиндром-ной помощи в соответствии с профилем отделения.

Старшая медсестра ежедневно выборочно осуществляет контроль на рабочем месте в течение 1,5--2 ч (или одномоментно). При повторении ошибок анализируются их причины и разрабатываются меры по их устранению.

Контроль за работой старшей медсестры осуществляет заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом. В центре внимания находятся:

- наличие, правильность составления и полнота выполнения планов работы (годовых, дополнительных и т.д.);
- наличие должностных инструкций для всего среднего и младшего медицинского персонала отделения,
- который должен быть с ними ознакомлен;
- наличие методических материалов (инструкций,
- стандартов и др.) по выполнению сестринских манипуляций, инструкций по охране труда и технике безопасности,
- соблюдению противопожарных мероприятий, а также
- указаний на то, что все работники с ними ознакомлены;
- правильность ведения протоколов деловых совещаний, журналов учета посещаемости проводимых в отделении занятий со средним и младшим медицинским
- персоналом;
- правильность расстановки кадров в отделениях,
- составления месячных графиков работы и графиков отпусков, а также графиков замены отпусков;
- наличие инструктивно-методических материалов
- по соблюдению санитарно-противоэпидемического
- режима, предупреждению инфицирования ВИЧ и гепатитом, а также по соблюдению положений этих документов в данном отделении;
- качество сестринского ухода в отделении, ход внедрения в деятельность сестринского персонала современных сестринских технологий;
- соблюдение средним и младшим медицинским персоналом правил внутреннего трудового распорядка, деонтологических принципов, требований к внешнему виду;
- выполнение правил учета, использования и хранения лекарственных средств, спирта, шприцев, инструментов, приборов, оборудования; обеспечение мер по
- охране здоровья и социальной защите средних и младших медицинских работников

отделения;

· выявление причин жалоб пациентов и их родственников, не удовлетворенных сестринским уходом, а также причин конфликтов в трудовых коллективах.

Заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом как самостоятельно, так и с привлечением Совета медсестер осуществляет целевой контроль, проверяет отдельные сферы деятельности старших медсестер отделений, сестринского и младшего медицинского персонала.

Данные о нарушениях, о ИКК старших и рядовых медсестер отделений докладываются на заседаниях клинично-экспертной комиссии, которая собирается 1 раз в месяц. Штрафные санкции, применяемые к отделению в целом и конкретно к медицинскому персоналу утверждаются приказом по больнице.

Администрация больницы уделяет много внимания сестринскому персоналу. В соответствии с основными положениями стандартизации в здравоохранении ведется работа по нормированию профессиональной деятельности средних медицинских работников. В больнице применяются комплексные стандарты по специальности «Сестринское дело». Большое значение для качества медицинской помощи населению имеет уровень образования медсестер. Они должны быть хорошо обучены и иметь возможность и желание эффективно и добросовестно трудиться. Нельзя забывать и об охране здоровья и социальной защите сестринского персонала. Оснащенность рабочего места должна соответствовать стандартам; необходимо соблюдать режим труда и отдыха, нормативы нагрузки, нормы ресурсного обеспечения.

Заключение

Внутрибольничные инфекции (ВБИ, госпитальные, нозокомиальные) - актуальная проблема для работников любого звена здравоохранения. ВБИ - инфекции, которые не были обнаружены ни в открытом, ни в скрытом виде в момент поступления больного в стационар. То же касается сотрудников больницы, если заболевание наступило вследствие их работы в лечебно-профилактическом учреждении (ЛПУ). Состояние больного квалифицируется как инфекция, если оно проявляется в виде нозологического заболевания, а не высева колоний, означающих присутствие микроорганизмов, которые не оказывают на организм хозяина отрицательного воздействия. Однако больной с бессимптомным вариантом также может считаться инфицированным, если патогенные микроорганизмы обнаружены в таком участке тела, который обычно является стерильным, например, в цереброспинальной жидкости или в крови.

