



دوره آموزشی بازآموزی ارزیابان

محور: مراقبت و درمان

زیرمحور: پیشگیری و کنترل عفونت

مدرس:ا.چراغی

تاریخ:۱۴۰۵/۰۷/۱۱

موسسه عالی توسعه و تربیت مدیران نظام سلامت ایران(معتمد)

استانداردهای اعتباربخشی

پیشگیری و کنترل عفونت

بر مبنای ویرایش ششم

تمرکز بر ۷استاندارد محور ب-۵، شاخص‌ها، ممیزی و برنامه بهبود

29
اسلاید
کاربردی

۲۴
سنجه در
ب-۵

۷
استاندارد
اصلی

- **مبنای محتوا :راهنمای جامع استانداردهای اعتباربخشی ملی بیمارستان‌های ایران – ویرایش ششم**
- **رویکرد ارائه :اجرای ممیزی با دید منطبق بر استاندارد**
- **چینش اسلایدها :از مفهوم کلی ← هر استاندارد ←شاخص‌ها ←شکاف‌ها ← برنامه عملیاتی**

مراحل تغییر استانداردهای اعتباربخشی پیشگیری و کنترل عفونت از سال ۱۳۹۱-۱۴۰۵

تغییراستانداردهای اعتباربخشی	تعداد کل سنجه ها	تعداد سنجه های کنترل عفونت	نوع استاندارد	نسبت کل
استانداردهای اعتباربخشی سال ۹۱	۸۲۶۱	۱۴۰	ساختاری و فرایندی	۱.۷ درصد
استانداردهای اعتباربخشی سال ۹۳	۲۱۶۰	۲۷	ساختاری و فرایندی	۱.۲ درصد
استانداردهای اعتباربخشی سال ۹۵	۹۰۳	۳۲	ساختاری و فرایندی و پیامدی	۳.۵ درصد
استانداردهای اعتباربخشی سال ۹۸	۵۱۴	۲۵	فرایندی و پیامدی	۴.۹۵درصد
استانداردهای اعتباربخشی سال ۱۴۰۱	۵۰۵	۲۵	پیامدی	۴.۹۵درصد
استانداردهای اعتباربخشی سال۱۴۰۵	۳۹۴	۲۴	پیامدی	۶.۰۹ درصد

cheraghi.azam79@yahoo.com

تغییرات ایجاد شده در اعتباربخشی ۱۴۰۵

- تکمیل راهنمای ارزیاب و توضیحات
- وزن دهی سنجه ها
- تأکید بر ارزیابی عملکردی استانداردها و سنجه ها
- ارزیابی پیامدی در هفت استاندارد و ۲۴ سنجه
- ممیزی بخشها، اثربخشی اقدامات و پایش شاخصها
- بالای ۸۰درصد سنجه های این محور با وزن بالا ۱۳ سنجه وزن ۲ شش سنجه وزن۱.۵ و پنج سنجه وزن یک

Cheraghi.azam79@yahoo.com

- **ده سنجه سطح یک -یازده سنجه سطح دو - سه سنجه سطح سه**
- **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**

خلاصه اجرایی

نکات کلیدی:

پیشگیری و کنترل عفونت در زیرمحور ب- ۵ویرایش ششم با ۷استاندارد اصلی

بخش ب- ۵در مجموع ۲۴سنجه

الزام اجرای فرایندها و ارزیابی نتایج

منطق ممیزی :سند ⟵اجرای واقعی ⟵مشاهده/مصاحبه ⟵داده ⟵اقدام اصلاحی ⟵ ارزیابی مجدد/راستی آزمایی.

هدف: تبدیل استانداردها به زبان اجرایی، قابل پایش و قابل ارائه.

ارزیابی بصورت ۳۶۰ درجه و خوشه ای

نکات مهم

- ۷استاندارد
- ۲۴سنجه
- تمرکز بر شواهد قابل دفاع

شواهد پیشنهادی

- ❑ سند ملی ابلاغی ویرایش ششم
- ❑ مشاهده فرایند
- ❑ مصاحبه
- ❑ ارزیابی مستندات شاخص‌ها

قرار نیست فقط فهرست استانداردها خوانده شود؛
مبنا ارزیابی نتیجه اجرای فرایندهاست

نقشه هفت استاندارد محور ب-۵

خوشه ۱ :بازفرآوری و استریلیزاسیون

- ب-۵- ۱تا ب-۵-۳
- تمرکز بر پاکسازی، استریلیزاسیون، CSSD و شرایط نگهداری

خوشه ۲ :رفتار ایمن و مراقبت

- ب-۵- ۴و ب-۵-۵
- بهداشت دست، بیماریابی، کمیته IPCو مدیریت طغیان

خوشه ۳ :تجویز و انتقال

- ب-۵- ۶و ب-۵-۷
- Stewardship • ، آنتی‌بیوتیک، PPEو ایزولاسیون

پاکسازی، شستشو و گندزدایی | ب-۵-۱

اعتبار استریلیزاسیون و رهگیری | ب-۵-۲

ساختار و گردش کار | CSSDب-۵-۳

بهداشت دست و نظارت | ب-۵-۴

مراقبت HAI، کمیته IPCو طغیان | ب-۵-۵

مصرف منطقی آنتی‌بیوتیک و | AMRب-۵-۶

جلوگیری از انتقال بیماری‌های واگیر | ب-۵-۷

مدیریت منابع انسانی:

سرپرست CSSD:

سنجه‌های ب- ۵یک مدرک یا رشته واحد تعیین نکرده است

استاندارد منابع انسانی **الف-۳-۱- ۳**تعیین توانمندی و شایستگی‌های لازم برای هر جایگاه شغلی، ارزیابی آنها و اطمینان سالانه از برخورداری کارکنان از توانمندی لازم را الزام کرده است.

