

---

---

# Diş Hekimliğinde Bone, Önlük, Galoş Kullanımı

*Doç. Dr. İnci DEVRİM*

*Ondokuz Mayıs Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi,  
Periodontoloji Anabilim Dalı, SAMSUN*

---

---

**İ**nfeksiyon kontrolü, diş hekimlerinin kendi mesleki güvenliklerini sağlama ve sağlıklarını koruma açısından önemli ve öncelikli konuların başında gelmelidir (1).

Diş hekimliği uğraş alanının infeksiyon taşıma olasılığı yüksek kişiler olması diş hekimleri ve yardımcılarının son derece dikkatli olması gerekliliğini beraberinde getirmektedir. Diş hekimlerinin çalışma sahasındaki kan, salya ve diş eti oluşu sıvısı “infektif” olarak değerlendirilmelidir. İnfeksiyöz karakteri bu denli fazla olan bir ortamda çalışılıyor olması mikroorganizmaların hastalara, hekime, hekim yardımcılara ve teknisyenlere kolayca transferine neden olabilmektedir. Bu gruplar arasında edinilen infeksiyon “**çapraz infeksiyon**” olarak tanımlanır (2).

Diş hekimliği çalışma ortamında çapraz infeksiyon geçiş yolları:

- Hastadan diş hekimi ve/veya yardımcılara,
- Diş hekimi ve/veya yardımcılardan hastaya,
- Hastadan hastaya,
- Diş hekimi çalışma ortamından topluma,
- Toplumdan hastaya, olarak tanımlanabilir (2).

Bu şekilde farklı geçiş ve bulaş yolları ile süregiden infeksiyon zincirinin kırılmasında öncelikli olan, mikroorganizmalarla temasın önlenmesi ya da en aza indirilmesidir. Eğer temas önlenemiyorsa, kontamine olmuş vücut, tedavi araç-ge-reçleri ya da çevredeki yüzeylerden mikroorganizmaların uzaklaştırması ya da öldürülmesi yoluna gidilecektir (3).

Diş hekimliği uygulamaları sırasında kullanılan yüksek devire sahip aletler; çalışma ortamı, hekim, diğer çalışanlar ve hastalar için önemli bir risk oluşturmaktadır. Uygulamaların birçoğunda, yoğun ağız içi mikrobiyal içerik (10 µ'dan daha küçük çaplı sıvı veya katı parçacıklardan oluşan çok fazlı bir yapı olan aerosoller şeklinde) ortama yayılır ve bu aletler aracılığı ile hem çalışma ortamının havasını hem de ortamdaki tüm bireyleri kontamine eder (4).

Alınacak bir takım tedbirlerle hekimlerin hem kendi güvenlikleri, hem çalışanların güvenliği sağlanacak, hem de tedavi amacıyla başvuruda bulunan hastaların yeni enfeksiyonlardan korunması sağlanacaktır (1,5).

Çapraz enfeksiyon yayılımını engellemek için alınan kişisel koruyucu tedbirler; bariyer teknikleri olarak geçer ve bunlar;

- Eldiven kullanımı,
- Maske kullanımı,
- Göz, yüz ve saç koruyucuları,
- Klinik giysiler,
- El yıkama,

olarak sıralanabilir (1,5).

Kişisel koruyucu yöntemlerin kullanımı; hastaları ve çalışanları doğrudan mikroorganizmalarla temastan koruyup, enfeksiyon zincirini 1. düzeyde kontrol altına almakta yararlı olacaktır (3).

Koruyuculuğun istenilen düzeyde sağlanabilmesi için koruyucuların da amacına uygun ve dikkatli seçilmesi gereklidir. Uygun koruyucu ekipman seçilirken, temasın şekli ve süresi, yapılacak işleme uygunluğu ve kullanılabilirlik süresi dikkate alınmalıdır (6,7).

Giyerken sırasıyla önlük, maske, gözlük, yüz koruyucu ve eldiven giyilmeli, çıkarılırken ise kontaminasyonun en yoğun olduğu koruyucu olan eldiven önce çıkarılmalı daha sonra sırasıyla gözlük, yüz koruyucu, önlük ve maske çıkarılmalıdır. Kullanım sırasında ve sonrasında çevreyi kontamine etmemeye özen gösterilmelidir (6-10).

Ameliyathane içinde giyilen rutin ameliyat giysilerinin, kep, maske, galoş kullanımının çapraz enfeksiyon açısından risk faktörü olması ve etkinliği tartışmalı fakat gerekliliği tartışmasızdır (6,7,10). Operasyon sırasında saçların örtülü olmasının yara yerinin enfeksiyon riskini azalttığı gösterilmiştir. Saçların uygun şekilde örtülü olmasıyla deri ve saç skuamalarının yara içine düşmesi, saç ve saçlı derideki mikroorganizmaların yara yerine yayılımı engellenir. Hekimlerin saçlarının tedavi esnasında oluşacak aerosollerden ve sıçrayacak vücut sıvılarından korunması ya da saçlardan oluşacak döküntülerden hastanın korunması için cerrahi koruyucular, boneler kullanılmalıdır (6,7,10).

