





جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

استانداردهای اعتبار بخشی ویرایش چهارم

محور: پیشگیری و کنترل عفونت

ا. چراغی



مراحل تغییر استانداردهای اعتباربخشی کنترل عفونت از سال ۹۸-۹۱

نسبت کل	نوع استاندارد	تعداد استانداردهای کنترل عفونت	تعداد کل استانداردها	تغییر استانداردهای اعتباربخشی
۱,۷ درصد	ساختاری و فرایندی	۱۴۰	۸۲۶۱	استانداردهای اعتباربخشی سال ۹۱
۱,۲ درصد	ساختاری و فرایندی	۲۷	۲۱۶۰	استانداردهای اعتباربخشی سال ۹۳
۳,۵ درصد	ساختاری و فرایندی و پیامدی	۳۲	۹۰۳	استانداردهای اعتباربخشی سال ۹۵
۴,۸ درصد	فرایندی و پیامدی	۲۵	۵۱۴	استانداردهای اعتباربخشی سال ۹۸

تغییرات ایجاد شده در اعتباربخشی ۱۴۰۱

- امتیازدهی گامهای سنجه ها
- تدوین کتابچه راهنمای ارزیاب
- وزن دهی سنجه ها
- تأکید بر ارزیابی عملکردی استانداردها و سنجه ها
- ارزیابی پیامدی
- ممیزی بخشها، اثربخشی اقدامات و پایش شاخصها
- تأکید بر فرهنگ سازی رعایت بهداشت دست ، مصرف منطقی آنتی بیوتیک در بیمارستانها
- تأکید بر مشارکت آزمایشگاه و اعلام نتایج مقاومت میکروبی در کمیته کنترل عفونت

CSSD

- واحدهای استریلیزاسیون مرکزی نقش بسیار مهمی در حفاظت از عفونتهای اکتسابی بیمارستانی دارد. استریلیزاسیون و ضدعفونی سازی وسایل و تجهیزات پزشکی نقش بسیار مهمی در کنترل عفونتهای بیمارستانی دارد.
- هدف از تاسیس این دپارتمان ایجاد شرایط ایمن و استاندارد برای ابزار الات جراحی و اقلام منسوج و غیر منسوج مورد استفاده در اتاقهای عمل و سایر بخشهای بیمارستانی

□ مزایای متمرکز سازی فرایندهای استریلیزاسیون در بیمارستانها :

- افزایش کارایی لازم جهت انجام نظارت بر عملکرد کارکنان در قسمتهای مختلف این بخش از جمله پاکسازی، ضدعفونی، استریلیزاسیون و نگهداری بسته های استریل در شرایط استاندارد
- مقرون به صرفه بودن خدمات از نظر اقتصاد در جهت استفاده صحیح از تجهیزات ، نگهداشت دستگاهها
- ارتقاء ایمنی بیمار و کارکنان

استاندارد ساختاری فضای فیزیکی CSSD

❖ به ازای هر تخت یک متر مربع فضای استریلیزاسیون

❖ تفکیک کامل سه فضا شامل:

Dirty area ➤

Clean area ➤

Sterile area ➤

❖ برقرای تهویه مناسب و برقرای جریان هوا از فضای تمیز به سمت سطوح کثیف ، میزان گردش هوا حداقل ۱۰ بار در ساعت

❖ برقراری دما بین ۱۸ تا ۲۵ درجه سانتیگراد

❖ رطوبت نسبی ۳۵-۵۰ درصد

پاک سازی تجهیزات و ابزارها پیش از ضد عفونی انجام شده و نتیجه کار با استفاده از آزمون های کنترل کیفی ارزیابی می شود.

- پاکسازی (شستشوی اولیه) برای تمامی ابزار (اعم از حساس به حرارت و غیر حساس) با آب زیر ۴۵ درجه سانتی گراد و محلول های آنزیماتیک
- ارسال ابزار پاکسازی شده به واحد استریلیزاسیون مرکزی بدون بسته بندی با تاکید بر بخش ها و اورژانس
- استفاده موثر از تجهیزات سالم مولد آب پرفشار برای شستشو هوای پر فشار برای خشک کردن کامل تجهیزات لومن دار
- انجام کلیه گام های فرایند پاکسازی و گند زدایی ابزار و وسایل از ابتدا در واحد استریلیزاسیون مرکزی
- پایش کیفیت فرایند پاکسازی ابزار و تجهیزات
- نظارت بر نحوه پاکسازی اولیه ابزار و تجهیزات توسط سرپرستار بخش/مسئول واحد و انجام اقدام اصلاحی موثر

هدف از پاکسازی

- جدا سازی آلودگیهای

جلوگیری از عفونت و عوارض آن و همچنین خطر طولانی شدن سیر بهبود و ترمیم زخم

- کاهش بار میکروبی

تجمع میکروارگانیسم های بیماری زا را بطور چشم گیری کاهش می دهد

- حفاظت از ابزار و تجهیزات در برابر خوردگی

حتی وجود ذرات بسیار ناچیز خون و مایعات بدن به راحتی می تواند خطر جدی خوردگی را بوجود آورد (اکسیداسیون ، و کلراید موجود)
که این امر در پروسه استریلیزاسیون به علت وجود بخار و رطوبت بیشتر تثبیت می شود . و خطر عفونت را نیز به مراتب بیشتر میکنند