سنجه ب-۵-۱- ۱نیز آموزش تخصصی و مستمر کارکنان CSSDرا تصریح می‌کند(نیازسنجی و برنامه توسعه فردی)

سازماندهی، مسئولیت و صلاحیت کارکنان

- شرح وظایف و مسئولیت‌های روشن
- تعیین شایستگی‌های عمومی، تخصصی و ارتباطی
- ارزیابی صلاحیت پیش از کار مستقل و ارزیابی دوره‌ای
- آموزش بدو ورود و آموزش مستمر تخصصی CSSD
- نیازسنجی آموزشی و سنجش اثربخشی آموزش
- مدرک تحصیلی مرتبط مسئول واحد CSSDدر محور مدیریت منابع انسانی

منابع انسانی

سنجه الف-۳-۱- ۳توانمندی موردنیاز باید به تفکیک جایگاه شغلی تعیین و کارکنان بر همان اساس ارزیابی شوند

الف-۳-۲- ۱برنامه سالانه آموزش را مبتنی بر نیازسنجی و برنامه توسعه فردی

ب-۵-۱- ۱صراحتاً آموزش تخصصی و مستمر کارکنان CSSDرا مطرح می‌کند

در نتیجه، ارزیاب می‌تواند ماتریس شایستگی، پرونده آموزشی، ارزیابی عملی کارکنان و شرح وظایف را درخواست کند.

شواهد آماده :چارت سازمانی، شرح وظایف، ماتریس صلاحیت، چک‌لیست ارزیابی عملی، پرونده آموزشی، فهرست کارکنان مجاز به کار با هر دستگاه.

شواهد: شرح وظایف، احکام مسئولیت، جانشین شیفت، شماره تماس بحران، ماتریس

مسئولیت‌ها باید مطابق عملکرد واقعی باشند؛ چارت «تزئینی» که کارکنان آن را نمی‌شناسند قابل دفاع نیست

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 :**

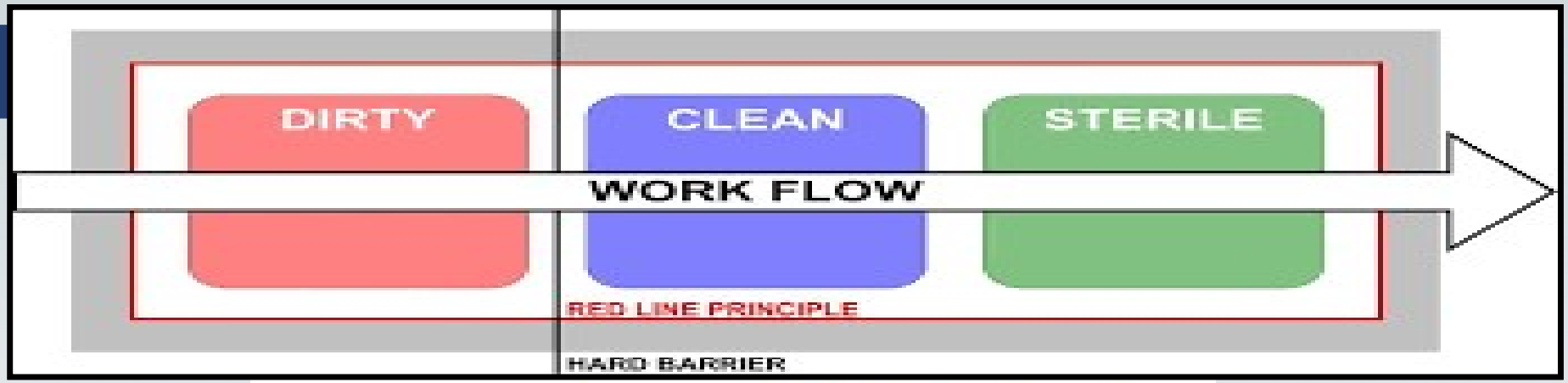
➢افزایش کارایی لازم جهت انجام نظارت بر عملکرد کارکنان در قسمتهای مختلف این بخش از جمله پاکسازی، ضدعفونی، استریلیزاسیون ونگهداری بسته های استریل در شرایط استاندارد

➢مقرون به صرفه بودن خدمات از نظر اقتصاد در جهت استفاده صحیح از تجهیزات گران قیمت ، نگهداشت دستگاهها

