

مرکز آموزشی درمانی امام خمینی (ره) ایلام

قوانین و مقررات مربوط به کنترل عفونت در بی‌مارستان

پوشیدن یونیفرم تمیز و کامل و عدم استفاده از زیورالات و در صورت اجبار پوشش مناسب آنها اجتناب از پوشیدن کفش جلو باز پشت باز پاشنه دار و هرگونه کفش مدل دار، خودداری از استفاده از لاک-برق ناخن و دیگر اقلام آرایشی، رعایت اصول بهداشت فردی، کوتاه بودن ناخن پوشش مناسب جهت موها - کوتاه بودن ریش و سبیل .

رعایت اصول استریلیتی در پروسیجرهای پرستاری خصوصا سنداژبه علت اینکه عفونت ادراری از بالاترین میزان عفونتهای بیمارستانی برخوردار است.

انجام آموزش های مربوط به تنفس عمیق در بیماران بستری خصوصا بیمارانی که تحت عمل جراحی قرار می گیرند جهت جلوگیری از ابتلا به پنومونی بعنوان دومین بیماری که بعلت عفونتهای بیمارستانی در بخش های بستری بوجود می آید.

محیط مرطوب مناسبترین مکان جهت کلونیزاسیون میکرو ارگانیسم می باشد لذا در هنگام اجرای پروسیجرهای پرستاری دقت لازم بعمل آید خصوصا موارد زیر:

۱- در هنگام رگ گیری دقت گردد که خون بیمار کناره های آنژیوکت ریخته نشود و در صورت ریخته شدن فوراً تمیز گردد .

۲- آنژیوکت به درستی فیکس گردد زیرا یکی از موارد فلیبیته شدن عروق حرکت آنژیوکت یا اسکالپ است .

۳- جهت خروج آنژیوکت و اسکالپ و... با پنبه الکلی خشک به این کار مبادرت گردد.

۴- موضع رگ گیری بلافاصله بعد از فلیبیت شدن تعویض گردد.

۵- ایده ال است که جهت کلیه اقدامات تهاجمی به ورید و شریان از پنبه الکل همراه با بتادین استفاده گردد . جهت تزریقات عضلانی و زیر جلدی و سایر موارد از الکل با غلظت ۷۰ درصد استفاده گردد.

جهت تخلیه هوای باتل سرم از روش صدیح استفاده شود .

با توجه به اینکه شستن دست یکی از مهمترین اقدامات در کنترل عفونت است قبل از انجام کارهایی که تمیز بودن دست اهمیت دارد (سونداز، پانسمان، سوچرو...). دستهای خود را بمدت ۲۰ ثانیه با آب و صابون بشویید یا از محلول الکلی مخصوص استفاده نمایید. جهت کنترل عفونت در طول شیفت جزد در موارد خاص و ضروری از ترک بخش خودداری گردد. جهت استفاده از سلف سرویس بدون روپوش مراجعه نمایید. در صورت بروز هر گونه مشکل در زمینه کنترل عفونت با سوپروایزر کنترل عفونت تماس بگیرید.

راهکارهای جهت پیشگیری از انتقال عوامل بیماری‌زا

احتیاط‌های استاندارد:

رهنمودهایی هستند که به منظور جلوگیری از انتقال عوامل بیماری‌زا از طریق ترشحات بدن بیمار (مثل خون و مایع مغزی نخاعی) به پرسنل تدوین شده و در مورد تمام بیماران اعم از بیماران عفونی و غیر عفونی لازم الاجرا است.

این احتیاط‌ها شامل موارد زیر است:

- ۱- بهداشت دست‌ها
- ۲- استفاده از وسایل کمک کننده شخصی مثل دستکش گان عینک ماسک
- ۳- امحاء صحیح زباله های بیمارستانی
- ۴- ایزولاسیون بیماریهای عفونی بالقوه مسری در اطاق های یک نفره
- ۵- ضد عفونی کلیه ایزاری که جهت درمان و مراقبت از بیماران مورد استفاده قرار گرفته اند
- ۶- ضد عفونی سطوح بیمارستانی
- ۷- رعایت احتیاط های لازم جهت تزریق بی خطر
- ۸- رعایت اصول پیشگیری کننده در برابر انتقال عوامل بیماری‌زا از طریق خون مثل آموزش پرسنل انجام واکسیناسیون و تیتراژ دوره ای برای بیماریهایی از قبیل هیپاتیت ب

شستن دست

مهمترین عامل انتقال عفونتهای بیمارستانی دست آلوده است. با شستن مکرر و صحیح دستها با آب و صابون آلودگیها سلولهای مرده و باکتریهای موجود روی پوست شسته می شوند. شستن صحیح دستها بهترین راه پیشگیری از انتقال عفونتها است. پوشیدن دستکش به هیچ عنوان جایگزین شستن دست نمی

شود. شستن دستها موجب پیشگیری از انتقال عفونت از بیمار به پرستار و بالعکس همچنین از پرسنل به سایر همکاران و از بیمار به بیمار دیگر می گردد.

شستن دست ها در موارد ذیل الزامی است:

- قبل و بعد از مراقبتهای پرستاری و پزشکی.
- پس از تماس با خون، ترشحات و مایعات دفعی و پانسمان و وسایل آلوده بیمار.
- قبل و بعد از پوشیدن دستکش.
- پس از مراقبت از بیماران عفونی و یا مستعد عفونت.
- قبل از تماس با غذا با داروی بیمار.
- پس از تزریق جهت بیمار
- قبل از انجام پروسجرهای درمانی

ظروف حاوی صابون مایع باید به راحتی قابل شستشو و تعویض باشند و طوری نصب گردند که به سهولت توسط مچ و آرنج قابل استفاده باشد. استفاده از الکل ۷۰٪ جهت حذف باکتریها و بیشتتر ویروسها توصیه می گردد. همیشه ناخنها را کوتاه نگه دارید و از وسایل زینتی استفاده نکنید.

۱- هنگام شستن دست بایستی از دستشویی فاصله گرفت تا از خیس شدن و آلوده شدن یونیفرم پیشگیری گردد.

۲- ابتدا حلقه و ساعت بیرون آورده شود سپس آستین را بالا زده و آب با فشار و دمای مناسب تنظیم گردد.

۳- در حالی که دستها در سرازیری هستند آنها را خیس نمایید تا آب به طرف نوک انگشتان جاری گردد.

۴- مقدار ۱۰-۵ سی سی صابون مایع را در کف دستها ریخته و دستها را به هم بمالید تا کف ایجاد گردد.

۵- شستن دست را با حرکت دورانی و مالشی آغاز نمایید.

کف دستها به هم کشیده شود. به طوری که انگشتان بین هم قرار گیرند و کاملاً ساییده شوند. پشت انگشتان دست راست را در کف دست چپ به طوری که انگشتان شست دست دیگر به صورت چرخشی کاملاً ساییده شود و بالعکس. نوک انگشتان یک دست را در کف دست دیگر فشرده و با حرکت چرخشی کاملاً شستشو داده تا تمیز

شود و بالعکس.

هر یک از اعمال مذکور در شستشوی صحیح دستها بایستی ۵ بار تکرار گردد.

دستها و مچ را کاملاً آبکشی نمایید.

زمان استاندارد جهت شستشوی دست ۳-۱ دقیقه میباشد.

دستها را با حوله کاغذی کاملاً خشک نموده و با همان حوله کاغذی شیر را ببندید و از بستن آن با

دست خودداری کنید. زیرا موجب آلوده شدن مجدد دستها میگردد. استفاده از دست خشک کن برقی

توصیه نمیگردد زیرا موجب پراکنده شدن میکروبها میگردد.

