

**AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**UŞAK İL MERKEZİ HASTANELERİNDE ÇALIŞAN  
HEMŞİRELERİN HASTANE ENFEKSİYONLARINA İLİŞKİN  
BİLGİ DÜZEYLERİNİN ÖLÇÜLMESİ**

**Sevcan DİKER**

**124189**

**CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**124189**

**T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU  
DOKÜMANTASYON MERKEZİ**

**DANIŞMAN**

**Prof. Dr. Özcan GÖKÇE**


**124189**

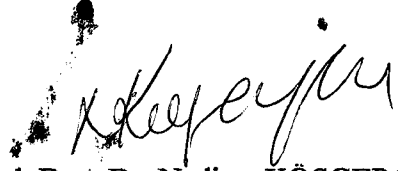
**2003 - AFYON**

**KABUL ve ONAY**

Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü  
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği programı  
çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından  
**Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi : 14 / 08 / 2003

  
Prof. Dr. Özcan GÖKÇE  
ÜYE

  
Yrd. Doç. Dr. Nedime KÖŞGEROĞLU  
ÜYE

  
Yrd. Doç. Dr. Nihal CENGİZ  
ÜYE

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi Sevcan DİKER'in "Uşak il merkezindeki hastanelerde çalışan hemşirelerin hastane enfeksiyonları konusundaki bilgi düzeylerinin ölçülmesi" başlıklı tezini değerlendirmek üzere 26.08.2003 günü saat 16:00'da Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca değerlendirilerek kabul edilmiştir.

  
Doç. Dr. Yüksel ARIKAN  
Enstitü Müdürü

## **ÖNSÖZ**

Günümüzde halen önemini koruyan ve tüm korunma ve kontrol çalışmalarına rağmen tamamen engellenemeyen hastane enfeksiyonlarında hemşirelerin etkin olarak yer aldığı göz önüne alınıp ve bu çerçevede hemşirelerin konu ile ilgili bilgilerini ortaya çıkarmak amacıyla Uşak ili merkezi hastanelerinde çalışma planlanarak gerçekleştirildi.

Tez çalışmam sırasında yardımlarını esirgemeyen danışman hocam Sayın Prof.Dr. Özcan GÖKÇE'ye, emeği geçen diğer sayın hocalarıma ve arkadaşlarıma çalışmama yaptıkları katkılarından dolayı teşekkür ederim.



**İÇİNDEKİLER**

Kabul Ve Onay.....	II
Önsöz.....	III
İçindekiler.....	IV
Kısaltmalar Dizini.....	VI
Tablolar.....	VI
<b>ÖZET.....</b>	<b>1</b>
<b>SUMMARY.....</b>	<b>2</b>
<b>1. GİRİŞ VE AMAÇ.....</b>	<b>3</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>5</b>
2.1. Tanım.....	5
2.2. Tarihçe.....	5
2.3. Hastane Enfeksiyonlarının Epidemiyolojisi.....	6
2.3.1. Kaynak.....	6
2.3.1.1. Endojen Kaynaklı Enfeksiyonlar.....	6
2.3.1.2. Eksojen Kaynaklı Enfeksiyonlar.....	6
2.3.1.3. Karışık (Mikst) Enfeksiyonlar.....	6
2.3.2. Konak.....	7
2.3.2.1. Yaş.....	7
2.3.2.2. Hastalığın Tipi.....	7
2.3.2.3. Uygulanan Tanı ve Tedavi İşlemleri.....	7
2.3.2.4. Hastanede Geçen Süre.....	7
2.3.3. Bulaşma.....	7
2.3.3.1. Temas İle Geçiş.....	8
2.3.3.2. Damlacık Yolu İle Geçiş.....	8
2.3.3.3. Solunum İle Geçiş.....	8
2.3.3.4. Ortak Kullanım İle Geçiş.....	8
2.3.3.5. Vektörler İle Geçiş.....	8
2.4. Hastane Enfeksiyonlarının Sıklığı.....	9
2.5. Hastane Enfeksiyonlarının Etkenleri.....	9

2.6. Hastane Enfeksiyonlarının Sürveyansı.....	10
2.7. Hastane Enfeksiyonlarında Kontrol ve Korunma.....	11
2.7.1. Etken İçin Alınacak Önlemler.....	12
2.7.2. Konak İçin Alınacak Önlemler.....	13
2.7.3. Çıkış Yolu İçin Alınacak Önlemler.....	14
2.8. Enfeksiyon Kontrol Komiteleri.....	15
2.8.1. Enfeksiyon Kontrol Komitelerinin Görevleri.....	16
2.8.2. Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi.....	17
2.8.2.1. Enfeksiyon Kontrol Hemşiresinin Nitelikleri.....	17
2.8.2.2. Enfeksiyon Kontrol Hemşiresinin Temel Sorumlulukları.....	18
2.8.2.3. Enfeksiyon Kontrol Hemşiresinin İşlev ve Sorumlulukları.....	18
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>19</b>
3.1. Araştırmanın Şekli.....	19
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	19
3.3. Araştırma Evreni.....	19
3.4. Örneklem Seçimi.....	20
3.5. Verilerin Toplanması.....	20
3.5.1. Soru Kağıtlarının Hazırlanması.....	20
3.5.2. Soru Kağıtlarının Uygulanması.....	20
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	20
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>22</b>
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>40</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>48</b>
6.1. Sonuç.....	48
6.2. Öneriler.....	51
<b>KAYNAKLAR.....</b>	<b>52</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>58</b>

**KISALTMALAR DİZİNİ**

ABD	- Amerika Birleşik Devletleri
CDC	- Centers for Disease Control and Prevention
H.Ü.	- Hacettepe Üniversitesi
HİKK	- Hastane İnfeksiyonu Kontrol Komitesi
HBV	- Hepatit B Virüsü
İKK	- İnfeksiyon Kontrol Komitesi
İKH	- İnfeksiyon Kontrol Hemşiresi
MRSA	- Metisiline Resistance Staphylococcus Aureus
Min.	- Minimum
Max.	- Maksimum
NNIS	- National Nosocomial Infections Surveillance
NG	- Nazogastrik
SSK	- Sosyal Sigortalar Kurumu



## TABLOLAR

	<u>Sayfa</u>
Tablo 1. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri .....	22
Tablo 2. Hemşirelerin HBV Enfeksiyonuna Karşı Aşılama İle İlgili Tutum ve Davranışları .....	24
Tablo 3. Hastane Enfeksiyonunun Doğru Tanımını İçin Uygun Seçeneğe Göre Dağılım .....	25
Tablo 4. Sterilizasyonun Tanımı İçin Uygun Seçeneğe Göre Dağılım .....	25
Tablo 5. Isıya Dayanıklı Olmayan Malzemenin Sterilizasyonunda Kullanılacak Yöntem İçin Uygun Seçeneğe Göre Dağılım .....	26
Tablo 6. IV Kateterin Hastada Kalış Süresi İçin Uygun Seçeneğe Göre Dağılım .....	26
Tablo 7. Kullanılan Böbrek Küvet Ve Tedavi Tepsisinin Dezenfeksiyonun Gerekliliği İçin Uygun Seçeneğe Göre Dağılım .....	26
Tablo 8. Kullanılan Ördek Ve Sürgülerin Dezenfeksiyonun Gerekliliği İçin Uygun Seçeneğe Göre Dağılım .....	27
Tablo 9. Metal Çam Ağacının Dezenfeksiyonu İçin Uygun Seçeneğe Göre Dağılım.....	27
Tablo 10. Steril Malzeme Kullanımı Gerektirmeyen Uygulama İçin Uygun Seçeneğe Göre Dağılım.....	27
Tablo 11. Ameliyat Öncesi Cilt Hazırlığı Esnasında Bölgenin Tıraşında Doğru Zaman İçin Uygun Seçeneğe Göre Dağılım.....	28
Tablo 12. Steril Edilen Bohçanın Nemli Kalması Durumunda Yapılacak Uygulama İle İlgili Uygun Seçeneğe Göre Dağılım.....	28
Tablo 13. Serviste Kullanılan Enjektör İğnelerinin Yok Edilmesi İçin Uygun Seçeneğe Göre Dağılım.....	29

## VIII

<b>Tablo 14. Serviste Kullanılan Enjektör İğnelerini Çöpe Atmadan Önce Yapılması Gereken İçin Uygun Seçeneğe Göre Dağılım.....</b>	<b>29</b>
<b>Tablo 15. Hastane Personelinin El, Ağız ve Burun Boşluklarından Örnek Alımının Önemi İçin Uygun Seçeneğe Göre Dağılım.....</b>	<b>29</b>
<b>Tablo 16. İnfeksiyon Kontrolünde En Önemli Koruyucu Önlem İle İlgili Uygun Seçeneğe Göre Dağılım.....</b>	<b>30</b>
<b>Tablo 17. İnfeksiyöz Atıkların Muhafazası İçin Uygun Seçeneğe Göre Dağılım.....</b>	<b>30</b>
<b>Tablo 18. Hastane İnfeksiyonların Önlenmesinde Önerilmeyen Uygulama İçin Uygun Seçeneğe Göre Dağılım.....</b>	<b>31</b>
<b>Tablo 19. El Yıkama İşleminin Sıklığı İçin Uygun Seçeneğe Göre Dağılım.....</b>	<b>31</b>
<b>Tablo 20. El Yıkamanın Hastane Enfeksiyonunu Azaltmada Etkisi İçin Uygun Seçeneğe Göre Dağılım.....</b>	<b>31</b>
<b>Tablo 21. El Yıkamada Kullanılan Ajanlar İçin Uygun Seçeneğe Göre Dağılım.....</b>	<b>32</b>
<b>Tablo 22. Hasta Bakım ve Tedavi İşlemleri Sırasında El Yıkama İşleminin Doğru Gerekçesi İçin Uygun Seçeneğe Göre Dağılım.....</b>	<b>32</b>
<b>Tablo 23. Öncesi Ve Sonrasında El Yıkamayı Gerektiren Uygulamalar İçin Uygun Seçeneğe Göre Dağılım.....</b>	<b>32</b>
<b>Tablo 24. El Kurulamada Doğru Yöntem İçin Uygun Seçeneğe Göre Dağılım.....</b>	<b>33</b>
<b>Tablo 25. Hastane İnfeksiyonların En Sık Görüldüğü Vücut Sistemi İçin Uygun Seçeneğe Göre Dağılım.....</b>	<b>33</b>
<b>Tablo 26. Hastane İnfeksiyonları Açısından En Fazla Risk Altında Bulunan Grup İçin Uygun Seçeneğe Göre Dağılım.....</b>	<b>33</b>
<b>Tablo 27. Bulaşma Yolu Diğerlerinden Farklı Olan Enfeksiyon İçin Uygun Seçeneğe Göre Dağılım.....</b>	<b>34</b>



Tablo 28. Alınan Örneklerin İncelenmesinde Doğru Sonuç Alınması İçin Laboratuara Ulaştırmada Zaman Açısından Uygun Seçeneğe Göre Dağılım.....	34
Tablo 29. İdrar Sondasının Takılması İle İlgili Yanlış Olan Uygulama İçin Uygun Seçeneğe Göre Dağılım.....	35
Tablo 30. Kullanılmış Enjektör İğnesinin Ele Batması Durumunda Yapılması Gereken Doğru Uygulama İçin Uygun Seçeneğe Göre Dağılım.....	35
Tablo 31. Enfeksiyon Kontrol Hemşiresinin (İKH) Temel Sorumlulukları İçin Uygun Seçeneğe Göre Dağılım.....	36
Tablo 32. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Bilgi Puanlarının Dağılımı.....	36
Tablo 33. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Yaşa Göre Dağılımları Ve Bilgi Puan Ortalamaları.....	36
Tablo34. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Öğrenim Durumlarına Göre Dağılımları Ve Bilgi Puan Ortalamaları.....	37
Tablo 35. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Mesleki Deneyim Sürelerine Göre Dağılımları Ve Bilgi Puan Ortalamaları.....	37
Tablo 36. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Çalıştıkları Bölüme Göre Dağılımları Ve Bilgi Puan Ortalamaları.....	37
Tablo 37. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Çalıştıkları Bölümdeki Hizmet Sürelerine Göre Dağılımları Ve Bilgi Puan Ortalamaları.....	38
Tablo 38. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Çalıştıkları Bölümdeki Görevlerine Göre Dağılımları Ve Bilgi Puan Ortalamaları.....	38
Tablo 39. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Hizmet İçi Eğitim Alma Durumlarına Göre Dağılımları Ve Bilgi Puan Ortalamaları.....	38
Tablo 40. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Çalıştıkları Kuruma Göre Dağılımları Ve Puan Bilgi Ortalamaları.....	39

## ÖZET

### Uşak İl Merkezi Hastanelerinde Çalışan

#### Hemşirelerin Hastane Enfeksiyonlarına İlişkin Bilgi Düzeylerinin Ölçülmesi

Araştırma, Uşak İl Merkezi Hastanelerinde çalışan hemşirelerin hastane enfeksiyonları ile ilgili bilgi düzeyini saptamak amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Uşak Devlet Hastanesi ve Uşak SSK Hastanesinde çalışan ve araştırmaya katılmak isteyen toplam 236 hemşire araştırma kapsamına alınmıştır.

Araştırma verileri Ek-1'deki hemşireler için geliştirilen soru kağıdı ile toplanmıştır. Soru kağıdında hemşireleri tanıtıcı sorular ve hemşirelerin hastane enfeksiyonlarına ilişkin bilgi düzeylerini değerlendirecek sorular yer almıştır. Anket soruları 16-31 Aralık 2002 tarihleri arasında araştırmacı ve bir anketör tarafından uygulanmıştır.

Araştırma sonunda elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS programına girilmiş ve sonuçlar değerlendirilmiştir. Değerlendirmede Varyans analizi, T testi ve Ki-Kare testi kullanılmıştır.

Değerlendirme sonucunda hastane enfeksiyonlarıyla ilgili olarak hemşirelerin bilgi puan ortalamalarının yeterli olduğu saptanmıştır.

Hastanelerde hastane Enfeksiyon Kontrol Komitelerinin kurulmasının hastane enfeksiyonlarının neden olduğu gereksiz yatak işgali, iş gücü kaybı, zaman kaybı, ek masraflar nedeni ile oluşan ekonomik kayıpların azalmasını sağlayacağı, ayrıca çalışan hemşirelere hastane enfeksiyonlarına ilişkin sürekli ve etkin eğitim programları düzenlenmesinin daha bilinçli ve etkili bir hasta bakımı sağlayacağı düşünüülerek, araştırma sonunda gerekli öneriler getirilmiştir.

**Anahtar Sözcükler: Bilgi Düzeyi, Çapraz Enfeksiyon, Hastane, Hemşirelik, İnfeksiyon.**

## **SUMMARY**

### **Evaluation of knowledge on hospital infections of the nurses working in the Hospitals of Uşak Provincial Center**

This study was performed as a supplementary study in order to determine the knowledge on hospital infections of the nurses working in the Hospitals of Uşak Provincial Center. A total of 236 nurses working in Uşak SSK Hospital and Uşak State Hospital were included in the study.

Study data were collected using the questionnaire given in Annex-1 that was specially developed for nurses.

There were questions in the questionnaire to evaluate the level of knowledge of the nurses about hospital injections as well as questions about the identities of nurses. An investigator and an interviewer performed the interviews between the dates 16<sup>th</sup> – 31<sup>st</sup> Dec. 2002.

Data of the investigation were entered to SPSS program and evaluated. Variance, t-test and Chi-Square tests were used in the evaluation.

It was found that the knowledge levels nurses about hospital infections were adequate. Relevant proposals were submitted by considering that Infections Control Committees to be established in Hospitals would reduce the unnecessary occupation of beds, time losses, and additional costs that would cause economic loss; and furthermore, arranging continuous and effective training programs for nurses would ensure a more conscious and effective patient-caring.

**Key Words: Cross-Infection, Hospital, Infection, Knowledge, Nursing.**

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

İnsanlığın bulaşıcı hastalıklardan korunma ve temizlik konularına çok eski çağlardan beri önem verdiği, enfeksiyon oranını ve yayılma hızını azaltan hijyenik yöntemler geliştirdiği bilinmektedir. Bu konudaki en önemli adımlar 1800'li yılların ortalarında atılmıştır. Bu adımların başlıcaları; Florence Nightingale'in hastane hijyeni kavramını yerleştirmesi, Semmelweis'in el yıkama ile puerperal sepsisin yayılmasını kontrol altına alması, Lister'in cerrahide antisepsiye yerleştirmesi, Pasteur'un keşifleri ile travma ve operasyon sonrası gelişen tablolarda etkenin bulaşıcı mikroorganizmalar olduğunun anlaşılmasıdır (1-4).

Bütün bu gelişmelere rağmen enfeksiyonlar ve özellikle hastane enfeksiyonları geçmişte olduğu gibi bugünde hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde güncelliğini korumakta ve hala hastane yönetimlerinin en önemli sorunlarından biri olmaya devam etmektedir (1-3).

Dünya Sağlık Örgütü, dünyada her yıl 190 milyondan fazla insanın hastaneye yattığını ve bunun %5'inin yani yaklaşık 10 milyon insanın hastane enfeksiyonuna yakalandığını bildirmektedir (1, 3).

Nozokomiyal enfeksiyonlar hastaneler tarafından verilen bakımın kalitesinin özellikle de hemşirelik bakım kalitesinin önemli bir göstergesidir (5,6).

Hospitalize edilen hastaların %3,1-14,1'inde hastane enfeksiyonları geliştiği değişik çalışmalarda gösterilmiştir (7-9). Türkiye'de yapılan araştırmalarda ise enfeksiyon gelişme hızı %3,5-7 arasında değişmektedir (10).

Hastane enfeksiyonlarının maliyeti hem parasal hem de mortalite-morbidite yönünden oldukça yüksektir (8-12). Hastane enfeksiyonlarının ekonomik yönünü belirlemek oldukça zordur. Çünkü ekonomik maliyetin bir hastanın fazla yatak işgali, hastaya hastane enfeksiyonu nedeniyle uygulanan ek ilaçlar ve tedaviler, hastane personelinin ekstra iş gücü kaybı gibi kolay hesaplanabilecek; hastanın kaybettiği iş günleri ve üretim kaybı gibi daha güç hesaplanabilecek; hastanın çektiği ızdırap, fonksiyon kayıpları, kalabilecek sekeller, yaşam kalitesindeki düşüş, bazen ölüm, yakınlarına verdiği üzüntü gibi hiç hesaba edilemeyecek yönleri vardır (13,14).

Hastane enfeksiyonlarının kontrolü ve önlenmesi, dört ana konuya önem verilmesine bağlıdır. Bunlar sürveyans, eğitim, antibiyotik kullanım politikası

oluşturulması ve dezenfeksiyon - antisepsi - sterilizasyon politikalarının gerçekleştirilmesidir. Tüm çabalara rağmen, hastane enfeksiyonlarının yalnız 1/ 2'si veya 1/3' önlenebilmektedir. Ancak insan yaşamı ve sağlığı ile, ülke ekonomisine yaptığı önemli olumsuz etkileri göz önüne alındığında, hastane enfeksiyonlarının kontrolü ve önlenmesi için harcanacak gayretlerin son derece değerli olduğu gerçeği daha iyi anlaşılacaktır (1).