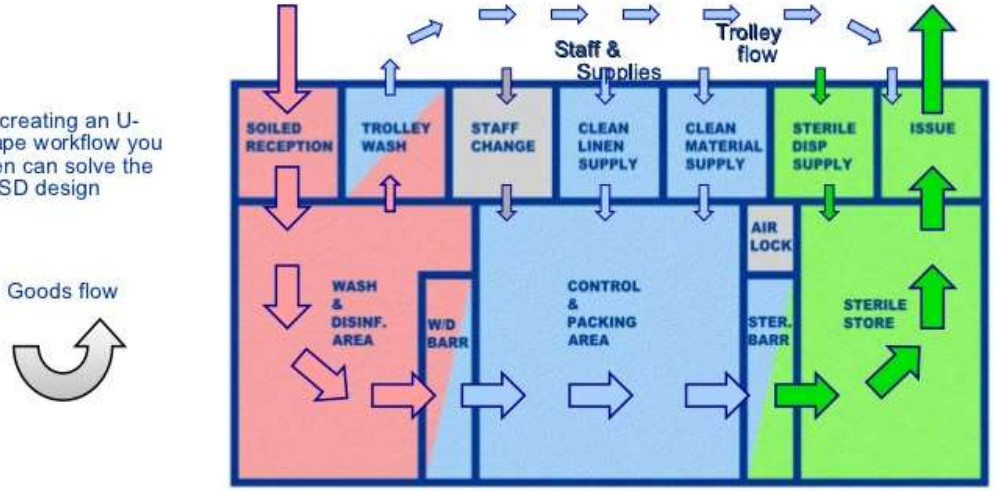
➢ارتقاء ایمنی بیمار و کارکنان

استاندارد ساختاری فضای فیزیکی CSSD

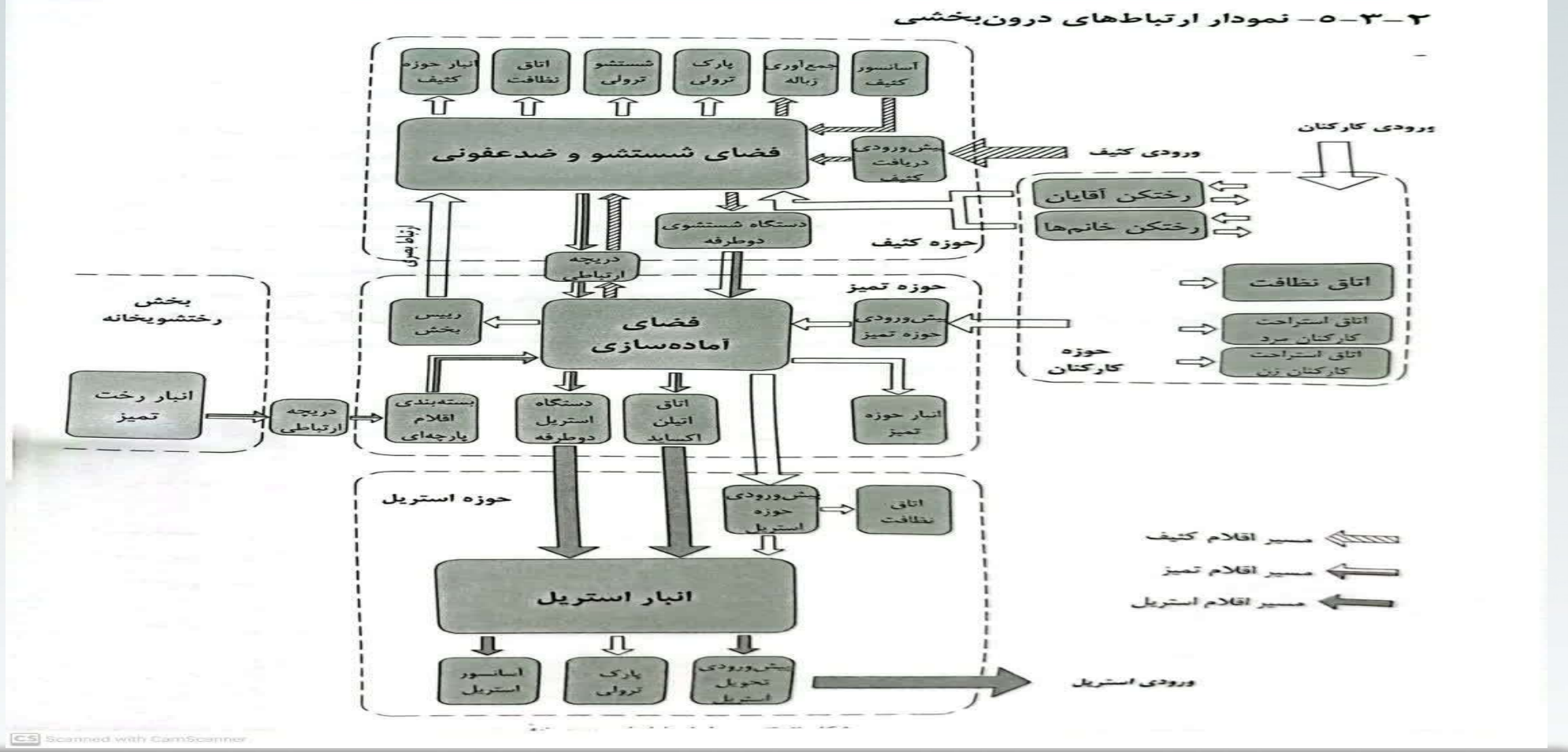
- به ازای هر **تخت یک متر مربع فضای استریلیزاسیون**
- تفکیک کامل سه فضا شامل:
  - Dirty area
  - Clean area
  - Sterile area
- برقرای تهویه مناسب و برقرای جریان هوا از فضای تمیز به سمت سطوح کثیف ، میزان گردش هوا حداقل ۱۰ بار در ساعت
- برقراری دما بین۱۸ تا ۲۵ درجه سانتیگراد
- رطوبت نسبی ۳۵-۵۰ درصد



