|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| amblem, logo, simge, sembol, ticari marka içeren bir resim  Açıklama otomatik olarak oluşturuldu**Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi** **Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi Enfeksiyon Kontrol ve Önleme Programı** | Doküman No | SEN.YD.02 |
| Yayın Tarihi | 12.10.2023 |
| Revizyon Tarihi | - |
| Revizyon No | 00 |
| Sayfa No | 1/27 |

**1. AMAÇ**

Program, kurumumuzun enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne yönelik politikalarını belirlemek, işleyişle ilgili ana süreçleri ve sorumlulukları tanımlamak amacıyla oluşturulmaktadır.

**2. KAPSAM**

Tüm sağlık hizmeti verilen çalışma alanlarını kapsar

**3. SORUMLULAR**

Enfeksiyon Kontrol Komitesi,

**4. TANIMLAR**

**4.1.****Enfeksiyon Kontrol Komitesi (EKK)**: Merkezde, enfeksiyon kontrol programlarının belirlenmesi ve uygulanmasından sorumlu komitedir.

**4.2.Enfeksiyon Kontrol Ekibi:** Enfeksiyon Kontrol Komitesi üyelerinden bir hekim ve Enfeksiyon Kontrol Hemşiresinden oluşur.

**4.3.Enfeksiyon Kontrol Hekimi:** Sağlık kurumlarında, Enfeksiyon Kontrol Komitesinin kararları doğrultusunda enfeksiyon kontrol programlarının belirlenmesi ve uygulanmasında görev alan hekimdir.

**4.4.Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi:** Sağlık kurumlarında, Enfeksiyon Kontrol Komitesinin kararları doğrultusunda enfeksiyon kontrol programlarının uygulanmasında görev alan hemşiredir.

**5. UYGULAMA**

**5.1. Enfeksiyon Kontrol Komitesi (EKK) Görev, Yetki ve Sorumlulukları**

* Bilimsel esaslar çerçevesinde, kurumun özelliklerine ve şartlarına uygun bir enfeksiyon kontrol ve önleme programı oluşturur, uygular, ilgili bölümlere ve yönetime bu konuda öneriler sunmalıdır.
* Enfeksiyon kontrol programı kapsamında talimatlar oluşturmalı, bu talimatları uygulama içinde izlemeli ve gerektikçe güncellemelidir.
* Sağlık personeline enfeksiyon kontrol programı kapsamında sürekli hizmet içi eğitim vermeli ve uygulamaları denetlemelidir.
* Kurumun ihtiyaçlarına ve şartlarına uygun bir program geliştirmeli ve çalışmaların sürekliliğini sağlamalıdır.
* Verileri değerlendirmeli, sorunları ortaya koyarak çözüm önerileri üretmelidir.
* Kurumun enfeksiyon yönünden, öncelik taşıyan bölümleri saptamalıdır.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| amblem, logo, simge, sembol, ticari marka içeren bir resim  Açıklama otomatik olarak oluşturuldu**Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi** **Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi Enfeksiyon Kontrol ve Önleme Programı** | Doküman No | SEN.YD.02 |
| Yayın Tarihi | 12.10.2023 |
| Revizyon Tarihi | - |
| Revizyon No | 00 |
| Sayfa No | 2/27 |

* Kurumun enfeksiyon kontrol programı için hedefler koymalı, her yılın sonunda hedeflere ne ölçüde ulaşıldığını değerlendirilmeli ve yıllık çalışma raporu hazırlamalıdır.
* Dezenfeksiyon, antisepsi, sterilizasyon araç ve gereçleri, enfeksiyon kontrolü ile ilgili diğer demirbaş ve sarf malzeme alımları konusunda ilgili mercilere görüş bildirmelidir.
* Görev alanı ile ilgili hususlarda, kurumun inşaat ve tadilat kararları ile ilgili olarak gerektiğinde yönetime görüş bildirmelidir.
* Sağlık personeli için tehdit oluşturan enfeksiyon riskinin belirlenmesi durumunda, gerekli incelemeleri yapmalı, izolasyon tedbirlerini belirlemeli ve izlemelidir.
* Sterilizasyon, antisepsi ve dezenfeksiyon işlemlerinin ilkelerini belirlemeli, dezenfektanların seçimi ve kullanımını denetlemelidir.
* Enfeksiyon kontrol ekibi tarafından hazırlanan yıllık faaliyet değerlendirme sonuçlarını yönetime sunmalıdır.
* Enfeksiyon kontrol ekibi tarafından iletilen sorunlar ve çözüm önerileri konusunda karar almalı ve yönetime iletmelidir.

**5.2. Enfeksiyon Kontrol Ekibinin Görev, Yetki ve Sorumlulukları**

* Verileri değerlendirerek sorunları saptamalı, çözüm önerileri üretmeli ve sorunları ve çözüm önerilerini değerlendirilmesi için Enfeksiyon Kontrol Komitesine sunmalıdır.
* Sağlık personelinin meslek ilişkili enfeksiyon risklerini takip etmeli, koruyucu tıbbi önerilerde bulunmalı, gerekli durumlarda bağışıklama programlarını düzenlemeli ve uygulamak üzere Enfeksiyon Kontrol Komitesi’ne öneride bulunmalıdır.
* Sterilizasyon, antisepsi ve dezenfeksiyon uygulamalarını denetlemelidir.
* İlgili idari birimlerle koordinasyon halinde temizlik, çamaşırhane ve atık yönetimi ilkelerini belirlemeli ve denetimini yapmalıdır.
* Yıllık çalışma planı hazırlamalı ve Enfeksiyon Kontrol Komitesi’ne sunmalıdır.
* Enfeksiyon Kontrol Komitesinin gündemini belirlemelidir.
* Ulusal ve uluslararası rehberler ışığında enfeksiyon kontrolü ve takibi ile ilgili prosedür ve talimatları oluşturmalı ve güncellemelidir.

**5.3. Enfeksiyon Kontrol İşleyişi**

* Enfeksiyon Kontrol Komitesi, enfeksiyon kontrolünde en üst karar organı olarak çalışmalı ve düzenli olarak yılda en az 4 defa toplanmalıdır.
* Enfeksiyon Kontrol Komitesinin üyeleri, enfeksiyon kontrol ekibi tarafından hazırlanan ve kendilerine önceden sunulan gündemi görüşmek üzere toplanmalıdır.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| amblem, logo, simge, sembol, ticari marka içeren bir resim  Açıklama otomatik olarak oluşturuldu**Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi** **Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi Enfeksiyon Kontrol ve Önleme Programı** | Doküman No | SEN.YD.02 |
| Yayın Tarihi | 12.10.2023 |
| Revizyon Tarihi | - |
| Revizyon No | 00 |
| Sayfa No | 3/27 |

* Toplantı daveti; toplantı yeri, tarihi, saati ve gündemi ile birlikte, toplantıdan en az 7 gün önce üyelere bildirilmelidir.
* Olağanüstü durumlarda Enfeksiyon Kontrol Komitesi, başkanın davetiyle veya üyelerden birinin başkanlığa yapacağı başvuru ve başkanın uygun görmesiyle toplanabilir.
* Olağanüstü durumlarda Enfeksiyon Kontrol Komitesi, başkanın davetiyle veya üyelerden birinin başkanlığa yapacağı başvuru ve başkanın uygun görmesiyle toplanabilir.
* Enfeksiyon Kontrol Komitesi’nin yıllık çalışma raporu, enfeksiyon kontrol ekibi tarafından hazırlanmalı ve komitede görüşüldükten sonra Merkez Müdüre sunulmalıdır.

**5.4. Enfeksiyon Kontrol Komitesi’nin Faaliyet Alanları**

Dezenfeksiyon, antisepsi, sterilizasyon

Sağlık çalışanlarının meslek enfeksiyonları

Hastane temizliği, çamaşırhane, atık yönetimi gibi destek hizmetlerinin hastane enfeksiyonları yönünden kontrolü

**5.5.Enfeksiyon kontrol önlemlerini içeren düzenli hizmet içi eğitimler**

Enfeksiyon Kontrol Komitesi’nin Kararları Enfeksiyon kontrol komitesince alınan kararlar uygulanmak üzere Merkez Müdürlüğüne iletilir. Bu kararlar, hastanenin bütün personeli için bağlayıcıdır. Bu kararlara uyulmaması halinde doğacak sonuçlardan ilgililer sorumludur.

* 1. **Kurumda Enfeksiyon Kontrol ve Önleme Programı ile İlgili Süreçler**
* Temizlik, sterilizasyon ve dezenfeksiyon
* Protez laboratuvarı ve süreçleri (ölçülerin dezenfeksiyonu ve transfer süreci)
* Enfekte atıklar ve vücut sıvıları
* Kesici-delici atıklar
* Bağışıklığı baskılanmış hastalar
* Kanamalı hastalar
* Mühendislik hizmetleri ve kontrolleri
1. **HASTA VE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ AÇISINDAN SAĞLIK HİZMETİ SÜREÇLERİNDE RİSKLERİN AZALTILMASI**
* Tek kullanımlık bardak, tükürük emici ve hasta önlüğü kullanımı,
* Merkezimizde kullanılan tüm el aletlerinin sterilizasyonu, paketlenmiş aletlerin kullanımı ve tüm işlemlerin kayıt altına alınması,
* Merkezin genel temizliğinin kontrolü,

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| amblem, logo, simge, sembol, ticari marka içeren bir resim  Açıklama otomatik olarak oluşturuldu**Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi** **Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi Enfeksiyon Kontrol ve Önleme Programı** | Doküman No | SEN.YD.02 |
| Yayın Tarihi | 12.10.2023 |
| Revizyon Tarihi | - |
| Revizyon No | 00 |
| Sayfa No | 4/27 |

* Protez ölçü ve modellerinin dezenfeksiyonu ve transferi,
* Merkezin temizliği ve dezenfeksiyon kontrolü,
* İçme ve kullanma sularının analizleri yapılmaktadır.
* El hijyeni eğitimi ve kontrolü: Yılda iki kez depolardan su numunesi alınarak kimyasal ve bakteriyolojik muayenesi yapılmaktadır. Klor ölçümleri her hafta yapılmaktadır.
* Koruyucu maske, eldiven, gözlük kullanımı,
* Kesici delici alet yaralanmalarının kontrolü,
* Personelin meslek gruplarına göre sağlık taramaları ve aşı takipleri,
* Enfeksiyon kontrolü, önlenmesi ve korunma konularında hizmet içi eğitimleri,
* Atık Yönetimi ve Tehlikeli Atık Prosedürüne göre kaynağında ayrıştırılarak işlem yapılmaktadır.
* Klimaların bakımı yapılmaktadır.
1. **EL HİJYENİ**

El hijyeni, enfeksiyonların yayılımını kontrol etmede en etkili metottur. Eldiven kullanımı asla el hijyeninin yerini alacak bir uygulama değildir.

**7.1.Temel İlkeler:** Sağlık çalışanlarına el hijyenini sağlama konusunda eğitim verilmelidir. Bu eğitimlerin içeriği meslek grupları ve çalışanların bilgi ve davranış düzeyine göre planlanmalıdır.

