



T.C.
KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMŞİRELERDE MESLEKİ PROFESYONELLİK
DÜZEYİNİN HIV/AIDS-HEPATİT B-HEPATİT C İLE
İLGİLİ BİLGİ DURUMU ÜZERİNE ETKİSİ**

Emine FIRTINA ÇAKI

YÜKSEK LİSANS TEZİ
HASTANE ENFEKSİYONLARI HEMŞİRELİĞİ ANA BİLİM DALI

KAHRAMANMARAŞ 2019

T.C.
KAHRAMANMARAŞ SÜTCÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HASTANE ENFEKSİYONLARI HEMŞİRELİĞİ ANA BİLİM DALI

HEMŞİRELERDE MESLEKİ PROFESYONELLİK DÜZEYİNİN
HIV/AIDS-HEPATİT B-HEPATİT C İLE İLGİLİ BİLGİ DURUMU
ÜZERİNE ETKİSİ

EMİNE FIRTINA ÇAKI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Mehtap OMAÇ SÖNMEZ

Jüri Üyesi

Doç. Dr. Selma ATEŞ

Jüri Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Yasemin ALTINBAŞ

KAHRAMANMARAŞ-2019

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü öğrencisi, Emine FIRTINA ÇAKI tarafından hazırlanan “Hemşirelerde Mesleki Profesyonellik Düzeyinin HIV/AIDS-Hepatit B-Hepatit C ile İlgili Bilgi Durumu Üzerine Etkisi” adlı bu tez, jürimiz tarafından 05/07/2019 Tarihinde oy birliği/oy çokluğu ile Hastane Enfeksiyonları Hemşireliği Ana Bilim Dalında Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Dr. Öğr. Üyesi Mehtap OMAÇ SÖNMEZ (DANIŞMAN)
Hastane Enfeksiyonları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, KSÜ

Doç. Dr. Selma ATEŞ(ÜYE)
Hastane Enfeksiyonları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, KSÜ

Dr. Öğr. ÜyesiDr. Öğr. Üyesi Yasemin ALTINBAŞ
Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Ana Bilim Dalı, ADYÜ

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylım.

Prof. Dr. Mehmet BOŞNAK
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

TEZ BİLDİRİMİ

Tez İçindeki Bütün Bilgilerin Etik Davranış ve Akademik Kurallar erevesinde Elde Edilerek Sunulduğunu, Ayrıca Tez Yazım Kurallarına Uygun Olarak Hazırlanan Bu alışmada, Alıntı Yapılan Her Türlü Kaynağa Eksiksiz Atıf Yapıldığını Bildiririm.

Emine FIRTINA ÇAKI



Not: Bu tezde kullanılan özgün ve başka kaynaktan yapılan bildirişlerin, izelge, şekil ve fotoğrafların kaynak gösterilmeden kullanımı, 5846 sayılı Fikir ve Sanat Eserleri Kanunundaki hükümlere tabidir.

TEŐEKKÖR

Bu çalışmanın hazırlanması ve yŒrŒtme aőamasındaki bilgi, katkı, destek ve Œnderliđinden dolayı; değerli bilgi ve katkıları ile yŒneten, tŒm yŒksek lisans eğitimim boyunca, bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, rehberlik eden, her konuda beni destekleyen çok değerli danışman hocam, Sayın Dr. Őđr. Őyesi Mehtap SŒNMEZ'e,

JŒri Œyeleri hocalarım Doç. Dr. Selma ATEŞ ve Dr. Őđr. Őyesi Yasemin ALTINBAŞ'a,

Hayatım boyunca tŒm sŒrelerde yanımda olan, beni daima destekleyen çok kıymetli Ailem'e, hayatıma girdiği gŒnden beri akademik hayatımda bana her tŒrlŒ desteği sağlayan, beni sabırla motive eden sevgili eőim Emre ÇAKI'ya ve biricik oğlum Ali Emsal'e ,

Tez alıőma sŒrecinde verilerin toplanmasında yardımcı olan ve katılımlarıyla bu çalışmanın oluőmasında değerli katkılarını Œnemsediđim Kahramanmaraş SŒtŒ İmam Őniversitesi'ne bağlı Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi ile Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi'nde çalışan hemőirelerine teőekkŒr ederim.

Temmuz-2019

Emine FIRTINA ÇAKI

HEMŞİRELERDE MESLEKİ PROFESYONELLİK DÜZEYİNİN HIV/AIDS- HEPATİT B-HEPATİT C İLE İLGİLİ BİLGİ DURUMU ÜZERİNE ETKİSİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Emine FIRTINA ÇAKI

ÖZET

HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C tüm sağlık çalışanları için önemli mesleki riskler arasında yer almaktadır. HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C'ye yönelik korunma ve önlemlerin alınmasında mesleki profesyonellik düzeyinin etkili olduğu düşünülmektedir. Bu çalışma, tanımlayıcı ve kesitsel tarzda, hastanede çalışan hemşirelerin mesleki profesyonellik düzeyinin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C ile ilgili bilgi durumu üzerine etkisi belirlemek amacıyla gerçekleştirildi.

Çalışma, Ocak 2018–Haziran 2019 tarihleri arasında yürütüldü. Araştırmanın evrenini Kahramanmaraş il merkezindeki Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi (KSÜ)'ne bağlı Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi (SUAH)ile Kahramanmaraş İl Sağlık Müdürlüğü Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi (KNFŞH)'de çalışan 1178 hemşire oluşturdu. Araştırma, gönüllü olarak katılmayı kabul eden 445 hemşire ile tamamlandı. Araştırmada, veri toplamak için “Kişisel Bilgi Formu (KBF)” ile “HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C Bilgi Soru Formu” ve “Meslekte Profesyonel Tutum Envanteri (MPTE)”yi içeren bir anket formu kullanıldı. Çalışmanın yapılabilmesi için etik kurul ve kurum izinleri alındı. Araştırma verileri elektronik ortamda SPSS 23.0 istatistik paket programları ile değerlendirildi. Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde; Cronbach Alfa analizi, sayı ve yüzde dağılımları, tanımlayıcı istatistikler, Ki-Kare analizi, Pearson Korelasyon analizi, Varyans Analizi (ANOVA) testi ve bağımsız gruplarda t testi kullanıldı.

Araştırmaya yer alan hemşirelerin %85.8'i kadın, %54.8'i evli ve %95.5'i klinik servis hemşiresidir. Hemşirelerin yaş ortalamaları 28.95 ± 0.24 'tür. Birimlerde ortalama 2 yıl çalışan, günlük ortalama 12 hastaya bakım veren ve haftada ortalama 41 saat çalışan hemşirelerin çoğunluğunun HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C'de bilgi düzeylerinin iyi düzeyde olduğu ve çalışma ortamında hastaya girişimde bulunurken bulaşıcı hastalık etkeni varmış gibi düşünerek çalıştıkları belirlendi. Hemşireler meslekte kendilerini biraz profesyonel gördükleri, hemşirelik ile ilgili yasal düzenlemeler ve uygulamaların yetersizliğinden dolayı

meslekte profesyonel tutum sergileyemedikleri ve meslekte profesyonel hareket edebilmeleri için uzmanlaşma yoluna gidilmesi gerektiğini ifade etmişlerdir. Hemşirelerin mesleki profesyonellik tutum düzeylerinin yüksek (137.75 ± 13.74) olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin Meslekte Profesyonel Tutum Envanteri'nden aldıkları toplam puan ortalaması ile kendini meslekte profesyonel olarak kendini profesyonel görme arasında anlamlı farklılığın olduğu ($p < 0.05$); kendini tamamen profesyonel görenlerin kendini hiç profesyonel görmeyenlere göre ortalama Hemşirelerin Meslekte Profesyonel Tutum Envanteri toplam puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin Meslekte Profesyonel Tutum Envanteri'nden aldıkları toplam puan ortalaması ile HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C'de bilgi durumları arasında anlamlı farklılıkların bulunduğu ($p < 0.05$) sonuçlarına ulaşılmıştır.

Hemşirelerin mesleki profesyonellik düzeyinin HIV/AIDS, Hepatit B, Hepatit C ile ilgili bilgi durumu üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: HIV/AIDS, Hepatit B, Hepatit C, hemşirelik, mesleki profesyonellik.

Sayfa Adedi: 141

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Mehtap OMAÇ SÖNMEZ

**THE INFLUENCE OF OCCUPATIONAL PROFESSIONALISM LEVEL IN
NURSES UPON THE STATE OF KNOWLEDGE ASSOCIATED WITH HIV/AIDS-
HEPATITIS B-HEPATITIS C**

(Master's Thesis)

Fırtına Çakı, Emine

ABSTRACT

The HIV/AIDS, Hepatitis B and Hepatitis C are among important occupational risks for all health workers. It is thought to be in line with the increase in occupational professionalism in taking measures and protection for HIV/AIDS, Hepatitis B and Hepatitis C. This research was planned as descriptive and cross-sectional in order to determine the level of occupational professionalism of nurses working in hospital and the state of knowledge associated with HIV/AIDS, Hepatitis B, Hepatitis C.

The study was conducted between January 2018 and June 2019. The population of the study consists of 1178 nurses working in the Health Research and Application Hospital of Kahramanmaraş Sütçü İmam University, which is located in the city center of Kahramanmaraş and in Necip Fazıl City Hospital of Kahramanmaraş Provincial Health Directorate. In the study, a questionnaire including 'Personal Information Form', 'HIV/AIDS, Hepatitis B, Hepatitis C Knowledge Question Form' and 'Professional Attitude Inventory in Profession' was applied to 445 nurses who accepted to participate. In order to conduct the research, ethics committee approval and institution permits were obtained. The collected data were evaluated with SPSS 23.0 statistical package programs in computer environment. In the evaluation of the data; Cronbach Alpha analysis, frequency and percentage distribution, descriptive statistics, chi-square analysis, Pearson Correlation analysis, t test in independent groups and ANOVA test were used.

It has been determined that the majority of the nurses participating in the study were 85.8% female, 54.8 % married, 95.5% clinical service nurse, nurses who were working at the age of 29 years, working in the unit for 2 years on average, working 41 hours a week on average and caring for 12 patients on average. It was determined that the majority of nurses were aware of the high level of knowledge of HIV/AIDS, Hepatitis B and Hepatitis C and that they worked as if they had an infectious disease agent when interfering with each patient. The nurses considered themselves a little professional in their job, due to the inadequacy of legal

regulations and practices related to nursing, they stated that they did not have professional attitude in the profession and that specialization should be made in order to act professionally in the job. The level of professional professionalism attitude of nurses was found to be high (137.75 ± 13.74). It was found that there was a significant difference ($p < 0.05$) between the total score taken by the nurses from 'Professional Attitude Inventory in Profession' and their professional evaluation of themselves in the profession. Those who consider themselves completely professional have higher point average of 'Professional Attitude Inventory in Profession' than those who do not consider themselves professional at all. It has been concluded that the total point average taken from Professional Attitude Inventory in Profession showed that between the knowledge levels in HIV/AIDS, Hepatitis B and Hepatitis C are significant differences ($p < 0.05$).

It was determined that nurses' professionalism in occupation attitude levels were effective upon the state of knowledge associated with HIV/AIDS, Hepatitis B, Hepatitis C.

Keywords: HIV/AIDS, Hepatitis B, Hepatitis C, nursing, occupational professionalism,

Page Number: 141

Supervisor: Asist Prof. Üyesi Mehtap OMAÇ SÖNMEZ

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	I
ÖZET.....	II
ABSTRACT.....	IV
İÇİNDEKİLER.....	VI
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	VIII
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
1.1. Giriş.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	2
1.3. Araştırmanın Önemi.....	2
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. İş ve Meslek Tanımları.....	3
2.2. Hemşirelik Mesleği.....	5
2.3. Profesyonellik Kavramı ve Profesyonellik Ölçütleri.....	6
2.4. Mesleki Profesyonellik.....	7
2.5. Hemşirelikte Profesyonellik.....	8
2.6. Miller' in Hemşirelikte Profesyonelleşme Modeli.....	10
2.6.1. Eğitimsel Hazırlık.....	11
2.6.2. Hemşirelikte Araştırma.....	11
2.6.3. Yayın.....	12
2.6.4. Mesleki Organizasyonlara Katılma.....	12
2.6.5. Toplumsal Hizmet.....	13
2.6.6. Sürekli Eğitim.....	13
2.6.7. Hemşirelik Etik Kodları.....	14
2.6.8. Teori.....	14
2.6.9. Otonomi.....	15
2.7. HIV/AIDS-Hepatit B ve Hepatit C Enfeksiyonları.....	15
2.7.1. HIV.....	16
2.7.1.1. HIV Enfeksiyonu Epidemiyoloji.....	16
2.7.1.2. HIV Enfeksiyonu Bulaşma Yolları.....	18
2.7.1.3. HIV'de Klinik Belirtiler ve Klinik Evreleme.....	20
2.7.1.4. HIV Enfeksiyonu Tanısı ve Tedavisi.....	22
2.7.1.5. HIV Enfeksiyonundan Korunma.....	24
2.7.2. Hepatit B Enfeksiyonu.....	26
2.7.2.1. Hepatit B Epidemiyolojisi.....	26

2.7.2.2. Hepatit B Enfeksiyonu Bulaşma Yolları	27
2.7.2.3. Hepatit B’de Klinik Belirtiler ve Klinik Evreleme	28
2.7.2.4. Hepatit B Tanı ve Tedavisi.....	29
2.7.2.5. Hepatit B Enfeksiyonunda Korunma	30
2.7.3. Hepatit C Enfeksiyonu	31
2.7.3.1. Hepatit C Enfeksiyonu Epidemiyolojisi.....	31
2.7.3.2. Hepatit C Enfeksiyonu Bulaşma Yolları	32
2.7.3.3. Hepatit C’de Klinik Belirtiler ve Klinik Evreleme	33
2.7.3.4. Hepatit C Tanı ve Tedavisi.....	35
2.7.3.5. Hepatit C Enfeksiyonunda Korunma	36
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	37
3.1. Araştırma Grubu.....	37
3.2. Veri Toplama Araçları ve Verilerin Toplanması	37
3.3. Verilerin Analizi.....	39
3.4. Araştırmanın Etik İlkeleri.....	39
4. BULGULAR.....	40
5. TARTIŞMA.....	76
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	90
7. KAYNAKLAR.....	93
8. ŞEKİLLER DİZİNİ.....	109
9. TABLOLAR DİZİNİ.....	110
10. EKLER DİZİNİ.....	112
EK-1: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU.....	113
EK-2: ANKET FORMU.....	118
EK-3: ETİK KURUL KARARI.....	125
EK-4: KURUM İZİNLERİ.....	126
EK-5: ÖLÇEK KULLANIM İZİNİ.....	128
EK-6: ÖZGEÇMİŞ.....	129
11. ÖZGEÇMİŞ.....	129

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD	:Amerika Birleşik Devletleri
AIDS	:Acquired Immune Deficiency Syndrome
Anti-HBs	: Hepatit B Virüs Antikoru
CDC	: Centers for Disease and Prevention
CD4+ T	: Yardımcı T lenfosit Hücreleri
DNA	: Deoksiribo Nükleik Asid
ELISA	: Enzyme-Linked ImmunoSorbent Assay
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
HBV	: Hepatit B Virüs
HBsAg	: Hepatit B Virüs yüzey antijeni
HCV	: Hepatit C Virüs
HIV	:Human Immunodeficiency Virus (İnsan Bağışıklık Yetmezlik Virüsü)
ICN	: International Council of Nurses (Uluslararası Hemşireler Konseyi)
IG	: İmmünGlobulin
IV	: İnra Venöz (Venöz Damar içi)
İFA	: İmmün Floresan Assay
KBF	:Kişisel Bilgi Formu
NFŞH	: Necip Fazıl Şehir Hastanesi
KSÜ	:Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi
MPTE	: Meslekte Profesyonel Tutum Envanteri
n	: Sayı
PCR	: Poliymerase Chain Reaction (Polimeraz Zincir Reaksiyonu)
RIBA	: Recombinant Immunoblot Assay (HCV Antikoru Doğrulama Testi)
RNA	: Ribo Nükleik Asid
RT	: Retroviral Tedavi
SS	:Standart Sapma
SUAH	:Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi
THD	: Türk Hemşireler Derneği
UNAIDS	: United Nations Programme on HIV AIDS (Birleşmiş Milletler AIDS Birimi)
\bar{X}	: Ortalama
WB	: Western Blot
μL	: Mikrolitre

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Giriş

Günümüzde yaşanan kültürel, sosyal ve toplumsal değişimlerle teknolojik gelişmeler, meslekte profesyonelliği zorunlu kılmaktadır (1). Profesyonellik kavramı, bir mesleğin rol ve sorumluluklarını yerine getirilmesi ve bir işi gerçekleştirilmesi sürecinde, her bireyin edinmesi gereken bir düşünce ve davranış biçimi olarak ifade edilmektedir. Mesleki profesyonellik ise, meslek çalışanın bireysel profesyonelliğini kurumsal profesyonelliğe dönüştürmesidir (2,3).

Mesleki profesyonellik, hemşirelik mesleğinde standartlarının oluşturulmasında ve hizmet alanlarakaliteli bakım sunulmasında oldukça önemli bir yere sahiptir (2,4). Bir meslekte mesleki profesyonellik olumsuz etkilenirse, hizmet alan bireyleri çok yönlü etkilemesinin yanı sıra, kurumu da etkileyerek kurumdaki hemşirelik bakım hizmetlerinin azalmasına/bakım kalitesinin düşmesine sebep olmaktadır. Ayrıca düşük mesleki profesyonellik, hizmet alan bireylerin ve hizmet veren profesyonellerin memnuniyetsizliğine ve buna bağlı olarak kurumsal sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır (3,5).

Sağlık hizmetlerinin bakım alanında vazgeçilmez bir parçası olan hemşireler bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını koruma, sağlığı geliştirme ve hastalıkların oluşması halinde iyileştirmeye yönelik çaba gösterirken profesyonel bir tutum içinde olmalıdır (6,7). Ancak sağlık alanında meydana gelen bilimsel, teknolojik, politik vb. değişimler sonucu ortaya çıkan durumlar hemşirelerin profesyonellik davranışlarını olumsuz etkileyebilmektedir. Hemşirelerin işlerini profesyonelce yapmamaları sonucu da birçok geri dönüşümsüz sorunlar ve problemler ortaya çıkmaktadır (8,9).

Hemşireler, sağlık ve bakım hizmetlerisunduklarısağlık kuruluşlarında birçok mesleki risk ve tehlikelere maruz kalmaktadır (10,11). Çalışma ortamında hastaların kan ve diğer vücut sıvılarından HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C enfeksiyon etkenleri hemşirelerin en çok maruz kaldıkları riskler arasındadır (12). Sağlık kuruluşlarında bulaşıcı hastalıkların önlenmesinde en büyük rol, görev ve sorumlulukmesleğinde profesyonel tutum sergileyerek; bulaşıcı hastalık etkenlerinin önlenmesi, yayılması ve bulaşması konusunda dikkatli davranan ve bulaşıcı hastalık risklerine karşı her zaman farkındalık gösteren hemşirelere düşmektedir (13). Hemşirelik mesleğini icra ederken titiz çalışan, işlerini prosedürlere uygun bir şekilde

yapan, denetim yapılmadığı zamanlarda bile kurallara uyan, kendini bireysel ve mesleki alanda geliştiren, işini severek yapan ve tıbbi uygulama hatalarının oluşmaması için çaba sarf eden, profesyonel tutum sergileyen yani işini profesyonelce yapan bir hemşirenin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C ile ilgili bilgi durumu hemşirelik mesleğinin uygulama standartları ve kaliteli bakım sunulması ile birlikte hemşirelik mesleğinin profesyonelliği açısından büyük önem taşımaktadır (9,14).

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada, hastanede çalışan hemşirelerin mesleki profesyonellik düzeyinin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C ile ilgili bilgi durumu üzerine etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

1.3. Araştırmanın Önemi

Yapılan literatür incelemesinde hemşirelerin mesleki profesyonellik düzeyinin HIV/AIDS, Hepatit B, Hepatit C ile ilgili bilgi durumu üzerine etkisi ile ilgili gerek Türkiye’de gerekse uluslararası alanda araştırma bulgusuna rastlanmamıştır. Bu ihtiyaçtan hareketle bu araştırma, hastanede çalışan hemşirelerin mesleki profesyonellik düzeyinin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C ile ilgili bilgi durumu üzerine etkisini belirlemesi açısından önemlidir. Bu araştırma konu ile ilgili yapılan ilk çalışma olması nedeniyle ayrı bir öneme sahip olup daha sonra yapılacak araştırmalara yol gösterici nitelikte olacağı düşünülmektedir. Bu çalışma ile “Hemşirelerin mesleki profesyonellik düzeyinin HIV/AIDS, Hepatit B, Hepatit C ile ilgili bilgi durumu üzerinde etkili midir?” sorusuna yanıt aranmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İş ve Meslek Tanımları

Günümüzde insanların yaklaşık üçte biri uğraş alanları ilgili etkinliklerle geçmektedir. Zaman içerisinde bireylerin, hayatı sürdürmek ve yaşayabilmek için sürekli yaptıkları ve gereksinimlerine yönelik olarak edindikleri bu uğraş alanları ile ilgili etkinlikler değişim göstermiştir. Uğraş alanları ile ilgili bu etkinlikler, uzmanlaşma ve gruplar arası işbölümünün gelişimiyle birlikte “meslek” haline gelmiştir (15). Toplum yaşamında bireyler yaşamları boyunca meslek sahibi olmak, kendisine verilen bir iş yapmak ve meslekte etkin olmak isteği, arzusu ve gereksinimi içindedir (16).

İş kavramı, Türk Dil Kurumusözlüğüne göre (17), bir sonuç elde etmek ya da herhangi bir şey ortaya koymak için güç harcanarak yapılan etkinlik; geçimi sağlamak için herhangi bir alanda/konuda yapılan çalışma, birinden yapılması istenen hizmet veya birine yapılması için verilen görev olarak tanımlanmaktadır. Başka bir ifadeyle iş; bir şeyin üretilmesine, oluşturulmasına yönelik insan etkililikleridir ve iş; birlikte bir şeyi ortaya koymak, bir verim ya da sonuç elde etmek için güç harcayarak yapılan çalışmalardır. Aynı zamanda iş kavramı, yapılması durumunda etkinlik veya bir ürün ortaya koyan ve bir değer yaratan emek şeklinde de ifade edilmektedir (18,19).

Meslek kavramı, uzun zamandan günümüze kadar üzerinde birçok çalışma, araştırma ve çeşitli tartışmaların yapıldığı, kuram ve teorilerin geliştirildiği, bireysel ve toplumsal boyutlarda etkilerinin incelendiği bir konu olmuştur (20). Meslekler, bireyin sosyal yaşamda geçimini sağlamak için üstlendiği, yapılış tekniğine ve konusuna göre belirlenen, yasal bir düzen ve çerçeve içinde yer alan, toplumsal uğraşları ifade eder (18,19). Bir başka ifade ile meslek, toplumda bir arada yaşayan insan topluluklarının iş bölümünden ortaya çıkan ve bireylere bir davranış kalıbı oluşturarak statü veren iş ve uğraştır. Meslekler aynı zamanda, onu yapan üyelerinin bireysel inisiyatif alma ve karar verme süreçlerini kontrol edebildiği, toplumsal sorunların çözümü için özel bilgi ve beceri gerektiren, kâr elde etmekten önce hizmet etme güdüsüyle hareket eden sürekli ve organize bir şekilde, bilinçli bir uğraşı ya da işi de ifade etmektedir (9,21).

Meslekler, yükseköğretimde üst düzey planlı bir eğitim görmeyi gerektiren ve yükseköğretim sistemi dışında da buna alternatif bir eğitim imkânı olmayan çalışmalardan oluşmaktadır (21). Bir uğraşın ya da işin meslek olarak kabul edilebilmesi için, belirli

özellikleritaşması gerektiği vurgulanmaktadır. Bu özellikler arasında bireylerin eğitim görme ve öğrenme yoluyla kazanılan yeterli bilgi ve beceriye sahip olması ile iş ya da uğraşın yasal düzenlemeler ve etik kurallar doğrultusunda topluma hizmet sunuyor olmasıdır (4,22,23).

Toplumda bireyin temel rollerinin başında gelir elde etme ve kişinin saygınlığı, şahsiyeti gibi pek çok özelliği yaptıkları meslekleriyle yakından ilişki içindedir (24). Aynı zamanda meslekler; bireyin toplumdaki konumunun belirlenmesinde, sosyal sistemin işletilmesine katkı sunmada birey ve toplumsal yaşamının merkezinde yer alan çok boyutlu toplumsal bir olguyu oluşturur (25).

Meslekler, toplum yaşamında yer alan insanların gereksinimlerini karşılamak için ortaya çıkmaktadır. Mesleklerde, tıpkı canlı organizmalar gibi, içinde bulunduğu toplumun gelişmesine ve değişimine bağlı olarak değişiklikler göstermektedir (26). Meslek ve toplum arasında etkileşim ve karşılıklı bir etkileşim ve ilişki bulunmaktadır. Meslekler toplumda bireylerin ihtiyaç duyduğu belirli hizmetleri sunarken, toplum ise sunulan bu hizmetlerin karşılığında mesleğin toplum içinde değer ve statü kazanmasına ve meslek üyelerinin sosyal ve ekonomik açıdan belirli ayrıcalıklar elde etmesine olanak vermektedir (27). Mesleklerin toplumsal etki ve değerleri topluma verdiği hizmetler ile ölçülmektedir. Meslekler toplumla etkileşimde bulunarak, toplumun ihtiyaçlarına yönelik hizmetler sunmaktadır (28,29).

Meslekler, etkileşim içerisinde olduğu insanların kendilerini, yeteneklerini, becerilerini geliştirmelerine, bireysel veya toplumsal kimlik oluşturmalarına, dünya ile bağ kurmalarına, insanların iletişim ihtiyaçlarının karşılanmasına ve yaşamda düzenin sağlanmasında önemli rol oynamaktadır. Ayrıca meslekler toplumun yapılaşmasında ve bilinçli olarak organize olmasında, işbölümünün oluşturulmasında ve toplum yaşamının biçimlenmesinde belirleyici etkiye sahip olması, toplumsal uzlaşa ve istikrara olan katkıları nedeniyle meslekler toplumsal açıdan önemlidir (19,25,28,30).

Meslek ve iş tanımları incelendiğinde sıklıkla birbirinin yerine kullanılsa da fakat bu iki kavramın taşıdıkları bazı özellikler açısından farklılıkları bulunmaktadır (31). İncelenen literatür doğrultusunda iş ile meslek kavramları arasındaki farklılıklar Tablo 2.1' de özetlenmiştir (31).

Tablo 2.1.İş kavramı ve meslek kavramı arasındaki farklılıklar

İş Kavramı	Meslek Kavramı
<ul style="list-style-type: none">• İş başında eğitim yapılabilir.• İş eğitimi süresi değişiklik gösterebilir.• Değerler, etik ve inançları işe hazırlıkta ön planda değildir.• Bireyin işe bağlılığı değişebilir.• İşte çalışanların gözetilmesi gerekir.• Bireyler sıklıkla iş değiştirebilir.• İşin sorumluluğu işverene aittir.	<ul style="list-style-type: none">• Meslek eğitimi üniversitede gerçekleştirilir.• Mesleğin eğitim süresi uzundur.• Değerler, etik ve inançlar mesleğe hazırlığın bir parçasıdır.• Bireyin mesleğe bağlılık düzeyi güçlüdür.• Meslek çalışanları bağımsızdır.• Bireyin mesleği değiştirme eğilimi düşüktür.• Meslekte sorumluluk bireyin kendisine aittir.

2.2. Hemşirelik Mesleği

Hemşirelik mesleği, kaynağını insanın birçok gereksiniminden alan ve geçmişte başlangıcı insanın varoluşuna kadar dayanan eski bir meslektir. Oldukça eski ve zengin bir geçmişe sahip olan hemşirelik mesleğinin birçok meslek örgütü tarafından farklı tanımları yapılmıştır (27).

International Council of Nursing (ICN-Uluslararası Hemşirelik Konseyi)'ne göre (3), hemşirelik; birey, aile ve toplum sağlığının korunması ve geliştirmesine yardım eden ve bireyin hasta olması halinde bireyi iyileştirme, tedavi etme ve rehabilite etme çalışmalarına katılan bir meslektir. Bu tanıma göre ICN hemşirelik mesleğinde hemşirelik bakım kavramına odaklanmaktadır.

1933 yılında kurulan Türk Hemşireler Derneği (THD)'ne göre (32), hemşirelik; "Birey, aile ve toplum sağlığını ve iyilik halini koruma, geliştirme, sağlığın bozulması halinde iyileştirme amacına yönelik hemşirelik hizmetlerinin planlanması, organize ve koordine edilmesi, uygulanması ile değerlendirmesinden, bu bireylerin ve toplumun eğitiminden sorumlu olarak bilim ve sanattan oluşan bir sağlık meslek disiplini".

Hemşireler, sadece hastalıkta değil aynı zamanda bireyin sağlıklı halinde bireye, aileye ve topluma sağlık ve bakım hizmetleri vermektedir. Hemşirelik mesleğinin en önemli özelliklerinden birisi hizmet verdiği bireylere bütüncü olarak yaklaşımda bulunmasıdır(33). Birey, aile ve topluma gereksinim duydukları sağlık ve bakım hizmetlerinin sunulması temel görevi olan hemşirelik, bakım kavramıyla özdeş hale gelmiş önemli bir

meslek grubudur (19,34). Hemşireliğin tarihsel gelişimine bakıldığında, hemşirelik faaliyetleri ve bakım hizmetinin en ilkel toplumların yer aldığı dönemlerden, bilimsel ve teknolojik gelişmelerle donatılmış günümüz toplumlarına kadar her dönemde varlığını sürdüren ve tüm toplumlar için vazgeçilmez bir meslek olduğu görülmektedir (27).

Hemşirelerin çalıştıkları sağlık kurumlarında yoğun bir çalışma temposunda olmaları ve günümüzde yeni sorumluluklarının sorumlulukların olması sebebiyle topluma ve bireylere etkin bir şekilde hizmet sunamadığı ve toplum tarafından da kariyer sınıfında yer alan bir meslek olarak algılanmadığı bildirilmektedir. Bu bakımdan, hemşirelik mesleğinin toplumda daha iyi konumda olabilmesi için profesyonelliğin göstergesi olan hemşirelikte mesleki tutum ve davranışlarının bilinmesi ve sergilenmesi gerektiği belirtilmektedir (31).

Hemşirelik mesleği için meslekleşme ölçütleri; teori (bilgi yükü), yapılan işin/uğraşın toplumun temel sosyal değerleriyle bağlantısı, mesleğin eğitim süresi, özerklik (otonomi), sosyallik (örgütlenme), topluma hizmet sunma, mesleğe bağlılık ve meslek ahlakıdır. Hemşirelik mesleğinin gelişim süreci bu ölçütlerden bazıları doğrultusunda değerlendirme yapıldığında; hemşirelikte yapılan araştırmalarla elde edilen teorik bilginin yetersiz olduğu, birçok ülkede hala hemşirelik eğitimi düzeyinin farklılık gösterdiği, hemşirelikte mesleki bağlılığın ise istenen düzeye ulaşmadığı belirtilmektedir (31).

2.3. Profesyonellik Kavramı ve Profesyonellik Ölçütleri

Geçmişten günümüze kadar gelen birikimlerlemeydana gelen gelişmeler her alanda yeni düşünce anlayışı ve yaklaşım biçimlerini de beraberinde getirmektedir. İnsanlığına ait gelişmelerin her açıdan hızlı olduğu bu yüzyılda profesyonellik ön plandadır ve daha da fazla önem kazanmaktadır (35). Profesyonellik; çağdaş toplumlarda en çok önem verilen konulardan biri olmakla birlikte uzun yıllardır farklı meslekler tarafından benzer ifadeler ile tanımlandığı görülmektedir (36,37).

Literatürde profesyonellikle ilgili birçok tanım ve ölçütlerin olduğu görülmektedir (38).Profesyonellik, bir alanda/konudaortaya konan uzmanlık, bilgi, beceri ve davranışlar biçimidir (39). Profesyonellik aynı zamanda dinamik olma ve yoğun çabayı içeren bir süreci gerektirmektedir. Bireyin, profesyonel davranış biçimini sergileyip sergilemediği ilgili olduğu çalışma alanına yönelik bir takım bazı kriterleri yerine getirmesiyle değerlendirilebilmektedir (40).

Profesyonel davranış tutumu, etkinlik ve verimliliğin en temel özelliğini oluşturmaktadır. Daha geniş anlamı ile profesyonel; bir konu/alani meslek olarak seçen, bu alanda/konuda derinleşen ve o alandaki bilgi ve deneyimleriyle hayatınıidame eden kişidir (41). Hemşirelik mesleğine mensup bireyler, meslek niteliğini taşımaları, meslek örgütlenmesi içinde bulunmaları, mesleği icra ederken mesleki uzmanlık ve teknik bilgiyi kullanmaları dolayısıyla meslekte profesyonel olarak kabul edilmektedir (2).

Bir alanda, konuda ya da meslekte profesyonellik kazanılması, profesyonelliğe ait ölçütlerin uygulanmasına bağlı gerçekleşmektedir. Bu konuda yapılan birçok araştırma ile birlikte profesyonellik ölçütleri belirlenmiştir (36,42) Profesyonellik ölçütleri ilk olarak eğitimci Abraham Flexner (43) tarafından açıklanmıştır. Abraham Flexner'e göre (43), profesyonellik ölçütleri; bireysel sorumluluğun bulunması, bilgi bütünü temelinde öğrenilmiş olması, kuramsal teorik bilginin yeniden üretilebilir olması, eğitimsel bir disiplin doğrultusunda tekniklerin öğretilerilebilir olması, örgütlenmesinin çok iyi yapılmış olması, alturizm (özgecilik) yoluyla üyelerin birbirlerine yardım etmeye eğilimli ve toplum yararına çalışmaya istekli olmasıdır.

Abraham Flexner'den sonra Pavalko profesyonellik ölçütlerini teori (bilgi yükü), toplumun temel sosyal değerleriyle bağlantı, mesleğin eğitim süresi, otonomi (özerklik), mesleğe bağlılık, meslek etiği ve ahlaki, örgütlenme bilinci ve topluma hizmet sunma olmak üzere sekiz ölçüt olarak açıklamıştır (9,31).

2.4. Mesleki Profesyonellik

Mesleki profesyonellik, bireysel profesyonelliğin kurumsal profesyonelliğe dönüştürülmesini ifade etmektedir. Bir meslek standardının oluşturulması ve mesleğin nitelikli hizmet sunabilmesi için mesleksel profesyonellik gerekli ve önemli olduğu vurgulanmaktadır (36,44). Bir meslekte profesyonelliğin olumsuz yönde etkilenmesi ile birlikte öncelikle birey daha sonra da kurum etkilenerek topluma verilen hizmetlerin olumsuz etkilenmesi söz konusu olabilmektedir (2). Mesleki profesyonelliğin istenilen düzeyde olmaması önce hizmet alan bireyleri ardında da kurumu etkilemektedir. Mesleki profesyonelliğin yeterince gelişmemesi bireylere ve topluma verilen hemşirelik hizmetleri kalitesinin düşmesine ve sağlık kurumlarında bir takım sorunlara yol açabilmektedir (36).

Mesleki profesyonellik, mesleğin toplumda kabul edilebilir bir meslek olarak cazip hale gelmesinde, toplumda prestij sahibi olması olarak işgörenlerin saygı görmesinde ve

işgörenlerin yüksek iş tatminine ulaşmasında önemli yere sahiptir (42). Diğer taraftan günümüzde yaşanan bazı toplumsal değişim ve gelişmeler ile teknolojik gelişmeler, mesleki profesyonelliği zorunluk haline getirmektedir (1). Bununla birlikte, insanlığın olduğu sürece varlığını devam ettirecek olan sağlık sisteminin en önemli mesleklerinden biri olan hemşirelik mesleği, insanların yaşam kalitelerinin yükseltilmesinde tartışılmaz bir yere sahiptir (8). Sağlık hizmeti sunan meslek gruplarından biri olan hemşirelik mesleğinin üyelerinin çok değişken özelliklerde çalışma şartlarının bulunması, yapıcı olmaktan uzak ve onaylanmayan tutum ve davranışlarla karşılaşması ve yoğun iş stresi altında çalışıyor olmaları gibi olumsuz etmenler; hemşirelik mesleğinde mesleki profesyonelliği gerekli kılmaktadır (3).

Profesyonel niteliğe sahip bir meslek, öznel ve nesnel açılarından geçerliliği tanımlanmış mesleki bir statüde, iyi belirlenmiş bir çalışma ya da görev alanı olan, ileri düzeyde bir eğitim ve öğretim sürecinden sonra toplumda yüksek kalitede verilmesi gereken belirli hizmetleri veren ancak kol ve makine gücüne dayanmayan bir meslektir (45). Bir mesleğin profesyonel statüye ulaşabilmesi için, mesleğin nesnel ve öznel bakımdan profesyonel olduğu kabul edilmelidir. Öznel açıdan bakıldığında mesleğin üyeleri kendilerinin profesyonel olduğunun bilincinde olması gerekmektedir. Nesnel açıdan ele alındığında ise, profesyonel bir mesleğin sunduğu hizmetlerden yararlanan toplum üyeleri ve genel olarak halk, o mesleği profesyonel olarak tanımaya ve kabul etmeye istekli olması beklenmektedir (9,45).

2.5. Hemşirelikte Profesyonellik

Hemşirelik, topluma hizmet veren bir meslek olarak geçmişten bugüne kadar uzun yıllar boyunca varlığını korumuş, bireylerin sağlığını geliştirmek, sağlığı korumak ve hastanın bakımını gerçekleştirmek düşüncesi ile ortaya çıkmıştır (46,47). Hemşirelik mesleğinin mesleklaşma sürecinde özellikle son yıllarda belirgin bir gelişme kaydedilmiştir. Bu gelişme ve ilerleme süreci içerisinde hemşirenin rollerinde değişimler ile çalışma alanlarının genişletilmesi, eğitim programlarının içeriğinin zenginleştirilmesi, eğitim düzeyinin üniversite lisans düzeyinde temellenmesi, lisansüstü eğitim programlarının (yüksek lisans ve doktora) açılması, mesleki örgütlenmeler ve bilimsel yayınlarda bir artış gibi bir çok gelişme olmuştur (48,49).

Bireylerin sağlıklı bir yaşam sürdürmesinde tartışılmaz bir yere sahip olan hemşirelik mesleği toplumsal, teknolojik, yasal, ekonomik vb. değişimlerden en fazla etkilenen meslek olarak mesleki profesyonellik her geçen gün daha da önem kazanmaktadır. İçinde bulunulan

yüzyılda sağlık kurumlarındaki hızlı değişimler meslekte profesyonel hemşirelere olan ihtiyacı daha da hissettirmektedir (8,9,39).

Hemşirelerin çağdaş rolleri arasında yer alan bakım verici hemşire rolünün yanında eğitici hemşire rolü, karar verici hemşire rolü, savunucu ve koruyucu hemşire rolü, danışman, yönetici, uzman ve koordinatör hemşire rolleri günümüzde daha çok önem kazanmıştır (50). Aynı zamanda son yıllarda hemşirelik alanında bilimsel çalışmaların artması ile birlikte hemşirelik meslek üyelerinin sürekli kendilerini geliştirme, yeniliklere ve değişimlere açık olma, sorumluluk sahibi, entelektüel olma, araştırmacı, liderlik gibi özellikleri ön plana çıkarmıştır (51). Böylece hemşirelik, geleneksel hemşirelik anlayışından profesyonel bir meslek olma yolunda gelişmeler göstermiştir (52).

Hemşirelikte profesyonellik kavramı, ilk kez Miller ve arkadaşları (49) tarafından açıklanmıştır. Miller ve arkadaşlarına göre profesyonel bir hemşire; entelektüel bilgi, beceri ve tutum birikiminin doğrultusunda kuramsal olan bilgisini uygulamayla bütünleştirebilen, sağlığı koruyucu, geliştirici ve tedavi edici sağlık hizmetlerini sunarken mesleki bilgisinden yararlanan; problemlerin temeline inebilen, eleştirel düşünme, karar verme ve problem çözebilme yeteneği olan, gereksinimi olan bireylere kaliteli bakım verebilme yeteneğine sahip, eğitici, araştırmacı ve yönetici rollerini yerine getirebilen meslek üyesidir (49,53).

Hemşirelerin profesyonellik düzeyleri ölçülebilmektedir. Ancak yapılan bazı çalışmalar hemşirelikte profesyonelliğin istenilen düzeyde olmadığını göstermektedir. Literatürde yapılan bazı çalışmalarda, hemşirelerin mesleki otonomi, mesleki örgütlere/derneklere üyelik ve bilimsel makale yayın alanlarına ilişkin olarak profesyonellik düzeylerinin düşük olduğu saptanmıştır (3,54). Hemşirelerin profesyonellik düzeylerinin düşük olmasının nedenleri arasında; çalışma ortamı, hemşirelik mesleğine ilişkin çatışmalar, ön yargılar ile aile ve toplumun mesleğe bakış açılarının olduğu bildirilmektedir. Adams ve Miller(55), Hemşirelikte Profesyonelliğe İlişkin Davranışsal Envanter'i kullanarak hemşirelerde profesyonellik davranışlarını incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada; hemşirelerin yayın, araştırma ve otonomi boyutlarında düşük profesyonellik düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir. Karadağ ve ark. (56) Türkiye'deki hemşirelerin profesyonellik davranışlarını belirlemeye yönelik yaptıkları bir başka çalışmada, Türk hemşirelerin davranışlarında profesyonellik düzeylerinin, özellikle eğitim ve otonomi alanlarında en düşük düzeyde olduğu saptanmıştır.

