مؤسسه ملی تحقیقات سلامت
جمهوری اسلامی ایران

دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی تهران

ارتقای بهره‌وری در بیمارستان

پروژه ۱۵: سازماندهی فعالیت‌های کنترل عفونت در سطح بیمارستان

موسسه ملی تحقیقات سلامت
اسفند سال ۱۴۰۱

بسم الله الرحمن الرحیم

مؤسسه ملی تحقیقات سلامت
جمهوری اسلامی ایران

دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی تهران

ارتقای بهره‌وری در بیمارستان

پروژه ۱۵: سازماندهی فعالیت های کنترل عفونت در سطح بیمارستان

مجری طرح:

دکتر مهدی یوسفی

عضو هیئت علمی گروه آموزشی علوم مدیریت و اقتصاد سلامت دانشگاه علوم پزشکی مشهد

همکاران اصلی:

مینو آرمند، فاطمه صیادی

فهرست مطالب

فصل اول:حمایت طلبی اولیه: تحلیل ذینفعان و جلب حمایت ذینفعان کلیدی ۱

۱-۱) کلیات و بیان مساله ۲

۱-۲) شناسایی و تحلیل ذینفعان..... ۳

۱-۲-۱) گام اول: شناسایی ذینفعان..... ۴

۱-۲-۲) گام دوم: اولویت بندی ذینفعان..... ۵

۱-۲-۳) گام سوم: شناخت ذینفعان کلیدی ۸

۱-۳) حمایت طلبی از ذینفعان کلیدی ۹

۱-۳-۱) بررسی سطح پذیرش ذینفعان کلیدی ۹

۱-۳-۲) راهکارهای جلب حمایت طلبی اولیه ذینفعان کلیدی ۱۰

۱-۳-۳) نکات مهم در فرآیند حمایت طلبی اولیه ۱۳

فصل دوم: مطالعه و طراحی: چارچوب نظری، مرور متون، روش کار و چارچوب طرح ۱۴

۲-۱) مبانی نظری ۱۵

۲-۱-۱) تعریف عفونت های بیمارستانی ۱۵

۲-۱-۲) انواع عفونت ها ۱۶

۲-۱-۳) بیماریابی..... ۱۷

۲-۱-۴) ارزیابی ، ثبت و گزارش دهی ۱۹

۲-۱-۵) پیشگیری از عفونت های بیمارستانی ۱۹

۲-۲) مرور متون ۲۰

۲-۲-۱) مرور تجربیات و شواهد داخلی..... ۲۰

۲-۲-۲) مرور تجربیات و شواهد خارجی..... ۲۲

۲-۳) روش کار و چارچوب طرح..... ۲۳

۲-۳-۱) روش کار ۲۳

۲-۳-۲) چارچوب طرح..... ۲۹

فصل سوم: حمایت طلبی برای اجرا: شیوه های تعامل با محیط و ذینفعان ۳۸

۳-۱) شناسایی ذینفعان هدف در مسیر اجرا و حمایت طلبی و تعامل با ایشان..... ۳۹

۲-۳) نکات مهم در حمایت طلبی برای اجرا ۴۳

فصل چهارم: اجرا، ارزشیابی، بازخورد و پایدارسازی ۴۴

۱-۴) روش اجرا ۴۵

۱-۱-۴) شناسایی ارزیابان و تعریف ایشان در سامانه ارزیابی مستمر بیمارستان ۴۵

۲-۱-۴) آموزش ارزیابان ۴۶

۳-۱-۴) روش ارزیابی توسط ارزیابان ۴۸

۴-۱-۴) بررسی گزارشات ارزیابی های انجام شده ۵۱

۵-۱-۴) انجام ارزیابی پایلوت، بررسی نتایج ارزیابی اولیه و استمرار ارزیابی ۵۱

۲-۴) چالش ها و راهکارهای اجرایی در مسیر اجرای پروژه ۵۲

۳-۴) روش های بازخورد به ذینفعان ۵۲

۴-۴) یافته های اجرای پروژه ۵۳

۱-۴-۴) شاخص های مربوط به کنترل عفونت ۵۳

منابع ۵۴

پیشگفتار

بیمارستان‌ها سهم قابل‌توجهی از هزینه‌های نظام سلامت را به خود اختصاص می‌دهند و به دلیل پیچیدگی‌های ساختاری در حوزه منابع انسانی، تجهیزات و فرآیندهای ارائه خدمات، نیازمند سازوکارها و راهبردهای کارآمد برای بهبود بهره‌وری هستند. این ضرورت به‌ویژه در بیمارستان‌های دولتی که با محدودیت منابع مواجه‌اند، بیش از پیش احساس می‌شود. در ایران، با وجود انجام برخی مطالعات در زمینه بهره‌وری بیمارستان‌ها، همچنان چالش‌هایی نظیر نبود رویکردهای جامع و یکپارچه و عدم انطباق این مطالعات با شرایط واقعی بیمارستان‌های دولتی مشاهده می‌شود.

بهره‌وری در بیمارستان‌ها مفهومی چندبعدی است که نه‌تنها به کارایی در استفاده از منابع (نیروی انسانی، تجهیزات، فضا و زمان) مرتبط می‌شود، بلکه اثربخشی خدمات درمانی و بهداشتی را نیز در برمی‌گیرد. بهره‌وری بیمارستان صرفاً به کاهش هزینه‌ها و افزایش درآمد محدود نمی‌شود، بلکه باید بهبود کیفیت خدمات، ارتقای ایمنی بیماران و افزایش رضایت بیماران و کارکنان را نیز شامل شود. به عنوان نمونه،در بیمارستان‌های دولتی، بهینه‌سازی فرآیندها، کاهش زمان انتظار بیماران، پیشگیری از عفونت‌های بیمارستانی و کاهش خطاهای پزشکی از جمله راهکارهای کلیدی برای افزایش بهره‌وری محسوب می‌شوند.

با توجه به اهمیت این موضوع، در سال‌های گذشته بسیاری از بیمارستان‌های کشور از جمله مجتمع بیمارستانی امام رضا (ع) مشهد با رویکردی علمی و مبتنی بر مدیریت تغییر، اقدام به طراحی و اجرای مدل‌هایی برای بهبود بهره‌وری بیمارستان‌ها نموده‌اند. در این راستا، مؤسسه ملی تحقیقات سلامت به‌عنوان یک نهاد پیشرو در تولید و ترویج شواهد علمی در حوزه سلامت، مطالعه حاضر را با هدف مستندسازی و انتشار تجربیات موفق بیمارستان امام رضا (ع) مشهد در زمینه بهبود بهره‌وری بیمارستان‌ها به آقای دکتر مهدی یوسفی (مدیر وقت توسعه و پشتیبانی نیروی انسانی مجتمع آموزشی، پژوهشی و درمانی امام رضا (ع) مشهد) سفارش داد. این پژوهش با هدف تکمیل و مستندسازی یک مدل جامع برای بهبود بهره‌وری بیمارستان‌ها در قالب ۲۶ طرح مرتبط به هم انجام شده است که به علت حجم بالای مطالب، گزارش هر طرح به صورت جداگانه تدوین گردیده است و این مجلد، گزارش یکی از طرح های یادشده می‌باشد. امید است مستندسازی این تجربیات ارزشمند بتواند الگویی علمی و مبتنی بر شواهد در اختیار بیمارستان‌های دولتی کشور قرار دهد و به مدیران مراکز ارائه‌دهنده خدمات سلامت کمک کند تا عملکرد مراکز درمانی را بهبود بخشند و گامی مؤثر در راستای ارتقای رضایت گیرندگان خدمات سلامت و بهبود سلامت جامعه بردارند.

دکتر علی اکبری ساری، رئیس موسسه ملی تحقیقات سلامت

فصل ۱

فصل اول:حمایت طلبی اولیه: تحلیل ذینفعان و جلب حمایت ذینفعان کلیدی

فهرست مطالب فصل:

- **کلیات و بیان مساله**
- **شناسایی و تحلیل ذینفعان**
  - **گام اول: شناسایی ذینفعان**
  - **گام دوم: اولویت بندی ذینفعان**
  - **گام سوم: شناخت ذینفعان کلیدی**
- **حمایت طلبی از ذینفعان کلیدی**
  - **بررسی سطح پذیرش ذینفعان کلیدی**
  - **راهکارهای جلب حمایت ذینفعان کلیدی**
  - **نکات مهم در فرآیند حمایت طلبی اولیه**

۱–۱) کلیات و بیان مساله[1]

عفونت های بیمارستانی یا عفونت های مرتبط با خدمات مراقبت-سلامت از اهمیت قابل توجهی برخوردار بوده است و مشکل تمام کشورهای دنیا می باشد. این عفونت ها به عنوان تهدیدی مداوم برای عملکرد موثر و صحیح مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت بوده و می توانند به طور ناخواسته منجر به کاهش کیفیت خدمات سلامت شوند(۱).

بیمارستان‌ها انواع خدمات تشخیصی و درمانی را به بیماران ارایه می‌نمایند، گاهی این اقدامات به طور اجتناب ناپذیر به کسب عفونت‌های بیمارستانی توسط بیماران منجر میگردد که ممکن است حتی به فوت بیماران نیز بیانجامد. تاریخچه عفونت بیمارستانی به سال ها قبل بر میگردد. در قرن هیجدهم و نوزدهم میلادی زنان فقیر جهت زایمان به زایشگاهها مراجعه مینمودند ولی میزان مرگ و میر در این مراکز به حدی زیاد بود که در سال ۱۸۵۰ میلادی، توماس لایت فوت [2]در مجله پزشکی لندن نوشت: "بیمارستانها دروازه های هدایت کننده زنان به سوی مرگ هستند"(۲).

فلورانس برای اولین بار نظام مراقبت عفونت بیمارستانی توسط پرستاران شاغل (گزارش موارد مرگ و میر بیماران توسط پرستاران) را وضع نمود. در سال ۱۸۶۰ دکتر جیمز سیمپسون[3] مرگ و میر بدنبال آمپوتاسیون در بیمارستانهای بزرگ را مطرح کرد و بر ایزولاسیون بیماران و تعداد بستری کمتر بیماران در هر اتاق بیمارستان و در نتیجه کاهش احتمال انتشار عفونت در بیمارستان تأکید نمود. لیستر[4] در سال۱۸۶۷ نتایج بررسی‌های خود را منتشر کرده و نشان داد که با فرو بردن انگشتان دست در ماده ضدعفونی کننده و تمیز کردن موضع عمل قبل از جراحی، میتوان از عفونت زخم جلوگیری نمود. جراحان آلمانی، روشهای لیستر را به سرعت پذیرفتند و تا سال ۱۹۱۰ میلادی، وسایل جراحی، گان، ماسک و دستکش‌های استریل در بیمارستان‌های بزرگ دانشگاهی به صورت استاندارد مورد استفاده قرار گرفت(۲).

هدف اصلی برنامه کنترل عفونت، کاهش خطر اکتساب عفونت بیمارستانی و در نتیجه محافظت از بیماران، کارکنان بیمارستان، دانشجویان و عیادت کنندگان است. به منظور رسیدن به این هدف، تشکیلاتی در بیمارستان‌ها پدید آمده است که به آن کمیته کنترل عفونت بیمارستانی میگویند(Infection Control Committee) . کمیته کنترل عفونت در بیمارستان مسؤولیت برنامه‌ریزی و ارزیابی کلیه امور مربوط به کنترل عفونت را بر عهده دارد(۳).

---

[1] فرهنگ سازمانی زیرساخت اساسی برای طراحی و اجرای هرگونه برنامه به ویژه برنامه های تغییر محور می باشد. این موضوع به تفصیل قبلاً توضیح داده شد و در این قسمت به جهت پرهیز از تکرار موضوعات ارائه نشده است. لذا توصیه می شود در صورتیکه خواننده صرفاً این برنامه را می خواهد مطالعه یا اجرا کند حتماً قسمت مربوط به تغییر و بحث مرتبط با فرهنگ سازمانی و اهمیت آن را و نحوه تحلیل فرهنگ سازمانی را در فصل مربوطه مطالعه نماید.

[2] Lightfoot Thomas

[3] DR Simpson James

[4] Lister

عفونت های بیمارستانی به طور چشمگیری با پیدایش عوارض مرگ و میر همراه بوده و هزینه هـای زیـادی را بـه بیمـار بستری تحمیل می‌نمایند. برآورد میشود که پنج درصد از بیماران پذیرفته شده در بیمارستان های ایـالات متحـده در طـی مـدت بستری دچار یک عفونت جدید میشوند که یک درصد از این عفونت ها کشنده بوده و حـدود چهاردرصـد در مـرگ بیمـار دخالـت دارند که به این ترتیب بیش از دو میلیون مورد عفوت بیمارستانی در سال پدید آمده که صرف هزینـه ای بـیش از دو میلیـارد دلار در بر دارد(۴).

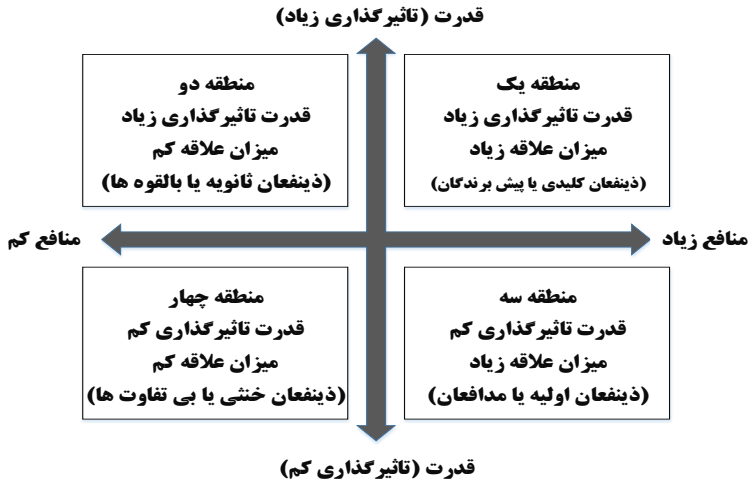
میزان این عفونت ها در ایران از حداقل ۱,۹ درصد تا بیش از ۲۵ درصد گزارش شده است(۵) که منجر به افزایش اقامـت بیماران در بیمارستان تا ۲۴ روز میشود و نه تنها برای بیمار بستری و کلیه کارکنان مراکز پزشکی مسئله ساز است بلکه برای سایر افراد و خانواده ها نیز مشکل ایجاد میکند زیرا بیماران بعد از ترخیص عامل انتقال عفونت بیمارستانی میباشند(۶). یـک سـوم ایـن عفونت ها قابل پیشگیری بوده چرا که مهمترین راه انتقال آنها دست کارکنان است که بـا رعایـت بهداشـت دسـت میتـوان از ایـن انتقال جلوگیری کرد. در این مورد روی پرستاران به علت دارا بودن بالاترین نقش در مراقبت ها تاکید بیشتری میشود(۷).

کارکنان بیمارستان مهمترین نقش در انتشار عفونت را داشته و یکی از اعضای کلیدی در مدیریت و کنترل عفونـت هـای بیمارستانی هستند و با توجه به تاکیدی که امروزه بر پیشگیری از بیماری ها وجود دارد، کنترل عفونت بـه عنـوان یـک مسـئولیت بزرگ باید بیشتر از هر زمانی در دستور کار بیمارستان ها قرار گرفته و برای آن برنامه ریزی صورت پذیرد(۸).

با توجه به اهمیت این موضوع و در همین راستا مجتمع آموزشی، پژوهشی و درمانی امام رضا(ع) شهر مشهد به عنوان یکی از بزرگ‌ترین بیمارستان های آموزشی کشور ضمن درک این نیاز، اقدام به سازماندهی مجدد فعالیت های کنترل عفونت در سطح بیمارستان نموده است .

۲–۱) شناسایی و تحلیل ذینفعان

با توجه به کثرت ذینفعان پروژه و با هدف صرفه جویی در زمان و هزینه، تحلیل ذینفعان کلیدی انجام می‌گیرد. روش مورد استفاده برای بررسی و شناسایی ذینفعان کلیدی در پروژه حاضر ماتریس منافع– قدرت بوده است. در این مـاتریس، ذینفعـان را از دو بعد مختلف قدرت که شاخصه تاثیرگذاری و منافع که شاخصه تاثیرپذیری است مورد تحلیـل قـرار مـی دهـد. شـکل ۱ الگـوی تحلیل با توجه به این مدل را نشان می‌دهد.



شکل ۱: ماتریس منافع - قدرت

همان‌طور که در شکل یک دیده می شود ذینفعانی که هم قدرت و هم منافع بالایی دارند پیش برندگان یا ذینفعان کلیدی نامگذاری شده اند (۹). این روش از نوع کمی بر مبنای آزمون میانگین بر پایه اندازه‌گیری رفتاری با مقیاس لیکرت و ابزار گردآوری داده ها، پرسشنامه بوده است که به تعیین وضعیت قدرت و منافع ذینفعان از نگاه مطلعین کلیدی[۱] شامل متخصصان و کارشناسان آگاه به مدیریت اورژانس بیمارستان هستند، می‌پردازد. این روش مشخص می‌کند که ذینفعان چگونه بر مبنای قدرت-منافع در خصوص یک پروژه تاثیرگذار و یا تاثیرپذیرند. جهت تحلیل ذینفعان سه گام اصلی شامل شناسایی، اولویت بندی و شناخت ذینفعان کلیدی دنبال می شود:

۱-۲-۱) گام اول: شناسایی ذینفعان

اولین گام جهت سازماندهی فعالیت های کنترل عفونت در سطح بیمارستان، شناسایی ذینفعان است. ذینفعان پروژه، افراد، گروه‌ها یا سازمان‌هایی هستند که ممکن است اثر بگذارند، اثر بپذیرند، یا خود را در معرض اثرگذاری یک تصمیم، فعالیت یا نتیجه پروژه قرار دهند. ذینفعان ممکن است در سطوح مختلفی، درون سازمان بوده و ممکن است سطوح قدرت متفاوتی داشته یا اینکه احتمال دارد خارج از سازمان اجرایی پروژه باشند(۱۰). اسامی ذینفعان مرتبط با سازماندهی فعالیت های کنترل عفونت در سطح بیمارستان در مجتمع بیمارستانی امام رضا(ع) مشهد در جدول دو ارائه شده است.

[۱] key informants

۲-۲-۱) گام دوم: اولویت بندی ذینفعان

اولویت بندی ذینفعان باید به گونه‌ای باشد که تصویری روشن از میزان قدرت و منافع هر ذینفع و همچنین انتظارات ایشان ارائه دهد. منشا قدرت ذینفعان در این موضوع منبعث از اختیار در خصوص تصویب، کیفیت، هزینه و زمان پروژه می باشد. سرچشمه منافع ذینفعان در سازماندهی فعالیت های کنترل عفونت در سطح بیمارستان ، نشات گرفته از مسائل مرتبط با اهداف و رسالت، حق قانونی، توسعه فرصت‌ها، مسائل مرتبط با سلامت و ایمنی و حفظ شرایط موجود می‌باشد (جدول ۱).