* **El hijyeni ile ilgili eğitim dokümanları asgari aşağıdaki konuları kapsamalıdır.** \*El hijyeninin önemi \*El hijyeni endikasyonları \*El hijyeni sağlama yöntemleri \*Eldiven kullanımı ile ilgili kurallar \*El antiseptikleri ile ilgili genel bilgiler \*Alkol bazlı el antiseptikleri ile ilgili alınması gereken güvenlik önlemleri

**7.2. El Yıkama Endikasyonları** \*Eller hastane ortamında sıvı sabun ve su ile aşağıda belirtilen durumlarda yıkanmalıdır:

\*Gözle görülür kir varlığında, \*Proteinasöz materyalle kontamine ise, \*Kan veya diğer vücut sıvıları ile kirlendi ise, \*Hasta ile her temas öncesinde ve sonrasında, \*Hasta bakımında kullanılan aletlere temas öncesinde ve sonrasında, \*İnvaziv işlemler öncesinde ve sonrasında, \*Eldiven giyme öncesinde ve sonrasında, \*Hasta çevresi ile temas öncesinde ve sonrası

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| amblem, logo, simge, sembol, ticari marka içeren bir resim  Açıklama otomatik olarak oluşturuldu**Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi** **Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi Enfeksiyon Kontrol ve Önleme Programı** | Doküman No | SEN.YD.02 |
| Yayın Tarihi | 12.10.2023 |
| Revizyon Tarihi | - |
| Revizyon No | 00 |
| Sayfa No | 5/27 |

\*Bütünlüğü bozulmuş cilt ile veya mukoz membranlarla temas sonrasında,

\*Hastaya temastan önce kontamine bir alana temas edilmesi gerekliyse, sonrasında temiz alana yapılacak temas öncesinde, \*El antiseptiği ile her beş ovalama işlemi sonrasında bir kere eller yıkanmalıdır veya el antiseptiği içerisindeki yumuşatıcı maddenin ellerde birikme hissine sebep olduğu aşamada eller yıkanmalıdır.

\*Tuvalete girdikten sonra ellerin su ve sabunla yıkanması gereklidir.

 **7.3. El Yıkama Aşamaları \***Hastane ortamında musluklar kollu, dirsekten açılabilir özellikte veya sensörlü olmalıdır. \*Eller önce su ile ıslatılmalıdır. \*3-5 ml sıvı sabun, sabun dağıtıcısından alındıktan sonra, avuç içleri, her iki elin yüzeyi, parmak araları ve başparmak sabun ve suyla iyice ovulmalı, takiben her iki elin parmak uçları, diğer avucun içerisinde ovularak su ve sabunun tüm elin iç ve dış yüzeyini kaplaması sağlanmalıdır. Bu işlem 30–60 saniye süre ile yapılmalıdır. \*Akan su altında eller iyice durulanmalıdır.

 **\***Temiz ellerle musluk ellenmemelidir, tek kullanımlık kâğıt havlu ile eller kurulanmalıdır.(**Şekil 1)**  **7.4. El Antisepsisi Endikasyonları** \*Hasta ile her temas öncesinde ve sonrasında, \*Hastada kullanılan aletlere temas öncesinde ve sonrasında, \*İnvaziv işlemler öncesinde ve sonrasında, \*Eldiven giyme öncesinde ve sonrasında, \*Hasta çevresi ile temas öncesinde ve sonrasında, \*Hasta ile temastan önce kontamine bir alana temas edilmesi gerekti ise, bundan sonra temiz alana yapılacak temas öncesinde,

**7.5. El Antisepsisi Aşamaları** Alkol bazlı el antiseptikleri bu amaçla kullanımı en rahat olan solüsyonlardır

Uygun dağıtıcı sistemi olan üründen avuç içerisine 3–5 ml antiseptik solüsyon alındıktan sonra avuç içleri, her iki elin yüzeyi, parmak araları ve başparmak solüsyon ile iyice ovulmalı, takiben her iki elin parmak uçları, diğer avucun içerisinde ovulmalı, en az 15–20 saniye süre ile eller tarif edildiği şekilde ovularak alkol bazlı solüsyonun kendiliğinden kuruması beklenmelidir. **(Şekil 2)**

**7.6. Cerrahi El Hijyeni** \*Cerrahi işlemler öncesinde el hijyeni amacı ile antiseptik sabun kullanılabileceği gibi (günün ilk ameliyatı öncesinde ve günlük aktiviteler öncesinde eller antiseptik sabunla yıkanmalıdır),

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| amblem, logo, simge, sembol, ticari marka içeren bir resim  Açıklama otomatik olarak oluşturuldu**Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi** **Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi Enfeksiyon Kontrol ve Önleme Programı** | Doküman No | SEN.YD.02 |
| Yayın Tarihi | 12.10.2023 |
| Revizyon Tarihi | - |
| Revizyon No | 00 |
| Sayfa No | 6/27 |

ameliyatlar arasında alkol bazlı el antiseptikleri de kullanılabilir.

\*Cerrahi el hijyeni, ameliyathanede ameliyatın yapılacağı vaka odasına steril olarak girecek herkes tarafından yapılması gereken işlemdir. \*Cerrahi el hijyeni öncesinde bütün takılar (yüzük, saat vs) çıkartılmalıdır. \*Eller ve ön kol antimikrobiyal sabun kullanılarak 3–5 dakika süresince ovalanarak sabunlanır. \*Günün ilk ameliyatı öncesinde tırnak dipleri yumuşak bir fırça ile ovulmalıdır. \*Eller ve ön kol durulandıktan sonra eller yukarıda tutularak steril havlu ile kurulanmalıdır.

**7.7. Önemli Noktalar**

\*El hijyeni amacı ile kullanılacak ürünlerde ciltte irritasyon etkisi en az olanlar tercih edilmelidir. \*Alkol bazlı el antiseptikleri, cilde kaybettiği nemi geri kazandıracak yumuşatıcı maddeler içermelidir. \*Tırnaklar, tırnak yatağını geçmeyecek uzunlukta olmalıdır. \*Suni tırnak, oje kullanılmamalıdır. \*Eldiven kullanımı el hijyeninin yerini alacak bir uygulama olarak görülmemelidir. \*El hijyenini sağlamaya yönelik malzeme bulunmalıdır. Sağlık hizmeti sunulan tüm alanlarda çalışanın kolay ulaşabileceği şekilde alkol bazlı el antiseptikleri bulunmalıdır. El antiseptiği, hasta bakım alanında çalışanın kolay ulaşabileceği bir konumda bulunmalıdır. \*Çalışanların el hijyeni kurallarına uyumu değerlendirilmelidir. “5 Endikasyon Kuralı Gözlem Formu” ile çalışanlara yönelik haberli gözlemler yapılmalıdır. Gözlemler, asgari aşağıdaki kurallar çerçevesinde gerçekleştirilmelidir. \*Gözlemler tüm personeli kapsayacak şekilde yapılmalıdır. \*Gözlemler, en az üç ayda bir analiz edilmelidir. \*Epidemi şüphesi ya da riski olduğu durumlarda, ilgili kliniklerde gözlem sıklığı ve sayısı artırılmalıdır.

DSÖ önerileri kapsamında, sağlık çalışanı tarafından el hijyeni uygulanması gereken “5 Endikasyon” aşağıda belirtilmiştir. \*Hasta ile Temas Öncesi \*Aseptik İşlemler Öncesi \*Vücut Sıvılarının Bulaşma Riski Sonrası \*Hasta ile Temas Sonrası \*Hasta Çevresi ile Temas Sonrası

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| amblem, logo, simge, sembol, ticari marka içeren bir resim  Açıklama otomatik olarak oluşturuldu**Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi** **Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi Enfeksiyon Kontrol ve Önleme Programı** | Doküman No | SEN.YD.02 |
| Yayın Tarihi | 12.10.2023 |
| Revizyon Tarihi | - |
| Revizyon No | 00 |
| Sayfa No | 7/27 |

**ŞEKİL 1. EL YIKAMA TEKNİĞ**

 **ŞEKİL 2. ALKOLLÜ EL ANTİSEPTİĞİ İLE EL HİJYENİ**



**8 TEMİZLİK-DEZENFEKSİYON-STERİLİZASYON-ASEPSİ-ANTİSEPSİ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| amblem, logo, simge, sembol, ticari marka içeren bir resim  Açıklama otomatik olarak oluşturuldu**Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi** **Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi Enfeksiyon Kontrol ve Önleme Programı** | Doküman No | SEN.YD.02 |
| Yayın Tarihi | 12.10.2023 |
| Revizyon Tarihi | - |
| Revizyon No | 00 |
| Sayfa No | 8/27 |

**8.1.YÜKSEK RİSK ALANLARI**

**8.1.1. Sterilizasyon Ünitesi Temizliği**

* Alet sterilizasyonu bittikten sonra mutlaka ünite temizlenecektir.
* Temizlik işlemine başlamadan önce kişisel koruyucu ekipman kullanılacaktır.
* Temizlik işlemi steril alan, temiz alan ve kirli alan sırasına göre yapılacaktır.
* Tezgâh ve lavabolar yüzey dezenfektanı veya 1/10’luk çamaşır suyu ile silinecektir.
* Bölümler arası geçişlere 1/10’luk çamaşır suyu ile ıslatılmış bezler serilecektir.
* Korozyona uğrayacak malzemeler ve yüzeyler için çamaşır suyu kullanılmayacak, uygun dezenfektan kullanılacaktır.

**8.1.2. Lokal Müdahale Salonları**

**8.1.2.1.Günün İlk İşleminden Önce;**

* Tüm aletlerin, eşyaların ve lambalarının tozu alınır.
* Toz alma işleminde hav bırakmayan nemli bez kullanılır.

**8.1.2.2. İşlemler Arasında/Her İşlem Sonunda;**

* Görevli temizlik personeli uygun kıyafet giymiş olarak (maske, eldiven, önlük, bone) temizlik işlemine başlar.
* Kullanılmış örtüler silkelenerek kırmızı atık çöp torbası içine atılır. Kompresler ve diğer atılacak malzemeler dikkatle elden geçirilerek çöp kovasına atılır. Bu süreçte kullanılan ameliyat aletlerinin kompres içinde kalmamasına özellikle özen gösterilmesi gerekir.
* Kesici/delici atıklar mutlaka özel plastik toplama kapları içine atılır. Örtüler, kompresler arasında delici/kesici alet kalmaması görevli hemşire ve toplayan temizlik elemanının sorumluluğundadır.
* Çöpler ve örtüler toplanınca kapların ağzı kapatılarak odadan dışarıya alınır. Yeni müdahale için yeni bir çöp poşeti takılır. Tıbbi atık grubuna giren atıklar;

1) Lokal ameliyat atıkları,

2) Kan ve vücut sıvılarıyla bulaşmış materyal,

3) Miadı geçmiş veya kullanılmayan, kirlenmiş ilaç ve serumlar gibi ecza atıkları,

4) Enjektör, aşı setleri, bisturiler gibi delici-kesici atıklar,

Ameliyat masası ve yakın çevresi 1/100 çamaşır suyuyla (görünür kirler saptanıyorsa 1/10 çamaşır suyu kullanılmalıdır) veya dezenfektan ile silinir.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| amblem, logo, simge, sembol, ticari marka içeren bir resim  Açıklama otomatik olarak oluşturuldu**Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi** **Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi Enfeksiyon Kontrol ve Önleme Programı** | Doküman No | SEN.YD.02 |
| Yayın Tarihi | 12.10.2023 |
| Revizyon Tarihi | - |
| Revizyon No | 00 |
| Sayfa No | 9/27 |

* Diğer yüzeyler 1/100 çamaşır suyuyla veya çamaşır suyu ile silinemeyecekse dezenfektan solüsyonla silinir. Bu silinme aşamasının gerekliliği ve nerelerin silinmesi gerektiği hemşirenin sorumluluğundadır.
* Çamaşır suyu kullanılmayan küçük yüzeyler için alkol bazlı yüzey dezenfektanı kullanılır.
* Cerrahi Polikliniğinde hasta çıkartıları ile kirlenmiş alanlar temizlenir ve 1/10 çamaşır suyu ile dezenfekte edilir.
* Çöpler ve kirli örtüler ayrı ayrı ilgili bölümlere temiz alana hiç uğramadan ulaştırılır.

