

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMŞİRELERİN “ENFEKSİYON RİSKİ” TANISI
KULLANIMINA İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ**

SEVCAN ŞAŞMAZ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Saide FAYDALI

KONYA 2019

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMŞİRELERİN “ENFEKSİYON RİSKİ” TANISI
KULLANIMINA İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ**

SEVCAN ŞAŞMAZ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Saide FAYDALI

KONYA 2019

TEZ ONAY SAYFASI

Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi **Sevcan ŞAŞMAZ**'ın "**Hemşirelerin 'Enfeksiyon Riski Tanısı' Kullanımına İlişkin Görüşleri**" başlıklı tezi tarafımızdan incelenmiş; amaç, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Konya/26.06.2019


Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Saide FAYDALI
Necmettin Erbakan Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi


Jüri Üyesi

Prof. Dr. Filiz HİSAR
Necmettin Erbakan Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi
İmzası


Jüri Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Şerife KURŞUN
Selçuk Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi
İmzası

Yukarıdaki tez, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunun 07/07/2019 tarih ve 13/07 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Kısmet Esra NURULLAHOĞLU ATALIK
Enstitü Müdürü



APPROVAL

We certify that we have read this dissertation entitled “**Opinions of Nursing Regarding to Use of ‘Diagnosis of Infection Risk’**” by **Sevcan ŞAŞMAZ** that in our opinion it is fully adequate, in scope and quality, as dissertation for the degree of **Master of Science** in the Department of Nursing, Institute of Health Sciences, University of Necmettin Erbakan.


Konya, Turkey / Date

26.06.19


Principal Advisor

Asist. Prof. Saide FAYDALI

Necmettin Erbakan University, Faculty of Nursing


Examination Committee Member

Prof. Dr. Filiz HİSAR

Necmettin Erbakan University

Faculty of Nursing


Examination Committee Member

Asist. Prof. Şerife KURŞUN

Selçuk University Faculty of Nursing

This thesis has approved for the University of Necmettin Erbakan Institute of Health Sciences.

Prof. Dr. Kismet Esra NURULLAHOĞLU ATALIK

Director of Institute of Health Sciences

Date and Signature



BEYANAT

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

Tarih 26.00.2019

Sevcan ŞAŞMAZ

İmzası



26.06.2019

Tumitin

[Skip to Main Content](#)

[Ödevler](#)

[Öğrenciler](#)

[Not Defteri](#)

[Kütüphaneler](#)

[Takvim](#)

[Tartışma](#)

[Tercihler](#)

Bu sayfa hakkında

Bu sizin ödev kutunuzdur. Bir yazılı ödevi görüntülemek için yazılı ödevin başlığını seçin. Bir Benzerlik Raporunu görüntülemek için yazılı ödevin benzerlik sütunundaki Benzerlik Raporu ikonunu seçin. Tıklanabilir durumda olmayan bir ikon Benzerlik Raporunun henüz oluşturulmadığını gösterir.

Hemşirelerin Enfeksiyon Riski Tanısı Kullanımına İ...

Gelen Kutusu | Görüntüleniyor: yeni ödevler ▼

Dosyayı Gönder Çevrimiçi Derecelendirme Raporu | Ödev ayarlarını düzenle | E-posta bildirmeyenler

[Sil](#) [İndir](#) [Şuraya taşı...](#)

<input type="checkbox"/>	Yazar	Başlık	Benzerlik	web	yayın	student papers	Puanla	cevap	Dosya	Ödev Numarası	Tarih
<input type="checkbox"/>	Sevcan Şaşmaz	Hemşirelerin Enfeksiyon Riski Tanısı Kul...	%14 %14	13%	4%	N/A	-	-	ödev indir	1147150660	26-Haz-2019

Saide Farida!

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitiminin boyunca bana destek olan ve tez çalışmamın tüm aşamalarında önerileriyle bana yön veren, sabrı ve hoşgörüsüyle ilgisini esirgemeyen, bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım sevgili hocam Dr. Öğr. Üyesi Saide FAYDALI'ya,

Tezimin boyunca yardım ve desteğini esirgemeyen değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Serpil YÜKSEL'e,

Görüş ve önerileri ile tezime katkıda bulunan değerli jüri üyesi Prof. Dr. Filiz HİSAR'a ve Dr. Öğr. Üyesi Şerife KURŞUN'a

Tezime gönüllü katılımları ile katkısı olan ve destek veren hemşire arkadaşlarıma,

Hayatımın her aşamasında olduğu gibi bu aşamada da sevgi ve sabırları ile maddi, manevi desteklerini esirgemeyen canım AİLEM'e,

Teşekkür ederim.

Sevcan ŞAŞMAZ

İÇİNDEKİLER	sayfa
<i>İç kapak</i>	<i>i</i>
<i>Tez onay sayfası</i>	<i>ii</i>
<i>Approval</i>	<i>iii</i>
<i>Beyanat</i>	<i>iv</i>
<i>İntihal raporu</i>	<i>v</i>
<i>Teşekkür</i>	<i>vi</i>
<i>İçindekiler</i>	<i>vii</i>
<i>Kısaltmalar Listesi</i>	<i>x</i>
<i>Tablolar Listesi</i>	<i>xi</i>
<i>Özet</i>	<i>xii</i>
<i>Abstract</i>	<i>xiii</i>
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Sağlık Bakımı ile İlişkili Enfeksiyonların Tanımı	6
2.2. Hemşirelik Süreci	6
2.3. Hemşirelik Tanıları	7
2.3.1.Hemşirelik Tanı Tipleri	8
2.3.1.1. Mevcut / Gerçek Hemşirelik Tanıları	8
2.3.1.2. Risk Hemşirelik Tanısı	9
2.3.1.3. İyilik / Esenlik Tanıları	9
2.3.1.4. Sağlığı Geliştirme Hemşirelik Tanıları	9
2.4. Enfeksiyon Riski Tanısı	10
2.4.1. Enfeksiyon Riski Tanısı ile İlişkili Faktörler	10
2.5. Enfeksiyon Riski Tanısı ve Hemşirenin Sorumlulukları	11
3. GEREÇ ve YÖNTEM	14
3.1. Araştırmanın Türü	14
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	14
3.3. Araştırmanın Evreni	14
3.4. Araştırmanın Örnekleme	15
3.5. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	15
3.6. Veri Toplama Araçları	15
3.7. Araştırmanın Uygulanması	16

3.7.1. Araştırmanın Ön Uygulaması	16
3.7.2. Araştırmanın Uygulaması	16
3.8. Araştırmanın Değişkenleri	16
3.8.1. Bağımsız Değişkenler	16
3.8.2. Bağımlı Değişkenler	17
3.8.3. Tanımlayıcı Değişkenler	17
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi	17
3.10. Araştırmanın Etik Boyutu	17
3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları	18
4. BULGULAR	19
4.1. Hemşirelere ve Enfeksiyon Riski Tanısı Kullanımına İlişkin Bulgular	19
4.2. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Enfeksiyon Riski Tanısı Koyma ve İlişkili Faktör Belirleme Durumlarına Yönelik Bulgular	21
4.3. Hemşirelerin Enfeksiyon Riski Tanısı Kullanımına İlişkin Görüşlerini İçeren Bulgular	24
5. TARTIŞMA	27
5.1. Hemşirelerin Enfeksiyon Riski Tanısı Kullanımı ve Tanıtıcı Özelliklerine Göre Enfeksiyon Riski Tanısı Koyma ve İlişkili Faktör Belirleme Durumlarına Yönelik Bulguların Tartışması	28
5.2. Hemşirelerin Enfeksiyon Riski Tanısı Kullanımına İlişkin Görüşlerine Yönelik Bulguların Tartışması	34
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	39
6.1. Sonuçlar	39
6.2. Öneriler	41
7. KAYNAKLAR	43
8. EKLER	50
Ek-A: Hemşirelerin Enfeksiyon Riski Tanısı Kullanımına İlişkin Görüşleri Soru Formu	50
Ek-B: Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Kararı	53
Ek-C: Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği Kurum İzni	54

<i>Ek-D: Hemşirelerin “Enfeksiyon Riski” Tanısı Kullanımına İlişkin Görüşleri</i>	
<i>Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu</i>	<i>55</i>
9. ÖZGEÇMİŞ	56

KISALTMALAR LİSTESİ

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ANA: American Nurses Association (Amerika Hemşireler Birliği)

CDC: Centers for Disease Control and Prevention (Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri)

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association (Kuzey Amerika Hemşirelik Tanılama Birliği)

SBİE: Sağlık Bakımı ile İlişkili Enfeksiyonlar

THD: Türk Hemşireler Derneği

WHO: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

TABLolar LİSTESİ

sayfa

<i>Tablo 4.1.1. Hemşirelere ve enfeksiyon riski tanısı kullanımlarına ilişkin özellikler</i>	20
<i>Tablo 4.1.2. Hemşirelerin sağlık bakımı ilişkili enfeksiyonlar hakkında aldıkları eğitim konuları.....</i>	21
<i>Tablo 4.2.1. Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre enfeksiyon riski tanısı koyma ve ilişkili faktör belirleme durumları</i>	23
<i>Tablo 4.2.2. Hemşirelerin enfeksiyon riski tanısı koyma ve ilişkili faktör belirleme durumları arasındaki ilişki.....</i>	24
<i>Tablo 4.3.1. Hemşirelerin enfeksiyon riski tanılamaya ve ilişkili faktör belirlemeye ilişkin görüşleri.....</i>	25
<i>Tablo 4.3.2. Hemşirelerin enfeksiyon riski açısından klinik işleyişe ilişkin görüşleri</i>	26

ÖZET
T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Hemşirelerin Enfeksiyon Riski Tanısı Kullanımına İlişkin Görüşleri
Sevcan ŞAŞMAZ
Hemşirelik Anabilim Dalı
YÜKSEK LİSANS TEZİ / KONYA-2019

Hemşirelerin enfeksiyon riski tanısı koyabilmesi ve önleyici bakım uygulamaların da bulunmaları SBİE'yi önlemek açısından oldukça önemlidir. Bu araştırma, hemşirelerin enfeksiyon riski tanısı kullanımına ilişkin görüşlerini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde planlanan çalışmanın örneklemini Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi kliniklerinde çalışan ve araştırmaya katılmak için gönüllü olan toplam 230 hemşire oluşturmuştur. Araştırma verileri literatür doğrultusunda hazırlanan, hemşirelerin özellikleri ile enfeksiyon riski tanısı kullanımına ilişkin soruların yer aldığı anket formu kullanılarak araştırmacı tarafından 01 Mart - 30 Mayıs 2017 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama, ki kare ve korelasyon testleri kullanılmıştır. Araştırmanın uygulanması öncesinde hemşirelerin bilgilendirilmiş gönüllü onam formu, araştırmanın yapıldığı kurumun ve etik kurulun izni alınmıştır.

Çalışmaya katılan hemşireler 18-45 yaş aralığında olup yaş ortalamaları 26.67 ± 5.35 'tir. Hemşirelerin %71.3'ü SBİE, %58.7'si de hemşirelik tanıları hakkında eğitim aldığını belirtmiştir. Hemşirelerin %89.1'inin enfeksiyon riski tanısı koyduğu ancak sadece %11.7'sinin enfeksiyon riski tanısına ait ilişkili faktörleri belirleyebildiği saptanmıştır. Hemşirelerin enfeksiyon riski tanısı koyma durumlarına ilişkin; hemşire başına düşen hasta sayısı 3-6 arasında olan, hemşirelik tanısı hakkında eğitim alan ve klinikte enfeksiyon riski tanılamaya engel bir durumun olduğunu belirten grupta enfeksiyon riski tanısı koyma oranlarının anlamlı şekilde yüksek olduğu, ilişkili faktör belirleme durumlarına ilişkin ise yaşı 27 ve üzeri olan, eğitim düzeyleri lisans ve üzerinde olan, dahili kliniklerde çalışan, meslekte çalışma süresi 5 yıl ve üzerinde olan, kliniklerinde hastaların yatış süresi 1-7 gün arasında olan, SBİE konusunda eğitim alan ve klinikte enfeksiyon riski tanılamaya engel bir durumun var olduğunu söyleyenlerin diğerlerinden istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazla ilişkili faktör belirlediği saptanmıştır ($p < 0.05$). Cinsiyetin ne enfeksiyon riski tanılamaya ne de ilişkili faktör belirlemeye etkisi olmamıştır ($p > 0.05$). Hemşirelerin enfeksiyon riski tanısı koyma ve ilişkili faktör belirleme durumları arasında $-0.19 < -0.002 < 0.00$ negatif yönlü istatistiksel olarak anlamsız düşük ilişki bulunmuştur ($p > 0.05$). Hemşirelerin neredeyse tamamı enfeksiyon riski tanısının, SBİE'yi azaltılması ve tedbir alınması adına oldukça önemli bir tanı olduğunu belirttiği halde yarısından fazlası risk tanılarını ayıracak vaktinin olmadığını, iş yükü fazlalığı ve hasta sayısının fazla olmasının enfeksiyon riski tanısı koymaya engel olduğunu belirtmiştir.

Sonuç olarak, bu çalışmada hemşireler enfeksiyon riski tanısının gerekli ve önemli bir tanı olduğu belirtmesine ve tanı koymasına rağmen, ilişkili faktörleri belirlemede istenilen düzeyde olmadıkları saptanmıştır. SBİE ve hemşirelik tanısı koyma ile ilgili eğitim verilmesinin ve hemşire başına düşen hasta sayısının azalmasının enfeksiyon riski tanısı koyma düzeylerini olumlu etkilediği ortaya çıkmıştır. SBİE'yi önlemek ve enfeksiyon oranlarını azaltmak için henüz ortaya çıkmadan enfeksiyon riski tanısı konulması, tanıya ilişkin hemşirelik uygulamalarının geliştirilmesi, bu konuda ki çalışmaların hemşirelerin eylemlerine dönük olarak tekrarlanması önerilir.

Anahtar Sözcükler: Enfeksiyon riski; Hemşirelik süreci; Hemşirelik tanısı; Sağlık bakımı ile ilişkili enfeksiyonlar.

ABSTRACT

REPUBLIC OF TURKEY
NECMETTİN ERBAKAN UNIVERSITY
INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES

Opinions of Nursing Regarding to Use of ‘Diagnosis of Infection Risk’

Sevcan ŞAŞMAZ

Department of Nursing

MASTER OF THESIS / KONYA-2019

It is very important for nurses to diagnose infection risk and to have preventive care practices to prevent SBIE. This study was carried out to determine the views of nurses on the use of infection risk diagnosis.

The sample of the study, which was planned as descriptive and relationship seeking type, consisted of 230 nurses working in Selçuk University Medical Faculty Hospital clinics and volunteering to participate in the study. The research data were collected between 01 March - 30 May 2017 by the researcher using a questionnaire form which includes questions about the characteristics of nurses and usage of infection risk diagnosis. Number, percentage, mean, chi-square and correlation tests were used to evaluate the data. The informed consent form of the nurses was obtained prior to the application of the study, and the permission of the institution and the ethics committee was obtained.

The nurses who participated in the study were between the 18-45 and their mean age was 26.67 ± 5.35 . 71.3% of the nurses stated that they had received training on SBIE, 58.7% of the nurses stated that they had received training on nursing diagnosis. It was found that 89.1% of the nurses diagnosed infection risk, but only 11.7% of them were able to determine the associated factors of infection risk. Nurses about the diagnosis of infection risk cases; The number of patients per nurse is between 3 and 6, who are educated about the diagnosis of nursing and that there is an obstacle to infection risk diagnosis in the clinic. The rate of infection risk is significantly higher in the group, and the nurses about the determine associated faktors cases; level of age is 27 and above, level of education is licence and above, working in internal clinics, who have 5 years or more working time in their clinics, whose average length of stay in their clinics are between 1-7 days, who are trained in SBIE, and who say that there is a situation that prevents an infection risk diagnosis in the clinic was found to have significantly more IF determined ($p < 0.05$). Gender did not have an effect on either infection risk diagnosis or on the determination of associated factors ($p > 0.05$). There was a statistically insignificant and negative low correlation between nurses infection risk diagnosis and associated faktors determination ($-0.19 < -0.002 < 0.00$). Almost all of the nurses stated that the diagnosis of infection risk was a very important diagnosis for the purpose of decreasing the SBIE and taking measures, and more than half of them did not have time to allocate risk diagnosis, the excess of workload and the high number of patients prevented the diagnosis of infection risk.

In conclusion, in this study, although nurses stated that the diagnosis of infection risk was a necessary and important diagnosis, it was found that they were not at a desired level in determining associated faktors. It has been found that the provision of training on the diagnosis of SBIE and nursing and the decrease in the number of patients per nurse positively affect the levels of infection risk diagnosis. It is recommended that the diagnosis of infection risk should be made before the emergence of the SBIE and the infection rates should be reduced, the development of the nursing practices related to the diagnosis and the repetition of the studies on this subject for the actions of the nurses.

Keywords: Risk of infection; Nursing process; The diagnosis of nursing; Health care associated infection.

1.GİRİŞ ve AMAÇ

Sağlık bakımı ile ilişkili enfeksiyonlar (SBİE), hastaya bir sağlık kurumunda bakım ya da sağlık hizmeti sunulması sırasında gelişen ve o kuruma başvuru sırasında var olmayan ya da kuluçka döneminde olmayan ve sağlık kurumunda gelişmesine rağmen bazen belirtileri taburcu olduktan sonra da görülebilen enfeksiyonlar olarak tanımlanır. Sağlık bakımı ilişkili enfeksiyonun tanımını yapabilmek için temel koşul enfeksiyonun yatışta var olan enfeksiyon kriterlerine uymaması ve hastanın hastaneye yatışının üçüncü günü veya daha sonraki günlerinde gelişmesidir (Sağlık Bakanlığı 2017).

Hastane hizmetlerindeki ilerlemelere rağmen SBİE gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde görülen yaygın bir sorundur. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) her yıl 25 hastadan birinde SBİE görülmektedir (CDC 2016). ABD'de her yıl 1.7 milyon SBİE geliştiği ve 99 bin bu enfeksiyonlara bağlı ölüm geliştiği tahmin edilmektedir (WHO 2013). Avrupa'da ise her yıl SBİE'in 37 bin ölüme, 16 milyon ek yatışa ve yıllık yedi milyar Euro ek maliyete neden olduğu tahmin edilmektedir (WHO 2011). Avustralya, Danimarka, İngiltere, Fransa, Hollanda, Norveç, İspanya ve ABD gibi ülkelerde SBİE'in tahmini %4.0 ile %10.0 arasında değiştiği bildirilmektedir (Mamishi ve ark. 2014). Doğu Hindistan'da bir kamu hastanesinin yoğun bakım ünitesinde 245 hasta üzerinde yapılan prospektif bir çalışmada ise yatan hastaların %11.8'inde SBİE geliştiği saptanmıştır (Dasgupta ve ark. 2015). Avustralya'da ise her yıl yaklaşık 200 bin hastada SBİE olduğu tahmin edilmiş ve bu rakam doğru ise SBİE'in, hastaları olumsuz olarak etkileyen en yaygın komplikasyon haline geldiği bildirilmiştir (Mitchell ve ark. 2017).

Türkiye'de SBİE'in görülme sıklığı ve mortalite oranlarına ilişkin genel verilere ulaşılamamakta, sadece gerçekleştirilen çalışmalarda bazı verilere rastlanmaktadır. Yapılan çalışmalarda enfeksiyon hızlarının hastaneler arasında büyük farklar gösterdiği (%5.3 - %56.1) bilinmekle beraber, aynı hastanede farklı klinikler arasında dahi enfeksiyon oranları arasında önemli farklar olabilmektedir (Altınışık ve ark. 2015). Hastane genelinde enfeksiyon hızı ile ilgili verilerin %1.3 ile %16.0 arasında değiştiği bildirilmektedir (Ertek 2008). 2005 - 2008 yılları arasında çeşitli illerde yer alan değişik hastanelerin yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde SBİE nedeniyle toplam 77 prematüre bebek ölümü yaşanmıştır. Yapılmış çalışmalar

gösteriyor ki yenidoğan döneminde SBİE, ölümlerin %26'sından sorumludur. Bunun yanı sıra onkoloji bölümünde yatmakta olan 2-11 yaş arası 7 çocuk SBİE nedeniyle neredeyse ölümden dönmüştür (Alcan ve ark. 2012). Ağırbaş ve ark (2015), yaptıkları bir çalışmada ise SBİE'nin maliyeti yaklaşık beş kat arttırdığı saptanmıştır. Tüm bu bulgular bize SBİE'nin özellikle ülkemizde ne kadar ciddi bir problem olduğunu ve önlenmesi için hızla gerekli adımların atılması gerektiğini ifade etmektedir (Alcan ve ark. 2012). Öncül ve ark (2012), yaptıkları çalışmada enfeksiyon hızı %0.6 - %35.1 arasında değişirken, Eren ve ark. (2017), yaptıkları çalışmada enfeksiyon oranı %15.4 olarak saptanmıştır. Şen Taş ve Kahveci'nin (2018), yaptıkları çalışmada ise Yoğun Bakım Ünitesi'nde enfeksiyon hızı sırasıyla 2014'de %34.3, 2015'de %26.7, 2016'da %13.1 olarak bulunmuştur. Türkiye 2016 yılı "Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Raporu"na göre hastanelerde "santral venöz kateter ilişkili enfeksiyon oranları 0.09-6.4, üriner kateter ilişkili üriner sistem enfeksiyonu oranı 0.2-4.4, ventilatör ilişkili pnömoni oranı 0.06-11.3, cerrahi alan enfeksiyonu oranı 0.25-4.76 arasında değişmiştir (Çetinkaya-Şardan ve ark. 2017).