- بالا بردن ضریب اطمینان

با نظارت دقیق هنگام چیدمان ستها قبل از استریلیزاسیون

استفاده از روان کننده ها

❑ داشتن خاصیت محلول در آب

❑ عدم استفاده از محلولهای روغنی، چسبنده و یا سمی

❑ عدم استفاده از روغنهای معدنی، سیلیکونی یا روغنهای ماشینی







فرآیند شستشو و ضد عفونی ست های جراحی



معاونت درمان



1
آبکشی اولیه با آب
دمای ۳۰-۲۵



2
غوطه ور سازی
در محلول
پاک کننده



3
آلودگی زدایی
آج ها و دنده ها
با برس نرم



4
آب کشی

کنترل کیفی مراحل پاکسازی و
استفاده از تست های پروتئین چک
و هموچک



5
آماده سازی
محلول ضد عفونی کننده



6
غوطه ور سازی در
محلول ضد عفونی
به مدت ۱۵ دقیقه



7
آب کشی نهایی



8
رطوبت زدایی، کنترل
و ارزیابی نهایی



9
فرایند استریلیزاسیون



10
استفاده از محلول روان
کننده برای ابزارهای
مفصل یا لولادار



11
بسته بندی



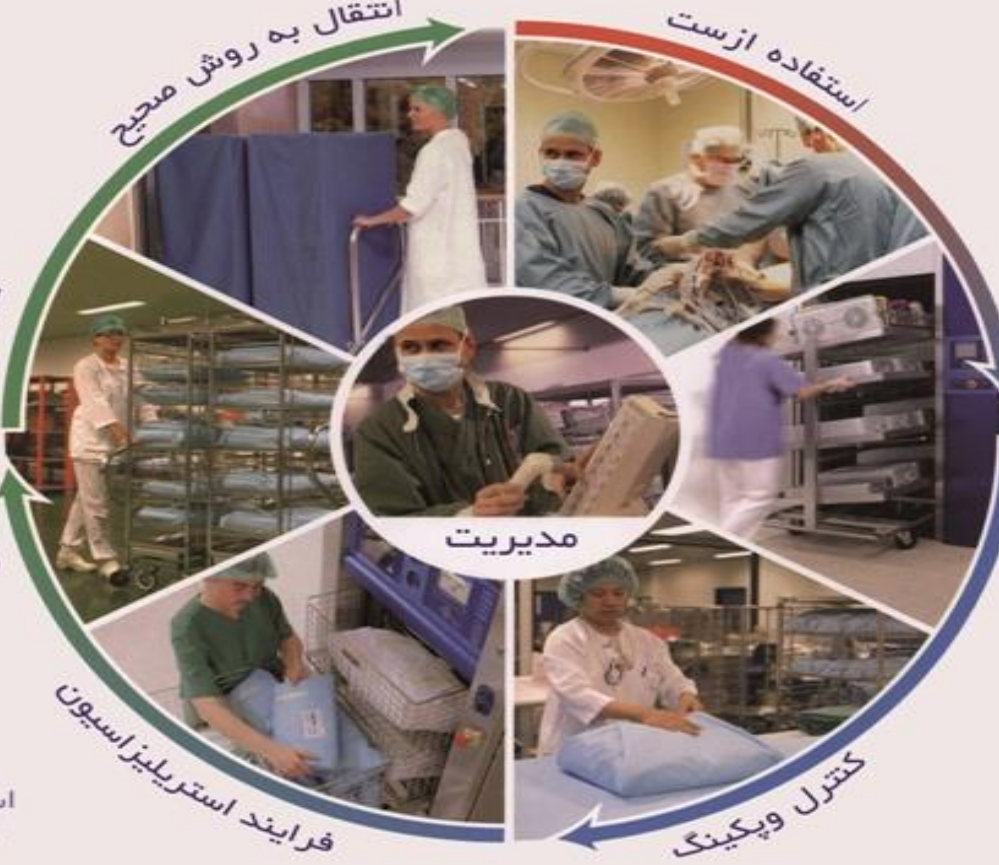
12
نگهداری و انبار
تجهیزات در شرایط
استاندارد



13
انتقال



14
استفاده
از ست



کمیته کنترل عفونت معاونت درمان





صحت عملکرد و کیفیت محلول‌های گندزدای سطح بالا، با روش‌های کنترل کیفی برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود

❑ کارگیری محلول‌های گندزدای سطح بالای مورد تأیید سازمان غذا و دارو (دارای کد فرآورده)

❑ پایش کیفیت فرایند گندزدایی محلول‌های سطح بالا (در بازه‌های زمانی مختلف) با استفاده تست‌های

سواپینگ موجود و رایج بر اساس فرمولاسیون محلول

❑ آموزش و نظارت بر نحوه آماده‌سازی و استفاده از محلول‌های گندزدای سطح بالا

❑ رعایت تکنیک آماده‌سازی محلول‌ها در محل استاندارد (تهویه استاندارد، استفاده از تجهیزات حفاظت

فردی، نگهداری محلول در ظرف ظروف مناسب درب‌دار).

❑ نگهداری ایمن و رقیق‌سازی محلول‌های سطح بالا

❑ انتخاب ظرف غوطه‌ورسازی (دچار خوردگی و ... نگردد و شفاف بوده و درب‌دار)

استریل نمودن اقلام حساس به حرارت مطابق با استانداردهای کارخانه سازنده و ضوابط مربوط انجام می شود

- ❑ شناسایی اقلام حساس به حرارت در فرایند استریلیزاسیون در بیمارستان و اطلاع رسانی به کلیه بخش ها
- ❑ انتخاب روش استریل اقلام حساس به حرارت با توجه به امکانات موجود
- ❑ استریل اقلام حساس به حرارت طبق موازین استاندارد و توصیه کارخانه سازنده
- ❑ کنترل کیفی فرایند استریلیزاسیون سرد با به کارگیری نشانگرهای اختصاصی موجود و رایج
- ❑ برون سپاری خدمات در صورت نداشتن تجهیزات استریلیزاسیون سرد

آزمون‌های اطمینان از عملکرد دستگاه‌های استریل کننده برنامه‌ریزی و انجام می‌شود.

- وجود تست های پایش فرایند استریلیزاسیون، (نشانگرهای شیمیایی و بیولوژیک) و استفاده از آنها
- استفاده از نشانگرهای شیمیایی کلاس ۴ در هر بسته استریل (کمتر از ۱۲ قلم)
- استفاده از نشانگرهای شیمیایی کلاس ۶ در هر بسته استریل (بیش از ۱۲ قلم)
- انجام و ثبت هفتگی نتایج آزمون بیولوژیک، و در زمان راه اندازی دستگاه استریل کننده و انجام تعمیرات کلی.
- انجام و ثبت نتایج آزمون بووی- دیک روزانه قبل از شروع کار دستگاه‌های پری و کیوم این تست برای تشخیص نشت هوا، حذف ناکافی هوا ، نفوذ ناکافی بخار و تشخیص گازهای غیر کندانسه(هوا یا گازی که از بویلر به چمبر وارد می شود.) (زمان ازمون بوودیک کمتر از ۴ دقیقه نباشد)

قبل از هر گونه استفاده از بسته‌های استریل از نتایج آزمون‌های شیمیایی اطمینان حاصل می‌شود

□ اطمینان از آشنایی و توجه کاربر به تغییر رنگ نشانگرهای شیمیایی و مشخصات ظاهری بسته‌های استریل

□ عملکرد صحیح مورد انتظار از کاربر در صورت عدم تطابق

□ انجام اقدام اصلاحی در صورت عدم تطابق

□ توضیحات:

□ از نشانگرهای شیمیایی کلاس ۴ برای کمتر از ۱۲ قلم و کلاس ۶ برای بسته‌های حاوی بیشتر از ۱۲ قلم

□ نشانگر کلاس ۶ یکی از مهمترین نشانگرهای دارای شاخصه‌های فشار، میزان دما، غلظت بخار، و کیوم و زمان استریل

□ نشانگر کلاس ۶ حاوی مشخصاتی از قبیل تاریخ و شیف استریل، کد و سیکل اتوکلاو و کد کاربر می‌باشد. استفاده از این

نشانگر و چسبانیدن آنها در پرونده بیماران (رهگیری)

استریل نمودن فوری اقلام خاص مطابق ضوابط مربوط برنامه ریزی شده و بر اساس آن عمل می شود.