**8.1.2.3. Gün Sonunda**

* Odadaki tüm taşınabilir aletler oda dışına çıkartılır.
* Lambalar, dolaplar vb. 1/100 çamaşır suyu veya çamaşır suyu ile silinemeyecek yüzeyler dezenfektan solüsyonla silinir.
* Yerler ıslak vakum uygulanarak veya ıslak paspas ile deterjanla temizlenir ve sonrasında 1/100 çamaşır suyu ile silinir. Dışarıya çıkarılan malzemelerin tekerlekleri ve yüzeyleri 1/100 çamaşır suyu ile silinerek içeriye alınır.
* El yıkama lavaboları yıkanır, yüzeyleri çamaşır suyu ile dezenfekte edilir, kurutulur.
* Tıbbi atıkları, tıbbi atık konteynırına taşınır.
* Büro, ilaç ambalajları gibi evsel atıkları siyah renkli torbalara konulur evsel atık konteynırına taşınır.

**8.1.2.4. Lokal müdahalenin Haftalık Temizliği**

* Haftada bir gün yerler, hasta ünitleri, ilaç ve malzeme dolapları, mayo masaları, tromeller, ameliyat lambaları, sedyeler vb. tamamen dezenfektan ile temizlenir.
* Zemin önce su ve deterjanla temizlenir, temizlik sonrasında 1/100 çamaşır suyu ile silinerek dezenfekte edilir.
* Yapılan temizlik sonrası Temizlik Kontrol Formu doldurulur.

**8.1.3. Atık Deposu**

**8.1.3.1. Tıbbi Atık Deposunun Temizliği**

* Eldiven giyilir. Depo zemininde bulunan sıvıları talaşla yoğunlaştırılarak kırmızı tıbbi atık poşetine koyulur.
* Eldivenler çıkartılır. Tıbbi atık torbasına atılır, yeni bir eldiven giyilir.
* Depo boşaltıldıktan sonra % 10’luk çamaşır suyu ile kuru olarak dezenfekte edilir, kesinlikle su ile yıkama yapılmaz silme işlemi yapılır ve havalandırılır. Temizlik işlemi sonrasında kullanılan paspas tıbbi atık poşetine atılır.
* Depo duvarları zemin temizliğinden önce temizlenip dezenfekte edilir.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| amblem, logo, simge, sembol, ticari marka içeren bir resim  Açıklama otomatik olarak oluşturuldu**Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi** **Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi Enfeksiyon Kontrol ve Önleme Programı** | Doküman No | SEN.YD.02 |
| Yayın Tarihi | 12.10.2023 |
| Revizyon Tarihi | - |
| Revizyon No | 00 |
| Sayfa No | 10/27 |

* Tıbbi atık taşıma araçları her gün temizlendikten sonra % 10’luk çamaşır suyu ile dezenfekte edilir.

Yapılan temizlik temizliği yapan personel tarafından “Temizlik Takip Formu’na kaydedilmelidir.

**8.1.3.2.Tehlikeli Atık Deposu Temizliği**  \*Eldiven giyilir. \*1/10’luk çamaşır suyu hazırlanır. Hazırlanan bu solüsyon ile zemin dezenfekte edilir. \* Depo duvarları zemin temizliğinden önce temizlenir, daha sonra 1/ 10’luk çamaşır suyu ile dezenfekte edilir. \* Depo duvarları zemin temizliğinden önce temizlenir, daha sonra 1/ 10’luk çamaşır suyu ile dezenfekte edilir. \*Kullanılan tüm malzemeler 1/10’luk çamaşır suyu ile dezenfekte edilir.

\*Yapılan temizlik temizliği yapan personel tarafından “Temizlik Takip Formu” na kaydedilmelidir.

**8.2. Orta Risk Alanları**

* + 1. **Diş Ünitelerinin Temizliği**
* Kreşuar içindeki kaba kirler su ile akıtılır, dezenfektan solüsyon dökülerek temizlenip durulanır.
* Ünit (lamba, başlık ve koltuk) kaba kirinden arındırılıp dezenfektan solüsyon ile silinir.
* Diş üniti veya çevresinde; kan, tükürük ve benzeri vücut sıvıları ile kirlenme varsa önce kağıt havlu ile kaba kiri alınır. Daha sonra dezenfektan solüsyonla ıslatılıp sıkılmış bez ile silinir.

 **8.2.2. Klinik Alanların Temizliği**

* Temizlik/dezenfektan çözeltileri kirlendiğinde hemen, kirlenmese de her klinik yeniden hazırlanmalıdır.
* Temizlikte su ve deterjan kullanılmalıdır.
* Lavabolar, sandalye, bilgisayar masası ve dolaplar deterjanlı su ile her gün temizlenmelidir.
* Pencere kenarlarının tozu günlük olarak alınmalıdır.
* Kapı ve camlar haftada bir, kapı tokmağı her gün silinmelidir.

**8.2.3. Protez Laboratuvarı Temizliği**

* Özel alanlar ve özel durumlar dışında döşeme, duvar, tuvalet ve yerlerin kimyasal dezenfeksiyonu gereksiz olup, su ve deterjanlar yeterli olmaktadır.
* Kan ve vücut sıvısı bulaşan yerler dezenfektan veya 1/10’luk çamaşır suyu ile temizlenmelidir.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| amblem, logo, simge, sembol, ticari marka içeren bir resim  Açıklama otomatik olarak oluşturuldu**Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi** **Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi Enfeksiyon Kontrol ve Önleme Programı** | Doküman No | SEN.YD.02 |
| Yayın Tarihi | 12.10.2023 |
| Revizyon Tarihi | - |
| Revizyon No | 00 |
| Sayfa No | 11/27 |

* Korozyona uğrayabilecek malzemeler uygun dezenfektanla silinmeli çamaşır suyu kullanılmamalıdır.

 **8.2.4. Lavabo ve Tuvaletlerin Temizliği**

* Çöpler usulüne uygun toplanır.
* Aynalar ve lavabolar sarı bez ile deterjan kullanılarak silinir.
* Tuvalet kırmızı bez ile 1/100’lik çamaşır suyu kullanılarak silinir.
* Tuvalet taşları ve klozetler fırça ile deterjan kullanılarak temizlenir ve durulanır.
* Lavaboların bulunduğu zeminler, bölüm için ayrılmış paspaslarla silinir.

**8.3. Düşük Risk Alanları**

* Temizlik personeli temizlik öncesi steril olmayan eldiven kullanmalıdır.
* Öncelikle odalardaki çöpler atık yönetimi prosedürüne uygun şekilde toplanmalıdır.
* Çöp kovaları görünür kir varlığında hemen, periyodik olarak da haftada bir kere yıkanıp durulanmalıdır.
* Camlar ve kapılar haftada bir, kapı kolu ve pencere kenarları her gün temizlenmelidir.
* Banyo, lavabo ve tuvaletler en az günde iki kez sıvı deterjan ile fırçalanarak temizlenmelidir. Bu bölümlerin temizliğinde kullanılan temizlik malzemeleri başka amaçla kesinlikle kullanılmamalıdır.
* Koridorlar ayrı paspasla, deterjanlı su ile temizlenmeli ve kurulanmalıdır.
* Günün ilk saatleri ve gün sonunda koridorlara ıslak vakum uygulanmalıdır. Gün içinde gereken sıklıkta koridor temizliği yapılmalıdır.
* Çay ocağında yüzeyler ve yerler günde iki kez su ve deterjanla temizlenmelidir. Ayrıca gün içinde kirlenme olduğunda bu işlem tekrarlanmalıdır.

**8.4.Temizlikte Temel İlkeler**

* Temizlik, temizden kirliye doğru yapılmalıdır.
* Temizlik malzemeleri her bölüm için farklı olmalıdır
* Temizlik sabahları hareketlilik başlamadan önce ve günün sonunda yapılır.
* Temizlik solüsyonu temizlenen bölgenin risk durumuna göre, temizlikten hemen önce hazırlanmalı, uzun süre bekletilmemelidir.
* Sadece yüksek risk alanlarında ve özel durumlarda diğer alanlarda yüzey dezenfektanları kullanılmalıdır.
* Tüy bırakmayan temizlik bezleri tercih edilmelidir. Bez renkleri kullanım alanına göre belirlenmelidir.
* Sadece yüksek risk alanlarında ve özel durumlarda diğer alanlarda yüzey dezenfektanları kullanılmalıdır

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| amblem, logo, simge, sembol, ticari marka içeren bir resim  Açıklama otomatik olarak oluşturuldu**Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi** **Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi Enfeksiyon Kontrol ve Önleme Programı** | Doküman No | SEN.YD.02 |
| Yayın Tarihi | 12.10.2023 |
| Revizyon Tarihi | - |
| Revizyon No | 00 |
| Sayfa No | 12/27 |

* Temizlenecek alana göre kova ve bez rengi belirlenir. (Büro masaları, etajer, cam, kapı kolları gibi kuru alanlar için **mavi bez**, lavabolar (armatür gibi) için **sarı bez**, buzdolabı içi için **yeşil bez**, klozet ve pisuar için **kırmızı bez**, paravanlar için **beyaz bez** kullanılmalıdır.) Kirli bezle temizliğe devam edilmez sık sık bez değiştirilir.
* Temizlik malzemeleri ıslak bırakılmaz.
* Kirlenen bezler çamaşır makinasında sıcak su ve deterjanlı yıkanıp kurutma makinasında kurutulduktan sonra kullanılmalıdır.
* Çamaşır suyu yüzey dezenfektanı olarak 1lt suya 10cc (% 1) kan ve vücut sıvıların temas ettiği yüzeylerde 1lt suya 100cc (%10) olarak hazırlanmalıdır.
* Temizlik malzemeleri ve dezenfektanlar birbirine karıştırılmamalıdır.
* Temizlik ya da dezenfektan çözeltileri kirlendiğinde değiştirilmelidir.
* Kuru süpürme ve silkeleme yapılmamalıdır.
* Toz alma dışında her temizlik işlemi sırasında eldiven giyilmeli, işlem bitiminde eldiven çıkarıp el hijyeni sağlamalıdır
* Ellerinde yara, bere, çizik vb. bulunan temizlik personelleri toz alma işlemi sırasında steril olmayan temiz eldiven giyilmelidir.
* Eldivenli ellerle kapı kolu, telefon, masa vb. yüzeylere temas edilmemelidir.
* Tuvaletler en son temizlenmelidir.
* Tuvalet temizliği için kullanılan eldivenler diğer alanların temizliğinde kesinlikle kullanılmamalıdır.

