

دستور العمل سازمان جهانی بهداشت
برای بهداشت دست در مراقبت‌های بهداشتی درمانی
(پیش نویس نهایی): خلاصه

دست‌های تمیز دست‌های سالم‌تری هستند



سازمان جهانی بهداشت

اتحادیه جهانی سلامت

بسم الله الرحمن الرحيم

عنوان و نام پدیدآور: دستورالعمل سازمان جهانی بهداشت برای بهداشت دست در مراقبت‌های بهداشتی درمانی (پیش‌نویس نهایی): خلاصه.../ تهیه‌کننده [سازمان جهانی بهداشت]: [به‌سفارش] اتحادیه جهانی سلامت بیماران؛ مترجمین سید محسن زهرایی، حسین معصومی‌اصل، زهرا پزشکی.
مشخصات نشر: تهران؛ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مرکز مدیریت بیماری‌ها، ۱۳۸۶.
مشخصات ظاهری: ۴۰ ص: جدول.

ISBN 978-964-6570-90-0

وضعیت فهرست نویسی: فیبا
یادداشت: کتاب حاضر یکی از برنامه‌های اتحادیه جهانی سلامت بیماران، وابسته به سازمان بهداشت جهانی است.

موضوع: دست‌ها — بهداشت.
دست‌های تمیز دست‌های سالم‌تری هستند

شناسه افزوده: ایران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. مرکز مدیریت بیماری‌ها.

شناسه افزوده: سازمان جهانی بهداشت.

رده‌بندی کنگره: ۱۳۸۶ ۵۵۹/۵۵ RD

رده‌بندی دیویی: ۶۱۷/۵۷۵

شماره کتابشناسی ملی: ۱۱۰۵۸۶۰

ناشر مرکز مدیریت بیماری‌ها با همکاری گروه هنری چکامه آوا

دستورالعمل سازمان جهانی بهداشت برای بهداشت دست در مراقبت‌های بهداشتی درمانی

ترجمه: دکتر سید محسن زهرایی، دکتر حسین معصومی‌اصل، زهرا پزشکی

زیر نظر: دکتر سید مؤید علویان، دکتر محمد مهدی گویا

صفحه‌آرایی: ترگس مقبولی

ناظر چاپ: تهmine منصوری

نوبت چاپ: اول - ۱۳۸۶

شمارگان: ۵۰۰ جلد

شابک: ۹۷۸-۹۶۴-۶۵۷۰-۹۰-۰ ISBN 978-964-6570-90-0

حق چاپ برای مرکز مدیریت بیماری‌ها محفوظ است

مرکز مدیریت بیماری‌ها

انبار بیماری‌های منتقله از آب، غذا و عفونت‌های بیمارستانی

زمستان ۱۳۸۶

فهرست مطالب اتحادیه جهانی سلامت بیماران

پیشگفتار	۱
مقدمه	۱
دستورالعمل سازمان جهانی بهداشت برای	۱
بهداشت دست در مراقبت‌های بهداشتی درمانی	۲
• مداخلات پیشگیرانه در	۷
(پیش‌نویس نهایی): خلاصه	۷
راهنمای	۹
توصیه‌های مورد اجماع	۱۲
توصیه‌ها	۱۳
۱. دلایل شستشو و ضدعفونی دست	۱۴
۲. روش‌های بهداشت دست	۱۵
۳. توصیه‌هایی جهت آماده‌سازی دست‌ها برای جراحی	۱۶
۴. انتخاب و خرید فرآورده‌های بهداشت دست	۱۷
۵. مراقبت پوست	۱۷
۶. استفاده از دستکش	۱۸
۷. سایر جنبه‌های بهداشت دست	۱۸
۸. برنامه‌های انگیزشی و آموزشی کارکنان مراقبت‌های بهداشتی درمانی	۱۸
۹. مسئولیت‌های دولت و سازمان‌ها	۱۹
مزایای روش اصلاح شده بهداشت دست	۲۰
• اجرای راهبردها	۲۲
• گروه‌های کاری	۲۲
• شروع برنامه	۲۲
• وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	۲۲
• مرحله اجرای آزمایشی	۲۲
• معاونت سلامت	۲۲
• مرکز مدیریت بیماری‌ها	۲۲
نتیجه‌گیری: راه آینده	۲۳
منابع	۲۳
اداره بیماری‌های منتقله از آب، غذا و عفونت‌های بیمارستانی	۲۳
زمستان ۱۳۸۶	

فهرست مطالب

پیشگفتار	۱
مقدمه	۱
• مسئله: عفونت‌های ناشی از مراقبت‌های بهداشتی درمانی یک علت اصلی مرگ و ناتوانی در سراسر جهان هستند	۳
• بار اقتصادی	۷
• مداخلات پیشگیرانه در دسترس هستند اما بکار گرفته نمی‌شوند	۷
راه‌حل	۹
توصیه‌های مورد اجماع	۱۳
توصیه‌ها	۱۴
۱. دلایل شستشو و ضدعفونی دست	۱۴
۲. روش‌های بهداشت دست	۱۵
۳. توصیه‌هایی جهت آماده‌سازی دست‌ها برای جراحی	۱۶
۴. انتخاب و خرید فرآورده‌های بهداشت دست	۱۷
۵. مراقبت پوست	۱۷
۶. استفاده از دستکش	۱۸
۷. سایر جنبه‌های بهداشت دست	۱۸
۸. برنامه‌های انگیزشی و آموزشی کارکنان مراقبت‌های بهداشتی درمانی	۱۸
۹. مسئولیت‌های دولت و سازمان‌ها	۱۹
مزایای روش اصلاح شده بهداشت دست	۲۰
• اجرای راهبردها	۲۲
• گروه‌های کاری	۲۲
• شروع برنامه	۲۳
• مرحله اجرای آزمایشی	۲۴
نتیجه‌گیری: راه آینده	۲۴
منابع	۲۶

پیشگفتار

عقونت‌های ناشی از مراقبت‌های بهداشتی درمانی هر ساله صدها میلیون نفر از بیماران را مبتلا می‌کنند. به عنوان یک نتیجه نامطلوب در بیماران نیازمند مراقبت، این عفونت‌ها منجر به ناخوشی بسیار جدی، اقامت طولانی در بیمارستان و ناتوانی دراز مدت می‌شوند. این عفونت‌ها نه تنها هزینه‌های پیش‌بینی نشده بالایی را به بیماران و خانواده آنها تحمیل می‌کنند بلکه منتهی به بار مالی گسترده و اضافی به سیستم‌های مراقبت‌های بهداشتی درمانی شده و در نهایت موجب مرگ ناخواسته بیماران می‌شوند.

این عفونت‌ها به لحاظ ماهیت طبیعی خود علل چند گانه دارند و همچنان که به سیستم‌ها و برنامه‌های نظارتی مراقبت‌های بهداشتی، محدودیت‌های سیاسی و اقتصادی سیستم‌های بهداشتی کشورها وابسته هستند در عین حال با رفتارهای آموزش پذیر انسانی نیز در ارتباط می‌باشند. با این وجود اغلب این عفونت‌ها قابل پیشگیری هستند. نکته مهم دیگر آن است که یک گسستگی بزرگ و ناعادلانه بین بعضی سازمان‌های مراقبت بهداشتی و سیستم‌های مدیریت خطر بیماران در زمینه سلامت بیماران وجود دارد. سطح توسعه و منابع در دسترس تنها موضوعات حیاتی برای موفقیت نیستند. پیشرفت از هر دو گروه کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه گزارش می‌شود و این پیشرفت‌ها خود یک منبع آموزشی هستند.

بیاپیم میزان و ماهیت مشکل عفونت‌های ناشی از مراقبت‌های بهداشتی درمانی را ارزیابی کرده و یک پایه و اساس را برای پایش مؤثر بودن اقدامات پیشگیرانه در جهان ایجاد کنیم. مراقبت و پیشگیری و تکیه بر بهترین اقدامات بر اساس شواهد و مدارک امکان‌پذیر است. همچنین توسعه راهکارهای مؤثر برای بهبود سلامت بیماران و کاهش خطر ممکن می‌باشد. ابزار و وسایل نیز موجود هستند اما باید آزمایش شده و در جهت برابری و یگانگی در سراسر جهان انطباق داده شده و بکار گرفته شوند.

بهداشت دست اقدام اولیه کاهش عفونت می‌باشد و گرچه اقدام ساده‌ای است اما ضعف پذیرش آن در میان ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی درمانی در سراسر جهان مشکل‌ساز است. به دنبال یافته‌های اخیر در خصوص اپیدمیولوژی پذیرش بهداشت دست، رویکردهای جدید و مؤثری به اثبات رسیده‌اند. برنامه جهانی سلامت بیماران ۲۰۰۶-۲۰۰۵ با شعار "مراقبت تمیز مراقبت سالم‌تر است"، بر بهبود استانداردهای بهداشت دست و انجام آن در مراقبت‌های بهداشتی درمانی و کمک

به انجام مداخلات موفق تاکید دارد.

به عنوان بخشی از این برنامه، "دستورالعمل سازمان جهانی بهداشت برای بهداشت دست در مراقبت‌های بهداشتی درمانی (پیش‌نویس نهایی)" با کمک بیش از ۱۰۰ نفر از کارشناسان بین‌المللی تهیه شده است و برای بکارگیری مراحل مختلف آن در جهان در مرحله آزمایش می‌باشد. مناطق تحت آزمایش شامل بیمارستان‌های مدرن با تکنولوژی بالا در کشورهای توسعه یافته تا درمانگاه‌های دور افتاده در روستاهای فقیر می‌باشند. این برنامه یک واقعیت جهانی است: هیچ بیمارستان، کلینیک، سیستم‌های مراقبت بهداشتی درمانی و پایگاه‌های بهداشتی در حال حاضر نمی‌تواند اظهار کند که توصیه‌های مربوط به بهداشت دست قابل پذیرش نیستند.