- ✓ شناسایی اقلام نیاز به استریلیزاسیون فوری
 - ✓ اطمینان از وجود تجهیزات مرتبط با استریل فوری اقلام خاص
 - ✓ اطمینان از انطباق عملکرد بیمارستان با دستورالعمل
 - ✓ در صورت استفاده از اقلام تک پیچ پیش بینی بر مبنای تعداد آنها و پروسیجرهای تهاجمی و جراحی بیمارستان و آمار مراجعین.
- شرایط استریلیزاسیون فوری:**

- ❖ استقرار دستگاه استریلایزر اضطراری (سریع) را در فضای اتاق عمل با ارتباط مستقیم به یکی از واحدهای بزرگ اتاق عمل
- ❖ دمای استریلیزاسیون سریع ۱۳۲-۱۳۴ درجه سانتی گراد و زمان ۳ تا ۴ دقیقه
- ❖ قرار گرفتن تجهیزات بدون پوشش در استریلایزر اضطراری (سریع)
- ❖ کنترل کیفی استریلایزرهای اضطراری با استفاده از اندیکاتورهای شیمیایی و بیولوژیک اختصاصی
- ❖ استفاده از، ابزار / وسیله جراحی استریل شده سرد شده یا به دمای محیط رسیده

سوابق عملکرد هر دستگاه استریل کننده موجود است و حداقل برای یک سال نگهداری می شود

- ✓ وجود نتایج پایش فیزیکی، شیمیایی و بیولوژیکی دستگاه های استریل کننده و اطمینان از اجرای فرایند به صورت استاندارد
- ✓ وجود مستندات اختصاصی هر دستگاه که شامل تمامی تست های انجام شده برای هر دستگاه با مشخصات مندرج در سنجه
- ✓ وجود مستندات مربوط به شماره کد مخصوص هر استریل کننده، نتایج آزمون های روزانه و آزمون های بیولوژیک/ پرینت دستگاه
- ✓ ثبت نمودن نام مسئول هر مرحله بارگذاری و خدمات نگهداری از جمله نگهداری پیشگیرانه و آزمون های کالیبراسیون برای هر دستگاه و نگهداری مستندات مذکور حداقل برای یک سال

توضیحات:

- این سنجه استریلایزر فوری و پلاسما را نیز شامل می گردد.
- مستندات هر دستگاه استریل کننده به صورت متمرکز در واحد استریلیزاسیون مرکزی وجود داشته و حداقل شامل موارد ذیل باشد:
- شماره/کد مخصوص هر اتوکلاو
- نتایج آزمون اسپور
- نمودار یا پرینت دستگاه که زمان مواجهه و درجه حرارت را ثبت کرده باشد.
- نام مسئول هر چرخه بارگذاری
- هر نوع اقدام و خدمات پیشگیرانه (pm) و آزمون های کالیبراسیون

برچسب هر بسته استریل حاوی حداقل اطلاعات مورد نیاز برای فراخوان است.

- ثبت حداقل اطلاعات مورد نیاز برای فرایند رهگیری و فراخوان اقلام استریل شده بر روی برچسب بسته استریل

برچسب هر بسته استریل حداقل حاوی اطلاعات ذیل:

- تاریخ و شیفت کاری ، شماره/کد دستگاه استریل کننده ، تاریخ انقضاء مصرف بسته استریل

- چرخه بارگذاری، نام ست ، نام بارگذاری کننده هر چرخه استریل

برچسب گذاری در فرایند فراخوان و رهگیری مورد استناد و استفاده قرار می گیرد.

زمان انقضاء استفاده از بسته های استریل بر اساس جنس و تعداد لایه های بسته بندی متفاوت است که کارکنان بر اساس

روش اجرایی مربوط باید از آن آگاهی داشته و عمل نمایند.

بسته های استریل با لحاظ الزامات، در برابر آلودگی محافظت می شوند

- تفکیک، نشانه گذاری و رعایت فضاهای کثیف، تمیز و استریل
- برنامه ریزی صحیح در شیفت های مختلف در راستای به کارگیری کارکنان در فضاهای تعریف شده با توجه به اصول کنترل عفونت
- وجود امکانات بهداشت دست مانند افشانه حاوی محلول ضدعفونی دست با پایه الکلی در کلیه فضاها و در دسترس کارکنان
- مدیریت تردد کارکنان بر اساس موازین پیش گیری و کنترل عفونت

توصیه:

- ✓ انتقال ابزار و وسایل استریل و غیر استریل به/از اتاق عمل به صورت جداگانه
- ✓ مدیریت تردد کارکنان با توجه به اصول کنترل عفونت
- ✓ تفکیک فضاهای کثیف، تمیز و استریل از نظر فیزیکی
- ✓ استفاده اختصاصی از وسایل در هر یک از فضاهای کثیف، تمیز و استریل، با رعایت توالی و چیدمان
- ✓ رعایت مسیر عبور یکطرفه براساس نشانه گذاری ها و توالی انجام کار در فضاهای کثیف، تمیز و استریل توسط کارکنان
- ✓ تحویل ست های استریل و غیر استریل از دو مسیر جداگانه

نکات مهم در بسته بندی تجهیزات

- انتخاب نوع بسته بندی بر اساس استانداردهای ملی و بین المللی و براساس روش استریلیزاسیون
- جنس مواد بسته بندی باید در برابر ساییدگی، شکستگی و رطوبت مقاوم باشند.
- بدون کوچکترین منفذ یا سوراخ باشند همچنین حاوی مواد سمی یا لکه آلودگی نبوده و موجب انتشار الیاف پنبه یا نخ در محیط نگردند.
- نفوذپذیر در مقابل عوامل استریل کننده و مانع نفوذ میکروارگانیسم ها
- دارای درجه دفع کنندگی بالا (آب گریزی) بدلیل جلوگیری از نفوذ مایعات و حفظ شرایط استریل محتویات داخل بسته های استریل (با انجام آزمون جارماسون حداقل زمان قابل قبول ۳۰ دقیقه)
- عدم استفاده از روزنامه برای بسته بندی بدلیل کیفیت بسیار پایین و وجود ترکیبات سمی مانند سرب و جیوه در جوهر روزنامه
- عدم استفاده از کاغذهای بازیافت شده و ساخته شده از چوب و سولفیت بدلیل استفاده از سولفیت سدیم برای رنگ بری و عدم کنترل رطوبت، غلظت، مقاومت و تخلل بافتها

* الزامات و ملاحظات مراقبت از بسته‌های استریل بر نامه‌ریزی و مدیریت می‌شود

➤ وجود فضاهایی با حداقل تردد مختص انبارش وسایل استریل با دمای کمتر از ۲۴ درجه سانتی‌گراد، رطوبت نسبی کمتر از ۷۰ درصد، فشار مثبت و تهویه مناسب با حداقل ۶ بار گردش هوا در ساعت و به دور از تابش نور مستقیم خورشید در واحد CSSD، اتاق عمل