**8.5. Kan ve Vücut Sıvıları Döküldüğünde Yapılacak Temizlik**

* Bütün kan ve vücut sıvıları enfekte kabul edilmeli, dökülme ve sıçramalarda temizlik güvenli bir şekilde yapılmalıdır.
* Katı yüzeylerin üzerine damlayan veya sıçrayan sıvıların kâğıt havlu ile kaba kirleri alınmalıdır.
* 1/10 l’luk sodyum hipoklorit solüsyonu (çamaşır suyu) veya tableti ile temizlenmeli ve temiz su ile durulanmalıdır.
* Kullanılan tüm malzemeler kırmızı atık torbasına konulmalıdır.
* İşlem sonrası eller mutlaka yıkanmalıdır.
* Her hastadan sonra kreşuar ve ünit kollukları, ünit tablaları, reflektör kolu, ünit paneli, ağız içi hava-su spreyleri dezenfekte edilmelidir.

**8.6. Mopla Temizlik İşlemi**

* Kuru süpürme ve bakım amaçlı moplama esnasında mop önünde kontrol edilemeyecek kadar fazla kir/materyal birikimi var ise çekçek ve faraş ile alınmalıdır.
* Mop, temiz alanda “S” şeklinde, kirli alanda düz hat üzerinde hareket ettirilerek temizlik yapılmalıdır. Mop ile temizlik yapılarak ilerlenirken temizlenmemiş alan bırakılmamalıdır.
* Günün sonunda tüm moplar ve temizlik bezleri kaba kirlerinden arındırılarak çamaşır makinesine atılır. 90 derece sıcak su, deterjanla ve çamaşır suyuyla yıkanıp kurutularak saklanmalıdır.
* Saçaklı mop kullanımında zemin ıslak bırakılmamalı, kurulama işlemi yapılmalı ve kirlenme, kayma ve düşmeleri önlemek için uyarı levhaları konulmalıdır.
* Mop ile temizlik yapılarak ilerlenirken temizlenmemiş alan bırakılmamalıdır.
* Paspas ilk kez kullanılıyor ise sıcak su ve deterjanla yıkanarak arındırılmalıdır.

 **8.7. Temizlik Malzemeleri ve Malzemelerin KullanIM Kuralları**

* **Yüzey Temizleyici:** Taş zeminler, fayans olan yerler kullanılır.
* Dezenfektan: Kapı kolları, ünitlerde ve yere kan ve vücut sıvıları döküldüğünde kullanılır.
* **Kir ve Leke Çözücü:** Ağır kirlerde ve leke olan yerlerde kullanılır.
* **Çelik Parlatıcı:** Metal yüzeylerde kullanılır. Özellikle sterilizasyon tezgahlarında ve asansörde kullanılır.
* **Kireç Sökücü:** Lavabo içleri ve duvarlar (sarartı lekesi olan yerler) için kullanılır.
* **Cif:** Lavabo ve mutfak fayanslarının temizliğinde kullanılır.
* **Cam Sil:** Camlarda ve cam yüzeylerde kullanılır.
* **Çamaşır Suyu:** Yüzeyler silmede, ünit temizliğinde ve bazı enfekte aletlerin dezenfeksiyonunda kullanılır. Kan ve vücut sıvılarının döküldüğünde yerde kullanılır.
* **Kir Pas Sökücü:** Paslanan metal yerler ve aletlerde kullanılır.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| amblem, logo, simge, sembol, ticari marka içeren bir resim  Açıklama otomatik olarak oluşturuldu**Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi** **Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi Enfeksiyon Kontrol ve Önleme Programı** | Doküman No | SEN.YD.02 |
| Yayın Tarihi | 12.10.2023 |
| Revizyon Tarihi | - |
| Revizyon No | 00 |
| Sayfa No | 13/27 |

* **Sıvı Sabun:** Tüm polikliniklerde, lavabolarda, birimlerde sabunlukların olduğu her yerde kullanılır.
* **Yıkama Cihazı Deterjanı:** Yerleri temizlemede ve yıkamada kullanılan yıkama cihazında kullanılır.

**8.8. Temizlik Bezlerinin Renklerine Göre Kullanım Alanı**

**Sarı Bez:** Bütün ıslak alanlar (tuvalet hariç) banyo, duş, küvet, armatür

**Kırmızı Bez:** Tuvaletler klozet, pisuar

**Mavi Bez:** bütün kuru alanlar, bilgisayar, masa, dolap, cam, cam önü, kapı kolları vb temizliğinde kullanılmalıdır.

**Yeşil Bez:** Buzdolabı iç yüzeyleri

**Beyaz Bez:** Paravanlar

**8.9. Çamaşır Suyunun Hazırlanması**

* Yüzey dezenfektanı olarak 1/100’lük çamaşır suyu hazırlanmalıdır. (1lt suya 10cc çamaşır suyu)
* Kan ve vücut sıvılarının temas ettiği yüzeylerin temizliğinde 1/10’luk çamaşır suyu hazırlanmalıdır. (1lt suya 100cc çamaşır suyu).
* Paspaslama işlemi 1/100 (15 litre suya 1 pet bardağı çamaşır suyu (150 ml)
* Yüzey temizliği 1/100 (5 litre suya yarım çay bardağı çamaşır suyu (50 ml)
* Kan ve diğer vücut sıvılarında: 1/10 (1 litre suya bir çay bardağı çamaşır suyu (100 ml))
* Kan diğer vücut sıvıları ile bulaş durumunda 1,5 litrelik pet şişeye 1,5 çay bardağı çamaşır suyu kalan kısma su konularak solüsyon hazırlanır, kullanılır.

**8.9.1. Hızlı Yüzey Dezenfektanının Kullanımı**

• Ünitlerde; kreşuar ve ünit kollukları, ünit tablaları, reflektör kolu, ünit asistan paneli, ağız içi hava su spreyi dezenfekte edilmelidir. Kan ve vücut sıvılarıyla kontamine olmuş yüzeyler acil dezenfekte edilmesi gereken durumlarda ve her hastadan sonra kullanılır.

* Sprey halindeki dezenfektan yüzeye sıkılır ve 5 dakika beklenir.
* Yüzeyde fazla dezenfektan sprey varsa havlu kâğıt ile silinir.
* Bu işlemler maske ve eldiven takılarak yapılır.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| amblem, logo, simge, sembol, ticari marka içeren bir resim  Açıklama otomatik olarak oluşturuldu**Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi** **Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi Enfeksiyon Kontrol ve Önleme Programı** | Doküman No | SEN.YD.02 |
| Yayın Tarihi | 12.10.2023 |
| Revizyon Tarihi | - |
| Revizyon No | 00 |
| Sayfa No | 14/27 |

**8.10. Denetleme**

Merkezde yer alan tüm birimler ilgili talimatlar çerçevesinde temizlenerek gerekli formlar doldurulur ve Birim Sorumluları ve Enfeksiyon Kontrol Ekibi tarafından denetlenir.

**Dezenfeksiyon:** Cansız maddeler ve yüzeyler üzerinde bulunan patojen mikroorganizmaların dirençli olanlar hariç yok edilmesidir.

**Sterilizasyon :** Herhangi bir maddenin ya da cismin birlikte bulunduğu tüm mikroorganizmaların her türlü canlı ve aktif şekillerinden arındırılmasıdır.

**Asepsi:** Kısaca asepsi tüm mikroorganizmaların yokluğudur. Hasta ile temasa gelecek tıbbi araç gereçleri, enfeksiyon ajanlarından arıtmak ve her türlü kirlenme yollarının ortadan kaldırılması için alınan tedbirlerin hepsidir. Kurumumuzda kullanılan Aseptik teknikler, sterilizasyon, dezenfeksiyon işlemleri ve antisepsi uygulamalarını içerir.

**Antisepsi:** Vücut yüzeyindeki canlı mikroorganizma sayısının antiseptik madde kullanılarak indirgenmesidir.

**Dekontaminasyon:** Dezenfeksiyon ya da sterilizasyon öncesinde fiziksel ve/veya kimyasal yöntemlerden oluşan ön temizlik işlemi ile bir yüzey veya malzemeden organik madde ve patojenlerin uzaklaştırılarak malzeme ya da yüzeyin herhangi bir kişisel koruyucu kullanmadan elle tutulabilir hale getirilmesidir.

**Dezenfektan**: Dezenfeksiyon işlemini yapan maddelerdir.

**İndikatör**: Ölçme aracıdır. Gösterge anlamına da gelmektedir. Sterilizasyonun etkinliğinin göstergesidir.

**Enzimatik Solüsyon:** Kullanılmış cerrahi aletlerdeki kan ve doku atıklarının parçalanmasını ve kolay temizlenmesini sağlayan solüsyondur.

**Sterilizasyon Ünitesi Alanları:** Kirli alan, Temiz alan, Steril alan olmak üzere üç bölümden oluşur. Bu bölgelerin temizliği temiz alandan kirli alana doğru yapılır ve Temizlik Talimatına göre yapılır.

**Kirli Alan:** Sterilitesi bozulmuş aletlerin üniteye kabul edildiği, alet ve malzemelerin sınıflandırıldığı, temizlendiği ve dekontamine edildiği alandır.

**Temiz Alan:** Dekontamine olmuş, temiz alet ve malzemelerin kontrol ve bakımlarının, sterilizasyon için paketlenme işlemlerinin yapıldığı, steril olmak üzere paketlenmiş malzemelerin depolandığı alanı kapsar. Steril olacak alet ve malzemelerin beklemesi, yüklenmesi, sıraya girmesi için ayrılmış olan alandır.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| amblem, logo, simge, sembol, ticari marka içeren bir resim  Açıklama otomatik olarak oluşturuldu**Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi** **Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi Enfeksiyon Kontrol ve Önleme Programı** | Doküman No | SEN.YD.02 |
| Yayın Tarihi | 12.10.2023 |
| Revizyon Tarihi | - |
| Revizyon No | 00 |
| Sayfa No | 15/27 |

**Steril Alan:** Steril malzemelerin ve otoklav cihazlarının bulunduğu alandır.

**9.İZOLASYON ÖNLEMLERİ**

İzolasyon: Enfekte ve kolonize hastalardan diğer hastalara, sağlık personeline ve refakatçilere mikroorganizmaların bulaşının önlenmesidir.