Рост ВБИ связан с созданием крупных больничных комплексов, бурным развитием реанимационной техники, новых видов терапевтического и диагностического оборудования, применением новейших препаратов, обладающих иммунодепрессивными свойствами, постоянным наличием массы источников возбудителей инфекций у лиц, поступающих в стационар с нераспознанными инфекционными заболеваниями, тесного контакта больных и медицинского персонала. В США от ВБИ ежегодно страдает более 2 млн человек. В России регистрируется около 30 тыс случаев. Однако эти цифры в лучшем случае занижены

в 30 раз. Прежде всего это касается инфекции мочевых путей, пневмонии, гнойно-септических заболеваний среди новорожденных, родильниц, оперированных больных.

Истинная заболеваемость и смертность от ВБИ значительно превышает регистрируемую. Достаточно указать, что в ожоговых и урологических отделениях больниц отсутствует регистрация внутрибольничной заболеваемости; нет таких данных по поликлиникам и стоматологическим учреждениям. В 2005 г. в ЛПУ России зарегистрировано 16 вспышек ВБИ инфекционных болезней (общее число больных - 248), в том числе - 5 вспышек в учреждениях родовспоможения.

Самым уязвимым звеном по ВБИ считаются родильные отделения и учреждения родовспоможения (более 40% случаев). Официальной регистрации подлежат гнойно-септические заболевания, возникающие среди новорожденных и родильниц, к которым относятся такие тяжелые инфекции бактериальной природы, как бактериальный менингит, сепсис, остеомиелит новорожденных, а также перитонит, сепсис, эндометрит у рожениц. На 2-м месте после роддомов по частоте встречаемости ВБИ - хирургические стационары, на 3-м - поликлиники. Наиболее распространенной ВБИ в нашей стране часто называют гепатит В и С, ВИЧ-инфекцию, однако это указывает на грубые нарушения санитарно-гигиенических норм или несовершенство учета внутрибольничной заболеваемости.

Список литературы

1. Акимкин В.Г. Группы внутрибольничных инфекций и системный подход к их профилактике в многопрофильном стационаре // Эпидемиология и инфекционные болезни. -- 2010. - 56с.
2. Акимкин В.Г. Организация деятельности больничного эпидемиолога и основные направления профилактики внутрибольничных инфекций в многопрофильном стационаре. Методические указания по эпидемическому надзору за внутрибольничными инфекциями №28-6/34 от 02.12.1987 г
3. Быстрякова Л.В., Сорокина О.А., Александрова К.А. К вопросу об эволюции внутрибольничных инфекций / Микст-инфекции у детей: Материалы Межрегиональной научно-практической конференции. - СПб.: НИИ детских инфекций; М., 2009. - Ч. 1. -25-33 с.
4. Веткина И.Ф., Комаринская Л.В., Ильин И.Ю., Соловьева М.В. Современный подход к выбору дезинфицирующих средств в системе профилактики внутрибольничных инфекций. - М.: ФАРМиндекс-Практик, 2010, вып. 7. 13-20. с.
5. Закиров И.И., Кумирова Э.В. Долговременный венозный доступ в педиатрии. Стратегия снижения частоты катетерассоциированных инфекций // Медицинская сестра. - 2010. - № 3
6. Коршунова Г.С. Состояние заболеваемости внутрибольничными инфекциями в Российской Федерации // Главная медицинская сестра. - изд.№ 8. 2010. - 35с.
7. Кудрявцева Е.Е., Железный А.В., Манькович Л.С. Оптимизация выбора дезинфицирующих средств для профилактики внутрибольничных инфекций. -- Актуальные проблемы дезинфектологии в профилактике инфекционных и паразитарных заболеваний // Материалы Всерос. науч. Конференции -- М.: ИТАР-

ТАСС, 2012. -- 244 с.

8. Маркова Ю.Н. Обучение в области профилактики и контроля внутрибольничных инфекций // Дезинфекц. дело. № 3. -- 2010 -- 57с.