استفاده از صابون جامد توصیه نمیگردد اما در صورت استفاده پس از مصرف کف صابون را شسته

و مجدداً در جای خود قرار دهید.

عفونتهای بیمارستانی Nosocomial Infection

به عفونتهایی اطلاق می شود که در هنگام پذیرش بیمار وجود نداشته و در طول درمان در بیمارستان

ظرف ۴۸ تا ۷۲ ساعت بعد از پذیرش اتفاق افتاده باشد به شرط اینکه در مرحله پذیرش بیمار به آن

مبتلا نبوده و در دوره کمون بیماری هم نباشد.

شایعترین عفونتهای بیمارستانی عبارتند از :

۱- عفونتهای ادراری که حدود ۴۰-۴۵ درصد کل عفونتها را تشکیل می دهند.

۲- عفونت های تنفسی که حدود ۱۵-۲۰ درصد موارد عفونتها را تشکیل می دهند.

۳- عفونت های کاتترهای عروقی ۵-۷ درصد موارد را تشکیل می دهند.

۴- عفونت زخم جراحی ۲۵-۳۰ درصد عفونتهای بیمارستانی را تشکیل می دهد.

UTI: عفونت دستگاه ادراری

شایعترین عفونتهای بیمارستانی هستند و عمدتاً "آسانترین آنها از نظر درمان به حساب می آیند و

کمترین مشکل را از خود به جای می گذارند.

چهار عامل خطر اساسی با ایجاد این نوع عفونت در بیمارستان همراه می باشند شامل: مونث بودن؛

طول مدت کاتتریزاسیون ادراری؛ فقدان آنتی بیوتیک های سیستمیک و نبود مراقبت مناسب از کاتتر.

در بیمارانی که چند روز کاتتر ادراری داشته اند با بروز تب، سوزش ادرار، تکرر ادرار، لکوسیتوز و به خصوص درد پهلو یا حساسیت زاویه دنده ای مهره ای (کوستو ورتبرال) قویاً مطرح کننده عفونت مثانه یا پیلونفریت می باشند. در بیماران مبتلا به تب بدون علایم یا نشانه های مربوط به دستگاه ادراری باید به دنبال یافته های فرعی مطرح کننده عفونت ادراری؛ از قبیل وجود گلبول های سفید بدون سلول های اپی تلیالی در رسوب ادراری؛ یا لکوسیت استراز یا نیتريت در آزمایش تجزیه ادرار بود.

انجام کشت ادرار نیز یکی از اقدامات مهم جهت تشخیص عفونت های ادراری است. این در حالی است که بدست آمدن دو یا سه میکروارگانیزم در کشت ادراری به احتمال زیاد بر اثر آلودگی کشت اتفاق افتاده و کشت بهتر است تکرار شود.

شایعترین میکروارگانیزم که باعث عفونت ادراری می شود اشرشیا کولی E-Coli است.

تذکرات:

۱- کشت مثبت از نوک کاتتر ادراری، تست آزمایشگاهی قابل قبولی برای تشخیص عفونت ادراری نیست.

۲- کشت ادراری را باید با روشهای مناسب انجام داد. (مانند کاتتریزاسیون یا جمع آوری به روش تمیز)

۳- در نوزادان، کشت ادراری را باید از ادرار حاصل از کاتتریزاسیون یا اسپیراسیون فوق عانه انجام داد.

کشت مثبت ادراری از نمونه ادرار در کیسه، غیر قابل اعتماد بوده و باید با نمونه هائی که به طور آسپتیک از طریق کاتتریزاسیون یا اسپیراسیون فوق عانه به دست آمده، تأیید شود.

با اتخاذ راهکارهای ساده زیر می توانیم احتمال شیوع عفونت های ادراری را به حداقل برسانیم

- ۱- پروسیجر کاتتریزاسیون باید بصورت استریل انجام شود.
- ۲- پروسیجر باید ۲ نفره انجام شود ولی در صورت کمبود پرسنل و انجام کار به صورت یک نفره قبل از پوشیدن دستکش استریل وسایل را آماده کنید.
- ۳- در تحقیقات جدید تفاوت چندانی بین ضدعفونی موضع با بتادین و شستشو با نرمال سالین وجود ندارد لذا با توجه به عوارض پوستی بتادین می توان موضع را بخوبی با نرمال سالین شستشو و سپس اقدام به کاتتریزاسیون کرد و قبل از کاتتریزاسیون مثانه (در آقایان) در مجرا ۱۰ سی سی ژل زایلوکائین با سرنگ تزریق می نمائیم .
- ۴- پس از نصب فولی، جهت جلوگیری از کشیده شدن کاتتر آنرا با چسب به ران و یا شکم بیمار ثابت کنید.
- ۵- سیستم فولی و یورین بگ همیشه بسته باقی بماند و از جدا کردن یورین بگ خودداری شود و در صورت پر شدن یورین بگ از طریق شیر پایین کیسه اقدام به تخلیه ادرار نمائید.
- ۶- یورین بگ همیشه در سطح پایین تری نسبت به مثانه قرار گیرد و از گذاشتن یورین بگ بر روی کف بخش یا صندلی و چهارپایه و ... خودداری شود و یورین بگ حتماً به هنگر وصل شود و در صورت نبودن هنگر با باند و یا ... به تخت بسته شود.
- ۷- در هر شیفت شستشوی پرینه و اطراف کاتتر با آب و صابون انجام شود.
- ۸- بیمارانی که فولی دارند روزانه ۷ الی ۸ لیوان آب مصرف نمایند.
- ۹- گزارش موارد غیرعادی مانند هماچوری و کدر شدن ادرار و یا تب در بیماران به پزشک مربوطه
- ۱۰- ثبت تاریخ نصب فولی در کاردکس در جای مخصوص
- ۱۱- در صورت وجود نشانه های عفونت ، نمونه ادرار تهیه و فوراً جهت کشت ارسال گردد.
- ۱۲- نباید اجازه داد که ادرار در لوله جمع شود. برای اینکه از عفونت جلوگیری شود باید ادرار به آزادی در لوله جریان یابد. هرگاه لوله تا بخورد یا دور خود بچرخد باعث اختلال تخلیه می شود و بدین وسیله مقداری ادرار در قوس ها و حلقه های لوله راکد می ماند.
- ۱۳- برای پیشگیری از ازدیاد باکتری ها باید ادرار درون کیسه را حداقل هر ۸ ساعت یکبار (یا در صورت زیاد بودن حجم ادرار در فواصل کمتر) تخلیه کرد.

عفونت تنفسی و یا پنومونی:

بیمارانی که بیشترین خطر ابتلا به پنومونی بیمارستانی را دارند آنهایی هستند که در ICU بستری می شوند بخصوص کسانی که لوله گذاری داخل تراشه می شوند، سطح هوشیاریشان مختل می شود و لوله های بینی معده ای برایشان گذاشته می شود، بیماران مسن، بیماران مبتلا به بیماری مزمن ریه، بیمارانی که تحت مراقبت بعد از عمل قرار دارند و هر یک از بیماران فوق که مسدود کننده های H₂ یا آنتی اسید دریافت کنند. در بیمارانی که زیر ونتیلاتور هستند، میزان بروز پنومونی ممکن است ۱۰ تا ۲۰ برابر بیشتر باشد. میزان مرگ و میر پنومونی بیمارستانی حدود 33 درصد است.