2.6. Miller' in Hemşirelikte Profesyonelleşme Modeli

Miller tarafından geliştirilen hemşireliğe özgü bir model ile hemşirelikte profesyonellik kriterleri belirlenmiştir (26,56,49). Miller, hemşirelikte profesyonelliği açıklarken hemşirelikte temel özellikleri ve davranışları model almıştır (49). Miller'e göre hemşirelikte profesyonellik kriterleri; bilimsel bilgi birikimi (teori), uygulamada teoriyi kullanma, toplumsal değerleri paylaşma, mesleki etik kodlar, toplumda yaşamsal değeri olan konular üzerine odaklanma, mesleki örgütlenmeye sahip olma ve mesleki otonomidir (22,49). Miller'in Hemşirelikte Profesyonelleşme Modeli Şekil 2.1'de gösterilmiştir.



Şekil 2.1. Hemşirelikte Profesyonelleşme Modeli

Miller'in Hemşirelikte Profesyonelleşme Modeli bir tekerlek olarak düşünüldüğünde, modelde; tekerliğin merkezinde hemşirelik mesleğinin en önemli nitelikleri olarak hemşirelik eğitimi ve bilimsel temel, tekerleğin çevresinde ise; bu nitelikleri destekleyici tutumlar yer almaktadır (9). Model yaygın olarak kullanılan ve üzerinde fikir birliği yapılmış olan profesyonellik kriterlerini içermektedir (27,57). Hemşirelikte profesyonelleşme kriterleri; eğitimsel hazırlık, toplumsal hizmet sunma, araştırma faaliyetleri, bilimsel yayın, mesleki

örgütlere katılma, hemşirelik etik kodları, mesleki otonomi, teori ile yeterlik ve sürekli eğitimden oluşmaktadır (9,58).

2.6.1. Eğitimsel Hazırlık

Meslek üyelerinin uzun ve yüksek dereceli bir eğitim sürecinden geçmeleri, bir işin meslek sayılabilmesinde en önemli kriterlerinden birisidir (27). Hemşirelik mesleğinin profesyonelleşmesinde kaliteli ve sürekli eğitim önemlidir. Hemşirelik eğitiminin güncel bilimsel temele dayalı teorik bilgi, klinik uygulama becerisi, eleştirel düşünme, kişilerarası ilişkileri ve iletişimi kapsamı gerektiği bildirilmektedir (3,4,54). Hemşireliği profesyonel değerlere temellendirilmiş ülkelerin eğitim uygulamaları incelendiğinde; bu ülkelerde hemşire adayı öğrencilerin henüz okul yıllarında profesyonel hemşireliğe hazırlandığı belirtilmektedir. Öğrencilik sürecinde hemşire adaylarına profesyonel hemşirelik bilincinin oluşturulması meslek hayatı boyunca profesyonelliği de sürdürülmesi bakımından önemlidir (59).

Araştırmacılar, hemşireliğin meslekleşebilmesi ve profesyonelleşebilmesi için hemşirelikte en az lisans düzeyinde eğitiminin alınması gerektiğini belirtmektedirler. Nitekim yapılan çalışmalarda hemşirelik eğitiminin meslekte profesyonelleşmede etkili olduğunu göstermektedir (4,55).

2.6.2. Hemşirelikte Araştırma

Bir mesleğin meslekleşme sürecinde bilimsel bilgiye ihtiyacı vardır. Bilimsel bilgiye ulaşabilmek bilimsel araştırma yöntemleri kullanarak sağlanabilir. Bilimsel temelli bir meslek belli bir bilimsel teoriye ve üst düzey bir bilgi tekniğine sahip olması gerekmektedir. Her meslekte olduğu gibi hemşirelik mesleğinin de nitelikli araştırmalarla sürekli yenilenen ve geliştirilen bir bilimsel bilgi birikimi olmalıdır. Hemşirelik mesleğinin gelişebilmesi için profesyonellerin mesleki uygulamalarını araştırma sonucunda elde edilen kanıta dayalı bilgilere temellendirmeleri gerekmektedir (60-62). ICN'e göre (60), hemşirelikte profesyonelleşmenin gerçekleşebilmesi için temel öğelerden birinin araştırma sonuçlarının uygulamalarda kullanılması gerektiği vurgulanmaktadır. Ancak hemşirelerin araştırma uygulamalarına katıldıkları, büyük çoğunluğunun araştırma sonuçlarından elde edilen yayınlarını okumadıklarını, araştırma sürecinde yer almak istemedikleri, araştırmaların yayın hazırlığına dâhil olmadıkları ya da araştırma bulgularını hemşirelik bakım uygulamalarına yansıtmadıkları belirtilmektedir. Hemşirelikte araştırmalar yapılmakta, mevcut bilimsel bilgilerin paylaşımı için kongre, sempozyum, panel, konferans vb. bilimsel aktiviteler

düzenlenmekte ancak mevcut bilginin hemşirelik alanında kullanımının sınırlı düzeyde olduğu bildirilmektedir (54,62,63).

2.6.3. Yayın

Yayınlar, gerçekleştirilen bilimsel araştırmaların sonuçlarıdır. Hemşireliğin profesyonel bir meslek olabilmesi için yapılan araştırmalar ve çözüm önerilerinin yayınlanarak paylaşılması gerekmektedir. Hemşireler meslekleri ile ilgili problemlere yayınları takip ederek çözüm bulabilir ve meslekleri ile ilgili gelişmeleri yayınlar aracılığı ile takip edebilirler (60,62,64).

Hemşirelikte yer alan veya var olması öngörülen problemlere dair yapılan araştırmalar ve bunlara yönelik çözüm önerileri, hemşirelik mesleğinin gelişimi açısından önemlidir (64). Hemşirelik mesleğinin gelişmesi ve profesyonel meslekler alanında daha sağlam yer edinebilmesi için nitelikli hemşireliğe dair bilimsel yayın ve makale sayılarının artması gerekmektedir. Hemşireliğin lisans düzeyinde yaygınlaşması ve lisansüstü programların yaygınlaşması ile hemşirelik alanında yapılan yayınların da artmasını sağlamıştır (31). Hemşirelikte her ne kadar yayınlar artmış olsada ancak hemşirelerin hemşirelikle ilgili yayınları takip etme ve araştırma sonuçlarını uygulamaya yansıtma oranlarının oldukça düşük olduğunu göstermektedir (19).

2.6.4. Mesleki Organizasyonlara Katılma

Meslekler, gelişimlerini sağlamak, güçlü bir mesleki birliğe ulaşmak için ortak bir çatı altında kararlar almak ve birlikte hareket etmek gereksinimlerine ihtiyaç duymaktadır. Mesleklerin bu ihtiyaçları doğrultusunda oluşturdukları mesleki örgütler, meslek üyelerinin belirli amaçlar etrafında birleşmesini, mesleğin sahip olduğu gücü mesleki gelişim için kullanılmasına olanak sağlamaktadır (60,65-67). Hemşirelik mesleğinin, her alanda güç kazanabilmesi ve profesyonel olmasının önemli kriterlerinden birisi de, bir meslek üyesi olma bilinci ile birlikte hareket edebilmelerini sağlayan hemşirelikte mesleki örgütlenmedir. Hemşirelikte profesyonel dernekler mesleki örgütlenme için önemli örgütlerdir. Hemşirelerin mesleki derneklere üye olmaları, görev ve sorumluluk almaları beklenmektedir (68,69).

Ülkemizde ilk hemşirelik örgütü 1933'te gönüllü hemşireler tarafından "Türk Hastabakıcılar Cemiyeti" adı altında kurulmuştur. Bu cemiyetin yapısı 1943 yılında yeniden düzenlenmiş ve adı Türk Hemşireler Derneği olarak adı değiştirilmiştir (60). Ülkemizde hemşirelikte uzmanlık alanlarına yönelik dernekler kurulmaya başlanmış ve son yıllarda mesleksel dernek sayısı artmıştır. Türkiye genelinde bulunan hemşirelik derneklerinin sayısı

2010 yılında 33 iken günümüzde (aktif, pasif) toplam sayısı 44 olduğu belirtilmektedir. Son yıllarda hemşirelik derneklerinin sayısı artmış olsa da ancak, ülkemizde hemşireler arasında geniş katılımlı bir örgütlenme olmadığı ve hemşirelerin örgütlenme düzeyinin yetersiz olduğunu belirtilmektedir (19,66,70,71).

2.6.5. Toplumsal Hizmet

Mesleklerin var olma nedenlerinden birisi de toplumsal hizmet sunmaktır. Bir mesleğin profesyonellik şartlarını sağlayabilmesi için, toplumun ihtiyaç duyduğu konu ve alanlarda hizmet sunmalıdır Her meslek insana hizmet ve toplumun sağlığı için toplumun gereksinim duyduğu bir hizmete cevap vermelidir(60,72).

Hemşirelik mesleği, eski tarihlerden bu yana toplumun daha üst düzeyde sağlık statüsüne ulaştırmak için toplumdaki bireylere yardım ederek toplumun ihtiyaçlarını yerine getirmeye çalışmaktadır. Bununla birlikte hemşirelik mesleği, mesleğin profesyonel statüsünü yükseltmek ve profesyonel bir meslek olabilmek için toplumun ihtiyaçlarını karşılarken vereceği hizmetin merkezinde yer almalı ve aynı zamanda toplumun değişen hizmet ihtiyacını karşılamalıdır (19,72). Bu sayede hemşirelerin profesyonel amaçlarından yön değiştirmeden mesleği icra etmeleri, hemşirelik mesleğinin daha fazla tercih edilmesi ve prestijli bir meslek olması bakımından oldukça önemlidir (73). Sağlıklı ve hasta bireylere hemşirelik bakımı vermek ve toplumdaki diğer kişilere yardım etmek profesyonel hemşireliğin temel bileşenleri arasındadır (32).

2.6.6. Sürekli Eğitim

Sürekli eğitim, meslek çalışanlarının iş yaşamları boyunca mesleki bilgi ve becerilerini geliştirmek ve çeşitlendirmek için sürdürülmesi gereken eğitim ve öğretim faaliyetlerini içermektedir (64). Mesleklerde sürekli eğitim faaliyetleri, temel eğitimde elde edilen bilgilerin devamlılığı ve meslek üyelerinin yeni gelişmeleri takip edilebilmesi profesyonelliğin temel kriterlerinden biridir (46). Hemşirelikte mesleki eğitimin mezuniyet sonrası da devam etmesi gerektiği ve sürekli eğitimin mesleki profesyonelliğin geliştirilmesinde önemli düzeyde katkı sağlayan bir unsur olduğu belirtilmektedir (54-56). Günümüzde sağlık kuruluşlarında kaliteli hizmet anlayışının yaygınlaşması nedeniyle hemşirelerin sürekli gelişimi ön planda yer almaktadır. Sağlık sisteminin temel insan gücü olarak belirtilen hemşirelik profesyonelleri, son yıllarda değişen teknoloji ve hemşirelik alanındaki gelişmeleri takip ederek uygulamaya yansıtabilmesi için kendilerini sürekli geliştirmek zorundadırlar (32).

2.6.7. Hemşirelik Etik Kodları

Mesleği icra ederken etik kodları kullanmak profesyonel bir meslek üyesi olmanın gereğidir. Hemşirelik mesleğinde yer alan profesyonellerin etik kodlara uygun tutum ve davranışlar sergilemesi, bireyin onurunun korunması ve bireye saygının geliştirilmesi bakımından önemlidir (74,75). Hemşirelerin rol ve sorumluluklarını yerine getirirken etik kodları dikkate alarak mesleği icra etmeleri, geleneksel hasta-hemşire ilişkisi yerine, karşılıklı sorumluluğu gerektiren profesyonel hasta-hemşire ilişkisinin gelişmesine olanak sağlamaktadır. Hemşireler, kendilerini ve hizmet verdikleri bireyleri yasal olarak korumak için uygun etik kararları alarak mesleki uygulamalarında uygun etik davranış sergilemelidir (72,74). Profesyonel hemşirelikte en yaygın hemşirelik etik kodları; yararlılık sağlama-zarar vermeme ilkesi, adalet ve eşitlik ilkesi, mahremiyet ve sır saklama (gizlilik) ilkesi ile özerklik ve aydınlatılmış onamdır (76).

2.6.8. Teori

Hemşirelik bilimi; bilgi, teori, kuram ve modeller üzerine temellenmiş uygulamalardan oluşmaktadır. Bu bilgi, teori, kuram ve modeller hemşirelik uygulamalarına bilgi kaynağı sağlamaktadır (46,63). Hemşirelik mesleği, bilim ve sanata dayalı kuramsal bilgi ve uygulamaya dayalı bir meslektir. Hemşireler, çalışma yaşamlarında uygulamaları yaparken faaliyetlerini kavram ve kuramlara dayandırması gerekmektedir (77,78). Hemşirelik eğitim ve uygulamalarının sağlık kuruluşlarında hekimlere bağımlı yürütülen bir meslek anlayışından, bağımsız, kendi eğitim ve uygulamalarını kendi yürüttüğü bir meslek anlayışına geçmesinde uygulamalarını kavram ve teorilere dayandırması etkilidir (31). Hemşirelikte kavramsal model kullanımının birçok yararı bulunmaktadır. Hemşirelikte kavramsal model ve kuramların kullanımı, profesyonel hemşirelik mesleği uygulamalarının niteliğine ve gelişmesine büyük katkılar sağlamaktadır. Hemşirelik uygulamalarında kavram ve teori kullanımı, birey merkezli çalışmayı, gözlem yapmayı, yaşanan deneyimlerden ders alabilmeyi, mesleki standartları oluşturarak hemşireliğe ortak bakış açısı oluşturulmasını sağlamaktadır. Hemşirelik uygulamalarında kavram ve teori kullanımı, odak nokta olan insanı ele alması sebebiyle, hemşireliğin iş merkezli değil birey merkezli olmasını sağlamaktadır. Aynı zamanda hemşirelik bilgi ve hemşirelik teorileri hemşirelik uygulamalarını düzenleyerek hemşirelik meslek üyelerine profesyonel statü kazandırmaktadır (77,78).

2.6.9. Otonomi

Otonomi (özerklik), bireysel olarak kendi kararlarını verebilme ya da seçim özgürlüğü hakkını ifade ederken, mesleki otonomi ise meslek üyesinin işlevlerini kendilerinin özgürce düzenlemesi, kontrol etmesi, meslek üyesinin kendi uygulamaları üzerinde söz sahibi olmasıdır (19). Otonomi sahibi olan birey kendi kararlarını kendi alırken, aynı zamanda kendi kurallarını kendisi belirlemektedir. Ancak meslek üyesi bunu yaparken hizmet verdiği bireylere baskı ve etki altına alma, bireyi istediği gibi yönlendirme, bireyi bilgilendirmeden ve onun izni olmadan girişimde bulunma haklarına sahip değildir (79,80).

Hemşirelikte otonomi; hemşirelerin bakım için gerekli kararlarını verme yeteneği ve kendi uygulamaları içindeki bağımsızlığıdır (81). Profesyonel hemşirelik mesleği, hemşirelik bilgi birikimi ve uygulamalardaki bireysel ve mesleki otonomi üzerine kurulmuştur. Hemşirelikte meslek otonomisi; teorik ve uygulamalı eğitimiyle uyumlandırılmış bir biçimde hemşirelik mesleği üyeleri tarafından yönetebilen, kendi meslek uygulamalarını belirlemede ve kontrol etmede dışarıdan ve başka meslekten birileri tarafından kontrol edilmeyen profesyonel bir meslek uygulamasıdır. Hemşirelikte mesleki profesyonellik, ancak eğitim standartlarının yükseltilmesi, gerekli yasal düzenlemelerin yapılması ile otonomisi sağlanabilir (31,77,82,83).

Profesyonel bir hemşireden beklenen hastası için yararlı olacağını düşündüğü eylemde bulunmadan önce sahip olduğu bilginin yorumlanması ve en uygun olan bilginin bireyle, ekip üyeleri ile ya da yalnız başına karar vermesidir (31). Aynı zamanda profesyonel hemşirelerin uygulama alanını tanımlayan yasal düzenlemeler, mesleki etik kodlar, yönetsel ve mesleki standartların bilincinde olması beklenmektedir (9).

2.7. HIV/AIDS-Hepatit B ve Hepatit C Enfeksiyonları

Günümüzde sağlık kurumlarında hemşire olarak çalışan sağlık personellerine bulaşabilecek birçok bulaşıcı hastalık riski bulunmaktadır. Özellikle hastalara uygulanan invaziv işlemler sırasında bulaşıcı hastalık etkenleri hastalar ve hemşireler arasında geçişler yapabilmektedir (84,85). Hemşirelere bulaşma riski olan en çok yer alan enfeksiyonlar arasında; Human Immunodeficiency Virüs (HIV-İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü), Hepatit B ve Hepatit C gibi virüsler kan yolu ve vücut sıvılarıyla temas yoluyla bulaşabilen hastalık etkenleri arasında yer almaktadır (86-88). Bu çalışmada, hemşirelerin çalışma ortamında en çok karşılaştıkları, bulaşma yolları dikkate alındığında özellikle yakın temas halinde doğrudan ve

dolaylı olarak bulaşma riskleri olan HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C enfeksiyonları incelenmiştir.

2.7.1. HIV

HIV(Human Immunodeficiency Virus) etkeni, vücudun hastalıklara karşı korunma sistemi olan bağışıklık (immun) sistemini olumsuz etkileyen, İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü olarak adlandırılan ve AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome-Edinilmiş İmmün Yetmezlik Sendromu) hastalığına yol açan bir virüstür. HIV etkeni ölümcül nitelikte olan ve vücut sıvılarının (kan, meni, vajinal, servikal, rektal sıvılar ve anne sütü) aktarımı yoluyla konağa geçen bulaşıcı bir hastalık etkenidir. HIV temel olarak CD4+T lenfosit (Yardımcı T hücreleri) denilen hücreleri yok ederek bağışıklık sistemini baskılamaktadır. HIV virüsü, bağışıklık sistemini etkisi altına alarak konağın vücuduna saldıran ve sonunda AIDS'e yol açan kanser prognozlu bir retro virüstür. AIDS'li bireylerin bağışıklık sistemi gittikçe zayıflayarak ve bu da AIDS'li bireyleri her türlü bakteriye, virüse ve otoimmün hastalığa karşı savunmasız bırakmaktadır (89-92).

HIV'in neden olduğu AIDS hastalığı vücutta yayılması ile ortaya çıkmış ve ilk kez dünya üzerinde 1981'de Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'de tanımlanmış bir hastalıktır (93). AIDS ilk olarak 1980'li yılların başında daha çok eşcinsel ilişki yaşayanlar ve aynı enjektörü paylaşan madde bağımlılarında belirlenen, nedeni henüz tam olarak belirlenemeyen bir bağışıklık sistemi bozukluğu olarak gözlenmiştir (90). Anti retroviral tedaviler geliştirilmeden öncesi daha çok ölümlerle sonuçlanan HIV/AIDS kronik seyirli bir hastalık haline gelmiştir ancak günümüzde ilaç tedavisiyle kontrol edilebilen kronik bir hastalık olmuştur (94,95).

2.7.1.1. HIV Enfeksiyonu Epidemiyoloji

Günümüzde HIV/AIDS dünya çapında yaşam süresini azaltan, neredeyse her yaş grubunu etkileyebilen, tedavi-takip ve bakım gerektiren önemli bir güncel halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. AIDS hastalığı yüksek mortalite, morbitide ve ekonomik kayıplara neden olmasından dolayı bu yüzyılın en yıkıcı hastalıklarından birisi olarak gösterilmektedir. HIV epidemisi yaygın olarak hemen hemen tüm dünya coğrafyasını etkisi altına almaktadır. Dünya çapında AIDS'e neden olan virüs iki tipte bulunmaktadır. Bunlar; HIV-1 ve HIV-2'dir. Dünya genelinde hastalığın yaygın nedeni daha çok HIV-1'dir. HIV tip 2; daha çok Batı Afrika'da endemi yapmaktadır. Perinatal geçiş dışında HIV tip 1 ile HIV-2 tip geçiş yolu aynıdır. HIV tip 2; HIV tip 1'e göre daha yavaş yayılmaktadır, inkübasyon süresi çok daha

uzundur (94-98). HIV, lentivirus ailesinde bulunan bir retrovirüstür. Reverse transkriptaz enzimiyle RNA (Ribo Nükleik Asid)' yı çift sarma yapıdaki DNA (Deoksiribo Nükleik Asid)' ya çevirip konakçı kromozomuna entegre olmaktadır (99).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ye bağlı UNAIDS (The Joint United Nations Programme on HIV and AIDS-Birleşmiş Milletler AIDS Birimi)'in 2018 yılı verilerine göre; 2018 yılında tüm dünyada 36.9 milyon kişinin (yaklaşık olarak 31.1 milyon-43.9 milyon arasında) HIV/AIDS etkeni ile yaşadığı bildirilmektedir. UNAIDS; dünyada HIV etkeninin yayılımının azalma trendine döndüğü, HIV epidemisinin azalmaya zorlandığını, yeni HIV enfeksiyonlarının ve AIDS'e bağlı ölümlerin epideminin tepe noktasına ulaştığı zamanlara göre dramatik biçimde azaldığını ve 2020 yılında kadar AIDS'e bağlı ölümleri azaltılmasını hedeflediklerini açıklamıştır (97). Antiretroviral tedavi alan HIV/AIDS'li kişi sayısı 2010 yılında 7.5 milyon kişi iken bu sayı 2017 yılında 19 milyon kişiye ulaşmıştır. AIDS'e bağlı ölümler 2010 yılından 2017 yılına kadar yapılan çalışmalar sayesinde mortalitede %34 azalma ile 1.5 milyondan 940.000'e kadar gerilemiştir (97).

HIV/AIDS Türkiye'de ilk defa 1985 yılında bir HIV enfekte olgu ve bir AIDS olgusu olmak üzere iki vaka ile bildirilmiştir (92). Türkiye'de 1985 yılından 31 Aralık 2018 tarihine kadar HIV/AIDS doğrulama testi (+) tespit edilerek bildiri yapılan 19.748 HIV(+) kişi ve 1772 AIDS vakasının olduğu bildirilmektedir. HIV/AIDS vakalarının % 79.9' u erkek, % 20.1 kadın olup % 84.6' sı Türk vatandaşı kişilerden oluşmaktadır. HIV/AIDS vakalarının yaş gruplarında en fazla görüldüğü yaş grubu 30-34 yaş ile 25-29 yaş grubudur. HIV/AIDS'in bulaş yollarının dağılımına göre incelendiğinde, vakaların %49.4' ünün cinsel yolla bulaştığı ve cinsel yolla bulaştığı bildirilen bu vakaların %70.8' inin bulaşma yolunun heteroseksüel cinsel ilişki olduğu bilinmektedir. Ayrıca, vakaların %1.3' ünün bulaşma yolu damar içi uyuşturucu madde kullanımı olup % 48.6'sının bulaş yolu henüz bilinmemektedir (100).

1 Ocak-31 Aralık 2018 tarihleri arasında ise 3248 HIV (+) kişi ve 108 AIDS vakası olmak üzere toplam 3356 vaka doğrulama testi pozitif (+) tespit edilerek bildirilmiştir. Bildirimi yapılan vakaların % 83.6' ü erkek, % 16.4'ü ise kadınlardan oluşmaktadır. Vakaların %15.8'si Türk vatandaşı olmayan yabancı uyruklu kişilerdir. 2018 yılında bildiri yapılan HIV/AIDS vakalarından 25-29 yaş grubu, diğer yaş gruplarına göre daha fazla sayıda olduğu bildirilmiştir. Geçmiş yıllar itibarıyla HIV/AIDS vakalarında artış izlenmektedir. 2011 yılında bildirilen HIV/AIDS kişi sayısı 676 iken, 2018 yılında bu sayı dört katından daha fazla artış göstererek HIV/AIDS kişi sayısı 3248 kişi olmuştur (100).

Diğer taraftan, HIV/AIDS verilen resmi rakamların, gerçek yaşamdan edinilen HIV/AIDS verileri ile örtüşmediği bilinmektedir. Türkiye’ de HIV/AIDS izlemi yapan 33 merkezden 2530 olguyu kapsayan ve 2011 ile 2015 yılları arasındaki 5 yıllık dönemi inceleyen bir çalışmada, heteroseksüel ve erkekler arasında seks yoluyla bulaşma oranları %53.9 ve %27.5 bulunmuşken, aynı yıllara ait Sağlık Bakanlığı verilerinde bu oranlar sırasıyla %42 ve %11.4 olarak bildirilmiştir (101). Aynı çalışmada bulaşma yolu bilinmeyenlerin oranı %12.5 iken, Sağlık Bakanlığı’nın verilerinde ise aynı oran %42.7’dir. HIV Türkiye kohortunun Türkiye’ deki 24 merkeze 2011-2012 yılları arasında başvurmuş HIV ile enfekte 693 yeni olguyu kapsayan bir çalışmada da heteroseksüel bulaşma oranı %62.7, erkek erkeğe seksle bulaşma oranıysa %22.6 olduğu saptanmıştır (101-103).

HIV/AIDS vakalarına Türkiye’de en sık 20-49 yaş grubunda rastlanmaktadır ve cinsiyete göre dağılımda %70 erkek, %30 kadın olduğu bildirilmektedir. HIV/AIDS vakalarının Türkiye’ deki bulaşma yolları incelendiğinde; %59.3 heteroseksüel cinsel temas yolu, %8,7 homoseksüel cinsel temas yolu, %4 damar içi uyuşturucu madde bağımlıları, %1.5 kan nakli yapılanlar, %1.6 anneden fetüse geçiş, % 0.3 hemofili hastaları ve %24’ün ise nedeni bilinmeyenlerden oluştuğu belirtilmektedir (104). Ülkemizde HIV ile enfekte vaka sayılarının artma nedenleri arasında; toplumun HIV/AIDS konusunda bilgi ve farkındalık düzeyinin düşük olması, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar konusunda bilgi yetersizliği, genç nüfusun fazla (15-49 yaş) oluşu, ülke içinde ve dışına nüfus hareketliliği, turizm ülkesi olmak, son yıllardaki damar içi madde kullanımındaki artış, para karşılığı cinsel ilişkilerin artması, seksüel davranışların değişmesi ve göçler olarak bildirilmektedir (105-107).

2.7.1.2. HIV Enfeksiyonu Bulaşma Yolları

Günümüzde HIV (+) hasta oranları giderek azalsa da yine de HIV bulaşma riski sık olan bir virüstür. HIV etkeninin vücut dışında, havada ve suda uzun süreli yaşaması mümkün değildir ve bulaşması için kan ve kan ürünleri, sperm, diğer genital salgılar, plasenta ya da süt gibi vücut sıvılarının doğrudan teması gerekmektedir. HIV/AIDS enfeksiyonu vücuda en çok beş şekilde bulaşabilmektedir (91,92,94,108-111). Bunlar:

1. Cinsel yolla bulaşma: HIV enfeksiyonunun en yaygın bulaşma yoludur. Genel toplamda dünya geneli HIV enfeksiyonuna %80 oranda heteroseksüel temas neden olmuştur. Şuanda ise en yaygın bulaşma yolu homoseksüel cinsel ilişkidir. HIV/AIDS korunmasız yapılan her türlü riskli cinsel ilişki (vajinal, oral, anal) ile bulaşabilmektedir. HIV/AIDS her türlü cinsel temas yoluyla (homoseksüel, heteroseksüel, oral, vajinal veya anal)

bulaşmaktadır. HIV'in bulaşması için virüsü taşıyan kişiyle yapılacak tek bir cinsel temas bile yeterli olmaktadır. HIV ile enfekte kişilerle yapılan cinsel temas sayısı arttıkça, HIV'in bulaşma olasılığı artmaktadır. Birden fazla cinsel partneri olanlar, sık cinsel partnerdeğiştirenler, damar içi uyuşturucu madde kullanma alışkanlığı olanlar, hemofili hastalığı ve diğer kanama bozukluğu olanlar, kronik böbrek yetmezliği nedeniyle sık kan transfüzyonu yapılmak zorunda olan kişilerle yapılan cinsel temasta, bulaşıcılık açısından bulaş riski diğer olgulara göre daha yüksektir. Oral, vajinal ve anal yolla yapılan cinsel temaslar HIV bulaş riski açısından farklılık göstermektedir ve anal cinsel temasta HIV bulaşma riski daha fazladır. Yapılan araştırmalar, genital ülser ve inflamasyona yol açmaları nedeniyle cinsel yolla bulaşan diğer enfeksiyonların varlığının, HIV bulaş riskini 2-11 kat arttırdığını göstermektedir (94,96, 108, 110-113).

2. Kan ve kan ürünleri ile bulaşma: HIV pozitif bireylerden alınan kan ve kan ürünleri ve HIV (+) bireylerden gerçekleşen organ nakli ile HIV/AIDS bulaşabilmektedir. Damar yolu ile bulaş riski daha çok damardan madde alan madde bağımlıları için risk faktörüdür. Sağlık personelinin kontamine iğne ile maruziyetinde de bulaştığı çok nadir saptanmıştır. HIV'in kanda yoğun miktarda bulunması nedeniyle, virüsü taşıyan kişilerden alınan kan ve kan ürünlerinin başka bir kişide kullanılması ile AIDS bulaşabilmektedir. IV uyuşturucu madde alışkanlığı olan kişilerin aynı iğne/enjektörü paylaşmaları ile bulaşma riski giderek artmaktadır (94,96, 108,110-113).

3. Anneden bebeğe bulaşma (perinatal bulaş-vertikal): HIV, hamilelik boyunca fetüse, doğum sırasında ve emzirme döneminde ise anneden bebeğe geçebilmektedir. Gerekli önlemler alınmazsa bebeğin HIV ile enfekte olma riski %20-30'dur. Ancak HIV bulaşma %20-30 oranlarında olan bu durum HIV pozitif anneye antiretroviral (virüsü baskılayan) ilaçların başlanması, doğumdan sonra ise bebeğe aynı ilacın verilmesi ve doğumun sezaryen ile yapılmasıyla bulaşma %8-10'lara düşürülebilmektedir. Gerekli önlemlerin alınması ile HIV bulaşma riski %1'in altına kadar düşmektedir (94,96, 108, 110-113).

4. Diğer Yollar: Hijyen kurallarına dikkat edilmeden ve steril olmayan aletlerle uygulanan; deri bütünlüğünü bozan kontamine aletler ile (ustura, traş bıçağı, enjektörler, dövme iğneleri, vücut deldirme (piercing) işlemleri ve benzeri aletler vs.) gibi yapılan her uygulamada HIV etkeninin bulaşması mümkündür. Ancak bu yollarla bulaşma riski diğer faktörler ile kıyaslandığında oldukça düşüktür. Tüm bu bulaşma yollarına karşın

HIV etkeni korunmalı cinsel ilişki ve sosyal ilişkiler ile bulaşması söz konusu değildir(94,96, 108, 110-113).

5. Mesleki Bulaş: Sağlık personeline HIV etkeninin bulaşı; HIV enfekte enjektör, kesici/delici alet yaralanmasıyla ve enfekte vücut sıvılarının mukoza ve bütünlüğü bozulmuş doku ve organlara teması ile mümkün olabilmektedir. Temas eden bölgeye enfekte vücut sıvısının miktarı ve temas süresi, HIV bulaşma riskinde önem taşır. Vücut sıvılarıyla ortalama bulaşma riski: %0.2-0.5 iken, mukozal temasta ise bu oran %0.1'dir (94, 114).

HIV etkeni olan kişinin sağlam kişilere dokunması, el sıkışması, sarılması, aynı yerde oturması, aynı saunayı, havuzu, banyoyu, aynı telefonu kullanması, aynı tabağı, bardağı, çatalı, kaşığı kullanması, aynı giysileri giymesi, telefon kulaklığı kullanması ile bulaşmaz. HIV etkeni gözyaşı, ter, tükürük, enterik yolla, deri bütünlüğü bozulmamış ise cilt yoluyla, solunum yoluyla, havayla, tuvaletler aracılığıyla, tükürük ve dışkı temasıyla, kan emen böcekler, sivrisinek, böcek, arı sokması ile bulaşmamaktadır (91,108,113,115,116).

HIV'de bulaşma riski yüksek olan gruplar; genelevlerde çalışan kadınlar, enfekte anneden doğanlar, enfekte hastaların eşi, hemofili hastaları, homoseksüel ve biseksüel erkekler (anal ilişki kuran aktifler ve özellikle pasifler), kan transfüzyonu ve doku nakli olanlar, hemodiyaliz tedavisi görenler, uyuşturucu kullananlar ve sağlık personelleridir. (94,96,108).

2.7.1.3. HIV'de Klinik Belirtiler ve Klinik Evreleme

HIV'in inkübasyon süresi 2 ay ile 17 yıl arasında değişmektedir HIV/AIDS' li hastalarda hastalık ve tedavi kaynaklı birçok belirti ve bulgu ortaya çıkmaktadır. HIV ile enfekte olan kişilerde CD4 (+) T hücre sayısı normal kişilerde >1000hücre/ μ L olan seviyesi genellikle 200 hücre/ μ L'nin altına düşmektedir (92,108). Bu durumla birlikte bağışıklık sisteminin yetersiz kaldığı vücutta fırsatçı enfeksiyonlar (bakteri, virüs, mantar, parazit vb. kaynaklı) meydana gelmektedir. Bunun sonucu olarak HIV/AIDS' de yaygın olarak sistemlerde bir çok belirti görülmektedir (91,92,115,116,119-122). Bunlar:

- **Solunum sistemi belirti ve bulguları:** Herhangi bir solunum yolu enfeksiyonu nedeniyle oluşan ve çok uzun süren kuru öksürük, kuru öksürükle birlikte oluşan dispne, göğüs ağrısı, yüksek ateş, üşüme-titrete, arteriyal oksijen konsantrasyonunda azalma, hipoksemi, siyanoz, taşipne, tüberküloz, tedavi edilmeyen olgularda akciğer işlevlerinde bozulma ve solunum yetmezliği.

- **Gastrointestinal sistem belirti ve bulguları:** İştahta azalma, bulantı, kusma, ağız ve özafagusta *candida* mantar enfeksiyonları, dilin üzerinde ve ağız içinde beyaz noktalar yada lekelerin oluşması, kronik diyare, kısa sürede zayıflama veya diyet gibi herhangi bir aktivite söz konusu olmadan iki aydan kısa bir süre içerisinde 7-10 kg kilo kaybı ve sıvı elektrolit dengesizliği.
- **Nörolojik bulgular:** Sinir sistemi enfeksiyonları, primer ve metastatik tümörler, serebrovasküler değişiklikler, periferik nöropati.
- **Zayıflıklık/güçsüzlük sendromu:** Fiziksel ve zihinsel aktiviteleri etkileyen, sebebi açıklanamayan aşırı bir yorgunluk hali, birkaç haftanın sonunda sebebi bilinmeksizin bir şekilde vücut sıcaklığının 39°C'nin üstüne çıkması, uyku sırasında aşırı derecede terleme.
- **Endokrin sistem bulguları:** Herhangi bir sebep olmaksızın vücuttaki salgı bezlerinin şişmesi (özellikle boğaz, boyun ve koltuk altı lenf bezlerinin şişerek genişlemesi).
- **Kardiyovasküler sistem bulguları:** Kalp zarlarında enfeksiyon hipertansiyon, koroner damar hastalıkları ve kalp yetmezliğine neden olan kalp kası hastalıkları.
- **Psikolojik bulgular:** Depresyon, ağrı, kilo kaybı, hastalık hakkında endişeler, toplumda damgalama, utanç duyma, özsaygıda azalma, umutsuzluk, mutsuzluk, suicide eğilim.
- **Jinekolojik bulgular:** kadınlarda vajinal enfeksiyonlar, servikal kanserler, amonere ya da dış kanama gibi mensturasyon bozuklukları.
- **Üriner Sistem bulguları:** HIV ilişkili nefropati tablosu, fokal segmental glomeruloskleroz tablosu, nefrotik düzeyde proteinüri, normalden büyük ve ekodansitesi artmış böbrekler, dönem böbrek yetmezliği.
- **Deri bulguları:** *Herpeks zoster* ve *herpeks simpleks* fırsatçı enfeksiyonlara bağlı deride ağrılı veziküller ve deri bütünlüğünde bozulma, yüzde yumuşak kıvamlı yaygın yumrularla karakterize viral enfeksiyonlar, deri üzeri veya deri altında oluşan kat kat, leke ve şişlikler, deri döküntüleri ve papüller (91,92,115,116,119-122).

Centers for Disease and Prevention (CDC)'nin 2014 yılında güncel haline getirdiği HIV enfeksiyonu sınıflandırılması Tablo 2.2'de ve DSÖ'nün HIV evrelendirilmesi aşağıda verilmiştir (123).

Tablo 2.2. Erişkinler için HIV enfeksiyonu sınıflaması

Evre	AIDS tanımlayıcı durum	CD4+T lenfosit düzeyi/oranı
1	Yok	$\geq 500/\text{mm}^3$ ya da $\geq \%29$
2	Yok	200-499/ mm^3 ya da % 14-28
3	Yok	350/ $\text{mm}^3 < \% 14$
Bilinmiyor	Veri yok	Veri yok

Evre I: HIV enfeksiyonu asemptomatiktir. CD4+ T lenfosit sayısı mikrolitrede 500'ün üzerindedir. Bazen yaygın lenfadenomegali izlenebilir (124).

Evre II: Hafif şiddetteki semptomlarla karakterizedir. Minör mukokutanöz semptomlar görülebilir, makülopapüler döküntüler olabilir. Tekrarlayan üst solunum yolu enfeksiyonları izlenebilir. CD4+ T lenfosit sayısı mikrolitrede 500'ün altına düşmüştür (124).

Evre III: Açıklanamayan kronik ishal, tüberküloz gibi bakteri enfeksiyonları, paraziter hastalıklar izlenebilir. CD4+ T lenfosit sayısı mikrolitrede 350'nin altına düşmüştür (124).

Evre IV/AIDS: Beyinde *toxoplazmosis*, özofageal ya da pulmoner kandidiyasis, Kaposi sarkomu gibi ciddi ve genel toplumda sık izlenmeyen klinik tabloların görülmeye başladığı evredir. CD4+T lenfosit sayısı mikrolitrede 200'ün altına inmiştir (124).

2.7.1.4. HIV Enfeksiyonu Tanısı ve Tedavisi

HIV enfeksiyonlarının tanısı, viral antijenlere karşı geliştirilen anti-HIV antikorlarının testi ile konulmaktadır. ELISA (Enzyme- Linked ImmunoSorbent Assay), Western Blot (WB) ve İFA (İmmün Floresan Assay) testleri HIV'ın tanılanmasında yaygın olarak kullanılan tanı testleridir. ELISA testinin negatif (-) olmasının HIV negatif (-) olması anlamına gelmediği, riskli davranışların varlığında HIV negatifliğin doğrulanması üzerinde durulmaktadır. Western Blot testi HIV'e özgü antikorların saptanması ve doğrulanması için en sık kullanılan yöntemdir (111, 116,125).

Türkiye'de HIV tanılmasında uygulanan standart algoritma tanı ve tarama testi olarak dördüncü kuşak ELISA formatındaki kitler ve uygulamalar kullanılmaktadır. ELISA incelemesinde kişiden alınan serumda HIV-1 ve 2 için antikor ve p24 antijeni aranır. Alınan örnek herhangi bir reaktivite göstermezse ve kişide HIV varlığını düşündürecek bulgu, risk faktörü ya da riskli temas yoksa negatif raporlanabilir. Sonuç negatif olsa dahi olası kısa süre

önceki şüpheli temas öyküsü ya da HIV bulgusu varlığında test 2-4 hafta içinde tekrar edilmelidir. Tekrar negatiflik durumunda kesin negatif sonuç bildirimini için 3. ay kontrolü beklenmelidir. Şayet reaktif bir örnek mevcutsa aynı tüpteki ilk serum örneği aynı ya da başka bir kit ile tekrar test edilir ve yeniden pozitif olması halinde doğrulama aşamasına geçilmektedir. Bu aşamada kişiden yedek bir tüp kan alınarak doğrulama için hem orijinal örnek hem de yedek tüpte ELISA testi kullanılır ve pozitif ise bu şekilde raporlanmaktadır. Doğrulamanın yapılacağı laboratuvarın imkanları doğrultusunda Western Blot testi, Line İmmunoassay, Multispot Enzim İmmunoassay gibi antikora dayalı testler ya da viral RNA'yı saptamaya yönelik nükleik asit tarama yöntemleri HIV'in tanılanmasında uygulanabilir (126).

