

Acil Serviste El Yıkama Alışkanlıkları ve Ülkemizdeki Sağlık Politikalarının Bu Alışkanlık Üzerine Etkileri

Hand Hygiene Practices in Emergency Clinic and Effects of Health-Care Policies to This Practice in Our Country

Ali Haydar Akça^{1,*} ve Mustafa Keşaplı²

¹Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği, Van

²Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği, Antalya

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı, acil servis çalışanlarının el yıkama konusundaki tutumunu belirlemek ve daha önceki çalışmalarla karşılaştırarak son yıllarda bu konuda yapılan çalışmaların etkinliğini değerlendirmeye çalışmaktır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği'nde prospektif olarak gerçekleştirildi. Çalışma formlarına çalışmaya alınan sağlık çalışanının meslek grubu, temas tipi, yıkama yapılıp yapılmadığı, sabun ya da antiseptik kullanımı ve kurulumla yapılmadığını kaydedildi. İstatistik analizde Ki-kare testi kullanıldı ve $p < 0.05$ anlamlı olarak kabul edildi.

Bulgular: Gözlem boyunca gerçekleştirilen 814 temasın 561'i (%68.9) temiz, 253'ü (%31.1) kirli temas olduğu saptandı. Tüm gruplarda temiz temaslarda el yıkama oranı %14.7, kirli temaslarda ise %30.0 olarak tespit edildi. Kirli temaslarda el yıkama oranı anlamlı şekilde daha yüksek bulundu. Eldiven kullanımı değerlendirildiğinde ise 814 temasın 298'inde (%36.6) eldiven kullanıldığını, 516'sında ise (%63.4) eldiven kullanılmadığını gözlemlendi. Eldiven kullanımı meslek gruplarına göre incelendiğinde hemşirelerde eldiven kullanım oranı anlamlı olarak daha yüksekti. Sabun ya da antiseptik kullanımı değerlendirildiğinde, 814 temasın 119'unda (%14.6) sabun ile yıkama yapıldığını, 40'ında (%4.9) ise antiseptik solüsyon kullanıldığını tespit edildi.

Sonuç: Daha önceki çalışmalarla karşılaştırıldığında acil serviste el yıkama oranlarında yapılan uygulamalara rağmen anlamlı bir artış saptanmadı. El hijyenine uyumu artırmaya yönelik politikaların sorgulanmasına ve gözden geçirilmesine ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: El hijyeni, acil, el yıkama

ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to define the attitude of hand hygiene practices among healthcare providers in Emergency Clinic and to compare with previous studies and assess the effectiveness of studies made up to improve compliance to hand hygiene guidelines.

Materials and Methods: The study was prospectively conducted in Emergency Clinic of Antalya Training and Research Hospital. The title of healthcare provider, type of contact, whether hand hygiene with soap or antiseptic solution applied or not and drying condition recorded on study forms. Chi-square test was used in statistical analysis and $p < 0.05$ assumed significant.

Results: 814 contacts observed during this study. 561 (%68.9) of them were classified as clean and 253 (%31.1) as dirty. Totally, hand washing rate was %14.7 in clean contact group and %30.0 in dirty. Hand washing in dirty contact group was significantly higher. When we checked the glove usage, only 298 (%36.6) contacts applied with gloves. Glove usage was significantly higher in nurses. On the other hand, 119 (%14.6) of total 814 contacts hand washing applied with soap, 40 (%4.9) was with antiseptic solution.

Conclusion: As compared with previous studies, we could not find significant enhancement in hand washing rates despite encouraging applications in last years. Policies for hand hygiene practices should be questioned and revised.

Key Words: Hand hygiene, emergency, hand washing

Giriş

Acil servisler, günümüzde sağlık kurumlarının en yoğun, sirkülasyonun en fazla olduğu ve hastalar ve sağlık çalışanlarının en yoğun fiziksel temasta buldukları alanlardır. Bu durum hastaları ve

sağlık çalışanlarını ciddi anlamda tehdit eder. Hastanelerde gelişen dirençli enfeksiyonlar günümüzde hastanelerin en önemli sorunlarından biridir ve bu konuda önlemler almak sağlık kurumlarının temel sorumluluklarındandır.

