



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMŞİRELERİN AMELİYAT ÖNCESİ DÖNEMDE CERRAHİ
ALAN ENFEKSİYONLARINI ÖNLEMeye YÖNELİK KANITA
DAYALI UYGULAMALARI VE KARŞILAŞTIKLARI
ENGELLER**

AYSUN KARACA
YÜKSEK LİSANS TEZİ

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Dr. Öğretim Üyesi DİLEK ÇEÇEN ÇAMLI

MANİSA-2019



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMŞİRELERİN AMELİYAT ÖNCESİ DÖNEMDE CERRAHİ
ALAN ENFEKSİYONLARINI ÖNLEMeye YÖNELİK KANITA
DAYALI UYGULAMALARI VE KARŞILAŞTIKLARI
ENGELLER**

AYSUN KARACA
YÜKSEK LİSANS TEZİ

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğretim Üyesi DİLEK ÇEÇEN ÇAMLI

TEZ SAVUNMA SINAVI JÜRİ ÜYELERİ

Dr. Öğretim Üyesi Dilek ÇEÇEN ÇAMLI

(Tez Danışmanı)

Doç. Dr. Adalet KUTLU

(Jüri Üyesi)

Dr. Öğretim Üyesi Eda DOLGUN

(Jüri Üyesi)

MANİSA-2019

**Hemşirelerin Ameliyat Öncesi Dönemde Cerrahi Alan Enfeksiyonlarını
Önlemeye Yönelik Kanıta Dayalı Uygulamaları Ve Karşılaştıkları Engeller**

Öğrenci: Aysun KARACA

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Dilek ÇEÇEN ÇAMLI

Bu tez çalışması 08.07.2019 tarihinde jürimiz tarafından “Hemşirelik Anabilim Dalı/
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı” nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Dilek ÇEÇEN ÇAMLI
MCBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi

Üye : Doç. Dr. Adalet KUTLU
MCBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi

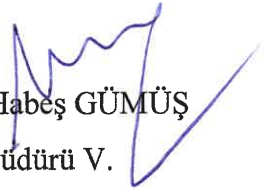
Üye: Dr. Öğr. Üyesi Eda DOLGUN
Ege Üniv. Hemşirelik Fakültesi



Bu tez, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından başarılı bulunmuştur.

01/08/2019

Prof. Dr. Bilal-i Habes GÜMÜŞ
Enstitü Müdürü V.



T.C
YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
ULUSAL TEZ MERKEZİ

TEZ VERİ GİRİŞ FORMU

Referans No	10278797
Yazar Adı / Soyadı	AYSUN KARACA COŞKUN
T.C.Kimlik No	20551743300
Telefon	5446850351
E-Posta	ay.su.nay@hotmail.com
Tezin Dili	Türkçe
Tezin Özgün Adı	Hemşirelerin ameliyat öncesi dönemde cerrahi alan enfeksiyonlarını önlemeye yönelik kanita dayalı uygulamaları ve karşılaştıkları engeller
Tezin Tercümesi	Evidence-based practices of nurses for the prevention of surgical site infections during preoperative period and associated obstacles
Konu	Hemşirelik = Nursing
Üniversite	Manisa Celal Bayar Üniversitesi
Enstitü / Hastane	Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Anabilim Dalı	Hemşirelik Anabilim Dalı
Bilim Dalı	Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı
Tez Türü	Yüksek Lisans
Yılı	2019
Sayfa	111
Tez Danışmanları	DR. ÖĞR. ÜYESİ DİLEK ÇEÇEN ÇAMLI
Dizin Terimleri	
Önerilen Dizin Terimleri	cerrahi alan enfeksiyonu, kanita dayalı uygulamalar, engeller=surgical site infections, evidence-based, obstacles

02.08.2019

İmza: 

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynak listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Aysun KARACA



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimin ve tez çalışmam süresince, çalışmaya teşvik edici yaklaşımı ile rehberlik ederek bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, araştırmamın planlanmasından uygulama aşamasına kadar beni yönlendiren değerli hocam ve tez danışmanım Sayın Dr. Öğretim Üyesi Dilek ÇEÇEN ÇAMLI'ya;

Hayatıma girdiği günden beri hiçbir zaman benden yardım ve desteğini esirgemeyen yol arkadaşım, sevgili eşim Ayhan COŞKUN'a ve bu zorlu süreçte vaktinden çaldığım canım kızım Efsun Eda'ya;

Yaşamımın her döneminde olduğu gibi bu dönemde de bana sevgi ve şefkati ile ışık tutan sevgili annem Aliye KARACA ve sevgili babam Ahmet KARACA'ya, sevgili kardeşim Tuğçe KARACA'ya;

Enerjisi, pozitifliği ve yardımseverliği ile hep yanımda olan değerli arkadaşım Aysel Çatal Şenay ve eşi Uğur Şenay'a;

Tezime katılmayı kabul eden değerli meslektaşlarıma,

TEŞEKKÜR EDERİM.

İÇİNDEKİLER

Sayfa

BEYAN.....	
TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
TABLolar LİSTESİ.....	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	ix
KISALTMALAR LİSTESİ.....	x
1. ÖZET.....	1
2. ABSTRACT.....	2
3. GİRİŞ.....	3
4. GENEL BİLGİLER.....	5
4.1. HASTANE ENFEKSİYONU.....	5
4.2. CERRAHİ ALAN ENFEKSİYONU.....	7
4.2.1. Dünyada ve Türkiye’ de Cerrahi Alan Enfeksiyonu İnsidansı.....	7
4.2.2. Cerrahi Alan Enfeksiyonlarının Etiyolojisi.....	8
4.2.2.1. Bakteriye ait faktörler.....	9
4.2.2.2. Konakçıya ait faktörler.....	9
4.2.2.3. Lokal doku faktörleri.....	9
4.2.3. Cerrahi Alan Enfeksiyonlarının Tanımlanması.....	10
4.2.3.1. Yüzeysel insizyonel cerrahi alan enfeksiyonu.....	10
4.2.3.2. Derin insizyonel cerrahi alan enfeksiyonu.....	10
4.2.3.3. Organ/boşluk cerrahi alan enfeksiyonu.....	11
4.2.4. Cerrahi Yaraların Geleneksel Sınıflandırılması.....	14
4.2.4.1. Sınıf I - Temiz yaralar.....	14
4.2.4.2. Sınıf II - Temiz-kontamine yaralar.....	14
4.2.4.3. Sınıf III - Kontamine yaralar.....	14

4.2.4.4. Sınıf IV - Kirli-enfekte yaralar.....	14
4.3.CERRAHİ ALAN ENFEKSİYONU GELİŞİMİNİ ETKİLEYEN RİSK FAKTÖRLERİ.....	15
4.3.1. Hastaya Ait Faktörler.....	15
4.3.1.1. Yaş.....	15
4.3.1.2. Malnütrisyon.....	15
4.3.1.3. Obezite.....	16
4.3.1.4. Diyabet.....	16
4.3.1.5. Sigara.....	16
4.3.1.6. Steroid ve immunosupresif kullanımı.....	16
4.3.1.7. Serum albümin seviyesi.....	17
4.3.1.8. Cerrahi insizyon ve organ/alan dışında başka bir yerde enfeksiyon varlığı.....	17
4.3.1.9. Hastanede kalış süresi.....	17
4.3.2. Ameliyata Ait Faktörler.....	17
4.3.2.1. Ameliyatın süresi.....	18
4.3.2.2. Ameliyat bölgesindeki kılların temizliği.....	18
4.3.2.3. Kan transfüzyonu.....	19
4.3.2.4. Cerrahi personelin el temizliği.....	19
4.3.2.5. Cerrahi teknik.....	19
4.3.2.6. Ameliyat türü.....	19
4.3.2.7. Anestezi türü.....	20
4.4. CERRAHİ ALAN ENFEKSİYONLARINA KARŞI ALINACAK ÖNLEMLER.....	20
4.4.1. Ameliyat Öncesi Dönemde Alınacak Önlemler.....	20
4.4.1.1. Glisemi kontrolü.....	20
4.4.1.2. Ameliyat öncesi normotermi.....	21
4.4.1.3. Ameliyattan önce antiseptik ile duş alınması.....	21

4.4.1.4. Kıl temizliği.....	21
4.4.1.5. Ameliyathanede hastanın cilt hazırlığı.....	23
4.4.1.6. Antimikrobiyal profilaksi (AMP).....	24
4.4.1.7. Ameliyat öncesi el kol antisepsisi.....	24
4.4.2. Ameliyat Sırası Dönemde Alınacak Önlemler	24
4.4.2.1. Yeterli oksijenasyonun sağlanması.....	24
4.4.2.2. Ameliyat odasının giriş-çıkış kontrolünün sağlanması.....	24
4.4.2.3. Ameliyathanenin havalandırılması.....	25
4.4.2.4. Çevre temizliği ve dezenfeksiyon.....	25
4.4.2.5. Mikrobiyolojik inceleme.....	26
4.4.2.6. Cerrahi aletlerin sterilizasyonu.....	26
4.4.2.7. Cerrahi aletlerin flaş sterilizasyonu.....	26
4.4.2.8. Dikiş materyalleri, drenler, kullanılan diğer malzemeler.....	26
4.4.2.9. Cerrahi giysi ve örtüler.....	26
4.4.2.10. Enfekte ameliyathane personeli.....	27
4.4.2.11. Asepsi ve cerrahi teknik.....	28
4.4.2.12. Hipotermimin önlenmesi.....	28
4.4.2.13. Ameliyathanenin mimarisi.....	28
4.4.3. Ameliyat Sonrası Dönemde Alınacak Önlemler.....	29
4.4.3.1. İnsizyon bakımı.....	29
4.4.3.2. Sağlık personelinin eğitimi.....	29
4.4.3.3. Hasta ve hasta yakınlarının eğitimi.....	29
4.4.3.4. Sürveyans.....	29
4.5.KANITA DAYALI UYGULAMALAR.....	30
4.5.1. Kanıta Dayalı Hemşirelik.....	31
4.5.2. Kanıt Düzeyleri.....	31
4.5.3. Dünyada ve Türkiye’de Kanıta Dayalı Hemşirelik.....	33

4.5.4. Hemşirelik Bakımında Kanıta Dayalı Uygulamaları Kullanırken karşılaşılan Engeller.....	33
5. GEREÇ VE YÖNTEM.....	35
5.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ.....	35
5.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE SÜRESİ.....	35
5.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	35
5.3.1. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri.....	35
5.4. ARAŞTIRMA SORULARI.....	36
5.5. BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER.....	36
5.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	36
5.7. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ.....	37
5.8. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	38
5.9. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI.....	38
5.10. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ.....	38
6. BULGULAR.....	40
7. TARTIŞMA.....	65
8. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	75
9. KAYNAKLAR.....	77
10. EKLER.....	90
10.1. EK 1. MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ YÖNETİM KURULU KARARI.....	90
10.2. EK 2. MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK İZİNİ.....	91
10.3. EK 3. İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ TEZ ÇALIŞMA İZİNİ.....	92
10.4. EK 4. İZMİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ TEZ ÇALIŞMA İZİNİ.....	95
10.5. EK 5. HEMŞİRELERİN ARAŞTIRMAYA VE ARAŞTIRMALARIN KULLANILMASINA İLİŞKİN GÖRÜŞLERİNİ BELİRLEME ANKET İZİNİ	96

10.6. EK.6. HEMŞİRELERİN ARAŞTIRMA SONUÇLARINI KULLANIMINDA ENGELLER ÖLÇEĞİ İZİNİ	97
10.7. EK 7. T.C. MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK KURUL BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU.....	98
10.8. EK 8. HEMŞİRE TANITIM FORMU VE CERRAHİ ALAN ENFEKSİYONLARINI ÖNLEMESİNE YÖNELİK GİRİŞİMLERİ DEĞERLENDİRME FORMU.....	101
10.9. EK 9. HEMŞİRELERİN ARAŞTIRMAYA İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ ANKETİ.....	104
10.10. EK 10. HEMŞİRELERİN ARAŞTIRMA SONUÇLARINI KULLANIMINDA ENGELLER ÖLÇEĞİ.....	106
10.11. EK 11. T.C. MANİSA MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU.....	110
11. ÖZGEÇMİŞ	111

TABLolar LİSTESİ

	Sayfa
Tablo 1. Cerrahi Alan Enfeksiyonları İçin Tanımlama Kriterleri.....	12
Tablo 2. Ameliyat Tiplerine Göre nerilen Sürveyans Günleri.....	13
Tablo 3. Joanna Briggs Enstitüsü Kanıt Sınıflaması.....	31
Tablo 4. Kanıt Kategorileri.....	32
Tablo 5. Hemşirelerin Bazı Kişisel ve Mesleki zellikleri (n=120).....	40
Tablo 6. Hemşirelerin Cerrahi Alan Enfeksiyonlarına İlişkin Bilgi Durumları (n=120).....	42
Tablo 7. CAE nemeye Yönelik Kurum Tarafından Gerçekleştirilen Uygulamalar (n=120).....	44
Tablo 8. Hemşirelerin Cerrahi Alan Enfeksiyonlarını nemeye Yönelik Uygulamaları (n=120).....	45
Tablo 9. Hemşirelerin Kanıta Dayalı Uygulamalara İlişkin Bilgi ve Kullanım Durumu (n=120).....	47
Tablo 10. Hemşirelerin Araştırmalara İlişkin Görüşleri (n=120).....	48
Tablo 11. Hemşirelerin Araştırmaların Kullanılmasına İlişkin Görüşleri (n=120)...	50
Tablo 12. Hemşirelerin Araştırma Sonuçlarını Kullanımında Engeller lği (HASKEO) Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı (n=120).....	53
Tablo 13. Hemşirelerin Araştırma Sonuçlarının Kullanımında Algıladıkları Engeller (n=120).....	54
Tablo 14. Hemşirelerin Bazı Kişisel ve Mesleki zellikleri ile Hemşirelerin Araştırma Sonuçlarını Kullanımında Engeller lği ve Alt Boyut Ortanca Puanlarının Karşılaştırılması (n=120).....	56

Tablo 15. Hemşirelerin CAE'nin Önlenmesine İlişkin Uygulamaları ile Hemşirelerin Araştırma Sonuçlarını Kullanımında Engeller Ölçeği ve Alt Boyut Ortanca Puanlarının Karşılaştırılması (n=120).....58

Tablo 16. Hemşirelerin Kanıta Dayalı Uygulamalara İlişkin Bilgi ve Kullanım Durumları ile Hemşirelerin Araştırma Sonuçlarını Kullanımında Engeller Ölçeği ve Alt Boyut Ortanca Puanlarının Karşılaştırılması (n=120).....63



ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa

Şekil 1. Cerrahi Alan Enfeksiyonlarının Derinliğine Göre Sınıflandırılması.....11



KISALTMALAR LİSTESİ

AMP: Antimikrobiyal Profilaksi

AORN: Perioperatif Hemşireler Derneği

CABG: Koroner Arter Bypass Greftleme

CAE: Cerrahi Alan Enfeksiyonu

CDC: Amerikan Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi

EKK: Enfeksiyon Kontrol Komitesi

EPA: Environmental Protection Agency

ETM: Elektrikli Traş Makinesi

HASKEÖ: Hemşirelerin Araştırma Sonuçlarını Kullanımında Engeller Ölçeği

HE: Hastane Enfeksiyonu

IDSA: Amerika Enfeksiyon Hastalıkları Derneği

KDH: Kanıta Dayalı Hemşirelik

KDU: Kanıta Dayalı Uygulama

Kİ-İYE: Katater İlişkili İdrar Yolu Enfeksiyonları

NHSN: Ulusal Sağlık Güvenlik Ağı

NNIS: Ulusal Hastane Kökenli Enfeksiyonlar Sürveyans Sistemi

RKÇ: Randomize Kontrollü Çalışmalar

SBİE: Sağlık Bakımı ile İlişkili Enfeksiyon

SHEA: Amerika Sağlık Hizmetleri Epidemiyolojisi Derneği

SKİ-KDE: Santral Katater İlişkili Kan Dolaşımı Enfeksiyonları

UHESA: Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Ağı

VİP: Ventilatör İlişkili Pnömoni

Hemşirelerin Ameliyat Öncesi Dönemde Cerrahi Alan Enfeksiyonlarını Önlemeye Yönelik Kanıta Dayalı Uygulamaları ve Karşılaştıkları Engeller

Öğrenci: Aysun KARACA

Danışman: Dr. Öğretim Üyesi Dilek ÇEÇEN ÇAMLI

Anabilim Dalı: Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada, hemşirelerin ameliyat öncesi dönemde cerrahi alan enfeksiyonlarını önlemeye yönelik kanıta dayalı uygulamalarının ve kanıta dayalı uygulamaları kullanırken karşılaştıkları engellerin belirlenmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Araştırmaya 1 Ekim – 30 Kasım 2018 tarihleri arasında Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Cerrahi Kliniklerinde çalışan hemşireler (n=120) dâhil edildi. Veriler; Hemşire Tanıtım Formu, Cerrahi Alan Enfeksiyonlarını Önlemeye Yönelik Girişimleri Değerlendirme Formu, Hemşirelerin Araştırmaların Kullanılmasına İlişkin Görüşlerini Belirleme Anketi, Hemşirelerin Araştırma Sonuçlarını Kullanımında Engeller Ölçeği kullanılarak elde edildi. Verilerin analizinde SPSS 15.0 for Windows programı ve sayı yüzde dağılımı, veriler normal dağılmadığından demografik özelliklerle ölçek puanları arasındaki ilişkiyi değerlendirmede Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testi kullanıldı.

Bulgular: Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması 38,42±5,49'du ve %93,3'ü kadındı. Hemşirelerin % 83,7'sinin CAE ile ilgili eğitim aldığı, %54,2'sinin CAE önlemeye yönelik kanıta dayalı uygulamaları uygulamadığı belirlendi. Hemşirelerin meslekte çalışma yılı ile Uygulama Alt Boyutu ortanca puanları arasında anlamlı fark olduğu, 17 yıldan daha az süreyle çalışan hemşirelerin (%46,7), daha yüksek engel algısı olduğu, CAE ile ilgili eğitim almayanların (%22,5), araştırma sonuçlarını kullanmada Uygulama Alt Boyutunda daha fazla engelle karşılaştığı belirlendi.

Sonuç: Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin CAE'ye ilişkin uygulamalarının çoğunlukla rehberlere uygun olduğu, kanıta dayalı uygulamaların kullanılmasının desteklenmesi ve karşılaşılan engellerin ortadan kaldırılması gerektiği saptandı.

Anahtar Kelimeler: Cerrahi Alan Enfeksiyonu, Kanıta Dayalı Uygulamalar, Engeller

Evidence-based Practices of Nurses for the Prevention of Surgical Site Infections During Preoperative Period and Associated Obstacles

Student: Aysun KARACA

Supervisor: Lecturer Phd. Dilek ÇECEN ÇAMLI

Department: Department of Surgical Diseases Nursing

ABSTRACT

Aim: The aim of this study was to determine evidence-based practices of the nurses regarding the prevention of surgical site infections (SSI) and the obstacles they faced while using these evidence-based practices.

Materials and Methods: Nurses, who were working in Surgical Clinics of Katip Celebi University Ataturk Training and Research Hospital (n=120) between October 1- November 30, 2018, were included in the study. Data were collected by using Nurse Identification Form, Evaluation Form regarding Interventions for Preventing Surgical Side Infections, Questionnaire for Identifying Nurses' Opinions regarding the Use of Resarch and Scale for the Obstaclesin Implementing Resarch Outcomes. SPSS 15.0 for Windows program and number and percentages were used to analyze data. Mann Whitney U and Kruskal Wallis tests were used to assess the relationship between demographic characteristics and the scale since data did not show normal distribution.

Findings: Mean age of the nurses participated in the study was 38.42±5.49 years old, and %93.3% were female. It was determined that 83.7% of the nurses received training on SSIs and 54.2% did not apply implement evidence-based practices for SSI prevention. There was a significant difference between the median scores of nurses working year and Practice Subscale, nurses working for less than 17 years (46.7%), having higher perception of disability, and those who did not receive training on SSIs (22.5%). It was determined that they encountered more obstacles in Application Subscale in using research results.

Result: It was concluded that practices of the nurses working in the surgical clinics regarding SSIs were mostly complying with the guidelines; and it was suggested to support the use of evidence-based practices and to eliminate associated obstacles.

Key Words: Surgical Site Infections, Evidence-Based Practices, Obstacles

3.GİRİŞ

Hastane enfeksiyonları, ciddi mortalite, morbidite ve ekonomik kayıplarla sonuçlanan önemli bir sağlık sorunudur (Ökke 2008). Hastane enfeksiyonlarının önemli bir bölümünü Cerrahi Alan Enfeksiyonları oluşturmaktadır (Duran 2009). İlk olarak 1992'ye kadar "Cerrahi Yara Enfeksiyonu" olarak yapılan tanımlama sonrasında yerini "Cerrahi Alan Enfeksiyonu" (CAE) tanımına bırakmıştır (Değimenci 2016). Amerikan Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC: Centers for Disease Control and Prevention) ne göre CAE cerrahi girişimden itibaren 30 ya da 90 gün içinde (implant kullanılmış ise bir yıl içinde) gelişen ameliyat bölgesinde oluşan enfeksiyonlardır (Klevens et al 2007; Aygin 2014). Cerrahi alan enfeksiyonları; yüzeysel insizyonel, derin insizyonel ve organ/boşluk CAE olmak üzere üç ana gruba ayrılmıştır (Aygin 2014).

Bir hastada CAE gelişimini etkileyen pek çok risk faktörü bulunmaktadır. Bunlar hastaya ve cerrahi sürece ait faktörlerdir. Hastaya ait faktörler; yaş, malnütrisyon, diyabetes mellitus, sigara kullanımı, beden kitle indeksinin yüksek olması, uzak alanda eşlik eden enfeksiyonlar, mikroorganizma ile kolonizasyon, ameliyat öncesi dönemde hastanede kalış süresi, ameliyat öncesi fiziksel durum, hipoalbuminemi şeklinde sıralanabilir. Cerrahi sürece ait faktörler ise cerrahi yıkanma süresi, deri antiseptisi, ameliyat öncesinde kıllarının temizliği, cerrahi girişim süresi, profilaksi, ameliyathanenin havalandırması, aletlerin sterilizasyonu, dren kullanılması, cerrahi teknik, cerrahi girişimin acil ya da planlı olması gibi durumlar yer almaktadır (Çam 2011). Hastaya ait risk faktörlerinin tümünün düzeltilmemesine rağmen cerrahi sürece ait girişimin acil ya da planlı olması dışındaki faktörler önlenabilmektedir. Ayrıca cerrahi teknik ve cerrahın manipülasyonu CAE gelişiminde etkilidir (Konuskan 2012). CAE gelişmesini önlemek için riskleri bilmek ve bu risklere yönelik önlemler almak çok önemlidir

(Pala 2010). CAE önlemeye yönelik önlemler ameliyat öncesi, ameliyat sırası ve ameliyat sonrası dönemi kapsayan girişimlerdir (Aygin 2014). Bu girişimler, ameliyat öncesi hastanede kalma süresini kısaltma, uzak alanlardaki enfeksiyonları tedavi etme, ameliyat öncesi duş aldırma, ameliyat bölgesindeki kılları ameliyatın hemen öncesinde temizlemek, ameliyat süresini kısaltmak ve uygun antibiyotik kullanmak, ameliyat öncesi doğru teknikle cerrahi el yıkamak, ameliyat odasında maske, önlük, bone, eldiven, steril örtüler gibi bariyer önlemleri kullanmak, ameliyat sonrası aseptik teknik ile pansuman yapmak, aktif sürveyans programı kullanmak ve sürveyans sonuçlarını geri bildirmek şeklinde sıralanabilir (Tayran 2008). Cerrahi süreçte tüm bu riskleri öngörmek ve uygun girişimlerde bulunmak dolayısıyla CAE önlenmesi, kaliteli hemşirelik bakımının bir göstergesi olarak kabul edilmektedir.

Kaliteli sağlık hizmetinin sunumunda, klinik gözlemler yerine bilimsel kanıt temeline dayanarak bakım verilmesi gerektiğine olan inanç günümüzde giderek artmaktadır. Bu bakış gerekçesiyle kanıta dayalı tıp kavramı ortaya çıkmıştır. Kanıta dayalı uygulamalar hemşirelik mesleği tarafından oldukça önemsenen bir konudur. Çünkü kanıta dayalı uygulamalar hemşirelik uygulamalarının bilimselleşmesine katkı sağlamaktadır (Kocaman 2003).

Cerrahi alan enfeksiyonları tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de önemli bir durumdur. Bir hastane için önemli bir kalite göstergesi olan cerrahi alan enfeksiyonları; hastanede kalış süresini, maliyeti, morbidite, mortaliteyi ve sağlık çalışanlarının iş yükünü arttırmakla birlikte hastaneden memnuniyet oranlarının azalmasına neden olmaktadır. Cerrahi ekipte büyük rolü olan cerrahi hemşireleri ameliyat öncesi, sırası ve sonrası dönemde kanıta dayalı uygulamalar dayanağında birçok önlem alarak cerrahi alan enfeksiyonu oranlarını büyük ölçüde azaltma gücüne sahiptir. Bu çalışmada cerrahi hemşirelerinin cerrahi alan enfeksiyonlarını önlemeye yönelik bilgilerinin, kanıta dayalı uygulamalarının ve kanıta dayalı uygulamaları kullanmada karşılaştıkları engellerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. HASTANE ENFEKSİYONU

Hastane enfeksiyonları; hastaların hastaneye yattığı sırada olmayan, hastaneye yatışından 48-72 saat sonra ortaya çıkan, genellikle hastanede yapılan invaziv işlemler ve uygulamalar sonucu gözlenen, morbitide ve mortaliteye neden olabilen enfeksiyonlardır (Arın 2012). Latince nosos (hastalık) ve komeion (tedavi), nosocomeion (hastane) sözcüklerinden türetilen nozokomiyal enfeksiyon veya hastane enfeksiyonu (HE) tanımları birbirinin aynısı iken, son yıllardaki yayınlarda Sağlık Bakımı İle İlişkili Enfeksiyon (SBİE) ifadesinin kullanıldığı görülmektedir. SBİE; bir hastanın hastanede veya başka bir sağlık kuruluşundaki bakım sürecinde gelişen ve hasta sağlık kuruluşuna başvurduğu sırada var olmayan veya kuluçka döneminde olmayan, refakatçi ve ziyaretçilerde de görülebilen enfeksiyonlardır. SBİE genellikle hastaneye yattıktan 48-72 saat sonra ve taburcu olduktan sonraki 10 gün içinde ortaya çıkan enfeksiyonlar için kullanılmaktadır (Horan et al 2008; Öztürk ve ark. 2011; Marul 2016).

Hastane enfeksiyonlarının önlenmesine yönelik çalışmaların temeli 1847'de Ignaz Philipp Semmelweis'in kireç kaymağı ile ellerini yıkayarak yaptırdığı doğumlarda ölüm oranlarının düştüğünün farkedilmesi ile atılmıştır. Sonrasında Joseph Lister'in 1867 yılında karbonik asitli sargılar ile cerrahi yaraları sarmasıyla devam etmiştir. Daha sonra ise Florence Nightingale'in sürveyans çalışmalarını anlatan "Notes on Hospitals" kitabı ile hız kazanmıştır (Marul 2016). Lastik eldivenleri ameliyatta ilk kez kullanan ve günlük kullanıma girmesini sağlayan cerrah William Steward Holsted'dir. Alexander Fleming 1928'de penisilini keşfetmiş

ve 1940'larda penisilinin klinikteki kullanımına paralel olarak enfeksiyonlarla mücadelede büyük bir ilerleme kaydetmiştir (Yıldırım 2015).

Hastane enfeksiyonlarının kontrolüne ilişkin çalışmalar, ilk olarak 1940'larda İngiltere'de ve 1950'lerde ABD'de başlamış olup diğer ülkelerde de zamanla önemli gelişmeler yaşanmıştır. Ülkemiz; tıptaki gelişmeleri yakından takip etmesine rağmen, hastane enfeksiyonu ile ilgili ilk yayın 1960'da yayınlanmış, ancak 2000'li yılların sonrasında çalışmalar yoğunluk kazanmıştır (Öztürk 2011).

Ülkemizde HE'ye ilişkin ilk yasal düzenlemeler, Resmi Gazete'de 11 Ağustos 2005 tarihinde yayımlanan ve 25903 sayılı Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliğiyle yürürlüğe girmiştir (Marul 2016). 2005 yılından itibaren; Sağlık Bakanlığı, üniversiteler ve ilgili kurum/kuruluşlar arasındaki koordinasyon artarak, hastanelerin Ulusal Sürveyans Sistemi (<http://uhes.saglik.gov.tr>) ile ülke içi ve dışı ile kıyaslanabilmesini sağlayan veriler elde edilmeye ve paylaşılmaya başlanmıştır. Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Standartları çerçevesinde yapılan sürveyans sonuçları, yıllık detaylı sürveyans raporları düzenli şekilde Türk Hastane Enfeksiyonları Dergisi'nde yayınlanmaktadır (Yıldırım 2015). 2009 yılı sonundan itibaren ülkemizdeki bütün hastanelerin hastane enfeksiyonlarına ait veriler, dijital ortamda UHESA (Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Ağı) ya bildirilmekte ve her yıl ülke geneline ait raporlar yayımlanmaktadır (Şardan 2010).

Başlıca hastane enfeksiyonları; kateter ilişkili idrar yolu enfeksiyonları (Kİ-İYE), ventilatör ilişkili pnömoniler (VİP), cerrahi alan enfeksiyonları (CAE), santral kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonları (SKİ-KDE) olarak sıralanabilir (Horan et al 2008; Marul 2016). CDC ve NNIS (National Nosocomial Infection Surveillance: Ulusal Hastane Kökenli Enfeksiyonlar Sürveyans Sistemi) nin son verilerine göre; cerrahi alan enfeksiyonları (CAE), nozokomiyal enfeksiyonlar arasında üçüncü (% 14-16), cerrahi sonrası gelişen enfeksiyonlar arasında ilk (%38) sırayı almaktadır. Cerrahi alan enfeksiyonlarının görülme sıklığı; hastanenin büyüklüğüne, başvuran hastaların özelliklerine, uygulanan cerrahi tekniklere göre merkezler arası farklılıklar gösterebileceği gibi CAE gelişiminde; hastanın immünite ve beslenme durumu, eşlik eden kronik hastalıklar, yaranın durumu ile ortamdaki mikroorganizmaların varlığı gibi birçok etmen önemli rol oynamaktadır (Telli 2014).

4.2. CERRAHİ ALAN ENFEKSİYONU

19. yy. ortasına kadar ameliyat sonrası birçok hastada yükselen ateş ve ameliyat yerinden pürülan akıntı gözleendiği, sepsis geliştiği ya da ölümlerin görüldüğü bilinmektedir. Bu tarihten günümüze kadar antibiyotik profilaksisi, sterilizasyon metotları, bariyer önlemleri, cerrahi tekniklerdeki iyileşmeler ve ameliyathanenin uygun havalandırılması gibi gelişmelere karşın cerrahi alan enfeksiyonları günümüzde hâlâ önemli bir sorun olmaya devam etmektedir.

CAE; toplumun sağlıklı olma ve yaşam hakkına ilişkin önemli bir sorundur. Bu nedenle CDC, 1988 yılında hastane enfeksiyonunun tanımını yapmıştır. Cerrahi alan enfeksiyonlarının önlenmesi için 1992 yılında cerrahi alan enfeksiyonunu tanımlamış ve ilk kez yine CDC'nin önerisi ile yara enfeksiyonu terimi ‘‘Cerrahi Alan Enfeksiyonu’’ olarak değiştirilmiştir (Yıldırım 2015).

CDC'ye göre cerrahi alan enfeksiyonu; ameliyattan 30 veya 90 gün içinde, implant kullanılmışsa bir yıl içinde (birinci gün, ameliyat günü olarak hesaplanır) ameliyat bölgesinde gelişen enfeksiyonlar şeklinde tanımlanır (Klevens et al 2007; Aygin 2014). Epizyotomi, sütur abseleri, enfekte yanık alanları ve sünnet yaraları CAE tanımına girmemektedir. (Günaydın 2014). Dirençli mikroorganizmalar, yaşlı hasta popülasyonunda artış, kronik hastalıkları ve zayıf bağışıklığı olan hasta sayısında artış ve bu hastalara daha sık ameliyat uygulaması ve organ nakillerindeki artışlar CAE görülme sıklığını artıran faktörlerdir. Ayrıca, steril tekniğe yeterli uyulmaması, kötü cerrahi teknik ve antibiyotiklerin denetimsiz kullanılması da diğer faktörlerdir (Aygin 2016).

4.2.1. Dünya'da ve Türkiye' de Cerrahi Alan Enfeksiyonları İnsidansı

Amerika Birleşik Devletleri genelindeki hastanelerde 2002 yılında gerçekleşen, yaklaşık 8 205 ölümün CAE ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. Ulusal Sağlık Güvenlik Ağı (NHSN; National Health Safety Network) 2006-2008 verilerine göre, takip edilen 849 659 ameliyatın 16 147'sinde cerrahi alan enfeksiyonu gelişmiş ve CAE görülme sıklığı %1,9 olduğu görülmektedir. Yani bu dönemde gerçekleştirilen her

100 ameliyatın neredeyse ikisinde CAE gelişmiştir. Yine 2009 yılında yapılan bir çalışmada cerrahi alan enfeksiyonlarının en sık rastlanan hastane enfeksiyonu olduğu ve bütün hastane enfeksiyonlarının %31'ini oluşturduğu ve SHİE içinde CAE' nin birinci sırada yer aldığı bildirilmiştir (Aygin 2016).