- By creating an U-shape workflow you often can solve the CSSD design



بیمارستان ایمن



Scanned with CamScanner

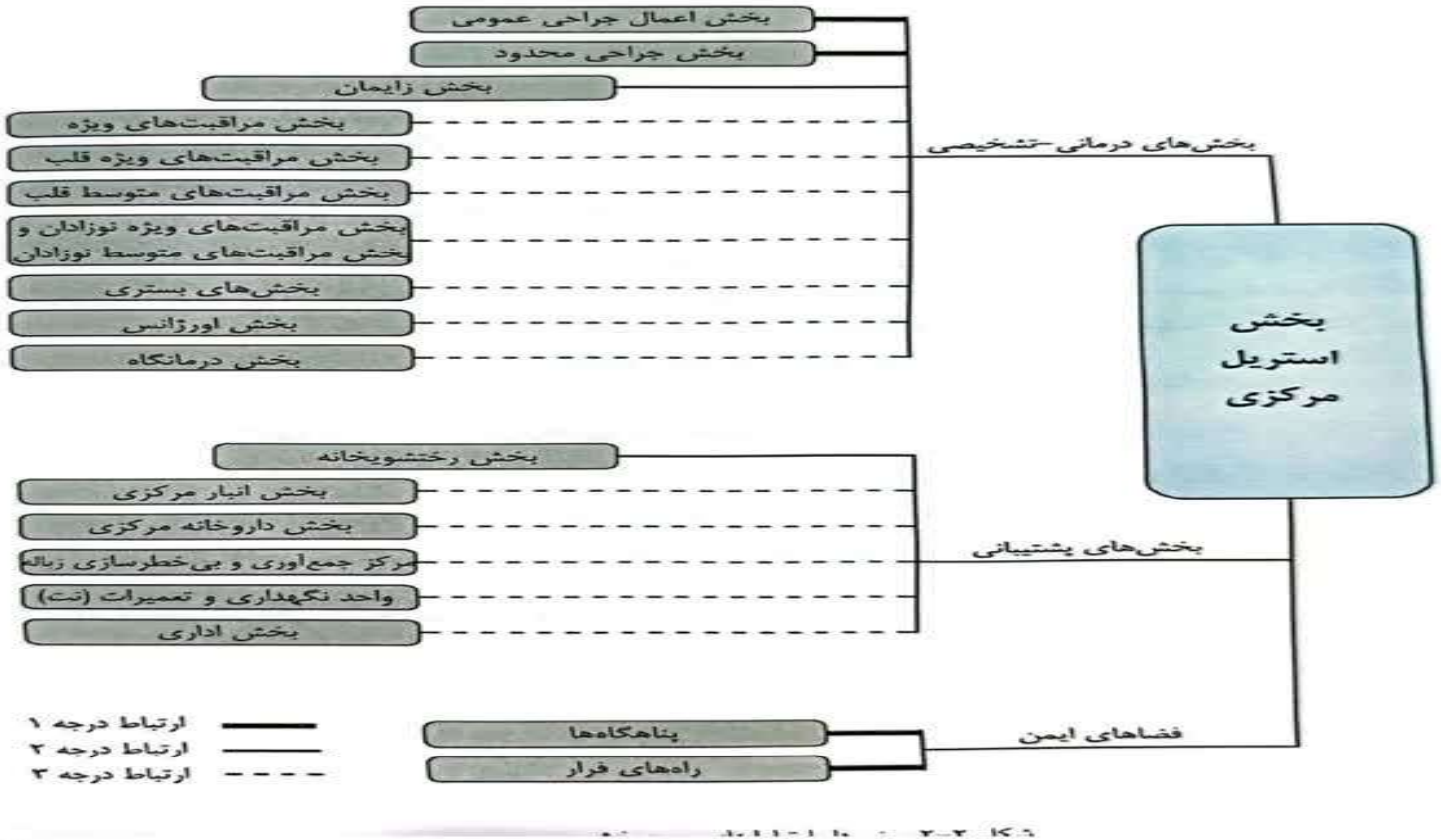
ارتباط برون بخشی بخشهای درمانی

- ارتباط الزاما درجه یک افقی یا عمودی با واحدهای اتاق عمل دو مسیر تمیز و تجهیزات کثیف
- ارتباط درجه دو با بخشهای زنان و زایمان
- ارتباط درجه سه با بخشهای بستری ،ویژه ،اورژانس و درمانگاه(حجم ارتباط کم)

ارتباط برون بخشی بخشهای پشتیبانی

- خروج اضطرار درجه یک
- ارتباط درجه دو با لندری
- ارتباط درجه سه با انبارها، واحد امحاء، داروخانه مرکزی /انبار داروخانه و واحد تعمیر و نگهداری

بیمارستان ایمن



The sterile supply cycle



















- **سینک شستشوی ابزار ها:** سینک باید دارای عمق زیادی باشد تا ازپاشیده شدن آب درحین شستشو جلوگیری شود. ظرف غوطه وری باید به اندازه کافی عمیق باشد تا وسایل و ابزار ها به طور کامل غوطه ور گردند.
- **سیستم اطفا حریق:** بخش استریلیزاسیون باید



حداقل دارای چندعدد کپسول اطفاء حریق از
نوع دی اکسید کربن یا پودرگاز وجعبه هایF در یک مکان
مناسب و در معرض دید و قابل دسترس باشد.

- **درب ها:** درب ها در تمام قسمت ها همیشه بسته باشد. توصیه می شود درب ها مجهز به فنر باشند تا خود به خود بسته شوند تا دسترسی به بخش ها محدود شده و تهویه در حد مطلوب باقی بماند

(تسهیلات و منابع/ مدیریت خطر حوادث و بلایا)

نکات مهم :

- باتوجه به اهمیت کنترل عفونت در این بخش وبه ویژه درحوزه های تمیز و استریل هیچکدام از **پنجره های فضاهای این حوزه نباید امکان بازشو** داشته باشند و برای حوزه های کثیف و کارکنان نیز به صورت کلی توصیه می شود پنجره ها امکان بازشو نداشته باشند

- فضای کار باید به گونه ای طراحی شود که پراکندکی و آشفتگی به حداقل برسد وآموزش مداوم کارکنان بخش، قسمت مهمی از مسئولیت سرپرستار است

- ضدعفونی کننده دست بر پایه الکل، در تمامی فضا ها و در دسترس کارکنان باشد

(ایمنی بیمار)

پاکسازی، شستشو و گندزدایی قبل از استریلیزاسیون :۱-۵-ب

نکات کلیدی

- وسایل آلوده قابل استفاده مجدد باید پیش از گندزدایی یا استریلیزاسیون، به‌طور مؤثر پاکسازی شوند.
- برای اقلام پیچیده و لومن دار، روش‌ها و تجهیزات مناسب از جمله روش‌های مکانیزه اهمیت دارند.
- در گندزدایی سطح بالا و اقلام حساس به حرارت، انتخاب روش مناسب و کنترل کیفیت ضروری است.
- ظاهر تمیز ابزار، به‌تنهایی شاهد معتبر اثربخشی فرایند نیست.