Sağlık çalışanı ilişkili enfeksiyonlar, hastanede kalış süresini uzattığı gibi ölümlere ve antimikrobiyallere direnç oluşumunada neden olur. Bununla beraber Avrupa'da sağlık çalışanı ile ilişkili enfeksiyonların yıllık maliyetinin 13-24 milyar Euro civarında olduğu rapor edilmiştir. Gelişmiş ülkelerde, SÇİE yatan hastaların %5-15'ini, yoğun bakım hastalarının ise %9-37'sini etkilemektedir (1). Fakat bu konuda acil serviste yapılan çalışmalar sınırlıdır.

Sağlık çalışanı ilişkili enfeksiyonlar hasta güvenliği açısından ciddi bir problemdir ve bunun önlenmesi sağlık kurumlarının en öncelikli sorumluluklarından. Sağlık çalışanı ilişkili enfeksiyonlar (SÇİE) hastanede kalış süresini uzattığı gibi, ölümlere, antimikrobiyallere direnç oluşumuna ve yüksek maliyete neden olurlar. SÇİE evrensel ve giderek yaygınlaşan bir sorun olduğu gibi global ağırlığı, diagnostik bilgi toplama zorluğundan dolayı net olarak bilinmemektedir (1).

SÇİE'lerin gelişmiş ülkelerde bile denetlenmesi ve kontrol altına alınması oldukça güç iken, gelişmekte olan ülkelerde bu bazen gerçekçi olmayan bir hedef haline gelebilir. Tanılanın klasik zorluklarının yanında, standart medikal kayıt yetersizliği, radyolojiye ulaşım olanakları gibi problemler bunu daha da güç kılar. Bu ülkelerde sorunun odağı, temel enfeksiyon kontrol parametrelerinin sağlanamamasıdır. Bunun sebepleri arasında yetersiz eleman, zayıf hijyen, temel ekipman eksikliği, hasta aşırı yoğunluğu ve finansal yetersizlikler sayılabilir (2). Bunlara bir de sosyal altyapı ve toplumda yaygın olabilecek salgın hastalık ve malnutrisyon gibi faktörleri de ekleyebiliriz. Literatürde de gelişmekte olan ülkelerle ilgili sınırlı veri vardır. Bir sistematik derlemede, hastanede doğan bebeklerde neonatal enfeksiyonlar gelişmekte olan ülkelerde gelişmiş ülkelere oranla 3-20 kat daha fazla raporlanmıştır (3). Çok sınırlı sayıda çalışmada SÇİE risk faktörleri arasında en sık hastanede uzun kalış süreleri, cerrahi operasyonlar, intravasküler ve üriner kataterler ve sedatif medikasyon gözlenmiştir (4,5).

Dünya genelinde SÇİE'lerin sıklığı ve önemi giderek artmakta ve bazen de gözardı edilmektedir. Problemin doğasını ve boyutlarını tanımlayarak, basitleştirilmiş ve kaynakların kısıtlı olduğu yerlerde bile uygulanabilir çözümler bulunmalıdır. Yine benzer olarak tanımlanmış ve etkinliği kanıtlanmış basit yöntemlerin uygulanması da özellikle gelişmekte olan ülkelerde ulusal sağlık politikalarının birinci önceliği olmalıdır. Şüphesiz

ki bu önlemlerden en basiti ve en etkilisi el hijyenidir.

Bu doğrultuda çalışmamızda, acil servis çalışanlarının bu konudaki tutumunu belirlemeye ve daha önceki çalışmalarla karşılaştırarak son yıllarda Sağlık Bakanlığı'nın bu konudaki çalışmalarının etkinliğini değerlendirmeye çalıştık.

Gereç ve Yöntem

Çalışma 01 Temmuz 2014- 15 Temmuz 2014 tarihleri arasında Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil tıp kliniği servisinde gerçekleştirilmiştir.

Veri toplama işlemi ikişer saatlik periyotlar halinde hasta başvurularının az ve yoğun olduğu saatlerde ayrı ayrı gerçekleştirildi. Bu dönemlerde acil tıp uzmanları, acil tıp asistanları, konsültan hekimler, acil servis hemşireleri ve yardımcı sağlık personeli hasta teması öncesi ve sonrasında el yıkama davranışı açısından gözlemlendi. Gözlem dönemi boyunca önceden hazırlanan, çalışmanın gerçek amacını gizlemek için kodlanmış veri toplama formu kullanıldı.

Veriler çalışmaya katılmayan üç farklı gözlemci tarafından toplandı. Çalışmaya alınan farklı meslek gruplarından çalışanlar çalışmanın gerçek amacından haberdar edilmediler.