بیمارانی که ونتیله باشند به علت نشت باکتری از کنار کاف لوله داخل تراشه و یا به علت باکتری هایی که در دستگاه های نبولایزر و مرطوب کننده؛ متراکم شده اند و هنگام ونتیلاسیون به صورت معلق در می آیند، در معرض خطر بروز پنومونی هستند. در بیماران غیر بستری در ICU وقتی باید شک به پنومونی برانگیخته شود که بیمار جدیداً، دچار تب، سرفه، لکوسیتوز و تولید خلط شده باشد و انفیلتراسیون جدیدی در رادیوگرافی قفسه سینه اش پیدا شود. در پنومونی بیمارستانی عمده ترین ارگانیزم هایی که نسبت به آنها نگرانی وجود دارد ارگانیزم های هوازی گرم منفی است. شایعترین ارگانیزمهای مسبب پنومونی بیمارستانی پسوودومونا آئروژینوزا، استافیلوکوک طلایی، کلبسیلا پنومونیه و سوش های انتروباکتر می باشند.

عفونت محل زخم جراحی:

در ارزیابی تب بعد از عمل جراحی در یک بیمار باید محل زخم را به دقت بررسی کرد. اگر چه عفونت محل زخم جراحی 25-30 درصد موارد عفونت های بیمارستانی را شامل می شود ولی تعیین میزان واقعی این عفونت بخصوص هنگامی که بیماران به مدت کوتاهی در بیمارستان بستری می شوند مشکل است.

عوامل خطری که در بروز عفونت زخم دخالت دارند عبارتند از: جراحی شکمی، جراحی هایی که بیشتر از ۲ ساعت طول کشیده باشد، جراحی های آلوده، وجود درن، طول مدت اقامت در بیمارستان قبل از عمل به طوری که با هر هفته اقامت قبل از عمل میزان عفونت دو برابر می شود، شیو محل عمل بخصوص اگر ۲۴ ساعت قبل از عمل یا بیشتر صورت گرفته باشد.

شایعترین ارگانیسم ها در عفونت محل زخم جراحی استافیلوکوک اورئوس، استافیلوکوک اپی‌درمیدیس، انتروکوک و باکتری های بی هوازی می باشد.

باکترمی:

باکترمی اولیه عبارت است از جدا کردن یک پاتوژن از خون، بدون وجود عفونت در جای دیگری از بدن.

یکی از مشکلاتی که در ارزیابی اهمیت باکترمی وجود دارد افتراق پاتوژنهای واقعی از ارگانیزم های فلور پوست است که موجب آلودگی نمونه ها شده اند. این مشکل بخصوص در تشخیص عفونت ناشی از یک کاتتر ثابت داخل عروقی اهمیت پیدا می کند زیرا ارگانیزم هایی که در پوست مستقر می باشند مثلاً " استافیلوکوک های کو ا گولازمنفی بطورشایعی باعث عفونت نیز می شود. شایعترین محل ورود عفونت های مربوط به وسایل داخل عروقی محل قرار گیری این وسایل می باشد. از ارگانیزم هایی که با باکترمی همراه بوده اند بیشترین افزایش مربوط به استافیلوکوک های کو -- گولاز منفی بوده و بعد از آن سوش های کاندیدا قرار دارند. علل اصلی دیگر باکترمی مربوط به کاتترها، استافیلوکوک طلایی و انتروکوک ها بوده اند.

دستور العمل کلی جهت تعویض کاتترهای بی‌ماران

- آنژیوکت هر ۷۲ ساعت یکبار به استثناء اطفال و نوزادان
- ست سرم هر ۲۴ ساعت یکبار (پس از Hyper و شیمی درمانی که باید بلافاصله دور انداخته شود)
- میکروست (Microset) هر ۳ روز بجز بخشهای NICU که ۲۴ ساعته است
- تری وی (سه راهی) هر ۲۴ ساعت یکبار
- 24 N.G.T تا ۷۲ ساعت تعویض شود (برونر ۲۰۰۸ دستگاه گوارش) بر حسب نیاز و دستور پزشک
- سوند فولی هر ۷ تا ۱۰ روز یکبار تعویض گردد.

- Ext.foley بر حسب نیاز بیمار و همراه با کنترل روزانه (آموزش به بیماران)

توجه : در هر شیفت کاری حداقلی یکبار مراقبت از فولی بعمل آید.

- هپارین لاک هر ۲۴ ساعت یکبار
- باتل سرم هر ۲۴ ساعت یکبار
- اکستنشن تیوپ هر ۲۴ ساعت یکبار
- ست خون به ازاء هر کیسه pc و یا به ازای هر Transfusion
- E.T.T (لوله تراشه) هر ۷ روز یکبار، بر حسب نیاز و دستور پزشک پس از هفت روز اقدام جهت تراکئوستومی انجام می شود.
- لوله های خرطومی تنفسی و نتیلاتور یکبار مصرف باشد هر هفته تعویض گردند .

- **CVP** هر ۱۴ روز یکبار (بر اساس CDC)

- کاتتر اکسیژن اختصاصی برای هر بیمار و در صورت لزوم روزانه تعویض گردد.

- Tube suction هر ۱ روز

- کاتتر ساکشن (سوند نلاتون ساکشن) یکبار مصرف باشد و جهت هر بار ساکشن یک عدد کاتتر مصرف شود.

- Chest lead هر ۲۴ ساعت یکبار

- پانسمان Double lumen روزی یکبار

- دبل لومن از سه هفته تا یکماه

- CVP Pulmonay Artrey catheters تا ۳ روز

Peripheral Arterial catheters- هر ۴ روز یکبار
Cutdown- هر یکماه در صورت بروز عفونت بر حسب نیاز تعویض گردد.

Foly Bag- زمان تعویض فولی و در صورت آلودگی فوراً تعویض گردد.
- سرنگ اینفیوژن پمپ با تزریق هر دارو و حداکثر تا ۲۴ ساعت .
- فیلتر آنتی باکتر ۴۸ ساعته عوض شود در اطفال و نوزادان استفاده نشود .

نکته : کلیه کاتترهای متصل به بیمار در صورت آلوده شدن به خون و عفونت باید بر اساس نیاز تعویض شوند و نظر پزشک نیز در تعویض موارد فوق باید در نظر گرفته شود.

تزریقات ایمن

تزریقات یکی از روشهای شایع در تجویز داروها و محصولات دارویی می باشد که در صورت عدم رعایت استانداردهای درمانی خطرات بالقوه و بالفعلی را برارائه کنندگان و مصرف کنندگان خدمت و نیز جامعه اعمال مینماید. معاونت سلامت وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی در راستای ایمنی تزریقات باتوجه به 4محور بنیادی ذیل «دستورالعمل ایمنی تزریقات» را جهت بهره برداری لازم اعلام می نماید :

- 1- کاهش رفتار پرخطر کارکنان بهداشتی درمانی به منظور پیشگیری از جراحات ناشی از وسایل تیز و برنده آلوده .
- 2- افزایش سطح ایمنی کارکنان درحین کار با وسایل تیز و برنده درمانی .
- 3- جمع آوری ، نگهداری ، انتقال و دفع مناسب و بهداشتی زباله های آلوده و پرخطر .
- 4- تغییر رفتار و نگرش اجتماعی مددجویان و پزشکان نسبت به مقوله تقاضا و تجویز داروبه روش تزریقی .