2005-2010 yılları arasında 30 gelişmekte olan ülkedeki 82 hastanede yapılan 260 973 ameliyatın 7 523'ünde ameliyat sonrası CAE geliştiği (%2,8) tespit edilmiştir. Ayrıca bu ülkelerde cerrahi alan enfeksiyonlarının en sık olarak Koroner Arter Bypass Grefti (CABG) ameliyatlarında % 4,5; abdominal hysterektomide % 2,7 ve kalça protez ameliyatlarında % 2,6 oranında geliştiği belirtilmektedir. (Rosenthal 2013).

Ülkemizde de, "Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Ağı (UHESA)" 2017 verilerine göre genel CAE hızının % 0,72 olduğu, bildirilen 617 745 SHİE'nin 8 194'ünün CAE olduğu ve CAE'nin dördüncü sırada yer aldığı görülmektedir. Cerrahi alan enfeksiyonları maliyetlerinin araştırıldığı bir çalışmada farklı ülkelerin 2004-2008 verileri göz önüne alındığında; CAE gelişen bir hastada hastane masraflarının, CAE gelişmeyen bir hastaya oranla %115 daha fazla olduğu belirtilmiştir (www.klimik.org.tr.) (Erişim Tarihi:05.06.2019).

Ülkemizde 2017 de takip edilen 60 ameliyat türünden 25' inde CAE gelişme sıklığının >1.0 olması CAE günümüzde hâlâ önemli bir sağlık sorunu olduğunu göstermektedir

(https://www.researchgate.net/publication/330089280_CERRAHI_ALAN_ENFEKSİYONU_SURVEYANSI) (Erişim Tarihi: 01. 12. 2018).

4.2.2. Cerrahi Alan Enfeksiyonlarının Etiyolojisi

Cerrahi alan enfeksiyonları cerrahi tedavinin bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır ve ameliyat sahası ile ilişkili doku organ ya da boşlukları içerir. Cerrahi alan enfeksiyonlarının gelişmesi üç temel faktöre bağlıdır. Bunlar; bakteriye ait faktörler, konakçıya ait faktörler ve lokal doku faktörleridir (Yıldırım 2015).

4.2.2.1. Bakteriye ait faktörler

Enfeksiyonun ortaya çıkmasında bakteri tipi ve sayısı önemlidir. Cerrahi alan enfeksiyonu, patojen bir mikroorganizma ile dokunun gram başına 100 000' den fazla miktarda kontamine olması ile oluşmaktadır. Cerrahi alanda yabancı materyal bulunması durumunda, daha az mikroorganizma ile enfeksiyon gelişebilir. Cerrahi kesi ile büyük miktarda bakteri bulaşı olmaktadır ve CAE'ler hemen hemen her zaman ameliyat sırası bulaş nedeni ile oluşmaktadır. Büyük oranda gram pozitif mikroorganizmalar ile birlikte hastanın endojen florasının CAE oluşumunda etken olduğu bilinmektedir (Yıldırım 2015).

4.2.2.2. Konakçıya ait faktörler

Enfeksiyon gelişmesinde rol oynayan konakçıya ait iki ana savunma sistemi bulunmaktadır. Birincisi mikroorganizmaların dokulara yayılmalarını önleyen bölgesel savunma sistemleri ve ikincisi ise yayılma gerçekleşikten sonra dokuların organizmalardan temizlenmesinde önemli rolü olan sistemik savunma sistemleridir (Yıldırım 2015).

Hastada kronik hastalık, albümin seviyesinin düşük olması, yetersiz beslenme, kan glikoz düzeyinin normal sınırlarda olmaması, savunma mekanizmalarını zayıflatarak enfeksiyona yatkınlık oluşturmaktadır. Şok, hipoksemi benzeri bağışıklık sistemini baskılayan durumlar, enfeksiyona eğilimi artırmaktadır. Birçok yayında kan transfüzyonlarının bağışıklık sistemini baskıladığı öne sürülmüştür. Travma gelişmesi, ameliyat sonrası dönem, yanık, kemoterapi, steroid veya immunosupresif ajan alımı savunma yanıtının baskılanmasına neden olabilmektedir (Yıldırım 2015).

4.2.2.3. Lokal doku faktörleri

Lokal doku faktörleri enfeksiyon oluşumunda önemli bir faktördür. Lokal doku faktörlerinin bozulması ile 100 000'den daha az patojen mikroorganizma enfeksiyon gelişmesi için yeterli olabilir. Bazen lokal doku faktörleri sistemik savunma faktörlerini bozacak kadar etkin rol oynayabilmektedir. Olağan şartlar altında

iyileşebilecek travmatik bir yara, nekrotik doku ve yabancı cisim içerdiğinde enfeksiyonun oluşmasına neden olabilir. İskemi ve dokuda PO₂ 'nin düşmesi mikroorganizmalar için uygun bir yaşam ortamı sağlarken, o bölgeye olan kanamalar veya kan pıhtıları mikroorganizmaların üremesi için uygun ortam yaratmaktadır (Yıldırım 2015).

4.2.3. Cerrahi Alan Enfeksiyonlarının Tanımlaması

Cerrahi alan enfeksiyonları üçe ayrılmaktadır. Bunlar; yüzeysel insizyonel cerrahi alan enfeksiyonları, derin insizyonel cerrahi alan enfeksiyonları ve organ/boşluk cerrahi alan enfeksiyonları şeklindedir (Yıldırım 2015).

4.2.3.1. Yüzeysel insizyonel cerrahi alan enfeksiyonu

Ameliyattan sonra 30 gün içinde gelişir. Yalnızca cilt ve cilt altı dokusunu ile ilgili enfeksiyonlardır. Yüzeysel insizyonel CAE'nin iki tipi vardır. Bunlar:

Primer yüzeysel insizyonel CAE, bir ya da birden fazla insizyonla ameliyat edilen bir hastada primer insizyonda gözlenen yüzeysel insizyonel CAE'lerdir (koroner arter bypass grefti ameliyatlarında sternum insizyonu gibi).

Sekonder yüzeysel insizyonel CAE, birden fazla insizyonla ameliyat edilen bir hastada, sekonder insizyonda gözlenen insizyonel CAE'lerdir (koroner arter bypass grefti ameliyatlarında safen insizyonu gibi) (Yıldırım 2015).

4.2.3.2. Derin insizyonel cerrahi alan enfeksiyonu

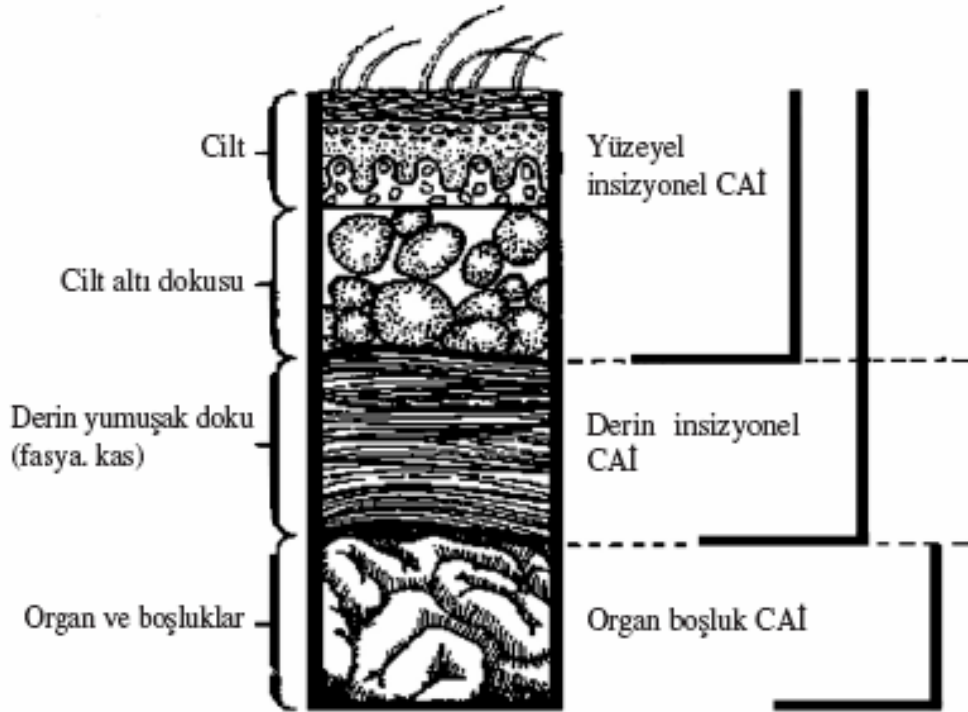
Cerrahi girişimden 30 ya da 90 gün sonra gözlenen ve ameliyat bölgesinin derin dokularını tutan enfeksiyonlardır. Derin insizyonel CAE'nin iki tipi vardır. Bunlar:

Primer derin insizyonel CAE, bir ya da birden daha çok insizyon ile yapılan ameliyatların sonrasında primer insizyonda gözlenen derin insizyonel CAE'lerdir (koroner arter bypass grefti ameliyatlarında sternum insizyonu gibi).

Sekonder derin insizyonel CAE, birden fazla insizyon ile ameliyat edilen hastanın, sekonder insizyonunda gözlenen derin insizyonel CAE'lerdir (koroner arter bypass grefti ameliyatlarında donör bölgesi safen insizyonu gibi) (Yıldırım 2015).

4.2.3.3. Organ/boşluk cerrahi alan enfeksiyonu

Cerrahi türüne bağlı olarak değişiklik göstermek üzere, cerrahi girişimden 30 ya da 90 gün sonra gözlenen ve ameliyatta manüple edilen, cilt insizyonu, fasya veya kas tabakası haricindeki vücut bölümünü tutan enfeksiyonlar olarak tanımlanmaktadır (Yıldırım 2015).(Şekil 1) (Tablo 1).



Şekil 1. Cerrahi Alan Enfeksiyonlarının Derinliğine Göre Sınıflandırılması

Kaynak: Mangram AJ, Horan TC, Pearson ML et al. The Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. Guideline for the prevention of surgical site infection, 1999. Infect Control Hosp Epidemiol 1999; 20: 247–80.

Tablo 1. Cerrahi Alan Enfeksiyonları İçin Tanımlama Kriterleri

CAE	Kriterler
Yüzeysel İnsizyonel CAE	<p>Enfeksiyon; cerrahi işlemden sonra 30 güne kadar ortaya çıkar. İnsizyonun cilt ve cilt altı dokusunu ilgilendirir.</p> <p>Aşağıdaki maddelerden en az biri bulunmalıdır:</p> <ul style="list-style-type: none">*Yüzeysel insizyondan pürülan drenaj olması,*Yüzeysel insizyondan aseptik olarak elde edilen doku kültürü veya sıvıda (akıntı) mikroorganizma üremesi,*Enfeksiyon belirti ve bulgularından en az biri olması; ağrı ya da hassasiyet, lokal şişlik, kızarıklık ya da ısı ve cerrahın insizyonu yeniden açması (kültür negatif çıkarsa bu kriter sağlanmamış olur),*Cerrahın ya da takip eden hekimin yüzeysel insizyonel cerrahi alan enfeksiyonu tanısını koymasıştır.*Dikiş apsesi, sünet bölgesi enfeksiyonu ve enfekte yanık yaralar CAE olarak kabul edilmeyen durumlardır.
Derin İnsizyonel CAE	<p>Enfeksiyon ameliyattan sonra 30 ya da 90 gün sonraya kadar ortaya çıkar. İnsizyonun derin fasya kas tabakalarını içerir.</p> <p>Aşağıdaki maddelerden en az biri bulunmalıdır:</p> <ul style="list-style-type: none">*Derin insizyondan pürülan akıntı olması.*Kendiliğinden ayrılan derin insizyon ya da cerrah/ takip eden hekim tarafından planlı olarak açılan derin insizyon ve enfeksiyon belirti ve bulgularından en az birinin olması; lokalize ağrı ya da hassasiyet, ateş (>38°C) (kültür negatif çıkarsa bu kriter sağlanmamış olur),*Derin insizyonu tutan apse veya enfeksiyonun diğer bulgularının, direkt muayenede, invaziv işlem esnasında, histopatolojik inceleme ya da görüntüleme belirlenmesi.*İlgili cerrahın tanısı kriteri güncellenen rehberlerden çıkartılmıştır.
Organ/Boşluk CAE	<p>Enfeksiyon ameliyattan sonra 30 ya da 90 gün sonraya kadar ortaya çıkar. Enfeksiyon cilt insizyonu, fasya veya kas tabakası hariç ameliyat sırasında açılan ya da manipüle edilmiş herhangi bir vücut bölgesini tutan enfeksiyonlardır.</p> <p>Aşağıdaki maddelerden en az biri bulunmalıdır:</p> <ul style="list-style-type: none">*Organ ya da boşluğa yerleştirilmiş drenaj pürülan drenaj olması,*Organ ya da boşluktan aseptik olarak alınmış kültür, sıvı veya dokuda mikroorganizma üremesi,*Apseler ya da enfeksiyonun diğer bulgularının direkt muayenede, invaziv işlem esnasında, histopatolojik ya da radyolojik incelemede belirlenmesi.*Özgül organ/boşluk enfeksiyon alanları kriterlerinden birinin karşılanması.*İlgili cerrahın tanısı kriteri güncellenen rehberlerden çıkartılmıştır.

Kaynak: <http://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/9pscsci-current.pdf>

Tablo 2. Ameliyat Tiplerine Göre Önerilen Sürveyans Günleri

30 Gün Sürveyans	
<p><u>Cerrahi girişim</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Abdominal aort anevrizması onarımı• Ekstremitte amputasyonu• Apendiks cerrahisi• Arteriyovenöz fistül açılması• Safra yolları, karaciğer veya pankreas cerrahisi• Karotid endarterektomi• Kolesistektomi• Kolon cerrahisi• Sezaryen• Gastrik cerrahi• Kalp transplantasyonu• Abdominal histerektomi	<p><u>Cerrahi girişim</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Boyun cerrahisi• Böbrek cerrahisi• Over cerrahisi• Prostatektomi• Rektal cerrahi• İnce bağırsak cerrahisi• Splenektomi• Toraks cerrahisi• Tiroid ve/veya paratiroid cerrahisi• Vajinal histerektomi• Eksploratif laparotomi• Böbrek transplantasyonu• Laminektomi• Karaciğer transplantasyonu
90 Gün Sürveyans	
<ul style="list-style-type: none">• Meme cerrahisi• Kardiyak cerrahi• Koroner arter bypass cerrahisi (göğüs ve bacak insizyonu ile yapılan)• Koroner arter bypass cerrahisi (sadece göğüs insizyonu ile yapılan)• Kraniyotomi	<ul style="list-style-type: none">• Spinal füzyon• Açık kırık fiksasyonu• Herni (fitik) onarımı• Kalça protezi• Diz protezi• Pil cerrahisi• Periferel vasküler bypass cerrahisi• Ventriküler şant

Not: Tüm girişim kategorileri için yüzeysel insizyonel CAE 30 gün süresince izlenir.

Kaynak: <http://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/9pscsci-current.pdf>

4.2.4. Cerrahi Yaraların Geleneksel Sınıflandırılması

Uzun yıllardır yara enfeksiyonları ameliyat esnasındaki bakteriyel bulaş (kontaminasyon) temel alınarak; temiz, temiz-kontamine, kontamine ve kirli–enfekte olarak üzere dört sınıfa ayrılır (Yıldırım 2015).

4.2.4.1. Sınıf I - Temiz yaralar

Planlı ameliyatlarda, drene edilmeyen ve akut inflamasyon oluşturmayan ve primer kapanan yaralar, temiz yaralar olarak adlandırılır. Elektif şartlarda primer olarak kapatılan, travma ve enfeksiyon bulunmayan, steril tekniğin bozulmadığı durumlar temiz yaralara örnek olabilir (Yıldırım 2015).

4.2.4.2. Sınıf II - Temiz-kontamine yaralar

Elektif olmayan koşullarda oluşan temiz yaralar ya da kontrollü bir şekilde mikroorganizma kolonizasyonu olan vücut boşluklarına girilmesi, yedi gün içinde yeniden açılan temiz yaralar temiz-kontamine yaralardır. Bu gruba örnek; gastrointestinal sistem solunum sistemi veya genitoüriner sisteme kontrollü bir şekilde girilmesi (kolesistektomi veya histerektomi) ve steril teknikte minimal aksaklıklar olmasına karşı kontaminasyon olmayan durumlar olabilir (Yıldırım 2015).

4.2.4.3. Sınıf III - Kontamine yaralar

Akut pürülan olmayan enflamasyon, aseptik teknikte büyük aksaklıklar olması, içi boş olan organ içeriğinin yayıldığı yaralar ve dört saati geçmeyen delici yaralanmalar bu sınıfa girmektedir. Örnek olarak açık travma sonucu yaralanmalarda gastrointestinal sistemden ciddi kaçaklar olan (gastrektomi, kolektomi, enfekte safra varlığında kolesistektomi) ve aseptik teknikte majör aksaklıkların olduğu durumlar sayılabilir (Yıldırım 2015).

4.2.4.4. Sınıf IV - Kirli-enfekte yaralar

Pürülan akıntı ya da apse bulunması, mikroorganizma kolonizasyonu olan vücut boşluklarının ameliyat dışında perfore olması, dört saati geçen delici yaralanmalar bu sınıfa girmektedir. Örnek olarak; içinde ölü doku bulunan travmatik yaralar, yabancı cisim veya fekal kontaminasyon, perfore iç organ veya akut pürülan bakteriyel

enfeksiyonun olduğu durumlar gösterilebilir. Bu yaralarda ameliyat sonrası enfeksiyona neden olan mikroorganizmalar genellikle ameliyat öncesinde cerrahi alanda mevcuttur (Yıldırım 2015) .

Cerrahi yaraların temizden kirliye doğru ilerlemesi ile enfeksiyon görülme sıklığı ve etken mikroorganizma çeşitliliği de artış göstermektedir. NNIS verilerine ve diğer çalışmaların sonuçlarına bakıldığında enfeksiyon görülme sıklığı, temiz cerrahi yaralarda %1-3, temiz-kontamine yaralarda %3-10, kontamine yaralarda %5-15 ve kirli ve enfekte yaralarda ise %25-30 olarak bildirilmiştir. Kirli yaralarda enfeksiyon sıklığının %40'lara kadar çıktığı belirtilmiştir (Whitehouse et al 2002, Arın 2012).

4.3. CERRAHİ ALAN ENFEKSİYONU GELİŞİMİNİ ETKİLEYEN RİSK FAKTÖRLERİ

4.3.1. Hastaya Ait Faktörler

4.3.1.1.Yaş

Yapılan çalışmalarda bir yaşın altında ve 50 yaşın üzerindeki hastalarda, CAE riskinde artış olduğu belirtilmiştir (Uzunköy 2005). Bu hastalara yapılan ameliyatlardan sonra CAE gelişme riskinin 1-50 yaş arasındaki hastalara göre dört kat fazla olduğu ortaya konmuştur (Bozfakioğlu 2001). Yaşlanma; doğal savunma mekanizmalarını zayıflattığı için, bilhassa 65 yaş ve üzerindeki hastalarda gelişen hastane enfeksiyonlarının prognozunun daha kötü olduğu bilinmektedir (Mangram 1999; Talbot 2005; Casanova 2006). Ayrıca yaşlılarda yara iyileşmesi daha yavaş olduğundan daha az skar dokusu oluşur, fibroblastların ve epitelyum hücrelerinin proliferasyonu yavaşlar (Erbil 2002; Ölmez 2014) .

4.3.1.2. Malnütrisyon

Ameliyat öncesi dönemde malnütrisyonun CAE riskini artırdığı tartışmalı bir konudur. Ancak otoriteler tarafından genellikle, majör planlı ameliyat uygulanacak hastalarda ciddi malnütrisyon varsa CAE'nin de içinde bulunduğu potansiyel komplikasyonların önlenmesi için ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası dönemde nütrisyon desteği uygulanmaktadır (Arın 2012).

4.3.1.3. Obezite

Karın duvarındaki cilt altı yağ dokusunun kalınlığı ile CAE gelişmesi arasında doğrudan ilişki olduğu ve hastanın kilosunun ideal kilosunun %20'sinden fazla olduğu durumlarda CAE görülme sıklığını artırdığı düşünülmektedir. Bu durumun sebebi yağ dokusunun vaskülarizasyonunun daha az olması ve bu nedenle dokudaki oksijen saturasyonunun daha düşük olmasıdır (Sarı 2018). Obezitenin CAE görülme sıklığını artırdığı bilinmesine rağmen genellikle ameliyat öncesinde hastanın ideal kilosa ulaşması pek sağlanamamaktadır. Ayrıca klavuzlarda morbid obez hastalarda profilaktik antibiyotik dozunun artırılması gerektiği önerilmektedir (Arın 2012).

4.3.1.4. Diyabet

Ameliyat sırasında ve sonrasındaki ilk 48 saat içinde glikoz düzeyinin 200 mg/dL'den yukarıda olması CAE riskini artırmaktadır. Özellikle de ameliyat süresince hiperglisemiden kaçınılmalıdır (Mangram 1999).

4.3.1.5. Sigara

Sigara kullanımının, CAE riskini artıran önemli bir faktör olduğu pek çok çalışmada vurgulanmıştır. Sigaranın primer yara iyileşme süresini artırdığı ve CAE görülme sıklığını artırdığı bilinmektedir (Mangram 1999). Sigara, vazokonstriksiyon etkisi ile oksijen naklini engeller, kanda karboksihemoglobin seviyesi artar ve yara oksijenasyonu bozulur (Erbil 2002; Ölmez 2014).

4.3.1.6. Steroid ve immunosupresif kullanımı

Steroid ve immunosupresif kullanan hastalarda CAE riskinin artabileceği bildirilmiştir. Ancak bu konu hâlâ tartışmalı bir konudur (Malone 2002). Glikokortikoidler, araşidonik asit metabolizmasını baskılar ve fibroblast sentezini bozar. Ayrıca steroid alan hastalarda yara iyileşmesi tamamlansa bile yaranın gerilme kuvveti daha azdır (Erbil 2002; Ölmez 2014). Uzun süreli steroid kullanımı gerekebilen Crohn hastalığı mevcut cerrahi müdahale geçiren hastalarda, steroid kullananlarda ve kullanmayanlarda sırası ile %1,5 ve %6,7 CAE oranları bildirilmiş ancak diğer araştırmalarda bu ilişki saptanmamıştır (Değirmenci 2016). Ancak genel tutum mümkünse bu tip ilaçlara ara verilmesi şeklindedir. Kemoterapi ilaçları ise kemik iliğini baskılayarak lenfosit ve monosit miktarını azaltır (Erbil 2002).

4.3.1.7. Serum albümin seviyesi

Hipoalbüminemi (serum albümin düzeyi $< 3\text{gr/dl}$) CAE gelişme açısından önemli bir risk faktörü olarak bilinmektedir (Arın 2012). Hennessey ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, hipoalbümineminin CAE gelişmesine ilişkin önemli bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir. Ayrıca ameliyat öncesi süreçte hipoalbümineminin hastanede kalış süresini arttırdığı belirtilmiştir (Hennessey 2010; Özçimen 2013).

4.3.1.8. Cerrahi insizyon ve organ/ alan dışında başka bir yerde enfeksiyon varlığı

Cerrahi alan dışında herhangi bir alanda enfeksiyon olması, CAE görülme sıklığını arttıran önemli bir faktördür (Uzunköy 2005). Bu nedenle elektif cerrahiden önce vücutta başka bir enfeksiyon varsa (üriner sistem enfeksiyonu vb.) tedavi edilmesi gerektiği belirtilmektedir (Mangram et al 1999; SHEA/IDSA 2014; Marul 2016).

4.3.1.9. Hastanede kalış süresi

Ameliyat öncesinde hastanın hastanede uzun süre yatması, CAE'yi arttıran önemli bir risk faktörü olarak belirtilmiştir (Mangram 1999; Delgado-Rodriguez 2006). Bu konuda yapılan çalışmalara göre, ameliyat öncesi yatış süresi bir gün olan hastalarda cerrahi yara enfeksiyonu %6 şeklinde belirtilirken, üç haftadan daha uzun olan hastalarda %15'e kadar ulaşabildiği bildirilmiştir (O'Grady 2002).

4.3.2 Ameliyata Ait Faktörler

Sağlık Bakımını Geliştirme Enstitüsü (Institute for Healthcare Improvement) ve Cerrahi Alan Enfeksiyonu Uygulama Rehberinde (Implementation Guide for Surgical Site Infection) cerrahi girişim öncesi uygun şekilde yapılmayan kıl temizliğinin, doğru uygulanmayan antibiyotik profilaksisinin, hipoterminin ve hipergliseminin önemli risk faktörleri olduğu belirtilmiştir. CAE Uygulama Rehberi'ne göre CAE gelişmesini önlemeye ilişkin bu dört faktörün değerlendirilmesi önemli olup CATS olarak kısaltılmıştır

(<http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/CATS> Poster for Surgical Site Infection Intervention.aspx (Erişim tarihi: 24.03.2019).

C: Clippers – remove hair appropriately (Kıl Temizliği),

A: Antibiotics – use prophylactic antibiotics appropriately (Profilaktik Antibiyotik Kullanımı),

T: Temperature – maintain normothermia (Isı Kontrolü),

S: Sugar – maintain glucose control (Glukoz Kontrolü) (Aygin 2016).

4.3.2.1. Ameliyatın süresi

Ameliyat süresinin uzaması ameliyat sırasında, bakteri kolonizasyonu için zemin hazırlar. Blumetti ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmaya göre ameliyat süresinin uzun olması CAE gelişme riski açısından önemli bir faktördür (Blumetti 2007). Sürenin uzaması ile beraber, yaraya bulaşan mikroorganizmalar sayıca artar, doku hasarı artar, savunma mekanizmaları daha fazla baskılanır. Ameliyat ekibinin yorgunluğunun artmasıyla steril teknikte de daha fazla aksaklık gözlenebilir (Arın 2012). Garibaldi ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, 1 852 ameliyat analiz edilmiş ve ameliyat süresinin iki saat ve daha fazla olduğu durumlarda CAE riskinin %3 oranında arttığı bildirilmiştir (Hasanoğlu 2013; Keskin 2017). CDC, ameliyat süresinin üç saati geçmesini CAE gelişmesine ilişkin en önemli dört risk faktöründen (hastaya ait faktörler, yaranın sınıfı, kötü cerrahi teknik, ameliyatın süresi) biri olarak belirtmiştir (Ay 2010).

4.3.2.2. Ameliyat bölgesindeki kılların temizliği

Cerrahi girişim öncesinde doğru şekilde yapılmayan kıl temizliğinin CAE riskini arttırdığı belirtilmiştir. Ayrıca kıl temizliği zamanıyla ameliyat zamanı arasındaki fark arttıkça CAE gelişme riski artmaktadır. Bu konuda yapılan çalışmalarda ameliyattan hemen önce yapılan temizliklerde CAE oranı %1-2 iken, bir gece önce kıl temizliği yapılanlarda CAE oranının %3-5'e çıktığı görülmüştür. Ameliyattan bir gün önce temizlik yapılan hastalarda ise CAE oranı üç kat arttığı belirtilmiştir. Ameliyat öncesi dönemde tüy dökücü krem veya ETM (elektrikli traş makinesi) ile yapılan kıl temizliğinde jilet ile yapılan kıl temizliğine göre daha az kesi oluştuğu için enfeksiyon riskinin daha düşük olduğu gözlenmiştir (Arın 2012).

4.3.2.3. Kan transfüzyonu

Yapılan çalışmalarda hastaya kan transfüzyonu uygulandığında bağışıklık sistemi baskılanıp CAE görülme sıklığının en az iki kat arttığı bildirilmiştir (Kılıç 2001). Genel yaklaşım kan transfüzyonundan mümkün olduğunca uzak durmak şeklindedir (Duran 2009).

4.3.2.4. Cerrahi personelin el temizliği

Cerrahi personelin herhangi bir deri hastalığının olması CAE gelişmesi açısından risk faktörü oluşturur. Ayrıca kısa olmayan tırnaklarda mikroorganizmaların birikebileceği, bundan dolayı personelin tırnaklarının uzun olmasının önemli bir faktör olduğu bilinmektedir (Arın 2012). Ellerin sabun ve antiseptik ajanlar ile yıkanması kirleri uzaklaştırır, bakteri sayısını düşürür. Klorheksidin ve povidone iodine de ciltteki mikroorganizmaların azalmasını sağlar (Lucha 2000). Ameliyat öncesi cerrahi personel ellerini kurallara uygun şekilde yıkadığında, ellerdeki bakterilerin %90'ın üstünde azalttığı belirtilmiştir (Uzunköy 2005; Erol 2009; Hasanoğlu 2013).

4.3.2.5. Cerrahi teknik

Kesi yerinde dokunun nazikçe tutulması, etkili kanama denetiminin yapılması, dren konulacaksa kesi yerinden uzakta ayrı bir kesi kullanılarak yerleştirilmesi, mümkünse en kısa zamanda drenin çekilmesi önerilmektedir (Acar 2007; Atak 2009). Cerrahi teknik ile ilgili faktörler (kanlanmanın yeterli olmaması, dokulara nazik davranılmaması, ölü boşluk oluşması, nekrotik doku oluşması, koterin gereğinden çok kullanılması gibi) CAE gelişmesi açısından önemlidir. Bu nedenle dokulara kaba davranılmaması, kanama kontrolü, hipotermiye engellenmesi, ölü dokuların çıkartılması, dren ve koterin kontrollü kullanılması gibi konularda hassas davranılmasıyla cerrahi tekniğin oluşturabileceği risklerin minimuma indirilebileceği bildirilmiştir (Pala 2010).

4.3.2.6. Ameliyat türü

Acil ameliyatlarda ameliyat öncesi hazırlık ve hastaya ait risk faktörlerinin önlenmesi pek mümkün değildir. Ayrıca acil ameliyatlarda cerrahi ekibin enfeksiyon kontrol önlemlerine uyması zorlaşabilir. Bu nedenle acil ameliyatlarda CAE riski planlı ameliyatlara göre daha fazladır. CAE görülme sıklığının laparoskopik cerrahi

uygulanan hastalarda açık cerrahi uygulanan hastalara göre daha az olduğu bilinmektedir. Bu yüzden cerrahinin türü kayıt altına alınmalıdır (https://www.researchgate.net/publication/330089280_CERRAHI_ALAN_ENFEKS_IYONU_SURVEYANSI) (Erişim Tarihi: 01. 12. 2018).

4.3.2.7. Anestezi türü

Genel anestezi uygulanan hastalarda CAE görülme sıklığı diğer anestezi türleri uygulanan hastalardan daha fazladır. Ameliyat sürecinde anestezi türü mutlaka kaydedilmelidir. Anestezi türleri; genel anestezi, lokal anestezi, epidural anestezi, spinalanestezi ve sinir bloğu şeklindedir (https://www.researchgate.net/publication/330089280_CERRAHI_ALAN_ENFEKSIYONU_SURVEYANSI) (Erişim Tarihi: 01. 12. 2018).

4.4. CERRAHI ALAN ENFEKSİYONLARINA KARŞI ALINACAK ÖNLEMLER

CDC ve Amerika Ulusal Sağlık Hizmeti Güvenlik Ağı (National Healthcare Safety Network-NHSN) ve Amerika Ulusal Nozokomiyal Enfeksiyon Sürveyans Sistemi (National Nosocomiyal Infections Surveillance System-NNIS) 1999 yılında, cerrahi alan enfeksiyonlarını önleme rehberini taslak olarak yayınlamış ve bu rehber 2014 Ocak ayından itibaren son haliyle güncellenmiştir. Bu önlemler ameliyat öncesi, sırası ve sonrası olmak üzere üçe ayrılmaktadır (Yıldırım 2015).

4.4.1. Ameliyat Öncesi Dönemde Alınacak Önlemler

4.4.1.1. Glisemi kontrolü

CDC 1999 yılında yayınladığı rehberde diyabetik hastaların ameliyat öncesinde kan glikoz düzeyi kontrollerinin yapılması ve hipergliseminin engellenmesini önermektedir. Son yıllarda yayınlanan rehberde diyabetik olsa da olmasa da bütün hastaların kan glikoz seviyelerinin 200 g/dl'nin altında olması tavsiye edilmektedir (Günaydın 2014; Kalkan 2017)). Ameliyat öncesi dönemde hiperglisemiden kaçınılmalıdır (Kategori I B) (Ölmez 2014). Diyabeti olan hastaların mümkün ise ameliyattan önce HgA1c seviyelerinin %7'nin altına çekilmesi tavsiye edilmektedir

(Kategori I) (Mangram et al 1999, Dronge et al 2006). Ameliyattan sonra kardiyak cerrahi uygulanacak olan hastalarda anestezi bittikten sonraki 24 saatlik dönemde glikoz düzeyinin 180mg/dl'nin altında olması sağlanmalıdır (SHEA/IDSA 2014; Marul 2016).

4.4.1.2. Ameliyat öncesi normotermi

Yeni yayımlanan rehberlerde vücut sıcaklığının normal düzeyde olması gerektiği belirtilmiştir (Günaydın 2014). Ameliyattan önce normal vücut sıcaklığı (normotermi: 35,5 °C ve üzerinde) korunmalıdır (Kategori I) (SHEA/IDSA 2014; AORN 2016). Düşük seviyede hipotermi ile bile CAE görülme sıklığı artabilmektedir. Vücut sıcaklığı düştüğünde nötrofil fonksiyonu bozulur, deri altı vazokonstrüksiyonu tetiklenir. Daha sonrasında doku hipoksisi gelişir. Hipotermi kan kaybını artırır. Hematom oluşmasını kolaylaştırır ve buna bağlı olarak kan transfüzyonu ihtiyacını doğurur. Bütün bu faktörler CAE gelişme sıklığını arttırmaktadır. Bu konudaki araştırmalara bakıldığında; CAE oranlarını düşürmek ve ameliyat sırasında kan kaybını azaltmak için ameliyattan önce ve ameliyat sırasında hastayı ısıtmanın faydalı olduğu belirtilmiştir (Melling et al 2001; Wong et al 2007; Marul 2016).