SBİE hastalar için bir güvenlik kaygısı olup hastalarda fonksiyonel bozukluklara, duygusal strese, yaşam kalitesinin düşmesine sebep olmasından dolayı oldukça önemlidir. SBİE hastaların bozulmuş savunma mekanizmasının ve dirençli mikroorganizmaların kolonizasyonunun bir sonucudur (Mehta ve ark. 2014; Matta ve ark. 2018). Özellikle bağışıklık sistemi zayıf olan hastalarda, yeni doğan, prematüre bebeklerde, kanser ve yaşlı hastalar gibi vakalarda ölümlere de yol açabilmektedir. SBİE morbidite ve mortaliteye yol açmanın yanı sıra hastanede yatış süresinin uzaması, iş kaybının ortaya çıkması, ilaç kullanımının artması, izolasyon ihtiyacı doğması, ekstra laboratuvar ya da diğer tanı yöntemlerinin kullanımı gibi nedenlerle ekonomik yükü de arttırmaktadır. SBİE nedeniyle ortaya çıkan ilave maliyet, ülkenin sosyoekonomik durumuna, hastanenin büyüklüğüne, tedavi süresine, kliniğin türüne ve benzer başka etmenlere göre değişebilmektedir (Alcan ve ark. 2012; Revelas 2012; Ağırbaş ve ark. 2013; Navaeifar ve Rezai 2013; Soe ve ark. 2015; Öztürk ve Kahrıman 2016).

SBİE çok sayıda başarılı geçen ameliyat veya diğer tıbbi tedavileri başarısız kılar ve hastanede yatarak tedavi gören hastaların başarılı bir şekilde tedavisi ancak SBİE'nin önlenmesi ile olası olur (Yıldırım ve ark. 2015). SBİE'nin %30.0'nin sadece

el hijyeniyle azaltılabildiği bildirilmektedir (Bahçecioğlu Turan ve ark. 2017). Günümüzde alınan tüm kontrol önlemlerine karşın SBİE 18. yüzyıldan beri önemli bir sağlık sorunu olma özelliğini korumaktadır. Modern ve çağdaş hemşirelik 19. yüzyıl ortalarında Florance Nightingale ile başlamış kabul edilmekte (Akça Ay 2008; Birol 2013; Mutlu 2015) ve o dönemdeki SBİE daha çok hastanelerdeki kötü hijyen koşullarından kaynaklanmakta idi. Florance Nightingale 1850'li yıllarda Kırım savaşında enfeksiyonların çevre kirliliğinden kaynaklandığına vurgu yapmıştır. Kırım'da iki yıllık sürede hastaneye temiz besin, temiz su ve temiz çevre sağlanarak ölüm oranı %42.0'den %2.0'ye düşürülmüştür (Bulut ve Şengül 2018). Yıllar içinde SBİE kavramında ve bu enfeksiyona zemin hazırlayan risk faktörlerinde önemli değişiklikler yaşanmıştır (Yüce 2003).

Hemşireler, tedavi ve bakım sırasında hasta ile sürekli birlikte olduğundan, hastada enfeksiyon riskini erken tanıyarak SBİE'nin önlenmesinde kilit konumdadırlar (Dikmen ve ark. 2015). Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nın 8 Mart 2010 tarihli resmi gazetede yayınlanan Hemşirelik Yönetmeliği'ne göre; hemşireler, uygulamalarını hemşirelik sürecine göre temellendirmelidir. Yönetmelikte; "Hemşire bireyin, ailenin ve toplumun sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirler ve bakımı hemşirelik tanılama süreci kapsamında kanıta dayalı olarak planlar, uygular, değerlendirir ve denetler" hükmü yer almaktadır (T.C. Resmi Gazete, 8 Mart 2010, Sayı: 27515). Bu nedenle hemşireler, hemşirelik sürecini ve aşamalarını bilmek ve uygulamak zorundadırlar (Uysal ve ark. 2016).

Günümüzde yaygın olarak kullanılan hemşirelik tanılama terminolojisi Kuzey Amerika Hemşirelik Tanılama Birliği (*North American Nursing Diagnosis Association - NANDA*) tarafından geliştirilmiştir. NANDA günümüzde NANDA International adını almış ve son olarak Taksonomi II'yi yayınlamıştır. NANDA hemşirelik tanılama sistemi de hemşirelerin enfeksiyon riskini belirlemede etkili olmakta ve kolaylık sağlamaktadır (Babacan Gümüş ve ark. 2012). Hemşirelik sürecinin ilk aşaması hastanın bakım gereksinimlerinin saptanması için yapılan kapsamlı bir ön değerlendirmedir. Bu süreç içerisinde, doğru ve geçerli bir hemşirelik tanısı, bireye özgü uygun hemşirelik girişimlerinin seçilmesine rehberlik eder (Babacan Gümüş ve ark. 2012).

Enfeksiyon riski hemşirelik tanısı, bireyin, endojen ya da ekzojen kaynaklı, fırsatçı veya patojen bir ajanın (virüs, fungus, bakteri vb.) hastalık oluşturması riskini taşıması durumudur. Genel olarak SBİE'a sebep olan risk faktörleri şu şekilde sınıflandırılmaktadır;

- Hastaya bağlı faktörler
- Tedaviye/personele bağlı risk faktörleri
- Çevreye, bakım ortamına ve tıbbi atıkların yönetimine bağlı faktörler (Alcan ve ark. 2012).

SBİE'ın gelişimine yol açabilecek birçok durum ve sağlık sorunu vardır. Enfeksiyon kontrol önlemleri geliştirildikçe SBİE oranlarının düşmesi beklenir. Fakat tıbbi bakımdaki teknolojik ilerlemeler, invaziv girişimler, transplantasyon yapılan hasta ve kanserli hasta sayısının artması SBİE'ın artmasına neden olmaktadır (Yurttaş ve ark. 2017). SBİE sadece kritik hastalar arasında değil, sağlıklı kişiler arasında da salgın şeklinde seyredebilir. Enfeksiyonun oluşması için sadece patojen mikroorganizmaların varlığı yeterli değildir. Bir enfeksiyonun ortaya çıkması için enfeksiyon zincirini tamamlayan altı halkanın da bulunması gerekmektedir. Bunlar enfeksiyon ajanı, kaynak, çıkış kapısı, taşınma yolu, giriş kapısı ve uygun konakçısıdır. Sıklıkla fırsatçı bir patojenin vücuda girerek yerleşmesi, konakçının savunma gücünü kırarak çoğalması ve hastalık geliştirmesi gerekmektedir (Erdil ve Özhan Elbaş 2008; Aydın Avcı 2010; Görak ve ark. 2011). SBİE'ı önleyebilmek için, enfeksiyon zincirini bir noktadan kırmak gerekir. Bu da hemşirelerin hastalarda SBİE oluşturabilecek ilişkili faktörleri bilmesi ve hemşirelik bakımı sırasında riskleri önlemeye yönelik doğru hemşirelik girişimlerini uygulaması ile sağlanabilir. Hemşireler hastalarla en fazla temas halinde olan sağlık çalışanlarıdır. Hemşirelerin enfeksiyon riski tanısını koyabilmesi, problemin henüz belirti ve bulguları ortaya çıkmamışken, bireyi tehdit eden ilişkili faktörleri saptamaları ve önleyici bakım girişimleri planlamaları oldukça önemlidir. Bu nedenle SBİE'ın önlenmesinde hemşirelerin katkısı çok büyüktür. Bu katkı, hemşirelerin rollerinin gereğini yerine getirmesi ile sağlanabilir. Hemşirelik rolleri geçmişte hastalıkları iyileştirmeye yönelik roller iken günümüzde hastalıktan koruyacak ve sağlığı geliştirecek danışmanlık, eğitim ve rehberlik gibi rollere doğru yönelmiştir (Aydemir Gedük 2018). Günümüzde hemşirelik rolleri ile hasta / sağlıklı bireyin, tüm bakım ortamlarında, bilimsel, çözüme dayalı kaliteli hemşirelik bakımı alması

sağlanmaktadır (Seçer 2018). Hemşirelik süreci içerisinde hastanın durumunu değerlendiren hemşireler, enfeksiyon gelişimini kolaylaştıran ilişkili faktörler doğrultusunda enfeksiyon riski tanısı koyabilmeli ve hastanın bireysel bakımını planlarken SBİE'nin önlenmesi ve kontrolü ile ilgili tüm dünyada kabul edilen enfeksiyon kontrol önlemlerine yönelik güncel bilgilere sahip olmalı, bu bilgileri uygulama ile pekiştirerek hastalara en etkili bakımı vermelidir (Erden ve ark. 2015). SBİE'la ve NANDA hemşirelik tanıları ile ilgili çok sayıda çalışma olmakla birlikte (Fujishima Neves 2010; Jeon ve ark. 2012; Ayan 2012; Botarelli ve ark. 2016; Uysal ve ark. 2016) hemşirelerin enfeksiyon riski tanısı kullanımına ilişkin çalışmalara rastlanmadığı için çalışma sonuçlarının literatüre katkı sağlayabileceği ve hemşirelerde farkındalık yaratacağı düşünülmüştür. Bu araştırmada hemşirelerin enfeksiyon riski tanısına ilişkin görüşlerinin ve önerilerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Hemşirelerin enfeksiyon riski tanısı kullanımına ilişkin görüşlerinin saptanması klinikte SBİE'a karşı önleyici tedavi ve bakım uygulamalarının geliştirilmesine, bu sayede SBİE'ın neden olduğu mortalite ve morbidite oranının azalmasına, hastanede yatan hastaların yaşam kalitesinin artmasına, hasta tedavi maliyetlerinin önemli oranda düşmesine katkı sağlaması beklenmektedir.

1.1.Araştırmanın Amacı

Bu araştırma da hemşirelerin enfeksiyon riski tanısı kullanımına ilişkin görüşlerini saptamak amaçlanmıştır.

1.2.Araştırma Soruları

- 1) Hemşireler kliniklerde enfeksiyon riski tanısı koyabilmekte midir ?
- 2) Hemşireler enfeksiyon riski tanısına ait ilişkili faktörleri belirleyebilmekte midir?
- 3) Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre enfeksiyon riski tanısı koyma durumları ve enfeksiyon riski tanısına ait ilişkili faktör belirleyebilme durumları arasında farklılık var mıdır?
- 4) Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre enfeksiyon riski tanısı koyma ve ilişkili faktör belirlemeleri arasında ilişki var mıdır?
- 6) Hemşirelerin enfeksiyon riski tanısı kullanımına ilişkin görüşleri nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Bakımı ile İlişkili Enfeksiyonların Tanımı

Eski tanımıyla hastane enfeksiyonları veya nazokomiyal enfeksiyonlar, yeni ifade şekliyle SBİE, 11.05.2005 tarihli Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren “Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği”nde “yataklı tedavi kurumlarında, sağlık hizmetleri ile ilişkili olarak gelişen tüm enfeksiyonlar” şeklinde tanımlanmıştır (T.C Resmi Gazete, 11 Ağustos 2005, Sayı: 25903). Son yıllarda, bakımevlerinde ve ayaktan sağlık hizmeti verilmesi, kemoterapi ve diyaliz uygulamalarındaki artışlar nedeniyle SBİE tanımı getirilmiştir. SBİE bir hastanın hastanede veya başka bir sağlık kuruluşundaki bakım sürecinde gelişen ve hasta sağlık kuruluşuna başvurduğu sırada var olmayan veya kuluçka döneminde olmayan, hastaneye yatıştan 48-72 saat sonra veya hastaneden taburcu olduktan sonra 10 gün içerisinde gelişen refakatçi ve ziyaretçilerde de görülebilen enfeksiyonlardır (Revelas 2012; Köksal ve ark. 2016). Ancak enfeksiyonun tipine göre bu tanımlarda bazı değişiklikler olabilir. Örneğin cerrahi bir girişimi takiben ilk 30-90 gün içinde cerrahi yara bölgesinde gelişen enfeksiyonlar SBİE olarak kabul edilir ya da cerrahi girişim sırasında kalıcı olarak yerleştirilmiş bir yabancı cisim varsa (eklem protezi gibi) ameliyattan sonraki bir yıl içinde cerrahi girişim bölgesinde gelişen enfeksiyonlar da SBİE olarak tanımlanır (Eren ve ark. 2017).

2.2. Hemşirelik Süreci

Hemşireliğe duyulan gereksinim evrenseldir. “Hemşirelik, bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalıkları iyileştirme amacına yönelik, bakım hizmetlerinin planlanması, uygulanması, değerlendirilmesi ve bu hizmetleri yerine getirecek bireylerin eğitiminden sorumlu bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplindir” (Erer ve ark. 2017). Florence Nightingale, 1860 yılında hemşireliği; “hastayı iyileştirmek için hastanın çevresini düzenleme ve iyileştirme eylemidir” şeklinde vurgulamıştır (Şit 2017).

Hemşirelik süreci ise; Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’ne göre, “hemşirelik bakımında bilimsel problem çözümü yönteminin hasta yararı açısından sistemli bir biçimde kullanılmasıdır” (WHO 2015). Hemşirelik sürecinin ortaya çıkması,

hasta bakımına sistematik ve bilimsel bir yaklaşım olarak tanıtılması, 60'lı yılların başında gelişmiş ülkelerde başlamış ve Orlando tarafından ilk kez kullanılmıştır. Hemşirelik kuramcılarında Travelbee'ye göre hemşirelik süreci; "hemşirenin, hasta adına ve hasta ile birlikte yaptığı bütün eylemleri ve düşünme sürecini" kapsar. Orem'e göre hemşirelik süreci de; "bir hastanın neden hemşirenin yardımını gereksindiğinin belirlenmesi ve hemşirenin bu yardımı nasıl verebileceği ile ilgili karar vermesi *entelektüel etkinlik* ve hemşirenin hasta için yardım eylemine başlaması, sürdürmesi ve bakımı denetlemesi ise *uygulama etkinliği*" olarak tanımlamaktadır (Erer ve ark. 2017).

Hemşirelik sürecinin amacı; bireyin sağlık bakım ihtiyaçlarını tanımlamak, önceliklerini ve hedeflerini saptamak, bireyin ihtiyaçlarını karşılayabilecek hemşirelik girişimlerini belirlemek, uygulamak ve hemşirelik bakımının etkinliğini değerlendirmektir (Fujishima Neves 2010; Avşar 2014; Olmaz 2016). Ancak düşük ve orta gelirli ülkelerde klinik ortamlarda hemşirelik sürecini kullanma ile ilgili olumsuz tutumlar ortaya çıkmıştır. Hemşirelik sürecini, zaman alıcı ve yabancı olarak algılayan birçok hemşire tarafından eleştiriye maruz kalmaktadır (Carvalho Barra ve Marcon Dal Sasso 2012; Atiena Wagoro ve Rakuom 2015). Hemşirelik süreci birbirini izleyen her biri eşit derecede öneme sahip, her birinin doğruluğunun diğerini etkilediği, her birinde farklı metod kullanılan beş aşamadan oluşur.

Hemşirelik Süreci Aşamaları;

- Veri toplama ve analiz etme
- Hemşirelik tanısını belirleme
- Planlama
- Uygulama
- Değerlendirme olmak üzere beş aşamadan oluşmaktadır (Kabir Nahid ve Hasan Tehrani 2012; Birol 2013).

2.3. Hemşirelik Tanıları

"Hemşirelik Tanısı" kavramı ilk kez ANA (*American Nurses Association*) tarafından kullanılmıştır. 1982'de NANDA adı verilmiş, 2003 yılında NANDA uluslararası bir kuruluş haline gelerek ismi NANDA-International (NANDA-I) olarak değiştirilmiştir. Aynı yıl Taksonomik yapıyı iyileştirme ve geliştirme

çalışmalarının sonucu olarak Taksonomi II oluşturulmuştur (Ayan 2012; Carpenito-Moyet 2013). NANDA'nın amacı, hemşirelerin kullanımı için hemşirelik tanı terminolojisini belirlemek, sadeleştirmek ve geliştirmektir (Olmaz 2016). NANDA-I listesine yeni tanı adları eklenmekte veya mevcut tanıları geliştirilmeye devam etmektedir (Kaçaroglu Vicdan ve ark. 2015).

Bireyin sağlık durumu hakkındaki bilginin toplanması ve analizi sonucu hemşirelik tanısı belirlenir. Hemşirelik tanısı koyabilmek amacıyla “bireyin sağlık sorunu” hakkında klinik yargılamalar yapılır. Bu yargılamalar doğru hemşirelik tanısına ve bu tanıya özgün bakım planına yönlendirir (Seçer 2018). Hemşirelik tanıları bireyin bütünüyle kendini nasıl hissettiğini de içeren sağlık problemleri olarak tanımlanır. Bu tanım insanın bir bütün olarak fiziksel, psikolojik, sosyo-kültürel, gelişimsel ve dini inançları yönünden fonksiyonlarının ne kadar iyi olduğuna karar verilmesini sağlar (Mutlu 2015). Hemşirelik tanısı bireyin sağlık durumunu tanımlayan ve hemşirelik bakımını yönlendiren klinik karar olarak da tanımlanabilir (Morais ve ark. 2015). Hemşirelik tanısı her hastada istenen sonuçların elde edilmesi için en uygun müdahalelerin seçiminde rehber olarak düşünülür (Tavares Jomar ve Souza Bispo 2014). Toplanan verilerin kayıtları ve tespit edilen sorunlar, bakımın sürekliliği ve kalitesi açısından oldukça önemlidir. Ancak bakım merkezlerindeki yoğunluk, hızlı ve karmaşık iş akışı nedeniyle, birey odaklı bakım hala zor ulaşılan bir hedeftir (Schachner ve ark. 2016).

2.3.1.Hemşirelik tanı tipleri

Hemşirelik tanıları genel olarak “Mevcut/Gerçek, Risk, İyi/Esenlik ve Sağlık Geliştirme” hemşirelik tanıları olmak üzere dört gruba ayrılmıştır (Kaya 2004; Ayan 2012; Olmaz 2016).

2.3.1.1. Mevcut / Gerçek Hemşirelik Tanıları

“Hemşire değerlendirmesi sırasında karşılaşılan hasta problemidir. Klinik olarak tanımlayıcı (semptomlar) özellikleri doğrulanmış, bireyde varlığı saptanmış problemlerdir. Sağlık durumuna karşı, birey, aile ya da toplumun verdiği insan yanıtlarının var olması olarak tanımlanır. Mevcut / gerçek hemşirelik tanısı hemşirenin major tanımlayıcı özellikleri doğruladığı, tanının varlığını gösteren belirti

ve bulgularla desteklenen klinik bir karardır”. Örneğin, sosyal izolasyon, anksiyete, cilt bütünlüğünde bozulma (Mutlu 2015; Olmaz 2016; Şit 2017).

2.3.1.2. Risk Hemşirelik Tanısı

“Sağlık durumuna / yaşam süreçlerine karşı birey, aile ya da toplumda gelişebilecek insan yanıtlarını tanımlar. Örselenebilirliği arttıran / artmasına yol açan risk faktörlerinin varlığı ile desteklenir (Ayan 2012). Önlem alınmazsa ortaya çıkabilecek problemleri ifade etmek için kullanılan hemşirelik tanıdır. Problemin henüz belirti ve bulguları ortaya çıkmamıştır. Hemşire değerlendirmesi sırasında var olmayan ama değişebilecek durumları tanımlayan hemşirelik tanıdır. Bu risk hemşirenin alacağı önlemlerle ya da yapacağı hemşirelik girişimleri ile ortadan kaldırılabılır, böylece problem ortaya çıkmaz” Örneğin; enfeksiyon riski, elektrolit dengesizliği riski, kanama riski (Keski 2010; Ayan 2012; Mutlu 2015; Olmaz 2016).

2.3.1.3. İyilik / Esenlik Tanıları

“Birey, aile veya toplumun geliştirme için gönüllü olduğu iyilik düzeylerine insan yanıtlarını tanımlar. Diğer bir tanımla iyi durumda bulunan ve iyilik halini güçlendirmeye hazır olan bireyin, ailenin ya da toplumun iyilik düzeyine karşı insan tepkisidir. Birey, aile, toplumun düşük refah düzeyinden daha yüksek refah düzeyine geçişi hakkındaki klinik karardır. Bu tanımlar, birey optimal sağlık düzeyine ulaştığında kullanılabilir”. Örneğin; kanserli bireyin bakım ve tedavisi tamamlanıp iyileşme sağlandığında, semptomların alevlenmemesine yönelik planları uygulamaya hazır olması durumudur (Kaya 2009; Keski 2010; Ayan 2012).

2.3.1.4. Sağlığı Geliştirme Hemşirelik Tanıları

“İnsan sağlığı potansiyelini geliştirmek ve iyilik halini yükseltmek için birey, aile ya da toplumun motivasyonu ve isteğinin klinik karardır. Sağlığı geliştirme hemşirelik tanılarında birey, aile veya toplumun iyilik halinin bir düzeyinden daha üst düzeyine geçiş için isteklilik gösterdiğine ilişkin belirti ve bulgular bulunmaktadır”. Örneğin; sağlığını yönetmede güçlenmeye hazır oluş, sedanter yaşam tarzı, boş zaman aktivitelerinde yetersizlik (Kaya 2009; Ayan 2012; Olmaz 2016).