جدول۱: ریشه های قدرت و منافع در فرآیند تحلیل ذینفعان

حوزه اصلی	منشاء	توضیح مختصر
قدرت	**تصویب**	این مورد به اختیار ذینفع برای تصویب یا عدم تصویب پروژه مربوط می شود.
	زمان	این مورد به قدرت ذینفع در تغییر و کنترل زمان (تسریع یا تاخیر) پروژه اشاره دارد.
	هزینه	این مورد به قدرت ذینفع در تغییر و کنترل مقدار هزینه (مالی، منابع انسانی، فیزیکی و تجهیزات) پروژه اشاره دارد.
	کیفیت	این مورد به قدرت ذینفع در تغییر و کنترل سطح کیفیت نحوه اجرای فرآیند و خروجی /خروجی های پروژه اشاره دارد.
منافع	**اهداف و رسالت**	این مورد به مواردی مرتبط می گردد که مستقیما با اهداف و رسالت یک گروه ذینفع مرتبط است. در این حالت ذینفع علی رغم اینکه ممکن است تمایل چندانی به درگیر شدن در پروژه را نداشته باشد اما به واسطه رسالتی که دارد باید در پروژه‌ها یک نقش مانند تامین زیرساخت را بر عهده بگیرد.
	توسعه فرصت‌ها	این مورد مربوط به حالتی است که در آن یک گروه ذینفع برای افزایش قدرت سیاسی و افزودن بر فرصت‌های موجود خود در پروژه بتواند سایرین را با خود متحد نماید.
	سلامت و ایمنی	این مساله به سلامت پرسنل و ایمنی ایشان مرتبط می شود. برای کارکنان محل ساخت یک پروژه یا شرایط کاری در وضعیت جدید امری حیاتی است.
	حفظ شرایط موجود	این مورد با منافع به منظور ماندگاری و بقای ذینفعان و حفظ شرایط موجود در ارتباط است.
	حق قانونی	در این مورد ذینفع حق قانونی در یک موضوع دارد. منظور از حق قانونی دارا بودن صلاحیت قانونی، امکان قانونی مداخله در پروژه بر اساس شخصیت حقوقی ذینفع است.
	منافع اقتصادی	این مورد به منافع ذینفع در حوزه میزان منافع اقتصادی پروژه در ارتباط با خود یا دیگران اشاره دارد.

به عنوان مثال حیطه قدرت رئیس بیمارستان در خصوص پروژه سازماندهی فعالیت های کنترل عفونت در سطح بیمارستان ناشی اختیار در تصویب پروژه می باشد و حیطه منافع وی می تواند مرتبط با از مسائل مرتبط با اهداف و رسالت بیمارستان و توسعه و فرصت ها می باشد. حیطه منافع معاون آموزش و سلامت بیمارستان مسائل مرتبط با اهداف و رسالت

معاونت می‌باشد. این منشاء منافع به موضوعاتی از قبیل تاکید بر سیاست افزایش و ارتقا سطح سلامت بیماران و کاهش ماندگاری بیماران و بهبود هزینه ها و افزایش رضایت مندی کادر درمان و بیماران در تصمیم‌گیری‌ها، برنامه‌ریزی و سیاستگذاری درخصوص اجرای محور آموزش و پژوهش و ارزشیابی در سنجه‌های اعتباربخشی بیمارستان‌ها، نظارت بر اجرای درست دستورالعمل‌های ابلاغ شده از سوی وزارت خانه و دانشگاه و تعامل با مدیریت بیمارستان، برنامه ریزی جهت تدوین روش های کاربردی آموزش وارزشیابی پرسنل و همکاری در بررسی مشکلات مربوط به این امور بیمارستان از نظر ارکان کنترل عفونت، اجرای برنامه‌ها، آئین‌نامه از جمله آیتم های تاثیرپذیری این معاونت اشاره دارد.

حیطه منافع مدیر پرستاری بیمارستان اهداف و رسالت و توسعه فرصت‌ها می‌باشد. برگزاری دوره های آموزشی برای توانمندسازی پرستاران و فراگیران، ارزیابی و ارتقاء مهارت های آموزشی در ایشان، تعامل با واحد کنترل عفونت در جهت ارتقاء و بهبود عملکرد از نظر کنترل عفونت، برنامه ریزی آموزشی جهت برگزاری کلاس آموزشی با سوپروایزر کنترل عفونت جهت نیروهای جدید الورود از جمله وظایف ایشان در راستای توسعه فرصت‌ها می‌باشد.

قدم بعدی تحلیل تاثیر بالقوه ای می‌باشد که هر ذینفع می تواند ایجاد نماید. بدین منظور دسته بندی و اولویت بندی آن‌ها به منظور نحوه ارتباط با ذینفعان و مدیریت انتظارات آنها و هماهنگ نمودن و جهت دادن خواسته هایشان در جهت تامین هدف پروژه و پیشبرد آن و سپس نحوه واکنش و پاسخ احتمالی ذینفعان در وضعیت‌های گوناگون مورد سنجش قرار می‌گیرد(۱۱). در این قسمت هدف این است که به منظور افزایش پشتیبانی ذینفعان در پروژه و تعدیل اثرات منفی بالقوه آن‌ها، چگونگی نفوذ بر آن‌ها برنامه ریزی گردد(۱۲). بر این اساس ابتدا حیطه یا حیطه های قدرت و حیطه یا حیطه های منافع مرتبط با هر ذینفع شناسایی و سپس به تفکیک هر حیطه (قدرت و منافع) یک نمره از ۱ تا ۱۰ داده می شود. نمره ۱۰ بیانگر بیشترین میزان قدرت/منافع و نمره ۱ بیانگر کمترین میزان قدرت/منافع می باشد. نمرات قدرت و منافع هر یک از ذینفعان پروژه سازماندهی فعالیت های کنترل عفونت در سطح بیمارستان در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: نمرات قدرت و منافع هر یک از ذینفعان پروژه سازماندهی فعالیت های کنترل عفونت در سطح بیمارستان

ذینفع	حیطه/حیطه های قدرت	حیطه/حیطه های منافع	نمره قدرت	نمره منافع
رئیس دانشگاه	کیفیت	اهداف و رسالت	۸	۳
معاون درمان دانشگاه	کیفیت	اهداف و رسالت معاونت	۸	۴
معاون توسعه مدیریت و منابع دانشگاه	هزینه	منافع اقتصادی و توسعه فرصت‌ها	۴	۲
مسئول کنترل عفونت دانشگاه	کیفیت	سلامت و ایمنی	۴	۹
رئیس بیمارستان	تصویب	اهداف و رسالت، سلامت و ایمنی	۹	۷
معاون آموزش سلامت بیمارستان	تصویب، زمان، هزینه	اهداف و رسالت،سلامت وایمنی،توسعه فرصت‌ها	۷	۷
معاون توسعه مدیریت و منابع بیمارستان	تصویب	اهداف و رسالت	۷	۶
رییس امور مالی	هزینه	حفظ شرایط موجود، منابع اقتصادی	۴	۲
مسئول آزمایشگاه بیمارستان	زمان،کیفیت	توسعه فرصت ها	۳	۲
متخصص ویروس شناسی	کیفیت	توسعه فرصت ها	۴	۶
مسول واحد تجهیزات پزشکی	کیفیت	حفظ شرایط موجود	۴	۲
مسئول مرکز بهداشت	تصویب	حفظ شرایط موجود	۳	۲
رییس کمیته کنترل عفونت	تصویب،کیفیت	اهداف و رسالت، سلامت و ایمنی	۸	۸
مدیر پرستاری بیمارستان	کیفیت، زمان	اهداف و رسالت، توسعه فرصت ها	۷	۶
مدیر گروه عفونی	کیفیت	سلامت و ایمنی	۴	۷
روسای بخش های بالینی	کیفیت	سلامت و ایمنی	۲	۶
مدیران سایت در بیمارستان	کیفیت،زمان	سلامت و ایمنی، توسعه فرصت ها	۶	۶
سوپروایزر کنترل عفونت	کیفیت، زمان	اهداف و رسالت،سلامت وایمنی،توسعه فرصت‌ها	۷	۹
سوپروایزرهای بالینی	کیفیت، زمان	سلامت و ایمنی	۳	۷
سوپروایزر آموزشی	کیفیت	سلامت و ایمنی	۳	۶
مسئول دفتر بهبود کیفیت	زمان	سلامت و ایمنی	۳	۷
مسئول واحد بهداشت محیط	کیفیت	سلامت و ایمنی	۳	۶
مسئول واحد CSR	کیفیت و زمان	سلامت و ایمنی	۴	۸
سرپرستاران	کیفیت و زمان	سلامت و ایمنی	۳	۷
کارشناسان دفتر کنترل عفونت	کیفیت، زمان	سلامت و ایمنی، توسعه فرصت ها	۶	۱۰
پرستاران	کیفیت	سلامت و ایمنی	۴	۴
بیماران	کیفیت	سلامت و ایمنی	۱	۴

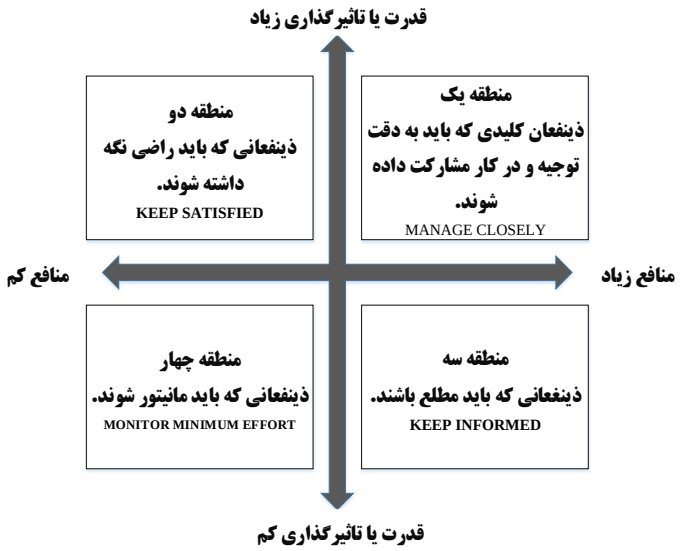
شکل۲: ماتریس منافع-قدرت کلیه ذینفعان

۳-۲-۱) گام سوم: شناخت ذینفعان کلیدی

ذینفعان کلیدی آن دسته از ذینفعان هستند که از یک سو دارای قدرت تاثیرگذاری بالا و از سوی دیگر دارای منافع و اثرپذیری بالا در تصمیم گیری ها، برنامه ریزی ها و کلیه اقدامات مرتبط با پروژه هستند. بر اساس ماتریس منافع – قدرت (شکل-۲) ذینفعانی که در منطقه یک ماتریس مربوطه قرار می گیرند به عنوان ذینفعان کلیدی می‌بایست شناسایی گردند. بر این اساس رئیس بیمارستان، معاون آموزش و سلامت، معاون توسعه مدیریت و منابع، مدیر پرستاری، مدیر پرستاری سایت یک، رئیس و سرپرستار بخش اورژانس به عنوان ذینفعان کلیدی پروژه سازماندهی فعالیت های کنترل عفونت در سطح بیمارستان شناسایی شدند.

۳-۱) حمایت طلبی از ذینفعان کلیدی

به صورت کلی ذینفعان کلیدی که به عنوان جمعیت هدف در مرحله حمایت طلبی اولیه مدنظر هستند، کسانی هستند که می بایست به دقت به لحاظ علاقه مندی‌ها و نوع نگاهشان به پروژه پیشنهادی مورد بررسی و تحلیل قرار بگیرند. به عبارت دیگر همانگونه که در شکل ۳ دیده می شود این ذینفعان که در منطقه یک ماتریس منافع-قدرت قرار می گیرند باید به دقت مدیریت شوند. بنابراین باید از روش های مناسب برای جلب نظر ایشان استفاده کرد.



شکل ۳: جهت گیری در خصوص حمایت طلبی ذینفعان بر اساس محل قرارگیری در ماتریس منافع-قدرت

۳-۱-۱) بررسی سطح پذیرش ذینفعان کلیدی

قبل از تماس با ذینفعان کلیدی که در منطقه یک ماتریس منافع قدرت قرار گرفتند طراح/مدیر تغییر می‌بایست اطلاعات کاملی را در خصوص روحیات، علاقه ها و ویژگی های ذینفع مربوطه کسب کند و برنامه حمایت طلبی خود را متناسب با علائق ایشان اجرا نماید. جدول زیر نشان می دهد که ذینفعان کلیدی پروژه سازماندهی فعالیت های کنترل عفونت در سطح بیمارستان با توجه به سطوح پذیرش در کدام سطح قرار دارند:

جدول۳: سطح پذیرش ذینفعان کلیدی پروژه سازماندهی فعالیت های کنترل عفونت در سطح بیمارستان

ذینفع کلیدی	سطح پذیرش	نام سطح[1]	ویژگی های اساسی سطح		
			پذیرش ذهنی یا سطحی	پذیرش قلبی (علاقه به موضوع)	پذیرش کامل و آگاهانه
رئیس بیمارستان	دوم	اعتقاد (باور)	دارد	ندارد	ندارد
معاون آموزش سلامت بیمارستان	دوم	اعتقاد (باور)	دارد	ندارد	ندارد
معاون توسعه بیمارستان	دوم	اعتقاد (باور)	دارد	ندارد	ندارد
رییس کمیته کنترل عفونت	چهارم	اطمینان (یقین)	دارد	دارد	دارد
مدیر پرستاری بیمارستان	سوم	اعتماد (ایمان)	دارد	دارد	ندارد
سوپروایزر کنترل عفونت	سوم	اعتماد (ایمان)	دارد	دارد	ندارد
مدیر سایت	دوم	اعتقاد (باور)	دارد	ندارد	ندارد
کارشناسان دفتر کنترل عفونت	سوم	اعتماد (ایمان)	دارد	دارد	ندارد

۲-۳-۱) راهکارهای جلب حمایت طلبی اولیه ذینفعان کلیدی

در جدول ۴ روش های استفاده شده برای حمایت طلبی اولیه در خصوص پروژه پروژه سازماندهی فعالیت های کنترل عفونت در سطح بیمارستان ارائه شده است.

[1] سطوح پذیرش در خصوص یک پروژه شامل سطح اول عدم اعتقاد/باور، سطح دوم اعتقاد یا باور، سطح سوم: اعتماد یا ایمان و سطح چهارم: اطمینان یا یقین می باشد.

جدول ۴: رویکردها و تکنیک های مورد استفاده برای حمایت طلبی اولیه پروژه سازماندهی فعالیت های کنترل عفونت در سطح بیمارستان

رویکرد	تکنیک	رئیس بیمارستان	معاون آموزش و سلامت بیمارستان	معاون توسعه بیمارستان	رییس کمیته کنترل عفونت	مدیر پرستاری بیمارستان	سوپروایزر کنترل عفونت	مدیران سایت	کارشناسان دفتر کنترل عفونت
ارتباط یکسویه	به اشتراک گذاری اطلاعات	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	آموزش ذینفع					✓	✓	✓	✓
	بولتن‌ها اطلاع رسانی و مکاتبات با ذینفع					✓	✓	✓	
	گزارش کارهای انجام شده						✓		✓
	گزارش های مرتبط در مطالعات خارجی و داخلی								
	اطلاع رسانی از طریق وب سایت ها								
	سخنرانی	✓		✓		✓	✓		✓
	ارائه‌های کنفرانسی، نمایش‌ها، اعلامیه‌ها و ویدئوها								✓
	جلسات بحث آزاد و جلسات غیر رسمی عمومی								
	تبلیغات رسانه‌ای								
مشاوره بنیادی	نظرسنجی‌های پرسشنامه‌ای								
	گروه‌های کانون								
	ارزیابی محیط کار					✓	✓	✓	✓
	کمیته های رسمی ویژه ذینفع				✓	✓	✓		
	تربیون‌های دائمی								
	کمیته های مشورتی ذینفع								
	بازخورد آنلاین و جلسات بحث و تبادل نظر				✓	✓	✓		✓
دیالوگ، گفتگو عمیق	گردهمایی ذینفعان چندگانه					✓	✓	✓	
	میزگردهای مشورتی						✓		✓
	جلسات سیاستگذاری	✓	✓	✓	✓	✓			
	درگیرسازی مجازی در اینترنت و اینترانت								
شراکت ها و منافع کاری	انجام پروژه به عنوان یک سرمایه گذاری مشترک								
	انجام پروژه به عنوان یک پروژه توسعه ای و ماندگار برای ذینفع								
	انجام پروژه به عنوان یک کار نواورانه و مبتکرانه برای ذینفع								
	انجام پروژه به در قالب یک پیمان با ذینفع								

یکی از مهمترین ذینفعان کلیدی در پروژه سازماندهی فعالیت های کنترل عفونت در سطح بیمارستان کادر پرستاری می باشند که در ادامه نمونه ای از گفتگوی مدیر پروژه با ایشان ارائه می گردد:

مدیر تغییر: *با توجه به ارزیابی های گسترده در زمینه بهداشت دست و دستورالعمل ها و با توجه به انجام تلاش های فراوان در این زمینه اعم از تامین منابع و آموزش افراد به صورت دوره ای و چهره به چهره ، ما همچنان شاهد کاهش انجام فرایندهای کنترل عفونت در سطح بیمارستان هستیم و بر ان شدیم که فعالیت های کنترل عفونت را سازماندهی کنیم و در گام اول آیین نامه جدیدی برای عفالیت ها بنویسیم.*

سوپروایزران و سرپرستاران: *با توجه به وجود رابط کنترل عفونت در بخش ها و درگیری سرپرستاران امکان انجام اینکار وجود ندارد*

مدیر تغییر: *برگزاری جلسات آموزشی به سرپرستاران و سوپروایزران و اهمیت حمایت و نظارت دقیق بر حسن اجرای دستورالعمل ها و جوابگویی مناسب به این واحد مورد نیاز می باشد و یک رابط کنترل عفونت قدرت لازم جهت تصمیم گیری و پاسخگویی و اجرا ندارد وفقط در نقش نظارتی است و بر همین اساس سرپرستاران خود به عنوان نفر پاسخگو به مدیریت و واحد کنترل عفونت عمل کند.*

مدیر پرستاری: *با توجه به بررسی های انجام شده با توجه به اینکه بیشترین مواجهه با بیمار در طول شبانه روز با بیمار توسط کادر پرستاری میباشد و به همین علت بیشترین احتمال انتقال آلودگی از این افراد هست قاعدتا نقش پرستاری و سرپرستار هم در انتقال عفونت و هم در پیشگیری از آن پررنگ تر بوده و به همین سبب تمرکز ما در این پروژه روی گروه هدف کادر پرستاری و سپس پزشکی وفراگیران خواهد بود. پس طبیعی هست که سرپرستار به عنوان مسئول کل این اهداف در بخش ها باید فعالیت بیشتری داشته باشد.*

مدیر تغییر: *البته که پروژه ما در فاز اجرایی برای کلیه افرادی که با بیمار کار میکنند میباشد وهمه افراد چه پزشک و چه پرستار و کمک و خدمات میبایست به تمام موارد دستورالعمل ملزم بوده و پایش های مربوطه نیز شامل همه رده ها میباشد.*