**9.1. Enfeksiyon Kaynağı**

* Hastanın kendi florası
* Diğer hastalar (enfekte, kolonize, taşıyıcı)
* Sağlık çalışanları
* Kronik taşıyıcılar
* Tıbbi aletler
* Su, hava gibi çevresel faktörler
* Yiyecekler
* Hasta ziyaretçileri
* Vektörler

**9.2. Enfeksiyöz etkenin kaynaktan yayıldığı yol**

* Damlacık
* Hava yolu
* Kan ve vücut sıvıları
* Delici kesici alet yaralanmaları

**9.3. Standart önlemler:** Tüm hastaların bakımında kan, vücut sıvıları (ter hariç) ve çıktılarına karşı ilk sırada uygulanacak önlemlerdir. Bu önlemlerin esası, temizlik ve riskli materyal ile teması engelleyecek uygun bariyerlerin kullanılmasıdır.

* Kan ve vücut sıvıları veya bütünlüğü bozulmuş deri ve mukoza ile temastan önce eldiven giyilmelidir.
* Temas sonrasında eldiven çıkarıldıktan sonra el hijyeni sağlanmalıdır.
* Hasta üzerinde kirli bir alandan temiz bir alana geçerken eldivenler değiştirilerek el hijyeni sağlanmalıdır.
* İki hasta bakımı arasında eldiven değiştirilmelidir.
* Kullanılan iğneler kılıfına geçirilmemeli, ucu bükülmemeli, delici kesici atık kutusu içerisinde biriktirilmelidir.
* Vücut sıvı veya salgılarının çevreye sıçrama veya yayılma ihtimali olan durumlarda eldivene ek olarak diğer kişisel korunma malzemeleri (önlük, maske, siperli maske veya gözlük) kullanılmalıdır.
* Kan ve diğer vücut sıvı/salgılarının çevreye sıçrama/püskürme ihtimali olan durumlarda cerrahi maske + gözlük veya siperli maske kullanılmalıdır.
* Hastaların vücut sıvı/salgıları ile kirlenmiş yüzey/malzemelerle temas ederken eldiven giyilmeli, eldiven çıkarıldıktan sonra el hijyeni sağlanmalıdır.
* Kirli malzemelerin transferi, ortamda kontaminasyonuna neden olmayacak şekilde yapılmalıdır.
* Vücut sıvı ve salgıları ile kirlenme ihtimali olan yüzeyler yakınında yiyecek-içecek saklanmamalı ve bir şeyler yenilip içilmemelidir.
* Bu önlemler tüm hastalar için uygulanmalıdır.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| amblem, logo, simge, sembol, ticari marka içeren bir resim  Açıklama otomatik olarak oluşturuldu**Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi** **Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi Enfeksiyon Kontrol ve Önleme Programı** | Doküman No | SEN.YD.02 |
| Yayın Tarihi | 12.10.2023 |
| Revizyon Tarihi | - |
| Revizyon No | 00 |
| Sayfa No | 16/27 |

**9.4. Standart Önlemler Güvenli Enjeksiyon Uygulamaları**

* Her tür parenteral enjeksiyon sırasında steril, tek kullanımlık enjektör kullanılmalı, bir kez kullanılmış veya herhangi bir nedenle sterilitesi bozulmuş enjektörler kesinlikle kullanılmamalıdır.
* Kullanım sonrasında iğne uçları enjektörden ayrılmamalı, uçlarına kılıf takılmamalı, kıvrılıp bükülmemeli, enjektörler uçları ile özel kesici-delici alet kutularına atılmalıdır.
* Delici kesici alet kutusu ¾ oranında doldurulmalı, enfeksiyon açısından 72 saat sonunda dolmasa bile tıbbi atığa teslim edilmelidir.

**9.5. Enfeksiyonu şüpheli veya doğrulanmış olan hastalar**

* Kurumumuzda hastalardan örnek alarak gerekli laboratuvar tetkiklerinin yerine getirilemediği için her hastanın enfekte olduğu kabul edilerek personel tarafından standart koruyucu önlemlerin alınması zorunlu bir uygulamadır.
* Hastanın tanısına ve infeksiyonu olup olmadığına bakılmaksızın bütün hastalara uygulanan önlemler bu hastalara da uygulanır.

**9.6. Bilinen bir bulaşa maruz kalmış veya zayıf bir İmmün savunmaya sahip sağlık personeli**

Sağlık personeli, bulaşıcı bir hastalık taşıdığında gerekli önlemlerin alınması konusunda sorumludur. Hastalık türüne ve tahmini bulaşma riskine göre, önlemlerin ayarlanması veya hastalarda diş tedavilerinin (bir süreliğine) durdurulması gerekli olabilir.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| amblem, logo, simge, sembol, ticari marka içeren bir resim  Açıklama otomatik olarak oluşturuldu**Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi** **Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi Enfeksiyon Kontrol ve Önleme Programı** | Doküman No | SEN.YD.02 |
| Yayın Tarihi | 12.10.2023 |
| Revizyon Tarihi | - |
| Revizyon No | 00 |
| Sayfa No | 17/27 |

**9.7. Koruyucu Ekipmanların Giyilme ve Çıkartılma Sırası ve Kuralları**

|  |  |
| --- | --- |
| **GİYME SIRASI** | **ÇIKARMA SIRASI** |
| **1. Önlük Giyilmesi**: Önlük malzemesi uygulanacak işleme göre seçilmelidir. Uygun tip ve boyutta olmalı, arkadan bağlanmalıdır. Eğer çok küçük ise biri önden diğeri arkadan iki tane önlük giyilmelidir. | **1.Eldiven Çıkartılması:** Elin üzerinden sıyrılarak içi dışına çevrilmeli, diğer eldivenli el ile tutulmalı, eldivensiz parmakla bilekten diğer eldiven sıyrılmalı, içi dışına çevrilerek her iki eldivenden oluşan küçük bir torba şeklinde atılmalıdır. |
| **2. Maske Takılması:** Burnu, ağzı ve çeneyi tamamen içine almalıdır. Yüze uygunluk tam olmalıdır. Maske takıldıktan sonra tükürük veya sekresyonla ıslandığı zaman değiştirilmeli, tekrar ve ortak kullanılmamalıdır. | **2.Gözlük- Yüz Koruyucusu Çıkartılması:** Eldivensiz el ile çıkarılmalıdır. |
| **3. Gözlük- Yüz Koruyucusu Giyilmesi:** Gözleri ve yüzü tam olarak kapatmalı, yüze uygunluk tam olmalı, yüze oturmalı ancak sıkmamalıdır. | **3.Önlük Çıkartılması:** Omuz kısımlarından tutulmalı, kontamine dış yüz içe doğru çevrilmeli, yuvarlayarak katlanmalı, çıkarıldığında sadece temiz taraf görünmelidir. |
| 1. **4. Eldiven Giyilmesi:** Eldivenler en son giyilmeli, doğru tip ve boyutta eldiven seçilmeli, eldiven giymeden önce eller yıkanmalı veya el dezenfektanı ile ovalanmalı, önlüğün kol manşetleri üzerine çekilmelidir. Eldiven giyildikten sonra, temizden kirliye doğru çalışılmalı, eldiven ile çalışırken kendine ve çevreye kontamine temas sınırlanmalı, eldivenler tekrar kullanılmamalı, eldiven çıkartıldıktan sonra el hijyeni sağlanmalı, eldiven üzerine el dezenfektanı uygulanmamalı veya eldivenli eller yıkanmamalıdır.
 | **4.Maske Çıkartılması:** Maske bağları (önce alttaki) çözülür, maskenin ön yüzü kontamine olduğu için elle temas etmemelidir, bağlardan tutularak atılır. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| amblem, logo, simge, sembol, ticari marka içeren bir resim  Açıklama otomatik olarak oluşturuldu**Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi** **Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi Enfeksiyon Kontrol ve Önleme Programı** | Doküman No | SEN.YD.02 |
| Yayın Tarihi | 12.10.2023 |
| Revizyon Tarihi | - |
| Revizyon No | 00 |
| Sayfa No | 18/27 |

**10. BİLDİRİMİ ZORUNLU HASTALIKLARIN ULUSAL SÜRVEYANS VE KONTROL SİSTEMİNE BİLDİRİLMESİ**

**9.1. Bulaşıcı Hastalıklar Bildirimi**

Ülkemizde tüm sağlık hizmet sunucuları tarafından verilen sağlık hizmetleri sonucunda üretilen sağlık verileri (ESK=Elektronik Sağlık Kayıtları), kurumların kullanmakta oldukları HBYS (Hastane Bilgi Yönetim Sistemi) ve AHBS’ler (Aile Hekimliği Bilgi Sistemi) aracılığı ile Sağlık Bakanlığı’nın merkezi bilgi sistemine (Sağlık.NET-Online) aktarılmaktadır. Bu veri aktarımı Bakanlık tarafından tanımlanmış olan standartlar (Minimum Sağlık Veri Seti) ve iş kuralları çerçevesinde gerçekleşmektedir. Merkezimizde sürveyans faaliyeti ve kaydı yapılmamaktadır.

* 1. **Hastanelerde Sürveyans Faaliyeti ve Verilerin Kaydı**
* Hastane enfeksiyonlarının tespitinde aktif ve prospektif sürveyans tercih edilir.
* Sürveyans; hastanede yatan hastaların tamamında, bütün hastane enfeksiyonlarına yönelik yapılır. Tüm klinikler ve yoğun bakım ünitelerini kapsar.
* Sürveyans yoğun bakımlarda hasta temelli, diğer kliniklerde laboratuvar temelli olarak yapılır. ÖZEL Hastanelerde: Sürveyans çalışmaları yapılırken, T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans ve Kontrol Birimi’nin tanım ve tanı kriterleri kullanılır.
* Tanı konulan olgular bu amaçla kullanılmakta olan Hastane Enfeksiyonu İzlem Formu ‘na kayıt edilir.
* Doldurulan formlar enfeksiyon kontrol hemşiresi tarafından T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı Ulusal Hastane Enfeksiyonları sürveyans (UHESA) yazılım programına online olarak girilir.

Ulusal hastane enfeksiyonları sürveyans yazılım programından enfeksiyon kontrol ekibi tarafından elde edilen veriler, her üç ayda bir enfeksiyon kontrol komitesine sunulur. Enfeksiyon kontrol komitesi bu bilgileri değerlendirdikten sonra yönetime ve ilgili kliniklere bildirir. Gerektiğinde Düzenleyici Önleyici Faaliyet başlatılır.