4.4.1.3. Ameliyattan önce antiseptik ile duş alınması

Ameliyattan önce antiseptikle duş alınmasının, ciltteki mikrobiyal kolonizasyonunu azalttığı düşünülmektedir. Ancak yapılan çalışmalarda CAE görülme sıklığını azalttığına ilişkin kesin bir kanıt bulunamamıştır (Çözümlememiş konu) (SHEA/IDSA 2014; AORN 2016). Bu konuda yapılan bazı çalışmalar incelendiğinde cerrahi girişimden önce % 4 klorheksidin glukonatla duş alınmasının; plasebo etkisi, sabun kullanılması ya da hiç duş alınmamasına göre CAE gelişmesini azaltmak açısından daha etkin olduğu belirtilmiştir. Buna rağmen CAE riskini azaltmak ameliyattan önce antiseptik ile duş almanın faydalı olduğuna dair kesin bir kanıt bulunamamıştır (Webster and Osborne 2012; Marul 2016).

4.4.1.4. Kıl temizliği

Cerrahi girişimin uygulanacağı bölgedeki vücut kıllarının temizlenmesinin ameliyat hazırlığı sırasında geleneksel bir uygulama olduğu belirtilmektedir (Sepit 2007; İyigün ve ark. 2010). Kılların insizyonu, insizyon dikişlerini ve pansuman

bantlarını etkileyebileceği düşünül­düğünden temizlendiği bilinmektedir. Üstelik cildin kıl temizliğinin yapılmaması, cilt hazırlığının yeterli yapılmadığı şeklinde algılanmakta, kılların CAE riskini arttırdığı düşün­lmektedir (Tanner 2011; Aygin 2016).

Cerrahi girişim öncesi kıl temizliğinin gerekli olmadığı, CAE'ye neden olabileceği ve kıl temizliğinin yapılmaması gerektiğini iddia eden çalışmalar da bulunmaktadır (Horgan and Piatt 1997).

CAE gelişmesi için en önemli kaynak, hastanın kendi cilt florasıdır. Cilt hazırlığı iyi yapılmamış hastalarda mikroorganizmalar, vücuda kolay bir şekilde girebilmektedirler. Kıl temizliği jiletle, elektrikli tıraş makinesiyle (ETM) veya tüy dökücü kremle (depilasyon kremi) yapılabilmektedir. Jiletle kılların temizlenmesinde, ciltte mikroskobik kesiler ve aşınmalar oluşabilmektedir. Mikroskobik kesilerden giren mikroorganizmaların kolonileşip, ameliyat bölgesini kontamine ederek CAE'ye sebep olduğu düşün­lmektedir. Kılların temizliğinde elektrikli tıraş makinesi kullanıldığında mikro kesi ve aşınmanın riskinin olduğu düşün­lmektedir (Aygin 2016).

Eğer ameliyat bölgesindeki kıllar ameliyat açısından bir problem oluşturmuyorsa kılların temizlenmemesi önerilir. Kıl temizliğinde jilet kullanılmamalıdır (Kategori II) (SHEA/IDSA 2014; AORN 2016). Bu konuda yapılmış bazı çalışmalar incelendiğinde; jilet, ETM ve tüy dökücü krem kullanılan hastalar ile kıl temizliğinin yapılmadığı hastalar CAE görülme sıklığı yönünden kıyaslanmış ve anlamlı bir fark bulunamamıştır. Aynı çalışmada jilet kullanılan hastalarda CAE görülme sıklığının ETM kullanılan hastalara oranla daha fazla olduğu; tüy dökücü krem kullanan hastalarla jilet kullanan hastalar arasındaki CAE görülme sıklığı kıyaslandığında aralarında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (Tanner et al 2011). Kılların temizlenmesi gerekliyse ETM ya da tüy dökücü krem tercih edilmeli, kıllar ameliyat odasında temizlenmemelidir. Saçlı deri ve skrotum bölgesi dışında jilet kullanılmaması önerilmektedir (SHEA/ IDSA 2014, AORN 2016).

Perioperatif Hemşireler Derneği (AORN: Association of Perioperative Registered Nurses) ve CDC, ameliyata ya da ameliyat sonrasında pansumana engel oluşturmayacak ise ameliyat öncesi dönemde kılların temizlenmesini tavsiye etmemektedir. CDC'ye göre CAE'yi önlemeye yönelik kanıt temelli tavsiyeler şunlardır:

a. Ameliyattan önceki gece hastaların antiseptikli solüsyon ile duş alması (Kategori IB).

b. Ameliyat bölgesinin ve etrafının önce kaba temizliğinin yapılması, dikkatlice yıkanıp temizlenmesi sonra antiseptikli cilt hazırlığının yapılması (Kategori IB).

c. Ameliyat için engel oluşturmadığı sürece kıl temizliği yapılmaması, engel oluşturduğu düşünülüyorsa ETM ya da tüy dökücü krem kullanılması jilet kullanılmaması (Kategori IA).

d. Dren konulacaksa hazırlığın dren bölgesini de içine alacak şekilde olması önerilmektedir (Kategori II) (Ducel 2002; <http://www.cdc.gov/HAI/ssi/ssi.html>) (Erişim tarihi: 10.1.2019).

4.4.1.5. Ameliyathanede hastanın cilt hazırlığı

Cerrahi müdahaleden önce ameliyat alanındaki cilt hazırlığında bazı antiseptikler kullanılmakta olup en sık kullanılanlar; povidon-iyot ve klorheksidin glukonattır (Mangram et al 1999; Çelik ve ark. 2007). Ameliyat öncesi dönemde ameliyat bölgesinin yıkanması, bir mahsuru yoksa cilt hazırlığının alkol içerikli ürünler ile yapılması tavsiye edilmektedir (Kategori I) (SHEA/IDSA 2014). Antiseptik ile cilt hazırlığı yapılmadan önce ameliyat bölgesi yıkanıp daha çok kontaminasyon olmaması sağlanır (Kategori I B). Daha sonra uygun bir antiseptikle ameliyat bölgesinin hazırlığı içten dışa dairesel hareketlerle yapılmalıdır. Cilt hazırlığı cerrahi kesinin genişleyebileceği ve dren kullanılabilceği düşünülerek geniş bir şekilde yapılmalıdır (Kategori II) (Uzunköy 2006). Bu konuda yapılan bir çalışmada ameliyat sınıfı temiz-kontamine olan hastalardan; ameliyattan önce cilt temizliği için klorheksidin+alkol kullananlarla povidon iyot kullananlar CAE gelişme açısından kıyaslanmıştır. Klorheksidin+alkol kullananların CAE gelişme oranlarının daha düşük olduğu belirtilmiştir (Darouiche et al 2010). Alkol oldukça bakterisidal olup ameliyat öncesi dönemde yapılan cilt antisepsisinde oldukça etkilidir. Fakat alkolün tek başına kullanıldığı durumlarda kalıcı etki sağlanamamaktadır. Kalıcı ve hızlı antisepsi, klorheksidin glukonat ya da iyodoforun alkolle birleştirilmesi ile sağlanabilmektedir. Alkolle birleştirilmediğinde, klorheksidin glukonatin, povidon iyota göre kalıcılık ve etki yönünden daha üstün olduğu belirtilmiştir (SHEA/IDSA 2014; Marul 2016).

4.4.1.6. Antimikrobiyal profilaksi (AMP)

Antimikrobiyal profilaksinin CAE gelişmesini önleme açısından önemi ispatlanmıştır. Antibiyotik kullanımı, dokuların sterilize edilmesini sağlamaz fakat bir süre dokuların mikroorganizma yükünü azaltmaya yardımcı olur (Mangram et al 1999; Çelik ve ark. 2007). Rehberler, antimikrobiyal profilaksinin uygulanmasını önermektedir (Kategori I A). Yapılacak olan ameliyata ve cerrahi tipine göre uygun antibiyotik uygulanmalıdır (Kategori I A). Antibiyotik dozunun obez hastalarda arttırılması önerilmektedir (Kategori I). Ameliyat esnasında fazla kan kaybının yaşandığı ve süresi uzayan ameliyatlarda, antibiyotik tekrarlanmalıdır. Vankomisin profilaksi için rutin olarak kullanılmaması tavsiye edilmektedir (Kategori I B) (SHEA/IDSA 2014; Marul 2016)

4.4.1.7. Ameliyat öncesi el kol antisepsisi

Genellikle el antisepsisi için alkol ve klorheksidin kullanılmaktadır. CAE gelişme sıklığının azalması açısından el yıkama işleminin uygun teknik ve süreyle yapılması çok büyük öneme sahiptir. Bu nedenle, kullanılan antiseptiğin hızlı etkili olması ve etkisinin uzun sürmesi gereklidir (Mangram et al 1999; Uzunköy 2005; Çelik ve ark. 2007). Cerrahi girişim öncesinde cerrahi el-kol antisepsi için antiseptik kullanılmalı, eller ve kollar minimum 2-5 dk. arası yıkanmalıdır (Kategori I B) (SHEA/IDSA 2014; Marul 2016).

4.4.2. Ameliyat Sırası Dönemde Alınacak Önlemler

4.4.2.1. Yeterli oksijenasyonun sağlanması

Hemostaz yapılmış cerrahi alanda, hipoksi ve iskemi mevcuttur. Bu nedenle ameliyattan önce hastaya oksijen verilmesiyle cerrahi uygulanan alana daha çok oksijen gönderilmesi sağlanarak CAE riskinin azalabileceği prospektif randomize çalışmalarda belirtilmiştir (Belda 2005; Arslan 2013). Ameliyat esnasında ve ameliyat sonrası dönemde, gerekirse oksijen takviyesi verilmesi önerilmektedir (Kategori I) (SHEA/IDSA 2014; Marul 2016).

4.4.2.2. Ameliyat odasının giriş-çıkış kontrolünün sağlanması

Ameliyat odasındaki mikroorganizma miktarı, girip çıkan kişi sayısı ile doğrudan bağlantılıdır. Bundan dolayı ameliyat odasına giriş çıkışlar kısıtlanmalı ve

mümkün olduğu kadar az sayıda personelle çalışmaya özen gösterilmelidir (Kategori II). Ameliyat odasının kapıları; malzeme, ekip üyeleri ve hasta geçişi için gerekmedikçe açık tutulmamalıdır (Kategori I B) (Mangram et al 1999; Uzunköy 2006; Çelik ve ark. 2007).

4.4.2.3. Ameliyathanenin havalandırılması

Ameliyat odalarının ve çevresinin havalandırılması pozitif hava basıncı ile yapılmalıdır. Havalandırma, her saat üç kez taze hava olmak üzere minimum 15 kez değişim sağlamalıdır (Kategori I B). Ameliyathanenin nem oranı %30-60 arası, sıcaklığı ise 20-23 °C arasında olmalıdır. Ameliyathanenin havası standartlara uyumlu yüksek etkili partikül hava filtresinden (HEPA: high efficiency particulate air) geçirilmelidir (Kategori I B). CAE gelişmesini önlemeye ilişkin dikey hava akış sistemi de önerilmektedir. Özellikle ortopedi ameliyatlarında bu sistem önerilmektedir (Kategori II). Hava tavandan verilmeli ve tabandan alınmalıdır (Kategori I B) (Yıldırım 2015).

4.4.2.4. Çevre temizliği ve dezenfeksiyonu

Gözle görünür kirli ya da kontamine olmuş yüzeyleri ve ekipmanları temizlemek için ABD Çevre Koruma Ajansı (EPA; Environmental Protection Agency) onaylı hastane dezenfektanları tercih edilmelidir (Kategori II). Yeni ameliyattan önce bu yüzeyler dezenfekte edilmelidir (Kategori I B). Enfeksiyon kontrolüne yönelik ameliyathanenin ya da ameliyat odalarının girişinde yapışkan paspasların kullanılmaması önerilir (Kategori I B). Hasta ile temas eden ekipmanların (ameliyat masası gibi) enfeksiyon bulaşma riskine karşı kirli hastadan daha sonraki hastalara geçmeden yüzeylerinin antiseptikler ile rutin temizliği yeterlidir. Cerrahi yara sınıflamalarına göre, kontamine ya da kirli-enfekte sınıfına giren ameliyatlardan (gazlı gangren dâhil) ve Hepatit B, Hepatit C veya HIV ile enfekte hastaların ameliyatlarından sonra ameliyathane diğer ameliyatlardakinden farklı özel bir temizlik yapılmalı, ameliyat odası veya ameliyathane kapatılmamalıdır (Kategori I B). CAE'ye ilişkin ameliyat odasında UV radyasyon kullanılması önerilmemektedir (Kategori I B) (Uzunköy 2006).

4.4.2.5. Mikrobiyolojik inceleme

Ameliyathaneden rutin mikrobiyolojik inceleme yapılmasına lüzum yoktur. Fakat epidemiyolojik araştırma için veya filtre değişiminden sonra filtrenin çalışma durumunu kontrol etmek adına ortamdan hava örnekleme alınarak partikül sayımı yapılabileceği bildirilmiştir (Kategori I B) (Edminston 2006; Alan 2008; Tayran 2008).

4.4.2.6. Cerrahi aletlerin sterilizasyonu

Cerrahi aletlerin sterilizasyonu yeterli yapılmadığında CAE gelişme riskinin artmasına sebep olur. Sterilizasyonun doğru yapıp yapılmadığı biyolojik indikatörler ile kontrol edilmelidir. Her hastane kendi sterilizasyon ünitesi için çalışma kuralları ve çalışma programını netleştirmelidir (Mangram et al 1999; Uzunköy 2005; Ural ve ark. 2008; Marul 2016).

4.4.2.7. Cerrahi aletlerin flaş sterilizasyonu

Flaş sterilizasyonun rutin olarak kullanılmaması, cerrahi ekipmanların tümünün kılavuzlara göre steril edilmesi önerilmektedir (Kategori II) (SHEA/IDSA 2014; Marul 2016).

4.4.2.8. Dikiş materyalleri, drenler, kullanılan diğer malzemeler

CAE'nin önlenmesi için santral venöz katater, spinal ya da epidural kataterler yerleştirilirken ya da intravenöz ilaçlar verilirken aseptik ilkelere uyulmalıdır (Kategori I A) (Titia 2004; Uzunköy 2006; Suchitra 2009). Antiseptik emdirilmiş süturların rutinde kullanılması önerilmemektedir (Kategori II). CAE'yi önlemeye yönelik antiseptik örtülerin rutin olarak kullanılması önerilmemektedir (Kategori I). Gastrointestinal ve biliyer (safra yolları) cerrahisi için geçirgen olmayan plastik yara koruyucularının (kapamalarının) kullanılması tavsiye edilmektedir (Kategori I) (Marul 2016).

4.4.2.9. Cerrahi giysi ve örtüler

Ameliyat odasına girerken cerrahi maske ağız ve burnun tamamını kapatmalı, maske ameliyat süresince çıkartılmamalıdır (Kategori I B). Ameliyathanenin girişinde, kep ya da başlık ile saçların tamamı kapatılmalıdır (Kategori I B). Tüm ameliyat ekibinin steril eldivenlerini çift kat takması ve eldiveni delinirse

değiştirmesi önerilmektedir (kategori II) (SHEA/IDSA 2014; Marul 2016). Cerrahi alan enfeksiyonlarını önlemek için galoş giymek gerekli değildir (Kategori I B).

Cerrahi örtüler, enfeksiyona neden olan faktörlerin hastadan cerrahi ekibe veya insizyon alanına bulaşmasını engeller ve steril ile nonsteril alanlar arasında bariyer oluşturarak enfeksiyon riskini azaltır (Belkin 2007). Sıvılar çoğunlukla önemli bir mikroorganizma taşıyıcı faktör olarak kabul edildiği için, cerrahi örtülerin ameliyat süresince sıvı ve bakterilere karşı etkili bir bariyer oluşturması gerekir. Cerrahi örtüler ıslandığında bakteri geçişi mümkün hale gelmektedir, bundan dolayı örtülerin altına su geçirmeyen steril malzeme konulmalıdır. (Leaper 2003; Tüzün 2004). Islaklık varsa sıvı geçirmeyen cerrahi örtü ve önlükler kullanılmalıdır (Kategori I B). Kontamine örtülerin ve bandajların enfeksiyona sebep olabileceği belirtilmiştir. Ameliyat esnasında gömlekler delinirse, mikroorganizmaların hızlı bir şekilde cerrahi alana dağıldığı gözlenmiştir (Terzi 2006; Marul 2016).

4.4.2.10. Enfekte ameliyathane personeli

Aktif enfeksiyonu bulunan veya bazı mikroorganizmaların taşıyıcısı olan personelin CAE riskinin artmasına ve salgınlara sebep olabileceği belirtilmiştir (Tammelin 2003; Terzi 2006). Cerrahi ekibin, hastane tarafından kontrollerinin yapılması oldukça önemlidir. HIV, Hepatit B ve Hepatit C benzeri kan ile bulaşan virüslerin bulaşma riskine yönelik gerekli tedbirlerin alınması önerilmektedir (Faibis 2005; Uzunköy 2005; Terzi 2006). Kronik cilt hastalıkları, tonsillit, farenjit gibi streptokoksik enfeksiyonu olan ekip üyeleri ameliyathaneye girmemelidir (Leaper 2003; şenol 2003). Hepatit B Virusu (HBV) ve HIV ile enfekte sağlık personelinde eksüdatif lezyonu olanlar hasta ve hastada kullanılacak malzemelerle direkt temas etmemesi gerekmektedir (Bischoff 2007; Pala 2010). Cerrahi ekibin bulaşıcı bir hastalığı olan üyesi hemen durumdan sorumluları haberdar etmeli, yönetim bu konuda eğitim vermeli ve personellerini cesaretlendirmelidir (Kategori I B).

Cerrahi ekip üyesinin aktif bir enfeksiyonu varsa ya da bazı mikroorganizmalar ile kolonizeyse CAE'ye sebep olabileceği düşünölmektedir. Enfekte personelin hasta bakımı sorumlulukları ile ilgili iyi tanımlanmış politikaların geliştirilmesi gerekmektedir (Mangram 1999; Ural ve ark. 2008). Cerrahlara ve ameliyathane personelinin tamamına CAE'yi önleme yöntemleri ve önemi hakkında eğitim verilmelidir (Kategori II). Cerrahi ekibe ve hastane yönetimine CAE konusunda devamlı olarak geri bildirim verilmelidir (Kategori II). Kanıta dayalı standartlar

(CDC; Ameliyathane Hemşireleri Derneği ve profesyonel organizasyon dernekleri) dikkate alınarak CAE riskini azaltmayı hedefleyen politikalar belirlenerek uygulanmalıdır (Kategori II) (SHEA/IDSA 2014; Marul 2016).

4.4.2.11. Asepsi ve cerrahi teknik

Cerrahi ekip, aseptik ilkelere uyumlu çalışmalıdır (Kategori II). Dokulara kaba davranılmamalı ve alanda ölü boşluk bırakılmamalıdır (Kategori I B) (Uzunköy 2006; SHEA/IDSA 2014; Marul 2016). Kullanılan cerrahi malzemelerin bakteri inokülasyonlarına neden olarak CAE'ye sebep olabileceği, implant ve protez kullanılan hastalarda CAE gelişme riskinin daha fazla olabileceği vurgulanmaktadır (Fry 2003; Uzunköy 2004). Steril malzemeler ve solüsyonlar kullanımdan hemen önce açılmalıdır (Kategori II). Eğer cerrah tarafından cerrahi alanın şiddetli kontamine olduğu düşünülüyorsa (Sınıf III veya Sınıf IV) gecikmiş primer kapama kullanılmalı ve insizyon sekonder iyileşme için açık bırakılmalıdır (Kategori I B).

Ameliyat süresinin uzun olmaması; optimum şartlarda gerçekleştirilen ameliyat CAE'yi önlemede oldukça önemlidir (Günaydın 2014).

4.4.2.12. Hipotermimin önlenmesi

Geçmiş yıllarda rehberlerde olmayan vücut ısısının normal seviyelerde tutulmasına (normotermi) 2013 yılında rehberlerde değinilmiştir (Günaydın 2014). Perioperatif dönemde normotermi korunmalı, hipotermi önlenmelidir (Kanıt I A) (AORN 2016; Kalkan 2017). Özellikle uzun ameliyatlarda sıklıkla gözlenen hipotermimin, vazokonstrüksiyon yolu ile dokulardaki oksijen miktarını azaltarak CAE görülme sıklığını artırdığı bildirilmiştir. Hipotermi immün sistemi etkileyerek immün cevabı yavaşlatmaktadır. Ameliyat sırasında ısıtıcı battaniyeler kullanmak, IV uygulanan sıvıların uygun ısıda vermek, ameliyat odasının ısısını sabit tutmak (20-23 °C arası) gibi basit yöntemlerle normotermimin korunmasının CAE'yi önemli oranda azaltabileceği bildirilmiştir (Kara 2009; Pala 2010).

4.4.2.13. Ameliyathanenin mimarisi

Ameliyathanenin konumunun, mimarisinin ve kullanılan yapı malzemelerinin, partikül ve mikroorganizma kontrolü açısından önemli rolü bulunmaktadır. Ameliyat odalarının tamamının patoloji, radyoloji ve merkezi sterilizasyon üniteleri ile doğrudan iletişimi olması gerekmektedir. Ameliyathanedeki alanlar steril, yarı steril

ve steril olmayan alanlar olarak birbirinden kesin çizgilerle ayrılmalıdır (Dramalı 2002; Gülay 2007; Pala 2010).

4.4.3. Ameliyat Sonrası Dönemde Alınacak Önlemler

4.4.3.1. İnsizyon bakımı

İnsizyon primer kapatılmış ise steril pansuman ameliyat sonrası 24-48 saat muhafaza edilmelidir (Kategori I B) (Uzunköy 2006). Ameliyattan sonra insizyon alanı; uygun malzeme ile ve aseptik koşullarda pansuman yapılmadığında CAE riskinin arttığı belirtilmiştir. Pansumanı yapacak kişi işlemde önce ve işlemde sonra ellerini uygun teknik ve sürede yıkamalıdır (Kategori I B) (Mangram et al 1999; Uzunköy 2005; Uzunköy 2006). Pansuman değişiminde steril teknik kullanılmalıdır (Kategori II). Yaraya antiseptik ile yıkama yapılmalıdır (Kategori II). Gentamisin-kollojen spanç kullanmanın CAE riskini azaltmaya yönelik etkisi olduğunu gösteren araştırmalar olsa da yeterli kanıt yoktur (Çözümlememiş konu) (SHEA/IDSA 2014; Marul 2016).

4.4.3.2. Sağlık personelinin eğitimi

Enfeksiyon kontrolü ile ilgili çalışmaların en önemli ayağını sağlık personelinin eğitimi oluşturmaktadır. Sağlık personelinin enfeksiyon kontrol önlemleri konusunda bilgilendirilmesinin hastane enfeksiyonları oranını azalttığı ve enfeksiyon kontrol önlemlerine uyumun artırılmasının sağlanabildiği görülmüştür (Kategori II A) (Yılmaz 2007; Arın 2012).

4.4.3.3. Hasta ve hasta yakınlarının eğitimi

Hasta ve hasta yakınları CAE önlenmesi konusu ile ilgili eğitilmelidir (Kategori II) (Uzunköy 2006; Marul 2016). Bu eğitim insizyon bakımı, CAE risk faktörleri, semptomları ve semptomların bildirilmesi gerekliliği konularını içermelidir (Yıldırım 2015).

4.4.3.4. Sürveyans

Günümüzde hastaların çoğunluğu ameliyattan birkaç gün sonra taburcu edilmektedir. Dolayısıyla taburculuktan sonra eve giden hastada gelişebilecek CAE'nin takip edilmesi zordur. Bu nedenle protez kullanılmayan ameliyatlardan

sonra bir ay, protez ve implant kullanılan ameliyatlardan sonra üç ay boyunca hastanın CAE yönünden poliklinik takibi çok önemlidir (Mangram 1999). CAE sürveyansı yapılmalıdır (Kategori II). Otomatize verilerin kullanımı yoluyla sürveyansın etkinliği artırılmalıdır (Kategori II). Sürecin değerlendirilmesi için seçilen ölçülebilir unsurlara uyum oranlarıyla ilgili ölçüm ve geri bildirim yapılmalıdır (Kategori II). CAE risk değerlendirmeleri yapılmalıdır (Kategori II). Uyanma birimindeki, yoğun bakım ünitesindeki ve cerrahi servislerindeki uygulamalar konusunda gözlem yapılmalıdır (Kategori II). Hasta ile doğrudan teması olan personelin tamamı el hijyeni uygulamaları açısından gözlenmeli ve denetimi yapılmalıdır. Yara bakımı uygulamaları değerlendirilmelidir. Çevresel temizlik uygulamaları doğrudan gözlenmeli ve denetimleri yapılmalıdır (SHEA/IDSA 2014; Marul 2016).

4.5. KANITA DAYALI UYGULAMALAR

Son yirmi yılda kanıta dayalı uygulama, kanıta dayalı tıp, kanıta dayalı hemşirelik konuları hakkında yayınlanan yayınlar, kitaplar artmakta; kongreler yapılmakta ve kanıta dayalı hemşirelik merkezleri açılmaktadır (Ayhan 2013). Kanıta Dayalı Tıp (KDT), bir epidemiyolog olan Dr. Archie Cochrane ile başlamış kabul edilmektedir. Dr. Cochrane, sağlık hizmetlerinin klinik gözlemler yerine, bilimsel kanıt temeline dayanarak verilmesi gerektiğini savunmuştur. Bu durum tıp tarihinde KDT'nin doğuşu olarak bilinmektedir (Güner 2010).

Kanıta Dayalı Uygulamalar (KDU), klinik kararları desteklemek için elde edilen en iyi kanıtların kullanılma süreci olarak tanımlanır (Yılmaz 2005). Sağlık bakımında KDU belli bir konuda araştırma sonuçlarının seçilmesi, sonuçların sentezlenmesi ve bu sonuçların klinik uygulama kararları için kullanılmasıdır. KDU'nun amacı, araştırma ile uygulama arasındaki uçurumu kapatmaktır (Kocaman 2003).

Hemşirelerin kanıta dayalı uygulamalar ile ilgili çalışmalarını doktorlardan daha geç olmuştur. Ancak hem doktorların hem de hemşirelerin kanıta dayalı uygulamalar hakkında olumlu görüşlere sahip olmalarına rağmen kanıta dayalı uygulamaların kullanım düzeyi çok düşüktür (Yılmaz 2005).

4.5.1. Kanıta Dayalı Hemşirelik

Kanıta Dayalı Hemşirelik (KDH), kaynakların elde edildiği bakım ortamlarında, hemşirelik klinik uzmanlıklarını, hastaların tercihlerini ve eldeki en iyi kanıtları kullanarak karar almaları süreci olarak tanımlanmaktadır (Youngblut and Brooten 2001). Kanıta dayalı hemşirelik ve hemşirelikte araştırma kullanımı terimleri çoğunlukla birbiri yerine kullanılmaktadır (Ayhan 2013). Ancak KDH ile hemşirelikte araştırma kullanımı aynı şey değildir, çünkü KDH araştırma kullanımından çok daha geniş bir anlam taşır (Ciliska et al 2001).

KDU birçok meslek grubunun olduğu gibi hemşirelerin de önemsendiği bir konu haline gelmiştir. Bu hareketin hızlanmasının nedeni sağlık profesyonellerinin ve örgütlerin isteklerinin yanı sıra malpraktislerdeki artışlardır. Kanıta dayalı sağlık bakım uygulamaları; bakım maliyetindeki artış, verilen bakımın yalnızca % 20'sinin kanıta dayalı olması, hastaların hatalı uygulamaya maruz kalma endişesi, hastaların bilgi taleplerindeki artış ve sağlık personeline güvenin azalması nedeniyle çok büyük önem taşır. Kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları; hasta bakımının kalitesini iyileştirme ve hasta bakım sonuçlarını olumlu yönde artırma, hasta bakımını standardize etme ve hemşire memnuniyetlerini artırma gibi sonuçları açısından oldukça gereklidir (Kocaman 2003; Yılmaz 2005).

Hemşireden etkili ve güvenli bakım vermesi ve yaptığı uygulamalar hakkında topluma, ekibine ve meslektaşlarına hesap verebilmesi beklenir. Bunu sağlamanın bir yolu da KDU'yu kullanmaktır (Kocaman 2007; Küçükkaya 2010). Hemşirelerin kanıta dayalı uygulamaları, rutin uygulamaya sokmaları zordur fakat imkânsız da değildir (Yılmaz 2005).

4.5.2. Kanıt Düzeyleri

Hemşirelerin, kanıtı uygulamalarına aktarabilmesi için kanıt düzeylerini (kanıt düzeyleri Tablo:3 ve Tablo:4'te verilmiştir) bilmesi ve değerlendirebilmesi gerekmektedir (Ayhan 2013).

Tablo 3. Joanna Briggs Enstitüsü Kanıt Sınıflaması

Sınıf A	Güçlü kanıtlarla desteklenmekte
Sınıf B	Orta dereceli kanıtlarla desteklenmekte
Sınıf C	Kanıtlarla desteklenmemektedir.

Kaynak: Mangram AJ, Horan TC, Pearson ML, Silver LJ, Jarvis WR. Guideline for prevention of surgical site infection,1999; 20: 247-278.

Tablo 4. Kanıt Kategorileri.

Kategori IA	İyi tasarlanmış deneysel, klinik ve epidemiyolojik çalışmalar ile desteklenen ve şiddetle tavsiye edilen öneriler
Kategori IB	Bazı bilimsel verilerle desteklenmiş olan ve yine şiddetle tavsiye edilen öneriler
Kategori II	Yeterli bilimsel veri olmamakla beraber, spesifik nozokomiyal problemler ve spesifik hasta popülasyonu için tavsiye edilen öneriler
Öneri yok, çözümlenmemiş konu	Hakkında yeterince çalışma bulunmayan, etkinliği henüz kanıtlanamamış veya etkinliği konusunda fikir birliği sağlanmamış öneriler

Kaynak: Mangram AJ, Horan TC, Pearson ML, Silver LJ, Jarvis WR. Guideline for prevention of surgical site infection,1999; 20: 247-278.

4.5.3. Dünya’da ve Türkiye’de Kanıta Dayalı Hemşirelik

1970’li yılların ilk başlarında ABD’de hemşirelikte araştırma kullanımı tanımı kullanılırken, günümüzde bu terimin yerine kanıta dayalı hemşirelik terimi kullanılmaktadır (Stetler 2001). 2001 yılında Dünya Sağlık Asamblesi hemşirelik ve ebelik hizmetlerinin güçlendirilmesi için aldığı kararlarda müdahale gerektiren beş önemli konu bildirmiştir bunlardan birincisi, ebelik ve hemşirelik hizmetlerinin bilimsel tabana ve klinik kanıtlara dayalı olarak yürütülmesi ve kanıta dayalı ebelik ve hemşirelik hizmetlerinin sağlanması için gerekli alt yapının kurulmasıdır (WHA 2003). Türkiye’de 08.03.2010 tarihinde yayınlanan Hemşirelik Yönetmeliği’nin 6. maddesinde; “Hemşireler; hemşirelik bakımını kanıta dayalı olarak planlar, uygular, değerlendirir ve denetler” şeklinde yasal düzenleme yapılmıştır (T.C. Resmi Gazete, 8 Mart 2010, Sayı: 27515).

Hemşirelikte araştırma kullanımı konusunda model geliştiren Stetler, ABD’de KDH uygulamasıyla ilgili araştırmalar yapan ilk hemşirelerdendir (Krugman 2003). Kanıta Dayalı Hemşirelik konulu ilk makale Kara ve Babadağ tarafından 2003 yılında konuyla ilgili temel kavramlara ve tartışmalara yer verilerek yayımlanmıştır (Kocaman 2003).

Kitson, konuyla ilgili kavramların tam olarak anlaşılmadan bu hareketin içine girildiğini belirtmiştir. Ingersoll kanıta dayalı uygulamaların hemşirelik açısından daha anlaşılır hale getirilmesinin önemli olduğunu belirtmiştir (Ingersoll 2000).

4.5.4. Hemşirelik Bakımında Kanıta Dayalı Uygulamaları Kullanırken Karşılaşılan Engeller

Hastaların bakım çıktılarını geliştirmek için kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarının pratiğe aktarılması gereklidir. Ancak bu zaman alıcı ve zor bir süreçtir. Kanıta dayalı uygulama adımları ile bilimsel problem çözme basamakları benzerlik göstermektedir. Birçok meslek grubunun disiplinler arası iş birliği ile çalışması gerekmektedir. Kanıta dayalı uygulamaları desteklemek için yayınlanan kanıta dayalı rehberler ve protokollerin artmasına karşın; hemşireler bu kaynaklara ulaşmada, anlamada ve nasıl kullanılabileceklerine karar vermede hala sorunlar yaşamaktadırlar. Kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları için kanıt kaynaklarına ulaşabilme ve bu kanıtların kalitesi önemlidir (Ayhan 2013). En iyi kanıt kaynağı

yüksek kaliteli araştırmalardır. Fakat araştırmanın kalitesi ve uygunluğu değişkendir. Bu sebeple araştırmaların gücünün anlaşılmasına ihtiyaç vardır. Girişimin etkinliğini değerlendirmede en iyi araştırma tasarımı randomize kontrollü çalışmalar (RKÇ) olarak belirtilmiştir (Kocaman 2003).

Ülkemizde bu konuda yapılan araştırmaların ve yayımlanan makalelerin olması sevindiricidir. Ancak tutarlı araştırmaların az olması, tutarsız araştırmaların verilerinin fazlalığı ve otoritelerin kanıtları kullanmamasının nedenlerindedir (Çavuşoğlu 2007). Bunun yanı sıra araştırma okumak ve değerlendirmek için yeterli zaman olmaması, ek mali destek gerekmesi, istatistiki değerlendirmeyi ve metodolojiyi anlamada güçlükler olması kanıta dayalı uygulamaların önündeki diğer engellerdir. Bulguların ortaya koyulmasında desteklerin yeterli olmaması da kanıta dayalı karar verme için engellerden bir tanesidir. Çünkü kanıta dayalı araştırma sonuçlarının uygulamaya aktarılması ya da rutin bir uygulamada değişiklik yapılabilmesi için yöneticilerin desteği, iş birliği ve motivasyonu gerekmektedir (Güvenç 2004; Bayın 2012).