9. Меньшиков Д.Д., Каншин Н.Н., Пахомова Г.В. и др. Профилактика и лечение внутрибольничных гнойно-септических инфекций // Эпидемиология и инфекционные болезни. -- 2010. -- № 5.

10. Рыжонина Т.В. Профилактика внутрибольничной инфекции // Медицинская сестра. - 2011. - № 7.

11. Щербаков П.Л. Новые технологии обработки и дезинфекции эндоскопов // Медицинская сестра. - 2011. - № 2

Дополнительная литература:

12. Методические указания по эпидемическому надзору за внутрибольничными инфекциями №28-6/34 от 02.12.1987 г.

13. Главная медицинская сестра. -- 2012. -- № 9.

14. Контроль внутрибольничных инфекций: приложение к журналу «Медицинская сестра» / Под ред. Н.И.Брико. - М.: Русский врач, 2011. - 96 с.

15. Внутрибольничные инфекции / Под ред. Р.П.Венцела. - М.: Медицина, 1912. - 656 с.

16. Контроль внутрибольничных инфекций: приложение к журналу «Медицинская сестра» / Под ред. Н.И.Брико. - М.: Русский врач, 2012. - 96 с.

17. Внутрибольничные инфекции /Под ред. Р.П.Венцела. -- М.: Медицина, 2010. -- 656 с.

18. Концепция профилактики внутрибольничных инфекций, утвержденная 06.12.1999 г. МЗ РФ. -- М., 1999. -- 20 с.

19. с.

20. Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения (электронный ресурс) Режим доступа :<http://www.mednet.ru> (15.10.14)

21. Лекционный материал для студентов. (электронный ресурс) Режим доступа: [http:// twirpx.com](http://twirpx.com) (19.10.14)

22. Дезинфицирующие средства .(электронный ресурс) Режим доступа <http://www.medicalj.ru> (17.11.14)

Приложение 1

Анонимное анкетирование.

Просим Вас принять участие в анонимном опросе по изучению проблемы профилактики и распространения внутрибольничной инфекции.

Правила заполнения анкеты:

Прочтите вопрос и предлагаемые варианты ответов на него.

Выбрав ответ , который в наибольшей степени соответствует вашему мнению, обведите кружочком.

Будьте внимательны! В одних случаях надо отметить только один ответ или самим написать ответ.

1. Ваш возраст _____.

2. Знаете ли Вы о механизмах передачи ВБИ, и способах борьбы? _____

3. Что вы знаете об обработке рук и применению индивидуальных средств защиты?

_____.

4. Всегда ли Вы используете перчатки при выполнении инвазивных манипуляций? _____.

5. Как часто Вы меняете перчатки при проведении манипуляций нескольким пациентам?

- каждый раз меняю;
 - не меняю, просто обрабатываю антисептиком
- свой ответ _____.

6. Почему мед персонал недостаточно часто моет руки ?

- Нехватка времени
- Недостаточно знаний
- Сухость кожи рук

7. Когда необходимо гигиеническое мытье рук?

- перед и после физического контакта с пациентом;
- перед приготовлением и раздачей пищи, перед едой;
- после посещения туалета, пользования носовым платком и т.п.;
- во всех случаях, когда руки явно загрязнены.

8. Расскажите как долго нужно намыливать руки при гигиеническом уровне мытья рук? _____.

9. Назовите какие кожные антисептики Вы используете для обработки рук.

- спиртовые растворы
- водные растворы
- антисептическое мыло;
- свой вариант _____

10. Есть ли на Вашем месте работы инструкция по алгоритму мытья рук? _____

11. Знаете ли Вы о существовании стандартов выполнения простых медицинских слуг? _____

12. Ваши рекомендации и предложения по профилактики распространения ВБИ. _____

Благодарим за сотрудничество!

Приложение 2

Рис. 1 Защитная одежда мед персонала: шапочка, спец. одежда, маска , перчатки, очки.

Рис 2 Правильное мытье рук медицинского персонала, с применением антисептических растворов

Рис. 5. Использование стерильного или одноразового инструментария...