Ayaklara galoş veya kılıf giyilmesinin, çok uygulanan bir uygulama olmasına karşın, cerrahi infeksiyonları önleme yönünden etkinliğini net olarak ortaya koyan bir bilgi yoktur. Dolayısıyla kullanımları da tartışmalıdır (6-10). Cerrahi işlemler sırasında kan ve vücut sıvılarının, ekibin ayaklarına bulaşması önemlidir, bu yüzden galoş ve kılıfların ameliyat ve klinik ortamını değil, çalışanları koruması söz konusudur diyebiliriz.

**Önlüğü ve boneyi önemli bir kişisel koruyucu bariyer olarak düşündüğümüzde dikkat etmemiz gereken kuralları şöyle sıralayabiliriz (10-17):**

- Önlük; yüksek boyunlu, uzun kollu, sıkı manşetli tüm vücudu örtecek tarzda, boyutu uygun olmalıdır. Vücut ön kısmının tam kapanması için arkadan bağlanmalıdır.
- Kan ve diğer vücut sıvılarına geçirgen olmamalıdır. Su geçirmez malzemelerden (her tarafı olamayacaksa kol ve göğüs kısımları) bir tarafı plastik ve mümkünse tek kullanımlık olmalıdır.
- Tek kullanımlık önlük kullanılamıyorsa, önlüğün ayrı bir infeksiyon kaynağı olmasını önlemek amacıyla sık aralıklarla temizi ile değiştirilmelidir. Önlük üzerinde görülebilir kirlenme varsa ya da işlem veya hasta bakımı sırasında kan ya da potansiyel infekte vücut sıvılarıyla bulaşma olursa beklenilmeden değiştirilmelidir.
- Özellikle kan ile kontaminasyonun fazla olduğu, kontamine el aletlerinin kullanıldığı işlemler, periodontal işlemler ve cerrahi müdahalelerden sonra kullanılan önlük mutlaka değiştirilmelidir.
- Tek kullanımlık önlüklerin tekrar ve ortak kullanımı engellenmelidir.
- Eğer tek kullanımlık değilse ve yıkanılarak tekrar kullanılacaksa mutlak yüksek derecelerde, diğer çamaşırlardan ayrı yıkanılmalı ve ütülenmeden kullanılmamalıdır.
- Kliniklerde giyilen ve klinik uygulamalarda kullanılan önlükler ile dinlenme ve yemek alanlarında dolaşılmamalıdır. İdeal olan klinik çalışma alanının dışına çıkarken tüm koruyucu giysilerin çıkarılması ve klinik dışına hiçbirinin taşınmamasıdır.
- Önlük çıkarılırken çevre kontaminasyonunu önlemek için temiz tarafı dışa gelecek şekilde çıkarılmalı ve atılmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Devrim İ. Diş hekimliği uygulamalarında çalışma ortamının temizliği ve kişisel koruyucu yöntemler ile infeksiyon kontrolü. Günaydın M, Sünbül M (editörler). 3. Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi Kongre Kitabı. Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi, 2003:455-61.
2. Nohutçu R. Çapraz infeksiyon. Günaydın M, Sünbül M. (Editörler) 3. Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi Kongre Kitabı, 2003:450-4.
3. Külekçi G, Çintan S, Dülger O. Diş hekimliği açısından adım adım infeksiyon kontrolü. Diş Hekimliğinde İnfeksiyon Kontrolü, TDBD Özel sayısı 2000;58:91-3.

4. Personal Protective Clothing, <http://www.infectioncontrolservices.co.uk>, Page updated 9 October 2006.
5. Cambazoğlu M. Çalışma ortamının temizliği ve kişisel koruyucu yöntemler ile enfeksiyon kontrolü TDBD 2000 Özel Sayı 58:69-72.
6. Uzunköy A. Cerrahi alan enfeksiyonları:risk faktörleri ve önleme yöntemleri. *Ulus Travma Derg* 2005;269-81.
7. Dharan S, Pittet D. Environmental controls in operating theatres. *J Hosp Infect* 2002;51:79-84.
8. Smith JW, Barrier efficiency of surgical gowns are we really protected from our patients' pathogens? MS, MPH; Ronald Lee Nichols, MS, MD *Arch Surg.* 1991;126:756-63.
9. Garner JS, Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. Guideline for isolation precautions in hospitals. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1996;17:53-80.
10. Personal protective equipment and patient care. <http://www.fda.gov>
11. Occupational Safety and Health Administration. US Department of Labor, 29 CFR Part 1910.1030. Occupational exposure to bloodborne pathogens; needlesticks and other sharps injuries; final rule. *Federal Register* 2001;66:5317-25.
12. Beltrami EM, Williams IT, Shapiro CN, Chamberland ME. Risk and management of bloodborne infections in health care workers. *Clin Microbiol Rev* 2000;13:385-407.
13. Kohn WG, Harte JA, Malvitz DM, Collins AS, Cleveland JL, Eklund KJ. Guidelines for Infection Control in Dental Health Care Settings-2003. *J Am Dent Assoc* 2003;135:33-47.
14. Guideline for infection control in health care personnel. *Am J Infect Control* 1998;26:289-354.
15. Ritter MA. Operating room environment. *Clin Orthop Relat Res* 1999;369:103-9.
16. Berger SA, Kramer M, Nagar H, Finkelstein A, Frimmerman A, Miller HI. Effect of surgical mask position on bacterial contamination of the operative field. *J Hosp Infect* 1993;23:51-4.
17. McLure HA, Talboys CA, Yentis SM, Azadian BS. Surgical face masks and downward dispersal of bacteria. *Anaesthesia* 1998;53:624-6.