Kurum yapısı, fiziksel, sosyal, politik faktörler, hemşirelerin araştırma kullanımı ile ilgili tutum ve davranışlarını kolaylaştırıcı ve engelleyici biçimde etkilemektedir (Findlay ve Biddle 2005; Beverly 2005). Hemşirelerin yeni görüşleri denemeye istekli olmaması ve araştırmaların niteliğini değerlendirmede kendilerini yeterli hissetmemeleri engelleyici faktörler arasındadır (Findlay and Biddle 2005; Beverly 2005; Brown et al 2010). Araştırma sonuçlarına ulaşmanın zor olması, araştırma konularının uygulamalar ile alakalı olmaması, araştırmalarda değinilen gereksiz bilgilerin hemşireleri sıkması, araştırmalarda bulgu ve önerilerin anlaşılır şekilde yazılmıyor olması, araştırma sonuçlarının toplandığı merkezi bir birimin olmaması, hemşirelerin araştırma sonuçlarını kullanmaların etkili diğer engeller olarak birçok çalışmada belirtilmiştir. Kocaman ve arkadaşlarının bir çalışmasında algılanan en büyük birinci engel; yeni fikirler uygulayabilmek için yeterli zamanın olmaması, algılanan en büyük ikinci engel ise İngilizce okumanın zor olması olarak belirtilmiştir (Temel 2011). Hemşirelik lisans ve lisansüstü eğitim programlarında KDH uygulamalarına daha çok yer verilmesine gereksinim duyulmaktadır (Kocaman 2003).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu araştırma, hemşirelerin ameliyat öncesi dönemde cerrahi alan enfeksiyonlarını önlemeye yönelik kanıta dayalı uygulamalarını ve kanıta dayalı uygulamaları kullanırken karşılaştıkları engelleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte çalışma olarak planlandı.

5.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE SÜRESİ

Araştırma İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 1 Ekim - 30 Kasım 2018 tarihleri arasında yapıldı.

5.3. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Araştırma İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Cerrahi klinikleri olan; Beyin Cerrahi, Genel Cerrahi, Ortopedi, Kadın Doğum, Göz, Üroloji, Plastik Cerrahi ve Kulak Burun Boğaz Kliniklerinde yapıldı. Araştırmanın evrenini İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Cerrahi kliniklerinde çalışan hemşireler (N=132) oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyip evren örneklem olarak alındı. İzinde olan 10 hemşire ve araştırmaya katılmayı kabul etmeyen iki hemşire araştırmaya dâhil edilemedi (n=120).

5.3.1. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri

- Cerrahi kliniklerde çalışmak,
- Bulunduğu klinikte en az 2 aydır görev yapıyor olmak,
- Araştırmaya katılmayı kabul etmek.

5.4. ARAŞTIRMA SORULARI

Tanımlayıcı ve kesitsel olarak planlanan bu çalışmada amaca ulaşmak için aşağıdaki sorulara yanıt arandı.

1. Hemşirelerin cerrahi alan enfeksiyonlarını önlemeye yönelik kanıta dayalı uygulamaları nasıldır?
2. Hemşirelerin kanıta dayalı uygulamaları kullanırken karşılaştıkları engeller nelerdir?

5.5. BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER

Bağımlı değişkenler: Hemşirelerin araştırma sonuçlarını kullanımında Hemşirelerin Araştırma Sonuçlarını Kullanımında Engeller Ölçeği puanları ve alt boyut ortanca puanları araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturdu.

Bağımsız değişkenler: Hemşirelerin yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, mesleki çalışma yılı gibi değişkenler kişisel ve mesleki özellikleri, cerrahi alan enfeksiyonlarına ilişkin uygulamaları, araştırma ve araştırma kullanılmasına ilişkin görüşleri ise bağımsız değişkenler idi.

5.6. ARAŞTIRMADA KULLANILAN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Hemşire Tanıtım Formu ve Cerrahi Alan Enfeksiyonlarını Önlemeye Yönelik Girişimleri Değerlendirme Formu (EK-8) Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ile mesleki çalışma yılı, pozisyonu ve çalışma süresi vb. çalışma özelliklerini sorgulayan yedi soru ile araştırmacılar tarafından AORN (2018) ve CDC (Amerikan Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi, 2014) rehberleri doğrultusunda cerrahi alan enfeksiyonlarını önlemeye yönelik ameliyat öncesi dönem hemşirelerin aldıkları kanıta dayalı önlemler ve bilgi düzeylerini değerlendiren 41 soru olmak üzere toplam 48 sorudan oluştu.

Hemşirelerin Araştırmaların Kullanılmasına İlişkin Görüşlerini Belirleme Anketi (EK-9) Figen Alp Yılmaz tarafından 2006 yılında oluşturulmuş olup araştırmacıdan mail yoluyla izin alındı (EK 5). Anket iki bölüm şeklinde

düzenlenmiştir. Anketin birinci bölümünde hemşirelerin araştırmaya ilişkin görüşlerini belirlemeye yönelik 12 ifade bulunmaktadır. Hemşirelerden ifadeleri “katılıyorum” veya “katılmıyorum” şeklinde işaretleyerek değerlendirmeleri istenmiştir. İkinci bölümde hemşirelerin araştırmaların uygulama alanında kullanılmasını engelleyen durumlara ilişkin görüşlerini belirlemeyi amaçlayan ifadeler bulunmaktadır. Toplam ifade sayısı 19’dur. Hemşirelerden ifadeleri okuyarak her bir ifade için araştırmanın uygulama ortamında kullanılmasında 1.derecede engel oluşturur, 2.derecede engel oluşturur, 3. derecede engel oluşturur veya engel oluşturmaz seçeneklerinden kendi düşüncesine uygun olan seçeneği işaretlemesi istenmiştir. Anketin en sonunda bulunan 20. ifade; hemşirelerin, bakımı geliştirmek için araştırmaların yapılması ve sonuçlarının kullanılmasının yaygınlaşması için neler yapılabileceğine dair görüşlerini belirlemek üzere açık uçlu soru şeklindedir. Anketin özel bir puanlama sistemi yoktur. İfadeler frekans dağılımına göre yapılmaktadır (Alp Yılmaz 2006).

Hemşirelerin Araştırma Sonuçlarını Kullanımında Engeller Ölçeği (EK-10)
Ölçeğin orijinali "Engeller Ölçeği" adıyla Sandra Funk tarafından (1991) geliştirilmiş ve Ayla Yava ve arkadaşları (2007) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır. Türkçe versiyonunda 30 soru ve dört alt boyut bulunmaktadır. Likert tipteki bu ölçekteki 30 madde 0-4 arasında puanlandırılmıştır (0:Fikrim yok, 1:Hiç katılmıyorum, 2:Kısmen katılıyorum, 3:Oldukça katılıyorum, 4:Tamamen katılıyorum). Alt grup ve genel puan ortalamaları arttıkça, ölçekte yer alan maddelerin engel olarak algılanma durumları da artmaktadır. Hemşire Alt Grubu: hemşirenin özellikleri, araştırma becerileri ve farkındalıkları şeklinde sekiz madde; Uygulama Alt Grubu: kurumun özellikleri, uygulama engelleri ve sınırlılıkları şeklinde sekiz madde; Araştırma Alt Grubu: araştırmaların özellikleri ve kalitesi şeklinde altı madde; Sunum Alt Grubu: iletişim özellikleri ve araştırma sonuçlarına ulaşım şeklinde altı maddeden oluşmaktadır. Bunun yanı sıra ölçekte araştırma kullanımını kolaylaştırıcı faktörleri belirlemek amacıyla bir açık uçlu soru bulunmaktadır (Yava ve ark. 2007). Araştırmada ölçeğin kullanılması amacıyla mail yolu ile izin alındı (EK 6).

5.7. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

Araştırma verileri hemşirelere; Hemşire Tanıtım Formu, Cerrahi Alan Enfeksiyonlarını Önlemeye Yönelik Girişimleri Değerlendirme Formu, Hemşirelerin

Araştırmaların Kullanılmasına İlişkin Görüşlerini Belirleme Anketi, Hemşirelerin Araştırma Sonuçlarını Kullanımında Engeller Ölçeği uygulanarak yapıldı. 1 Ekim-30 Kasım 2018 tarihleri arasında İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerden aydınlatılmış onam alındıktan sonra veri toplama araçlarının doldurulması istendi. Hemşirelerin anket formlarını doldurmaları yaklaşık 20-30 dakika sürdü. Hemşirelerle yüz yüze görüşülerek veriler toplandı.

5.8. VERİLERİN DEğERLENDİRİLMESİ

Verilerin analizinde SPSS 21. 0 paket programı kullanılarak, sayı yüzde dağılımı, veriler normal dağılmadığından demografik özellikler ile ölçek arasındaki ilişkiyi değerlendirmede ise Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testi kullanıldı.

Hemşirelerin Araştırmaların Kullanılmasına İlişkin Görüşleri değerlendirilmesinde ise güvenilirlik katsayısı için Kuder Richardson 20 bakıldı. Cronbach Alpha katsayısı 19 madde için 0,90 olarak bulundu. Hemşirelerin Araştırma Sonuçlarını Kullanımında Engeller Ölçeği güvenilirlik katsayısı 30 madde için 0,87, hemşire alt boyutu güvenilirlik katsayısı 0,72, uygulama alt boyutu güvenilirlik katsayısı 0,84, araştırma alt boyutu güvenilirlik katsayısı 0,58, sunum alt boyutu güvenilirlik katsayısı 0,53 olarak bulundu.

5.9. ARAşTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırmanın tek bir kurumda yapılmış olması ve uygulanan anketin uzun olmasından kaynaklı anketi dolduran hemşirelerin dikkatlerinin dağılma ihtimali araştırmanın sınırlılıklarındandır.

5.10. ARAşTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Anket hazırlama aşamasında ‘‘Hemşirelerin Araştırmaya Ve Araştırmaların Kullanılmasına İlişkin Görüşlerini Belirleme Anketi’’ nin kullanımı için Dr. Öğretim Üyesi Figen Alp Yılmaz’dan (EK-5), ‘‘Hemşirelerin Araştırma Sonuçlarını Kullanımında Engeller Ölçeği’’ kullanımı için Prof. Dr. Ayla Yava’dan (EK-6) mail yoluyla izin alındı. Araştırmanın yapılabilmesi için; Manisa Celal Bayar Üniversitesi

Tıp Fakóltesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulundan onay alındıktan (EK-2) sonra, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Bakım Hizmetleri Müdürlüğünden (EK-3) daha sonra İzmir İl Sağlık Müdürlüğünden (EK-4) yazılı izinler alındı. Ayrıca araştırmaya dâhil olan hemşirelerden sözlü ve yazılı onamları alındı.



6. BULGULAR

Tablo 5. Hemşirelerin Bazı Kişisel ve Mesleki Özellikleri (n=120)

	n	%
Yaş		
38 yaş ve altı	59	49,2
38 yaş üstü	61	50,8
*38,42±5,49 (min-max: 23,00-48,00)		
Cinsiyet		
Kadın	112	93,3
Erkek	8	6,7
Medeni durum		
Evli	90	75
Bekar	30	25
Eğitim durumu		
Lise ve ön lisans	49	40,8
Lisans ve yüksek lisans	71	59,2
Meslekte çalışma yılı		
17 yıl ve altı	56	46,7
17 yıl üzeri	64	53,3
*17,60±6,50 (min-max: 2,00-30,00)		
Cerrahi servisinde çalışma yılı		
6 yıl ve altı	71	59,2
6 yıl üzeri	49	40,8
*6,29±4,82 (min-max: 0,17-28,00)		
Çalışılan Birim		
Genel Cerrahi	39	32,5
Kalp Damar Cerrahi	13	10,8
Beyin Cerrahisi	21	17,5
Göğüs Cerrahisi	6	5,0
Plastik Cerrahi	5	4,2
Ortopedi	11	9,2
Üroloji	8	6,7
Göz	4	3,3
KBB	13	10,8
Cerrahi Alan Enfeksiyonu (CAE) ile ilgili eğitim alma durumu		
Evet	93	77,5
Hayır	27	22,5
Eğitimi aldığınız yer (n=93)		
Hizmet içi eğitim	72	77,4
Kurs	15	16,1
Kendi olanakları	1	1,1
Usta çırak ilişkisi	3	3,2
Diğer (Lisans vb. eğitim)	2	2,2
Alınan eğitimi çalışma yaşamında uygulama durumu (n=93)		
Evet	92	98,9
Hayır	1	1,1

*Aritmetik ortalama±standart sapma

Hemşirelerin bazı kişisel ve mesleki özellikleri incelendiğinde; yaş ortalamasının $38,42 \pm 5,49$ olduğu, %50,8'inin 38 yaş üstünde, %93,3'ünün kadın, %75'inin evli, %59,2'sinin lisans ve üzeri mezunu olduğu, %53,3'ünün meslekte çalışma yılının 17 yıl üzeri, %59,2'sinin cerrahi servisinde çalışma yılı 6 yıl ve altında olduğu, %32,5'inin genel cerrahi servisinde çalıştığı, %77,5'inin CAE ile ilgili eğitim aldığı, %77,4'ünün bu eğitimi hizmet içi eğitim ile aldığı, %98,9'unun aldığı eğitimi çalışma yaşamında uyguladığı belirlendi (Tablo 5).



**Tablo 6. Hemşirelerin Cerrahi Alan Enfeksiyonlarına İlişkin Bilgi Durumları
(n=120)**

	n	%
CAE tanımını bilme		
Bilen	55	45,8
Bilmeyen	65	54,2
CAE gelişiminde hastaya ait risk faktörlerini bilme		
Bilen	115	95,8
Bilmeyen	5	4,2
CAE gelişiminde ameliyat öncesi dönem risk faktörlerini bilme		
Bilen	111	92,5
Bilmeyen	9	7,5
CAE'nin hastaya olan etkilerini bilme		
Bilen	115	95,8
Bilmeyen	5	4,2
Hijyenik el yıkama kurallarını bilme		
Bilen	112	93,3
Bilmeyen	8	6,7
Ameliyattan önce hastanede kalış süresinin CAE gelişimine etkisini bilme		
Bilen	112	93,3
Bilmeyen	8	6,7
Kontaminasyon derecelerinin CAE gelişimine etkisini bilme		
Bilen	115	95,8
Bilmeyen	5	4,2
Kan transfüzyonu yapılmasının CAE gelişimine etkisini bilme		
Bilen	77	64,2
Bilmeyen	43	35,8
Hastanın anemisinin CAE gelişimine etkisini bilme		
Bilen	108	90,0
Bilmeyen	12	10,0
Hastanın hipoalbumineminin CAE olan etkisini bilme		
Bilen	113	94,2
Bilmeyen	7	5,8
Ameliyattan öncesi kan glikoz düzeyinin CAE olan etkisini bilme		
Bilen	117	97,5
Bilmeyen	3	2,5
Sigara kullanımının CAE olan etkisini bilme		
Bilen	115	95,8
Bilmeyen	5	4,2
CAE önlemek için doğru kıl temizliği yöntemini bilme		
Bilen	50	41,7
Bilmeyen	70	58,3

Hemşirelerin Cerrahi Alan Enfeksiyonlarına (CAE) ilişkin bilgi durumları incelendiğinde; hemşirelerin %45,8'inin CAE tanımını doğru bildiği, %95,8'inin CAE gelişiminde hastaya ait risk faktörleri sorusunda doğru seçeneği işaretlediği, %92,5'inin CAE gelişiminde ameliyat öncesi döneme ait risk faktörleri sorusunu doğru cevapladığı, %95,8'inin CAE'nin hastaya olan etkilerini doğru bildiği, %93,3'ünün hijyenik el yıkama kurallarını doğru olarak yanıtladığı, %93,3'ünün hastanın ameliyattan önce hastanede kalış süresinin CAE'ye olan etkisini bildiği, %95,8'sinin ise cerrahi yaraların kontaminasyon derecelerine göre CAE gelişimine etkisini bildiği saptandı (Tablo 6).

Hemşirelerin cerrahi alan enfeksiyonlarını etkileyen durumlara ilişkin bilgi durumları incelendiğinde ise; %64,2'sinin kan transfüzyonu yapılmasının CAE riskini arttırdığını bildiği, %90'ının cerrahi süreçte hastanın anemisinin olmasının CAE riskini arttırdığını bildiği, %94,2'sinin hastanın hipoalbuminemisinin olmasının CAE riskini arttırdığını bildiği, %97,5'inin ameliyattan öncesi hastanın kan glikoz düzeyinin 180mg/dl'nin üzerinde olmasının CAE riskini arttırdığını bildiği, %95,8'inin sigara kullanımının CAE riskini arttırdığını ifade ettiği ve %41'inin kıl temizleme yöntemi ile ilgili soruya CAE önlemeye yönelik rehberlerde önerilen şekilde doğru yanıtı verdiği belirlendi (Tablo 6).

Tablo 7. CAE Önlemeye Yönelik Kurum Tarafından Gerçekleştirilen Uygulamalar (n=120)

	n	%
Ameliyat öncesinde antimikrobiyal profilaksi uygulaması		
Evet	36	30,0
Hayır	84	70,0
Ameliyat bölgesi kıl temizliği yapan personel		
Hekim	1	0,7
Hemşire	-	-
Hizmetli	15	10,6
Hasta	53	37,3
Hasta yakını	73	51,4
Ameliyattan öncesi hastanede yatış süresi		
2 gün ve altı	85	70,8
2 gün üzeri	35	29,2
Ort± ss: 2,31±1,78		
CAE önlemeye yönelik bir protokol uygulaması		
Evet	67	55,8
Hayır	53	44,2
Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından eğitim yapılam durumu		
Evet	86	71,7
Hayır	34	28,3

Hemşirelerin kurumları tarafından gerçekleştirilen cerrahi alan enfeksiyonlarını önlemeye yönelik uygulamalara dair verdikleri cevaplar incelendiğinde; %70'inin ameliyat öncesi dönemde antimikrobiyal profilaksi tedavisi uygulaması yapılmadığını, %51,4'ünün ameliyat bölgesi tıraşınının hasta yakını tarafından yapıldığını, %70,8'sinin hastanın ameliyattan önce hastanede kalış süresinin 2 gün ve altı olduğunu, %55,8'inin hastanesinde CAE önlemeye yönelik protokol bulunduğunu, %71,7'sinin Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından eğitim ve denetimlerin düzenli yapıldığını bildirdiği belirlendi (Tablo 7).

Tablo 8. Hemşirelerin Cerrahi Alan Enfeksiyonlarını Önlemeye Yönelik Uygulamaları (n=120)

	n	%
Hijyenik el yıkama yapılan durumlar		
Hasta ile her temas öncesinde ve sonrasında	7	5,8
Hasta bakımında kullanılan aletlere temas öncesinde ve sonrasında	-	-
Hastaya herhangi bir invaziv işlem yapmadan önce ve sonra	3	2,5
Kanlı atıklarla temas ve mikrobik kontaminasyonu düşündürebilecek durumlarla karşılaştıktan sonra	-	-
Hepsi	110	91,7
Belli aralıklarla sağlık kontrolü yapılma durumu		
Evet	25	20,8
Hayır	95	79,2
Ameliyat öncesi duş almayı önerme durumu		
Evet	97	80,8
Hayır	23	19,2
Evet ise önerilen duşun şekli (n=97)		
Normal duş	94	96,9
Antiseptik duş	3	3,1
Kıl temizliği yapılan yer		
Evde	88	73,3
Hasta odasında	17	14,2
Ameliyathanede	15	12,5
Kıl temizliği yapılan zaman		
Ameliyat karar verildiği zaman	-	-
Ameliyattan önceki gün	57	47,5
Ameliyattan önceki gece	51	42,5
Ameliyat sabahı	6	5
Ameliyata inmeden hemen önce	6	5
Diyabetik hastanın ameliyat öncesi kan glikoz kontrolünü yapma		
Evet	119	99,2
Hayır	1	0,8
Ameliyat öncesi önerilen sigarayı bırakma süresi		
Ameliyat kararı alınır alınmaz	75	62,5
Ameliyattan bir hafta önce	21	17,5
Ameliyattan 3 gün önce	14	11,7
Ameliyattan 1 gün önce	10	8,3
Ameliyattan öncesi hastanın immünyüpresif ilaç kullanımını sorgulama		
Evet	110	91,7
Hayır	10	8,3
Ameliyattan öncesi hastada enfeksiyon değerlendirmesi yapma		
Evet	120	100
Hayır	-	-
Enfeksiyon belirtisi olan hastanın cerrahi ekip ile paylaşılması		
Evet	119	99,2
Hayır	1	0,8
Hastane Enfeksiyon Kontrol Komitesinin önerilerine uyma		
Evet	117	97,5
Hayır	3	2,5

Hemşirelerin Cerrahi Alan Enfeksiyonlarını önlemeye yönelik uygulamaları incelendiğinde; %91,7'sinin her durumda hijyenik el yıkama yaptığı, %79,2'sinin belirli aralıklarla sağlık kontrolü yaptırmadığı, %80,8'inin hastaların ameliyat öncesinde duş aldığını ifade ettiği, %96,9'unun ameliyat öncesinde alınan duşun normal duş olduğunu ifade ettiği, %73,3'ünün ameliyat bölgesi tıraşının evde yapıldığını ifade ettiği, %47,5'inin ameliyat bölgesi tıraşının ameliyattan önceki gün yapıldığını ifade ettiği, %99,2'sinin ameliyattan önce diyabetik hastanın kan şekerini kontrol ettiği, %62,5'inin ameliyat kararı alınır alınmaz sigarayı bırakmayı önerdiği, %91,7'sinin ameliyattan önce hastaların immunsupresif ilaç kullanım durumunu sorduğu, %100'ünün ameliyattan önce hastada enfeksiyon olup olmadığını değerlendirdiği, %99,2'sinin hastada enfeksiyon varsa cerrahi ekiple paylaştığı, %97,5'inin Enfeksiyon Kontrol Komitesinin önerilerine uyduğu belirlendi (Tablo 8).

Tablo 9. Hemşirelerin Kanıta Dayalı Uygulamalara İlişkin Bilgi ve Kullanım Durumu (n=120)

	n	%
Hemşirelikte Kanıta Dayalı Uygulamalar terimini duydunuz mu?		
Evet	94	78,3
Hayır	26	21,7
Kliniğinizde cerrahi enfeksiyonları önlemeye yönelik kanıta dayalı uygulamaları uygulayabiliyor musunuz?		
Evet	55	45,8
Hayır	65	54,2
Hemşirelik araştırmalarından elde edilen sonuçları kliniğinizdeki genel hemşirelik uygulamalarını gerçekleştirirken dikkate alıyor musunuz?		
Evet	63	52,5
Hayır	57	47,5
Cevap hayır ise hangi engelle/engellerle karşılaşıyorsunuz?*		
Yeterli zaman bulamama	35	35,7
Literatüre erişim problemi	23	23,5
Pratiğin araştırma sonuçlarına tercih edilmesi	23	23,5
Bilgiye olan ihtiyacı desteklemeyen çalışma ortamı	17	17,3
Kanıta Dayalı Uygulamaların hemşirelik mesleği açısından önemli olduğunu düşünüyor musunuz?		
Evet	118	98,3
Hayır	2	1,7

* Çoklu yanıt sayı yüzde dağılımı

Hemşirelerin kanıta dayalı uygulamalara ilişkin bilgi ve kullanım durumları değerlendirildiğinde; hemşirelerin %78,3'ünün hemşirelikte kanıta dayalı uygulamalar terimini duyduğu, %54,2'sinin CAE önlemeye yönelik kanıta dayalı uygulamaları uygulayamadığı, %52,5'inin hemşirelik araştırmalarından elde edilen sonuçları genel hemşirelik uygulamalarını gerçekleştirirken dikkate aldığı ve dikkate almayan hemşirelerin %35,7'sinin neden olarak yeterli zaman bulamama seçeneğini işaretlediği, %98,3'ünün ise kanıta dayalı uygulamaların hemşirelik mesleği açısından önemli olduğunu düşündüğü saptandı (Tablo 9).

Tablo 10. Hemşirelerin Araştırmalara İlişkin Görüşleri (n=120)

Araştırmaya İlişkin Görüşler	Katılıyorum		Katılmıyorum	
	N	%	n	%
1. Hemşirelikte araştırma sonucu ortaya konulmuş bilgilere ihtiyaç vardır.	119	99,2	1	0,8
2. Hemşirelik araştırmaları hemşirelik uygulamalarını geliştirir.	112	93,3	8	6,7
3. Hemşirelik araştırmaları genellikle hemşirelik uygulamalarının herkes tarafından görünür hale gelmesini/fark edilmesini sağlar.	114	95	6	5
4. Hemşirelik araştırmaları hemşirelikte profesyonelliğin gelişmesini sağlar.	117	97,5	3	2,5
5. Hemşire mesleğini bilgi ve araştırma ile geliştirmelidir.	110	91,7	10	8,3
6. Hemşirelik bir bakım mesleğidir, araştırmayla ilgilenmez.	17	14,2	103	85,8
7. Hemşirelikte yapılan araştırmalar hemşirelik bakımını iyileştirmez. Hemşire kendi bakımını kendisi geliştirecektir.	12	10	108	90
8. Hemşirelik araştırmaları, hemşirelik uygulamalarını daha karışık hale getirmektedir.	7	5,8	113	94,2
9. Araştırmalar sadece hemşirelik eğitimiyle ilgilidir, hemşirelik uygulamasıyla ilgili değildir.	7	5,8	113	94,2
10. Hemşirenin hemşirelik alanında yapılmış araştırmalara katılma zorunluluğu vardır.	61	50,8	59	49,2
11. Hemşirenin araştırmalara katılması kendini geliştirmesini sağlar.	116	96,7	4	3,3
12. Hemşirenin hemşirelik alanında yapılmış araştırmalar hakkında bilgisinin olmaması hemşirelik uygulamalarının niteliğini etkiler.	116	96,7	4	3,3

Hemşirelerin araştırmaya ilişkin görüşleri değerlendirildiğinde; hemşirelerin araştırmaya yönelik olumlu görüşler yansıtan “Hemşirelikte araştırma sonucu ortaya konulmuş bilgilere ihtiyaç vardır.” (%99,2), “Hemşirelik araştırmaları hemşirelik uygulamalarını geliştirir.” (%93,3), “Hemşirelik araştırmaları genellikle hemşirelik uygulamalarının herkes tarafından görünür hale gelmesini/fark edilmesini sağlar.” (%95), “Hemşirelik araştırmaları hemşirelikte profesyonelliğin gelişmesini sağlar.” (%97,5), “Hemşirelik mesleği bilgi ve araştırma ile geliştirilmelidir.” (%91,7), “Hemşirenin araştırmalara katılması kendini geliştirmesini sağlar.” (%96,7), “Hemşirenin hemşirelik alanında yapılmış araştırmalar hakkında bilgisinin olmaması hemşirelik uygulamalarının niteliğini etkiler.” (%96,7) ifadelerine büyük oranla katıldıkları belirlendi (Tablo 10).

Hemşirelerin araştırmaya yönelik olumsuz görüş yansıtan “Hemşirelik bir bakım mesleğidir, araştırmayla ilgilenmez.” (%14,2), “Hemşirelikte yapılan araştırmalar hemşirelik bakımını iyileştirmez. Hemşire kendi bakımını kendisi geliştirecektir.”

(%10), “Hemşirelik araştırmaları, hemşirelik uygulamalarını daha karışık hale getirmektedir.” ve “Araştırmalar sadece hemşirelik eğitimiyle ilgilidir, hemşirelik uygulamasıyla ilgili değildir.” (%5,8) ifadelerine daha az oranla katıldıkları saptandı. “Hemşirenin hemşirelik alanında yapılmış araştırmalara katılma zorunluluğu vardır.” görüşüne ise hemşirelerin %50,8’inin katıldıkları bulundu (Tablo 10).



Tablo 11. Hemşirelerin Araştırmaların Kullanılmasına İlişkin Görüşleri (n=120)

Araştırmaların Kullanılmasına İlişkin Görüşler	1. Derecede engel		2. Derecede engel		3. Derecede engel		Engel oluşturmaz	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Araştırma makalelerine kolay ulaşılması	40	33,3	57	47,5	16	13,3	7	5,8
2. Araştırma sonuçlarının hemşirelik uygulamalarını nasıl etkileyeceğinin tam olarak açıklanmamış olması	43	35,8	49	40,8	25	20,8	3	2,5
3. Araştırma makalelerinde istatistiksel analizlerin anlaşılır şekilde ifade edilmemesi	59	57,5	32	26,7	19	15,8	-	-
4. Araştırma sonuçlarının hemşirelik uygulamasıyla ilgili olmaması	47	39,2	25	20,8	25	20,8	23	19,2
5. Hemşirenin hemşirelikte hangi konularda araştırmalar yapıldığının farkında olmaması	46	38,3	44	36,7	26	21,7	4	3,3
6. Hemşirenin sahip olduğu olanakların, araştırma sonuçlarının hemşirelik uygulamalarına yansıtılmasına olanak sağlamaması	61	50,8	43	35,8	16	13,3	-	-
7. Kurumdaki yöneticilerin araştırma sonuçlarının uygulanmasını destekleyici olmaması	56	46,7	41	34,2	23	19,2	-	-
8. Hemşirenin araştırma makalelerini okumak için yeterli zamanının olmaması	45	37,5	32	26,7	39	32,5	4	3,3
9. Araştırma konusunun farklı çalışmalarda yeterince test edilmiş olmaması	31	25,8	58	48,3	31	25,8	-	-
10. Hemşirenin araştırma sonucunu kullanarak hemşirelik uygulamalarını değiştirme yetkisine sahip olmaması	38	31,7	55	45,8	26	21,7	1	0,8
11. Araştırma sonuçlarının hemşirelik uygulamalarında kullanılmaya uygun özellikte olmaması	43	35,8	47	39,2	29	24,2	1	0,8
12. Araştırma sonuçlarının uygulamada kullanılması sırasında hekimlerin hemşire ile işbirliği yapmaması	35	29,2	50	41,7	35	29,2	-	-
13. Araştırma makalelerinin açık ve anlaşılır bir dilde yazılmamış olması	41	34,2	68	56,7	11	9,2	-	-
14. Diğer personelin hemşireye araştırma sonuçlarını uygulamada kullanılması sırasında destek olmaması	23	19,2	70	58,3	27	22,5	-	-
15. Hemşirenin değişiklik yapmak ve yeni görüşleri denemek için istekli olmaması	50	41,7	49	40,8	14	11,7	7	5,8
16. Araştırmalarla ortaya konulmuş bilgilerin hemşirelik uygulamalarında kullanılmayacak kadar çok olması	22	18,3	52	43,3	40	33,3	6	5
17. Hemşirenin araştırmanın niteliğini değerlendirmede kendini yeterli hissetmemesi	28	23,3	52	43,3	32	26,7	8	6,7
18. Hemşirenin çalışırken, yeni düşünceleri uygulamak için yeterli zamanının olmaması	47	39,2	29	24,2	44	36,7	-	-
19. Hemşirenin araştırma sonuçlarını tartışabileceği, danışmanlık alabileceği meslektaşlarının olmaması	40	33,3	55	45,8	18	15	7	5,8

Hemşirelerin araştırmaların kullanılmasına ilişkin görüşleri değerlendirildiğinde; hemşirelerin “Araştırma makalelerinde istatistiksel analizlerin anlaşılır şekilde ifade edilmemesi” (%57,5), “Hemşirenin sahip olduğu olanakların, araştırma sonuçlarının hemşirelik uygulamalarına yansıtılmasına olanak sağlamaması” (%50,8), “Kurumdaki yöneticilerin araştırma sonuçlarının uygulanmasını destekleyici olmaması” (%46,7), “Hemşirenin değişiklik yapmak ve yeni görüşleri denemek için istekli olmaması” (%41,7), “Araştırma sonuçlarının hemşirelik uygulamasıyla ilgili olmaması” (%39,2), “Hemşirenin çalışırken, yeni düşünceleri uygulamak için yeterli zamanının olmaması” (%39,2) ifadelerini birinci derecede engelleyici faktör olarak değerlendirdikleri belirlendi (Tablo 11).

“Diğer personelin hemşireye araştırma sonuçlarını uygulamada kullanılması sırasında destek olmaması” (%58,3), “Araştırma makalelerinin açık ve anlaşılır bir dilde yazılmamış olması” (%56,7), “Araştırma konusunun farklı çalışmalarda yeterince test edilmiş olmaması” (%48,3), “Araştırma makalelerine kolay ulaşılması” (%47,5), “Hemşirenin araştırma sonucunu kullanarak hemşirelik uygulamalarını değiştirme yetkisine sahip olmaması” ve “Hemşirenin araştırma sonuçlarını tartışabileceği, danışmanlık alabileceği meslektaşlarının olmaması” (%45,8), ifadelerini ise ikinci derecede engelleyici faktör olarak değerlendirdikleri belirlendi (Tablo 11).

Hemşirelerin hemşirelikte bakımı geliştirmek için araştırmaların yapılması ve sonuçlarının kullanılmasının yaygınlaşmasına ilişkin görüşleri

Hemşirelikte bakımı geliştirmek için araştırmaların yapılması ve sonuçlarının kullanılmasının yaygınlaşmasına ilişkin görüşlerinin sorulduğu açık uçlu soruya hemşireler aşağıdaki ifadelerle cevap vermişlerdir.