HIV/AIDS'in saptanmasında erken tanı oldukça önemlidir. HIV/AIDS'deerken tanılama, hem bireyin hastalığının ilerlemeden uygun tedavinin başlanmasına, hem de enfekte bireyin hastalığı diğer kişilere bulaştırmasının önlenmesi açısından önemlidir. Bu nedenle özellikle bazı riskli durumlarda HIV testlerinin yapılması önerilmektedir. Bunlar:

- Cinsel yolla bulaşan enfeksiyon tanısı konmuş kişiler
- Biseksüel erkekler arasında korunmasız yapılan cinsel ilişki kurunlar
- Hemofilisi olanlar
- IV damar içi uyuşturucu madde bağımlılığı ve ortak şırınga kullanımı olanlar
- HIV (+) kişinin cinsel partneri olması
- HIV'in görülme oranı yüksek olan ülke vatandaşı olmak
- HIV'in sık görüldüğü bölgelere seyahat etmek ya da orada yaşamış olmak
- HIV enfekte kişilere temas öyküsü olanlar
- HIV'li hasta çıktıkları ile teması olan sağlık çalışanları
- Kan, organ ve doku nakli donörleri
- Gebe kadınlar (en erken dönemde)
- Cinsel istismar ve saldırıya maruz kalanlar
- Evlilik öncesi tarama amaçlı (gönüllülük esasına dayanmalı)
- Aktif tüberkülozu olanlar (91,108).

HIV/AIDS henüz geliştirilmiş bir aşısı ve tedavisi olmayan ve tüm dünyayı tehdit eden önemli bir toplum sağlığı sorunudur (108,116). HIV/AIDS enfeksiyonunun tedavi protokolleri oldukça sık değişmektedir. Tedaviden önce HIV'lı bireye tam bir fizik muayene uygulanmalı, ilaç ve alerjisi öyküsü alınmalı, soygeçmiş ve sosyal öykü sorgulanmalıdır. HIV

enfeksiyonunda virüsü tamamen ortadan kaldıran bir tedavi henüz yoktur, ancak virüsün çoğalmasını kontrol eden ilaçlar tedavide kullanılmaktadır. Bu ilaçların genel adı antiretroviral ilaçlardır. Bu ilaçlarla yapılan tedaviye antiretroviral tedavi olarak ifade edilmektedir. Tedavi hastaya özgü üç faktöre bağlı olarak belirlenmektedir. Bunlar HIV RNA düzeyi (viral yük), hastanın CD4 T-hücrelerinin sayısı ve klinik durumudur (92).

HIV/AIDS hastalığının tedavisinde amaç mortalite ve morbiditeyi azaltmak, yaşam kalitesini artırmak, bağışıklık işlevlerini artırmak, virüs yükünü en yüksek düzeyde ve uzun süre baskılamaktır. HIV/AIDS tedavisi iki bölümde incelenmektedir; Birinci bölüm Antiretroviral tedavisini, ikinci bölüm ise fırsatçı enfeksiyonların ve kanser hastalıklarının tedavisini içermektedir (kapossi sarkoma, lenfoma, zayıflık/güçsüzlük sendromu, pnömosistis karini pnömonisi, oral pamukçuk). Antiretroviral tedavide kullanılan en yaygın antiviral ilaçlar şu şekildedir:

-Nükleozid retroviral tedavi (RT) inhibitörleri: Zidovudin, Didanozin, Zalcitabin, Stavudin, Lamivudin;

-Non-nükleozid RT inhibitörleri: Nevirapin, Atervidin, Delavirdin, piridinon türevleri, vb.;

-Proteaz inhibitörleri: Saquinavir, Ritonavir, İndinavir'dir (94,116,117,122).

HIV' li hastalara müdahale bulunan sağlık personeline; el yıkama, eldiven giyme, maske, siper ve göz koruyucu aparatları (gözlük ya da pilot tipi gözlükler, ameliyat önlüğü giyme) kullanımı önerilmektedir. Ayrıca sağlık personeline riskli HIV bulaşma olgularında; Zidovudin+Lamivudin ile İndinavir 1-2 saat içinde başlanmalı ve bir ay devam edilmelidir. Tedavi edilmediği takdirde HIV/AID'le enfekte bireylerin ortalama yaşam süresinin 9-11 yıl arasında bilinmektedir (92,94,96,116,124).

2.7.1.5. HIV Enfeksiyonundan Korunma

HIV/AIDS de diğer enfeksiyon hastalıkları gibi önlenabilir bir hastalıktır. Hastalığın ölümcül olması HIV/AIDS'ten korunmaya daha çok önem verilmesini zorunlu kılmaktadır. HIV/AIDS uluslar arası bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıklar kategorisinde yer almaktadır (96).

HIV'de korunma önlemleri tedaviden daha güvenli ve ekonomiktir. HIV enfeksiyonlarından korunmada primer koruma basamağında halkın HIV/AIDS ile ilgili eğitilmesi önemlidir. Eğitim ile korunmayı öğrenmek, öğretmek ve bireylerin davranışlarını şekillendirerek bilinçlenmesini sağlamak, HIV geçişinin önlenmesinde en etkili yollardan

birisidir. Dolayısıyla HIV/AIDS'e özel bir önem verilerek, bireylere eğitim verilmeli ve bilgilendirmeleri yapılmalıdır. Bireylerin HIV enfeksiyonundan nasıl korunması gerektiğini, HIV/AIDS'le yaşayan bireylerin ise enfeksiyonun geçiş yollarını ve bu konuda neler yapması gerektiğini çok iyi bilmesi gerektiği bildirilmekte, enfekte olan bireylerde ise erken tanının hem HIV ile enfekte olan bireyin korunmasında hem de geçişin engellenmesinde çok önemli bir yere sahip olduğu belirtilmektedir (94,96,104,120,121,127).

HIV'den korunmada tek partner, cinsel ilişki sırasında latex kondom kullanılmalı, ortak enjektör kullanımından, alkol, vb. uyarıcı madde kullanımından kaçınılmalıdır. Risk grubundaki bireylerin taranması ve izlenmesi, gebe kadınlara rutin HIV testi uygulanması önerilmektedir. Toplumun HIV/AIDS konusunda sağlık eğitimi yapılarak bilinçlendirilmesi, gerekli koruyucu önlemlerin alınması konusunda bilinçlendirilmesi, cinsel aktivitede tek eşli seçim, riskli davranışların bilinmesi ve kaçınılması, bilinçli kondom kullanımı, riskli davranış ve uygulamalardan kaçınılması, kan ve kan ürünlerinin kontrolünün yapılması, seyahat ve seks davranışlarının öğretilmesi, test yapılmamış ürünlerin kullanılmaması, HIV pozitif kadınların gebe kalmamalarının önerilmesi, kan ve doku nakli öncesi gerekli testlerin yapılması, riskli kişilerin kan ve organ bağışında bulunmaması vb. önlemler alınmalıdır (92,94,96,116,120,121).

Sağlık personelinin, hasta ile ilk karşılaştığında ve fizik muayenesinde HIV ile enfekte hastaları ayırt etme imkanı bulunmamaktadır. Bu sebeple karşılaştıkları bütün hastaların kan ürünleri ve diğer vücut sıvılarını potansiyel olarak HIV enfekte kabul edilip genel koruyucu önlemleri alarak çalışmalıdırlar. İşlemler esnasında mutlaka eldiven kullanılmalı, işlemden sonra eldiven değiştirmeli, eldiven çıkardıktan sonra da mutlaka ellerini yıkamalıdır. HIV/AIDS'li hastanın kan ya da diğer vücut sıvıları ile temas olması halinde, etkilenen bölge hemen su ve sabun ile yıkanmalıdır. Kullanılmış iğne uçlarının batmasının önlenmesi için iğne kapağı kapatılmadan, bükme vb. herhangi bir şey yapmadan kesici, delici alet atık kutularına atılmalıdır. İşlemler esnasında göz, ağız ve buruna kan ya da diğer vücut sıvıları sıçramaması için koruyucu maske ile gözlük takılmalı, tüm vücut yüzeyi için de koruyucu önlük giyilmelidir (96,108,116,121,128).

HIV ile temas olduğunda öncelik kontamine olan deri sabun ve su ile yıkanmalıdır. Ağız ve burunda HIV kontaminasyonu varsa suyla, gözde HIV kontaminasyonu varsa Salin solüsyonu ile etkilenen bölgeler iyice yıkanmalıdır. HIV enfekte kan ve vücut sıvısı bulaşan sağlık personeline HIV antikor testi yapılmalı, 6. hafta, 3. ay ve 6. ay sonrası

testlertekrarlanmalıdır. Koruyucu tedaviye temas sonrası mümkün olan en kısa sürede, ideal olarak 1 saat içinde mutlaka başlanmalıdır. Profilaksi için tedavide önerilen Zidovudin ve Lamivudin ilaç kombinasyonudur. Eğer HIV'la temasın yoğun olduğu düşünülüyorsa kombinasyona İndinavir ilaç ilavesi önerilmektedir. Profilaksiye 28 gün süre boyunca devam edilmelidir (108,128,129).

2.7.2 Hepatit B Enfeksiyonu

Hepatit B, karaciğer yıkımlarına neden olan, kronikleşebilen, kimi zaman gizli ve belirtsiz gelişebilen bütün dünyada ve ülkemizde giderek yaygınlaşan ve sık görülen ciddi seyirli önemli bir bulaşıcı hastalıktır. Hastalığın etkeni Hepatit B Virüs (HBV)'dir. Dünya üzerinde 2 milyardan fazla kişi HBV etkeni ile enfektedir ve bunlardan 350-400 milyondan fazla kişide kronik Hepatit B hastalığı gelişmektedir. Günümüzde dünya nüfusunun yaklaşık olarak %5'inde kronik HBV enfeksiyonu bulunduğu bildirilmektedir. Tüm dünya ülkeleri ve Türkiye'de akut ve kronik karaciğer hastalıklarının en başta gelen etiyojisi HBV enfeksiyon kaynaklıdır. Ülkemizde HBsAg (Hepatit B yüzey antijeni) taşıyıcılığı %5-8 oranında, kronik karaciğer hastalıklarında HBV pozitifliği ise %40-70'tir (94,130,131).

2.7.2.1. Hepatit B Epidemiyolojisi

HBV hastalığı tüm dünyada giderek yaygınlaşan bulaşıcı bir hastalık haline gelmiştir. Hemen her ülkede önemli bir halk sağlığın sorunu olarak kabul edilmektedir. Dünyada 2 milyardan fazla insan HBV etkeni ile enfekte olduğu bildirilmektedir. Bunlardan yaklaşık olarak 240 milyonunda HBV kronikleşmiştir; hastalık hepatoselüler karsinoma ve karaciğer sirozu ölüm açısından büyük bir risk teşkil etmektedir. Her yıl yaklaşık 650,000 kişi HBV ile ilgili hastalık nedeniyle hayatını kaybetmektedir. İnaktif HBV taşıyıcılığının prevalansı ülkeden ülkeye hatta ülke içerisinde bölgeden bölgeye değişmektedir. Her 100 HBV enfeksiyonlu hastaların 95'i gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelere ABD, Kanada, Batı Avrupa, Avustralya ve Yeni Zelanda ülkelerinde Hepatit B yüzey antijeni (HBsAg) <%2 düzeyinde; Akdeniz ülkeleri, Japonya, Orta Asya ülkeleri, Ortadoğu ve Latin Amerika'da HBsAg %2-7 oranında ve Güneydoğu Asya, Çin, Sahraaltı Afrika ülkelerinde HBsAg ≥%8 düzeyindedir. Ülkemizde değişik örneklem gruplarında yapılan araştırmalarda HBsAg sıklığı %0.8-%5.7 arasında olduğu belirlenmiştir. Türkiye'de HBV'nin akut viral hepatitler içindeki oransal yüzdesi çocuklarda %1.3-%35.8, yetişkin bireylerde %28.5-%85 arasında değişmektedir. Toplum genelinde yapılan taramalarda HBsAg pozitifliği Türkiye'de %1.7-%21 arasında olduğu bildirilmektedir. HBV enfeksiyonu özellikle korunma önlemleri konusunda yeterli eğitim ve

bilince sahip olmayan ile teknolojik bakımdan yetersiz kalan toplumlarda daha çok yaygınlaşmaktadır (92,94,132-134).

2.7.2.2. Hepatit B Enfeksiyonu Bulaşma Yolları

HBV DNA'sı bütün vücut sıvılarında bulunmakla birlikte, en fazla bulunduğu vücut sıvıları kan, semen, vajinal salgılar ve kadınlarda menstrüel kandır. HBV'nin kuluçka süresi 28-180 gün ya da 1 ile 6 ay arasındadır. Bununla birlikte HBV enfeksiyonlarının %40 vakalarında belli bir bulaşma yolu tespit edilmemektedir. HBV enfeksiyonunun parenteral (kan ve kan ürünleri) yolla, cinsel yolla, horizontal yol (aile içi yakın temas) yolla ve perinatal yollarla (vertikal) bulaş olmak üzere 4 ana bulaşma yolu söz konusudur (92,94,116,135-138). Bunlar:

- 1. Parenteral yolla bulaşma:** HBV enfeksiyonu enfekte hastanın kan ya da vücut sıvıları ile parenteral temasla bulaşabilmektedir. HBV'li kan, plazma ve serum gibi kan ve kan ürünleriyle temas ve kan transfüzyonu, HBV ile kontamine iğne, enjektör, bistüri, üriner sonda, endoskop vs., hemodiyaliz, IV uyuşturucu kullanımı, oral veya diş cerrahisi ve akupunktur, dövme, kulak deldirme, tıraş bıçağı ve diş fırçası vs. araçlarla temas gibi etmeler ile bulaşma olabilmektedir. Özellikle peruktan girişim yapılan hastalara müdahale eden sağlık çalışanları risk altındadır. Ülkemizde yapılan çalışmada sağlık personelinde %40 olarak Anti-HbsAg bulunmuştur (92,94,116,135-138).
- 2. Cinsel yolla (seksüel) bulaşma:** Birden fazla partneri olan ve daha önce seksüel yolla HBV bulaşan kişiler, erkek eşcinseller ve çok partnerli heteroseksüeller ve HBV taşıyıcıların cinsel partnerleri risk altında olup bulaştırıcılıkları devam etmektedir. HBV enfeksiyon bulaşma riski partner sayısı artmasına paralel olarak 1 ila 11 kat oranında artmaktadır (92,94,116,135-138).
- 3. Perinatal (vertikal) yolla bulaşma:** HBV doğum öncesi plasenta aracılığı ile doğum sırasında vajinal sekresyonlar ve kordon kanıyla bulaşma olabildiği gibi taşıyıcı annelerin bebeklerine emzirme döneminde sütle de bulaşma olur. Bu tip bulaşma HBV'nin en önemli yayılma yollarından birisidir. HBV'nin anne karnından bebeğe geçiş olasılığı %5-10 düzeyindedir (92,94,116,135-138).
- 4. Horizontal yolla (aile içi yakın temas) bulaşma:** HBV enfekte kişilerle cinsellik içermeyen yakın temasla, insanların yaşadığı kalabalık ortamlarda tükürük vb. vücut sıvılarının derideki çatlak ve yaralardan geçmesi ile olabilmektedir. Bu yolla bulaşta kötü hijyen ve düşük sosyoekonomik durum, mental engelliler risk grupları arasındadır (92,94,96,116).

Bu sayılan nedenler HBV bulaşının %60'ını açıklayabilmektedir. HBV, HIV'den 100 kat daha bulaşıcı özelliğe sahiptir. Yüksek endemik bölgelerde perinatal ve horizontal geçiş ön plandayken, düşük endemik bölgelerde cinsel ilişki ve parenteral geçiş ön plandadır (92,94). HBV enfeksiyonunda risk grupları şunlardır:

- HBsAg taşıyıcı annelerin bebekleri,
- HBsAg taşıyıcıların cinsel partner ve aile fertleri,
- Homoseksüeller ve genelev çalışanları,
- IV uyuşturucu bağımlıları,
- Hemodiyaliz ve hemofili hastaları,
- Multiple tranfüzyon yapılan hastalar,
- Bağımsızlık sistemi yetersizliği olan hastalar,
- Toplu yaşam ortamlarında barınan bireyler,
- Sağlık personelleridir (92,94,96,108,116).

2.7.2.3. Hepatit B'de Klinik Belirtiler ve Klinik Evreleme

HBV enfeksiyonunda belirti ve bulgular virüsün vücuda girişinden yaklaşık olarak 60-150 gün içerisinde başlamaktadır. HBV ile temas eden herkeste hastalığın bulguları ortaya çıkmayabilir ve hastaların %70-80'ninde hiçbir belirti görülmeyebilir. HBV enfeksiyonunun konakçının vücudunda kuluçka süresi 1-6 ay arasındadır ve ortalama 70-80 gündür. Virüsle temas eden her 10 kişiden 1'inde HBV çoğalmaya devam etmektedir. Bu kişiler HBV taşıyıcı olarak adlandırılır ve kendilerini sağlıklı hissetmelerine karşın çevreye HBV yayarlar (92,94,96,108,116).

HBV enfeksiyonunda yağın olarak şu belirtiler görülmektedir: gözlerde ve ciltte sarılık, idrarın renginde koyulaşma, mide bulantısı ve iştahsızlık, halsizlik, vücutta kırıklık hissi, kilo kaybı, karında şişlik ve hassasiyet, aşırı yorgunluk, yüksek ateş ve eklemlerde ağrı, deride döküntüler ve palpabl purpura, olarak sıralanabilir. Akut ve kronik HBV enfeksiyonu sırasında immün yanıtla ilişkili ekstrahepatik belirti ve bulgular ortaya çıkabilir. HBV ile ilişkili glomerülonefrit, genellikle proteinüri, kronik böbrek yetmezliği ve asemptomatik kişilerde hipertansiyonla seyreden bir nefrotik sendrom meydana gelebilir. HBV kronikleşebilir, fulminat karaciğer hasarına, karaciğer kanserine neden olabilir (92,94,96,108,116,139).

HBV enfeksiyonunun vücutta yaşam döngüsüne göre 5 klinik evre tanımlanmaktadır. HBV’de yaş, cinsiyet, diğer virüslerle ko-enfeksiyon gibi faktörlerin bu evrelerin oluşunu etkilediği bildirilmektedir (140). HBV evreleri:

Evre 1 İmmuntoleran dönemi: Bu evresıağlıklı erişkinlerde 2-4 hafta dolaylarında sürer, inkübasyon dönemini temsil eder. Yenidoğanlarda ise inkübasyon süreci uzayabilmektedir. Bu evrede virüs replikasyonu yüksekken, aminotransferazlarda yükselme söz konusudur ancak klinik bulgu yoktur (96,140).

Evre 2 İmmunaktif/İmmunklerens dönemi: Bu evrede sitopatik etki ile iltihabi reaksiyonun oluşmaktadır. Akut HBV enfeksiyonu olan hastalarda bu dönemin ortalama süresi 3-4 haftadır. Kronik HBV enfeksiyonu olan hastalarda ise karaciğer sirozu gelişmeden önce 10 yıl ya da daha fazla süre geçtikten sonra immunklerens fazı izlenmektedir. Bu fazı kronik HbeAg (-) varyantların görülmesi izleyebilir (92,96,140).

Evre 3 İnaktif kronik enfeksiyon dönemi: Bu evredekan-serumda viral replikasyon ölçülemeyecek kadar az düzeydedir. Aminotranferazlar referans aralığındadır. Bu evrenin en karakteristik özelliği viral genomun konak hepatosit genomuna entegre olmasıdır. HbsAg serumda saptanabilir düzeydedir (94,140).

Evre 4 Kronik hastalık dönemi: Evre 2 veya evre 3 ten sonra kronik HbsAg (-) hastalık meydana gelir (140).

Evre 5 İyileşme dönemi: Virüs kan serumunda saptanamayacak düzeydedir (108,140).

2.7.2.4. Hepatit B Tanı ve Tedavisi

HBV tanısı için gözlenebilir sarılık, karaciğer bilgesinde duyarlılık ve ağrı, karaciğer büyümesi, idrar renginde koyulaşma gibi belirti ve bulgular değerlendirilmelidir. Bir başka HBV tanısının konulmasında kullanılan yöntem kan serumunda karaciğer enzim düzeylerine bakılmasıdır. HBV’nin tanısında serolojik testlerde kullanılan üç antijenden (HBsAg, HBeAg, HBcAg: Hepatit B c) ve üç antikor (Anti-HBs, Anti-HBe, Anti-HBc) yararlanılmaktadır. HBsAg: Akut enfeksiyonda kanda bulunan HBV’nin ilk göstergedir. HBsAg antikoruna ortaya çıktıktan sonra 4-14 hafta dolaylarında kanda bulunur. Eğer HBsAg (+) ise akut enfeksiyon ya da portör, kronik hepatit, siroz, karaciğer kanserinden şüphelenmelidir. HBsAg virüs ile

temastan sonra kan serum düzeyinde yükselir ve 6 ayda daha fazla devam ederse hastalık kronikleşmektedir (92,94,96,108,116).

Kanda Anti-HBs düzeyinin yükselmesi: hastanın iyileşme döneminde olduğunu göstermektedir. Anti-HBs düzeyinin yükselmesi HBV enfeksiyonu geçirmekle ya da Hepatit B aşısı ile oluşur. Anti HBs oluşmuş ise bağışıklık sağlandığını gösterir, bağışıklık ömür boyudur. Eğer akut enfeksiyon geçince HBsAg altı ay içinde kaybolmaz ve Anti HBs oluşmamışsa kronikleşme düşünülmelidir (94,96).

Anti-HBc: Hepatit B sırasında oluşan ilk antikordur ve akut ya da kronik olgularda bulunabilir (94,96).

HBeAg: Hepatit B enfektifite antijeni olarak bilinir, HBV enfeksiyonunu gösterir. HBsAg'den sonra akut durumda oluşan diğer antijendir. Anti-HBe oluşmuş ise enfeksiyonun gerilediğini ve viral replikasyon (çoğalmanın) azaldığını düşündürür (94,96).

HBV DNA: Viral çoğalmanın güvenilir bir göstergesidir, akut dönemde hastalık semptomları başladığında kaybolur (94,96).

Hepatit B tedavisinde amaç; HBV bulaşıcılığını en aza indirmek, karaciğer enfeksiyonlarını önlemek ve semptomları azaltmaktır. Hepatit B hastalığında tedavide istirahat dışında belli bir tedavisi yoktur. Hasta en az 6-8 hafta dinlendirilmelidir. Tedavi semptomatiktir. Bu hastalara destekleyici tedavi uygulanmaktadır. Hastaya destekleyici yüksek kalorili besinlerin verilmesi hızlı iyileşme için önemlidir. Hastalara ruhsal yönden destek sağlanmalıdır. Aşırı kusması olan vakalarda hastalara anti-emetik ilaçlar verilmektedir. Gerektiğinde Hepatit B hastalarına interferon tedavisi uygulanmalıdır. Hepatitlerin iyileştirilmesinde ve yıkıcı prognozunun önlenmesinde son yıllarda geliştirilen antiviral ilaçların kullanımı, önemli olumlu sonuçlar vermektedir. Hastanın kan serum düzeyinde HbsAg negatif (-) oluncaya kadar kan ve vücut sıvılarıyla ilgili önlemler alınmalıdır (92,96,108,116).

2.7.2.5. Hepatit B Enfeksiyonunda Korunma

Riskli grupların korunmasında bağışıklaması en önemli koruma yöntemlerindedir. Risk gruplarında yer alan bireylere Hepatit B aşısı uygulanmaktadır. Hepatit B aşısının %90 koruyuculuk özelliği vardır. Bağışıklama sonrası koruyuculuk ortalama 10 yıldır. Ancak yüksek riskli gruplara 5 yılda bir rapel doz önerilmektedir. Aşılama öncesi serolojik testler

uygulanarak kişilerin bağışıklık ya da portörlük durumu belirlenmelidir (HBsAg ve Anti-HBs). Ülkemizde Sağlık Bakanlığının ulusal aşı programında yeni doğan bebeklere ikinci aydan itibaren Hepatit B aşısı rutin olarak uygulanmaktadır. Sağlık çalışanlarının korunmasında ameliyathane hemşireleri, cerrahlar, laboratuvar teknisyenleri, aktif çalışan cerrahi ve dahiliye hemşireleri, anestezi teknisyenleri yüksek riskli grup olarak tanımlandığından özellikle risk grubunda yer alanların bağışıklık durumları test edilip aşılanmaları sağlanmalıdır. Sağlık çalışanlarının yanı sıra, mahkumlara, askerlere, talesemi hastalarına, hemodiyaliz ve kan ve kan ürünleri verilen hastalarına, genel ev çalışanlarına, toplu ortamlarda yaşayanlara, ilkyardım yaptıran kişilere, homoseksüellere, sağlık alanında öğrenim gören tüm öğrencilere, HBsAg (+) anneden doğan bebeklere, HBV hastalarının yakınlarına vb. risk gruplarına HBV aşısı yaptırılması önerilmektedir. HBV kontamine iğne ile temas sonrası kan serumda HBsAg (+) biliniyorsa bulaşma belli oluncaya kadar kişiye HBV ImmünGlobulin verilmelidir. Eğer bir sağlık personeli HBV' li bir hastanın enjektörünü kaza ile eline batırır ise hemen enfeksiyon kontrol komitesi ve uzmanı ile temasa geçilerek en geç 72 saat içinde Hepatit B ImmünGlobulin (IG) deltoid ya da gluteal kas içine uygulanmalıdır. HBV'den korunmada üniversal önlemlere uyulması oldukça önemlidir ((92,94,96,108,116).

2.7.3. Hepatit C Enfeksiyonu

Hepatit C enfeksiyonu son yıllarda hepatitler arasında tüm dünyada yayılma özeliği gösteren, kronik karaciğer hastalıklarının ve hepatosellüler kanserin en önemli etkenlerinden biridir. Kronik Hepatit C enfeksiyonu siroz ve hepatosellüler karsinomaya neden olmaktadır. Etkeni Hepatit C Virüsü (HCV)'dür. HCV, lipid zarflı,60 mm büyüklüğünde tek sarmal (+)RNA yapıda ve ultraviyola ışınlarla, formalin ile kloroforma duyarlı genomik bir yapıya sahiptir. Bulaşlı organizmanın kan başta olmak üzere tüm organizma sıvı ve salgılarında bulunabilme özelliğine sahiptir (92,96,141,142).

2.7.3.1. Hepatit C Enfeksiyonu Epidemiyolojisi

HCV enfeksiyonu, son yıllarda tüm dünya ülkeleri ve ülkemizde yaygın ve önemli bir halk sağlıksorunu haline gelmiştir. DSÖ verilerine göre HCV enfeksiyonunun prevalansı dünya üzerinde %3'tür ve tüm dünyada 210 milyondan fazla insanı etkilediği görülmektedir (143).Dünya genelinde 170 milyondan fazla kişinin HCV enfeksiyonuyla enfekte olduğu tahmin edilmektedir. HCV enfeksiyonunun dünyadaki dağılımı farklılık göstermektedir. Afrika ve Asya ülkelerinde prevalansı yüksek, Kuzey Amerika'nın sanayileşmiş ülkeleri,

Kuzey ve Batı Avrupa ile Avustralya’da ise prevalansı gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelere oranla daha düşüktür. Yılda 100.000’ in üzerinde hepatosellüler kanserin olgusunda HCV etkeni meydana gelmektedir. Amerika ve Avrupa’ da karaciğer transplantasyonlarının başlıca nedenleri arasında kronik HCV enfeksiyonu bulunmaktadır (104,143-147).

Viral Hepatit Savaşım Derneği ve Türk Karaciğer Araştırmaları Derneği’nin yaptığı toplum taramalarında sağlıklı kişilere da kan verici donörlerinden yapılan seroprevalans çalışmalarında anti-HCV pozitifliğinin (+) %0.7-0.9 arasında değiştiği bildirilmiştir. Özellikle yaşın artmasıyla birlikte HCV prevalansının arttığı ve 50 yaşından sonra tavan yaptığı belirtilmektedir (148-150).

2.7.3.2. Hepatit C Enfeksiyonu Bulaşma Yolları

HCV enfeksiyonu, insan vücuduna birçok farklı giriş ve bulaş yolu söz konusudur. HCV bulaşma yolu, parenteral, seksüel, horizontal ve vertikal olmak üzere HBV enfeksiyonuna benzerlik göstermektedir. HCV enfeksiyonunun en temel bulaşma yolu parenteral yoldur. Bunun yanı sıra HCV’li hastanın kan ve kan ürünlerinin transfüzyonu, hemodiyaliz işlemi, organ transplantasyonu, IV uyuşturucu ilaç bağımlıları ve nozokomiyal bulaşın olduğu da bildirilmektedir. Ana kaynağı kandır, kan ve kan ürünlerinin transfüzyonu ile bulaş olur, cinsel yolla bulaş tartışmalıdır. IV ilaç bağımlıları, hemofili hastaları, hemodiyaliz hastaları, transplant alıcıları, risk altındadır. HCV’nin taramayapılan kan örnekleriyle bulaşma riski günümüzde 1/100.000’dir. Bu düşük orandaki bulaşın da nedeni muhtemelen donörde anti-HCV antikorları oluşmadan kan alınmasıdır. HCV enfekte olmuş donörden böbrek nakli, karaciğer nakli ve kalp nakli yapılan hastaların transplantasyondan sonra %90-100’ünde Hepatit C geliştiği bildirilmektedir. Nakil olacak hastaların HCV enfeksiyonu ile karşı karşıya kalmamaları için HCV (+) olanların organ vericisi olmaması önerilmektedir. HBV den daha düşük olmak kaydıyla sağlık personeli de risk grubundadır. HCV, kronikleşebilir, fulminat karaciğer hasarına, karaciğer kanserine neden olabilir. Bağışıklama sağlanamaz, bu nedenle riskli gruplarla temas öncesi ve sonrası korunmada kan-vücut sıvı önlemlerinin alınması önemlidir. (14,92,94,96,104,151).

Toplum içinde, güvenli olmayan yerlerde ve temiz olmayan gereçlerle vücuda yapılan dövme, “piercing”, akupunktur ya da hacamat gibi invaziv işlemler, diş tedavilerinin, kan kardeşliği gibi ritüellerin ve berberlerin de HCV bulaşmasında rolü olabilmektedir (152). Kan ve kan ürünlerinin HCV antikorları yönünden taranması, kan transfüzyonuyla ilişkili HCV bulaşmasının büyük oranda azalması sağlamıştır. Sağlık çalışanlarının karşılaştığı tüm iğne

batması kazalarının ve yaralanmalarının HCV ile enfekte hastalara ait olanları %1-2 kadardır. HCV'li hastalardan kazayla Hepatit C bulaşması riski yaklaşık %3 tür (153).

Gelişmiş ülkelerde Hepatit C'nin birincil bulaşma yolu IV uyuşturucu kullanımıdır. Yeni tanı almış HCV'li olguların çoğunda IV uyuşturucu kullanımı saptanmakta birlikte bu yolun virus bulaşının yaklaşık %60'ını oluşturduğu belirtilmektedir (154). Anti-HCV (+) gebelerden doğan bebeklerin yaklaşık %5'inde perinatal bulaş gerçekleşebilmektedir. HCV'li annelerin sütü ile beslenen bebeklerde, Hepatit C riski artmadığı belirtilmektedir. HCV'nin salya, gözyaşı, ortak kullanılan jilet, diş araç gereçleri ve insan ısırması ile bulaşabildiği bildirilmiştir (96,155). HCV'nin bulaşmasına yatkın ve yakın bireyler; hemodiyaliz hastaları, kan tranfüzyonu yapılan bireyler, damariçi uyuşturucu bağımlıları, doku ve organ nakli donorleri, homoseksüeller ve heteroseksüeller, HCV'li annelerin bebekleri ve sağlık çalışanlarıdır (96)

2.7.3.3. Hepatit C'de Klinik Belirtiler ve Klinik Evreleme

HCV'nin akut dönemde tanımlanması %70-80 oranında semptomsuz seyrettiğinden oldukça güçleşmektedir. Bu devrede tanı HCV RNA'nın saptanması ile mümkündür. Akut Hepatit C enfeksiyonunun kuluçka süresi ortalama 6-8 hafta dolaylarındadır(156,157). HVC'de klinik evrelendirme şu şekilde açıklanabilir:

I. Evre: Başlangıç Dönemi: Bu dönem, hastalığın başlangıcındaki ilk 6 aylık sessiz dönemdir. Hastalarda, belirgin belirti ve bulguların görülmesi az bir olasılıktır. Hastalığın bu sessiz döneminde, karaciğerde HCV kopyalanması sürmekte ve çoğunlukla karaciğer hücre yıkımı oluşmaktadır. Başlangıç döneminde en önemli bulgu, kanda HCV' ye karşı oluşan antikörlerin (anti HCV) varlığıdır. Hepatit C hastalığının başlangıç dönemindeki olgularda, hastaların yaklaşık % 15-30' u, kendi güçleriyle organizmasında bulunan HCV' yi yok ederek, hastalığın gelişimini engellemektedir (96).

II. Evre: Hepatit C Hastalığının Gelişmesi ve Kronikleşmesi: Bu dönemde, hastaların çoğunda belirti ve bulgular gelişmez. Belirtisiz hastalık dönemi olarak değerlendirilen bu dönem, yıllar boyu sürebilir. Hastaların tümünde, karaciğerde HCV kopyalanması sürmektedir. Belirtisiz dönemde, kimi hastalarda hepatit C hastalığının belirti ve bulguları gelişebilir. Hastada belirgin güçsüzlük, yorgunluk olguları oluşabilir. Eklem ve kaslarda ağrılar oluşur. Kimi hastalarda endişe, çöküntü ve ilgi dağınıklığı gözlenir (96).

III. Evre: Karaciğerde Hücre Yıkımının (Karaciğer Fibrozu) Gelişmesi:

Süreğenleşmiş hepatit C hastalıklarının tümünde, karaciğer yıkımı gelişir. Karaciğerde yıkıma uğrayan özgün (parankim) karaciğer hücrelerinin yenilenmesi yetersiz kalır ve karaciğerde özgün olmayan işlevsiz doku (nekroz doku) birikimi olur. Karaciğerde hücre yıkımı oluştukça, karaciğer işlevleri bozulur ve karaciğer yetmezliği gelişir (96).

IV. Evre: Karaciğer Sirozunun Gelişimi:

Hepatit C olgularının yaklaşık % 20'sinde siroz gelişir. Hepatit C olgularında hastalığın gelişimi ve ilerlemesi (patogenezi) önemli değişiklikler göstermektedir. Kimi hastalarda, 20-30 yıl çok az bir değişiklik gözlenirken, kimi hastalarda 10 yıl ve daha az bir süre içinde siroz gelişir (96).

V. Evre: Karaciğer Kanserinin Gelişmesi:

Siroz oluşumundan yaklaşık 30 yıl sonra, karaciğer kanseri gelişmektedir. Hepatit C hastalığında, hastalığın gelişimi ve ilerlemesine; kalıtsal özellik ve yatkınlıkla, organizmadaki HCV sayısı, hastalığa tutulumun ileri yaşlarda olması, erkek cinsiyet, alkol ve sigara kullanımı, eşzamanlı HBV ve HIV bulaş ve hastalıklarının gelişmesi, ileri ölçüde şişmanlık, şeker hastalığı varlığı etki göstermektedir (96).

HCV, organizmaya bulaştığında kan dolaşımı ile karaciğere taşınır ve karaciğer hücreleri içine yerleşerek üremeye başlar. İçinde HCV üreyen hücreler zedelenir ve parçalanır. Böylelikle, karaciğerde yaygın hücre hasarlanması gelişir. HCV enfeksiyonun akut olarak başladığında, belirti ve bulgular Hepatit B' deki gibidir. Hastalık akut enfeksiyon konumu dışında geliştiğinde, hastaların %95'i HCV enfeksiyonunu algılayamamakta ve HCV hastası olduklarını bilememektedirler. HCV enfeksiyonunda gelişen belirti ve bulgular; başlangıçta az da olsa yorgunluk, isteksizlik, olguların % 25'inde sarılık gelişir, bilirubinde, az bir yükselme görülmektedir. HCV hastalarında bulantı ve kusma baskındır. Troidit, nefrit, trombositopeni gibi otoimmün patolojiler sık görülmektedir. Kronik HCV'de karaciğer ultrasonografisinde karaciğer stenozu görülebilmektedir. En önemli komplikasyonu olan kepatosellüler karsinom gelişimi riski HCV'de HBV'ye göre oldukça fazladır. Karaciğer sirozu, aplastik anemi ve agranülositoz diğer HCV komplikasyonları arasındadır (91,92,94,96,108). Kronikleşen HCV enfeksiyonlarının % 35-65'inde, karaciğer siroz gelişmektedir. Alkol alma ve organizma direncinin düşmesi, karaciğer yıkımlarını artırır ve karaciğer kanserinin gelişme süresini 3-7 yıla kadar indirebilir (92,94,96,108).

HCV enfeksiyonunda, hastalık yukarıdaki belirti ve bulgularla ilerlerken, az bir olasılıkla akut gidişle ağırlaşır ve fulminan hepatite ilerler. HCV enfeksiyonlarının yaklaşık %90'ı kronikleşir. Kronikleşen uzun dönemli HCV enfeksiyonu, üç dönemde ilerlemektedir (96).

1. Akut Dönem: Hastalığın başlangıcından başlayarak 2-3 yılı kapsar. Akut dönemde hepatit C tanısı konulduktan sonra, siroz gelişme süresi yaklaşık 20 yıl, hepatosellüler karsinom gelişme süresi, 30 yıl kadardır (96).

2. Sessiz Dönem: Bu dönem, 10-15 yıl sürebilir (96).

3. Yeniden Etkinleşme (Reaktivasyon) Dönemi: Hastalığın yeniden alevlendiği, etkinleştiği dönemdir. Bu dönemde belirti ve bulgular artar. İlerlemiş HCV enfeksiyonlarında, en önemli bulgu, hastanın ileri derecede ve sürekli yorgun olmasıdır. Kan serumunda (ALT) SGPT giderek yükselir ve karaciğer kanseri gelişene dek yüksekliğini korur (96).

2.7.3.4. Hepatit C Tanı ve Tedavisi

HCV enfeksiyonunun özgün tanısında günümüzde kullanılan en kolay ve uygulanabilir yöntem olan kanda ELISA yöntemi ile anti-HCV antikorlarının araştırılmasıyla belirlenmektedir. Oluşan antikorlar HCV enfeksiyonunu göstermektedir. HCV'li hastalarda anti-HCV (+) pozitifdir. Diğer bir HCV tanı yöntemi ise moleküler teknikler kullanılarak HCV-RNA'nın tespit edilmesidir. HCV tanısının konmasında RIBA (Recombinant Immunoblot Assay-HCV Antikoru Doğrulama Testi) test gibi destekleyici testler, PCR (Poliymerase Chain Reaction-Polimeraz Zincir Reaksiyonu) ile HCV-RNA tayini kullanılmaktadır. Kronik HCV ile akut HCV enfeksiyonunu ayırt edecek güvenilir bir test yoktur. HCV'li hastalarda kan transfüzyonu öyküsü vardır. HCV'li bireylerde transaminaz seviyesi yüksektir (92,146,158,159).

HCV enfeksiyonlarında özgün bir tedavi yöntemi yoktur. HCV'ye özgü aşı ve immunoglobülin bulunmamaktadır. Tedavide ilk olarak istirahat ve semptomatik tedavi uygulanmaktadır. HCV enfeksiyonlarının %50'sinde kronikleşme görülmektedir. Ayrıca bu hastaların çoğunda karaciğer sirozu ve hepatosellüler karsinom gelişebilmektedir. HCV enfeksiyonlarının tedavisinde ana hedef HCV kaynaklı mortalite, karaciğer sirozu ve hepatosellüler karsinom gelişimini önlemektir. HCV tedavisinde temel amaç hastanın yaşam kalitesini düzelterek yaşam kalitesini yükseltmek ve yaşam süresini uzatmaktır (96,108,116,160). Akut ve kronik HCV enfeksiyonlu olgularında tedavide çoğunlukla

interferon olmaktadır. Antiviral ilaç olarak Ribavirin ya da Timozin yararlı olabilmektedir. Hepatit C tedavisinde kullanılmaya başlanan yeni ajanlar ve kullanımda olan ilaçların tedavide doğru kullanılmasıyla tedaviden çok daha iyi sonuçlar alınması beklenmektedir. Kronik HCV enfeksiyonlarında hasta gözlem altında olmalı, tedavi için gerektiğinde hastaneye yatırılmalı ve hastanın direncinin artırıcı uygulamalar yapılmalıdır. Hasta ve hasta yakınları HCV prognozu konusunda eğitilmelidir (14,92,94,96,108,116).

2.7.3.5. Hepatit C Enfeksiyonunda Korunma

HCV olgularının kronikleşmesi nedeniyle HCV'den korunmaya daha çok önem verilmesi gerekmektedir. Toplum HCV enfeksiyonuna karşı henüz bağışıklama sağlamak için kullanılabilecek bir aşı geliştirilememiştir ve etkilenim sonrası profilaksi yöntemi yoktur, HCV'ye karşı aşı üretimi çalışmaları devam etmektedir. HBV enfeksiyonun önlenmesinde kullanılabilecek koruyucu uygulamalar HCV' de de geçerlidir (94,96).

HCV enfeksiyonu, kan ve vücut sıvılarıyla temasla bulaştığı için risk grubundaki mesleklerde çalışanlara, özellikle bulaşmaya yatkın sağlık çalışanları HCV bulaşmasında hem kendilerini hem de hizmet sundukları insanları HCV' den koruma konusunda eğitimler verilerek koruma ve korunma konularında farkındalıkları artırılmalıdır. Hastanelerdeki enfeksiyon kontrol uygulamaları, hastane kaynaklı ve girişimsel işlemler nedeniyle meydana gelebilecek enfeksiyonları önlemek için güncellenmelidir. Sağlık çalışanları her zaman el hijyeni, el yıkama ve eldiven kullanımı gibi standart önlemlere dikkat etmelidir. Atıklar ve keskin uçlu materyaller güvenli bir şekilde taşınmalı, uygun yollarla bertaraf edilmelidir. Tıbbi ekipmanlar güvenli bir şekilde temizlenmeli ve sterilize edilmelidir. Enjeksiyonlar steril tek kullanımlık şırıngalarla yapılmalıdır. Bağışlanan kanlar alıcıya verilmeden önce HCV açısından test edilmelidir (92,96,108,161,162).