(۱) کاهش رفتار پرخطر کارکنان بهداشتی درمانی :

الف - ارتقاء سطح آگاهی و کسب مهارت کارکنان بهداشتی درمانی به ویژه شاغلین حرف پزشکی ، پرستاری ، امور تشخیصی ، خدمات درمانی پیش بیمارستانی ، گروههای خدماتی پشتیبان ، درحین کار با وسایل تیز و برنده ، درمانی به منظور پیشگیری از بروز

جراحات ناشی از سرسوزن و سایر وسایل تیز و برنده امری ضروری است، بنابراین کارکنان بهداشتی درمانی بایستی درخصوص چگونگی پیشگیری از صدمات ناشی از وسایل مزبور و نیز اقدامات درمانی و پیشگیرنده اولیه با موارد آلوده مطابق با دستورالعمل ایمنی الف و ب بصورت مداوم آموزش ببینند.

ب - تشکیل پرونده بهداشتی و واکسیناسیون رایگان کلیه کارکنان بهداشتی درمانی در واحدهایی که کارکنان الزاماً باتوجه به نوع وظایف محوله واحدی یا فردی اقدامات پرخطر دارند مانند بخش های ویژه، اطاق عمل اورژانس، کلینیک های تشخیصی، مطب ها و کلینیک های خصوصی، واحدهای پاتولوژی، اتوپسی، CSR، مراکز جراحی محدود و واحدهایی که ترانسفوزیون خون انجام میدهند و یا کارکنانی که پروسیجرهای درمانی تهاجمی را انجام و یا در تماس با خون، سرم و سایر ترشحات آلوده بیماران می باشند و یا از بیماران روانی حاد مراقبت می نمایند و نیز کلیه دانشجویان پزشکی، پرستاری و مامایی علیه HBV الزامی است.

(۲) افزایش سطح ایمنی کارکنان در حین کار با وسایل تیز و برنده درمانی:

با توجه به احتمال آلودگی کارکنان بهداشتی درمانی از طریق انجام پروسیجرهای پرخطر که منجر به needl estick، بریدگی، و... می شود:

الف) قویاً توصیه میشود ابزارهایی که ایمنی وسایل تیز و برنده را تضمین می کند نظیر needle clipper و فورسپس جهت جدا نمودن تیغ جراحی از Scalples در دسترس کاربران ابزارهای پرخطر قرار گیرد.

ب) قویاً توصیه می شود وسایل حفاظتی مناسب نظیر دستکش، گان غیر قابل نفوذ به آب و ترشحات، پیش بند پلاستیکی، ماسک و عینک محافظ جهت استفاده کارکنان بهداشتی درمانی مناسب با وضعیت بیمار و پروسیجرهای درمانی در دسترس باشد.

ج) در صورت امکان ترویج استفاده از سرنگهای AD در بخش ایمن سازی ضروری است در برنامه دانشگاه قرار گیرد.

(۳) جمع‌آوری ، نگهداری ، انتقال و دفع مناسب و بهداشتی زباله های تیز و

برنده :

الف) جمع‌آوری و نگهداری و دفع سرسوزن و سایر اشیاء تیز و برنده مصرفی (آنژیوکت ، بیستوری ، لانست ، اسکالپ وین ، ویالهای شکسته و ...) که قویاً توصیه میشود بلافاصله پس از مصرف در ظروف جمع‌آوری، ایمن (Safety Box) جمع‌آوری گردد.

ب) ضروری است ظروف جمع‌آوری ، مستحکم ، غیر قابل نفوذ، مقاوم به پارگی و دهانه گشاد و از حجم کافی و ابعاد مناسب برخوردار باشند.

ج) به منظور پیشگیری از جراحات ناشی از وسایل تیز و برنده الزامی است دفع این وسایل در ظروف جمع‌آوری ایمن سریعاً پس از مصرف و انجام روش درمانی صورت گیرد. بایستی این ظروف به تعداد کافی و با ابعاد گوناگون در دسترس کارکنان ارائه دهنده خدمت در کلیه واحدهای ذیربط قرار داشته باشد.

د) استفاده از برچسب هشدار دهنده بر روی ظروف جمع‌آوری با مضمون « احتمال آلودگی با اشیاء تیز و برنده عفونی » به منظور جلب توجه کارکنان بهداشتی درمانی الزامی است .

هـ) به منظور پیشگیری از سرریز شدن وسایل دفعی در صورتی که حداکثر 3/4 حجم ظروف مزبور پر شده ضروری است درب ظروف به نحو مناسبی بسته شده و دفع شوند.

و) وجود این ظروف (Safety Box) در کلیه واحدهای بهداشتی درمانی اعم از خصوصی و دولتی بر حسب نیاز و میزان فعالیت الزامی است.

د) همه همکاران شاغل در واحدهای بهداشتی درمانی (دولتی - غیر دولتی) آموزش لازم را برای اصلاح نگرش جامعه در خصوص خطرات بالقوه مصرف داروی تزریقی به سایر افراد جامعه ارائه نمایند.

4 - اجرائی نمودن دستورالعمل :

دستورالعمل ایمنی :

الف - اقدامات پیشگیرانه ، با توجه به اینکه جراحات ناشی از فرورفتن سر سوزن، وسایل تیز و برنده از مهمترین موارد آلودگی کارکنان بهداشتی درمانی با HIV/HCDV/HBV محسوب می شود، رعایت نکات ذیل به منظور پیشگیری از جراحات و صدمات مزبور الزامی است:

- جهت شکستن ویالهای دارویی از تیغ اهر استفاده نمائید.

- پس از تزریق از گذاردن درپوش سرسوزن اکیداً خودداری نمائید مگر در شرایط خاص از جمله اخذ

نمونه خون جهت ABG یا کشت خون .

- از شکستن و یا خم کردن سرسوزن قبل از دفع خودداری ننمائید. در موارد ضروری جهت گذاردن درپوش سرسوزن از وسیله مکانیکی جهت ثابت نگهداشتن درپوش استفاده ننمائید و یا از یک دست به روش Scoop جهت گذاردن درپوش سرسوزن استفاده کند.

- جهت حمل وسایل تیز و برنده از رسیور استفاده ننمائید و از حمل وسایل مزبور در دست یا جیب یونیفرم خود خودداری ننمائید.

- از دست به دست نمودن وسایل تیز و برنده (بیستوری ، سرسوزن و ...) اجتناب ننمائید .

ب - احتیاطات عمومی در حین انجام هرگونه اقدام درمانی که احتمال آلودگی با خون و سایر ترشحات بدن وجود دارد به شرح ذیل می باشد:

۱- در صورتی که بریدگی و یا زخمی در دستها وجود دارد ، الزامی است از دستکش استفاده شود و موضع با پانسمان ضدآب پوشانده شود.

۲- جهت حفاظت بدن در قبال آلودگی با خون و یا ترشحات بدن ، استفاده از پیش بند پلاستیکی یکبار مصرف ضروری است.

۳- در صورتی که احتمال پاشیده شدن خون و یا قطعاتی از نسوج و یا مایعات آلوده به چشم و غشاء مخاطی وجود دارد، استفاده از ماسک و عینک محافظ ضروری است .

۴- در صورتی که بیمار دچار خونریزی وسیع است، استفاده از گان ضدآب ضروری است.

۵- در صورتی که کارکنان دچار آگزاما و یا زخمهای باز می باشند، معاینه پزشک جهت مجوز شروع فعالیت در بخش ضروری است

دستورالعمل کمک های اولیه فوری پس از تماس در کارکنان

بهداشتی، درمانی

- فرورفتن سرسوزن بدست کارکنان بهداشتی درمانی
- پاشیده شدن خون و یا سایر ترشحات آلوده بدن بیمار به:
- 1- بریدگی های باز 2- ملتحمه (چشمها) 3 - غشاء مخاطی (برای مثال داخل دهان)
- گازگرفتگی که منجر به پارگی اپیدرم شود.