سرپرستار: *این بسیار خوبه به شرطی اینکه موارد مرتبط با خطاهای سایر گروه ها رو پرستاری پاسخگو نباشه*

مدیر تغییر: *خیر اینطور نیست و رییس بخش و رزیدنت های ارشد مسئول امور پزشکی خواهند بود*

۳-۳-۱) نکات مهم در فرآیند حمایت طلبی اولیه

به صورت کلی در ارتباط با این دسته از ذینفعان کلیدی می بایست نکات زیر مد نظر قرار گیرد:

- تا زمانی که طراح / مدیر تغییر خود به صورت کامل روی موضوع تغییر مسلط نشده است نباید فرایند حمایت طلبی اولیه را آغاز نماید. در صورت شروع فرآیند حمایت طلبی اولیه بدون تسلط کافی مدیر تغییر تاثیرگذاری و تاثیرپذیری مراودات بین ایشان با ذینفعان کلیدی کاهش خواهد یافت.
- در هر جلسه و مراوداتی که در خصوص پروژه پیشنهادی با هر یک از این دینفعان کلیدی برگزار می شود، طراح یا مدیر تغییر می‌بایست با اعتماد به نفس و محکم البته با رعایت ادب موضوعات را ارائه دهد.
- مدیر تغییر یا طراح پروژه می بایست در ارتباط با ذینفعان کلیدی جایگاه ایشان را مد نظر قرار دهد از ایجاد صمیمیت بیش از حد با ایشان پرهیز کند و در تمام صحبت ها جایگاه ایشان را مد نظر قرار دهد.
- عموما ذینفعان کلیدی افرادی پرمشغله هستند، لذا طراح / مدیر تغییر باید برای برگزاری جلسه حمایت طلبی اولیه برنامه داشته باشد. این برنامه باید در حداقل زمان ممکن اجرا شود.
- جلسه یا مراوده ای که بین طراح یا مدیر تغییر برای جلب حمایت طلبی اولیه ذینفعان کلیدی در این مرحله انجام می شود می بایست معطوف به یک ارائه اولیه توسط طراح یا مدیر تغییر باشد و سعی شود ادامه بحث به پاسخ به سوالات ذینفعان کلیدی مربوطه طی شود. هر چقدر ذینفع کلیدی مربوطه سوالات بیشتری مطرح کند احتمال حمایت طلبی ایشان نیز برای شروع پروژه تغییر افزایش خواهد یافت.
- طراح یا مدیر تغییر همواره باید این نکته را مد نظر داشته باشد که آن کسی که باید پروژه پیشنهادی را تایید و اجازه شروع فاز مطالعه را صادر کند ذینفع کلیدی می باشد. بنابراین نباید سعی شود با فشار برای جلب موافقت ایشان برای تغییر اقدام کرد. در صورت کسب موافقت بدون توجیه کافی احتمالا پروژه در مراحل بعدی برای غلبه بر مقاومت های احتمالی با مشکل عدم حمایت مواجه خواهد شد.

فصل ۲

فصل دوم: مطالعه و طراحی: چارچوب نظری، مرور متون، روش کار و چارچوب طرح

فهرست مطالب فصل:

- **مبانی نظری**
  - **تعریف عفونت های بیمارستانی**
  - **انواع عفونت ها**
  - **بیماریابی**
  - **ارزیابی، ثبت و گزارش دهی**
  - **پیشگیری از عفونت های بیمارستانی**
- **مرور متون**
  - **مرور تجربیات و شواهد داخلی**
  - **مرور تجربیات و شواهد خارجی**
- **روش کار و چارچوب طرح**
  - **روش کار**
    - **گام اول: شناسایی مساله و حمایت طلبی اولیه**
    - **گام دوم: مطالعه، طراحی و برنامه ریزی**
    - **گام سوم: مشارکت طلبی برای اجرا و الزامات اجرایی**
    - **گام چهارم: اجرا، ارزشیابی، بازخورد و پایدارسازی**
  - **چارچوب طرح**

۱–۲) مبانی نظری

۱–۱–۲) تعریف عفونت های بیمارستانی

عفونت بیمارستانی، عفونتی است که بر اثر بروز واکنش های سوء ناشی از وجود عامل عفونی یا سم حاصل از آن پدید می‌آید و بیمار در زمان پذیرش در بیمارستان به آن مبتلا نبوده و در دوره کمون آن هم نمی باشد. سازمان جهانی بهداشت این دسته از بیماری‌ها را به صورت عفونتی که در بیمار به علتی غیر از عفونت بستری شده روی میدهد، تعریف میکند، یعنی در واقع عفونت بیمارستانی آن دسته از عفونت‌هایی هستند که ناشی از مراقبتهای بهداشتی و درمانی بوده و به عنوان یک نتیجه نامطلوب در بیماران نیازمند مراقبت معمولا بعد از ۴۸ ساعت بستری شدن در بیمارستان عارض میشود و بیمار در بدو ورود به بیمارستان به این عفونت دچار نبوده و به منظور ابتلا به بیماری یا مشکل دیگری به بیمارستان مراجعه کرده است(۱۳, ۱۴).

عفونت‌های بیمارستانی یکی از معضلات بیمارستان‌ها در تمامی کشورهاست. این عفونت‌ها درنتیجه اقامت در بیمارستان یا اماکنی مشابه به طور ثانویه در بیماران ایجاد میشود. عفونت‌های بیمارستانی ظرف ۴۸ تا ۷۲ ساعت بعد از بستری و حداکثر شش هفته پس از ترخیص بدون احتساب دوره کمون بیماری، برای اولین بار در فرد ایجاد میشوند؛ البته به شرطی که در زمان پذیرش، فرد علائم آشکار عفونت را نداشته باشد(۱۵). چنین عفونت‌هایی می‌تواند منجر به ایجاد عوارض دائمی، افزایش طول مدت بستری، افزایش شدید هزینه‌های درمان، ایجاد نارضایتی بیمار و همراهان وی و حتی مرگ شوند(۱۶) که خطر بروز آن حتی در مجهزترین و مدرن‌ترین بیمارستان‌های کشورهای پیشرفته هم وجود دارد(۱۷). در این خصوص عوامل متعددی در ارتباط با بروز عفونت‌های بیمارستانی مطرح می‌باشند از جمله عوامل مداخله‌گری که میتوان آنها را با درمان اصولی بیمار به حداقل رساند، شامل مدت‌زمان طولانی بستری شدن، استفاده نابجا از آنتی‌بیوتیک‌ها، استفاده نادرست از کاتترهای ساکشن، امتناع پرسنل مراقبت‌های بهداشتی از شستن دست‌ها و عدم استفاده از تکنیک‌های استریل در انجام رویه های درمانی هستند(۱۶).

مطالعات انجام شده در ایران در زمینه شیوع عفونت‌های بیمارستانی و افزایش مدت بستری و هزینه‌های همراه با این عفونت‌ها نشان میدهد که این عفونت‌ها از مهمترین عوامل ایجادکننده مشکلات پزشکی، اجتماعی و اقتصادی کشور هستند. بنابراین افزایش روزافزون عفونت‌های بیمارستانی و هزینه های بالایی که به دنبال خواهند داشت منجر به تدوین اصول احتیاطات استاندارد شده است(۱۸).

در این زمینه و جهت پیشگیری و کنترل عفونت‌های بیمارستانی، به یک نظام مدیریت یکپارچه و متحد در بیمارستان نیاز میباشد. اجزای ساختار سازمانی برای دستیابی به این هدف، تضمین کیفیت و ایمنی بیمار است که از ابزارهای مدیریت در رابطه با معیارهای کنترل عفونت میباشد(۱۹).

با توجه به نتایج مختلف مطالعات انجام شده و همچنین عوارض عفونت‌های بیمارستانی و هزینه‌های مازادی که بر نظام های سلامت تحمیل می‌شود، بدیهی است که پرستار به عنوان بخشی از منابع انسانی نظام سلامت نقش کلیدی را در ارتقاء سلامت افراد جامعه ایفا می‌کند. همچنین با توجه به اینکه آگاهی، نگرش و عملکرد پرستاران در زمینه بهداشتی نقش مهمی در تأمین سلامت فرد و نهایتاً جامعه ایفا می‌کند و با عنایت به اهمیتی که عفونت‌ها و کنترل عفونت دارد، لازم است که میزان آگاهی پرستاران در این زمینه سنجیده شود(۲۰).

۲-۱-۲) انواع عفونت ها

هر یک از اعضای بدن انسان میتواند در بیمارستان، دچار عفونت گردد ولی در بین انواع عفونت‌های بیمارستانی عفونت دستگاه ادراری (۴۲٪)، عفونت دستگاه تنفسی تحتانی یا پنومونی (۱۵٪ تا ۲۰٪)، عفونت ناشی از زخم جراحی (۲۴٪) و عفونت دستگاه گردش خون(۵٪ تا۱۰٪) از اهمیت خاصی برخوردارند (براساس تعاریف نظام مراقبت عفونت بیمارستانی مرکز پیشگیری و کنترل بیماری‌ها (CDC)). طبق بررسی‌های انجام شده، عفونت ادراری شایعترین و پنومونی کشنده ترین عفونت‌های بیمارستانی محسوب می‌شوند گرچه در بعضی از مراکز، عفونت بیمارستانی دستگاه گردش خون علت اصلی مرگ بیماران میباشد(۲۱).

همانطور که گفته شد عفونت‌های ادراری شایعترین نوع عفونت‌های بیمارستانی بوده که ۱۵ ٪ با سوندگذاری در بیماران ارتباط دارد. این عفونت‌ها نسبت به سایر عفونتهای دیگر با عوارض کمتری همراه است، اما گاهی اوقات میتواند به باکتریمی و مرگ نیز منجر شود(۲۲).

عفونت‌های تنفسی در گروه‌های مختلف بیماران رخ میدهد. مهمترین گروه، بیمارانی هستند که از دستگاه تهویه مصنوعی در بخش مراقبت‌های ویژه استفاده کرده که در آن میزان عفونت روزانه ۳ ٪ گزارش شده است. عفونت‌های خونی، نماینده بخش کوچکی از عفونت‌های بیمارستانی، یعنی حدود ۵ ٪ میباشد، اما میزان مرگ و میر بیش از ۵۵ ٪ برای برخی از میکروارگانیسم‌ها را به خود اختصاص داده است (۲۳). عفونت محل جراحی نیز به وفور رخ می‌دهد و بروز آن بین ۱۵-۵ ٪ برآورد شده که بسته به نوع عمل جراحی و وضعیت زمینه‌ای بیمار متفاوت است. این عفونت‌ها میتوانند منافع بالقوه مداخلات جراحی را محدود سازند و بر هزینه‌های بیمارستان و طول اقامت بعد از عمل (بین ۲۵-۳ روز اضافی) تأثیرگذار باشند. سایر عفونت‌های

بیمارستانی مانند عفونت‌های پوست و بافت نرم، گاستروآنتریت، سینوزیت، عفونتهای چشم و ملتحمه، آندومتریت و سایر عفونتهای مختص زنان با شیوع کمتری گزارش شده است(۲۲, ۲۳).

۳-۱-۲) بیماریابی

بیماریابی بر اساس تعاریف مرکز پیشگیری و کنترل بیماری‌ها (CDC) می باشد و بر همین اساس فرم های استاندارد ازطرف مراجع مجاز به واحدهای کنترل عفونت تمامی بیمارستان ها ابلاغ شده است. جمع آوری داده‌های مربوط به عفونت‌های بیمارستانی به عهده تیم کنترل عفونت است که متشکل از پرستار کنترل عفونت و پزشک کنترل عفونت میباشد. با توجه به الگوریتم تشخیص عفونت بیمارستانی برای چهار عفونت اصلی براساس NNIS برای هر بیمار مشکوک به عفونت، فرم شماره یک بیماریابی تکمیل میگردد. مدت زمان تکمیل فرم از زمان مشکوک شدن به عفونت تا ترخیص یا فوت بیمار ادامه مییابد و در این مدت بیمار تحت نظر میباشد(۲۴).

یافته های مثبت به نفع عفونت(علائم- نشانه ها- پارا کلینیک .....)

بیماری یا پروسیجر یا ارزش تشخیصی :

BMTآلوژنیک طی سال قبل / بیماری GI-GVHD / اسهال حجیم در هفته گذشته / بیماری مزمن (ریوی یا قلبی) /تزریق خون طی 3 ماه اخیر / زایمان طی 7 روز / نقص ایمنی / خروج سوند طی 48 ساعت قبل .....

علائم حیاتی بد ورود : دمای بدن ..... ضربان قلب..... فشار خون .... تنفس.....

در صورتیکه بیمار حائز هر یک از موارد زیر است محل آن را تعیین نماید: **علائم موضعی** (درد.تندرنس .قرمزی. گرمی.) در محل ..... **آبسه** (شواهد قطعی عفونت) : در معاینه آناتومیک / حین اقدام تهاجمی / در هیستوپاتولوژی محل.....**شواهد رادیولوژیک** عفونت در.....علامت ویژه رادیولوژیک..... ترشح (چرکی) از..... محل درن (در صورت ترشح چرکی).....

در صورتی که عفونت در محل عمل جراحی است موارد را مشخص کنید: محل عفونت عمل : محل برش اولیه .....محل برش ثانویه .....

نوع عمل:.....**تاریخ عمل**.....**نام جراح ودستیاران:**.....

عمق عفونت: **فقط پوست وزیر جلد** / درحد فاسیا وعضله / ارگان یا فضای خاص . محل عمل را مشخص کنید:.....

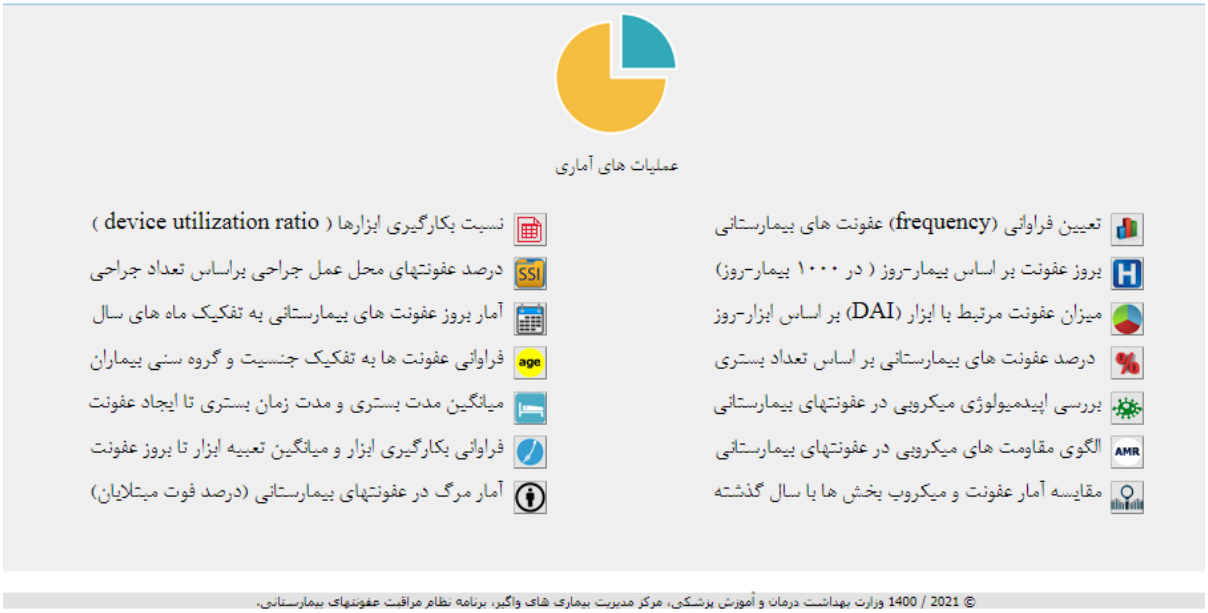
زمان عمل : طی 30 روز گذشته / طی 90 روز گذشته . باز شدن خود بخودی برش جراحی/ باز کردن برش جراحی توسط جراح

نورولوژی	پاراپلژی	افت سطح هوشیاری	پاراپارزی	CSFمثبت (پیوشیمی/ سلول)	تحریک پذیری
رادیکولیت	سردرد	سرگیجه	علائم عصب کرانیال	علائم نورولوژیک موضعی	لرز Chills
علائم منژ/ سفتی گردن	**قلج صورت**	کمر درد	**تنفسی** :خلط یا ترشحات تنفسی چرکی	**افزایش ترشحات / خلط نیازبه ساکشن**	بدتر شدن تبادل گازی (افزایش peep/fio2)
رال	آمیم	درد قفسه سینه	بی لیانی استرنوم	درد پلورتیک	ترشح پشت حلق
تغییر حالت خلط	تنگی نفس	صداهای برونکیال	رونکای	نازال فلیرینگ یا رتراکسیون	ویزینگ
همویتزی	سرفه	صداهای آمیولی از قلب	علائم آمیولی از قلب	علائم پوستی آندکاردیت	نارسایی احتقانی قلب
آنورمالی مدایتی)	پالس پاراداکس	سوفل (جدید.تغییر)	نوار قلب مثبت به نفع میوکاردیت یاپریکاردیت	**گوارش**	اسهال حاد (رد علل غیر عفونی)
تست کبد مختل	درد شکم	آسیب صفراوی	استفراغ	دیستانسیون شکم	بی اشتهایی
مدفوع خونی	تهوع	**ادراری تناسلی**	لکرر ادرار	سوزش ادرار	فوریت ادرار
الیگوری	پیوری	نیترات مثبت	لکوسیت استراز	**مفاصل**	افیوژن مفصلی
کاهش محدوده حرکت	**مفصل مصنوعی**	مایع مفصل مصنوعی (لکوسیتوز)	آنالیز مایع مفصلی موید عفونت	مایع مفصل مصنوعی (PMN>0.90)	سینوس تراکت
چشم	تاری دید	چشم درد	هایپیون	**گوش وحلق وبینی**	پچ روی مخاط دهان
خشونت صدا	زخم دهان	انسداد بینی	رتراکسیون پرده گوش	پلاک روی مخاط دهان	ترانس ایلومینال مثبت
کاهش حرکت پرده	مایع پشت پرده گوش	**پوست**	پولوس(تاول)	پوسچول	وزیکول
دیرید	درجه سوختگی:....	تغییر در زخم سوختگی	گرافت	یرقان (زردی)	**کشف ارگانیسم**
کشت مثبت	آنتی ژن	اسمیر یا میکروسکوپی	آنتی بادی	ژنوم PCR	توکسین
یافته خونی	ESR(>30)	نوتروپنی ANC<500	لکوپنی < 4000	لکوسیتوز > 12000	لکوسیتوز > 15000
CRPبالا (>100)	هایپرگلیسمی (قند خون بالا)	لکوسیتوز با شیفت به چپ (باندی)	تشخیص پزشک	اقدام به درمان عفونت	

شکل ۴: نمونه فرم بیماریابی

۴-۱-۲) ارزیابی ، ثبت و گزارش دهی

فرم های تکمیلی پس از ارسال توسط کارشناسان واحد کنترل عفونت در بیمارستان ها بررسی مجدد شده و در سامانه ثبت عفونت های بیمارستانی(INIS) ثبت می شود. گزارش دهی از این سایت با توجه به نوع بخش، درصد و اپیزود قابل دسترسی می باشد و با توجه به اینکه برای جمع آوری داده‌ها و گزارش‌دهی و تجزیه و تحلیل آنها از ابزار یکسان و فرم‌های آماری واحد استفاده میشود وضعیت عفونت‌های بیمارستانی در هر بیمارستان با بیمارستان‌های دیگر قابل مقایسه خواهد بود(۲۴).