2.4. Enfeksiyon Riski Tanısı

Hemşire değerlendirmesi sırasında var olmayan ama değişebilecek durumları tanımlayan hemşirelik tanılarında biri olan enfeksiyon riski, Firdevs Erdemir'in çevirmiş olduğu Hemşirelik Tanıları El Kitabı'na göre “ Endojen ya da eksojen kaynaklı, fırsatçı bir ajanın hücumuna uğrama riski taşıyan bir bireydeki durumdur”. Herdman ve Kamitsuru'ya göre “patojen organizmaların saldırısına ve çoğalmasına karşı sağlığa zarar verebilecek düzeyde eğilim”, Pearson'a göre ise “sağlığa zarar verebilecek patojen organizmaların istila ve çoğalmasına karşı savunmasız olma durumu” dur. Diğer bir ifade ile “Enfeksiyon riski, konak savunmasının baskılandığı, böylece konağın çevresel patojenlere daha yatkın hale geldiği bir durumu tanımlar” (Keski 2010; Carpenito- Moyet 2013; Heardman ve Kamitsuru 2018; Pearson 2018).

2.4.1. Enfeksiyon Riski Tanısı ile İlişkili Faktörler

İlişkili faktörler; bir problem odaklı (gerçek) tanı ile ilgili, tanıdan önce olan ya da tanıya neden olan şekilde tanımlanabilir. İlişkili faktörler hastanın optimal sağlık durumuna dönmesi için neleri değiştirmesi gerektiğini gösterir ve bu nedenle etkili hemşirelik girişimlerini seçmede hemşireye yardım eder (Pearson 2018). Hemşirenin bireyde enfeksiyonun gelişmesini kolaylaştıran ve uygun koşullar yaratan ilişkili faktörleri bilmesi oluşabilecek SBİE'nin önlemesini sağlayabilir (İlçe ve ark. 2010).

Hastanede yapılan girişimsel tedavi uygulamaları; Özellikle cerrahi ve diğer girişimsel işlemlerde (tedavi amacıyla gerçekleştirilen diyaliz, total parenteral beslenme, damar yollarının bulunması, entübasyon, radyasyon tedavisi, organ transplantasyonu gibi işlemler) ve vücut içine doğrudan yapılan müdahalelerde el, araç, tıbbi alet, uygulama ortamı ve yara yerinin temizliğinin yeterli düzeyde sağlanmaması ve vücuda sokulan invaziv alet kullanımı (santral venöz kateterler, endotrakeal tüpler, gastrik tüpler, bebeklerde kordon kateterleri vb.) (Carpenito-Moyet 2013; Öztürk ve Kahrman 2016; Pearson 2018).

Temizlik kurallarına dikkat edilmemesi; Hastane çalışanlarının, hastanın ve hasta yakınlarının kişisel, el ve vücut temizliklerine dikkat etmemesi, hastane binasının ve tüm araç ve gerecin temizlik, dezenfeksiyon ve sterilizasyon

işlemlerinin yetersiz olması, mutfak ve çamaşırhane gibi destek hizmetlerinde gerekli temizlik kurallarına uyulmaması (Carpenito-Moyet 2013; Öztürk ve Kahrıman 2016).

Fiziki yetersizlikler; Hastane binası ve tesisat sisteminin, hijyenik bir tedavi ve bakım hizmeti sunulmasına imkan vermemesi, izolasyon odalarının olmaması, olumsuz ameliyathane koşulları, hastanede yapılan onarımlar (Carpenito-Moyet 2013; Öztürk ve Kahrıman 2016).

Personel yetersizliği: Hasta yoğunluğuna nazaran, tedavi, bakım ve temizlik hizmetlerinde çalışan hastane personelinin sayısı ve nitelik olarak yetersiz olması (Carpenito- Moyet 2013; Öztürk ve Kahrıman 2016).

Hastaya ilişkin faktörler; SBİE önlenmesinde önemli olan ve hasta değerlendirmesinde sorgulanması gereken ve enfeksiyona risk oluşturabilecek durumlar hemşire tarafından tanımlanmalıdır. Hastanın yaşı önemli bir risk faktörüdür. İleri yaşla birlikte zayıflayan öksürük refleksi pnömoni riskini, vücuttaki doğal bariyerlerin zayıflaması selülit, bası yarası riskini, immün sistemin zayıflaması hastada genel olarak enfeksiyon gelişme riskini artırmaktadır. Hastalarda beslenme bozukluğu olması, protein enerji malnütrisyonu immün sistemi zayıflatarak enfeksiyon gelişimini arttırmaktadır. Hastanın hastalığının ciddiyeti ve konak savunmasını baskılayan kanser, renal yetmezlik, hemotolojik bozukluklar, Diyabetes Mellitus, alkolizm, immün yetersizlik, periodental hastalıklar, hepatik bozukluklar, respiratuar bozukluklar, immunosupresyon, lökositlerde yetersizlik ya da değişim, deri ile ilgili değişimler, enfeksiyon riskini arttırmaktadır. Dolaşımın baskılanmasına yol açan lenf ödem, obezite, periferik vasküler hastalıklar, kişiye bağlı olan etkenlere baktığımız zaman da uzun süren immobilite, hastanede kalış süresinin uzaması, stres, sigara içme, travma, termal yaralanmalar, antibiyotik kullanma alışkanlığı, steroid kullanımı ve enfeksiyon öyküsünün bulunması enfeksiyon riskini arttıran ilişkili faktör olarak sıralanabilir (Alcan ve ark. 2012; Carpenito- Moyet 2013; Öztürk ve Kahrıman 2016; Pearson 2018).

2.5. Enfeksiyon Riski Tanısı ve Hemşirenin Sorumlulukları

Hemşirelik girişimleri, hemşirelik tanısı, problemin etiyolojisi ve beklenen sonuç dikkate alınarak belirlenmelidir. Belirlenen bu hemşirelik girişimleri

hemşirenin diğer sağlık personellerinden bağımsız kendi otonomisini kullanarak gerçekleştirdiği girişimler gibi doğrudan ya da diğer sağlık personeline bağlı ya da diğer sağlık personelleriyle ortak olarak gerçekleştirdiği sorumluluklarıdır (Olmaz 2016). Hemşirelik mesleğinin üç temel ögesi bakım, tedavi ve koordinasyondur. Ayrıca hemşirenin yenilenen bilgiler ve edinilen deneyimler sonucunda belirlenen bakım verici, eğitici, araştırmacı, yönetici, karar verici, savunucu rolleri bulunmaktadır. Hemşireler, enfeksiyon riski tanısına ilişkin hemşirelik sorumluluklarını bu rollerine uygun olarak gerçekleştirmelidir (Mutlu 2015; Aydemir Gedük 2018).

Hastanın bakımının sağlanmasında yer alan hemşireler, hastaların bakım gereksinimlerinin tanımlanmasından başlayarak, hastaların özellikleri doğrultusunda, hemşirelik öncelikleri ve taburculuk hedeflerini de kapsayan bir bakım planı geliştirmelidirler. Bakım verilen hastalar özellikle enfeksiyon riski açısından değerlendirilmelidir. Değerlendirme sonucuna göre gerekli önlemler alınmalıdır. Ülkemizde teşhis ve tedavi için hasta veya yakınlarından aydınlatılmış onam alınırken, SBİE ve riskleri konusunda bilgi verilmesi çok rastlanan bir durum değildir böyle bir durumda hasta hakları ihmal edilmektedir. Buradan yola çıkarak SBİE ve riskleri konusunda hasta ve yakınları hemşire tarafından açıkça bilgilendirilmeli bu konuda üzerlerine düşen görev ve sorumluluklar hakkında eğitim verilmelidir (Bulut ve Şengül 2018). Hemşire enfeksiyon riski tanısına ilişkin sorumluluklarını yerine getirirken de bütün bu rollerini kullanmalıdırlar. Enfeksiyon riski tanısına ait ilişkili faktörlerin tanımlanması ve buna ilişkin önlemlerin alınması oluşabilecek SBİE'nin engellenmesi açısından oldukça önemlidir (Öztürk ve ark. 2008; Alcan ve ark. 2012). Hemşirelerin enfeksiyon riski tanısına ilişkin başlıca sorumlulukları;

- Hastaları enfeksiyon riski açısından değerlendirmek ve tanımlamak,
- Hastalarda enfeksiyon riski ile ilişkili faktörleri tanımlamak,
- Uygun olan izolasyon tekniklerini uygulamak,
- Organizmanın bireylere girişini azaltmak için gerekli çevresel önlemleri almak,
- Enfeksiyonun klinik belirtilerini gözlemlemek,
- Ziyaretçilerin sayısını uygun şekilde sınırlamak,
- Gereksiz tanı ve tedavi işlemlerinden kaçınarak bireyin enfeksiyona yatkınlığını azaltmak,

- Enfeksiyonun bulaşıcılığı, nedenleri ve riskleri konusunda birey ve aileye eğitim vermek,
- Hastaların yeterli besin alımını sağlayarak diyetinde protein ve kalori alımını sürdürmek,
- Enfeksiyona karşı korunma için bireysel hijyen uygulamalarının yapıldığını gözlemek,
- Standart önlemleri sürdürmek,
- İmmün yetersizliği olan bireyleri enfeksiyondan korumak,
- Enfeksiyonla ilgili taburculuk kriterlerini belirlemek (komplikasyonlar, hastanın genel durumu ve taburcu olduktan sonra karşılaşıacağı durum ve gereksinimler gibi),
- Hastanın bakımında yapılan tüm uygulamaların, enfeksiyon kontrol ve önleme stratejileri doğrultusunda yapılmasını sağlamaktır (Alcan ve ark. 2012; Carpenito- Moyet 2013; Bulecek ve ark. 2017; Pearson 2018).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma tanımlayıcı türde gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Bu araştırma Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde gerçekleştirilmiştir. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinin 2009 yılında hasta kabulüne başlaması ile birlikte Enfeksiyon Kontrol Komitesi 11 üye ile kurulmuş, daha sonra üye sayısı 22'ye çıkmıştır. Hastanede üç enfeksiyon kontrol hemşiresi mevcuttur. Enfeksiyon Kontrol Komitesi yılda en az üç defa toplanmaktadır. Enfeksiyon Kontrol Komitesi'nin çalışmaları içinde sürekli hizmet içi eğitim verilmesini sağlamak, hastalar veya hastane personeli için tehdit oluşturan bir enfeksiyon riskinin belirlenmesi durumunda, gerekli incelemeleri yapmak ve izolasyon tedbirlerini belirlemek bulunmaktadır. Bu toplantılarda SBİE'nin gelişimini önleme konusunda durum değerlendirilmesi yapılmakta, sorunlarla ilgili çözüm önerileri geliştirilmekte ve kliniklere geri bildirimler verilmektedir. SBİE sürveyans verileri günlük olarak toplanıp kayıt altına alınmaktadır.

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nin dahili birimleri içinde psikiyatri, nöroloji, kardiyoloji, iç hastalıkları, göğüs hastalıkları, fizik tedavi ve rehabilitasyon, yenidoğan, çocuk hastalıkları ve enfeksiyon hastalıkları klinikleri yer alırken, cerrahi birimlerde beyin ve sinir cerrahisi, genel cerrahi, göğüs cerrahisi, göz hastalıkları, kadın hastalıkları, kalp ve damar cerrahisi, kulak burun boğaz, ortopedi, plastik cerrahi, çocuk cerrahisi ve üroloji klinikleri yer almaktadır. Kliniklerin tümünde hemşirelik bakım planı yapılmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışmakta olan 390 hemşire oluşturmuştur.

3.4. Araştırmanın Örnekleme

Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş hastanede çalışan ve dahil edilme kriterlerine uyan hemşirelerin tamamının örnekleme alınmasına karar verilmiştir. 52 ameliyathane hemşiresi, 46 poliklinik hemşiresi, 14 kat sorumlusu, 7 yönetim hemşiresi ve 3 enfeksiyon kontrol hemşiresi olmak üzere toplam 122 hemşire hasta bakım planı yapmadıkları için dahil edilme kriterlerine uygun bulunmayıp araştırma dışında bırakılmıştır. Dahil edilme kriterlerine uyan 268 hemşire örnekleme oluşturmuştur.

Uygulama sırasında 28 hemşire çalışmaya gönüllü olarak katılmayı reddetmiştir. Bu araştırma, dahili birimlerden 138 (5 psikiyatri, 11 nöroloji, 10 kardiyoloji, 53 iç hastalıkları, 22 yenidoğan, 10 çocuk hastalıkları 8 fizik tedavi ve rehabilitasyon, 8 enfeksiyon hastalıkları, 11 göğüs hastalıkları hemşiresi), cerrahi birimlerden ise 92 (10 beyin ve sinir cerrahisi, 23 genel cerrahi, 10 çocuk cerrahi, 6 göğüs cerrahisi, 4 göz hastalıkları, 8 kadın hastalıkları, 4 kalp ve damar cerrahisi, 4 kulak burun boğaz, 17 ortopedi ve plastik cerrahisi, 6 üroloji) olmak üzere toplamda 230 hemşirenin (dahil edilme kriterlerine uyan hemşirelerin % 86.0'sının) katılımı ile tamamlanmıştır. Anlamlılık düzeyi 0.05 (%5) seçilmiş ve istatistiksel güç (1-β) %90'dır.

3.5. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Araştırma kapsamına uygun olarak;
- Hastanede klinisyen hemşire olarak çalışmak,
- Hastaya birebir bakım vermek ve bakım planı yapıyor olmak,
- En az 6 ay mesleki deneyime sahip olmak,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak dahil edilme kriteri olarak belirlenmiştir.

3.6. Veri Toplama Araçları

İki bölümden oluşan anket formu araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanmıştır (Yüceer ve Güler Demir 2009; Alcan ve ark. 2012; Carpenito-Moyet 2013; <http://allnurses.com/nursing-student-assistance/risk-for-infection911083.html> 10 Mart 2016; Öztürk ve Kahrıman 2016). I. bölüm, hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinden (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışmakta olduğu

klirik, meslekte çalışma suresi) ve enfeksiyon riski tanısı koyma durumlarını etkileyebilecek faktörlerle ilişkin sorulardan (hemşire başına düşen hasta sayısı, hemşirelerin bakım verdikleri hastaların yatış suresi, SBİE ve hemşirelik tanısı koyma ile ilgili eğitim alma durumları); II. Bölüm ise, enfeksiyon riski tanısı koyma ve bu tanıya ait ilişkili faktör belirleme durumları ve hemşirelerin enfeksiyon riski tanısı kullanımına ilişkin görüşlerini soran sorulardan oluşmuştur (EK-A).

3.7. Araştırmanın Uygulaması

3.7.1. Araştırmanın n uygulaması

Araştırmanın n uygulaması, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışan 10 hemşirede soruların anlaşılabilirliğini test etmek amacı ile gerçekleştirilmiştir. n uygulama sonrası araştırma soruları yeterlik ve anlaşılabilirlik yönünden değerlendirilerek n uygulama sonucunda sorularda değişiklik yapılmış olup n uygulamaya katılan hemşireler örneklem dışında bırakılmıştır. Ayrıca n uygulama ile paralel olarak bu konuda deneyime sahip üç enfeksiyon kontrol hemşiresine de anket formu uygulanmış ve görüşleri alınmıştır.

3.7.2. Araştırmanın Uygulaması

Araştırmanın uygulaması 01 Mart 2017 - 30 Mayıs 2017 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi kliniklerinde çalışan ve araştırmaya katılmak için gönüllü olan hemşirelere araştırmacı tarafından anket formu kimlik bilgileri belli olmayacak şekilde kapalı olarak dağıtılmış, yanıtlanmaları için süre verilerek toplanmıştır. Anket formunu cevaplandırma suresi 15-20 dk arasında değişmiştir.

3.8. Araştırmanın Değişkenleri

3.8.1. Bağımsız Değişkenler

- Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışmakta olduğu klinik, meslekte çalışma suresi, hemşire başına düşen hasta sayısı, hastaların yatış suresi, SBİE hakkında eğitim alma ve hemşirelik tanıları ile ilgili eğitim alma durumları.

3.8.2. Bağımlı Değişkenler

- Hemşirelerin enfeksiyon riski tanısı koyma durumları
- Enfeksiyon riski tanısına ait ilişkili faktör belirleme durumları.

3.8.3. Tanımlayıcı Değişkenler

Bağımlı ve bağımsız değişkenler dışındaki değişkenler bu grupta toplanmıştır.

- Tanıya ilişkin görüşler,
- İlişkili faktörlere ilişkin görüşler,
- Hemşirelerin sorumluluklarına ilişkin görüşler,
- Enfeksiyon riski tanılamaya engel olan durumlara ilişkin görüşler.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verileri sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma olarak özetlenmiştir. Bağımsız değişkenlere göre bağımlı değişkenler arasında fark olup olmadığı Likelihood Ratio ki kare testi ile değerlendirilmiştir. Bağımlı değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesi için Likelihood korelasyon testi kullanılmış ve ilişkinin gücü 0.00-0.19 arası ilişki yok ya da önemsenmeyecek düzeyde düşük ilişki, 0.20-0.39 arası zayıf (düşük), 0.40-0.69 arası orta düzeyde, 0.70-0.89 kuvvetli (yüksek), 0.90-1.00 arası çok kuvvetli ilişki olarak yorumlanmıştır (Alpar 2014).

Hemşirelerin meslekte çalışma sürelerinin enfeksiyon riski tanısı koyma durumlarına etkisi yıllar için değerlendirilmiş, anlamlıya en yakın fark 1-4 yıl ile 5 yıl ve üzeri grupta bulunmuştur. Belirlenen bu aralık ilişkili faktör belirleme durumlarında anlamlı fark oluşturmuştur. Hemşire başına düşen hasta sayısının enfeksiyon riski tanısı koymalarını etkileyip etkilemediği tek tek incelenmiş, 3-6 hasta ile 7 ve üzeri hastaya bakanlar arasında anlamlı fark saptanmıştır. Tüm yatış süreleri sırasıyla incelenmiş, enfeksiyon riski tanısı koymayı etkileyen bir aralığa rastlanmamıştır. 1-7 gün ve 8 gün ve üzeri yatış süresi şeklindeki sınıflamada ilişkili faktör belirleme ile ilgili anlamlılık dikkate alınmıştır. Tüm analiz sonuçlarının yorumlanmasında %95 güven düzeyi, %5 yanılma payı dikkate alınmıştır.

3.10. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma yapılacak olan Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Etik Kurulu'nun 08.06.2016 tarih ve 2016/183 karar sayılı yazılı izni ile (EK-B) Selçuk

Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nin 25.06.2016 tarih ve 92469864-604.01.02/ karar sayılı izni alınmıştır (EK-C). Araştırma için bilgilendirilmiş gönüllü olur formu hazırlanmış olup sözlü veya yazılı olarak katılımcıların bilgilendirilmiş onamları alınmıştır (EK-D).

3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları

Türkiye'de sağlık meslek lisesi, ön lisans ve lisans mezunu hemşirelerin hepsi hemşire ünvanını kullanmakta olduğu için ve hemşire sayısı azalacağı için sağlık meslek lisesi ve ön lisans mezunları örneklemeden çıkartılmamıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde;

- 4.1. Hemşirelere ve enfeksiyon riski tanısı kullanımlarına ilişkin bulgular,
- 4.2. Hemşirelerin özelliklerine göre enfeksiyon riski tanısı koyma ve ilişkili faktör belirleme durumlarına yönelik bulgular,
- 4.3. Hemşirelerin enfeksiyon riski tanısı kullanımına ilişkin görüşlerini içeren bulgulara yer verilmiştir.

4.1. Hemşirelere ve Enfeksiyon Riski Tanısı Kullanımlarına İlişkin Bulgular

Tablo 4.1.1’de hemşirelere ve enfeksiyon riski tanısı kullanımlarına ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Hemşireler 18-45 yaş aralığında olup yaş ortalamaları 26.67 ± 5.35 ’tir. Hemşirelerin %72.2’si kadın, %47.8’i sağlık meslek lisesi, %31.3’ü lisans/yüksek lisans, %20.9’u ön lisans mezunu, %60.0’ı dahili kliniklerde %40.0’ı cerrahi kliniklerde çalışmakta, klinik deneyimleri 1-26 yıl arasında değişmekte ve ortalama çalışma süreleri 5.56 ± 4.88 , bakım verdiği hasta sayısı 3-32 arasında değişmekte olup ortalama 10.59 ± 6.76 hasta, bakım verdikleri hastaların ortalama yatış süreleri 16.25 ± 12.30 olarak belirlenmiştir. Hemşirelerin %71.3’ü SBİE hakkında, %58.7’si ise hemşirelik tanısı koyma ile ilgili eğitim almıştır. Hemşirelerin %89.1’inin enfeksiyon riski tanısını koyduğu, %11.7’sinin enfeksiyon riski tanısına ait ilişkili faktörleri belirlediği ve %17.4’ünün çalıştığı klinikte enfeksiyon riski tanılamaya engel bir durum tanımladığı bulunmuştur.