Hemşire 1 *“Akademisyenlerin daha çok sahada olması ve çalışan hemşirelerle etkileşim halinde olması yönetimle ve bizimle çalışma sonuçlarını paylaşması olabilir.”*

Hemşire 2 *“Araştırma yapan kişi o birimde yeterli olmalı ve aktif hemşirelik yapmış olmalı. Meslektaşlarına ve alana hâkim olmalı. Böylece konuyu hayali değil daha gerçekçi ele alarak gereken noktalara parmak basar.”*

Hemşire 3 *“Branş hemşireliği oluşturulmalı.”*

Hemşire 4 *“Daha kısa anketler olursa daha çok yardımcı olur.”*

Hemşire 5 *“Eğitim olurdu: lisans, lisansüstü eğitim gören meslektaşlarımızın klinik beceri ve bilgilerini yönetici ya da masa başı görevlerde değil de aktif çalışan olarak kullanmalarının sağlanması gerekiyor.”*

Hemşire 6 *“Hemşireler derneği ön ayak olabilir.”*

Hemşire 7 *“Hemşirelik eğitimi sadece lisans düzeyinde olmalı. Hemşirelikte araştırma dersinin kapsamı arttırılmalı. Hizmet içi eğitimlerde eğitim hemşireleri hemşirelik uygulamalarına yönelik güncel çalışmaları paylaşmalı.”*

Hemşire 8 *“Kısa anketler ve çalışmalar düzenleyerek dikkat dağılması engellenebilir.”*

Hemşire 9 *“Kurumlar araştırma yapan hemşireleri teşvik edebilir.”*

Hemşire 10 *“Personel sayısı artmalı, çalışma saatleri düzene konmalı, yıla göre personel çalışma saatleri ve çalıştığı birim düzenlenmeli, izin dönemleri daha düzenli ve planlı olması sağlanmalı.”*

Hemşire 11 *“Yapılan araştırma sonuçlarının kullanılması için uygun hastane uygun çalışma koşullarının olması gerekir. Hiçbir şey kitaplarda yazdığı gibi değil. Küçük odalarda üç yatak koyup hasta bakılan kurumlar var.”*

Tablo 12. Hemşirelerin Araştırma Sonuçlarını Kullanımında Engeller Ölçeği (HASKEÖ) Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı (n=120)

Hemşirelerin Araştırma Sonuçlarını Kullanımında Engeller Ölçeği	Ortalama±ss	Ortanca	ÇAA*	Min-Maks
Hemşire Alt Boyutu	2,05±0,64	2,00	0,97	0,75-3,75
Uygulama Alt Boyutu	2,38±0,75	2,37	1,09	0,88-3,75
Araştırma Alt Boyutu	1,93±0,65	1,83	0,83	0,67-4,33
Sunum Alt Boyutu	2,23±0,55	2,25	0,88	0,75-3,38
HASKEÖ Toplam	2,16±0,52	2,05	0,73	1,00-3,47

*Çeyrekler Arası Aralık

Hemşirelerin araştırma sonuçlarını kullanımında engeller ölçeğinin (HASKEÖ) toplam ve alt boyut puanlarının dağılımında; uygulama alt boyutu (kurumun özellikleri, uygulama engelleri ve sınırlılıkları) ortanca puan değeri 2,37 (ÇAA:1,09), sunum alt boyutu (iletişim özellikleri ve araştırma sonuçlarına ulaşım) ortanca puan değeri 2,25 (ÇAA:0,88), hemşire alt boyutu (hemşirenin özellikleri, araştırma becerileri ve farkındalıkları) ortanca puan değeri 2,00 (ÇAA:0,97), araştırma alt boyutu (araştırmanın özellikleri ve kalitesi) ortanca puan değeri 1,83 (ÇAA:0,83), hemşirelerin araştırma sonuçlarını kullanımında engeller ölçeği toplam ortanca puanı değeri 2,05 (ÇAA:0,73) olarak saptandı (Tablo 12).

Tablo 13. Hemşirelerin Araştırma Sonuçlarının Kullanımında Algıladıkları Engeller (n=120)

Sıra no	Alt gruplar *	Engeller	Katılıyorum n (%)	Fikrim yok n(%)
1	U	Hemşireler kendilerini, uygulamaları değiştirmek için yeterli güce sahip görmemektedir	39 (%32,5)	-
2	U	İşyerinde araştırmaları okumak için yeterli zaman yoktur	75 (%62,5)	-
3	U	Hemşirelik uygulamaları için yeterli imkân yoktur	58 (%48,5)	-
4	U	Hemşireler araştırma sonuçlarının uygulamalar için genellenebileceğine inanmamaktadır	63 (%52,5)	3 (%2,5)
5	U	Hastanenin diğer personeli uygulamayı desteklememektedir	63 (%52,5)	1 (%0,8)
6	U	Uygulamalarda doktorlar işbirliği içinde değildir	65 (%54,1)	4 (%3,3)
7	U	İş yerinde yeni fikirleri uygulamak için yeterli zaman yoktur	68 (%56,7)	5 (%4,2)
8	S	Araştırma yazılarına kolay ulaşılammamaktadır	43 (%35,8)	9 (%7,5)
9	S	Araştırmalar genellikle yabancı bir dilde yayınlanmaktadır	51 (%42,5)	6 (%5)
10	S	Aynı konuda yapılmış araştırma makaleleri tek bir yerde toplanmış değildir	67 (%55,9)	6 (%5)
11	H	Hemşireler araştırmalardan çok az menfaatleri olduğunu düşünmektedir	63 (%52,5)	15 (%12,5)
12	S	Araştırmalardaki istatistiksel analizler anlaşılabilir değildir	59 (%49,2)	9 (%7,5)
13	H	Hemşireler araştırma sonuçlarını tartışabilecek iş arkadaşlarından yoksundur	49 (%40,8)	4 (%3,3)
14	H	Hemşireler kendilerini, araştırmanın kalitesini değerlendirebilecek yeterlilikte görmemektedir	30 (%25)	8 (%6,7)
15	A	Araştırma sonuçları yeterince hızlı yayınlanmamaktadır	38 (%31,6)	24 (%20)
16	H	Araştırmaya dayalı bir değişiklik ihtiyacı bildirilmemiştir	26 (%21,6)	28 (%23,3)
17	S	Araştırmalar hemşirelik uygulamaları ile örtüşmemektedir	40 (%33,3)	8 (%6,7)
18	H	Hemşireler, yeni fikirleri denemek veya değiştirmek konusunda gönülsüzdür	41 (%34,1)	3 (%2,5)
19	A	Araştırmaların yönetsel yetersizlikleri mevcuttur	40 (%33,3)	9 (%7,5)
20	H	Hemşireler araştırma bilincine sahip değildir	39 (%32,5)	1 (%0,8)
21	A	Hemşireler araştırma sonuçlarına inanıp inanmama konusunda kararsızdır	40 (%33,3)	1 (%0,8)
22	H	Hemşireler araştırmaların hiçbir amaca hizmet etmediğini düşünmektedirler	53 (%44,1)	-
23	S	Araştırmalar açık ve anlaşılır ifadelerle yazılmamaktadır	54 (%45)	5 (%4,2)
24	A	Araştırma sonuçlarının uygulanabilirliği onaylanmamıştır	42 (%35)	12 (%10)
25	S	Pratik uygulamalar anlaşılabilir değildir	51 (%42,5)	5 (%4,2)
26	A	Bugüne kadar bu konuda hiç araştırma yapılmamıştır	22 (%18,4)	18 (%15)
27	U	Hastane yönetimi araştırma sonuçlarını uygulamaya aktarmaya izin vermemektedir	38 (%31,6)	4 (%3,3)
28	H	Hemşireler uygulamadaki değişikliklerin hastalar için çok fazla yarar sağlamayacağını düşünmektedir	42 (%35)	1 (%0,8)
29	S	Takip edilemeyecek kadar çok sayıda araştırma sonucu mevcuttur	43 (%35,8)	15 (%12,5)
30	A	Literatürdeki araştırmalarda çelişkili ifadeler yer almaktadır	35 (%29,2)	13 (%10,8)

*H: Hemşire, U:Uygulama, A:Araştırma, S:Sunum

Araştırmamıza katılan hemşirelerin %62,5'inin "İşyerinde araştırmaları okumak için yeterli zaman yoktur." maddesini en önemli engel olarak algıladıkları belirlendi. Araştırmamızda diğer önemli engeller ise sırasıyla; "İş yerinde yeni fikirleri uygulamak için yeterli zaman yoktur." (%56,7), "Aynı konuda yapılmış araştırma makaleleri tek bir yerde toplanmış değildir." (%55,9), "Uygulamalarda doktorlar işbirliği içinde değildir." (%54,1), "Hemşireler araştırma sonuçlarının uygulamalar için genellenebileceğine inanmamaktadır." (%52,5) şeklinde bulundu. Hemşirelerin karşılaştıkları ilk beş engelin dördünün uygulama birinin sunum alt boyutuna dâhil olduğu belirlendi (Tablo 13).



Tablo 14. Hemşirelerin Bazı Kişisel ve Mesleki Özellikleri ile Hemşirelerin Araştırma Sonuçlarını Kullanımında Engeller Ölçeği ve Alt Boyut Ortanca Puanlarının Karşılaştırılması (n=120)

	n	Hemşire			Uygulama			Araştırma			Sunum			HASKEÖ Toplam Puan		
		Ort±ss	Ortanca	CAA*	Ort±ss	Ortanca	CAA*	Ort±ss	Ortanca	CAA*	Ort±ss	Ortanca	CAA*	Ort±ss	Ortanca	CAA*
Medeni Durum																
Evli	90	2,07±0,62	2,00	1,00	2,37±0,77	2,37	1,13	1,98±0,65	1,83	3,50	2,31±0,53	2,31	0,88	2,20±0,52	2,06	0,74
Bekar	30	1,97±0,71	1,93	0,88	2,43±0,70	2,50	0,56	1,78±0,64	1,83	0,75	2,00±0,55	2,00	0,66	2,06±0,51	2,03	0,47
z/p		-0,744/0,457			-0,568/0,570			-1,212/0,256			-2,537/0,011**			-0,901/0,368		
Eğitim Durumu																
Lise ve Ön lisans	49	2,07±0,67	2,00	0,94	2,34±0,74	2,37	1,06	1,98±0,74	1,83	1,00	2,24±0,58	2,25	0,88	2,17±0,58	2,13	0,80
Lisans ve üzeri	71	2,03±0,63	2,00	1,00	2,41±0,76	2,50	1,00	1,89±0,58	1,83	0,83	2,23±0,53	2,25	0,75	2,16±0,48	2,03	0,70
z/p		-0,324/0,746			-0,798/0,425			-0,394/0,693			-0,180/0,857			-0,251/0,802		
Meslekte çalışma yılı																
17 yıl ve altı	56	2,01±0,66	2,00	1,00	2,52±0,70	2,62	1,00	1,92±0,65	1,83	0,96	2,22±0,56	2,25	0,88	2,18±0,47	2,11	0,67
17 yıl üzeri	64	2,08±0,63	2,00	0,84	2,26±0,78	2,37	1,19	1,94±0,65	1,83	0,83	2,25±0,54	2,25	0,84	2,15±0,57	2,03	0,75
z/p		-0,607/0,544			-2,004/0,045**			-0,248/0,804			-0,164/0,870			-0,872/0,383		
Birimde çalışma yılı																
6 yıl ve altı	71	2,03±0,62	2,00	1,00	2,42±0,71	2,50	1,00	1,84±0,54	1,83	0,83	2,19±0,51	2,25	0,75	2,14±0,43	2,13	0,67
6 yıl üzeri	49	2,07±0,68	2,00	0,75	2,33±0,81	2,37	1,06	2,07±0,77	1,83	0,92	2,29±0,60	2,25	0,88	2,20±0,64	2,03	0,83
z/p		-0,270/0,787			-1,108/0,268			-1,489/0,137			-0,595/0,552			-0,361/0,718		
CAE ile ilgili eğitim alma																
Evet	93	2,00±0,62	1,87	0,88	2,27±0,78	2,37	1,00	1,95±0,67	1,83	0,83	2,24±0,53	2,25	0,75	2,13±0,53	2,03	0,40
Hayır	27	2,21±0,69	2,25	1,13	2,75±0,50	2,75	0,63	1,87±0,58	1,66	1,17	2,21±0,62	2,37	0,88	2,29±0,45	2,40	0,73
z/p		-1,736/0,083			-3,160/0,002**			-0,556/0,578			-0,388/0,698			-1,850/0,064		
CAE önleme protokolünü bilme																
Evet	67	1,96±0,62	1,87	0,88	2,21±0,66	2,37	0,88	1,85±0,60	0,83	0,83	2,15±0,58	2,12	1,13	2,06±0,51	2,03	0,80
Hayır	53	2,16±0,66	2,00	1,00	2,60±0,80	2,62	1,38	2,03±0,70	0,92	0,92	2,34±0,48	2,37	0,56	2,30±0,50	2,13	0,67
z/p		-1,375/0,169			-2,586/0,010**			-1,320/0,187			-1,586/0,113			-2,053/0,040**		

*Çeyrekler Arası Aralık **p<0,05 z: Mann Whitney U testi

Hemşirelerin medeni durumları ile sunum alt boyutu ortanca puanları arasında anlamlı fark olduğu ($p<0,05$), evli olan hemşirelerin ortanca puanlarının (2,31; ÇAA:0,88), bekâr olan hemşirelerin ortanca puanlarından (2,00; ÇAA:0,66) daha yüksek olduğu belirlendi. Hemşirelerin medeni durumları ile HASKEÖ toplam, hemşire, uygulama ve araştırma alt boyutları ortanca puanları arasında anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>0,05$) (Tablo 14).

Hemşirelerin meslekte çalışma yılı ile uygulama alt boyutu ortanca puanları arasında anlamlı fark olduğu ($p<0,05$) ve 17 yıl ve altında çalışan hemşirelerin ortanca puanlarının (2,62; ÇAA:1,00), 17 yıl üzerinde çalışan hemşirelerin ortanca puanlarına göre (2,37; ÇAA:1,19) daha yüksek olduğu bulundu. Hemşirelerin meslekte çalışma yılı ile HASKEÖ toplam, hemşire, araştırma ve sunum alt boyutları ortanca puanları arasında anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>0,05$) (Tablo 14).

Hemşirelerin demografik özelliklerinden yaş grubu, cinsiyet, eğitim durumu ve birimde çalışma yılı ile HASKEÖ toplam ve alt boyutları ortanca puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 14).

Hemşirelerin cerrahi alan enfeksiyonları ile ilgili eğitim alma durumları ile uygulama alt boyutu ortanca puanları arasında anlamlı fark olduğu ($p<0,05$), eğitim almayan hemşirelerin ortanca puanlarının (2,75; ÇAA:0,63), eğitim alan hemşirelerin ortanca puanlarına göre (2,37; ÇAA:1,00) daha yüksek olduğu bulundu. Hemşirelerin CAE ile ilgili eğitim alma durumları ile HASKEÖ toplam, hemşire, araştırma ve sunum alt boyutları ortanca puanları arasında anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>0,05$) (Tablo 14).

Hastanede cerrahi alan enfeksiyonlarını önlemeye yönelik protokol varlığını bilme durumu ile uygulama alt boyutu ve HASKEÖ toplam ortanca puanları arasında anlamlı fark olduğu ($p<0,05$), hastanede cerrahi alan enfeksiyonlarını önlemeye yönelik protokol bulunmadığını belirten hemşirelerin ortanca puanlarının (uygulama: 2,62; ÇAA:1,38, HASKEÖ toplam: 2,13; ÇAA:0,67), protokol bulunduğunu bildiren hemşirelerin ortanca puanlarından (uygulama: 2,37; ÇAA:0,88, HASKEÖ toplam: 2,03; ÇAA:0,80) daha yüksek olduğu saptandı. Hastanede CAE önlemeye yönelik protokol bulunma durumu ile hemşire, araştırma ve sunum alt boyutları ortanca puanları arasında anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>0,05$) (Tablo 14).

Tablo 15. Hemşirelerin CAE'nin Önlenmesine İlişkin Uygulamaları ile Hemşirelerin Araştırma Sonuçlarını Kullanımında Engeller Ölçeği ve Alt Boyut Ortanca Puanlarının Karşılaştırılması (n=120)

	n	Hemşire			Uygulama			Araştırma			Sunum			HASKEÖ Toplam Puan		
		Or±ss	Ortanca	CAA*	Ort±ss	Ortanca	CAA*	Ort±ss	Ortanca	CAA*	Ort±ss	Ortanca	CAA*	Ort±ss	Ortanca	CAA*
Sağlık kontrolü yaptırma																
Evet	25	1,86±0,62	1,75	1,00	2,07±0,66	2,37	1,19	1,78±0,56	1,83	0,58	1,94±0,59	2,00	0,88	1,9±20,48	2,03	0,77
Hayır	95	2,10±0,64	2,00	0,88	2,46±0,75	2,50	1,25	1,97±0,67	1,83	1,00	2,3±10,51	2,25	0,75	2,23±0,51	2,10	0,70
z/p		-1,665/0,096			-2,135/0,033**			-1,023/0,306			-2,527/0,012**			-2,290/0,022**		
Ameliyattan önce hastanın ortalama kalış süresi																
2 gün ve altı	85	1,95±0,62	1,87	0,88	2,35±0,69	2,37	0,94	1,82±0,59	1,83	0,50	2,14±0,49	2,25	0,63	2,08±0,45	2,03	0,35
2 gün üzeri	35	2,30±0,64	2,37	1,00	2,47±0,89	2,75	1,50	2,20±0,72	2,33	1,00	2,46±0,61	2,50	0,75	2,37±0,62	2,50	0,80
z/p		-2,637/0,008**			-1,192/0,233			-2,750/0,006**			-3,092/0,002**			-2,179/0,029**		
Ameliyattan önce immunsupresif ilaç kullanımını sorma																
Evet	110	2,09±0,64	2,00	0,88	2,41±0,75	2,43	1,00	1,98±0,65	1,83	0,88	2,26±0,55	2,25	0,78	2,20±0,52	2,08	0,67
Hayır	10	1,56±0,40	1,37	0,47	2,11±0,73	1,87	0,97	1,45±0,40	1,50	0,21	1,93±0,45	1,75	0,75	1,78±0,44	1,71	0,38
z/p		-2,942/0,003**			-1,214/0,225			-2,972/0,003**			-1,954/0,051			-3,009/0,003**		
Ameliyattan önce antimikrobiyal profilaksi uygulama																
Evet	36	1,79±0,67	1,75	0,63	2,38±0,82	2,37	1,63	1,77±0,65	1,66	0,33	1,93±0,62	2,00	0,75	1,98±0,58	2,03	0,69
Hayır	84	2,16±0,60	2,12	0,88	2,38±0,72	2,50	0,97	2,00±0,64	2,00	1,00	2,36±0,46	2,37	0,75	2,24±0,48	2,10	0,73
z/p		-3,201/0,001**			-0,112/0,911			-2,195/0,028**			-3,901/0,000**			-1,932/0,053		
EKK eğitimlerinin yapılma durumu																
Evet	86	1,98±0,67	1,87	0,88	2,39±0,76	2,37	1,16	1,83±0,59	1,83	0,50	2,14±0,57	2,12	0,56	2,10±0,53	2,03	0,33
Hayır	34	2,22±0,54	2,37	1,00	2,36±0,75	2,62	0,88	2,19±0,73	2,25	1,17	2,48±0,40	2,50	0,50	2,32±0,47	2,36	0,75
z/p		-2,079/0,038**			-0,163/0,870			-2,417/0,016**			-3,508/0,000**			-2,402/0,016**		

*Çeyrekler Arası Aralık **p<0,05 z: Mann Whitney U testi x²: Kruskall Wallis testi

Tablo 15. Hemşirelerin CAE'nin Önlenmesine İlişkin Uygulamaları ile Hemşirelerin Araştırma Sonuçlarını Kullanımında Engeller Ölçeği ve Alt Boyut Ortanca Puanlarının Karşılaştırılması (devam) (n=120)

	n	Hemşire			Uygulama			Araştırma			Sunum			HASKEÖ Toplam Puan		
		Ort±ss	Ortanca	CAA*	Ort±ss	Ortanca	CAA*	Ort±ss	Ortanca	CAA*	Ort±ss	Ortanca	CAA*	Ort±ss	Ortanca	CAA*
Ameliyat öncesi düş alma durumu																
Evet	97	2,01±0,64	2,00	0,88	2,39±0,76	2,37	1,00	1,95±0,67	1,83	0,83	2,24±0,58	2,25	0,88	2,16±0,55	2,03	0,77
Hayır	23	2,19±0,66	2,00	1,13	2,37±0,75	2,37	1,25	1,86±0,56	1,83	1,00	2,21±0,41	2,25	0,50	2,18±0,40	2,20	0,50
z/p		-0,993/0,321			-0,053/0,957			-0,184/0,854			-0,087/0,931			-0,801/0,423		
Ameliyat bölgesi tıraşının zamanı																
Ameliyattan önceki gün (a)	57	2,12±0,59	2,00	1,06	2,66±0,66	2,75	0,81	1,95±0,65	1,83	1,00	2,33±0,51	2,37	0,81	2,29±0,46	2,13	0,65
Ameliyattan önceki gece (b)	51	2,00±0,67	1,87	1,00	2,15±0,75	2,12	1,13	1,89±0,58	1,83	0,67	2,17±0,51	2,25	0,50	2,06±0,51	2,00	0,50
Ameliyat sabahı (c)	6	1,95±0,95	2,00	1,19	2,29±0,52	2,18	0,66	2,11±0,94	2,00	1,83	2,10±0,92	2,25	1,59	2,11±0,74	2,08	1,02
Ameliyata inmeden az önce (d)	6	1,87±0,63	2,00	1,25	1,77±0,91	1,56	1,19	1,91±0,99	1,58	1,08	1,95±0,74	2,00	1,19	2,12±0,59	1,88	1,06
Post hoc		b=c<a														
x²/p		2,493/0,477			17,746/0,000**			0,655/0,884			4,032/0,258			11,391/0,010**		
Ameliyat bölgesi tıraşının yapıldığı yer																
Evde	88	1,98±0,60	1,87	0,88	2,29±0,70	2,37	1,00	1,89±0,56	1,83	0,83	2,25±0,52	2,25	0,84	2,12±0,48	2,03	0,76
Hasta odasında	17	2,32±0,76	2,50	1,25	2,66±0,80	2,50	0,94	2,21±0,96	1,83	1,50	2,37±0,61	2,25	1,06	2,40±0,70	2,20	1,35
Ameliyathanede	15	2,13±0,70	2,00	0,38	2,60±0,89	2,87	1,63	1,88±0,68	1,66	0,33	1,96±0,58	1,87	0,75	2,16±0,51	2,16	0,57
x²/p		2,461/0,292			4,383/0,112			0,565/0,754			4,703/0,095			1,893/0,388		
Ameliyat öncesi sigara bırakılmasını önerme zamanı																
Ameliyat kararı alındığında (a)	75	2,22±0,65	2,12	1,00	2,59±0,70	2,62	1,25	2,06±0,65	2,00	0,83	2,35±0,50	2,37	0,88	2,32±0,48	2,13	0,70
Ameliyattan bir hafta önce (b)	21	1,72±0,49	1,62	0,56	2,12±0,87	2,37	1,56	1,65±0,61	1,50	0,50	2,05±0,53	2,25	0,81	1,90±0,50	1,96	0,67
Ameliyattan 3 gün önce (c)	14	1,71±0,66	1,68	1,22	1,90±0,46	1,81	0,72	1,64±0,61	1,58	0,71	1,87±0,72	1,87	1,00	1,79±0,52	1,76	0,33
Ameliyattan 1 gün önce (d)	10	1,96±0,39	2,06	0,59	2,10±1,19	2,25	1,19	1,98±0,49	2,00	1,00	2,25±0,40	2,31	0,56	2,08±0,35	2,15	0,55
Post hoc		b=c<a			b=c=d<a			b<a=d			b=c<a			b=c<a		
x²/p		15,556/0,001**			16,547/0,001**			14,076/0,001**			8,076/0,044**			19,121/0,000**		

*Çeyrekler Arası Aralık **p<0,05 z: Mann Whitney U testi x²: Kruskal Wallis testi

Hemşirelerin sağlık kontrolü yaptırma durumları ile uygulama alt boyutu, sunum alt boyutu ve HASKEÖ toplam ortanca puanları arasında anlamlı fark olduğu ($p<0,05$) ve her boyutta da sağlık kontrolü yaptırmayan hemşirelerin ortanca puanlarının (uygulama: 2,50; ÇAA:1,25, sunum: 2,25; ÇAA:0,75, HASKEÖ toplam: 2,10; ÇAA:0,70), sağlık kontrolü yaptıran hemşirelerin ortanca puanlarından (uygulama: 2,37; ÇAA:1,19, sunum: 2,00; ÇAA:0,88, HASKEÖ toplam: 2,03; ÇAA:0,77) daha yüksek olduğu saptandı. Hemşirelerin sağlık kontrolü yaptırma durumları ile hemşire ve araştırma alt boyutları ortanca puanları arasında anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>0,05$) (Tablo 15).

Hemşirelerin hastaların ameliyattan önce ortalama kalış sürelerine ilişkin verdikleri yanıtlar ile uygulama alt boyutu hariç diğer tüm boyutlarda anlamlı fark saptanmış olup ($p<0,05$), hastaların kalış süresine ilişkin iki gün üzeri yanıt veren hemşirelerin ortanca puanlarının (hemşire: 2,37; ÇAA:1,00, araştırma: 2,33; ÇAA:1,00, sunum: 2,50; ÇAA:0,75, HASKEÖ toplam: 2,50; ÇAA:0,80), iki gün ve altı yanıt veren hemşirelerin ortanca puanlarından (hemşire: 1,87; ÇAA:0,88, araştırma: 1,83; ÇAA:0,50, sunum: 2,25; ÇAA:0,63, HASKEÖ toplam: 2,03; ÇAA:0,35) daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 15).

Hemşirelerin ameliyattan önce immunsupresif ilaç kullanımını sormaları ile hemşire alt boyutu, araştırma alt boyutları ve HASKEÖ toplam ortanca puanları arasında anlamlı fark olduğu ($p<0,05$) ve ameliyattan önce immunsupresif ilaç kullanımını soran hemşirelerin ortanca puanlarının (hemşire: 2,00; ÇAA:0,88, araştırma: 1,83; ÇAA:0,88, HASKEÖ toplam: 2,08; ÇAA:0,67), sormayan hemşirelerin ortanca puanlarına (hemşire: 1,37; ÇAA:0,47, araştırma: 1,50; ÇAA:0,21, HASKEÖ toplam: 1,71; ÇAA:0,38) göre daha yüksek olduğu saptandı. Hemşirelerin ameliyattan önce immunsupresif ilaç kullanımını sormaları ile uygulama ve sunum alt boyutları arasında anlamlı ilişki olmadığı bulundu ($p>0,05$) (Tablo 15).

Hemşirelerin ameliyattan önce antimikrobiyal profilaksi uygulama durumları ile hemşire, araştırma ve sunum alt boyutları ortanca puanları arasında anlamlı fark olduğu ($p<0,05$), ameliyattan önce antimikrobiyal profilaksi uygulamayan hemşirelerin ortanca puanlarının (hemşire: 2,12; ÇAA:0,88, araştırma: 2,00; ÇAA:1,00, sunum: 2,37; ÇAA:0,75), uygulayan hemşirelerin ortanca puanlarına (hemşire: 1,75; ÇAA:0,63, araştırma: 1,66; ÇAA:0,33, sunum: 2,00; ÇAA:0,75) göre daha yüksek olduğu belirlendi. Hemşirelerin ameliyattan önce antimikrobiyal

profilaksi uygulama durumları ile uygulama alt boyutu ve HASKEÖ toplam ortanca puanları arasında anlamlı fark olmadığı bulundu (Tablo 15).

Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından eğitim ve denetimlerin düzenli yapılma durumu ile uygulama alt boyutu hariç diğer tüm boyutlarda anlamlı fark saptanmış olup ($p<0,05$), Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından eğitim ve denetimlerin düzenli yapılmadığını belirten hemşirelerin ortanca puanlarının (hemşire: 2,37; ÇAA:1,00, araştırma: 2,25; ÇAA:1,17, sunum: 2,50; ÇAA:0,50, HASKEÖ toplam: 2,36; ÇAA:0,75), düzenli yapıldığını belirten hemşirelerin ortanca puanlarından (hemşire: 1,87; ÇAA:0,88, araştırma: 1,83; ÇAA:0,50, sunum: 2,12; ÇAA:0,56, HASKEÖ toplam: 2,03; ÇAA:0,33) daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 15).

Hemşirelerin ameliyat bölgesi tıraşının zamanı ile ilgili verdikleri yanıtlar ile uygulama alt boyutu ve HASKEÖ toplam ortanca puanları arasında anlamlı fark olduğu ($p<0,05$), her iki boyutta da tıraş zamanı ile ilgili ameliyattan önceki gün yanıtını veren hemşirelerin ortanca puanların (uygulama: 2,75; ÇAA:0,81, HASKEÖ toplam: 2,13; ÇAA:0,65), ameliyattan önceki gece (uygulama: 2,12; ÇAA:1,13, HASKEÖ toplam: 2,00; ÇAA:0,50) ve ameliyat sabahı (uygulama: 2,18; ÇAA:0,66, HASKEÖ toplam: 2,08; ÇAA:1,02) yanıtı veren hemşirelerin ortanca puanlarından daha yüksek olduğu belirlendi. Hemşirelerin ameliyat bölgesi tıraşının zamanı ile ilgili verdikleri yanıtlar ile hemşire, araştırma ve sunum alt boyutları arasında anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 15).

Hemşirelerin ameliyat öncesi sigarayı bırakmayı önerme zamanları ile HASKEÖ toplam ve alt boyutları arasında anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Önerme zamanı olarak ameliyat kararı alınır alınmaz yanıtı veren hemşirelerin hemşire, sunum ve HASKEÖ toplam ortanca puanlarının (hemşire: 2,12; ÇAA:1,00, sunum: 2,37; ÇAA:0,88, HASKEÖ toplam: 2,13; ÇAA:0,70), ameliyattan bir hafta önce (hemşire: 1,62; ÇAA:0,56, sunum: 2,25; ÇAA:0,81, HASKEÖ toplam: 1,96; ÇAA:0,67) ve ameliyattan 3 gün önce (hemşire: 1,68; ÇAA:1,22, sunum: 1,87; ÇAA:1,00, HASKEÖ toplam: 1,76; ÇAA:0,33) yanıtı veren hemşirelerin ortanca puanlarından daha yüksek olduğu belirlendi. Önerme zamanı olarak ameliyat kararı alınır alınmaz yanıtı veren hemşirelerin uygulama alt boyutu ortanca puanlarının (uygulama: 2,62; ÇAA:1,25), ameliyattan bir hafta önce (uygulama: 2,37; ÇAA:1,56), ameliyattan 3 gün önce (uygulama: 1,81; ÇAA:0,72) ve ameliyattan bir gün önce (uygulama: 2,25; ÇAA:1,19) yanıtı veren hemşirelerin ortanca puanlarından daha yüksek olduğu bulundu. Önerme zamanı olarak ameliyat kararı alınır alınmaz (2,00; ÇAA:0,83), ve

ameliyattan bir gün önce (2,00; AA:1,00) yanıtı veren hemşirelerin araştırma alt boyutu ortanca puanlarının, ameliyattan bir hafta önce yanıtı veren hemşirelerin ortanca puanlarına (1,50; AA:0,50) göre daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 15).

Hemşirelerin CAE'nin önlenmesinde cilt temizliğine ilişkin uygulamalarından hastaların ameliyat öncesi duş alma durumu ve ameliyat bölgesi tıraşının yapıldığı yer değişkenleri ile HASKEÖ toplam ve alt boyutları ortanca puanları arasında anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 15).



Tablo 16. Hemşirelerin Kanıta Dayalı Uygulamalara İlişkin Bilgi ve Kullanım Durumları ile Hemşirelerin Araştırma Sonuçlarını Kullanımında Engeller Ölçeği ve Alt Boyut Ortanca Puanlarının Karşılaştırılması (n=120)

	n	Hemşire			Uygulama			Araştırma			Sunum			HASKEÖ Toplam Puan		
		Ort±ss	Ortanca	CAA*	Ort±ss	Ortanca	CAA*	Ort±ss	Ortanca	CAA*	Ort±ss	Ortanca	CAA*	Ort±ss	Ortanca	CAA*
Hemşirelikte Kanıta Dayalı Uygulamalar terimini duyma																
Evet	94	1,96±0,61	1,87	0,75	2,35±0,80	2,37	1,25	1,89±0,62	1,83	0,67	2,18±0,55	2,25	0,63	2,11±0,50	2,03	0,33
Hayır	26	2,36±0,68	2,62	0,66	2,50±0,54	2,62	0,47	2,07±0,74	2,33	1,17	2,42±0,52	2,62	0,91	2,35±0,56	2,63	0,74
z/p		-3,130/0,002**			-1,312/0,189			-1,463/0,144			-1,979/0,048**			-2,507/0,012**		
CAE'yi önlemeye yönelik kanıta dayalı uygulamaları uygulayabilme durumu																
Evet	55	1,92±0,65	1,87	0,63	2,3±30,85	2,37	1,50	1,87±0,65	1,83	0,50	2,16±0,64	2,25	0,63	2,08±0,57	2,03	0,27
Hayır	65	2,16±0,62	2,12	1,06	2,42±0,66	2,50	0,88	1,98±0,65	1,83	1,00	2,30±0,45	2,37	0,81	2,23±0,47	2,20	0,73
z/p		-2,089/0,037**			-0,892/0,372			-1,164/0,244			-1,459/0,144			-2,297/0,022**		
Araştırmalarından elde edilen sonuçları genel hemşirelik uygulamalarını gerçekleştirirken dikkate alma durumu																
Evet	63	2,02±0,66	2,00	0,88	2,46±0,79	2,62	1,25	1,94±0,74	1,66	1,00	2,25±0,59	2,25	0,75	2,18±0,54	2,06	0,67
Evet	57	2,08±0,63	2,00	0,94	2,30±0,71	2,37	0,94	1,92±0,54	1,83	0,67	2,22±0,49	2,25	0,88	2,14±0,50	2,03	0,77
Hayır																
z/p		-0,535/0,593			-1,330/0,183			-0,557/0,577			-0,760/0,447			-0,379/0,705		

*Çeyrekler Arası Aralık **p<0,05 z: Mann Whitney U testi

Tablo 16'da hemşirelerin kanıta dayalı uygulamalara ilişkin bilgi ve kullanım durumları ile HASKEÖ toplam ve alt boyut ortanca puanları karşılaştırıldı.

