

Urszula Kwapisz

Zakład Organizacji i Zarządzania Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

Wpływ wybranych czynników socjomedycznych na poziom wiedzy zdrowotnej starszych osób wobec problemu zakażeń szpitalnych

Some sociomedical factors influencing health awareness of the old in the area of nosocomial infections

STRESZCZENIE

Wstęp. Z dostępnych badań gerontologicznych wynika, że Polska już w latach 70. XX w. przekroczyła próg tak zwanej „starości demograficznej”, co spowodowało wiele problemów medycznych, społecznych i ekonomicznych. U starszych osób spostrzega się zjawisko wielochorobowości, a także nietypowy przebieg choroby i przedłużenie okresu rekonwalescencji. Nakładanie się negatywnych zjawisk starzenia i przewlekły charakter schorzeń wpływają na wzrost oczekiwań w dziedzinie prewencji, edukacji i opieki pacjentów geriatrycznych. Ostatnie spostrzeżenia wskazują coraz bardziej na potrzebę opracowań programowych dotyczących zapobiegania negatywnym skutkom chorób i zakażeń szpitalnych. W obecnej sytuacji istnieje konieczność rozwoju edukacji gerontologicznej (geragogiki), która według amerykańskich badaczy jest skupiona na edukacji jako środku doskonalenia jakości życia osób w starszym wieku.

Cel pracy. Celem badań była subiektywna ocena wybranych psychospołecznych aspektów zdrowia i poziom wiedzy zdrowotnej osób hospitalizowanych w starszym wieku.

Materiał i metody. Badania wykonano za pomocą kwestionariusza wśród 51 osób (35 kobiet, 16 mężczyzn) w starszym wieku – 60.–79. rok życia, po leczeniu szpitalnym (interna). Kwestionariusz posłużył do oceny stanu zdrowia w aspekcie fizycznym, funkcji psychospołecznych oraz ogólnych odczuć pacjentów związanych ze zdrowiem.

Wyniki. Większość badanych to osoby z niską samooceną zdrowia i problemami zdrowotnymi.

Wnioski. Poziom wiedzy zdrowotnej badanych osób był niewystarczający, co wskazuje na konieczność wdrażania programów edukacyjnych i zwiększenie dostępności do instytucji promujących zdrowie.

Problemy Pielęgniarstwa 2010; 18 (2): 151–157

Słowa kluczowe: starsze osoby, zakażenia szpitalne, hospitalizacja, edukacja zdrowotna

ABSTRACT

Introduction. Available gerontological research provides information saying that in the seventies of the last century in Poland the demographic old age threshold was exceeded, which brought about numerous medical, social and economic predicaments. In the old along with a phenomenon of multi-illness syndromes, an atypical disease course and a prolonged convalescence can be observed. In the case of geriatric patients there is a need for advanced preventive methods, education and wide range of care because of negative ageing properties overlapping and chronic diseases. Recent observations indicating an increasing demand for a number of programme studies in the areas of nosocomial infections and disease negative consequences prevention. These days there is a call for and necessity of gerontological education (geragogics) development, which according to American researchers concentrates on education as an essential means of the qualitative life assurance at the old age.

Aim of the study. The aim of the research is a psychosocial selected subjective health assessment by the elderly and their level of health awareness.

Material and methods. The research was carried out by means of the questionnaire survey done to examine 51 old people after hospitalization (35 women, 16 men), 60–79 old. The questionnaire was employed to evaluate health condition in the area of physical efficiency, psychosocial functions and patients' general opinions about their health after hospitalization.

Adres do korespondencji: dr n. przyr. Urszula Kwapisz; Zakład Organizacji i Zarządzania UM im. K. Marcinkowskiego, ul. Smoluchowskiego 11, 60–701 Poznań, tel.: (61) 655 92 50, e-mail: kwapisz@wp.pl

Results. Most of the examined were people with low health self-assessment, health and psychosocial problems.

Conclusions. The insufficient health awareness level of the examined indicated a necessity of implementation of education programmes and easy access to health promotion institutions among elderly.