Hepatit C'de bireysel olarak korumada özellikle cinsel yolla bulaşmayı önlemek için ilişki sırasında kondom kullanılmalıdır. Birden çok bireyle cinsel ilişkide bulunmaktan kaçınılmalıdır. Dövme ve piercing gibi uygulamaları yaptıracak olanlar mutlaka lisanslı işletmelerde sertifikalı çalışanlara bu işlemleri yaptırmalıdır. Tıraş bıçağı, jilet, diş fırçası, tırnak makası gibi kanla temas etme olasılığı yüksek olan aletleri başkalarıyla ortak kullanmamalıdır. Halk sağlığı eğitimi ile HCV konusunda halk bilinçlendirilmelidir. HCV'li hastalar ve ailesi özel olarak eğitilmelidir. HCV'li gebelerin gebelik öncesinde uzman hekimlere danışmaları yararlı olacaktır. (92,96,108,162).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Grubu

Bu çalışma, Ocak 2018-Haziran2019 tarihleri arasında Kahramanmaraş il merkezinde bulunan ve üçüncü basamakta tanı-tedavi hizmetleri sunulan Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi(KSÜ) Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi (SUAH) ile Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi (NFŞH) hastanesinde çalışan hemşirelerin mesleki profesyonellik düzeyinin HIV/AIDS, Hepatit B, Hepatit C ile ilgili bilgi durumu üzerine etkisini belirlemek amacıyla kesitsel ve tanımlayıcı türde gerçekleştirildi. Çalışmanın evrenini; KSÜ SUAH'da çalışan 450 hemşire ile NFŞH'de çalışan 728 hemşire olmak üzere toplamda 1178 hemşire oluşturdu. Çalışmanın örnekleme ise, $N= 1178$, $\alpha= 0.05$, $d=\pm 0.03$, $p= 0.20$, $q= 0.80$, $t= 1.96$ alınarak ve " $n= N.t.p.q/(N-1).d^2+t^2.p.q$ " formülü kullanılarak yapılan hesaplama sonucu örnekleme 445 hemşirenin alınmasına karar verilmiştir. Veri toplama formunu tam olarak doldurmayan, gönüllük ilkesine göre araştırmaya katılmayı kabul etmeyen, izinli ve raporlu olan hemşireler araştırma kapsamı dışında bırakıldı. Çalışma KSÜ SUAH'da çalışan 261, KNFŞH'de çalışan 184 hemşire olmak üzere gönüllük ilkesine dayalı olarak, bilgilendirilmiş onay formunu (EK-1) okuyup imzalayarak yazılı ve sözlü onay ile araştırmaya katılmayı kabul eden 445 hemşire ile tamamlandı. Araştırma kapsama oranı %38 olarak belirlendi.

Araştırmanın yapıldığı tarihler arasında KSÜ SUAH ve NFŞH'de hemşire pozisyonunda (kadrolu, sözleşmeli ya da taşeron) çalışan, çalışmaya katılmaya kendi isteği ile gönüllü olan, iletişime açık olan, test çalışmasına gönüllü katılan (sözlü ve yazılı onay ile) hemşireler çalışmaya dâhil edilirken, hemşirelik dışında farklı bir pozisyonda (ebe, paramedik, acil tıp teknisyeni ve hemşireliğe eş değer olmayan sağlık memurları dâhil) çalışanlar ile araştırmanın yapıldığı tarihlerde izinli olan (yıllık izin, doğum izni, rapor vb.), veri toplama araçlarını tam doldurmayan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olmayan hemşireler araştırmaya dâhil edilmedi.

3.2. Veri Toplama Araçları ve Verilerin Toplanması

Çalışmada veri toplama sürecine başlamadan önce, araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelere araştırmacının kendisini tanıttığı, çalışmanın amacının açıklandığı kısa bir görüşme yapıldı. Çalışmaya katılmayı kabul eden hemşirelerin sözlü/yazılı onayları alınarak araştırmaya dâhil edildi. Veri toplama aşamasında araştırma kapsamında yer alan

hastaneleringe ve gündüz vardiyalarında çalışan hemşirelere ulaşılmaya çalışıldı. Her iki vardiyada hemşirelere anket formları dağıtıldı ve doldurmaları istendi.

Verilerin toplanması aşamasında, çalışmanın amacına uygun olarak araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanmış, hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri ile ilgili soruların yer aldığı “Kişisel Bilgi Formu (KBF)”, “HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C Bilgi Soru Formu” ile “Meslekte Profesyonel Tutum Envanteri (MPTE)”ni içeren ve üç bölümden oluşan anket formu kullanıldı (EK-2):

Kişisel Bilgi Formu (KBF):Bu form, araştırmacılar tarafından literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanmış olup; katılımcıların çalışılan hastane ve birim, çalıştıkları birimde çalışma süreleri, yaş, cinsiyet, çocuk sahibi olma durumu, mesleki pozisyon, eğitim düzeyi, çalışma şekli, mesleki deneyim süresi, ortalama haftalık çalışma süresi, çalışılan vardiya türü, günlük ortalama bakım verilen hasta sayısı vb. sosyo-demografik özellikleri içeren sorular ile hemşirelerin kendilerini profesyonel görme durumlarını, profesyonel tutum sergilememe nedenlerini ve hemşirelikte profesyonel hareket etmeyi sağlayacak faaliyetleri sorgulayan toplam 17 sorudan oluşmaktadır.

HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C Bilgi Soru Formu: Bu form, hemşirelerin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C hakkında bilgi durumları ile tutumlarını belirlemeye yönelik olarak literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından hazırlanan 24 sorudan oluşmuştur.

Meslekte Profesyonel Tutum Envanteri (MPTE):Erbil ve Bakır (2) tarafından 2009 yılında geliştirilerek geçerliği ve güvenilirliği test edilen MPTE, mesleki eğitim ve gelişme, kişilerarası ilişkiler, sorunlara yaklaşım gibi konularda bireysel tutumu içeren sorulardan oluşan tek boyutlu bir envanterdir. Beşli Likert tipinde yanıtlanan (5-Bana tamamen uyuyor, 4-Bana biraz uyuyor, 3-Kararsızım, 2-Bana uymuyor ve 1-Bana hiç uymuyor) envanter 32 maddeden oluşmaktadır. Envanter, her bir maddeye verilen puanın toplanmasıyla elde edilen toplam puan üzerinden değerlendirilmektedir. Envanterden alınabilecek minimum puan 32, maksimum puan ise 160'dır. Katılımcıların envanterden aldıkları puan arttıkça profesyonellik düzeyinin de arttığı kabul edilmektedir. Erbil ve Bakır'ın (2) çalışmasında envanterin orijinal Cronbach alfa katsayısı 0.89 olarak belirlenmiş olup, bu çalışmada ise Cronbach alfa katsayısı 0.86 olarak bulundu.

3.3. Verilerin Analizi

Verilerin değerlendirilmesinde araştırmanın amaçları doğrultusunda hemşirelerin kişisel bilgilerine ilişkin verilerin, sayı ve yüzdeleri verilerek tanımlayıcı istatistiksel analizleri yapıldı. MPTE puan ortalaması ile Cronbah Alfa katsayısı hesaplandı. Değerlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile incelendi. Anket formunda yer alan değişkenlerden ikili gruplar arasındaki farklılığı test etmek için t-testi ile üç ve üzeri gruplar arasındaki ilişkiyi test etmek için Tek Yönlü Varyans (One Way ANOVA) analizi kullanıldı. Değişkenler arasında ilişki olup olmadığını belirlemek için Pearson Korelasyon analizi ve Ki-Kare analizi yapıldı. Varyans analizi yapılmadan önce homojenlikleri test edilmiştir. Homojen olan gruplar arasında varyans analizi yapıldı. Varyans analizinde gruplar arası fark Tukey testi ile incelendi. İstatistiksel anlamlılık $p < 0.05$ olarak kabul edildi.

Araştırmada yer alan bağımsız değişkenleri, hemşirelerin mesleki profesyonellik düzeyleri, çalışılan hastane ve birim, çalıştıkları birimde çalışma süreleri, yaş, cinsiyet, pozisyon, çocuk sahibi olma, eğitim düzeyi, çalışma şekli (kadrolu, sözleşmeli vb), mesleki deneyin süresi, ortalama haftalık çalışma süresi, çalışılan vardiya türü, günlük ortalama bakım verilen hasta sayısı oluştururken; araştırmanın bağımlı değişkenlerini; HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C bilgi durumları oluşturdu.

Bu araştırma, KSÜ SUAH ile NFŞH'de çalışan hemşirelere genellenebilir. Çalışma sonucunda elde edilen bulguların hemşirelerin kendi ifadelerine dayalı olması araştırmanın bir sınırlılığıdır. Literatürde konu ile ilgili yapılmış çalışmaların olmaması da bazı bulguların tartışılmasında sınırlılıklara neden oldu. Ancak bu araştırmanın konu ile ilgili yapılan ilk çalışma olması araştırmanın güçlü yanını oluşturdu.

3.4. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın verilerinin toplanmasından önce KSÜ Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığından etik kurul onayı (EK-3), verilerin toplanacağı hastanelerin yöneticiliklerinden yazılı resmi izinler (EK-4) ve veri toplama aracı olarak kullanılan MPTE'yi geliştiren yazarlardan e-posta yolu ile ölçek kullanım izini (EK-5) alındı. Verilerin toplanması aşamasında hemşirelerin yazılı/sözlü onamları alındı. Hemşirelere, çalışmanın amacı, planlanması ve elde edilen verilerin nerede kullanılacağına ilişkin bilgi verilerek 'İnsan onuruna saygı' ilkesi, çalışmaya gönüllük esasına dayalı katılmak isteyenlerin dahil edilmesi ile "Özerkliğe Saygı" ilkesi, araştırmada elde edilen bilgilerin gizli tutulacağına belirtilmesiyle "Gizlilik ve Gizliliğin Korunması" ilkesi yerine getirildi.

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırma verilerine ait analiz bulguları yer almaktadır. Araştırmadan elde edilen veriler, çalışmanın amacı doğrultusunda yanıtı aranan sorulara bağlı kalınarak tablolar halinde aşağıda verilmiştir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin kişisel özellikleri Tablo 4.1’ de verilmiştir.

Tablo 4.1.Hemşirelerin kişisel özellikleri

Kişisel Özellikler	n	%
Yaş		
25 yaş altı	84	18.9
25-30 yaş	224	50.3
30 yaş üzeri	137	30.8
Cinsiyet		
Kadın	382	85.8
Erkek	63	14.2
Medeni durumu		
Evli	244	54.8
Bekar	201	45.2
Çocuk sahibi olma durumu		
Yok	256	57.5
Var	189	42.5
Çocuk sayısı(n=189)		
1 çocuk sahibi	86	19.3
2 çocuk sahibi	59	13.3
3 ve üzeri çocuk sahibi	44	9.9
Eğitim durumu		
Lise	152	34.2
Önlisans	66	14.8
Lisans	210	47.2
Lisansüstü	17	3.8

Araştırmaya katılan hemşirelerin minimum 18, maksimum 49 ve ortalama 28.95 ± 0.24 yaşında, %50.3’ ünün 25-30 yaş aralığında, %85.8’ inin kadın, %54.8’ inin evli ve %57.5’ inin çocuk sahibi olmadığı, yaklaşık beşte birinin bir çocuk sahibi olduğu, %47.2’ sinin lisans mezunu oldukları belirlenmiştir (Tablo4.1).

Araştırmaya katılan hemşirelerin mesleki tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular Tablo4.2’ de verilmiştir.

Tablo 4.2. Hemşirelerin mesleki tanıtıcı özellikleri (n=445)

Mesleki Tanıtıcı Özellikler	n	%
Çalışılan hastane		
KSÜ SUAHA	261	58.7
NFŞH	184	41.3
Çalışılan birim		
Cerrahi servisler	149	33.5
Dahili servisler	261	58.7
Diğer birimler	35	7.8
Birimde çalışma süresi		
1-5 yıl	406	91.2
6-10 yıl	34	7.6
11-15 yıl	5	1.1
Pozisyon		
Klinik servis hemşiresi	425	95.5
Sorumlu hemşire	19	4.3
Süpervisör hemşire	1	0.2
Çalışma şekli		
Kadrolu hemşire	386	86.7
Sözleşmeli hemşire	59	13.3
Mesleki deneyim süresi		
1-5 yıl	266	59.8
6-10 yıl	118	26.5
11-15 yıl	41	9.2
16-20 Yıl	14	3.1
21 yıl ve üzeri	6	1.3
Çalışılan vardiya		
Gündüz vardiyası	144	32.3
Gece vardiyası	52	11.7
Gece ve gündüz vardiyası karma	249	56.0
Toplam	445	100

Araştırmaya katılan hemşirelerin mesleki tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular incelendiğinde (Tablo 4.2); araştırmaya katılan %58.7 hemşire KSÜ SUAHA'ta, %33.5 cerrahi servislerde, %91.2' si çalıştığı birimlerde 1-5 yıl arasında, %95.5' i klinik servis hemşiresi, %86.7' si kadrolu, %59.8'inin mesleki deneyim süresi 1-5 yıl, %56'sı gece ve gündüz iki vardiyada çalıştıklarını bildirmiştir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin çalışma özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 4.3' te verilmiştir.

Tablo 4.3. Hemşirelerin çalışma özellikleri (n=445)

Çalışma Özellikleri	X±SS	Min.- Maks.
Birimde çalışılan süre (yıl)	2.48±0.10	1-14
Hemşirelerin günlük bakım verdiği hasta sayısı	11.82±0.41	0-50
Haftalık çalışma süresi (saat)	41.19±0.27	25-72

Araştırmaya katılan hemşirelerin birimde ortalama 2.48±0.10 yıldır çalıştıkları, haftada ortalama 41.19±0.27 saat çalıştıkları ve günlük ortalama 11.82±0.41 hastaya bakım verdikleri saptanmıştır (Tablo 4.3).

Araştırmaya katılan hemşirelerin kendini meslekte profesyonel görmedurumları Tablo 4.4' de verilmiştir.

Tablo 4.4. Hemşirelerin kendini meslekte profesyonel görme durumları (n=445)

Kendini Meslekte Profesyonel Görme Durumu	n	%
Hiç profesyonel görmüyorum	25	5.6
Biraz profesyonel görüyorum	241	54.2
Oldukça profesyonel görüyorum	149	33.5
Tamamen profesyonel görüyorum	30	6.7
Toplam	445	100

Araştırmaya katılan hemşirelerin kendini meslekte profesyonel görme durumlarına ilişkin istatistik bulguları değerlendirildiğinde; hemşirelerin hemşirelik mesleğinde %54.2'sinin kendini biraz profesyonel gördüğü, % 33.5'inin ise kendini oldukça profesyonel gördüğü ve kendini tamamen profesyonel gören hemşirelerin oranının ise %6.7 olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4).

Araştırmaya katılan hemşirelerin meslekte profesyonel tutum sergileyememe nedenleri Tablo 4.5' de verilmiştir.

Tablo 4.5. Hemşirelerin meslekte profesyonel tutum sergileyememe nedenleri*

Hemşirelerin Meslekte Profesyonel Tutum Sergileyememe Nedenleri	n	%
Okulda öğrenilen bilgilerin meslekte uygulamaya yansıtılmaması	165	37.1
Çalışma arkadaşlarının profesyonel tutum sergileyen hemşireleri yadırgaması	235	52.8
Hemşirelik dışı işlerden dolayı hemşirelikle ilgili işlere yeterince zaman ayıramaması	232	52.1
Ekonomik yetersizlikten dolayı hemşirelerin bilimsel faaliyetlerde bulunamaması	163	36.6
Hemşirelik mesleğinin istenilerek ve sevilerek yapılmaması	172	38.7
Hemşirelerin mesleki uygulamalarda bağımsız olarak karar alamaması	207	46.5
Diğer sağlık ekibi üyeleri ile olumsuz ilişkilerin profesyonelliği etkilemesi	190	42.7
Hemşirelerin profesyonellik konusunda özgüven eksikliği hissetmesi	171	38.4
Yöneticilerin, profesyonel olma konusunda hemşireleri yeterince motive etmemesi	224	50.3
Çalışan hemşirelerin birçoğunun meslekte tecrübesiz ve yeni olmaları	147	33.0
Hemşirelik mesleğinin toplum nezdinde imajının iyi olmaması	197	44.3
Hemşireler arasında işbirliği ve örgütlenmede yetersizlik olması	198	44.5
Hemşirelerin farklı eğitim düzeylerindeki okullardan mezun olması	186	41.8
Hemşirelerin profesyonel olmayı sağlayacak faaliyetlere katılımda isteksiz olmaları	183	41.1
Hemşirelik ile ilgili düzenlemelerin profesyonel çalışmayı engellemesi	246	55.3
Hemşirelerin mesleki güncel gelişmeleri takip etmemeleri/mesleğe yansıtılmamaları	137	30.8
Hemşirelerin mesleki etik ilkelere uygun hemşireliği icra etmemeleri	91	20.4
Hemşirelerin çalışma ortamında mobbing ve şiddete maruz kalmaları	2	0.4

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin meslekte profesyonel tutum sergileyememe nedenleri incelendiğinde; hemşirelerin %55.3'ünün hemşirelik ile ilgili düzenlemeler ve uygulamaların profesyonel çalışmayı engellemesi, %52.8'inin çalışma arkadaşlarının profesyonel tutum sergileyen hemşireleri yadırgaması, %52.1'inin hemşirelikte iş tanımını dışındaki işlerden dolayı hemşirelikle ilgili işlere yeterince zaman ayıramaması ve yöneticilerin, %50.3'ünün profesyonel olma konusunda hemşireleri yeterince motive etmemesi gibi nedenler olduğu bildirilmiştir (Tablo 4.5).

Araştırmaya katılan hemşirelerin meslekte profesyonel hareket edebilmeleri için yapılması gerekenler Tablo 4.6' da verilmiştir.

Tablo 4.6. Hemşirelerin meslekte profesyonel hareket edebilmeleri için yapılması gerekenler*

Meslekte Profesyonel Hareket Edebilmeleri İçin Yapılması Gerekenler	n	%
Hemşirelik eğitimi en az lisans düzeyinde verilmelidir.	134	30.1
Hemşirelik eğitiminde profesyonellik ile ilgili konulara yer verilmelidir.	246	55.3
Hemşirelikte branşlaşma ve uzmanlaşma yoluna gidilmelidir.	257	57.8
Hemşirelerin meslekle ilgili bağımsız kararlar almaları (otonomi) sağlanmalıdır.	212	47.6
Hemşirelere kişisel ve mesleki yönden geliştirme fırsatı verilmelidir.	232	52.1
Mezuniyet sonrası hemşirelikte sürekli eğitim fırsatları sunulmalıdır.	235	52.8
Hemşirelerin mesleki örgütlere katılımı sağlanmalıdır.	143	32.1
Hemşirelik mesleğinin toplumsal statüsünü artıracak çalışmalar yapılmalıdır.	251	56.4
Hemşirelerin çalışma koşulları iyileştirilmelidir.	196	44.0
Hemşirelerin sağlık personeli, hasta ve yakınları arasındaki iletişim geliştirmelidir.	237	53.3
Hemşireler, meslek standartlarının yürütülmesinde topluma karşı sorumluluk almalıdır.	231	51.9
Mesleğin imajını yükseltmek için uzman hemşire unvanının kullanımı sağlanmalıdır.	167	37.5

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin meslekte profesyonel hareket edebilmeleri için gerekli olduğunu düşündükleri önerileri; %57.8'i hemşirelikte branşlaşma ve uzmanlaşma yoluna gidilmesi, %56.4'ü hemşirelik mesleğinin toplumsal statüsünü artıracak çalışmalar yapılması, %55.3'ü hemşirelik eğitiminde profesyonellik ile ilgili konulara yer verilmesi, %53.3'ü hemşirelerin sağlık personelleri, hasta ve yakınları arasındaki iletişim geliştirmesi ve %52.8'i mezuniyet sonrası hemşirelere lisansüstü ve sürekli eğitim fırsatları sağlanması olarak bildirilmiştir (Tablo 4.6).

Araştırmaya katılan hemşirelerin kesici-delici aletlerle yaralanma durumları Tablo 4.7' de verilmiştir.

Tablo 4.7. Hemşirelerin kesici-delici aletlerle yaralanma durumları

Kesici-Delici Aletlerle Yaralanma Durumu	n	%
Son 1 yıl içerisinde kesici-delici aletlerle yaralanma durumu		
Evet	88	19.8
Hayır	293	65.8
Hatırlamıyorum	64	14.4
Kesici-delici aletlerle yaralanma durumunda uygulama* (n=88)		
Sadece ellerimi su ve sabunla yıkadım	10	11.3
Enfeksiyon kontrol komitesi protokollerini uyguladım	22	25.0
Sadece dezenfaktan ile ellerimi ovaladım	30	33.9
Yaralanan bölgeyi kanatıp akolle/batikonla temizledim	23	26.4
Herhangi bir şey yapmadım	3	3.4

*Sadece yaralanma geçiren 88 kişi tarafından cevaplanmıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %65.8'inin iş ortamında son 1 yıl içerisinde kesici-delici aletlerle yaralanmadığı; kesici ya da delici aletlerle yaralananların ise %33.9'unun sadece dezenfaktan ile ellerini ovaladığı, %25.0'inin enfeksiyon kontrol komitesi protokollerini uyguladığı, %26.4'ünün yaralanan bölgeyi kanatıp dezenfaktan ile temizlediğini belirtmişlerdir (Tablo 4.7).

Araştırmaya katılan hemşirelerin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C' durumları Tablo 4.8' de verilmiştir.

Tablo 4.8. Hemşirelerin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C’de tutumları

HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C’de Tutum Özellikleri	n	%
HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C etkeni varmış gibi düşünerek çalışma durumu		
Evet	334	75.1
Hayır	66	14.8
Fikrim yok	45	10.1
HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C’li hastaya bakım verme istekliliği		
Çok istekli olurum	50	11.2
İstekli olurum	54	12.1
İstekli olmam	162	36.4
Hiç istekli olmam	179	40.3
HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C’li hastayla çalışırken tutumda değişiklik durumu		
Evet	102	22.9
Hayır	207	46.5
Kararsızım	136	30.6
HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C’li hastayla çalışırken tutumda oluşan değişiklik (n=102)		
Hasta odasına daha az girip çıkma	30	29.5
Mecbur kalmadıkça hasta ile sohbet etmekten kaçınma	22	21.6
İşini yapıp hasta odasından hemen çıkma	44	43.1
Hastaya bakım, tedavi ya da girişim yapmaktan kaçınma	5	4.9
Hastaya girişim yaparken daha dikkatli davranma	1	0.9

Araştırmaya katılan hemşirelerin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C’de tutumlarına ilişkin bulgular incelendiğinde; hemşirelerin %75.1’inin ortamında her hastaya müdahalede bulunurken HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C etkeni varmış gibi düşünerek çalıştığı bildirilmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin, %76.7’sinin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C tanılı hastaya bakım verme vermede istekli olmadıkları, %46.5’inin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C’li hastayla çalışırken tutumda değişiklik olmayacağı; tutumda değişiklik olanların ise %43.1’i HIV/AIDS, Hepatit B yada C tanılı hastalar ile çalışırken işini yapıp hemen hasta odasından çıkacağını belirtmişlerdir (Tablo 4.8).

Araştırmaya katılan hemşirelerin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C'li hastalara bakım verme durumları Tablo 4.9' da verilmiştir.

Tablo 4.9. Hemşirelerin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C'li hastalara bakım verme durumları

HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C'li Hastalara Bakım Verme Durumu	n	%
Daha önce HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C tanılı hastalara bakım uyguladınız mı?		
Evet	217	48.8
Hayır	114	25.6
Hatırlamıyorum	114	25.6
Daha önce bakım uyguladınız ise hastanızın bulaşıcı hastalığı tanısı nedir?(n=217)		
Yalnız HIV/AIDS	20	9.2
Yalnız Hepatit B	57	26.2
Yalnız Hepatit C	22	10.2
HIV-AIDS, Hepatit B ve Hepatit C	63	29.1
Hepatit B ve Hepatit C	55	25.3

Araştırmaya katılan hemşirelerin %48.8'inin daha önce HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C tanılı hastalara tedavi ve bakım uyguladığı ve bakım uyguladıkları hastaların bulaşıcı hastalığı tanısının %29.1'inin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.9).

Araştırmaya katılan hemşirelerin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C etkenlerine karşı aldıkları önlemler Tablo 4.10' da verilmiştir.

Tablo 4.10. Hemşirelerin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C’de aldıkları önlemler

HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C’de Önlem Özellikleri	n	%
Kurumda HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C’ye karşı alınan koruyucu önlemleri yeterli buluyor musunuz?		
Evet	229	51.5
Hayır	159	35.7
Kararsızım	57	12.8
HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C’li hastalara bakım uygularken gerekli koruma önlemlerini alıyor musunuz?		
Evet	401	90.1
Hayır	44	9.9
HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C tanılı hastalara bakım uygularken ne tür bir önlem alıyorsunuz?*		
Eldiven kullanırım	269	60.4
Çift eldiven kullanırım	351	78.9
Önlük takarım	129	29.0
Maske takarım	176	39.6
Koruyucu gözlük takarım	70	15.7
Bütün koruyucu önlemleri uygulurum	92	20.7
HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C’li hastaların biriyle kan ve vücut sıvılarıyla temasınız olduğunda ne yaparsınız?*		
Kanda marker sonuçlarıma baktırırım.	247	55.5
Derhal aşı yaptırırım	139	31.2
Yaralanan/temas eden bölgeyi kanatırım	254	57.2
Yaralanan/temas eden bölgeyi soğuk suyla yıkarım	336	75.5
Yaralanan/temas eden bölgeyi alkol ile yıkarım	244	54.8
Kurumda iş kazası prosedürlerini uygulatırım	169	38.0
Yaralanan/temas eden bölgeyi baticonla yıkarım	242	54.4
Düzenli olarak kanda Anti HBsAg (Hepatit markeri) takibi yaptırıyor musunuz?		
Evet	182	40.9
Hayır	263	59.1
Daha önce Hepatit B aşınızı yaptırdınız mı?		
Evet	382	85.8
Hayır	63	14.2
Hepatit B aşınızı kaç doz yaptırdınız? (n=382)		
1 doz	89	23.3
2 doz	126	32.9
3 doz	146	38.2
Rapel doz	21	5.4
Hepatit B aşısı yaptırmama nedeniniz nedir? (n=63)		
Hepatit B aşısı yaptırmaya fırsat bulamadığım için	1	1.6
Hepatit B açısından risk altında bulunmadığım için	5	7.9
Hepatit B aşısının koruyuculuğuna güvenmediğim için	5	7.9
Hepatit B aşısının yan etkisinden korktuğum için	1	1.6
Hepatit B geçirdiğim için	51	81.0

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C’de aldıkları önlemlere ilişkin bulgular incelendiğinde (Tablo 4.10); hemşirelerin %51.5’i çalışmakta oldukları hastanenin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C etkenlerine karşı alınan koruyucu önlemleri yeterli bulduklarını belirtmişlerdir. Araştırmaya katılan hemşirelerin %90.1’i HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C’li hastalara bakım uygularken gerekli korunma önlemlerini aldıkları ve önlem alanların %78.9’unun çift eldiven kullanarak önlem aldığı belirlenmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin %75.5’i HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C’li hastalardan birinin kan ve vücut sıvılarıyla teması olması halinde yaralanan yada temas eden bölgeyi soğuk suyla yıkayacaklarını belirtmişlerdir. Araştırmaya katılan hemşirelerin %59.1’i düzenli olarak kanda Anti HBsAg (hepatit markeri) takibi yaptırmadığı, ancak %85.8’si 3 doz Hepatit B aşısı yaptırdığı, Hepatit B yaptırmayanların ise %81.0’inin Hepatit B geçirdikleri için yaptırmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.10).

Araştırmaya katılan hemşirelerin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C’de bilgi durumlarına ilişkin bulgular Tablo 4.11’ de verilmiştir.

Tablo 4.11. Hemşirelerin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C’de bilgi durumları

HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C’de Bilgi Durumu Özellikleri	n	%
HIV/AIDS hastalığı konusunda yeterli bilgiye sahip misiniz?		
Evet	232	52.1
Hayır	37	8.3
Kararsızım	176	39.6
Hepatit B hastalığı konusunda yeterli bilgiye sahip misiniz?		
Evet	308	69.2
Hayır	33	7.4
Kararsızım	104	23.4
Hepatit C hastalığı konusunda yeterli bilgiye sahip misiniz?		
Evet	173	38.9
Hayır	65	14.6
Kararsızım	207	46.5
HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C ile ilgili bilimsel aktivitelere katıldınız mı?		
Evet	285	64.0
Hayır	137	30.8
Hatırlamıyorum	23	5.2
HIV/AIDS, Hepatit B ve C ile ilgili bir makale okudunuz mu?		
Evet	290	65.2
Hayır	132	29.7
Hatırlamıyorum	23	5.2
HIV/AIDS Hepatit B ve C ile ilgili bir eğitim aldınız mı?		
Evet	333	74.8
Hayır	90	20.3
Hatırlamıyorum	22	4.9
HIV/AIDS Hepatit B ve C ile ilgili eğitim almak ister misiniz?		
Evet	411	92.3
Hayır	23	5.2
Kararsızım	11	2.5
HIV/AIDS, Hepatit B ve C ile ilgili eğitimi nereden aldınız?*		
Sağlık personelinden ulaştım	143	32.1
Hizmet içi eğitimde öğrendim	261	60.2
Yakın çevremden öğrendim	91	20.4
Okul derslerinden öğrendim	215	48.3
Basın-yayın-internet aracılığıyla öğrendim	139	31.2
Konu ile ilgili yapılan araştırmalardan, makale ve kitap v.s den öğrendim	87	19.6
HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C’de en çok kimler risk altındadır?*		
Çoğul transfüzyon yapılanlar	267	60.0
Hemodiyaliz hastaları	356	80.0
Uyuşturucu bağımlıları	309	69.4
Piercing/dövme yaptıranlar	295	66.3
Erkek eşcinseller	295	66.3
HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C hastalarının cinsel eşleri	307	69.0
Sağlık personeli	368	81.1
Çok eşli heteroseksüeller	243	54.6
HIV/AIDS, Hepatit B ve C’li annelerin bebekleri	187	42.0

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C’de bilgi durumlarına ilişkin bulgular incelendiğinde (Tablo 4.10); hemşirelerin %52.1’inin HIV/AIDS, %69.2’inin Hepatit B ve %38.9’unun Hepatit C hakkında yeterli bilgiye sahip oldukları belirlenmiştir. Hemşirelerin %64.0’ünün HIV/AIDS, Hepatit B ve C ile ilgili bilimsel aktivitelere katıldıkları ve %65.2’sinin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C ile ilgili yapılmış bir araştırma ya da makale okudukları saptanmıştır. Hemşirelerin %74.8’inin HIV/AIDS, Hepatit B ve C ile ilgili eğitim aldıkları, bu eğitimi alanların %60.2’sinin hizmet içi eğitim programlarında ve %48.3’ü okul derslerinden bilgi edindikleri bildirmiştir. Hemşirelerin %92.3’ü HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C ile ilgili eğitim/bilgi almak istedikleri belirlenmiştir. Hemşirelerin %81.1’i HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C ile ilgili en çok sağlık personelinin risk altında olduğunu belirtmiştir (Tablo 4.11).

Araştırmaya katılan hemşirelerin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C’de görülen genel belirti-bulgular açısından bilgi durumları Tablo 4.12’ de verilmiştir.

Tablo 4.12. Hemşirelerin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C’de görülen genel belirti-bulgular açısından bilgi durumları

Belirti-bulgular*	HIV/AIDS		Hepatit B		Hepatit C	
	n	%	n	%	n	%
Göz aklarında sararma	169	37.9	300	67.4	108	15.9
Deride sararma	67	15.0	379	85.2	124	27.8
Karaciğer büyümesi	105	23.6	212	42.9	209	47.0
İştahsızlık	259	58.2	154	34.8	139	31.3
Yüksek ateş	244	54.9	139	31.3	151	33.9
Aşırı yorgunluk	243	54.5	138	30.9	133	29.8
Bulantı-kusma	182	40.9	126	28.3	131	29.4
Ağız içinde beyaz aftlar	181	40.6	81	18.2	83	18.6
Kas ve eklem ağrıları	271	60.8	141	31.4	120	26.9
Karın ağrısı	105	23.5	189	42.4	79	17.7

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C’de görülen genel belirti-bulgularaçaşısından bilgi durumları incelendiğinde; hemşirelerin %60.8’i HIV-AIDS’te kas ve eklem ağrılarının, %85.2’si Hepatit B’de deride sararmanın ve %47.0’si Hepatit C’de karaciğer büyümesinin en çok görülen genel belirtiler arasında olduğunu bildirmiştir (Tablo 4.12).

Araştırmaya katılan hemşirelerin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C’nin bulaşma yollarına ilişkin bilgi durumları Tablo 4.13’ de verilmiştir.

Tablo 4.13. Hemşirelerin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C’nin bulaşma yollarına ilişkin bilgi durumları

Bulaşma yolu*	HIV/AIDS		Hepatit B		Hepatit C	
	n	%	n	%	n	%
Cinsel yolla	424	95.3	113	25.3	106	23.8
Vücut sıvılarıyla temas ile	341	76.6	351	78.8	311	69.9
Oral yolla	192	43.1	69	15.5	63	14.1
Kan yoluyla	407	91.5	387	86.9	379	85.2
Tokalaşmak-öpüşmek ile	215	48.3	70	15.6	67	15.0
Deri teması ile (kesici-delici alet)	382	85.8	377	84.7	361	81.1
Anneden bebeğe kordon bağı ile	304	68.3	292	65.6	242	54.4
Hasta ile aynı ortamda bulunma yoluyla	43	4.3	32	7.9	27	6.1

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C’nin bulaşma yollarına ilişkin bilgi durumları incelendiğinde; hemşirelerin %91.5’inin HIV-AIDS’te, %86.9’unun Hepatit B’de ve %85.2’sinin Hepatit C’de bulaşma yollarının kan yoluyla olduğunu bildirmiştir (Tablo 4.13).

Hemşirelerin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C’den korunma yollarına ilişkin bilgi durumları tablo 4.14’ te verilmiştir.

Tablo 4.14. Hemşirelerin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C'den korunma yollarına ilişkin bilgi durumları

Korunma yolları*	HIV/AIDS		Hepatit B		Hepatit C	
	n	%	n	%	n	%
Kişisel eşyaları ayırmak	298	66.9	151	33.8	104	23.3
Aşı yaptırmak	73	16.4	362	86.5	67	15.1
Hastanın kan ve vücut sıvıları ile temas etmemek	299	67.1	262	58.8	239	53.6
Temizliğe dikkat etmek	156	33.5	135	30.3	101	22.6
Sağlıklı beslenmek	150	30.7	114	25.6	96	21.5
Kondom kullanımı	325	72.6	252	56.6	216	48.5
Kan nakli için testler yapılması	430	85.4	359	80.7	343	77.1
Kontamine kesici-delici aletlerle temastan kaçınma	396	88.9	382	85.8	366	82.2
Manikür ve pedikür aletlerinin steril olması	351	78.9	326	74.2	303	68.1
Tanı almış hastaya dokunmamak	64	14.3	54	12.0	42	9.3

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Araştırmaya hemşirelerin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C'den korunma yollarına ilişkin bilgi durumları incelendiğinde, hemşirelerin %88.9'u HIV/AIDS'te korunma yolları arasında kontamine kesici-delici aletlerle direkt temastan kaçınma olduğunu, %86.5'i Hepatit B'den korunma yolları arasında aşı yaptırmak olduğunu %82.2'i Hepatit C'den korunma yolları arasında kontamine kesici-delici aletlerle temastan kaçınma gerektiğini belirtmişlerdir (Tablo 4.14).

Araştırmaya katılan hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri ile HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C bulaşma riskini düşünerek çalışma durumu karşılaştırılması Tablo 4.15'de verilmiştir.

Tablo 4.15. Hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri ile HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C bulaşma riskini düşünerek çalışma durumu karşılaştırılması

Kişisel ve Mesleki Özellikler	HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C Bulaşma Riskini Düşünerek Çalışma						X ² / p
	Evet		Hayır		Fikrim yok		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Cinsiyet							
Kadın	281	73.6	57	14.9	44	14.5	X ² =6.094
Erkek	53	84.1	9	14.3	1	1.6	p=0.048
Medeni durum							
Evli	191	78.3	35	14.3	18	7.4	X ² =4.831
Bekar	143	71.1	31	15.4	27	13.4	p=0.890
Eğitim düzeyi							
Lise	102	67.1	28	18.4	22	14.5	
Önlisans	54	81.8	6	9.1	6	9.1	X ² =36.252
Lisans	164	78.1	30	14.3	16	7.6	p=0.147
Lisansüstü	14	82.1	2	11.8	1	5.9	
Çalışılan hastane							
KSÜ SUAŞ	169	64.8	53	20.3	39	14.9	X ² =7.284
NFŞH	165	89.7	13	7.1	6	3.3	p=0.000
Çalışılan birim							
Dahili birimler	210	80.5	28	10.7	23	8.8	X ² =11.192
Cerrahi birimler	115	66.9	36	20.9	21	12.2	p=0.015
Diğer birimler	7	70.0	2	20.0	1	10.0	
Mesleki pozisyon							
Klinik servis hemşiresi	316	74.4	66	15.5	43	10.1	X ² =3.847
Sorumlu hemşire	17	89.5	-	-	2	10.5	p=0.427
Süpervisör hemşire	1	100	-	-	-	-	
Kadro durumu							
Kadrolu hemşire	293	75.9	55	14.2	38	9.8	X ² =1.154
Sözleşmeli hemşire	41	69.5	11	18.6	7	11.9	p=0.562
Çalışılan vardiya							
Gündüz vardiyası	111	77.1	20	13.9	13	9.0	X ² =1.340
Gece vardiyası	41	78.8	6	11.5	5	9.6	p=0.855
Gece ve gündüz vardiyası karma	182	73.1	40	16.1	27	10.8	
Mesleki deneyim süresi							
1-5 yıl	190	71.4	48	18.0	28	10.5	
6-10 yıl	95	80.5	9	7.6	14	11.9	X ² =13.847
11-15 yıl	31	75.6	8	19.5	2	4.9	p=0.148
16-20 Yıl	13	92.9	-	-	1	7.1	
21 yıl ve üzeri	3	100	-	-	-	-	
Meslekte profesyonellik durumu							
Hiç profesyonel görmüyorum	16	64.0	6	24.0	3	12.0	
Biraz profesyonel görüyorum	175	72.6	39	16.2	27	11.2	X ² =6.954
Oldukça profesyonel görüyorum	116	77.9	19	12.8	2	6.7	p=0.325
Tamamen profesyonel görüyorum	27	90.0	2	6.7	1	3.3	

HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C etkeni bulaşma riskini düşünerek çalışan hemşirelerin %84.1'inin erkek, %78.3'ünün evli, %82.1'inin lisansüstü eğitim mezunu, %89.7'sinin NFŞH'de, %80.5'inin dâhili birimlerde, %100'ünün süpervizör hemşire, %75.9'unun kadrolu hemşire, %78.8'inin gece vardiyasında %100'ünün 21 yıl ve üzeri mesleki deneyime sahip, %90'ının kendini tamamen profesyonel gören hemşireler olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C etkeni bulaşma riskini düşünerek çalışma durumlarının cinsiyet, çalıştıkları hastane ve çalıştıkları birim ile anlamlı fark olduğu ($p<0.05$) belirlenmiştir. Erkek cinsiyetinde, NFŞH'de ve dahili birimlerde çalışanların çoğunluğu HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C etkeni bulaşma riskini düşünerek çalıştıkları belirlenmiştir. Hemşirelerin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C etkeni bulaşma riskini düşünerek çalışma durumlarının medeni durum, eğitim durumu, mesleki pozisyon, kadro durumu, çalışılan vardiya, mesleki deneyim süresi ve meslekte kendini profesyonel görme ile anlamlı fark olmadığı ($p>0.05$) belirlenmiştir (Tablo 4.15).

Araştırmaya katılan hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri ile HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C'li hastayla çalışma tutumunda değişikliğin karşılaştırılması bulguları Tablo 4.16' da verilmiştir.