Gözlemciler acil servisin farklı alanlarında (monitörlü izlem, gözlem, acil müdahale, sarı ve yeşil muayene alanları) çalışanların tüm aktivitelerini gözlemlediler ve çalışma formuna, her bir çalışanın mesleki kategorisi, cinsiyeti, el yıkama yapıp yapmadığı, yıkadıysa süresi, antiseptik solüsyon ya da sabun kullanıp kullanmadığı, ellerini kurulayıp kurulamadığı, temas tipini ve işlem yapılan saati ve acil servis alanını kaydettiler.

Temas tipi Fulkerson'ın belirlediği kriterlere (Tablo 1) göre tespit edildi. Fulkerson kriterlerine göre ilk 6 temas tipi temiz temas, diğerleri ise kirli temas olarak kabul edilmektedir. Biz de çalışmamızda benzer sınıflamayı kullandık. Hem temiz hem kirli temas var ise kirli temas olarak kabul edildi.

Çalışmamızda toplam 814 temas tespit edildi. Temasların 476'sını (%58.4) kadın, 338'ini (%41.5) erkek sağlık çalışanı gerçekleştirdi. Bunlardan 106'sı acil tıp uzmanı, 314'ü acil tıp asistanı, 78'i konsültan hekimler, 241'i hemşireler ve 75'i yardımcı sağlık personeli idi.

Üzerinde durulan özellikler için tanımlayıcı istatistikler sayı ve yüzde olarak ifade edilmiştir.

Tablo 1. Temas tipine göre en temizden en kirliye doğru temas sınıflaması (Fulkerson)

1. Steril ya da otoklavdan geçirilmiş materyal ile temas
2. Mükemmel temizlenmiş ya da yıkanmış materyal ile temas
3. Hasta ile teması olmayan ve gerçekte temizlenmesi gerekmeyen materyal ile temas(hemşire masası, telefon, istem kağıtları)
4. Hasta ile çok fazla teması olmayan ve yüksek derecede rezidüel kontaminasyonu beklenmeyen materyal ile temas(hasta odasındaki mobilyalar)
5. Hasta ile yakın teması olan ama hastanın sekresyonları ile bulaşmamış ya da hastanın giysileri, iç çamaşırları, yatak parmaklıkları gibi göreceli patojen bakteri kaynağı olabilen materyal ile temas
6. Hastanın sekresyonlarına dokunmaksızın, el sıkışmak, pulse oksimetre ile ölçmek, sırtını ovma gibi kısa zaman dönemlerinde yapılan temaslar
7. Hastanın tükürük gibi sekresyonları ile bulaşmış materyal ya da cansız nesnelere yapılan temas
8. Hastanın ağız, burun gibi sekresyon kaynaklarına doğrudan temas
9. Hastanın idrarı ile bulaşmış materyal ile temas
10. Hastanın idrarına dokunmak ile oluşan temas
11. Dışkı ile bulaşmış materyal ile temas
12. Dışkı ile doğrudan temas
13. Enfekte olduğu bilinen sekresyonlarla bulaşmış materyal ile doğrudan temas
14. Kontamine olduğu bilinen sekresyonlarla doğrudan temas
15. Enfekte hasta bölümleri ile (enfekte yara) doğrudan temas

Bu özellikler arası ilişkileri belirlemede Ki-kare testi kullanılmıştır. Hesaplamalarda istatistik anlamlılık düzeyi %5 olarak alınmış ve hesaplamalarda SPSS (ver.20) istatistik paket programından yararlanılmıştır.

Bulgular

Gözlem süreci boyunca gerçekleştirilen 814 temasın 561'i (%68.9) temiz, 253'ü (%31.1) kirli temas olduğu tespit edildi(Tablo 2). Meslek gruplarına göre temas tiplerinin dağılımına baktığımızda acil tıp uzmanlarının temaslarının %19.8'i (21/106), acil tıp asistanlarının temaslarının %29.2'si (92/314), konsültan hekimlerin temaslarının %25.6'sı (20/78) kirli temas şeklinde idi. Hekimler tek bir grup olarak değerlendirildiğinde temaslarının %26.7'si (133/498), hemşire temaslarının ise %41'i (99/241), yardımcı sağlık personelinin temaslarının ise %28'inin (21/75) kirli temas şeklinde olduğunu gözlemledik.