Tablo 4.1.1. Hemşirelere ve enfeksiyon riski tanısı kullanımlarına ilişkin özellikler (n:230)

Özellikler	n	%
Yaş (\bar{x} : 26.67±5.35, min:18, max: 45)	26 yaş ve altı (ortalamanın altı)	113 49.1
	27 yaş ve üzeri (ortalamanın üzeri)	117 50.9
Cinsiyet	Kadın	166 72.2
	Erkek	64 27.8
Eğitim durumu	Sağlık meslek lisesi	110 47.8
	Ön lisans	48 20.9
	Lisans ve yüksek lisans*	72 31.3
Çalışmakta olduğu klinik	Dahili klinikler	138 60.0
	Cerrahi klinikler	92 40.0
Meslekte çalışma süresi (\bar{x} : 5.56±4.88, min: 1 yıl, max: 26 yıl)	1-4 yıl çalışan	111 48.3
	5 yıl ve üzeri çalışan	119 51.7
Hemşire başına düşen hasta sayısı (\bar{x} : 10.59±6.76, min: 3, max: 32)	3-6 hastaya bakan	88 38.3
	7 ve üzeri hastaya bakan	142 61.7
Kliniklerinde hastaların yatış süresi (\bar{x} : 16.25±12.30, min: 3, max:68)	1-7 gün	49 21.3
	8 gün ve üzeri	181 78.7
SBİE hakkında eğitim alma durumu	Eğitim alan	164 71.3
	Eğitim almayan	66 28.7
Hemşirelik tanuları ile ilgili eğitim alma durumu	Eğitim alan**	135 58.7
	Eğitim almayan	95 41.3
Klinikte enfeksiyon riski tanısı koyma durumu	Tanı koyan	205 89.1
	Tanı koymayan	25 10.9
Klinikte enfeksiyon riski tanısına ait ilişkili faktör belirleme durumu	İlişkili faktör belirleyen	27 11.7
	İlişkili faktör belirlemeyen	203 88.3
Klinikte enfeksiyon riski tanılamaya engel olan bir durum varlığını tanımlayan	Evet	40 17.4
	Hayır	190 82.6

* Bu gruptaki katılımcıların 68'i lisans, 4'ü yüksek lisans mezunudur.

** Hemşirelerin 78'i (%33.9) lisans eğitimleri sırasında, 33'ü (%14.3) lise eğitimi sırasında, 24'ü (%10.4) ise ayrıca bir kurs/seminer şeklinde hemşirelik tanısı koyma ile ilgili eğitim almışlardır.

Tablo 4.1.2'de hemşirelerin SBİE hakkında aldıkları eğitim konularına ilişkin bulgulara yer verilmiştir. SBİE hakkında eğitim aldığını belirten 164 hemşirenin %29.3'ü bulaşıcı hastalıklarda izolasyon kuralları, %27.4'ü doğrudan SBİE, %23.8'i el hijyeni ve eldiven kullanımı, %19.5'i tıbbi atık yönetimi konularında, çok azı ise standart önlemler, antibiyotik kullanımı ve sürveyans konularında eğitim almıştır.

Tablo 4.1.2. Hemşirelerin sağlık bakımı ilişkili enfeksiyonlar hakkında aldıkları eğitim konuları (n: 164)

Konular *	n	%
Bulaşıcı hastalıklarda izolasyon kuralları	48	29.3
SBİE	45	27.4
El hijyeni ve eldiven kullanımı	39	23.8
Tıbbi atık yönetimi	32	19.5
SBİE hakkında hemşirelik girişimleri	22	13.4
Enfeksiyondan korunma yöntemleri	9	5.5
Diğer**	9	5.5

*Katılımcılar birden çok yanıt vermiştir.

**Bu konular standart önlemler, antibiyotik kullanımı ve sürveyanstır.

4.2. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Enfeksiyon Riski Tanısı Koyma ve İlişkili Faktör Belirleme Durumlarına Yönelik Bulgular

Tablo 4.2.1’de hemşirelerin özelliklerine göre enfeksiyon riski tanısı koyma ve ilişkili faktör belirleme durumları hakkında bulgulara yer verilmiştir. Hemşirelerden 26 yaş ve altı olanların (%89.4), 27 yaş ve üzeri olanlarla (%88.9) yakın oranlarda enfeksiyon riski tanısı koyduğu, bunun anlamlı fark oluşturmadığı ($p>0.05$), ilişkili faktör belirleme durumlarında ise 27 yaş ve üzeri olanların (%16.2) 26 yaş ve altı (%7.1) gruba göre daha fazla ilişkili faktör belirledikleri ve bu farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p< 0.05$). Cinsiyet faktörü incelendiğinde kadınlar (%91.0 - %13.3) erkeklerden (%84.4- %7.8) daha fazla enfeksiyon riski tanısı koymuş ve ilişkili faktör belirlemiştir. Ancak bu gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Hemşirelerin eğitim durumlarına göre, enfeksiyon riski tanısını en fazla lisans ve yüksek lisans eğitimi alan grup (%93.1), daha sonra sağlık meslek lisesi mezunları (%89.1) ve en düşük oranda ise önlisans mezunları (%83.3) koymuştur. İlişkili faktör belirleme durumlarında da aynı sıralama izlenmiş (%25.0 - %8.2 - %0.0) ön lisans mezunlarının hiç ilişkili faktör belirlemediği dikkati çekmiştir. Eğitim durumlarının enfeksiyon riski tanısı koyma ile anlamlı ilişkisi görülmezken ($p>0.05$), ilişkili faktör belirlemede anlamlı fark görülmüş ve bu fark önlisans mezunlarından kaynaklanmıştır ($p< 0.05$).

Hemşirelerin çalıştıkları klinikler incelendiğinde cerrahi kliniklerinde çalışanlar dahili kliniklerde çalışanlara göre (%93.3 - %86.2) daha fazla enfeksiyon riski tanısı koymasına rağmen daha az ilişkili faktör (%6.5 - %15.2) belirlemiştir. Kliniklerine göre enfeksiyon riski tanısı koyma durumlarında anlamlı fark

görülmezken ($p>0.05$), ilişkili faktör belirleme durumları fark oluşturmuştur ($p<0.05$). 1-4 yıl deneyime sahip olanlar (%5.4) 5 yıl ve üzeri deneyime sahip olanlardan (%17.6) daha az ilişkili faktör belirlemiş, bu fark istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır ($p<0.05$).

Hemşire başına düşen hasta sayıları incelendiğinde; 3-6 hastaya kadar bakım veren hemşirelerin (%94.3) enfeksiyon riski tanısı koyma durumları arasında anlamlı fark saptanmazken 7 ve üzeri hastaya bakan hemşirelerin (%85.9) enfeksiyon riski tanısı koyma durumlarında anlamlı fark görülmüştür ($p<0.05$). Anlamlı fark oluşturmamakla birlikte hemşire başına düşen hasta sayısı arttıkça ilişkili faktör belirleme oranları (%12.5 - %11.3) düşmektedir ($p>0.05$). Hemşirelerin kliniklerinde hastaların yatış süreleri incelendiğinde; tüm yatış süreleri için enfeksiyon riski tanısı koyma durumlarında anlamlı fark saptanmazken ($p>0.05$), 1-7 gün yatış süresine sahip kliniklerde çalışan hemşireler (%24.5), 8 gün ve üzeri yatış süresine sahip kliniklerde çalışan hemşirelere (%8.3) göre anlamlı şekilde daha fazla ilişkili faktör belirlemiştir ($p<0.05$).

SBİE ile ilgili eğitim alan ve almayan hemşireler arasında enfeksiyon riski tanısı koyma durumlarında anlamlı fark saptanmazken ($p>0.05$), eğitim alan grubun (%15.2) eğitim almayanlardan (%3.0) anlamlı şekilde fazla ilişkili faktör belirleyebildiği görülmüştür ($p<0.05$). Hemşirelerin hemşirelik tanıları ile ilgili eğitim alıp almama durumları incelendiğinde ise; eğitim alan hemşirelerin (%92.6) almayanlara göre (%84.2) enfeksiyon riski tanısı koyma durumları arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Hemşirelik tanıları hakkında eğitim alanlar daha fazla ilişkili faktör tanımlayabilmektedir. Ancak bu durum istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

“Kliniklerde enfeksiyon riski tanısı koymaya engel bir durum var” diyen hemşireler daha fazla enfeksiyon riski tanılanmış (%97.5) ve ilişkili faktör belirlemiş (%25.0), “engel yok” diyenlerin daha düşük oranlarda (%87.4 - %8.9) verdiği yanıtlarla arasında anlamlı fark oluşturmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.2.1. Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre enfeksiyon riski tanısı koyma ve ilişkili faktör belirleme durumları (n:230)

Özellikler	Enfeksiyon riski tanısı koyma				İlişkili faktör belirleme			
	Tanı koyan		Tanı koymayan		Belirleyen		Belirlemeyen	
	n	%	n	%	N	%	n	%
Yaş**								
26 yaş altı	101	89.4	12	10.6	8	7.1	105	92.9
27 yaş ve üzeri	104	88.9	13	11.1	19	16.2	98	83.8
Analiz(X ² *,p)		0.014; 0.905			4.786; 0.029			
Cinsiyet								
Kadın	151	91.0	15	9.0	22	13.3	144	86.7
Erkek	54	84.4	10	15.6	5	7.8	59	92.2
Analiz(X ² *,p)		1.944; 0.163			1.419; 0.234			
Eğitim durumu								
Sağlık meslek lisesi	98	89.1	12	10.9	9	8.2	101	91.8
Ön Lisans	40	83.3	8	16.7	-	-	48	100.0
Lisans ve Yüksek lisans	67	93.1	5	6.9	18	25.0	54	75.0
Analiz(X ² *,p)		2.754; 0.252			23.102; 0.000			
Çalışmakta olduğu klinik								
Dahili	119	86.2	19	13.8	21	15.2	117	84.8
Cerrahi	86	93.5	6	6.5	6	6.5	86	93.5
Analiz(X ² *,p)		3.176; 0.075			4.316; 0.038			
Meslekte çalışma süresi								
1-4 yıl çalışan	103	92.8	8	7.2	6	5.4	105	94.6
5 yıl ve üzeri çalışan	102	85.7	17	14.3	21	17.6	98	82.4
Analiz(X ² *,p)		3.040; 0.081			8.789; 0.003			
Hemşire başına düşen hasta sayısı								
3-6 hastaya bakan	83	94.3	5	5.7	11	12.5	77	87.5
7 ve üzeri hastaya bakan	122	85.9	20	14.1	16	11.3	126	88.7
Analiz(X ² *,p)		4.305; 0.038			0.079; 0.779			
Kliniklerinde hastaların yatış süresi								
1-7 gün	44	89.8	5	10.2	12	24.5	37	75.5
8 gün ve üzeri	161	89.0	20	11.0	15	8.3	166	91.7
Analiz(X ² *,p)		0.029; 0.865			8.392; 0.004			
SBİE hakkında eğitim alma durumu								
Eğitim alan	147	89.6	17	10.4	25	15.2	139	84.8
Eğitim almayan	58	87.9	8	12.1	2	3.0	64	97.0
Analiz(X ² *,p)		0.147; 0.702			8.426; 0.004			
Hemşirelik tanıları ile ilgili eğitim alma durumu								
Eğitim alan	125	92.6	10	7.4	20	14.8	115	85.2
Eğitim almayan	80	84.2	15	15.8	7	7.4	88	92.6
Analiz(X ² *,p)		3.974; 0.046			3.137; 0.077			
Klinikte enfeksiyon riski tanılamaya engel durum varlığını tanımlayan								
Evet	39	97.5	1	2.5	10	25.0	17	8.9
Hayır	166	87.4	24	12.6	17	8.9	173	91.1
Analiz(X ² *,p)		4.643; 0.031			6.892; 0.009			

* Likelihood Ratio testi kullanılmıştır.

** Hemşirelerin yaşlarının enfeksiyon riski tanısı koyma durumlarına etkisi tek tek incelenmiş, hiçbir yaş aralığında anlamlı fark görülmemiştir. Tabloda yaş ortalamalarının altında ve üzerinde olan grup yer almaktadır.

Tablo 4.2.2’de hemşirelerin enfeksiyon riski tanısı koyma ve enfeksiyon riski tanısına ait ilişkili faktörleri belirleme durumları arasındaki korelasyon analizi sonuçlarına yer verilmiştir. Buna göre; enfeksiyon riski tanısı koyma durumları ile enfeksiyon riski tanısına ait ilişkili faktör belirleme durumları arasında ($-0.19 < r < -0.002 < 0.00$) negatif yönlü, ilişki yok ya da önemsenmeyecek düzeyde istatistiksel olarak anlamsız düşük ilişki bulunmuştur ($p > 0.05$).

Tablo 4.2.2. Hemşirelerin enfeksiyon riski tanısı koyma ile ilişkili faktör belirleme durumları arasındaki ilişki (n:230)

	İstatistiksel analiz	Enfeksiyon riski tanısına ait ilişkili faktör belirleme
Enfeksiyon riski tanısı koyma	r*	-0.002
	p	0.966

*Likelihood Ratio testi kullanılmıştır.

4.3. Hemşirelerin Enfeksiyon Riski Tanısı Kullanımına İlişkin Görüşleri İçeren Bulgular

Tablo 4.3.1’de araştırmaya katılan hemşirelerin enfeksiyon riski tanısı kullanımına ilişkin görüşlerini içeren bulgulara yer verilmiştir. Buna göre hemşirelerin enfeksiyon riski tanılanmaya ilişkin görüşleri incelendiğinde; hemşirelerin %83.9’u enfeksiyon riski tanısının, SBİE’in azaltılması ve tedbir alınması adına oldukça önemli bir tanı olduğunu, %62.6’sı risk tanılarını ayıracak vaktinin olmadığını, %58.2’si enfeksiyon riski tanısı koymak için hem ilişkili faktörlere hem de belirti ve bulgulara bakılması gerektiğini, %50.4’ü de enfeksiyon riski tanısının hem tıbbi tanı hem de hemşirelik tanısı olduğunu belirtirken, %12.2’si enfeksiyon riski tanısının bir tıbbi tanı olduğunu, %11.7’si de enfeksiyon riski tanısı koymak için belirti ve bulgulara bakılması gerektiğini belirtmiştir. Hemşirelerin ilişkili faktörlere ilişkin görüşleri incelendiğinde ise; hemşirelerin %90.0’ı hastanın açık yarası ve yanığı olmasını, %87.8’i hastanın immün yetmezliği olmasını, %86.5’i hastanın iki saatten uzun süren ameliyat geçirmiş olmasını, %86.1’i hastanın kemoterapi ve radyasyon tedavisi almasını ve %85.2’si hastaya invaziv işlem yapılmasını enfeksiyon riski tanısı koymak için gerekli olan ilişkili faktör olarak belirtirken, %18.2’si de hastanın hastanede uzun süre yatmasını belirtmiştir.

Tablo 4.3.1. Hemşirelerin enfeksiyon riski tanılamaya ve ilişkili faktörlere ilişkin görüşleri (n:230)

Enfeksiyon riski tanılamaya ilişkin görüşler*	Katılan	
	n	%
Enfeksiyon riski tanısı SBİE'in azaltılması ve tedbir alınması adına oldukça önemlidir	193	83.9
Risk tanılarına ayıracak vakit yok	144	62.6
Enfeksiyon riski tanısı koymak için hem ilişkili faktörkere hem de belirti ve bulgulara bakılır	134	58.2
Standart önlemlerin uygulanması durumunda enfeksiyon riski tanılamaya gerek yoktur	130	56.5
Enfeksiyon riski hem tıbbi tanı hem de hemşirelik tanısıdır	116	50.4
Mevcut tanı varken enfeksiyon riski tanısı gereksizdir	104	45.2
Enfeksiyon riski tanısının bir belirtisi olmadığı için kullanılan bir hemşirelik tanısı değildir	99	43.0
Enfeksiyon riski bir hemşirelik tanısıdır	86	37.3
Enfeksiyon riski tanısı koymak için ilişkili faktörlere bakılmalıdır	69	30.0
Klinikte enfeksiyon riski tanılamaya/ kullanımına engel durum/durumlar mevcuttur	40	17.4
Enfeksiyon riski tanısı bir tıbbi tanıdır	28	12.2
Enfeksiyon riski tanısı koymak için belirti ve bulgulara bakılmalıdır	27	11.7
Hemşirelerin tanımladıkları ilişkili faktörler*		
Hastanın açık yarası ve yanığı olması	207	90.0
Hastanın immün yetmezliği olması	202	87.8
Hastanın iki saatten uzun süren ameliyat geçirmesi	199	86.5
Hastanın kemoterapi veya radyasyon tedavisi görmesi	198	86.1
Hastaya invaziv işlem yapılması	196	85.2
Hastanın beslenme bozukluğu olması	194	84.3
Hastanın cerrahi işlem geçirmesi	190	82.6
Hastanın altta yatan hastalık durumları	190	82.6
Hastanın uzun süre hareketsiz kalması	185	80.4
Hastanın bir yaşından küçük ya da 65 yaşından büyük olması	183	79.6
Hastanın refakatçisi veya ziyaretçisinin olması	173	75.2
Hastanın sigara kullanması	151	65.7
Hastanın hastaneye yatmış olması (yatışın uzun ya da kısa süreli olması fark etmeksizin)	148	64.3
Hastanın hastanede uzun süre yatması	42	18.2

*Katılımcılar birden fazla görüş bildirmiştir.

Tablo 4.3.2'de hemşirelerin enfeksiyon riski açısından klinik işleyişe ilişkin görüşlerini içeren bulgulara yer verilmiştir. Buna göre; kliniklerinde en sık rastladıkları enfeksiyon riski ile ilişkili faktörlere yanıt veren 157 hemşireden %27.8'i kişisel hijyen yetersizliği, %23.0'ı invaziv girişimlerin yoğunluğunu belirtirken %3.9'u tıbbi malzeme temizliğinin yetersiz olmasını belirtmiştir.

Kliniklerinde hemşirelere düşen sorumluluklar ve önlemler incelendiğinde bu soruya 230 hemşire yanıt vermiş, hemşirelerin %83.8'i enfeksiyon riski olan her hastaya standart önlemlerle birlikte gerekli koruyucu izolasyon önlemlerinin uygulanması gerektiğini, %83.5'i SBİE riski taşıyan bireylerin tanımlanması gerektiğini, %81.3'ü de hasta ve yakınlarına enfeksiyon nedenleri ve riskleri konusunda eğitim verilmesi gerektiğini belirtmiştir.

Hemşirelere kliniklerinde enfeksiyon riski tanılamaya engel durum varlığı sorulduğunda bu soruya sadece 40 hemşire (%17.4) cevap vermiş olup, %8.7'si iş yükü fazlalığını, %6.1'i hasta sayısının fazla olmasını belirtirken %1.7'si de sağlık profesyonellerinin bilgi eksikliğini belirtmiştir.

Tablo 4.3.2. Hemşirelerin enfeksiyon riski açısından klinik işleyişe ilişkin görüşleri (n:230)*

Kliniklerinde en sık rastladıkları enfeksiyon riski ile ilişkili faktörler (n:157)	n	%
Kişisel hijyen yetersizliği	57	24.8
İnvaziv girişimlerin yoğunluğu	53	23.0
Yetersiz klinik temizliği	42	18.3
Asepsi ve dezenfeksiyon kurallarına dikkat edilmemesi	39	17.0
El yıkama/Eldiven kullanım hataları	38	16.5
Kalabalık hasta odaları	29	12.6
Yetersiz oda havalandırılması	18	7.8
El yıkama ortamlarının lavaboların yetersizliği	18	7.8
Refakatçilerin/ziyaretçilerin fazlalığı/bilgisizliği	16	7.0
Kliniklerde malzeme eksikliği	16	7.0
Klinikte ortalama yatış süresinin uzun olması	14	7.0
Uygunsuz antibiyotik tedavisi uygulanması	14	7.0
Ortam ıslısının kontrolünün sağlanamaması	13	5.7
Eğitim eksikliği	12	5.2
İzolasyon yöntemi ve bulaş yollarına dikkat edilmemesi	10	4.4
Tıbbi malzeme temizliğinin yetersiz olması	9	3.9
Kliniklerinde hemşirelere düşen sorumluluklar ve önlemler (n:230)		
Standart önlemlerle birlikte gerekli koruyucu izolasyon önlemleri uygulanmalı	193	83.8
SBİE riski taşıyan bireyler tanımlanmalı	192	83.5
Hasta ve yakınlarına enfeksiyon nedenleri ve riskleri konusunda eğitim verilmeli	187	81.3
Gereksiz tanı ve tedavi işlemlerinden kaçınılmalı	185	80.4
Enfeksiyon riski ile ilişkili faktörler klinikte tanımlanmalı	184	80.0
Enfeksiyon riski için çevresel önlemler alınmalı	183	79.6
İkincil enfeksiyonları önlemek amacıyla enfeksiyon belirtileri gözlenmeli	183	79.6
Hastanın enfeksiyona yatkınlığını azaltılmak için hasta güçlendirilmeli	181	78.7
Enfeksiyon riski tanısı koyulan hastaya ziyaretçi kısıtlaması yapılmalı	170	73.9
Kliniklerinde enfeksiyon riski tanılamaya engel olan durumun varlığı (n:40)		
İş yükü fazlalığı	20	8.7
Hasta sayısının fazla olması	14	6.1
Hemşire eksikliği	10	4.4
Malzeme eksikliği	8	3.5
Hasta yakınları	7	3.0
Motivasyon eksikliği	5	2.2
Sağlık profesyonellerinin bilgi eksikliği	4	1.7

*Katılımcılar birden fazla görüş bildirmiştir.