Tablo 4.16. Hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri ile HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C'li hastayla çalışma tutumunda değişiklik olma durumu karşılaştırılması

Kişisel ve Mesleki Özellikler	HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C'li Hastayla Çalışma Tutumunda Değişiklik						X ² / p
	Evet		Hayır		Fikrim yok		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Cinsiyet							
Kadın	89	23.3	169	44.2	124	32.5	X ² =6.356
Erkek	13	20.6	38	60.3	12	19.1	p=0.042
Medeni durum							
Evli	47	19.3	127	52.0	70	28.7	X ² =7.330
Bekar	55	27.4	80	39.8	66	32.8	p=0.026
Eğitim düzeyi							
Lise	38	25.0	42	27.6	72	47.4	
Önlisans	15	22.7	34	51.5	17	25.8	X ² =45.450
Lisans	46	21.9	117	55.7	47	22.4	p=0.000
Lisansüstü	3	17.6	14	82.4	-	-	
Çalışılan hastane							
KSÜ SUAŞ	70	26.8	75	28.7	116	44.4	X ² =86.895
NFŞH	32	17.4	132	71.7	20	10.9	p=0.000
Çalışılan birim							
Dahili birimler	60	23.0	135	51.7	66	25.3	X ² =42.449
Cerrahi birimler	41	23.8	64	37.2	67	39.0	p=0.002
Diğer birimler	1	10.0	6	60.0	3	30.3	
Mesleki pozisyon							
Klinik servis hemşiresi	97	22.8	199	46.8	129	30.4	X ² =1.889
Sorumlu hemşire	5	26.3	7	36.8	7	36.8	p=0.756
Süpervisör hemşire	-	-	1	100	-	-	
Kadro durumu							
Kadrolu hemşire	94	24.4	179	46.4	113	29.3	X ² =4.192
Sözleşmeli hemşire	8	13.6	28	47.5	23	39.0	p=0.123
Çalışılan vardiya							
Gündüz vardiyası	28	19.4	73	50.7	43	29.0	X ² =7.060
Gece vardiyası	7	13.5	29	55.8	16	30.8	p=0.133
Gece ve gündüz vardiyası karma	67	26.9	105	42.2	77	30.9	
Mesleki deneyim süresi							
1-5 yıl	67	25.2	113	42.5	86	32.3	
6-10 yıl	26	21.5	67	55.4	28	23.1	X ² =10.827
11-15 yıl	6	14.6	19	46.3	16	39.0	p=0.212
16-20 Yıl	2	14.2	6	42.9	6	42.9	
21 yıl ve üzeri	1	33.3	2	66.7	-	-	
Meslekte profesyonellik durumu							
Hiç profesyonel görmüyorum	7	28.0	12	48.0	6	24.0	
Biraz profesyonel görüyorum	65	27.0	95	39.4	81	33.6	X ² =15.543
Oldukça profesyonel görüyorum	27	18.1	79	53.0	43	28.9	p=0.016
Tamamen profesyonel görüyorum	3	10.0	21	70.0	6	20.0	

HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C'li hastayla çalışırken tutumunda değişiklik olmayacağını belirten hemşirelerin %60.3'ünün erkek, %50.2'sinin evli, %82.4'ünün lisansüstü eğitim mezunu, %71.7'sinin NFŞH'de, %60.0'sinin diğer birimlerde, %100'ünün süpervizör hemşire, %47.5'inin sözleşmeli hemşire, %55.8'inin gece vardiyasında %66.7'sinin 21 yıl ve üzeri deneyime sahip ve %70'inin kendini tamamen profesyonel gören hemşireler olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C'li hastayla çalışırken tutumunda değişiklik durumlarının cinsiyet, medeni ve eğitim durumu, çalıştıkları hastane ve çalıştıkları birim ve meslekte kendini profesyonel görme ile anlamlı fark olduğu ($p<0.05$) belirlenmiştir. Kadın cinsiyet, bekârlar, lise mezunu olanlar, KSÜ SUAH'ta ve cerrahi birimde çalışanlar ile kendini hiç profesyonel göremeyenlerin çoğunluğunda HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C'li hastayla çalışırken tutum değişikliği oluşturmuştur. Hemşirelerin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C'li hastayla çalışırken tutumunda değişiklik durumlarının mesleki pozisyon, kadro durumu, çalışılan vardiya, mesleki deneyim süresi ile anlamlı fark olmadığı ($p>0.05$) belirlenmiştir (Tablo 4.16).

Araştırmaya katılan hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri ile HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C'li hastayla çalışırken önlem alma durumu karşılaştırılması Tablo 4.17'de verilmiştir.

Tablo 4.17. Hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri ile HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C'li hastayla çalışırken önlem alma durumu karşılaştırılması

Kişisel ve Mesleki Özellikler	HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C'li Hastayla Çalışırken Önlem Alma Durumu						X ² / p
	Evet		Hayır		Fikrim yok		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Cinsiyet							
Kadın	341	89.5	40	10.5	341	89.5	X ² =3.327
Erkek	60	96.8	2	3.2	60	96.8	p=0.070
Medeni durum							
Evli	323	91.4	21	8.6	323	91.4	X ² =0.484
Bekar	178	89.4	21	10.6	178	89.4	p=0.487
Eğitim düzeyi							
Lise	133	87.5	19	12.5	133	87.5	
Önlisans	60	90.9	6	9.1	60	90.9	X ² =3.744
Lisans	192	91.9	17	8.1	192	91.9	p=0.290
Lisansüstü	16	100	-	-	16	100	
Çalışılan hastane							
KSÜ SUAH	224	85.4	38	14.6	224	85.4	X ² =19.093
NFŞH	179	97.8	4	2.2	179	97.8	p=0.000
Çalışılan birim							
Dahili birimler	245	94.6	14	5.4	245	94.6	X ² =11.192
Cerrahi birimler	146	84.9	26	15.1	146	84.9	p=0.024
Diğer birimler	8	80.0	2	20.0	8	80.0	
Mesleki pozisyon							
Klinik servis hemşiresi	362	90.3	41	9.7	362	90.3	X ² =0.521
Sorumlu hemşire	18	94.7	1	5.3	18	94.7	p=0.771
Süpervisör hemşire	1	100	-	-	1	100	
Kadro durumu							
Kadrolu hemşire	346	90.1	38	9.9	346	90.1	X ² =0.579
Sözleşmeli hemşire	55	93.2	4	6.8	55	93.2	p=0.447
Çalışılan vardiya							
Gündüz vardiyası	129	90.2	14	9.8	129	90.2	X ² =0.876
Gece vardiyası	48	94.1	3	5.9	48	94.1	p=0.645
Gece ve gündüz vardiyası karma	224	90.0	25	10.0	224	90.0	
Mesleki deneyim süresi							
1-5 yıl	236	88.7	30	11.3	236	88.7	
6-10 yıl	111	93.3	8	6.7	111	93.3	X ² =2.683
11-15 yıl	38	92.7	3	7.3	38	92.7	p=0.612
16-20 Yıl	13	92.9	1	7.1	13	92.9	
21 yıl ve üzeri	3	100	-	-	3	100	
Meslekte profesyonellik durumu							
Hiç profesyonel görmüyorum	22	88.0	3	12.0	22	88.0	
Biraz profesyonel görüyorum	213	88.8	27	11.3	213	88.8	X ² =3.105
Oldukça profesyonel görüyorum	137	92.6	11	7.4	137	92.6	p=0.376
Tamamen profesyonel görüyorum	29	96.7	1	3.3	29	96.7	

HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C'li hastayla çalışırken önlem alan hemşirelerin %96.8'inin erkek, %91.4'ünün evli, %100'ünün lisansüstü eğitim mezunu, %97.8'inin NFŞH'de, %94.6'sının dahili birimlerde, %100'ünün süpervizör hemşire, %93.2'sinin sözleşmeli hemşire, %94.1'inin gece vardiyasında %100.0'ünün 21 yıl ve üzeri mesleki deneyime sahip ve %96.7'sinin kendini tamamen profesyonel gören hemşireler olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C'li hastayla çalışırken önlem alma durumlarının çalıştıkları hastane ve çalıştıkları birim ile anlamlı fark olduğu ($p<0.05$) belirlenmiştir. NFŞH'de ve dâhili birimde, 21-26 yıl arası çalışanların çoğunluğu HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C'li hastayla çalışırken önlem almaktadır. Hemşirelerin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C'li hastayla çalışırken önlem alma durumlarının cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, mesleki pozisyon, kadro durumu, çalıştıkları vardiya, mesleki deneyim süresi ve kendini meslekte profesyonel görme ile anlamlı fark olmadığı ($p>0.05$) belirlenmiştir (Tablo 4.17).

Araştırmaya katılan hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri ile HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C bulaşma riskine karşı alınan koruyucu önlemleri yeterli bulma durumu karşılaştırılması Tablo 4.18'de verilmiştir.

Tablo 4.18. Hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri ile HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C bulaşma riskine karşı alınan önlemleri yeterli bulma durumu karşılaştırılması

Kişisel ve Mesleki Özellikler	HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C Bulaşma Riskine Karşı Alınan Önlemleri Yeterli Bulma Durumu						X ² / p
	Evet		Hayır		Fikrim yok		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Cinsiyet							
Kadın	201	52.6	135	35.3	46	12.0	X ² =2.057
Erkek	28	44.0	24	38.1	11	17.5	p=0.358
Medeni durum							
Evli	127	52.0	87	35.7	30	12.3	X ² =0.149
Bekar	102	50.7	72	35.8	27	13.4	p=0.928
Eğitim düzeyi							
Lise	82	53.9	56	36.8	14	9.2	
Önlisans	31	47.0	21	31.8	14	21.2	X ² =7.322
Lisans	108	51.4	74	35.2	28	13.3	p=0.292
Lisansüstü	8	47.1	8	47.1	1	5.9	
Çalışılan hastane							
KSÜ SUAŞ	143	54.8	87	33.3	31	11.9	X ² =2.802
NFŞH	86	46.7	72	39.1	26	14.1	p=0.246
Çalışılan birim							
Dahili birimler	133	51.0	92	35.2	36	13.8	X ² =12.232
Cerrahi birimler	91	52.9	62	36.0	19	11.0	p=0.462
Diğer birimler	3	30.0	5	50.0	2	20.0	
Mesleki pozisyon							
Klinik servis hemşiresi	217	51.1	153	36.0	55	12.9	X ² =1.293
Sorumlu hemşire	11	57.9	6	31.6	2	10.5	p=0.863
Süpervisör hemşire	1	100	-	-	-	-	
Kadro durumu							
Kadrolu hemşire	247	64.0	116	30.1	23	6.0	X ² =4.027
Sözleşmeli hemşire	38	64.4	21	35.6	-	-	p=0.117
Çalışılan vardiya							
Gündüz vardiyası	73	50.7	50	34.7	21	14.6	X ² =4.398
Gece vardiyası	22	42.3	20	38.5	10	19.2	p=0.355
Gece ve gündüz vardiyası karma	134	53.9	89	35.7	26	10.4	
Mesleki deneyim süresi							
1-5 yıl	136	51.1	96	36.1	34	12.8	
6-10 yıl	60	49.6	45	37.2	16	13.2	X ² =3.408
11-15 yıl	22	53.7	14	34.1	5	12.2	p=0.906
16-20 Yıl	8	57.1	4	28.6	2	14.3	
21 yıl ve üzeri	3	100	-	-	-	-	
Meslekte profesyonellik durumu							
Hiç profesyonel görmüyorum	13	52.0	12	48.0	-	-	
Biraz profesyonel görüyorum	118	49.0	90	37.3	33	13.7	X ² =9.449
Oldukça profesyonel görüyorum	79	53.0	47	31.5	23	15.4	p=0.150
Tamamen profesyonel görüyorum	19	63.3	10	33.3	1	3.3	

HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C bulaşma riskine karşı alınan önlemleri yeterli bulan hemşirelerin %52.6'sının kadın, %52'sinin evli, %53.9'unun lise mezunu, %54.8'inin KSÜ SUAH'ta, %52.9'unun cerrahi birimlerde, %100'ünün süpervizör hemşire, %64.4'ünün sözleşmeli hemşire, %53.9'unun gündüz ve gece vardiyasında %100'ünün 21 yıl ve üzeri mesleki deneyime sahip ve %63.3'ünün kendini tamamen profesyonel gören hemşireler olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C bulaşma riskine karşı alınan önlemleri yeterli bulma durumlarının cinsiyet, medeni ve eğitim durumu, çalıştıkları hastane ve çalıştıkları birim, mesleki pozisyon, kadro durumu, çalıştıkları vardiya, mesleki deneyim süresi ve kendini meslekte profesyonel görme ile anlamlı fark olmadığı ($p>0.05$) belirlenmiştir (Tablo 4.18). Kadın cinsiyet, evliler, lise mezunu olanlar, KSÜ SUAH'ta, cerrahi birimde, süpervisör hemşire, gündüz vardiyasında, 16-20 yıl arası çalışanların ve kendini tamamen profesyonel gören hemşirelerin çoğunluğu HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C bulaşma riskine karşı alınan önlemleri yeterli bulmaktadır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri ile HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C ilgili bilimsel aktivitelere katılma durumu karşılaştırılması Tablo 4.19' da verilmiştir.

Tablo 4.19. Hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri ile HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C ilgili bilimsel aktivitelere katılma durumu karşılaştırılması

Kişisel ve Mesleki Özellikler	HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C ile İlgili Bilimsel Aktivitelere Katılma Durumu						X ² / p
	Evet		Hayır		Fikrim yok		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Cinsiyet							
Kadın	259	67.8	106	27.7	17	4.5	X ² =16.725
Erkek	26	41.3	31	49.2	6	9.5	p=0.000
Medeni durum							
Evli	135	55.3	95	38.9	14	5.7	X ² =18.397
Bekar	150	74.0	42	20.9	9	4.5	p=0.000
Eğitim düzeyi							
Lise	117	77.0	27	17.8	8	5.3	
Önlisans	37	56.1	24	36.4	5	7.6	X ² =26.227
Lisans	125	59.5	75	35.7	10	4.8	p=0.000
Lisansüstü	6	35.3	11	64.7	-	-	
Çalışılan hastane							
KSÜ SUAŞ	212	81.2	40	15.3	9	3.4	X ² =81.718
NFŞH	73	39.7	97	52.7	14	7.6	p=0.000
Çalışılan birim							
Dahili birimler	157	60.2	91	34.9	13	5.0	X ² =12.615
Cerrahi birimler	120	69.8	42	24.4	10	5.8	p=0.002
Diğer birimler	6	60.0	4	40.0	-	-	
Mesleki pozisyon							
Klinik servis hemşiresi	273	64.2	131	30.8	21	4.9	X ² =1.778
Sorumlu hemşire	11	57.9	6	31.6	2	10.5	p=0.777
Süpervisör hemşire	1	100	-	-	-	-	
Kadro durumu							
Kadrolu hemşire	291	75.4	76	19.7	19	4.9	X ² =0.536
Sözleşmeli hemşire	42	71.2	14	23.7	3	51	p=0.133
Çalışılan vardiya							
Gündüz vardiyası	81	56.3	55	38.2	8	5.6	X ² =16.204
Gece vardiyası	29	55.8	23	44.2	-	-	p=0.003
Gece ve gündüz vardiyası karma	175	70.3	59	23.7	15	6.0	
Mesleki deneyim süresi							
1-5 yıl	183	68.8	75	28.2	8	3.0	
6-10 yıl	70	57.9	44	36.4	7	5.8	X ² =29.855
11-15 yıl	27	65.9	11	26.8	3	7.3	p=0.000
16-20 Yıl	4	28.6	6	42.9	4	28.6	
21 yıl ve üzeri	1	33.3	1	33.3	1	33.3	
Meslekte profesyonellik durumu							
Hiç profesyonel görmüyorum	16	64.0	9	36.0	-	-	
Biraz profesyonel görüyorum	161	66.8	70	29.0	10	4.1	X ² =13.380
Oldukça profesyonel görüyorum	97	65.1	42	28.2	10	6.7	p=0.037
Tamamen profesyonel görüyorum	11	36.7	16	53.3	3	10.0	

HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C ile ilgili bilimsel aktivitelere katılan hemşirelerin %67.8'inin kadın, %74'ünün bekar, %77'ünün lise mezunu, %81.2'inin KSÜ SUAH'da, %69.8'inin cerrahi birimlerde, %100'ünün süpervizör hemşire, %75.4'ünün kadrolu hemşire, %70.3'ünün gündüz ve gece vardiyasında, %68.8'inin 1-5 yıl arası mesleki deneyime sahip ve %65.1'inin kendini tamamen profesyonel gören hemşireler olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C ile ilgili bilimsel aktivitelere katılma durumlarının cinsiyet, medeni ve eğitim durumu, çalıştıkları hastane ve çalıştıkları birim, çalıştıkları vardiya, mesleki deneyim süresi ve kendini meslekte profesyonel görme ile anlamlı farklılık olduğu ($p<0.05$) belirlenmiştir. Kadın cinsiyet, bekarlar, lise mezunu olanlar, KSÜ SUAH'da, cerrahi birimde, süpervisör hemşire, gece-gündüz karma vardiyasında, 1-5 yıl arası çalışanların ve kendini biraz profesyonel gören hemşirelerin çoğunluğu HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C ile ilgili bilimsel aktivitelere katılmıştır. Hemşirelerin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C ile ilgili bilimsel aktivitelere katılma durumlarının mesleki pozisyon ve kadro durumu ile anlamlı farklılık olmadığı ($p>0.05$) belirlenmiştir (Tablo 4.19).

Araştırmaya katılan hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri ile HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C ile ilgili eğitim alma durumları karşılaştırılması Tablo 4.20'de verilmiştir.

Tablo 4.20. Hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri ile HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C ilgili eğitim alma durumları karşılaştırılması

Kişisel ve Mesleki Özellikler	HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C ilgili Eğitim Alma Durumu						X ² / p
	Evet		Hayır		Fikrim yok		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Cinsiyet							
Kadın	299	78.3	67	17.5	16	4.2	X ² =17.004 p=0.000
Erkek	34	54.0	23	36.5	6	9.5	
Medeni durum							
Evlü	169	69.3	62	25.4	13	5.3	X ² =9.581 p=0.008
Bekar	164	81.6	28	13.9	9	4.5	
Eğitim düzeyi							
Lise	126	82.9	22	14.5	4	2.6	X ² =45.450 p=0.001
Önlisans	48	72.7	13	19.7	5	7.6	
Lisans	153	72.9	45	21.4	12	5.7	
Lisansüstü	6	35.3	10	58.8	1	5.9	
Çalışılan hastane							
KSÜ SUAŞ	224	85.8	29	11.1	8	3.1	X ² =40.621 p=0.000
NFŞH	109	59.2	61	33.2	14	7.6	
Çalışılan birim							
Dahili birimler	183	70.1	63	24.1	15	5.7	X ² =11.406 p=0.022
Cerrahi birimler	142	82.6	23	13.4	7	4.1	
Diğer birimler	6	60.0	4	40.0	-	-	
Mesleki pozisyon							
Klinik servis hemşiresi	320	75.3	85	20.0	20	4.7	X ² =2.300 p=0.681
Sorumlu hemşire	12	63.2	5	26.3	2	10.5	
Süpervisör hemşire	1	100	-	-	-	-	
Kadro durumu							
Kadrolu hemşire	357	92.5	19	4.9	10	2.6	X ² =0.513 p=0.765
Sözleşmeli hemşire	54	91.5	4	6.8	1	1.7	
Çalışılan vardiya							
Gündüz vardiyası	101	70.1	39	27.1	4	2.8	X ² =13.081 p=0.011
Gece vardiyası	37	71.2	14	26.9	1	1.9	
Gece ve gündüz vardiyası karma	195	78.3	37	14.9	17	6.8	
Mesleki deneyim süresi							
1-5 yıl	210	78.9	46	17.3	10	3.8	X ² =16.823 p=0.032
6-10 yıl	81	66.9	33	27.8	7	5.8	
11-15 yıl	33	80.5	6	14.6	2	4.9	
16-20 Yıl	8	57.1	4	28.6	2	14.3	
21 yıl ve üzeri	1	33.3	1	33.3	1	33.3	
Meslekte profesyonellik durumu							
Hiç profesyonel görmüyorum	15	60.0	9	36.0	1	4.0	X ² =18.929 p=0.004
Biraz profesyonel görüyorum	188	78.0	43	17.8	10	4.1	
Oldukça profesyonel görüyorum	116	77.9	25	16.8	8	5.4	
Tamamen profesyonel görüyorum	14	48.7	13	43.3	3	10.0	

HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C ile ilgili eğitim alan hemşirelerin %78.3'ünün kadın, %81.6'sının bekar, %82.9'unun lise mezunu, %85.8'inin KSÜ SUAH'da, %82.6'sının cerrahi birimlerde, %100'ünün süpervizör hemşire, %92.5'inin kadrolu hemşire, %78.3'ünün gündüz ve gece vardiyasında, %80.5'inin 11-15 yıl arası mesleki deneyime sahip ve %78.0'inin kendini biraz profesyonel gören hemşireler olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C ilgili eğitim alma durumlarının cinsiyet, medeni ve eğitim durumu, çalıştıkları hastane ve birim, çalıştıkları vardiya, mesleki deneyim süresi ve kendini meslekte profesyonel görme ile anlamlı farklılık olduğu ($p<0.05$) belirlenmiştir. Kadın cinsiyet, bekârlar, lise mezunu olanlar, KSÜ SUAH'da, cerrahi birimde, süpervisör hemşire, 1-5 yıl arası çalışanların ve kendini biraz profesyonel gören hemşirelerin çoğunluğu HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C ilgili eğitim almıştır. Hemşirelerin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C ile ilgili eğitim alma durumlarının mesleki pozisyon ve kadro durumu ile anlamlı farklılık olmadığı ($p>0.05$) belirlenmiştir (Tablo 4.20).

Araştırmaya katılan hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri ile HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C ile ilgili eğitim alma isteği durumlarının karşılaştırılması Tablo 4.21'de verilmiştir.

Tablo 4.21. Hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri ile HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C ile ilgili eğitim alma isteği durumlarının karşılaştırılması

Kişisel ve Mesleki Özellikler	HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C ile ilgili Eğitim Alma İsteği Durumu						X ² / p
	Evet		Hayır		Fikrim yok		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Cinsiyet							
Kadın	360	94.2	12	3.1	10	2.6	X ² =22.720 p=0.000
Erkek	51	81.0	11	17.5	1	1.6	
Medeni durum							
Evli	225	92.1	15	6.1	4	1.6	X ² =2.518 p=0.284
Bekar	186	92.5	8	4.0	7	3.5	
Eğitim düzeyi							
Lise	145	95.4	3	2.0	4	2.6	X ² =26.724 p=0.000
Önlisans	63	95.5	3	4.5	-	-	
Lisans	192	91.4	12	5.7	6	2.9	
Lisansüstü	11	64.7	5	29.4	1	5.9	
Çalışılan hastane							
KSÜ SUAH	249	95.4	5	1.9	7	2.7	X ² =13.668 p=0.001
NFŞH	162	88.0	18	9.8	4	2.2	
Çalışılan birim							
Dahili birimler	238	91.2	18	6.9	5	1.9	X ² =6.021 p=0.198
Cerrahi birimler	162	94.2	4	2.3	6	3.5	
Diğer birimler	9	90.0	1	10.0	-	-	
Mesleki pozisyon							
Klinik servis hemşiresi	395	92.9	21	4.9	9	2.1	X ² =6.768 p=0.149
Sorumlu hemşire	15	78.9	2	10.5	2	10.5	
Süpervisör hemşire	1	100	-	-	-	-	
Kadro durumu							
Kadrolu hemşire	73	50.7	50	34.7	21	14.6	X ² =0.513 p=0.774
Sözleşmeli hemşire	22	42.3	20	38.5	10	19.2	
Çalışılan vardiya							
Gündüz vardiyası	132	91.7	10	6.9	2	1.4	X ² =3.221 p=0.522
Gece vardiyası	49	94.2	1	1.9	2	3.8	
Gece ve gündüz vardiyası karma	230	92.4	12	4.8	7	2.8	
Mesleki deneyim süresi							
1-5 yıl	246	92.5	14	5.3	6	2.3	X ² =4.884 p=0.770
6-10 yıl	109	90.1	8	6.6	4	3.3	
11-15 yıl	40	97.6	1	2.4	-	-	
16-20 Yıl	13	92.9	-	-	1	7.1	
21 yıl ve üzeri	3	100	-	-	-	-	
Meslekte profesyonellik durumu							
Hiç profesyonel görmüyorum	25	100	-	-	-	-	X ² =4.791 p=0.571
Biraz profesyonel görüyorum	222	92.1	13	5.4	6	2.5	
Oldukça profesyonel görüyorum	137	91.9	9	6.0	3	2.0	
Tamamen profesyonel görüyorum	27	90.0	1	3.3	2	6.7	

HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C ile ilgili eğitim alma isteği olan hemşirelerin %94.2'sinin kadın, %92.5'inin bekar, %95.4'ünün lise mezunu, %95.4'ünün KSÜ SUAH'ta, %94.2'sinin cerrahi birimlerde, %100'ünün süpervizör hemşire, %50.7'sinin kadrolu hemşire, %94.2'sinin gece vardiyasında, 97.6'sının 11-15 yıl arası mesleki deneyime sahip ve %100'ünün kendini hiç profesyonel görmeyen hemşireler olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C ilgili eğitim alma durumlarının cinsiyet, eğitim durumu, çalıştıkları hastane ile anlamlı farklılık olduğu ($p<0.05$) belirlenmiştir. Kadın cinsiyet, bekârlar, önlisans mezunu olanlar, KSÜ SUAH'ta, cerrahi birimde, süpervisör, 1-5 yıl arası deneyime sahip, gece vardiyasında çalışanların ve kendini hiç profesyonel görmeyen hemşirelerin çoğunluğunun bulaşıcı hastalıklarla ilgili eğitim almak istemektedir. Hemşirelerin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C ilgili eğitim alma durumlarının medeni durum, çalıştıkları birim, mesleki pozisyon, kadro durumu, çalıştıkları vardiya, mesleki deneyim süresi ve kendini meslekte profesyonel görme ile anlamlı farklılık olmadığı ($p>0.05$) belirlenmiştir (Tablo 4.21).

Araştırmaya katılan hemşirelerin MPTE'den aldıkları puan ortalamaları ile MPTE güvenilirlik analizi bulguları Tablo 4.22'de verilmiştir.

Tablo 4.22. Hemşirelerin MPTE puan ortalamaları ile MPTE güvenilirlik analizi

	N	Cronbach Alpha	Madde Sayısı
MPTE	445	0.867	32
	Ortalama±SS	Min.-Maks.	
	445	137.75±13.74	72-160

MPTE'nin güvenilirlik analizinde Cronbach Alpha katsayısı toplam ölçekte 0.867 olarak hesaplanmıştır (Tablo 4.18). Hemşirelerin MPTE'den yüksek puan (137.75 ± 13.74) aldıkları ve meslekte profesyonellik tutum düzeylerinin yüksek olduğu ortaya çıkmıştır (Tablo 4.22).

Araştırmaya katılan hemşirelerin kişisel özellikleri ile MPTE puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.23' de verilmiştir.

Tablo 4.23.Hemşirelerin kişisel özellikleri ile MPTE puanlarının karşılaştırılması

Özellikler	MPTE		
	$\bar{X} \pm SS$	Test değeri	p
Yaş			
25 yaş altı	139.58±12.09		
25-30 yaş	136.70±13.55	F=1.57	0.209
30 yaş üzeri	138.35±14.89		
Cinsiyet			
Kadın	138.75±12.67	t=3.001	0.004*
Erkek	131.69±17.94		
Medeni hal			
Evli	138.35±14.27	t=1.013	0.311
Bekar	137.02±13.06		
Çocuk sahibi olma durumu			
Yok	137.60±12.86	t=0.278	0.3781
Var	137.96±14.88		
Çocuk sayısı			
1 çocuk	138.19±14.12		
2 çocuk	139.66±14.87	F=1.662	0.224
3 ve üzeri çocuk	135.08±16.26		
Eğitim durumu			
Lise	140.12±11.06		
Önlisans	135.89±16.25	F=7.27	0.355
Lisans	137.06±13.93		
Lisansüstü	132.35±19.30		

Independent t testi (t), One way ANOVA (F) testi *p<0.05

Araştırmaya katılan hemşirelerin kişisel özellikleri ile MPTE puanlarının karşılaştırılması incelendiğinde; hemşirelerin MPTE'den aldıkları ortalama toplam puan ile yaş, çocuk sahibi olma durumu, çocuk sayısı, medeni durum ve eğitim durumu arasında anlamlı farklılıklar olmadığı ($p > 0.05$), ancak MPTE'den aldıkları ortalama toplam puan ile cinsiyet arasında anlamlı farklılığın olduğu ($p < 0.05$), kadın hemşirelerin MPTE puan ortalamasının (138.75 ± 12.67) erkek hemşirelerden (131.69 ± 17.94) daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.23).

Hemşirelerin mesleki özellikleri ile MPTE puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.24' de verilmiştir.

Tablo 4.24. Hemşirelerin mesleki özellikleri ile MPTEpuanlarının karşılaştırılması

Özellikler	MPTE		
	$\bar{X} \pm SS$	Test değeri	p
Çalışılan hastane			
KSÜ SUAŞ	139.92±10.90	t=3.580	0.000*
NFŞH	134.82±16.57		
Çalışılan birim			
Cerrahi servisler	138.07±14.04	F=0.797	0.917
Dahili servisler	136.88±13.34		
Diğer birimler	142.60±10.02		
Birimde çalışma süresi			
1-5 yıl	137.73±13.73	F=0.797	0.451
6-10 yıl	136.91±13.54		
11-15 yıl	145.20±10.15		
Mesleki pozisyon			
Klinik servis hemşiresi	137.77±13.87	F=1.301	0.273
Sorumlu hemşire	136.31±9.80		
Süpervisör hemşire	159.00±00.00		
Çalışma şekli			
Kadrolu hemşire	138.16±13.47	t=1.576	0.111
Sözleşmeli hemşire	135.10±15.28		
Mesleki deneyim süresi			
1-5 yıl	137.40±12.71	F=2.279	0.046*
6-10 yıl	139.27±14.30		
11-15 yıl	135.73±14.80		
16-20 Yıl	140.64±14.22		
21 yıl ve üzeri	140.70±7.00		
Çalışılan vardiya			
Gündüz vardiyası	137.57±13.90	F=0.277	0.759
Gece vardiyası	136.59±16.26		
Gece ve gündüz vardiyası	138.10±13.11		

Independent t testi (t), One way ANOVA (F) testi, Tukey testi, *p<0.05

Araştırmaya katılan hemşirelerin mesleki özellikleri ile MPTE puanlarının karşılaştırılması incelendiğinde (Tablo 4.24); hemşirelerin MPTE'den en yüksek puanı üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin (139.92±10.90), diğer birimlerde çalışan hemşirelerin (142.60±10.02), 11-15 yıl arası çalışan hemşirelerin (145.20±10.15), süpervisör hemşirelerin (159.00±00.00), kadrolu çalışan hemşirelerin (138.16±13.47), 21 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerin (140.70±7.00) ve gece vardiyasında çalışan hemşirelerin (138.10±13.11) aldığı belirlenmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin MPTE'den aldıkları toplam puan ortalaması ile mesleki deneyim süresi arasında anlamlı farkın bulunduğu (p<0.05), meslekte 21 yıl ve üzerindemesleki deneyime sahip hemşirelerin (140.70±7.00), meslekte 1-5 yıl arasında mesleki deneyime sahip hemşirelere (137.40±12.71) göre MPTE'den aldıkları

toplam puan ortalamasının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Araştırmaya katılan hemşirelerin MPTE'den aldıkları toplam puan ortalaması ile çalıştıkları hastane ve mesleki deneyim süresi arasında anlamlı farklılığın bulunduğu ($p<0.05$), MPTE'den aldıkları puan ortalaması ile hemşirelerin çalıştıkları birim, birimde çalışma süresi, mesleki pozisyon, çalışma şekli ve hemşirelerin çalıştıkları vardiya arasında anlamlı farklılıkların ($p>0.05$) olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.24).

Hemşirelerin kendini meslekte profesyonel görme durumları ile MPTE puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.25' de verilmiştir.

Tablo 4.25. Hemşirelerin kendini meslekte profesyonel görme durumları ile MPTE puanlarının karşılaştırılması

Hemşirelerin Kendini Meslekte Profesyonel Görme Durumları	MPTE			
	$\bar{X} \pm SS$	Test değeri	p	Fark
Profesyonel Görme Durumu				
Hiç profesyonel görmüyorum ¹	130.08±15.62			
Biraz profesyonel görüyorum ²	137.97±12.81			
Oldukça profesyonel görüyorum ³	138.52±13.35	F=1.662	0.002*	4-3>1-2
Tamamen profesyonel görüyorum ⁴	138.63±19.13			

One way ANOVA (F) testi, Tukey testi, * $p<0.05$

Araştırmaya katılan hemşirelerin kendini meslekte profesyonel görme durumları ile MPTE puanları karşılaştırıldığında (Tablo 4.25); Hemşirelerin MPTE'den aldıkları toplam puan ortalaması ile kendini meslekte profesyonel olarak kendini profesyonel görme arasında anlamlı farklılıkların olduğu ($p<0.05$), kendini tamamen profesyonel gören hemşirelerin (138.63±19.13), kendini hiç profesyonel görmeyen hemşirelere (130.08±15.62) göre MPTE puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.25).

Araştırmaya katılan hemşirelerin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C'de tutumları ile MPTE puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.26' da verilmiştir.

Tablo 4.26. Hemşirelerin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C’de tutumları ile MPTE puanlarının karşılaştırılması

HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C’de Tutum	MPTE		
	$\bar{X} \pm SS$	Test değeri	p
HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C etkeni varmış gibi düşünerek çalışma			
Evet	137.95±13.34		
Hayır	136.69±16.76	F=1.223	0.923*
Fikrim yok	137.75±12.74		
HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C’li hastalara bakım verme istekliliği			
Çok istekli olurum	140.02±15.93		
İstekli olurum	139.37±14.49	F=3.665	0.000*
İstekli olmam	135.60±14.89		
Hiç istekli olmam	138.58±11.44		
HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C’li hastayla çalışırken tutumda değişiklik			
Evet	137.55±13.84		
Hayır	138.00±13.96	F=1.201	0.156
Kararsızım	137.75±13.74		
HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C’li hastalara bakım uygulama durumu			
Evet	135.76±14.89		
Hayır	138.51±14.06	F=1.171	0.190
Hatırlamıyorum	140.78±10.14		
HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C’ye karşı alınan önlemleri yeterli bulma durumu			
Evet	139.24±12.17		
Hayır	136.08±15.57	F=1.480	0.015*
Kararsızım	136.45±13.83		
HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C’li hastayla çalışırken önlem alma durumu			
Evet	137.55±13.84		
Hayır	139.02±12.90	t=0.657	0.512

Independent t testi (t), One way ANOVA (F) testi, *p<0.05

Araştırmaya katılan hemşirelerin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C’de tutumları ile MPTE puanlarının karşılaştırılması incelendiğinde (Tablo 4.26); hemşirelerin MPTE’den aldıkları toplam puan ortalaması ile HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C’li hastalara bakım verme istekliliği ve çalıştıkları hastanelerin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C’ye karşı alınan önlemleri yeterli bulma durumu arasında anlamlı farklılıkların olduğu ($p < 0.05$) belirlenmiştir. Hemşirelerin MPTE’den aldıkları toplam puan ortalaması ile HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C etkeni varmış gibi düşünerek çalışma durumu, HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C’li hastayla çalışırken tutumda değişiklik durumu, HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C’li hastalara bakım uygulama durumu ve HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C’li hastayla çalışırken önlem alma durumu arasında anlamlı farklılıkların ($p > 0.05$) olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.26).

Araştırmaya katılan hemşirelerin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C’de bilgi durumları ile MPTE puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.27’ de verilmiştir.

Tablo 4.27. Hemşirelerin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C’de bilgi durumları ile MPTEpuanlarının karşılaştırılması

HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C’de bilgi durumları	MPTE		
	$\bar{X} \pm SS$	Test değeri	p
HIV/AIDS’de yeterli bilgiye sahip olma			
Evet bilgim var	138.97±14.12	F=7.969	0.091
Hayır bilgim yok	133.21±13.95		
Kararsızım	137.10±13.00		
Hepatit B’de yeterli bilgiye sahip olma			
Evet bilgim var	138.02±13.33	F=3.099	0.263
Hayır bilgim yok	140.21±14.50		
Kararsızım	136.19±14.63		
Hepatit C’de yeterli bilgiye sahip olma			
Evet bilgim var	138.72±14.77	F=2.985	0.035*
Hayır bilgim yok	136.35±13.18		
Kararsızım	137.75±13.74		
HIV/AIDS, Hepatit B ve C ile ilgili bilimsel etkinliklere katılma durumu			
Evet	139.85±11.04	F=2.793	0.000*
Hayır	134.66±16.71		
Hatırlamıyorum	130.21±18.30		
HIV/AIDS, Hepatit B ve C ile ilgili makale okuma durumu			
Evet	138.81±11.66	F=2.239	0.000*
Hayır	137.30±15.90		
Hatırlamıyorum	127.04±19.53		
HIV/AIDS, Hepatit B ve C ile ilgili eğitim alma durumu			
Evet	138.21±12.39	F=1.688	0.002*
Hayır	137.16±16.80		
Hatırlamıyorum	133.31±18.57		
HIV/AIDS, Hepatit B ve C ile ilgili eğitim alma isteği			
Evet	138.16±13.45	F=1.455	0.019*
Hayır	132.34±15.04		
Kararsızım	133.75±13.74		

Independent t testi (t), One way ANOVA (F) testi *p<0.05

Araştırmaya katılan hemşirelerin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C’de bilgi durumları ile MPTE puanlarının karşılaştırılması incelendiğinde (Tablo 4.27); Hemşirelerin MPTE’den aldıkları toplam puan ortalaması ile Hepatit C konusunda yeterli bilgiye sahip olma durumu, HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C ile ilgili eğitim alma durumu, HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C ile ilgili eğitim/bilgi alma isteği, HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C ile ilgili bilimsel etkinliklere katılma durumu, HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C ile ilgili araştırma/makale okuma durumu arasında anlamlı farklılıkların olduğu ($p<0.05$) belirlenmiştir. Hemşirelerin MPTE’den aldıkları toplam puan ortalaması ile HIV/AIDS ve Hepatit B konusunda yeterli bilgiye sahip olma durumu arasında anlamlı farklılıkların ($p>0.05$) olmadığı saptanmıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C’ye ilişkin bilgi ve tutum özellikleri ile MPTE toplam puanı arasındaki korelasyon değerleri Tablo 4.28’ de verilmiştir.

Tablo 4.28. Hemşirelerin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C’ye ilişkin bilgi ve tutum özellikleri ile MPTE toplam puanı arasındaki korelasyon değerleri

HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C’ye ilişkin bilgi ve tutum özellikleri	MPTE	
	r	p
HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C etkeni varmış gibi düşünerek çalışma durumu	.008	.434
HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C’li hastayla çalışırken tutumda değişiklik	.046	.167
HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C’li hastayla çalışırken önlem alma durumu	.043	.181
HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C’ye karşı alınan önlemleri yeterli bulma durumu	-.072	.064
HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C ile ilgili bilimsel aktivitelere katılma durumu	1.77	.000*
HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C ile ilgili eğitim alma durumu	-.032	.252
HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C ile ilgili eğitim alma isteği	-.081	.043*

* $p<0.05$, Pearson Korelasyon analizi uygulanmıştır.

Hemşirelerin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C’ye ilişkin bilgi ve tutum özellikleri ile MPTE toplam puanı arasındaki ilişkinin belirlenmesi için yapılan Pearson Korelasyon Analizi incelendiğinde (Tablo 4.28); Hemşirelerin MPTE’den aldıkları puan ile HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C ile ilgili bilimsel aktivitelere katılma durumu arasında pozitif yönde güçlü anlamlı ilişkinin olduğu, MPTE’den aldıkları puan ile HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C ile ilgili eğitim alma isteği arasında negatif yönde zayıf anlamlı

ilişkinin($p<0.05$) olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin MPTE'den aldıkları puan ile HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C etkeni varmış gibi düşünerek çalışma durumu, HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C'li hastayla çalışırken tutumda değişiklik durumu ve HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C'li hastayla çalışırken önlem alma durumu ve arasında korelasyon değerlerinin pozitif yönde ve HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C ile ilgili eğitim alma durumu ve HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C'ye karşı alınan önlemleri yeterli bulma durumu arasında korelasyon değerini negatif yönde ancak anlamlı ilişkinin ($p>0.05$) bulunmadığı saptanmıştır. (Tablo 4.28).



5. TARTIŞMA

Sağlık ekibinin önemli bir üyesi olan hemşireler bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını koruma, sağlığını geliştirme ve sağlığın bozulması durumunda iyileştirmeye yönelik çaba gösterirken profesyonel bir tutum sergilemesi gerekmektedir (6,7). Çalışma ortamında hemşireler, bakım verdikleri hastaların kan ve diğer vücut sıvılarından enfeksiyon bulaşma etkenleri ile birlikte bulaşabilecek HIV/AIDS, Hepatit B, Hepatit C enfeksiyonları gibi birçok mesleki risk ve tehlikelere maruz kalabilmektedir (10,11,12). Bulaşıcı hastalık risklerine karşı her zaman dikkat eden ve bulaşıcı hastalıklarda farkındalığa sahip profesyonel hemşireler, çalışma ortamında profesyonel tutum göstererek bulaşıcı hastalık etkenlerinin bulaşmasını ve yayılmasını önlemede büyük bir öneme sahiptir (13). Hastanede çalışan hemşirelerin mesleki profesyonellik düzeyinin HIV/AIDS, Hepatit B, Hepatit C ile ilgili bilgi durumu üzerine etkisinin araştırıldığı bu çalışmada araştırma kapsamına alınan hemşirelerin yaş ortalaması 28, 25-30 yaş aralığında, çoğunluğu kadın, lisans mezunu, klinik servis hemşiresi, 1-5 yıl arasında mesleki deneyime sahip, ortalama 11 hastaya bakım veren ve gece-gündüz iki vardiyada karma çalışandır (Tablo 4.1, Tablo 4.2 ve Tablo 4.3). Bu bulgular, hemşirelerin kişisel ve mesleki özelliklerinin hemşirelerin dahil edildiği çalışmalarla benzerdir (4,13,31,163,164).