Hemşirelerin hemşirelikte kanıta dayalı uygulamalar terimini duyma durumları ile hemşire, sunum alt boyutları ve HASKEÖ toplam ortanca puanları arasında anlamlı fark olduğu belirlendi ($p<0,05$). Hemşirelikte kanıta dayalı uygulamalar terimini duymayan hemşirelerin ortanca puanlarının (hemşire: 2,62; ÇAA:0,66, sunum: 2,62; ÇAA:0,91, HASKEÖ toplam: 2,63; ÇAA:0,74), kanıta dayalı uygulamalar terimi duyan hemşirelerin ortanca puanlarına (hemşire: 1,87; ÇAA:0,75, sunum: 2,25; ÇAA:0,63, HASKEÖ toplam: 2,03; ÇAA:0,33) göre daha yüksek olduğu saptandı. Hemşirelerin hemşirelikte kanıta dayalı uygulamalar terimini duyma durumları ile uygulama ve araştırma alt boyutları arasında anlamlı fark olmadığı bulundu ($p>0,05$) (Tablo 16).

Hemşirelerin CAE'yi önlemeye yönelik kanıta dayalı uygulamaları uygulayabilme durumu ile hemşire alt boyutu ve HASKEÖ toplam ortanca puanları arasında anlamlı fark olduğu saptanmış olup ($p<0,05$), CAE'yi önlemeye yönelik kanıta dayalı uygulamaları uygulamayan hemşirelerin ortanca puanlarının (hemşire: 2,12; ÇAA:1,06, HASKEÖ toplam: 2,20; ÇAA:0,73), CAE'yi önlemeye yönelik kanıta dayalı uygulamaları uygulayan hemşirelerin ortanca puanlarından (hemşire: 1,87; ÇAA:0,63, HASKEÖ toplam: 2,03; ÇAA:0,27) daha yüksek olduğu belirlendi. Hemşirelerin CAE'yi önlemeye yönelik kanıta dayalı uygulamaları uygulayabilme durumu ile uygulama, araştırma ve sunum alt boyutları arasında anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 16).

Hemşirelerin araştırmalarından elde edilen sonuçları genel hemşirelik uygulamalarını gerçekleştirirken dikkate alma durumu ile HASKEÖ toplam ve alt boyutları arasında anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 16).

7. TARTIŞMA

Cerrahi alan enfeksiyonlarının birçok risk faktörünün önlenabilir olması nedeniyle cerrahi ekipte büyük rolü olan hemşireler uygulamaları ile cerrahi alan enfeksiyonu oranlarını önemli oranda azaltma gücüne sahiptir. Cerrahi alan enfeksiyonlarının azaltılması yatış sürelerinin kısılmasına, gereksiz maliyetlerin ortadan kalkmasına, hasta bakım kalitesi ve hasta memnuniyetinin artmasına, sağlık personelinin iş gücünün boşa gitmemesine katkı sağlayacaktır. Hemşireler bu konudaki bilgilerini güncellemeli, araştırma sonuçlarını bilmeli, rehberler önerisinde kanıta dayalı uygulamalarını gerçekleştirmelidir. Bu nedenle araştırmada hemşirelerin özellikle ameliyat öncesi dönemde cerrahi alan enfeksiyonlarını önlemeye yönelik kanıta dayalı uygulamalarına odaklanıldı ve karşılaştıkları engeller belirlenmeye çalışıldı.

Araştırmaya katılan hemşirelerin bazı sosyo demografik ve mesleki özellikleri incelendiğinde; yaş ortalamasının $38,42 \pm 5,49$ olduğu, %53,3'ünün meslekte çalışma yılının 17 yıl üzeri olduğu, %59,2'sinin cerrahi servisinde çalışma yılı 6 yıl ve altında olduğu belirlendi. Yava ve arkadaşları hemşirelerin araştırma sonuçlarını kullanmada karşılaştıkları engelleri belirlediği çalışmalarında hemşirelerin yaş ortalaması $31 \pm 5,86$ ve % 51,2 'sinin 11 yıl ve üzeri çalışma yılı olduğunu ve büyük çoğunluğunun (%42,2) cerrahi kliniklerde çalıştığını belirtmiştir (Yava ve ark. 2007). Buna göre bu iki çalışma hemşire popülasyonu açısından benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %77,5'inin CAE ile ilgili eğitim aldığı, %77,4'ünün hizmet içi eğitim sürecinde aldığı, %98,9'unun aldığı eğitimi çalışma yaşamında uyguladığını belirttikleri görüldü. Hasanoğlu'nun araştırmasında hemşirelerin % 83,7'sinin CAE ile ilgili eğitim aldığı; %90,6'sının bu eğitimi hizmet içi eğitim programlarına katılarak aldığı; %96'sının aldıkları eğitimi çalışma yaşamında kullandığı ifade edilmiştir. Pala'nın ameliyathane hemşireleri ile yaptığı araştırmasında ise hemşirelerin %69,1'nin CAE ile ilgili eğitim aldığı, %66,4'ünün bu eğitimi hizmet içi eğitim ile aldığı ifade edilmektedir. Sarı'nın da araştırmasında benzer sonuçlar elde ettiği belirlenmiştir (Pala 2010; Hasanoğlu 2013; Sarı 2018).

Araştırmalara bakıldığında hemşirelerin büyük çoğunluğunun CAE ile ilgili bilgileri hizmet içi eğitimler sayesinde edindiği belirlenmiştir. Hizmet içi eğitimler hemşirelerin bilgilerini güncellemek açısından çok önemli olduğu muhakkaktır. Ancak lisans ve yüksek lisans müfredatlarında CAE nlenmesine ilişkin hemşirelik girişimlerine daha fazla yer verilmesi, bilginin hizmet içi eğitim programlarıyla güncellenmesi yerinde olacaktır.

Araştırmada hemşirelerin cerrahi alan enfeksiyonları konusundaki bilgileri değerlendirildi, hemşirelerin %45,8'inin CAE tanımı ile ilgili doğru cevabı verdiği saptandı. Sarı benzer şekilde yaptığı çalışmada hemşirelerin % 38,7'sinin CAE tanımı ile ilgili soruya doğru yanıt verdiğini belirtmiştir (Sarı 2018).

Araştırmada hemşirelerin %95,8'inin CAE gelişiminde hastaya ait risk faktörleri sorusunda doğru seçeneğini işaretlediği, %92,5'inin CAE gelişiminde ameliyat öncesi döneme ait risk faktörleri sorusunda doğru seçeneğini cevapladığı saptandı. Sarının araştırmasında ise ameliyata ait risk faktörleri ile ilgili soruya hemşirelerin yalnızca %15,1'inin doğru yanıtı verdiği, hastaya ait risk faktörleri ile ilgili soruya yalnızca %14,1'inin doğru yanıtı verdiği saptanmıştır (Sarı 2018). Araştırmada hemşirelerin yapılan benzer çalışmalardan farklı olarak CAE tanımı ve risk faktörlerine ilişkin bilgilerinin doğru ve güncel olduğu belirlendi.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %95,8'i CAE'nin sonuçları ile ilgili soruya doğru cevabı vermiş, yine %95,8'inin cerrahi yaraların kontamasyon düzeyine göre hangisinin daha riskli olduğu ile ilgili soruya doğru cevabı vermiştir. Buna göre hemşirelerin CAE ile ilgili bazı temel bilgi düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır.

Hemşirelerin %91,7'sinin her durumda hijyenik el yıkama yaptığı, %93,3'ünün hijyenik el yıkama ile ilgili soruya doğru yanıt verdiği belirlenmiştir Dünya Sağlık rgt, beş durumda ellerin yıkanması gerektiğini bildirmiştir. Bunlar; hastayla temas etmeden önce, hastayla temas ettikten sonra, aseptik işleme başlamadan önce, hasta çevresine temastan sonra ve vücut sıvılarıyla temastan sonra şeklinde (Oğuz ve Kurutkan 2013). Hastaya ve kontamine olan materyale dokunduktan sonra eller hemen yıkanmalıdır (İlgün ve Ovayolu 2005). Hijyenik el yıkama uygulaması ile hastane enfeksiyonlarının yaklaşık %40'ının önüne geçilebilir (Oğuz ve Kurutkan 2013).. Pala'nın (2010) ameliyathane hemşireleri ile yaptığı çalışmada el yıkama ile ilgili sorusunda hemşirelerin %85,5'inin "Cerrahi el yıkama işlemini her zaman uygun süre ve teknikle yaparım" şeklinde ifade ettikleri görülmüştür. Benzer

şekilde Sarı (2018) da araştırmasında hemşirelerin çoğunluğunun hijyenik el yıkamayı uygun süre ve teknikle yaptığını belirlemiştir (Pala 2010; Sarı 2018).

Hemşirelerin %70,8'inin hastanın ameliyattan önce kalış süresinin iki gün ve altı olduğunu bildirdiği, %93,3'ünün hastanın ameliyattan önce hastanede kalış süresinin artmasının CAE riskini arttırdığını düşündüğünü belirtirken, benzer çalışmalara bakıldığında Atak (2009) CAE ile hastanede yatış süresi arasında anlamlı bir ilişki olduğunu, CAE gelişen hastaların hastanede daha uzun yattığını saptamıştır (Atak 2009).

Hemşirelerin %64,2'si cerrahi süreçte kan transfüzyonu uygulamasının, %90'ı cerrahi süreçte hastanın anemisinin olmasının, %94,2'si hastada hipoalbüminemi varlığının, %97,5'i ise ameliyattan önce kan şekerinin 180 mg/dl'nin üzerinde olmasının CAE riskini arttırdığını düşündüğü belirlendi. Hemşirelerin bu konuda bilgi düzeylerinin yüksek olması memnun edicidir.

Hemşirelerin %99,2'sinin ameliyattan önce diyabetik hastanın kan şekerini kontrol ettiği belirlendi. Sarı (2018) araştırmasında benzer şekilde hemşirelerin çoğunun diyabetik hastaların kan şekerini kontrol ettiklerini saptamıştır (Sarı 2018). Taş ve arkadaşları, diyabet ve kontrolsüz kan şekerinin CAE gelişme riskini arttırdığını saptamışlardır (Taş ve ark. 2013).

Hemşirelerin %62,5'inin ameliyat kararı alınır alınmaz sigarayı bırakmayı önerdiği, %95,8'inin sigara kullananların CAE riskinin daha yüksek olduğunu bildikleri saptanırken, benzer çalışmalarda da Sarı (2018) hemşirelerin çoğunun ameliyat öncesi dönemde sigaranın bırakılmasını önerdiği saptanmıştır. Literatürde sigara kullanan hastalarda CAE riskinin daha fazla olduğu ve yara iyileşmesinin daha geç olduğu belirtilmiştir (Kalkan 2017).

CDC ve AORN un önerilerine göre ameliyat öncesi kıl temizliğinde; kıllar ameliyata engel oluşturmuyorsa temizlenmemeli, kıl temizliği mümkün olduğunca ameliyattan hemen önce gerçekleştirilmeli, jilet kullanılmamalı, ETM veya tüy dökücü krem kullanılmalıdır (AORN 2016; Sandra 2017; Kalkan 2017). Araştırmada hemşirelerin kıl temizliği ile ilgili olarak; %73,3'ü ameliyat bölgesi temizliğinin evde yapıldığını, %47,5'i ameliyat bölgesi tıraşının ameliyattan önceki gün yapıldığını, %51,4'ü ameliyat bölgesi tıraşını hasta yakınının yaptığını, %58,3'ü ameliyat bölgesi tıraşını jiletle yapıldığını ifade etti. Benzer şekilde Pala (2010) hemşirelerin %50,9'u kıl temizliğinin ameliyata en yakın zamanda ve ameliyathanede yapıldığını, %65,5'inin temizleme işlemi için jilet kullanıldığını ve %55,5'inin işlemin

hizmetliler tarafından yapıldığını belirtmiştir (Pala 2010). Sarı'nın (2018) çalışmasında ise ameliyat öncesi dönemde ameliyat bölgesindeki kılların nasıl temizlendiği ile ilgili sorusuna hemşirelerin %25,1'i doğru yanıtı vermiştir (Sarı 2018). Bazı çalışmalarda, hastaların ameliyattan önce tıraş yapılmadan cilt hazırlığının yapılmasının CAE riskini arttırmadığı bildirilmiştir (İyigün ve ark. 2010).

Hemşirelerin %70'inin ameliyat öncesi dönemde antimikrobiyal profilaksi tedavisi uygulamadığı ve uygulayanların %52,8'inin şişman hastalarda antimikrobiyal profilaksi dozunun arttırıldığını ifade etti. Sarı (2018) araştırmasında hemşirelerin çoğunun profilaksi uygulama ve yenileme süresi ile ilgili doğru bilgiye sahip olmadıklarını saptamıştır (Sarı 2018). Buradan yapılan çalışmalarda ameliyat öncesi antimikrobiyal profilaksi uygulamaları her klinikte farklılıklar gösterdiği sonucuna varıldı. Literatüre göre sadece endikasyonu olan hastalara rehberlerde önerilen antibiyotikler verilmelidir (Öntürk ve Aslan 2010).

Araştırmada hemşirelerin, %55,8'i hastanesinde CAE'yi önlemeye yönelik bir protokol olduğunu, %71,7'sinin Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından eğitim ve denetimlerin düzenli yapıldığını bildirdiği, %97,5'inin Enfeksiyon Kontrol Komitesinin önerilerine uyduğu belirlenirken; Hasanoğlu'nun (2013) araştırmasında hemşirelerin %74,2'sinin EKK tarafından aktif sürveyans yapıldığı; %94,4'ünün EKK'nin önerilerine uyduğu görüldü (Hasanoğlu 2013). Yine bu çalışmada hemşirelerin %79,2'sinin belirli aralıklarla sağlık kontrolü yaptırmadığı belirlendi, Pala (2010) araştırmasında hemşirelerin %93,6'sının sağlık kontrollerinin yapılmadığı görülmüştür (Pala 2010). Buna göre EKK lerinin olması gereken eğitim ve denetimleri büyük ölçüde yaptığı, hemşirelerin EKK eğitim ve uygulamalarına çoğunlukla uyduğu ancak kendi sağlık kontrollerini ihmal ettikleri düşünülmektedir.

Hemşirelerin %80,8'inin hastaların ameliyat öncesinde duş aldığını belirttiği, 96,9'unun duşun şekline normal duş cevabını verdiği belirlenirken benzer çalışmalardan Sarı'nın (2018) araştırmasında da hemşirelerin yalnızca %21,8'i her zaman ameliyattan önce antiseptikli duş önerdiğini ifade etmiştir (Sarı2018). Ameliyattan önce duş ile ilgili belli bir prosedürün olmadığı gözlenmiştir. Webster ve Osborne 2015 yılındaki çalışmalarında, normal duş alan hastalarla antiseptik duş alan hastalar arasında CAE gelişimi açısından anlamlı bir fark olmadığını bildirmiştir (Kalkan 2017).

Araştırmada, hemşirelerin çoğunluğunun ameliyattan önce hastaların immunsupresif ilaç kullanım durumunu sorduğu belirlendi. Sarı (2010) ise çalışmasında hemşirelerin büyük bir çoğunluğunun kliniğe yatışı olan tüm hastaların ilaçlarını sorguladığını saptamıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin tamamı ameliyattan önce hastaların alerji durumunu sorguladıklarını ve ameliyattan önce hastanın herhangi bir enfeksiyonu olup olmadığını sorguladığını, %99,2'si ise hastada herhangi bir enfeksiyon belirtisi varsa bunu cerrahi ekiple paylaştığını belirtti. Bilindiği üzere planlı ameliyatlardan önce hastada enfeksiyon varlığı sorgulanması ve varsa tedavi oluncaya kadar ameliyatın ertelenmesi cerrahiye bağlı enfeksiyonların önlenmesi için oldukça önemlidir (Kalkan 2017).

Hemşirelerin genel olarak cerrahi alan enfeksiyonlarına ilişkin bilgi durumlarının Türkiye'de yapılan benzer çalışmaların sonuçlarına göre yüksek olduğu belirlendi. Bilgi durumlarının yüksek olması dolayısıyla ameliyat öncesi dönemde cerrahi alan enfeksiyonlarının önlenmesine ilişkin uygulamaları gerçekleştirme oranlarının da yüksek olmasını nedensel olarak ilişkilendirilmesine neden oldu. Daha önce de belirtildiği gibi klinik alanda çalışan hemşirelerin akademisyen hemşirelerle aynı çalışma ortamlarını paylaşması, çalışmanın yapıldığı kurumun eğitim ve araştırma hastanesi olması, kurumda hizmet içi eğitimlerde CAE çokça yer verilmesinin etkisi olduğu düşünüldü.

Araştırmaya dâhil edilen hemşirelerin kanıta dayalı uygulamalara ilişkin bilgileri değerlendirildiğinde; hemşirelerin %78,3'ünün hemşirelikte kanıta dayalı uygulamalar terimini duyduğu, %54,2'sinin CAE önlemeye yönelik kanıta dayalı uygulamaları uygulamadığı, %98,3'ünün ise kanıta dayalı uygulamaların hemşirelik mesleği açısından önemli olduğunu düşündüğü saptandı. Güvenç (2004) araştırmasında hemşirelerin %26,9'u kanıta dayalı uygulamaları duyduklarını, %19,2'si kanıta dayalı uygulamaları uyguladıklarını saptamıştır (Güvenç 2004).

Araştırmaya dâhil edilen hemşirelerin araştırma sonuçlarını kullanma durumları değerlendirildiğinde; %52,5'inin hemşirelik araştırmalarından elde edilen sonuçları genel hemşirelik uygulamalarını gerçekleştirirken dikkate aldığı ve dikkate almayan hemşirelerin %35,7'sinin neden olarak "yeterli zaman bulamama" seçeneğini işaretlediği belirlendi. Yava ve ark. hemşirelerin %63,6'sı "Hemşireler kendilerini, uygulamaları değiştirmek için yeterli güce sahip görmemektedir" maddesini, hemşirelerin %54'ü "İş yerinde araştırmaları okumak için yeterli zaman yok"

maddesini neden olarak göstermişlerdir (Yava ve ark. 2007). Buna göre bu benzer çalışma ile sonuçlar birbirini desteklemektedir (Yılmaz 2005).

Hemşirelerin araştırmaya ilişkin görüşleri değerlendirildiğinde; hemşirelerin araştırmaya yönelik olumlu görüşleri yansıtan ifadeler büyük oranla katıldıkları belirlendi. Alp Yılmaz (2006) araştırma sonuçlarında ise hemşirelerin %98'inin "Hemşirelikte araştırma sonucu ortaya konulmuş bilgilere ihtiyaç vardır.", %97,1'inin "Hemşirelik araştırmaları hemşirelik uygulamalarını geliştirir.", %95,7'sinin "Hemşirelik araştırmaları hemşirelikte profesyonelliğin gelişmesini sağlar." şeklinde cevap verdiği saptanmıştır (Alp Yılmaz 2006). Buna göre araştırma sonuçlarımız birbirine benzerlik göstermektedir. Hemşirelerin büyük çoğunluğunun araştırmalara yönelik olumlu ifadeleri olmasının mesleğimiz adına sevindirici olduğu düşünülmektedir. Hemşirelerin araştırmaların önemine inandıkları fakat bu konuda yeterli bilgiye sahip olmadıkları düşünülmektedir. Diğer benzer araştırmalarda bu görüşümüzü destekler niteliktedir (Yılmaz 2005; Öztürk ve ark. 2010).

Hemşirelerin araştırmaya yönelik olumsuz görüşleri yansıtan ifadeler daha az oranla katıldıkları saptandı. Alp Yılmaz (2006) araştırma sonuçlarında, hemşirelerin %28,7'sinin "Hemşirelik bir bakım mesleğidir, araştırmayla ilgilenmez.", %19,9'unun "Hemşirelikte yapılan araştırmalar hemşirelik bakımını iyileştirmez. Hemşire kendi bakımını kendisi geliştirecektir." %21,5'inin "Araştırmalar sadece hemşirelik eğitimiyle ilgilidir, hemşirelik uygulamasıyla ilgili değildir." Görüşünü bildirdiği belirtmiştir (Alp Yılmaz 2006). Araştırma sonuçlarımız benzerlik göstermektedir.

Araştırmada hemşirelerin meslekleriyle ilgili araştırma sonuçlarını kullanım durumlarının yanı sıra sonuçları kullanmada karşılaştıkları güçlükler de sorgulandı. Buna göre hemşirelerin karşılaştıkları engeller sırasıyla "Diğer personelin hemşireye araştırma sonuçlarını uygulamada kullanılması sırasında destek olmaması" (%58,3), "Araştırma makalelerinde istatistiksel analizlerin anlaşılır şekilde ifade edilmemesi" (%57,5), "Araştırma makalelerinin açık ve anlaşılır bir dilde yazılmamış olması" (%56,7), "Hemşirenin sahip olduğu olanakların, araştırma sonuçlarının hemşirelik uygulamalarına yansıtılmasına olanak sağlamaması"(%50,8) şeklinde belirlendi. Alp Yılmaz (2006) çalışmasında araştırmaların kullanılmamasında birinci engelleyici faktör "Araştırma makalelerine kolay ulaşılmaması" (%58,6), ikinci engelleyici faktör "araştırma makalelerinde istatistiksel analizlerin anlaşılır şekilde ifade edilmemesi" (%56,3), üçüncü engelleyici faktör "hemşirelerin araştırma

makalelerini okumak için yeterli zamanlarının olmaması” (%48,6) şeklinde bulmuştur. Bu sonuçlar benzer şekilde Demir ve arkadaşları (2012) yaptıkları çalışmada hemşirelerin karşılaştıkları ilk on engel arasında yer almaktadır (Demir ve ark. 2012). Bu sonuçlarda araştırmanın dili ve istatistik yorumu açısından anlaşılır olmadığının ifade edilmesi dikkat çekicidir (Alp Yılmaz 2006; Demir ve ark. 2012).

Araştırmada hemşirelerin araştırma sonuçlarını kullanmada karşılaştıkları engelleri değerlendirmek amacıyla “Hemşirelerin Araştırma Sonuçlarını Kullanımında Karşılaştıkları Engeller Ölçeği” kullanıldı. Ölçeğin alt boyut puanlarına bakıldığında; sırasıyla kurumun özellikleri, uygulama engelleri ve sınırlılıklarını içeren Uygulama Alt Boyutu $2,38\pm 0,75$; iletişim özellikleri ve araştırma sonuçlarına ulaşım Sunum Alt Boyutu $2,23\pm 0,55$; hemşirenin özellikleri, araştırma becerileri ve farkındalıklarını değerlendiren Hemşire Alt Boyutu $2,05\pm 0,64$, araştırmaların özellikleri ve kalitesine ilişkin görüşlerini içeren Araştırma Alt Boyutu puan ortalaması $1,93\pm 0,65$ olarak saptandı. Benzer bir çalışma olan Öztürk ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada ise hemşirelerin başta Hemşire Alt Boyutu olmak üzere ($2,53\pm 0,69$), sırasıyla Araştırma Alt Boyutu ($2,48\pm 0,76$), Kurum/Çalışma Ortamı Alt Boyutu ($2,46\pm 0,62$) ve Araştırma sunumu Alt Boyutunu ($2,45\pm 0,80$) engel olarak algıladıkları bildirilmiştir. Bu çalışmada hemşirelerin ölçekte yer alan maddelerin araştırma sonuçlarını kullanmada orta seviyede engel olarak algıladıkları bulundu. Yava ve arkadaşları (2007); Demir ve arkadaşları (2012), aynı ölçeği kullandıkları çalışmalarında benzer sonuçlar elde etmiştir (Yava ve ark. 2007; Demir 2012).

Araştırmada hemşirelerin “İşyerinde araştırmaları okumak için yeterli zaman yoktur” maddesini en önemli engel olarak algıladıkları belirlendi. Bu araştırmada diğer önemli engeller ise sırasıyla “İş yerinde yeni fikirleri uygulamak için yeterli zaman yoktur” “Aynı konuda yapılmış araştırma makaleleri tek bir yerde toplanmış değildir” “Uygulamalarda doktorlar işbirliği içinde değildir” ve “Hemşireler araştırma sonuçlarının uygulamalar için genellenebileceğine inanmamaktadır” şeklinde belirlendi. Öztürk ve arkadaşlarının çalışmasında “İşyerinde araştırmaları okumak için yeterli zaman yoktur” (%49,2) 3. en önemli engel olarak ifade edilirken ilk engel ise “araştırma sonuçlarının uygulamaya geçirilmesinde olanakların yetersiz olması” (%49,6) ve “hemşirelik alanına özgü bilgilerin toplandığı merkezi bir birimin bulunmaması” (%49,6) olarak belirlenmiştir. Belirlediğimiz bu beş engel,

Yava ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında ilk on engel arasında yer almaktadır. Bu açıdan Ülkemizde hemşirelerin araştırma sonuçlarını kullanma konusunda karşılaştıkları engeller benzerlik göstermektedir.

Hemşirelerin en önemli engel olarak algıladıkları ilk on maddenin altısının Uygulama, üçünün Sunum, birinin Hemşirelik Alt Grubu ile ilgili maddelerden oluştuğu görülmektedir. Çalışma bu açıdan Yava ve arkadaşlarının (2007) çalışmasına paralellik göstermektedir. Bu engellerin genellikle; zaman yetersizliği, ekip işbirliğinin yetersizliği ve hemşirelerin bilgi eksikliğinden kaynaklandığı belirlendi.

Hemşirelerin bazı kişisel ve mesleki özellikleri ile araştırma sonuçlarını kullanmada karşılaştıkları engeller karşılaştırıldığında; medeni durumları ile hemşirelerin iletişim özellikleri ve araştırma sonuçlarına ulaşım durumlarına ilişkin görüşlerini içeren Sunum Alt Boyutu ortanca puanları arasında anlamlı fark olduğu ve evli olan hemşirelerin bekâr olanlara göre daha çok engelle karşılaştığı belirlendi. Bu durum bekâr hemşirelerin araştırma sonuçlarına ulaşmaya daha çok zaman ayırabilmesiyle ilişkilendirildi. Ancak, hemşirelerin medeni durumları ile ölçeğin toplam puanı, Hemşire, Uygulama ve Araştırma Alt Boyutları ortanca puanları arasında anlamlı fark olmadığı saptandı.

Hemşirelerin meslekte çalışma yılı ile kurumun özellikleri ve uygulama engellerini içeren Uygulama Alt Boyutu ortanca puanları arasında anlamlı fark olduğu ve 17 yıldan daha az süreyle çalışan hemşirelerin, 17 yıldan daha uzun süre çalışan hemşirelere göre daha yüksek engel algısı olduğu bulundu. Ancak, çalışma sonuçlarımızdan farklı olarak, Öztürk ve arkadaşlarının (2010) yaptığı bir çalışmada hemşirelerin eğitim durumu, mesleki çalışma süresi, çalıştığı pozisyonu ile araştırma sonuçlarının kullanımı konusundaki engel algıları arasında bir ilişki saptanmadığı ifade edilmektedir (Öztürk ve ark. 2010). Yine başka bir çalışmada da hemşirelerin yaş, çalışılan klinik, eğitim durumu, çalışma süresi ve görev durumu ile araştırma sonuçlarını kullanmada karşılaşılan engeller arasında anlamlı fark olmadığı belirtilmektedir (Yava ve ark 2008). Bu bağlamda araştırma bulguları mesleki deneyim süresi ve medeni durum gibi değişkenlerin engel algısını etkilediğini gösteren önemli bir veridir.

Araştırmada, hemşirelerin diğer demografik özelliklerinden yaş grubu, cinsiyet, eğitim durumu ve birimde çalışma yılı ile ölçeğin toplam ve alt boyutları ortanca puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlendi.

Araştırmaya katılan hemşirelerden CAE ile ilgili eğitim almayanların, eğitim alanlara göre araştırma sonuçlarını kullanmada kurumun özellikleri, uygulama engellerini içeren Uygulama Alt Boyutunda daha fazla engelle karşılaştığı belirlendi. Yine araştırmada hemşirelerin hastanede CAE'yi önlemeye yönelik bir protokol olduğunu bilenlerin, protokol olmadığını söyleyenlere göre araştırma sonuçlarını kullanımında Uygulama Alt Boyutu ve toplam ölçek ortanca puanlarına bakıldığında engel algıları daha düşük bulundu. Bu sonuçlardan yola çıkarak, kurum kültüründe yerleşik bir CAE önleme protokolü varlığı, çalışanların konuya ilişkin bilgilerinin güncellenmesi amacıyla hizmet içi eğitimlerin verilmesi yani kurumun CAE yönelik tutumunun hemşirelerin araştırma sonuçlarını kullanmalarını etkilediği düşünülmektedir.

Hemşirelerden cerrahi süreçte kan transfüzyonu CAE riskini artırır doğru bilgisini seçenlerin yanlış bilenlere göre hemşirelerin araştırma sonuçlarını kullanımında karşılaştığı engeller ölçeğinin Hemşire, Araştırma, Sunum Alt Boyutları ve toplam ölçek ortanca puanları daha düşük bulundu, daha az engelle karşılaştıkları belirlendi.

Hemşirelerden kendi sağlık kontrollerini yaptırmadıklarını söyleyenlerin yaptırana göre Uygulama Alt Boyutu, Sunum Alt Boyutu ve toplam ölçek ortanca puanları kıyaslandığında daha çok engelle karşılaştıkları bulundu.

Hemşirelerden ameliyattan önce hastaların immunsupresif ilaç kullanım durumunu sorgulayanların engel algıları sorgulamayanlara göre Hemşire Alt Boyutu, Araştırma Alt Boyutu ve toplam ölçek ortanca puanları kıyaslandığında daha yüksek bulundu.

Hemşirelerden EKK tarafından eğitim ve denetimlerin düzenli olarak yapıldığını söyleyenlerin düzenli olarak yapılmıyor diyenlere göre engel algıları; Hemşire Alt Boyutu, Araştırma Alt Boyutu, Sunum Alt Boyutu ve toplam ölçek ortanca puanları kıyaslandığında daha düşük bulundu.

Hemşirelerden hastaların ameliyat bölgesi tıraşının ameliyattan önceki gün yapıldığını söyleyenlerin engel algıları ameliyattan hemen önce yapıldığını söyleyenlerden Uygulama Alt Boyutu ve toplam ölçek ortanca puanları kıyaslandığında daha yüksek bulundu. Bu durum, güncel araştırma sonuçlarını uygulamayan hemşirelerin engel algılarının yüksek olduğu sonucunu düşündürmektedir.

Hastalara ameliyat kararı alınır alınmaz sigarayı bırakmalarına ilişkin önerilerini sunan hemşirelerin diğerlerine göre; araştırma sonuçlarını kullanmada karşılaştıkları engel algılarının her alt boyutta daha yüksek olduğu belirlendi.

Hemşirelerden kanıta dayalı uygulamalar terimini duymayanların duyanlara göre engel algılarının; hemşirenin özellikleri, araştırma becerileri ve farkındalıklarını içeren Hemşire Alt Boyutu, iletişim özellikleri ve araştırma sonuçlarına ulaşım özelliklerini içeren Sunum Alt Boyutu ve toplam ölçek ortanca puanları kıyaslandığında daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$). Buradan yola çıkarak, kanıta dayalı uygulamalara ilgi duyan, farkındalığı olan ve bu konuda araştırma yaparak güncel bilgiye ulaşma isteği ve becerisi olan hemşirelerin araştırma sonuçlarını kullanmada daha az engel algısı olduğu söylenebilir.

Hemşirelerden CAE'yi önlemeye yönelik kanıta dayalı uygulamaları kliniklerinde uygulayamayanların uygulayabilenlere göre engel algılarının; Hemşire Alt Boyutu ve toplam ölçek ortanca puanları kıyaslandığında daha yüksek olduğu belirlendi.

Araştırmada ayrıca hemşirelerin araştırma sonuçlarının kullanımı konusundaki görüşleri açık uçlu bir soru ile değerlendirildi. Buna göre görüşlerin; kurumların araştırma sonuçlarına ulaşma konusunda destekleyici olması, hemşirelerin akademisyen hemşirelerin daha çok klinik ortamlarda bulunması, araştırmalarda kullanılan soru formlarının daha kısa ve anlaşılır olması gibi temel ana konularda yoğunlaştığı görülmektedir. Araştırmada kullanılan nicel soru formlarından elde edilen veriler ile bu sonuçlar birbirini destekler niteliktedir.