814 temasın 156'sında (%19.1) el yıkama yapıldığı, 658'inde (%80.9) ise el yıkama yapılmadığını gözlemledik. Meslek gruplarına göre yıkama oranlarına baktığımızda, acil tıp uzmanlarında %16.0 (17/106), acil tıp asistanlarında %17.1 (54/314), konsültan hekimlerde %24.3 (19/78) olduğunu gözlemledik. Hekimleri tek bir grup olarak değerlendirdiğimizde ise, tüm hekimlerde 90 yıkama ile %18'lik bir oran varken hemşirelerde

bu oran %21.1 (51/241), yardımcı sağlık personeline ise %24 (18/75) olarak tespit edildi.

Temiz temaslarda, el yıkama sıklığının %14.7 (83/561) olduğunu tespit ettik. Meslek gruplarına göre dağılımı değerlendirdiğimizde; temiz temaslarda el yıkama oranını acil tıp uzmanlarında %12.9 (11/85), acil tıp asistanlarında %13.9 (31/222), konsültan hekimlerde %20.6 (12/58) olduğunu tespit ettik. Hekimleri tek bir grup olarak değerlendirdiğimizde ise tüm hekimlerde el yıkama oranının %14.7 (54/365) olduğunu, aynı oranın hemşirelerde %13.3 (19/142), yardımcı sağlık personeline ise %18.5 (10/54) olduğunu tespit ettik.

Kirli temaslarda el yıkama sıklığının %30.0 (76/253) olduğunu tespit ettik. Meslek gruplarına göre dağılımı değerlendirdiğimizde; acil tıp uzmanlarında bu oranın %28.5 (6/21), acil tıp asistanlarında %25 (23/92), konsültan hekimlerde %35 (7/20) olduğunu tespit ettik. Hekimleri tek bir grup olarak değerlendirdiğimizde ise tüm hekimlerde bu oranın %27.0 (36/133), hemşirelerde %32.3 (32/99), yardımcı sağlık personeline ise %38.0 (8/21) olduğunu tespit ettik.

Eldiven kullanımını değerlendirdiğimizde toplam 814 temasın 298'inde (%36.6) eldiven kullanıldığını, 516'sında (%63.4) ise eldiven kullanılmadığını tespit ettik. Eldiven kullanım oranının tüm grupların toplam değerlendirmesinde el yıkama oranından daha yüksek olduğunu

Tablo 2. Farklı meslek grupları ve temas tiplerine göre el yıkama sıklığı

Meslek	Temas tipi	Toplam temas (n)	El yıkama (n)	El yıkama (%)
Acil Tıp Uzmanı	Temiz	85	11	12.9
	Kirli	21	6	28.5
	Eldivenli	27	9	33.3
	Eldivensiz	79	8	10.1
Acil Tıp Asistanı	Temiz	222	31	13.9
	Kirli	92	23	25
	Eldivenli	116	28	24.1
	Eldivensiz	198	26	13.1
Konsültan Hekim	Temiz	58	12	20.6
	Kirli	20	7	35
	Eldivenli	21	9	42.8
	Eldivensiz	57	10	17.5
Hemşire	Temiz	142	19	13.3
	Kirli	99	32	32.3
	Eldivenli	107	37	34.5
	Eldivensiz	134	14	10.4
Yardımcı personel	Temiz	54	10	18.5
	Kirli	21	8	38
	Eldivenli	27	11	40.7
	Eldivensiz	48	7	14.5
Toplam	Temiz	561	83	14.7
	Kirli	253	76	30
	Eldivenli	298	94	31.5
	Eldivensiz	516	65	12.5

gözlemledik. Eldiven kullanım sıklığını acil tıp uzmanlarında %25.4 (27/106), acil tıp asistanlarında %36.9 (116/314), konsültan hekimlerde ise %26.9 (21/78) olarak tespit ettik. Hekimleri tek bir grup olarak değerlendirdiğimizde ise tüm hekimlerde bu oran %32.9 (164/498), hemşirelerde %44.3 (107/241), yardımcı sağlık personelinde ise %36 (27/75) olarak karşımıza çıktı.

Eldivenli temaslarda el yıkama oranının %31.5 (94/298) olduğunu tespit ettik. Meslek gruplarına göre değerlendirdiğimizde, acil tıp uzmanlarında bu oran %33.3 (9/27), acil tıp asistanlarında %24.1 (28/116), konsültan hekimlerde %42.8 (9/21) olarak karşımıza çıktı. Hekimleri tek bir grup olarak değerlendirdiğimizde ise tüm hekimlerde bu oran %28.0 (46/164), hemşirelerde %34.5 (37/107), yardımcı sağlık personelinde ise %40.7 (11/27) idi.