الف : کمکهای اولیه فوری :

۱- شستشوی زخم با صابون و آب ولرم

۲- کمک به خونروی از محل اولیه زخم (موضع تماس)

۳- خودداری از مالش چشم

۴- شستشوی چشم ها و غشاء مخاطی با مقادیر زیاد آب در صورت آلودگی .

ب : گزارش فوری سانحه به سوپروایزر بالینی .

ج : ثبت رسمی مورد گزارش شده در گزارشات حین کار توسط سوپروایزر و پرونده بهداشتی کارکنان و مدیرمسئول مرکز و طرح در کمیته کنترل بیمارستانی و پیگیری از طریق مراجع قانونی.

د : تشکیل پرونده و پی گیری مورد .

ه : بررسی میزان خطر بیماریزایی ناشی از تماس در کارکنان : در صورتی که آلودگی منبع تماس (بیمار - مددجو) با عفونت HIV محرز باشد، الزامی است فرد مزبور مورد تماس در حداقل زمان ممکن ترجیحاً در عرض ساعت اول تحت مراقبتهای درمانی با نظر پزشک متخصص عفونی قرار گیرد.

و : در صورتی که منبع آلوده به عنوان مورد شناخته شده HBV/HIV می باشد، 10-5 cc خون از فرد مورد تماس گرفته و به منظور پی گیری آتی ذخیره می شود.

ز : پس از تماس جهت تعیین عفونت منبع ، 10-5 میلی لیتر خون از منبع تماس جهت بررسی هیپاتیت C/B و HIV اخذ و مورد آزمایش قرار می گیرد.

اگر به هر دلیلی با ویروس ای دز مواجه شدی چه اقداماتی را باید انجام داد

۱ - هر چه سریعتر با آب و صابون محل را شستشو بدهید.

۲ - اگر مخاط آلوده شده بود با آب فراوان شستشو بدهید.

۳ - زمان و ساعت تماس را یادداشت و اطلاع دهید.

۴ - بلا فاصله درمان به مدت حداقل ۴ هفته علیه ایدز شروع میگردد (حداکثر تا ۷۲ ساعت پس از

آلودگی اثر بخش است)

5 - آزمایش HIV در سه نوبت (هفته ششم و ماه سوم و ماه ششم) انجام گردد.

۶ - از اهداء خون و اعضاء خوداری نمایند همچنین در خانمها علاوه بر موارد مذکور توصیه میگردد تا از بارداری و شیردهی پرهیز نمایند.

۷ - اگر جواب آزمایش مثبت بود ۱۲ ماه درمان انجام میگردد.

۸ - اگر آلودگی از طریق سوزن باشد توصیه میگردد تا تدابیر لازم جهت آلودگی به ویروس هیپاتیت هم انجام پذیرد مانند تزریق بلا فاصله ایمونوگلوبولین و واکسن همزمان در دو نقطه متفاوت و انجام آزمایشات مربوط به ویروس هیپاتیت قرار دارند .

B : نحوه اقدام در مورد کارکنانی که در معرض تماس با ویروس هپاتیت B قرار می گیرند:
در صورت وجود آنتی بادی کافی در فرد تماس یافته، نیاز به اقدام خاصی نیست ولی در صورت
مصونیت ناکافی باید HBIG و واکسن دریافت کند .

ایزولاسیون یا جداسازی بیماران در بیمارستان

هدف از جداسازی بیماران در بیمارستان، جلوگیری از انتقال میکروارگانیسم ها از بیماران (چه مبتلا به عفونت و چه کلونیزه با عفونت) به سایر بیماران، عیادت کنندگان و پرسنل پزشکی است. از آنجایی که جداسازی بیماران وقت گیر و پرهزینه بوده و ممکن است مانع از مراقبت بیماران گردد، فقط باید در مواقع ضروری بکار رود. از طرف دیگر در صورت عدم رعایت اصول جداسازی، امکان انتقال بیماری و بروز ناخوشی و مرگ و میر در سایر بیماران وجود خواهد داشت. با رعایت اصول جداسازی مشتمل بر دو قسمت "احتیاط های استاندارد" و "احتیاط براساس راه انتقال بیماری" می توان از بروز مشکلات فوق جلوگیری نمود.

احتیاط های استاندارد (Precautions Standard)

احتیاط های استاندارد ، جایگزین احتیاط های همه جانبه یا عمومی شده است و رعایت آنها برای تمام بیماران ضروری است . در صورت تماس پوست آسیب دیده یا مخاط با خون، تمام مایعات بدن، ترشحات و مواد دفعی بدن به جز عرق (بدون در نظر گرفتن خون قابل رویت در آنها) رعایت موارد زیر ضروری است :

۱- پوشیدن دستکش

۲- شستن دست ها بلافاصله پس از خروج دستکش ها از دست . دست ها باید در فواصل تماس بین بیماران نیز شسته شوند. رفع آلودگی دست ها باید قبل و بعد از تماس با بیماران و بلافاصله پس از خروج دستکش ها صورت گیرد.

۳- استفاده از گان، محافظ چشم همراه با ماسک یا محافظ صورت در صورت انجام اعمالی که احتمال پاشیده یا پخش شدن مایعات بدن وجود دارد .

۴- عدم دستکاری سوزن ها و وسایل تیز، درپوش سوزن ها نباید مجددا روی سوزن ها قرار گیرد (عدم Recap کردن)، سرسوزن نباید خم یا شکسته شوند.

۵- سر سوزن ها و وسایل نوک تیز باید در ظروف مقاوم به سوراخ شدگی دفع گردند.

توجه:

۱- بدلیل انتقال اکثر موارد عفونت های بیمارستانی از طریق تماس، بویژه با دست پرسنل، شستن دست ها مهم ترین راه پیشگیری از عفونت بیمارستانی بشمار می آید. برای حفظ بهداشت دست های پرسنل، از مواد حاوی الکل استفاده می شود.(Alcohol- based hand rub).

در تمام بخش ها و نیز درمانگاه ها (وسایر اتاق ها برای ویزیت سرپایی) باید ظروف ثابت حاوی الکل برای ضد عفونی دست ها (hand rub) نصب کردند. در صورتی که امکان چنین کاری نباشد، باید ظروف قابل حمل حاوی الکل در اختیار قرار گیرد.

۲- در صورت آلودگی قابل رویت دست ها، باید آنها را با آب و صابون (با یا بدون ماده ضد میکروبی) شست .

۳- پوشیدن دستکش به هیچ وجه نباید جایگزین شستن دست ها شود.

۴- استفاده از ناخن مصنوعی توصیه نمی شود.

۵- قبل از مراقبت از بیمار باید انگشتراز دست های پرسنل خارج شود.

احتیاط های که باید بر اساس راه انتقال عفونت ها رعایت گردند:

(Transmission-Based Precautions)

این نوع احتیاط ها باید برای بیمارانی در نظر گرفته شوند که دچار سندرم بالینی مشکوک یا قطعی ، تشخیص بیماری خاص (اختصاصی)، کلونیزاسیون یا عفونت با ارگانسیم مهم از لحاظ اصول همه گیری شده اند . ذکر این نکته ضروری است که رعایت این نوع احتیاط ها باید با رعایت اصول احتیاط های استاندارد توام گردد .

سه نوع احتیاط بر اساس راه انتقال عفونت ها وجود دارد که عبارتند از :

الف - هوا (Airborne)

ب - قطرات (Droplet)

ج - تماس (Contact)

برای تعداد کمی از بیماری ها (آبله مرغان) رعایت بیش از یک نوع احتیاط ضرورت می یابد.