Kurumun cerrahi alan enfeksiyonlarının önlenmesi için bakım protokolleri hazırlamasının, bu protokollerin uygulanması konusundaki destekleyici tavrının ve hizmet içi eğitimlerin varlığının; kanıta dayalı önerileri uygulamalara yansıtma etkili faktörler olduğu düşünülmektedir.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada genel olarak şu sonuçlar elde edildi:

- Hemşirelerin % 83,7'sinin CAE ile ilgili eğitim aldığı; %90,6'sının bu eğitimi hizmet içi eğitim programlarına katılarak aldığı,
- Hemşirelerin genel olarak CAE tanımı ve risk faktörlerine ilişkin bilgilerinin doğru ve güncel olduğu,
- Hemşirelerin %78,3'ünün hemşirelikte kanıta dayalı uygulamalar terimini duyduğu, %54,2'sinin CAE önlemeye yönelik kanıta dayalı uygulamaları uygulamadığı, %98,3'ünün ise kanıta dayalı uygulamaların hemşirelik mesleği açısından önemli olduğunu düşündüğü,
- Hemşirelerin araştırma sonuçlarını kullanmada karşılaştıkları ilk üç engelin sırasıyla, “İşyerinde araştırmaları okumak için yeterli zaman yoktur”, “İş yerinde yeni fikirleri uygulamak için yeterli zaman yoktur” ve “Aynı konuda yapılmış araştırma makaleleri tek bir yerde toplanmış değildir” olduğu,
- Medeni durumları ile Sunum Alt Boyutu ortanca puanları arasında anlamlı fark olduğu ve evli olan hemşirelerin bekâr olanlara göre daha çok engelle karşılaştığı,
- Hemşirelerin meslekte çalışma yılı ile Uygulama Alt Boyutu ortanca puanları arasında anlamlı fark olduğu ve 17 yıldan daha az süreyle çalışan hemşirelerin, 17 yıldan daha uzun süre çalışan hemşirelere göre daha yüksek engel algısı olduğu,
- Hemşirelerden CAE ile ilgili eğitim almayanların, eğitim alanlara göre araştırma sonuçlarını kullanmada kurumun özellikleri, uygulama engellerini içeren Uygulama Alt Boyutunda daha fazla engelle karşılaştığı,
- Hastaların ameliyat bölgesi tıraşının ameliyattan önceki gün yapıldığını söyleyenlerin engel algıları ameliyattan hemen önce yapıldığını söyleyenlerden Uygulama Alt Boyutu ve toplam ölçek ortanca puanları kıyaslandığında daha yüksek olduğu,

- Hastalara ameliyat kararı alınır alınmaz sigarayı bırakmalarına ilişkin önerilerini sunan hemşirelerin diğerlerine göre; araştırma sonuçlarını kullanmada karşılaştıkları engel algılarının her alt boyutta daha yüksek olduğu,
- Hemşirelerden kanıta dayalı uygulamalar terimini duymayanların duyanlara göre engel algılarının; Hemşire Alt boyutu, Sunum Alt Boyutu ve toplam ölçek ortanca puanları kıyaslandığında daha yüksek olduğu belirlendi.
- Araştırma sonuçlarının kullanımı konusundaki görüşleri ise: kurumların araştırma sonuçlarına ulaşma konusunda destekleyici olması, hemşirelerin akademisyen hemşirelerin daha çok klinik ortamlarda bulunması, araştırmalarda kullanılan soru formlarının daha kısa ve anlaşılır olması gibi temel ana konularda yoğunlaştığı görüldü.

Bu sonuçlar doğrultusunda öneriler:

- CAE ile ilgili hizmet içi eğitimler belirli aralıklarla tekrarlanmalı, CAE konusuna lisans ve yüksek lisans müfredatlarında daha geniş yer verilmeli,
- Sağlık çalışanlarının kendi sağlık kontrollerini yaptırmaları teşvik edilmeli ve denetlenmeli,
- Ameliyat öncesi kıl temizliği ile ilgili güncel rehberler takip edilmeli, protokol oluşturulmalı ve denetlenmeli,
- Ameliyat öncesi hazırlık sırasında klinikler arasında AMP uygulaması, duş aldırılması ve glikoz takibi gibi uygulamalarda farklılıklar olduğu gözlemlendi, hastaneler ameliyat öncesi hazırlık protokolleri oluşturmalı,
- CAE'yi önlemek için hastaların hastanede kalış süreleri mümkün olduğunca kısaltılmalı,
- Hemşirelerin araştırma sonuçlarını ve kanıta dayalı uygulamaları kullanma konusundaki engeller belirlenmeli, hastane yönetimi tarafından bu engeller ortadan kaldırılmalı ve hemşireler desteklenmeli,
- Akademisyenlerle klinik hemşireleri birlikte daha çok çalışma yapmalı ve birbirlerini desteklemelidir.

9. KAYNAKLAR

Acar A. Cerrahi Alan İnfeksiyonları. Klinik Dergisi. 2007; 2: 35-46.

Alan M. S. Hastane İnfeksiyonlarından Korunmada Birimlerin Yapılanma Havalandırma Temizleme ve Dezenfeksiyon Esasları. Hastane Enfeksiyonları: Korunma ve Kontrol Sempozyum Dizisi. 2008; 60: 121-137.

Alp Yılmaz F. Hemşirelerin Araştırmaya ve Araştırmaların Kullanımına İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Yard. Doç. Dr. H. Tel) Sivas, 2006.

American Operating Room Nurses (AORN). Guideline For Sharps Safety. 2016; 417-434.

American Operating Room Nurses (AORN). Guideline For Prevention of Transmissible Infections. 2016; 471-497.

American Operating Room Nurses (AORN). Guideline For Preoperative Patient Skin Antisepsis. 2016; 41-59.

American Operating Room Nurses (AORN). Guideline For Prevention of Unplanned Patient Hypothermia. 2016; 531-547.

Arın H. Genel Cerrahi Kliniğinde Safra Kesesi ve Kolon Operasyonu Uygulanan Hastalarda Cerrahi Alan Enfeksiyonlarını Önlemeye Yönelik Enfeksiyon Kontrol Önlemlerin Uyumun Tespiti ve Geribildirim- Bilgilendirme Çalışmalarının Cerrahi Alan Enfeksiyonları Üzerine Etkisi. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi (Danışman: Prof. Dr. E. Alp). Kayseri, 2012.

Arslan N. Ç. Triklosan Kaplı Dikişlerin Cerrahi Alan Enfeksiyonu Üzerine Etkisi: Tek Kör Randomize Kontrollü Çalışma. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi (Danışman: Prof. Dr. S. Saydam) İzmir, 2013.

Atak G. İntraoperative Süreçte Steril Alana Etkisi Olan Faktörler ve Postoperative Cerrahi Alan İnfeksiyonu. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Prof. Dr. B. Yürügen). İstanbul, 2009.

Aygin D. Ameliyat İçin Tüy Temizliği. 2. Ulusal Sterilizasyon Ameliyathane Dezenfeksiyon Kongre Kitabı 2014; 107-111.

Ayhan Y. “Kanıtı Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği”nin Türkçe’ye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Prof Dr. G. Kocaman) İzmir, 2013.

Ay B. Genel Cerrahi Anabilim Dalında Cerrahi Alan İnfeksiyonu Surveyansı. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi (Danışman: V. Avkan Oğuz) İzmir, 2010.

Aygin D, Marul F. Cerrahi Alan Enfeksiyonu Tanımlarında Yenilikler ve Ameliyat Öncesi Tüy Temizliğinde Güncel Uygulamalar. Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi. 2016; 3: 28-36.

Bayın G. Kanıtı Dayalı Yaklaşım ve Sağlık Politikası. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi. 2012; 1(2): 115-132.

Belda FJ, Aguilera L, Garcia de la Asuncion J, et al. Supplemental perioperative oxygen and the risk of surgical wound infection: a randomized controlled trial JAMA. 2005; 26: 294-310.

Belkin, N. Do Barrier Drapes Reduce Surgical Site Infections. Infection Control Hospital Epidemiology. 2007; 28: 557-563.

Beverly F. Contextual Factors Influencing Research Use In Nursing. *Worldviews on Evidence- Based Nursing* 2005; 2(4): 172-182.

Bischoff WE et al. Preventing the Airborne Spread of Staphylococcus aureus by Persons with the Common Cold: Effect of Surgical Scrubs, Gowns, and Masks. *Infection Control Hospital Epidemiology*. 2007; 28: 1148-1154.

Blumetti J, Luu M, Sarosi G, et al. Surgical site infections after colorectal surgery: do risk actors vary depending on the type of infection considered? *Surgery*. 2007; 142: 704-715.

Bozfakioğlu Y. Cerrahi alan enfeksiyonlarında patogenez ve sınıflama. *Hastane Enfeksiyonları Dergisi* 2001; 5: 91-95.

Brown CE, Ecoff L, Kim SC, Wickline MA, Rose B, Klimpel K. Multi-institutional Study of Barriers to Research Utilisation and Evidence Based Practice Among Hospital Nurses. *Journal of Clinical Nursing*. 2010; 19 (13-14): 1944-1955.

Casanova JF, Herruzo R, Diez J. Risk Faktörs for Surgical Site. *Infection in Children. Infection control and hospital epidemiology*, 2006; 27: 709-724.

Cliska DK et al. Resources to Enhance Evidence-based Nursing Practice. *AACN*, 2001; 12 (4): 520-528.

Çam R. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Cerrahi Alan Enfeksiyonlarının İrdelenmesi ve Enfeksiyon Risk Faktörlerinin Belirlenmesi. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi (Danışman: Prof. Dr. M. Namıduru). Gaziantep, 2011.

Çavuşoğlu H. Oral Mukozit Yönetiminde Kanıta Dayalı Hemşirelik. *Türkiye Klinikleri* 2007; 27(3): 398-406.

Çelik Ü, Parsak C, Aksaray N. Cerrahi Alan Enfeksiyonlarından Korunma. *Çocuk Enfeksiyonları Dergisi* 2007; 1: 102-110.

Darouiche RO, Wall MJ Jr, Itani KM, Otterson MF, Webb AL, Carrick MM, Miller HJ, Awad SS, Crosby CT, Mosier MC, Alsharif A, Berger DH. Chlorhexidine-alcohol versus povidone-iodine for surgical site antisepsis. *N Engl J Med* 2010; 362(1): 18-26.

Değirmenci AK. Standart Hasta Isıtma Protokolünün Normotermi ve Cerrahi Alan Enfeksiyonları Üzerine Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi (Danışman: Prof. Dr. M. C. Terzi). İzmir, 2016.

Delgado-Rodri'guez M et al. From the Indices of Surgical Site Infection Risk and Prediction of Other Adverse Outcomes During Hospitalization. *Infect Control Hospital Epidemiology*. 2006; 27: 825-828.

Demir Y, Ak B, Çıtak Bilgin N, Efe H, Albayrak E, Çelikpençe Z, Güneri N. Hemşirelik Uygulamalarında Araştırma Sonuçlarının Kullanımındaki Engeller ve Kolaylaştırıcı Faktörler. *Çağdaş Tıp Dergisi* 2012; 2(2): 94-101.

Dronge AS, Perkal MF, Kancir S, Concato J, Aslan M, Rosenthal RA. Long-term glyceimic control and postoperative infectious complications. *Arch Surg* 2006; 141(4): 375-380.

Dramalı A. Hastane Enfeksiyonlarının Önlenmesinde Önemli Bir Etken: Merkezi Sterilizasyon Ünitesi. 5. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu Kitabı. 2002.

Duran A. Cerrahi Alan İnfeksiyonları Risk Faktörleri Prospektif Klinik Çalışma. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi (Danışman: Prof. Dr. H. Gülay). İzmir, 2009.

Ducel G, Fabry J, Nicolle L (Eds). Prevention of hospital-acquired in fections A practical guide, 2nd edition. 2002; 40: 75-79 (<http://www.who.int/emc>).

Edmiston CE, Candace J, Krepel Gary RS. and William, GJ. Anaerobic Infections in the Surgical Patient: Microbial Etiology and Therapy Infection Control Hospital Epidemiology. 2006; 27: 958-963.

Erbil Y. Yara İyileşmesi. İçinde: Kalaycı G, (eds.). Genel Cerrahi. 1. Baskı, Nobel Tıp Kitapevleri: İstanbul; 2002, s: 51-60.

Erol S. El Antiseptisi, Cerrahi El Antiseptisi El Hijyeninde Kullanılan Solusyonlar ve Yumuşatıcılar. 6. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi, Kongre Kitabı. Antalya; 2009, s: 443-453.

Fabis F. An Outbreak of Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus Surgical-Site Infections Initiated by a Healthcare Worker With Chronic Sinusitis. Infection Control Hospital Epidemiology. 2005; 26: 213-215.

Findlay SS, Biddle KG. Understanding How Organizational Culture Hapes Research Use. JONA 2005; 35(7/8): 359-365.

Fry DE. Surgical Site Infection: Pathogenesis and Prevention. 2003 <http://cme.medscape.com>. (Erişim Tarihi: 10.10.2018).

Günaydın M. Cerrahi Alan Enfeksiyon Rehberindeki Yenilikler. 2. Ulusal Sterilizasyon Ameliyathane Dezenfeksiyon Kongre Kitabı 2014; 44-51.

Küçukkaya Güner P. Psikiyatri Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Uygulama. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2010; 1(3): 128-132.

Gülay Z. Hastane İnfeksiyonları ve Önemi. VIII. Ulusal Tesisat Mühendisliği Kongre Kitabı. 2007; 565-569.

Güvenç G. Doğum Eylemi Sürecinde Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamalarının Tanımlanması ve Değerlendirilmesi. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Prof. Dr. N. İnanç) Ankara, 2004.

Hasanoğlu S. Cerrahi Servisinde alışan Hemşirelerin, Cerrahi Alan İnfeksiyonlarına İlişkin Bilgi ve Uygulamaları. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Prof Dr. N. Akyolcu). İstanbul, 2013.

Hennessey DB, Burke JP, Ni-Dhonochu T, Shields C et al. Preoperative hypoalbuminemia is an independent risk factor for the development of surgical site infection following gastrointestinal surgery: a multi-institutional study. *Ann.Surg.* 2010 ; 252(2): 325-334.

Horgan MA, Piatt JH. Shaving the scalp may increase the rate of infection in CSF shunt surgery. *Pediatric Neurosurgery* 1997; 26: 180-184.

Horan TC, Andrus M, Dudeck MA. CDC/NHSN surveillance definition of health care–associated infection and criteria for specific types of infections in the acute care setting *Am J Infect Control.* 2008; 36: 309-341.

Institute for Healthcare Improvement (IHI). CATS Poster for Surgical Site Infection Intervention. http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/CATS_Poster_for_Surgical_Site_Infection_Intervention.aspx (Erişim tarihi: 24.03.2019).

Ingersoll GL. Evidence-Based Nursing: What It Is And What It Isn't? *Nursing Out-look.* 2000; 48 (4): 151-152.

İlgün S, Ovayolu N. Yoğun Bakım Ünitelerinde Görülen Hastane Enfeksiyonları ve Alınması Gereken Önlemler. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi.* 2005; 9(1): 14-19.

İyigün E, Ayhan H, Taştan S, Köse G. Kraniyal Cerrahide Tıraşsız Cilt Hazırlığının Cerrahi Alan Enfeksiyonu Gelişimine Etkisi: Sistematik İnceleme. *Journal of Neurological Sciences [Turkish].* 2010; 27(2): 185-196.

Kalkan N, Karadağ M. Cerrahi Alan Enfeksiyonlarını Önlemede Güncel Yaklaşımlar ve Hemşirelere Yönelik Önleme Girişimleri Algoritması. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017; 6(4): 280-289.

Kara E. Cerrahi Alan İnfeksiyonları ve Cerrahide Antibiyotik Profilaksisi. Sağlıkta Birikim Dergisi. 2009; 1 (4): 28-32.

Keskin V. Sezaryen Operasyonu Sonrası Cerrahi Alan Enfeksiyonu Gelişen Hastalar İle Enfeksiyon Gelişmeyen Hastalarda Risk Faktörlerinin Karşılaştırılması. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıpta Uzmanlık Tezi (Danışman: Doç Dr. R. Narin) Adana, 2017.

Kılıç A, Abbasoğlu O. Cerrahi Alan Enfeksiyonları: Giriş ve Tanımlar. Hastane İnfeksiyonları Dergisi. 2001; 5: 63-68.

Klevens RM, Edwards JR, Richards CL. et al. Estimating health care-associated infections and deaths in U.S. hospitals. Public HealthRep. 2007; 122(22): 160-166.

Kocaman G. Hemşirelikte Kanıta Dayalı Uygulama. İçinde: Can G, (eds.). Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Semptom Yönetimi Kitabı, 3P-Pharma Publication Planning, Mavi İletişim Danışmanlık AŞ Medikal Yayıncılık: 2007, s: 3-11.

Kocaman G. Hemşirelikte Kanıta Dayalı Uygulama. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2003; 2: 61-69.

Konuşkan M. Bir Genel Cerrahi Kliniğinde Antibiyotik Profilaksi Uygulamalarının Gözlenmesi ve Cerrahi Alan Enfeksiyonuna Etkili Risk Faktörlerinin Belirlenmesi. On Dokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi (Danışman: Prof. Dr. H. Leblebicioğlu). Samsun, 2012.

Krugman M. Evidence-Based Practice: The Role of Staff Development. J for Nurses in Staff Development. 2003; 19 (6): 279–285.

Leaper DJ. Operating Theatre Discipline, Proceedings From Surgical Infection. School Held at The Royal Collage of Surgeons of England. 2003; 1: 129-59.

Lucha PA, Wallace D, Pasque C, Brickhouse N, Olsen D, Styk S, Dortch M, Beckman WA. Surgical wound morbidity in an austere surgical environment. Mil Med. 2000; 165(1): 13-17.

Malone DL, Genuit T, Tracy JK, Gannon C, Napolitano LM. Surgical Site Infections: Reanalysis of Risk Factors. Journal of Surgical Research. 2002; 103: 89-95.

Mangram AJ, Horan TC, Pearson ML, Silver LJ, Jarvis WR. Guideline for prevention of surgical site infection. Infect Control Hospital Epidemiol 1999; 20: 247-278

Marul F. Cerrahi Öncesi Farklı İki Tüy Temizleme Yönteminin Cerrahi Alan Enfeksiyonlarına Etkisinin Değerlendirilmesi. Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Doç. Dr. D. Aygin). Sakarya, 2016.

Melling AC, Ali B, Scott EM, Leaper DJ. Effects of preoperative warming on the incidence of wound infection after clean surgery: a randomised controlled trial Lancet 2001; 358(9285): 876-880.

O'Grady NP. Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections Weinstein. Clinical Infectious Diseases. 2002; 35: 1281-1307.

Oğuz B, Kurutkan MN. Hastane Kaynaklı Enfeksiyonları Azaltmanın Altın Kuralı El Hijyeni: Kamu ve Özel Hastane Karşılaştırılması. Konuralp Tıp Dergisi. 2013; 5(2): 36-42.

Ökke D. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği'nde Gelişen Cerrahi Alan İnfeksiyonlarının Risk Faktörleri ve Maliyetinin Değerlendirilmesi. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi (Danışman: Yrd. Doç. Dr. S. Saçar). Denizli, 2008.

Ölmez T. Abdominal Fasya Kapatmada Kullanılan Triklosan Kaplı Dikiş Materyalinin Cerrahi Alan Enfeksiyonu Üzerine Etkisi. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi (Danışman: Prof. Dr. T. Çolak). Mersin, 2014.

Öntürk ZK, Aslan FE. Ameliyat Sırasında Çocukları Bekleyen Tehlike: Cerrahi Alan Enfeksiyonları ve Kanıt Temelli Önlemler. 2010; 4: 29-33.

Öztürk A, Kaya N, Ayık S, Uygur E, Cengiz A. Hemşirelik Uygulamalarında Araştırma Sonuçlarının Kullanımında Engeller. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 2010; 18 (3): 144-155.

Öztürk R. Türkiye’de Enfeksiyon Kontrolü ile İlgili Son Gelişmeler. ANKEM Dergisi 2011; 25(2): 9-16.

Özçimen E. Elektif Kolorektal Cerrahi Hastalarında Antibiyotikli Serum İle Yapılan Periton İrrigasyonunun Cerrahi Alan Enfeksiyonu Üzerine Etkisi. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi (Danışman: Prof Dr. C. Yeğen). İstanbul, 2013.

Pala N. Ameliyathane Kaynaklı Cerrahi Alan İnfeksiyonlarından Korunmada Ameliyathane Hemşirelerinin Aldıkları Önlemler. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Yard. Doç. Dr. N. Akyüz). İstanbul, 2010.

Rosenthal VD. Infect Control Hosp. Epidemiol 2013; 34: 597-604.

Sarı P. Cerrahi Alan Enfeksiyonlarının Önlenmesinde Hemşirelerin Tutum ve Davranışlarının Belirlenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi C. Dönmez) İzmir, 2018.

Sandra I. Centers for Disease Control and Prevention Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection, 2017. JAMA Surgery. 2017; 152 (8): 784-791.

Sepit D. Cerrahi Bölge Enfeksiyonlarını Azaltma Amaçlı Ameliyat Öncesi Tüy Temizleme Uygulaması. Hemşirelikte Eğitim Araştırma Dergisi. 2007; 4(2): 16-20.

Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA)/ Infectious Diseases Society of America (IDSA) Guidelines. Anderson DJ, Podgorny K, Torres SIB, Bratzler DW, Dellinger P, Greene L, Nyquist AC, Saiman L, Yokoe DS, Maragakis LL, Kaye KS. Strategies to Prevent Surgical Site Infections in Acute Care Hospitals: Infect Control Hosp Epidemiol 2014; 35(6): 605-627.

Suchitra JB, Lakshmidēvi N. Surgical Site Infections: Assessing Risk Factors, Outcomes and Antimicrobial Sensitivity Patterns. African Journal of Microbiology Research. 2009; 3(4): 175-179.

Stetler CB. Updating the Stetler Model of Research Utilization to Facilitate Evidence-Based Practice. Nursing Outlook. 2001; 49: 272-279.

Şardan YÇ. Hastane enfeksiyonları: Dünya’da ve Türkiye’de Mevcut Durum ve Yeni Hedefler. ANKEM Dergisi 2010; 24(2): 120-122.

Şenol G, Özürk T. Bir Eğitim Hastanesinin Cerrahi ve Ameliyathane Personelinde Staphylococcus Aureus Taşıyıcılığı. Türk Mikrobiyoloji Cemiyeti Dergisi. 2003; 33: 47-51.

Taş S, Yazıcı D, Dönmez AA, Tunçer EY, Adademir T, Yanartaş M, Sunar H. Açık Kalp Cerrahisi Hastalarında Diyabet ve Kan Glukozu Kontrolünün Cerrahi Alan Enfeksiyonları Üzerine Etkisi. Koşuyolu Kalp Dergisi. 2013; 16(3): 199-204.

Tanner J, Norrie P, Melen K. Preoperative hair removal to reduce surgical site infection. Cochrane Database Syst Rev. 2011; 9(11): CD004122.

Talbot, T.R. ve Schaffner, W. Relationship Between Age and the Risk Of Surgical Site Infection: A Contemporary Reexamination of a Classic Risk Factor. The Journal of Infectious Diseases. 2005; 191.1032–5.

Tayran N. Cerrahi Alan Enfeksiyonlarından Korunma. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Hastane Enfeksiyonları: Korunma ve Kontrol Sempozyum Dizisi 2008; 60: 181-192.

Tammelin A, Klötz F, Hambræus A, Ståhle E, Ransjö U. Nasal and Hand Carriage of Staphylococcus Aureus in Staff at a Department for Thoracic and Cardiovascular Surgery: Endogenous or Exogenous Source. Infection Control Hospital Epidemiology. 2003; 24: 686-689.

Temel A.B, Ardahan M. Hemşirelik Araştırmalarının Kullanımı, Engeller ve Araştırma Kullanımında Değişim Modelleri. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 2011; 3: 63-70.

Telli G. Kardiyotorasik Cerrahi Sonrası Cerrahi Alan Enfeksiyonları İnsidansı ve Risk Faktörlerinin Araştırılması. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi (Prof. Dr. F. Aktaş). Ankara, 2014.

Terzi C. Cerrahi Alan İnfeksiyonları. Ankem Dergisi. 2006; 20(3): 187-193.

Titia, E.M. ve ark. Surveillance for Hospital-Acquired Infections on Surgical Wards in a Dutch University Hospital. Infection Control Hospital Epidemiology. 2004; 24. 584-590.

Tüzün B. Apendektomilerde Steril Yapışkan Örtülerin Kullanımı. Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi 2004; 15(3): 144-150.

T.C. Resmi Gazete. Hemşirelik Yönetmeliği. 8 Mart 2010. Sayı:27515

Ural S, Coşkun NA, Yurtsever SG. Cerrahi Alan İnfeksiyonları. İzmir Atatürk Eğitim Hastanesi Tıp Dergisi 2008, 46(3): 10-16.

Uzunköy A. Cerrahi Alan Enfeksiyonları: Risk Faktörleri ve Önleme Yöntemleri. Ulusal Travma Dergisi. 2005; 269-281.

Uzunköy A. Cerrahi Alan İnfeksiyonlarında Ameliyathanenin Rolü. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2004; 38- 47.

Uzunköy A. Cerrahi Alan Enfeksiyonlarını Önlemeye Yönelik Kılavuz. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2006; 3(3): 92-95.

Webster J, Osborne S. Preoperative bathing or showering with skin antiseptics to prevent surgical site infection. Cochrane Database Syst Rev. 2012; 12(9): CD004985.

Whitehouse JD, Friedman ND, Kirkland KB et al. The impact of surgical siteinfections following orthopedic surgery at a community hospital and universityhospital: Adverse quality of life, excess length of stay and extra cost. InfectControl Hosp Epidemiol 2002; 23: 183-192.

World Health Assembly (WHA), Hemşirelik ve Ebeliğin Güçlendirilmesi Sekretarya Raporu 56. Dünya Sağlık Asamblesi, Geçici Gündem Maddesi. Çeviren: G. Telatar. 14.11,A56/19, 2Nisan 2003. (<http://ww.un.org.tr/who/WHA/hemsire.htm>)

Wong PF, Kumar S, Bohra A, Whetter D, Leaper DJ. Randomized clinical trial of perioperative systemic warming in major elective abdominal surgery. Br J Surg 2007; 94(4): 421-426.

Yava A, Tosun N, Çiçek H, Yavan T, Terakye G. Hemşirelik Araştırmalarının Sonuçlarını Kullanımında Engeller Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenirliliği. Gülhane Tıp Dergisi 2007; 49: 72-80.

Yava A, Çiçek H, Tosun N, Yanmış N, Koyuncu A, Güler A, Albayrak N. Kardiyoloji ve Kalp Damar Cerrahisi Hemşirelerinin Araştırma Sonuçlarını Kullanmalarını Etkileyen Faktörler. Anatol J Clin Investig. 2008; 2(4):160-166.

Yıldırım G. Ö. Cerrahi Alan Enfeksiyonları ve Korunma İlkeleri. İçinde: Yavuz van Giersbergen M, Kaymakçı Ş, (eds.). Ameliyathane Hemşireliği. 1. basım. Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireleri Derneği Meta Basım Matbaacılık: İzmir; 2015, s:445-456.

Yılmaz G, Caylan R, Aydın K, Topbas M, Koksal İ. Effect of education on the rate of and the understanding of risk factors for intravascular catheter-related infections. Infect Control Hosp Epidemiol 2007; 28(6): 689-694.

Yılmaz M. Hemşirelik Bakım Hizmetinin Kalitesini Geliştirme Yolu Olarak Kanıta Dayalı Uygulama. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2005; 9 (1): 41-48.

Youngblut JM. Brooten D. Evidence- Based Nursing Practice: Why is it Important. AACN. 2001; 12 (4): 468-476.

<http://www.cdc.gov/HAI/ssi/ssi.html> (Erişim Tarihi: 10.1.2019).

<http://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/9pscsci-current.pdf> (Erişim Tarihi: 10.1.2019).

<http://www.klimik.org.tr> (Erişim Tarihi: 05.06.2019).

http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/CATS_Poster_for_Surgical_Site_Infection_Intervention.aspx (Erişim tarihi:24.03.2019).

https://www.researchgate.net/publication/330089280_CERRAHI_ALAN_ENFEKSIYONU_SURVEYANSI (Erişim Tarihi: 01. 12. 2018).

10. EKLER

10.1. EK 1. MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ YÖNETİM KURULU KARARI



I.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÖNETİM KURULU KARAR ÖRNEĞİ

Karar Tarihi	Toplantı Sayısı	Karar Sayısı
12.07.2018	26	23

Karar 5- Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği 131359002 numaralı tezli yüksek lisans programı öğrencisi Aysun KARACA'nın tez konusunun etik kurul onayı alınması kaydı ile "Hemşirelerin Ameliyat Öncesi Dönemde Cerrahi Alan Enfeksiyonlarını Önlemeye Yönelik Kanıta Dayalı Uygulamaları ve Karşılaştıkları Engeller" olarak belirlemesine OY BİRLİĞİ ile karar verildi.

e-imzalıdır Prof. Dr. Ayşe AKTAŞ Enstitü Müdürü		
Katılmadı Doç. Dr. Elgin TÜRKÖZ ULUER Müdür Yardımcısı		e-imzalıdır Prof. Dr. Necip KUTLU Üye
Katılmadı Prof. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ Üye		e-imzalıdır Doç. Dr. Murat TAŞ Üye
	e-imzalıdır Aynur PALAMUTÇUOĞLU Enstitü Sekreteri Raportör	

Aslı Gibidir
17/07/2018


Aynur PALAMUTÇUOĞLU
Enstitü Sekreteri

**10.2. EK 2. MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP
FAKÜLTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK İZİNİ**

T.C.
Manisa Celal Bayar Üniversitesi
Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu
Karar Formu

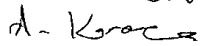
KARAR TARİH / NO	01 / 08 / 2018 / 20.478.486 -				
ARAŞTIRMANIN ADI	Hemşirelerin Ameliyat Öncesi Dönemde Cerrahi Alan Enfeksiyonlarını Önlemeye Yönelik Kanıt Dayalı Uygulamaları ve Karşılaştıkları Engeller				
SORUMLU ARAŞTIRMACI	Dr. Öğr. Üyesi Dilek ÇEÇEN - MCBÜ Sağlık Bilimleri Fak.				
ARAŞTIRMA EKİBİ	Hemşire Aysun KARACA				
ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/>	YÜKSEK LİSANS--DOKTORA-TEZİ <input checked="" type="checkbox"/>	AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>		
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	16 / 07 / 2018 / Tarih ve 33593 sayılı; araştırma dosyası				
KARAR BİLGİLERİ	Araştırma dosyası incelenmiş, bilimsel ve etik açıdan UYGUN olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.				
Unvan/Adı/Soyadı	Araştırma ile İlgili Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye	Unvan /Adı /Soyadı	Araştırma ile İlgili Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye
Prof. Dr. Zeki ARI Tıbbi Biyokimya AD	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doç. Dr. Serdar TOK Spor Bilimleri Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Murat DEMET Psikiyatri AD	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dr. Öğr. Üyesi Selim ALTAN Tıp Tarihi ve Etik AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Betül ERSOY Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dr. Öğr. Üyesi Nurgül Güngör TAVŞANLI Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Beyhan Cengiz ÖZYURT Halk Sağlığı AD	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mukaddir YILMAZER Avukat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Tuğba ÇAVUŞOĞLU Farmakoloji AD	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sivil Üye Hüseyin TUNÇAY	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Etik Kurulumuzun kararı yukarıda belirtilmiştir. <u>Araştırmanız Her Hangi Bir Aşamada Etik Kurulumuzun "İzleme - Denetleme" Görevi Gereği Lüzumu Halinde Haberli / Habersiz Olarak Denetlenebilir.</u> Araştırma Başvuru Formunun Taahhütname - Bölüm E kısmında belirtilmiş olan hususların dikkate alınarak istenilen bilgilerin Etik Kurulumuza zamanında iletilmesi konusunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.</p>					
<p>-10- Prof. Dr. Zeki ARI Başkan</p>					

**10.3. EK 3.İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ ATATÜRK
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ TEZ ÇALIŞMA İZİNİ**

 T.C. Sağlık Bakanlığı İZMİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ	İZMİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ	Kod	EAGK-FR-01
		Yayın Tarihi	27.05.2013
	ARAŞTIRMA ÖN İZİN / İZİN BELGESİ	Rev. No/Tarihi	02/ 16.11.2016
		Sayfa	1/2


**İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ**

Araştırmamı Kurumunuzda yapabilmem için gerekli ön iznin / iznin verilmesi hususunda, gereğini arz ederim.


Ad Soyad: Aysun KARACA
Tarih: 12.09.2018
İmza: 

Araştırmamın;

Adı:	Hemşirelerin Ameliyat Öncesi Dönemde Cerrahi Alan Enfeksiyonlarını Önlemeye Yönelik Kanıta Dayalı Uygulamaları ve Karşılaştıkları Engeller
Amacı:	Bu araştırma cerrahi klinik hemşirelerinin cerrahi alan enfeksiyonlarını önlemeye yönelik kanıta dayalı uygulamalarının belirlenmesi ve bu uygulamalarında karşılaştıkları engellerin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.
Yöntemi:	Bu araştırma cerrahi hemşirelerinin, cerrahi alan enfeksiyonlarından korunmada ameliyat öncesi dönemde kanıta dayalı uygulamalarının ve bunları uygularken karşılan engellerin değerlendirilmesi amacıyla planlanmış kesitsel tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Araştırmamın evrenini İzmir Katip Çelebi Üniversitesi

	İZMİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ	<i>Kod</i>	EAGK-FR-01
			<i>Yayın Tarihi</i>
	ARAŞTIRMA ÖN İZİN / İZİN BELGESİ	<i>Rev. No/Tarihi</i>	02/ 16.11.2016
		<i>Sayfa</i>	2/2

	<p>Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Cerrahi Kliniğinde Çalışan hemşireler (N=132) oluşturacaktır. Bu çalışmada örneklem seçme tekniği kullanılmayacak, araştırmanın evreni örneklem (n=132) olarak alınacaktır. Araştırmaya kurum izinleri ve etik kurul onayı alındıktan sonra başlanacaktır. Araştırma verileri, yasal izinler alındıktan sonra araştırmaya kabul edilme ölçütlerine uygun olan hemşirelerden yüz yüze görüşülerek anket yöntemi ile toplanacaktır.</p> <p>Verilerin toplanması için;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemşire Tanıtım Formu, - Cerrahi Alan Enfeksiyonlarını Önlemeye Yönelik Girişimleri Değerlendirme Formu, - Hemşirelerin Araştırmaların Kullanılmasına İlişkin Görüşlerini Belirleme Anketi - Hemşirelerin Araştırma Sonuçlarını Kullanımında Engeller Ölçeği, kullanılacaktır. <p>Anket formlarının doldurulması sırasında hemşirelerin klinik rutin ve bakımlarının olmadığı saatler dikkate alınacak, çalışma rutinlerinin engellenmesinden kaçınılacaktır. Anket formlarının tamamlanması 15-20 dk. dır. Verilerin değerlendirilmesi için SPSS 15.0 paket programı kullanılacaktır. Çalışmada elde edilecek veriler nicel yöntemler kullanılarak değerlendirmeye alınacaktır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, sayı-yüzde), tek değişkenli analizlerde ki kare testi, çok değişkenli analizlerde logistik regresyon analizi kullanılacaktır. Sonuçlar %95'lik güven aralığında ve anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilecektir.</p>
--	--

	İZMİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ	Kod	EAGK-FR-01
		Yayın Tarihi	27.05.2013
	ARAŞTIRMA ÖN İZİN / İZİN BELGESİ	Rev. No/Tarihi	02/ 16.11.2016
		Sayfa	3/2

Uygulanacağı Yerler:	İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tüm Cerrahi Klinikler (Genel cerrahi, Beyin cerrahi,kbb,göz,kadın doğum, plastik cerrahi,kalp damar cerrahi, göğüs cerrahi)
Varsa Destekleyen (Hibe destek, fon vb) Kurum/kuruluş Adı:	Yok
Başlama Tarihi ve Süresi:	01.10.2018 2 Ay
Tez Çalışması İse Danışman Öğretim Üyesi Ad Soyadı:	Dr. Öğretim Üyesi Dilek ÇEÇEN

Klinik / Birim Program Yöneticisi*
İmza
.../.../201...