Nursing Topics 2010; 18 (2): 151–157

Key words: elderly, nosocomial infections, hospitalization, health education

Wstęp

Z dostępnych badań gerontologicznych wynika, że Polska już w latach 70. XX w. przekroczyła próg tak zwanej „starości demograficznej”, co spowodowało wiele problemów medycznych, społecznych i ekonomicznych. Skutkiem starzenia się jest postępująca utrata zdolności adaptacyjnych systemów regulacyjnych ustroju do zmieniających się warunków otoczenia, co może wpłynąć na pogorszenie rokowania w chorobie. Nakładanie się negatywnych zjawisk starzenia i przewlekły charakter schorzeń wpływają na wzrost oczekiwań w dziedzinie prewencji, edukacji i opieki pacjentów geriatrycznych. Ostatnie spostrzeżenia wskazują coraz bardziej na potrzebę opracowań programowych dotyczących zapobiegania negatywnym skutkom chorób i zakażeń szpitalnych, które stanowią problem we wszystkich szpitalach na świecie, bez względu na stopień rozwoju ekonomicznego danego kraju [1, 2], są problemem o złożonej etiologii, co przyczynia się do ich częstego występowania i większego zagrożenia dla pacjentów i personelu. Szpital jest doskonałym środowiskiem do rozprzestrzeniania się zakażeń, gdyż przebywają w nim chorzy o zbliżonych dolegliwościach i podobnej podatności, mający bezpośredni kontakt z lekarzami, pielęgniarkami i innymi osobami pracującymi w szpitalu. Poza tym do tej narażonej populacji dołączają nieustannie nowe, eksponowane na zakażenie osoby. Zakażenie szpitalne (*nosocomial infections*) to zakażenie, które nie występowało ani nie znajdowało się w okresie wylegania wówczas, gdy chory był przyjmowany do szpitala, a nastąpiło podczas pobytu w szpitalu [1, 3, 4]. Może więc ujawnić się zarówno w czasie hospitalizacji, jak i po wypisaniu chorego do domu lub po przeniesieniu do innego zakładu leczniczego.

Zakażenie szpitalne to zakażenie związane z pobytym w szpitalu, wtórne do stanu pacjenta sprzed hospitalizacji. Zakażenia szpitalne dotyczą zarówno pacjenta, jak i personelu. Najczęściej uznaje się zakażenie za szpitalne, jeśli wystąpiło 48–72 godziny od przyjęcia lub wypisania ze szpitala [5, 6]. Do zakażeń o długim okresie wylegania zalicza się wirusy zapalenia wątroby — HBV i HCV, wirus nabytego niedoboru odporności (HIV) oraz gruźlicę [5]. W krajach Europy Zachodniej zakażenie wewnątrzszpitalne zdarza się u 5–10 pacjentów na 100 przyjętych do szpitala, a w krajach rozwijających się liczby te są nawet trzykrotnie wyższe [6, 7]. Nasilenie zakażeń szpitalnych jest mierzone różnie.

W niektórych szpitalach określa się je jako odsetek zakażonych pacjentów, w innych miernikiem nasilenia zakażeń szpitalnych jest liczba dodatkowych dni pobytu w szpitalu związanych z leczeniem infekcji i określana jest jako liczba infekcji na 1000 pacjentodni (*patient days*). Częstotliwość zakażeń wewnątrzszpitalnych zależy od umiejscowienia narządowego i najczęściej dotyczy dróg moczowych (35%), ran pooperacyjnych (25%) oraz płuc (10%) [1, 8]. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) zakażenie, które pojawiło się w wyniku leczenia w szpitalu, pobytu w szpitalu i jest wtórne do podstawowego stanu pacjenta, uważa się za szpitalne [5]. Zakażenia mogą dotyczyć nie tylko chorych, ale także osób, które mają różnego rodzaju kontakty ze środowiskiem szpitalnym (odwiedzający, personel i inni). Kadra medyczna może być zarówno rezerwuarem, czyli naturalnym, biologicznym środowiskiem dla danego drobnoustroju umożliwiającym mu metabolizm i replikację, jak i źródłem zakażenia — miejscem, z którego zarazek lub inny czynnik chorobotwórczy zostaje przeniesiony na wrażliwą osobę [9, 10].

W Stanach Zjednoczonych zakażenia wewnątrzszpitalne stanowią ósmą przyczynę zgonu. Pomiaru wskaźnika śmiertelności określa się liczbą zgonów na 100 pacjentów lub liczbą utraconych lat życia (*YLL, years of life lost*) spowodowanych zakażeniem wewnątrzszpitalnym [1, 2, 6]. Jednak największą śmiertelność, sięgającą nawet 30%, powodują zakażenia krwiopochodne i zapalenia płuc, zwłaszcza u osób w starszym wieku [3, 10]. Zakażenia wewnątrzszpitalne wiążą się z większym cierpieniem chorych, związanych z dłuższym pobytym w szpitalu oraz pogorszeniem ich jakości życia.