شکل ۵: برنامه نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی

۵-۱-۲) پیشگیری از عفونت های بیمارستانی

پیشگیری از عفونت بیمارستانی، روش کلیدی برای ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی درمانی است. مطالعات دقیق از میزان این عفونت‌ها برای ارزیابی فعالیت‌های پیشگیری از عفونت‌های جاری و برنامه‌ریزی برای مداخله بیشتر در بیمارستان و همچنین در سطح ملی ضروری است(۲۵).

از آنجایی که عفونت‌های بیمارستانی باعث ایجاد استرس‌های روحی، ناتوانی، از کار افتادگی و کاهش کیفیت زندگی در بیماران میشود و توازن منابع اختصاص یافته را برای مراقبت‌های اولیه و ثانویه بر هم میزند و همچنین باعث معطوف نمودن منابع مورد نیاز به سمت مدیریت کنترل عفونت در مراکز بهداشتی درمانی میشوند، بهتر است به اصل پیشگیری آن توجه کافی به عمل آید(۲۶).

یک سوم از عفونت‌های بیمارستانی قابل پیشگیری هستند و از آنجا که پرستاران نقش پررنگی در مراقبتهای مربوط به بیمار دارند، با رعایت اصول میتوانند میزان زیادی از این عفونت‌ها را کاهش دهند، مهمترین راه انتقال عفونت دست پرسنل میباشد، با رعایت بهداشت دست‌ها و شستن اصولی آنها میتوانند از انتقال عفونت جلوگیری کنند(۷). منشاء اغلب عفونت‌های جراحی، آلودگی‌های باکتریایی زخم جراحی در اتاق عمل است، که تمامی افرادی که به اتاق عمل وارد و کارکنان این بخش، میتوانند با رعایت بهداشت نقش بسیاری در پیشگیری از این عفونت‌ها داشته باشند(۲۷). بدون تردید کم هزینه‌ترین و مطلوب‌ترین روش مبارزه با این عفونت‌ها، پیشگیری از وقوع آن است و پرسنل بیمارستان باید میزان آگاهی خود را در زمینه کنترل آنها افزایش داده و حین انجام اقدامات درمانی آن را به کار گیرند(۲۸).

۲-۲) مرور متون

۱-۲-۲) مرور تجربیات و شواهد داخلی

سجادی و همکاران در پژوهشی توصیفی در سال ۲۰۱۵ با عنوان "ارزیابی اجرای نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی در بیمارستان های تحت پوشش دانشگاه اصفهان" در شهر اصفهان به این نتیجه رسیدند که با توجه به متوسط بودن وضعیت عملکرد نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی در ابعاد مداخله، کنترل و پیشگیری از مقاومت آنتی بیوتیکی، اتخاذ راهکارهایی در جهت ممانعت از تجویز آنتی بیوتیک بدون انجام آنتی بیوگرام، محدود کردن مصرف آنتی بیوتیک های با طیف گسترده، طراحی برنامه‌های بومی مداخله ای جهت کاهش میزان عفونت ها و سنجش میزان تاثیرات اجرای این راهکارها توصیه می شود. در این مطالعه، ۱۱ بیمارستان آموزشی و غیر آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان مورد بررسی قرار گرفت(۲۹).

مطالعه ای با عنوان "بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد پرستاران بیمارستان های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شیراز نسبت به کنترل عفونت" در سال ۲۰۱۷ بیان کرده است که علیرغم اینکه نمره آگاهی، نگرش و عملکرد پرستاران در زمینه کنترل عفونت در وضع مناسبی قرار داشته ولی درعین حال، لزوم برگزاری دوره های آموزش مداوم جهت افزایش میزان آگاهی و تقویت نگرش های مثبت در آن ها و اصلاح برخی عملکردهای اشتباه و در نتیجه باورهای غلط برای پرستاران و سایر پرسنل درمانی در بیمارستان ها ضروری به نظر می رسد(۳۰).

نتایج پژوهش رستمی نژاد و همکارانش در سال ۲۰۰۹ با عنوان "عملکرد پرسنل اتاق عمل بیمارستان های آموزشی شهر یاسوج در خصوص رعایت موازین کنترل عفونت" بیان‌گر این مطلب است که افراد مورد مطالعه، برخی از موازین کنترل عفونت را در اتاق عمل رعایت نمی کنند، لذا پیشنهاد کرده است با استفاده از آموزش های ضمن خدمت، فعال تر نمودن کمیته های کنترل

عفونت در اتاق عمل و اعمال مکانیسم های نظارتی و هم چنین با استفاده از مواد آنتی سپتیک جدید جهت اسکراب جراحی، روش های جدید اسکراب را جایگزین شیوه های رایج و سنتی نمایند(۳۱).

یافته های پژوهش اصغر پور و همکاران با عنوان" نحوه به کارگیری روش‌های کنترل عفونت توسط کارکنان مراکز آندوسکوپی" در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۲۰۰۷ نشان میدهد که نحوه به کارگیری روش‌های کنترل عفونت توسط کارکنان مراکز آندوسکوپی چندان مطلوب نیست و این امر میتواند موجب بروز بیماری‌های عفونی گردد، لذا جهت پیشگیری ازگسترش عفونت‌های بیمارستانی در مراکز آندوسکوپی و با توجه به تأکید مکرر مقالات مختلف در این زمینه نظارت دقیق و ارزشیابی سالانه امری ضروری و واجب به نظر می رسد(۳۲).

در پژوهش امینی و همکاران در سال ۲۰۱۵ با عنوان " آگاهی، نگرش و خودکارآمدی کارکنان پرستاری بخش مراقبتهای ویژه بیمارستانهای کودکان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران در خصوص عفونتهای بیمارستانی " بیان شده است که اکثر پرستاران آگاهی خوبی در مورد عفونت‌های بیمارستانی ندارند. اگرچه تمامی آنان، در سطوح متوسط و بالا، تهدید حاصل ازعفونت‌های بیمارستانی و منافع حاصل از رعایت موارد کنترل کننده آن را درک کرده و بیشتر آنان از خودکارآمدی خوبی در خصوص رعایت دستورالعمل‌های کنترل عفونت برخوردار بودند، ولی درصد قابل توجهی از آنان، وجود موانعی مانند نداشتن وقت کافی دررعایت دستورالعمل‌ها را گزارش کردند؛ لذا باید در راستای کنترل این عفونت‌ها، آموزشهای لازم جهت کمرنگ کردن موانع داده شود(۳۳).

طولابی و همکاران در مطالعه خود در سال ۲۰۰۶ در بیمارستان های آموزشی خرم آباد با عنوان "بررسی میزان رعایت اصول کلی پیشگیری از عفونت‌های بیمارستانی" به این نتیجه رسیدند که آموزش مداوم کارکنان در رده های مختلف شغلی، استفاده از وسایل و روش های کاهش عفونت، افزایش منابع و امکانات و ارتقای فضای فیزیکی، تاسیس سیستم ملی نظارت و کنترل مستمر عفونت های بیمارستانی، بررسی اپیدمیولوژیک سالانه و انجام کشت منظم، راهکارهای مهمی برای کنترل عفونت هستند که باید در بیمارستان های آموزشی اجرا شوند(۳۴).

۲-۲-۲) مرور تجربیات و شواهد خارجی

بورسوفارو[1] و همکاران در تحقیقی در سال ۲۰۰۳ با هدف ارزیابی عوامل موثر بر عفونت بیمارستانی در بیمارستان های ایتالیا با عنوان" Factors influencing hospital infection control policies in Italian hospitals " گزارش کردند که ۵۰٪ از بیمارستان های مورد مطالعه دارای برنامه فعال کنترل عفونت بیمارستانی بودند و ۵۳٪ برنامه‌ها اختصاص به کنترل عفونت از جانب پرستاران داشت(۳۵).

شودهاکر[2] و همکارانش(۲۰۰۸) در تحقیقات خود با موضوع" Participatory hospital infection control training programme among nurses working in selected hospitals of Karnataka, India "اشاره داشتند که آموزش های مناسب و مورد نیاز در خصوص افزایش میزان آگاهی سرپرستاران در خصوص کنترل عفونت های بیمارستانی، در موفقیت برنامه کنترل عفونت تاثیر به سزایی داشته باشد(۳۶).

بنت[3] و هکارانش در پژوهش خود در سال ۲۰۰۸ در ایالات متحده با عنوان " Educating Smaller Rural Hospital Infection Control (IC) Nurses, Victoria, Australia" به این نتیجه رسیدند که برنامه های آموزشی در زمینه کنترل عفونت منجر به بهبود مشارکت و توجه پرستاران و کارکنان به عفونت بیارستانی میشود و بخش مهمی از برنامه همای پرستاران باید به این مهم اختصاص یابد(۳۷).

بارت گردتس[4] در سال ۲۰۰۵ در مطالعه ای در بلژیک با عنوان " Models for the organisation of hospital infection control and prevention programmes" به این نتیجه رسیده است که تغییرات ساختاری یک انگیزه اساسی برای توسعه کنترل عفونت در بیمارستان‌ها است. تأثیر این تغییرات زمانی که توسط مقامات ارشد شروع و راهبری میشودبه طور قابل ملاحظه ای بیشتر از سایر موارد میباشد و میتواند منابع بیشتری را فراهم می‌کنند و استانداردهای جدیدی را اجرایی کند(۳۸).

---

[1] Brusaferro
[2] Sudhaker
[3] Bennett
[4] Barts Gordts

در مطالعه‌ای که توسط Barrett و Randel (۲۰۰۸) با عنوان " Hand hygiene practices: nursing students' perceptions " انجام پذیرفت، برای پیشگیری از عفونت‌های بیمارستانی راهکارهای متعددی معرفی گردید که رعایت بهداشت دست راحت‌ترین، مؤثرترین و کم هزینه‌ترین راهکار میباشد، به طوریکه به عنوان یک اولویت جهانی برای کاهش عفونت‌های بیمارستانی شناخته شده است(۳۹).

در تحقیقات دکتر میچل[1] و همکاران در استرالیا در سال ۲۰۱۵ با عنوان " Hospital infection control units: Staffing, costs, and priorities " نتیجه گیری شده است که منابع انسانی و ارتقا استفاده از فناوری اطلاعات در موارد کنترل عفونت به عنوان بالاترین اولویت برای تیم های کنترل عفونت شناسایی شده و بهتر است بیمارستان ها در این موارد سرمایه گذاری بیشتری انجام دهند(۴۰).

وسیلیوس[2] و همکارانش در مطالعه‌ای با عنوان " Intensive care unit acquired infection: a prevalence and impact on morbidity and mortality" در سال ۲۰۰۳ عنوان کردند که عفونت های بیمارستانی تعداد قابل توجهی از بیماران را در سراسر دنیا درگیر میکنند و یکی از علل مهم مرگ در بیماران در بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه به شمار میرود و از خطرات عمده سلامتی در بیمارستان های سراسر دنیا محسوب میشوند. علیرغم تلاش‌ها برای پیشگیری از این عفونت-ها، هنوز این مشکل در بخش های مراقبت های ویژه باعث مرگ و افزایش هزینه های سلامت میشود.(۴۱)

۳-۲) روش کار و چارچوب طرح

۱-۳-۲) روش کار

نوع مطالعه در پروژه حاضر اقدام پژوهی می باشد که با ترکیبی از روش های کمی و کیفی انجام شده است. محیط پژوهش مجتمع بیمارستانی امام رضا(ع) مشهد بود. مجتمع بیمارستانی امام رضا(ع) حدود ۱۰۰۰ تخت فعال دارد که ماهانه به بیش از ۵۰۰۰ بیمار بستری و حدود ۱۸ هزار بیمار مراجعه کننده به اورژانس بیمارستان خدمت ارائه می دهد. در این مجتمع حدود ۳۷۰۰ نفر پرسنل غیر پزشک، حدود ۳۰۰ نفر پزشک غیر هیات علمی، ۲۰۰ عضو هیات علمی و ۱۰۰۰ فراگیر در رشته های مختلف پزشکی فعالیت دارند. مراحل انجام پروژه شامل گام های زیر می باشد:

[1] Mitchell
[2] Vosylius

مراحل انجام پروژه شامل گام های زیر می باشد:

گام اول: شناسایی مشکل و حمایت طلبی اولیه

گام دوم: مطالعه، طراحی و برنامه ریزی

گام سوم: مشارکت طلبی برای اجرا و الزامات اجرایی

گام چهارم: اجرا، ارزشیابی، بازخورد و پایدارسازی

گام اول: شناسایی مسئله اصلی، تحلیل ذینفعان و حمایت‌طلبی اولیه

جرقه اول شناسایی مساله: با توجه به پایش بهداشت دست در بخش های بالینی و علیرغم آموزش های مکرر به همکاران، تهیه ملزومات و پایش های مکرر و عدم افزایش رشد این شاخص در بیمارستان و با توجه به انتخاب بیمارستان به عنوان مرکز ریفرال پذیرش بیماران کووید ۱۹و استفاده از دستکش در تمامی موقعیت ها (با توجه به ناشناخته بودن بیماری کووید) این درصد به نسبت سال‌های قبل کاهش بیشتری داشت. این موارد، موارد کلیدی بود که در کمیته کنترل عفونت مجتمع بیمارستانی امام رضا (ع) مطرح و نقطه شروع پروژه سازماندهی فعالیت های کنترل عفونت در سطح بیمارستان رقم خورد. بعد از این مرحله مقرر شد کارگروهی شامل تیم ارزیاب و نظارتی و افراد مرتبط دیگر ابعاد موضوع بررسی گردد.

شناسایی ابعاد مساله در قالب نشست متخصصان و بحث گروهی متمرکز: ابتدا در یک جلسه بحث گروهی متمرکز با حضور افراد مرتبط شامل رئیس کمیته کنترل عفونت، مترون بیمارستان، سوپروایزر کنترل عفونت و پنج نفر از کارشناسان کنترل عفونت موضوع چالش های عملکرد واحد کنترل عفونت به بحث گذاشته شد. در جلسه مذکور ابتدا به مدت ۴۵ دقیقه موضوع به بحث گذاشته شد و سپس از هر فرد درخواست شد تا تاثیرات موضوع فعالیت کادر درمان (پرسنل و فراگیران) را روی یک کاغذ ثبت نماید. سپس از نفر اول درخواست شد موارد مدنظر خود را بگویند و موارد همزمان در یک فایل اکسل تایپ و در معرض دید سایرین قرار گرفت و سپس از نفر دوم در جلسه خواسته شد مواردی که به این لیست اضافه می شود را بیان کند و این فرآیند تا نفر آخر ادامه یافت. نتایج این جلسه مجدد در جلسه کمیته پیشگیری و کنترل عفونت مطرح شد و بعد از بحث روی آن چالش های اصلی شناسایی گردید.

ابعاد مسئله: یافته های حاصل از بررسی ابعاد موضوع مربوط به چالش های فعالیت واحد کنترل عفونت به صورت زیر شناسایی گردید:

- مشارکت ناکافی سرپرستاران در فعالیت های کنترل عفونت در بخش ها
- تثبیت نشدن فعالیت های تولیتی کارشناسان واحد کنترل عفونت
- عدم پذیرش موثر کارشناسان کنترل عفونت توسط پرسنل بخش
- عدم وجود نظام ارزیابی سیستمی و در دسترس
- عدم استفاده از ظرفیت ارزیابان خارج از واحد واحد کنترل عفونت
- مشخص نبودن ساختار واحد کنترل عفونت علی رغم فعالیت های مختلف

شناسایی ذینفعان کلیدی و حمایت طلبی اولیه: به دنبال شناسایی ابعاد مشکل، ذینفعان مختلف برنامه در همان جلسه (نشست متخصصان) از طریق بارش افکار شناسایی و لیست شد. در جلسه بعدی نشست متخصصان از هر یک از اعضا در خواست شد برای هر ذینفع منشا قدرت و منافع را یادداشت کنند. سپس به مدت ۳۰ دقیقه روی منشا قدرت و منافع ذینفعان بحث شد و در مرحله بعدی از هر یک از اعضای جلسه درخواست گردید به هر ذینفع نمره‌ای بین ۱ تا ۱۰ تخصیص دهند. نمره ۱۰ نشانگر بیشترین میزان منافع یا قدرت و نمره ۱ به معنی کمترین میزان منافع یا قدرت می باشد.

بعد از تخصیص نمره توسط هر یک از اعضای نشست متخصصان، نمرات توسط مدیر تغییر جمع بندی و برای هر یک از ذینفعان میانگین نمره قدرت و منافع شناسایی شد. در مرحله آخر نیز آن دسته از ذینفعان که به لحاظ نمره منافع و قدرت امتیاز بالای ۵ کسب کرده بودند به عنوان ذینفعان کلیدی شناسایی شدند. بعد از شناسایی ذینفعان کلیدی بر اساس سطح پذیرش هر یک از ذینفعان در خصوص موضوع پروژه، روش‌های مناسب و متناسب با ایشان جهت حمایت طلبی اولیه انتخاب شدند. (جزئیات اقدامات انجام شده برای شناسایی مساله و حمایت طلبی اولیه در خصوص پروژه در فصل یک ارائه شده است)

گام دوم: مطالعه، طراحی و برنامه ریزی

گام دوم در قالب پنج مرحله به شرح ذیل انجام شد.

مرحله اول: توافق اولیه روی سازماندهی مجدد فعالیت های واحد کنترل عفونت

هدف اصلی در مرحله اول بررسی مشکلات وضعیت ساختار فعلی در واحد کنترل عفونت و موارد مرتبط با فعالیت های این واحد بود که در این قسمت روش پژوهش بیشتر جلسات بحث گروهی متمرکز با ذینفعان درگیر در سازماندهی فعالیت های کنترل عفونت در سطح بیمارستان بود. اعضای بحث گروهی متمرکز شامل هفت نفر از رییس بیمارستان، معاون آموزش و سلامت بیمارستان، معاون توسعه مدیریت و منابع، مدیر پرستاری مجتمع، سوپروایزر کنترل عفونت مجتمع و دو نفر از کارشناسان واحد کنترل عفونت بودند. مجموعا چهار جلسه دو ساعته برگزار شد. در هریک از جلسات برگزار شده به هریک از اعضاء فرصت اظهار نظر و ذکر نکات قابل بهبود داده شد. در جلسات تاکید شد با رعایت احترام، به بیانات و دیدگاه‌های افراد گروه گوش داده و نظرات تکمیلی خود را بعد از پایان نظر فرد مورد نظر، ارائه نمایند. به منظور جلوگیری از انحراف از اهداف پژوهش، بر حسب ضرورت پاسخ‌ها هدایت می‌شدند(۴۲). در این مرحله بحث و بررسی روی ساختار فعلی و مشکلات آن در جلسات متعدد صورت گرفت و توافق روی تغییر ساختار و انجام اصلاحات آن انجام شد. در بیمارستان امام رضا(ع) ساختار کنترل عفونت در گذشته فقط به سوپروایزر کنترل عفونت منتهی می شد و پس از آن یک کارشناس کنترل عفونت به این ترکیب اضافه شده بود. در سال ۱۳۹۲ با توجه به استانداردهای IPC و تعداد تخت های بیمارستان امام رضا(ع) شش کارشناس براورد شده بود که به ترکیب قبلی سه نفر دیگر نیز اضافه شدند.