- احتیاط های هوایی (Airborne precautions)

احتیاط هوایی برای جلوگیری از انتقال بیماری هایی که از طریق هسته قطرات با اندازه کوچک تر از ۵ میکرون یا ذرات گردوغبار حاوی عامل عفونی (Droplet nuclei) بکار میرود. بیماری هایی که رعایت احتیاط هوایی برای آنها ضرورت دارد (مشکوک به عفونت یا عفونت قطعی و اثبات شده) عبارتند از:

- 1- سرخک
- 2- سل ریه یا حنجره
- 3- آبله مرغان، یا زونا منتشر

توجه:

- ۱- بیماران دچار عفونت HIV یا در معرض خطر آن که بعلت سرفه و ارتشاح ریوی مراجعه نموده اند باید به صورت تجربی تحت احتیاط هوایی قرار گیرند تا تشخیص بیماری سل در آنان رد شود.
- ۲- جهت بیماران دارای زخم پوستی باز ناشی از سل، رعایت احتیاط هوایی در نظر گرفته شود.
- ۳- برای بیماران دچار ضایعه ریوی با عوامل مایکوباکتریایی غیر سلی (آتپیک)، احتیاط هوایی نباید رعایت گردد.

اصول احتیاط های هوایی عبارتند از:

- ۱- بستری بیمار در اتاق خصوصی با فشار هوای منفی کنترل شده (در مقایسه با فضای بیرون) و حداقل ۶ بار تعویض هوا در ساعت باید صورت گیرد.
- ۲- بستن درب اتاق
- ۳- خروج هوا از اتاق بیمار باید بطور مستقیم به فضای خارج و بیرون باشد (نه داخل بخش). چنانچه این کار مقدور نباشد، هوا باید قبل از برگشت به سیستم تهویه عمومی، با یک فیلتر قوی و کارآ (HEPA) خارج گردد.
- ۴- تمام افرادی که وارد اتاق بیمار می شوند باید از ماسک شخصی که فیلتر ۱ میکرومتری داشته باشد و حداقل کارایی ۹۵٪ دارد (ماسک N95) استفاده نمایند. این ماسک اختصاصی باید متناسب با اندازه صورت فرد باشد.
- ۵- جابجایی بیمار باید محدود گردد و قبل از ترک اتاق، بیمار باید ماسک جراحی استاندارد بپوشد. پرسنلی که قرار است بیمار را تحویل بگیرند، باید قبل از جابجایی بیمار مطلع شوند تا احتیاط های لازم را بکار گیرند.

توجه:

- ۱- هر بیمار دچار سل یا مشکوک به آن باید دهان و بینی خود را در هنگام عطسه یا سرفه کردن با یک دستمال بپوشاند. همچنین باید تا هنگام رد کردن بیماری سل، از سایر بیماران جدا شود.
- ۲- بیماران مبتلا به سل اثبات شده که تحت درمان موثر ضد سل هستند و از لحاظ بالینی در حال بهبودی می باشند (سه نمونه اسمیر خلط پشت سر هم در روزهای مجزا از لحاظ باسیل اسید فست منفی باشد) می توانند از ایزولاسیون خارج شوند.
- ۳- توصیه می شود در بیماران دچار سل شدید همراه با ایجاد حفره، سرفه مداوم، یا سل حنجره، و احتمالاً کسانی که به محیط های دارای افراد پرخطر برمی گردند(مانند اطفال-بیماران دچار سرکوب دستگاه ایمنی) جداسازی حداقل تا یک ماه صورت گیرد.
- ۴- بیماران دچار سل مقاوم به چند دارو (MDR)، باید در طول مدت بستری در بیمارستان، از سایر بیماران جدا شوند.
- ۵- در بیمارانی که از لحاظ بالینی وضعیت پایدار دارند و داروهای ضد سل خود را بطور مرتب مصرف می کنند و درخانه خود می مانند، بستری کردن در بیمارستان (به منظور جداسازی آنان) لازم نیست.
- ۶- جهت بیماران دچار عفونت قطعی یا مشکوک به سرخک، واریسلا (آبله مرغان) یا زونای منتشر یا زونای موضعی در بیمار دچار نقص ایمنی باید جداسازی نوع هوایی صورت گیرد. چنانچه پرسنلی در مقابل این عفونت ها ایمن نباشند، در صورت امکان نباید به اتاق این بیماران وارد شوند و در صورتی که ورود به اتاق این بیماران ضروری باشد، باید از ماسک N95 استفاده نمایند.

احتیاط قطرات (Droplet precautions)

برای جلوگیری از انتقال آئروسول های درشت (قطره)، از این نوع احتیاط استفاده می شود. بدلیل اندازه بزرگ، این قطرات در هوا معلق نمی مانند و تا فاصله زیادی حرکت نمی کنند. این ذرات حین صحبت، عطسه یا سرفه کردن یادر زمان انجام اعمالی مانند ساکشن یا برونکوسکوپی ایجاد می شوند.

اصول رعایت احتیاط قطرات عبارتند از:

- ۱- بستری کردن بیمار در اتاق خصوصی ولی اقدام خاصی برای کنترل هوای اتاق ضرورت ندارد (در صورت وجود چند بیمار با یک بیماری خاص، می توان آنها را در یک اتاق بستری نمود).
- ۲- درب اتاق می تواند باز بماند (بدلیل جابجایی کم ذرات در حد یک متر).
- ۳- در صورت کار کردن پرسنل در فاصله یک متری بیمار، باید از ماسک استاندارد جراحی استفاده گردد.
- ۴- استفاده از گان و دستکش تابع اصول احتیاط های استاندارد است.
- ۵- در صورت انتقال و جابجایی بیمار به خارج از اتاق ایزوله، بیمار باید ماسک استاندارد جراحی بپوشد.

*- برای عفونت های مانند باکتری هموفیلوس آنفولانزای نوع B مهاجم، مننگوکوک، پی‌ماری پنوموکوک مقاوم به چند دارو، مایکوپلاسما پنومونیه، سیاه سرفه، ویروس آنفولانزا، اوریون، سرخجه و پاروویروس B19 رعایت احتیاط قطرات ضروری است.

*- احیاط های تماسی (Contact precautions)

برای جلوگیری از انتقال ارگانیسم های مهم از لحاظ همه گیرشناسی که مربوط به بیماران کلونیزه یا دچار عفونت بوده و از طریق تماس مستقیم (لمس کردن بیمار) یا تماس غیر مستقیم (تماس با اشیاء و وسایل یا سطوح آلوده محیط بیمار) انتقال می یابند، رعایت احتیاط تماسی توصیه می شود. اصول

احتیاط های تماسی عبارتند از:

- ۱- بستری بیمار در اتاق خصوصی (یا بستری چند بیمار با عفونت یکسان در یک اتاق، در صورت نبودن اتاق خصوصی به تعداد کافی).
- ۲- استفاده از وسایل محافظت شخصی برای محافظت پوست مواجهه دیده و لباس شامل :
 - * پوشیدن دستکش در زمان ورود به اتاق .
 - * درآوردن دستکش قبل از ترک اتاق .
 - * رفع آلودگی دست ها با یک ماده طبی شوینده دست یا ماده حاوی الکل (Alcohol- based hand rub) بلا فاصله پس از درآوردن دستکش .

* جلوگیری از آلودگی مجدد دست ها قبل از ترک اتاق .

* استفاده از گان در صورت احتمال تماس قابل ملاحظه لباس پرسنل با بیمار یا سطوح محیطی پیرامون بیمار.