Z perspektywy administracji szpitala koszty dzielą się na tak zwane stałe (np. ogrzewanie, światło itp.) oraz tak zwane koszty zmienne, w kosztach zmiennych mieszczą się dodatkowe dni hospitalizacji [9, 10]. Każde zakażenie wewnątrzszpitalne podnosi dziesięciokrotnie koszty pobytu pacjenta w szpitalu. Na przykład w Stanach Zjednoczonych dodatkowy koszt wynosi od 5000–7000 USD na każdą infekcję [10].

Chorzy, zwłaszcza starsi, są hospitalizowani znacznie dłużej ze względu na wielochorobowość i zachwianie równowagi immunologicznej, co sprzyja powstawaniu powikłań [3].

Zakażenia wewnątrzszpitalne to istotny problem medyczny i ekonomiczny w każdym kraju, także w Pol-

sce. Ograniczenia budżetowe wpływają jednak niekorzystnie na utrzymanie higieny i czystości w szpitalach.

W ostatnich latach obserwuje się wzrost zainteresowania problematyką zakażeń szpitalnych, w tym powodowanych przez bakterie, zarówno przez środki masowego przekazu, jak i środowiska medyczne. Stan ten wraz ze wzrostem świadomości własnych praw w społeczeństwie przekłada się na zwiększenie liczby spraw toczących się w sądach, a dotyczących roszczeń związanych z następstwami tych schorzeń [8]. U starszych osób, osłabionych, poddawanych zabiegom operacyjnym, dochodzi dość często do zachwiania równowagi międzygatunkowej mikroorganizmów. Zachwianie naturalnych mechanizmów regulujących drobnoustroje w ich środowisku występowania prowadzi w konsekwencji do powstania infekcji. Chorzy z zakażonymi ranami, zwłaszcza starsi, są hospitalizowani dwa razy dłużej niż bez infekcji [3].

Z danych *International Society for Infection Diseases* wynika, że co najmniej 20% zakażeń wewnątrzszpitalnych można uniknąć zarówno przez indywidualne zachowanie się pracowników ochrony zdrowia — dokładnego mycia rąk, używania rękawiczek i właściwego obchodzenia się ze sprzętem medycznym, jak i przez rozwiązania systemowe [1, 10].

Wśród wielu opracowań i klasyfikacji, najczęściej wymienia się czynniki ryzyka zakażeń szpitalnych uzależnione od podatności pacjenta na poszczególne postaci zakażeń określonymi drobnoustrojami (stan zdrowia, wiek, rodzaj leczenia itd.), a także czynniki ryzyka związane z systemem pracy personelu w szpitalu [1, 2]. W Polsce postęp w zwalczaniu zakażeń szpitalnych jest powolny i związany między innymi z poziomem wiedzy personelu i pacjentów. Typowe zakażenia szpitalne egzogenne (krzyżowe) mają swe źródło w przeniesieniu czynnika zakaźnego od innego pacjenta czy personelu szpitalnego. Osoby po 65. roku życia stanowią większość pacjentów na oddziałach internistycznych, neurologicznych i ortopedycznych i są konsumentami około 30% wszystkich przepisywanych leków. Według obliczeń ostatni rok życia człowieka przewlekle chorego pochłania 75% wszystkich wydatków na ochronę jego zdrowia w ciągu całego życia. Potrzeby zdrowotne ludzi w podeszłym wieku są różnorodne i niejednokrotnie związane z problemami socjalnymi. U osób po 75. roku życia obserwuje się bardzo często typowe schorzenia geriatryczne, takie jak: ośpienie, upadki, nietrzymanie moczu oraz większe uzależnienie od pomocy innych osób i zapotrzebowanie na świadczenia socjalne [3, 4]. Potrzeby socjalne ludzi starszych dotyczą między innymi właściwego żywienia, pomocy w czynnościach higienicznych, w sprzątaniu mieszkania, zapewnienia odpowiednich warunków sanitarnych, zagospodarowania czasu wolnego i utrzymywania kontaktów towarzyskich, pomocy w załatwianiu spraw admi-