کانون ممیزی

- پیش‌پاکسازی
- روش اجرایی
- QCپاکسازی

شواهد پیشنهادی

- فرم‌ها
- مشاهده فرایند
- آموزش کارکنان
- اگاهی کارکنان

مثال: از مخاطب بخواهید مسیر یک ابزار آلوده را از دریافت تا تحویل استریل توضیح دهد.

ب– ۵ – ۱ بیمارستان از روشهای شستشو، پاکسازی و گندزدایی ابزار و وسایل پزشکی آلوده، قبل از استریل نمودن، اطمینان حاصل می نماید

❊ ب- ۵ - ۱ - ۱ / ☐☐☑۲

پاکسازی تجهیزات و ابزارهای پزشکی پیش از گندزدایی انجام شده و اثربخشی آن با استفاده از آزمونهای کنترل کیفیت ارزیابی می شود.

- ❖ پاکسازی تمامی وسایل پزشکی و ابزار آلوده حساس و غیرحساس با قابلیت استفاده مجدد
- ❖ ارسال ابزار پس از انجام پاکسازی در محل استفاده، بدون بسته بندی و مطابق ضوابط انتقال ایمن به واحد استریلیزاسیون مرکزی
- ❖ استفاده مؤثر از تجهیزات سالم مولد آب پرفشار برای شستشو در واحد استریلیزاسیون مرکزی و یا در اتاق عمل برای شستشوی اولیه
- ❖ استفاده از دستگاه پاک کننده اولتراسونیک برای وسایل پزشکی دسته دار/ لومن دار یا دارای فضاهای اتصالی
- ❖ استفاده از هوای پر فشار برای خشک کردن کامل تجهیزات لومن دار به خصوص در کت لب و بخشهای آندوسکوپی
- ❖ پایش و نظارت بر نحوه انجام فرایند پاکسازی ابزار و تجهیزات بهصورت تصادفی توسط سرپرستار بخش/ مسئول واحد و انجام اقدام اصلاحی مؤثر در صورت لزوم

چه مواردی باید بررسی شود؟

پایش فرایند پاکسازی /فضای شستشو ، سینک شستشو، واشر ماشین، تجهیزات پرفشار آب و هوا/ فرایند شستشو

نحوه انتقال ستهای غیر استریل از محل استفاده به اتاق شستشو(کار کثیف)

مصاحبه با سرپرستار/مسئول واحد/ کارکنان واحد

نکات قابل توجه:

مشاهده عملکرد نیروهای مستقر و تجهیزات وابزار پاکسازی(ازجمله عدم استفاده از برس فلزی ، محلول های مورد استفاده و روش کار)

صحه گذاری فرایند شستشو

در صورت استفاده از روان کننده داشتن خاصیت محلول در آب و عدم استفاده از محلولهای روغنی، چسبنده ویا سمی عدم استفاده از روغنهای معدنی، سیلیکونی یا روغنهای ماشینی



- نحوه دریافت و حمل وسایل آلوده
- جلوگیری از خشک‌شدن آلودگی بر ابزار.
- حمل در ظرف/ترالی مناسب و ایمن.
- کاهش خطر نیدل‌استیک و پاشش.
- جلوگیری از تداخل وسایل آلوده و استریل.
- تحویل بر اساس فرآیند مشخص بین بخش و CSSD
- نحوه استفاده از وسایل حفاظت فردی مناسب توسط کارکنان
- **نوع ترالی حمل و مسیر حمل برچسب «آلوده»، نحوه شست‌وشوی ترالی و عدم استفاده مشترک بدون آلودگی زدایی**
- شواهد: دامنه خدمات CSSD، مشتریان داخلی واحد، لیست انواع تجهیزات قابل بازفرآوری.
- سؤال: «چه تجهیزاتی در بیمارستان خارج از CSSDبازفراوری می‌شوند و چگونه کنترل می‌شوند؟»
- وجود فرآیندهای خارج CSSDرا بررسی؛ آنها را شناسایی کرده، SOP، مسئول، پایش و سطح نظارت CSSDکنترل عفونت ارزیابی شود


CPD-CLEAN SCOPE CART
DIRTY SCOPE CART


BIOHAZARD



ب- ۵ – ۱ – ۲ / ☐☑☑۱.۵ به کارگیری محلول های گندزدای سطح بالا و پایش کیفیت و اثربخشی آنها، برنامه ریزی و اجرا می شود.

- ❖ استفاده از محلولهای گندزدای سطح بالا مورد تأیید سازمان غذا و دارو و دارای کد فرآورده
- ❖ پایش کیفیت فرایند گندزدایی محلولهای سطح بالا به صورت تصادفی بر اساس حجم کاری
- ❖ آموزش و نظارت بر نحوه آماده سازی و استفاده از محلولهای گندزدای سطح بالا
- ❖ رعایت تکنیک آماده سازی محلولها در محل استاندارد شامل تهویه استاندارد، استفاده از تجهیزات حفاظت فردی، نگهداری محلول در ظروف مناسب درب دار
- ❖ نگهداری ایمن و رقیق سازی محلولهای سطح بالا طبق راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونتهای بیمارستانی

- **چه مواردی باید بررسی شود؟**
- **نوع محلولهاو تجهیزات برای گندزدایی سطح بالا وسطوح مختلف گندزدایی**
- **فرایند آماده سازی محلولها(پایه محلولها/محلولهای آماده مصرف،غلظت و زمان غوطه ورسازی)**
- **پایش فرایند گندزدایی ،ابزار سواپینگ**
- **مصاحبه با سرپرستار/مسئول واحد/کارشناس یا کاردان**
- **نکات قابل توجه:**
- **مشاهده عملکرد نیروهای مستقر**
- **ایمنی کارکنان و تجهیزات حفاظت فردی**
- **فضای رقیق سازی و اماده سازی محلول**
- **مدت زمان نگهداری و ظرف غوطه ورسازی ابزار**
- **انتخاب ظرف مناسب درب دار حاوی محلول ضد عفونی سطح بالا(از جنسی که دچار خوردگی نشود و برای محلولهای حساس به نور)**