5. TARTIŞMA

Doğru ve geçerli bir hemşirelik tanısı, hastaların gerçek ya da potansiyel ihtiyaçlarına odaklanarak uygun hemşirelik bakımının seçilmesine rehberlik eder. Yani bireyin sorununun başarı ile çözümlenmesi, hemşirelik tanısının doğru belirlenmesine bağlıdır (Ayan 2012). Risk tanısı, önlem alınmazsa ortaya çıkabilecek problemleri ifade etmek için kullanılan hemşirelik tanısı olup, problemin henüz semptomları ortaya çıkmamış, ancak bireyi tehdit eden bir risk mevcuttur. Bu risk hemşirenin alacağı önlemlerle ya da yapacağı hemşirelik uygulamaları ile ortadan kaldırılabılır. Bu yüzden doğru bir risk tanısı önleyici tedavi ve bakım uygulamalarını geliştirerek hastaların kaliteli bakım almalarında yardımcı olacaktır (Ayan 2012; Carpenito- Moyet 2013; Olmaz 2016). Hemşirelik bakımının öncelikli amacı hastanın mevcut sorunlarının belirlenip uygun bakım planlanması olmakla birlikte diğer bakım sorumluluğu da olası riskleri değerlendirebilmek, uygun risk tanılarını belirleyip bunlara uygun hemşirelik girişimlerini planlayabilmektir. Enfeksiyon riski tanısı SBİE'nin önlenmesi için son derece önemli bir hemşirelik tanısı olup, enfeksiyon riski tanısı koyamayan hemşire hastanın sorunlarını ve oluşabilecek riskleri saptamada yeterli olmadığından, sorunların çözümlenmesine yönelik hemşirelik bakımını planlayamayacak ve hastaya uygulanan bakımın kalitesinde eksiklikler yaşanacaktır. Oysaki birçok hasta sağlık problemleri ile karşı karşıya kalmanın yanı sıra sağlığını tehdit eden birçok risk faktörüyle de karşı karşıyadır (Korhan 2015). Bu çalışma hemşirelerin enfeksiyon riski tanısı koyma ve bu tanıya ait ilişkili faktörleri belirleme durumları ile enfeksiyon riski tanısının klinik kullanımına ilişkin görüşlerini saptamak amacıyla yapılmıştır ve elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Bu bölümde;

5.1. Hemşirelerin enfeksiyon riski tanısı kullanımı ve tanıtıcı özelliklerine göre enfeksiyon riski tanısı koyma ve ilişkili faktör belirleme durumlarına yönelik bulguların tartışması,

5.2. Hemşirelerin enfeksiyon riski tanısı kullanımına ilişkin görüşlerine yönelik bulguların tartışması yer almaktadır.

5.1. Hemşirelerin Enfeksiyon Riski Tanısı Kullanımı ve Tanıtıcı Özelliklerine Göre Enfeksiyon Riski Tanısı Koyma ve İlişkili Faktör Belirleme Durumlarına Yönelik Bulguların Tartışması

Bu çalışmada, hemşirelerin %89.1'inin enfeksiyon riski tanısını koyduğu, %11.7'sinin de enfeksiyon riski tanısına ait ilişkili faktörleri belirlediği saptanmıştır (Tablo 4.1.1). Hemşirelerin enfeksiyon riski tanısı koyma durumları ile ilişkili faktör belirleme durumları arasında ilişki incelendiğinde; negatif yönlü, yok denecek düzeyde ve istatistiksel olarak anlamsız ilişki ortaya çıkmıştır (Tablo 4.2.2). Tanı ile birlikte ilişkili faktör belirlemedikleri halde enfeksiyon riski tanısının ilişkili faktörleri olarak neleri düşündükleri sorulduğunda %18.2 - %90.0 seviyelerinde farklı ilişkili faktörler ifade ettikleri saptanmıştır (Tablo 4.3.1). Enfeksiyon riski tanısının ilişkili faktörlerinin hastaya özgün belirlenmesi, hemşirelik uygulamalarının seçimini, tedavi ve bakım sürecinin başarısını etkileyecektir. Literatürde SBİE'lar ve hemşirelik tanısı belirleme ve kullanma durumlarıyla ilgili birçok çalışma yapılmıştır (Güner ve Terakye 2000; Lea ve ark. 2001; Gök Özer ve Kuzu 2006; Keski 2009; Fujishima Neves 2010; Jeon ve ark. 2012; Ayan 2012; Botarelli ve ark. 2016; Uysal ve ark. 2016). Bu çalışma, bu konudaki ilk çalışma olması nedeniyle hemşirelerin enfeksiyon riski tanısı kullanımına ilişkin çalışmalara rastlanmamıştır. Hemşirelik Yönetmelik'i hemşirelik sürecinin kullanılması gerektiğini belirtmesine (T.C. Resmi Gazete, 8 Mart 2010, Sayı: 27515) rağmen bu alanda eksiklikler bulunmakta ve bizim çalışmamızın konusuyla aynı olmasa da yapılan çalışmalarda hemşirelerin, hemşirelik sürecinin bir aşamasında sorun yaşandığı ve bakım planı hazırlamada istendik düzeyde olmadıkları saptanmıştır (Keski ve Karadağ 2010; Işık Andsoy ve ark. 2013; Tan ve ark. 2015; Zaybak ve ark. 2016; Seçer 2018). Babadağ ve ark. (2004), yaptıkları çalışmada öğrencilerin hemşirelik tanılarını doğru belirleyebilme oranlarının istendik düzeyde olmadığı saptanmıştır. Fesci ve ark. (2008), çalışmasında hemşirelerin %26.4'ünün ilişkili faktör belirlemede güçlük yaşadığı, Güner ve Terakya (2000), çalışmasında hemşirelik öğrencilerinin çoğunluğunun etiyolojik faktörün anlamını kavrayamadıkları saptanmıştır.

Bu çalışmada, hemşirelerin özelliklerine göre enfeksiyon riski tanısı koyma durumlarında; hemşire başına düşen hasta sayısı 7'den düşük olanların (3-6 arasında), hemşirelik tanıları hakkında eğitim alanların ve klinikte enfeksiyon riski tanılanmaya engel durumun varlığını belirtenlerin enfeksiyon riski tanısı koyma

düzeylerinin istendik yönde ve anlamlı şekilde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. İlişkili faktör belirleyebilme durumlarında ise; hemşirelerin yaşının ve eğitim düzeylerinin artmasının, dahili kliniklerde çalışıyor olmalarının, meslekte çalışma sürelerinin 5 yıl ve üzerinde olmasının, hastaların yatış sürelerinin 8 günden daha kısa olmasının (1-7 gün), SBİE hakkında eğitim almış olmalarının ve klinikte enfeksiyon riski tanılamaya engel durumun varlığını belirtenlerin istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek dönütler verdiği belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.2.1). Hemşirelerin özelliklerine göre enfeksiyon riski tanısı koyma ve ilişkili faktör belirleme durumlarına ilişkin literatürde çalışmalara rastlanmamıştır. Bundan sonra yer alan paragraflar SBİE ve tanılamaya ilişkin yapılmış çalışmaların sonuçları ile tartışılacaktır.

Bu çalışmada yaşın enfeksiyon riski tanısı koyma düzeylerinde fark oluşturmadığı, ancak yaş arttıkça hemşirelerin daha fazla ilişkili faktör belirledikleri ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bu çalışmanın konusuyla aynı olmasa da enfeksiyon kontrol önlemleri, SBİE ve izolasyon önlemleri hakkında yapılan çalışmalarda yaşla birlikte hemşirelerin bu konular hakkındaki bilgi düzeylerinde artma saptanmış ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (İnfal 2009; Zencir ve ark 2013; Öztürk ve ark. 2018; Aylaz ve ark. 2018). Bu sonuçlar yaşça daha büyük olan hemşirelerin daha deneyimli olmasına bağlanmıştır. Bu çalışmaların aksine yaş artışının istenen değişikliği oluşturmada etkili olmadığını gösteren çalışmalarda yer almaktadır. Ho ve ark (2013), yaptıkları çalışmada yaş grupları ile el hijyeni konusundaki bilgi ve uyum arasında anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$), Olmaz (2016), yaptığı çalışmada genç grubundakilerin bilgi soruları ve vaka sorularına daha doğru cevaplar verdiği saptanmıştır.

Bu çalışmada enfeksiyon riski tanısı koyan ve ilişkili faktörleri belirleyen hemşirelerin yüksek oranda kadın olmasıyla birlikte bu gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.2.1). Erden ve ark (2015), yaptıkları çalışmada da benzer şekilde cinsiyet ile izolasyon önlemlerine uyum ölçeğinden alınan toplam puan arasında istatistiksel açıdan bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Bu çalışmanın aksine enfeksiyon kontrol önlemleri ve SBİE bilgi düzeyleri hakkında yapılan çalışmalarda başarı ortalaması kadınlarda erkeklere oranla yüksek bulunmuş ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Öztürk ve ark. 2018; Aylaz ve ark. 2018).

Bu çalışmada hemşirelerin eğitim düzeyleri arttıkça, enfeksiyon riski tanısı koyma oranlarının istatistiksel olarak anlamlı bulunmasa da arttığı ($p>0.05$), enfeksiyon riski tanısını en fazla lisans ve yüksek lisans eğitimi alanların (%93.1), daha sonra sağlık meslek lisesi mezunlarının (%89.1) ve en düşük oranda ise önlisans mezunlarının (%83.3) koyduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin eğitim durumu ile ilişkili faktör belirleme durumları incelendiğinde ise; en fazla lisans ve yüksek lisans mezunları (%25.0) ilişkili faktör belirlerken ön lisans mezunlarının (%0.0) hiç ilişkili faktör belirlemediği ve gruplar arasında anlamlı fark görüldüğü saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.2.1). Aytaç ve ark. (2008) ve Aylaz ve ark. (2018), yaptıkları çalışmalarda hemşirelerin eğitim seviyesi arttıkça SBİE hakkındaki bilgi puanlarında artma görülmüştür. Karakurt ve Olmaz (2019), yaptıkları çalışmada hemşirelerin mezun oldukları okullar ile hemşirelik süreci bilgi ve uygulama düzeyi belirleme formuna verdikleri doğru cevap ortalamalarına bakıldığı zaman lisans ve yüksek lisans mezunlarının tüm sorulara verdikleri doğru cevap ortalamaları daha yüksek çıkmıştır. Hemşirelik sürecinin kullanımı ve bu kapsamda hemşirelik tanısını koyabilme bilimsel sorun çözme yöntemlerini uygulayabilme ve eleştirel düşünme gücü ile yakından ilişkilidir. Sağlık meslek lisesi ve ön lisans hemşirelerinin ders müfredatında hemşirelik sürecinin yer almayışı ve ön lisans hemşirelerinin dört yılda mezun olmaları sebebiyle lisans düzeyi altında çalışan hemşirelerin daha az enfeksiyon riski tanısı koyması ve ilişkili faktör belirlemesi beklentimizle uyumlu bulunurken, eğitim düzeyi arttıkça hemşirelik tanılarına ilişkin hakimiyetin artması, hemşirelik lisans ve yüksek lisans eğitimlerinde hemşirelik sürecine daha çok yer verilmesi, eğitim seviyesi arttıkça kavrama, uygulama, analiz ve sentez yeteneklerinin artıyor olması bu çalışmayı desteklemektedir.

Bu çalışmada cerrahi kliniklerde çalışan hemşireler dahili kliniklerde çalışan hemşirelerden daha fazla enfeksiyon riski tanısı koymuş, ancak tanılamamanın aksine cerrahi kliniklerde çalışan hemşireler dahili kliniklerde çalışan hemşirelerden daha az ilişkili faktör belirlemiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.2.1). Bu durum cerrahi klinikler ile dahili kliniklerdeki hasta özelliklerinin farklı olmasından kaynaklanıyor olabilir. Cerrahi kliniklerde daha fazla enfeksiyon riski tanısının koyulması cerrahi girişimlerden kaynaklı riskler yüzünden olabilir. Dahili kliniklerde daha uzun yatışların ve kronik hastalıkların bulunması, uzun yatışla birlikte enfeksiyon riskinin enfeksiyona dönüşmesi, riskin gerçek bir soruna dönüşmesinden kaynaklanabilir.

Bu çalışma da meslekte çalışma süresi arttıkça enfeksiyon riski tanısı koyma durumu azalmıştır. Tanılananın aksine 5 yıl ve üzeri deneyime sahip olanlar (%17.6), 1-4 yıl deneyime sahip olanlardan (%5.4) daha fazla ilişkili faktör belirlemiş bu fark istatikselsel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.2.1). Işık Andsoy ve ark. (2013), yaptıkları çalışmada hemşirelerin meslekte çalışma süreleri arttıkça bakım planı kullanmada istatistiksel olarak da anlamlı şekilde daha az güçlük yaşadıkları saptanmıştır ($p<0.05$). Meslekte çalışma süresi artan hemşirelerin daha fazla ilişkili faktör belirlemeleri, meslekte çalışma yılı arttıkça bilgi, tecrübe ve deneyimin artmasına bağlı olarak açıklanabilir. Çalışma konusu ile ilgili herhangi bir çalışma olmayıp ancak deneyim arttıkça el hijyeni ile ilgili bilginin (Ho ve ark. 2013) ve izolasyon önlemlerine uyumun arttığı çalışmalar mevcuttur (Zencir ve ark. 2013). Bu çalışmaların aksine Olmaz (2016), yaptığı çalışmada deneyim arttıkça daha fazla vakayla karşılaşılacağı düşünüldüğü için vakaların daha iyi yorumlanması ve doğru cevap ortalamalarının daha yüksek çıkması beklenilmiş ancak deneyimi az yeni mezun hemşirelerin daha doğru cevaplar verdiği sonucu ortaya çıkmıştır. Öztürk ve ark. (2018), yaptıkları çalışmada çalışma süresinin enfeksiyon kontrol önlemleri hakkındaki bilgi düzeyi üzerine anlamlı bir etkisinin olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Hemşire başına düşen hasta sayıları incelendiğinde; 3-6 hastaya kadar bakım veren hemşirelerin enfeksiyon riski tanısı koyma durumları arasında anlamlı fark saptanmazken, 7 ve üzeri hastaya bakan hemşirelerin enfeksiyon riski tanısı koyma durumlarında anlamlı fark görülmüştür ($p<0.05$). Anlamlı fark oluşturmamakla birlikte hemşire başına düşen hasta sayısı arttıkça ilişkili faktör belirleme oranları (%12.5-%11.3) düşmektedir ($p>0.05$) (Tablo 4.2.1). Bu sonuç enfeksiyon riski tanılamaya engel durum olarak, hemşirelerin “iş yükü fazlalığını”, “hasta sayısının fazla olmasını” ve “hemşire eksikliğini” görüş olarak ortaya koymaları ile de uyumludur (Tablo 4.3.2). Bu çalışmanın konusuyla aynı olmasa da Özçetin ve ark. (2009), yaptıkları çalışmada SBİE saptanan hastaların %10.3’ünde hemşire başına bir veya iki, %37.5’inde hemşire başına üç veya dört, %52.1’inde ise hemşire başına beş veya daha fazla sayıda hasta düştüğü görülmüş ve fark istatikselsel olarak anlamlı çıkmıştır ($p<0.05$). Işık Andsoy ve ark. (2013) ve Fesci ve ark (2008), yaptıkları çalışmada hemşireler, hemşirelik sürecini kullanmamalarının sebebinin hasta sayısının çok fazla olması olarak belirtmişlerdir. Cimiotti ve ark (2012), yaptıkları çalışmada hemşire başına düşen hasta sayısının bir hasta dahi arttırılmasının SBİE’in artışıyla

ilişkili olduğu saptanmıştır. Freitas ve ark. (2007), Hagos ve ark (2014) ve Olmaz (2016), yaptıkları çalışmada hasta sayısının fazla olmasının hemşirelik sürecini uygulamaya engel olduğu saptanmıştır. Ledesma Delgado ve Rino Mendes (2009), yaptıkları çalışmada okulda öğrenilen hemşirelik süreci ile klinikte uygulananın çok farklı olduğunu, klinikte bir hemşirenin ortalama 13 hastaya baktığını bu oranın da hemşirelik sürecini uygulamaya engel olduğunu belirtmiştir. Son 20 yılda hemşirelerin sayısı hemen hemen tüm dünyada azalırken, hasta sayısında artış olmuştur (Hugonnet ve ark. 2004). Hemşire-hasta oranı genelde bir günde toplam hasta sayısına bölünen toplam hemşire sayısına göre hesaplanır (Shang ve ark. 2015). Ancak farklı klinikler farklı hemşire sayısına gereksinim duyabilir. Örneğin California kanununa göre (Assembly Bill 394), cerrahi birimlerde yatan her altı hasta için en az bir lisanslı hemşire olması gerektiği belirtilmiş, daha sonra bu oran beş hastaya bir hemşire olarak değiştirilmiştir (Ja 2002). Ülkemizde verilen hasta başına düşen hemşire oranları, minimum düzeyde bakım için yeterli hemşire sayısı olarak tanımlansa da, minimum bakım özelliği açıklanmamıştır. Hemşire sayısının planlanmasında hemşire hasta oranı yerine hemşirelik girişimleri miktarı ve hastanın bağımlılık düzeyini esas alan iş yüküne dayalı bir planlamanın yapılması önerilmektedir (Yıldırım 2002). Hemşire-hasta oranlarını belirleme ihtiyaçları, sağlık araştırmalarında önem kazanmış olsa da enfeksiyon riskinin azaltılacağı belirgin bir hemşire seviyesi eşiği belirtilmemiştir (Hugonnet ve ark. 2007).

Bu çalışmada hemşirelerin kliniklerinde hastaların yatış süreleri ortalama 16.25 ± 12.30 bulunmuştur (Tablo 4.1.1). Hemşirelerin kliniklerinde hastaların yatış süreleri incelendiğinde; tüm yatış süreleri için enfeksiyon riski tanısı koyma durumlarında anlamlı fark saptanmazken ($p > 0.05$), yatış süresi 1-7 gün olan hastaya bakan hemşirelerin (%24.5), 8 gün ve üzeri yatış süresine sahip kliniklerde çalışan hemşirelere (%8.3) göre anlamlı şekilde daha fazla ilişkili faktör belirlediği saptanmıştır ($p < 0.05$) (Tablo 4.2.1). Saçar ve ark. (2008), yapmış oldukları retrospektif çalışmada ameliyat sonrasında hastanede kalış süreleri yedi gün ve daha az olan hastalar da, yedi günden daha uzun süre hastanede kalan hastalara göre SBİE gelişme oranlarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Forster ve ark. (2012), yapmış oldukları çalışmada SBİE vakalarının %75.5'inin hastanede geçirilen sürenin yedinci gününde veya sonrasında olduğu tespit edilmiştir. Hastaneye yatırılan hastalar her zaman enfeksiyon riski ile karşı karşıyadır ancak daha uzun kalış sürelerine sahip

olanlarda SBİE gelişme olasılığı daha yüksektir. Çünkü altta yatan koşullar ve invaziv yöntemlerin kullanımı arttıkça daha uzun süre kalışa neden olur (Jeon ve ark. 2012). Bu çalışmada hemşirelerin %64.3'ü "hastanın hastaneye yatmış olmasını" ilişkili faktör olarak belirtmiş, %18.2 ile en düşük düzeyde "yatış süresinin uzun olmasını" ilişkili faktör olarak değerlendirmişlerdir (Tablo 4.3.1). Bu durum hastaneye yatış yapılmasını enfeksiyon riski sebebi olduğunu düşündükleri halde, uzun yatışta riskin SBİE'a dönüşmesini deneyimledikleri için olabilir.

Bu çalışmada hemşirelerin %71.3'ünün SBİE hakkında eğitim aldığı belirlenmiştir (Tablo 4.1.1). SBİE ile ilgili eğitim alan ve almayan hemşireler arasında enfeksiyon riski tanısı koyma durumlarında anlamlı fark saptanmazken ($p>0.05$), eğitim alan grubun (%15.2) eğitim almayanlardan (%3.0) anlamlı şekilde daha fazla ilişkili faktör belirleyebildiği görülmüştür ($p<0.05$) (Tablo 4.2.1). Hizmet içi eğitimler bilgiyi yenilediği ve sürekli canlı tuttuğu için SBİE hakkında eğitim alan hemşirelerin daha fazla enfeksiyon riski tanısı koyduğu ve ilişkili faktör belirlediği düşünülebilir. Yapılan diğer çalışmalarda SBİE, izolasyon önlemleri, enfeksiyon kontrol önlemleri, el hijyenine uyum hakkındaki eğitimlerin hemşirelerin bilgi düzeylerini ve uygulamalarını eğitim sonrasında genellikle anlamlı şekilde arttırdığı saptanmıştır ($p<0.05$) (Helder ve ark. 2010; Erden ve ark. 2015; Aylaz ve ark. 2018; Öztürk ve ark. 2018).

Bu çalışmada hemşirelerin %58.7'si hemşirelik tanıları ile ilgili eğitim aldığını belirtmiştir (Tablo 4.1.1). Eğitimin etkinliği ile ilgili çalışmalarla (Helder ve ark. 2010; Erden ve ark. 2015; Aylaz ve ark. 2018; Öztürk ve ark. 2018) uyumlu olarak hemşirelik tanısı ile ilgili eğitim alan hemşirelerin, almayan hemşirelere oranla daha fazla enfeksiyon riski tanısı koydukları bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucu elde edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.2.1). Kyrkjæbo ve Hage (2005), yapmış olduğu çalışmada öğrencilerin hemşirelik sürecine ilişkin teorik bilgi açısından yeterli olduğu ancak bu bilgileri pratiğe dökmekte sorun yaşadıkları belirtilmiştir. Nijerya'da yapılan bir çalışmada hastanedeki eğitilmiş hemşirelerin hemşirelik süreci hakkında iyi bir teorik bilgiye sahip olmalarına rağmen, bunu hastaların bakımında uygulayamadıkları saptanmıştır (Afolayan ve ark. 2013). Sü (2017), yapmış olduğu çalışmada hemşirelik öğrencilerinin hemşirelik sürecini, eğitim süresince kullanmada güçlük yaşadıkları saptanmış ve bu konu hakkında hemşirelik müfredatında teorik ders sayısının artırılması önerilmiştir. Lea ve ark.