Araştırma, gelişmekte olan ülkelerde olduğu kadar gelişmiş ülkelerde de hala önemini koruyan, korunma ve kontrol çalışmaları ile büyük ölçüde önlenebilen hastane enfeksiyonlarında hemşirelerin etkinliği göz önüne alınarak, hemşirelerin bu konudaki bilgi düzeylerinin araştırmak amacıyla planlanmıştır.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Tanım

Hastane enfeksiyonları (nozokomiyal enfeksiyonlar), başvuru anında inkübasyon döneminde olmayan, hastalar hastaneye başvurduktan 48-72 saat sonra gelişen veya hastanede gelişmesine rağmen bazen taburcu olduktan sonra 10 gün içinde ortaya çıkabilen enfeksiyonlardır (1-3,9-11,13,15-22).

### 2.2. Tarihçe

1830'lu yıllarda Dr. Philip Semmelweiss "puerperal sepsis" nedenleri üzerinde çalışırken, otopside çıktıktan sonra, kirli ellerle tıp öğrencileri tarafından muayene edilen hastaların enfekte olduğunu, oysa temizliğe dikkat eden ebe-hemşirelerle gerçekleştirilen vakalarda hastalık meydana gelmediğini gözlemiştir. Halk arasında "lohusalık humması" diye bilinen bu hastalığın hastanelerde görülmesi halk tarafından fark edilmiş ve hastanelerde doğum yapma ve tedavi görme isteğinde düşüş olduğu gözlenmiştir. Dr. Semmelweiss hasta ile temas edecek herkesin ellerini kireç kaymağı çözeltisi ve klorla dezenfeksiyonunu zorunlu tutarak puerperal sepsisten ölüm oranını % 23'den %3'e düşürmüştür (1-4,17,21,23-28).

Hemşirelik tarihine baktığımızda, Florance Nightingale 1854'lü yıllarda Kırım savaşı sırasında görevliyken, mikroorganizmalar hakkında bilgisi olmadığı halde enfeksiyonların çevre kirliliğinden kaynaklandığını ve enfeksiyonların etiolojisinde çevre faktörünün önemli bir rol oynadığına işaret etmiştir. Kırım'da 2 yıllık çalışmaları sonucunda nozokomiyal enfeksiyondan ölüm oranını %42'den %2'ye düşürmüştür. Aynı şekilde 1895'li yıllarda İngiltere'de aynı tanı ile hastanelerde tedavi olan hastalarda ölüm oranının hastane dışında tedavi olan hastalardaki ölüm oranından çok daha yüksek olduğunu gözlemlemiş ve "Bir hastane hastaya zarar vermemelidir" felsefesinden yola çıkarak etkili bir mücadele ile hastane hijyeni kavramını yerleştirmiştir (1,3,17,27,29-31).

Bu gelişmeleri 1865'te J. Lister'in ameliyattan önce elleri karbolik asitle yıkaması sonucu cerrahi enfeksiyon oranının düşmesi, 1890'da W. Halsted'in ameliyatlarda eldiven kullanımına başlaması ile birlikte cerrahi enfeksiyon sıklığının azalması ve Pasteur'un mikroorganizmalarla ilgili keşifleri izlemiştir (25-27,32).

### **2.3. Hastane Enfeksiyonlarının Epidemiyolojisi**

Herhangi bir enfeksiyonun oluşması için, enfeksiyon ajanı barındıran bir odağın (enfeksiyon kaynağının), bu ajana duyarlı bir konağın ve ikisi arasında kurulan bir bulaşma yolunun olması gerekir (33).

#### **2.3.1. Kaynak**

Hastane enfeksiyonları eksojen ve endojen kaynaklı veya karışık (mikst) enfeksiyonlar şeklinde olmaktadır (34).

##### **2.3.1.1. Endojen Kaynaklı Enfeksiyonlar**

Hastanın kendi vücut florasında yani derisinde, burun, boğaz ve barsak boşluklarında bulunan mikroorganizmaların enfeksiyon oluşturmasıdır (2,3,34,35). Konağın savunma mekanizmaları azaldığında, kendi normal flora bakterileri enfeksiyon oluşturabilmektedir. Bu durum daha çok, çeşitli nedenlerle flora elemanlarının bozulması veya azalması ya da başka bir bölgeye transloke olması ile meydana gelmektedir (2).

##### **2.3.1.2. Eksojen Kaynaklı Enfeksiyonlar**

Hastanın çevresinde bulunan tüm kişi veya objelerden enfeksiyon oluşmasıdır. Bu tür enfeksiyonlar çapraz enfeksiyonlar veya çevreden bulaşma ile olur. Çapraz enfeksiyon kaynaklarını; diğer hastalar ve hastane personeli oluşturmaktadır. Çevreden bulaşma ise kullanılan eşyalar, tıbbi araç ve gereçler vb. vasıtası ile olmaktadır (2,3,34,35).

##### **2.3.1.3. Karışık (Mikst) Enfeksiyonlar**

Karışık enfeksiyonlar zaman zaman ortaya çıkmaktadır. Hastada önce eksojen kaynaklı enfeksiyonlar ortaya çıkar. Kemoterapötiklerin uzun süre kullanımıyla da hasta vücudunda ortaya çıkan dirençli suşlarla endojen kaynaklı enfeksiyonlar meydana gelebilir (34).



### **2.3.2. Konak**

Hasta bireyin çeşitli özellikleri nozokomiyal enfeksiyon açısından değişik riskler oluşturmaktadır (2,3). Bu riskler aşağıda sıralanmıştır:

#### **2.3.2.1. Yaş**

Hastane enfeksiyonu her yaş grubunda görülebilir. Ancak yaşamın ilk çağlarında olan bebekler ile yaşlılar daha fazla risk altındadır (1,3,11,12,15,19,25,28,33,34, 36-40).

#### **2.3.2.2. Hastalığın Tipi**

Diyabet, immün yetmezlik durumları, kanser ve yanıklar gibi bazı hastalıklar organizmanın doğal savunma mekanizmalarını etkiler ve enfeksiyon oluşum riskini artırır (1,3,11,12,15,17,19,25,33,34,36-41).

#### **2.3.2.3. Uygulanan Tanı ve Tedavi Girişimleri**

Vücudun savunma mekanizmalarını zayıflatan kemoterapi, radyoterapi gibi tedavi yöntemleri ve epitel ve mukoza engellerini aşan trakeostomi, kateterizasyon gibi invazif girişimler enfeksiyon oluşumuna zemin hazırlamaktadır (1,3,11,12,15,17,19,25,28,33,34,36-43).

#### **2.3.2.4. Hastanede Geçen Süre**

Hastanede kalış süresinin uzaması ile enfeksiyon alma riski de artmaktadır (1,3,11,12,15,19,36,37,40,42). Bir araştırmada hastanede kalış süresinin uzamasının tıbbi hataya uğrama olasılığını arttırdığı, yatış süresine eklenen her günün hastaya %6 oranında risk yüklediğini ifade etmektedir (28,43).

### **2.3.3. Bulaşma**

Mikroorganizmalar hastanede çeşitli yollar ile bulaşabilir. Bulaşma için 5 ana yol vardır: Temas, damlacık, hava yolu, ortak kullanım ve vektörler:



### **2.3.3.1. Temas İle Geçiş**

Nozokomiyal enfeksiyonların geçişinde en önemli ve en sık geçiş şeklidir. İki gruba ayrılır. Doğrudan temas ile geçişde; vücut yüzeyinin başka bir yüzeye doğrudan temas etmesi, infeksiif konak ile duyarlı konak arasında mikroorganizmaların fiziksel olarak aktarılmasına neden olmaktadır. Dolaylı temas ile geçiş ise hastadan hastaya geçerken ellerin yıkanmaması veya hastalar arasında aynı cansız nesnelere kullanılması sonuca ortaya çıkan pasif geçiş şeklidir.

### **2.3.3.2. Damlacık Yolu İle Geçiş**

Kuramsal bir temas şeklidir, ancak geçiş mekanizması farklıdır. Damlacıklar, kaynak olan kişinin öksürme, aksırma ve konuşması ya da kendisine uygulanan aspirasyon ve bronkoskopi gibi girişimler sırasında yayılır. Geçiş, infekte kişilerin mikroorganizmalarını içeren damlacıkların kısa mesafeden havaya iletilmesi ile gerçekleşebilir ve damlacıklar konağın konjunktivasında, burun ve ağız mukozasında birikir. Damlacıklar havada duramaz.

### **2.3.3.3. Solunum İle Geçiş**

Geçiş, ya solunum damlacıkları çekirdeğinin ya da infeksiyöz etkenleri içeren toz zerreciklerinin yayılması ile gerçekleşmektedir. Mycobacterium tuberculosis, rubella bu geçişe örnek olarak verilebilir.

### **2.3.3.4. Ortak Kullanım Yoluyla Geçiş**

Mikroorganizmaların besin, su ve ilaçları kontamine etmesi ve ortak kullanımı ile gerçekleşir.

### **2.3.3.5. Vektörler İle Geçiş**

Sivrisinek, sıçan mikroorganizmaların geçişine aracı olabilmektedir. Bu geçiş şeklinin hastanelerdeki önemi düşük olmakla birlikte geri kalmış ülkelerde hala önemini korumaktadır (2,3,33,34,38-40,44,45).

#### **2.4. Hastane Enfeksiyonlarının Sıklığı**

Bir hastanede hastane enfeksiyonu sıklığı hastanenin büyüklüğü, mimari düzeni, çalışanların sayısı, hastaneye kabul edilen hastaların durumu, uygulanan tanı ve tedavi yöntemlerinin özelliği, hastane enfeksiyonu kontrolü ve korunma ile ilişkilidir (1,3,22,34,40).

Hastane enfeksiyonları endemik ya da epidemik olarak görülebilmektedir. Epidemi belli bir hastalığın insidansında olağan dışı, önemli artış olarak tanımlanır. Endemik hastane enfeksiyonları ise sporadik olarak gözlenen kontrolleri süre giden, enfeksiyon kontrol çalışmalarının ana amacını oluşturan enfeksiyonlardır. Epidemi enfeksiyonları nozokomiyal enfeksiyonların %2-4'ünü oluşturur. Buna rağmen erken tanındıklarında önlenmelerinin büyük ölçüde mümkün olması onlara verilen önemi arttırmaktadır (9,15,16,19,45).

Değişik çalışmalarda yatan hastaların %3,1-14,1'inde hastane enfeksiyonu geliştiği tespit edilmiştir. Bu sıklık ABD (Amerika Birleşik Devletleri)'de %5-7, İngiltere'de %9.2 olarak bildirilmiştir (3,7-10,13,16,19,45,46).

Türkiye'de ise aktif sürveyans çalışmalarına katılan 16 hastaneyi içine alan, değişik zamanlarda (1994-1998 yılları arasında) yapılan çalışmalarda nozokomiyal enfeksiyon hızı %1 ile %16,5 arasında tespit edilmiştir (47).

ABD'de süre giden NNIS "National Nosocomial Infections Surveillance" sistemi en sık görülen dört enfeksiyon olarak üriner, cerrahi yara, pnömoni ve bakteriyemi enfeksiyonlarını belirtmektedir (3,7,8,11-13,15-17,19,22,36,45,46, 48-50).

#### **2.5. Hastane Enfeksiyonlarının Etkenleri**

Hastane enfeksiyonu etkenlerinin sıklığı ülkeden ülkeye, hastaneden hastaneye, hatta aynı merkezde farklı birimlere göre değişiklik göstermektedir. ABD'de ülke genelinde yapılan taramada (NNIS) en sık hastane enfeksiyon etkeni olarak E.coli, Enterococcus spp., P.aeruginosa, S.aureus, Koagülaz negatif stafilokok ve Enterobacter spp. olduğu rapor edilmiştir. Avrupa genelinde uygulanan bir programa göre bu etkenler S.aureus, Pseudomonas spp., Koagülaz negatif stafilokok, Enterobacteriaceae, E.coli ve Candida spp. olarak tespit edilmiştir (2,3,8,12,15,16,19,40,42,45,46,48-52).

Antibiyotiklerin ilk kullanılmaya başlandığı yıllarda etkenler genellikle penisilin ile kolayca kontrol edilebilen stafilokoklar iken, sonraları beta-laktamaz üreten stafilokoklar, sonraları da Metisiline dirençli S.aureus (MRSA) hakim Gram pozitif bakteriler olmuştur (11,33,37). MRSA hastanedeki çoğu bireyin farenks ve burun boşluklarında bulunur. S. Aureus tarafından oluşturulan enfeksiyonların tedavisinde kullanılan Metisiline direnç ilk kez 1968'de ortaya çıktı (53). 1970'li yılların başında ise dirençli Enterobacterler artmaya başlamış, 1975-1980 yılları arasında ise çoklu dirençli aerobik Gram negatif basiller ortaya çıkmıştır. Son yıllardaki izlem sonuçlarında ise Enterobacterler azalma eğiliminde iken, Koagülaz pozitif ve negatif Stafilokok ve Streptokokların hakim olduğu Gram pozitif koklar artmaya başlamıştır (9,37,45,54).

## **2.6. Hastane Enfeksiyonlarının Sürveyansı**

Hastane enfeksiyonunun kontrolü amacıyla verilerin sistematik olarak toplanması, tabulasyonu, analizi ve yorumu nozokomiyal enfeksiyon sürveyansı olarak tanımlanabilir. Sürveyans çalışmalarının amacı, enfeksiyon oranlarının belirlenmesi, epidemiyolojik olarak incelenmesi ve toplanan verilerin kıyaslanarak hastane enfeksiyonlarında kontrol ve önleme politikalarının üretilmesini sağlamaktır. ABD'de CDC "Centers for Disease Control and Prevention" 1958 yılından itibaren hastane enfeksiyonları kontrolü konusunda organize çalışmalara başlamıştır.

Sürveyans çalışmalarının önemi, CDC tarafından yapılan bir çalışmada "Study on the Efficacy of Nosocomial Infection Control (SENIC)" projesi tarafından gösterilmiştir. Bu çalışmaya göre, enfeksiyon kontrol programlarına aktif sürveyans çalışmalarını alan hastanelerde, hastane enfeksiyonlarında %32 azalma görülürken, almayanlarda %6 oranında azalma, etkin bir enfeksiyon kontrolünün olmadığı hastanelerde ise %18'lik artış görülmektedir. NNIS sistemi ABD'de CDC bünyesinde faaliyet gösteren bir sistemdir. CDC kendi geliştirdiği enfeksiyon tanımlarını ve sürveyans metotlarını kullanarak nozokomiyal enfeksiyon sürveyans verilerini rutin olarak rapor eden seçilmiş hastanelere, 1970 yılında ulusal bir veri temeli oluşturması için çağrıda bulunmuştur. Söz konusu çalışma "National Nosocomial Infection Study" olarak isimlendirilmiştir. NNIS hastane içi enfeksiyon hızlarının kıyaslanmasına olanak sağlar.

Gelişmiş ülkelerde 1960'lı yıllarda hastane sürveyans çalışmalarına rastlanırken, ülkemizde hastane enfeksiyonları kavramı 1980'li yıllara kadar nadiren konu edilmiştir. Ülkemizde özellikle son 10 yılda, bir çok hastanede hastane enfeksiyonlarının önlenmesi ve kontrolüne yönelik sürveyans ve kontrol programları uygulamaya konularak nozokomiyal enfeksiyonların boyutu belirlenmeye çalışılmış ve gerekli önlemler alınmaya başlamıştır. Konu ile ilgili olarak ilk yasal düzenleme, 1974 yılında enfeksiyon kontrol komitelerinin yapılanması, işleyiş biçimi ve görevlerinin tanımlandığı Tababet Uzmanlık Yönetmeliği'nde verilmiştir. İlk yasal düzenlemeden 9 yıl sonra 1983 yılında Hacettepe Üniversitesi (H.Ü.) Tıp Fakültesi'nde ilk hastane kontrol komitesi kurulmuş, bunu 1985'te İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, 1989'da Ankara Yüksek İhtisas Hastanesi izlemiş, 1991 yılından itibaren de sayıları hızla artarak 31'i bulmuştur (10,19,20,40,47,55-60).

İlk uygulamaları takiben Eylül 1996'da yine H.Ü. tarafından NosoLINE Projesi adı altında sürveyans sistemi geliştirilmiştir. Projenin amacı standart ve ülke koşullarına göre uyarlanmış merkezi bir sürveyans sisteminin geliştirilmesi, veri akışının sürekli ve düzenli olarak bir merkezde toplanması, değerlendirilmesi ve sonuçların katılan merkezlere bildirilmesini kapsamaktadır. Geliştirilerek Eylül 2000'de son haline getirilen bu bilgisayar yazılımı, 2001 yılından itibaren katılan tüm merkezlerde veri toplama ve değerlendirme amacı ile kullanılabilir (11,47,61,62).

Sürveyans aktif ya da pasif, prospektif ya da retrospektif, hasta temelli ya da laboratuvar temelli olabilir. İdeal olan aktif, prospektif, hastayı temel alan ve laboratuvarla işbirliği içinde yapılan sürveyanstır (10,20,40,47,58,59,61,62).

## **2.7. Hastane Enfeksiyonlarında Kontrol ve Korunma**

Diğer enfeksiyonlarda olduğu gibi hastane enfeksiyonlarında da enfeksiyon oluşum zincirinin bir veya birkaç yerden kırılması ile enfeksiyon kontrol altına alınabilir. Kontrolün sağlanması için genel önlemler şunlardır:

### 2.7.1. Etken İçin Alınacak Önlemler

Etken tahrip edilip zararsız hale getirilir. Bunun için cansız rezervuarların ve kontamine araçların sterilizasyon ve dezenfeksiyonu yapılır. Canlı yüzeylere ise antisepsi uygulanır (3).

**Sterilizasyon;** Bir madde ya da cismin birlikte bulunduğu tüm mikroorganizma topluluklarından arındırılması işlemidir. Tam bir sterilizasyon sağlanabilmesi için ortamda yaşayan hiçbir canlının olmaması gerekir.

**Dezenfeksiyon;** Bir cismin ya da maddenin birlikte bulunduğu hastalandırıcı mikroorganizmalardan arındırılması işlemidir. Yani cansız ortamlardaki hastalık oluşturan patojen mikropların öldürülmesi işlemidir. Tam bir dezenfeksiyon için ortamda hastalandırıcı bakteri, mantar gibi tüm mikroorganizmaların vejetatif şekillerinin ölmeleri ve virüslerin inaktive olmaları gerekir. Bazı bakteri sporları ise dezenfeksiyondan sonra canlı kalabilir.

**Antisepsi;** Vücut yüzeyindeki ve çeşitli yaralardaki hastalandırıcı nitelikteki mikroorganizmaların yok edilmesi işlemine denir. Bir bakıma vücuda uygulanan dezenfeksiyon işlemidir (3,63-71).

Hastane ortamında kullanılan hasta bakım malzemelerini taşıdıkları enfeksiyon risklerine göre “kritik, yarı kritik ve kritik olmayan malzemeler” diye üç grupta toplamak ve buna göre sterilizasyon veya dezenfeksiyon yöntemi planlamak mümkündür.

**Kritik Malzemeler;** İnsan vücudunda bulunan steril bölgelere penetre olan, direk kanla temas halinde bulunan objelerdir. İğneler, bisturi, katater, hemodiyaliz aletleri gibi araç ve gereçler bu gruba örnektir. Bu aletlerin kullanımından önce mutlaka uygun yöntemlerle sterilizasyonu gerekmektedir.