دانش سلامت، به معنی توانمندی افراد برای کسب، تفسیر و درک اطلاعات پایه بهداشتی و خدمات ضروری برای اتخاذ تصمیمات بهداشتی مناسب است. دانش سلامت، آموزش و بهداشت را با هم پیوند می‌زند. همچنین ضروری است رهبران و تصمیم‌گیرندگان درباره جنبه‌های سیاسی، اقتصادی و محیطی تعیین‌کننده رفتار آگاه باشند. شعار "مراقبت تمیز مراقبت سالم‌تر است" تمام عناوین این برنامه را در سراسر جهان در بر می‌گیرد.

از کشورها دعوت می‌شود برنامه را برای سیستم‌های مراقبت‌های بهداشتی درمانی خود تصویب کنند. خواهمشدم به‌منظور پیشبرد اصلاحات در برنامه عملیاتی همچنان که ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی درمانی را مشارکت می‌دهید بیماران و سایر گیرندگان خدمت را نیز دخالت دهید. خواهمشدم قبل از شروع برنامه دو ساله از تداوم فعالیت‌ها اطمینان حاصل کنید. در حالی که در بیشتر مراحل نیازمند اصلاح سیستم‌ها هستیم، ولی تغییر ماندگار رفتارهای انسانی حتی از آن هم مهم‌تر است که با پشتیبانی سیاسی و حمایت مناسب میسر می‌شود.

اجازه دهید به خودمان یادآوری نماییم "مراقبت تمیز مراقبت سالم‌تر است"، یک انتخاب نیست بلکه یک حق اساسی بیماران برای کیفیت مراقبت بهداشتی درمانی است. دست‌های تمیز زندگی‌ها را حفظ می‌کند و از زجر کشیدن بیماران پیشگیری می‌کند.

از مشارکت شما در این برنامه سپاسگزاری می‌کنم.

پروفسور دیدیه پیته Didier Pittet

مدیر کل، برنامه کنترل عفونت، بیمارستان دانشگاه ژنو، سوئیس و رئیس برنامه جهانی سلامت بیماران، اتحادیه جهانی برای سلامت بیماران، سازمان جهانی بهداشت، ژنو، سوئیس

مقدمه

برای مواجهه با موضوع مهم سلامت بیماران، مجمع عمومی سازمان جهانی بهداشت در پنجاه و پنجمین مجمع در سال ۲۰۰۲ قطعنامه‌ای صادر کرد و از کشورها خواست که به این مشکل توجه خاصی مبذول کرده و سیستم‌های سلامت و پایش سلامت بیماران را تقویت کنند. در این قطعنامه درخواست شده بود که سازمان جهانی بهداشت از برنامه کشورها برای ایجاد تسهیلات و سیاست‌های سلامت بیماران حمایت کرده و ایجاد قواعد و استانداردهای جهانی را رهبری کند. پنجاه و هفتمین مجمع عمومی سازمان جهانی بهداشت در ماه می ۲۰۰۴، ایجاد یک اتحادیه بین‌المللی برای پیشبرد سلامت بیماران را به عنوان یک اقدام پیشگام جهانی تصویب کرد و در اکتبر ۲۰۰۴ اتحادیه جهانی برای سلامت بیماران شروع به کار کرد. برای اولین بار سران آژانس‌ها، تصمیم‌گیرندگان و گروه‌های بیماران را از تمام نقاط جهان گرد هم آوردند تا هدف سلامت بیماران "اول، آسیب نرسان" را ارتقاء و پیامدهای اجتماعی و نامطلوب مراقبت‌های بهداشتی درمانی ناسالم را کاهش دهند. اتحادیه فعالیت‌های خود را در قسمت‌های زیر متمرکز کرد: برنامه جهانی سلامت بیماران، بیماران برای سلامت بیمار، تاکسونومی، تحقیق، راه‌حل‌های اجرایی برای سلامت بیماران و یادگیری و گزارش‌دهی. اجرای ادغام یافته این اجزاء با یکدیگر، می‌تواند جان میلیون‌ها انسان را حفظ کند و از طریق اصلاح روش‌های پایه و اساسی از هدر رفتن مقادیر زیادی از منابع تولیدی دیگر جلوگیری کند.

برنامه جهانی سلامت بیماران محور اصلی اتحادیه است که شرایطی را ایجاد می‌کند تا برنامه سلامت مراقبت، تجربه متخصصین در زمینه بهداشت دست و سلامت تزریقات، روش‌های جراحی، انتقال خون و مراقبت محیط را گرد هم آورد. عنوان انتخاب شده برای اولین برنامه جهانی سلامت بیماران، عفونت‌های ناشی از مراقبت بهداشتی درمانی^۱ می‌باشد. چنین عفونت‌هایی در سرتاسر جهان در هر دو گروه کشورهای توسعه یافته، انتقالی و در حال توسعه اتفاق می‌افتد و علل اصلی مرگ و میر برای بیماران بستری شده می‌باشند. این عفونت‌ها در برنامه جهانی سلامت بیماران ۲۰۰۶ - ۲۰۰۵ "مراقبت تمیز مراقبت سالم‌تر است" مورد تاکید قرار گرفته‌اند.

اقدام کلیدی در این برنامه ارتقاء بهداشت دست در مراقبت سلامت، راه‌اندازی بسیج‌های اطلاع‌رسانی "مراقبت تمیز مراقبت سالم‌تر" در سطح جهانی و کشوری است. بهداشت دست یک اقدام خیلی ساده است که عفونت‌ها را کاهش می‌دهد و سلامت بیماران را در تمام سطوح

از سیستم‌های پیشرفته مراقبت بهداشتی درمانی در کشورهای صنعتی تا درمانگاه‌های محلی در کشورهای در حال توسعه افزایش می‌دهد. برای فراهم کردن بهترین سندهای علمی و توصیه‌ها برای اصلاح اقدامات و کاهش عفونت‌های ناشی از مراقبت‌های بهداشتی درمانی، سازمان جهانی بهداشت راهنمای بهداشت دست در مراقبت‌های بهداشتی درمانی برای کارکنان مراقبت‌های بهداشتی درمانی، مدیران بیمارستان‌ها و مسئولان بهداشتی را تهیه کرده است (پیش‌نویس نهایی).

پیش‌نویس نهایی دستورالعمل‌ها توسط سازمان جهانی بهداشت تهیه و پیگیری می‌شود و اقداماتی برای این دستورالعمل توصیه شده است. فرآیندی که در پاییز سال ۲۰۰۴ شروع شد شامل دو مشاوره بین‌المللی (در دسامبر ۲۰۰۴ و آوریل ۲۰۰۵) بود که با مشارکت کارشناسان از سراسر جهان و متخصصین فنی از سازمان جهانی بهداشت برگزار گردید. یک گروه مرکزی از کارشناسان، مدارک علمی در دسترس را مرور و نوشتن یک سند و گسترش بحث در میان مسئولین را هماهنگ کردند. بسیار قابل توجه بود که بیش از یکصد متخصص بین‌المللی در تهیه این سند مشارکت کردند. در حال حاضر، برنامه در هر ۶ منطقه سازمان جهانی بهداشت برای کمک به جمع‌آوری داده‌های محلی در مورد منابع مورد نیاز برای اجرای توصیه‌ها و تولید اطلاعات در مورد عملی بودن، معتبر بودن، قابل اعتماد بودن و هزینه اثربخشی مداخلات مورد نظر در مرحله اجرای آزمایشی است. این اجرای آزمایشی جزء ضروری برنامه می‌باشد.

سیر تهیه دستورالعمل‌های سازمان جهانی بهداشت برای شستن دست‌ها در مراقبت‌های بهداشتی درمانی

وضعیت اقدام انجام شده	مراحل توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت در پیشرفت دستورالعمل فنی
کامل شد	تعریف عناوین اصلی که در دستورالعمل مورد تأکید قرار گرفته است
کامل شد	انجام پژوهش سازمان یافته برای مستندات
کامل شد	مرور مستندات در دسترس
کامل شد	تدوین توصیه‌های مرتبط با تقویت این مستندات
کامل شد	تهیه پیش‌نویس دستورالعمل‌ها
کامل شد	بحث و یکپارچه کردن پیشنهادات متقدان خارجی
کامل شد	تهیه پیش‌نویس نسخه نهایی دستورالعمل‌ها
کامل شد	تدوین توصیه‌ها برای گسترش راهبردها
کامل شد	مستند کردن فرایند تهیه دستورالعمل
در حال انجام	ارزیابی دستورالعمل از طریق اجرای آزمایشی برنامه

مسئله: عفونت‌های ناشی از مراقبت‌های بهداشتی درمانی علت اصلی مرگ و ناتوانی در سراسر جهان هستند.

عفونت‌های ناشی از مراقبت‌های بهداشتی درمانی در سراسر جهان اتفاق می‌افتد و هر دو گروه کشورهای توسعه یافته و کشورهای فقیر را تحت تأثیر قرار می‌دهند. عفونت‌های اکتسابی در سطوح مختلف مراقبت‌های بهداشتی درمانی، علل اصلی مرگ و افزایش ابتلاء در بیماران بستری شده هستند. آنها باعث بار قابل توجهی برای بیماران و خانواده آنها و هم برای بهداشت عمومی جامعه می‌شوند. بررسی شیوع در ۵۵ بیمارستان در ۱۴ کشور عضو چهار منطقه سازمان جهانی بهداشت (آسیای جنوب شرقی، اروپا، مدیترانه شرقی و اقیانوسیه غربی) که تحت نظارت سازمان جهانی بهداشت انجام شد، نشان داد که به‌طور متوسط ۸/۷٪ بیماران بیمارستان از عفونت‌های بیمارستانی رنج می‌برند. در هر لحظه بیش از ۱/۴ میلیون نفر در سراسر جهان از عوارض عفونی ناشی از مراقبت‌های بهداشتی درمانی در رنج هستند.

عفونت‌های ناشی از مراقبت‌های بهداشتی درمانی یک کشتارکننده بزرگ بیماران در تمام سنین مخصوصاً در میان افراد آسیب‌پذیر جامعه به حساب می‌آیند. بیماران خیلی بدحال در خطر بالایی در ابتلاء به عفونت‌های ناشی از مراقبت‌های بهداشتی درمانی و مرگ از آن قرار دارند.