(2001), çalışmasında öğrencilerin hemşirelik süreci hakkındaki bilgilerinin istendik düzeyde olmadığı saptanmış her ne kadar hemşirelik sürecini yararlı bulduklarını ve uyguladıklarını belirtse de sürecin kullanımına ilişkin yetersiz oldukları saptanmıştır. Hemşirelerin bilgi eksikliği, hemşirelik sürecinin yeterli bir şekilde uygulanmaması konusunda kilit bir rol oynamaktadır ve verilen eğitimler hemşirelik tanısı koyma ve uygulama yeteneklerini arttırmıştır (Zamanzadeh ve ark. 2015). Bu durum temel hemşirelik eğitiminde ve hizmet içi eğitimlerde hemşirelik süreci hakkındaki eğitimlerin gerekliliğini ve önemini vurgulamaktadır.

Bu çalışmada hemşirelerin %17.4'ü enfeksiyon riski tanılamaya engel bir durumun varlığını ifade etmiştir (Tablo 4.1.1). “Kliniklerde enfeksiyon riski tanısı koymaya engel bir durum var” diyen hemşireler “yok” yanıtı verenlerden daha fazla enfeksiyon riski tanılamış ve ilişkili faktör belirlemiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.2.1). Bu durum sorun var diyenlerin tanılamaya ilişkin daha fazla farkındalığının olduğunu düşündürmüştür. Literatürde bu konuyla ilgili sonuçların yer aldığı herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.

5.2. Hemşirelerin Enfeksiyon Riski Tanısı Kullanımına İlişkin Görüşlerine Yönelik Bulguların Tartışması

Bu çalışmada hemşirelerin enfeksiyon riski tanısına ilişkin görüşleri incelendiğinde; hemşirelerin çoğunluğu (%83.9) enfeksiyon riski tanısının “SBİE’ı azaltmak ve tedbir almak adına önemli bir tanı olduğu” görüşünderken, yarısından fazlası (%62.6) “risk tanısına ayıracak vaktin olmadığını”, yaklaşık yarısı “standart önlemlerin uygulanması durumunda enfeksiyon riski tanılamaya gerek olmadığını” ve “mevcut tanıları varken enfeksiyon riski tanısının gereksiz olduğunu” belirtmiştir (Tablo 4.3.1). Enfeksiyon riski tanısına ilişkin görüşleri içeren spesifik bir başka çalışma bulunmamakta, hemşirelik süreci ile ilgili yapılan çalışmalarda hemşirelik sürecinin gerekliliğine inanan hemşirelerin yanı sıra hemşirelik sürecini gerekli bulmayıp, zaman kaybı olarak düşündükleri için hemşirelik sürecini kullanmadıklarını belirten hemşireler olmuştur (Hagos ve ark 2014; Zaybak ve ark 2016; Olmaz 2016; Seçer 2018; Semachew 2018; Karakurt ve Olmaz 2019). Amoura ve Healila (2015), yapmış oldukları çalışmada hemşirelik öğrencilerinin %76.6’sı hemşirelik tanılarının hemşirelikte önemli bir konu olduğunu ve %74.2’si hemşirelik tanılarının kesinlikle kliniklerde kullanılması gerektiği görüşünderken, Taşkın

Yılmaz ve ark. (2015), yapmış oldukları çalışmada öğrenci hemşirelerin %65.9'u kliniklerde hasta bakımı için hemşirelik sürecinin gerekli olduğunu belirtmiş, %34.1'inin de hemşirelik sürecinin gerekliliğine inanmadığı tespit edilmiştir. Bu durum hemşirelik sürecini kullanma ve tanı koymanın gerekliliğine inanmayan bir hemşirenin sadece kurumsal zorunlulukları yerine getireceğini, bireye özgün tanılamaya yönelmeyeceğini düşündürmektedir. Oysa hemşirelik süreci hemşirelik bakımını bilimsel alt yapıya dayandırır. Hasta yararı gözetildiğinde süreç kullanımından vazgeçilemez.

Bu çalışmada hemşirelerin yarısı (%50.4) “enfeksiyon riski tanısının hem hemşirelik tanısı hem de tıbbi tanı olduğunu” belirtmiştir (Tablo 4.3.1). Hastanelerde günümüzde kullanılan hastalıkların ve sağlık sorunlarının uluslararası platformda temsil edilmesini sağlayan ve doktorların kullandıkları ICD-10 teşhis ve tanı kodları içinde enfeksiyon tanısı bulunurken enfeksiyon riski tanısı bulunmamaktadır (Sağlık Bakanlığı 2014). Bu durum bize enfeksiyon riski tanısının tıbbi tanı olmadığını bir hemşirelik tanısı olduğunu göstermektedir.

Bu çalışmada hemşirelerin yarısından fazlası (%58.2) “enfeksiyon riski tanısı koymak için hem ilişkili faktörlere hem de belirti ve bulgulara bakılması gerektiğini”, yalnızca %30.0'u doğru olarak “enfeksiyon riski tanısı koymak için ilişkili faktörlere bakılması gerektiğini” belirtmiştir (Tablo 4.3.1). Yapılan çalışmalar enfeksiyon riski tanısı ve ilişkili faktörleriyle ilgili olmasa da hemşirelerin en çok gerçek tanıları saptadığı risk tanılarının belirlenemediği, hemşirelerin sorunları risk olarak değerlendirmedikleri, tanımlayıcı özelliklere yakın olan ilişkili faktörleri belirlemede güçlük yaşadıkları saptanmıştır (Fujishima Nevesve ve ark. 2010; Ayan 2012; Korhan ve ark. 2015). Bu durum ilişkili faktörler ile tanımlayıcı özellikleri ayırt edemediklerini düşündürmüştür.

Bu çalışmada hemşirelerin ilişkili faktörlere ilişkin görüşleri incelendiğinde; hemşirelerin çoğunluğu hastanın; “açık yarası ve yanığı olmasını”, “immün yetmezliği olmasını”, “iki saatten uzun süren ameliyat geçirmiş olmasını”, “kemoterapi ve radyasyon tedavisi geçirmiş olmasını”, “invaziv işlem geçirmiş olmasını” ve çoğunluğu olmasa da yarısından fazlası “hastanın sigara içiyor olmasını” enfeksiyon riski tanısı koymak için gerekli olan ilişkili faktör olarak belirtmiştir (Tablo 4.3.1). Yapılan çalışmalarda da açık yarası ve yanığı olan hastalar

enfeksiyon açısından yüksek risk altında olan hastalar olarak saptanmıştır (Aygıt ve ark. 2012; Aksoy 2015; Su ve Cao 2017). Aydın (2005) ve Korol ve ark. (2013), yaptıkları çalışmada iki saatten daha uzun süren ameliyatlar bir risk faktörü olarak görülmüştür. Her cerrahi insizyon (steril prosedürlerde dahi olsa), bakteri ile kontamine olabilir. Genellikle bunlar, hastanın kendi endojen florasındaki bakterilerdir. Bu sebeple her hasta risk altındadır. Enfeksiyon riski tanısı cerrahi insizyonlu hastalar için rutin olarak kullanılmamalıdır. Pearson'a göre kalıcı kateteri olan hastalar için de enfeksiyon riski tanısının rutin olarak kullanılmaması gerekmektedir. Aseptik tekniklerin uygulanmasının yeterli olduğunu belirtmiştir (Pearson 2018). Marchi ve ark. (2014), yapmış oldukları çalışmada daha uzun süren cerrahi müdahalenin ve cerrahi operasyon öncesi hastanede kalış süresinin en az iki gün olmasının cerrahi alan enfeksiyon riskinde artışa neden olduğunu saptamışlardır. Tavares Jomar ve Souza Bispo (2014), yapmış olduğu sistematik derlemede ise, incelemiş oldukları tüm çalışmalarda kanser nedeniyle hastaneye yatmış kemoterapi, radyoterapi ve cerrahi işlem görmüş yaşlı hastalarda enfeksiyon riski görülme oranı yüksek çıkmıştır. Yapılan çalışmalarda sigaranın enfeksiyon için bir risk faktörü olduğu, sigara içenlerde enfeksiyonun ikiye katlandığı ve derin enfeksiyon gelişen tüm hastaların sigara içenler olduğu saptanmıştır (Soni ve ark. 2014; Boterelli ve ark. 2016; Marmor ve Kerroumi 2016). Carpenito Moyet'in hemşirelik tanıları el kitabı ülkemizde tanılama için önemli bir kaynak olup burada var olan ilişkili faktörler ile hemşirelerimizin belirtmiş oldukları ilişkili faktörler uyumlu bulunmuştur (Carpenito- Moyet 2013). Ancak Carpenito Moyet'in kitabında hastanın hastanede uzun süre yatması tanılama için ilişkili faktörler olarak belirtilirken bizim çalışmamızda farklı olarak, hemşirelerin yarısından fazlası hastanın hastaneye yatmış olmasını (yatışın uzun ya da kısa süreli olması fark etmeksizin) ilişkili faktör olarak belirtmişlerdir. Herkes enfeksiyon için risk altındadır. Bu nedenle enfeksiyon riski tanısı, normalden daha yüksek riske sahip hastalar için kullanılmalıdır (Pearson 2018). Bu çalışmanın aksine yapılan çalışmalarda enfeksiyon riski tanısı koyulan hastalarda ilişkili faktör olarak en çok hastanede uzun süre yatış belirlenmiştir (Fujishima Nevesve ve ark. 2010; Boterelli ve ark. 2016). Eren ve ark. (2009), yapmış oldukları çalışmada yatış süresinin yedi günden daha uzun olması, uzamış yatış olarak kabul edilmiştir. Kaya ve ark. (2006), yapmış oldukları bir çalışmada ameliyat öncesi hastanede kalış süresinin uzatılması (>8 gün) enfeksiyon riski faktörü olarak belirlenmiştir. Geleneksel görüş, hastane ortamının kendisinin

enfeksiyöz ajanları barındırması nedeniyle daha uzun kalışların daha fazla risk oluşturmasıdır; bu durumda, kalış süresini en aza indirmek SBİE oluşumunu azaltacaktır (Jeon ve ark. 2012).

Bu çalışmada hemşirelerin enfeksiyon riski açısından klinik işleyişe ilişkin görüşleri incelendiğinde; kliniklerinde en sık rastladıkları enfeksiyon riski ile ilişkili faktörler sorulduğunda %27.8'i "kişisel hijyen yetersizliğini", %23.0'ı da "invaziv girişimlerin yoğunluğunu" belirtmişlerdir (Tablo 4.3.2). Hemşirelerin hastanın iyilik durumunun yeniden kazandırmaya yönelik özel bir bakım planı hazırlaması temel hemşirelik uygulamaları arasında yer almaktadır. Ancak yapılan çalışmalarda hemşirelerin temel bakım uygulamaları yerine zamanın büyük bir kısmını tedavi uygulamaları ve vital bulgulara ayırdıkları görülmüş, hemşirelerin bakıma yönelik uygulamaları az yaptıkları, kişisel hijyen uygulamalarında ise yatak banyosu, tırnak bakımı, saç, ağız ve diş bakımını yeteri kadar yerine getirmedikleri bulunmuştur (Göriş ve Ceyhan 2014). Bu çalışmada en fazla saptanan ilişki faktörün kişisel hijyen yetersizliği çıkması da hemşirelerin iş yükü fazlalığı ve hasta sayısının fazla olması nedeniyle bakım uygulamalarına yeterli vakit ayıramamasından kaynaklı olabilir. Yapılan çalışmalarda hastaların çoğunda enfeksiyonu kolaylaştırıcı invaziv girişim olduğu saptanmıştır (Özçetin ve ark. 2009; Kölgelir ve ark. 2012). Yüceer ve Güler Demir (2009) ve Carrico ve ark. (2018), yaptıkları çalışmada gerekmedikçe invaziv girişimlerin hemşireler tarafından yapılmaması gerektiğinin önemi vurgulanmıştır. Yallew ve ark. (2017), yaptığı çalışmada hemşireler kliniklerinde en çok hastanın santral venöz kataterinin olmasını, cerrahi operasyon geçirmiş olmasını SBİE için ilişkili faktör olarak saptamıştır. Zhou ve ark. (2018), yaptığı çalışmada hemşireler kliniklerinde en çok hastada mekanik ventilasyon bulunmasını ve hastanın 65 yaşından büyük olmasını ilişkili faktör olarak saptamıştır. Rodriguez-Acelas ve ark. (2017), yaptıkları çalışmada immün sistem yetersizliğini, hastanın santral venöz katetere maruz kalmasını ve hastada mekanik ventilasyon bulunmasını ilişkili faktör olarak saptanmıştır.

Kliniklerinde hemşirelere düşen sorumluluk ve önlemler incelendiğinde; hemşirelerin çoğunluğu, "enfeksiyon riski tanısı koyulan hastalara standart önlemlerle birlikte gerekli koruyucu izolasyon önlemlerinin uygulanması", "SBİE riski taşıyan bireylerin tanımlanması", "hasta ve yakınlarına enfeksiyon nedenleri ve riskleri konusunda eğitim verilmesi" ve "gereksiz tanı ve tedavi işlemlerinden

kaçınılması gerektiğini” belirtmiştir (Tablo 4.3.2). Enfeksiyon riski taşıyan ya da taşımayan, hastaneye yatan tüm hastalara CDC tarafından önerilen standart önlemler uygulanmalıdır. Standart önlemleri uygun şekilde kullanan hemşireler, tüm hastaların hastane ortamında yayılabilecek bir organizma ile enfekte olabileceğini varsaymaktadır (Carrico ve ark. 2018). Ancak hemşirelerin enfeksiyon riski taşıyan her hastaya koruyucu izolasyon uygulamak gibi bir sorumluluğu yoktur. Koruyucu izolasyon gereken durumlarda enfeksiyon duyarlılığı yüksek olan kişileri yani nötropenik ve diğer bağışıklığı baskılanmış (prematüre ve yeni doğanlar, immün sistemi baskılayıcı ilaç kullananlar, transplantasyon hastaları) hastaları enfeksiyondan korumak amacıyla uygulanır (Durupınar 1994; Mehta ve ark. 2014).

Bu çalışmada hemşirelerin enfeksiyon riski tanınmasına engel durumlar incelendiğinde; hemşirelerin sadece %17.3’ü bu soruya yanıt vermiş ve en fazla “iş yükü fazlalığı” (%8.7) “hasta sayısının fazla olması” (%6.1) ve “hemşire eksikliği” (%4.4) hemşirelerin kliniklerinde enfeksiyon riski tanınmaya engel durum olarak saptanmıştır (Tablo 4.3.2). Çalışma ile ilgili literatürde yapılmış çalışmalara rastlanmamakla birlikte benzer sonuçların yer aldığı farklı çalışmalara rastlanmıştır. Freitas ve ark. (2007), yapmış oldukları çalışmada ise hemşirelerin hemşirelik süreci hakkında yeterli bilgiye sahip oldukları ancak zaman yetersizliği ve hastanede yatan hasta sayısının fazla olması gibi nedenlerle uygulamada güçlük yaşadıkları saptanmıştır. Fesci ve ark. (2008), yaptığı çalışmada, hasta kabulü, bakım planı hazırlama, iletişim kurma ve eğitim yapma durumlarında yaşadıkları güçlükler arasında birinci sırada “zaman yetersizliği” ikinci sırada ise “eleman yetersizliği” yer almıştır. Çakmakçı ve Vatan (2013), yaptığı çalışmada hemşirelerin yarıdan fazlası “zaman yetersizliği” sorununu belirtmiştir. Işık Andsoy ve ark. (2013), yaptığı çalışmada da hemşirelik sürecini kullanmama nedenleri arasında en fazla “iş yükü” ve “hasta sayısının fazla olmasını” belirtirken, Karabulut ve Çetinkaya (2010), yaptığı çalışmada hasta bakım planı hazırlamada karşılaştıkları güçlükleri sırası ile “hasta-hemşire arasındaki iletişim yetersizliği”, “zaman yetersizliği” ve “hemşire sayısının az olması” olarak belirtmiştir. Yapılan diğer çalışmalarda da “hemşire sayısının yetersizliği” ve “zaman yetersizliği” hemşirelerin hemşirelik süreci uygulamasında yaşadıkları güçlükler arasında ilk sırada yer almıştır (Tan ve ark. 2015; Zaybak ve ark. 2016). Hemşirelerin yaşadıkları güçlüklerin tespiti ve giderilmesi süreç kullanım oranlarını arttıracaktır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda şu sonuçlara ulaşılmıştır;

- Hemşirelerin enfeksiyon riski tanısı koyma durumu ile enfeksiyon riski tanısına ait ilişkili faktör belirleme durumları arasında ($-0.19 < r < -0.002 < 0.00$) negatif yönlü önemsenmeyecek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı olmayan ilişki bulunduğu ($p > 0.05$),
- Hemşirelerin enfeksiyon riski tanısı koyma durumlarını; hemşire başına düşen hasta sayısı, hemşirelik tanısı hakkında eğitim alma durumu ve klinikte enfeksiyon riskini tanılamaya engel durumlar istatistiksel olarak anlamlı olarak etkilerken ($p < 0.05$), yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalıştığı klinik, meslekte çalışma süresi, hastaların yatış süreleri, SBİE hakkında eğitim alma durumu ile enfeksiyon riski tanısı koyma durumlarının etkisinin olmadığı ($p > 0.05$),
- Yaş, eğitim durumu, çalışmakta olduğu klinik, meslekte çalışma süresi, hastaların yatış süresi, SBİE hakkında eğitim alma durumu ve klinikte enfeksiyon riski tanılamaya engel durum ile hemşirelerin enfeksiyon riski tanısına ait ilişkili faktör belirleyebilme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken ($p < 0.05$), hemşirelerin diğer özelliklerinin ilişkili faktör belirleme durumu üzerine etkisi olmadığı ($p > 0.05$),
- Hemşirelerden 26 yaş ve altı olanların, 27 yaş ve üzeri olanlarla yakın oranlarda enfeksiyon riski tanısı koyduğu bunun anlamlı bir fark oluşturmadığı ($p > 0.05$), ilişkili faktör belirleme durumlarında ise hemşirelerin yaşı arttıkça daha fazla ilişkili faktör belirledikleri ve bu farkın anlamlı olduğu ($p < 0.05$),
- Cinsiyet faktörü incelendiğinde kadınların erkeklerden daha fazla enfeksiyon riski tanısı koyduğu ve ilişkili faktör belirlediği ancak bu gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı ($p > 0.05$),
- Enfeksiyon riski tanısını en çok lisans ve yüksek lisans grubunun koyduğu ancak eğitim durumunun enfeksiyon riski tanısı koyma ile anlamlı bir ilişki göstermediği ($p > 0.05$), ilişkili faktör belirlemede anlamlı fark görüldüğü ($p < 0.05$) ve bu anlamlı farkın önlisans mezunlarından kaynaklandığı,
- Cerrahi kliniklerde çalışanların dahili kliniklerde çalışanlara göre daha fazla enfeksiyon riski tanısı koymasına rağmen daha az ilişkili faktör belirledikleri ve

klinalere göre enfeksiyon riski tanısı koyma durumlarında anlamlı fark görülmezken ($p>0.05$), ilişkili faktör belirleme durumlarında fark görüldüğü ($p<0.05$),

- 1-4 yıl çalışan hemşireler, 5 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerden daha fazla enfeksiyon riski tanısı koyarken bu farkın anlamlı olmadığı ($p>0.05$), ancak ilişkili faktör belirleme durumlarında anlamlı fark oluşturarak ($p<0.05$) 5 yıl ve üzeri deneyime sahip olanların daha fazla ilişkili faktör belirledikleri,
- 7 ve üzeri hastaya bakan hemşirelerin enfeksiyon riski tanısı koyma durumlarında anlamlı fark görüldüğü ($p<0.05$) hemşire başına düşen hasta sayısı arttıkça enfeksiyon riski tanısı koyma oranının azaldığı, anlamlı fark oluşturmamakla ($p>0.05$) birlikte hemşire başına düşen hasta sayısı arttıkça ilişkili faktör belirleme oranlarının azaldığı,
- Hemşirelerin kliniklerinde hastaların tüm yatış süreleri için enfeksiyon riski tanısı koyma durumu ile anlamlı fark saptanmazken ($p>0.05$), hastaların yatış sürelerinin artmasıyla hemşirelerin ilişkili faktör belirleme durumlarının azaldığı ve bu farkın anlamlı olduğu ($p<0.05$),
- SBİE ile ilgili eğitim alan ve almayan hemşireler ile enfeksiyon riski tanısı koyma durumlarında anlamlı fark saptanmazken ($p>0.05$), SBİE ile ilgili eğitim alan hemşirelerin almayanlara oranla daha yüksek ilişkili faktör belirledikleri ve bu farkın anlamlı olduğu ($p<0.05$),
- Hemşirelik tanıları ile ilgili eğitim alan hemşirelerin almayanlara göre enfeksiyon riski tanısı koyma durumları arasında anlamlı bir fark olduğu ($p<0.05$), hemşirelik tanıları ile ilgili eğitim alanların daha fazla ilişkili faktör belirledikleri ancak bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$),
- Kliniklerde enfeksiyon riski tanısı koymaya engel durum var diyen hemşirelerin daha fazla enfeksiyon riski tanısı koyduğu ve ilişkili faktör belirlediği ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturduğu ($p<0.05$),
- Hemşirelerin enfeksiyon riski tanısı kullanımına ilişkin görüşleri incelendiğinde; çoğunluğunun “enfeksiyon riski tanısının SBİE’ı azaltmak ve tedbir almak adına önemli bir hemşirelik tanısı olduğunu”, “risk tanılarına ayıracak vakitlerinin olmadığı”, “enfeksiyon riski tanısının hem tıbbi tanı hem de hemşirelik tanısı olduğunu”, “enfeksiyon riski tanısı koymak için hem ilişkili faktörlere hem de belirti ve bulgulara bakılması gerektiğini” belirttiği,

- Hemşirelerin ilişkili faktörlere ilişkin görüşleri incelendiğinde; neredeyse tamamı “hastanın açık yarası ve yanığı olmasını”, “hastanın immün yetmezliğinin olmasını”, “hastanın iki saatten uzun süren ameliyat geçirmiş olmasını”, “hastanın kemoterapi ve radyasyon tedavisi almasını”, “hastaya invaziv işlem yapılmasını” enfeksiyon riski tanısı koymak için gerekli olan ilişkili faktör olarak belirttiği,
- Hemşirelere kliniklerinde en çok rastladıkları enfeksiyon riski ile ilişkili faktör sorulduğunda; “kişisel hijyen yetersizliği”, “invaziv girişimler”, “tıbbi malzeme temizliğinin yetersiz olması” yanıtını verdikleri,
- Kliniklerinde hemşirelere düşen sorumluluklar ve önlemler incelendiğinde; neredeyse tamamının “enfeksiyon riski olan hastaya standart önlemlerle birlikte gerekli koruyucu izolasyon uygulanması gerektiğini”, “SBİE riski taşıyan bireylerin tanımlanması gerektiğini”, “hemşirenin hasta ve yakınlarına enfeksiyon nedenleri ve riskleri konusunda eğitim vermesi gerektiğini” belirttikleri,
- Hemşirelere kliniklerinde enfeksiyon riski tanılamaya engel durum varlığı sorulduğunda; bu soruya sadece hemşirelerin %17.4’ünün cevap verdiği, cevap veren hemşirelerin %8.7’sinin engel durum olarak “iş yükünün fazlalığını”, % 6.1’inin ise “hasta sayısının fazla olmasını” belirttiği ortaya çıkmıştır.