➤ انبارش وسایل استریل به صورت جداگانه و مستقل در سطحی بالاتر از سطح زمین و در قفسه‌های مشبک با سطوح صاف

➤ تعریف مدت نگهداری و انقضای بسته‌های اقلام استریل با توجه به جنس پوشش بسته، تعداد لایه، نوع ابزار و شرایط نگهداری

➤ جابجایی وسایل استریل شده با استفاده از جعبه‌های دربسته، ترالی‌های کم‌مدار/کانتینرهای درب‌دار اختصاصی منطبق بر استانداردهای کشوری و WHO

➤ رعایت موازین و مدت زمان نگهداری ست‌های استریل بر اساس دستورالعمل فوق‌الذکر
توصیه:

وجود جعبه‌های دربسته، ترالی‌های کم‌مدار، کانتینرهای درب‌دار از جنس استیل یا آلومینیوم و جابجایی وسایل استریل شده با استفاده از جعبه‌های دربسته، ترالی‌های کم‌مدار، کانتینرهای درب‌دار

استریلیزاسیون به روش شیمیایی

به عنوان آخرین روش انتخابی استریلیزاسیون بدلیل عدم کنترل فرایندهای اجرایی و احتمال آلودگی مجدد

گلوتارالدئید: با غلظت دو درصد مدت زمان تقریبی استریلیزاسیون ۱۰ ساعت

پراکسید هیدروژن: در غلظت ۶ درصد خاصیت اسپور کشی دارد اما خاصیت خوردندگی بالا دارد

فرمالدئید: بیشتر در دیالیز خون استفاده می شود استریلیزاسیون با غلظت ۸ درصد و در مدت زمان غوطه ورسازی ۲۴ ساعت

که بدلیل سمیت بالا در سالهای اخیر زیر سوال رفته

پراستیک اسید: یک ماده مشتقی از پراکسید هیدروژن در غلظتهای بالا ۴۰ درصد قابل اشتعال و بسیار خوردنده و ناپایدار و

بعنوان جایگزین ضد عفونی و استریلیزاسیون دستگاههای دیالیز خون در روش جدید ترکیب پراکسید هیدروژن و پراستیک

اسید ۳۵ درصد موجب حذف خوردندگی آنها

استریلیزاسیون شیمیایی گازی

گاز EO گاز بی رنگ و قابل اشتعال و قابل انفجار می باشد. و از طریق الکیله کردن کردن پروتئین ها، مولکول های DNA و RNA فعالیت میکروب کشی خود را اعمال می نماید. از متابولیسم طبیعی سلول جلوگیری کرده و باعث اختلال در عمل همانندسازی سلول می شود.

چهار فاکتور اصلی در اثر بخشی این گاز عبارتند از:

- الف) غلظت گاز (۴۵۰-۱۲۰۰ میلی گرم در لیتر)،
- ب) دما (۳۷ تا ۶۳ درجه سانتیگراد)،
- ج) رطوبت نسبی (۸۰٪ - ۴۰٪ ، مولکولهای آب، گاز اکسید اتیلن را به مرحله واکنش نزدیک می کنند)
- د) زمانهای تماس ۳ تا ۶ ساعت. در محدوده مورد اشاره افزایش غلظت و درجه حرارت می تواند زمان مورد نیاز برای استریلیزاسیون را کاهش دهد. فرایند هوادهی ۸ تا ۱۶ ساعت

حد مجاز گاز EO

❖ حداکثر حد مجاز گاز اکسید اتیلن در محیط کار در شیفت کاری ۸ ساعت در روز و ۴۰ ساعت در هفته را بطور متوسط 1 ppm

❖ متوسط سطح عمل برای گاز اکسید اتیلن، 0.5 ppm در یک زمان ۸ ساعت در معرض قرار گرفتن

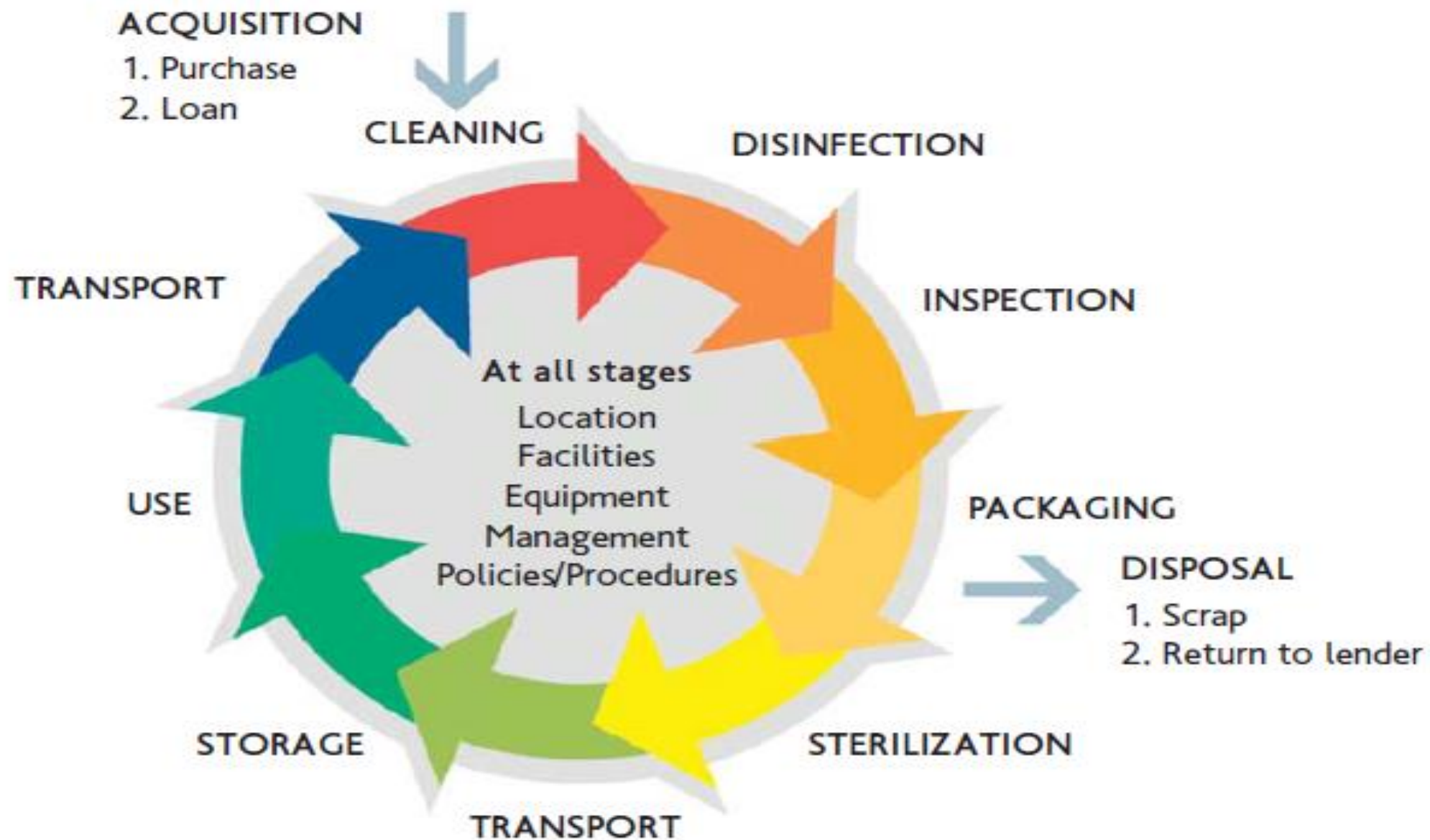
❖ حد مجاز برای یک دوره کوتاه مدت تماس (مدت ۱۵ دقیقه) حدود 5 ppm