**Yarı Kritik Malzemeler;** Mukoza ile temas halinde olan ancak vücuda penetre olmayan ve enfeksiyon bulaştırma riski taşıyan objelerdir. Sistoskop, vajinal speküla ve üriner sistem kataterleri gibi aletler bu grupta yer alır. Bu tür araç gerecin sterilizasyonu mümkünse otoklavda yapılmalı yoksa uygun şekilde dezenfekte edilmelidir.

**Kritik Olmayan Malzemeler;** Enfeksiyon bulaşma riski düşük düzeyde olan sadece hastaların yaralanmamış, sağlam ciltleri ile temas halinde bulunan objelerdir. Maskeler, tansiyon aletleri, röntgen cihazları gibi araç ve gereçler bu grupta yer alır.

Bu malzemelerin sıcak veya ılık su ve deterjanla temizlenmesi yeterli olabilirse de gerektiğinde düşük düzeyde dezenfeksiyonu sağlanmalıdır (34,64,71).

Yeterli dezenfeksiyon sağlandığı sürece, tıbbi aletlere ait tutma yerleri, düğmeler ve kollar, pansuman arabaları, lavabo, yer, duvar gibi çevresel yüzeylerin teorik olarak enfeksiyon bulaşmasında önemli rol oynamadıkları kabul edilmektedir. Yer, duvar, lavabo, masa vb. objeler hastalara veya personele enfeksiyon bulaştırma ile ilgili olmadıklarından dezenfekte edilmeleri gerekmez. Gereksiz dezenfektan kullanımı, hem ekonomik kayıplara, hem de kullanılmakta olan dezenfektana dirençli potansiyel patojen mikroorganizmaların hastane ortamında kolonize olarak epidemik nozokomiyal enfeksiyonlara yol açmasına neden olmaktadır (32,35,39,64,71-73).

### **2.7.2. Konak İçin Alınacak Önlemler**

Konak mikroorganizmanın yerleşip ürediği yerdir. Bulaşma çoğunlukla ziyaretçiler, hasta ve taşıyıcı sağlık personeli ile olur. Önlem olarak ziyaretçiler kısıtlanmalı, hasta ve taşıyıcı sağlık personeli enfeksiyonu tedavi oluncaya kadar hasta ile doğrudan temastan uzaklaştırılmalı, el yıkamaya özen gösterilmelidir (3).

Tüm bu önlemlerin içinde el yıkama özel bir yer tutar. Çünkü el yıkama ile hastane enfeksiyonları %30 oranında azaltılabilmektedir (74).

El derisinde sürekli olarak bulunup çoğalan kalıcı floranın yanı sıra, sadece sınırlı bir süre deride bulunabilen geçici mikrobik floranın da bulunduğu bilinmektedir. Kolonize ya da enfekte hastalardan kaynak alıp, sağlık personelinin ellerinde geçici florayı oluşturan mikroorganizmalar nozokomiyal enfeksiyonlara neden olmaktadır. Kalıcı flora ise çok virulan olmamakta ve ancak cerrahi uygulanan, invazif girişimler yapılan, bağışıklık sistemi ağır bir şekilde baskılanmış hastalarda etkili olabilmektedir.

Sabun ve deterjanların kullanımı ile geçici floranın önemli bir bölümü yok edilebilmektedir. Bu nedenle hastanelerin pek çok alanında “sosyal el yıkama” adı verilen su, sabun ya da deterjan kullanımı yeterli olabilmektedir. Sabunlar geçici mikrobik florayı mekanik olarak temizleseler de kontaminasyonun çok fazla olduğu durumlarda yetersiz kalabilmektedir. Bu tür durumlarda anti mikrobik sabunlar ile geçici ve kalıcı floranın tamamen tahrip ya da inhibe edildiği “hijyenik el yıkama” uygulanmalıdır (4, 21, 24, 26, 27, 44, 74-80).



Günümüzde hijyenik el yıkamada en yaygın kullanılan el antiseptikleri; %4 klorheksidin glukonat ve %10 povidon iodine solüsyonlarıdır (17,24,26,32,72,76,78,79,81,82).

Ellerin yıkanmasının ardından kurulama işlemi de doğru bir teknikle uygulanmalıdır. Kurulama amacıyla kumaş havlu kullanılmamalı kağıt havlu tercih edilmelidir (24,79).

CDC, el yıkama endikasyonlarının yapılan işlemin türüne, yoğunluğuna, süresine ve sırasına göre değişeceğini belirtmekte ve bu endikasyonları aşağıda sıralanan şekilde özetlemektedir:

- İnvazif işlemlerden önce
- Bağışıklık sistemi ağır şekilde baskılanmış kişiler ya da yeni doğanlar gibi özellikle duyarlı hastaların bakımından önce
- Cerrahi, travmatik ya da invazif bir cihaz ile ilişkili olabilecek yaralara dokunmadan önce ve sonra
- Mukozalar, kan veya vücut sıvıları, sekresyon veya çıkartılar ile temas gibi ellerin mikrobik kontaminasyon riski olan işlemlerin ardından
- İdrar ölçme kapları veya sekresyon toplama kapları gibi virulan ya da epidemiolojik açıdan önemli mikroorganizmalar ile kontamine olma riski yüksek olan nesnelere temasın ardından
- Çoğul direnç gösteren bakteriler gibi klinik ya da epidemiolojik açıdan önemli mikroorganizmalar ile kolonize veya infekte hastaların bakımının ardından
- Yüksek riskli ünitelerde farklı hastalar ile temas arasında (24).

### **2.7.3. Çıkış Yolu ve Bulaşma İçin Alınacak Önlemler**

Mikroorganizmanın çıkış yoluna uygun izolasyon sağlanır. El yıkamaya özen gösterilmeli, örnekler uygun biçimde taşınmalı, odanın temizliğine, havalandırılmasına dikkat edilmeli, çöpler uygun şekilde atılmalı, çamaşırlar uygun şartlarda yıkanmalıdır. Dezenfeksiyon, asepsi, antisepsi ve hijyen kurallarına uyulmalıdır (3).

## 2.8. Enfeksiyon Kontrol Komiteleri

1948-1960 yılları arasında hastane enfeksiyonlarının çok önemli bir problem olduğu anlaşılmış, bunu 1959 yıllarında ilk kez İngiltere’de enfeksiyon kontrol komitelerinin kuruluşu izlemiştir. Yine ilk kez 1961 yılında İngiltere’de, daha sonra da 1976 yıllarında ABD’de enfeksiyon kontrol hemşireleri adını alan görevliler çalışmalara başlamış, enfeksiyon gözetim ve kontrol programlarına olan katkıları sonucu, hızla benimsenmişlerdir. Ülkemizde ise ilk kez, 1984 yılında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde “Hastane İnfeksiyonları Kontrol Komitesi (HİKK)” kurulmuş ve enfeksiyon kontrol hemşiresi kavramı ortaya çıkmıştır (23,30).

Bir ülkede hastane enfeksiyonlarının kontrolüne verilen önem derecesi, büyük ölçüde genel sağlık hizmetlerinin düzeyi ile ilişkilidir. Bir hastanede enfeksiyon kontrolü elbette yalnızca enfeksiyon kontrol komitesinin (İKK) işi değildir. Tersine idarenin en başında bulunan kişiden en uçta çalışan kişiye kadar herkes tarafından yürütülmesi gereken bir görevdir. Enfeksiyon kontrolü ile ilgili uyulacak protokolleri belirleyen komite olmakla birlikte bunları hayata geçirecek olanlar bizzat uygulamayı yapan kişilerdir. Bu yüzden tüm hastane çalışanlarının konunun içine çekilmeleri çok önemlidir (29,83).

Komite üyelerinin kimlerden oluşacağı konusunda kesin bir standart yoktur. Bunun her hastanenin kendi yapısına ve sahip olduğu insan gücüne göre şekillendirilmesi en doğrusudur. Komitede yer almasında yarar bulunan temel üyeler şunlardır:

- Enfeksiyon kontrol doktoru (hastane epidemiyoloğu),
- Enfeksiyon kontrol hemşiresi/ hemşireleri (İKH),
- Klinik mikrobiyolog,
- Personel sağlık merkezinin sorumlusu,
- Hastane idarecisi,
- Hekim grubunun temsilcisi (özellikle cerrahi ve iç hastalıkları gibi büyük bölümlerin temsilcileri),
- Hemşirelik grubunun temsilcisi,
- Eczacı,
- Teknik işler sorumlusu,
- Merkezi sterilizasyon ünitesinin sorumlusu,



Bu üyelerin dışında hastanenin özgün durumuna göre gerekli görülürse temizlik işleri, satın alma, mutfak, ameliyathane gibi bölümlerin temsilcileri de komite çalışmalarında yer alabilirler (3,18,29,40,47,83-85).

### **2.8.1. Enfeksiyon Kontrol Komitelerinin Görevleri**

Hastanelerde hizmet veren kontrol komiteleri aşağıda sıralanan görevler üstlenmektedir.

- Enfeksiyonların kontrolleri ile ilgili politikaların ve politika değişikliklerinin belirlenmesi,
- Dezenfeksiyon ve sterilizasyon uygulamalarında standardın sağlanması amacıyla yöntemlerin belirlenmesi,
- Hastane enfeksiyonlarında gözlem (sürveyans) yapmak,
- Hastanede çalışan personelin eğitim ve denetlenmesi,
- Cerrahi servislerinde proflaksi uygulamaları,
- Hastanenin sağlıklı yerleşim planı yaparak hastaneye giriş, çıkış, hasta ve ziyaretçi ulaşımının düzenlenmesi,
- Temizlik tekniğini saptamak, bulaşmaya neden olabilecek alet ve gereçlerin kullanılması ile ilgilenmek,
- Tüm yapılan çalışmaların maliyet belirlemesi yapmak veya yaptırmak, bunlara göre düzenlemeler yapmak,
- Yıl içinde gerektiğinde ve normal koşullarda belirli aralıklarda toplantılar yapmak,
- Uygulanan politikaların etkinliğini araştırmak,
- Enfeksiyon kontrol ekibi kurmak ve tam gün bu amaçla çalışacak kontrol hemşiresi görevlendirmek,
- Hastane enfeksiyonlarında antibiyotik kullanım politikasının saptanması (3,18,40,83).

Antibiyotikler en fazla tüketilen ilaçlardandır. Türkiye'deki ilaç pazarının %22.9'unu antibiyotikler oluşturmaktadır. Gelişmiş ülkelerde de durum hemen hemen aynıdır. ABD'de antibiyotikler için yıllık 4 milyar dolarlık bir harcama söz konusudur. İnsan sağlığı için elbette harcama yapılacaktır ama bu harcamaların en iyi

tahminle %40'dan fazlası gereksiz ise bir sorun var demektir. Bu nedenle hastanelerde antibiyotik kullanım politikaları saptanmalıdır.

Antibiyotik kullanım politikasının belirlenmesindeki amaçlar:

- Hastalara en uygun tedavinin uygulanması,
- Dirençli mikroorganizmaların dağılımının saptanması, sorun mikroorganizmaların belirlenmesi, dirençliliğin yayılmasının önlenmesi,
- Gereksiz uygulamaların önlenmesi ile yan etkilerin azaltılması, toksik ajanların kullanılmasının önlenmesi,
- Pahalı antibiyotiklerin kullanılmasının önlenmesi olarak belirlenmiştir (86-88).

## **2.8.2. Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi**

Enfeksiyon kontrol hemşiresi, hastane içerisinde hastalarla ve sağlık ekibiyle en uzun süreli ve yoğun iletişimi olan hemşirelik grubunun bir üyesidir. Mesleğin doğasından kaynaklanan bu ve diğer bazı özellikleri (eğitim, analiz, sentez, gözlem, planlama, organizasyon vb.) hemşirenin enfeksiyon kontrol çalışmalarına yatkınlığını, becerisini sağlamakta ve bu yetenek, beceri ve imkanlar İKH'ne İKK'nin vazgeçilmez bir üyesi olma özelliğini kazandırmaktadır (23).

### **2.8.2.1. Enfeksiyon Kontrol Hemşiresinin Nitelikleri**

Enfeksiyon kontrol programında çalışacak hemşire seçiminde dikkat edilecek en önemli özellik o kişinin bu alanda çalışmaya ilgili olmasıdır. Aksi halde özel bir eğitim alıp bir çok zaman ve para harcadıktan sonra hemşirenin bu işten ayrılması söz konusu olabilir. Enfeksiyon kontrol hemşiresinin klinik çalışma deneyimi olması, gerekli durumlarda hasta bakımı ile ilgili olarak meslektaşlarını etkileyebilmesi açısından önemlidir. Ayrıca ameliyathane, yoğun bakım ünitesi gibi yüksek riskli bölgelerdeki uygulamalar konusunda da bilgi sahibi olması gerekir. İKH'nin eğitim ve klinik beceriler yönünden donanımlı olması gerekir. Bu hekimlerle ilişkilerinde daha güçlü ve dolayısıyla daha ikna edici olabilmeleri için de önemlidir (18,23,29-31,83,89).

### **2.8.2.2. Enfeksiyon Kontrol Hemşiresinin Temel Sorumlulukları**

- Haberleşme ve rapor etme,
- Eğitim,
- Sürveyans (23,29,30,89).

### **2.8.2.3. Enfeksiyon Kontrol Hemşiresinin İşlev Ve Sorumlulukları**

- Enfeksiyon kontrol programına ilişkin politikaların geliştirilmesi ve uygulanması için İKK'nin bir üyesi olarak çalışır.
- Çalışmaları için gerekli olan araç- gereçlerin sayı ve niteliklerini belirler ve planlama yapar.
- Enfeksiyon kontrol programının uygulanması sırasında karşılaşılan gereksinim ve sorunlarla ilgili olarak İKK ve eğitim koordinatörüyle işbirliği yapar.
- Enfeksiyon kontrol politikaları, uygulamaları, enfeksiyonların belirlenmesi ve izolasyonu ile bunlara ilişkin sorunlar konusunda tüm düzeylerdeki yönetici hemşireler ve hekimler ile görüşür.
- Düzenli olarak servisleri dolaşarak veri toplar.
- İzolasyon işlemlerini kontrol eder.
- Enfeksiyon şüphesi olan olguları komiteye rapor eder.
- Enfeksiyon kontrolünde kural ve düzenlemelere uyulması konusunda birim yöneticileri ile işbirliği yapar.
- Hastaya bakım veren tüm hastane personeline enfeksiyon kontrolüne ilişkin eğitim verir.
- İKK'ne düzenli olarak rapor verir.
- Seminer ve kurslara katılarak mesleki gelişimini sürdürür (3,18,23, 29-31,83,89).

Günümüzde her 250 hasta yatağı için bir İKH'nin tam gün görevlendirilmesi konu ile ilgili otoriteler tarafından önerilmektedir. İKH, süpervayzır hemşireye ya da daha üstüne eşit bir statüdedir ve pozisyon olarak hemşirelik hizmetleri departmanına bağlı olmakla birlikte günlük sorumluluğu İKK'sine karşıdır (3,18,23,30,89,90).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, hemşirelerin hastane enfeksiyonları ile ilgili bilgi düzeylerinin saptamak amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

#### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Uşak İl Merkezinde yer alan Uşak SSK (Sosyal Sigortalar Kurumu) Hastanesi ve Uşak Devlet Hastanesi'nde yapıldı. Uşak Devlet Hastanesinde 500, Uşak SSK Hastanesinde ise 200 hasta yatağı bulunmaktadır.

Uşak Devlet Hastanesinde; Dahiliye, Cerrahi, Çocuk- Prematüre, Göğüs- İntaniye, Ortopedi, Asabiye, Psikiyatri, Koroner Yoğun Bakım, Fizik Tedavi, KBB- Beyin Cerrahi, Üroloji, Göğüs Kalp Damar Cerrahi, Doğum, Nisaiye-Yeni doğan, Hemodiyaliz ve Acil' den oluşan 16 servis, ameliyathane ve poliklinikler hizmet vermektedir. Uşak SSK Hastanesinde ise; Dahiliye, Cerrahi, Ortopedi, Çocuk, Hemodiyaliz, Asabiye ve Acil' den oluşan 7 servis, ameliyathane, post-op ünitesi ve poliklinikler hizmet vermektedir.

Her iki hastanede de hemşirelik hizmetleri başhemşirelik tarafından yönetilmektedir.

Yine araştırmanın yapıldığı her iki hastanede de enfeksiyon kontrol komitesi bulunmamaktadır.

#### 3.3. Araştırma Evreni

Araştırma evrenini Uşak Devlet Hastanesi ve Uşak SSK Hastanesi genelinde çalışan sağlık meslek lisesi, sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu ve sağlık yüksek okulu mezunu toplam 379 hemşire oluşturmaktadır.

### **3.4. Örneklem Seçimi**

Araştırma evrenini oluşturan Uşak Devlet Hastanesi ve Uşak SSK Hastanesinde çalışan 379 hemşirenin tamamı örneklem kapsamına alındı.

Tüm birimlerde çalışan hemşirelerin hastane enfeksiyonlarına yönelik bilgi düzeyini ortaya çıkarabilmek amacıyla poliklinik, acil vb. herhangi bir birim ayırt edilmeksizin tüm birimlerdeki hemşireler araştırma kapsamına alındı.

Her iki hastanede çalışan 20 hemşire araştırmanın yapıldığı dönemde izinli olduğu için, 123 hemşire ise araştırmaya katılmak istemedikleri için çalışma toplam 236 hemşire ile gerçekleştirildi.

### **3.5. Verilerin Toplanması**

Araştırma verileri Ek-1’de gösterilen hemşireler için geliştirilmiş soru kağıdı ile toplandı.

#### **3.5.1. Soru Kağıtlarının Hazırlanması**

Sorular araştırmacı tarafından çeşitli ve çok sayıda literatür taranarak hazırlandı.

Hemşireler için geliştirilmiş soru kağıdında toplam 40 soru bulunup, soru kağıdı iki ana bölümden oluşmaktadır. Soru kağıdının ilk bölümünde araştırmaya katılan hemşirelerin tanıtıcı özelliklerini ortaya koyacak sorular yer alırken, ikinci bölümde ise hemşirelerin hastane enfeksiyonları ile ilgili bilgi düzeylerini ortaya çıkaracak sorular yer almaktadır (Ek-1).

#### **3.5.2. Soru Kağıtlarının Uygulanması**

Anket uygulaması araştırmacı ve bir anketör tarafından 16/12/2002-31/12/2002 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

### **3.6. Verilerin Değerlendirilmesi**

Bilgi düzeyini değerlendirme; her soru için (tanımlayıcı sorular dışında) 3.5 puan, 23. soru 2 puan olmak üzere toplam 100 puan üzerinden yapılmıştır. 11-40 arası sorular bilgi düzeyi değerlendirme sorularıdır. Yalnızca 40. soru açık uçlu soru olup, diğer bilgi soruları kapalı uçlu sorulardır. Açık uçlu soru olması ve hastane

enfeksiyonlarının önlenmesinde önerilere yönelik cevap getirmesi nedeniyle 40. soru puan değerlendirmesinin dışında bırakıldı.