مرحله دوم: تهیه نسخه اول دستورالعمل فعالیت واحد کنترل عفونت

در این مرحله روی جزئیات دستورالعمل بحث شد و با حضور متخصصان نسبت به تهیه نسخه اول دستورالعمل فعالیت واحد کنترل عفونت اقدام شد. اعضای این نشست ها شامل رییس بیمارستان، معاون آموزش و سلامت بیمارستان، معاون توسعه مدیریت و منابع، مدیر پرستاری مجتمع، سوپروایزر کنترل عفونت مجتمع، مدیران سایت و دو نفر از کارشناسان واحد کنترل عفونت که برای غنای بیشتر از دو نفر سوپروایزر بالینی، دو سرپرستار علاقمند به مباحث کنترل عفونت و چهار نفر از رابطین کنترل عفونت بخش ها نیز دعوت شد. در این مرحله از تکنیک گروه اسمی استفاده شد. در ابتدا نتایج حاصل از مرحله قبل در جلسه ارائه شد سپس هرکدام از اعضای نشست متخصصان اولین پیشنهاد که به ذهنش رسید را بیان کرد مشروط بر اینکه راه حل ذکر شده تکراری نباشد. با بهره گیری از نظرات هریک از افراد ایده های جدیدی مطرح گردید. رهبر گروه با سمت معاون توسعه

مدیریت و منابع نقش دبیر جلسه را بر عهده داشت و پاسخ‌های گروه را بر روی یک صفحه مناسب که برای همه شرکت کنندگان قابل مشاهده بود، ثبت نمود. در مرحله اول هیچ یک از افراد حق اظهارنظر در مقابل ایده‌های مطروحه را نداشتند. فرآیند تصمیم-گیری با استفاده از تکنیک گروه اسمی در چهار مرحله شامل خلق ایده‌ها، ثبت ایده‌ها، تصریح ایده‌ها و رای‌گیری درباره ایده‌ها طی شد(۴۳).

مرحله سوم : بررسی نسخه اول دستورالعمل فعالیت واحد کنترل عفونت

در این مرحله مطالب نسخه اول تهیه شده در مرحله قبل، در یک گروه محدود شامل معاون توسعه مدیریت و منابع، معاون آموزش و سلامت، مدیر پرستاری و سوپروایزر کنترل عفونت بررسی و موارد ثبت شده در دو دسته دستورالعمل فعالیت واحد و نحوه ارزیابی بخش ها سازماندهی شدند. تمامی پیشنهادات و موارد مطرح شده در نسخه اول لحاظ و جهت بررسی توسط سایر اعضا و نهایی شدن دستورالعمل آماده شد.

مرحله چهارم: اصلاح نسخه اول و تهیه نسخه دوم دستورالعمل

این مرحله با هدف توافق سنجی روی ساختار و وظایف و چارچوب سازماندهی فعالیت های کنترل عفونت تهیه شده در نسخه اول انجام شد. اعضای کمیته پیشگیری و کنترل عفونت بیمارستان برای نظرخواهی شامل رییس کمیته کنترل عفونت، مدیریت پرستاری، سوپروایزر کنترل عفونت، اعضای مدیریت پرستاری، سرپرستاران و کارشناسان کنترل عفونت بود. در این مرحله برای تایید چارچوب نظام سازماندهی فرایند های کنترل عفونت از مرحله قبل از روش توافق سنجی استفاده شد. بر این اساس نسخه اول برای تمامی اعضا ارسال شد. هر کدام از موارد که بیش از ۷۵ درصد توافق در خصوص آن‌ها ایجاد شده بود تایید نهایی شد. موارد دارای توافق بین ۵۰ تا ۷۵ درصد مجدد اصلاح و برای اعضا ارسال شد و تا زمان تعیین تکلیف شاخص (قرار گرفتن در موارد دارای بالای ۷۵ درصد توافق یا پایین تر از ۵۰ درصد توافق) این فرایند ادامه یافت.

مرحله پنجم: بررسی نسخه دوم و تهیه نسخه سوم دستورالعمل فعالیت واحد کنترل عفونت در جلسه نشست متخصصان

در این مرحله با هدف تایید و توافق سنجی روی دستورالعمل گردآوری شده در نشستی شامل رئیس بیمارستان، معاون آموزش و سلامت مجتمع، معاون توسعه مدیریت و منابع مجتمع، رییس کمیته کنترل عفونت، مدیر پرستاری، سوپروایزر کنترل عفونت، مدیران سایت های پرستاری، سرپرستاران و کارشناسان کنترل عفونت نسخه دوم به صورت کامل و کلمه به کلمه قرائت و

از کلیه اعضاء خواسته شد تا در خصوص بندهای مختلف آن اعلام نظر کنند؛ اعضاء نظرات خود را در خصوص موارد مختلف اعلام کردند. بعد از جلسه مذکور اصلاحات انجام شده توسط یک تیم سه نفره شامل معاون توسعه مدیریت و منابع، مدیر پرستاری و سوپروایزر کنترل عفونت اعمال و در متن دستورالعمل به عنوان نسخه سوم وارد گردید، سپس دستورالعمل مربوطه در تیم مدیریتی مجتمع مطرح و تایید شد.

گام سوم: مشارکت طلبی برای اجرا و الزامات اجرایی

درگام سوم پروژه و به جهت مشارکت طلبی برای اجرا و همچنین بررسی الزامات اجرایی پروژه نیاز بود که نظرات ذینفعان پروژه که در ناحیه ۲ (ذینفعان دارای میزان قدرت تأثیرگذاری زیاد و میزان علاقه کم) و همچنین افرادی که در ناحیه ۳ (ذینفعان دارای میزان قدرت تاثیرگذاری کم و میزان علاقه زیاد) اخذ گردد(شکل ۲). در مرحله بعد نسخه نهایی دستورالعمل فعالیت واحد کنترل عفونت، برای کلیه ذینفعان مذکور به صورت رسمی ارسال و از ایشان درخواست شد به مدت یک هفته نظرات خود را ارائه دهند. علاوه بر این، با آن دسته از ذینفعان که در ناحیه ۲ قرار می‌گرفتند و قدرت تاثیرگذاری زیاد بر روی پروژه داشتند، جلساتی به صورت حضوری و چهره به چهره برگزار شد و رضایت ایشان برای اجرای کار جلب گردید. (جزئیات اقدامات انجام شده برای مشارکت طلبی برای اجرا و بررسی الزامات اجرایی در فصل سوم ارائه شده است)

گام چهارم: اجرا، ارزشیابی، بازخورد و پایدارسازی

گام چهارم پروژه شامل فرآیند اجرایی ارزشیابی، بازخورد و پایدارسازی بود. در این گام ابتدا ارزیابان انتخاب شدند. سپس برای کلیه ارزیابان یک دوره آموزشی تعریف شد. بعد از این دوره، فرایند ارزشیابی شروع شد. نتایج ارزشیابی به صورت ایمیل و در قالب سامانه ارزیابی مستمر به روسای بخش ها بازخورد داده شد. به جهت پایدار سازی فرایند اقدامات لازم برای طرح موضوع در شورای آموزشی دانشگاه و توسعه فرایند طراحی شده در سایر بیمارستان‌ها انجام شد. (جزئیات اقدامات انجام شده در خصوص اجرا، ارزشیابی، بازخورد و پایدارسازی پروژه در فصل چهارم ارائه شده است).

۲-۳-۲) چارچوب طرح

آیین نامه فعالیت واحد کنترل عفونت

مجتمع آموزشی و پژوهشی و درمانی امام رضا (ع) مشهد

ماده ۱ :کلیات

عفونت های بیمارستانی مشکل عمده مراکز درمانی در جهان میباشند و باعث افزایش مرگ ومیر، افزایش هزینه و طول مدت بستری بیماران در بیمارستانها می شود. از آنجا که درمان عفونت بیمارستانی هزینه زیادی را به سیستم درمان کشور تحمیل میکند، به نظر می رسد اجرای یک برنامه منظم و منسجم کنترل عفونت ، گزارشگیری صحیح عفونتهای بیمارستانی و بررسی آن و ارائه راهکارهای مناسب و یا حتی تغییری کوچک ولی مؤثر در عملکرد دست اندرکاران بخش درمان در جهت کنترل عفونت های بیمارستانی می تواند از دیدگاه مدیریت منابع و بهبود کیفیت خدمات مورد توجه باشد. مجتمع آموزشی و پژوهشی درمانی امام رضا (ع) مشهد با حدود ۱۰۰۰ تخت فعال و با بیش از ۳۷۰۰ پرسنل و حدود ۵۵ بخش بستری ماهانه حدود شش هزار بیمار بستری و بیش از ۱۹ هزار پذیرش در اورژانس دارد. حفظ و توسعه فعالیت ها و رفتارهای مرتبط با کنترل عفونت با توجه به این حجم فعالیت نیازمند ساختار منظم و منسجم می باشد که آیین نامه فعلی به همین منظور تدوین شده است.

ماده ۲: ارکان واحد کنترل عفونت

بند ۱: ارکان واحد کنترل عفونت مجتمع به صورت زیر می باشد

۱- کمیته پیشگیری وکنترل عفونت مجتمع

۲- سوپروایزر کنترل عفونت مجتمع

۳- کارشناس مسئول پایش، برنامه ریزی و ثبت

۴- کارشناس مسئول سایت

بند ۲: تبیین ارکان واحد کنترل عفونت مجتمع

۱- کمیته پیشگیری وکنترل عفونت مجتمع

کمیته پیشگیری و کنترل عفونت یکی از کمیته های اصلی بیمارستان میباشد که مسئولیت برنامه ریزی، ارزیابی و انجام تمام موارد مرتبط با کنترل عفونت را بر عهده دارد و تصمیم گیری های عمده و مهم در این زمینه از وظایف این کمیته می باشد. اهم فعالیت های کمیته پیشگیری و کنترل عفونت مجتمع به شرح زیر میباشد :

- ✓ بررسی و پیگیری موضوعات مرتبط با اصلاح رفتارهای مرتبط با کنترل عفونت بین اعضای هیات علمی -کارکنان و فراگیران
- ✓ بررسی و پیگیری موضوعات مرتبط با توسعه مطالعات موردی در خصوص کنترل عفونت
- ✓ بررسی و پیگیری موضوعات مرتبط با بهبود شرایط استریلیزاسیون
- ✓ بررسی و پیگیری موضوعات مرتبط با تامین دارو وملزومات اساسی و تجهیزات پزشکی در خصوص کنترل عفونت و بهداشت محیط
- ✓ بررسی و پیگیری موضوعات مرتبط با تاثیرات متقابل وجوه ایمنی بیماروکنترل عفونت
- ✓ بررسی و پیگیری موضوعات مرتبط با تحلیل نتایج ارزیابی ها و پیشرفت برنامه های کنترل عفونت
- ✓ بررسی و پیگیری موضوعات مرتبط با آزمایشگاه در حیطه کنترل عفونت
- ✓ بررسی و پیگیری ارتباط بین فرآیندهای درمانی با کنترل عفونت
- ✓ بررسی و پیگیری موضوعات مرتبط با اصلاح فرآیندهای خرید در ارتباط با مصوبات کمیته
- ✓ تدوین برنامه پیشگیری و درمان با انتی بیوتیک ها بر اساس الگوی مقاومت میکروبی بیمارستان و رصد مقاومت میکروبی و پایش استفاده منطقی انتی بیوتیک ها (استوارت شیپ)
- ✓ نظارت بر انجام تحقیقات کاربردی و آموزشی بر اساس نیازها توسط پزشکان ، پرستاران ،و مراکز تحقیقاتی در زمینه کنترل عفونت های بیمارستانی

تبصره ۱- اعضاء اصلی کمیته پیشگیری و کنترل عفونت به پیشنهاد رئیس کمیته و ابلاغ رئیس مجتمع انتخاب می شوند در صورتی که در جلسات نیاز به حضور افرادی غیر از اعضاء اصلی باشد به عنوان میهمان در آن کمیته دعوت میشوند

تبصره ۲– جلسات کمیته پیشگیری و کنترل عفونت به صورت ماهیانه و همچنین در صورت نیاز به صورت فوق العاده تشکیل میشود.

تبصره ۳– سوپروایزر کنترل عفونت مجتمع به عنوان دبیر کمیته پیشگیری و کنترل عفونت مجتمع وظیفه هماهنگی جلسات و پیگیری مصوبات را بر عهده دارد.

۲– سوپروایزر کنترل عفونت مجتمع

سوپروایزر کنترل عفونت مجتمع فردی است با رشته پرستاری و دارای حداقل ۱۰ سال سابقه کار در حوزه بالینی و حداقل سه سال سابقه سرپرستاری که به پیشنهاد مدیر پرستاری مجتمع و با مشورت با ذینفعان در داخل و خارج از بیمارستان انتخاب و با حکم رئیس مجتمع منصوب خواهد شد.

۳– کارشناس مسئول پایش، برنامه ریزی و ثبت

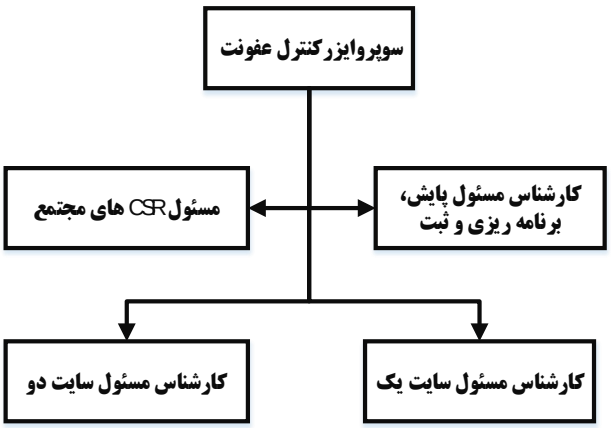
کارشناس مسئول پایش، برنامه ریزی و ثبت فردی است با رشته پرستاری و دارای حداقل ۵ سال کار در حوزه بالینی که به پیشنهاد سوپروایزر کنترل عفونت مجتمع و با تایید و ابلاغ مدیر پرستاری مجتمع منصوب میشود.

۴– کارشناس مسئول سایت

کارشناس مسئول سایت فردی است با رشته پرستاری و دارای حداقل ۵ سال سابقه کار در حوزه بالینی که به پیشنهاد سوپروایزر کنترل عفونت مجتمع و با تایید و ابلاغ مدیر پرستاری مجتمع منصوب میشود.

ماده ۳: سازماندهی واحد کنترل عفونت مجتمع

بند ۱: ساختار واحد کنترل عفونت مجتمع آموزشی و پژوهشی و درمانی امام رضا (ع) به صورت زیر می باشد



شکل ۶: نمودار سازمانی واحد کنترل عفونت مجتمع آموزشی و پژوهشی و درمانی امام رضا (ع)

بند ۲: ارزیابان واحد کنترل عفونت ذیل کارشناس مسئول پایش، برنامه ریزی و ثبت فعالیت میکند و برنامه ریزی بازدیدها بر عهده کارشناس مسئول پایش، برنامه ریزی و ثبت میباشد.

بند ۳: کارشناس مسئول سایت ، برنامه های آموزشی و توسعه ای خود را در حوزه کنترل عفونت صرفا از طریق سوپروایزر و سرپرستار بخش انجام میدهد، بنابراین سرپرستار مجاز به معرفی فردی به جای خود نمیباشد.

بند ۴: مسئول CSR های مجتمع فردی است با رشته کارشناس اتاق عمل و حداقل ۵ سال سابقه کار در اتاق عمل که به پیشنهاد سوپروایزر کنترل عفونت مجتمع و تایید شورای عالی پرستاری انتخاب و با حکم رئیس مجتمع منصوب خواهد شد .