❖ پایش زیست محیطی (قرار گرفتن افراد در معرض گاز اکسید اتیلن ممکن است منجر به التهاب پوست، چشمها، دستگاه گوارش، سیستم تنفسی و نیز اختلال سیستم اعصاب مرکزی شود. لذا گاز اکسید اتیلن را باید در دسته عوامل کارسینوژن انسانی قرار داد)

❖ صحه گذاری و اعتباردهی فرایند

❖ پایش تست اسپور (باسیلوس اتروفئوس) در هر سیکل کاری دستگاه

Figure 1. The decontamination life cycle



امکانات رعایت بهداشت دست مطابق ضوابط مربوط در بخش‌ها / واحدها فراهم شده است.

- وجود تسهیلات بهداشت دست متناسب با روشهای استاندارد مطابق با راهنمای بهداشت دست در کلیه بخش‌ها/واحدها اعم از بخش اورژانس و غیره.
- وجود تسهیلات مناسب بهداشت دست در موقعیت‌های ارائه (Point of Care) پروسیجرهای تهاجمی
- در دسترس بودن حجم مناسب از محلول پایه الکلی به فراخور روش هندراب
- جانمایی و استقرار تسهیلات استاندارد شستشوی دست (حداقل یک سینک به ازای هر اتاق بستری و یا حداکثر ۶ تخت بستری)
- سهولت دسترسی به تسهیلات استاندارد بهداشت دست با محلول‌های ضدعفونی با پایه الکلی (وجود افشانه) در موقعیت‌های ارائه خدمت/مراقبت حداقل به ازای هر ۲ تخت یک عدد ۲ (با دسترسی آسان) ۳ یا استفاده از افشانه جیبی.

توضیحات:

- ۱- استفاده از محلول‌های ضدعفونی با پایه الکلی حاوی کلرهگزیدین برای افزایش پایداری و ماندگاری قابلیت ضدعفونی کنندگی محلول
- ۲- ضرورت وجود یک افشانه با دسترسی آسان در اتاق‌های یک تخته
- ۳- Arm reach

* میزان رعایت و پذیرش بهداشت دست با روش های استاندارد اندازه گیری شده و بر اساس نتایج، اقدامات اصلاحی مؤثر به عمل می آید.

۱. اندازه گیری میزان رعایت بهداشت دست بر اساس بخشنامه ۱۳۳۳۱/۴۰۹ د مورخ ۲۳/۱۰/۹۲
۲. انجام اقدام اصلاحی مؤثر بر اساس تحلیل نتایج ارزیابی
۳. اندازه گیری انجام اسکراب دست در کلیه بخش های دارای پروسجر نیازمند اسکراب جراحی و اتاق های عمل
۴. پایش میزان رعایت بهداشت دست به تفکیک ۵ موقعیت اعلام شده از سوی سازمان جهانی بهداشت با تاکید بر دو موقعیت قبل از تماس با بیمار و قبل از انجام اقدامات درمانی تمیز/استریل.
۵. توصیه به ممیزی میزان بهداشت دست به تفکیک گروه های حرفه ای.

توضیحات:

- اندازه گیری میزان رعایت بهداشت دست در تمام بخش ها/واحدهای درمانی با روش های قابل اطمینان
- مدیریت و برنامه ریزی ممیزی ها توسط سوپروایزر/پرستار کنترل عفونت طبق برنامه زمان بندی
- ارائه گزارش نتایج ممیزی بهداشت دست در کمیته کنترل عفونت
- بازخورد نتایج ممیزی به واحدها/بخش های مربوطه

ارزش گذاری و فرهنگ سازی در خصوص رعایت اصول بهداشت دست در بین کارکنان برنامه ریزی شده و بر اساس آن

عمل می شود.

❑ فرهنگ سازی و ارزش گذاری رعایت اصول بهداشت دست بر اساس چارچوب خودارزیابی بهداشت دست سازمان جهانی بهداشت، بررسی علوم رفتاری کارکنان در مورد سیاستهای کنترل عفونت در بیمارستان سه زمینه تحقیقاتی شامل روانشناسی اجتماعی، رفتار سازمانی، رفتار مصرف کننده، پروفیسور پیت و همکاران نقش الگو بنشکان را در کارکنان



❑ توصیه ها:

❑ رعایت بهداشت دست در بیمارستان به عنوان ارزش پایدار سازمانی در همه موارد.

❑ توضیحات:

❑ معیارهای مدیریت و رهبری برای ارتقاء بهداشت دست: بر اساس چارچوب خودارزیابی بهداشت دست: بهداشت، :

❑ ۱- تغییر سیستم

❑ ۲- آموزش

❑ ۳- ارزشیابی و بازخورد

❑ یادآورها در محیط کار



بیماریابی مستمر و گزارش ماهیانه عفونت‌های بیمارستانی از طریق "سامانه مراقبت عفونت‌های بیمارستانی" مطابق ضوابط مربوط انجام می‌شود.

- وجود سامانه INIS ثابت و گزارش دهی موارد بروز عفونت‌های بیمارستانی
- ثبت موارد ماهیانه عفونت‌های بیمارستانی از طریق "سامانه مراقبت عفونت‌های بیمارستانی"
- بررسی و تحلیل نتایج در کمیته کنترل عفونت، به منظور پیگیری و انجام اقدام اصلاحی اثر بخش.
- برگزاری کمیته کنترل عفونت به صورت ماهیانه و در زمان وقوع طغیان عفونت‌های بیمارستانی و اپیدمی بیماری‌های واگیر به صورت فوری.