بیمارستان‌هایی که برای بهبود بیماران فعالیت می‌کنند خود منبع عفونت می‌باشند. به‌صورت انکارناپذیری پیشرفت‌های پزشکی تا حدودی مسئول این واقعیت هستند که عفونت‌های بیمارستانی از علل اصلی مرگ در برخی قسمت‌های جهان به‌شمار می‌روند.

گزارش بهداشت جهانی ۱۹۹۶ - جنگ علیه بیماری‌ها، ترویج توسعه

در کشورهای توسعه یافته ۱۰ - ۵٪ بیماران بستری در مراقبت‌های حاد بیمارستانی به یک عفونت که در زمان پذیرش به آن مبتلا نبوده و در دوره نهفتگی آن هم نبوده‌اند، مبتلا می‌شوند. چنین عفونت‌های کسب شده از بیمارستان، ابتلاء، مرگ و میر و هزینه‌های بیماران را که انتظار می‌رود صرفاً مربوط به بیماری اصلی آنها باشد، افزایش می‌دهد. در ایالات متحده آمریکا یک بیمار از ۱۳۶ بیمار در بیمارستان بر اثر یک عفونت بیمارستانی به شدت مریض می‌شود که معادل ۲۰۰۰۰۰ بیمار و در حدود ۸۰۰۰۰ مرگ در سال است. در انگلستان عفونت‌های ناشی از مراقبت‌های بهداشتی درمانی سالانه موجب مرگ ۵۰۰۰ نفر می‌شوند.

هر سال حداقل ۲۰۰۰۰۰ بیمار در امریکا و بیش از ۳۲۰۰۰۰ بیمار در انگلستان یک یا چند عفونت ناشی از مراقبت‌های بهداشتی درمانی را در طی اقامت در بیمارستان کسب می‌کنند.

در میان بیماران بدحال، حتی در بخش‌های با منابع سطح بالا، حداقل ۲۵٪ بیماران پذیرفته شده در بیمارستان به یک عفونت ناشی از مراقبت‌های بهداشتی درمانی مبتلا می‌شوند. در بعضی کشورها این نسبت ممکن است بسیار بیشتر باشد برای مثال در ترینداد و توباگو، دو سوم بیماران بستری شده در بخش‌های مراقبت ویژه حداقل از یک عفونت ناشی از مراقبت بهداشتی درمانی رنج می‌برند.

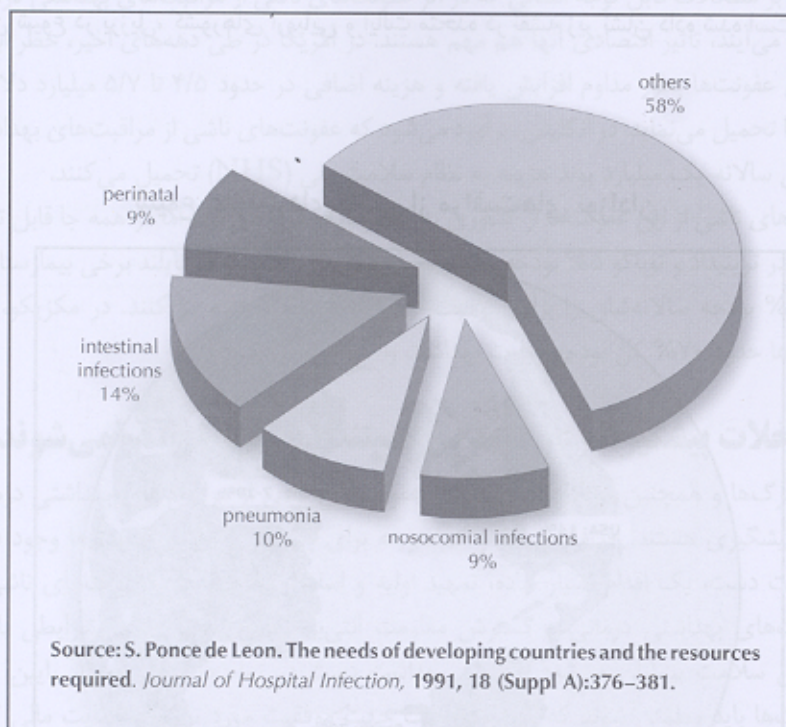
هر روز ۲۴۷ نفر در امریکا در اثر یک عفونت ناشی از مراقبت‌های بهداشتی درمانی می‌میرند.

در کشورهای فقیر، مناطقی که سیستم‌های بهداشتی نیازمند ارائه مراقبت‌های بهداشتی درمانی به جمعیتی با وضعیت بهداشتی پایین و غلبه بر کمبودهای منابع انسانی و فنی هستند، بار عفونت‌های ناشی از مراقبت‌های بهداشتی درمانی حتی مهم‌تر است. به عنوان مثال در مکزیک عفونت‌های ناشی از مراقبت‌های بهداشتی درمانی سومین علت شایع مرگ در کل جمعیت است. اگرچه برآوردهای عفونت‌های قابل پیشگیری ناشی از مراقبت‌های بهداشتی درمانی متفاوت است، این نسبت در کشورهای در حال توسعه ممکن است ۴۰٪ یا بیشتر باشد.

در سراسر دنیا، حداقل یک چهارم بیماران در مراقبت‌های ویژه یک عفونت را در طی اقامت خود در بیمارستان کسب می‌کنند. در کشورهای در حال توسعه این تخمین امکان دارد دو برابر باشد.

در ارائه خدمات بهداشتی درمانی توسط کارکنان کمتر برای جمعیتی انبوه، استفاده نادرست از فناوری پزشکی شایع می‌باشد و خطر عفونت‌های همراه با اقدامات مراقبتی افزایش می‌یابند. این یک اتفاق شایع در کشورهای فقیر است و فاصله بین مراقبت‌های بهداشتی درمانی را در میان کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه بیشتر می‌کند. تأثیر آن بر بیماران آسیب‌پذیرتر بیشتر است. میزان عفونت‌های همراه با ابزارهای عروقی در میان نوزادان کشورهای در حال توسعه ۲۰ - ۳ بار بیشتر از کشورهای توسعه یافته است. در برزیل و اندونزی بیش از نصف نوزادان بستری شده در بخش نوزادان یک عفونت ناشی از مراقبت‌های بهداشتی درمانی را با میزان مرگ و میر بین ۱۲٪ تا ۵۲٪ کسب می‌کنند. در کشورهای توسعه یافته میزان عفونت‌های بیمارستانی در میان نوزادان ۱۲ برابر کمتر است.

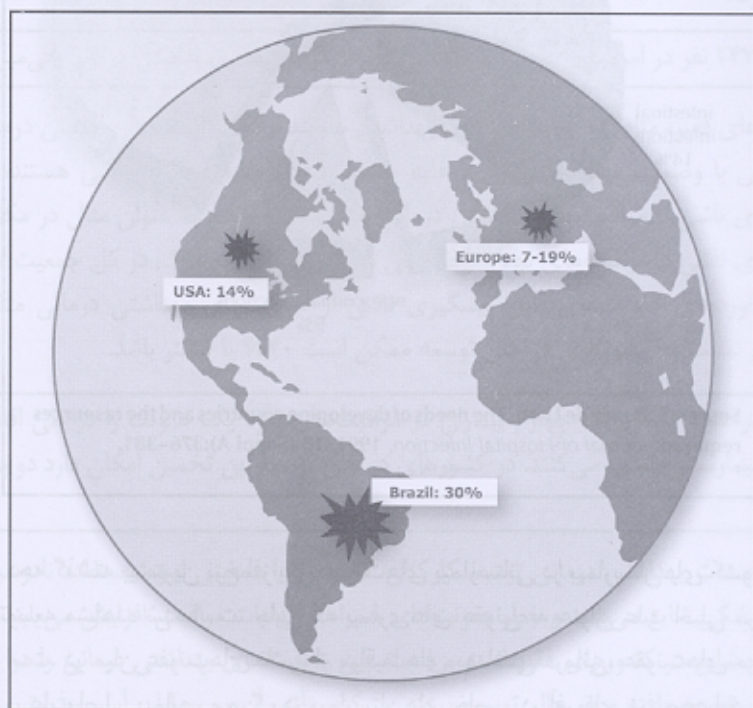
علل مرگ در مکزیک



در دو دهه گذشته بیشترین نرخ افزایش عفونت‌های بیمارستانی در بیمارستان‌های کشورهای در حال توسعه مشاهده شده است، جایی که بیماری‌های عفونی به عنوان علت اصلی مرگ باقی مانده است. در میان عفونت‌های ناشی از مراقبت‌های بهداشتی درمانی، عفونت‌های محل زخم جراحی، علت اصلی بیماری و مرگ در بیمارستان‌های خاصی در آفریقای زیر صحرا هستند. این در حالی است که تأمین داروهای در دسترس برای درمان عفونت‌ها به دلیل افزایش مقاومت میکروپها به داروهای ضد میکروبی بطور پیشرونده‌ای کاهش می‌یابد. بنابراین فهرست داروهایی که قبلاً مؤثر بوده‌اند بیش از پیش در حال کوتاه شدن است.

عفونت‌های ناشی از مراقبت‌های بهداشتی درمانی در طی مراقبت‌های نوزادی علت اصلی بیماری‌های جدی و مرگ آنها می‌باشند. میزان شیوع در برزیل، کشورهای اروپایی و ایالت متحده در نقشه زیر نشان داده شده است.

شیوع عفونت‌های ناشی از مراقبت‌های نوزادان



در میان نوزادان ۱۲ برابر کمتر است.