Klinik / Birim İdari Sorumlusu*
İmza
.../.../201...

Balım Hizmetleri Müdürü**

Eğitim Ar-Ge Sorumlusu

İmza
16.09.2018
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
Fatma AYDIN
Sağlık Hizmetleri
Müdürü

İmza
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
C.Y.D.C. HİLİM E. ÇURUBÖR
Başhekim Yardımcısı

BAŞHEKİM

İmza
.../.../201...

Prof.Dr.Nurettin ÜNA
Başhekim

10.4. EK 4. İZMİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ TEZ ÇALIŞMA İZİNİ



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 77597247-772.02
Konu : Araştırma İzni (Aysun KARACA)

DAĞITIM YERLERİNE

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Aysun KARACA'nın "Hemşirelerin Ameliyat Öncesi Dönemde Cerrahi Alan Enfeksiyonlarını Önlemeye Yönelik Kanıta Dayalı Uygulamaları ve Karşılaştıkları Engeller" konulu araştırmasıyla ilgili evrakları incelenmiş olup, çalışmanın hizmeti aksatmayacak şekilde ve araştırmaya katılımın gönüllülük esasına dayalı olması koşuluyla, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yürütülmesi Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz/rica ederim.

e-İmzalıdır.
Op.Dr. Anıl ESEN
Başkan

DAĞITIM:

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

İzmir İli Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı 2 Sümer Mh. 452 Sk. No:2 35260
Konak/İZMİR
Faks No:0232 4849087
e-Posta:filiz.gocmen@saglik.gov.tr İnt.Adresi: kbb35g.egitim@saglik.gov.tr

Bilgi için:Filiz GÖÇMEN

Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:0232 444 35 01- 1242

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 084d0ce9-e04a-48c1-b6c7-d6c49f4cd59 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

10.5. EK 5. HEMŞİRELERİN ARAŞTIRMAYA VE ARAŞTIRMALARIN KULLANILMASINA İLİŞKİN GÖRÜŞLERİNİ BELİRLEME ANKET İZNİ

From: figen alp <efigenden@gmail.com>
Sent: Friday, April 6, 2018 3:40 PM
To: aysun karaca
Subject: Re: Anket kullanım izni

Aysun hanım merhaba,

Hemşirelerin Araştırmaların Kullanılmasına İlişkin Görüşlerini Belirleme Anketini alıŐmanızda kullanabilirsiniz.

Bozok Üniversitesi
Sağlık bilimleri Fakóltesi
Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi

6 Nisan 2018 11:12 tarihinde aysun karaca <ay.su.nay@hotmail.com> yazdı:
İyi alıŐmalar Hocam, Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisiyim. Hemşirelerin Araştırmaların Kullanılmasına İlişkin Görüşlerini Belirleme Anketi ni yüksek lisans tezimde kullanmak için izninizi rica ediyorum.

Aysun KARACA
05446850351

10.6. EK 6. HEMŞİRELERİN ARAŞTIRMA SONUÇLARINI KULLANIMINDA ENGELLER ÖLÇEĞİ İZİNİ

ayla.yava@hku.edu.tr

Sat 4/7/2018, 8:47 AM

Merhaba Aysun Hanım Engeller Ölçeğini alıőmanızda kullanabilirsiniz tabiki. İyi alıőmalar dilerim

Sent from my iPhone

On 6 Apr 2018, at 16:03, aysun karaca <ay.su.nay@hotmail.com> wrote:

İyi alıőmalar Hocam, Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisiyim. Hemşirelerin Araştırmaların Kullanılmasında Engeller Ölçeği ni yüksek lisans tezimde kullanmak için izninizi rica ediyorum.

Aysun KARACA
05446850351

10.7. EK 7. T.C. MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK KURUL BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK KURUL
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU



ÇALIŞMANIN ADI (Araştırma başvuru formunda bölüm A.2'de yer alan araştırma adı kullanılmalıdır.): **Hemşirelerin Ameliyat Öncesi Dönemde Cerrahi Alan Enfeksiyonlarını Önlemeye Yönelik Kanıta Dayalı Uygulamaları ve Karşılaştıkları Engeller**

Bir araştırma çalışmasına katılmamanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağını çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirsiniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Eğer isterseniz, bu çalışmaya katılmamızla ilgili olarak hekiminiz / aile doktorunuz bilgilendirilecektir. Çalışma amacıyla yapılan normal muayenemiz sırasında istenilen tetkikleriniz dışındaki tüm laboratuvar testleri çalışma destekleyicisi tarafından karşılanacak; size veya bağlı bulunduğumuz özel sigorta veya resmi sosyal güvenlik kurumuna ödetilmeyecektir.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI:

Cerrahi alan enfeksiyonları hem hasta hem de sağlık çalışanlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Ancak cerrahi alan enfeksiyonlarının birçok risk faktörünün önlenebilir olması nedeniyle hemşirelere çok büyük görev düşmektedir. Cerrahi alan enfeksiyonlarının izlemi hastanelerin en önemli kalite göstergelerinden biridir. Bu izlem sürecinde; eğitimli personel ile aktif sürveyans yapılarak cerrahi alan enfeksiyonlarının aranması ve yeni gelişen tekniklere uygun izlem politikaları oluşturulması önerilmektedir. Kanıta dayalı uygulamalar, hastanın tıbbi bakımı için karar alma sürecinde konu ile ilgili olarak yayımlanmış güncel ve en iyi kanıtların, hastanın iyileşmesi ve hizmetin iyi bir şekilde planlanması ve yürütülmesi için titizlikle kullanılmasını hedeflemektedir. Bu nedenle araştırmamızda, cerrahi kliniklerde görev yapan hemşirelerin ameliyat öncesi dönemde kullandıkları cerrahi alan enfeksiyonlarını önlemeye yönelik kanıta dayalı uygulamaların ve bu uygulamalarında karşılaştıkları engellerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

(Gönüllüden kan alınacak ise kan miktar 2 ml (bir çay kaşığı) / 5 ml (bir tatlı kaşığı) şeklinde belirtilmiştir Çalışma işlemlerinin hasta açısından yan etkileri, riskleri ve rahatsızlıkları açıklanmıştır.)

Araştırmaya katılmamanız halinde sizinle yüz yüze görüşülerek Hemşire Tanıtım Formu, Cerrahi Alan Enfeksiyonlarını Önlemeye Yönelik Girişimleri Değerlendirme Formu, Hemşirelerin Araştırmaların Kullanılmasına İlişkin Görüşlerini Belirleme Anketi, Hemşirelerin Araştırma Sonuçlarını Kullanımında Engeller Ölçeğini doldurmanız istenecektir. Anket formlarının doldurulması sırasında sizin klinik rutin ve bakımlarınızın olmadığı saatler dikkate alınacak, çalışma rutinlerinizin çalışma nedeniyle engellenmesinden kaçınılacaktır. Anket formlarının tamamlanması 15-20 dk. kadar sürecektir.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Bu çalışmaya katılmakla cerrahi kliniklerde görev yapan hemşirelerin ameliyat öncesi dönemde kullandıkları cerrahi alan enfeksiyonlarını önlemeye yönelik kanıta dayalı uygulamaların ve bu uygulamalarında karşılaştıkları engellerin belirlenmesine yardımcı olacaksınız. Elde edeceğimiz sonuçlarla kanıta dayalı uygulama kullanım oranları ve kanıta dayalı uygulama kullanmaya engel durumlar belirlenecektir. Böylelikle hemşirelik mesleğinde kaliteli bakım için önemli bir kriter olan kanıta dayalı

Sayfa: 1 / 3

Sağlık Bilimleri Etik Kurulu
Güncelleme Tarihi : 13.04.2017

uygulamaların kullanılabilirliği olan bilim dünyasına yeni bir çalışma kazandıracak ve ileride yapılacak olan çalışmalara da katkınız olacaktır.

GÖNÜLLÜYE UYGULANACAK İŞLEMLERİN OLASI ZARARLARI NELERDİR?

Gönüllüye herhangi bir işlem uygulanmayacağından çalışmaya katılmanızın hiçbir zararı yoktur.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Kişisel bilgileriniz tamamen gizli tutulacaktır. Sadece araştırma ekibi tarafından ulaşılabilir. Paylaştığımız bilgileriniz sadece bu çalışma için kullanılacaktır.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER :

1. Aysun KARACA- Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi (ay.su.nay@hotmail.com 05446850351) İzmir Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi KBB Servis Hemşiresi

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri doktorumla ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu çalışmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Doktorum saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

Gönüllü Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Adres ve Telefon:		
Veli / Vasinin Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Adres ve Telefon:		
Tanık ¹ Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Adres ve Telefon:		

T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK KURUL
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU



<i>Araştırmacı² Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

1: Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi

2: Gönüllüyü araştırma hakkında bilgilendiren kişi

10.8. EK 8. HEMŞİRE TANITIM FORMU VE CERRAHİ ALAN ENFEKSİYONLARINI ÖNLEMENE YÖNELİK GİRİŞİMLERİ DEĞERLENDİRME FORMU

1. Yaşınız :
2. Cinsiyetiniz: Kadın Erkek
3. Medeni durumunuz: Evli Bekâr
4. Eğitim durumunuz: Sağlık Meslek Lisesi Ön Lisans Lisans Y. Lisans Doktora
5. Mesleki çalışma yılınız:
6. Hangi serviste çalışıyorsunuz ?
 Genel Cerrahi Kalp Damar Cerrahi Beyin Cerrahisi Göğüs Cerrahisi
 Plastik Cerrahi Ortopedi Üroloji Göz KBB
7. Cerrahi servisinde çalışma yılınız:
8. Cerrahi alan enfeksiyonları (CAE) ile ilgili eğitim aldınız mı? Evet Hayır
9. Yanıtınız evet ise CAE ile ilgili eğitimi nereden aldınız?
 Hizmet içi eğitim aldım. Kursu katıldım. Kendi olanaklarımla öğrendim.
 Usta çırak ilişkisi ile meslektaşlarımdan öğrendim.
 Diğer (Belirtiniz.....)
10. Aldığınız eğitimi çalışma hayatınızda uygulayabiliyor musunuz? Evet Hayır
11. Size göre cerrahi alan enfeksiyonlarının tanımı aşağıdakilerden hangisidir?
 Cerrahi girişimi takiben; eğer implant kullanılmamış ise 30 gün içinde, eğer implant kullanılmış ise 1 yıl içinde gözlenen cerrahi insizyon ve açılan veya manipüle edilen alanla ilgili enfeksiyonlardır.
 Cerrahi girişimi takiben 30 ila 90 gün içerisinde gözlenen, cerrahi insizyon ve açılan veya manipüle edilen alanla ilgili enfeksiyonlardır.
 Hastanın başvuru anında varolmayan inkübasyon dönemi içinde de bulunmayan ve hastalar hastaneye yattıktan 48-72 saat sonra hastanede ya da taburcu olduktan sonra 10 gün içinde ortaya çıkan enfeksiyonlardır.
 Hastanın başvuru anında varolmayan inkübasyon dönemi içinde de bulunmayan ve hastalar hastaneye yattıktan 24-36 saat sonra hastanede ya da taburcu olduktan sonra 30 gün içerisinde ortaya çıkan enfeksiyonlardır.
12. Size göre aşağıdakilerden hangisi cerrahi alan enfeksiyonlarının belirti ve bulgularındandır?
 Lokal şişlik Kızarıklık ve hassasiyet Yara ayrışması ve apse oluşumu
 Cerrahi alanda pürülan eksuda olması
13. Hijyenik el yıkamayı hangi durumlarda yapıyorsunuz?
 Hasta ile her temas öncesinde ve sonrasında
 Hasta bakımında kullanılan aletlere temas öncesinde ve sonrasında
 Hastaya herhangi bir invaziv işlem yapmadan önce ve sonra
 Kanlı atıklarla temas ve mikrobik kontaminasyonu düşündürebilecek durumlarla karşılaştıktan sonra
 Hepsi
14. Hijyenik el yıkama ile ilgili aşağıdakilerden hangisi doğrudur?
 Musluk kağıt havlu ile açılıp eller ılık su ile yıkanmalıdır.
 3-5 ml sabun alınarak en az 15 saniye yıkanmalıdır.
 Hijyenik el yıkamada tüm mekanik hareketler en az 5 kez tekrarlanmalıdır.
 Eller yıkandıktan sonra musluk kağıt havlu ile kapatılıp eller kurulanmalıdır.
 Hepsi
15. Belli aralıklarla sağlık kontrolleriniz(kültür vs.) yapıyor mu?
 Evet Hayır

16. Hastalarınız ameliyat öncesi duş alıyor mu? Evet Hayır
17. Eğer cevabınız evet ise duşun şekli hangisidir? Normal duş Antiseptik duş
18. Ameliyat bölgesinin tıraşı genellikle nerede yapılıyor?
 Evde Hasta odasında Ameliyathanede
19. Ameliyat bölgesinin tıraşı genellikle ne zaman yapılıyor?
 Ameliyat kararı verildiği zaman Ameliyattan önceki gün Ameliyattan önceki gece Ameliyat sabahı Ameliyata inmeden hemen önce
20. Ameliyat bölgesinin tıraşı kim tarafından yapılıyor?
 Hekim Hemşire Hizmetli Hasta Hasta Yakını
21. Ameliyat bölgesinin tıraşı hangi malzeme ile yapılıyor?
 Jilet Tüy dökücü krem Elektrikli tıraş makinesi Ağda Makas
22. Diyabetik hastaların ameliyat öncesi kan şekeri değerleri kontrol ediliyor mu?
 Evet Hayır
23. Sizce hastanın kaç şekerinin ameliyattan önce 180 mg/dl'nin üzerinde olması CAE riskini artırır mı? Evet Hayır
24. Sigara kullanan hastaların ameliyattan en az kaç gün önce sigarayı bırakmalarını öneriyorsunuz? Ameliyat kararı alınır alınmaz Ameliyattan 1 hafta önce Ameliyattan 3 gün önce Ameliyattan 1 gün önce
25. Sizce sigara kullanan hastalarda CAE görülme oranı kullanmayan hastalara göre daha yüksek midir? Evet Hayır
26. Kliniğinizde ameliyattan önce hastanın hastanede ortalama kalış süresi kaç gün?
.....
27. Sizce hastanın ameliyattan önce hastanede kalış süresinin uzun olması CAE riskini artırır mı? Evet Hayır
28. Ameliyattan önce hastalarınızın alerji durumunu soruyor musunuz?
 Evet Hayır
29. Ameliyattan önce hastalarınızın immunsupresif ilaç kullanım durumunu sorguluyor musunuz? Evet Hayır
30. Ameliyattan önce hastalarınızın herhangi bir enfeksiyon durumu olup olmadığını değerlendiriyor musunuz? Evet Hayır
31. Eğer hastanızda herhangi bir enfeksiyon belirtisi varsa bu durumu cerrahi ekip ile paylaşıyor musunuz? Evet Hayır
32. Servisinizde Hastane Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından eğitim ve denetimler düzenli olarak yapılıyor mu? Evet Hayır
33. Hastane Enfeksiyon Kontrol Komitesinin önerilerine uyuyor musunuz?
 Evet Hayır
34. Aşağıdakilerden hangisi Cerrahi Alan Enfeksiyonlarının gelişiminde hastaya ait risk faktörleri(iç faktörler) nedir?
 Yaş Sigara kullanımı Diyabet İmmün yetmezlik Hepsi
35. Size göre aşağıdakilerden hangisi Cerrahi Alan Enfeksiyonlarının gelişiminde ameliyat öncesi döneme ait risk faktörlerindedir(dış faktörler)?
 Ameliyat öncesi duş alınmaması Uygun olmayan kıl tıraşı Enfekte veya kolonize sağlık personeli Sağlık personelinin uygun olmayan el hijyeni uygulamaları Hepsi
36. Ameliyat öncesi dönemde antimikrobiyal profilaksi uyguluyor musunuz?
 Evet Hayır
37. Bir önceki soruya cevabınız evet ise şişman hastalarda profilaktik antibiyotik dozları arttırılıyor mu? Evet Hayır

38. Sizce perioperatif dönemde kan transfüzyonu CAE riskini nasıl etkiler?
()Arttırır ()Azaltır ()Etkilemez
39. Sizce perioperatif dönemde hastanın anemisinin olması CAE riskini nasıl etkiler?
()Arttırır ()Azaltır ()Etkilemez
40. Sizce perioperatif dönemde hastanın hipoalbumineminin olması CAE riskini nasıl etkiler? ()Arttırır ()Azaltır ()Etkilemez
41. Hastaninizde CAE önlemeye yönelik bir protokol var mı? ()Evet ()Hayır
42. Cerrahi yaralar kontaminasyon düzeyine göre sınıflandırıldığında CAE gelişme riski aşağıdakilerden hangisinde en fazladır?
()Temiz yaralar ()Temiz-Kontamine yaralar ()Kontamine yaralar
()Kirli-enfekte yaralar
43. CAE aşağıdakilerden hangisine neden olur?
()Hastanın hastanede kalış süresinin uzamasına
()Morbidite ve mortalite oranlarının artmasına
()Hastane maliyetlerinde artışa
()Hastaların kuruma karşı güven kaybına
()Hepsi
44. Daha önce Hemşirelikte Kanıta dayalı uygulamalar terimini duydunuz mu?
()Evet ()Hayır
45. Kliniğinizde cerrahi enfeksiyonlarını önlemeye yönelik kanıta dayalı uygulamaları uygulayabiliyor musunuz? ()Evet ()Hayır
46. Hemşirelik araştırmalarından elde edilen sonuçları kliniğinizdeki genel hemşirelik uygulamalarını gerçekleştirirken dikkate alıyor musunuz?
()Evet ()Hayır
47. Bir önceki soruya cevabınız hayır ise aşağıdakilerden hangi engelle karşılaşıyorsunuz?(Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)
()Yeterli zaman bulamama
()Lİteratüre erişim problemi
()Pratiğin araştırma sonuçlarına tercih edilmesi
()Bilgiye olan ihtiyacı desteklemeyen çalışma ortamı
48. Kanıta dayalı uygulamaların hemşirelik mesleği açısından önemli olduğunu düşünüyor musunuz? ()Evet ()Hayır

10.9. EK 9. HEMŞİRELERİN ARAŞTIRMAYA İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ ANKETİ

A.Aşağıdaki ifadeler, sizin hemşirelik araştırmalarıyla ilgili görüşlerinizi ne kadar tanımlıyor. Lütfen, görüşünüzü tanımlayan ifade için “katılıyorum”, Görüşlerinizi tanımlamayan ifade için “katılmıyorum” şeklinde değerlendirmenizi yapınız.

1.Hemşirelikte araştırma sonucu ortaya konulmuş bilgilere ihtiyaç vardır.

Katılıyorum () Katılmıyorum()

2. Hemşirelik araştırmaları hemşirelik uygulamalarını geliştirir.

Katılıyorum () Katılmıyorum()

3.Hemşirelik araştırmaları hemşirelik uygulamalarının herkes tarafından görünür hale gelmesini/fark edilmesini sağlar.

Katılıyorum() Katılmıyorum()

4. Hemşirelik araştırmaları hemşirelikte profesyonelliğin gelişmesini sağlar.

Katılıyorum() Katılmıyorum()

5.Hemşire mesleğini bilgi ve araştırmayla geliştirmelidir.

Katılıyorum () Katılmıyorum()

6.Hemşirelik bir bakım mesleğidir, araştırmayla ilgilenmez.

Katılıyorum () Katılmıyorum()

7.Hemşirelikte yapılan araştırmalar hemşirelik bakımını iyileştirmez. Hemşire kendi bakımını kendisi geliştirecektir.

Katılıyorum() Katılmıyorum()

8.Hemşirelik araştırmaları, hemşirelik uygulamalarını daha karmaşık hale getirmektedir.

Katılıyorum() Katılmıyorum()

9.Araştırmalar sadece hemşirelik eğitimiyle ilgilidir, hemşirelik uygulamasıyla ilgili değildir.

Katılıyorum () Katılmıyorum ()

10. Hemşirenin hemşirelik alanında yapılmış araştırmalara katılma zorunluluğu vardır.

Katılıyorum() Katılmıyorum()

11.Hemşirenin araştırmalara katılması kendini geliştirmesini sağlar.

Katılıyorum() Katılmıyorum()

12.Hemşirenin hemşirelik alanında yapılmış araştırmalar hakkında bilgisinin olmaması hemşirelik uygulamalarının niteliğini etkiler.

Katılıyorum () Katılmıyorum ()

HEMŞİRELERİN ARAŞTIRMALARIN KULLANILMASINA İLİŞKİN GÖRÜŞLERİNİ BELİRLEME ANKETİ

B.Bu bölümde hemşirelik araştırmalarının hemşirelik uygulamalarında kullanılmasını etkileyen (engelleyici veya kolaylaştırıcı etkisi olan) durumlara ait ifadeler bulunmaktadır.

En çok engelleyici olduğunu düşündüğünüz ifade için 1. derecede engel oluşturur.

Orta oranda engel oluşturduğunu düşündüğünüz ifade için 2.derece engel oluşturur.

Az oranda engel oluşturduğunu düşündüğünüz ifade için 3.derece engel oluşturur.

Hiç engel oluşturmadığını düşünüyorsanız engelleyici değildir şeklinde belirtiniz.

1.derece engel	2.derece engel	3.derece engel	4.Engel oluşturmaz
----------------	----------------	----------------	--------------------

1.Araştırma makalelerine kolay ulaşılabilmesi.	1	2	3	4
2.Araştırma sonuçlarının hemşirelik uygulamalarını nasıl etkileyeceğinin tam olarak açıklanmamış olması.	1	2	3	4
3.Araştırma makalelerinde istatistiksel analizlerin anlaşılır şekilde ifade edilmemesi.	1	2	3	4
4.Araştırma sonuçlarının hemşirelik uygulamasıyla ilgili olmaması.	1	2	3	4
5.Hemşirenin hemşirelikte hangi konularda araştırmalar yapıldığının farkında olmaması.	1	2	3	4
6.Hemşirenin sahip olduğu olanakların , araştırma sonuçlarının hemşirelik uygulamalarına yansıtılmasını olanak sağlamaması.	1	2	3	4
7.Kurumdaki yöneticilerin araştırma sonuçlarının uygulanmasını destekleyici olmaması.	1	2	3	4
8. Hemşirenin araştırma makalelerini okumak için yeterli zamanının olmaması.	1	2	3	4
9.Araştırma konusunun farklı çalışmalarda yeterince test edilmiş olmaması	1	2	3	4
10.Hemşirenin araştırma sonuçlarını kullanarak hemşirelik uygulamalarını değiştirme yetkisine sahip olmaması.	1	2	3	4
11.Araştırma sonuçlarının hemşirelik uygulamalarında kullanılmaya uygun özellikte olmaması.	1	2	3	4

1.derece engel	2.derece engel	3.derece engel	4.Engel oluşturmaz
----------------	----------------	----------------	--------------------

- 12.Araştırma sonuçlarının uygulamada kullanılması sırasında hekimlerin hemşire ile işbirliği yapmaması 1 2 3 4
13. Araştırma makalelerinin açık ve anlaşılır bir dilde yazılmamış olması. 1 2 3 4
- 14.Diğer personelin hemşireye araştırma sonuçlarını uygulamada kullanması sırasında destek olmaması. 1 2 3 4
15. Hemşirenin değişiklik yapmak ve yeni görüşleri denemek için istekli olmaması. 1 2 3 4
- 16.Araştırmalarla ortaya konulmuş bilgilerin hemşirelik uygulamalarında kullanılmayacak kadar çok olması. 1 2 3 4
- 17.Hemşirenin araştırmanın niteliğini değerlendirmede kendini yeterli hissetmemesi. 1 2 3 4
- 18.Hemşirenin çalışırken, yeni düşünceleri uygulamak için yeterli zamanının olmaması. 1 2 3 4
19. Hemşirenin araştırma sonuçlarını tartışabileceği, danışmanlık alabileceği meslektaşlarının olmaması. 1 2 3 4
- 20.Hemşirelikte bakımı geliştirmek için araştırmaların yapılması ve sonuçlarının kullanılmasının yaygınlaşması için sizce neler yapılabilir. Açıklar mısınız?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

10.10. EK 10. HEMŞİRELERİN ARAŞTIRMA SONUÇLARINI KULLANIMINDA ENGELLER ÖLÇEĞİ

Sıra No	Alt Grup*	Engeller	Katılmıyorum(1)	Biraz katılmıyorum(2)	Oldukça katılmıyorum(3)	Tamamen katılmıyorum(4)	Fikrim yok (0)
1	U	Hemşireler kendilerini, uygulamaları değiştirmek için yeterli güce sahip görmemektedir					
2	U	İşyerinde araştırmaları okumak için yeterli zaman yoktur					
3	U	Hemşirelik uygulamaları için yeterli imkân yoktur					
4	U	Hemşireler araştırma sonuçlarının uygulamalar için genellenebileceğine inanmamaktadır					
5	U	Hastanenin diğer personeli uygulamayı desteklememektedir					
6	U	Uygulamalarda doktorlar işbirliği içinde değildir					
7	U	İş yerinde yeni fikirleri uygulamak için yeterli zaman yoktur					
8	S	Araştırma yazılarına kolay ulaşamamaktadır					
9	S	Araştırmalar genellikle yabancı bir dilde yayınlanmaktadır					
10	S	Aynı konuda yapılmış araştırma makaleleri tek bir yerde toplanmış değildir					
11	H	Hemşireler araştırmalardan çok az menfaatleri olduğunu düşünmektedir					
12	S	Araştırmalardaki istatistiksel analizler anlaşılabilir değildir					
13	H	Hemşireler araştırma sonuçlarını tartışabilecek iş arkadaşlarından yoksundur					

Sıra No	Alt Grup*	Engeller	Katılmıyorum(1)	Biraz katılmıyorum(2)	Oldukça katılmıyorum(3)	Tamamen katılmıyorum(4)	Fikrim yok (0)
14	H	Hemşireler kendilerini, araştırmanın kalitesini değerlendirebilecek yeterlilikte görmemektedir					
15	A	Araştırma sonuçları yeterince hızlı yayınlanmamaktadır					
16	H	Araştırmaya dayalı bir değişiklik ihtiyacı bildirilmemiştir					
17	S	Araştırmalar hemşirelik uygulamaları ile örtüşmemektedir					
18	H	Hemşireler, yeni fikirleri denemek veya değiştirmek konusunda gönülsüzdür					
19	A	Araştırmaların yöntemsel yetersizlikleri mevcuttur					
20	H	Hemşireler araştırma bilincine sahip değildir					
21	A	Hemşireler araştırma sonuçlarına inanıp inanmama konusunda kararsızdır					
22	H	Hemşireler araştırmaların hiçbir amaca hizmet etmediğini düşünmektedirler					
23	S	Araştırmalar açık ve anlaşılır ifadelerle yazılmamaktadır					
24	A	Araştırma sonuçlarının uygulanabilirliği onaylanmamıştır					
25	S	Pratik uygulamalar anlaşılabilir değildir					
26	A	Bugüne kadar bu konuda hiç araştırma yapılmamıştır					

Sıra No	Alt Grup*	Engeller
----------------	------------------	-----------------

27	U	Hastane yönetimi araştırma sonuçlarını uygulamaya aktarmaya izin vermemektedir
----	---	--

28	H	Hemşireler uygulamadaki değişikliklerin hastalar için çok fazla yarar sağlamayacağını düşünmektedir
----	---	---

29	S	Takip edilemeyecek kadar çok sayıda araştırma sonucu mevcuttur
----	---	--

30	A	Literatürdeki araştırmalarda çelişkili ifadeler yer almaktadır.
----	---	---

*H: Hemşire, U:Uygulama, A:Araştırma, S:Sunum

T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA

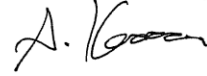
Hemşirelerin Ameliyat Öncesi Dönemde Cerrahi Alan Enfeksiyonlarını Önlemeye Yönelik Kanıta Dayalı Uygulamaları Ve Karşılaştıkları Engeller konulu

Tezime ilişkin 01/08/2019 tarihinde yapılan Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 21'dir.

Belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Tarih ve İmza

Adı Soyadı : Aysun KARACA
Öğrenci No : 131359002
Anabilim Dalı : Hemşirelik
Programı : Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği



DANIŞMAN ONAYI
UYGUNDUR.
Dr. Öğr. Üyesi Dilek ÇECENÇAMLI

Açıklamalar

- 1-Tez Çalışması Orijinallik Raporu (TÇOR), TURNITIN İntihal Tespit Programı kullanımı için kişisel hesap alma hakkı bulunan tez danışmanları, Enstitülerde görevlendirilen personeller, Kütüphane ve Dokümantasyon Daire Başkanlığı'nda görevlendirilen kütüphaneciler tarafından alınır.
- 2-Sayfa sayısı 400'den az olan tezler için tez savunmasından önce ve başarılı olması durumunda düzeltmelerden sonra olmak üzere 2 kez TÇOR alınır.(400 sayfadan fazla olan tezler 400 ve katları şeklinde bölünerek Turnitin veri tabanına yüklenmesi gerekmektedir. Bu gibi durumlarda benzerlik oranının hesaplanmasına ilişkin detaylı forma, kütüphane web sayfasında bulunan Turnitin kullanım kılavuzlarının altından erişilebilir.)
- 3-TÇOR, tezin yalnızca Kapak Sayfası, Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç bölümlerinden oluşan kısmının tek bir dosya olarak intihal tespit programına yüklenmesi ile alınır.
- Programa yükleme yapılırken Dosya Başlığı (document title) olarak tez başlığının tamamı, Yazar Adı (author's first name) olarak öğrencinin adı, Yazar Soyadı (author's last name) olarak öğrencinin soyadı bilgisi yazılır.
- 4- TURNITIN İntihal tespit programına yüklenen dosyanın süreçlenmesinde, ilgili programdaki filtreleme seçenekleri aşağıdaki şekilde ayarlanır: - Kaynakça hariç, - Alıntılar hariç, - 5 kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç (Limit match size to 5 words)
- 5-İsteğe bağlı ayarlar kısmından; "Ödevleri suraya gönder?" seçeneği mutlaka DEPO YOK şeklinde işaretlenmesi gerekmektedir; aksi durumda aynı tezin ikinci kez yüklenmesi durumunda benzerlik %100 çıkacaktır ve depodan tezi silmek çok uzun süre gerektirecektir.
- 6- Raporlama işlemi tamamlandıktan sonra, kaydedilmiş olan ekranın görüntüsünü sağ üst köşesinde yüzdelik sayı olarak belirtilen "benzerlik oranı," raporlamaya tabi tutulmuş olan dosyanın "toplam sayfa sayısı" ve raporlama işleminin yapıldığı "tarih" bilgisi, "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orijinallik Raporu" formuna işlenir.
- 7- Benzerlik oranında tüm sorumluluk öğrenciye aittir.
- 8-Tez savunma sınavı sonrasında başarılı bulunan öğrenci, tez savunma sınavı tarihi sonrasında tezde yapılmış muhtemel değişiklikleri içeren dosya kullanılarak alınmış ikinci bir intihal raporundaki bilgiler kullanılarak hazırlanmış ve tez danışmanı tarafından onaylanarak imzalanmış ikinci bir "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orijinallik Raporu"nu Enstitüye teslim etmeyle yükümlüdür.
- 9-Turnitin Hakkında Bilgiler: <http://kutuphane.cbu.edu.tr/turnitin.9370.tr.html>

11. ÖZGEÇMİŞ

Adı	Aysun	Soyadı	Karaca
Doğum Yeri	Denizli	Doğum Tarihi	27.08.1987
Uyruğu	T.C.	Tel	05446850351
E-Mail	ay.su.nay@hotmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Okulun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans		
Lisans	Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	2010
Lise	Buldan Akın Lisesi (YDA)	2005

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre
Hemşire	İKÇÜ Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2010-2015
Hemşire	Muğla Fethiye Devlet Hastanesi	2015-2015
Hemşire	Muğla Fethiye Taşyaka Aile Sağlığı Merkezi	2015-2017
Hemşire	İzmir Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi	2017-Halen

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Okuma
İngilizce	İyi	İyi	İyi

Yabancı Dil Sınav Notu

YDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE
41,25								

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	72,87442	73,79436	66,82399

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanım Derecesi
Microsoft Office	İyi