• چالش : بیماریابی

➤ اجرای برنامه نظام مراقبت عفونت بیمارستانی

➤ تعریف رابطین کنترل عفونت بخشها و آموزش انها

➤ تعیین رابط آزمایشگاه (بخش میکروبیولوژی)

➤ استاندارد نمودن نحوه نمونه گیری

➤ تدوین دستورالعمل داخلی با نظر رییس و اعضای کمیته (اجماع نظریه متخصصین عفونی)

- پس از مثبت شدن کشت نمونه بیمار بستری، مسئول آزمایشگاه در بخش میکروب شناسی (رابط آزمایشگاه) موظف است مراتب را روزانه به پرستار کنترل عفونت اطلاع دهد.
- پرستار کنترل عفونت پس از دریافت نتایج کشت لازم است برطبق تعاریف ارائه شده مشخص نماید که آیا عفونت واقعی وجود داشته و یا صرفاً آلودگی نمونه و محیط کشت مطرح است.
- ارزیابی علایم بالینی بیمار و علایم پاراکلینیکی بر اساس تعاریف انجام شود.
- در صورتی که باکتری استخراج شده پاتوژن واقعی باشد، پرستار کنترل عفونت باید محل عفونت و نوع عفونت (عفونت بیمارستانی و خارج بیمارستانی) را مشخص نماید که این کار بر طبق تعاریف عفونت بیمارستانی انجام شود.
- اطلاعات استخراج شده در سامانه مراقبت عفونت بیمارستانی ثبت گردد.
- در صورت نصب برنامه WHONET پرستار کنترل عفونت نتایج بررسی عفونتها را به صورت مکتوب به رابط آزمایشگاه تحویل می دهد تا در نرم افزار WHONET وارد گردد.
- در پایان هر ماه نتایج وارد شده در نرم افزار ذخیره شده آنالیز و تحلیل می شود

روش‌های پیشگیری و کنترل عفونت‌های شایع بیمارستانی برنامهریزی شده و بر اساس آن عمل می‌شود.

- تدوین روش پیشگیری و کنترل عفونت های بیمارستانی با تاکید بر ۴ عفونت شایع مشمول نظام مراقبت (عفونت ادرای، عفونت خون، عفونت سیستم تحتانی تنفسی و عفونت موضع جراحی)
- آگاهی کارکنان از روش اجرایی تدوین شده و انطباق عملکرد
- توصیه ها:
- تدوین و ابلاغ روش اجرایی پیشگیری و کنترل عفونت در عفونت‌های شایع بیمارستانی توسط کمیته پیشگیری و کنترل عفونت

مراحل بیماریابی (FOCUS PDCA)

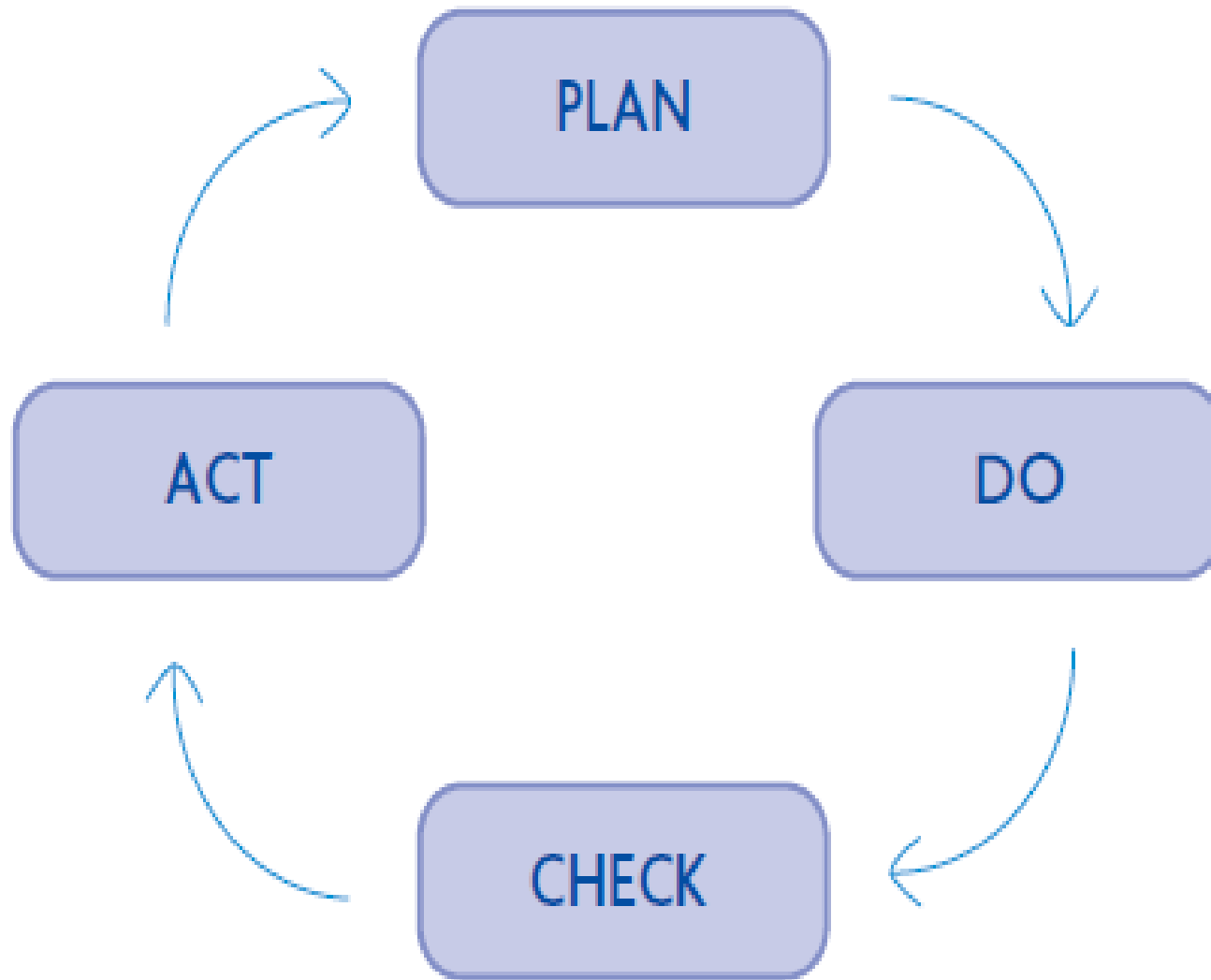
- ۱- مثبت شدن نمونه بالینی در آزمایشگاه
- ۲- تعیین پاتوژن بودن یا contaminant بودن میکروب استخراج شده توسط پرستار کنترل عفونت با بررسی پرونده و وضعیت بالینی بیمار
- ۳- ثبت در سامانه نظام مراقبت عفونت بیمارستانی
- ۴- در صورت نصب نرم افزار WHONET اطلاع به پرسنل آزمایشگاه جهت وارد کردن اطلاعات در نرم افزار
- ۵- تحلیل ریشه ای (RCA) علت عفونت و طرح موارد در کمیته کنترل عفونت
- ۶- تدوین برنامه بهبود و اجرای گام به گام
- ۷- ارزیابی اثربخشی اقدامات

* بیماریابی در موارد عفونت های بیمارستانی برنامه ریزی و اجرا شده و نتایج آن نشان دهنده اجرای مطلوب فرآیند

بیماریابی است.