ماده ۴: وظایف، اختیارات و مسئولیت ها

بند ۱: وظایف و مسئولیتهای سوپروایزر کنترل عفونت مجتمع

۱- پیشنهاد سیاست های و برنامه های کنترل عفونت برای طرح و بررسی در کمیته پیشگیری وکنترل عفونت مجتمع

۲- توسعه موضوعات مرتبط با کنترل عفونت در سطح مجتمع از طریق تشریک مساعی کلیه دست اندرکاران و افراد مرتبط و پشتیبان در این حوزه

۳- توسعه موضوعات مرتبط با کنترل عفونت با تاکید بر تبدیل رفتارهای فرهنگی کنترل عفونت به عنوان یک فرهنگ غالب در سطح بخش های بالینی

۴- ایجاد یک زبان مشترک در حوزه کنترل عفونت در کلیه حوزه های کاری مجتمع به عنوان یک اولویت مهم از طریق هماهنگی و تعامل کامل با رئیس کمیته پیشگیری و کنترل عفونت، معاونین، مدیر محترم پرستاری مجتمع و مدیران پرستاری سایتها

۵- همکاری در توسعه و اجرای برنامه های آموزشی برای کادر پرستاری، دانشجویان و سایر کارکنان در صورت لزوم، به منظور پیشگیری و کنترل عفونت با همکاری سوپروایزر آموزشی

۶- تهیه و تدوین دستورالعملهای کنترل عفونت های بالینی جهت بخشهای ویژه و سایر قسمتهای آسیب پذیر بر اساس استانداردهای مراقبتی با همکاری کمیته پیشگیری و کنترل عفونت

۷- برگزاری جلسات کمیته پیشگیری و کنترل عفونت به عنوان دبیر کمیته پیشگیری و کنترل عفونت بمنظور ارائه اطلاعات و گزارشات و دریافت دستورالعمل های اجرایی با رعایت احتیاطات همه جانبه

۸- برنامه ریزی و تعیین خط مشی در مورد گندزدایی و سترون سازی تجهیزات و وسایل بیمارستان درCSR

۹- نظارت بر اجرای دقیق فرایند استریلیزاسیون ابزار پزشکی در واحد CSR

۱۰- برنامه ریزی و نظارت بر انجام تستهای کنترل عملکرد دستگاههای CSR و بایگانی مستندات در واحد کنترل عفونت

۱۱- هماهنگی و نظارت بر فعالیتهای کارشناس پایش و برنامه ریزی ارزیابی، کارشناس مسئول سایت، کارشناس ثبت شاخها و مستندات، سرپرستار واحد CSR، و دریافت گزارش عملکرد از ایشان در زمینه های ارتقاء کمی و کیفیت استاندارد های کنترل عفونت

۱۲- برنامه ریزی شیفتهای کارشناسان و تایید نهایی کارکرد ایشان در واحد کنترل عفونت و اعلام به واحد حسابداری

۱۳-گزارش عملکرد فعالیتهای بخشها به مدیر پرستاری مجتمع و رئیس کمیته پیشگیری کنترل عفونت

بند ۲: وظایف و مسئولیت های کارشناس مسئول پایش، برنامه ریزی و ثبت

۱- برنامه ریزی آموزشی جهت ارزیابان در بدو ورود و به صورت دوره ای

۲- برنامه ریزی منظم بازدیدهای ارزیابان

۳- نظارت و کنترل بازدید های ارزیابان بر اساس برنامه تعیین شده

۴- دریافت بازخورد از بازدید های انجام شده توسط ارزیابان

۵- تحلیل و بررسی مستندات و ثبت بازدیدهای ارزیابان

۶- ثبت و پیگیری پرونده های پرسنل و دانشجویان و ارایه گزارش وضعیت پرونده های بهداشتی پرسنل به کارشناس سایت

۷- پیگیری و ثبت مواجهات شغلی نیروها

۸- دریافت و ثبت گزارش اتصالات به صورت روزانه از بخش ها

۹- ثبت گزارش ها و فرم های ارسالی از بخشها

۱۰- دریافت و ثبت فرم های بهداشت دست و تهیه گزارش شاخص بهداشت دست به صورت ماهانه و همچنین تهیه و اعلام گزارش شاخص های بهداشت دست، مواجهات شغلی، عفونت های بیمارستانی به اداره بهبود کیفیت جهت قراردادن در داشبورد بخشها

۱۱- تهیه گزارش به صورت ماهانه و مقطعی به سوپروایزر کنترل عفونت

۱۲- انجام سایر فعالیت ها یا تهسیه گزارش های مقطعی بر حسب نظر سوپروایزرکنترل عفونت

بند ۳: وظایف و مسئولیت های کارشناس سایت

۱- آموزش موضوعات کنترل عفونت سرپرستاران و کلیه کادر فعال در بخش های سایت تحت نظر

۲- تحلیل یافته های حاصل از ارزیابی بخش ها و پیشنهاد اقدام اصلاحی با سوپروایزر و سرپرستار بخش

۳- ارائه گزارش های دوره ای عملکرد بخش های سایت به سوپروایزر کنترل عفونت مجتمع

۴- بررسی و ثبت موارد عفونت بیمارستانی گزارش شده

۵- پیگیری مشکلات ارایه شده از سوی سرپرستاران در حوزه کنترل عفونت و ارایه بازخورد به ایشان

۶- دریافت گزارش بهداشت دست از سرپرستاران و تحویل به کارشناس مسئول پایش، برنامه ریزی و ثبت

۷- بازدید های دوره ای از بخش های تحت پوشش

۸- انجام سایر فعالیت ها یا تهیه گزارش های مقطعی بر حسب نظر سوپروایزر کنترل عفونت

بند ۴: وظایف و مسئولیت های ارزیابان

۱- ارزیابی بخش های تعیین شده طبق برنامه تنظیم شده و در محورهای مرتبط با کنترل عفونت و بهداشت دست در سامانه ارزیابی مستمر

۲- ارائه بازخورد در خصوص اصلاح یا توسعه سئوالات ارزیابی به کارشناس مسئول کارشناس مسئول پایش، برنامه ریزی و ثبت

۳- گزارش کتبی موارد ویژه در خصوص کنترل عفونت به کارشناس مسئول پایش، برنامه ریزی و ثبت

۴- شرکت در جلسات مربوط به کنترل عفونت و دریافت و اطلاع از آخرین دستورالعملها از واحد کنترل عفونت

بند ۵: وظایف و مسئولیت های سرپرستاران در خصوص واحد کنترل عفونت

۱- شرکت در جلسات مربوط به کنترل عفونت و دریافت و اطلاع از آخرین دستورالعملها از واحد کنترل عفونت

۲- اطلاع کامل و الزام عملی سرپرستار در خصوص رعایت دستورالعمل ها و موازین کنترل عفونت

۳- آموزش مقررات کنترل عفونت برای کلیه پرسنل به ویژه پرسنل جدیدالورود در بخش

۴- آموزش و نظارت بر آماده سازی صحیح محلول های مورد استفاده در بخش، نگهداری صحیح و استفاده از محلول صحیح در جای صحیح و نحوه برخورد با عوارض محلولها در صورت مواجهه.

۵- نظارت بر عملکرد کلیه پرسنل بخش (شامل فرگیران، پزشکان و سایر پرسنل) در خصوص رعایت دستورالعملها و موازین کنترل عفونت

۶- تکمیل فرم کشوری عفونتهای بیمارستانی (بیماریابی) و تحویل به کارشناس مسئول سایت مربوطه

۷- کنترل پرسنل جدید الورود در خصوص تشکیل پرونده ی بهداشتی و ارجاع پرسنل در مواقع اعلام کارشناس سایت جهت تکمیل پرونده بهداشتی

۸- معرفی پرسنل در زمان بروز مواجهات شغلی به کارشناس سایت مربوطه

۹- مدیریت مصرف بهینه تسهیلات مرتبط با کنترل عفونت

۱۰- نظارت بر اطلاع رسانی مراجعه ی بیماری واگیر مثل آنفلونزا، وبا، مننژیت و تب کریمه ی کنگو و .... به واحد بهداشت و همچنین واحد کنترل عفونت توسط پرسنل کلیه ی شیفت ها، نظارت بر نحوه انتقال بیمار به اتاق ایزوله ویا سایر بخشها و کنترل ملزومات مورد نیاز جهت رعایت احتیاط استاندارد

۱۱- نظارت بر استفاده از اندیکاتور با توجه به استانداردهای مشخص و ثبت یا هماهنگی در ثبت اندیکاتورهای استفاده شده و ارسال فرم تکمیل شده مربوطه در پایان هر ماه به کارشناس سایت

۱۲- نظارت بر نحوه استفاده کیت حفاظت فردی درشرایط خاص طبق دستورالعمل

۱۳- نظارت بر مبحث تفکیک پسماندهای عفونی وغیر عفونی و بی خطر سازی پسماند آلوده به ترشحات

۱۴- برگزاری یا هماهنگی کلاس های آموزشی جهت کنترل عفونت برای تمام رده ها

۱۵- معرفی همکاران در همه ی رده ها که در راستای ارتقای فرایندهای کنترل عفونت همکاری داشته اند به کارشناس سایت جهت انجام اقدامات انگیزشی

۱۶- هماهنگی، آموزش و نظارت بر اجرای صحیح و کامل کلیه ی دستورالعمل های کنترل عفونت در بخش، در کلیه ی رده ها

۱۷- شرکت در جلسات مربوط به کنترل عفونت وپیگیری آخرین دستورالعملها از واحد کنترل عفونت و برگزاری جلسات آموزشی جهت پرسنل درکلیه رده ها

۱۸- گزارش سریع طغیان موارد عفونت بیمارستانی به واحد کنترل عفونت مانند MRSA (استاف آرئوس مقاوم به متی سیلین) و VRE (انتروکوک مقاوم به ونکومایسین) که جداسازی بیمار از سایرین الزامی است (بلافاصله در زمان اطلاع از آن)

۱۹- ارائه گزارش کاری ماهانه بر طبق لیست و فرم های مصوب به کارشناس سایت مربوطه

۲۰- ارائه گزارش ماهانه وضعیت فراگیران در سامانه ارزیابی مستمر به رئیس بخش

بند ۶: وظایف و مسئولیتهای مسئول CSR مجتمع

۱- همکاری و ارائه اقدامات اصولی به منظور جلوگیری از گسترش عفونتهای بیمارستانی

۲- نظارت در شمارش وسایل جراحی هنگام تحویل وسایل از بخشها و اتاق عمل ها

۳- نظارت و همکاری بر نحوه شستشوی ست ها بعد از عمل جراحی

۴- آشنایی و شناخت وسایل داخل ستهای عمل جراحی

۵- ذخیره نمودن وسایل استریل حداقل برای مدت ۴۸ ساعت در بیمارستان (استوک)

۶- نظارت بر بسته بندی ست ها بر اساس چک لیست اتاق عمل

۷- چک کردن کار پرسنل در هنگام چیدمان صحیح و نصب برچسب ها روی ست ها

۸- آشنایی کامل با اصول گندردایی و بکار بردن مواد گندزدا

۹- آشنایی کامل با نحوه کارکرد دستگاههای اتوکلاو، فور، پلاسما و ست شوی

۱۰- نظارت بر پرینت دستگاهها در هر شیفت و چک تست ها و کنترل وسایل موجود در CSR

۱۱- انجام تست های پروتئین چک و هموچک از وسایل تحویلی ازبخشها به صورت رندوم و گزارش دهی به بخش و دفتر کنترل عفونت

۱۲- داشتن آگاهی از تفکیک وسایل و ستهای قابل استریل با حرارت خشک و مرطوب

۱۳- گزارش دهی و هماهنگی با سوپروایزر کنترل عفونت مجتمع

ماده ۵: سایر نکات

بند ۱– جلسات مشترک سوپروایزر کنترل عفونت مجتمع وکارشناس مسئول پایش، برنامه ریزی و ثبت و همچنین کارشناس مسئول سایت ها هر هفته برگزار میشود و صورتجلسات مربوطه نگهداری می شود.

بند ۲– ارزیابان واحد کنترل عفونت با تحقیق و بررسی از بین پرستاران و کارشناسان اتاق عمل با حداقل ۳ سال سابقه کار بالینی و علاقه مند به ارزیابی در واحد کنترل عفونت به پیشنهاد سوپروایزر کنترل عفونت مجتمع، تایید مدیر پرستاری مجتمع و با ابلاغ رئیس کمیته کنترل عفونت تعیین می گردند.

بند ۳– ارزیابان نمی توانند سایت محل اشتغال خود را ارزیابی کنند.

بند ۴ – سوپروایزر کنترل عفونت مجتمع در صورت نیاز به همکاری با سایر واحد ها (خدمات پرستاری، داروخانه، روابط عمومی، بهداشت محیط، آزمایشگاه، اداره بهبود کیفیت و ....) جلسه کد ۲۰ برگزار و صورتجلسه تهیه خواهد گردید.

بند ۵ – فرم های درخواست شده توسط واحد کنترل عفونت می بایست ماهانه و تا تاریخ پنجم ماه بعد توسط سرپرستار تکمیل و تحویل کارشناس مسئول سایت گردد.

بند ۶– سوپروایزر کنترل عفونت مجتمع کلیه اختیارات کارشناس مسئول های زیر مجموعه خود را دارد.

فصل ۳

فصل سوم: حمایت طلبی برای اجرا: شیوه های تعامل با محیط و ذینفعان

فهرست مطالب فصل:

- **شناسایی ذینفعان هدف در مسیر اجرا و حمایت طلبی و تعامل با ایشان**
- **نکات مهم در حمایت طلبی برای اجرا**

۱–۳) شناسایی ذینفعان هدف در مسیر اجرا و حمایت طلبی و تعامل با ایشان

فصل سوم مطالعه به شناسایی ذینفعان هدف در مسیر اجرا و سپس جلب حمایت ایشان و تعامل با ذینفعان مربوطه برای اجرای موثر کار می پردازد. همان‌طور که در فصل ۱ بیان شد ذینفعان یک پروژه علاوه بر ذینفعان کلیدی که وجود یا عدم وجود پروژه نیاز به حمایت ایشان دارد، به دو گروه عمده‌ی دیگر از ذینفعان نیز وابسته است: گروه اول آن دسته از ذینفعانی هستند که علی رغم قدرت کم (کمتر از ۵)، دارای منافع بالا (بیشتر از ۵) می‌باشند. این گروه که همانطور که در شکل ۳ (فصل اول) نشان داده شده است ذینفعانی هستند که در منطقه ۳ قرار می‌گیرند و می‌بایست از مسیر اجرای پروژه مطلع باشند و اطلاع ایشان باعث مشارکت بیشتر در فرایند اجرا خواهد شد.

گروه دیگر ذینفعان افرادی هستند که در منطقه ۲ قرار گرفته اند. این ذینفعان دارای قدرت تاثیرگذاری زیاد هستند و در عین حال منافع کمی در پروژه دارند. حساسیت این دسته از ذینفعان نیز بسیار بالاست و مدیر تغییر می بایست برای اجرای موثر کار دائما ذینفعانی که در این منطقه قرار می‌گیرند را راضی نگه دارد. بر این اساس می بایست متناسب با نوع ذینفعان و قرارگیری ایشان در مناطق بیان شده روش های مناسب برای حمایت طلبی از ایشان به عمل آورد. ذینفعان در منطقه ۱ به عنوان ذینفعان کلیدی در پروژه مطرح هستند که قبلاً نیز در حمایت طلبی اولیه مورد توجه قرار گرفتند و در این مرحله نیز برای اجرا می بایست متناسب با ویژگی های هر ذینفع توجیه شوند.

بر این اساس ذینفعان هدف، جهت حمایت طلبی برای اجرا به تفکیک مناطق قرار گیری در ماتریس قدرت/ منافع به شرح ذیل می باشند:

- **ذینفعان قرار گرفته در منطقه ۱**
- **ذینفعان قرار گرفته در منطقه ۲**
- **ذینفعان قرار گرفته در منطقه ۳**

در ادامه به صورت کلی و سازماندهی شده در جدول نشان داده شده است که در مرحله حمایت طلبی برای اجرا از چه روش هایی بهره گرفته شده است.

جدول ۵: رویکردها و تکنیک های مورد استفاده برای حمایت طلبی ذینفعان هدف در مسیر اجرا (منطقه ۱ و ۲) پروژه سازماندهی فعالیت های کنترل عفونت در سطح بیمارستان

رویکرد	تکنیک	رئیس بیمارستان	معاون آموزش و سلامت بیمارستان	معاون توسعه بیمارستان	رییس کمیته کنترل غفونت	مدیر پرستاری بیمارستان	سوپروایزر کنترل عفونت	معاون درمان دانشگاه	رئیس دانشگاه	مدیران سایت	کارشناسان دفتر کنترل عفونت
ارتباط یکسویه	به اشتراک گذاری اطلاعات	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	آموزش ذینفع										✓
	مکاتبات با ذینفعان	✓					✓				✓
	گزارش کارهای انجام شده	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	گزارش های مرتبط در مطالعات خارجی و داخلی										
	اطلاع رسانی از طریق وب سایت ها										
	سخنرانی										
	ارائه‌های کنفرانسی، نمایش‌ها، اعلامیه‌ها و ویدئوها										
	جلسات بحث آزاد و جلسات غیر رسمی عمومی										
	تبلیغات رسانه‌ای										
مشاوره بنیادی	نظرسنجی‌های پرسشنامه‌ای										
	گروه‌های کانون										
	ارزیابی محیط کار										✓
	کمیته های رسمی ویژه ذینفع		✓	✓	✓	✓					
	تربیون‌های دائمی										
	کمیته های مشورتی ذینفع										
	بازخورد آنلاین و جلسات بحث و تبادل نظر		✓	✓	✓	✓				✓	
دیالوگ، گفتگو عمیق	گردهمایی ذینفعان چندگانه		✓	✓	✓	✓				✓	
	میزگردهای مشورتی										
	جلسات سیاستگذاری										
	درگیرسازی مجازی در اینترنت و اینترانت										
شراکت ها و منافع کاری	انجام پروژه به عنوان یک سرمایه گذاری مشترک										
	انجام پروژه به عنوان یک پروژه توسعه ای و ماندگار برای ذینفع		✓	✓	✓	✓				✓	
	انجام پروژه به عنوان یک کار نواورانه و مبتکرانه برای ذینفع		✓	✓	✓	✓				✓	
	انجام پروژه به در قالب یک پیمان با ذینفع										

جدول ۶: رویکردها و تکنیک های مورد استفاده برای حمایت طلبی ذینفعان هدف در مسیر اجرا (منطقه ۳) پروژه سازماندهی فعالیت های کنترل عفونت در سطح بیمارستان

رویکرد	تکنیک	روسای بخش های بالینی	مسئول واحد بهداشت محیط	متخصص ویروس شناسی	مسئول دفتر بهبود کیفیت	سرپرستاران	سوپروایزران بالینی	مدیر گروه عفونی	مسئول واحد CSR	مسئول کنترل عفونت دانشگاه
ارتباط یکسویه	به اشتراک گذاری اطلاعات	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	آموزش کارکنان									✓
	مکاتبات با ذینفعان	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	گزارش کارهای انجام شده	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓
	گزارش های مرتبط در مطالعات خارجی و داخلی									
	اطلاع رسانی از طریق وب سایت ها									
	سخنرانی									
	ارائه‌های کنفرانسی، نمایش‌ها، اعلامیه‌ها و ویدئوها									
	جلسات بحث آزاد و جلسات غیر رسمی عمومی	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	تبلیغات رسانه‌ای									
مشاوره بنیادی	نظرسنجی‌های پرسشنامه‌ای									
	گروه‌های کانون									
	ارزیابی محیط کار	✓	✓			✓	✓		✓	
	کمیته های رسمی ویژه ذینفع				✓					
	تربیون‌های دائمی									
	کمیته های مشورتی ذینفع				✓					
	بازخورد آنلاین و جلسات بحث و تبادل نظر				✓	✓	✓	✓	✓	
دیالوگ، گفتگو عمیق	گردهمایی ذینفعان چندگانه									
	میزگردهای مشورتی									
	جلسات سیاستگذاری									
	درگیرسازی مجازی در اینترنت و اینترانت									
شراکت ها و منافع کاری	انجام پروژه به عنوان یک سرمایه گذاری مشترک									
	انجام پروژه به عنوان یک پروژه توسعه ای و ماندگار برای ذینفع									
	انجام پروژه به عنوان یک کار نواورانه و مبتکرانه برای ذینفع									
	انجام پروژه به در قالب یک پیمان با ذینفع									

تعامل و حمایت طلبی با ذینفعان هدف در مسیر اجرای پروژه سازماندهی فعالیت های کنترل عفونت در سطح بیمارستان در قالب جلسات چند نفره صورت گرفت که در ادامه نمونه ای از مباحث مورد گفتگو ارائه می گردد:

مدیر پرستاری: *ضمن تشکر از سوپروایزر محترم کنترل عفونت، با توجه به تهیه نسخه اولیه دستورالعمل واحد کنترل عفونت، همکاران محترم سرپرستار لطفا تمامی موارد مرتبط کنترل عفونت در بخش خودشون را باید از رابطین تحویل و به صورت مستقیم با کارشناس مربوطه در ارتباط باشند، در این مورد اگر ابهامی هست بفرمایید.*

سرپرستار یک: *با توجه به حجم کار زیاد سرپرستاران این یک بار اضافه برای همکاران هست و واقعا فرصت برای انجام این نمونه کارها وجود نداره.*

سرپرستار دو: *رابطین کنترل عفونت زیر نظر سرپرستار فعالیت می کردند و در اون حالت هم ما برگه ها رو امضا می کردیم.*

سوپروایزر کنترل عفونت: *درسته که زیر برگه ها تایید سرپرستار وجود نداشت اما طبق بررسی ها گاها رابط خودش مهر سرپرستار رو میزد یا اینکه سرپرستار بدون بررسی برگه ها اونها رو تایید میکرد.*