6.2. Öneriler

Bu çalışmada hemşirelerin çoğunluğunun enfeksiyon riski tanısı koyduğu, ancak tanının gerekliliği olan ilişkili faktörleri belirleme düzeylerinin yetersiz olduğu söylenebilir. Enfeksiyon riskini tanılama gerekli ve önemli bulunduğu halde klinik kullanımında netlik olmadığı, gerçek tanılara daha fazla ağırlık verilip risk tanılarının göz ardı edildiği kanaati oluşmuştur. Oysaki bazı durumlarda tanı önceliği risk tanılarına geçebilir ve risk tanısı konulmadığında tedavi ve bakım uygulamalarının ihmal edilmesi hasta için daha hayati sonuçlar doğurabilir. Bu nedenle hemşirelerin hemşirelik süreci eğitimleri sırasında risk tanılarına ve önemine değinilmesi, temel hemşirelik eğitimleri ve hizmet içi eğitimlerde bu bilgilerin tekrarlanması,

Klinisyen hemşirelerin en az lisans düzeyi diplomaya sahip olması,

Farklı eğitim düzeylerinden hemşire ünvanı kazanmış grupların hemşirelik süreci ile ilgili benzer farkındalığa ulaşması için hizmet içi eğitimlerle desteklenmesi,

Hemşirelerin enfeksiyon riski tanısı kullanımına ve klinik işleyişe ilişkin görüşlerinin bu konudaki girişimlerde dikkate alınması,

SBİE'ı önlemek ve tedbir almak adına enfeksiyon riski tanısının önemini vurgulayacak daha kapsamlı araştırmaların gerçekleştirilmesi,

Hemşirelerin kliniklerde enfeksiyon riski tanısını koymaları ve yaygınlaştırılması adına kolaylaştırıcı ve pratik düzenlemelerin yapılması,

Sağlık kurumlarında bu alandaki açığı kapatacak talimat, politika, prosedürlerin geliştirilmesi önerilebilir.

7. KAYNAKLAR

- Afolayan JA, Donald B, Baldwin DM, Onasoga O. Evaluation of the utilization of nursing process and patient outcome in psychiatric nursing: case study of psychiatric Hospital Rumuigbo, Port Harcourt. *Advances in Applied Science Research*. 2013; 4(5): 34-43.
- Ağırbaş İ, Akbulut Y, Azap A, Çiftçi E, Önder ÖM, Payziner PD. Sağlık bakımı ile ilişkili enfeksiyonların maliyet analizi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*. 2015; 68(2): 72-76.
- Ağırbaş İ, Ökten İ, Balık İ, Azap A, Çiftçi E, Akbulut Y, Önder ÖR, Payziner Doğanay P, Kaymakçı S, Çırpan S. Hastane enfeksiyonları maliyet analizi. *Ankara Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projesi Sonuç Raporu*. Ankara, 2013; s. 13-15.
- Akça Ay F. Hemşirelik Süreci: Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar. 2.Baskı, Medikal Yayıncılık Ltd Şti. İstanbul, 2008; s. 61-73.
- Aksoy N. Yanıklı hastada hemşirelik bakımının yönetimi. *Selçuk Tıp Dergisi*. 2015; 31(1): 47-51.
- Alcan Z, Tekin DE, Özbucak Civil S. Hasta Güvenliği- Beklenmedik Olaylarda Hemşirenin Rolü. *Nobel Tıp Kitabevleri*, İstanbul, 2012; s. 39-62.
- Alpar R. Uygulamalı İstatistik ve Geçerlilik-Güvenirlilik. *Detay Yayıncılık*, Ankara. 2014; s. 351-357.
- Altınışik HB, Altınışik U, Çoksak A, Şimşek T. Yoğun bakımda enfeksiyon oranlarının düşürülmesi çalışmalarının 8 yıllık sürveyans verileri ile değerlendirilmesi. *Int J Basic Clin Med*. 2015; 3(3): 117-224.
- Amoura SB, Helalia SM. Nursing students opinions towards nursing diagnoses. *International Journal of Nursing Didactics*. 2015; 5(11): 1-6.
- Atieno Wagoro MC, Rakuom CP. Mainstreaming Kenya-nursing process in clinical settings: the case of Kenya. *International Journal of Africa Nursing Sciences*. 2015; 3(1): 31-39.
- Avşar G, Ögünç A.E, Taşkın M, Burkay Ö.F. Hemşirelerin hasta bakımında kullandıkları hemşirelik süreci uygulamalarının değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2014; 17(4): 217-221.
- Ayan S. Hemşirelik öğrencilerinin NANDA-I hemşirelik tanımlarını belirleme yetkinliğinin saptanması. *İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul, 2012 (Tez Danışmanı: Türkinaz Aştı).
- Aydemir Gedük E. Hemşirelik mesleğinin gelişen rolleri. *Journal of Health Science and Profession*. 2018; 5(2): 253-258.
- Aydın A. Perfore appendisitlerde primer kapama ve geciktirilmiş primer kapamanın yara enfeksiyonuna etkileri, Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2005.
- Aydın Avcı İ. Enfeksiyon Hastalıkları. 2. Baskı, Göktuğ Basım, Ankara. 2010; s. 3-8.
- Aygıt AC, Pilancı Ö, Şen Mercan E. Yanık ünitesinde yatarak tedavi olan 0-12 yaş arası çocuk hastalarda yanık yara enfeksiyonunun retrospektif olarak değerlendirilmesi. *Journal of Academic Research in Medicine*. 2012; 2(2): 55-58.
- Aylaz R, Şahin F, Yıldırım H. Hemşirelerin hastane enfeksiyonu konusuna ilişkin bilgi düzeylerinin belirlenmesi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2018; 7(2): 67-73.
- Aytaç N, Naharcı H, Öztunç G. Adanada eğitim araştırma hastanelerinin yoğun bakım hemşirelerinde hastane enfeksiyonları bilgi düzeyi. *Tıp Fakültesi Dergisi*. 2008; 9(3): 9-15.
- Babacan Gümüş A, Şıpkın S, Keskin G. Fonksiyonel sağlık örüntüleri modeli ile bir huzurevinde yaşayan yaşlıların bakım gereksinimlerinin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2012; 3(1): 13-21.
- Babadağ K, Kara M. Kanıta dayalı hemşirelik ve meslekleşme. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Dergisi*. 2004; 7(2): 10-15.
- Bahçecioğlu Turan G, Mankan T, Türkben Polat H. Hemşirelik öğrencilerinin el hijyenine ilişkin bilgi düzeyleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2017; 6(3): 65-70.

- Birol L. Hemşirelik Süreci: Hemşirelik Bakımında Sistematik Yaklaşım. Berke Ofset Matbaacılık, 10. Baskı, İzmir. 2013; s. 10-50.
- Botarelli FR, Rodrigues Queiroz QJ, Nunes de Lima Fernandes AP, Naiara de Medeiros Araújo J, Ferreira Júnior MA, Fortes Vitor A. Nursing diagnosis risk of infection in patients in the postoperative period: a cross-sectional study. *Online Brazilian Journal of Nursing*. 2016; 15(2): 245-253.
- Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması (NIC), Çev; Erdemir F, Kav S, Akman Yılmaz A, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul. 2017; s. 176-177.
- Bulut A, Şengül H. Sağlık hukuku yönünden hastane enfeksiyonlarının değerlendirilmesi. *Journal of Social and Humanities Sciences Research*. 2018; 5(17): 275-283.
- Carpenito-Moyet LJ, Hemşirelik Tanıları El Kitabı, Çev; Erdemir F, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul. 2013; s. 203-208.
- Carvalho Barra DC, Marcon Dal Sasso GT, The nursing process according to the international classification for nursing practice: an integrative review. *Text Context Nursing, Florianópolis*. 2012; 21(2): 440-447.
- Carrico RM, Garrett H, Balcom Ş, Burton Glowicz J. Infection prevention and control core practices: a roadmap for nursing practice. *HHS Public Access*. 2018; 48(8): 28-29.
- CDC, Winnable battles final report 2010- 2015, November 2016 <https://www.cdc.gov/winnablebattles/report/docs/winnable-battles-final-report.pdf> (Erişim tarihi: 03 Haziran 2018).
- Çetinkaya-Şardan Y, Hekimoğlu H, Callak Oku F, Batır E. Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveysanı Ağı Özet Raporu 2016. (Ed. İ. Şencan). T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Mikrobiyoloji Referans Raporları Daire Başkanlığı. Ankara. 2017; s. 6-44.
- Cimiotti JP, Aiken LH, Sloane DM, Wu ES. Nurse staffing, burnout, and health care-associated infection. *Am J Infect Control*. 2012; 40(6): 486-490.
- Çakmakçı A, Vatan F. Manisa il merkezinde görev yapan yönetici hemşirelerin çalışma alanlarında yaşadıkları sorunlar. *Modern Hastane Yönetimi Dergisi*. 2003; 7(2): 51- 55.
- Dasgupta S, Das S, Chawan NS, Hazra A. Nosocomial infections in the intensive care unit: incidence risk factors, outcome and associated pathogens in a public tertiary teaching hospital of Eastern India. *Indian J Crit Care Med*. 2015; 19(1): 14-20.
- Dikmen Y, Ak B, Yorgun S. Bilgisayar destekli hemşirelik uygulamaları. *J Hum ryhythm*. 2015; 1(4): 162-167.
- Durupınar B. İzolasyon. *Klimik Derg*, 1994; 7(1): 10-12.
- Erden S, Bayrak Kahraman B, Bulut H. Yoğun bakım ünitelerinde çalışan doktor ve hemşirelerin izolasyon önlemlerine uyumlarının değerlendirilmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2015; 4(3): 388-398.
- Erdil F, Elbaş Özhan N, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, V. Baskı, Ankara. 2008;s.85-90.
- Eren F, Öngün G, Ural O, Öztürk Ş. Nöroloji yoğun bakım ünitesinde bir yıllık hastane enfeksiyonu oranları: patojenik ve klinik değerlendirme. *Turk J Neurol*. 2017; 23(4): 205-210.
- Eren OÖ, Kalyoncu U, Andıç N, Çetinkaya Şardan Y, Yoğun bakım ünitesinde hasta maliyetini etkileyen faktörler. *Selçuk Tıp Derg*. 2009; 25(4): 195-202.
- Erer MT, Akbaş M, Yıldırım G. Hemşirelik sürecinin evrimsel gelişimi hemşirelik süreci. *Lokman Hekim Dergisi*. 2017; 7(1): 1-5.
- Ertek M, Hastane enfeksiyonları: Türkiye verileri. hastane enfeksiyonları korunma ve kontrol sempozyum dizisi, Ankara. 2008; 60; 9-14.

- Fesci H, Doğan N, Pınar G. İç hastalıkları kliniklerinde çalışan hemşirelerin hasta bakımında karşılaştıkları güçlükler ve çözüm önerilerinin belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2008; 11(3): 40-50.
- Foster AJ, Taljaard M, Oake N, Wilson K, Roth V, Van Walraven V. The effect of hospital-acquired infection with *Clostridium difficile* on length of stay in hospital. CMAJ. 2012; 184(1): 37-42.
- Freitas MC, Queiroz AT, Souza JAV. O proses de enfermagem sob otica das enfermeiras de uma maternidade. Revista Brasileira de Enfermagem. 2007; 60(2): 207-212.
- Fujishima Neves J, Consorti Paixão FR, Cristiano de Lima T, Filomena Ceolim M. Nursing diagnoses of patients admitted for infectious diseases. Acta paul.enferm. 2010; 23(6): 819-823.
- Gök Özer F, Kuzu N. Öğrencilerin bakım planlarında hemşirelik süreci ve NANDA tanımlarını kullanma durumları. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2006; 22(1): 69-80.
- Görak G, Savaşer S, Yıldız S. Bulaşıcı Hastalıklar Hemşireliği. 2. Baskı. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2011; s. 100-150.
- Göriş S, Ceyhan Ö. Hemşirelerin hastaların bireysel hijyen gereksinimlerini karşılama durumları. Erciyesi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2014; 2(1): 48-55.
- Güner P, Terakye G. Hemşirelik yüksekokulları son sınıf öğrencilerinin hemşirelik tanımlarını belirleyebilme düzeyleri, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2000; 4(1): 9-15.
- Hagos F, Alemseged F, Balcha F, Berhe S, Aregay A. Application of nursing process and its affecting factors among nurses working in mekelle zone hospitals, Northern Ethiopia. Hindawi Publishing Corporation. 2014; 9(1): 1-9.
- Heardman TH, Kamitsuru S. NANDA Hemşirelik Tanımları: Tanımlar&Sınıflandırma 2015-2017. Çev; Acaroğlu R, Kaya H. Nobel Tıp Kitabevleri. 2018, s. 375-380.
- Helder OK, Brug J, Looman CWN. The impact of an education program on hand hygiene compliance and nosocomial infection incidence in an urban neonatal intensive care unit: an Intervention Study with before and after Comparison. International Journal of Nursing Studies. 2010; 47(10): 1245-1252.
- <http://allnurses.com/nursing-student-assistance/risk-for-infection911083.html> (Erişim tarihi: 10 Mart 2016).
- Ho SE, Ho CC, Hng SH, Liu CY, Jaafar MZ, Lim B. Nurses compliance to hand hygiene practice and knowledge at Klang Valley hospital. Clin Ter. 2013; 164(5): 407-411.
- Hugonnet S, Chevolet JC, Pittet D. The effect of workload on infection risk in critically ill patients. Crit Care Med. 2007;35(1):76-81.
- Hugonnet S, Harbarth S, Sax H, Duncan RA, Pittet D. Nursing resources: a major determinant of nosocomial infection? Curr Opin Infect Dis. 2004; 17(4): 329-333.
- Işık Andsoy I, Güngör T, Dikmen Y, Nabel E. Hemşirelerin bakım planını kullanırken yaşadıkları güçlükler. Journal of Contemporary Medicine. 2013; 3(2): 88-94.
- İlçe A, Totur B, Özbayır T. Beyin tümörlü hastaların uluslararası NANDA hemşirelik tanımlarına göre değerlendirilmesi: bakım önerileri. Journal of Neurological Sciences. 2010;27(2):178-184.
- İnfal S. Hastane çalışanlarının hastane enfeksiyonları konusundaki bilgi ve davranışlarının değerlendirilmesi. Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2009, (Tez danışmanı: Tahir Kemal Şahin).
- Ja S. The California experiment: alternatives for minimum nurse-to-patient ratios. J Nurs Adm. 2002; 32(1): 48-58.
- Jeon CY, Neidell M, Jia H, Sinisi M, Laraon E. On the role of length of stay in healthcare-associated bloodstream infection. Infect Control Hosp Epidemiol. 2012; 33(12): 1213-1218.

- Kabir Nahid K, Hasantehrani TA. Survey comparison quality of writing and application nursing process between students of Hamadan city, 2010. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2012; 31(1): 762–767.
- Kaçaroğlu Vicdan A, Gülseven Karabacak B, Ecevit Alpar Ş. 2012-2014 NANDA-I hemşirelik tanıların yaşam aktivitelerine dayalı hemşirelik modeline göre sınıflandırılması. *International Journal of Human Sciences*. 2015; 12(2): 1626-1636.
- Karabulut N, Çetinkaya F. Cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin hasta bakımında karşılaştıkları güçlükler ve motivasyon düzeyleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2011; (14)1: 14-23.
- Karakurt P, Olmaz D. Hemşirelerin bakım verirken hemşirelik sürecini bilme ve uygulama durumları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 2019; 12(1): 3-14.
- Kaya E, Yetim I, Dervişoğlu A, Sümbül M, Bek Y. Türkiye'de bir üniversite hastanesinde cerrahi alan enfeksiyonu üzerine bir yıllık gözetim programının risk faktörleri ve etkisi. *Surg Infect*. 2006; 7 (6): 519-526.
- Kaya H. Sağlık eğitiminde hasta eğitimi ve hemşirenin sorumlulukları. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*. 2009; 1(1): 19-23.
- Kaya N. NANDA hemşirelik tanıları, hemşirelik tanıların sonuçları (NOC) ve hemşirelik girişimleri (NIC) sınıflama sistemlerinin ilişkilendirilmesi. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2004; 13(52): 121-131.
- Keski Ç, Karadağ A. Hemşirelik son sınıf öğrencilerinin hemşirelik süreci hakkındaki düzeyleri incelenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2010; 12(1): 41-52.
- Korhan EA, Hakverdioğlu Yönt G, Demiray A, Akça A, Eker A. Yoğun bakım ünitesinde hemşirelik tanıların belirlenmesi ve NANDA tanılarına göre değerlendirilmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2015; 5(1): 16-21.
- Korol E, Johnston K, Waser N, Sifakis F, Jafri HS, Lo M, Kyaw MH. A systematic review of risk factors associated with surgical site infections among surgical patients. *PLoS One*. 2013; 8(12): e83743.
- Köksal C, Turan G, Akgün N, Yıldırım Ar A, Öztürk C, Ağalar C. Yoğun bakımda yüzey temizliğinin denetimi. *Boğaziçi Tıp Dergisi*. 2016; 3(1): 16-21.
- Kölgeliler S, Küçük A, Aktuğ Demir N, Özçimen S, Saltuk Demir L. Yoğun bakımlardaki hastane enfeksiyonları: etiyoloji ve predispozan faktörler. *Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi*. 2012; 2(1): 1-5.
- Kyrkjebo MJ, Hage I. What we know and what they do: nursing students experiences of improvement knowledge in clinical practice. *Nurse Education*. 2005; 25(3): 167-175.
- Lea SF, Anema MG, Briscoe VJ, Allie H. The nursing process: what do students know? *The ABNF Journal*. 2001; 12(1): 3-8.
- Ledesma-Delgado ME, Mendes MMR. The nursing process presented as routine care actions: building its meaning in clinical nurses perspective. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2009; 17(3): 328–334.
- Mamishi S, Pourakbari B, Teymuri M, Babamahmoodi A, Mahmoudi S. Management of hospital infection control in iran: a need for implementation of multidisciplinary approach. *Osong Public Health Res Perspect*. 2014; 5(4): 179-186.
- Marchi M, Pan A, Gagliotti C, The Italian national surgical site infection surveillance programme and its positive impact, 2009 to 2011. *Euro Surveill*. 2014; 19(21): 1-5.
- Marmor S, Kerroumi Y. Patient-specific risk factors for infection in arthroplasty procedure. *Elsevier*. 2016; 102(1): 113-119.
- Matta R, Hallit S, Hallit R, Bawab W, Rogues AM, Salameh P. Epidemiology and microbiological profile comparison between community and hospital acquired infections: a multicenter retrospective study in Lebanon. *Journal of Infection and Public Health*. 2018; 11(3): 405-411.