بار اقتصادی

علاوه بر مشکلات قابل توجه انسانی که در اثر عفونت‌های ناشی از مراقبت‌های بهداشتی درمانی بوجود می‌آیند، تأثیر اقتصادی آنها هم مهم هستند. در آمریکا در طی دهه‌های اخیر، خطر ابتلاء به این عفونت‌ها بطور مداوم افزایش یافته و هزینه اضافی در حدود $4/5$ تا $5/7$ میلیارد دلار در سال را تحمیل می‌نماید. در انگلیس، برآورد می‌شود که عفونت‌های ناشی از مراقبت‌های بهداشتی درمانی سالانه یک میلیارد پوند هزینه به نظام سلامت ملی (NHS) تحمیل می‌کنند. هزینه‌های ناشی از این عفونت‌ها از کشوری به کشور دیگر فرق می‌کند، اما در همه جا قابل توجه است. در ترینیداد و توباگو 5% بودجه سالانه بیمارستان‌های کشور و در تایلند برخی بیمارستان‌ها تا 10% بودجه سالانه‌شان را برای مراقبت از این عفونت‌ها هزینه می‌کنند. در مکزیکو، این هزینه‌ها حدود 70% کل بودجه وزارت بهداشت را تشکیل می‌دهند.

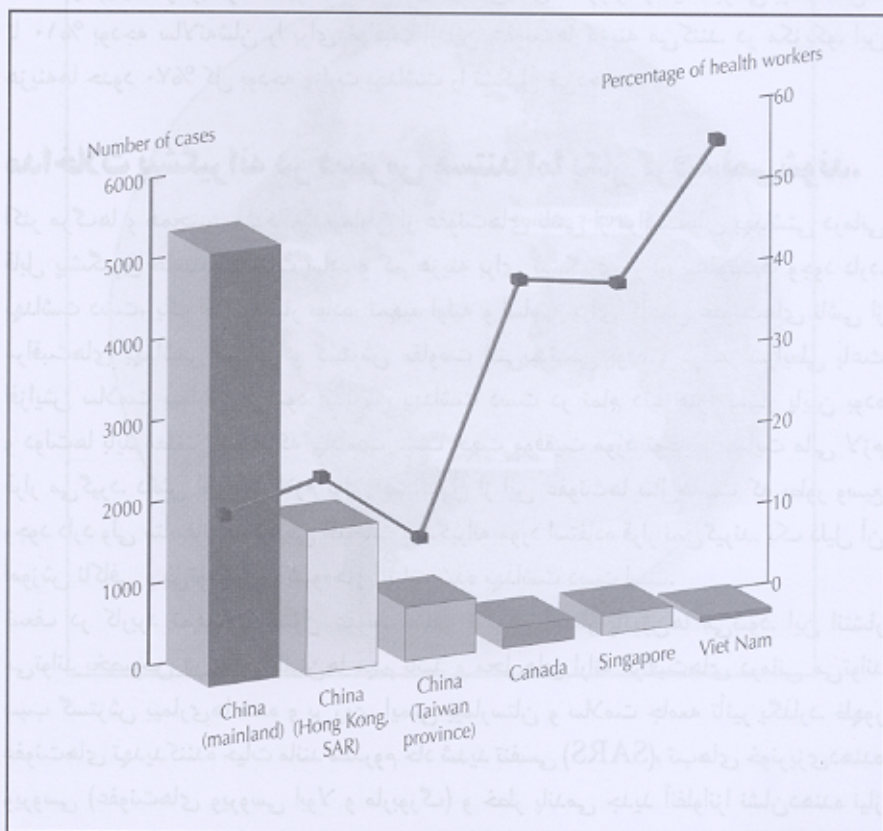
مداخلات پیشگیرانه در دسترس هستند اما بکار گرفته نمی‌شوند.

اکثر مرگ‌ها و همچنین مشکلات بیماران از عفونت‌های ناشی از مراقبت‌های بهداشتی درمانی قابل پیشگیری هستند. اقدامات ساده و کم هزینه برای پیشگیری از این عفونت‌ها وجود دارد. بهداشت دست، یک اقدام بسیار ساده، تمهید اولیه و اساسی برای کاهش عفونت‌های ناشی از مراقبت‌های بهداشتی درمانی و گسترش مقاومت آنتی‌بیوتیکی بوده و در هر شرایطی باعث افزایش سلامت بیماران می‌شود. پذیرش بهداشت دست در تمام دنیا هنوز بسیار پایین بوده و دولت‌ها باید مطمئن شوند که بهداشت دست جهت موفقیت مورد توجه و حمایت مالی لازم قرار می‌گیرد. دانش اقدامات لازم برای پیشگیری از این عفونت‌ها سال‌هاست که بطور وسیع وجود دارد ولی متأسفانه به دلایلی اقدامات پیشگیرانه مورد استفاده قرار نمی‌گیرند. یک دلیل آن آموزش ناکافی و بی‌توجهی به شیوه‌های اثبات شده بهداشت دست است.

ضعف در کاربرد تمهیدات کنترل عفونت سبب تسهیل انتشار پاتوژن‌ها می‌شود. این انتشار می‌تواند بخصوص در زمان طغیان‌ها مهم باشد و محل‌های ارائه مراقبت‌های درمانی می‌تواند سبب گسترش بیماری‌ها شده و بر روی ایمنی بیمارستان و سلامت جامعه تأثیر بگذارد. ظهور عفونت‌های تهدیدکننده حیات مانند سندروم حاد شدید تنفسی (SARS)، تب‌های خونریزی‌دهنده ویروسی (عفونت‌های ویروسی ابولا و ماربورگ) و خطر پاندمی جدید آنفلوآنزا نشان‌دهنده نیاز مبرم به روش‌های مؤثر کنترل عفونت در زمان ارائه مراقبت‌های بهداشتی درمانی است. در

واقعۀ اخیر تب خونریزی‌دهندۀ ویروسی ماربورگ در آنگولا، انتقال در حین مراقبت‌های بهداشتی درمانی نقش عمدۀ در گسترش طغیان داشت. سیاست‌ها و روش‌های متفاوت در بین کشورها که ممکن است در حد وسیعی بین بیمارستان‌ها و کشورها فرق نمایند یک نگرانی دیگر است. این تفاوت‌ها در جریان اپیدمی SARS آشکار شد که ۶۰ - ۲۰ درصد کل مبتلایان را پرسنل بهداشتی درمانی تشکیل دادند.

سندرم حاد شدید تنفسی (SARS): تعداد کل موارد و درصد ابتلا پرسنل بهداشتی درمانی در ۴ کشور



راه حل

دستورالعمل شفاف، مؤثر و کاربردی در مورد تمهیدات کنترل گسترش عفونت مورد نیاز است. گرچه بهداشت دست به عنوان مهم‌ترین اقدام پیشگیری و کنترل عفونت‌های ناشی از مراقبت بهداشتی درمانی مورد توجه بوده است، اما تضمین ارتقاء آن یک وظیفه سنگین و پیچیده است. راهنماهای سازمان جهانی بهداشت در مورد بهداشت دست در مراقبت‌های بهداشتی درمانی، کارکنان مراقبت بهداشتی درمانی، مدیران بیمارستان و مسئولین بهداشتی را با بررسی جامع جنبه‌های مختلف بهداشت دست و اطلاعات عمیق برای غلبه بر موانع بالقوه آشنا می‌کند. این دستورالعمل برای هر وضعیتی که در آن خدمات بهداشتی درمانی ارائه می‌شود، کاربرد دارد. این مجموعه یک بازنگری جامع از داده‌های علمی در خصوص شیوه‌ها و دلایل بهداشت دست در محل‌های مراقبت بهداشتی درمانی را فراهم نموده و اطلاعات فنی کافی برای حمایت از مواد آموزشی و کمک به تدوین راهبردهای اجرایی را در یک سند جمع‌آوری کرده است. موضوعات در این بازنگری عبارتند از:

- تعاریف واژه‌ها ؛
- چشم‌انداز تاریخی بهداشت دست در مراقبت‌های بهداشتی درمانی ؛
- فلور باکتریایی طبیعی دست‌ها ؛
- فیزیولوژی پوست سالم ؛
- انتقال پاتوژن‌های روی دست شامل مستندات موجود برای چگونگی انتقال از پوست بیمار یا محیط بی‌جان به سایر بیماران و یا به کارکنان مراقبت‌های بهداشتی درمانی از طریق دست‌های آلوده ؛
- مدل‌های تجربی یا ریاضی انتقال میکروارگانیسم‌ها توسط دست ؛
- ارتباط بین بهداشت دست و اکتساب پاتوژن‌های مرتبط با مراقبت‌های بهداشتی درمانی ؛
- بررسی نقادانه روش‌های ارزیابی اثرات ضد میکروبی مواد شوینده دست‌ها و فرمولاسیون آماده‌سازی دست برای جراحی؛ این بررسی شامل روش‌های رایج، کاستی‌های روش‌های مرسوم و چشم‌انداز شیوه‌های پیش‌رو است ؛
- موادی که برای بهداشت دست استفاده می‌شود، شامل آب، صابون‌های ضد میکروبی و معمولی، الکل‌ها، کلرهگزیدین، کلراکسی لنول، هگزاکلروفن، ید و یدوفورها، ترکیبات آمونیوم چهار ظرفیتی و تریکلوزان‌ها؛
- عملکرد مواد ضد عفونی کننده علیه باکتری‌های مولد اسپور و کاهش حساسیت ارگانیسم‌ها

به مواد ضد عفونی کننده ؛

موجود بودن محلول های مالش دست حاوی الکل برای ترویج روش های مؤثر بهداشت دست بویژه در شرایط عدم دسترسی به آب لوله کشی، حیاتی است. معرفی یک محلول مالش دست حاوی الکل باعث ترغیب پرسنل بهداشتی درمانی به استفاده و لذا کاهش عفونت های ناشی از مراقبت های بهداشتی درمانی می شود.