İstatistiksel değerlendirmede ise veriler bilgisayar ortamında SPSS istatistik programına (SPSS for Windows, Standart Version, 11. 0. 0 {2001}, Chicago) girildi ve sonuçlar elde edildi. Değerlendirmede Varyans Analizi, T testi ve Ki-kare testi kullanıldı.



#### 4. BULGULAR

Bu bölümde Uşak Devlet ve SSK hastanelerinde çalışan hemşirelerin hastane enfeksiyonları konusundaki bilgi düzeylerine ilişkin bulgular verilmiştir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması  $29,5 \pm 6,6$ 'dır (minimum 21 yaş-maximum 52 yaş). Hemşirelik mesleğinde çalışma süresi ise  $10,2 \pm 6,8$  yıldır (min. 6 ay-max. 32 yıl). Halen çalıştığı bölümdeki hizmet süresinin ortalaması da  $3,7 \pm 4,6$  yıldır (min. 0-max. 28 yıl).

**Tablo 1. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri (n: 236)**

Tanıtıcı Özellikler		N	%
Yaş	21 – 30 Yaş	146	61,9
	31 Yaş ve ↑	90	38,1
Öğrenim Durumu	Sağlık Meslek Lisesi	101	42,8
	Ön Lisans	124	52,5
	Lisans	11	4,7
Mesleki Deneyim Süresi	0 –1 Yıl	56	23,7
	1 –5 Yıl	127	53,8
	5 Yıl ve ↑	53	22,5
Çalışılan Hizmet Birimi	Cerrahi Birimler	99	41,9
	Dahiliye Birimleri	98	41,6
	Poliklinikler	39	16,5
Çalışılan Birimdeki Hizmet Süresi	0 –5 Yıl	62	26,3
	5 Yıl ve ↑	174	73,7
Çalışılan Birimdeki Görevi	Servis Hemşiresi	189	80,1
	Poliklinik Hemşiresi	37	15,7
	Sorumlu Hemşire	8	3,4
	Baş Hemşire	2	0,8
Hastane Enfeksiyonları Konusunda Eğitim	Alan	63	26,7
	Almayan	173	73,3

**Tablo 1. Devam Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri**

<b>Aşılama Durumu</b>	Aşılana	155	65,7
	Aşılamaayan	76	32,2
	Fikrim Yok	5	2,1
<b>Çalıştığı Kurum</b>	SSK Hastanesi	75	31,8
	Devlet Hastanesi	161	68,2

Tablo 1’de araştırmaya katılan hemşirelerin tanıtıcı özellikleri görülmektedir. Tabloda da görüldüğü gibi, araştırmaya katılan hemşirelerin yaş gruplarına göre dağılımları incelendiğinde, %65,3 gibi büyük bir oranı 21-30 yaşları arasında iken, %34,7’si 31 ve daha yukarı yaşlardadır.

Hemşirelerin eğitim düzeylerine göre dağılımı incelendiğinde, %52,5’inin Ön lisans, %42,8’inin Sağlık Meslek lisesi ve %4,7’sinin ise Lisans mezunu olduğu görülmektedir.

Hemşirelerin meslekte deneyim sürelerine göre dağılımları incelendiğinde, %53,8 gibi büyük bir oranının 1-5 yıl, %23,7’sinin 0-1 yıl, %22,5’inin ise 5 ve daha fazla yıl çalıştığı görülmektedir.

Hemşirelerin halen çalıştıkları hizmet birimlerine göre dağılımları incelendiğinde, %41,9’unun Cerrahi birimlerde, %41,6’sının Dahiliye birimlerinde ve %16,5’inin Polikliniklerde çalıştığı görülmektedir.

Hemşirelerin çalıştıkları birimdeki hizmet sürelerine göre dağılımları incelendiğinde, %73,7’si 5 ve daha fazla yıldır, %26,3’ü ise 0-5 yıldır halen çalıştıkları birimde hizmet vermektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin halen çalıştıkları bölümdeki görevlerine göre dağılımları incelendiğinde ise %80,1’i servis hemşiresi, %15,7’si poliklinik hemşiresi, %3,4’ü sorumlu hemşire ve %0,8’i başhemşire ve yardımcısıdır.

Hemşirelerin hastane enfeksiyonlarına ilişkin hizmet içi eğitim alma durumları incelendiğinde, hemşirelerin %73,3’ü herhangi bir eğitim almazken, %26,7’sinin bu konuda eğitim aldığı görülmektedir.

Hemşirelerin HBV (Hepatit B Virüs) enfeksiyonuna karşı aşılama durumları incelendiğinde, %65,7’sinin HBV enfeksiyonunu karşı aşılandığı, %34,3’ü bu enfeksiyona karşı aşılanmadığı görülmektedir.



Hemşirelerin çalıştıkları kuruma göre dağılımları incelendiğinde ise, %68,2'sinin Devlet Hastanesinde çalıştığı, %31,8'inin SSK Hastanesinde çalıştığı görülmektedir.

**Tablo 2. Hemşirelerin HBV Enfeksiyonuna Karşı Aşılama İle İlgili Tutum ve Davranışları**

HBV Aşılması	Aşılanmış		Aşılanmamış		Toplam	
	N	%	N	%	n	%
Aşılması gerektiğine inananlar	155	67,1	0	0,0	155	65,7
Aşılması gerektiğine inanmayanlar	76	32,9	5	100,0	81	34,3
<b>Toplam</b>	<b>231</b>	<b>100,0</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>	<b>236</b>	<b>100,0</b>

p : 0,000

Araştırmaya katılan hemşirelerin HBV enfeksiyonuna karşı aşılama ile ilgili tutum ve davranışları incelendiğinde, HBV enfeksiyonuna karşı aşılama gerektiğine inanan 155 hemşirenin tamamının aşılandığı görülmektedir. HBV enfeksiyonuna karşı aşılama gerektiğine inanmadığını belirten 81 hemşirenin ise %93,8'inin aşısını yaptırdığı, ancak %6,2'i gibi küçük bir kısmının aşısını yaptırmadığı yine tabloda görülmektedir.

**Tablo 3. Hastane Enfeksiyonunun Doğru Tanımını İçin Uygun Seçeneğe Göre Dağılım**

Tanım	Sayı	%
Hastaların kendi enfeksiyonlarıdır	1	0,4
Hastaneye yatıştan 72 saat ve sonrasında ortaya çıkan enfeksiyonlardır	168	71,2
Hastaneye yatıştan 24 saat ve sonrasında ortaya çıkan enfeksiyonlardır	61	25,8
Hastanın hastaneye gelirken getirdiği enfeksiyonlardır	0	0,0
Fikrim yok	6	2,6
<b>Toplam</b>	<b>236</b>	<b>100,0</b>

Hastane enfeksiyonunun tanımı ile ilgili sorulan soruya hemşirelerin %71,2'si "Hastaneye yatıştan 72 saat ve sonrasında ortaya çıkan enfeksiyonlardır" diyerek doğru yanıtı vermiş, %28,8'i diğer seçenekleri işaretlemiştir.

**Tablo 4. Sterilizasyonun Tanımı İçin Uygun Seçeneğe Göre Dağılım**

Tanım	Sayı	%
Asepsi	2	0,8
Antisepsi	2	0,8
Sterilizasyon	211	89,4
Dezenfeksiyon	15	6,4
Fikrim Yok	6	2,5
<b>Toplam</b>	<b>236</b>	<b>100,0</b>

Cansız maddelerde sporelerde dahil tüm mikroorganizmaların öldürülmesinde kullanılan yöntem ile ilgili olarak sorulan soruya hemşirelerin %89,4'ü "Sterilizasyon" diyerek doğru yanıtı vermiş, %10,6'sı diğer seçenekleri işaretlemiştir.

**Tablo 5. Isıya Dayanıklı Olmayan Malzemenin Sterilizasyonunda Kullanılacak Yöntem İçin Uygun Seçeneğe Göre Dağılım**

Yöntem	Sayı	%
Formaldehit	96	40,7
Etilen Oksit	90	38,1
Kuru Sıcak Hava	11	4,7
Otoklav	18	7,6
Fikrim Yok	21	8,9
<b>Toplam</b>	<b>236</b>	<b>100,0</b>

Isıya dayanıklı olmayan hassas aletlerin sterilizasyonunda kullanılan yöntem ile ilgili olarak sorulan soruya hemşirelerin %38,1'i "Etilen Oksit" diyerek doğru yanıt vermiş, %61,9'u diğer seçenekleri işaretlemişlerdir.

**Tablo 6. IV Kateterin Hastada Kalış Süresi İçin Uygun Seçeneğe Göre Dağılım**

Süre	Sayı	%
24 Saat	19	8,1
24-48 Saat	47	19,9
48-72 Saat	163	69,1
Hiç Biri	2	0,8
Fikrim Yok	5	2,1
<b>Toplam</b>	<b>236</b>	<b>100,0</b>

I.V Kateterin hastada en fazla ne kadar kalacağı ile ilgili sorulan soruya hemşirelerin %69,1'i "48-72 saat" diyerek doğru yanıtı vermiş,%30,9'u diğer seçenekleri işaretlemişlerdir.

**Tablo 7. Kullanılan Böbrek Küvet Ve Tedavi Tepsisinin Dezenfeksiyonun Gerekliliği İçin Uygun Seçeneğe Göre Dağılım**

Gerekli mi?	Sayı	%
Evet	226	95,8
Hayır	5	2,1
Fikrim yok	5	2,1
<b>Toplam</b>	<b>236</b>	<b>100,0</b>

Serviste kullanılan böbrek küvet ve tedavi tepsisinin dezenfekte edilmesinin gerekliliği ile ilgili sorulan soruya hemşirelerin %95,8'i "Evet" diyerek doğru yanıtı vermiş, %4,2'si diğer seçenekleri işaretlemişlerdir.

**Tablo 8. Kullanılan Ördek Ve Sürgülerin Dezenfeksiyonun Gerekliliği İçin Uygun Seçeneğe Göre Dağılım**

Gerekti mi?	Sayı	%
Evet	223	94,5
Hayır	5	2,1
Fikrim yok	8	3,4
<b>Toplam</b>	<b>236</b>	<b>100,0</b>

Serviste kullanılan ördek ve sürgülerin dezenfekte edilmesinin gerekliliği ile ilgili sorulan soruya hemşirelerin %94,5'i "Evet" diyerek doğru yanıtı vermiş, %5,5'i diğer seçenekleri işaretlemişlerdir.

**Tablo 9. Metal Çam Ağacının Dezenfeksiyonu İçin Uygun Seçeneğe Göre Dağılım**

Uygun Dezenfektan	Sayı	%
Salvon	82	34,7
Baticon	10	4,2
Zefiran	90	38,1
Sodyum Hipoklorid	24	10,2
Fikrim Yok	30	12,7
<b>Toplam</b>	<b>236</b>	<b>100,0</b>

Çeşitli tüpler arasında bağlantı için kullanılan "metal çam ağacı"nın dezenfeksiyonu ile ilgili sorulan soruya hemşirelerin yalnızca %10,2'si "Sodyum hipoklorid" diyerek doğru yanıtı vermiş, %89,8'i diğer seçenekleri işaretlemişlerdir.

**Tablo 10. Steril Malzeme Kullanımı Gerektirmeyen Uygulama İçin Uygun Seçeneğe Göre Dağılım**

Uygulamalar	Sayı	%
IV Kateter Takılması	1	0,4
NG Tüp Takılması	170	72,0
Üretral Kateter Takılması	9	3,8
Yanık Pansumanı	28	11,9
Fikrim Yok	28	11,9
<b>Toplam</b>	<b>236</b>	<b>100,0</b>

Steril malzeme kullanımı gerektirmeyen uygulama ile ilgili sorulan soruya hemşirelerin %72'si "NG (Nazogastrik) Tüp takılması" diyerek doğru yanıtı vermiş, %28'i diğer seçenekleri işaretlemişlerdir.

**Tablo 11. Ameliyat Öncesi Cilt Hazırlığı Esnasında Bölgenin Tıraşında Doğru Zaman İçin Uygun Seçeneğe Göre Dağılım**

Süre	Sayı	%
Ameliyattan 48 Saat Önce	4	1,7
Ameliyattan 24 Saat Önce	26	11,0
Ameliyattan Önceki Gece	158	66,9
Ameliyattan Hemen Önce	43	18,2
Fikrim Yok	5	2,1
<b>Toplam</b>	<b>236</b>	<b>100,0</b>

Ameliyat öncesi cilt hazırlığında bölgenin tıraşında doğru zamanla ilgili sorulan soruya hemşirelerin sadece %18,2'si "Ameliyattan hemen önce" diyerek doğru yanıtı vermiş, %81,8'i diğer seçenekleri işaretlemişlerdir.

**Tablo 12. Steril Edilen Bohçanın Nemli Kalması Durumunda Yapılacak Uygulama İle İlgili Uygun Seçeneğe Göre Dağılım**

Uygulama	Sayı	%
Yarı Steril Kabul Edilip, Kullanılır	4	1,7
Yarı Steril Kabul Edilip, Kullanılmaz	199	84,3
Yarı Kontamine Kabul Edilip, Kullanılır	14	6,0
Nemli Kısım Kurutulup Kullanılır	6	2,5
Fikrim Yok	13	5,5
<b>Toplam</b>	<b>236</b>	<b>100,0</b>

Kullanılacak steril edilmiş bohçanın bir köşesi nemli olduğunda yapılacak uygulama ile ilgili olarak sorulan soruya hemşirelerin %84,3'ü "Yarı steril kabul edilip kullanılmaz" diyerek doğru yanıtı vermiş, %15,7'si diğer seçenekleri işaretlemişlerdir.

**Tablo 13. Serviste Kullanılan Enjektör İğnelerinin Yok Edilmesi İçin Uygun Seçeneğe Göre Dağılım**

Yöntem	Sayı	%
Hasta Odasındaki Çöpe Atılır	2	0,8
Pansuman Arabasındaki Çöpe Atılır	4	1,7
Delinmeye Dirençli İğne Kırıcı Kutuya Atılır	210	89,0
Karton İğne Biriktirme Kutusuna Atılır	6	6,8
Fikrim Yok	4	1,7
<b>Toplam</b>	<b>236</b>	<b>100,0</b>

Serviste kullanılan enjektör iğnelerinin yok edilmesi için en uygun yöntem ile ilgili sorulan soruya hemşirelerin %89'u "Delinmeye dirençli iğne kırıcı kutuya atılır" diyerek doğru vermiş, %11'i diğer seçenekleri işaretlemişlerdir.

**Tablo 14. Serviste Kullanılan Enjektör İğnelerini Çöpe Atmadan Önce Yapılması Gereken İçin Uygun Seçeneğe Göre Dağılım**

İşlem	Sayı	%
Kapağı Kapatılıp Atılır	128	54,2
İğne Bükülüp Atılır	3	1,3
İğne Kırılıp Atılır	3	1,3
Direkt Olarak İğne Kırıcı Kutuya Atılır	97	41,1
Fikrim Yok	5	2,1
<b>Toplam</b>	<b>236</b>	<b>100,0</b>

Serviste kullanılan enjektör iğnelerini çöpe atmadan önce yapılması gereken işlem ile ilgili olarak sorulan soruya hemşirelerin %41,1'i "İğne direkt olarak iğne kırıcı kutuya atılır" diyerek doğru yanıtı vermiş, %58,9'u diğer seçenekleri işaretlemişlerdir.

**Tablo 15. Hastane Personelinin El, Ağız ve Burun Boşluklarından Örnek Alımının Önemi İçin Uygun Seçeneğe Göre Dağılım**

Alınmalı mı?	Sayı	%
Evet	176	74,6
Hayır	19	8,1
Fikrim Yok	41	17,4
<b>Toplam</b>	<b>236</b>	<b>100,0</b>

Hasta ile doğrudan temas eden hastane personelinin el,ağız ve burun boşluklarından örnek alımının önemi ile ilgili sorulan soruya hemşirelerin %74,6'sı "Evet" diyerek doğru yanıtı vermiş, %25,4'ü diğer seçenekleri işaretlemişlerdir.

**Tablo 16. Enfeksiyon Kontrolünde En Önemli Koruyucu Önlem İle İlgili Uygun Seçeneğe Göre Dağılım**

Uygulamalar	Sayı	%
Antibiyotik Profilaksisi	12	5,1
Maske Kullanımı	15	6,4
Özel Giysi Kullanımı	50	21,2
El Yıkama	155	65,7
Fikrim Yok	4	1,7
<b>Toplam</b>	<b>236</b>	<b>100,0</b>

Enfeksiyon kontrolünde koruyucu önlem olarak bildirilen en önemli uygulama ile ilgili olarak sorulan soruya hemşirelerin %65,7'si "El yıkama" diyerek doğru yanıtı vermiş, %34,3'ü diğer seçenekleri işaretlemişlerdir.

**Tablo 17. Enfeksiyöz Atıkların Muhafazası İçin Uygun Seçeneğe Göre Dağılım**

Uygulamalar	Sayı	%
Çöp Kutusu	0	0,0
Kapalı Kutularda	67	28,47
İki Katlı Üzeri İşaretli Naylon Torbalarda	164	69,5
Bez Torbada	1	0,4
Fikrim Yok	4	1,7
<b>Toplam</b>	<b>236</b>	<b>100,0</b>

İnfeksiyöz atıkların en uygun muhafaza şekli ile ilgili olarak sorulan soruya hemşirelerin %69,5'i "Tercihen iki katlı üzeri işaretli naylon poşetlerde" diyerek doğru yanıtı vermiş, %30,5'i diğer seçenekleri işaretlemişlerdir.

**Tablo 18. Hastane Enfeksiyonların Önlenmesinde Önerilmeyen Uygulama İçin Uygun Seçeneğe Göre Dağılım**

Uygulamalar	Sayı	%
El Yıkama	8	3,4
Yer Duvar Dezenfeksiyonu	11	4,7
Personel Eğitimi	13	5,5
Antibiyotik Kullanımının Sınırlandırılması	191	80,9
Fikrim Yok	13	5,5
<b>Toplam</b>	<b>236</b>	<b>100,0</b>

Hastane enfeksiyonlarının önlenmesinde önerilmeyen uygulama ile ilgili olarak sorulan soruya hemşirelerin sadece %4,7'si "Yer, duvar ve lavabo dezenfeksiyonu" diyerek doğru yanıt vermiş, %95,3'ü diğer seçenekleri işaretlemişlerdir.

**Tablo 19. El Yıkama İşleminin Sıklığı İçin Uygun Seçeneğe Göre Dağılım**

İşlem Sıklığı	Sayı	%
Tıbbi Bakım Sonrası	3	1,3
Tıbbi Bakım Öncesi ve Sonrası	214	90,7
Eller Kirlendikçe	10	4,2
Mesai Başlangıç ve Bitiminde	7	3,0
Fikrim Yok	2	0,8
<b>Toplam</b>	<b>236</b>	<b>100,0</b>

Serviste çalışılan süre boyunca el yıkama işleminin sıklığı ile ilgili olarak sorulan soruya hemşirelerin %90,7'si "Tıbbi bakım öncesi ve sonrası" diyerek doğru yanıt vermiş, %9,3'ü diğer seçenekleri işaretlemişlerdir.