Cheraghi.azam79@yahoo.com



ب- ۵ - ۱ - ۳ / ☑☑/ ۲ استریل نمودن اقلام حساس به حرارت مطابق با استانداردهای کارخانه سازنده و ضوابط مربوط انجام می شود

- شناسایی اقلام حساس به حرارت در بیمارستان و ابلاغ به بخشها و واحدها
- انتخاب روش استریل اقلام حساس به حرارت با توجه به دستورالعمل ابلاغی
- 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

چه مواردی باید بررسی شود؟

- **انتخاب روش استاندارد استریل سردطبق موازین استاندارد و توصیه کارخانه سازنده**
- **شناسایی تجهیزات نیازمند استریل سرد**
- **فرایند استریل سرد و پایش فرایند**
- **مصاحبه با سرپرستار/مسئول واحد/کارشناس یا کاردان**

نکات قابل توجه:

- **مشاهده عملکرد نیروهای مستقر و توانمندی کارکنان واحد**
- **ایمنی کارکنان و تجهیزات حفاظت فردی**
- **فضای استقرار دستگاه استریل سرد(علی الخصوصEO)**
- **در صورت برون سپاری خدمات بررسی شرایط اختصاصی قرارداد(از جمله نحوه انتقال ابزار، فرایند صحه گذاری و...)**

استریلیزاسیون به روش شیمیایی

به عنوان اخرین 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 خورندگی 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 خورنده و ناپایدار و بعنوان جایگزین ضدعفونی واستریلیزاسیون دستگاههای دیالیز خون در روش جدید ترکیب پراکسید هیدروژن و پراستیک اسید ۳۵ درصد موجب حذف خورندگی آنها

استریلیزاسیون شیمیایی گازی

گاز EO گاز بی رنگ و قابل اشتعال و قابل انفجار می باشد. و ازطریق الکیله 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 حدمجاز 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، چشم ها، 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 هرسیکل کاری دستگاه

(عوامل زیان اور شیمیایی و حتی بیولوژیک)

Cheraghi.azam79@yahoo.com

اطمینان از عملکرد دستگاه‌های استریل کننده با استفاده از ازمونهای مکانیکی شیمیایی و بیولوژیک برنامه‌ریزی و انجام می‌شود

- وجود تست های پایش فرایند استریلیزاسیون، (**نشانگرهای شیمیایی و بیولوژیک**) و استفاده از آن‌ها بر اساس دستورالعمل، آگاهی و تطابق عملکرد پرسنل بر اساس آن
- 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 نتایج **آزمون بیولوژیک** به صورت هفتگی، در زمان راه اندازی دستگاه استریل کننده جابجایی و پس از هر بار انجام تعمیرات کلی اقلام کاشتنی
- انجام و ثبت نتایج **آزمون بووی- دیک** روزانه قبل از شروع کار دستگاه‌های پری وکیوم
- نوع ویال بیولوژیک(بخار / استئاروترموفیلوس، فور /باسیلوس سوبتیلیس، اتیلن اکساید /باسیلوس آترافئوس)

نکات قابل توجه:

- انکوباتور تستهای بیولوژیک بخار در درمای ۵۰-۵۵ درجه با تغییر رنگ تست منفی بنفش رنگ و تستهای بیولوژیکEO دمای ۳۶-۳۷ درجه با تغییر رنگ تست منفی سبز رنگ و مثبت هر دو زرد


STEAM
Biological
LOT
G. stearothe


SELF ADHESIVE
CLASS 6
3.5 min @ 134°C
STEAM
Valisafe
LOT R29:11.1
0000-00


REF
famos
MEDIZINTECHNIK
Bowie Dick TestSet
2018 - 04

۵ – ۲ – ۲ / ☐☑☑/ ۲ پیش از استفاده از بسته های استریل، نتایج آزمونهای شیمیایی بررسی و از صحت آنها اطمینان حاصل می شود.

- اطمینان از آشنایی و توجه کاربر به تغییر رنگ نشانگرهای شیمیایی و مشخصات ظاهری بسته های استریل
- انجام اقدامات مورد انتظار توسط کاربر در صورت مشاهده عدم انطباق
- انجام اقدام اصلاحی در صورت عدم انطباق

چه مواردی باید بررسی شود؟

- **انتخاب تست های کنترل کیفی استاندارد منطبق بر نوع دستگاه و تعداد اقلام**
- **نحوه فراخوان ابزار**
- **عملکرد کابران دستگاه**
- **مصاحبه با سرپرستار /مسئول واحد/کارشناس یا کاردان**
- **نحوه مستندسازی تست های کنترل کیفی در بیمارستان**

نکات قابل توجه:

- **مشاهده عملکرد نیروهای مستقر و توانمندی کارکنان واحد**
- **در صورت برون سپاری خدمات بررسی شرایط اختصاصی قرارداد(فرایند صحه گذاری و مستندسازی کنترل کیفی...)**

cssdسیستم ردیابی اقلام ولوازم و تجهیزات بخش

- **سطح ساده:** کسب اطمینان از درستی انجام فرایندها و کار دستگاهها در فرایندهای شستشو، ضدعفونی و استریلیزاسیون به کمک اطلاعات(بارکد)
- **سطح متوسط:** شناسه یا بارکد بر روی ابزاری که از اتاق عمل خارج می شود یک بارکد یا شناسه تعریف شده و تمام اطلاعات شستشو و ضدعفونی و استریل و مشخصات کاربرهای مربوطه در سیستم رایانه ذخیره می شود(بعنوان ماژول HIS)
- **سطح پیشرفته:** بالاترین سطح برخورداری از سیستم ردیابی که تمامی اقلام به صورت جداگانه و منفرد از شناسه یا بارکد برخوردار می شوند و فرایندهای بصورت تک به تک ثبت می شود **مزیت این روش امکان ذخیره ی جزییات اطلاعات تک تک ابزارها و ارتقاء ایمنی بیمار**

ب- ۵ - ۲ - ۳ / ۱.۵ استریل نمودن فوری اقلام مطابق با ضوابط مربوطه برنامه ریزی شده و بر اساس آن عمل می شود.