- تأثیر نسبی صابون ساده، صابون ضد میکروبی، پاک کننده ها و الکل ها ؛
- جنبه های ایمنی مرتبط با فرآورده های بهداشت دست ؛
- ترکیب بدون آب سازمان جهانی بهداشت برای بهداشت دست. برای پذیرش مناسب بهداشت دست توسط پرسنل بهداشتی درمانی، دسترسی آسان ضروری است و برای ترکیبات حاوی الکل باید به مسایل پشتیبانی، اقتصادی و فرهنگی توجه نمود ؛
- آماده سازی دست برای جراحی، شامل بررسی شواهد، اهداف انتخاب نوع فرآورده جهت آماده سازی دست برای جراحی و مواد ضد عفونی کننده دست برای جراحی که از آب و صابون و یا محلول های مالش دست حاوی الکل استفاده می نمایند ؛
- وفور و پاتوفیزیولوژی واکنش های پوست مرتبط با بهداشت دست و روش های کاهش اثرات جانبی آنها ؛
- عوامل مورد توجه در زمان انتخاب فرآورده های بهداشت دست و راهنمای انجام آزمایش قبل از خرید ؛
- شیوه های بهداشت دست در میان کارکنان مراقبت سلامت، پیروی از اقدامات پیشنهاد شده، بررسی عوامل مؤثر در پیروی ؛
- جنبه های مذهبی و فرهنگی بهداشت دست ؛
- ملاحظات رفتاری در خصوص روش های بهداشت دست و مرور کاربرد علوم رفتاری برای کمک به پیشبرد راهبردها ؛
- سازماندهی برنامه های آموزشی برای ترویج بهداشت دست ؛
- راهبردهای ترویج بهداشت دست، با بررسی اجزایی که تاکنون برای پیشبرد راهبردها بکار رفته است و همکاری در تهیه یک راهبرد برای اجرای دستورالعمل ها ؛
- سیاست های جهانی پوشیدن دستکش، تأثیر آنها بر بهداشت دست و توجه ویژه به استفاده از دستکش در کشورهای در حال توسعه ؛

- سایر سیاست‌های مرتبط به مؤثر بودن فرآیندهای بهداشت دست، مانند مراقبت از ناخن‌ها و استفاده از جواهرات و ناخن‌های مصنوعی؛
- موضوعات مهمی که به طراحی و ارزشیابی راهبردهای اجرایی کمک می‌کند در راهنماها بیان می‌شود، که شامل اقدامات کلیدی برای کمک به ارزشیابی بسیج‌های اجرایی است. روش‌هایی برای پایش انجام بهداشت دست بررسی می‌شود، و شاخص‌های کیفی در ارتباط با بهداشت دست در مراقبت‌های بهداشتی درمانی پیشنهاد می‌شود.
- روش‌های پایش اجرای بهداشت دست مرور و شاخص‌های کیفیت مرتبط با بهداشت دست در مراقبت‌های درمانی پیشنهاد شده‌اند.

عوامل تأثیرگذار بر تبعیت از روش‌های بهداشت دست

الف) عوامل خطر مشاهده شده برای تبعیت ضعیف پرسنل

- کار در واحدهای ویژه (ICU)
- کار در ایام هفته (در مقابل پایان هفته)
- پوشیدن دستکش یا گان
- سینک اتوماتیک
- فعالیت‌های با خطر بالای انتقال متقاطع
- کمی یا زیادی پرسنل
- دفعات بالای نیاز به بهداشت دست در هر ساعت ارائه خدمت
- وضعیت دستیار پرستار (بیشتر از پرستار)
- وضعیت پزشک (بیشتر از پرستار)

ب) عوامل خطر اعلام شده توسط خود افراد برای تبعیت ضعیف پرسنل

- مواد شستشوی دست سبب تحریک و خشکی پوست می‌شوند
- سینک‌ها در جای نامناسب قرار داشته و یا کم هستند
- صابون، دستمال و حوله وجود ندارد
- اغلب خیلی گرفتار بوده و وقت نیست
- نیازهای بیماران در اولویت قرار می‌گیرد
- بهداشت دست با ارتباط بین پرسنل بهداشتی درمانی و بیمار تداخل دارد

- خطر کسب عفونت از بیمار کم است
- پوشیدن دستکش یا عقیده بر این که پوشیدن دستکش نیاز به بهداشت دست را رفع می‌کند
- ناآگاهی نسبت به دستورالعمل‌ها و پروتکل‌ها
- فکر نکردن به آن و فراموش کاری
- عدم توجه همکاران و یا افراد رده بالاتر به این امر
- بی‌اعتقادی به ارزش بهداشت دست
- موافق نبودن با توصیه‌ها
- فقدان اطلاعات علمی از تأثیر قطعی بهداشت دست روی میزان بروز عفونت‌های ناشی از مراقبت‌های درمانی

ج) موانع اضافی مشاهده شده برای بهداشت دست متناسب

- فقدان مشارکت فعال در پیشبرد بهداشت دست به صورت فردی یا در سطح موسسه
- فقدان نقش آموزشی بهداشت دست برای دیگران
- فقدان اولویت موسسه برای بهداشت دست
- نبود برخورد اداری متناسب برای پذیرش یا عدم پذیرش
- نبود فضای ایمن در موسسه

توصیه‌های مورد اجماع

سیستم درجه‌بندی برای شواهد

موافقت شد که نظام CDC/HICPAC برای طبقه‌بندی توصیه‌ها به شرح ذیل پذیرفته شود:

- طبقه 1A: قویا برای اجرا توصیه شده و قویا به وسیله مطالعات اپیدمیولوژیک و بالینی با طراحی خوب حمایت می‌شود.

- طبقه 1B: قویا برای اجرا توصیه شده و توسط برخی مطالعات اپیدمیولوژیک و بالینی حمایت شده و دلایل تئوریک قوی دارد.

- طبقه 1C: مورد نیاز برای اجراء است به نحوی که توسط دولت و یا مقررات یا استاندارد کشوری حکم شده باشد.

- طبقه II: برای اجرا پیشنهاد شده و به وسیله مطالعات اپیدمیولوژیکی، بالینی و یا دلایل تئوریکی پیشنهاد شده و یا برخی از متخصصین در خصوص آن اجماع نظر دارند.

توصیه‌ها

۱. دلایل شستشو و ضد عفونی دست

الف. دست‌ها را وقتی که آشکارا کثیف یا آلوده به مواد پروتئینی هستند، یا آشکارا با خون یا سایر مایعات بدن آلوده شده‌اند، یا اگر در معرض تماس احتمالی یا ثابت شده با ارگانیسم‌های تولیدکننده اسپور (1B) باشند و یا بعد از استفاده از اتاق استراحت (II) با آب و صابون بشوئید؛

ب. اگر دست‌ها آشکارا آلوده نیستند در موارد بالینی که در بندهای a تا f آورده شده‌اند ترجیحاً از محلول‌های مالش دست حاوی الکل برای استفاده معمول استفاده شود. (1A) در سایر موارد، دست‌ها را با آب و صابون بشوئید (1B)؛

ج. بهداشت دست‌ها را انجام دهید:

- قبل و بعد از هر تماس مستقیم با بیمار (1B)؛
- بعد از درآوردن دستکش (1B)؛
- قبل از جابجاکردن یک وسیله تهاجمی برای مراقبت بیمار (بدون توجه به اینکه دستکش استفاده می‌شود یا خیر) (1B)؛
- بعد از تماس با مایعات و ترشحات بدن بیمار، غشاهای مخاطی، پوست آسیب‌دیده یا پانسمان زخم (1A)؛
- اگر در حین انجام مراقبت بیمار از محل آلوده بدن به نواحی تمیز بدن بیمار تماس پیدا می‌کنید (1B)؛
- بعد از تماس با اشیاء بی‌جان (شامل تجهیزات پزشکی) که در مجاورت نزدیک بیمار هست (IB).

د. قبل از جابجایی داروها و آماده‌سازی غذا دست‌ها را با آب و صابون ساده یا ضد میکروبی بشوئید یا با محلول‌های حاوی الکل مالش دهید (1B)؛

ه. وقتی محلول‌های حاوی الکل برای مالش دست استفاده شده، از صابون ضد میکروبی به‌صورت همزمان استفاده نکنید (II).

۲. روش‌های بهداشت دست



الف) بقدر یک کف دست از فرآورده را برای پوشاندن همه سطح دست‌ها استفاده کنید. دست‌ها را مالش دهید تا زمانیکه خشک شوند (1B).

ب) وقتی دست‌ها را با آب و صابون می‌شوید دست‌ها را خیس کرده و مقادیر کافی صابون برای پوشش کامل همه سطح دست‌ها استفاده کنید. با دقت عمل مالش‌دادن کف دست‌ها و بین انگشتان را برای پوشش کامل همه سطوح انجام

دهید. دست‌ها را آبکشی کرده و با حوله یکبار مصرف کاملاً خشک نمایید. تا جاییکه ممکن است از آب تمیز و لوله‌کشی استفاده کنید. حوله استفاده شده را دور بیندازید (1B).
ج) مطمئن شوید دست‌ها خشک شده‌اند و از روشی که دست‌ها را آلوده نکند استفاده کنید. مطمئن شوید حوله‌ها چند مرتبه استفاده نشده و توسط چند نفر هم استفاده نشوند (1B).
از استفاده آب گرم به خاطر افزایش خطر التهاب پوست در اثر تکرار تماس پرهیز نمایید (1B).

د) هنگامی که دست‌ها را با صابون ضد میکروبی می‌شوید، فرم‌های مایع، جامد، کاغذی یا پودری صابودن ساده، قابل قبول هستند (II).

۳. توصیه‌هایی جهت آماده‌سازی دست‌ها برای جراحی



(الف) اگر دست‌ها آشکارا آلوده هستند قبل از آماده‌سازی آنها برای جراحی، آنها را با آب و صابون ساده بشویید (II). خرده‌های زیر ناخن‌ها را با استفاده از تمیزکننده ناخن زیر آب روان، خارج نمایید (II).

(ب) سبک به نحوی طراحی شود که خطر پاشیدن آب را کاهش دهد.

(ج) قبل از آماده‌سازی دست‌ها برای جراحی انگشتر، حلقه، ساعت و دست‌بند را خارج نمایید (II). ناخن‌های مصنوعی ممنوع هستند (1B).

(د) ضدعفونی دست‌ها برای جراحی باید با محلول حاوی الکل یا صابون ضد میکروبی با فعالیت پایدار قبل از پوشیدن دستکش‌های استریل انجام شود (1B).