nistracyjno-prawnych. Wielochorobowość u pacjentów geriatrycznych często utrudnia diagnostykę i komplikuje proces leczenia powikłany zakażeniem szpitalnym [4]. Podejście do pacjenta w podeszłym wieku powinno odznaczać się kompleksowością — należy wziąć pod uwagę jego potrzeby zdrowotne i psychospołeczne oraz systematycznie monitorować jego stan zdrowia. Bardzo często ludzie starsi, oprócz działań medycznych obejmujących leczenie, profilaktykę i diagnostykę, wymagają także pomocy w podstawowych czynnościach życiowych, dlatego w opiekę nad starszym człowiekiem powinien zostać zaangażowany wieloprofilowy zespół geriatryczny.

Kolejnym ważnym elementem decydującym o skuteczności opieki jest zapewnienie jej ciągłości, czyli kontynuacja po wypisaniu ze szpitala rehabilitacji, leczenia, diagnostyki i edukacji oraz sprawnego przepływu informacji między szpitalem i jednostką podstawowej opieki zdrowotnej. Starsze osoby to grupa zaniedbana medycznie, z przejawami ageizmu w ochronie zdrowia: lekceważeniem problemów zdrowotnych, brakiem oceny stanu czynnościowego, pomijaniem pytań o zgodę na leczenie oraz brakiem prawnych uregulowań zmieniających obecną sytuację.

Ze względu na starzenie się społeczeństw zwiększoną podatność osób starszych na zachorowania i urazy oraz coraz większe zapotrzebowanie na usługi opiekuńcze, rehabilitacyjne i lecznicze, powinna nastąpić zmiana w podejściu środowiska medycznego tych pacjentów. Działania personelu pracującego z ludźmi w podeszłym wieku powinny obejmować między innymi zapobieganie negatywnym stereotypom związanym ze starością. W związku z tym osoby decydujące o formie i jakości opieki nad ludźmi w podeszłym wieku stoją przed koniecznością wsparcia prawno-ekonomicznego tej grupy wiekowej, zapewnienia promocji zdrowia, likwidacji stereotypów i barier w infrastrukturze, a także koniecznością wprowadzenia działań mających na celu utrzymanie aktywności społecznej starszych osób [1, 6, 7].

Istnieje wiele opracowań według *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) w postaci wytycznych (*guidelines*), które mogą być stosowane jako materiał edukacyjny w ograniczaniu zakażeń szpitalnych [2, 6].

Cel pracy

Celem przeprowadzenia badań była subiektywna ocena wybranych psychospołecznych aspektów zdrowia i poziomu wiedzy zdrowotnej osób hospitalizowanych (oddział internistyczny) w starszym wieku.

Materiał i metody

Badania wykonano za pomocą kwestionariusza wśród 51 osób (35 kobiet, 16 mężczyzn) w starszym wieku (60.–79. rż.), po leczeniu szpitalnym (oddział inter-

Tabela 1. Dane społeczno-demograficzne badanych osób
Table 1. Socio-demographic data of participants

Osoby badane	N	%
Kobiety	35	70,6
Mężczyźni	16	29,4
Wiek badanych		
60.–70. rż.	29	56,9
> 76. rż.	22	43,1
Wykształcenie		
Podstawowe	27	52,9
Zawodowe	10	19,6
Średnie	11	21,6
Wyższe	3	5,9

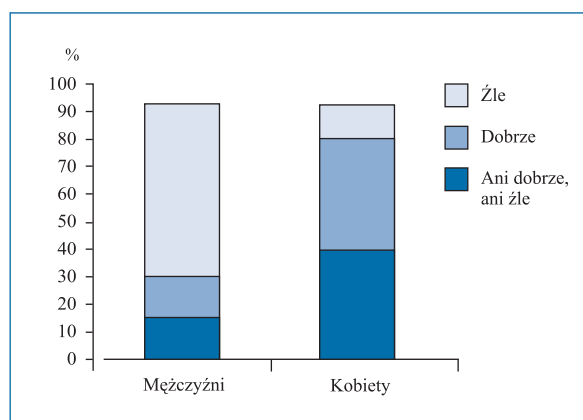
nistyczny). Kwestionariusz posłużył do oceny poziomu wiedzy dotyczącej zakażeń szpitalnych i ogólnego stanu zdrowia oraz ogólnych odczuć pacjentów geriatrycznych związanych ze zdrowiem.