Profesyonellik ile ilgili yapılan çalışmalarda genellikle kişilere sorularak kendilerini ne kadar profesyonel gördüğü belirlenmeye çalışılmıştır. Araştırmaya katılan hemşirelerin profesyonelliği değerlendirildiğinde; hemşirelerin çoğunluğunun hemşirelik mesleğinde %54.2'sinin kendini biraz profesyonel gördüğü saptanmıştır (Tablo 4.4). Bu çalışmanın aksine İşçi'nin (9) Erzurum'da çalışan hemşirelerin profesyonellik düzeyini belirlemek üzere yaptığı çalışmasında hemşirelerin mesleğinde %51.4'ünün ise kendini oldukça profesyonel gördüğü belirlenmiştir. Bu farklılığın hemşirelerin mezun oldukları öğrenim düzeyi ve çalıştığı hastanelerden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin mesleki profesyonel tutum sergileyememe nedenleri arasında; en çok hemşirelik ile ilgili düzenlemeler ve uygulamaların hemşirelerin profesyonel çalışmayı engellemesi, hemşirelikte iş tanımı dışındaki işlerden dolayı hemşirelikle ilgili işlere yeterince zaman ayıramaması ve yöneticilerin profesyonel olma konusunda hemşireleri yeterince motive etmemesi gibi nedenler olduğu bildirilmiştir (Tablo 4.5). Bu nedenler ülkemizde hemşirelik mesleğinin profesyonelleşmesine engel olmaktadır. İlâveten hemşirelerin profesyonel tutum sergilemelerini engelleyen durumlar arasında en çok yasal

düzenlemelerden ve kurumsal kaynaklı nedenlerin bulunduğunu göstermektedir (3-5,9,165-167).

Araştırmaya katılan hemşireler meslekte profesyonel hareket edebilmeleri için çoğunluğu hemşirelikte branşlaşma ve uzmanlaşma yoluna gidilmesini, mesleğinin toplumsal statüsünü artıracak çalışmalar yapılmasını hemşirelik eğitiminde profesyonellik ile ilgili konulara yer verilmesi ve mezuniyet sonrası hemşirelere lisansüstü ve sürekli eğitim fırsatları sağlanması gerektiğini bildirmiştir (Tablo 6). Karadağ ve ark.'nın (26) tarafından yapılan hemşirelerin profesyonellik düzeyleri ile ilgili bir çalışmada, hemşirelik eğitimde belirli bir standardın olmasının gerektiği, hemşirelerin profesyonelliklerini olumlu etkileyecek düzenlemelerin yapılması gerektiği bildirilmiştir. Yapılan diğer çalışmalarda da hemşirelerin uzmanlaşmasının ve mezuniyet sonrası eğitim olanaklarının artırılmasının profesyonel davranış ve tutumlarda etkili olduğu belirtilmektedir (3,52,165,166).

Araştırmaya katılan hemşirelerin %19.8'inin çalışma ortamında son bir yıl içerisinde kesici-delici aletlerle yaralandığı; kesici-delici aletlerle yaralananların ise %33.9'unun sadece dezenfektan ile ellerini ovaladığı, %25.0'inin enfeksiyon kontrol komitesi protokollerini uyguladığı, %26.4'ünün yaralanan bölgeyi kanatıp dezenfektan ile temizlediğini belirtmişlerdir (Tablo 4.7). Kişioğlu ve ark.'nın (87) yaptığı çalışmada araştırmaya katılanların kesici-delici alet ile yaralanma oranını %40.8, olduğu bildirilmiştir. Dikmen ve ark.'nın (167) yaptığı çalışmada araştırmaya katılanların kesici-delici alet ile yaralanma düzeyin %64.1, Cılız ve ark.'nın (168) çalışmasında ise bu oranın %64.4 olduğu bildirmiştir. Gökhan'ın (169) uzmanlık eğitimi gören hekimlerin mesleki risklerinin değerlendirilmesi ile ilgili çalışmasında hekimlerin %50.0'sinin kesici-delici bir aletle yaralandığı bildirilmiştir. Bilek'in (170) tıpta uzmanlık öğrencilerinin enfekte kan ve vücut sıvılarına maruziyet risklerinin, bilgi düzeylerinin ve maruziyet sonrası tutumlarının değerlendirilmesine ilişkin çalışmada öğrencilerin %62.9'unun kesici-delici alet yaralandığını ve kesici-delici alet ile yaralanma veya mukozal temas ile hasta kanı ve/veya diğer vücut sıvılarına maruziyet düzeyinin %76.2 oranında olduğunu belirtmişlerdir. Aynı çalışmada kesici-delici alet ile yaralanma veya mukozal temas ile hasta kanı ve/veya diğer vücut sıvılarına maruziyet sonrası en sık yaptıkları uygulamaların %44.3 yaralanma/temas bölgesini bol su ve/veya sabunla yıkadıkları ve antiseptik solüsyonla sildiklerini belirtmişlerdir. Edinç'in (171) yaptığı çalışmada hemşirelerin kesici-delici aletlerle perkütan yaralanma sonrası en sık yaptıkları uygulamaların en fazla %43.0 oranında su, sabun ve dezenfektanla yıkadıklarını,

%12 oranında da kanatıp dezenfektanla yıkadığını bildirmiştir. Özdelikara'nın (172) yaptığı bir çalışmada hemşirelerin %66.2'sinin kesici delici alet ile yaralandıkları saptamıştır. Aynı çalışmada araştırmaya katılan hemşirelerin %35.6'sının yaralanan/temas eden bölgeyi kanattığı, %34.8'inin yaralanan/temas eden bölgeyi soğuk suyla yıkadıklarını bildirmişlerdir. Gücük ve ark.'nın (173) yaptığı çalışmada, hemşirelerin hiçbirinin kesici ve delici aletlerle yaralanma durumlarında bölgeyi sıkarak kanatmadıklarını belirtmişlerdir. Bu durumun son yıllarda hasta ve çalışan güvenliğine yönelik önlemlerin ve eğitimlerin artırılmasından kaynaklandığı söylenebilir. İlaveten hemşirelerin enfeksiyon kontrol önlemlerine dikkat etmeleri, kişisel koruyucu önlemleri almaları konusunda farkındalıklarının arttığı şeklinde düşünülebilir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %75.1'inin çalışma ortamında hastalara müdahalede bulunurken HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C etkeni varmış gibi düşünerek çalıştıkları bildirilmiştir (Tablo 4.8). Hemşirelerin çoğunun eğitim düzeyinin lisans seviyesinde olması da HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C'de farkındalık üzerine etkileyici bir faktördür. Hemşirelerin büyük çoğunluğunun HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C tanılı hastalara bakım vermede istekli olmadıkları ancak HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C'li hastayla çalışırken tutumda değişiklik olmayacağı ve HIV/AIDS, Hepatit B ya da Hepatit C tanılı hasta ile çalışırken işini yapıp hemen hasta odasından çıkacaklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.8). Bu çalışmaya benzer olarak Ataç'ın (174) çalışmasında hemşirelerin %71.6'sının kan ve vücut sıvılarıyla bulaşan bulaşıcı hastalığa sahip hastalara bakım vermede istekli olmadıklarını ancak %74.8'inin hasta ile çalışırken tutumda değişiklik olmayacağını, %16.8'inin işini yapıp hemen odasından çıkacaklarını belirtmişlerdir. Bu çalışmaya benzer olarak Ataç ve Buzlu'nun (175) hemşirelerde bulaşıcı hastalık etkeni olan hastalara yönelik damgalamaya yönelik çalışmaya katılan hemşirelerin büyük çoğunluğunun hastaya bakım verdiği ancak bulaşıcı hastalık etkeni olan hastalara bakım vermeye istekli olmadıklarını belirttikleri bildirilmiştir. Taze'nin (176) yaptığı çalışmasında hemşirelerin % 49.8'inin kan ve beden sıvılarıyla bulaşan hastalıklardan korunmaya yönelik yeterince önlem aldıklarını düşündüklerini saptamıştır. Çalışmamızda hemşirelerin kan ve vücut sıvılarıyla bulaşan HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C'li hastayla çalışırken tutumda değişiklik olmayacağını belirtmeleri bu hastalarda damgalamaya ilişkin farkındalık durumlarının olumlu yönde olduğunu göstermektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin çoğunluğu daha önce HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C'li hastalara bakım uyguladığı ve bakım uyguladıkları hastaların bulaşıcı hastalık

tanılarının %29.1'inin HIV-AIDS/Hepatit B ve C olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.9). Ataç'ın(174) yaptığı çalışmada katılımcıların % 61'i HIV/AIDS tanılı hastalara verdikleri bakım ile servisteki diğer hastalara verdikleri bakım arasında fark olmadığını, %21.1'i verilen bakım arasında fark olacağını, %17.9'u bu konuda kararsız olduğunu belirtmişlerdir. Hemşirelerin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C gibi kan yoluyla bulaşan hastalık tanısı bulunan bireylere tedavi uygulamayı ve bakım vermeyi çekinmeleri beklenen bir durum olmakla birlikte, çoğunluğunun tedavi ve bakımları uygulamaları şeklinde belirtmeleri de profesyonel davrandıklarının bir göstergesidir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin çoğunluğu çalıştıkları hastanede HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C etkenlerine karşı alınan koruyucu önlemleri yeterli buldukları belirtmişlerdir. Bu bulgu hastanelerin kaliteli hizmet sunum hedeflerine yönelik hasta ve çalışan güvenliğine yönelik önlemlerinin yeterli düzeyde olduğunu göstermektedir. Hemşirelerin %90.1'i HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C'li hastalara bakım uygularken gerekli korunma önlemlerini aldıkları ve %78.9'unun çift eldiven kullanarak önlem aldığı belirlenmiştir. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin yüksek oranlarda koruyucu önlem almaları kan ve vücut sıvıları yolu ile bulaşan hastalıklardan korunmaya yönelik verilen hizmet içi eğitimlerle bu konuda yeterli bilgi düzeyine sahip olduklarını göstermektedir. Özdelikara'nın (172) çalışmasında koruyucu önlem olarak %14.3'ünün çift eldiven giyerek önlem aldıklarını söylemişlerdir. Şahin'in (177) yaptığı çalışmada benzer şekilde hemşirelerin bulaşıcı hastalık etkenlerine karşı yeterli önlemleri aldıklarını belirtmişlerdir. Dağlı'nın (14) yaptığı araştırmaya katılan hemşirelerin %72.4'ünün kan ve vücut sıvıları ile yaralanma durumunda gerekli önlemleri aldıkları, kan ve vücut sıvıları ile yaralanma durumunda su ve sabunla yıkadıkları tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin %40.9'u düzenli olarak kanda Anti HBsAg (hepatit markeri) takibi yaptırdığı, ancak %85.8'si 3 doz Hepatit B aşısı yaptırdığı, Hepatit B yaptırmayanların ise %81.0'inin Hepatit B geçirdikleri için yaptırmadığı, %7.9'unun aşının koruyuculuğuna inanmadıkları için cevabını vermişlerdir (Tablo 4.10). Bu bulgular hemşirelerin bulaşıcı hastalık etkenlerine karşı bağışıklamaya önem verdiklerini ve farkındalıklarının iyi düzeyde olduğunu göstermektedir. Sağlık çalışanlarında Hepatit B aşılama düzeylerinin artırılması viral hepatitlere karşı korunmada oldukça önemlidir. Literatürde hemşirelerin, kan yoluyla bulaşabilen viral hepatitlere karşı aşılama konusunda teşvik edilmesi gerektiği bildirilmektedir (178). Özdelikara'nın (172) çalışmasında hemşirelerin serolojik test ve bağışıklamaya ilişkin %94.9'unun kanda hepatit markeri yaptırdığını, %43.5'inin 3 doz Hepatit B aşısı yaptırdığı, Hepatit B aşısı

yaptırmayanların % 4.4'ünün Hepatit B geçirdikleri için yaptırmadığını belirtmişler. Şeref'in (179) hemşireler ile yaptığı çalışmada, çalışmaya katılan hemşirelerin %74.0'ü Hepatit B aşısı yaptırdıkları saptanmıştır. Bizim çalışmanın aksine Uçan ve ark.'nın (180) çalışmasında Hepatit B aşısı yaptırma oranının %32 oranında ve düşük düzeyde olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada hemşirelerin Hepatit B aşılama düzeyinin yüksek olmasında sağlık kurumlarında son yıllarda yaygınlaştırılan koruyucu iş sağlığı güvenliği çalışmalarının önemli ölçüde etkili olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %52.1'inin HIV/AIDS, %69.2'sinin Hepatit B ve %38.9'unun Hepatit C hakkında yeterli bilgiye sahip oldukları belirlenmiştir. Hemşirelerin %64.0'ünün HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C ile ilgili bilimsel aktivitelere katıldıkları ve %65.2'sinin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C ile ilgili yapılmış bir araştırma ya da makale okudukları saptanmıştır. Hemşirelerin %74.8'inin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C ile ilgili eğitim aldıkları, bu eğitimi alanların %60.2'sinin hizmet içi eğitim programlarında ve %48.3'ü okul derslerinden bilgi edindikleri bildirmiştir. Hemşirelerin %92.3'ü HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C ile ilgili eğitim/bilgi almak istedikleri belirlenmiştir (Tablo 4.11). Ataç'ın (174) yaptığı çalışmada katılımcıların %69.5'inin kan ve vücut sıvılarıyla bulaşan hastalıklarda yeterli bilgiye sahip olduklarını ifade etmişlerdir. Taze'nin (176) yaptığı çalışmada hemşirelerin kan ve vücut sıvılarıyla bulaşan hastalıklarda eğitim alma oranının %73.2, bu eğitimi alanların %74.3 hizmet içi eğitimde, %14'ünün konferans, seminer, sertifika programında aldıklarını belirtmişlerdir. Işık'ın (181) yaptığı çalışmada hemşirelerin kan ve vücut sıvılarıyla bulaşan hastalıklarda %95.9'u eğitim aldığını, %90.1'i hizmet içi eğitimden aldığını bildirmişlerdir. Avcı Kurt'un (106) çalışmasında ise çalışmaya katılanların kan ve vücut sıvılarıyla bulaşan hastalıklarda %38.8'i okuldaki derslerden, %78.5'inin TV'den aldıklarını belirtmişlerdir. Günbatan ve ark.'nın (182) yaptıkları bir çalışmada katılımcıların kan ve vücut sıvılarıyla bulaşan hastalıklar konusunda %81.6'sının bilgilerinin yetersiz olduğunu ve %87.6'sının kan ve vücut sıvılarıyla bulaşan hastalıklar konusunda eğitim almak istedikleri bulunmuştur. Hemşirelerin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C konusunda bilgi düzeylerinin düşük olması HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C ile ilgili konularda hizmetçi eğitimlerde daha fazla yer verilmesi gerektiğini göstermektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %60.8'i HIV-AIDS'te kas ve eklem ağrılarının, %85.2'si Hepatit B'de deride sararmanın ve %47'si Hepatit C'de karaciğer büyümesinin en çok görülen genel belirtiler arasında olduğunu bildirmiştir (Tablo 4.12). Bu çalışmaya paralel

olarak Işık'ın (181) çalışmasında da benzer sonuçlar ortaya çıktığı belirlenmiştir. Çalışmamızda hemşirelerin HIV-AIDS ve Hepatit C'de görülen genel belirti ve bulgulardaki bilgi durumlarının düşük düzeyde olması hemşirelerin HIV-AIDS ve Hepatit C konusunda bilgilerini yeniden gözden geçirmeleri gerektiğini göstermektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin HIV/AIDS için, %91.5' i kan yoluyla, %4.3'ü aynı ortamda bulunmakla, %95.3'ü cinsel ilişkiyle, % 76.6'sı vücut sıvılarıyla, %48.3' ü tokalaşmak-öpüşmek cevabını vermişlerdir. Hepatit B için, %25.3'ü cinsel yolla, %78.8'i vücut sıvılarıyla, %86.9'u kan yoluyla, %84.7'si deri teması ile cevabını vermişlerdir. Hepatit C için, % 85,2' si kan yoluyla, %23.8'i cinsel yolla,%81.1'i deri temasıyla cevabını vermişlerdir (Tablo 4.13). Yapılan literatür taramasında da çalışmamıza benzer şekilde kan ve vücut sıvılarıyla bulaşan HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C'nin bulaşma yollarıyla ilgili benzer sonuçlar olduğu saptanmıştır. Çalışmamıza benzer bir şekilde Ayata'nın (183) yaptığı çalışmada, araştırmaya katılan sağlık çalışanları % 93.8'in cinsel ilişki ile ve %72.2'si ise kan ve vücut sıvılarıyla bulaşan hastalıkların vücut sıvıları ile temas ile bulaşabileceğini belirtmişlerdir. Kurt ve Yılmaz'ın (105) kan ve vücut sıvılarıyla bulaşan hastalıklarla bilgi düzeyleri ve bilgi kaynaklarına yönelik yaptığı çalışmada araştırmaya katılanların % 98.4'ü cinsel ilişkiyle, %98.4'ü aynı yerde bulunma ile, %87 oranında tokalaşmak-öpüşmek ile kan ve vücut sıvılarıyla bulaşan hastalıkların bulaşabileceğini belirtmişlerdir. Avcı Kurt'un (106) yaptığı çalışmada ise kan ve vücut sıvılarıyla bulaşan hastalıkların %59.7'si cinsel yolla, %85.5'i kan nakliyle, %52.1 hasta bireylerin elbise, telefon, havlu gibi eşyalarının ortak kullanılması ile bulaşabileceğini bildirmişlerdir. Şahin'in (177) çalışmasında ise katılımcılar kan ve vücut sıvılarıyla bulaşan hastalıkların bulaşmasına ilişkin değerlendirmelerinde %59.7'i cinsel yolla, %84.5'i oranında kan nakliyle bulaşabileceğini belirtmişlerdir havlu gibi eşyalarının ortak kullanılması ile bulaşabileceğini bildirmişlerdir. Akça ve ark.'nın (184) çalışmasında katılımcılardan %40.3'ücinsel yolla bulaşan bulaşıcı hastalıkların bulaş yollarının vajinal, oral, anal vb. yolla olduğunu belirtmişlerdir. Bu bulgular hemşirelerin kan ve vücut sıvılarıyla bulaşan HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C'nin bulaşma yollarına ilişkin konuda farkındalıklarının iyi olduğunu göstermektedir ve bulgular araştırmaya katılan hemşirelerin bu konuda hizmetiçi eğitimlerde yeterli bilgi almalarından kaynaklandığı şeklinde yorumlanabilir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %88.9'u HIV/AIDS'te korunma yolları arasında kontamine kesici-delici aletlerle direkt temastan kaçınma olduğunu,%14.3 ü tanı almış

hastaya dokunmamak gerektiğini, %72.6'sının kondom kullanımı,%86.5'i Hepatit B'den korunma yolları arasında aşı yaptırmak olduğunu %82.2'i Hepatit C'den korunma yolları arasında kirli iğne-bıçak ile direkt temastan kaçınma gerektiğini belirtmişlerdir (Tablo 4.14). Bu çalışmaya benzer bir şekilde konuyla ilgili olarak Avcı Kurt'un (106) çalışmasında, katılımcıların %48.3 ü hastadan kaçınmak, %59.8'i kondom kullanmak ve %74.1'i iyi bir eğitimle kan ve vücut sıvılarıyla bulaşan hastalıklardan korutulabileceğini bildirmişlerdir. Bir başka çalışmada ise hemşirelerin %94.7'si kan ve vücut sıvılarıyla bulaşan hastalıklardan korunma yolları arasında kontamine kesici-delici aletlerle direkt temastan kaçınma olduğunu,%10.5'ü tanı almış hastaya dokunmamak gerektiğini, %91.6'sının ise kondom kullanımının gerekli olduğunu bildirmişlerdir (174).Şahin'in (177) çalışmasında üniversite öğrencilerinin %69.9'u kan ve vücut sıvılarıyla bulaşan hastalıklardan (Hepatit B) korunmasında aşı yapılmasının önemli olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C bulaşma riskini düşünerek çalışma durumları ile cinsiyet, çalıştıkları hastane ve çalıştıkları birim ile anlamlı farklılık olduğu ($p<0.05$) belirlenmiştir. Erkek cinsiyetinde, NFŞH'de ve dahili birimlerde çalışanların çoğunluğu hastalık bulaşma riskini göz önüne alarak çalıştıkları belirlenmiştir. Özellikle kendini meslekte profesyonel gören hemşirelerin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C riskini düşünerek çalışma oranlarının yüksek olması hemşirelerin mesleki profesyonel anlayışlarının HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C enfeksiyonlarından bilgi ve tutumları açısından önemli olduğunu açısından önemlidir. Hemşirelerin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C riskini düşünerek çalışma durumlarının medeni durum, eğitim durumu, mesleki pozisyon, kadro durumu, çalışılan vardiya, mesleki deneyim süresi ve meslekte kendini profesyonel görme ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.15). Kostak ve ark.'nın (185)yaptığı çalışmada hemşirelerin hastalık bulaşma riskini düşünerek çalıştıkları saptanmıştır. Aykan'ın (186) yaptığı çalışmada araştırmaya katılan hemşirelerden, hastalarda hepatit B varmış gibi düşünerek önlem alanların %74.3'lük oranı, önlem almayanların %25.7'lik oranı oluşturduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C'li hastayla çalışma tutumunda değişiklik durumlarının cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalıştıkları hastane ve çalıştıkları birim ve meslekte kendini profesyonel görme ile anlamlı fark olduğu ($p<0.05$) belirlenmiştir. Kadın cinsiyet, bekârlar, lise mezunu olanlar, KSÜ SUAH'ta ve cerrahi birimde çalışanlar ile kendini hiç profesyonel göremeyenlerin

çoğunluğunda HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C'li hastayla çalışırken tutum değişikliği oluşturmuştur. Özellikle kendini meslekte profesyonel gören hemşirelerin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C'li hastayla çalışma tutumunda değişiklik olmamasını belirtmeleri, hemşirelerin mesleki profesyonel anlayışlarının HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C bilgi ve tutumları açısından önemli bir bulgudur. Bu durumun araştırmaya katılan hemşirelerin üçüncü basamak hastanelerde çalışıyor olmalarından ve çoğunluğunun eğitim düzeylerinin lisans düzeyinde olmasından kaynaklandığı söylenebilir. Hemşirelerin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C'li hastayla çalışma tutumunda değişiklik durumlarının mesleki pozisyon, kadro durumu, çalışılan vardiya, mesleki deneyim süresi ile istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>0.05$) belirlenmiştir (Tablo 4.16). Kostak ve ark.'nın (186) yaptığı çalışmada hemşirelerin yaşı, medeni durumu, eğitim durumları, çalışma yılı ile bulaşıcı hastalığı olan hastayla çalışma tutumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı belirlenmiştir. Kaya ve ark.'nın (187) çalışmasında sağlık yüksekokulu öğrencilerinin % 64.2' si bulaşıcı hastalığı olan hastayla çalışma tutumunda olumsuz yönde bir değişikliğin olabileceğini ve bulaşıcı hastalığa yakalanabilmekten korkacaklarını belirtmişlerdir. Yapılan bazı çalışmalarda hemşirelerin eğitim düzeylerinin arttıkça bulaşıcı hastalık şüphesi hastalara karşı tutumları daha olumlu yönde arttığı saptanmıştır (175,188-190) Çalışmamızda hemşirelerin eğitim düzeyinin yükseldikçe HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C'li hastalara bakım vermede tutumlarını olumlu yönde etkileyeceğini göstermektedir. Bu durumun hemşirelerin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C'de bilgi durumu ve eğitim düzeyi ile ilişkili olduğunu göstermektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C'li hastayla çalışırken önlem alma durumlarının çalıştıkları hastane ve çalıştıkları birim ile anlamlı ilişki olduğu ($p<0.05$) belirlenmiştir. NFŞH'de ve dâhili birimde, 21-26 yıl arası çalışanların çoğunluğu HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C'li hastayla çalışırken önlem almaktadır. Hemşirelerin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C'li hastayla çalışırken önlem alma durumlarının cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, mesleki pozisyon, kadro durumu, çalıştıkları vardiya, mesleki deneyim süresi ve kendini meslekte profesyonel görme ile anlamlı fark olmadığı ($p>0.05$) belirlenmiştir (Tablo 4.17). Dağlı'nın (14) çalışmasında kan ve vücut sıvıları ile bulaşan hastalıklardan korunmaya yönelik önlem alma durumlarının değişkenler ile arasında anlamlı ilişkilerin olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C bulaşma riskine karşı alınan koruyucu önlemleri yeterli bulma durumlarının cinsiyet, medeni durum, eğitim

durumu, çalıştıkları hastane ve çalıştıkları birim, mesleki pozisyon, kadro durumu, çalıştıkları vardiya, mesleki deneyim süresi ve kendini meslekte profesyonel görme ile anlamlı fark olmadığı ($p>0.05$) belirlenmiştir (Tablo 4.18). Kadın cinsiyet, evliler, lise mezunu olanlar, KSÜ SUAH'da, cerrahi birimde, süpervisör hemşire, gündüz vardiyasında, 16-20 yıl arası çalışanların ve kendini tamamen profesyonel gören hemşirelerin çoğunluğu HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C bulaşma riskine karşı alınan koruyucu önlemleri yeterli bulmaktadır. Bu bulgular hemşirelerin cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalıştıkları hastane ve çalıştıkları birim, mesleki pozisyon, kadro durumu, çalıştıkları vardiya, mesleki deneyim süresi ve kendini meslekte profesyonel görme durumlarının çalıştıkları hastanelerde bulaşıcı hastalıklara karşı alınan koruyucu önlemleri yeterli bulmada ilişkili olmadığını göstermektedir. İlâveten hemşirelerin çalıştıkları hastanelerde bulaşıcı hastalıklara karşı alınan koruyucu önlemleri yeterli buldukları algısından kaynaklandığı şeklinde yorumlanabilir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C ilgili bilimsel aktivitelere katılma durumlarının cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalıştıkları hastane ve çalıştıkları birim, çalıştıkları vardiya, mesleki deneyim süresi ve kendini meslekte profesyonel görme ile anlamlı fark olduğu ($p<0.05$) belirlenmiştir. Kadın cinsiyet, bekarlar, lise mezunu olanlar, KSÜ SUAH'ta, cerrahi birimde, süpervisör hemşire, gece-gündüz karma vardiyasında, 1-5 yıl arası çalışanların ve kendini biraz profesyonel gören hemşirelerin çoğunluğu HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C ilgili bilimsel aktivitelere katılmıştır. Bu bulgunun kendini meslekte profesyonel görmenin; bilimsel faaliyetlere katılma, deneyim süresi ve eğitim durumları ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Uslu'nun (163) çalışmasında hemşirelerin bulaşıcı hastalıklara ilişkin %65'i bilimsel yayınları ve %70'i bilimsel etkinlikleri "bazen" takip ettiklerini belirtmişlerdir. Hemşirelerin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C ilgili bilimsel aktivitelere katılma durumlarının mesleki pozisyon ve kadro durumu ile anlamlı fark olmadığı ($p>0.05$) belirlenmiştir (Tablo 4.19). Işık'ın (181) yaptığı çalışmada hemşirelerin kan yoluyla bulaşan hastalıklar hakkında bilimsel aktivitelere katılma durumlarının %1.8 oranında olduğu ve hemşirelerin eğitim düzeyleri ile bilimsel aktivitelere katılma durumları arasında anlamlı farkın olduğu ($p<0.05$) saptanmıştır. Taze'nin (176) çalışmasında hemşirelerin bulaşıcı hastalıklar ile ilgili konferans, seminer, sertifika programlarına katılım durumlarının %14 oranında olduğu belirlenmiştir. Sorucuoğlu ve Tüfekçi'nin (191) çalışmasında bilimsel toplantılara katılan hemşirelerin profesyonellik düzeylerinin katılmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ($p<0.05$) saptanmıştır. Bu çalışmaya benzer şekilde Dikmen ve ark.'nın (167) çalışmasında bilimsel etkinliklere

katılan hemşirelerin profesyonel tutumları, bilimsel bir etkinliğe katılmayanlara göre anlamlı olarak ($p<0.05$) daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışmadan elde edilen bulgulara göre; mesleki bilimsel etkinliklere katılma durumunun bulaşıcı hastalıklarda profesyonel tutuma olumlu katkısı olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C ilgili eğitim alma durumlarının cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalıştıkları hastane ve çalıştıkları birim, çalıştıkları vardiya, mesleki deneyim süresi ve kendini meslekte profesyonel görme ile anlamlı fark olduğu ($p<0.05$) belirlenmiştir (Tablo 4.20). Kadın cinsiyet, bekârlar, lise mezunu olanlar, KSÜ SUAHA'ta, cerrahi birimde, süpervisör hemşire, 1-5 yıl arası çalışanların ve kendini biraz profesyonel gören hemşirelerin çoğunluğu HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C ilgili eğitim almıştır. Çalışılan hastane politikaları gereği hizmet içi eğitimlerin sıklıkla yapılması katılımın zorunlu olması gibi faktörlerin etkili olabileceği gibi, hemşirelerin eğitim düzeyleri ve mesleki gelişim için eğitimlere katılımlarında motivasyon düzeyleri ile ilişkili olabilir. Yapılan bir çalışmada çalışmaya alınan tüm hemşirelerin %72.2'sinin kan yoluyla bulaşan enfeksiyonlar ile ilgili eğitim aldıkları belirlenmiştir (192). Hemşirelerin bulaşıcı HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C ilgili eğitim alma durumlarının mesleki pozisyon ve kadro durumu ile anlamlı fark olmadığı ($p>0.05$) belirlenmiştir (Tablo 4.20). Dağlı'nın (14) yaptığı çalışmada hemşirelerin, % 87.1'nin Hepatit B, C, HIV ilişkin eğitim ve % 92,4 'nün Hepatit B, C, HIV' den korunmaya yönelik eğitim aldıkları ve eğitim alma durumları ile mesleki özellikler arasında istatistiki açıdan anlamlı farklılık bulunamamıştır. Yapılan başka bir çalışmada ise hemşirelerin yaş, çalışma yılı, eğitim durumu, çalıştıkları birim ve kan ve beden sıvılarıyla bulaşan hastalıklardan korunmaya yönelik eğitim alma durumlarıyla bulaşıcı hastalıklarda farkındalık durumları arasında arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (176).

Araştırmaya katılan hemşirelerin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C ile ilgili eğitim alma isteği durumlarının cinsiyet, eğitim durumu, çalıştıkları hastane ile anlamlı fark olduğu ($p<0.05$) belirlenmiştir. Kadın cinsiyet, bekârlar, önlisans mezunu olanlar, KSÜ SUAHA'ta, cerrahi birimde, süpervisör, 1-5 yıl arası deneyime sahip, gece vardiyasında çalışanların ve kendini hiç profesyonel görmeyen hemşirelerin çoğunluğunun bulaşıcı hastalıklarla ilgili eğitim almak istemektedir HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C ile ilgili eğitim alma isteği durumları ile medeni durum, çalıştıkları birim, mesleki pozisyon, kadro durumu, çalıştıkları vardiya, mesleki deneyim süresi ve kendini meslekte profesyonel görme ile anlamlı fark

olmadığı ($p>0.05$) belirlenmiştir (Tablo 4.21). Bu çalışmanın aksine Akça ve ark.'nın (184) yaptığı çalışmada katılımcıların bulaşıcı hastalıklarla ilgili eğitim alma durumları cinsiyete göre istatistiksel anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin Meslekte Profesyonel Tutum Envanteri (MPTE)'nden yüksek puan (137.75 ± 13.74) aldıkları ve meslekte profesyonellik tutum düzeylerinin yüksek olduğu ortaya çıkmıştır (Tablo 4.22). Bu bulgu hemşirelerin mesleki profesyonellik tutumlarının yüksek olduğunu göstermektedir. Hemşirelerin mesleki profesyonellik tutumlarının yüksek olmasında çoğunluğunun eğitim düzeylerinin lisans düzeyinde olmasından kaynaklandığı söylenebilir. Yapılan diğer çalışmalarda da bu çalışmaya benzer olarak katılımcıların MPTE'den aldıkları puan ortalamasının yüksek olduğu saptanmıştır (9,31,32,193).

Araştırmaya katılan hemşirelerin MPTE'den aldıkları ortalama toplam puan ile yaş, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, çocuk sayısı ve eğitim durumu arasında anlamlı farklılıklar olmadığı ($p>0.05$), ancak MPTE'den aldıkları ortalama toplam puan ile cinsiyet arasında anlamlı farklılığın olduğu ($p<0.05$), kadın hemşirelerin MPTE puan ortalamasının (138.75 ± 12.67) erkek hemşirelerden (131.69 ± 17.94) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin MPTE'den aldıkları puan ortalamasının cinsiyet açısından farklılık göstermesinde hemşireliğin bir kadın mesleği olduğu algısından kaynaklandığı söylenebilir. Erkek hemşirelerin sayısının az olması, idari görevlerde kadın hemşirelerin çalışması gibi faktörlerde kadın hemşirelerin motivasyon düzeylerini etkileyebilecek faktörler arasında yer almaktadır. Bu çalışmaya benzer şekilde Kaya'nın (31) çalışmasında da hemşirelerin MPTE'den aldıkları ortalama toplam puan ortalamaları ile yaş, medeni durum ve eğitim durumu arasında anlamlı farklılıklar olmadığı ($p>0.05$), ancak MPTE'den aldıkları ortalama toplam puan ile cinsiyet arasında anlamlı farklılığın olduğu ($p<0.05$), kadın hemşirelerin MPTE puan ortalamasının (144.8 ± 9.5) erkek hemşirelerden (139.1 ± 12.5) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatüre göre hemşirelerde mesleki profesyonel kimlik gelişiminin hemşirelerin hemşirelik okulunda aldıkları eğitim sırasında gerçekleştiği ifade edilmektedir (194). Dikmen ve ark.'nın (167) çalışmasında, hemşirelerin eğitim durumuna göre profesyonel tutum puanları arasında anlamlı bir fark olduğu ($p<0.05$), eğitim düzeyine göre mesleki profesyonelliğin kazanılmasında etkili olduğu belirtilmiştir. Karadağ ve ark.'nın (26) çalışmasında, profesyonelliğe ilişkin davranış puan ortalamalarını en düşük düzeyde ön lisans mezunu hemşirelerin, en yüksek düzeyde puanı ise yüksek lisans/doktora mezunu

hemşirelerin aldığını bildirmişlerdir. Yapılan diğer çalışmalarda da, hemşirelerin eğitim düzeyinin profesyonel davranış ve tutumlarda etkili olduğu belirtilmektedir (3,9,31,165,166,194,195).Bu sonuçların çalışma bulgularımızla uyumlu olduğunu göstermektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin MPTE'den en yüksek puanı KSÜ SUAH'ta çalışan hemşirelerin (139.92±10.90), diğer birimlerde çalışan hemşirelerin (142.60±10.02), 11-15 yıl arası çalışan hemşirelerin (145.20±10.15), süpervisör hemşirelerin (159.00±00.00), kadrolu çalışan hemşirelerin (138.16±13.47), 21 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerin (140.70±7.00) ve gece vardiyasında çalışan hemşirelerin (138.10±13.11) aldığı belirlenmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin MPTE'den aldıkları toplam puan ortalaması ile mesleki deneyim süresi arasında anlamlı fark olduğu ($p<0.05$), meslekte 21 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerin (140.70±7.00), meslekte 1-5 yıl arasında hemşirelere (137.40±12.71) göre MPTE'den aldıkları toplam puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan hemşirelerin MPTE'den aldıkları toplam puan ortalaması ile çalıştıkları hastane ve mesleki deneyim süresi arasında anlamlı fark olduğu ($p<0.05$), MPTE'den aldıkları toplam puan ortalaması ile hemşirelerin çalıştıkları birim, birimde çalışma süresi, mesleki pozisyon, kadrolu ya da sözleşmeli çalışma şekli ve hemşirelerin çalıştıkları vardiya arasında anlamlı farklılıkların ($p>0.05$) olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.24). Bu çalışmada hemşire olarak çalışılan sürenin artması, profesyonellik düzeyi ilişkisi olduğu saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada, hemşirelerin çalışma süresine göre MPTE puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0.05$) saptanmıştır (9). Buna göre, çalışma süresi arttıkça hemşirelerin profesyonel tutum puan ortalaması, anlamlı olarak artmaktadır. Bu sonuç, yeni mezun olan hemşirelerin mesleki profesyonelliği daha çok önemsedikleri ve çalışma yılı arttıkça mesleki tükenmişliklerinin profesyonelliklerini etkilediği şeklinde yorumlanabilir. Bu çalışmada sorumlu (yönetici) hemşire olarak görev yapanların MPTE puan ortalamalarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu ($p<0.05$) saptanmıştır. Bu bulgu, sorumlu hemşirelerin eğitim durumu, çalışma yılı ve mesleki deneyimlerinden ve diğer hemşirelere göre bireysel gelişim zamanının fazla olmasından kaynaklanmış olabileceği şeklinde yorumlanabilir. Beydağ ve Arslan (4) bu çalışmaya benzer biçimde, çalışma yılı daha az olan hemşirelerin profesyonel tutum puan ortalamasının daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Bizim çalışmamıza benzer biçimde, Karamanoğlu ve ark.'nın (3) çalışmasında, sorumlu hemşire olarak çalışan hemşirelerin en yüksek profesyonel tutum puan ortalamasına sahip olduğunu bildirilmişlerdir. Klinik hemşirelerinin profesyonel tutumlarının düşük olması, onların uzun çalışma saatleri ve

bireysel gelişimleri için yeterli zamanlarının olmamasından kaynaklandığı şeklinde yorumlanabilir. Kaya'nın (31) çalışmasında hemşirelerin MPTE puan ortalamaları ile çalışılan kurum, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışılan birim, meslekte toplam çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın ($p>0.05$) olmadığı; aynı çalışmada cinsiyet ile MPTE'den aldıkları toplam ortalama puan arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunduğu ($p<0.05$ belirlenmiştir. Bu çalışma sonuçlarından farklı olarak çalışma yılı daha az olan hemşirelerin profesyonel tutum puan ortalamasının daha yüksek olduğu çalışmalar ve mesleki çalışma yılı daha fazla olan hemşirelerin profesyonellik düzeylerinin daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar literatürde yer almaktadır. Bu bulgulardan hareketle eğitim düzeyi ile meslekte profesyonellik arasında anlamlı ilişki bulunurken, çalışma yılı az olan hemşirelerin MPTE' den aldığı puanların daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu bulgulardan hareketle eğitim düzeyi ile meslekte profesyonellik arasında anlamlı fark bulunurken, çalışma yılı az olan hemşirelerin MPTE' den aldığı puanların daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin MPTE'den aldıkları toplam puan ortalaması ile kendini meslekte profesyonel olarak kendini profesyonel görme arasında anlamlı farklılıkların olduğu ($p<0.05$), kendini tamamen profesyonel gören hemşirelerin (138.63 ± 19.13), kendini hiç profesyonel görmeyen hemşirelere (130.08 ± 15.62) göre MPTE puan ortalamaları daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.25). Yapılan bir çalışmada kendini hemşirelikte mesleki profesyonellik bakımından oldukça yeterli hisseden hemşirelerin MPTE'den aldıkları puan ortalamalarının kendini profesyonel hissetmeyenlere göre daha yüksek olduğu, kendini profesyonel hissetme ile MPTE arasında anlamlı farkın bulunduğu saptanmıştır (9,31). Yüksekol (32) yaptığı çalışmada, hemşirelerin MPTEpuanlarının profesyonelin tanımını bilme değişkenine göre, istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermediği ($p>0.05$) görülmüştür.

Araştırmaya katılan hemşirelerin MPTE'den aldıkları toplam puan ortalaması ile HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C tanılı hastalara bakım verme istekliliği ve çalıştığı hastanenin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C'ye karşı alınan önlemleri yeterli bulma durumu arasında anlamlı farklılıkların olduğu ($p<0.05$) belirlenmiştir. Bu bulgu hemşirelerin mesleki profesyonelliğinin bakım verme istekliliğini arttırdığı ve profesyonel hemşirelerin koruyucu önlemleri yeterli bulduklarını göstermektedir. Hemşirelerin MPTE'den aldıkları toplam puan ortalaması ile HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C etkeni varmış gibi düşünerek çalışma durumu, HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C'li hastayla çalışırken tutumda değişiklik durumu,

HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C'li hastalara bakım uygulama durumu ve HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C'li hastayla çalışırken önlem alma durumu arasında anlamlı farklılıkların ($p>0.05$) olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.26). Bu sonuçlar hemşirelerin mesleki profesyonelliğinin, çalışma ortamında riski düşünerek çalışmalarını, HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C'li hastalara tutumda değişikliği, HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C'li hastalara bakım verirken koruma önlemlerini alma durumlarını etkilemediğini göstermektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin MPTE'den aldıkları toplam puan ortalaması ile Hepatit C konusunda yeterli bilgiye sahip olma durumu, HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C ile ilgili eğitim alma ve eğitim/bilgi alma isteği, HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C ile ilgili bilimsel etkinliklere katılma durumu, HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C ile ilgili araştırma/makale okuma durumu arasında anlamlı farklılıkların olduğu ($p<0.05$) belirlenmiştir. Bu bulgular hemşirelerin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C enfeksiyonları bilgi düzeyleri ile eğitim alma durumlarının, bilimsel etkinliklere katılma durumlarının mesleki profesyonellik ile ilişkili olduğu göstermektedir. Meslekte profesyonellik düzeyi iyi olan hemşirelerin kendilerini geliştirmeleri için bilimsel yayınları okuma ve bilimsel etkinliklere katılım oranlarının daha fazla olduğunu ve HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C enfeksiyonları bilgi düzeylerini arttırdığı şeklinde ifade edilebilir.