(ه) اگر کیفیت آب در اتاق عمل قابل اطمینان نیست، ضدعفونی دست‌ها برای جراحی با محلول‌های حاوی الکل قبل از پوشیدن دستکش توصیه می‌شود (II).

(و) وقتی برای ضدعفونی دست‌ها برای جراحی، از صابون‌های ضد میکروبی استفاده می‌شود، دست‌ها و ساعدها را به مدت زمان توصیه شده توسط سازنده (۵ - ۲ دقیقه) بشویید. زمان طولانی شستن (مثلاً ۱۰ دقیقه) ضروری نمی‌باشد (1B).

(ز) وقتی از محلول‌های حاوی الکل با فعالیت پایدار استفاده می‌شود، رهنمودهای تولیدکننده آنها را رعایت نمایید. فرآورده را فقط روی دست خشک استفاده کنید (1B). محلول‌های شستشوی حاوی الکل را با سایر پاک‌کننده‌ها ترکیب نکنید (II).

(ط) وقتی از یک فرآورده حاوی الکل استفاده می‌کنید، به مقدار کافی از فرآورده برای خیس کردن دست‌ها و آرنج‌ها در طی فرآیند مالش دادن استفاده کنید (1B).

ی) بعد از کاربرد یک فرآورده حاوی الکل، اجازه دهید دست‌ها و آرنج‌ها کاملاً خشک شود و سپس دستکش بپوشید (1B).

۴. انتخاب و خرید فرآورده‌های بهداشت دست

الف) برای پرسنل بهداشتی درمانی مقادیر کافی فرآورده‌های بهداشت دست با حداقل تحریک‌کنندگی پوست فراهم نمایید (1B).

ب) برای افزایش پذیرش و تبعیت بهداشت دست توسط پرسنل بهداشتی درمانی، از آنها در خصوص احساس، بو و تحمل پوستشان در خصوص هر یک از فرآورده‌های مورد نظر، پرسش نمایید (1B).

ج) وقتی فرآورده‌های بهداشت دست را انتخاب می‌کنید:

- در خصوص هر گونه واکنش احتمالی بین فرآورده‌های مورد استفاده در بهداشت دست و محصولات مراقبت از دست و انواع دستکش‌های مورد استفاده در موسسه بررسی نمایید (II).

- در خصوص احتمال آلودگی فرآورده (قبل از عرضه به بازار و استفاده) از تولیدکننده پرسش نمایید (1B).

- مطمئن شوید که دستگاه توزیع با کفایت کار کرده و مقادیر متناسب از فرآورده را خارج می‌کند (II).

- مطمئن شوید که سیستم دستگاه توزیع برای ترکیبات حاوی الکل از نظر مواد قابل اشتعال تأیید شده باشد (1C).

- از فروشنده در خصوص هر گونه اثر متقابل بین لوسیون، کرم یا محلول حاوی الکل با صابون‌های ضد میکروبی که در موسسه استفاده می‌شود، سؤال نمایید (1B).

د) به دستگاه توزیع که نیمه خالی شده، صابون اضافه نکنید. اگر دستگاه توزیع چند بار مصرف است، طبق فرایندهای توصیه شده برای تمیز کردن عمل نمایید (1A).

۵. مراقبت پوست

الف) اطلاعات مربوط به طرح انجام مراقبت دست به گونه‌ای در برنامه آموزشی کارکنان مراقبت‌های بهداشتی درمانی طراحی شود تا خطر درمانیت تحریکی تماسی و سایر

آسیب‌های پوستی را کاهش دهد.

ب) جهت استاندارد نمودن مواد مورد استفاده در محل‌های ارائه مراقبت‌های بهداشتی درمانی، مواد شوینده دست جایگزین برای کارکنان مراقبت‌های بهداشتی درمانی که دارای عکس‌العمل‌های سوء یا حساسیتی پوست هستند، فراهم گردد.

ج) وقتی که نیاز است درمانیت تحریکی در رابطه با مواد ضد عفونی کننده دست یا بهداشت دست به حداقل برسد، لوسیون و یا کرم برای کارکنان مراقبت‌های بهداشتی درمانی فراهم شود.

۶. استفاده از دستکش

الف) استفاده از دستکش جانشین تمیز کردن دست‌ها از طریق محلول‌های حاوی الکل یا شستن نمی‌باشد.

ب) وقتی که پیش‌بینی می‌شود که تماس با خون یا سایر مواد، غشاءهای مخاطی، پوست آلوده به عفونت، بطور بالقوه اتفاق می‌افتد، از دستکش استفاده شود.

ج) دستکش‌ها بعد از مراقبت بیمار در آورده شود و یک جفت دستکش برای مراقبت بیش از یک بیمار استفاده نگردد.

د) در طول مراقبت از بیمار اگر قصد دارید از ناحیه آلوده بدن بیمار به ناحیه تمیز بدن همان بیمار و یا محیط تمیز دست بزنید، دستکش‌ها را عوض کنید و یا آنها را در بیابارید.

و) از استفاده مجدد دستکش خودداری کنید. اگر دستکش‌ها قابلیت استفاده مجدد دارند، روش‌های ویژه بکار گرفته شود تا از عدم آلودگی میکروبیولوژیکی و سلامت دستکش مطمئن شوید.

۷. سایر جنبه‌های بهداشت دست

الف) از ناخن مصنوعی یا بلند کردن آنها در صورت تماس مستقیم با بیماران اجتناب کنید.

ب) ناخن‌ها را کوتاه نگه دارید (کمتر از ۰/۵ سانتیمتر طول)

۸. برنامه‌های انگیزشی و آموزشی کارکنان مراقبت‌های بهداشتی درمانی

الف) در برنامه‌های ارتقاء بهداشت دست برای کارکنان مراقبت‌های بهداشتی درمانی، بر روی عواملی که بطور قابل توجهی بر روی رفتار و نه فقط بر روی نوع مواد بهداشت دست، نفوذ

دارند، تاکید شود. راهبرد باید چند منظوره و چند وجهی و با حمایت مقامات اجرایی همراه باشد.

ب) کارکنان مراقبت‌های بهداشتی درمانی در ارتباط با نوع فعالیت‌های مراقبت بیمار و پیامدهای آن که می‌تواند نتیجه دست آلوده باشد و در مورد مزایا و روش‌های مختلف تمیز کردن دست‌ها آموزش داده شوند.

ج) پیروی کارکنان مراقبت‌های بهداشتی درمانی از اقدامات پیشنهاد شده برای بهداشت دست پایش، و به آنان پس‌خوراند داده شود.

د) مشارکت بیماران، خانواده آنها و مراجعین بهداشتی جهت ارتقاء بهداشت دست در مراقبت‌های بهداشتی درمانی تشویق گردد.

۹. مسئولیت‌های دولت و سازمان‌ها

۱ - ۹: برای مدیران بیمارستان

الف) دسترسی مداوم به مخازن آب سالم در تمام لوله‌های آب فراهم و تسهیلات برای بهداشت دست کارکنان مراقبت‌های بهداشتی درمانی تأمین گردد.

ب) دسترسی سریع به محلول‌های حاوی الکل جهت مالش دست‌ها و به‌منظور مراقبت بیمار فراهم شود.

ج) پیروی از اولویت بهداشت دست ارتقاء یابد و هدایت مناسب، حمایت اداری و منابع مالی تدارک گردد.

د) متخصصین مراقبت‌های بهداشتی درمانی زمانی را برای آموزش فعالیت‌های کنترل عفونت، شامل اجرای برنامه ارتقاء بهداشت دست اختصاص دهند.

و) برنامه چند منظوره و چند وجهی جهت بهبود تبعیت کارکنان مراقبت‌های بهداشتی درمانی از اقدامات بهداشت دست طراحی و اجرا شود.

ه) با توجه به بهداشت دست، مطمئن باشید که مخزن آب در مجموعه مراقبت‌های بهداشتی درمانی از فاضلاب و زهکشی جدا باشد و سیستم کنترل و پایش برقرار گردد.

۲ - ۹: برای دولت‌ها در سطح ملی

الف) تبعیت از بهداشت دست به عنوان یک اولویت ملی توسعه یابد و به تدارک یک برنامه اجرایی هماهنگ با بودجه کافی توجه شود.

ب) تقویت ظرفیت‌های کنترل عفونت در محل‌های مراقبت‌های بهداشتی درمانی حمایت گردد.
ج) بهداشت دست در سطح جامعه جهت تقویت و حمایت خود و دیگران ارتقاء یابد.

مزایای روش اصلاح شده بهداشت دست

آیا ارتقاء بهداشت دست می‌تواند به کاهش بار بیماری‌های عفونی ناشی از مراقبت‌های بهداشتی درمانی کمک کند؟

شواهد نشان می‌دهد که اصلاح بهداشت دست می‌تواند عفونت‌های مرتبط با مراقبت‌های بهداشتی درمانی را کاهش دهد. عدم انجام بهداشت دست دلیل عفونت‌های ناشی از مراقبت‌های بهداشتی درمانی، گسترش ارگانیسم‌های مقاوم، و عوامل شناخته شده طغیان‌های عفونی است. بهبود روش‌های بهداشت دست باعث کاهش عفونت‌های مربوط به مراقبت‌های بهداشتی درمانی و عدم گسترش ارگانیسم‌های مقاوم می‌شود. همچنین، تقویت دوباره روش‌های بهداشت دست به کنترل آلودگی‌ها در تسهیلات مراقبت‌های بهداشتی درمانی کمک می‌کند. اثرات مفید ارتقاء بهداشت دست بر روی خطر انتقال در مدارس، مهد کودک‌ها و مجموعه‌های اجتماعی نیز نمایان است. ارتقاء بهداشت دست، بهداشت کودک را بهبود می‌بخشد و باعث کاهش عفونت‌های تنفسی، اسهال و زرد زخم در میان کودکان در کشورهای در حال توسعه می‌گردد.

