

عنوان خط مشی: ارزش گذاری و فرهنگ سازی رعایت اصول بهداشت دست در بین پزشکان و پرستاران و سایر کارکنان بالینی

کد خط مشی: POL-IC-۳-۱

دامنه خط مشی: کلیه واحدهای داخلی

تعریف

Hand Rub-: فرآیند ضد عفونی دستها با مالش دستها به یکدیگر با استفاده از محلولهای پایه الکلی

Hand wash-: شستشو و ضد عفونی دستها با آب و صابون مایع و یا صابونهای جامد

hand RubSurgical - : فرآیند ضد عفونی دستها با محلولهای پایه الکلی قبل از اعمال جراحی و اعمال تهاجمی

hand washsurgical : فرآیند شستشو و ضد عفونی دستها با آب و صابون مایع و مواد آنتی سپتیک مانند بتادین قبل از اعمال جراحی و اعمال تهاجمی

خط مشی

فرهنگ سازی و ترغیب کارکنان به رعایت بهداشت دست به عنوان یک راه حل ساده و اثربخش جهت پیشگیری و کنترل عفونت در بیمارستان و تاکید بر رعایت بهداشت دستها در پنج موقعیت اعلام شده از سوی WHO با محلولها و مواد بهداشتی مورد تایید و با کیفیت، توسط تمامی کارکنان

صاحبان فرایند:

سرپرستار بخش - مسئول واحد های پاراکلینیک و غیر پاراکلینیک - پرستار بیمار - سوپروایزر کنترل عفونت

ذی نفعان: بیماران - کارکنان

روش اجرا:

۱. تیم مدیریتی این بیمارستان، تهیه حداقل ملزومات و امکانات رعایت بهداشت دست را جهت کارکنان، بیماران و افراد مرتبط با بیمار طبق بخشنامه ابلاغی وزارت بهداشت (شامل سینک روشویی مناسب، محلول پایه الکلی، مایع دستشویی با کیفیت مناسب، سطل آشغال پدال دار و دستمال یکبار مصرف) جزو اولویتهای بهداشتی بیمارستان می داند و نسبت به تهیه و در اختیار گذاشتن این امکانات و ملزومات نظارت مستمر دارد.
۲. سرپرستاران و مسئولین بخشها و واحدها لیست تجهیزات و وسایل مورد نیاز جهت رعایت بهداشت دست را تهیه و از انبار عمومی درخواست می نمایند.
۳. کلیه مراقبین سلامت قبل از شروع به کار بالینی، دوره آموزشی مربوط به پیشگیری از عفونتهای بیمارستانی با تاکید بر رعایت و چگونگی بهداشت دست را با همکاری واحد کنترل عفونت پشت سر می گذارند.
۴. کارشناس کنترل عفونت حین بازدید از بخشها، نحوه شستشو یا ضد عفونی نمودن دست را بصورت چهره به چهره و عملی به مراقبین سلامت آموزش می دهد.