- Mehta Y, Gupta A, Todi S, Myatra SN, Samaddar DP, Patil V, Kumar Bhattacharya P, Ramasubban S. Guidelines for prevention of hospital acquired infections. *Indian Journal of Critical Care Medicine*. 2014; 18(3): 149-163.
- Mitchell BG, Shaban RZ, MacBeth D, Wood CJ, Russo PL. The burden of healthcare-associated infection in Australian hospitals. *Infection, Disease & Health*. 2017; 22(3): 117-128.
- Morais SCRV, Nóbrega MML, Carvalho EC. Convergence, divergence and diagnostic accuracy in the light of two nursing terminologies. *Rev Bras Enferm*. 2015; 68(6): 777-83.
- Mutlu B, Bir göz kliniğinde belirlenen hemşirelik tanıları ve girişimlerinin incelenmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2015 (Tez Danışmanı: Nevin Kanan).
- Navaeifar MR, Rezai MS. Device associated nosocomial infection in children. *Journal of Pediatrics Review*. 2013; 1(2): 25-41.
- Olmaz D. Hemşirelerin bakım verirken hemşirelik sürecini bilme ve uygulama durumları, Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzincan 2016 (Tez Danışmanı: Papatya Karakurt).
- Öncül A, Koçulu S, Eevli K. Bir devlet hastanesinin yoğun bakım ünitelerinde kazanılan hastane enfeksiyonlarının epidemiyolojisi. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*. 2012; 46(2): 60-66.
- Özçetin M, Ulaş Saz E, Karapınar B, Özen S, Aydemir Ş, Vardar F. Hastane enfeksiyonları; sıklığı ve risk faktörleri. *Çocuk Enf Derg*. 2009; 3(1): 49-53.
- Öztürk H, Kahriman İ. Tıbbi Hatalar ve Hasta Güvenliği Eğitim Rehberi. İstanbul Tıp Kitabevleri.1. Baskı, 2016.s.150-200.
- Öztürk R, Cesur S, Şimşek EM, Şen S, Sanal L. Yoğun bakım ünitesinde çalışan sağlık personellerinin enfeksiyon kontrol önlemleri hakkındaki bilgi düzeyinin değerlendirilmesi. *Ortaoğu Tıp Dergisi*. 2018; 10(3): 289-296.
- Pearson. Hemşirelik Tanıları El Kitabı, Çev; Kapucu S, Akyar İ, Korkmaz F. Pelikan Yayınevi, 2018, s. 749-753.
- Revelas A. Healthcare – associated infections: a public health problem. *Niger Med J*. 2012; 53(2): 59–64.
- Rodríguez-Acelas AL, Abreu Almeida M, Engelman B, Cañon-Montañez W. Risk factors for health care-associated infection in hospitalized adults: systematic review and meta-analysis. *Am J Infect Control*. 2017; 45(12): 149-156.
- Saçar M, Önem G, Adalı F, Verdi F, Saçkan KG, Baltalarlı A. Koroner arter baypas cerrahisi ve hastanede kalış süresi: belirleyici faktörler. *Pamukkale Tıp Dergisi*. 2008; 1(2): 91-97.
- Sağlık Bakanlığı, ICD-10-TRM hastalık ve sağlık girişi sınıflandırma sistemleri geliştirilmesi. Güncelleme tarihi: 12 Kasım 2014. <https://tig.saglik.gov.tr/TR,6220/icd-10-trm-hastalik-ve-saglik-girisimi-siniflandirma-sistemleri-gelistirilmesi.html> (Erişim tarihi: 15.05.2019).
- Sağlık Bakanlığı, Ulusal sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonlar surveyans rehberi. 1. Baskı, Ankara, 2017. <https://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/15719,ulusal-saglik-hizmeti-iliskili-enf-surveyansi-rehberipdf.pdf?0> (Erişim tarihi: 20.06.2019).
- Schachner MB, Sommer JA, González ZA, Luna DR, Benítez SE. Evaluating the feasibility of using mobile devices for nurse documentation. *Stud Health Technol Inform*. 2016; 225(1): 495-499.
- Seçer S. Hemşirelerin hemşirelik tanıları ve hemşirelik sürecini uygulamaya ilişkin algıları ve düşüncelerinin değerlendirilmesi, İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı, İstanbul, 2018 (Tez Danışmanı: Anita Karaca).
- Semachew A. Implementation of nursing process in clinical settings: the case of three governmental hospitals in Ethiopia, 2017. *BMC Res Notes*. 2018; 11(1): 173-174.

- Shang J, Stone P, Larson E, Studies on nurse staffing and healthcare associated infection: methodological challenges and potential solutions. *Am J Infect Control*. 2015; 43(6): 581–588.
- Soe MM, Gould CV, Pollock Daniel, Edwards J. Targeted assessment for prevention of healthcare-associated infections: a new prioritization metric. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2015; 36(12): 1379–1384.
- Soni A, Vollans S, Malhotra K, Association between smoking and wound infection rates following calcaneal fracture fixation. *Foot Ankle Spec*. 2014; 7(4): 266–270.
- Su J, Cao X. Risk factors of wound infection after open reduction and internal fixation of calcaneal fractures. *Medicine*. 2017; 96(44): e8411.
- Sü S. Nursing students opinions regarding the nursing process. *International Journal of Humanities and Social Science Invention*. 2017; 6(5): 10-14.
- Şen Taş S, Kahveci K. Uzun süreli yoğun bakım ünitesi ve palyatif bakım merkezinde hastane enfeksiyonlarının surveyansı; 3 yıllık analiz. *J Contemp Med*. 2018; 8(1): 55-59.
- Şit A. Kardiyoloji kliniğinde kullanılan NANDA hemşirelik tanımlarının yaşam modeline göre incelenmesi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 2017 (Tez Danışmanı: Leman Şenturan).
- T.C. Resmi Gazete. Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği. 11 Ağustos 2005, Sayı: 25903.
- T.C. Resmi Gazete, Hemşirelik Yönetmeliği. 8 Mart 2010, Sayı: 27515.
- Tan M, Polat H, Akgün Şahin Z, Genç F. Dahiliye kliniklerinde çalışan hemşirelerin motivasyon düzeyleri ve hasta bakımında karşılaştıkları güçlükleri. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*. 2015; 4(1): 10-17.
- Taşkın Yılmaz F, Sabancıoğulları S, Aldemir K. Hemşirelik öğrencilerinin hemşirelik sürecine ilişkin görüşleri ve Türkiye'deki yeterlilik düzeyleri. *J Caring Sci*. 2015; 4(4): 265-275.
- Tavares Jomar R, Regia de Souza Bispo V. The most common nursing diagnosis among adults/seniors hospitalised with cancer. *E Cancer Medical Science*. 2014; 3(8): 462-463.
- Uysal N, Gürol Arslan G, Yılmaz İ, Yelkin Alp F. Hemşirelik ikinci sınıf öğrencilerinin bakım planlarındaki hemşirelik tanımları ve verilerin analizi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2016;2(5):139-143.
- Yallem WW, Kumie A, Yehuala FM. Risk factors for hospital-acquired infections in teaching hospitals of Amhara regional state, Ethiopia: a matched-case control study, *PLoS One*. 2017; 12(7): e0181145.
- Yıldırım D. Hemşire insan gücü planlaması. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2002;12(48):57-70.
- Yıldırım N, Tapan B, Gayef A, Sezen A, Kayan Tapan T. Hastane enfeksiyonlarının önlenmesine yönelik yapılan uygulamalar ve bir hastane örneği. *Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi*. 2015; 25(2): 93-100.
- Yurttaş A, Kaya A, Engin R. Bir üniversite hastanesinin yoğun bakım ünitesindeki el hijyeni uyumu ve hastane enfeksiyonlarının incelenmesi. *Journal of Health Science and Profession*. 2017; 4(1): 1-7.
- Yüce A, Bahar H, Hastane İnfeksiyonları, Birinci Baskı, İzmir Güven Kitabevi. 2003; s. 343-345.
- Yüceer S, Güler Demir S, Yoğun bakım ünitesinde nazokomiyal enfeksiyonların önlenmesi ve hemşirelik uygulamaları. *Dicle Tıp Dergisi*. 2009; 36(3): 226-232.
- WHO, Health care associated infections fact sheet 2013. http://www.who.int/gpsc/country_work/gpsc_ccisc_fact_sheet_en.pdf (Erişim tarihi: 4 Haziran 2018).
- WHO, Report on the burden of endemic health care-associated infection worldwide, 2011. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/80135/9789241501507_eng.pdf;jsessionid=E46E5BFAF0D8537EF2A8CE3E1D25D0C5?sequence=1 (Erişim tarihi: 4 Ocak 2019).

- WHO, Roles and responsibilities of government chief nursing and midwifery officers: a capacity-building manual 2015. https://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/15178_gcnmo.pdf?ua=1 (Erişim tarihi:18 Mart 2019).
- Zamanzadeh V, Valizadeh L, Jabbarzadeh Tabrizi F, Behshid M, Lofti M. Challenges associated with the implementation of the nursing process. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2015; 20(4): 411–419.
- Zaybak A, Günay İsmailoğlu E, Özdemir H. Hemşirelerin hemşirelik süreci uygulamasında yaşadıkları güçlüklerin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2016; 19(4): 269-277.
- Zencir G, Bayraktar D, Khorshit L. Bir kamu hastanesinde çalışan hemşirelerin izolasyon önlemlerine uyumu. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi.* 2013; 29(2): 61-70.
- Zhou F, Li H, Gu L, Liu M, Xue C, Cao B, Wang C. Risk factors for nosocomial infection among hospitalised severe influenza A(H1N1) pdm09 patients. *Respiratory Medicine.* 2018; 134(1): 86–91.

8. EKLER

EK-A: HEMŞİRELERİN “ENFEKSİYON RİSKİ” TANISI KULLANIMINA İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ SORU FORMU

I. Bölüm

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz: 1) Bayan 2) Erkek
3. Hemşirelik eğitimi durumunuz:
1)Sağlık meslek lisesi 2) Ön lisans 3) Lisans
4)Yüksek Lisans 5)Doktora
4. Çalışmakta olduğunuz klinik:.....
5. Hemşirelik mesleğinde çalışma süreniz:ay/..... yıl
6. Kliniğinizde hemşire başına düşen hasta sayısı?.....
7. Kliniğinizde hastaların ortalama yatış süresi?gün ile gün arasında
8. Kliniğinizde bakım planı kullanıyor musunuz?
1) Evet 2) Hayır
9. Sağlık bakımı ile ilişkili enfeksiyonlar hakkında eğitim aldınız mı?
1) Evet (Süresi;..... saat) 2) Hayır

Cevabınız evetse lütfen içeriğini yazınız

-

-

-

10. Hemşirelik tanıları koyma ile ilgili eğitim aldınız mı?

- 1) Lisans eğitimim sırasında eğitim aldım
- 2) Ayrıca bir kurs/seminer şeklinde eğitim aldım
- 3) Eğitim almadım
- 4) Diğer.....

II. Bölüm

11. Kliniğinizde hastalarınıza “enfeksiyon riski” tanısı koyuyor musunuz?

- 1) Evet 2) Hayır

12. “Enfeksiyon Riski” tanısı için uygun bulduğunuz ifadeyi lütfen işaretleyiniz.	Katılıyor	Katılmıyorum
1. Enfeksiyon riski bir tıbbi tanıdır, hemşirelik tanısı değildir.		
2. Enfeksiyon riski bir hemşirelik tanısıdır.		
3. ER hem tıbbi tanıdır hem de hemşirelik tanısıdır.		
4. Enfeksiyon riski tanısı koymak için ilişkili faktörlere bakarız.		
5. Enfeksiyon riski tanısı koymak için hastanın belirti ve bulgularına (tanımlayıcı özelliklerine) bakarız.		
6. ER tanısı koymak için hem ilişkili faktörlere hem de belirti ve bulgulara bakarız.		
7. Enfeksiyon riski sağlık bakımı ilişkili enfeksiyonları azaltmak ve tedbir almak adına önemli bir hemşirelik tanısıdır.		
8. Hemşire kliniklerde standart önlemleri uygulamak zorunda olduğundan enfeksiyon riski koyulan hastaya farklı bir uygulama yapma sorumluluğu yoktur		
9. Sadece enfeksiyonu olan hastaya yeterli vakit ayırabildiğimden risk tanılarına ayıracak vaktim yok.		
10. Var olan sorunlara yönelik hemşirelik tanılarına yönelmek gerektiğinden enfeksiyon riski tanıyı koymaya gerek yoktur.		
11. Enfeksiyon riskinin görebileceğim bir belirtisi olmadığı için hemşirelik tanısı olarak kullanmaya gerek yoktur.		
12. Her türlü invaziv işlem yapılan hastaya enfeksiyon riski tanısı koyulmalıdır.		
13. Ameliyat geçiren bütün hastalara enfeksiyon riski tanısı koyulmalıdır.		
14. İki saatten uzun süren cerrahi operasyon geçirmiş hastalara enfeksiyon riski tanısı koyulmalıdır.		
15. Kemoterapi veya radyasyon tedavisi gören hastalar için enfeksiyon riski tanısı koyulmalıdır		
16. Altta yatan hastalık durumlarına bakılarak enfeksiyon riski tanısı koyulmalıdır.		
17. Uzun süre hareketsiz kalan hastaların hepsine enfeksiyon riski tanısı koyulmalıdır.		
18. Beslenme bozukluğu olan hastalara enfeksiyon riski tanısı koyulmalıdır.		
19. Sigara kullanan hastaya enfeksiyon riski tanısı koyulmalıdır.		
20. Açık yarası veya yanığı olan hastalara enfeksiyon riski tanısı koyulmalıdır.		
21. Refakatçisi ve/veya ziyaretçisi olan tüm hastalara enfeksiyon riski tanısı koyulmalıdır.		
22. İmmün yetmezliği olan hastalara enfeksiyon riski tanısı koyulmalıdır.		
23. Hastaneye yatan her hastaya enfeksiyon riski tanısı koyulmalıdır.		
24. Hastanede uzun süre yatan her hastaya enfeksiyon riski tanısı koyulmalıdır.		
25. Hastaneye başvurup yatışı yapılan bir yaşından küçük ya da 65 yaşından büyük herkese enfeksiyon riski tanısı koyulmalıdır.		
“Enfeksiyon riski” ile ilişkili faktörler konusunda başka düşünceleriniz varsa lütfen açıklayınız.		

13. Lütfen kliniğinizde kullandığınız enfeksiyon riski tanısı ve ilişkili faktörlerinden üç tanesini yazınız.

İlişkili Faktör	Tanı İfadesi

14. Kliniğinizde en sık rastladığınız enfeksiyon riski ile ilişkili faktörler nelerdir? (Lütfen en az 3 tane yazınız)

Çevresel/klinik ortama bağlı risk faktörleri;

-
-
-

Hastaya/kişiyeye bağlı risk faktörleri;

-
-
-

Tedaviye/personelle bağlı risk faktörleri;

-
-

15. “Enfeksiyon Riski” tanısı hakkında hemşirenin sorumluluklarına ilişkin uygun bulduğunuz ifadeyi işaretleyiniz.	Katılıyorum	Katılmıyorum
1) Hemşire sağlık bakımı ilişkili enfeksiyon riski taşıyan bireyleri tanımlamaktan sorumludur.		
2) Hemşire enfeksiyon riski ile ilişkili faktörlerinin tanımlanmasından sorumludur.		
3) Hemşire enfeksiyon riski olan hastaya standart önlemlerle birlikte gerekli koruyucu izolasyon önlemlerini almakla sorumludur.		
4) Enfeksiyon riskini önlemek için çevresel önlemler almak hemşirenin sorumluluğudur.		
5) Enfeksiyon klinik belirtilerini gözlemek olası ikincil enfeksiyonları önlemek adına oldukça önemlidir		
6) Enfeksiyon riski tanısı koyulan hastalar için ziyaretçi kısıtlaması yapmak hemşirenin sorumluluğudur.		
7) Hastaya enfeksiyon riski tanısı koyan hemşire bireyin enfeksiyona yatkınlığını azaltmaktan sorumludur.		
8) Hemşire hastaya/ailesine enfeksiyon nedenleri ve riskleri konusunda eğitim vermekle sorumludur		
9) Hemşire enfeksiyon riskini azaltmak için hastanın yeterli ve dengeli besin alımını sürdürmekte sorumludur		
10) Hemşire enfeksiyon riskini azaltmak amacıyla gereksiz olan hiçbir tanı ve tedavi işlemini yapmaktan sorumlu değildir.		
“Enfeksiyon riski” tanısına ilişkin hemşirenin sorumlulukları hakkında başka düşünceleriniz varsa lütfen açıklayınız.		

16. Hastanıza enfeksiyon riski tanısı koymanızı engelleyen durumlar var mı?

- a) Evet b) Hayır

Cevabınız evet ise lütfen yazınız.

**EK-B:SELÇUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
KARARI**

EK-B:



T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARLARI

Toplantı Sayısı: 2016/11

Toplantı Tarihi : 08.06.2016

Karar Sayısı 2016/183 Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Öğretim Üyesi Yrd.Doç.Dr. Saide FAYDALI'nın, "Hemşirelerin 'Enfeksiyon Riski' Tanısını Kullanımına İlişkin Görüşleri" başlıklı araştırmasının değerlendirilme talebi ile ilgili 31.05.2016 tarihli dilekçesi ve ekleri görüşüldü.

Yapılan inceleme ve görüşmelerden sonra; Yrd.Doç.Dr. Saide FAYDALI'nın, "Hemşirelerin 'Enfeksiyon Riski' Tanısını Kullanımına İlişkin Görüşleri" adlı araştırmanın, çalışmanın yapılacağı kurumlardan izin almak şartıyla kabulüne oy birliği ile karar verildi.

ASLI GİBİDİR

08/06/2016



EK-C: SELÇUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ KURUM İZİNİ

Evrak Tarih ve Sayısı: 25/06/2016-E.63899



T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği



Sayı : 92469864-604.01.02/
Konu : Çalışma Talebi (Araştırma Projesi)

Sayın Sevcan ŞAŞMAZ

İlgi : a) 13.06.2016 tarihli dilekçeniz...
b) 16.06.2016 tarihli ve E.60593 sayılı yazımız...
c) 17.06.2016 tarihli dilekçeniz...

İlgi a), ve ilgi b)'de kayıtlı dilekçelerinizde belirttiğiniz "Hemşirelerin 'Enfeksiyon Riski' Tanısı Kullanımına İlişkin Görüşleri" adlı yüksek lisans tez çalışmanızı, Kurumumuzda yapmak istediğinize dair talebiniz, Başhekimliğimizce **UYGUN** görülmüştür.
Bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalıdır
Doç. Dr. Hüseyin YILMAZ
Hastane Başhekimisi

Evrakı Doğrulamak İçin : http://193.255.244.181/enVision-Sorgula/Validate_Doc.aspx?V=BE6L4BN37

Selçuk Üniversitesi Alaeddin Keykubat Yerleşkesi 42075 Selçuklu / KONYA Bilgi İçin: Demet POLAT

Tel:0332 241 50 00 Faks:0332 241 60 65

E-Posta :seltip@selcuk.edu.tr Elektronik Ağ :www.hastane.selcuk.edu.tr



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

EK-D: HEMŞİRELERİN “ENFEKSİYON RİSKİ” TANISI KULLANIMINA İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

(Araştırmacının Açıklaması); Kliniklerde enfeksiyon riski belirleme ve enfeksiyonun önlenmesi konusunda hemşireler kilit insan gücü olarak yer alır. Bu araştırma, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi hemşirelerinin “enfeksiyon riski” tanısı kullanımına ilişkin görüşlerini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bir yüksek lisans tez çalışmasıdır. Hazırlanan soru formunu doldurmak yaklaşık 15 dakikanızı alacaktır. Bu çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz. Bu çalışmaya katılmanız durumunda sizden herhangi bir ücret istenmeyeceği gibi size bir ödeme de yapılmayacaktır. Çalışmaya katılmaya karar vererseniz soru kağıdına kimliğinizi açığa veren herhangi bir bilgi yazmak zorunda değilsiniz. Size ve yanıtlarınıza ilişkin hiç kimseye bilgi verilmeyecektir. Ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde çalışmaya kimlerin katıldığına ve cevaplarınıza ulaşabilir. Soru formunu sorumluluk bilinciyle tam ve eksiksiz yanıtlamanızı rica ediyoruz. Araştırmacıya konuya ilişkin istediğiniz soruyu sorabilirsiniz. Buraya imza atmanız sadece bu formu okuduğunuz ve çalışmaya gönüllü olduğunuz anlamına gelmektedir.

(Katılımcının/Hemşirenin Beyanı); Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum. Bana yapılan tüm açıklamaları anladım. Çalışmaya katılmaya karar verme bilmem için bana yeterli zaman tanındı. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma sırasında herhangi bir sorun ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte araştırmacı Sevcan ŞAŞMAZ’ı 05303058207 numaralı telefondan arayabileceğimi biliyorum. Bu koşullar altında, söz konusu araştırmaya hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllülük içerisinde katılıyorum ve istediğim zaman araştırmadan ayrılabilceğimi biliyorum.

Katılımcının	Araştırmacının	Görüşme Tanığının
Adı-soyadı:	Adı-soyadı:	Adı-soyadı:
İmza:	İmza:	İmza:

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı soyadı: Sevcan ŞAŞMAZ

Doğum tarihi: 13.01.1988

Doğum yeri: Alanya

Medeni hali: Bekar

Yabancı dil: İngilizce (Yökdil 2017- 55.00)

İletişim adresi: Akademi Mah. Yeni İstanbul Cad. Kampüs Lojmanları. 401/8.

Tel: 05303058207

E-mail: sevcan1301@hotmail.com

Eğitim

Lise: Alanya Lisesi (YDA) (2006)

Lisans: Kastamonu Üniversitesi Fazıl Boyner Sağlık Yüksekokulu (2011)

Yüksek Lisans: Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü (2015)

Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü (2014-....)

Mesleki Deneyim

Özel Selçuklu Hastanesi-Hemşire (2011-2012)

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi- Hemşire (2012-....)