**Tablo 20. El Yıkamanın Hastane Enfeksiyonunu Azaltmada Etkisi İçin Uygun Seçeneğe Göre Dağılım**

Yüzde	Sayı	%
%10	17	7,2
%30	87	36,9
%70	93	39,4
%90	25	10,6
Fikrim Yok	14	5,9
<b>Toplam</b>	<b>236</b>	<b>100,0</b>

El yıkama işlemi ile hastane enfeksiyonlarının yüzde kaç azaltılabileceği ile ilgili sorulan soruya hemşirelerin %36,9'u "%30" diyerek doğru yanıt vermiş, %63,1'i diğer seçenekleri işaretlemişlerdir.

**Tablo 21. El Yıkamada Kullanılan Ajanlar İçin Uygun Seçeneğe Göre Dağılım**

Ajanlar	Sayı	%
Su ve Sabun	30	12,7
Antiseptik Solüsyonlar	24	10,2
Hepsi	182	77,1
<b>Toplam</b>	<b>236</b>	<b>100,0</b>



El yıkama işleminde kullanılan ajanlar ile ilgili soruya hemşirelerin %77,1'i "Hepsi" diyerek doğru yanıtı vermiş, %22,9'u diğer seçenekleri işaretlemişlerdir.

**Tablo 22. Hasta Bakım ve Tedavi İşlemleri Sırasında El Yıkama İşleminin Doğru Gerekçesi İçin Uygun Seçeneğe Göre Dağılım**

Gerekçeler	Sayı	%
Mekanik Kirlere Uzaklaştırmak İçin	15	6,4
Mikroorganizmalardan Arındırmak İçin	14	5,9
Enfeksiyonlardan Korunmak İçin	31	13,1
Personelin ve Hastanın Korunması İçin	172	72,9
Fikrim Yok	4	1,7
<b>Toplam</b>	<b>236</b>	<b>100,0</b>

Hasta bakımı ve tedavi işlemleri sırasında el yıkama işleminin gerekçeleri ile ilgili olarak sorulan soruya hemşirelerin %72,9'u "Sağlık personelinin ve hastanın korunması için" diyerek doğru yanıtı vermiş, %27,1'i diğer seçenekleri işaretlemişlerdir.

**Tablo 23. Öncesi Ve Sonrasında El Yıkamayı Gerektiren Uygulamalar İçin Uygun Seçeneğe Göre Dağılım**

Uygulamalar	Sayı	%
IV, IM Girişimler	5	2,1
Steril Vücut Boşluklarına Girildiğinde	3	1,3
Pansuman Uygulamalarında	1	0,4
Hepsi	227	96,2
<b>Toplam</b>	<b>236</b>	<b>100,0</b>

Öncesinde ve sonrasında el yıkamayı gerektiren uygulamalar ile ilgili sorulan soruya hemşirelerin %96,2'si "Hepsi" diyerek doğru yanıtı vermiş, %3,8'i diğer seçenekleri işaretlemişlerdir.

**Tablo 24. El Kurulmada Doğru Yöntem İçin Uygun Seçeneğe Göre Dağılım**

Yöntem	Sayı	%
Ortak Bez Havlu İle Kurulama	0	0,0
Tek Kullanımlık Kağıt Havlu İle Kurulama	177	75,0
Sıcak Hava İle Kurulama	53	22,5
Kağıt İle Kurulama	1	0,4
Fikrim Yok	5	2,1
<b>Toplam</b>	<b>236</b>	<b>100,0</b>

Ellerin yıkanmasından sonra kurulama işleminde en doğru yöntemle ilgili sorulan soruda hemşirelerin %75'i "Tek kullanımlık kağıt havluyla kurulama" diyerek doğru yanıt vermiş, %25'i diğer seçenekleri işaretlemişlerdir.

**Tablo 25. Hastane Enfeksiyonlarının En Sık Görüldüğü Vücut Sistemi İçin Uygun Seçeneğe Göre Dağılım**

Sistemler	Sayı	%
Solunum Sistemi	129	54,7
Üriner Sistem	84	35,6
Sindirim Sistemi	7	3,0
Deri	6	2,5
Fikrim Yok	10	4,2
<b>Toplam</b>	<b>236</b>	<b>100,0</b>

Hastane enfeksiyonlarının en sık görüldüğü vücut sistemi ile ilgili sorulan soruya hemşirelerin %35,6'sı "Üriner sistem" diyerek doğru yanıt vermiş, %64,4'ü diğer seçenekleri işaretlemişlerdir.

**Tablo 26. Hastane Enfeksiyonları Açısından En Fazla Risk Altında Bulunan Grup İçin Uygun Seçeneğe Göre Dağılım**

Risk Grupları	Sayı	%
Bebekler ve İleri Yaş Grubu	26	11,0
İmmünoşüpresif Tedavi Alan Hastalar	7	3,0
Yanıklı Hastalar	6	2,5
Hepsi	197	83,5
<b>Toplam</b>	<b>236</b>	<b>100,0</b>

Hastane enfeksiyonları açısından en fazla risk altında bulunan grupla ilgili sorulan soruya hemşirelerin %83,5'i "Hepsi" diyerek doğru yanıt vermiş, %16,5'i diğer seçenekleri işaretlemişlerdir.

**Tablo 27. Bulaşma Yolu Diğerlerinden Farklı Olan Enfeksiyon İçin Uygun Seçeneğe Göre Dağılım**

Enfeksiyon	Sayı	%
Viral Hepatit A ( VHA )	186	78,8
Viral Hepatit B ( VHB )	4	1,7
Viral Hepatit C ( VHC )	0	0,0
Human İmmünodeficiency Virüs ( HIV )	31	13,1
Fikrim Yok	15	6,4
<b>Toplam</b>	<b>236</b>	<b>100,0</b>

Bulaşma yolu diğerlerinden farklı olan enfeksiyonla ilgili sorulara hemşirelerin %78,8'i "Viral Hepatit A" diyerek doğru yanıtı vermiş, %21,2'si diğer seçenekleri işaretlemişlerdir.

**Tablo 28. Alınan Örneklerin İncelenmesinde Doğru Sonuç Alınması İçin Laboratuara Ulaştırmada Zaman Açısından Uygun Seçeneğe Göre Dağılım**

Süre	Sayı	%
15-30 Dakika	190	80,5
45-60 Dakika	22	9,3
2 Saat	10	4,2
Sürenin Önemi Yok	6	2,5
Fikrim Yok	8	3,4
<b>Toplam</b>	<b>236</b>	<b>100,0</b>

Laboratuara gönderilmek üzere alınan örneklerin doğru sonuç vermesi için laboratuara ulaştırılması gereken süre ile ilgili sorulara hemşirelerin %80,5'i "15-30 dakika" diyerek doğru yanıtı vermiş, %19,5'i diğer seçenekleri işaretlemişlerdir.

**Tablo 29. İdrar Sondasının Takılması İle İlgili Yanlış Olan Uygulama İçin Uygun Seçeneğe Göre Dağılım**

İşlemler	Sayı	%
Antiseptik Solüsyon İle Temizlenir	19	8,1
Non-Steril Eldiven Kullanılır	174	73,7
Maske Gerekli Değildir	30	12,7
İdrar Torbası Mea Seviyesinden Yukarı Çıkarılmaz	8	3,4
Fikrim Yok	5	2,1
<b>Toplam</b>	<b>236</b>	<b>100,0</b>

İdrar sondası takılmasında yanlış olan uygulama ile ilgili sorulara hemşirelerin %73,7'si "İşlemden non-steril eldiven kullanılır" diyerek doğru yanıt vermiş, %26,3'ü diğer seçenekleri işaretlemişlerdir.

**Tablo 30. Kullanılmış Enjektör İğnesinin Ele Batması Durumunda Yapılması Gereken Doğru Uygulama İçin Uygun Seçeneğe Göre Dağılım**

Uygulamalar	Sayı	%
Antiseptikle Silinir	83	35,2
Bol Su ile Yıkayıp Uzmanla Danışılır	76	32,2
Hastanın Tetkikleri Yapılıp Bulaşıcı Hastalık Değerlendirilir	67	28,4
Herhangi Bir Uygulamaya Gerek Yoktur	2	0,8
Fikrim Yok	8	3,4
<b>Toplam</b>	<b>236</b>	<b>100,0</b>

Klinikte tedavide kullanılan enjektör iğnesinin ele batması durumunda yapılması gereken doğru uygulama ile ilgili sorulara hemşirelerin %32,2'si "Yaralanma bölgesi bol su ile yıkayıp, uzmanla danışılarak hareket edilir" diyerek doğru yanıt vermiş, %67,8'i diğer seçenekleri işaretlemişlerdir.

**Tablo 31. Enfeksiyon Kontrol Hemşiresinin (İKH) Temel Sorumlulukları İçin Uygun Seçeneğe Göre Dağılım**

Sorumluluklar	Sayı	%
Sürveyans	1	0,4
Haberleşme ve Rapor	2	0,8
Eğitim	9	3,8
Hepsi	219	92,8
Fikrim Yok	5	2,1
<b>Toplam</b>	<b>236</b>	<b>100,0</b>

Enfeksiyon kontrol hemşiresinin (İKH) temel sorumlulukları ile ilgili soruya hemşirelerin %92,8'i "Hepsi" diyerek doğru yanıt vermiş, %7,2'si diğer seçenekleri işaretlemişlerdir.

**Tablo 32. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Bilgi Puanlarının Dağılımı**

	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart sapma
<b>Puan</b>	236	14,00	89,50	65,84	11,38

Araştırmaya katılan hemşirelerin hastane enfeksiyonlarına ilişkin bilgi puanlarının dağılımı Tablo 32'de görülmektedir. Bilgi düzeyi toplam 100 puan üzerinden değerlendirilmiştir. En düşük puan 14, en yüksek puan 89,50 iken ortalama bilgi puanı 65,84'dür.

**Tablo 33. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Yaşa Göre Dağılımları Ve Bilgi Puan Ortalamaları**

Yaş	n	Puan
21-30 Yaş	146	66,40
31 Yaş ve ↑	90	64,92

p : 0,331

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş gruplarına göre dağılımları ve bilgi puan ortalamaları Tablo 33'de görülmektedir. Tabloda 21-30 yaş arasında olan hemşirelerin 66,40 puan, 31 yaş ve üzerindeki hemşirelerin 64,92 puan aldıkları görülmektedir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede yaşlar arasında ki puan farkı anlamlı bulunmamıştır (p >0,05).

**Tablo34. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Öğrenim Durumlarına Göre Dağılımları Ve Bilgi Puan Ortalamaları**

Öğrenim Durumu	n	Puan
S.M.L	101	63,37
Ön Lisans	124	67,33
Lisans	11	71,68

p: 0,007

Araştırmaya katılan hemşirelerin öğrenim durumlarına göre dağılımları ve bilgi puan ortalamaları Tablo 34'de görülmektedir. Tabloda Sağlık Meslek Lisesi mezunu olan hemşirelerin 63,37 puan, Ön Lisans mezunu hemşirelerin 67,33 puan ve Lisans mezunu hemşirelerin ise 71,68 puan aldıkları görülmektedir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede öğrenim durumları arasındaki puan farkı anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

**Tablo 35. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Mesleki Deneyim Sürelerine Göre Dağılımları Ve Bilgi Puan Ortalamaları**

Çalışma Süresi	N	Puan
0-1 Yıl	56	62,44
1-5 Yıl	127	66,61
5 Yıl ve ↑	53	67,58

p:0,033

Araştırmaya katılan hemşirelerin mesleki deneyim sürelerine göre dağılımları ve bilgi puan ortalamaları Tablo 35'de görülmektedir. Tabloda mesleki deneyim süresi 0-1 yıl olan hemşirelerin 62,44 puan, 1-5 yıl olan hemşirelerin 66,61 puan, 5 yıl ve üzerinde olan hemşirelerin ise 67,58 puan aldıkları görülmektedir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede mesleki deneyim süresi açısından gruplar arasındaki puan farkı anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

**Tablo 36. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Çalıştıkları Bölüme Göre Dağılımları Ve Bilgi Puan Ortalamaları**

Çalışılan Bölüm	n	Puan
Cerrahi Birimler	99	67,43
Dahili Birimler	98	65,02
Poliklinikler	39	65,84

p: 0,160

Araştırmaya katılan hemşirelerin çalıştıkları bölüme göre dağılımları ve bilgi puan ortalamaları Tablo 36'da görülmektedir. Tabloda cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin 67,43 puan, dahiliye birimlerinde çalışan hemşirelerin 65,02 puan, polikliniklerde çalışan hemşirelerin ise 65,84 puan aldıkları görülmektedir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede hemşirelerin çalıştıkları bölümler açısından gruplar arasındaki puan farkı anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 37. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Çalıştıkları Bölümdeki Hizmet Sürelerine Göre Dağılımları Ve Bilgi Puan Ortalamaları**

Hizmet Süresi	N	Puan
0-5 Yıl	62	65,53
5 Yıl ve ↑	174	65,95

p: 0,804

Araştırmaya katılan hemşirelerin çalıştıkları bölümdeki hizmet sürelerine göre dağılımları ve bilgi puan ortalamaları Tablo 37'de görülmektedir. Tabloda bölümdeki hizmet süresi 0-5 yıl olan hemşirelerin 65,53 puan, 5 yıl ve üzerinde olan hemşirelerin 65,95 puan, aldıkları görülmektedir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede hemşirelerin halen çalıştıkları birimdeki hizmet sürelerine göre yapılan dağılımda gruplar arasında puan farkı anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 38. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Çalıştıkları Bölümdeki Görevlerine Göre Dağılımları Ve Bilgi Puan Ortalamaları**

Bölümdeki Görevleri	N	Puan
Servis Hemşiresi Ve Sorumlu Hemşire	197	65,86
Poliklinik Hemşiresi Ve Başhemşire	39	63,01

p : 0,162

Araştırmaya katılan hemşirelerin çalıştıkları bölümdeki görevlerine göre dağılımları ve bilgi puan ortalamaları Tablo 38'de görülmektedir. Tabloda servis hemşiresi ve sorumlu hemşirelerin 65,86 puan, poliklinik hemşiresi ve başhemşirelerin 63,01 puan aldıkları görülmektedir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede hemşirelerin halen çalıştıkları birimdeki görevlerine göre yapılan dağılımda gruplar arasında ki puan farkı anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 39. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Hizmet İçi Eğitim Alma Durumlarına Göre Dağılımları Ve Bilgi Puan Ortalamaları**

Eğitim	N	Puan
Alan	63	64,85
Almayan	173	66,19

p : 0,424

Araştırmaya katılan hemşirelerin hizmet içi eğitim alma durumlarına göre dağılımları ve bilgi puan ortalamaları Tablo 39’da görülmektedir. Tabloda konu ile ilgili hizmet içi eğitim alan hemşirelerin 64,85 puan, eğitim almayan hemşirelerin 66,19 puan aldıkları görülmektedir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede hizmet içi eğitim alan ve almayan grup arasındaki puan farkı anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 40. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Çalıştıkları Kuruma Göre Dağılımları Ve Puan Bilgi Ortalamaları**

Çalışılan Kurum	N	Puan
SSK Hastanesi	75	69,01
Devlet Hastanesi	161	64,36

p : 0,003

Araştırmaya katılan hemşirelerin çalıştıkları kuruma göre dağılımları ve bilgi puan ortalamaları Tablo 40’da görülmektedir. Tabloda SSK Hastanesinde çalışan hemşirelerin 69,01 puan, Devlet Hastanesinde çalışan hemşirelerin 64,36 puan aldıkları görülmektedir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede SSK ve Devlet hastanelerinde çalışan hemşire grupları arasındaki puan farkı anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ).



## 5. TARTIŞMA

Hastane enfeksiyonları hastanelerde ortaya çıkan sekonder enfeksiyonlardır. Bu nedenle bu enfeksiyonların görülmesi beraberinde sağlık bakım sistemlerindeki eksik ve yanlışları da ortaya koymaktadır. Hastane enfeksiyonlarının taşıdığı bu önem nedeniyle hemşirelerin konu hakkındaki bilgilerinin araştırılması amacıyla Uşak SSK ve Devlet hastanelerinde çalışma gerçekleştirilmiştir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin hastane enfeksiyonlarına ilişkin bilgi puan ortalamalarına bakıldığında, toplam 100 puan üzerinden 65,84 puan aldıkları görülmüştür.

Hastane enfeksiyonlarına ilişkin hemşirelerin bilgi düzeyini saptamak amacıyla yapılan bu çalışmaya alınan 236 hemşirenin %61,9'u 21-30 yaş grubunda yer almaktadır. %52,5'inin Ön lisans mezunu olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin mesleki deneyim sürelerine bakıldığında, %53,8'inin 1-5 yıllık mesleki deneyime sahip oldukları görülmüştür. Halen çalıştıkları hizmet birimi incelendiğinde, %41,9'unun cerrahi birimlerde, %41,6'sının dahiliye birimlerinde ve %16,5'inin de polikliniklerde çalıştıkları bulunmuştur. Çalışılan birimdeki hizmet süresi incelenmiş ve %73,7'sinin 5 yıl ve üzerinde hizmet süresi olduğu görülmüştür. Hemşirelerin çalıştıkları birimdeki görevlerine bakıldığında %80,1'inin servis hemşiresi olduğu bulunmuştur. Hastane enfeksiyonları konusunda hizmet içi eğitim alma durumları incelendiğinde %73,3'ünün eğitim almadıkları görülmüştür. Yine HBV enfeksiyonuna karşı aşılama durumlarına bakıldığında %65,7'sinin aşılandığı bulunmuştur. Son olarak araştırmaya katılan hemşirelerin çalıştıkları kurum incelendiğinde ise %68,2'sinin Devlet Hastanesinde, %31,8'inin de SSK Hastanesinde çalıştığı görülmüştür (Tablo 1).

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaşları ile bilgi puanı arasındaki ilişki incelendiğinde; 21-30 yaş grubunda olan hemşirelerin aldıkları puan sayısal olarak 31 yaş ve üzeri grubundaki hemşirelerden yüksek olmakla beraber iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 33).

Konu ile ilgili olarak Yalçın'ın "Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Erişkin hastanesinde çalışan servis hemşirelerinin hastane enfeksiyonları ile ilgili bilgi düzeylerinin saptanması" adlı çalışmasında hemşirelerin %64'ünün 15-24 yaşları

arsında olması ve Kurnaz'ın "A.Ü. İbni Sina hastanesinde hastane enfeksiyonları prevalansı ve burada çalışan hemşirelerin hastane enfeksiyonlarına ilişkin bilgi tutum ve davranışlarının araştırılması" adlı çalışmasında hemşirelerin %70,8'inin 18-27 yaşları arasında olması bulgularımıza paralellik göstermektedir (91, 92).

Araştırmaya katılan hemşirelerin öğrenim durumları ile bilgi puanı arasındaki ilişkiye bakıldığında; öğrenim düzeyi yükseldikçe bilgi puanının arttığı saptanmıştır (Tablo 34).

Eğitim düzeyi arttıkça kavrama, uygulama, analiz ve sentez etme yeteneklerinde de artma olur ve eğitim düzeyi yüksek olan bireyin eğitime hazır bulunma düzeyi de yükselir. Çalışmamızda da eğitim düzeyi yükseldikçe ortalama bilgi puanının da gittikçe yükselmesi bu görüşü desteklemektedir.