* استفاده از گان در صورت افزایش خطر تماس با مواد بالقوه عفونی بیمار (در صورتیکه بیمار بی اختیاری یا اسهال دارد، کولوستومی یا ایلئوستومی شده ، یا ترشح زخم وی کنترل نمی شود).

* قبل از ترک اتاق ایزوله، گان باید در آورده شود و باید مراقب بود که لباس پرسنل آلوده نگردد.

* وسایل غیر بحرانی مراقبت از بیمار (گوشی ، دستگاه فشار سنج) باید در اتاق ایزوله بمانند و باید آنها را ابتدا پاک وگندزدایی نموده و سپس مورد استفاده قرار داد.

* انتقال و جابجایی بیمار به خارج از اتاق ایزوله باید به حداقل ممکن برسد.

در موارد زیر رعایت احتیاط تماسی ضرورت دارد:

⊗ بیماران دچار عفونت یا کلونیزه با باکتری های مقاوم به چند دارو (انتروکوک مقاوم به

وانکومايسين، استافیلوکوک اورئوس مقاوم به متی سیلین یا با کاهش حساسیت به وانکومايسين، انتریت با عامل کلستریدیوم دیفیسیل).

⊗ عفونت های منتقله از راه مدفوعی- دهانی (شیگللا ، روتا ویروس و هپاتیت A) در بیماران که بی اختیاری داشته یا از پوشک استفاده می کنند.

⊗ بیماری های اسهالی حاد که احتمالاً دارای منشأ عفونی هستند.

نکاتی در مورد نحوه □ آماده کردن داروها و سرمها

1- شستشوی دستها قبل از آماده کردن و دادن هر نوع داروی تزریقی و خوراکی انجام شود

۲- از نگهداری هرگونه داروی تزریقی در داخل سرنگ حتی در زمان کوتاه و در یخچال اکیداً خودداری گردد

۳- هر نوع داروی تزریقی باید فقط بوسیله سرنگ مجزا کشیده شده یا حل گردد و در موقع کشیدن دارو به داخل سرنگ دقت شود که دست با بدنه پیستون تماس پیدا نکند.

۴- استفاده از سرنگ مشترک جهت آماده کردن یا حل کردن چند نوع داروی مختلف یا مشابه اکیداً ممنوع می باشد.

۵- جهت جلوگیری از آلودگی میکروبی، در مورد ویالهای تزریقی به شکل وریدی باید با یک سرنگ دارو حل شده و با سرنگی دیگر دارو به بیمار تزریق گردد.

۶- به نحوه و شرایط نگهداری دارو پس از حل شدن طبق دستور کارخانه سازنده دارو توجه و بدقت

عمل شود.

۷- داروهایی که پس از حل شدن براساس دستور کارخانه سازنده مجاز به نگهداری می باشند حتماً روی آنها تاریخ و ساعت درج شود.

۸- شرایط نگهداری داروها از قبیل حفظ دمای مناسب ، محافظت از نور و ... بطور دقیق رعایت شود.

۹- چنانچه تجویز برخی از داروها نیاز به ملاحظات خاص نظیر محافظت از نور در مسیر تزریق ، کنترل علائم حیاتی و ... دارد حتماً اقدامات لازم انجام گردد.

۱۰- درب لاستیکی ویالهای تزریقی و محل وارد کردن ست سرم در سرمها به هیچ وجه استریل نمی باشد و باید با محلول ضد عفونی کننده مناسب قبل از استفاده کردن ضد عفونی شود.

۱۱- از سوراخ کردن و زدن سوزن به محفظه پلاستیکی سرمهای تزریقی جهت افزایش سرعت تزریق و جلوگیری از جمع شدگی محفظه پلاستیکی که موجب ورود هوای غیر استریل محیط به محلول استریل داخل محفظه می شود اکیداً اجتناب و از ستهای سرم که مجهز به فیلتر می باشند جهت برطرف شدن این مشکل استفاده گردد.

۱۲- در مورد داروهای خوراکی به ویژه قرصها و کپسولها از تماس مستقیم دست با دارو اجتناب شده و دارو با بسته بندی ایجاد شده توسط شرکت سازنده در اختیار بیمار قرار داده شود.

۱۳- از نگهداری مابقی قرصهای شکسته شده جهت استفاده مجدد به لحاظ پیشگیری از هرگونه اشتباه و نیز آلوده شدن دارو خودداری شود.

۱۴- از استفاده هر نوع داروی خوراکی یا تزریقی که تغییر رنگ پیدا کرده حتی در صورت کمبود جداً خودداری گردد.

۱۵- در پرونده بیمار در صفحه گزارش پرستاری پس از تیک زدن دارو، نام فرد دهنده دارو حتماً نوشته شود.

شستشوی البسه های بیمارستانی

درجه حرارت آب مورد استفاده در رختشوی خانه بیمارستان جهت شستشو، توسط محققان مورد بررسی قرار گرفته است . بطور کلی درجه حرارت مینیمم ۱۶۰ تا ۱۶۷ درجه فارنهایت (۷۱-۷۵ درجه سانتیگراد) برای ۲۵ دقیقه مشخص شده است . به نظر می رسد که درجه حرارت البسه های بیمارستانی با لکه های خیلی کم از مناطق غیرایزوله می تواند تا ۱۴۰ درجه فارنهایت (۶۰ درجه سانتی گراد) کاهش یابد.

در شستشوی البسه‌های بیمارستانی، رقیق‌سازی و طرز استفاده از سفیدکننده‌ها و ضدعفونی‌کننده‌ها و سیکل خشک کردن البسه‌ها از درجه حرارت آب مهم‌تر هستند. در هر مورد، مدیریت صحیح البسه‌های شسته شده به منظور جلوگیری از انتقال آلودگی‌ها ضروری است.

آنچه باید پرسنل خدمات در بخش‌ها بدانند

۱ – بهداشت و ایمنی :

- هر پرسنل خدمات موظف است که با پوشیدن لباس کار، کفش و نصب اتیکت در محل کار حاضر شود.
- در صورت دست زدن به خون و ترشحات بیماران، دستکش بپوشد.
- در زمان کار مواظب باشد که سوزن یا وسایل تیز و برنده که جهت بیمار استفاده شده در جایی از بدن فرو نرود و در صورت فرو رفتن نیل و یا وسایل تیز و برنده در بدن سریعاً آنرا با آب و صابون بشوید و با سوپر وایزر کنترل عفونت یا بالینی تماس بگیرد.
- یکی از اقدامات مهم انجام واکسیناسیون بر علیه هپاتیت B است که باید در سه نوبت و به این طریق که اگر امروز نوبت اول واکسن را تزریق نموده یکماه بعد نوبت دوم تزریق شود و در شش ماه بعد نوبت سوم تزریق گردد و بهتر است که خودش پی‌گیری تزریق واکسن باشد و تاریخ‌ها را در جای خاصی بنویسد تا فراموش نشود. در این خصوص به همکاران واحد واکسیناسیون مراجعه نماید.
- پس از انجام واکسیناسیون باید آزمایش سنجش آنتی‌بادی را در حداقل چهار هفته بعد از تزریق دوز سوم واکسن انجام دهید در صورتیکه آنتی‌بادی شما مثبت باشد معنی آن این است که بدن شما توانایی مقابله را دارد و اگر منفی باشد نیاز به پیگیری دارد.
- در صورت حمل نمونه‌های خون حتماً دستکش بپوشید.
- عامل بیماری هپاتیت B حداقل تا یک هفته در محیط بیرون زنده است در نتیجه در صورت تماس با کلیه وسایل دفعی بیماران دستکش بپوشید.
- شستن دست مهمترین نکته در کنترل عفونت است و در صورت انجام کاری برای بیمار پس از درآوردن دستکش دست‌های خود را با آب و صابون به مدت ۱۰ ثانیه بشوئید.