Wyniki

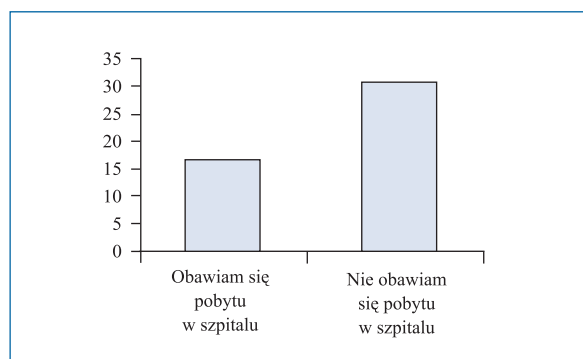
Najliczniejszą podgrupę stanowili pacjenci między 65. a 69. rokiem życia (15 osób), ale liczebność w przedziale wiekowym między 60. a 64. rokiem życia była zbliżona i wynosiła 14 osób. W starszych grupach wiekowych liczba osób poddanych badaniu była mniejsza — między 65. a 69. rokiem życia — 12 osób, między 70. a 74. rokiem życia — 8, a pozostałe — 2 osoby. Oceniano zagadnienia dotyczące zakażeń szpitalnych na podstawie poziomu wiedzy u osób w starszym wieku po leczeniu szpitalnym (oddział internistyczny).

Większość badanych to osoby z niższym wykształceniem, zarówno w grupie kobiet, jak i badanych mężczyzn (tab. 1). Osoby z wykształceniem wyższym stanowiły nieliczną grupę, czyli 5,9% (tab. 1). Samoocena badanych osób w starszym wieku wykazała zdecydowanie negatywne tendencje, bowiem spośród ogółu badanych tylko 11,8% ocenia swe zdrowie bardzo dobrze, przy czym większość pozytywnej samooceny zdrowia spostrzega się wśród badanych kobiet, wbrew dotychczasowym tendencjom badawczym, gdzie najczęściej pozytywne nastawienia notowano wśród mężczyzn (ryc. 1).

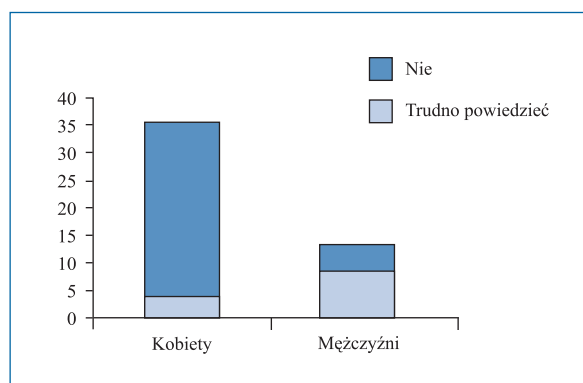
Osoby, dla których hospitalizacja była czynnikiem stresogennym, należały do nielicznych. Większość, czyli 32 pacjentów, nie obawiała się pobytu w szpitalu (ryc. 2). Jako najczęstszą przyczynę lęku wskazywano samotność, rozłąkę z rodziną, strach przed śmiercią w szpitalu, strach przed kolejnymi hospitalizacjami. Nikt nie wskazał na ryzyko zakażenia w wyniku czynności diagnostyczno-leczniczych (ryc. 3). Osoby badane to lu-



Rycina 1. Ocena swojego stanu zdrowia — różnice ze względu na płeć
Figure 1. Health self-evaluation by sex

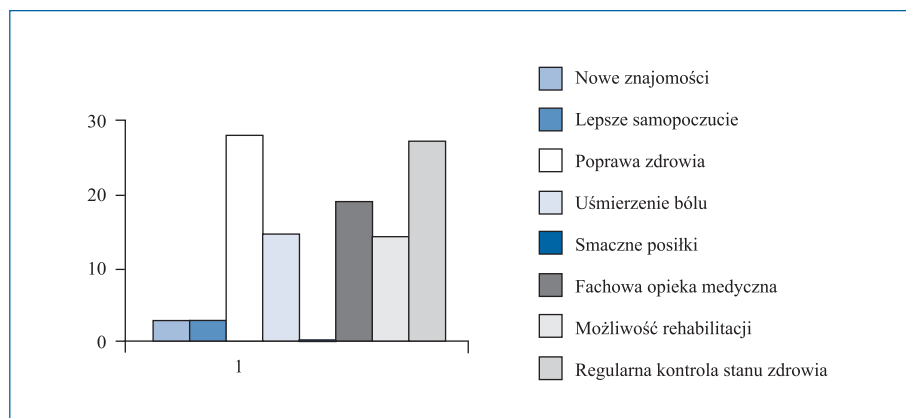


Rycina 2. Obawa przed pobytem w szpitalu
Figure 2. The hospitalization fear



Rycina 3. Ocena ryzyka wystąpienia zakażenia szpitalnego
Figure 3. Analysis of the nosocomial infections risk by sex