Konu ile ilgili olarak Durmuş'un "Hastanede çalışan doktor ve hemşirelerin hastane enfeksiyonları ile ilgili bilgi düzeylerinin saptanması" adlı çalışmasında ve Günay'ın "Hastane enfeksiyonlarına ilişkin hemşirelerin bilgi düzeyinin belirlenmesi" adlı çalışmasında hemşirelerin eğitim düzeyi yükseldikçe bilgi puanının da yükseldiği belirtilmiştir. Bu sonuçlar çalışma bulgularımızı desteklemektedir (93,94).

Rızalar'ın "Hasta bakımına doğrudan katılan hastane personelinin hastane enfeksiyonlarıyla ilgili bilgi ve uygulamalarının saptanması", Gündoğdu'nun "Hastanede çalışan hemşirelerin hastane enfeksiyonlarına ilişkin bilgi düzeylerinin incelenmesi" ve Kurnaz'ın konu ile ilgili çalışmalarında ise öğrenim durumu ile bilgi puanı arasında bir ilişki olmadığı belirtilmiştir. Bu sonuçlar çalışma bulgularımızdan farklılık göstermektedir (92,95,96).

Mesleki deneyim süresi ile bilgi puanı arasındaki ilişki incelendiğinde; mesleki deneyim süresi arttıkça bilgi puan ortalamasının da arttığı görülmüştür. Özellikle mesleki deneyim süresi 0-1 yıl arası olan grubun diğer gruplardan daha düşük puan aldığı dikkat çekmektedir. Diğer gruplar arasındaki fark ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 35).

Mesleki deneyim süresinin uzun olmasının tecrübenin artmasına ve dolayısıyla bilgi düzeyinin yükselmesine neden olduğu düşünülebilir. 0-1 yıl arası mesleki deneyimi olan hemşirelerin düşük puan almalarında bunun gibi nedenler önemli rol oynamaktadır.

Günay'ın ve Kurnaz'ın çalışmalarında mesleki deneyim süresi arttıkça bilgi puanının yükseldiği belirtilmiştir. Bu sonuçlar bulgularımıza paralellik göstermektedir (92,94).

Köşgeroğlu'nun "Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Hastane İnfeksiyonları Konusuna İlişkin Bilgi, Uygulama ve Uygulamalarını Etkileyen Etmenlerin Saptanması" ve Durmuş'un konu ile ilgili çalışmalarında mesleki deneyim süresi arttıkça bilgi puanının azaldığı belirtilmiştir (93,97). Gündoğdu'nun, Yalçın'ın, Rızalar'ın ve Erol'un konu ile ilgili çalışmalarında ise mesleki deneyim süresi ile bilgi puan ortalamaları arasında herhangi bir ilişki bulunmadığı belirtilmiştir (91,95,96,98). Bu sonuçlar çalışma bulgularımızdan farklılık göstermektedir.

Çalışmamızda çalışılan bölüm ile bilgi puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 36). Oysa ki hastane enfeksiyonu riskinin fazla olduğu ve aseptik tekniklerin daha fazla kullanıldığı cerrahi birimlerde bilgi puanını fazla olması beklenmektedir.

Köşgeroğlu, Kurnaz, Gündoğdu ve Yalçın'ın çalışmalarında çalışılan bölüm ile bilgi puanı arasında bir ilişki olmadığı belirtilmiştir. Bu sonuçlar çalışma bulgularımızı desteklemektedir (91,92,96,97). Durmuş'un çalışmasında ise cerrahide çalışan hemşirelerin %58,3'ü ortalamanın üzerinde yer almış ve bölümler arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu sonuç ise çalışma bulgularımızdan farklılık göstermektedir (93).

Yine hemşirelerin çalıştıkları bölümdeki hizmet süresi ile bilgi puanı arasında ki ilişki incelendiğinde; anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 37).

Erol'un "Hastanede çalışan Sağlık Meslek Lisesi mezunu hemşirelerin enfeksiyondan korunma yöntemlerine ve uygulamalarına ilişkin bilgi düzeyinin saptanması" adlı çalışmasında hizmet süresi ile bilgi puanı arasında ilişki olmadığı belirtilmiştir (98). Bu sonuç bulgularımızı desteklemektedir.

Hemşirelerin çalıştıkları bölümdeki görevleri ile bilgi puanı arasındaki ilişkiye bakıldığında; anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 38).

Konu ile ilgili olarak Gündoğdu çalışmasında çalışılan bölümdeki görev ile bilgi puanı arasında ilişki olmadığını belirtmiştir. Bu sonuç bulgularımızla paralellik göstermektedir (96). Durmuş çalışmasında servis sorumlu hemşirelerinin

%72,3'ünün puan ortalamasının üzerine çıkarken, servis hemşirelerinin sadece %29,3'ünün puan ortalamasının üzerine çıktığını belirtmiş ve servis sorumlu hemşirelerinin çoğunluğunun yüksek okul mezunu olmalarının bunda etkin rol oynadığını belirtmiştir (93). Kurnaz ise çalışmasında ameliyathane hemşirelerinin bilgi puanlarının servis ve yoğun bakım hemşirelerinden yüksek olduğunu belirtmiş, servis hemşiresi, yoğun bakım hemşiresi, kat sorumlu hemşiresi ve klinik başhemşirelerinin aldıkları puanlar arasında ise anlamlı bir fark olmadığını belirtmiştir (92). Bu sonuçlar çalışma bulgularımızdan farklılık göstermektedir.

Hemşirelerin hastane enfeksiyonu konusunda hizmet içi eğitim alma durumları ile bilgi puanı arasındaki ilişki incelendiğinde; herhangi bir ilişki olmadığı bulunmuştur (Tablo 39).

Konu ile ilgili olarak Kurnaz'ın ve Gündoğdu'nun çalışmalarında hastane enfeksiyonu konusunda hizmet içi eğitim programına katılma ile bilgi puanı arasında bir ilişki olmadığı belirtilmiştir (92,96). Bu sonuçlar bulgularımızı desteklemektedir. Günay'ın çalışmasında ise hizmet içi eğitim programına katılmanın önlem bilgisi ve toplam bilgi puanını arttırdığı belirtilmiştir (94). Bu sonuç bulgularımızdan farklılık göstermektedir.

Hemşirelerin çalıştıkları kurum ile bilgi puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde ise SSK Hastanesinde çalışan hemşirelerin Devlet hastanesinde çalışan hemşirelerden anlamlı olarak daha yüksek puan aldıkları bulunmuştur (Tablo 40).

Durmuş'un çalışmasında çalışılan kurum ile bilgi puanı arasındaki ilişki değerlendirilmiş ve üniversite çalışan hemşirelerin devlet hastanesinde çalışan hemşirelere göre daha yüksek puan aldıkları belirtilmiştir. Bu farka neden olarak da; üniversite hastanelerinin eğitim veren kurumlar olmasını ve tıp alanındaki yeniliklerin daha yakından takip edilmesini göstermiştir (93). Durmuş'un bu çalışma sonuçları bulgularımızla paralellik göstermektedir. Ancak bizim çalışmamızda araştırmanın yapıldığı kurumlar Devlet ve SSK hastaneleridir. Çalışmamızda SSK hastanesinin puanı Devlet hastanesinden anlamlı olarak farklı bulunmuştur.

Çalışmamızda her ne kadar hizmet içi eğitim alma durumu ile bilgi puanı arasında istatistikse açıdan anlamlı bir fark bulunamasa da SSK hastanesi hemşirelerinin Devlet hastanesi hemşirelerinden daha yüksek puan almasında; SSK

hastanesinde Mayıs 2002 tarihinden itibaren halen düzenli olarak uygulanmakta olan kalite yönetim çalışmaları dahilindeki hizmet içi eğitim programlarının etkili olduğu düşünülmektedir. SSK hastanesinde 2002 yılı içinde hastane enfeksiyonları ile ilgili olarak farklı konu başlıklarında ve farklı zaman dilimlerinde, toplam 10 saatlik bir hizmet içi eğitim programı düzenlenirken, Devlet hastanesinde yalnızca bir defa ve sadece 48 hemşirenin katıldığı bir eğitim programı düzenlenmiştir (99,100). İki kurum arasında ki bu hizmet içi eğitim farklılığının bilgi puanı arasında ki farklılığa da etki edebileceği düşünülmektedir.

Anket sorularına verilen cevap yüzdesi %50'nin altında olan sorular değerlendirildiğinde:

Tablo 5'de "Isıya dayanıklı olmayan hassas aletlerin sterilizasyonunda kullanılan yöntem" ile ilgili soruya (soru 13) hemşirelerin %38,1'inin doğru yanıt verdiği görülmüştür. Bu soruda doğru yanıt "Etilen Oksit" dir. Etilen Oksit gazı plastik ve ısıya dayanıklı olmayan hassas aletlerin (optik aletler, plastik ve lastik eşyalar, keskin aletler, elektrik kordonları ve ampuller) sterilizasyonunda kullanılır. Oldukça penetran özellikte olup, kağıt ve polietilenden yapılmış olan ambalajları geçerek, iç kısımda paketlenmiş olan malzemelerin sterilizasyonunu sağlar. Bu gaz patlayıcıdır ve daha uzun sterilizasyon (birkaç saat) ile havalandırma (birkaç gün) sürelerine ihtiyaç vardır (20,65,68,71).

Tablo 9'da "Çeşitli tüpler arasında bağlantı için kullanılan metal çam ağacının dezenfeksiyonunda kullanılan dezenfektan" ile ilgili soruların soruya hemşirelerin yalnızca %10,2'sinin doğru yanıtı verdiği görülmüştür. Bu soruda doğru yanıt "Sodyum hipoklorid"dir. Bu malzemenin araştırmanın yapıldığı hastanelerde kullanılmıyor olması doğru yanıt yüzdesinin düşük olmasının nedeni olabilir.

Tablo 11'de "Ameliyat öncesi cilt hazırlığında bölgenin tıraş edilmesi gerekli ise işlem ne zaman yapılmalıdır" sorusuna (soru 19) hemşirelerin %18,2'sinin doğru yanıtı verdiği görülmüştür. Bu soruda doğru yanıt "Ameliyattan hemen önce" dir. Tıraşın ameliyathanede veya ameliyattan hemen önce yapılmasının, ameliyattan 24 saat önce yapılan tıraşa oranla cerrahi enfeksiyon olasılığını 7 kat azalttığı gösterilmiştir. Ameliyat alanındaki kılların jiletle kesilmesinde enfeksiyon oranı %5,6 iken, kıl dökücüler ile yapılan temizlikte bu oran %0,6' dır. Kılların hiç tıraş edilmemesinde de oran %0,6'dır. Kılların yok edilmesi zorunlu ise bu, ameliyattan



hemen önce kıl söktüçüler ile yapılmalıdır (25,26,32,67,71,76). Hemşirelerin %81,8'inin konunun önemini bilmedikleri görülmüştür.

Tablo 14'de "Serviste kullanılmış iğneleri atmadan önce yapılması gereken işlem" ile ilgili soruya (soru 22) hemşirelerin %41,1'nin doğru yanıt verdiği görülmüştür. Bu soruda doğru yanıt "İğne direkt olarak iğne kırıcı kutuya atılır" dır. İğneler kullanıldıktan sonra kılıf geçirmeksizin ve bükülmeksizin delinmeye dayanıklı, sızıntı yapmayan özel kaplara konur (3,75). Hemşirelerin %58,9'unun konunun önemini bilmedikleri görülmüştür.

Tablo 18'de "Hastane enfeksiyonlarının önlenmesinde hangisi önerilmemektedir" sorusuna (soru 26) hemşirelerin %4,7'sinin doğru yanıt verdiği görülmüştür. Bu soruda doğru yanıt "Yer, duvar ve lavaboların dezenfeksiyonu" dur. Bununla beraber hemşirelerin %80,9 gibi büyük bir kısmı "Antibiyotik kullanımını kontrol altına alınması" seçeneğini işaretlemişlerdir. Oysa ki antibiyotik kullanımı enfeksiyon kontrol komitesi tarafından kontrol altında tutulması gereken ve böylece enfeksiyonların azaltılmasında oldukça etkili olabilen bir uygulamadır. Yine hastanelerde yer, duvar, tuvalet, banyo ve kapı kolu gibi düzenli olarak temizlenen ve enfeksiyon riski düşük yüzeylerin temizliğinde genellikle dezenfektan gerekli değildir. Yüzey dezenfeksiyonu ancak epidemik enfeksiyonlarda rol oynamaktadır (35,39,64,71). Hemşirelerin %95,3'ünün konunun önemini bilmedikleri görülmüştür.

Tablo 20'de "El yıkama ile hastane enfeksiyonlarının yüzde kaç azaltılabileceği" sorusuna (soru 28) hemşirelerin %36,9'unun doğru yanıt verdiği görülmüştür. Bu soruda doğru yanıt "%30"dur (74). Hemşirelerin el yıkama ile ilgili olan 24, 27, 29, 30, 31 ve 32. sorulara verdikleri yanıtların yeterli olduğu görülürken yine el yıkama ile ilgili olan bu soruyu düşük oranda cevaplamış olmaları bize hemşirelerin hastane enfeksiyonlarında el yıkamanın önemini bildiklerini, ancak bu sorunun sayısal değer içermesinden ve sayısal değerlerin akılda tutulmasının daha zor olmasından kaynaklandığını düşündürmektedir.

Tablo 25'de "Hastane enfeksiyonunun en çok görüldüğü vücut sistemi" ile ilgili soruya (soru 33) hemşirelerin %35,6'sının doğru yanıt verdiği görülmüştür. Bu soruda doğru yanıt "Üriner sistem" dir. Hastane enfeksiyonları vücut sistemi olarak en çok üriner sistemde yerleşmektedir (9,11,12,50). Hemşirelerin üretral katetere bağlı gelişebilecek enfeksiyonlarla ilgili olan idrar sondası takılmasında yapacakları

içeren soruya (soru 37) %73,7 oranında doğru yanıt verirken bu soruya düşük oranda yanıt vermeleri düşündürücüdür ve konunun önemini yeterince bilmediklerini göstermektedir.

Tablo 30'da ise iğne kazalarında yapılacak doğru uygulama ile ilgili soruya (soru 38) hemşirelerin %32,2'sinin doğru yanıt verdiği görülmüştür. Bu soruda doğru yanıt "Yaralanma bölgesi bol su ile yıkanarak uzmana danışılır"dır. Kullanım sonrası iğneyi kapatmaya çalışma, kırma, bükme gibi işlemler iğne batması riski yarattığı için delinmez iğne kırıcı kutu kullanımı önerilmektedir. İğne ile yaralanma durumunda ise bölge bol su ile yıkanıp derhal bir uzmana danışılmalıdır.

Hastane enfeksiyonlarının önlenmesinde, hemşirelerin getirdikleri öneriler maddelendiğinde ise;

- 1- Hasta bakımına doğrudan katılan tüm personelin konu ile ilgili eğitim ve denetimi
- 2- Yardımcı hizmetli personelin konu ile ilgili eğitim ve denetimi
- 3- Yeterli malzeme temini
- 4- Personel eksikliğinin giderilmesi
- 5- Ziyaret saatlerinin ve ziyaretçilerin azaltılması
- 6- Hastanelerde Hastane Enfeksiyonu Kontrol Komitesi kurulması ve işlerliğinin sağlanması
- 7- Çalışan tüm personelin görev ve yetki tanımlarının belirlenmesi
- 8- Enfeksiyondan korunma ve kontrol önlemlerinin uygulanması (El yıkama, maske ve eldiven kullanımı, atıkların uygun şekilde imhası, sterilizasyon ve dezenfeksiyon tekniklerinin doğru kullanımı, antibiyotik kullanımının kontrol altına alınması, sağlık personelinin enfeksiyonlara karşı aşılannmalarının sağlanması, düzenli aralarla hastane personelinden örnek alınımının sağlanması)
- 9- Kliniklerde yatan hasta ve refakatçilerin hastane enfeksiyonu (septomlar, korunma vb.) konusunda özellikle taburculuk sonrası dönem için eğitimin sağlanması
- 10- Hastanelerin mimarı yapısı inşa edilirken ve yerleşim planı yapılırken kliniklerin enfeksiyon risklerine göre binaya yerleştirilmesi

- 11- Kliniklerde yatan hastaların tıbbi tanılara göre gruplanıp, tanılara göre farklı odalara yerleştirilmesi
- 12- Hasta odalarında hasta yataklarının azaltılması
- 13- Hastanede yatış süresinin mümkün olduğunca kısa tutulması
- 14- Hastane enfeksiyonlarında risk gruplarının belirlenip, uygulamaların bu doğrultuda planlanması, uygulanması
- 15- Enfeksiyon salgınlarında (epidemilerde) nedenin ve kaynağın araştırılması
- 16- Tıbbi bakım ve hemşirelik bakımında kullanılan tekniklerin doğru ve daha dikkatli uygulanması
- 17- Hemşirelerin, mikroorganizmalar için taşınma yolu oluşturmamaları açısından üniforma bütünlüğünün sağlamaları
- 18- Hastane enfeksiyonları ile ilgili varolan yenilikler ve gelişmelerin personele aktarılması
- 19- Hastane enfeksiyonları ile ilgili mesleki yayınların, dergilerin temin edilip servislere dağıtılması
- 20- Kurum tarafından hemşirelerin (en azından servis sorumlu hemşirelerinin) konu ile ilgili olarak seminer, kurs, kongre vb. gönderilmesi.

Hemşirelerin getirdikleri bu öneriler hastane enfeksiyonları kontrol komitesinin getirdiği ve getirilmesi gereken önlemlerle benzerlik göstermektedir.

Hastanelerimizin bakımla ilgili sorunlarının çözümü ve hastalara kapsamlı bir hemşirelik bakımı sunulması bilgili, yetenekli ve dikkatli hemşirelerle mümkündür. Gerek hastane hizmetlerinin en iyi biçimde sunulmasında, gerekse iş gücü, mali kayıp gibi sorunların ortadan kaldırılmasında hastane enfeksiyon oranlarının düşürülmesinin önemi büyüktür. Hazırlanacak hizmet içi eğitim programı ile sağlık personelinin eğitilmesinin bu konuda hizmetin kalitesini arttıracığı, ekonomik açıdan olumlu katkılar sağlayacağı düşünülebilir.



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuç

Uşak il merkezi hastanelerinde çalışan hemşirelerin hastane enfeksiyonları konusundaki bilgi düzeylerini saptamak amacıyla tanımlayıcı olarak yapılan bu araştırmanın sonuçları şöyle sıralanabilir:

1- Araştırmaya katılan hemşirelerin 21-30 yaş arasında yoğunlaştığı ve yaklaşık yarısının Ön lisans mezunu olduğu, yine yarısının mesleki deneyim sürelerinin 1-5 yıl arasında olduğu saptanmıştır.

2- Araştırmaya katılan hemşirelerin HBV enfeksiyonuna karşı aşılama ile ilgili tutum ve davranışları incelendiğinde, HBV enfeksiyonuna karşı aşılama gerektiğine inanan 155 hemşirenin tamamının aşılandığı bununla beraber HBV enfeksiyonuna karşı aşılama gerektiğine inanmadığını belirten 81 hemşirenin ise %93,8'inin aşısını yaptırdığı, ancak %6,2'i gibi küçük bir kısmının aşısını yaptırmadığı saptanmıştır.

3- Araştırmaya katılan hemşirelere uygulanan anket sonucuna göre bilgi puan ortalaması 65,84 olarak bulunmuştur. Değerlendirme 100 puan üzerinden yapılmıştır.