Sabun ya da antiseptik kullanımını değerlendirdiğimizde, toplamda 814 temasın 119 (%14.6)'unda sabun ile yıkama yapıldığını, 40 (%4.9)'unda ise antiseptik solüsyon kullanıldığını tespit ettik (Tablo 3). Temiz ve kirli temaslar olarak ayrı ayrı değerlendirdiğimizde ise temiz temasların 58 (%10.3)'ünde kirli temasların 61 (%24.1)'inde sabun ile yıkama yapıldığını, yine

temiz temasların 25 (%4.4)'inde kirli temasların 15 (%5.9)'ünde antiseptik solüsyon kullanıldığını tespit ettik.

Sabun ya da antiseptik kullanımını meslek gruplarına göre değerlendirdiğimizde, acil tıp uzmanlarında toplam temasların 12 (%11.3)'sinde sabun 5 (%4.7)'inde antiseptik solüsyon kullanıldığını tespit ettik. Temiz-kirli temasları ayrı ayrı değerlendirdiğimizde ise temiz temasların 7 (%8.2)'sinde kirli temasların ise 5 (%23.8)'inde sabun ile yıkama yapıldığını, yine temiz temasların 4 (%4.7)'ünde kirli temasların 1 (%4.7)'inde antiseptik solüsyon kullanıldığını gözlemledik.

Acil tıp asistanlarında ise toplam temasların 40 (%12.7)'inde sabun 14 (%4.4)'ünde antiseptik solüsyon kullanıldığını tespit ettik. Temiz-kirli temasları ayrı ayrı değerlendirdiğimizde ise temiz temasların 21 (%9.4)'inde kirli temasların ise 19 (%20.6)'unda sabun ile yıkama yapıldığını, yine temiz temasların 10 (%4.5)'ünde kirli temasların 4 (%4.3)'ünde antiseptik solüsyon kullanıldığını gözlemledik.

Konsültan hekimlerde toplam temasların 15 (%19.2)'inde sabun 4 (%5.1)'ünde antiseptik solüsyon kullanıldığını tespit ettik. Temiz-kirli temasları ayrı ayrı değerlendirdiğimizde ise temiz temasların 9 (%15.5)'ünde kirli temasların ise 6

Tablo 3. Sabun ve antiseptik kullanımı

Meslek	Temas tipi	Sabun n(%)	Antiseptik n(%)	Kurulama n(%)	
Acil Tıp Uzmanı	Temiz	7(8.2)	4(4.7)	6(7)	Ki-kare=0.984 p=0.912
	Kirli	5(23.8)	1(4.7)	5(23.8)	
	Toplam	12(11.3)	5(4.7)	11(10.3)	
Acil Tıp Asistanı	Temiz	21(9.4)	10(4.5)	17(7.6)	Ki-kare=2.163 p=0.706
	Kirli	19(20.6)	4(4.3)	18(19.5)	
	Toplam	40(12.7)	14(4.4)	35(11.1)	
Konsültan Hekim	Temiz	9(15.5)	3(5.1)	8(13.7)	Ki-kare=0.420 p=0.981
	Kirli	6(30)	1(5)	6(30)	
	Toplam	15(19.2)	4(5.1)	14(17.9)	
Hemşire	Temiz	12(8.4)	7(4.9)	8(5.6)	Ki-kare=1.88 p=0.226
	Kirli	23(23.2)	9(9)	19(19.1)	
	Toplam	35(14.5)	16(6.6)	27(11.2)	
Yardımcı personel	Temiz	9(16.6)	1(1.8)	7(12.9)	Ki-kare=0.757 p=0.814
	Kirli	8(38)	0(0)	7(33.3)	
	Toplam	17(22.6)	1(1.3)	14(18.6)	
Toplam	Temiz	58(10.3)	25(4.4)	46(8.1)	Ki-kare=3.862 p=0.449
	Kirli	61(24.1)	15(5.9)	55(21.7)	
	Toplam	119(14.6)	40(4.9)	101(12.4)	

(%30)'sında sabun ile yıkama yapıldığını, yine temiz temaslara 3 (%5.1)'ünde kirli temaslara 1 (%5)'inde antiseptik solüsyon kullanıldığını gözlemledik.

Hemşirelerde ise toplam temaslara 35 (%14.5)'inde sabun 16 (%6.6)'sında antiseptik solüsyon kullanıldığını tespit ettik. Temiz-kirli temaslara ayrı ayrı değerlendirdiğimizde ise temiz temaslara 12 (%8.4)'sında kirli temaslara ise 23 (%23.2)'ünde sabun ile yıkama yapıldığını, yine temiz temaslara 7 (%4.9)'sında kirli temaslara 9 (%9)'unda antiseptik solüsyon kullanıldığını gözlemledik.