آیا ارتقاء بهداشت دست دارای هزینه اثربخشی مناسب است؟

فایده بالقوه ارتقاء موفق بهداشت دست، ارزش هزینه‌های آن را دارد و لذا این امر باید حمایت شود. مداخلات چند وجهی به احتمال زیاد مؤثرتر و پایدارتر از مداخلات با یک جزء می‌باشد. تجربه نشان می‌دهد هر چقدر منابع بیشتر باشد، امکان انجام برنامه بیشتر است. در ارزشیابی تأثیر اقتصادی برنامه‌های ارتقاء بهداشت دست، باید صرفه‌جویی ناشی از کاهش عفونت‌های ناشی از مراقبت‌های بهداشتی درمانی را در نظر گرفت. بودجه هزینه شده از منابع بیمارستان در ارتباط با فقط ۴ یا ۵ عفونت ناشی از مراقبت‌های بهداشتی درمانی ممکن است با بودجه یک سال برای مواد شوینده برای بهداشت دست که در رابطه با مراقبت بیمار استفاده می‌شود، برابر باشد. یک عفونت شدید جراحی، مجاری تحتانی تنفسی یا دستگاه گردش خون ممکن است برای بیمارستان بیش از تمام بودجه سالانه تهیه مواد ضدعفونی کننده مورد استفاده برای بهداشت دست، هزینه

در برداشته باشد. در یک بخش مراقبت شدید نوزادی (NICU) در روسیه فدرال، هزینه بالای یک مورد عفونت گردش خون (۱۱۰۰ دلار)، هزینه مواد ضد عفونی کننده ۳۲۶۵ روز بیمار (۳۴/۰ دلار هر روز بیمار) را پوشش می دهد. محلول های حاوی الکل بکار برده شده برای مالش دست ها در صورتی که فقط از ۸/۵ پنومونی یا ۳/۵ عفونت خون در سال پیشگیری کنند، دارای هزینه اثربخشی مناسب خواهد بود. با کاهش عفونت های باکتریایی مقاوم به چند دارو، هزینه اضافی ارتقاء استفاده از مواد بهداشت دست به دست می آید.

بسیج ارتقاء بهداشت دست در دانشگاه بیمارستان ژنو توسط سوئیس، اولین تجربه گزارش شده یک اصلاح قابل قبول در رابطه با پیروی از بهداشت دست، کاهش عفونت های بیمارستانی و انتقال استافیلوکوکوس مقاوم به درمان است. راهبرد چند وجهی که دلالت بر موفقیت بسیج ارتقاء دارد شامل پایش متناسب و ارائه پس خوراند اجرای بهداشت دست، استفاده از وسایل آموزشی و ارتباطی، یادآوری دائمی در محیط کار، مشارکت و پس خوراند فعال در سطوح سازمانی و فردی، و در نهایت حمایت مدیران ارشد و مدیران موسسات می باشد.

انجام مالش دست ها با الکل هر چند از نقطه نظر مراقبت، بطور وسیعی باعث افزایش هزینه مستقیم مداخله و هزینه غیرمستقیم مربوط به وقت کارکنان مراقبت های بهداشتی درمانی می شود، ولیکن دارای هزینه اثربخشی مناسب است، زیرا که هزینه کل ارتقاء بهداشت دست کمتر از ۱٪ هزینه های ناشی از عفونت های ناشی از مراقبت های بهداشتی درمانی است.

تحلیل اقتصادی بسیج ارتقاء بهداشت دست تحت عنوان "دست های تان را بشوید" نشان می دهد که حتی اگر برنامه باعث کاهش ۱٪ موارد عفونت های ناشی از مراقبت های بهداشتی درمانی شود، دارای هزینه اثربخشی مناسب است.

ممکن است برای مداخلات بهداشت دست، بویژه مداخلات چند وجهی که در یک کشور طراحی می شود، منابع انسانی و مالی زیادی مورد نیاز باشد. علیرغم این وضعیت که برخی مطالعات به شدت منافع روشنی را برای ارتقاء بهداشت دست نشان می دهند، بودجه تحمیلی بویژه در کشورهای در حال توسعه یک واقعیت است. ممکن است آنالیز هزینه اثربخشی برای تشخیص راهبرد با بیشترین کارایی مورد نیاز باشد. بار عفونت های مراقبت های بهداشتی درمانی در کشورهای در حال توسعه مهم تر است و فواید بسیج ارتقای بهداشت دست در این کشورها حتی ممکن است بیشتر از کشورهای صنعتی باشد.

ارتقاء بهداشت دست، عفونت ها را کاهش می دهد. در نتیجه، زندگی ها را نجات می دهد و مرگ و میر و هزینه های مربوط به عفونت های ناشی از مراقبت بهداشتی درمانی را کاهش می دهد.

اجزای راهبردها

راهبردهای جهانی سلامت بیمار و بویژه، دستورالعمل بهداشت دست در مراقبت‌های بهداشتی درمانی سازمان جهانی بهداشت (پیش‌نویس نهایی) جهت توزیع گسترده و تأثیر بر روی بار بیماری‌ها طراحی شده است. راهبردها شامل چندین مرحله و جزء هستند.

گروه‌های کار

گروه کار جهت پرداختن به بحث‌های آینده مربوط به برخی موضوعات کلیدی شامل دستورالعمل مورد نیاز برای اصلاح بعدی و راه‌حل‌های عملی تشکیل گردیده است. کار این گروه‌ها تا زمانیکه موضوع بطور کامل تحلیل گردد و راه‌حل‌های عملی به‌دست آید، ادامه می‌یابد. موضوعات کلیدی عبارتند از:

- جلب مشارکت بیمار در پیشگیری از عفونت، و بخصوص بهداشت دست شامل: دلایل تئوریک برای جلب مشارکت بیمار، موانع و فواید بالقوه، اقدامات عملی برای جلب مشارکت بیمار؛
- کیفیت آب برای شستن دست: مشخصات آب مورد نیاز که مطمئن باشیم دارای کیفیت لازم جهت تضمین کفایت بهداشت دست هست؛
- اجرای جهانی قواعد بهداشت دست سازمان جهانی بهداشت: تولید، تدارک و توزیع در سطح کشور؛
- استفاده و استفاده مجدد از دستکش: استفاده صحیح از دستکش و امکان دوباره استفاده کردن در مجموعه‌ای با منابع محدود، روندهای استاندارد و مؤثر را شامل می‌شود، بطوریکه مطمئن باشیم که دستکش عاری از آلودگی و مواد میکروبی است؛
- جنبه‌های مذهبی، فرهنگی و رفتاری بهداشت دست: راه‌حل‌های ممکن جهت غلبه بر موانع فرهنگی و مذهبی جهت استفاده از الکل برای مالش دست‌ها منوط به درک جنبه‌های رفتاری کارکنان مراقبت‌های بهداشتی درمانی است که از نگرش آنان به بهداشت دست و همچنین ارتقاء تسهیلات نشأت گرفته است؛
- دستورالعمل ملی بهداشت دست‌ها: مقایسه دستورالعمل‌های قابل دسترسی، ارزشیابی پیشنهاد ملی و تهیه استانداردهای جهانی یکسان؛
- سوالات مکرر مورد پرسش: خلاصه‌ای از سوالات مهم که می‌تواند در طول اجرای

دستورالعمل در فیلد مطرح شود، تهیه گردد؛
در مرحله اجرا، علاوه بر موضوعات گروه کار می‌توان به مباحث دیگری که بوجود می‌آید نیز پرداخت.

شروع برنامه

هدف از طرح موضوع برنامه جهانی سلامت بیمار و ارائه دستورالعمل بهداشت دست در مراقبت‌های بهداشتی درمانی (پیش‌نویس نهایی) توسط مدیر کل سازمان جهانی بهداشت در ژنو در ۱۳ اکتبر ۲۰۰۵، ایجاد یک حیطه آگاهی و توسعه سلامت بیمار در مراقبت‌های بهداشتی درمانی است. اهداف اجرای برنامه عبارتند از:

- برجسته نمودن نقش مهم بهداشت دست جهت کنترل و پیشگیری از گسترش عفونت‌های ناشی از مراقبت‌های بهداشتی درمانی و پاتوژن‌های مقاوم چند دارویی
- تقویت همکاری اعضاء سازمان جهانی بهداشت جهت برنامه جهانی سلامت بیمار در این حالت، وزارت بهداشت و انجمن‌های اصلی متخصصین مراقبت‌های بهداشتی درمانی دعوت می‌شوند تا بطور رسمی متعهد به فراهم نمودن ابزار لازم جهت مقابله با عفونت‌های ناشی از مراقبت‌های بهداشتی درمانی و اولویت دادن به بهداشت دست شوند و نتایج و دانش را به اشتراک بین‌المللی بگذارند. تعهد، یک بیانیه ملی امضاء شده توسط وزارت بهداشت است که به کاهش عفونت ناشی از مراقبت‌های بهداشتی درمانی اولویت می‌دهد بویژه توسط:
- تصویب راهبردها و دستورالعمل‌های سازمان جهانی بهداشت.
- راه‌اندازی بسیج در سطح ملی یا منطقه‌ای برای اصلاح بهداشت دست.
- تعهد کار با متخصصین و انجمن‌ها و انستیتوهای آموزشی و پژوهشی در کشور جهت ارتقاء استانداردهای عملی و رفتاری، ایجاد همکاری و تشویق حمایت مدیران ارشد از کارکنان کلیدی.

بسیج‌های ملی و منطقه‌ای ارتقاء بهداشت دست در میان کارکنان مراقبت‌های بهداشتی درمانی باید با بسیج‌های آگاه‌سازی جهانی و برنامه جهانی سلامت بیمار (۲۰۰۶ - ۲۰۰۵) با شعار "مراقبت تمیز مراقبت سالم‌تر است" که اتحادیه جهانی سلامت بیمار پیشگام آن است، هماهنگ باشند. پیغام‌های دیداری، شعارها و متون چاپی مانند Fact sheets، مشاوره رسانه‌ای و چاپ نشریات و سایر وسایل برای راه‌اندازی بسیج جهانی در دسترس است. روند اعلان شروع برنامه و توزیع دستورالعمل، از حمایت انجمن‌ها و مؤسسات بسیاری که شبکه جهانی را تشکیل می‌دهند

بهره خواهد برد.