4- Araştırmaya katılan hemşirelerin; yaş, çalışılan hizmet birimi, birimdeki hizmet süresi, birimdeki görevi ve hastane enfeksiyonları konusunda eğitim alma durumları ile bilgi puan ortalaması arasındaki ilişki incelenmiştir. Bu kriterlerle bilgi puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

5- Araştırmaya katılan hemşirelerin öğrenim durumları ile bilgi puan ortalaması arasındaki ilişki incelendiğinde; öğrenim düzeyi yükseldikçe bilgi puanının arttığı saptanmıştır. Bunun nedeni olarak ise, eğitim düzeyi arttıkça kavrama, uygulama, analiz ve sentez etme yeteneklerinde de artma olması ve eğitim düzeyi yüksek olan bireyin eğitime hazır bulunma düzeyinin de yüksek olması söylenebilir.

6- Araştırmaya katılan hemşirelerin mesleki deneyim süresi ile bilgi puanı ortalaması arasındaki ilişki incelendiğinde; mesleki deneyim süresi arttıkça bilgi

puan ortalamasının da arttığı saptanmıştır. Mesleki deneyim süresinin uzun olmasının tecrübenin artmasına ve dolayısıyla bilgi düzeyinin yükselmesine neden olduğu söylenebilir.

7- Araştırmaya katılan hemşirelerin çalıştıkları kurum ile bilgi puanı ortalaması arasındaki ilişki incelendiğinde; SSK Hastanesinde çalışan hemşirelerin Devlet hastanesinde çalışan hemşirelerden anlamlı olarak daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır. Buna neden olarak da; SSK hastanesinde Mayıs 2002 tarihinden itibaren halen düzenli olarak uygulanmakta olan kalite yönetim çalışmaları dahilindeki hizmet içi eğitim programlarının etkili olduğu düşünülmektedir. SSK hastanesinde 2002 yılı içinde hastane enfeksiyonları ile ilgili olarak farklı konu başlıklarında ve farklı zaman dilimlerinde, toplam 10 saatlik bir hizmet içi eğitim programı düzenlenirken, Devlet hastanesinde yalnızca bir defa ve sadece 48 hemşirenin katıldığı bir eğitim programı düzenlenmiştir. İki kurum arasında ki bu hizmet içi eğitim farklılığının bilgi puanı arasında ki farklılığa da etki edebileceği düşünülmektedir.

8- Isrya dayanıklı olmayan hassas aletlerin sterilizasyonunda kullanılan yöntemi hemşirelerin %61,9'unun yanlış bildiği saptanmıştır.

9- Çeşitli tüpler arasında bağlantı için kullanılan metal çam ağacını dezenfekte etmek için kullanılan dezenfektan maddeyi hemşirelerin %89,8'inin yanlış bildiği saptanmıştır.

10- Ameliyat öncesi cilt hazırlığında ameliyat bölgesinin ne zaman tıraş edileceğini hemşirelerin %81,8'inin yanlış bildiği saptanmıştır.

11- Serviste kullanılmış olan iğneleri atmadan önce yapılması gereken işlemi hemşirelerin %58,9'unun yanlış bildiği saptanmıştır.

12- Hastane enfeksiyonlarının önlenmesinde önerilmeyen uygulamayı hemşirelerin %95,3'ünün yanlış bildiği saptanmıştır.

13- El yıkamanın hastane enfeksiyonlarını yüzde kaç azaltabileceğini hemşirelerin %63,1'nin yanlış bildiği saptanmıştır. Hemşirelerin el yıkama ile ilgili olan diğer sorulara verdikleri yanıtların yeterli olduğu (Doğru cevap yüzdesinin %50'nin üzerinde olması) halde bu soruya düşük yanıt vermelerinin nedeni olarak cevabın sayısal değer içermesi ve sayısal değerlerin akılda tutulmasının zor olması olarak düşünülmüştür.

14- Hastane enfeksiyonunun en çok görüldüğü vücut sistemini hemşirelerin %64,4'ünün yanlış bildiği saptanmıştır.

15- İğne kazalarında yapılacak doğru uygulamayı hemşirelerin %67,8'inin yanlış bildiği saptanmıştır.



## 6.2. Öneriler

Araştırma verileri değerlendirilmiş ve araştırma verilerine dayanarak getirilen öneriler aşağıda sıralanmıştır:

- 1- Konu ile ilgili olarak hizmet içi eğitim programlarının hazırlanması, eğitimde sürekliliğin sağlanması ve denetim yapılması,
- 2- Personelin kan/vücut sıvıları yoluyla bulaşan hastalıklardan korunmalarını sağlamak,
- 3- El kurulumunda kullanılan kağıtların yarattığı görünmeyen ekonomik kaybın belki bir miktar fazla maliyetle doğru ve yararlı yöne kanalize edilerek kağıt havlu temininin sağlanması,
- 4- Hastane enfeksiyonları sürveyansının yapıp, daha etkin tedavisi için Hastane Enfeksiyonu Kontrol Komitesi kurulması,
- 5- Hemşirelere öğrencilik yıllarından başlayarak mesleki yayın izleme alışkanlığının kazandırılması,
- 6- Hastane enfeksiyonlarının önlenmesinde; hemşirelik mesleği dışında, doktor, teknisyen, yardımcı hizmetli personel gibi kişilerinde sorumlu olduğu düşünülerek önce bu konuya ilişkin bilgilerini saptamak amacı ile araştırma sonuçlarına göre bu kişilerin hizmet içi eğitim programlarının yapılması önerilebilir.

## KAYNAKLAR

- 1.Çetin, T.E., (1992), Hastane İnfeksiyonlarının Önemi, 1. Türk Hastane İnfeksiyonu Kongre Kitabı, İstanbul.
- 2.Gedikoğlu,S., (1995), Hastane İnfeksiyonları, Değerli, Ü.(Ed), Genel Cerrahi, B. 5, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri.
- 3.Görak,G., Savaşer, S., (1992), Hastane İnfeksiyonları, Ünlü, İ. (Ed), Epidemiyolojiye Giriş ve İnfeksiyon Hastalıkları, Eskişehir, T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları No: 563, Açıköğretim Fakültesi Yayınları No: 261.
- 4.Kuzu, N., (2000), Enfeksiyon Kontrolünde El Yıkamanın Önemi, Hemşirelik Forumu Dergisi, 3, 33-5.
- 5.Tramarin, A., Bragognolo, L., (2002), Setting Priorities in the Prevention and Control of Nosocomial Infections: An Economic Perspective, Infez Med., 1, 7-17.
- 6.Loan, LA., Jennings, BM., Brosch, LR., Depaul, D., Hildreth, P., (2003), Indicators of Nursing Care Quality. Findings From A Pilot Study, Outcomes Manag., 7, 51-8.
- 7.Arslan, H., Gürdoğan, K., (1999), Yoğun Bakım Ünitelerinde Gözlenen Hastane İnfeksiyonları, Hastane İnfeksiyonları Dergisi, 7, 165-70.
- 8.Çetin, B., Yalçın, A.N., Turgut, H., Kaleli, İ., Orhan, N., (1999), Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Hastane İnfeksiyonları, Hastane İnfeksiyonları Dergisi, 3, 161-4.
- 9.Korten, V., (2002), Hastane İnfeksiyonları, Willke Topçu, A., Söyletir, G., Doğanay, M. (Eds), İnfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyoloji, İstanbul, C. I, Nobel tıp Kitabevleri.
- 10.Willke, A., (1998), Hastane İnfeksiyonları ve Sürveyansın Önemi, Flora Dergisi, 3, 11-5.
- 11.Çoker, A., (2001), Hastane İnfeksiyonları, Sayek, İ., Çoker, A., Sökmen, S. (Eds), Cerrahi İnfeksiyon, Ankara, Güneş Kitabevi.
- 12.Zamir, D., Polychuck, I., Leibovitz, I., Rettblat, T., Zamir, C., Scharf, S., (2003), Nosocomial Infections in Internal Medicine Depertmans Harefuah., 142, 265-8.
- 13.Sünter, A. T., Pekşen, Y., Dündar, C., Canbaz, S., Güçlü Göktaş, A., (2000), Cerrahi Kliniklerde Hastane İnfeksiyonlarının Hastanede Kalış Süresine ve Maliyete Etkisi, Hastane İnfeksiyonları Dergisi, 4, 101-5.
- 14.Bulut, A., Erbaydar, S., (1996), Hastane İnfeksiyonu Kontrol Programının Ekonomik Yönü, Aktüel Tıp Dergisi, 1, 411-3.
- 15.Korten, V., (1993), Hastane İnfeksiyonlarının Epidemiyolojisi ve Genel Risk Faktörleri, Akalın, E. (Eds), Hastane İnfeksiyonları, B. 1, Ankara, Güneş Kitabevi.
- 16.Pekşen, Y., (2002), Hastane İnfeksiyonlarının Epidemiyolojisi, Günaydın, M., Esen, Ş.,Saniç, A., Leblebicioğlu, H.(Eds), Sterilizasyon Dezenfeksiyon ve Hastane İnfeksiyonları, B. 2, Samsun, SİMAD Yayınları No: 1.
- 17.Sökücü, N., (1995), Cerrahi İnfeksiyonlar, Değerli, Ü. (Ed), Genel Cerrahi, B. 5, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri.
- 18.Çulha, G., (2000), Marmara Üniversitesi Hastanesi İnfeksiyon Kontrol Komitesi Örgütlenme ve İşleyişi, Hemşirelik Forumu Dergisi, 3, 21-5.

19. Yalçın, A.N., (1998), Hastane İnfeksiyonları, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 7, 56-9.
20. Leblebicioğlu, H., (2000), Hastane İnfeksiyonlarının İzlemi ve Değerlendirilmesi, Hastane İnfeksiyonları Dergisi, 4, 183-6.
21. Bölükbaş, N., Uzun, Ö., (1998), Sağlık Personelinin Cerrahi El Yıkama İlkelerine Uyuma Durumunun İncelenmesi, Türk Hemşireler Dergisi, 48, 29-32.
22. Çakar, N., Akça, O., (1996), Yoğun Bakım Ünitelerinde Hastanesi İnfeksiyonlarının Kontrolü, Aktüel Tıp Dergisi, 1, 471-4.
23. Eksik, A., Temel, İ., (1996), Hastane İnfeksiyonu Kontrolünde İnfeksiyon Hemşiresinin Rolü, Aktüel Tıp Dergisi, 1, 491-2.
24. Ay, P., Karabey, S., (2001), El Yıkama ve El Dezenfeksiyonu, Aktüel Tıp Dergisi, 6, 52-6.
25. Arioğlu, O., (1996), Cerrahi Yara İnfeksiyonları, Aktüel Tıp Dergisi, 1, 465-7.
26. Sökücü, N., (1990), El Hijyeni ve Deri Antisepsisi, ANKEM Dergisi, 4, 379-83.
27. Uzun, Ö., Bölükbaş, N., (1997), El Yıkama ve Kurulamaya İlişkin Bir Çalışma, Türk Hemşireler Dergisi, 47, 4-17.
28. Namal, A., (2001), Tıp Etiği Açısından Bakışla Hastane İnfeksiyonları, Aktüel Tıp Dergisi, 6, 29-36.
29. Kurnaz Köse, T., Şimşek, N., Akyürek, G., Özgen Ertan, R., (2000), İnfeksiyon Kontrol Hemşireliği ve Sorunları, Klimik Dergisi, 13, 52-6.
30. Kaya, M., (2000), Hastane İnfeksiyonları Kontrolünde İnfeksiyon Kontrol Hemşiresinin Rolü ve Önemi, Hastane İnfeksiyonları Dergisi, 4, 245-52.
31. Şimşek, N., Ecioğlu, N., Ünal, S., (1998), Hastane İnfeksiyonlarının Önlenmesinde İnfeksiyon Kontrol Hemşiresinin Rolü, Hastane İnfeksiyonları Dergisi, 1, 20-4.
32. Çakmakçı, M., (1999), Ameliyathane ve Cerrahi İnfeksiyonlar, Hastane İnfeksiyonları Dergisi, 3, 140-6.
33. Çağatay, A., (2001), İzolasyon Önlemleri, Aktüel Tıp dergisi, 6, 57-63.
34. Gürler, B., (2002), Cerrahi Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Uygulaması: Ne Zaman, Nasıl, Hangi Dezenfektan?, ANKEM Dergisi, 16, 219-23.
35. Derbentli, Ş., (1990), Hastane İnfeksiyonlarında Çevrenin Rolü, ANKEM Dergisi, 4, 372-5.
36. Dumpis, U., Balode, A., Vigante, D., et al., (2003), Prevalence of Nosocomial Infections in Two Latvian Hospitals, Euro Surveill., 8, 73-8.
37. Somer, A., Yalçın, I., Öngen, B., Sarıbeyoğlu, E., Salman, N., Gürler, N., (2000), Pediatrik İnfeksiyon Hastalıkları Servisinde Yatan Hastalardan İzole Edilen Staphylococcus Aureus Suşlarının Çeşitli Antimikrobiklere Direnç Durumları, Turkish Journal of Infection, 14, 369-72.
38. Yenen, O.Ş., (2001), Sağlık Personelinin Hastane İnfeksiyonlarından Korunması, Aktüel Tıp Dergisi, 6, 7-14.
39. Derbentli, Ş., (2001), Nozokomiyal İnfeksiyonlarda Hastane Ortamının Önemi, Aktüel Tıp Dergisi, 6, 37-42.



40. Akşit, F., (1997), Hastane İnfeksiyonları, Ünlü, İ. (Ed), Hastane İnfeksiyonları, Eskişehir, Anadolu Üniversitesi Yayınları No: 805, Açıköğretim Fakültesi Yayınları No: 415.
41. Leaper, D.J., Al-Hadeedi, S., (1991), Cerrahi İnfeksiyonlar, Sayek, İ. (Ed), Temel Cerrahi, C. I, Ankara, Güneş Kitabevi.
42. Yağdı, T., Büke, Ç., Tünger, A., Hilmioğlu, S., Engin, Ç., Bilkay, Ö., (2000), Açık Kalp Operasyonu Sonrası Nozokomiyal İnfeksiyonlar, Etkenleri ve Antimikrobiyal Duyarlılıkları, Turkish Journal of Infection, 14, 61-3.
43. Canpolat, D., Alparslan, N., (1997), Ç.Ü. Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesinin Bazı Kliniklerindeki Enfeksiyon Hızı ve Bu Hızı Etkileyen Faktörler, Türk Hemşireler Dergisi, 17, 14-7.
44. Can, G., (1996), Yenidoğan Ünitelerinde Hastane İnfeksiyonu Kontrolü, Aktüel Tıp Dergisi, 1, 475-478.
45. Korten, V., (1996), Nozokimiyal Patojenler ve Yayılma Yolları, Aktüel Tıp Dergisi, 1, 405-6.
46. Mamıkoğlu, L., Günseren, F., Özçelik, T. ve ark., (1998), Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'nde Hastane İnfeksiyonları, Hastane İnfeksiyonları Dergisi, 1, 42-5.
47. Willke, A., Gündeş, S.G., (2001), Türkiye'de İnfeksiyon Kontrol Programları ve Uygulamaları, Aktüel Tıp Dergisi, 6, 1-6.
48. Durmaz, B., Sönmez, E., Tekerekoğlu, M.S., Aksüllü, N., (1996), Nosocomial Infections in the Turgut Özal Medical Center of İnönü Universty: Microorganisms and Multiple Antimicrobial Resistance, Journal of Turgut Özal Medical Center, 3, 183-90.
49. Erhan, M., Tülek, N., Bahar Ülkar, G., Mert A., (1999), SSK Ankara Eğitim Hastanesinde Hastane İnfeksiyonu Etkeni Mikroorganizmalar ve Antibiyotik Duyarlılıkları, Türk Hijyen Dergisi, 3.
50. Erol, S., Kürşat, H., Özkurt, Parlak, M., Taşyaran, M.A., (2000), Reanimasyon Ünitemizdeki Hastane İnfeksiyonları, Hastane İnfeksiyonları Dergisi, 4, 97-100.
51. Willke, A., (1993), Hastane İnfeksiyonlarının Etkenleri ve Antibiyotik Duyarlılık Durumları, Akalın, E. (Ed), Hastane İnfeksiyonları, B. I, Ankara, Güneş Kitabevi.
52. Ander, H., (1992), Üroloji Kliniklerinde Nozokomiyal Üriner enfeksiyonların Kontrolü, 1. Türk Hastane İnfeksiyonu Kongre Kitabı, İstanbul.
53. Singh, G., How can We Control MRSA?, gkt SCIENTIFIC, 1.
54. Çalangu, S., (1998), Hastane İnfeksiyonları: Antibiyotik Kullanımı ve Direnç, ANKEM Dergisi, 1, 311-6.
55. Nosocomial Infection Rates for Interhospital Comparison: Limitations and Possible Solution. A Report from the National Nosocomial Infections Surveillance (NNIS) System, (1992), Infect Control Hosp Epidemiol, 13, 134-5.
56. Gaynes, RP., Horan, TC., (1998), Surveillance of Nosocomial Infections, Mayhall CG. (Ed), Hospital Epidemiology and Infection Control, 3rd edition, Philadelphia.
57. Bulut, A., (1992), Hastane İnfeksiyonlarının Sürveyansı, 1. Türk Hastane İnfeksiyonu Kongre Kitabı, İstanbul.