Hemşirelerin MPTE'den aldıkları puan ile HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C ile ilgili bilimsel aktivitelere katılma durumu arasında güçlü ve anlamlı ilişkinin ($p<0.05$) olduğu, MPTE'den aldıkları puan ile HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C ile ilgili eğitim alma isteği arasında negatif yönde ve zayıf anlamlı ilişkinin ($p<0.05$) olduğu saptanmıştır. Sağlık sisteminin temel insan gücü olarak belirtilen hemşirelik profesyonelleri, son yıllarda değişen teknoloji ve hemşirelik alanındaki bilimsel faaliyetleri takip ederek uygulamaya yansıtabilmesi için kendilerini sürekli geliştirmek zorundadırlar (32). Hemşirelerin bilimsel aktivitelere katılımının HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C'de bilgi düzeylerini ve hastalara karşı tutumlarını olumlu yönde etkilemesi mesleki profesyonelliğin önemini göstermektedir. Hemşirelerin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C ile ilgili eğitim alma isteğinin mesleki profesyonellik ile ilişkili olması olumlu bir bulgudur. Hemşirelerin MPTE'den aldıkları puan ile HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C etkeni varmış gibi düşünerek çalışma durumu, HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C'li hastayla çalışırken tutumda değişiklik durumu ve HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C'li hastayla çalışırken önlem alma durumu arasında korelasyon değerlerinin pozitif yönde ve HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C ile ilgili eğitim

alma durumu ve HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C'ye karşı alınan önlemleri yeterli bulma durumu arasında korelasyon değerini negatif yönde ancak anlamlı ilişkinin ($p>0.05$) bulunmadığı saptanmıştır (Tablo 4.28). Bu bulgular hemşirelerin mesleki profesyonellik düzeyleri, HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C ile ilgili eğitim alma durumu ve HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C bilgi düzeyleri ve tutumları arasında her zaman güçlü ve pozitif yönde ilişkilerin olmadığını göstermektedir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmanın bu bölümünde, araştırmadan elde edilen bulguların sonuçları ve bu sonuçlar doğrultusunda sunulan önerilere yer verilmektedir.

Hemşirelerin hastanede çalışan hemşirelerin mesleki profesyonellik düzeyinin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C ile ilgili bilgi durumu üzerine etkisini belirlemek amacıyla Kahramanmaraş il merkezinde bulunan iki kamu hastanesinde çalışan ve araştırmaya katılan 445 hemşire ile gerçekleştirilen bu çalışmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesi sonucunda şu sonuçlar yer almaktadır:

- Araştırmaya katılan hemşirelerin genel olarak kadın, genç yaş grubunda, lisans mezunu, servis hemşiresi, kadrolu çalışan olduğu, haftalık ortalama 41 saat çalıştıkları ve günlük hemşire başına ortalama 12 hastaya bakım verdikleri,
- Hemşirelerin çoğunluğunun kendini meslekte biraz profesyonel gördüğü, hemşirelerin meslekte profesyonel tutum sergileyememe nedenleri arasında en fazla hemşirelik ile ilgili düzenlemelerden kaynaklandığını ve hemşirelerin meslekte profesyonel olabilmeleri için hemşirelikte uzmanlaşmanın gerektiği,
- Hemşirelerin çoğunluğunun iş ortamında hastaya müdahale ederken HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C etkeni varmış gibi düşünerek çalıştıkları ve gerekli korunma önlemlerini aldıkları.
- Hemşirelerin çoğunluğunun HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C konusunda yeterli bilgiye sahip olduğunu bildirdikleri,
- Araştırmaya katılan hemşirelerin meslekte profesyonellik tutum düzeylerinin yüksek olduğu,
- Hemşirelerin bazı kişisel ve mesleki özellikleri ile MPTE'den aldıkları ortalamaları arasında anlamlı ilişkinin bulunduğu,
- Hemşirelerin kendini tamamen profesyonel gören hemşirelerin, kendini hiç profesyonel görmeyen hemşirelere göre MPTE puanlarının daha yüksek olduğu.
- Hemşirelerin MPTE'den aldıkları toplam puan ortalaması ile HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C bilgi ve tutumları arasında anlamlı ilişkinin olduğu,
- Hemşirelerin mesleki profesyonellik düzeyinin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C ile ilgili bilgi durumu üzerine etkisi olduğu belirlenmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda şu hususlar önerilebilir:

- Bu araştırmada elde edilen bulguları hemşirelerin kendi ifadeleri ve değerlendirmeleri sonucunda elde edildiğinden dolayı gelecek çalışmalarda hemşirelerin mesleki profesyonelliklerinin ve düzeyinin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C ile ilgili bilgi

durumu üzerine etkisinin değerlendirilmesinde farklı yöntemlerden de yararlanılmalıdır.

- Mevcut çalışma. konuyla ilgili ilk çalışma olması nedeniyle bu konuyla ilgili farklı örneklem gruplarında da tekrarlanmalıdır.
- Hemşirelerin mesleki profesyonelliklerinin belli aralıklarla değerlendirilerek hemşirelerin mesleki profesyonellik düzeylerinin artırılması için faaliyetlerde bulunulmalıdır.
- Hemşirelerin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C ile ilgili bilgi düzeylerinin artırılması için hizmet içi eğitim faaliyetlerinin düzenlenmesi ve hemşirelerin bilimsel aktivitelere yönlendirilmelidir.
- Hastanelerde çalışma ortamında HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C etkenlerine karşı hemşireleri korumak için koruyucu önlemlerin alınmalıdır.
- Hemşirelerin düzenli olarak kanda Anti HBsAg (Hepatit markeri) takibi yaptırılmaları ve bağışıklık düzeylerinin ara ara değerlendirilmelidir.

7. KAYNAKLAR

1. İlhan S. Bazı temel işlevleri ve artan önemi açısından meslek. Doğu Anadolu Bölgesi Araştırmaları, 2004, 132-137.
2. Erbil N, Bakır A. Meslekte Profesyonel Tutum Envanterinin geliştirilmesi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 2009, 6: 290-302.
3. Karamanoğlu AY, Özer FG, Tuğcu A. Denizli ilindeki hastanelerin cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin mesleki profesyonelliklerinin değerlendirilmesi. Fırat Tıp Dergisi, 2009, 14:12-17.
4. Beydağ KD, Arslan H. Kadın doğum kliniklerinde çalışan ebe ve hemşirelerin profesyonelliklerini etkileyen faktörler. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2008, 3:75-87.
5. Çelik S, Ünal Ü, Saruhan S. Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin mesleki profesyonelliklerinin değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 2012, 20:193-199.
6. Birol L. Hemşirelik Süreci. Genişletilmiş 7. Baskı, Etki Matbaacılık Yayıncılık. İzmir, 2007, 21-22.
7. Yıldız S. Profesyonel hemşirenin rol ve işlevleri. Modern Hastane Yönetimi Dergisi, 2003, 7:35-40.
8. Adıgüzel O. Hasta güvenliği kültürünün sağlık çalışanları tarafından algılanmasına yönelik bir araştırma. Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 2010, 28:159-170.
9. İşçi N. Hastanede Çalışan Hemşirelerin Mesleki Profesyonellik Düzeyinin Tıbbi Hata Yapma Eğilimleri Üzerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2015.
10. Parlar S. Sağlık çalışanlarında göz ardı edilen bir durum: Sağlıklı çalışma ortamı. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2008, 7(6):547-554.
11. Petroze RT, Phillips EK, Nzayisenga A, Ntakiyiruta G, Calland JF. Healthcare worker safety: a vital component of surgical capacity development in low-resource settings. International Journal Occupational Medicine and Environmental Health, 2012, 18(4):307-311.
12. İnan D, Günseren F. Selçuk K. Harman R. Keskin S. Çolak D. Akdeniz üniversitesi hastanesi sağlık çalışanlarının kan ve ya beden sıvılarıyla mesleki teması. Viral Hepatit Dergisi, 2005, 10(2):109-113.

13. Demir E. Fırat Üniversitesi Hastanesi'nde Görev Yapan Hemşirelerin Hastane Enfeksiyonları Konusundaki Bilgi Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Elazığ: Fırat Üniversitesi, 2013.
14. Dağlı Ş. Konya Numune Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Hepatit B. Hepatit C ve HIV/AIDS Konusunda Korunmaya Yönelik Bilgi Düzeyleri. Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı. Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Beykent Üniversitesi, 2015.
15. Korkmaz F, Görgülü S. Hemşirelerin, meslek ölçütleri bağlamında hemşireliğe ilişkin görüşleri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 2010, 1-17.
16. Korkmaz F. Meslekleşme ve ülkemizde hemşirelik. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 2011, 59-67.
17. Türk Dil Kurumu (TDK) Güncel Türkçe Sözlük, 2019. <http://www.tdk.gov.tr> Erişim: 20.02.2019.
18. Dal U, Kitiş Y. The historical development and current status of nursing in Turkey. The Online Journal of Issues in Nursing, 2008, 13(2): 1-9.
19. Karadağ A. Meslek olarak hemşirelik. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2002, 5(2): 1-8.
20. Seçer Ş. Mesleki yaşam modelinin oluşturulması ve mesleki analizlerde kullanımı. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2009, 7 (1): 35-56.
21. Bayhan G. Öğretmenlerin Profesyonelliğinin İncelenmesi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Eğitim Yönetimi ve Denetimi Bilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2011.
22. Güven T. Tıp etiği açısından meslek ve profesyonellik kavramlarının incelenmesi. Hacettepe Tıp Dergisi, 2009, 40(2): 84-88.
23. Karaöz S. Cerrahi hemşireliği ve etik. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2000, 4(1): 1-8.
24. Kuyaksil A, Akçay O. Türkiye'de meslekleşme olgusu olarak özel güvenlik hizmeti. Polis ve Sosyal Bilimler Dergisi, 2005, 3(2): 83-101.
25. İlhan S. Yeni kapitalizm ve meslek olgusunun değişen anlamları üzerine. Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 2008, 21: 313-327.
26. Karadağ A, Hisar F, Özhan Elbaş N. Hemşirelikte Profesyonelliğe İlişkin Davranışsal Envanter. Hemşirelik Forumu Dergisi, 2004, 7(4):14-22.

27. Cerit B. Hemşirelerin Profesyonellik Davranışları İle Etik Karar Verebilme Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Programı, Doktora Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2010.
28. Eskimez Z, Öztunç G, Alparslan N. Lise son sınıfta okuyan kız öğrencilerin hemşirelik mesleği hakkındaki görüşleri. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 2008, 15(1): 58-67.
29. Sarıkaya T, Khorshid L. Üniversite öğrencilerinin meslek seçimini etkileyen etmenlerin incelenmesi: üniversite öğrencilerinin meslek seçimi. Türk Eğitim Bilimleri Dergisi, 2009, 7(2):393-423.
30. Şirin A, Öztürk R, Bezci G, Çakar G, Çoban A. Hemşirelik öğrencilerinin meslek seçimi ve mesleği uygulamaya yönelik görüşleri. Dirim Tıp Gazetesi, 2008:83:69-75.
31. Kaya P. İstanbul'un Bir İlçesinde Kamu ve Özel Sektörde Çalışan Hemşirelerin Mesleki Profesyonelliklerinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Yüksek Lisans Programı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2011.
32. Yüksekol ÖD. Elazığ İl Merkezinde Çalışan Hemşirelerin Kendilerini Profesyonel Açıdan Nasıl Algıladıklarının Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Şanlıurfa: Harran Üniversitesi, 2010.
33. Arslan H, Alpar ŞE, Karabacak Ü, Engin F, Orak NŞ. Hemşirelikte Değişim Felsefesi. I. Uluslararası, VIII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kongre Kitabı. İstanbul, Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, 2001:8-14.
34. Arslan H. Hemşirelik bilim ve sanatı. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi (E- Dergi), 2008, 1(1):59-60.
35. Özel İ. Hemşirelerin Profesyonelliğe İlişkin Davranışlarının Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2010.
36. Kaçaroğlu V. Hemşirelikte profesyonellik. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2010, Sempozyum Özel Sayısı: 261-263.
37. Altıok HÖ. Hemşirelik eğitiminde sosyalizasyon süreci ve profesyonel kimlik gelişimi. Adnan Menderes Üniversitesi Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi, 2016; 7(2): 55-62.
38. Fetzer SJ. Professionalism of associate degree nurses: The role of self-actualization. Nursing Education Perspectives, 2003, 24(3):139-43.

39. Björkström MN, Athlin EA, Johansson IS. Nurses' development of professional self- from being a nursing student in a baccalaureate programme to an experienced nurse, *Journal of Clinical Nursing*, 2008, 17(10):1380-1391.
40. Altıok HÖ, Üstün B. Profesyonellik: kavram analizi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 2014, 7 (2):151-155.
41. Baltaş A. Başarı için pasaport: Profesyonel davranış. *Kaynak Dergisi*, 2003, Nisan-Eylül:14.
42. Sözen S. Polis ve profesyonellik. *Polis Bilimleri Dergisi*, 2004, 6(3-4):115-130.
43. Flexner A. Is social work a profession? Version of record. *Research on Social Work Practice*, 2001, 11(2):152-165.
44. Gönel A. Hemşirelerin Mesleki Profesyonellik Tutumları İle Kurumlarında Yaşanan Değişimlere Karşı Tutumları Arasındaki İlişki. *Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Okan Üniversitesi, 2017.*
45. Güner S. Ebelik Bölümü Öğretim Üyelerinin Bakış Açısından Türkiye’ de Ebelik Mesleğinin Profesyonelleşme Sürecindeki Sorunlar ve Çözüm Önerileri. *Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Mersin: Mersin Üniversitesi, 2011.*
46. Karadağ G, Uçan O. Hemşirelik eğitimi ve kalite. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2006, 1(3):42-51.
47. Göz F, Geçkil E. Nursing Students Professional Behaviours Scale (NSPBS) Validity and Reability. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 2010, 26(4):938-941.
48. Chitty KK. The professionalization of nursing: In *professional nursing*, 5th ed. Chitty KK , Black BP. Saunders Elsevier, 2007, 69-75.
49. Miller BK, Adams D. Beck L. Miller for professionalism in nursing, *Journal of Professional Nursing*, 1993, 9(5):290-295.
50. Taylan S, Alan S, Kadioğlu S. Hemşirelik rolleri ve özerklik. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2012; 2: 66-74.
51. Ünsar S, Akgün MK, Kurt S, Erol Ö. Hemşirelerin kendini gerçekleştirme düzeyleri ve etkileyen etmenler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 2011; 4 (1): 2-6.
52. Özlük B, Sur H. Türkiye’de hemşireliğin profesyonelleşmesi kapsamında değerlendirilmesi ve Avrupa Birliğine uyum süreci: Niteliksel bir çalışma. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi*, 2017; 3(4): 98-106.

53. Harmancı AK. Hemşirelerin Mesleki Organizasyonlara İlişkin Görüşleri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2003.
54. Kavaklı Ö, Uzun Ş, Arslan F. Yoğun bakım hemşirelerinin profesyonel davranışlarının belirlenmesi. Gülhane Tıp Dergisi, 2009, 51:168-173.
55. Adams D, Miller BK. Professionalism in Nursing Behaviors of Nurse Practitioners. Journal of Professional Nursing, 2001, 17(4):203-210.
56. Karadağ A, Hisar F, Elbaş NÖ. The level of professionalism among nurses in Turkey. Journal of Nursing Scholarship, 2007, 39(4):371-374.
57. Çelik S, Hisar F. The influence of the professionalism behaviour of nurses working in health institutions on job satisfaction. International Journal of Nursing Practice, 2012, 18:180-187.
58. Hisar F, Karadağ A, Kan A. Development of an instrument to measure professional attitudes in nursing students in Turkey. Nurse Education Today, 2010, 30:726-730.
59. Özlük B. Ülkemizde Sağlık Hizmetlerinde Profesyonelleşme Kapsamında Hemşireliğin Değerlendirilmesi ve Avrupa Birliği'ne Uyum Süreci. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yöneticiliği Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2006.
60. Çelik S. Hemşirelerin Profesyonellik Davranışlarının İş Doyumuna Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi. 2010.
61. Kelleci M, Gölbaşı Z, Yılmaz M, Doğan S. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin araştırma yapma ve araştırma sonuçlarını bakımda kullanma ile ilgili görüşlerinin incelenmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2008, 2:3-16.
62. Bayık A, Erefe İ. Özsoy Altuğu, S, Uysal A, Özer M, Ergül Ş. Kadın mesleği olarak hemşireliğin son yüzyıldaki gelişimi. Hemşirelik Forumu, 2002, 5(6):16-25.
63. Karagözoğlu Ş. Bilim ve Bilimsel Bir Disiplin Olarak Hemşirelik. II. Ulusal Hemşirelikte Araştırma Sempozyumu, Sempozyum Kitabı, Ankara, 2004:127-130.
64. Adıgüzel O, Tanrıverdi H, Sönmez ÖD. Mesleki profesyonellik ve bir meslek mensupları olarak hemşireler örneği. Yönetim Bilimleri Dergisi, 2011, 9:2, 238-259.
65. Adams BL. Nursing education for critical thinking: an integrative review. Journal of Nursing Education, 1999, 38:111-119.

66. Ünsal A, Yıldırım T, Aymelek N. Öğrencilere verilen eğitimin hemşirelik derneklerine ilişkin bilgi düzeylerine etkisi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2010, 3(2):25-34.
67. Kiper S, Koştu N. Denizli Sağlık Yüksekokulu Son Sınıf Öğrencilerinin Mesleki Örgütlenme Konusundaki Görüşleri. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2010, 5:(14), 1-14.
68. Karaöz S. Hemşirelerin politik gücü. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2004, 8(1): 30-6.
69. Özsoy S, Ateş E, Konal E. Türkiye'de hemşirelik dernekleri ve internet ortamındaki profilleri. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2016, 32(3): 50-64.
70. Yiğit R, Esenay F, Derebent E. Türkiye'de hemşirelik son sınıf öğrencilerinin profili. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2007, 11(3):1-12.
71. Özmen Ö, Özer P, Saatcioğlu Ö. Akademisyenlerde örgütsel ve mesleki bağlılığın incelenmesine ilişkin bir örnek olgu araştırması. Dokuz Eylül Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi, 2005, 6(2):1-14.
72. Oweis AI. Bringing the professional challenges for nursing in Jordan to light. Journal of Nursing Practice, 2005, 11(6):244-249.
73. Tortumluoğlu G, Akyıl R, Karanlık A, Aldaç R, Turaneri E, Yılmaz A. Erzurum ilindeki bireylerin hemşireler ile ilgili görüş ve beklentileri. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2005, 8 (1):10-19.
74. Tazegün A, Çelebioğlu A. Çocuk hemşirelerinin etik duyarlılık düzeyleri ve etkileyen faktörler. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi Dergisi, 2016, 6(2):97-102.
75. Babadağ K. Kanıta dayalı hemşirelik ve meslekleşme. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2004, 7(2):112-117.
76. Türk Hemşireler Derneği (THD), 2019. Hemşireler İçin Etik İlke ve Sorumluluklar, <http://www.turkhemsirelerderneği.org.tr/> Erişim Tarihi: 20.04.2019.
77. Karagözoğlu Ş. Hemşirelikte bireysel ve profesyonel özerklik. Hemşirelik Araştırma Geliştirme Dergisi, 2008, 3:41-50.
78. Johnson M, Webber B. An Introduction to Theory and Reasoning in Nursing. 2nd ed. Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins, 2005.
79. Seren Ş. Hemşirelikte otonomi. Hemşirelik Forumu, 2001, 4(2-3):21-23.
80. Akay M. Hemşirelikte otonomi. Vakıf Hastanesi Dergisi, 2008, 13(4):24-26.

- 81.** Kangallı, P. Sivas İli Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Otonomi Düzeyleri ve Otonomiye Etkileyen Mesleki ve Kurumsal Faktörlerin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi, 2005.
- 82.** Karagözoğlu Ş, Kangallı P. Autonomy levels among nurses: Professional-institutional factors that affect autonomy. *Türkiye Klinikleri Journal of Medicine Sciences*, 2009, 29(5):1085-97.
- 83.** Saraçoğlu E. Hemşirelerin Mesleki Otonomi ve Profesyonel Uygulamalarına İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Hemşirelikte Yönetim Programı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2010.
- 84.** Sadoh WE, Fawole AO, Sadoh AE, Oladimeji AO. Sotiloye OS, practice of universal precautions among healthcare workers. *Journal of The National Medical Association*, 2006, 98(5), 724-72.
- 85.** Erol S, Özkurt Z, Ertek M, Kadanalı A, Tasyaran MA. Sağlık çalışanlarında kan ve beden sıvılarıyla olan mesleki temaslar. *Hastane Enfeksiyonları Dergisi*, 2005, 9(2), 101-106.
- 86.** Erciyes Üniversitesi Yayınları 2018, Sağlık personelinde aşılama ve temas sonrası profilaksi, <https://hastaneler.erciyes.edu.tr/Content/files/pdf/pdf/enfeksiyon/saglik-personelinde-asilama-ve-temas-sonrasi-profilaksi.pdf> Erişim Tarihi, 13.04.2019.
- 87.** Kişioğlu AN, Öztürk M, Uskun E, Kırbıyık S. Bir Üniversite Hastanesi sağlık personelinde kesici delici yaralanma epidemiyolojisi ve korunma. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri*, 2002, 22: 390-396.
- 88.** Leiss JK, Sousa S, Boal WL. Circumstances surrounding occupational blood exposure events in the national study to prevent blood exposure in paramedics. *Industrial Health*, 2009, 47: 139-144.
- 89.** Kelly GF. *Sexuality Today*, 9th eds. New York, NY: McGraw-Hill, 2008.
- 90.** Aydemir N, Yakın İ, Arslan HS. AIDS bilgi ve tutum ölçeklerinin geliştirilmesi ve psikometrik özelliklerinin sınanması. *Psikoloji Çalışmaları*, 2018, 38(1):73-93.
- 91.** KLİMİK Derneği HIV/AIDS Çalışma Grubu 2018. HIV Bilgilendirme Kitabı, <https://www.klimik.org.tr/wpcontent/uploads/2016/11/HIV.BILGILENDIRME.KITABI.pdf>, Erişim Tarihi: 20.04.2019.
- 92.** Karadakovan A, Eti Aslan F. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, 1. Baskı. Nobel Kitabevi, Adana, 2010, 1010-1014.

- 93.** Del Rio C, Curran JW. Epidemiology and prevention of acquired immunodeficiency syndrome and human immunodeficiency virus infection. In: Bennett J, Dolin R, Blaser M, eds. Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Disease. 8th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2015, 1483-502.
- 94.** İlçe A, Alpteker H, Koçoğlu E. Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemine Göre Bulaşıcı Hastalıklar Kitabı, Göktuğ Yayıncılık, Amasya, 2013, 64-68.
- 95.** Quinn T.C. İnsan İmmun Yetmezlik Virüs Enfeksiyonu ve Edinilmiş İmmun Yetmezlik Sendromunun Epidemiyolojisi. A. I. S. Lee Goldman (Ed.). Goldman's Cecil Medicine 24th Edition 2015, 2:2169-225.
- 96.** Küçükaltun M, Küçükaltun M. Bulaşıcı Hastalıklar ve Bakımı. Songür Yayıncılık, Ankara, 2012, 100-105.
- 97.** The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) Data, 2018. http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/unaid-data-2018_en.pdf, Erişim Tarihi: 20.04.2019.
- 98.** Fauci AS, Clifford Lane H. Human immunodeficiency virüs disease: AIDS and related disorders. Ed: Kasper DL, Fauci AS, Harrison's Infectious Diseases. 2nd Edition, McGraw-Hill, Newyork, USA, 2013, 842-942.
- 99.** Gilbert PB, McKeague IW, Eisen G, et al. Comparison of HIV-1 and HIV-2 infectivity from a prospective cohort study in Senegal. Statistics in Medicine, 2003, 22(4):573–593.
- 100.** T.C. Sağlık Bakanlığı, HIV-AIDS İstatistikleri, 2018. <https://hsqm.saglik.gov.tr/tr/bulasici-hastaliklar/862-hiv-aids/1135-h%C4%B1v-aids-istatistik.html>, Erişim Tarihi: 20.04.2019.
- 101.** Erdiñ FŞ, Dokuzoğuz B, Ünal S. Changing trends in the epidemiology of Turkey. In: 30th IUSTI Europe Conference (15-17 September 2016, Budapest, Hungary) Abstract Book. UK: International Union Against Sexually Transmitted Infections, 2016: 115-6.
- 102.** Gökengin D. HIV infection in Turkey: How close are we to the target?. Klimik Dergisi, 2018; 31(1): 4-10.
- 103.** Dokuzoğuz B, Korten V, Gökengin D. Fincanci M, Yildirmak T, Nuray UK, Tasdelen FN, Inan D, Eraksoy H, Akalin H. Transmission route and reasons for HIV testing among recently diagnosed HIV patients in HIV-TR cohort, 2011-2012. Journal of the International AIDS Society, 2014; 17(4): 19595.
- 104.** Aygen T. HIV/AIDS epidemiyolojisi ve korunma, Hacettepe Üniversitesi HIV/AIDS Tedavi ve Araştırma Merkezi (HATAM), 2017, 4-5.

- 105.** Kurt AS, Yılmaz SD. Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin HIV/AIDS hakkındaki bilgi düzeyleri ve bilgi kaynakları. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2012, 9(3): 47-52.
- 106.** Avcı Kurt S. Balıkesir üniversitesi öğrencilerinin HIV/AIDS hakkındaki bilgi düzeyi ve tutumlarının değerlendirilmesi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2014, 3(2): 79-86.
- 107.** Özdemir M, Feyzioğlu B, Doğan M, Baykan M, Baysal B. Üniversite öğrencilerinin HIV/AIDS hakkındaki bilgi düzeyi ve tutumlarının değerlendirilmesi. *Türk HIV/AIDS Dergisi*, 2006, 9(1): 10-16.
- 108.** Akdemir N, Birol L. *İç Hastalıkları Hemşireliği*, 1. Baskı. İstanbul, 2003: 541-599.
- 109.** T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Bulaşıcı Hastalıklar Daire Başkanlığı İstatiksel Verileri, HIV/AIDS Vakalarının Olası Bulaş Yollarına Göre Dağılımı (Türkiye 1985-31 Aralık 2016). <http://www.thsk.gov.tr/component/k2/353-istatiksel-veriler/bulasici-hastaliklardaire-baskanligi-istatiksel-veriler.html> Erişim Tarihi: 16.04.2019.
- 110.** Aksu O. Ayrımcılığın özel bir alanı: HIV Pozitif kadınlar ve çalışma hayatı. *Açıköğretim Uygulamaları ve Araştırmaları Dergisi*, 2017, 3(4), 174-186.
- 111.** Şahin GÖ, Başaran NÇ, Ünal S. HIV bulaş yolları ve hızları. *HIV/AIDS Tıp Dergisi*, 2005, (8)1.
- 112.** Shaw GM, Hunter E. HIV Transmission. *Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine*, 2012, 2:a0066965.
- 113.** Ünal S, Özkaya G. Edinsel (Kazanılmış) İmmün Yetmezlik Sendromu, “Enfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyolojisi”, Ankara, 2008.
- 114.** Fritz JM, Fraser VJ, Henderson DK. Preventing occupational HIV infection in the health-care environment. Cohen J, Powderly WG, Opal SM et al. (edt). *Infection Disease Volume two*. 3th edition. Mosby Elsevier. 2010: 932-937.
- 115.** T.C. Sağlık Bakanlığı, Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar (CYBE/HIV/AIDS), Katılımcı Kitabı, 2010, <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/329> Erişim Tarihi: 16.04.2019,
- 116.** Öz G, Bayer A, Yalçın N, Yıldırım F. “Bağışıklık Sistem Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı”, Dahiliye Hastalıkları ve Bakım. Songür Yayıncılık, Ankara, 2013.
- 117.** Aslan FG, Altındiş M. HIV’in güncel tanı algoritmi ve gelişen korunma yöntemleri. *Türk Mikrobiyoloji Cemiyeti Dergisi*, 2017, 47(2): 47-60.

- 118.** Wyatt CM, Klotman PE, D'Agati VD. HIV-associated nephropathy: clinical presentation, pathology, and epidemiology in the era of antiretroviral therapy. *Seminars in Nephrology*, 2008, 28 (6), 513-522.
- 119.** Gökengin D, Kurtaran B, Korten V, Tabak F, Ünal S. HIV/AIDS Tanı İzleme ve Tedavi El Kitabı, 2018. https://www.klimik.org.tr/wp-content/uploads/2018/11/HIV_AIDS-El-Kitab%C4%B1.pdf, Erişim Tarihi: 20.04.2019.
- 120.** Babayiğit MA, Bakır B. HIV Enfeksiyonu ve AIDS: Epidemiyoloji ve Korunma. *Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2004, 3(11):280-290.
- 121.** Çelik S, Usta YÖ. Dahili ve Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği. Nobel Yayınevi, Ankara, 2015.
- 122.** Kaya S, Yılmaz G, Erensoy Ş, Arslan M, Köksal İ. HIV/AIDS'li 36 olgunun retrospektif analizi. *Klimik Dergisi*, 2011, 24(1): 11-16.
- 123.** Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Revised surveillance case definition for HIV infection-United States, *MMWR Recomm Rep*, 2014; 63(1): 1-10.
- 124.** WHO, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS & World Health Organization. AIDS epidemic update, December 2006, <https://www.who.int/hiv/pub/epidemiology/epiupdate2006/en/> Erişim Tarihi: 20.04.2019.
- 125.** Akgül S, Gündüz T, Borand H, İspir B, Ötnü AA. Hastane personellerinin Hepatit B hakkında bilgi düzeyleri ve HBV serolojik markerlerinin araştırılması. *Viral Hepatit Dergisi*, 2005, 1:10.
- 126.** T.C. Sağlık Bakanlığı Türk Halk Sağlığı Kurumu Bulaşıcı Hastalıkları Daire Başkanlığı. HIV/AIDS Tanı ve Tedavi Rehberi, 2013, http://thsk.saglik.gov.tr/eDosya/bulasici-hastaliklar-db/hiv_aids_tani_tedavi_rehberi_2013.pdf, Erişim Tarihi: 20.04.2019.
- 127.** Bahar A, Gökengin D, Tükenmez ET, Tanış F, Kayar H. Pozitif Yaşamak HIV ile Yaşayanların El Kitabı, İstanbul, Pozitif Yaşam Derneği, 2015: 22.
- 128.** Tümer A, Ünal S. HIV/AIDS epidemiyolojisi ve korunma. *Aile ve Toplum Dergisi*, 2001, 4 (1): 1-8.
- 129.** Kutlu SS. İnsan immün yetmezlik virusuna karşı profilaksi. *Klimik Dergisi*, 2016, 29 (3): 100-106.
- 130.** Selimoğlu MA. Kronik hepatit B ve hepatit C virüs enfeksiyonlarında antiviral tedavi. *Çocukluk Çağı Karaciğer Hastalıkları*. Erzurum 2000; 89-108.
- 131.** Ustaçelebi S, Ergünay K. Hepatit B virüsünün Moleküler Virolojisi. *Viral Hepatit*, Ankara, 2007, 96.

- 132.** Mut D. Hepatit B Virüsüne (HBV) Bağlı Karaciğer Yetmezliği Nedeniyle Karaciğer Transplantasyonu Yapılan Hastalarda Uzun Dönemde HBIG (Hepatit B immünglobulin) + Lamivudin Profilaksinin Etkinliğinin ve Karaciğer Dokusunda HBV Varlığının PCR (Polymerase Chain Reaction) İle Retrospektif Olarak Araştırılması. Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2014.
- 133.** World Health Organization (WHO); Hepatits B, 2015, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/en/> Erişim Tarihi: 20.04.2019.
- 134.** Unutmaz G. Kronik Aktif Hepatit B ve Asemptomatik Hepatit B Enfeksiyonlu Hastalarda Bazal Metabolik Hızın ve Vücut Kompozisyonunun Değerlendirilmesi. Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Şanlıurfa; Harran Üniversitesi, 2009.
- 135.** Ağca H. Hepatit B virüs Serolojisi. Editör: Altındış M, Tabak F. “Hepatit Mikrobiyolojisi”, İstanbul Tıp Kitabevi, 2015, 76-82.
- 136.** Miriam JA. Epidemiology of Hepatitis B in Europe and Worldwide. *Journal of Hepatology*, 2003, 39(1):64-69.
- 137.** Akçam FZ. Hepatit B virüs enfeksiyonu. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 2003, 12(6): 211-214.
- 138.** Allain JP. Epidemiology of Hepatitis B virus and genotype. *Journal of Clinical Virology*, 2006, 36(1):12-17.
- 139.** Mollaoğlu M. Kronik Hastalıklarda Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik. *Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongre Kitabı*, 2007, 9-12.
- 140.** Gish RG, Given BD, Lai CL, Locarnini SA, Lau JY, Chronic hepatitis B: virology, natural history, current management and a glimpse at future opportunities, *Antiviral Research*, 2015, 121: 47–58.
- 141.** Koff RS. Hepatitis C. In: Gorbach SL, Bartlett JG, Blacklow NR, eds. *Infectious Diseases*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams, 2004:779-84.
- 142.** Alberti A, Benvegnu L. Management of hepatitis C. *Journal Hepatology*, 2003, 38(1): 104–118.
- 143.** Usluer G. İzolasyon Yöntemleri. *Hastane İnfeksiyonları*, (Ed.: M. Doğanay-S. Ünal-Y. Şardan Çetinkaya), Ankara, 2013, 683.
- 144.** Poynard T, Yuen MF, Ratzu V, Lai CL. Viral hepatitis C. *Lancet*, 2003, 362:2095_100.

- 145.** Manns MP, Mc Hutchison JG, Gordon SC, Rustgi VK, Shiffman M, Reindollar R, Goodman ZD, Koury K, Ling MH, Albrecht JK. Peginterferon alpha-2b plus ribavirin compared with interferon alpha-2b plus ribavirin for initial treatment of chronic hepatitis C: a randomised trial. *Lancet*, 2001; 358: 958-965.
- 146.** Yenen ŞO, Hepatit C Virusu. İnfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyolojisi, (Ed. A.W. Topçu-G. Söyletir-M. Doğanay, Ankara, 2002, 1377.
- 147.** Diestag JL, Isselbacher KJ. Acute viral hepatitis. In: Hauser K, Longo B, Jameson F eds. *Harrison's Principles of Internal Medicine*, 16th ed. New York, McGraw-Hill 2005: 1822-1838.
- 148.** Tabak F, Tosun S, Balık İ, et al. Ülkemizde HBV ve HCV seroprevalansı değişiyor mu? [Özet]. In: XI. Ulusal Viral Hepatit Kongresi (12-15 Nisan 2012, Antalya) Kitabı. Ankara: Viral Hepatitle Savaşım Derneği, 2012:69.
- 149.** Tozun N, Ozdogan OC, Cakaloglu Y, Idilman R, Karasu Z, Akarca US et al. A nationwide prevalence study and risk factors for hepatitis A, B, C and D infections in Turkey. *Hepatology*, 2010; 52:697A.
- 150.** Mıstık R. Türkiye'de viral hepatit epidemiyolojisi yayınların irdelenmesi. *Viral hepatit*, 2007, 1: 10-50.
- 151.** Quer J, Mur JIE, Thomas HC, Lok ASF, Locarnini SA, Zuckerman AJ. Hepatitis C virus: epidemiology and prevention. *Viral Hepatitis*. 4th ed. Oxford: John Wiley & Sons, 2014;246-65.
- 152.** Ray SC, Thomas DL, Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. Hepatitis C. Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases. 7th ed. Philadelphia, PA: Churchill Livingstone, Elsevier, 2010, 2157:85.
- 153.** Grebely JG. Can hepatitis C virus infection be eradicated in people who inject drugs?. *Antiviral Research*, 2014, 104:62-72.
- 154.** Shepard CW, Finelli L, Alter MJ. Global epidemiology of hepatitis C virus infection. *The Lancet infectious diseases*, 2005. 5(9): 558-567.
- 155.** Hardikar W. Hepatitis C in childhood. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 2002. 17(4):476-481.
- 156.** Şener HB, Günel Ö. Dünyada ve ülkemizde Hepatit C epidemiyolojisi. *Klinik Dergisi*, 2009, 22(2):38-43.
- 157.** Akıncı E, Bodur H, Tabak F, Balık İ, Tekeli E. HCV infeksiyonunda klinik ve tanı. *Viral Hepatit*. Viral Hepatitle Savaşım Derneği Yayını, 2007, İstanbul; 208-219.

- 158.** Pawlotsky JM. Use and interpretation of virological tests for hepatitis C. *Hepatology* 2002, 36(1):65.
- 159.** Chevaliez S, Pawlotsky JM. Hepatitis C virus serologic and virologic tests and clinical diagnosis of HCV-related liver disease. *International Journal of Medical Sciences*, 2006, 3:35-40.
- 160.** Tahan V, Kalaycı C. “Kronik Hepatit C Güncel Tedavisi ”, *Viral Hepatit*, Ed: Tabak F, Balık İ, Tekeli E, Ankara , 2007, 246.
- 161.** Alter MJ. Prevention of spread of Hepatitis C. *Hepatology*, 2002, 36(1):93-8.
- 162.** WHO, *Hepatitis: Prevention of Hepatits C*, 2019,
http://www.wpro.who.int/hepatitis/hepatitis_hepatitis_c_prevention/en/, Erişim tarihi: 17.03.2019.
- 163.** Uslu Ö. Hemşirelerin Mesleki Profesyonelliklerinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Okan Üniversitesi, 2018.
- 164.** Dertli S. Pediatri Hemşirelerinin Mesleki Profesyonellik Düzeylerinin Kültürlerarası Bakım Yaklaşımlarına Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans Programı, Yüksek Lisans Tezi, Malatya: İnönü Üniversitesi, 2018.
- 165.** Halfer D, Graf E. Graduate nurse perceptions of the work experience. *Nursing Economic*, 2006, 24(3)150-155.
- 166.** MacDonald JA, Herbert R, Thibeault C. Advanced practice nursing, unification through a common identity. *Journal of Professional Nursing*, 2006, 22(3): 172-179.
- 167.** Dikmen DY, Yönder M, Yorgun S, Usta YY, Umur S, Aytekin A. Hemşirelerin profesyonel tutumları ile bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2014;17:3.
- 168.** Cılız N, Gazi H, Ecemiş T, Şenol Ş, Akcalı S, Kurutepe S. Sağlık çalışanlarında Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak, Suciceği, Difteri, Tetanos ve Hepatit B seroprevalansı. *Klimik Dergisi*, 2013, 26(1): 26-30.
- 169.** Gökhan S. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde eğitim gören uzmanlık eğitimi gören hekimlerin mesleki risklerinin değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 2008.

- 170.** Bilek H. Uzmanlık Öğrencilerinin Enfekte Kan ve Vücut Sıvılarına Maruziyet Risklerinin, Bilgi Düzeylerinin ve Maruziyet Sonrası Tutumlarının Değerlendirilmesi. Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi, 2016.
- 171.** Edinç S. Hemşirelerin Ünlversal Önlemlere İlişkin Bilgi ve Uygulamaları. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi. 2006.
- 172.** Özdelikara A. Hemşirelerin Hepatit B, C Virüsü İle Karşılaşma Durumları ve Korunmak İçin Aldıkları Önlemler. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilimdalı Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2008.
- 173.** Gücük M, Karabey S, Yolsal N, Özden YI. İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği Çalışanlarında Kesici-Delici Alet Yaralanmaları. Hastane Enfeksiyonları Dergisi, 2002, 6:72-81.
- 174.** Ataç M. Hemşirelerin HIV/AIDS Tanılı Hastalara Yönelik Damgalamaya İlişkin Düşünce ve Uygulamaları. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2014.
- 175.** Ataç M, Buzlu S. Hemşirelerde HIV/AIDS tanılı hastalara yönelik damgalama. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 2016, 24(3):155-164.
- 176.** Taze SS. Cerrahi Birimlerinde Çalışan Hemşirelerin Kan ve Vücut Sıvılarıyla Bulaşan Hastalıklardan Korunmaya Yönelik Aldıkları Evrensel Önlemler. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2008.
- 177.** Şahin N. Üniversite Öğrencilerinin Hepatit B'ye İlişkin Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Yüksek Lisans Programı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Bilim Üniversitesi, 2009.
- 178.** T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018, https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/Bulasici-hastaliklar-db/duyurular/Turkiye_Viral_Hepatit_Onleme_ve_Kontrol_Programi/Turkiye_Viral_Hepatit_Onleme_ve_Kontrol_Programi_TR.pdf, Erişim Tarihi: 24.04.2019.
- 179.** Şeref Y. Bir Kamu Hastanesinin Bazı Servislerinde Çalışan Hemşirelerin Hepatit B ve C Hastalığı, Korunma Yolları Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi, 2007.