dzie starsi niepracujący, utrzymujący się z renty lub emerytury, prowadzący niezbyt aktywny, ograniczony do najbliższego otoczenia tryb życia, dlatego brak możliwości wykonywania pracy zawodowej czy rozwijania zain-



Rycina 4. Oczekiwane aspekty hospitalizacji

Figure 4. Expectation aspects of hospitalization

Tabela 2. Poziom wiedzy zdrowotnej badanych osób

Table 2. The health knowledge level of the participants

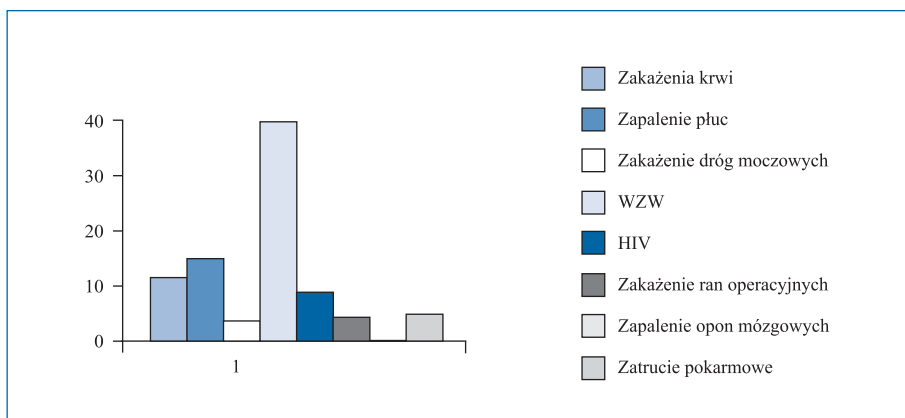
Poziom wiedzy	Kobiety (35)		Mężczyźni (16)		Razem (51)	
	N	%	N	%	N	%
Niewystarczający (< 55%)	9	25,7	6	37,5	15	29,4
Dostateczny (56–65%)	11	30,4	5	31,3	16	31,4
Średni (66–85%)	10	28,6	4	25	14	27,4
Wysoki (> 85%)	5	14,3	1	6,2	6	11,8

teresowań nie stanowił dla nich dużego dyskomfortu. Badani pacjenci uznali, że ryzyko zakażenia na oddziale, na którym przebywają, jest niskie, dlatego nie obawiają się infekcji. Ponad połowa respondentów uznała, że poprawa zdrowia i regularna kontrola jego stanu stanowią najbardziej pozytywny aspekt ich hospitalizacji. Oznacza to, że leczenie jest właściwe, przynosi efekty i dzięki czemu pacjenci czują się bezpiecznie.

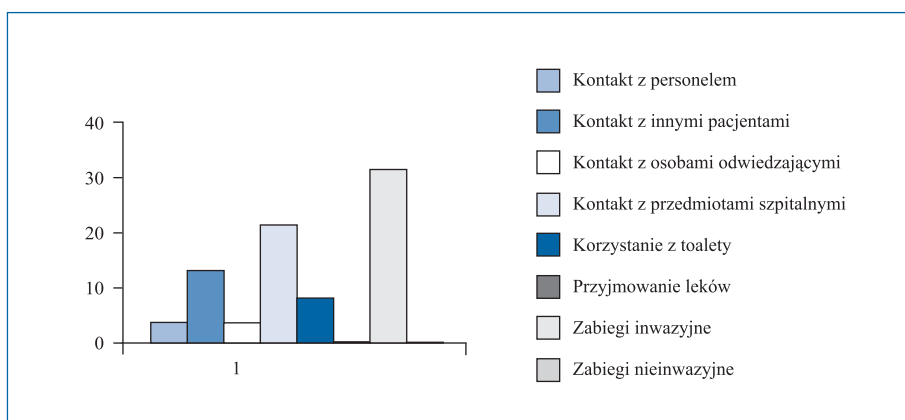
Dwadzieścia osób, czyli ponad 1/3, uznała opiekę medyczną za fachową, co świadczy o dużym zaufaniu i chęci współpracy z personelem odpowiedzialnym za leczenie (ryc. 4). Podobna liczba pacjentów uznała możliwość rehabilitacji i uśmierzenie bólu za pozytywny element pobytu w szpitalu. Jedynie kilka osób wskazało na lepsze samopoczucie; wynika to zapewne z tego, że pomimo poprawy stanu fizycznego, hospitalizacja i świadomość choroby jest czynnikiem stresogennym, niepożądanym i naruszającym równowagę psychiczną. Badani w starszym wieku nie spotkali się z zakażeniem szpitalnym wśród osób z najbliższego otoczenia, co może wynikać z faktu, że osoby te nie uznały na przykład dość często występujących u pacjentów zapalenia płuc czy infekcji dróg moczowych jako zakażenia szpi-