- تعیین روشهای شناسایی و گزارش دهی عفونتهای بیمارستانی
- تعیین و تعریف عوامل خطر بروز و اعلام طغیان عفونت بیمارستانی
- طرح موارد طغیان از طرف رییس تیم کنترل عفونت در کمیته کنترل عفونت و تدوین برنامه مداخله ای اصلاحی بر اساس مصوبات کمیته ارزیابی اثر بخشی اقدامات اصلاحی
- نمونه گیری و انجام کشت طبق دستورالعمل کشوری نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی. توضیحات:
- نمونه برداری کشت از سطوح صرفاً در شرایط طغیان عفونت های بیمارستانی و به صورت هدف دار انجام و اقدام اصلاحی موثر به عمل می آید.
- براساس بخشنامه ابلاغی ۱۲۱۴۵/۱۱۴ ب مورخ ۱۲/۱/۱۳۸۷ رئیس مرکز مدیریت بیماری های واگیر، نمونه برداری از محیط بیمارستانی و کشت از وسایل و دستگاهها بصورت روتین انجام نمی شود و تنها بر اساس تشخیص کمیته کنترل عفونت بیمارستان در موارد خاص (در مواقع بروز طغیان عفونت بیمارستانی، نمونه برداری هدف دار از منابع مشکوک) باید انجام گیرد.

Figure 2. Deming cycle “Plan-Do-Check-Act”



نحوه مراقبت و کنترل طغیان عفونت‌های بیمارستانی برنامه‌ریزی شده و بر اساس آن عمل می‌شود.

- تعیین و تعریف عوامل خطر بروز و اعلام طغیان عفونت بیمارستانی
- طرح موارد طغیان از طرف رییس تیم کنترل عفونت در کمیته کنترل عفونت و تدوین برنامه مداخله ای اصلاحی بر اساس مصوبات کمیته
- ارزیابی اثر بخشی اقدامات اصلاحی
- توضیحات:
- رعایت نمونه برداری از سطوح صرفاً در شرایط طغیان عفونت های بیمارستانی و به صورت هدف دار انجام و اقدام اصلاحی موثر به عمل می‌آید.
- نمونه برداری از محیط بیمارستانی و کشت از وسایل و دستگاه‌ها بصورت روتین انجام نمی‌شود و تنها بر اساس تشخیص کمیته کنترل عفونت بیمارستان در موارد خاص (در مواقع بروز طغیان عفونت بیمارستانی، نمونه برداری هدف دار از منابع مشکوک) باید انجام گیرد.

اثر بخشی برنامه‌های پیشگیری و کنترل عفونت های بیمارستانی ارزیابی می‌شود و نتایج آن مؤید کاهش بروز عفونت بیمارستانی است.

- خودارزیابی استانداردهای پیشگیری و کنترل عفونت بر اساس ابزار اصلی برنامه پیشگیری و کنترل عفونت IPC
- تعیین زمان بندی انجام ممیزی توسط تیم پیشگیری و کنترل عفونت براساس چک لیست مصوب کمیته توصیه:
- بازخورد نتایج اطلاعات عفونت‌های بیمارستانی و ممیزی‌های انجام شده به کمیته پیشگیری و کنترل عفونت و مسئولان بخش‌ها / واحدهای مربوطه توضیحات:
- شاخص‌های عملکردی پیشگیری و کنترل عفونت توسط کمیته با مشارکت اعضاء کمیته و توجه به کتاب نظام کنترل عفونت‌های بیمارستانی تعیین و تدوین می‌شود و حداقل شامل موارد ذیل می‌باشد :
- میزان عفونت‌های بیمارستانی براساس نوع عفونت، نوع اقدامات تهاجمی، نوع بخش
- تعداد مواجهات شغلی به تفکیک بخش و رسته شغلی و برنامه های تدوین شده در جهت کاهش مواجهات
- میزان رعایت بهداشت دست به لحاظ ساختاری و عملکردی
- میزان رعایت/استفاده از وسایل حفاظت فردی به لحاظ ساختاری و عملکردی

تجویز و مصرف آنتی بیوتیک ها با توجه به الگوی مقاومت میکروبی و اعمال محدودیت در موارد خاص برنامه ریزی و اجرا می شود.

- تدوین پروتکل تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکسی قبل از اعمال جراحی، دستورالعمل مصرف آنتی بیوتیک برای عفونت های مهم و شایع مرکز درمانی و محدودیت مصرف آنتی بیوتیک با توجه به الگوی مقاومت میکروبی
- اجرای دستورالعمل آنتی بیوتیک استوارد شیب
- تحلیل نتایج حاصله از اجرای دستورالعمل / پروتکل و انجام اقدام اصلاحی موثر

حداقل سه ماه یکبار، نتایج مقاومت‌های میکروبی گزارش شده و نتایج آن در روند تجویز و مصرف منطقی آنتی بیوتیک مورد استفاده قرار می‌گیرد.

- تحلیل نتایج مقاومت میکروبی و طرح در کمیته پیشگیری و کنترل عفونت
- بررسی میزان انطباق الگوی مصرف آنتی بیوتیک‌ها در بیمارستان با دستورالعمل تدوین و ابلاغ شده در بیمارستان
- توصیه:
- گزارش نتایج مقاومت‌های میکروبی توسط آزمایشگاه در فواصل زمانی معین
- ابلاغ برنامه‌های تدوین شده به مسئولان مرتبط جهت اجرا، مطلع بودن مسئولان واحدها / بخش‌ها از برنامه و نقش واحد خود اجرای برنامه تدوین شده طبق زمان‌بندی
- با استفاده از نرم افزارهای معتبر یا محاسبه دستی
- توضیحات:
- در صورت شیوع مقاومت میکروبی در یک بیمارستان جهت هشدار به سایر بیمارستان‌های تحت پوشش، نوع مقاومت میکروبی به کمیته کنترل عفونت دانشگاه گزارش گردد.

بیماری‌های واگیر مشمول نظام مراقبت سندرومیک، مطابق ضوابط مربوط شناسایی و گزارش می‌شوند.