* Gerekli bulunan durumlarda prevelans çalışması yapılır.
1. **AKILCI İLAÇ KULLANIMI**

İlaç, insanları hastalıklardan korumak, tedavi etmek, teşhis koymak, bir fizyolojik fonksiyonu düzeltmek veya insan yararına değiştirmek amacıyla kullanılan, genellikle bir ve kombinasyon halinde doğal ve sentetik kaynaklı maddelerden formüle edilmiş etkin maddeler içeren, uygulanacağı doza göre hazırlanmış üründür.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| amblem, logo, simge, sembol, ticari marka içeren bir resim  Açıklama otomatik olarak oluşturuldu**Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi** **Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi Enfeksiyon Kontrol ve Önleme Programı** | Doküman No | SEN.YD.02 |
| Yayın Tarihi | 12.10.2023 |
| Revizyon Tarihi | - |
| Revizyon No | 00 |
| Sayfa No | 19/27 |

Fakat ilaçların uygulanmasında tanı, ilaç seçimi, doz, farmosötik form, uygulama yolu, uygulama zamanı gibi ilacı ilgilendiren süreçlerde gerçekleşebilecek her bir hatanın insan hayatına mal olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Akılcı ilaç kullanımı, bir hastalığın önlenmesi, kontrol altına alınması veya tedavi edilmesi için bir ilacın kullanılmadan önce mutlaka doğru ilaç, doğru hasta, doğru doz, doğru zaman, doğru yol (oral, im, iv gibi), doğru kayıt, doğru değerlendirme, doğru eğitim, ilaç yaklaşımı ve reddetme hakkı, doğru ilaç-ilaç etkilerimi ve değerlendirmesi olduğundan emin olmaktır.

* Akılcı İlaç Kullanımı ilkeleri ise;
* Etkililik
* Güvenlilik
* Uygunluk
* Maliyet

**Diş Hekimliğinde Profilaktik Antibiyotik Kullanımı**

Diş hekimliği uygulamalarında profilaktik antibiyotik kullanımı iki hasta grubunda düşünülür; birinci grup hastalarda, planlanan cerrahi girişim öncesinde, girişim bölgesinde oluşabilecek enfeksiyonu kontrol altına almak amacıyla antibiyotik kullanılabilir. Geniş alanlı cerrahi işlem gerektiren olgular yanı sıra, özellikle kemoterapi gören, immunosupresif ilaç alan ve bazı diabet hastaları bu grup içerisinde sayılabilir.

İkinci grup hastalar, uygulanacak girişim sırasında oluşacak bakteriyemi nedeniyle özel dikkat isteyen hastalardır. Diş hekimliği pratiğinde kanamaya neden olan bütün işlemler, hasta kan dolaşımında geçici bir bakteriyemi oluşturur. Bakteriyemi, her türlü cerrahi müdahale sırasında oluştuğu gibi, diş taşı temizliği, kron preperasyonu, ortodontik bant yerleştirilmesi gibi invaziv sayılmayacak pek çok işlem yapılırken de ortaya çıkabilir. Diş hekimliği uygulamalarında ağızdaki dokularının kanamasına bağlı olarak gelişen bakteriyemi geçici bir tablodur ve nadiren 15 dakikadan daha uzun sürer. Sağlıklı bireylerde bu durum herhangi bir sorun yaratmaz ve bir terapötik yaklaşımı gerekli kılmaz. Sağlıklı bireylerde bu durum herhangi bir sorun yaratmaz

ve bir terapötik yaklaşımı gerekli kılmaz. Ancak bazı hastalarda, oral bakterinin hematolojik yayılımı, vücudun diğer organlarında “metaztazik” enfeksiyonların gelişmesine neden olabilir. Bu grup içerisinde bakteriyel endokardit riski taşıyan hastalar ile bazı eklem protezi taşıyan hastalar yer alırlar. Oluşacak bakteriyeminin hasta için bazen hayati risk taşıyabileceği bu durumların önlenebilmesi için, preoperatif, profilaktik antibiyotik kullanılması endikedir. Geniş bölgede cerrahi girişim planlanan hastalarda; bozulmuş ya da suprese edilmiş konak direnci nedeniyle, dental prosedürler öncesi profilaktik antibiyotik kullanımının endike olduğu birinci grup hastalarda; kullanılacak antibiyotik cinsi ve dozajı, yapılması düşünülen işlemler, hastanın sistemik durumu ve dokuların durumu göz önüne alınarak planlanır. Bu grup hastalarda hekim, olgunun özelliklerini dikkate alarak karar vermek durumundadır. Dental prosedürden hemen önce uygulanacak antiseptik ağız gargaraları, çalışma sırasında oluşacak bakteriyemi insidansını ve boyutunu azaltır. Prosedürden hemen önce, hastanın ağzı klorheksidin veya povidon-iodine gargara ile 30 saniye süreyle çalkalatılabilir. Dirençli suşların oluşabileceği düşüncesiyle bu uygulama çok sık ve uzun süreli yapılmamalıdır.

Hastada birkaç seans çalışılacaksa, dirençli bakteri oluşum potansiyelini azaltmak ve ağzın normal florasını temin etmek amacıyla randevular arası süre ayarlanmalıdır. Ancak seans sayısını asgaride tutmaya çalışmak uygun olacaktır. Bazı dental prosedürlerde beklenmeyen kanamalar oluşabilir. Hayvan deneylerinde elde edilen bilgiler, bu gibi durumlarda, işlemden hemen sonra, iki saat içerisinde antibiyotik verilmesinin, etkin profilaksi sağladığını ortaya koymuştur. Dolayısıyla, önceden premedike edilmemiş risk grubu hastalarda, dental işlem sırasında beklenmeyen bir kanama görülmesi durumunda, iki saat içerisinde antibiyotik verilmesi uygun olacaktır.

Özel durumlarda herhangi bir tereddüte yer vermemek amacıyla, hastanın hekimi ile diyalog kurup konuşmak tavsiye edilir. Dolayısıyla, diş Geçici bakteriyemi, diş hekimliği uygulamalarının pek çoğunda kaçınılmaz olarak karşılaşılan bir tablodur. Bu durumun ciddi sorunlar yaratabileceği risk taşıyan hasta grupları, genellikle dikkatli bir anamnez taramasında belirlenebilir. Bakteriyel endokardit veya metastazik enfeksiyon riski olduğu düşünülen olgularda uygun premedikasyon ciddi sorunların önlenmesi bakımından önemli bir yaklaşımdır. Gerek bakteriyel endokardit ve gerekse eklem protezi enfeksiyonu riski taşıyan hastalarda profilaktik antibiyotik kullanımı konusunda, zaman zaman literatürde değişik görüşlere rastlamak mümkündür. Risk grubu hastalarda profilaktik premedikasyonun gerekliliği ve koruma etkinliğini tartışan yayınlarda farklı değerlendirmeler öne sürülebilmektedir. Ancak konunun hayati tehlike arz edebilmesi nedeniyle, her türlü tartışmayı giderebilecek geniş çaplı kıyaslamalı deneyler yapılması söz konusu olamamaktadır. Risk grubu hastalarda premedikasyon yapılmadan cerrahi girişimde bulunup sonuçlarını gözlemek ve böylelikle kesin yargılara ulaşmak imkansızdır. Hekimliği pratiğinde hukuki ve etik hekim sorumluluğu, uluslararası kuruluşlarca belirlenip yayınlanan standartlara uymak gerekliliğini vurgulamaktadır.

**11. ÇALIŞANLARIN MESLEKİ ENFEKSİYONU**

Sağlık çalışanlarının meslek riskleri içinde ilk akla gelenler enfeksiyon ve delici kesici alet yaralanmaları olmakla birlikte, radyasyon, toksik-kimyasal maddeler, biyolojik ajanlar, ısı,

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| amblem, logo, simge, sembol, ticari marka içeren bir resim  Açıklama otomatik olarak oluşturuldu**Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi** **Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi Enfeksiyon Kontrol ve Önleme Programı** | Doküman No | SEN.YD.02 |
| Yayın Tarihi | 12.10.2023 |
| Revizyon Tarihi | - |
| Revizyon No | 00 |
| Sayfa No | 20/27 |

gürültü gibi fiziksel ajanlar, kas-iskelet sistemi sorunları, stres, şiddet ve kötü muamele gibi faktörler de sağlık personelinin sağlığını tehdit etmektedir.

**11.1. Hasta Kanı veya Diğer Vücut Sıvıları ile Temas Eden Sağlık Personelinin Alması Gereken Önlemler**

Merkez içerisinde herhangi bir personelin delici, kesici aletlerle yaralanmaması için kesici delici aletler izolasyon önlemlerine uygun şekilde toplanır. Hizmet içi eğitimlerle tüm personel kan yoluyla bulaşan hastalıklar konusunda bilgilendirilir. Delici kesici herhangi bir aletle yaralanma durumunda, yaralanan personel Enfeksiyon Birim Sorumlusuna haber verir. Yaralanma sonrası temas bölgesi su ve/veya sabunla yıkanır. Mukoza temaslarında temas bölgesinin bol su ile yıkanması yeterlidir. Temas bölgesi sıkma, emme, kanatmaya çalışma vb. yöntemlerle kesinlikle travmatize edilmemelidir. Normal yara bakımı dışında ek bir önleme gerek yoktur. Personelin delici kesici batıcı aletlerle yaralanması durumunda Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi tarafından İstenmeyen Olay Bildirim Formu doldurulur. Takip gerektiren personel Enfeksiyon Birim sorumlusu tarafından takip programına alınır. Enfekte materyalle yaralanma sonrasında kaynak kişide hepatit B, hepatit C ve HIV araştırılır. Kaynak kişide bu enfeksiyonlar saptanmazsa yaralanma sonrası temas bölgesi su ve sabunla yıkanır. Mukoza temaslarında temas eden bölgenin bol su ile yıkanması yeterlidir. Temas bölgesi sıkma, emme, kanatmaya çalışma ve bunun gibi yöntemlerle travmatize edilmemelidir. Normal yara bakımı dışında ek bir önleme gerek yoktur. Delici kesici alet yaralanmalarında ileri tetkik ve tedaviler Enfeksiyon Hekiminin yönlendirmelerine göre yapılır. Yaralanmalardan korunmalarda standart önlemlere uyulmalı, her hastaya enfekte olduğu düşünülerek yaklaşılmalı, kanla, her tür vücut sıvısı ve ter dışında her tür vücut salgısı ile mukoza ve bütünlüğü bozulmuş ciltle temas sırasında eldiven giyilmeli eldiven çıkarıldıktan sonra eller yıkanmalıdır. Uygun koşullarda el hijyeni antiseptik kullanılarak da sağlanabilir. Hastanın sekresyonlarının etrafa sıçrama ihtimalinin olduğu durumlarda ek olarak bariyer önlemler alınmalıdır (yüz koruyuculu maske, gözlük, önlük, bone vb.). Bulaşıcı hastalıklardan korunmak için kişisel korunmaya yönelik ekipmanlar birimlerin taleplerine göre satın alma komisyonu tarafından temin edilir.

**11.2. Bağışıklama İlkeleri**

Bağışıklama aktif ve pasif olarak yapılabilir. Aktif bağışıklamada aşılar kullanılırken, pasif bağışıklamada serum ve immünoglobulin kullanılmaktadır İşe yeni başlayan personelin HbsAg ve Anti-Hbs tetkikleri yapılır. Anti Hbs'si (-) olanlar Hepatit B aşısı programına alınır. Hepatit Aşı Programına alınan çalışanlar ikametlerinin bulunduğu aile hekimliklerine yönlendirilerek hepatit aşılarının yaptırılması sağlanır. Çalışanların, Çalışan Güvenliği Ekibi ile yıllık olarak hazırlanan **Hasta ve Çalışan Güvenliği Risk Değerlendirme** Planı’na göre sağlık taramaları gerçekleştirilir.