talnego, ale jako zwykłą infekcję niemającą związku z pobytem w szpitalu i przebiegiem hospitalizacji. Ogólny poziom wiedzy badanych pacjentów geriatrycznych był niewystarczający, co wynikało między innymi z problemów z dostępnością do źródeł informacji medycznych (tab. 2, ryc. 5, 6).

Unieruchomienie było najczęściej wymienianym negatywnym aspektem hospitalizacji, które spostrzegano u badanych w starszym wieku. Spośród badanych starszych osób aż 20 pacjentów uznało, że uciążliwe dla nich są bezsenność i dodatkowe koszty. Nieodpowiednia jakość posiłków przeszkadzała 16 pacjentom, a brak kontaktu z rodziną wskazało 12 osób. Konieczność przebywania w nowym środowisku, osamotnienie, lęk przed zakażeniami i utrata aktywności stanowiły problem jedynie dla kilku osób (ryc. 4). Ogólny poziom wiedzy badanych pacjentów geriatrycznych był niewystarczający, co między innymi wynikało z problemów w dostępności do źródeł informacji medycznych. Większość badanych posiadała niewystarczającą wiedzę, zwłaszcza mężczyźni (37,5%), a tylko 11,8% spośród ogółu badanych posiadało wiedzę na wyższym poziomie, co może być związane z faktem niższego wykształ-



Rycina 5. Zakażenia szpitalne występujące najczęściej
 Figure 5. The most common of nosocomial infections



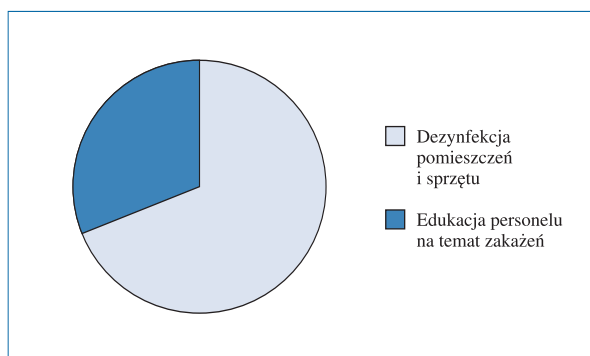
Rycina 6. Źródła zakażeń szpitalnych
 Figure 6. The sources of the nosocomial infections

cenia respondentów w niemal 70% (tab. 1, 3). Zakażenia szpitalne są poważnym powikłaniem hospitalizacji, zwłaszcza dla pacjentów geriatrycznych. Dawniej występowały głównie z powodu niedostatecznej higieny oraz braku wiedzy z zakresu mikrobiologii i aseptyki. Obecnie sprzyja im inwazyjność diagnostyki i terapii, rozpowszechnienie antybiotykoterapii oraz dłuższe przeżycie ludzi przewlekle i ciężko chorych [2, 3, 7].