- آموزش احتیاطات استاندارد و مبتنی بر روش انتقال به کلیه کارکنان بالینی به صورت حداقل سالیانه
- اجرای احتیاطات و ایزولاسیون بر اساس نظام مراقبت سندرومیک طبق دستورالعمل کشوری نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی.
- سهولت دسترسی کارکنان به وسایل حفاظت فردی PPE
- تضمین اجرای پوشیدن و درآوردن صحیح وسایل حفاظت فردی توسط افراد مرتبط
- شناسایی موارد قابل گزارش بیماری های واگیردار توسط کمیته پیشگیری و کنترل عفونت براساس دستورالعمل
- در دسترس بودن لیست بیماری‌های واگیردار مشمول گزارش دهی برای کارکنان مرتبط
- آگاهی کارکنان ذیربط از بیماری های واگیر مشمول گزارش دهی و انطباق عملکرد آنان
- گزارش بیماری های واگیر مشمول گزارش دهی به مراجع ذیربط توسط تیم پیشگیری و کنترل عفونت

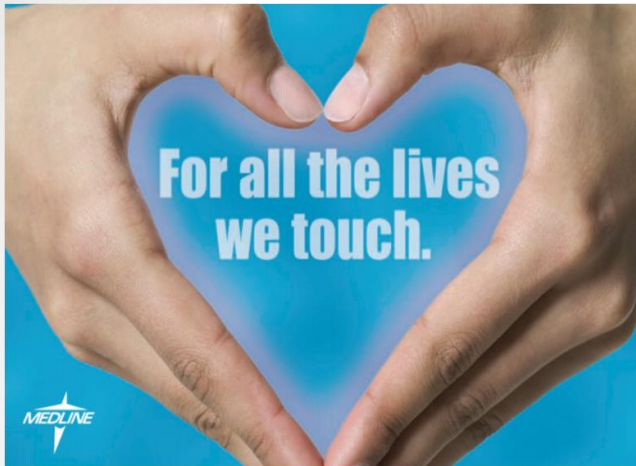
□ - فهرست بیماری‌های واگیر مشمول گزارش دهی نظام مراقبت بیماری‌ها و چگونگی گزارش دهی آنها که توسط مرکز مدیریت بیماری‌های وزارت بهداشت ارسال گردیده به شرح ذیل می‌باشد:

□ الف - بیماری‌های مشمول **گزارش فوری** (تلفنی) شامل وبا، فلج شل حاد، سیاه سرفه، سرخک، سندرم سرخجه مادرزادی، دیفتری، کزاز نوزادان، مننژیت، طاعون، تیفوس، تب زرد، مالاریا، بوتولیسم، سیاه زخم تنفسی، هر نوع حیوان گزیدگی، تب‌های خونریزی دهنده ویروسی ((CHFF، عوارض ناخواسته متعاقب ایمن سازی (مرگ، بستری در بیمارستان، آبسه، لنف آدنیت و هر عارضه‌ای که منجر به نگرانی عمومی شود) و افزایش ناگهانی هر بیماری واگیر (طغیان یا همه‌گیری)

□ ب - بیماری‌های مشمول **گزارش غیر فوری** (کتبی) سل، جذام، کزاز بالغین، ایدز و عفونت HIV، بیماری‌های مقاربتی، انواع هیپاتیت‌های ویروسی، تیفوئید، شیگلوزیس، لپتوسپیروزیس، سیاه زخم جلدی، کالآزار، سالک، تب مالت، فاسیولیازیس، شیستوزومیازیس، تب راجعه، کیست هیداتید، پدیکولوز، عوارض ناخواسته متعاقب ایمن سازی غیراز موارد فوری

برای کارکنان و افراد در معرض بیماری‌های واگیر مشمول نظام مراقبت سندرومیک، امکانات حفاظتی و

مراقبت‌های لازم فراهم می‌شود.



- وجود وسایل حفاظت فردی مناسب و متناسب برای حفاظت فردی کارکنان در بخش‌ها / واحدها
- وجود راهنماهای تصویری برای استفاده صحیح از وسایل حفاظت فردی در بخش‌ها / واحدها
- دسترسی کارکنان به وسایل حفاظت فردی مناسب و متناسب برای استفاده در موارد مقتضی
- (ترتیب پوشیدن و درآوردن وسایل حفاظت فردی)
- توصیه:

- تدوین فهرست وسایل حفاظت فردی متناسب با اصول احتیاطات در بخش‌ها/واحدها و تعداد مورد نیاز براساس نوع بیماران بستری و دستورالعمل‌های ابلاغی وزارت بهداشت، با مشارکت تیم پیشگیری و کنترل عفونت و مسئولین بخش‌ها/واحدها و تأیید لیست فوق در کمیته کنترل عفونت
- توضیحات:

- موقعیت‌های استفاده از ماسک (N95 که کارآیی آن بررسی شده باشد) را در هنگام انجام پروسیجرهای تولید کننده آئروسل به نحوه صحیح در واحد اورژانس و تمامی بخش‌های بالینی شناسایی و قبل از مواجهه با بیمار مشکوک / محتمل / مبتلا به ماسک N95 دسترسی و کارکنان از آن استفاده می‌نمایند.

جداسازی بیماران عفونی با احتمال سرایت به دیگران طبق ضوابط مربوط برنامه‌ریزی و انجام می‌شود.

- جداسازی و مراقبت بیماران محتمل و مشکوک به بیمارهای واگیر مشمول نظام مراقبت، در کلیه بخش‌ها/ اورژانس‌ها بر اساس استاندارد.
- شناسایی موارد گزارش بیماری‌های واگیر مشمول نظام مراقبت توسط کمیته پیشگیری و کنترل عفونت بر اساس دستورالعمل
- در دسترس بودن لیست بیماری‌های واگیر مشمول نظام مراقبت سندرمیک مشمول گزارش دهی برای کارکنان مرتبط
- گزارش بیماری‌های واگیر مشمول گزارش دهی توسط کارکنان به مراجع ذیصلاح
- آموزش مستمر کلیه کارکنان / پزشکان اورژانس و بخش‌های بالینی در خصوص نظام مراقبت سندرومیک به صورت سالیانه
- توصیه‌ها:
- وجود اتاق ایزوله تماسی / قطره‌ای و ترجیحاً فضای ایزوله فشار منفی در اورژانس/کلیه بخش‌ها و واحدهای درمانی
- جدا سازی بیماران مشکوک و محتمل به بیماری‌های واگیر مشمول نظام مراقبت در بخش‌های غیر بستری با حداقل امکانات

*** بیماری که امکان انتقال هپاتیت از آنها به دیگر بیماران محتمل است، با استفاده از دستگاه جداگانه دیالیز می‌شوند.**

• وجود دستگاه مجزا جهت دیالیز بیماران هپاتیت مثبت طبق بخشنامه شماره

۲۱/۱۲/۱۳۹۰ مورخ ۱۶۹۵/۴۰۹ د

• وجود شواهد انتقال ایمن بیمار کاندید دیالیز هپاتیت مثبت در صورت نبود دستگاه دیالیز

مجزا در مرکز

موفق باشيد