Yardımcı sağlık personelinde ise toplam temaslara 17 (%22.6)'sında sabun 1 (%1.3)'inde antiseptik solüsyon kullanıldığını tespit ettik. Temiz-kirli temaslara ayrı ayrı değerlendirdiğimizde ise temiz temaslara 9 (%16.6)'sında kirli temaslara ise 8 (%38)'inde sabun ile yıkama yapıldığını, yine temiz temaslara 1 (%1.8)'inde antiseptik solüsyon kullanıldığını gözlemlerken kirli temaslarda antiseptik solüsyon kullanımı ile karşılaşmadık.

Tartışma

CDC'nin nozokomiyal enfeksiyonları önlemede tek başına en önemli uygulama olarak kabul ettiği ve önerdiği el yıkama maalesef sağlık çalışanları

arasında yeterli miktarda ve kalitede yapılmamaktadır.

Bu konu ile ilgili özellikle yoğun bakım ünitelerinde yapılmış çok sayıda çalışma vardır. Bunlar genelde gözlem çalışmalarıdır. Bununla birlikte çok sayıda çalışmada, el hijyeni uyumu gözlenmiş ve ardından el hijyeni uyumunu arttırmaya yönelik kurumsal bir politika belirlenmiş ve bu politika uygulandıktan sonraki el hijyeni uyum oranlarıyla bu politikaların başarısı sorgulanmıştır.

Hayden ve ark. (6) dahili yoğun bakım servisinde yaptıkları çalışmada %29 olan el hijyeni uyumunu kurum içi eğitim, posterler ve bilgilendirme broşürleri ile bu oranı %43'e çekmişlerdir.

Avila-Agüero ve ark. (7) çocuk yoğun bakım ünitelerinde yaptıkları çalışmada hasta temasından önce el yıkama oranını %52, hasta temasından sonra ise %49 olarak saptamışlardır. Daha sonrasında yoğun bakım ünitesine hatırlatma notları koyarak tekrar gözlemişler ve temas öncesi ve sonrasında sırasıyla %56 ve %52 olarak saptamışlardır. Üçüncü aşamada çalışanlara motivasyon artırıcı broşürler ve filmler gösterilmiştir. Bu aşamadan sonra el yıkama oranları temas öncesi ve sonrasında sırasıyla %74 ve %69 olarak gözlenmiştir. Dördüncü ve son aşamada tüm girişimler (eğitimler, broşürler vs..)

sonlandırılmış ve el hijyenine uyum tekrar gözlenmiştir. Bu aşamada temas öncesi ve sonrası sırasıyla %49 ve %52 oranları gözlenmiştir. Sonuç olarak eğitimlerin ve motivasyon artırıcı girişimlerin etkilerinin geçici olduğunu ve bu girişimlerin sürekli olması gerektiğini bildirmişlerdir.

Pessoa-Silva ve ark. (8) neonatal yoğun bakımda %42 olan el hijyeni uyumunu posterler, kurum içi eğitim, hasta bakım protokollerinin gözden geçirilmesi ile %55'e kadar çıkarmışlardır.

Keşaplı ve ark. (9) 2002'de yaptıkları çalışmada da, el yıkama sıklığını tüm temaslardan sonra %20.3 olarak belirlemişlerdir.

Haas ve Larson ark. (10) acil serviste yaptıkları çalışmada el hijyenine uyumu %43 olarak tespit etmişler daha sonrasında acil serviste giyilebilir el hijyeni ürünlerini kullanmaya başladıktan sonra bu oranın %62'ye çıktığını gözlemlemişlerdir.

Eckmanns ve ark. (11) yoğun bakımlarda yaptıkları çalışmada %29 olarak gözlemedikleri el hijyeni uyumunu, el hijyeni uyumunu gözlediklerini çalışan personele duyurarak %45 uyum oranına ulaşmışlardır.

El hijyenine uyumun düşük olmasının nedenlerini araştıran çalışmalarda düşük uyumun gözlenen risk faktörleri ve kullanıcıların bildirdiği düşük uyum faktörleri belirlenmiştir (12).