Tüm personel önlenebilir olan bu hastalıklar için aşılanmalıdır. Sağlık personelinin aşılanması kuvvetle önerilen aşılar hepatit B, influenza, kızamık, kızamıkçık, kabakulak ve suçiçeğidir. Sağlık personelinin aşılanması önerilen hastalıklar ise tüberküloz, hepatit A, meningokok, polio, kuduz, tetanoz, difteri, tifo, boğmaca, çiçek ve pnömokoktur. Sağlık personeline birçok hastalık (sıtma, viral hemorajik ateş, vb.) kan yoluyla bulaşabilse de, esas olarak hepatit B, hepatit C ve insan immün yetmezlik virüsü (HIV) sağlık personelinin sağlığını tehdit eden kan yoluyla bulaşan etkenlerdir. Kan yoluyla bulaşan hastalıklardan Korunmak için personelin eğitimi, standart önlemlere tam uyumun sağlanması, güvenli aletlerin kullanımı, uygun çalışma ortamı, iş yükünün azaltılması ve bağışıklama önemlidir.

**11.2.1.Hepatit B Virüs (HBV) Enfeksiyonu**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| amblem, logo, simge, sembol, ticari marka içeren bir resim  Açıklama otomatik olarak oluşturuldu**Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi** **Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi Enfeksiyon Kontrol ve Önleme Programı** | Doküman No | SEN.YD.02 |
| Yayın Tarihi | 12.10.2023 |
| Revizyon Tarihi | - |
| Revizyon No | 00 |
| Sayfa No | 21/27 |

Sağlık personelinin hepsi HBV enfeksiyonuna karşı bağışık olmalıdır. Üç doz (0, 1, 6. aylar) aşı yapılmalıdır. Aşı programı tamamlandıktan ortalama iki ay sonra serolojik çalışma yapılmalı ve anti-HBs düzeyi 10 IU/ml altında ise tekrar 3 doz aşılama yapılmalıdır. Eğer yine koruyucu antikor düzeyi sağlanamazsa, temas sonrası profilaksi programı uygulanmalıdır. Aşıya yanıtsız personelde iş kısıtlamasına gerek yoktur. Aşı programı tamamlanan ve bağışıklık gelişen personelde rapel doza gerek yoktur.

**11.2.2. Hepatit C Virüs (HCV) Enfeksiyonu**

Temas sonrası immünglobulin veya interferon tedavisi faydalı değildir. Henüz aşısı da yoktur. Temas sonrası sağlık personelinin temel serolojisi ve ALT düzeyine bakılmalıdır. Daha sonra 3 ve 6. aylarda test yaptırılmalıdır. Kronik Hepatit C enfeksiyonu olan sağlık çalışanı işine devam etmekle birlikte, aseptik teknik, el yıkama ve bariyer önlemleri gibi standart önlemleri almalıdır.

**11.2.3. İmmün Yetmezlik Virüs (HIV) Enfeksiyonu**

Yaralanmada en kısa süre içinde, tercihen dört saat içinde ikili veya üçlü antiretroviral tedavi başlanmalıdır. Tedavi mutlaka enfeksiyon hastalıkları uzmanı görüşü alınarak uygulanmalıdır. Profilaksi dört hafta verilir. Serokonversiyon için altı ay (altıncı ve 12. hafta ve altıncı ay) hasta takip edilmelidir. Altıncı ayın sonunda anti-HIV testi negatif ise testin tekrarlanmasına gerek yoktur, ancak kaynak hem HCV hem de HIV pozitif ise takip 12 ay sürdürülmelidir.

**11.2.4. Kızamık**

Kızamık aşısı, ya da kızamık kadar kızamıkçık ya da kabakulağa da hassas olduğu düşünülür ise MMR seçilecek aşıdır. İnkübasyon periyodu 5-21 gündür. Bulaştırıcılık prodrom döneminden başlar, döküntülerden sonra 3-4 gün devam eder. Bağışık olmayan sağlık personeline temas sonrası 72 saat içinde aşı önerilir. İmmünoglobulin uygulanması sporadik olgularda temas sonrası 6 gün içinde yapılmalıdır, ancak salgınlarda önerilmez. Kızamık geçiren personel, döküntüler başladıktan sonraki 7 gün süresince izinli sayılmalıdır.

**11.2.5. İnfluenza**

İnkübasyon periyodu 1-5 gündür. Bulaştırıcılık semptomların başlamasında 24 saat önce başlar ve semptomların devam ettiği sürece devam eder.

Aşı her yıl Eylül-Ekim aylarında uygulanmalıdır. Aşının koruyuculuğu 2 hafta sonra başlar. Koruyuculuk tam olmadığı için (gençlerde %70-80, yaşlılarda %30-40) influenza geçiren hastalara bakım verirken damlacık izolasyonu önlemlerine dikkat edilmelidir.

Pandemik influenza açışından personelin maske, eldiven kullanımı ve el hijyeni ile sosyal mesafe kuralları ekstra önem arz etmektedir.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| amblem, logo, simge, sembol, ticari marka içeren bir resim  Açıklama otomatik olarak oluşturuldu**Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi** **Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi Enfeksiyon Kontrol ve Önleme Programı** | Doküman No | SEN.YD.02 |
| Yayın Tarihi | 12.10.2023 |
| Revizyon Tarihi | - |
| Revizyon No | 00 |
| Sayfa No | 22/27 |

**11.2.6. Tetanos-difteri**

Primer bağışıklamada üç doz (bir ay arayla iki doz, 6-12 ay sonra üçüncü doz) önerilir. Sonraki yıllarda 10 yılda bir rapel önerilir.

**11.2.7. Tüberküloz**

Sağlık çalışanlarında tüberküloz riski genel topluma göre yüksektir. BCG Türkiye’de çocukluk çağı aşı programı içindedir, ancak BCG’nin koruyuculuğu kesin değildir. Bu nedenle aktif pulmoner veya larengeal tüberkülozu olan olgulara karşı solunum izolasyonu önlemleri alınmalı ve enfekte kişilere koruyucu tedavi verilmelidir.

Aktif pulmoner veya larengeal tüberkülozu olan personel bulaştırıcılık ortadan kalkana kadar izinli sayılmalıdır. İşe başlamadan önce personelin yeterli tedavi aldığından emin olunmalı, öksürüğü olmamalı ve değişik günlerde alınan 3 balgam kültürü negatif olmalıdır.

**11.2.8. Hepatit A Virüs (HAV) Enfeksiyonu**

HAV fekal oral yolla bulaşan bir enfeksiyondur. İnkübasyon periyodu 15-50 gündür. Bulaştırıcılık sarılık gelişmeden önce en fazladır ve sarılık geliştiğinde en aza iner. Bulaş riski hasta bakım alanlarında yeme ve içme, el hijyenine dikkat etmeme, hasta ve yakınları ile yiyecek, içecek veya sigara paylaşımı ile artmaktadır. Sağlık personeline temas öncesi rutin hepatit A aşısı yapılmasına veya Hepatit A’lı hastalara bakım veren personele İmmünoglobulin uygulanmasına gerek yoktur.

Aşı yüksek endemisite bölgelerinde HAV ile enfekte yeni doğanlara bakım veren personele veya HAV’a maruz kalan araştırma laboratuvarlar çalışanlarına önerilir. İmmünoglobulin salgın durumlarında bu hastalara bakım veren personele önerilebilir. HAV enfeksiyonunun bulaşının önlenmesinde temizlik ve hijyen koşullarına uyulması temel kuraldır.

**11.2.9. Hastane Kaynaklı Stafilokok Enfeksiyonları**

S.Aureus en sık olarak buruna yerleşir ve nazal taşıyıcılık yapar. Bir sağlık kuruluşunda stafilokokların bulaşmasına en büyük sebep sağlık çalışanlarının elleridir. Metisilin Dirençli StaphylococcusAureus (MRSA)’nun eradikasyonunu sağlamak mümkün olmadığından yayılımını minimale indirmek amaçlanmalıdır.

**Bu amaçla şu tedbirler alınmalıdır:**

* MRSA ile enfekte hastalar izole edilmeli, gerekirse ayrı odalar oluşturulmalı
* Hasta ve hastanın yakın çevresiyle temastan önce ve sonra eller el hijyeni talimatına uygun yıkanmalı
* Kontamine materyal ile temas edileceği zaman tek kullanımlık eldiven kullanılmalı

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| amblem, logo, simge, sembol, ticari marka içeren bir resim  Açıklama otomatik olarak oluşturuldu**Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi** **Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi Enfeksiyon Kontrol ve Önleme Programı** | Doküman No | SEN.YD.02 |
| Yayın Tarihi | 12.10.2023 |
| Revizyon Tarihi | - |
| Revizyon No | 00 |
| Sayfa No | 23/27 |

* Burun dışındaki bölgelerde eradikasyon sağlamak zordur. Burun bölgesine uygulanacak en uygun pomadmupirosin (bactroban) veya basitrasin içeren pomatlardır. Stafin, gentamisin vb. sistemik olarak da kullanılan antibiyotikli pomatlar kolay direnç geliştireceğinden uygun değildir.
* Oral tedavi ajanları, TMP-SMX, siprofloksasin, rifampisin, minosiklin, novobiosin olarak seçilebilir. Topikal tedavi oral tedaviyle beraber kullanılabilir. Burun taşıyıcısı personelin ancak mupirosin kullanarak çalışmasına izin verilir. Mupirosin 24 saatte readikasyonu sağlar.
* Enfeksiyon tedavisinde ilk seçenek vankomisin veya telikoplanin olabilir. Duyarlılık varsa aminoglikozitler ve rifampisin kullanılabilir.
* Bunların dışında hastalara günlük bakım, el sıkışma, karşılıklı konuşma, aynı odada

bulunma gibi faaliyetler sırasında pandemik influenza açısından mümkünse sosyal mesafe, maske kullanımı ve el hijyeni kurallarına uyulması önem taşır.

 **12**.**TESİS KAYNAKLI ÇALIŞMALARDA ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİ**

Tesis kaynaklı çalışmalarda gerekli enfeksiyon önlemlerinin alınması sağlanır. Yapım onarım çalışmalarında tadilattaki bölüme giriş çıkışlar kontrollü yapılır. Hastanın tanısına ve infeksiyonu olup olmadığına bakılmaksızın bütün hastalara uygulanan önlemlerdir.