مرحله اجرای آزمایشی

دستورالعمل نهایی بهداشت دست سازمان جهانی بهداشت در مراقبت‌های بهداشتی درمانی، یک مرحله اساسی اجرای آزمایشی را در بر می‌گیرد. این مرحله شامل اجرای همزمان اجزاء مختلف برنامه جهانی سلامت بیمار ۲۰۰۶ - ۲۰۰۵: "مراقبت تمیز مراقبت سالم‌تر است" در نواحی آزمایشی ۶ منطقه سازمان جهانی بهداشت با تاکید ویژه در دستورالعمل می‌باشد. اهداف اصلی این مرحله اطمینان از انعطاف برنامه بطور کلی و یادگیری درس‌های عملی برای کاربرد دستورالعمل در میدان واقعی است.

نواحی آزمایشی، نماینده وسیع‌ترین دامنه از تسهیلات مراقبت‌های بهداشتی درمانی هستند و نتایج برای ارزیابی قابلیت اجرای دستورالعمل، مرور و بررسی می‌گردد. نسخه نهایی دستورالعمل سازمان جهانی بهداشت در ارتباط با بهداشت دست در مراقبت‌های بهداشتی درمانی، این تحلیل‌ها را در نظر گرفته و منعکس خواهد کرد. مطالعات آزمایشی بر اجرای دستورالعمل همراه با برخی مداخلات مربوط به سایر زمینه‌های برنامه مانند: فرآورده‌های تمیز، خون ایمن، اقدامات تمیز، فرآیندهای ایمن کلینیکی، وسایل تمیز، تزریقات ایمن، محیط تمیز، آب سالم و بهداشت محیط در مراقبت‌های بهداشتی درمانی تاکید دارد.

نتیجه‌گیری: راه آینده

عفونت ناشی از مراقبت‌های بهداشتی درمانی اهمیت بسیاری در جهان دارد که بر کیفیت مراقبت و سلامت بیمار و افزایش فوق‌العاده و غیرضروری هزینه‌ها تأثیر می‌گذارد. انتخاب موضوع کاهش عفونت‌های ناشی از مراقبت‌های بهداشتی درمانی به عنوان نخستین برنامه جهانی سلامت بیمار توسط اتحادیه جهانی سلامت بیمار، یک امر بی‌سابقه است. تلاش‌های متحد در درون برنامه، توانایی نجات میلیون‌ها زندگی و توقف استفاده انحرافی از منابع عظیم را از طریق بهبود روش‌های پایه‌ای و توجه بیشتر به بهداشت دست توسط فراهم‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی درمانی را در بردارد. به‌منظور اهمیت دادن به این هدف، اتحادیه شدیدترین و جاه‌طلبانه‌ترین روند را در تهیه دستورالعمل بهداشت دست در مراقب‌های بهداشتی درمانی و راهبرد اجرای قدم به قدم آن برنامه‌ریزی کرده است. بدین منظور، معروف‌ترین

کارشناسان از سراسر جهان گرد هم آمدند. دستورالعمل در حال حاضر در مرحله آزمایش است تا سازگارترین و معتبرترین راهبرد نهایی جهت استفاده جهانی تهیه شود. این کار باید استاندارد برای فراهم کنندگان مراقبت‌های بهداشتی درمانی گردد تا پایانی برزجر میلیون‌ها بیمار باشد که از عفونت‌های ناشی از مراقبت‌های بهداشتی درمانی رنج می‌برند.

با بهداشت دست به عنوان اساس پیشگیری از انتقال پاتوژن‌ها، و انجام تمام فعالیت‌های گنج‌نیده شده در برنامه، عفونت‌های ناشی از مراقبت‌های بهداشتی درمانی کاهش می‌یابد. اجازه دهید همه متعهد شویم تا برنامه جهانی سلامت بیمار ۲۰۰۶ - ۲۰۰۵ با شعار "مراقبت تمیز مراقبت سالم ت راست" با موفقیت انجام شود.

2. Brown SM et al. Use of an alcohol-based hand rub and quality improvement interventions to improve hand hygiene in a Russian neonatal intensive care unit. *Infection Control and Hospital Epidemiology* 2003; 28: 1123-1129.
3. Ducloux G. Prevention of hospital-acquired infections: a practical guide. *Geneva: World Health Organization* 2002.
4. Dickto AN et al. Transfer of vancomycin-resistant enterococci via health care worker hands. *Archives of Internal Medicine* 2002; 162: 302-307.
5. Gopal Rao G et al. Marking hand hygiene in hospitals: a case study. *Journal of Hospital Infection* 2002; 50: 42-47.
6. Har CA, Karim S. Antimicrobial resistance in developing countries. *British Medical Journal* 1998; 317: 647-650.
7. Khan MU. Intervention of shigellosis by handwashing. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene* 1982; 76: 164-168.
16. Pittet D. Clean hands reduce the burden of disease. *The Lancet* 2001; 358: 1046-1049.

Selected references

1. Boyce Jm, Pittet D. Guideline for hand hygiene in health care settings. Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. Society for Healthcare Epidemiology of America/ Association for Professionals in Infection Control/Infectious Diseases Society of America. *Morbidity and Mortality Weekly Report Recommendations and Reports*, 2002, 51(RR-16): 1-45.
2. Brown SM et al. Use of an alcohol-based hand rub and quality improvement interventions to improve hand hygiene in a Russian neonatal intensive care unit. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 2003, 24:172-179.
3. Duce G. *Prevention of hospital-acquired infections: a practical guide*, 2nd ed. Geneva, World Health Organization, 2002.
4. Duckro AN et al. Transfer of vancomycin-resistant enterococci via health care worker hands. *Archives of Internal Medicine*, 2005, 165:302-307.
5. Gopal Rao G et al. Marketing hand hygiene in hospitals-a case study. *Journal of Hospital Infection*, 2002, 50:42-47.
6. Hart CA, Kariuki S. Antimicrobial resistance in developing countries. *British Medical Journal*, 1998, 317:647-650.
7. Khan MU. Interruption of shigellosis by handwashing. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 1982, 76:164-168.

8. am BC, Lee J, Lau YL: Hand hygiene practices in a neonatal intensive care unit: a multimodal intervention and impact on nosocomial infection. *Pediatrics*, 2004, 114:565-571.
9. Larson EL et al. An organizational climate intervention associated with increased handwashing and decreased nosocomial infections. *International Journal of Behavioral Medicine*, 2000, 26:14-22.
10. Luby SP et al. Effect of handwashing on child health: a randomised controlled trial. *The Lancet*, 2005, 366:225-33.
11. MacDonald A et al. Performance Feedback of hand hygiene, using alcohol gel as the skin decontaminant, reduces the number of inpatients newly affected by MRSA and antibiotic costs. *Journal of Hospital Infection*, 2004, 56:56-63.
12. McDonald et al. SARS in healthcare facilities, Toronto and Taiwan. *Emerging Infectious Diseases*, 2004, 10:777-81.
13. Ng PC et al. Combined use of alcohol hand rub and gloves reduces the incidence of late onset infection in very low birthweight infants. *Archives of Disease in Childhood, fetal and Neonatal Edition*, 2004, 89:336-340.
14. NPSA/PASA Hand Hygiene Project 2004
(<http://www.npsa.nhs.uk/cleanyourhands/resources/documents>)
15. Pessoa-Silva CL et al. Healthcare-associated infections among neonates in Brazil. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 2004, 25:772-777.
16. Pittet D. Clean hands reduce the burden of disease. *The Lancet*,

- 2005, 366:185-7.
17. Pittet D et al. Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. *The lancet*, 2000, 356:1307-1312.
18. Pittet D et al. Hand hygiene among physicians: performance, beliefs, and perceptions. *Annals of Internal Medicine*, 2004, 141:1-8.
19. Pittet D. Improving compliance with hand hygiene in hospitals. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 2000, 21:381-386.
20. Pittet D. The Lowbury lecture: behaviour in infection control. *Journal of Hospital Infection*, 2004, 58:1-13.
21. Plowman R et al. The rate and cost of hospital-acquired infections occurring in patients admitted to selected specialties of a district general hospital in England and the national burden imposed. *Journal of Hospital Infection*, 2001, 47:198-209.
22. Raymond J, Aujard Y. Nosocomial infections in pediatric patients: a European, multicenter prospective study. European Study Group. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 2000, 21: 260-263.
23. Seto WH. Staff compliance with infection control practices: application of behavioural sciences. *Journal of Hospital Infection*, 1995, 30(Suppl):107-115.
24. Seto WH et al. Effectiveness of precautions against droplets and contact in prevention of nosocomial transmission of severe acute respiratory syndrome (SARS). *The lancet*, 2003, 361:1519-20.

25. Sohn AH et al. Prevalence of nosocomial infections in neonatal intensive care unit patients: results from the first national point-prevalence survey. *Journal of pediatrics*, 2001, 139:821-827.
26. Shahid NS et al. Hand washing with soap reduces diarrhoea and spread of bacterial pathogens in a Bangladesh village. *Journal of Diarrhoeal Disease Research*, 1996, 14:85-89.
27. Stanton BF, Clemens JD. An educational intervention for altering water-sanitation behaviors to reduce childhood diarrhea in urban Bangladesh. *American Journal of Epidemiology*, 1987, 125:292-301.
28. Starfield B. Is US health really the best in the world? *Journal of the American Medical Association*, 2000, 284:483-485.
29. Tikhomirov E. WHO Programme for the Control of Hospital Infections. *Chemiotherapia*, 1987, 3:148-151
30. Webster J, Faoagali JL, Cartwright D. Elimination of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* from a neonatal intensive care unit after hand washing with triclosan. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 1994, 30:59-64.
31. Won SP et al. Handwashing program for the prevention of nosocomial infections in a neonatal intensive care unit. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 2004, 25:742-746.
32. Zaidi et al. Hospital-acquired neonatal infections in developing countries. *The Lancet*, 2005, 365:1175-88.



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت سلامت
مرکز مدیریت بیماری‌ها
اداره بیماری‌های منتقله از آب، غذا و عفونت‌های بیمارستانی