- ❑ شناسایی اقلام با احتمال نیاز به استریلیزاسیون فوری یا استریلیزاسیون با سرعت بالا ۱ بر اساس حجم کاری
- ❑ اطمینان از وجود تجهیزات مرتبط با استریل فوری اقلام خاص
- ❑ پیش بینی اقلام موردنیاز با تعداد معین به صورت تک پیچ بر اساس پروسیجرهای تهاجمی، جراحی و آمار مراجعین در مواردی که امکان ا ستریل نمودن فوری این اقلام فراهم نمی باشد

نکات قابل توجه:

- ❖ لیست اقلام نیاز به استریل سریع /کنترل کیفی/جانمایی دستگاه فلش و ارتباط فضاها/ارزیابی تجهیزات تک پیچ و عملکرد بخشهای اتاق عمل/اسکوپی و.....
- ❖ مصاحبه با سرپرستار/مسئول واحد/کارشناس یا کاردان
- ❖ محدود نمودن استفاده از استریلیزاسیون با سرعت بالا/فوری فقط برای شرایط اضطرار مانند افتادن ابزار جراحی در حین عمل جراحی
- ❖ ارجحیت استفاده از وسایل تک پیچ نسبت به استریلیزاسیون وسایل/ ابزار جراحی در استریلایزر اضطراری
- ❖ انجام تست‌های پایش فرایند استریلیزاسیون سریع
- ❖ استقرار دستگاه استریلایزر اضطراری (سریع) را در فضای اتاق عمل با ارتباط مستقیم(درجه ۱)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 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

شرایط استریلیزاسیون فوری

- ✓روش ارجح استفاده از وسایل تک پیچ برای اقلام حساس به جای فلش استریل میباشد
- ✓کاربرد محدود به شرایط ضروری
- ✓سیکل آن فاقد مرحله خشک کردن باشد
- ✓امکان آلوده شدن مجدد وسایل وجود دارد.
- ✓عدم امکان استفاده از آن جهت پروتزها و اعضاء مصنوعی
- ✓پیش بینی دستگاه استریلایزر اضطراری (سریع) اغلب در مجاورت اتاق های عمل میباشد.
- ✓در پژوهشهای مختلف موارد بالای عفونت جراحی اعصاب بدلیل استفاده از این روش
- ✓عدم استفاده از این روش در استریل ایمپلنتها و ابزار ارتوپدی

ب- ۵ - ۲ - ۴ / ☐☑☑/ ۱سوابق عملکرد هر دستگاه استریل کننده موجود است و حداقل برای یک سال نگهداری می شود.

- وجود نتایج پایش فیزیکی و مکانیکی هر دستگاه
- وجود نتایج پایش شیمیایی هر دستگاه
- وجود نتایج پایش بیولوژیکی هر دستگاه
- وجود نتایج آزمونهای کنترل کیفی (کالیبراسیون)

چه مواردی باید بررسی شود؟

مستندات هر دستگاه استریل کننده به صورت متمرکز در واحد استریلیزاسیون مرکزی وجود داشته و حداقل شامل موارد زیر است:

۱) شماره/کد مخصوص هر دستگاه استریل کننده

۲) نتایج آزمون اسپور

۳) نمودار یا پرینت دستگاه که زمان مواجهه و شاخص های استریلیته را ثبت کرده باشد.

۴) نام مسئول هر چرخه بارگذاری

۵) هر نوع اقدام و خدمات پیشگیرانه pmو آزمونهای کالیبراسیون

ارزیابی این سنجه شامل استریلایزر فوری، پلاسما و سایر دستگاه های استریل کننده نیز می گردد.

Cheraghi.azam79@yahoo.com

ب– ۵ – ۲ – ۵ / ☐☐☑/ ۱ برچسب هر بسته استریل حاوی حداقل اطلاعات موردنیاز جهت رهگیری و فراخوان است.

- ثبت حداقل اطلاعات موردنیاز برای فرایند رهگیری و فراخوان اقلام استریل شده بر روی برچسب بسته استریل
- نظارت واحد استریلیزاسیون بر ثبت اطلاعات حداقلی بر روی برچسب بسته استریل و انجام اقدام اصلاحی در صورت لزوم
- تعیین زمان اعتبار بسته استریل
- کنترل برچسب بسته استریل و اطلاعات حداقلی روی آن در بخشهای مختلف توسط کاربران و انجام اقدام اصلاحی در صورت لزوم

برچسب گذاری در فرایند فراخوان و رهگیری مورد ا ستناد و استفاده قرار می گیرد. زمان انقضای ا ستفاده از بسته های استریل بر اساس جنس و تعداد لایه های بسته بندی متفاوت است که کارکنان باید از آن آگاهی داشته و عمل نمایند.