سرپرستار یک: *این موارد رو نباید به پای همه سرپرستار ها گذاشت.*

مدیر تغییر: *حرف همه همکاران به نحوی درسته، اما باید در نظر بگیرید که در همه موارد مدیریتی ما نیاز به وحدت فرماندهی داریم و در بخش های ما سرپرستار این نقش رو داره.*

مدیرپرستاری: *تا وقتی شما در جریان کامل همه امور بخشتون نباشید نمیتونید اقدامات اصلاحی مورد نیاز رو ارائه بدید و اینکه مشکلات بخش را متوجه بشید. در این موارد شما میتونید از پرسنل بخشتون کمک بگیرید واین به اون معنی نیست که همه امور رو به تنهایی انجام بدید.*

مدیر تغییر : *درسته، اما مخاطب ما برای همه موارد سرپرستار هست و پاسخگویی با ایشونه و در جلسات همه خود سرپرستار باید حضور داشته باشه. با توجه به تفکیک کار در حوزه کنترل عفونت در هر سایت یکی از کارشناسان جهت پاسخگویی به موارد مورد ابهام حضور دارند و این کارشناسان سایت به عنوان حامی و کمک در کنار شما خواهند بود.*

سرپرستار دو: *این موارد همگی بسیار عالی هستند به شرطی که امور غیر مرتبط با سرپرستار مثل پیگیری های فنی و .... از دستور کار سرپرستار خارج بشه وگرنه ما هم علاقه مندیم که در مواردی که تخصصی سرپرستاری هست کار کنیم.*

۲-۳) نکات مهم در حمایت طلبی برای اجرا

به صورت کلی در ارتباط با ذینفعان هدف در مسیر اجرای پروژه می بایست نکات زیر مد نظر قرار گیرد:

- مدیر تغییر می بایست قبل از تعامل با ذینفعان برای اجرا نحوه ارتباط ایشان با پروژه را بررسی و شناسایی نماید.
- مدیر تغییر می بایست تعیین کند برای هر ذینفع قرار گرفته در ناحیه ۲ و ۳ چه کسی برای حمایت طلبی جهت اجرا بهتر است با ایشان تعامل داشته باشد. این فرد می تواند خود مدیر تغییر یا یکی از ذینفعان کلیدی پروژه باشد.
- مدیر تغییر باید به درستی استراتژی‌های تعامل (اجرای تصمیم، پذیرش تصمیم، آموزش، مذاکره و اطلاع‌رسانی) با ذینفعان هدف در مسیر اجرای پروژه را شناسایی نماید.
- شفافیت اهداف و برنامه‌های انجام پروژه و توجه به تامین منافع ذینفعان توسط مدیر تغییر می‌تواند منجر به مشروعیت بخشی پروژه در نزد ذینفعان شود.
- مدیر تغییر بایستی شناخت کافی از ذینفعان و انتظارات آن‌ها داشته باشد؛ زیرا کسب رضایت ذینفعان پروژه بدون شناخت و در نتیجه پاسخ مناسب به انتظارات آن‌ها غیرممکن خواهد بود.
- در پروژه های مرتبط با پرستاری در بیمارستان‌ها مدیران پرستاری و سوپروایران نقش بسیار مهمی در موفقیت یا عدم موفقیت پروژه های مرتبط دارند. بر همین اساس در پروژه فعلی توجیه کامل ایشان و سپس استفاده از ایشان برای حمایت طلبی برای اجرا در خصوص سرپرستاران و پرستاران بسیار موثر خواهد بود.
- ارائه بازخورد موثر و مثبت در ابتدا به سرپرستاران و کارشناسان کنترل عفونت در جلب حمایت ایشان در مسیر اجرای پروژه بسیار موثر می باشد.

فصل ۴

فصل چهارم: اجرا، ارزشیابی، بازخورد و پایدارسازی

فهرست مطالب فصل :

- **روش اجرا**
  - **شناسایی ارزیابان و تعریف ایشان در سامانه ارزیابی مستمر بیمارستان**
  - **آموزش ارزیابان**
  - **روش ارزیابی توسط ارزیابان**
  - **بررسی گزارشات ارزیابی های انجام شده**
  - **انجام ارزیابی پایلوت، بررسی نتایج ارزیابی اولیه و استمرار ارزیابی**
- **چالش ها و راهکارها اجرایی**
- **روش های بازخورد به ذینفعان**
- **یافته های اجرای پروژه**
  - **شاخص های مربوط به کنترل عفونت**
  - **مزایای حاصل از اجرای پروژه**

۱–۴) روش اجرا

بر اساس گام های طی شده در این پروژه سازماندهی فعالیت های کنترل عفونت در قالب دو محور و ۴۸ زیر محور طراحی و نهایی شد. محورهای این سیستم شامل موارد ذیل می‌باشد:

۱- بهداشت دست

۲- کنترل عفونت

در این قسمت به صورت کامل نشان داده شده است که پروژه سازماندهی فرایندهای کنترل عفونت در مسیر اجرا چه روندی را طی کرده است. عناوین موضوعاتی که در این قسمت ارائه شده است به شرح ذیل می باشد:

- شناسایی ارزیابان و تعریف ایشان در سامانه ارزیابی مستمر بیمارستان
- آموزش ارزیابان
- روش ارزیابی توسط ارزیابان
- بررسی گزارشات ارزیابی های انجام شده
- انجام ارزیابی پایلوت، بررسی نتایج ارزیابی اولیه و استمرار ارزیابی

۱–۱–۴) شناسایی ارزیابان و تعریف ایشان در سامانه ارزیابی مستمر بیمارستان

دستیابی به داده های صحیح علاوه بر اینکه به وجود یک ابزار موثر وابسته است به روش جمع آوری داده ها نیز وابسته می باشد. یکی از محورهای مهم پروژه سازماندهی فعالیت های واحد کنترل عفونت محور ارزیابان هستند. مهمترین شاخص هایی که در کمیته کنترل عفونت برای شناسایی ارزیابان مد نظر قرار گرفته عبارت بودند از:

- ✓ مهارت کافی
- ✓ رفتار حرفه ای
- ✓ رفتار اخلاقی
- ✓ داشتن دانش و آگاهی کافی در حیطه ارزیابی
- ✓ دقیق بودن و وقت شناسی
- ✓ مسئولیت پذیری و پاسخگویی مناسب

- ✓ دارا بودن مهارت های ارتباطی
- ✓ بی طرفی و در نظر نگرفتن سود و نفع شخصی
- ✓ پایبندی به استانداردها
- ✓ داشتن مهارت های قضاوت و تحلیل
- ✓ آگاه به استانداردهای اعتباربخشی آموزشی و درمانی و
- ✓ علاقه مندی به مشارکت در فرآیند ارزیابی.

ارزیابان پروژه حاضر شامل افرادی است که از درون بخش های بالینی انتخاب می شوند. بعد از شناسایی ارزیابان لیست اسامی ایشان در سامانه ارزیابی مستمر وارد شد و برای هریک از ارزیابان نام کاربری و رمز عبورایجاد، انتصاب محورها به ارزیابان مربوط به هر ارزیاب توسط اداره برنامه ریزی، ارزیابی و بهبود کیفیت مجتمع انجام شد.

علاوه بر این یک نفر به عنوان سرارزیاب تعیین شد که مسئولیت برنامه ریزی، هماهنگی و نظارت بر ارزیابی های گروه ها را از لحاظ زمان انجام ارزیابی‌ها، کیفیت انجام آن و پاسخگویی به سوالات احتمالی ارزیابان در خصوص کار با سامانه و یا شاخص ها بر عهده داشت. تیم ارزیابان به رهبری سرارزیاب دربازه زمانی تعیین شده و با استفاده از سامانه ارزیابی مستمر از گروه های مشخص شده (تمامی فراگیران، پرستاران، کمک بهیاران و نیروهای خدماتی) بازدید بعمل آوردند. ارزیابان موظف بودند در هنگام ورود به بخش خود را به مسئول هر شیفت معرفی نموده و هماهنگی لازم را جهت انجام ارزیابی با در نظر گرفتن شرایط بخش در زمان بازدید به عمل آورند.

۲-۱-۴) آموزش ارزیابان

آموزش و توانمندسازی ارزیابان نقش بسزایی در دستیابی به اهداف ارزیابی دارد. اگر بهترین استانداردها و مناسب‌ترین روش به کار گرفته شود، ولیکن ارزیابان از دانش و مهارت لازم برخوردار نباشند، سیستم ارزیابی اثربخش نخواهد بود. ارزیابان باید هم از نظر فنی و هم از نظر کارکردی آموزش‌های لازم را دریافت دارند(۴۴). مهارت‌های عمومی و اختصاصی ارزیابان در این پروژه که محتوای آموزشی بر اساس آن تهیه شد در جدول ۹ گزارش شده است.

جدول ۷: مهارت های عمومی و اختصاصی ارزیابان و روش آموزشی

مهارت مورد نیاز	روش آموزش	تایید کننده
رعایت سلسله مراتب اداری در انجام امور محوله	جلسات آموزشی (گروهی)	واحدکنترل عفونت مجتمع
حفظ اصل رازداری و امانتداری در اطلاعات	جلسات آموزشی (گروهی)	واحد کنترل عفونت مجتمع
رعایت آداب و شئونات حرفه ای در تعامل با همکاران و سایر مراجعین (بیماران، همراهان، دانشجویان...)	جلسات آموزشی (گروهی)	واحد کنترل عفونت مجتمع
رعایت اصل کار تیمی و احترام به جو مشارکت و همکاری	جلسات آموزشی (گروهی)	واحد کنترل عفونت مجتمع
رعایت آراستگی ظاهر با حفظ شئونات و موازین اسلامی بر اساس فرم‌های تعیین شده	جلسات آموزشی (گروهی)	واحد کنترل عفونت مجتمع
نصب اتیکت شناسایی مورد تایید مرکز و متحدالشکل برای کلیه گروه ها	جلسات آموزشی (گروهی)	واحد کنترل عفونت مجتمع
رعایت حقوق دیگران و پرهیز از رفتارهای غیراداری	جلسات آموزشی (گروهی)	واحد کنترل عفونت مجتمع
مسئولیت پذیری و پاسخگویی مناسب	جلسات آموزشی (گروهی)	واحد کنترل عفونت مجتمع
بی طرفی و در نظر نگرفتن سود و نفع شخصی	جلسات آموزشی (گروهی)	واحد کنترل عفونت مجتمع
مشاهده گر و ثبت کننده دقیق	جلسات آموزشی (گروهی)	واحد کنترل عفونت مجتمع
رفتار حرفه ای (دقت، پایبندی به استانداردها، رازداری، امانتداری، عدم اخلال در روند جاری کارها، عدم توصیه‌پذیری)	جلسات آموزشی (گروهی)	واحد کنترل عفونت مجتمع
رفتار اخلاقی(انصاف، صداقت، درستکاری، ادب و نزاکت در برخورد، عدم اهانت و عصبانیت، رعایت ملاحظات فرهنگی و اجتماعی)	جلسات آموزشی (گروهی)	واحد کنترل عفونت مجتمع
داشتن دانش و آگاهی کافی در حیطه ارزیابی	جلسات آموزشی (گروهی)	واحد کنترل عفونت مجتمع
توانایی تشخیص نقاط حیاتی از نقاط کم اهمیت	جلسات آموزشی (گروهی)	واحد کنترل عفونت مجتمع
پایبندی به استانداردها	جلسات آموزشی (گروهی)	واحد کنترل عفونت مجتمع
دقیق بودن و وقت شناسی	جلسات آموزشی (گروهی)	واحد کنترل عفونت مجتمع
دارا بودن مهارت های ارتباطی	جلسات آموزشی (گروهی)	واحد کنترل عفونت مجتمع
داشتن مهارت های قضاوت و تحلیل (توانایی ثبت و طبقه بندی رفتارهای مشاهده شده شنونده خوب بودن، توانایی تحلیل رفتار و پاسخ دیگران با استاندارد مورد ارزیابی)	جلسات آموزشی (گروهی)	واحد کنترل عفونت مجتمع
هوشیار بودن (توجه به اتفاقات محیط بدون واکنش و به طور نامحسوس)	جلسات آموزشی (گروهی)	واحد کنترل عفونت مجتمع
دارا بودن مهارت گزارش دهی	جلسات آموزشی (گروهی)	واحد کنترل عفونت مجتمع
آشنایی با نحوه بکارگیری سامانه ارزیابی مستمر بر اساس مقررات و روش های تعیین شده	جلسات آموزشی (گروهی)	واحد کنترل عفونت مجتمع
حضور در برنامه های پایش مستمر بر اساس برنامه ریزی صورت گرفته	جلسات آموزشی (گروهی)	واحد کنترل عفونت مجتمع

۳-۱-۴) روش ارزیابی توسط ارزیابان

چارچوب ارزیابی و نکات مهم در فرآیند ارزیابی توسط ارزیابان شامل موارد زیر می باشد:

- برنامه بازدید به صورت ماهانه توسط سرارزیاب برنامه ریزی و اعلام میگردد.
- درصورت عدم امکان حضور در موعد مقرر ارزیابی و نیاز به تغییر زمان حتما با سرارزیاب هماهنگ گردد.
- سعی شود پایش به صورت محسوس انجام گردد.
- بازدید ها در کلیه شیفت ها به ویژه در شیفت های عصر و شب برنامه ریزی می شوند.
- حداقل مدت زمان بازدید در بخش نیم ساعت باشد.
- زمان حضور در شیفت تعیین شده توسط خود ارزیاب قابل تنظیم می باشد.
- کلیه سوالات مرتبط با این محور قبل از انجام بازدید مطالعه شود.
- در صورت مشاهده ۶۰٪ عدم تطابق با استاندارد نمره صفر لحاظ می شود.
- موارد عدم انطباق که نیازمند اقدام اصلاحی میباشد یادداشت و تحویل سرارزیاب می گردد(در فرم رویداد انگاری تحویلی)
- تمامی سوالات تا حد امکان در ارزیابی بررسی گردد.
- در صورت عدم مشاهد موارد مرتبط با شاخص گزینه مربوط به آن شاخص تیک زده نشود.
- در صورت درخواست مسئول شیفت،گزارش ارزیابی و موارد قوت و ضعف به ایشان اعلام گردد.

بر اساس نظام ارزیابی طراحی شده داده های مورد نیاز برای ارزیابی از منابع مختلف شامل کارشناسان واحد کنترل عفونت، ارزیابان کنترل عفونت، سرپرستار می باشد. دوره های زمانی انجام ارزیابی یک ماهه و حداقل دو بار برای هر بخش و متناسب با محورها و فرایندهای کنترل عفونت تعریف شد و روش گردآوری داده ها نیز به صورت ترکیبی با روش‌های مشاهده، مصاحبه و بررسی مستندات خواهد بود.

یکی از مهمترین محورهای سازماندهی فعالیت های کنترل عفونت در بیمارستان بهبود وضعیت بهداشت دست و کنترل عفونت می باشد که محور کنترل عفونت با ۴۱ شاخص در زمینه آگاهی و انطباق عملکرد و بررسی مستندات، محور بهداشت دست با توجه به پنج موقعیت بهداشت دست و تاکید بر دو مورد قبل از تماس با بیمار و قبل از اقدام آسپتیک در گروه های فراگیران، پرستاران و کمک بهیاران و مامورین خدماتی با ۶ شاخص ، در چک لیست کامل میشود. چک لیست با گزینه های بلی و خیر

مشخص شده اند و در صورتی که موارد مشاهده ای در ۶۰ درصد موارد مصداق بلی باشد بلی ثبت و در غیر این صورت خیـر ثبـت می شود.

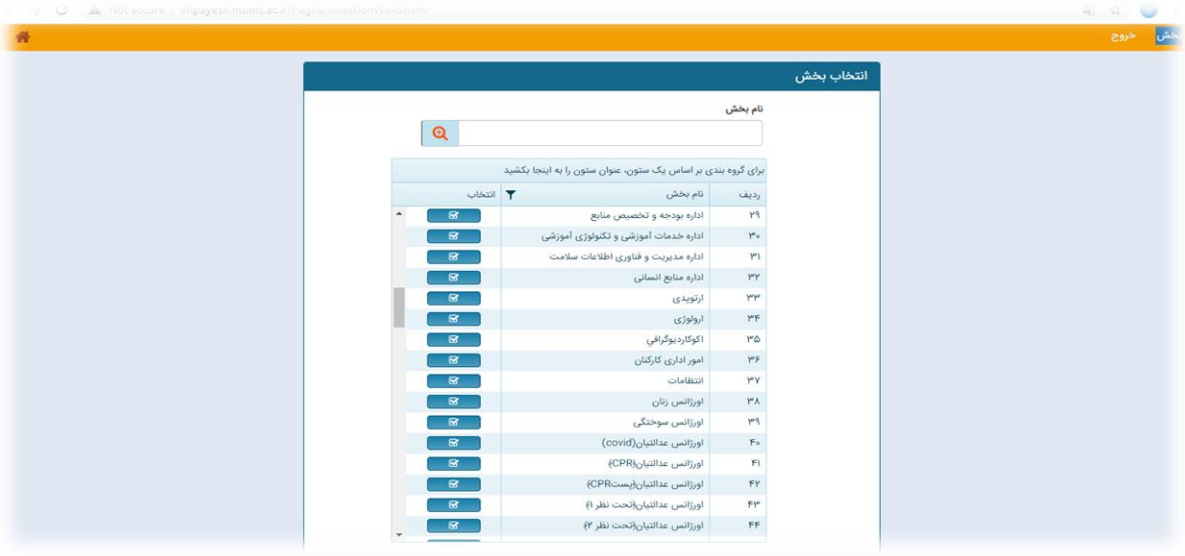
در چک لیست یک گزینه با عنوان سکون در نظر گرفته شده است به جهت اینکه ممکن است در زمـان بازدیـد و جهـت کنترل محور بهداشت دست که زمانی معادل نیم ساعت در نظر گرفته شده است موردی از بهداشت دست مشـاهده نشـود، در ایـن صورت این گزینه باید علامت زده شود و بدین معنی است که در زمان بازدید هیچ بهداشت دستی از هیچ گروه درمانی دیـده نشـد.

در ادامه به صورت شماتیک نحوه ورود به سامانه ارزیابی مستمر توسط ارزیاب و انجام ارزیابی نشان داده شده است:

مرحله اول: ورود به سامانه از طریق آدرس http://irhpayesh.mums.ac.ir/

شکل ۷: ورود به سامانه ارزیابی مستمر با نام کاربری مختص هر ارزیاب

مرحله دوم: انتخاب بخش مورد نظر از طریق انتخاب لیست یا از طریق جستجو در کادر بالا



شکل ۸: انتخاب بخش مورد نظر جهت ارزیابی

مرحله سوم: انتخاب محور مورد ارزیابی(بهداشت دست یا کنترل عفونت)

شکل ۹: انتخاب محور مورد نظر کنترل عفونت برای ارزیابی

مرحله چهارم : امتیازدهی و ثبت ارزیابی

در انتها بازدید کننده سوالات محور مورد نظر را طبق آموزش های صورت گرفته تکمیل نموده و با زدن ثبت ارزیابی، به پایان میرسد.