۵. کارشناس کنترل عفونت یادآورها، پوسترها و پمفلتهای مربوط به مراحل و نحوه صحیح شستشو و ضدعفونی دستها را تهیه و در اختیار کلیه بخشها و واحدها بویژه بخشهای درمانی قرار می دهد و با همکاری مسئولین بخشها، کنار کلیه روشویی ها و دیسپنسرهای محلولهای هند راب، پوستر نحوه ضدعفونی و شستشوی دست را نصب میشود.
۶. کارشناس کنترل عفونت با همکاری مسئول بهداشت و مسئولین بخشها نسبت به نصب دیسپنسرهای محتوی محلول پایه الکلی به تعداد کافی و در محلهای مناسب در کلیه بخشها و واحدها اقدام می نمایند. در بخشهای عمومی در ورودی هر اتاق و در بخشهای ویژه به ازاء هر تخت و همچنین در ورودی بخشهای ویژه، نوزادان، اتاق عمل، اتاقهای ایزوله، اتاق تریتمنت، اتاق معاینه، ترالی پانسمان، ترالی اورژانس، اتاق برونکوسکوپی و ... یک عدد دیسپنسر نصب گردد.
۷. استفاده از محلول ضدعفونی الکلی دست در بسته بندی کوچک جهت نگهداری در جیب یونیفرم کارکنان که روشی موثر برای سهولت دسترسی کارکنان به این محلولها ممکن می شود.
۸. از ایمنی افشانه ها نسبت به احتمال اشتعال محلول آن در مجاورت آتش یا هرگونه شعله اطمینان حاصل کنید.
۹. از کفایت، صحت و کارکرد مناسب افشانه ها و خروج مقدار کافی و لازم محلول از افشانه ها اطمینان حاصل کنید.
۱۰. در هنگام انتخاب مواد بهداشتی و ضدعفونی کننده دست به هرگونه واکنش شناخته شده این مواد و کرم، لوسیونهای مرطوب کننده و دستکش های مورد استفاده در بیمارستان توجه کنید.
۱۱. از دسترسی کارکنان به مقادیر کافی مواد بهداشتی و ضدعفونی کننده دست با کارایی مناسب و کیفیت مطلوب به نحوی که از حداقل خاصیت تحریک کنندگی پوست برخوردار باشد، مطمئن گردید.
۱۲. واحد مدیریت از رده های مختلف در ارتقاء انگیزه، پذیرش و اقدام کارکنان بیمارستانی نسبت به رعایت بهداشت دست با توجه به استانداردها حمایت کند.
۱۳. افشانه ها و ظروف حاوی محلولها ترجیحا یکبار مصرف باشد و جهت پیشگیری از تبخیر محلولها از افشانه ها و ظروف نیم لیتری و در اتاقهای عمل فعال یک لیتری استفاده شود و در صورتیکه ظروف یکبار مصرف نباشد، قبل از پر کردن مجدد ظروف، ظرف خالی را با آب و پودر شوینده خوب شستشو و سپس ضدعفونی و در صورت امکان اتوکلاو نمایند و پس از خشک شدن کامل، از این ظروف استفاده نمایند. اطمینان از حسن اجرای این کار به عهده مسئولین بخشهاست و کارشناس کنترل عفونت بصورت منظم اجرای صحیح کار را نظارت خواهد نمود.
۱۴. کارشناس کنترل عفونت در بازه های زمانی مختلف، چک لیست نظارت بر بهداشت دستها را به تفکیک گروههای مختلف و به تفکیک پنج موقعیت تکمیل نموده و سپس میزان رعایت بهداشت دست را به تفکیک بخش محاسبه نموده و نتایج ارزیابی در کمیته کنترل عفونت ارائه می شود. در این بیمارستان این چک لیست در بازه زمانی ۶ ماهه تکمیل و ارزیابی می شود.
۱۵. کمیته کنترل عفونت نتایج میزان رعایت بهداشت دست را مورد تجزیه تحلیل قرار داده و در صورت عدم حصول به شاخص تعریف شده اقدامات اصلاحی را تهیه و تنظیم میکند و کارشناس کنترل عفونت بعنوان دبیر کمیته، موظف است نتایج ارزیابی به همراه اقدامات اصلاحی را به مسئولین بخشها و واحدها اعلام نماید و از آنها اثر بخشی و باز خورد اقدامات اصلاحی را طبق بازه زمانی تعریف شده بگیرد .
۱۶. طبق مصوبه کمیته کنترل عفونت بیمارستان پرسنلی که در زمینه رعایت بهداشت دست همکاری بیشتری دارند و موازین بهداشت دست را بیشتر رعایت میکنند، جهت ایجاد انگیزه بیشتر در بین کارکنان، از طرف دفتر پرستاری و ریاست بیمارستان مورد تشویق بصورت تقدیر نامه، اعمال در امتیاز عملکرد کیفی و کارمند نمونه ، تشویق با درج در پرونده، قرار خواهند گرفت.
۱۷. تیم کنترل عفونت به منظور افزایش انگیزه کارکنان نسبت به رعایت بهداشت دست، از آنان در خصوص کیفیت مواد بهداشتی در دسترس حداقل به صورت سالیانه نظر خواهی نموده و نتیجه نظر خواهی را در سفارش خریدهای بعدی مواد ضدعفونی دستها مد نظر قرار خواهد داد.

۱۸. کمیته کنترل عفونت بیمارستان باید از دسترسی کارکنان به مقادیر کافی مواد بهداشتی و ضد عفونی کننده با کیفیت مناسب و حداقل خاصیت تحریک کنندگی، اطمینان حاصل نماید و در صورت شکایت زیاد از یک محصول و ایجاد عوارض، نسبت به جایگزین نمودن آن با محصولی جدید اقدام نماید.

۱۹. تیم کنترل عفونت بیمارستان با همکاری ریاست کمیته در خصوص اهمیت بهداشت دست در پیشگیری و کنترل عفونتهای بیمارستانی و ارتقای بهداشت دست در بین پزشکان در جلسات مورنینگ آنها آموزش رسانی می شود.

۲۰. دستورالعمل نحوه صحیح ضدعفونی و شستشوی دستها هم بصورت دستورالعمل و هم به صورت پوستر و عکس در همه بخشها و واحدها موجود است.

۲۱. پخش فیلم آموزشی بهداشت دست از تلویزیون مدار بسته در سالن های انتظار جهت آموزش بیماران و مراجعین لازم و در دست اجرا می باشد.

پاسخگوی اجرا: سوپروایزر کنترل عفونت

نحوه نظارت بر اجرا: چک لیست های نظارتی کنترل عفونت

امکانات مورد نیاز :

مواد و محلول های ضدعفونی کننده و تجهیزات مرتبط

منابع:

دستورالعمل شماره ۴۰۹/۱۳۳۱ مورخ ۹۲/۱۰/۲۳ با عنوان اندازه گیری میزان رعایت بهداشت دست ابلاغی وزارت متبوع

ابلاغ کننده : ریاست بیمارستان	تایید کننده : پزشک کنترل عفونت	تهیه کننده: سوپروایزر کنترل عفونت
------------------------------------------------	-------------------------------------------------	----------------------------------------------------