Dünya Sağlık Örgütü El Hijyeni Kılavuzu'nda el hijyenine uyumun gözlenen risk faktörleri arasında doktor olmak (hemşireye göre), asistan hemşire olmak (hemşireye göre), teknisyen olmak, erkek cinsiyet, yoğun bakımda çalışmak, acilde çalışmak, haftaiçi çalışmak (haftasonuna göre), eldiven kullanmak, hasta çevresiyle temas etmek ve 65 yaş altı hasta bakımı yapmak belirlenmiştir (13).

Kullanıcıların bildirdiği düşük uyum faktörleri arasında ise; el hijyeni ürünlerinin irritasyon nedeni olması, el hijyeni ürünlerinin uygun yerleşimli olmaması, el hijyeni ürünü(sabun, kağıt havlu..) eksikliği, yoğunluk ve zamanın yetersizliği, hastanın ihtiyacının daha öncelikli olduğunun düşünülmesi, hastalardan enfeksiyon bulaş riskinin düşük olduğunun düşünülmesi, eldiven giymenin hijyen için yeterli olduğu düşüncesi, kılavuz ve protokoller ile ilgili bilgi eksikliği, rol model eksikliği ve unutkanlık belirtilmiştir (13).

Bu çalışmalar göstermiştir ki; el hijyeni kılavuzlarına tam uyum özellikle acil servisler ve yoğun bakımlar gibi hasta ve işlem yoğunluğunun çok fazla olduğu bölümlerde gerçekçi bir hedef olmaktan uzaktır ve özellikle bu alanlarda hasta bakım alanında el hijyeni ürünlerine kolay ulaşım

sağlanmalı ve uyum oranını arttırmaya yönelik tüm şartlar sağlanmaya çalışılmalıdır. Birçok çalışmada bakım yoğunluğu ile el hijyenine uyum oranı arasında ters orantı gösterilmiştir. Bu da demek olmaktadır ki, hasta yoğunluğunun fazla olduğu başka bir deyişle hastadan hastaya ya da hastadan sağlık çalışanına enfeksiyon geçişi ihtimalinin fazla olduğu alanlarda el hijyenine uyum düşük riskli alanlardan daha düşüktür. Bu uygunsuzluk bu konuda çözülmesi gereken temel sorunlardan birini oluşturmaktadır. Haas ve Larson ark. (10) acil serviste yaptıkları çalışmada %43 olan el hijyeni uyumunu giyilebilir el hijyeni aparatı sayesinde %62'ye çıkarmışlardır. Bizce, sağlık çalışanının üzerine giyebileceği, hastadan hastaya geçerken belirli bir el hijyeni noktasına gitmesini gerektirmeyecek bir ürün özellikle ülkemizin mevcut durumundaki acil servislerinde en uygulanabilir ve en etkin olabilecek öneri olarak gözükmektedir. Bazen büyük gözlem alanlarında ya da hızlı hasta bakılan alanlarda (yeşil alan) el hijyeni ürününe ulaşım vakit alıcı olmakta ve uygulanamamaktadır. Sağlık çalışanının çalışma konforunu bozmayacak şekilde üzerinde taşıyabileceği bir ürün bizce acil servislerde ve yoğun hasta bakımı olan alanlarda el hijyeni ve bakım kalitesini arttıracaktır.

Mevcut durumda sağlık bakanlığı el hijyeni konusunda farkındalığı arttırmak ve uyumu arttırmaya yönelik bazı politikalar izlemektedir. Bunlar temel olarak kurum içi eğitim, gözlemi duyurma ve hatırlatma uyarıları şeklindedir. Hastanemizde son yıllarda tüm servislerin çalışanlarına enfeksiyon kontrol komitesi tarafından el hijyeni ve sağlık çalışanı ilişkili enfeksiyonlar konularında çok sayıda eğitimler verilmiştir. Bununla birlikte hastanede kullanılan poliklinik ve kayıt sistemi SARUS üzerinde her doktor ve sağlık çalışanı girişinde çeşitli sloganlar ile el hijyeni hatırlatılmaktadır. Poliklinik yapan ya da serviste çalışan her bir hekim ve hemşire günde ortalama 4 ya da 5 kez bu hatırlatıcı sloganlar ile karşılaşmaktadır. Fakat tüm bunlara rağmen bizim gözlemlerimizde acil serviste el hijyenine uyum idealin çok uzağında kalmıştır. Bu da bizce uygulanan politikaların yeterliliğinin sorgulanmasını gerektirmektedir. Bu sorgulama beraberinde el hijyenine uyumun artması için gerekli ortamın sağlanıp sağlanmadığını da kapsmalıdır. Gerek günlük pratiğimizde ve gözlemlerimizde gerekse de DSÖ kılavuzlarında görmekteyiz ki bu konu sadece el hijyenine uyulmasını hatırlatmak ile sağlanabilecek kadar basit görülmemelidir. Sağlık çalışanlarından geribildirimler alınmalı ve "el hijyenine uyum

neden düşük?” sorusunun cevabı sadece teoride değil pratikte de aranmalıdır.