* Hasta tedavisi esnasında gözleri, burnu ve ağzı mukoza membranından, kan ve tükürük damlacıklarından korumak için cerrahi maske, gözlük ya da siperlik takılmalı ve önlük giyilmelidir.
* İşlem sırasında eldiven delindiği ve maske ıslandığı zaman değiştirilmelidir.
* Hastaya tek kullanımlık kâğıt önlük takılır ve yapılacak işleme göre hekim de koruyucu gözlüğü takmalıdır.
* Hastanın ağzını çalkalayacağı bardak tek kullanımlık olmalıdır.
* İşlem öncesi ve işlem sırasında aerosoldeki mikroorganizma sayısını azaltmak için hastaya ağzı çalkalattırılmalıdır
* Yüksek güçte tükürük emici kullanılmalıdır
* Keskin aletler ve iğnelerle personeli ve hastayı yaralanmayacak bir düzen içinde çalışılmalıdır.
* Her hasta arasında hızlı yüzey dezenfektanı ile kreşuar ve ünit kollukları, ünit tablaları, reflektör kolu, ünit asistan paneli, aeretör, mikro motor, hava-su spreyi temizlenmelidir.
* Kontamine materyalle (kan, vücut sıvıları, ter dışındaki sekresyonlar vb) temastan önce; eldiven, gerekli durumda maske ve göz koruması (gözlük veya yüz siperi) yapılır. Ancak temiz eşyalara veya bir diğer hastaya dokunmadan önce eldiven çıkartılıp el hijyeni sağlanır.
* Delici kesici alet yaralanmalarında enfeksiyon riskini önlemek amacıyla silinecek malzemeler (kanal eğesi, frez vb.) ön temizliği yapıldıktan sonra öncelikli olarak yüksek düzey dezenfektanda bekletilir, silindikten sonra sterilizasyon ünitesine gönderilir.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| amblem, logo, simge, sembol, ticari marka içeren bir resim  Açıklama otomatik olarak oluşturuldu**Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi** **Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi Enfeksiyon Kontrol ve Önleme Programı** | Doküman No | SEN.YD.02 |
| Yayın Tarihi | 12.10.2023 |
| Revizyon Tarihi | - |
| Revizyon No | 00 |
| Sayfa No | 24/27 |

* Enfeksiyon hekimi ve hemşiresi tarafından ayda bir tesis kontrolü yapılarak enfeksiyon uygulamalarına ilişkin uygulamalar izlenir, analizler yapılır ve gerekli iyileştirme çalışmaları başlatılır.
* Kesici, delici aletler kullanıldıktan sonra delinmeye dayanıklı uygun kaplara atılır. Kullanılan iğneler kılıfına geçirilmemelidir, ucu bükülmemelidir, bölümlerinden ayrılmadan bütün halde atılmalıdır.
* Kan ve vücut sıvılarıyla kirlenen malzemeler toplanırken eldiven giyilmelidir.
* Hasta bakım malzemeleri, başka hastalara ve çevreye kontamine edilmeden, eldiven giyilerek uzaklaştırılmalıdır.
* Poliklinikte protez kaşıkları steril poşetten hasta yanında çıkartılır.
* Hastanın ölçüsü alındıktan sonra musluk altında kan ve mukus kalıntısı akıtılır.
* Hızlı dezenfektan ile 3-4 puf sıkılır.
* Dezenfektanın sıkıldığına dair protez kartına işaret konulur.
* Dezenfektan madde sıkıldıktan sonra 30 saniye bekletilerek **disposible kapaklı kaplara konulur.**
* **Protez takip kartı poşetlenerek kabın üzerine zımbalanır veya kutunun içine konulur, laboratuvara gönderilir.**
* Protez yapım aşamalarında, provadan sonra ölçüde bulunan mukus kalıntıları musluk suyu yardımıyla temizlenir, yüzey dezenfektanından 3–4 puf sıkılır, takip kartına işaretlenerek protez laboratuvara gönderilir. Rencide etmeyecek şekilde not düşülerek belirtilmelidir.
* Teknisyen eldiven giyerek ölçüsünü döker.
* Kaşıkta kalan alginate tıbbi atık torbasına atılır.
* Alınan ölçü veya model hastaya gitmeden önce üzerine 3-4 puf hızlı dezenfektan sıkılıp **protez takip kartına işlenir**. **Kapaklı protez kabına konulur.**
* Ölçü kaşıkları temizlenmesi için alginate temizleme solüsyonu içinde bekletilir bol su ile durulanır, kurulanır sterilizasyon merkezine gönderilir.
* **Protez takip kartında bulaşıcı hastalığı belirtilen hastaların ölçü kaşıkları temizlenmesi için disposible kapta 1/10 oranında çamaşır suyunda 5 dakika bekletilir, durulanır, kurutulup steril merkezine gönderilir.**

 **Olağanüstü salgın, nadir görülen enfeksiyonlar gibi durumlarda** Enfeksiyon Kontrol komitesi tarafından incelemeler yapılarak izolasyon tedbirleri belirlenir.

 İl Sağlık Müdürlüğü ve Rektörlükten gelecek olan yazılar doğrultusunda hareket edilir ve koruma önlemleri alınır.

**13. DESTEK HİZMETLERİNDE ENFEKSİYONUN ÖNLENMESİ**

**13.1. Suların Kontrolü**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| amblem, logo, simge, sembol, ticari marka içeren bir resim  Açıklama otomatik olarak oluşturuldu**Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi** **Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi Enfeksiyon Kontrol ve Önleme Programı** | Doküman No | SEN.YD.02 |
| Yayın Tarihi | 12.10.2023 |
| Revizyon Tarihi | - |
| Revizyon No | 00 |
| Sayfa No | 25/27 |

**Kurumda su kullanımı yumuşatılarak yapılmaktadır.** Mevcut su deposunun her yılda 1 kez düzenli olarak bakımları ve temizlikleri yapılır. Yılda iki kez de mikrobiyolojik ve kimyasal olarak tetkikleri yaptırılır. Şehir şebeke suyunun haftalık klor oranları kontrolleri de gerçekleştirilir. Güvenilir temizlik malzemeleri ile lavabolar düzenli olarak temizlenir.

**13.2. Havalandırma Sistemi**

Havalandırma sistemleri, optimum sıcaklığı, nemi ve personelin ve hastaların sağlığını koruyacak ve hava akımını sağlayacak özellikte olmalıdır. Havalandırma sistemi, bakteri filtreleri ve klima sistemleri düzenli olarak kontrollerden geçirilir, bakımları sağlanır.

**13.3. Yapım-Onarım İşlemleri Sırasında Alınması Gereken Enfeksiyon Kontrol Önlemleri**

Hava yolu ile bulaşan mikroorganizmalar, genelde toz ve toprak kaynaklıdır. Özellikle hafriyat sırasında ortaya çıkan toprak ve toz içindeki bakteri veya mantarlar havalandırma ve su tesisatını kontamine ederek duyarlı kişilere ulaşmakta ve enfeksiyona neden olmaktadır. Merkezimizde inşaat, yapım ve onarım işlemleri sırasında ve sonrasında enfeksiyon riskini en aza indirmek için enfeksiyon Kontrol Komitesi kontrolünde gerekli düzenlemeler planlanır.

**13.4. Çamaşırhane Hizmetleri**

Merkezimizde çamaşırhane hizmetleri kapsamında sadece cerrahi işlemlerde kullanılan yıkanabilir örtüler ve box gömlekleri yıkanmaktadır. Kirliler birimlerdeki kirli sepetlerinde biriktirilip günlük olarak çamaşırhane birimine gönderilir. Çamaşırhanede yıkama ve kurutma yapılır. Paketleme ve sterilizasyon işlemleri Sterilizasyon Biriminde yapılır.

* Muayene ve ameliyat için kullanılan yeşiller her hastadan sonra değiştirilmelidir.
* Tüm çamaşırlar, makinelere ve çamaşırhane personeline zarar verecek kesici, delici ve batıcı materyallerden arındırıldıktan sonra çamaşırhaneye gönderilmelidir.
* Çamaşırhaneye yıkanmak üzere gönderilen çamaşırlardan enfekte olanlar kan, cerahat vb. ifrazatla bulaşık bulunanlar kırmızı tıbbi atık çöp poşeti içerisinde çamaşırhaneye teslim edilir.
* Kliniklerde kullanılan yıkanılabilir önlük ve yeşiller klinik personeli tarafından ağzı kapalı bir şekilde malzeme asansörünün kirli kısmına koyulur. Çamaşırhane personeli toplanan çamaşırları çamaşırhaneye transferini yapar.
* Çamaşırı toplayan ve çamaşırhane personeli Koruyucu Ekipmanları Kullanma Talimatına uygun olarak koruyucu ekipmanları kullanmak zorundadır. Daha sonra eller El Yıkama Talimatı’na uygun olarak yıkanmalıdır.
* Kirliler minimum hareketle kontrollü şekilde makineye atılmadır.
* Kırmızı torba ile gönderilen çamaşırlar en yüksek derecede yıkanır.
* Kirli çamaşırlar ile temasta bulunan personel gerekli temizlik ve hijyen kurallarını sağlamadan temiz çamaşırlar ile temasta bulunmamalıdır.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| amblem, logo, simge, sembol, ticari marka içeren bir resim  Açıklama otomatik olarak oluşturuldu**Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi** **Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi Enfeksiyon Kontrol ve Önleme Programı** | Doküman No | SEN.YD.02 |
| Yayın Tarihi | 12.10.2023 |
| Revizyon Tarihi | - |
| Revizyon No | 00 |
| Sayfa No | 26/27 |

* Temizlenen ve kurutulan çamaşırlar mümkün olduğunca az dokunularak katlanmalı, paketlenmeli ve temiz raflarda muhafaza edilmelidir.
* Yıkanan çamaşırlar kliniklere göre ayrılır, katlanır ve sterilizasyon ünitesine teslim edilir.
* Paspas ve temizlik bezlerinin yıkanması için ayrılan makine başka amaçla kullanılmamalıdır.
* Kesici, delici alet yaralanmaları olduğunda " Personel Yaralanmaları Önleme ve İzleme Talimatı"na uygun olarak hareket edilmelidir.

**15. ENFEKSİYON KONTROLÜ EĞİTİMİ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| amblem, logo, simge, sembol, ticari marka içeren bir resim  Açıklama otomatik olarak oluşturuldu**Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi** **Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi Enfeksiyon Kontrol ve Önleme Programı** | Doküman No | SEN.YD.02 |
| Yayın Tarihi | 12.10.2023 |
| Revizyon Tarihi | - |
| Revizyon No | 00 |
| Sayfa No | 27/27 |

Hastane enfeksiyonlarını önlemeye yönelik uygulamalar, Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından belirlenen konulara (el yıkama, dezenfeksiyon, temizlik işlemleri ve kişisel koruyucu malzeme kullanımı vb.) ile SKS doğrultusunda bildirilen eğitimler Eğitim Komitesi tarafından Hizmet içi Eğitim planına dahil edilir. Belirlenen konulardaki eğitimler yılda bir kez yapılır. Eğitimler çalışanların meslek gruplarına göre verilir. Yapılan eğitimlerin içerikleri ve katılım listeleri eğitim komitesi tarafından saklanır.

**16. İLGİLİ DÖKÜMANLAR**

* Enfeksiyon Kontrol Komitesi Çalışma Talimatı
* El Hijyeni Talimatı
* Asepsi-Antisepsi-Dezenfeksiyon Talimatı
* Personel Yaralanmaları İzleme ve Önleme Talimatı
* İzolasyon Önlemleri Talimatı
* Akılcı İlaç kullanım Talimatı
* Çamaşır Çalışma Talimatı