- 180.** Uçan Ö, Ovayolu N, Torun S. Hemşirelerin Hepatit B ve C virüslerinden korunmak için aldıkları önlemlerin belirlenmesi Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2006, 9 (2), 45-56.
- 181.** Işık SS. Eskişehir Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Sağlık Çalışanlarının HBV,HCV Ve HIV Konusunda Bilgi ve Korunmaya Yönelik Uygulamaları. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, 2008.
- 182.** Günbatan M, Tolonay B, Özçakır Tomruk C, Çapar GD. Awareness, knowledge and attitudes of dental students in Yeditepe University Faculty of Dentistry towards individuals with HIV/AIDS. Yeditepe Klinik Dergisi, 2016, 12(1): 29-39.
- 183.** Ayata ŞN. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Çalışanlarının HIV/AIDS Hastaları Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranışları. Aile Hekimliği Kliniği, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul: Sağlık Bilimleri Üniversitesi, 2018.
- 184.** Akça B. Özün Altınay Z. Demirbaşoğlu H. Kırdar İ. Okol B. Özkan H. G. Koç E.M. Pamuk G, Can H. Bir tıp fakültesinde dönem III öğrencilerinin cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve korunma yöntemleri hakkındaki bilgi ve tutumları. Family Practice & Palliative Care, 2016: 48-52.
- 185.** Kostak MA, Ünsar S, Sadırlı SK. Hemşire ve Ebelerin AIDS'e Karşı Tutumlarının Belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 2009, 17 (2): 76-86.
- 186.** Aykan Ş. Afyon İl Merkezindeki Hastanelerde Çalışan Hemşirelerin Hepatit-B Enfeksiyonuna Yönelik Korunma Durumlarının İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Afyon: Afyon Kocatepe Üniversitesi, 2006.
- 187.** Kaya M, Aylaz R, Yağmur Y, Güneş G. Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin HIV/AIDS'le ilgili bilgi ve tutumları. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2007, 6(3):175-180.
- 188.** Demmer, C. AIDS attitudes and attitudes toward ca-ring for dying patients. Death Studies, 2007, 23: 433-442.
- 189.** Oyeyemi A, Oyeyemi B, Bello I. Caring for patients living with AIDS: knowledge, attitude and global le-vel of comfort. Issues And Innovations İn Nursing Practice, 2006, 196-204.

- 190.** Walusimbi M, Okonsky JG. Knowledge and attitude of nurses caring for patients with HIV/AIDS in Uganda. *Applied Nursing Research*, 2004, 17(2):92-99.
- 191.** Sorucuoğlu YA, Tüfekci GF. Çocuk hemşirelerinde mesleki profesyonel değerler. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2015, 6 (2): 105-109.
- 192.** Dişbudak Z. Hemşirelerin Kesici-Delici Alet Yaralanma ile Karşılaşma Durumları ve Karşılaşma Sonrası İzledikleri Yöntemler. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep; Gaziantep Üniversitesi, 2013.
- 193.** Özkaraca R. Hekimlerin ve Hemşirelerin İşbirliğine İlişkin Tutumları ve Birbirlerini Profesyonellik Açısından Değerlendirmeleri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2009.
- 194.** Sabancıoğulları S, Doğan S. Profesyonel kimlik gelişimi ve hemşirelik. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2012, 15(4): 275-282.
- 195.** DeGrasse C, Nilcin W. Advanced Nursing Practice: Old Hat, New Design. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 2001, 14(4):7-12.
- 196.** Addis G, Karadağ A. An evaluation of nurses' clinical teaching role in Turkey. *Nurse Education Today*, 2003; 23(1):27-33.

8. ŞEKİLLER DİZİNİ

ŞEKİLLER

Sayfa No

Şekil 2.1. Hemşirelikte Profesyonelleşme Modeli 10



9. TABLOLAR DİZİNİ

	<u>Sayfa No</u>
Tablo 2.1. İş kavramı ve meslek kavramı arasındaki farklılıklar.....	5
Tablo 2.2. Erişkinler için HIV enfeksiyonu sınıflaması.....	22
Tablo 4.1. Hemşirelerin kişisel özellikleri	40
Tablo 4.2. Hemşirelerin mesleki tanıtıcı özellikleri	41
Tablo 4.3. Hemşirelerin çalışma özellikleri	42
Tablo 4.4. Hemşirelerin kendini meslekte profesyonel görme durumları.....	42
Tablo 4.5. Hemşirelerin meslekte profesyonel tutum sergileyememe nedenleri	43
Tablo 4.6. Hemşirelerin profesyonel hareket edebilmeleri için yapılması gerekenler.....	43
Tablo 4.7. Hemşirelerin kesici-delici aletlerle yaralanma durumları.....	45
Tablo 4.8. Hemşirelerin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C’de tutumları.....	46
Tablo 4.9. Hemşirelerin HIV/AIDS, Hepatit B ve C’li hastalara bakım verme durumu	47
Tablo 4.10. Hemşirelerin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C’de aldıkları önlemler.....	48
Tablo 4.11. Hemşirelerin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C’de bilgi durumları	50
Tablo 4.12. Hemşirelerin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C’de görülen belirti-bulgular açısından bilgileri	51
Tablo 4.13. Hemşirelerin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C’nin bulaşma yollarına ilişkin bilgileri	52
Tablo 4.14. Hemşirelerin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C’den korunma yollarına ilişkin bilgileri	53
Tablo 4.15. Hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri ile HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C bulaşma riskini düşünerek çalışma durumunun karşılaştırılması.....	54
Tablo 4.16. Hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri ile HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C’li hastayla çalışma tutumunda değişikliğin karşılaştırılması.....	56
Tablo 4.17. Hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri ile HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C’li hastayla çalışırken önlem alma durumunun karşılaştırılması	58
Tablo 4.18. Hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri ile HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C bulaşma riskine karşı alınan koruyucu önlemleri yeterli bulma durumunun karşılaştırılması	60
Tablo 4.19. Hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri ile HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C ilgili bilimsel aktivitelere katılma durumunun karşılaştırılması	62
Tablo 4.20. Hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri ile HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C ilgili eğitim alma durumlarının karşılaştırılması	64

Tablo 4.21. Hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri ile HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C ile ilgili eğitim alma isteği durumlarının karşılaştırılması	66
Tablo 4.22. MPTE güvenilirlik analizi ile puan ortalamaları.....	67
Tablo 4.23. Hemşirelerin kişisel özellikleri ile MPTE puanlarının karşılaştırılması.....	68
Tablo 4.24. Hemşirelerin mesleki özellikleri ile MPTE puanlarının karşılaştırılması.....	69
Tablo 4.25. Hemşirelerin kendini meslekte profesyonel görme durumları ile MPTE puanlarının karşılaştırılması	70
Tablo 4.26. Hemşirelerin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C’de tutumları ile MPTE puanlarının karşılaştırılması	71
Tablo 4.27. Hemşirelerin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C’de bilgi durumları ile MPTE puanlarının karşılaştırılması	73
Tablo 4.28. Hemşirelerin HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C’ye ilişkin bilgi ve tutum özellikleri ile MPTE toplam puanı arasındaki korelasyon değerleri.....	74

10. EKLER DİZİNİ

	<u>Sayfa No</u>
EK-1: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU	113
EK-2: ANKET FORMU	118
EK-3: ETİK KURUL KARARI	125
EK-4: KURUM İZİNLERİ	126
EK-5: ÖLÇEK KULLANIM İZİNİ	128
EK-6: ÖZGEÇMİŞ	129



EK-1: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ!!!

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağına çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz. **Eğer bir başka çalışmada da yer alıyorsanız bu çalışmada yer alamazsınız.**

ARAŞTIRMANIN ADI :

Hemşirelerde Mesleki Profesyonellik Düzeyinin Bulaşıcı Hastalıklar Farkındalık Durumuna Etkisi

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Bu çalışmada, hastanede çalışan hemşirelerin mesleki profesyonellik düzeyinin bulaşıcı hastalıklarda farkındalık durumuna etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

- 1- Araştırmanın yapıldığı tarihler arasında Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi ve Kahramanmaraş İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı Necip Fazıl Şehir Hastanesinde çalışıyor olmak
- 2- Hemşire pozisyonunda (kadrolu, sözleşmeli yada taşeron) çalışıyor olmak
- 3- Araştırmanın yapıldığı tarihler arasında izinli ya da raporlu olmamak, fiili olarak çalışıyor olmak
- 4- Çalışmaya katılmaya gönüllü olması
- 5- Kendi isteğiyle çalışmaya katılmayı kabul etmek

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Araştırma sırasında uygulanacak olan invazif yöntemler dahil olmak üzere izlenecek veya gönüllüye uygulanacak yöntemlerin tümü (*Hastanın anlayabileceği şekilde anlatılmalıdır.*)

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz yardımcı araştırmacı Emine FIRTINA ÇAKI tarafından sizlere formlar hakkında kısa bir açıklama yapılacak ve formlarda yer alan soruları cevaplamamız istenecektir. Bu çalışmada cevaplamamız istenen “Kişisel Bilgi Formu”, “Bulaşıcı Hastalıklarda Farkındalık Soru Formu” ve “Meslekte Profesyonel Tutum Envanteri (MPTE)” ni içeren bir adet anket formu bulunmaktadır. Bunlardan “Kişisel Bilgi Formu” araştırmacılar tarafından literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanmış olup; toplam 16 sorudan oluşmaktadır. “Bulaşıcı Hastalıklarda Farkındalık Soru Formu” hemşirelerin bulaşıcı hastalıklarda (AIDS, HBV, HCV) farkındalık durumunu belirlemeye yönelik olarak literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından hazırlanmış olup toplam 25 sorudan oluşmaktadır. Meslekte Profesyonel Tutum Envanteri (MPTE), Erbil ve Bakır tarafından 2009 yılında geliştirilerek geçerliği ve güvenilirliği test edilmiş bir ölçek olup hemşirelerin mesleki profesyonellik düzeyini ölçmek amacıyla geliştirilmiş, tek boyut ve toplam 32 sorudan oluşan, güvenilir ve uygulanması kolay bir ölçektir. Araştırmada kullanılan bu formları cevaplamamız yaklaşık 15-20 dakika sürecektir.

- 1- Anket sorularına uygun ve doğru cevaplanmasına özen göstermeleri
- 2-Veri toplama aracını zamanında araştırmacıya ulaştırmaları

UYGULANACAK DENEY YÖNTEMLERİ

- 1- Veri toplama aracındaki (Anket) soruların cevaplanması

İLACIN SAKLAMA KOŞULLARI

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı1178..... 'dir.

KATILIMIM NE KADAR SÜRECEKTİR?

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre bir defaya mahsus bir anket sorularının cevaplanması süresidir.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

(örn, çalışma ilaçlarıyla uygulanan tedavi ile hastalığın kontrol altına alınabilme olasılığı, sonuçların başka insanların yararına kullanılabilir olması, yalnızca araştırma amaçlı olduğu ve doğrudan yarar görmesi ya da tedavinin seyrinin değiştirilmesinin beklenmeyeceği vb.)

- 1- Hemşirelerin mesleki profesyonellik düzeylerini bilmeleri açısından farkındalık oluşturacaktır.
- 2- Hemşirelere çok yaygın karşılaşılabilecek bulaşıcı hastalıklar konusunda farkındalık durumları ortaya konacaktır.
- 3- Hemşirelerin mesleki profesyonellik düzeylerinin çalışma hayatında sık karşılaşılan bulaşıcı hastalıklarda farkındalık durumuna ne kadar etkisi olduğu saptanacak bu sayede gerek ulusal gerekse uluslararası literatüre katkı sunulacaktır.
- 4- Konu ile ilgili gerek Türkiye'de gerekse uluslararası alanda yapılacak diğer çalışmalara temel oluşturması açısından katkı sağlayacaktır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

(gözlenebilecek istenmeyen etkiler, karşılaşılabilecek sorunlar (allerji, enfeksiyon, başağrısı, bayılma, morarma vb.)

- 1-Çalışmanın hiçbir riski bulunmamaktadır. Sadece anket soruları cevaplanacaktır.
- 2-
- 3-

GÖNÜLLÜYE UYGULANABİLECEK OLAN ALTERNATİF YÖNTEMLER VEYA TEDAVİ ŞEMASI VE BUNLARIN OLASI YARAR VE RİSKLERİ

- 1-Anlayamadıkları soru olursa yüz yüze anket uygulaması yapılabilecektir

GEBELİK

..... nin doğmamış fetus ya da anne sütü emen çocuk için riskleri bilinmemektedir. Gebe ya da çocuk emziren kadınlar bu çalışmaya katılamazlar. En iyisi gebe olmadığınızdan ve çalışma boyunca gebe kalmamaya niyetli olduğunuzdan emin olmalısınız. Çocuk doğurma potansiyeliniz varsa çalışma doktoru sizinle uygun doğum kontrol yöntemlerini konuşacaktır. Çalışma sırasında gebe kaldığınızdan şüphelenirseniz, hemen çalışma doktoruna haber vermelisiniz. Gebe iseniz izniniz alınmadan araştırmadan çıkarılacaksınız.

ARAŞTIRMA SÜRECİNDE BİRLİKTE KULLANILMASININ SAKINCALI OLDUĞU BİLİLEN İLAÇLAR/BESİNLER NELERDİR?

- | | |
|----|----|
| 1- | 4- |
| 2- | 5- |
| 3- | 6- |

- Anket Formunu eksik ya da hatalı doldurmanız,
- Veri toplama aracını zamanında araştırmacıya ulaştırmamanız v.b nedenlerle araştırmacı sizin izniniz olmadan sizi çalışmadan çıkarabilir.

DİĞER TEDAVİLER NELERDİR? (şimdilik uygulanmayacak olup ilerde uygulanabilecek tedavi yada işlemler ve bunların riskleri)

1-	4-
2-	5-
3-	6-

İLGİ MEVZUAT GEREĞİNCE GEREKİYORSA, GÖNÜLLÜYE VERİLECEK TAZMİNAT VE/VEYA SAĞLANACAK TEDAVİLER, YAPILACAK ULAşIM, YEMEK GİBİ MASRAFLARA İLİşKİN ÖDEMELERİN MİKTARI, YÖNTEMLERİ VE ÖDEME PLANI HAKKINDAKİ BİLGİLER

(Uygulama sırasında gelişebilecek herhangi bir hasara karşı (ölüm/sakatlanma dahil) güvence altına alınmaktasınız, oluşabilecek hasar size tarafımızdan yapılan sigorta ile tazmin edilecektir (Sağlık Bakanlığı'ndan izin alınması gerekli olmayan araştırmalar için zorunlu değildir. Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir)

ARAşTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Uygulama süresi boyunca, zorunlu olarak araştırma dışı ilaç almak durumunda kaldığınızda Sorumlu Araştırıcıyı önceden bilgilendirmek için, araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için sorumlu araştırmacıya başvurabilirsiniz. .

İSTEDİĞİM ZAMAN ARAşTIRMADAN AYRILABİLİRMIYİM

Araştırmaya katılımınızın isteğe bağlı olduğu ve istediğiniz zaman, herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir hakkını kaybetmeksizin araştırmaya katılmayı reddedebilir veya araştırmadan ekilebilirsiniz.

KATILMAMA İLİşKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz (tedavinin gizli olması durumunda, gönüllüye kendine ait tıbbi bilgilere ancak verilerin analizinden sonra ulaşabileceği bildirilmelidir).

ÇALIŞMAYA KATILMA ONAYI:

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacılar tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

Çalışma sırasında elde edilen biyolojik materyaller üzerinde genetik araştırma yapılabilmesi için Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formunda (BGOF):

“[Çalışmanın Adı] çalışması kapsamında alınan biyolojik örneklerimin (kan, idrar vb.); (Gönüllü tarafından uygun olan şık işaretlenmelidir)

- Sadece yukarıda bahsi geçen çalışmada kullanılmasına izin veriyorum.
- İleride yapılması planlanan tüm çalışmalarda kullanılmasına izin veriyorum.
- Hiçbir koşulda kullanılmasına izin vermiyorum.”

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

RIZA ALMA İŞLEMİNE BAŞINDAN SONUNA KADAR GEREKTİĞİ DURUMLARDA TANIKLIK EDEN KURULUŞ GÖREVLİSİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TELEFON		
TARİH		
RIZA ALMA İŞLEMİNE BAŞINDAN SONUNA KADAR GEREKTİĞİ DURUMLARDA TANIKLIK EDEN KURULUŞ GÖREVLİSİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TELEFON		
TARİH		

SORUMLU ARAŞTIRMACININ		İMZASI
ADI & SOYADI	Mehtap SÖNMEZ OMAÇ	
TELEFON	05..	
TARİH	01.11.2017	

EK-2:ANKETFORMU

BÖLÜM I (KİŞİSEL BİLGİ FORMU)

Sayın katılımcı.

Yüksek Lisans Tezi kapsamında yapılan bu araştırmanın amacı hastanede çalışan hemşirelerin mesleki profesyonellik düzeyinin bulaşıcı hastalıklarda farkındalık durumuna etkisini belirlemektir. Vereceğiniz cevaplar gizli tutulacak ve tamamen bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Araştırmaya vereceğiniz değerli katkılarınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Dr. Öğr. Üyesi Mehtap SÖNMEZ
(Tez Danışmanı)

Hemş. Emine FIRTINA ÇAKI
(Sorumlu Araştırmacı-YL Öğrencisi)

1. **Çalıştığınız hastane:** () KSÜ Hastanesi () Necip Fazıl Şehir Hastanesi
2. **Hangi birimde/serviste çalışıyorsunuz ?**.....
3. **Bu birimde/serviste ne kadar süredir çalışıyorsunuz?**.....
4. **Yaşınız:**
5. **Cinsiyetiniz:** () Kadın () Erkek
6. **Pozisyonunuz:** () Hemşire () Sorumlu Hemşire () Diğer:.....
7. **Medeni durumunuz:** () Evli () Bekâr
8. **Çocuğunuz var mı?** () Yok () Var **Varsa sayısı:**.....
9. **Eğitim durumunuz:** () Lise () Ön Lisans () Lisans () Yüksek Lisans-Doktora
10. **Çalışma şekli:** () Kadrolu () Sözleşmeli () Diğer.....(Lütfen belirtiniz)
11. **Mesleki deneyiminiz:**() 0-5 yıl () 6-10 yıl () 11 -15 yıl () 16-20 yıl () 21 yıl ve üzeri
12. **Haftada ortalama kaç saat çalışıyorsunuz?**.....saat
13. **Genelde hangi vardiyada çalışıyorsunuz?** () Gündüz () Gece() Gece-gündüz karma
14. **Günlük ortalama bakım verdiğiniz hasta sayısı:**.....
15. **Kendinizi hemşirelik mesleğinde ne kadar profesyonel görüyorsunuz?**
1 () Hiç profesyonel görmüyorum 2 () Biraz profesyonel görüyorum
3 () Oldukça profesyonel görüyorum 4 () Tamamen profesyonel görüyorum

16. Hemşirelerin meslekte profesyonel tutum sergileyememe nedeni sizce ne olabilir?

- Okulda öğrenilen bilgilerin meslekte uygulamaya yansıtılmaması
- Çalışma arkadaşlarının profesyonel tutum sergileyen hemşireleri yadırgaması
- Hemşirelik dışı işler yapmaktan dolayı hemşirelikle ilgili işlere yeterince zaman ayıramamak
- Ekonomik yetersizlikten dolayı bilimsel gelişmeleri takip edecek faaliyetlerde bulunamamak
- Hemşirelik mesleğinin istenilerek ve sevilerek yapılması
- Hemşirelerin mesleki uygulamalarda bağımsız olarak karar alamamak
- Diğer sağlık ekibi üyeleri ile olumsuz ilişkilerin profesyonelliği olumsuz etkilemesi
- Hemşirelerin profesyonellik konusunda özgüven eksikliği hissetmesi
- Yöneticilerin. profesyonel olma konusunda hemşireleri yeterince motive etmemesi
- Çalışan hemşirelerin birçoğunun meslekte tecrübesiz ve yeni olmaları
- Hemşirelik mesleğinin toplum nezdinde imajının iyi olmaması
- Hemşireler arasında işbirliği ve örgütlenmede yetersizlik
- Hemşirelerin farklı eğitim düzeylerindeki okullardan mezun olması (Lise, Ön lisans. Lisans v.b)
- Hemşirelerin profesyonel olmalarını sağlayacak eğitim yayın ve araştırma v.b faaliyetlere katılımda isteksiz davranmaları
- Hemşirelik ile ilgili düzenlemeler ve uygulamaların profesyonel çalışmayı engellemesi
- Hemşirelerin meslek ile ilgili güncel gelişmeleri takip etmemeleri yada mesleğe yansıtılmaları
- Hemşirelerin mesleki etik ilkelere uygun hemşireliği icra etmemeleri
- Diğer (Lütfen belirtiniz).....

17. Hemşirelerin meslekte profesyonel hareket edebilmeleri için sizce neler yapılmalıdır?

- Hemşirelik eğitimi yalnızca lisans düzeyinde verilmeli
- Hemşirelik eğitiminde profesyonellik ile ilgili konulara yer verilmeli. öğrenci hemşireler desteklenmeli
- Hemşirelikte branşlaşma ve uzmanlaşma yoluna gidilmeli
- Hemşirelerin meslekle ilgili bağımsız kararlar almaları (otonomi) sağlanmalı. hemşireler ile ilgili karar. ulusal politikalarda hemşireler yer almalı
- Hemşirelerin kendilerini geliştirme fırsatı verilerek araştırma. yayın yapma. mesleki kongre. sempozyum v.s ve eğitim faaliyetlerine yönlendirilmeli. teşvik edilmeli
- Mezuniyet sonrası hemşirelikte sürekli eğitim fırsatları sunulmalı
- Hemşirelikte birlikte hareketi sağlamak için hemşirelerin mesleki örgütlere (dernek. vakıf. sendika v.b) katılımı sağlanmalı
- Hemşirelik mesleğinin toplumsal statüsünü artıracak çalışmalar yapılmalı
- Hemşirelerin uygulamada rehber olacak etik kodlara (ilkelere) uygun çalışmalarını sağlayacak uygun çalışma ortamı oluşturulmalı. çalışma koşulları iyileştirilmeli
- Hemşirelere sağlık personelleri. hasta ve yakınları ile iletişimi geliştirmelerine fırsat verilmeli
- Hemşirelere. hemşirelik standartlarının yürütülmesi ve gözetilmesi açısından topluma karşı sorumluluk almaları sağlanmalı
- Mesleğin imajını yükseltmek için eğitimiyle paralellik gösteren hemşire unvanını (uzman hemşire. doktoralı hemşire vb.) kullanımını sağlanmalı
- Diğer (Lütfen belirtiniz).....

BÖLÜM II

HIV/AIDS, HEPATİT B VE HEPATİT C BİLGİ SORU FORMU

Aşağıda hemşirelerin çalışma ortamında en sık karşılaştıkları HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C gibi bulaşıcı hastalıklar hakkında bilgi durumunuzu belirleyen sorular yer almaktadır. Size en uygun seçenek/seçenekleri işaretleyiniz.

1. **Son 1 yıl içerisinde kontamine kesici-delici aletlerle yaralandınız mı?**
 Evet Hayır Hatırlamıyorum
2. **Cevabınız evetse ne yaptınız?.....**
3. **Çalışmakta olduğunuz hastanede her hastaya müdahalede bulunurken HIV/AIDS Hepatit B ve Hepatit C gibi bulaşıcı hastalık etkeni varmış gibi düşünerek çalışıyor musunuz?**
 Evet Hayır Fikrim yok
4. **Daha önce HIV/AIDS, Hepatit B ve Hepatit C tanılı hastalara girişim tedavi ve bakım uyguladınız mı? (Uygulama yaptıysanız tanı türünü belirtiniz)**
 Evettanılı hastalara uyguladım Hayır Hatırlamıyorum
5. **HIV/AIDS,Hepatit B, Hepatit C'li hastalara bakım vermede isteklilik durumunuzu işaretleyiniz.**
 Çok istekli olurum
 İstekli olurum
 İstekli olmam
 Hiç istekli olmam
6. **Serviste yatan HIV/AIDS Hepatit B yada Hepatit C tanılı bir hasta ile çalışmak durumunda kalırsanız hastaya karşı olan davranış ve tutumlarınızda değişiklikler olur mu?**
 Evet Hayır Kararsızım
7. **Soruya cevabınız EVET ise bu değişiklikler nelerdir:(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)**
 Hasta odasına daha az girip çıkarım
 Mecbur kalmadıkça hasta ile sohbet etmekten kaçınırım
 İşimi yapıp odasından çıkarım
 Hastayı bakım. tedavi yada girişim yapmaktan kaçınırım
 Diğer.....
7. **HIV/AIDS. Hepatit B ve Hepatit C tanılı hastalara girişim. tedavi ve bakım uygularken gerekli korunma önlemlerini alıyor musunuz?**
 Evet Hayır
8. **HIV/AIDS. Hepatit B ve Hepatit C tanılı hastalara girişim. tedavi ve bakım uygularken ne tür bir önlem alıyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)**
 Eldiven kullanırım
 Çift eldiven kullanırım
 Önlük takarım
 Maske takarım
 Koruyucu gözlük takarım
 Hepsini uygularım
 Fikrim yok

9. HIV/AIDS. Hepatit B ve Hepatit C tanılı hastalardan birinden kan ve vücut sıvılarıyla temasınız olduğunda ne yaparsınız?

- Kanda marker sonuçlarımı baktırırım.
 Derhal aşı yaptırırım
 Yaralanan/temas eden bölgeyi kanatırım
 Yaralanan/temas eden bölgeyi soğuk suyla yıkarım
 Yaralanan/temas eden bölgeyi alkol ile yıkarım
 Kurumda iş kazası prosedürlerini uygulatırım
 Yaralanan/temas eden bölgeyi baticonla yıkarım
 Hiçbir şey yapmam

10. HIV/AIDS. Hepatit B ve Hepatit C’de görülen belirti-bulgularını işaretleyiniz.

Görülen belirti-bulgular	Bulaşıcı Hastalık tipi		
	HIV/AIDS	Hepatit B	Hepatit C
Göz aklarında sararma			
Deride sararma			
Karaciğer büyümesi			
İştahsızlık			
Ateş			
Aşırı yorgunluk			
Bulantı-Kusma			
Ağız içinde beyaz aftlar			
Kas ve eklem ağrıları			
Karın ağrısı			

11. HIV/AIDS. Hepatit B ve Hepatit C’nin bulaşma yollarını işaretleyiniz.

Bulaşma yolu	Bulaşıcı Hastalık tipi		
	HIV/AIDS	Hepatit B	Hepatit C
Cinsel yolla			
Vücut sıvılarıyla temas			
Oral yolla			
Kan yolu ile			
Tokalaşmak-öpüşmek yoluyla			
Deri teması ile (kesici delici alet)			
Annenin bebeğe kordon bağı ile			
Hasta ile aynı ortamda bulunmayla			

12. HIV/AIDS. Hepatit B ve Hepatit C'den korunma yollarını işaretleyiniz.

Bilgi durumunuz	HIV/AIDS	Hepatit B	Hepatit C
Kişisel eşyaları ayırmak			
Aşı yaptırmak			
Kan ve vücut sıvıları ile temas etmemek			
Temizliğe dikkat etmek			
Sağlıklı beslenmek			
Kondom kullanımı			
Kan nakli için kullanılacak kanın gerekli testlerden geçmiş olması			
Kontamine kesici-delici aletlerle direkt temastan kaçınma			
Manikür ve pedikürde kullanılacak aletlerin steril olması			
Tanı almış hastaya dokunmamak			

13. HIV/AIDS. Hepatit B ve Hepatit C ile ilgili en çok kimler risk altındadır?

- () Çoğul transfüzyon yapılanlar
() Hemodiyaliz hastaları
() Uyuşturucu bağımlıları
() Piercing/dövme yaptırınlar
() Erkek eşcinseller
() HIV/AIDS. Hepatit B ve Hepatit C hastalarının cinsel eşleri
() Sağlık personeli
() Çok eşli heteroseksüeller
() HIV/AIDS. Hepatit B ve C li annelerin bebekleri
() Diğer.....

14. Düzenli olarak kanda Anti HBsAg (Hepatit markeri) takibi yaptırıyor musunuz?

- () Evet () Hayır () Kararsızım

15. Daha önce Hepatit B aşınızı yaptırdınız mı?

- () Evet () Hayır () Hatırlamıyorum

16. Daha önce Hepatit B aşınızı yaptırdıysanız eğer kaç doz yaptırdınız?

- () 1 doz () 2 doz () 3 doz () Rapel doz

17. Eğer hepatit B asısı yaptırmadıysanız bunun nedeni yada nedenleri nedir?

- () Fırsat bulamadığım için
() Risk altında bulunmadığım için
() Aşının koruyuculuğuna güvenmediğim için
() Aşının yan etkisinden korktuğum için
() Hepatit B geçirdiğim için

18. HIV/AIDS. Hepatit B ve Hepatit C konusunda yeterli bilgiye sahip misiniz?

Bilgi durumunuz	Bulaşıcı Hastalık tipi		
	HIV/AIDS	Hepatit B	Hepatit C
Evet bilgim var			
Hayır bilgim yok			
Kararsızım			

19. 19. Soruya yanıtınız EVET ise bu bilgiye nereden ulaştınız?

- Sağlık personelinde ulaştım
 Hizmet içi eğitimde öğrendim
 Yakın çevremden öğrendim
 Okul derslerinden öğrendim
 Basın-yayın-internet aracılığıyla öğrendim
 Konu ile ilgili yapılan araştırmalardan. makale ve kitap v.s den öğrendim
 Diğer.....

20. Çalışmakta olduğunuz hastanede HIV/AIDS. Hepatit B ve Hepatit C gibi bulaşıcı hastalıklara karşı alınan koruyucu önlemleri yeterli buluyor musunuz?

- Evet Hayır Kararsızım

21. HIV/AIDS. Hepatit B ve Hepatit C ile ilgili bilimsel aktivitelere katıldınız mı?

- Evet Hayır Hatırlamıyorum

22. HIV/AIDS. Hepatit B ve Hepatit C ile ilgili yapılmış bir araştırma yada makale okudunuz mu?

- Evet Hayır Hatırlamıyorum

23. HIV/AIDS. Hepatit B ve Hepatit C ile ilgili eğitim aldınız mı?

- Evet Hayır Hatırlamıyorum

24. HIV/AIDS. Hepatit B ve Hepatit C ile ilgili eğitim/bilgi almak ister misiniz?

- Evet Hayır Kararsızım

BÖLÜM III
MESLEKTE PROFESYONEL TUTUM ENVANTERİ

Aşağıdaki ifadelerden her birini okuduktan sonra bu ifadeye ne ölçüde katıldığınızı gösteren sütuna ait olan ve ifadenin hizasında bulunan kutucuğun içine X şeklinde işaretleyiniz.	Tamamen Uyuyor	Biraz Uyuyor	Kararsızım	Uymuyor	Hiç Uymuyor
1. Mesleğimi seviyorum.	5	4	3	2	1
2. Mesleki karar ve uygulamalarda özgürüm.	5	4	3	2	1
3. Hizmet verdiğim insanların güvenini kazanmaya çalışırım.	5	4	3	2	1
4. İş yerinde hizmet alan kişiler sorun çıkardığında önce onu sakinleştirip ikna etmeye çalışırım.	5	4	3	2	1
5. İş arkadaşlarımla ve hizmet alanlarla iletişim kanallarımı sürekli açık tutarım.	5	4	3	2	1
6. İş arkadaşlarımla sürekli iş birliği içindeyim.	5	4	3	2	1
7. Kişiler arası ilişkilerde yeterliyim.	5	4	3	2	1
8. Gerek iş arkadaşlarıma gerekse hizmet alanlara düşüncelerimi rahat ve etkin bir şekilde ifade ederim.	5	4	3	2	1
9. İş ilişkilerimde çoğu zaman hoşgörülü davranırım.	5	4	3	2	1
10. Karşımdaki insanı değerlendirirken ilk önce gözlemlerim.	5	4	3	2	1
11. Hizmet verdiğim kişilerin kültürlerini, gelenek örf ve adetlerini anlamaya çalışırım.	5	4	3	2	1
12. Davranışlarım insanların sadece dış görünüşlerine göre değişiklik göstermez.	5	4	3	2	1
13. İş yerinde gereksinimlerin artması motivasyonumu etkilemez.	5	4	3	2	1
14. Mesleki anlamda problem çözme konusunda kendimi yeterli bulurum.	5	4	3	2	1
15. Mesleki bilgimi ve eğitimimi tamamen kullanırım.	5	4	3	2	1
16. Mesleki prensiplerimi önemserim.	5	4	3	2	1
17. Mesleki önerilere, yeni fikir ve eleştirilere açıyım.	5	4	3	2	1
18. İşyerinde her zaman yaratıcı olmaya çalışırım.	5	4	3	2	1
19. Olayları geçmiş deneyimlerimi kullanarak değerlendiririm.	5	4	3	2	1
20. Mesleğimle ilgili son gelişmeleri takip ederim.	5	4	3	2	1
21. Yaptığım işin sorumluluğunu tamamen üzerime alırım.	5	4	3	2	1
22. Mesleğimle ilgili yeni çıkan uygulamaları öğrenmeye çalışırım.	5	4	3	2	1
23. Hem kendimin hem de iş arkadaşlarımla mesleki uygulamalarında eleştirel düşünürüm.	5	4	3	2	1
24. Mesleki kongre, konferans ve toplantılara katılırım.	5	4	3	2	1
25. Mesleğimle ilgili bir kuruluşa veya derneğe üyeyim.	5	4	3	2	1
26. Mesleğimle ilgili bilimsel araştırma yaparım.	5	4	3	2	1
27. Meslekte yüksek öğrenimin gerekli olduğuna inanırım.	5	4	3	2	1
28. Çalışma alanımda yaptığım bütün uygulamaları rapor (kayıt) etmeye çalışırım.	5	4	3	2	1
29. İş yerindeki eksiklikleri belirleyerek gerekli yere bildiririm ve temin etmeye çalışırım.	5	4	3	2	1
30. İş yerindeki yaptığım bütün uygulamalarda neden-sonuç ilişkilerini göz önünde tutarım.	5	4	3	2	1
31. Mesleki sorunlara çözüm getirebilmek için sürekli bir arayış halindeyim.	5	4	3	2	1
32. İşimde disiplinliyim.	5	4	3	2	1

EK-3:ETİK KURUL KARARI**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU**

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Hemşirelerde Mesleki Profesyonellik Düzeyinin Bulaşıcı Hastalıklar Farkındalık Durumuna Etkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	194

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
	AÇIK ADRESİ	RSD Tip Fakültesi Dekanlığı Adresi Kayseri/Kahramanmaraş Yolu Üçüncü Aşımaz Yarıyolu 46000 K. MARAŞ
	TELEFON	(0344)3003424
	FAKS	(0344)3003409
	E-POSTA	tipk@ksu.edu.tr




BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd.Doç.Dr. Mehmet SÖNMEZ		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hastane Enfeksiyonları Kontrol Hemşireliği		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK YÜKSEKOKULU		
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI			
	DESTEKLEYİCİ	yok		
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alımları için)			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>	
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>	
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>	
FAZ 4		<input type="checkbox"/>		
Gözetimsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>		
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>		
In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>		
İlaç dışı klinik araştırma		<input checked="" type="checkbox"/>		
- Anket çalışması - Hemşirelik etkinliklerinin sınavları içerisinde yapılacak araştırma				
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç.Dr. Emel ŞAHİN
İmza:

Not: Etik Kurul Başkanı, araştırmanın etik kurul kararı ile ilgili her soruya cevap verecektir.

EK-4: KURUM İZİNLERİ

Evrak Tarih ve Sayısı: 14/11/2017-E.15541



T.C.
KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği

Sayı : 92860489-044
Konu : Anket İzni

Sayın Emine FIRTINA ÇAKI
Eleşkirt Devlet Hastanesi Eleşkirt/AĞRI

İlgi : D6/11/2017 tarihli ve Bila sayılı yazı.


İlgi yazı ile bildirmiş olduğumuz, Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanemiz bünyesinde görev yapan sağlık çalışanlarına yönelik "Hemşirelerde Mesleki Profesyonellik Düzeyinin Bulaşıcı Hastalıklar Farkındalık Durumuna Etkisi" konulu anket uygulaması talebi, çalışma sonucunun bir örneğinin tarafımıza gönderilmesi kaydıyla uygun görülmüştür.
Bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalıdır
Doç. Dr. İsmail ORHAN
Başhekim

**BELGENİN ASLI
ELEKTRONİK İMZALIDIR**

Evrak Doğrulamak İçin: <http://abys.ksu.edu.tr/en/Vision/Dogrula/SETPE5>
Kahramanmaraş Sağlık İstem Kurumları Araştırma Kampüsü, 46100
Dokuz Eylül/Kahramanmaraş
Telefon No: +90 (344) 500 40 27 Faks No: +90 (344) 331 40 68
E-Posta: izmit@ksu.edu.tr İnternet Adresi: <http://ksu.edu.tr>
Kapı Adresi: ksu.edu.tr

İlgi İçin: Tuba YAĞLICI
Ünvanı: Memur
Telefon No: 03445004217



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.
Evrak sorgulaması: <http://abys.ksu.edu.tr/en/Vision/Dogrula/SETPE5> adresinden yapılabilir.



T.C.
KAHRAMANMARAŞ VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 13511907/044
Konu : Anket Uygulama İzni

KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

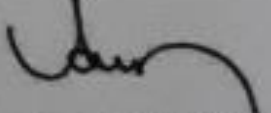
İlgi : 08/01/2018 tarih ve 13511907-517 sayılı yazınız.

İlgi tarih ve sayılı yazınızla; Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Emine FIRTINA ÇAKI'nın "Hemşirelerde Mesleki Profesyonellik Düzeyinin Bulaşıcı Hastalıklar Farkındalık Durumuna Etkisi" konulu tez çalışmasını 15/01/2018-30/06/2018 tarihleri arasında Müdürlüğümüze bağlı Necip Fazıl Şehir Hastanesi ve Ek Hizmet Ünitelerinde yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır.

Op.Dr. Eyüp Mehmet PİRCANOĞLU
İl Sağlık Müdürü V.


Süddik BOZLAK
V.H.K.İ.
Evrak Kayıt Birim Sorumlusu
Belgenin Aklı Elektronik İmzalıdır
...../201.....
19 Ocak 2018

ASLININ AYNISIDIR


Türker FİDAN
Enstitü Sekreteri

EK-5:ÖLÇEK KULLANIM İZİNİ

İndir OneDrive'a kaydet

Merhaba,
Meslekte Profesyonel Tutum Envanteri'ni tez çalışmanızda kaynak göstererek kullanabilirsiniz.
Envanterin özgün formunu ekte gönderiyorum.
Çalışmanızda başarılar dilerim.

Doç.Dr.Nülüfer ERBİL
Ordu Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı
Cumhuriyet Yerleşkesi
52200 Ordu, Türkiye
Tel: 04522345410-5530-6120
e-posta: nerbil@odu.edu.tr, nulufenerbil@gmail.com
Web site: <http://akademi.odu.edu.tr/sayfalar/nerbil>

Nülüfer Erbil, RN, PhD, Assoc.Prof.
Ordu University
Director of Institute of Health Sciences
Faculty of Health Sciences
Head of Department of Obstetrics and Gynecologic Nursing
Cumhuriyet Campus
52200 Ordu, TURKEY
Tel: +904522345410-5530-6120
e-mail: nerbil@odu.edu.tr, nulufenerbil@gmail.com
Web site: <http://akademi.odu.edu.tr/sayfalar/nerbil>

13 Eylül 2017 15:40 tarihinde emine firtina <emine_firtina_46@hotmail.com> yazdı:

EK-6: ÖZGEÇMİŞ

11. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı : Emine FIRTINA ÇAKI
Uyruğu :T.C.
Doğum tarihi ve yeri : 27.06.1991/Kahramanmaraş
Medeni hali :Evlü
Telefon :05070108546
e-posta :emine_firtina_46@hotmail.com

Eğitim

Derece	Eğitim Birimi	Mezuniyet Tarihi
Yüksek Lisans	KSÜ/Sağlık Bilimleri Enstitüsü/ Hastane Enfeksiyonları Hemşireliği/Tezli Yüksek Lisans	2019
Lisans	Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü	2013
Lise	Kahramanmaraş Atatürk Anadolu Lisesi	2009

İş Deneyimi

Yıl	Yer
2016-...	Eleşkirt Devlet Hastanesi
2015-2016	Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi
2013-2015	Gaziantep Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Yabancı Diller

İngilizce

Yayınlar

- 1- Omaç Sönmez M, Firtına Çakı E, Ateş S. Hemşirelerin Kan Yoluyla Bulaşabilen Hastalıklarda Farkındalık Düzeylerinin Belirlenmesi. Poster Bildiri, KLİMİK Kongresi, Antalya, 2019.
- 2- Firtına Çakı E, Omaç Sönmez M, Ateş S.Hekimlerin Antibiyotik Kullanımı İle İlgili Görüşlerinin Değerlendirilmesi. Sözlü Sunum, Zeugma II. Uluslararası Multi Disipliner Çalışmalar Kongresi, Gaziantep, 2019.