58. Akgün, H. S., (2001), Hastane İnfeksiyonu Kontrolünün Toplam Kalite Yönetimindeki Rolü, *Aktüel Tıp Dergisi*, **6**, 49-51.
59. Yılmaz, G.R., Çevik, M.A., (2002), Hastane İnfeksiyonlarının Sürveyansı ve Amerikan Ulusal Nozokomiyal İnfeksiyon Sürveyans Sistemi:II, *Hastane İnfeksiyonları Dergisi*, **6**, 107-123.
60. Hayran, M., Akalın, E., (1993), Hastane İnfeksiyonları Sürveyansı, Akalın, E. (Ed), *Hastane İnfeksiyonları, B. 1*, Ankara, Güneş Kitabevi.
61. Akova, M., (1998), Hastane İnfeksiyonlarının İzlemi ve Kullanılan Yöntemler:Ulusal Hastane İnfeksiyonları İzlem Programı (NOSOLİNE), *ANKEM Dergisi*, **12**, 309-10.
62. Karabey, S., (2002), Hastane İnfeksiyonları Epidemiyolojisinin Prensipleri, Veri Toplama, Sürveyans, Günaydın, M., Esen, Ş., Saniç, A., Leblebicioğlu, H. (Eds), *Sterilizasyon Dezenfeksiyon ve Hastane İnfeksiyonları, B. 2*, Samsun, SİMAD Yayınları No: 1.
63. Poyraz, Ö., (1998), Sterilizasyon-Dezenfeksiyon, Asepsi ve Antisepsi, Tıbbi Mikrobiyoloji- Laboratuvar Klavuzu, Sivas, T.C. Cumhuriyet Üniversitesi Yayınları.
64. Özyurt, M., (2000), Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Yöntemleri, *Klinik Dergisi*, **13**, 41-8.
65. Odabaşı, Z., (2001), Sterilizasyon ve Sterilizasyonda Yenilikler, *Aktüel Tıp Dergisi*, **6**, 43-4.
66. Gürler, B., (1996), Sterilizasyon, *Aktüel Tıp Dergisi*, **1**, 430-1.
67. Kaya, M., (1995), Asepsi Antisepsi Sterilizasyon, *Pratik Cerrahi*, Ankara, Güneş Kitabevi.
68. Gökırmak, F., (1995), Sterilizasyon- Antisepsi-Dezenfeksiyon, Değerli Ü. (Ed), *Genel Cerrahi, B. 5*, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi.
69. Kiraz, N., (1997), Sterilizasyon ve Dezenfeksiyon Yöntemleri, Ünlü, İ., (Ed), *Hastane İnfeksiyonları*, Eskişehir, Anadolu Üniversitesi Yayınları No: 805, Açıköğretim Fakültesi Yayınları No: 415.
70. ERCAN, K., (2002), Sterilizasyon- Dezenfeksiyon Yöntemleri ve Monitörizasyon, 1. Uludağ Cerrahi Hemşireliği Sempozyum Kitabı, Bursa.
71. Derbentli, Ş., Gürler, B., (1996), Dezenfeksiyon, Antisepsi, Sterilizasyon, Kılıçturgay.(Ed), *Temel Mikrobiyoloji ve Parazitoloji, B. 2*, İstanbul, Güneş- Nobel Tıp Kitabevi.
72. Taşyaran, M.A., (2002), Sağlık Kuruluşları Dışında Sterilizasyon ve Dezenfeksiyon, Günaydın, M., Esen, Ş., Saniç, A., Leblebicioğlu, H. (Eds), *Sterilizasyon Dezenfeksiyon ve Hastane İnfeksiyonları, B. 2*, Samsun, SİMAD Yayınları No: 1.
73. Fincancı, M., (2002), Hastane Temizliği, *Hastane İnfeksiyonları Kongre Kitabı*, Ankara.
74. Eriş, N., Ürpek, G., Aktoğu, S., (2000), Sağlık Çalışanlarının Ellerin ve Steteskoplarının Hastane İnfeksiyonlarındaki Rolünün Araştırılması, *Turkish Journal of Infection*, **14**, 365-7.
75. Görak, G., (1996), Medikal Asepsi, *Aktüel Tıp Dergisi*, **1**, 420-2.
76. Aray, A., (2000), Cerrahi Yaralarda İnfeksiyon Gelişimine Etkili Faktörler, *Hemşirelik Forumu Dergisi*, **3**, 44-7.



- 77.Karadağ, A., (1999), Damar İçi Kateter Uygulamalarında Kullanılan Pansuman Materyalleri, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 3, 35-9.
- 78.Eti Aslan, F., Olgun, N., (1997), Günümüzde Yaygın Olarak Kullanılan İki Farklı El Antiseptiğinin Cerrahi El Yıkamadaki Etkinliği, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 1, 9-11.
- 79.Köse, E., Akyolcu, N., (2000), Acil Cerrahi Birimlerde El Yıkama Sıklığını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, Hemşirelik Forumu Dergisi, 3, 11-6.
- 80.Usluer, G., (2000), İzolasyon Problemleri, Hastane İnfeksiyonları Dergisi, 4, 191-4.
- 81.Uzun, Ö., (1997), İnvasküler Kateter İnfeksiyonları, Ankem Dergisi, 11, 293-8.
- 82.Köksal, F., (2002), El Yıkama, Günaydın, M., Esen, Ş., Saniç, A., Leblebicioğlu, H. (Eds), Sterilizasyon Dezenfeksiyon ve Hastane İnfeksiyonları, B. 2, Samsun, SİMAD Yayınları No: 1.
- 83.Erbaydar, S., (1996), İnfeksiyon Kontrol Komitesinin Örgütlenme ve İşleyişi, Aktüel Tıp Dergisi, 1, 407-410.
- 84.Çakm, Ş., (2000), International Hospital İnfeksiyon Koruma ve Kontrol Programı, Hemşirelik Forumu Dergisi, 3, 44-5.
- 85.Eebaydar, S., (1992), Hastane İnfeksiyonu Kontrol Komitesinin Örgütlenmesi, 1. Türk Hastane İnfeksiyonu Kongre Kitabı, İstanbul.
- 86.Çolak, H., (1998), Hastanelerde Antibiyotik Kullanım Politikasının Saptanması: Kısıtlanmalı mı? Eğitim mi?, Flora, 3, 16-9.
- 87.Yalçın, A.N., (2000), İnfeksiyon Kontrol Programlarının Maliyet-Yarar Analizi, Hastane İnfeksiyonları Dergisi, 4, 89-91.
- 88.Töreci, K., (1991), Antibiyotikler ve Hastane İnfeksiyonları, ANKEM Dergisi, 5, 79-88.
- 89.Şentürk, S., (1992), İnfeksiyon Kontrol Hemşiresinin Rolü, 1. Türk Hastane İnfeksiyonu Kongre Kitabı, İstanbul.
- 90.Yıldırım, A., (2000), Ameliyathanede İnfeksiyon Kontrol Hemşiresinin Rolü, Hastane İnfeksiyonları Dergisi, 4, 242-4.
- 91.Yalçın, H., (1987), Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Erişkin Hastanesinde Çalışan Servis Hemşirelerinin Hastane İnfeksiyonları İle İlgili Bilgi Düzeyinin Ölçülmesi, (Bilim Uzmanlığı Tezi), Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- 92.Kurnaz, T., (1995), A.Ü. İbni Sina Hastanesinde Hastane İnfeksiyonları Prevelansı ve Burada Çalışan Hemşirelerin Hastane İnfeksiyonlarına İlişkin Bilgi Tutum ve Davranışlarının Araştırılması, (Yüksek Lisans Tezi), Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- 93.Durmuş, T.H., (1990), Hastanede Çalışan Doktor ve Hemşirelerin Hastane İnfeksiyonları İle İlgili Bilgi Düzeylerinin Ölçülmesi, (Yüksek Lisans Tezi), İstanbul Üniversitesi, Çocuk Sağlığı Enstitüsü, İstanbul.
- 94.Günay, S.H., (1995), Hastane İnfeksiyonlarına İlişkin Hemşirelerin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi, (Yüksek Lisans Tezi), İstanbul Üniversitesi, Çocuk Sağlığı Enstitüsü, İstanbul.
- 95.Rızalar, S., (1996), Hasta Bakımına Doğru Katılan Hastane Personelinin Hastane İnfeksiyonları İle İlgili Bilgi ve Uygulamalarının Saptanması, (Yüksek Lisans Tezi), Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

96. Gündoğdu, E., (1989), Hastanede alışan Hemşirelerin Hastane İnfeksiyonlarına İlişkin Bilgi Düzeylerinin Ölçülmesi, (Yüksek Lisans Tezi), İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
97. Köşgeroğlu, N., (1988), Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde alışan Hemşirelerin Hastane İnfeksiyonları Konusuna İlişkin Bilgi, Uygulama ve Uygulamalarını Etkileyen Etmenlerin Saptanması , (Yüksek Lisans Tezi), Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.
98. Erol (Kaya), N., (1992), Hastanede alışan Sağlık Meslek Lisesi Mezunu Hemşirelerin Enfeksiyondan Korunma Yöntemlerine ve Uygulamalarına İlişkin Bilgi Düzeyinin Saptanması Araştırması, (Yüksek Lisans Tezi), Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
99. Uşak SSK Hastanesi Mayıs 2002 Yayın Tarihli Yıllık Eğitim Programı
100. 20/02/2003 Tarih ve B104ISM4640013/9900-977 Sayılı Uşak Devlet Hastanesi Hizmet İçi Eğitim Durumunu Bildiren Resmi Yazı



## Ek-1

***HASTANE İNFEKSİYONLARINA İLİŞKİN SORU KAĞIDI***

**Sayın meslektaşım;**

**Dolduracağınız bu anket formu hemşirelerin hastane infeksiyonları ile ilgili bilgi düzeyi ölçümüne ilişkin gerçekleştirilecek bir çalışma amacıyla hazırlanmıştır. Yapmış olduğumuz çalışmayı sizlerin anket sorularımıza verdiğiniz cevaplar yönlendirecektir. Dolduracağınız bu form kesinlikle sınav niteliğinde değildir. Bu nedenle kesinlikle formlara isimlerinizi yazmayınız. Doldurduğunuz formu diğerlerinin arasına bırakabilirsiniz.**

**Kişisel çalışmama ve özellikle bilimin evrenselliği ve geliştirilmesi ilkesi dahilinde hemşirelik mesleğine yapacağınız katkılarınızdan dolayı şimdiden teşekkür ederim.**

**AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ**  
**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**  
**CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI**  
**YÜKSEK LİSANS ARAŞTIRMASI**

**UYGULAYAN : Sevcan DİKER**

**TARİH:**

**ANKET FORMU**

**1-) Kaç yaşındasınız ?**

**2-) En son hangi okulu bitirdiniz ? Okul ismi ile birlikte belirtin.  
( Lise, ön lisans, lisans vs. )**

**3-) Kaç yıldır hemşirelik mesleğinde çalışıyorsunuz ?**

**4-) Halen çalıştığınız bölüm neresidir ?**

**5-) Halen çalıştığınız bölümdeki hizmet süreniz nedir ?**

**6-) Halen çalıştığınız bölümdeki göreviniz nedir ? (Servis hemşiresi,poliklinik hemşiresi,başhemşire vb. )**

**7-) Şimdiye kadar hastane infeksiyonu ile ilgili herhangi bir eğitim programına katıldınız mı ?**

1- Evet

2- Hayır

**8-) Cevabınız evet ise katıldığınız programın özelliği nedir ?**

**9-) HBV enfeksiyonuna karşı sağlık personeli mutlaka aşılmalı mı ?**

1- Evet

2- Hayır

3- Bilmiyorum

**10-) HBV infeksiyonuna karşı aşılandınız mı ?**

- 1- Evet
- 2- Hayır

**11-) Hastane infeksiyonunun tanımlaması ile ilgili aşağıdakilerden hangisi doğrudur ?**

- 1- Hastaların birbirine bulaştırdıkları kendi infeksiyonlarıdır.
- 2- Hasta hastaneye yattığında inkübasyon döneminde olmayan , hastaneye yattıktan 72 saat ve sonrasında ya da taburcu olduktan sonra ortaya çıkabilen infeksiyonlardır.
- 3- Hasta hastaneye yattığında inkübasyon döneminde olmayan , hastaneye yattıktan 24 saat ve sonrasında ortaya çıkabilen infeksiyonlardır.
- 4- Hastanın hastaneye gelirken getirdiği infeksiyonlardır.

**12-) Cansız maddelerde tüm mikroorganizmaların, sporlarda dahil öldürülmesi işlemine ne ad verilir?**

- 1- Asepsi
- 2- Antisepsi
- 3- Sterilizasyon
- 4- Dezenfeksiyon

**13-) Isıya dayanıklı olmayan hassas aletlerin sterilizasyonunda kullanılan yöntem aşağıdakilerden hangisidir ?**

- 1- Formaldehit solüsyonu ile sterilizasyon
- 2- Etilen oksit gazı ile sterilizasyon
- 3- Kuru sıcak hava ile sterilizasyon
- 4- Otoklav ile sterilizasyon

**14-) I.V. kateter hastada en fazla ne kadar süre kalabilir ?**

- 1- 24 saat
- 2- 24-48 saat
- 3- 48-72 saat
- 4- Hiçbiri

**15-) Serviste kullanılan böbrek küvet ve tedavi tepsisinin dezenfekte edilmesi gereklidir ?**

- 1- Evet
- 2- Hayır
- 3- Bilmiyorum

**16-) Serviste kullanılan ördek ve sürgülerin dezenfeksiyonu gereklidir ?**

- 1- Evet
- 2- Hayır
- 3- Bilmiyorum

- 17-) Çeşitli tüpler arasında bağlantı için kullanılan “metal çam ağacı” dezenfekte etmek için en uygun madde aşağıdakilerden hangisidir ?**
- 1- Savlon
  - 2- Baticon
  - 3- Zefiran
  - 4- Sodyum Hipoklorid
- 18-) Aşağıdaki uygulamaların hangisinde kullanılan malzemenin steril olması gerekli değildir ?**
- 1- IV kateter takılması
  - 2- NG tüp takılması
  - 3- Üretral kateter takılması
  - 4- Yanık pansumanı
- 19-) Ameliyat öncesi cilt hazırlığında bölgenin tıraş edilmesi gerekli ise işlem ne zaman yapılmalıdır ?**
- 1- Ameliyattan 48 saat önce
  - 2- Ameliyattan 24 saat önce
  - 3- Ameliyattan önceki gece
  - 4- Ameliyattan hemen önce
- 20-) Kullanılacak steril edilmiş bohçanın bir köşesinin nemli olduğunu fark edildiğinde ne yapılmalıdır ?**
- 1- Malzeme yarı steril kabul edilip, kullanılır.
  - 2- Malzeme yarı steril kabul edilip, kullanılmaz.
  - 3- Malzeme yarı kontamine kabul edilip, kullanılır.
  - 4- Malzemenin nemli kısmı iyice kuruduktan sonra kullanılır.
- 21-) Serviste kullanılan enjektör iğneleri için en uygun yöntem hangisidir ?**
- 1- Hasta odasındaki çöpe atılır.
  - 2- Pansuman arabasındaki çöpe atılır.
  - 3- Delinmeye dirençli iğne kırıcı kutuya atılır.
  - 4- Karton iğne biriktirme kutusuna atılır.
- 22-) Serviste kullanılmış iğneleri atmadan önce hangi işlem yapılmalıdır ?**
- 1- İğnenin kapağı kapatılıp atılır.
  - 2- İğne bükülüp atılır.
  - 3- İğne kırılıp atılır.
  - 4- İğne direkt olarak iğne kırıcı kutuya atılır.
- 23-) Hastayla doğrudan temas eden hastane personelinin ellerinden, ağız ve burun boşluklarından örnek almı önemli midir ?**
- 1- Evet
  - 2- Hayır
  - 3- Bilmiyorum

**24-) İnfeksiyon kontrolünde koruyucu önlem olarak bildirilen uygulamalardan hangisi en önemlisidir ?**

- 1- Antibiyotik profilaksisi
- 2- Maske kullanımı
- 3- Özel giysi kullanımı
- 4- El yıkama

**25-) İnfeksiyöz atıklar için en uygun muhafaza şekli hangisidir ?**

- 1- Çöp kutusu
- 2- Kapalı kutularda
- 3- Tercihen iki katlı üzeri işaretli naylon torbalarda
- 4- Bez torbada

**26-) Hastane enfeksiyonlarının önlenmesinde aşağıdakilerden hangisi önerilmemektedir ?**

- 1- El yıkama
- 2- Yer, duvar ve lavaboların dezenfeksiyonu
- 3- Personel eğitimi
- 4- Antibiyotik kullanımının kontrol altına alınması

**27-) Serviste çalışılan süre boyunca el yıkama işleminin sıklığı nasıl olmalıdır?**

- 1- Tıbbi bakım sonrası
- 2- Tıbbi bakım öncesi ve sonrası
- 3- Eller kirlendikçe
- 4- Mesaiye başlarken ve mesai bitiminde

**28-) El yıkama işlemi ile hastane enfeksiyonları yüzde kaç azaltılabilir ?**

- 1- % 10
- 2- % 30
- 3- % 70
- 4- % 90

**29-) El yıkama işleminde aşağıdaki ajanlardan hangisinin kullanımı doğrudur?**

- 1- Su ve sabun
- 2- Antiseptik solüsyonlar
- 3- Hepsi

**30-) Seviste hasta bakımı ve tedavi işlemleri sırasındaki el yıkama işleminin doğru gerekçesi aşağıdakilerden hangisidir ?**

- 1- Elleri mekanik kirlerden uzaklaştırmak için
- 2- Elleri mikroorganizmalardan arındırmak için
- 3- Enfeksiyonlardan korunmak için
- 4- Sağlık personelinin ve hastanın korunması için

**31-) Hangi uygulama /uygulamalar öncesi ve sonrası el yıkama işlevinin gerçekleştirilmesi gerekir ?**

- 1- IV , IM girişimlerde
- 2- Steril vücut boşluklarına girildiğinde
- 3- Pansuman uygulamalarında
- 4- Hepsi (IV, IM girişimlerde, pansuman uygulamalarında, steril vücut boşluklarına girildiğinde)

**32-) Serviste ellerin yıkanmasından sonra kurulama işleminde en doğru yöntem aşağıdakilerden hangisidir ?**

- 1- Ortak bez havlu ile kurulama
- 2- Tek kullanımlık kağıt havlu ile kurulama
- 3- Sıcak hava ile kurulama
- 4- Kağıt ile kurulama

**33-) Hastane enfeksiyonlarının en çok görüldüğü vücut sistemi aşağıdakilerden hangisidir ?**

- 1- Solunum sistemi
- 2- Üriner sistem
- 3- Sindirim sistemi
- 4- Deri

**34-) Hastane infeksiyonları açısından en fazla risk altında bulunan grup aşağıdakilerden hangisidir ?**

- 1- Bebekler ve ileri yaş hastalar
- 2- İmmünoşüpresif tedavi alan hastalar
- 3- Yanıklı hastalar
- 4- Hepsi

**35-) Aşağıda verilen infeksiyonlardan hangisinin bulaşma yolu diğerlerinden farklıdır?**

- 1- Viral hepatit A (VHA)
- 2- Viral hepatit B (VHB)
- 3- Viral hepatit C (VHC)
- 4- Human immünodeficiency virüs (HIV)

**36-) Laboratuvara gönderilmek üzere alınan örneğin doğru sonuç vermesi için ne kadar zaman da laboratuvara ulaştırılması gerekir ?**

- 1- 15-30 dakika
- 2- 45-60 dakika
- 3- 2 saat
- 4- Sürenin önemi yoktur



**37-) İdrar sondası takılması ile ilgili aşağıda verilenlerden hangisi yanlıştır ?**

- 1- Üretra meası sabunlu su ile temizlendikten sonra betadinen, chlorhexidine ya da benzeri uygun bir antiseptik solüsyon ile temizlenir.
- 2- İdrar sondasının yerleştirilmesi için uygun saha hazırlanır, işlemde nonsteril eldiven kullanılır.
- 3- Maske takılması gerekli değildir.
- 4- İdrar sondası hastada bulunduğu süre boyunca idrar torbası kesinlikle meaa seviyesinin üzerine yükseltilmez.

**38-) Klinikte tedavide kullanılmış olan enjektör iğnesi elinize battığında yapılması gereken doğru uygulama hangisidir ?**

- 1- Derhal antiseptikle silinip, pansuman yapılır.
- 2- Yaralanma bölgesi bol su ile yıkanır, uzmana danışılarak hareket edilir.
- 3- Enjektörün kullanıldığı hastada tetkikler yapılarak, bulaşıcı hastalık varlığı değerlendirilir.
- 4- Herhangi bir uygulama yapmaya gerek yoktur.

**39-) Aşağıdakilerden hangisi infeksiyon kontrol hemşiresinin (İKH) temel sorumluluklarındandır ?**

- 1- Sürveyans
- 2- Haberleşme ve rapor etme
- 3- Eğitim
- 4- Hepsi

**40-) Hastane infeksiyonlarının önlenmesinde sizin önerileriniz nelerdir ? Belirtiniz.**