➢ **حداقل اطلاعات لازم روی برچسب هر بسته استریل:**

۱) تاریخ و شیفت کاری

۲) شماره/کد دستگاه استریلکننده

۳) تاریخ انقضای مصرف بسته استریل

۴) چرخه بارگذاری

۵) نام بارگذاری کننده هر چرخه استریل

۶) نام ست

محاسبه مدت زمان اعتبار یک بسته استریل: بر اساس جنس لفافه/تعدادلایه ها/شرایط نگهداری

ب-۵-۲ بسته‌های استریل با لحاظ الزامات، در برابر آلودگی محافظت می‌شوند.	سطح
ب-۵-۳-۱ * در واحد استریلیزاسیون، استقرار نیروی انسانی و فضای فیزیکی کثیف، تمیز و استریل، تفکیک و نشانه‌گذاری شده و مسیر عبور یک طرفه است.	سطح یک
❖ تفکیک، نشانه گذاری و رعایت فضاهای کثیف، تمیز و استریل در واحد استریلیزاسیون	۳
❖ برنامه‌ریزی صحیح در نوبت های کاری در راستای بکارگیری کارکنان در فضاهای تعریف شده با توجه به اصول کنترل عفونت	۱.۵
❖ وجود امکانات بهداشت دست مانند افشانه حاوی محلول ضدعفونی دست با پایه الکلی در تمامی فضاها و در دسترس کارکنان	۱.۲۵
❖ آگاهی و عملکرد کارکنان واحد استریلیزاسیون منطبق بر موازین پیشگیری و کنترل عفونت	۲.۲۵

- **چه مواردی باید بررسی شود؟**
- استاندارد فضای فیزیکی(کتاب منابع فیزیکی وزارت جلد۹) /انتخاب نوع بسته بندی بر اساس استانداردهای ملی و بین المللی و براساس روش استریلیزاسیون
- جنس مواد بسته بندی مقاوم در برابر ساییدگی ،شکستگی و رطوبت بدون کوچکترین منفذ یا سوراخ
- 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 ازمون 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
- **نکات قابل توجه:**
- ست های امانی شرکتها اول تحویل واحد CSSDتمامی فرایندهای مرتبط با استریلایزاسیون در این واحد همچنین پایش
- فضاهای پشتیبانی شامل انبارها(بجز انبار منسوجات)، سرویس بهداشتی در منطقه کثیف
- 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 گذاری‌ها و توالی انجام کار در فضاهای کثیف، تمیز و استریل توسط کارکنان/ تحویل ست‌های استریل و غیر استریل از دو مسیر جداگانه

ب-۵-۳-۲ ☆ الزامات و ملاحظات مراقبت از بسته‌های استریل برنامه‌ریزی و مدیریت می‌شود.	سطح دو
❖ وجود فضاهایی محصور با حداقل تردد مختص انبارش و نگهداری وسایل استریل در واحد استریلیزاسیون مرکزی، اتاق عمل و سایر بخش‌های دارای بسته‌های استریل	۱.۷۵
❖ وجود دمای کمتر از ۲۴ درجه سانتی گراد، رطوبت نسبی کمتر از ۷۰ درصد در محل انبارش و نگهداری وسایل استریل	۱.۲۵
❖ وجود فشار مثبت و تهویه مناسب با حداقل ۶ بار گردش هوا در ساعت و به دور از تابش نور مستقیم خورشید در محل انبارش و نگهداری وسایل استریل	۱.۵
❖ انبارش وسایل استریل به صورت جداگانه و مستقل در سطحی بالاتر از سطح زمین و در قفسه‌های مشبک با سطوح صاف	۱.۲۵
❖ تعریف مدت نگهداری و انقضای بسته‌های اقلام استریل با توجه به جنس پوشش بسته، تعداد لایه، نوع ابزار و شرایط نگهداری	۱.۵
❖ هرگونه جابجایی وسایل استریل شده با استفاده از جعبه‌های دربسته، ترالی‌های کمددار / کانتینرهای درب دار اختصاصی منطبق بر استانداردها	۱.۷۵
❖ رعایت موازین و مدت زمان نگهداری ست‌های استریل بر اساس دستورالعمل مربوط	۱

چه مواردی باید بررسی شود؟

- ❑ الزامات فضای اتاق استریل
- ❑ برنامه جابجایی ستها از واحد استریلیزاسیون مرکزی به بخشها و اتاق عمل،کت لب،لیبرو....
- ❑ فاصله ستها ۳۰ سانت ازکف،۴۵ سانت از سقف و ۵تا ۷ سانت از دیوارها

نکات قابل توجه:↓↓

- وجود **فضاهایی محصور** با حداقل تردد مختص انبارش و نگه‌داری وسایل استریل دارای دمای کمتر از **۲۴** درجه سانتی گراد، 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 استریلیزاسیون مرکزی، اتاق عمل و سایر بخش‌های دارای بسته های استریل
- انبارش وسایل استریل به صورت جداگانه و مستقل در سطحی بالاتر از سطح زمین و در **قفسه های مشبک** با سطوح صاف
- تعریف مدت نگهداری و انقضای بسته های اقلام استریل با توجه به جنس پوشش بسته، تعداد لایه، نوع ابزار و شرایط نگهداری
- **جابجایی وسایل استریل** شده با استفاده از جعبه های دربسته، ترالی های کمددار / کانتینرهای درب دار اختصاصی منطبق بر استانداردهای کشوری و WHO
- رعایت موازین و مدت زمان نگهداری ست های استریل بر اساس دستورالعمل فوق الذکر
- **توصیه:**
- وجود جعبه‌های دربسته، ترالی‌های کمددار، کانتینرهای درب دار از جنس استیل یا آلومینیوم و جابجایی وسایل استریل شده با استفاده ازآن ها.

معاونت توسعه مدیریت، منابع و برنامه ریزی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معتـــمد

موسسه عالی توسعه و تربیت مدیران نظام سلامت ایران

با تشکر از توجه شما!

راه‌های ارتباطی معتمد

آدرس: تهران-بلوار ایوانک شرقی- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی- بلوک C طبقه 13

تلفن: 021-81452878/021-81452883

وبسایت و شبکه‌های اجتماعی: https://zil.ink/hmdi