Sağlık çalışanlarından geribildirimler almadan, onları da aktif olarak bu süreç içerisine katmadan el hijyeni uyumunda başarı elde edilmesi çok zor görülmelidir. El hijyeni için uygun materyal seçiminden, alanda el hijyeni araçlarının yerleşimine kadar birçok konuda uygulayıcılarla iletişimde olunmalı ve onların sorun ve isteklerine kulak verilmelidir. Bu hem kurumun çalışanlara, hastalara ve el hijyeni konusuna verdiği değeri ispat etmesi açısından önemlidir hem de personel motivasyonu ve özgüveni açısından gereklidir. Hasta bakımının çok yoğun olduğu acil servis gibi alanlarda bu tip sorunların çözümü, uygulamada karşılaşılan zorlukların tespiti ve giderilmesi ile ancak mümkün olabilir. Bu açıdan çalışanların geribildirim açısından motive tutulması, fikirlerine değer verilmesi ve bürokratik engellere takılmadan sorunlara hızlı çözümler üretilmesi gerekmektedir. Bunu sağlamak da bu konuya önem veren bir yönetimin en çok dikkat etmesi gereken hususların başında gelmelidir.

Kaynaklar

1. World Alliance for Patient Safety, 2005. The Global Patient Safety Challenge 2005–2006 “Clean Care is Safer Care”. Geneva, World Health Organization, 2005 (<http://www.who.int/gpsc/en/>, accessed 1 December 2008).
2. Vincent JL, Bihari DJ, Suter PM, Bruining HA, White J, Nicolas-Chanoin MH, et al. The prevalence of nosocomial infection in intensive care units in Europe. Results of the European Prevalence of Infection in Intensive Care (EPIC) Study. EPIC International Advisory Committee. JAMA 1995; 274(8): 639-644.
3. Zaidi AK, Huskins WC, Thaver D, Bhutta ZA, Abbas Z, Goldmann DA. Hospital-acquired neonatal infections in developing countries. Lancet 2005; 365(9465): 1175-1188.
4. Azzam R, Dramaix M. A one-day prevalence survey of hospital-acquired infections in Lebanon. J Hosp Infect 2001; 49(1): 74-78.
5. Metintas S, Akgun Y, Durmaz G, Kalyoncu C. Prevalence and characteristics of nosocomial infections in a Turkish university hospital. Am J Infect Control 2004; 32(7): 409-413.
6. Hayden MK, Bonten MJ, Blom DW, Lyle EA, van de Vijver DA, Weinstein RA. Reduction in acquisition of vancomycin-resistant enterococcus after enforcement of routine environmental cleaning measures. Clin Infect Dis 2006; 42(11): 1552-1560.
7. Avila-Agüero ML, Umaña MA, Jiménez AL, Faingezicht I, París MM. Handwashing practices in a tertiary-care, pediatric hospital and the effect on an educational program. Clin Perform Qual Health Care 1998; 6(2): 70-72.
8. Pessoa-Silva CL, Hugonnet S, Pfister R, Touveneau S, Dharan S, Posfay-Barbe K, et al. Reduction of health care associated infection risk in neonates by successful hand hygiene promotion. Pediatrics 2007; 120(2): 382-390.
9. Keşaplı M, Çete Y, Kartal M. The patterns of handwashing and affecting factors in the emergency department. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2004; 24 (3): 235-242.
10. Haas JP, Larson EL. Impact of wearable alcohol gel dispensers on hand hygiene in an emergency department. Acad Emerg Med 2008; 15(4): 393-396.
11. Eckmanns T, Bessert J, Behnke M, Gastmeier P, Ruden H. Compliance with antiseptic hand rub use in intensive care units: the Hawthorne effect. Infect Control Hosp Epidemiol 2006; 27(9): 931-934.
12. Larson EL, Eke PI, Laughon BE. Efficacy of alcohol-based hand rinses under frequent-use conditions. Antimicrob Agents Chemother 1986; 30(4): 542-544.
13. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care, World Health Organization, Geneva, 2009.