۲ – خدمات در طول شیفت :

- در هر سه شیفت لازم است که کلیه قسمت‌های بخش پس از جارو شستشو با آب و صابون تی کشیده شود.
- جا صابونی کلیه قسمت‌های بخش چک گردد و در صورت کثیف بودن پس از شستن با آب و صابون مجدد پر گردد. قبل از خالی شدن جا صابونی اقدام به پر کردن آن نمایید. ابتدا جا صابونی

را شسته ؛ خشک کنید و مجدد با صابون پر کنید.

- کلیه قسمت های بخش مانند کلیه قسمت های برجسته بخش ، پنجره های اتاق بیمار ، آینه های روشویی بخش ، توالی توزیع غذا ، لاکرو ... در هر شیفت گردگیری شود.
- سینک های روشویی ، توالی بخش ، حمام بخش، لوله و لگن در هر شیفت و بلافاصله بعد از کثیف شدن ؛ تمیز شوند.

- در کلیه اتاق بیمار ان به جز سطل های غیر عفونی که کیسه زباله مشکی گذاشته میشود از کیسه زباله زرد رنگ مخصوص زباله عفونی استفاده شود. در ایستگاه پرستاری و اتاق رختکن پرسنل و اتاق تهیه دارو از کیسه زباله مشکی استفاده شود .

- سطل زباله در صورت کثیف شدن فوراً و در صورت تمیز بودن هفته ای یکبار شسته شوند .
- پس از ترخیص بیمار روکش تشک و بالش در صورت خونی بودن با آب و صابون و وایتکس و در صورت خونی نبودن با آب و صابون شسته شود و بعد از آن بیمار جدید بر روی آن بستری شود .
- تخت و برانکارد و ویلچر در هر شیفت کنترل گردد و در صورت خونی بودن با آب و صابون و وایتکس و در صورت استیل بودن وسیله با آب و صابون و دتول گندزدایی شود . در بخش هایی که پرده وجود دارد در صورتی خونی بودن سریعاً جهت شستن به رختشویخانه تحویل داده شود .
- جهت گردگیری از پارچه مخصوص گردگیری استفاده شود و از گاز پانسمان و سایر چیزها استفاده نشود .

- در هر شیفت ساکشن بخش چک گردد و در صورت استفاده از ساکشن شیشه ساکشن با آب و صابون و وایتکس شسته شود .

- در صورت احیا بیمار ان پس از ایست قلبی تنفسی پس از مشخص شدن وضعیت بیمار سریعاً قبل از اینکه ترشحات و خون بیمار بر روی وسایل خشک گردد همه وسایل استفاده شده را با آب و صابون و وایتکس شسته شود .

- رختکن بیمار در هر بخش مرتب باشد از گذاشتن کارتن های خالی و ... در آن خودداری شود .
- قفسه های دارویی و سرم بخش همیشه مرتب و گردگیری شده باشد.

- یخچال های بخش حداقل هفته ای یکبار خاموش شده و برفک زدایی شود و روی آن را شیفته گردگیری نمائید و داخل آن مرتب باشد .

- تلویزیون بخش در هر شیفت گردگیری شود .

- اتاق شیو، انما پس از اتمام کار تمیز و مرتب گردد . برانکارد تمیز و ملحفه کشیده شده باشد.

۳ – طرز تهیه محلول های مورد نیاز:

- در حالت عادی باید کلیه قسمت های بخش با آب و صابون شسته شود و در صورت مشاهده خون و

یا ترشحات بیمار و یا جهت شستن اتاق ایزوله بخش از محلول آب و صابون و وایتکس با غلظت ۱% استفاده شود .

• جهت تهیه محلول آب و صابون بهتر است نصف پاکت پودر رختشویی در چهار لیتر آب و یا ۵۰ سی سی صابون مایع به ازاء یک لیتر استفاده شود که بهترین محلول صابون مایع است که سفیدک نمی زند .

• شما باید در بخش خودتان در دو ظرف جداگانه محلول وایتکس ۱۰% و ۱% داشته باشید که جهت تهیه وایتکس ۱% در ابتدا سطلی را به ده قسمت تقسیم نموده و ۹ قسمت آنرا آب و یک قسمت دیگر را از وایتکس غلیظی که در بخش است ریخته شود و اکنون این غلظت وایتکس ۱% است .
این محلول جهت موارد زیر استفاده می شود:

• در صورت اطمینان به آلوده بودن ترشحات به هپاتیت و ایدز
• در صورتیکه شیشه نمونه خون بیمار در حین انتقال به آزمایشگاه بیفتد و بشکند در ابتدا بدون اینکه به آن دست بزنید بر روی آن حوله و یا پارچه جاذب انداخته و روی آن وایتکس ۱۰% ریخته شود و حداقل پس از ۲۰ دقیقه با پوشیدن دستکش آنها را جمع نماید و محل آن را با آب و صابون بشوئید .
• جهت تهیه وایتکس ۱% : در ابتدا سطلی را ۱۰ قسمت نموده ۹ قسمت آنرا آب و یک قسمت را وایتکس ۱۰% می ریزیم و اکنون ما وایتکس ۱% داریم .

این محلول جهت موارد ذیل استفاده می شود :

• برای استفاده مجدد از وسایل و تجهیزاتی پلاستیکی در بخش مانند تیوب اکسیژن رسانی ، تیوب دستگاههای بیهوشی و تنفس مصنوعی و ...

• برای گندزدایی شیشه های ساکشن استفاده شده بیماران

• برای ضد عفونی اتاق بیماران که ترشحات و یا استفراغ ریخته باشد.

• برای ضد عفونی سرویس های بهداشتی و حمام و

• محلول شیفی و یا حداکثر روزانه تهیه گردد .

نکات مهم

• ابتدای هر شیفت خدمات بخش باید بطور دقیق امور نظافتی بخش و وسایل مربوط به خدمات را از شیفت قبل تحویل گرفته و در صورت مشاهده هر گونه کم کاری فرد تحویل گیرنده پاسخگو خواهد بود.

• ملحفه و البسه فقط جهت بیماران است و با آن کف بخش را تمیز نکنید .

• ۱۵ دقیقه پس از توزیع غذا توسط آشپزخانه در صورت عدم استفاده توسط بیمار از روی ترالی

برداشته شود.

- لوله و لگن همیشه باید در دستشویی گذاشته شود و در کنار بیمار و زیر تخت بیمار گذاشته نشود .
- زباله بخش فقط بوسیله ظرف مخصوص (بین) حمل زباله حمل گردد و از حمل دستی خودداری گردد و زباله ها در محفظه مشخص شده در بیمارستان ریخته شود بنحوی که کیسه زباله زرد رنگ در اتاقک زرد رنگ که مخصوص زباله عفونی می باشد گذاشته شود .
- استفاده از تی پتویی در بخش ممنوع می باشد .
- نان خشک فقط در سطل درب دار نگهداری شود و از گذاشتن در کارتن سرم و ... خودداری شود.
- بین نگهداری ملحفه کثیف معمولاً پر از آشغال و ... می باشد که لازم است همیشه پس از تعویض ملحفه ها شسته شوند .

با تشکر پرستار کنترل عفونت بیمارستان امام خمینی (ره) ایلام