۴-۱-۴) بررسی گزارشات ارزیابی های انجام شده

در فرآیند ارزشیابی هر بخش با توجه به زمان بازدید می تواند تمامی نمرات خود را ببیند و ارزیابی کند و از طرفی تمامی بخش ها در دو محور شاخص و ایمنی نیز با هم مقایسه می شود.

ردیف	نام بخش	محور	پاسخگو	تعداد شاخص ارزیابی شده	تعداد بلی	تعداد خیر	درصد نمره کسب شده
۱	ریه - عفونی	مراقبت های حاد		۸	۶	۲	۷۵
۲	ریه - عفونی	کنترل عفونت		۳۹	۳۱	۸	۷۹.۴۹
۳	ریه - عفونی	مادر و نوزاد		۱۴	۶	۸	۴۲.۸۶
۴	ریه - عفونی	بهداشت دست		۵	۰	۵	۰
۵	مسمومین	کنترل عفونت		۴۰	۳۹	۱	۹۷.۵
۶	مسمومین	بهداشت دست		۴	۴	۰	۱۰۰
۷	CCU۱-۲- Post CCU	مراقبت های اورژانس		۹	۹	۰	۱۰۰
۸	CCU۳ پشتیبان اورژانس	مراقبت های حاد		۶	۶	۰	۱۰۰

شکل ۱۰: گزارش محورهای ارزیابی شده به تفکیک زمان و محور و نمره کسب شده

۵-۱-۴) انجام ارزیابی پایلوت، بررسی نتایج ارزیابی اولیه و استمرار ارزیابی

هر طرح خلاقانه و نو ممکن است در مرحله اجرا دارای مشکلات و چالش های پیش بینی نشده ای باشد. بر این اساس انجام مرحله پایلوت در پروژه های جدید به شدت توصیه می شود. در پروژه فعلی نیز از هر ارزیاب درخواست شد حداقل پنج ارزیابی را انجام دهند و سپس نظر خود را در خصوص فرایند ارزیابی اعلام کنند. علاوه بر این نتایج اولیه در یک فایل اکسل جمع بندی شد و برای بررسی و تحلیل در کمیته آموزش بیمارستان ارائه گردید. خوشبختانه در پروژه فعلی پیش بینی های صورت گرفته کافی بود و پروژه بر اساس روند تعریف شده استمرار یافت.

۴-۲) چالش ها و راهکارهای اجرایی در مسیر اجرای پروژه

- چالش: عدم همکاری بعضی از سرپرستاران با حضور نیروها در گروه ارزیابی
  - *راهکار: چینش ارزیابان در برنامه ارزیابی به نحوی که با شیفت های* اصلی ایشان تداخلی نداشته باشد
  - *راهکار: تدوین دستورالعمل پرداخت* به ارزیابان مبتنی بر عملکرد و بدون نیاز ثبت ساعات کاری از طرف و بخش‌ها
- چالش: عدم همکاری / پاسخگویی بعضی از بخش‌ها و واحدها با ارزیابان
  - *راهکار: ارسال ابلاغ برای هر یک از ارزیابان با امضا رئیس مجتمع*
  - *راهکار: ارائه گزارش نتایج ارزیابی بخش‌ها در بازدید های ایمنی مدیریتی و در نتیجه ایجاد الزام به همکاری بخش‌ها*
- چالش: فشار به ارزیابان از سمت سرپرستار، سوپروایزر و مدیر سایت در خصوص امتیاز دهی
  - *راهکار: عدم استفاده از ارزیابان در سایت‌ها و بخش‌های محل فعالیت*
- چالش: عدم انگیزه ارزیابان برای مشارکت
  - *راهکار: جبران خدمت ارزیابان در هر ماه به همراه اضافه کار بر اساس دستورالعمل تدوین شده بدون نیاز به ثبت ساعت حضور*

۴-۳) روش های بازخورد به ذینفعان

بازخورد در عرصه ارزیابی عنوان اطلاعات مشخص در مورد مقایسه بین عملکرد مشاهده شده و یک استاندارد، با هدف بهبود عملکرد بخش ها و واحد ها تعریف شده است(۴۵). بازخورد سازنده یک جنبه مهم در بهبود عملکرد بالینی و مهارت‌های ارتباطی کمک می‌کند و از ارکان مهم در مقوله یاددهی و یادگیری نیز می‌باشد(۴۶, ۴۷). نتایج مطالعه‌ای در انگلستان نشان داده است که بازخورد اهداف را روشن و عملکرد مثبت را تقویت کرده و مبنایی برای تصحیح خطاها فراهم می‌کند. بازخورد باید به عنوان یک فعالیت آموزشی ضروری در نظر گرفته شود(۴۸). بازخوردی که ارزیابی‌کنندگان پس از تعامل با بخش‌ها ارائه می‌دهند علاوه بر در اختیار گذاشتن اطلاعات جهت بهبود مهارت‌ها، منجر به آگاه سازی از نقاط ضعف خویش خواهد شد(۴۹). در زمینه روش‌های انتشار و بازخورد در طراحی سازماندهی فعالیت های کنترل عفونت در سطح بیمارستان سعی بر این بود که با ایجاد یک چارچوب و در نظرگیری ویژگی‌های بازخورد موثر، از ساز و کارهای انتشار و بازخورد مشتمل بر ارسال ایمیل، نامه، جلسات درون گروهی، گروه‌های مجازی با ارائه خلاصه ای از نتایج ارزیابی عملکرد بخش‌ها و واحدها بهره گرفته شود.

ارزیابی بخش‌ها و واحدها طبق برنامه زمان بندی شده از بخش‌ها و واحدهای بیمارستان توسط ارزیابان آموزش دیـده در شیفت های مختلف کاری(صبح، عصر و شب) و به صورت سرزده انجام و در سامانه مذکور ثبت شد.

نحوه انجام ارزیابی نیز بر اساس راهنمای تدوین شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ایران بود. در هر بار ارزیابی نتایج از طریق پنل کاربری رؤسای بخش‌ها ، سرپرستاران/ مسئولین واحدها، سوپروایزران، مدیران پرستاری سایت‌هـا، مـدیر پرستاری مجتمع، معاونین و رئیس مجتمع اطلاع رسانی گردید و طبق نامه‌ای رسمی از طریق اتوماسیون اداری از ایشان درخواست گردید تا موارد قابل بهبود را در جلسات گروه طرح و جهت ارتقاء آن برنامه‌ریزی نمایند. همچنین کلیه مصادیقی که نمره آن کمتر از ۶۰ شده بود به تفکیک هر بخش در داشبورد مدیریتی سرپرستار/ مسئول و رییس بخش بارگزاری شد.

بخش‌ها پس از بررسی نتایج و گزارشات سامانه ارزیابی مستمر موضوعات را در جلسـات درون‌گروهـی طـرح نمـوده و بـه اصلاح موارد، تاکید ورزیدند. در دوره‌های بعدی ارزشیابی نیز همین فرآیند ادامه داشت و به صورت مستمر به گـروه‌هـای آموزشـی (به صورت گزارشات تحلیلی، بر اساس فرد، رده آموزشی و گروه آموزشی) بازخورد ارائه گردید. همچنین نتایج ارزیـابی هـای انجـام شده در بازدید های مدیریتی ایمنی هر بخش طرح و تصمیم گیری لازم در خصوص نقاط قابل بهبود انجام گرفت.

۴-۴) یافته های اجرای پروژه

۱-۴-۴) شاخص های مربوط به کنترل عفونت

در این قسمت برخی از شاخص های کنترل عفونت بـر اسـاس یافتـه هـای حاصـل از سـامانه ارزیـابی عملکـرد مسـتمر بیمارستان و تغییرات قل و بعد از اجرای پروژه ارائه شده است.

جدول ۸: تغییر نمره اخذ شده در محور کنترل عفونت در بازدید های قبل و بعد از اجرای پروژه

محور	درصد قبل از اجرای پروژه	درصد بعد از اجرای پروژه	درصد تغییر
محور کنترل عفونت	۶۷,۸	۸۱,۳	

جدول ۹: تغییر تعداد ارزیابی های انجام شده در محور کنترل عفونت در بازدید های قبل و بعد از اجرای پروژه سازماندهی فعالیت های کنترل عفونت در سطح بیمارستان

محور	تعداد ارزیابی قبل از اجرای پروژه	تعداد ارزیابی بعد از اجرای پروژه	درصد تغییر
محور کنترل عفونت	۳۱۷	۵۱۹	

منابع

.۱ M S, F B. Investigating the incidence of hospital diseases in the care system of hospital diseases in Amir al-Mominin (AS) Bandar Ganaveh Hospital. civilica. 2021.(۴۴)

.۲ Pollack A. Rising threat of infections unfazed by antibiotics [New York Times Web site]. February 26. http://www nytimes com/2010/02/27/business/27germ html. 2010.

.۳ Khosravi B RA. Nosocomial infection. ebnesina. 2010;13(1):43-51.

.۴ ALAH BAKHSHIAN A, MOGHADASIAN S, ZAMANZADEH V, PARVAN K, ALAH BAKHSHIAN M. KNOWLEDGE, ATTITUDE, AND PRACTICE OF ICU NURSES ABOUT NOSOCOMIAL INFECTIONS CONTROL IN TEACHING HOSPITALS OF TABRIZ. IRAN JOURNAL OF NURSING (IJN). 2010;23.-:(۶۴)

.۵ Sohrabi MB, Khosravi A, Zolfaghari P, Sarrafha J. Evaluation of nosocomial infections in Imam Hossein (as) Hospital of Shahrood, 2005. Journal of Birjand University of Medical Sciences. 2009;16(3):33-9.

.۶ Hasanabadi S, Majidpor A, Habibzadeh S. Create open and emerging diseases and professionals health at health worker. Tehran: Department of Health and Medical Education Publication. 2009.

.۷ Taheri Z, Jokar F. Comparison of knowledge of students and nursing staff in relation to hospital infections. J Infec Dis Trop Med. 2007;1(37):83-6.

.۸ Saleh Moghadam R, Mir Salari N. Knowledge and practice of nurses in relation with operating room pollution. J Knowl Manage. 2005;39:21-8.

.۹ Bahadorestani A, Ghalehnovi M, Farimani NM. Designing a model of key stakeholders' expectations in the subway construction projects: studied in MUR construction project. Amirkabir Journal of Civil Engineering. 2018;50(1):67-70.

.۱۰ Von Meding J, McAllister K, Oyedele L, Kelly K. A framework for stakeholder management and corporate culture. Built Environment Project and Asset Management. 2013.

.۱۱ Preble JF. Toward a comprehensive model of stakeholder management. Business and society review. 2005;110(4):407-31.

.۱۲ Arbabi H, Alishahi S, Sobhiyah M, Taheripour S. Analyzing stakeholders' interactions in an urban project with non-level intersection in Urmia using the power and interest matrix and social network analysis, Motaleate Shahri, 10 (37), 71–84. doi: 10.34785/J011. 2020.361. Jms. 2020.

.۱۳ Allegranzi B, Storr J, Dziekan G, Leotsakos A, Donaldson L, Pittet D. The first global patient safety challenge "clean care is safer care": from launch to current progress and achievements. Journal of Hospital Infection. 2007;65:115-23.

.۱۴ Kousha A, Kavakebi N, Alikhah F. Reporting problems of National Nosocomial Infections Surveillance System (NNIS) in Tabriz hospitals. Journal of Health Administration (JHA). 2016;19.(۶۳)

.۱۵ Amini M. Frequency evaluation of the nosocomial infections and related factors in mostafa Khomeini hospital "ICU" based on "NNI" system. Scientific and Research Journal of Army University of Medical Sciences-JAUMS. 2009;7(1):9-14.

.۱۶ Allah-Bakhshian A, Moghaddasian S, Zamanzadeh V, Parvan K, Allah-Bakhshian M. Knowledge, attitude, and practice of ICU nurses about nosocomial infections control in teaching hospitals of Tabriz. Iran journal of nursing. 2010;23(64):17-28.

.۱۷ Nejad SB, Allegranzi B, Syed SB, Ellis B, Pittet D. Health-care-associated infection in Africa: a systematic review. Bulletin of the World Health Organization. 2011;89(10):757-65.

.۱۸ Ghanbari MK, Shamsi M, Farazi AA, Khorsandii M, Eshrati B. The survey of knowledge, self-efficacy and practice of nurses astandard precautions to prevent nosocomial infections in hospitals of Arak University of Medical Sciences in 2013. Journal of Arak University of Medical Sciences. 2013;16(7):45-54.
.۱۹ Brannigan E, Murray E, Holmes A. Where does infection control fit into a hospital management structure? Journal of Hospital Infection. 2009;73(4):392-6.
.۲۰ Smeltzer S, Bare B, Hinkle J, Cheever KB. Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing (11th) Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia, PA. 2008:1326-34.
.۲۱ Darvishpoor K, Mirhasani M, Rezai Manesh M, Heshmati H. Prevalence of Nosocomial Infections and Microbial Causes in Torbat heydariyeh Ninth-dey Educational and Clinical Hospital in 2012 and 2013years. Quarterly Journal of Health Breeze. 2015;3(3):8-13.
.۲۲ Hajjar J, Savey A, Pinzaru G, Coiron M, Fabry J. Réseau ISO Sud-Est: un an de surveillance des infections du site opératoire. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 1996(42):183-5.
.۲۳ Organization WH. Prevention of hospital-acquired infections: a practical guide. World Health Organization; 2002.
.۲۴ Asl AM. Hospital infections - prevention. National Library of Iran: Disease Management Center; 2006.
.۲۵ Horan T. Surveillance of nosocomial infections. Hospital epidemiology and infection control. 2004:1659-702.
.۲۶ Ghasemi S, Nosrati S, Fakhry M, Khadang M. Investigating the Rate of Nosocomial Infections and Providing Solutions to Prevent and Control it.
.۲۷ Teymouri B, Ghafari P. Veysi rayegan A, Delfan V, Razlansari H, Rezayi H. Surgical team members on infection control standards in the teaching hospital operating rooms Kermanshah 2001-2002. Journal of Kermanshah University of Medical Sciences. 2003;8(2):51-60.
.۲۸ Nouriyan K, Ayin F. Del aram M, Kazemiyan A. Evaluation of the application of the principles and methods of infection control in hospital operating rooms affiliated to University of Medical Sciences, University of Medical Sciences. 2006;8(3):39-47.
.۲۹ Sajadi Hs, Mahmoudi M, Cheraghi A. An Evaluation Of The Implementation Of Nosocomial Infections Surveillance In Hospitals Affiliated With Isfahan University Of Medical Sciences In Isfahan, Iran. Health System Research. 2017;13(2 #M0020).-:
.۳۰ Yusefi Ar, Kavosi Z, Sadeghi A, Hadi Barhaghtalab R. Knowledge, Attitude, And Practice Of Nurses In Affiliated Hospitals Of Shiraz University Of Medical Sciences About Infection Control In 2016. Journal Of Urmia Nursing And Midwifery Faculty. 2017;15(9 (98) #S0025).-:
.۳۱ Rostaminejad A, Mobaraki A, Zahmatkeshan N .Performance Of The Operating Room Personnel In Following Of The Standards Of Infection Control In The Educational Hospitals Of Yasuj University Of Medical Sciences In 2009. Armaghan Danesh. 2011;16.-:((۶۱) ۱)
.۳۲ Ali Asgharpour M, Monjamed Z, Bahrani N .The Application Of Infection Control Methods By Endoscope Centers Staffs In Hospitals Of Tehran University Of Medical Sciences. Iranian Journal Of Nursing Research. 2007;2.-:(۵-۴)
.۳۳ Amini N, Rezazadeh A, Khooshemehri G, Amini M, Salehiniya H. Knowledge ,attitude and self-efficacy of nursing staff in nosocomial infection in child hospitals of Tehran University of Medical Sciences. Alborz University Medical Journal. 2015;4(1):27-34.

.۳۴ Toulabi T, Amini F, Payamani S. The Rate Of Following Infection Control Principles In Educational Hospitals Of Khorramabad. Yafteh. 2006;8.-:((۲۹) ۳)
.۳۵ Brusaferro S, Quattrin R, Barbone F, D'Alessandro D, Finzi G. Factors influencing hospital infection control policies in Italian hospitals. Journal of Hospital Infection . .۷۳-۲۶۸:(۴)۵۳;۲۰۰۳
.۳۶ Sudhaker C, Rao S. Participatory hospital infection control training programme among nurses working in selected hospitals of Karnataka, India: a clinical practice improvement project. Journal of Hospital Infection. 2008;70(3):292.۴-
.۳۷ Bennett N, Boardman C, Bull A, Richards M, Russo P, Epid MC. Educating smaller rural hospital infection control (IC) nurses, Victoria, Australia. American Journal of Infection Control. 2006;34(5):E64.
.۳۸ Gordts B. Models for the organisation of hospital infection control and prevention programmes. Clinical Microbiology and Infection. 2005;11:19-23.
.۳۹ Barrett R, Randle J. Hand hygiene practices: nursing students' perceptions. Journal of clinical nursing. 2008;17(14):1851-7.
.۴۰ Mitchell BG, Hall L, MacBeth D, Gardner A, Halton K. Hospital infection control units: staffing, costs, and priorities. American Journal of Infection Control. 2015;43(6):612-6.
.۴۱ Vosylius S, Sipylaite J, Ivaskevicius J. Intensive care unit acquired infection: a prevalence and impact on morbidity and mortality. Acta anaesthesiologica scandinavica. 2003;47(9):1132-7.
.۴۲ Gerjevic KA, Rosenbaum ME, Suneja M. Resident perceptions of the impact of duty hour restrictions on resident-attending interactions: an exploratory study .BMC medical education. 2017;17(1):1-8.
.۴۳ Shahraki A, Moradi M. Risk evaluation in the workplace using JSA, NGT and Fuzzy TOPSIS. Iran Occupational Health. 2013;10.(۴)
.۴۴ MOSADEGHRAD AM, AKBARI SA, Yousefinezhadi T. Evaluation of hospital accreditation method. 2017.
.۴۵ Robertson AC, Fowler LC. Medical student perceptions of learner-initiated feedback using a mobile web application. Journal of medical education and curricular development. 2017;4:2382120517746384.
.۴۶ Engerer C, Berberat PO, Dinkel A ,Rudolph B, Sattel H, Wuensch A. Specific feedback makes medical students better communicators. BMC medical education. 2019;19(1):1-8.
.۴۷ Jalali M NA, Omid A. Assessment of Feedback Environment for Medical Assistant Students in Clinical Areas: Localization, and Validity and Reliability Assessment of the Tool. J Isfahan Med Sch 2020; 38(583): 494-502.
.۴۸ Harden RM, Laidlaw JM. Be FAIR to students: four principles that lead to more effective learning. Medical teacher. 2013;35(1):27-31.
.۴۹ Chandler N, Henderson G, Park B, Byerley J, Brown WD, Steiner MJ. Use of a 360-degree evaluation in the outpatient setting: the usefulness of nurse, faculty, patient/family, and resident self-evaluation. Journal of graduate medical education. 2010;2(3):430.