Systematycznie zwiększa się populacja starszych ludzi, przewlekle chorych, u których czynność układu immunologicznego z powodu schorzeń lub przyjmowanych leków bywa zaburzona. Aby ograniczyć występowanie zakażeń, ważna jest świadomość i przestrzeganie zasad higieny przez personel, ale również chęć współpracy i zaangażowanie pacjenta [4, 5, 7]. Zakażenia szpitalne u pacjentów geriatrycznych mogą wywoływać wiele zaburzeń fizycznych i psychicznych, takich jak: bezsenność, kłopoty z zasypianiem, depresja, apatia, drażliwość. Pacjenci, którzy zostali poddani badaniu, nie wykazywali takich zachowań. Za-

każenia szpitalne czy lęk przed nimi nie były przyczyną gorszego funkcjonowania psychicznego pacjentów. Respondenci nie obawiali się ryzyka zainfekowania, a źródło ich lęku stanowiły czynniki niezwiązane z zakażeniem. Należy jednak pamiętać, że osoby w podeszłym wieku, ze względu na obniżoną odporność będącą skutkiem wielu przewlekłych chorób i gorszego funkcjonowania organizmu, są populacją szczególnie narażoną na zakażenia, w tym także na zakażenia szpitalne. Pacjenci geriatryczni są często mniej sprawni fizycznie, mają zaburzenia psychiczne i zaburzenia fizjologiczne ograniczające w dużym stopniu ich samodzielność, dlatego w przypadku wystąpienia infekcji wymagają większej opieki ze strony rodziny czy personelu szpitala niż młodsze osoby [4, 5, 7].

Dla ludzi w zaawansowanym wieku zakażenie szpitalne staje się bardziej niebezpieczne dla zdrowia i życia oraz grozi poważniejszymi powikłaniami i cięższym przebiegiem. Współcześnie w społeczeństwach starzejących się, w których coraz więcej ludzi zapada na choroby prze-



Rycina 7. Metody zwalczania zakażeń szpitalnych

Figure 7. Methods of prevention in nosocomial infections

wlekłe i cywilizacyjne, odpowiedni system kontroli i zapobiegania zakażeniom szpitalnym stanowi duże wyzwanie nie tylko dla specjalistów z dziedziny geriatric, ale dla całego systemu ochrony zdrowia (ryc. 7).

Wnioski

1. Pacjenci w podeszłym wieku, ze względu na często występujące w ich przypadku choroby przewlekłe, procesy starzenia organizmu, unieruchomienie, są bardziej narażeni na zakażenia szpitalne niż inne grupy wiekowe.
2. Zakażenia szpitalne nie stanowią czynnika stresogennego dla badanych osób w starszym wieku.
3. Poziom wiedzy badanych starszych osób jest niewystarczający, istnieje zatem konieczność edukowa-

nia pacjentów w zakresie prewencji zakażeń szpitalnych.

Piśmiennictwo

1. Smith P.W., Bennett G., Bradley S. i wsp. SHEA/APIC Guidelines: Infection Prevention and Control in the Long-Term Facility. *Infection Control and Hospital Epidemiology* 2008; 29 (9): 785–816.
2. Guidelines for prevention of nosocomial pneumonia. *MMWR, CDC, Recommendations and reports* 1993; (RR-1): 1–79.
3. Skalska A., Fedyk-Lukasik M., Kocemba J. Zakażenia szpitalne u osób w wieku podeszłym. *Przewodnik Lekarza* 2002; 5: 63–67.
4. Strausbaugh L.J. Emerging Health Care-Associated Infections in the Geriatric Population. 2001; 7: 268–271.
5. Prevention of hospital acquired infections. A practical guide WHO, 2nd ed. 2002.
6. Boyce J., Pittet D. Guideline for hand hygiene in healthcare settings: Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee & HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. *Am. J. Infect. Control.* 2002; 30: S1–S46.
7. Paillaud E., Herbaud S., Caillet P, Lejone J., Campillo B., Bories P.N. Relations between undernutrition and nosocomial infections in elderly patients. *Age and Ageing* 2005; 34 (6): 619–625.
8. Bloch-Bogusławska E., Wolska E., Engelgardt P, Mikucka A., Paradowska A. Bakteryjne zakażenia szpitalne w latach 2000–2006 w materiałach własnych Katedry Medycyny Sądowej CM UMK w Bydgoszczy. *Arch. Med. Sąd. Krym.* 2008; 58 (1): 22–26.
9. Jarvis W.R. Selected aspects of the socioeconomic impact of nosocomial infections: Morbidity, mortality, cost, and prevention. *Infection Control and Hospital Epidemiology* 1996; 17: 552–557.
10. Strausbaugh L.J., Joseph C.J. Epidemiology and prevention of infections in residents of long term care facilities. W: Mayhall C. (red.). *Hospital epidemiology and infection control*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 1999; 1461–1482.