

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMŞİRELERİN İZOLASYON ÖNLEMLERİNE UYUMU İLE
HİZMET İÇİ EĞİTİM ARASINDAKİ İLİŞKİ**

YILMAZ ELMAS

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Saide FAYDALI

KONYA 2019

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMŞİRELERİN İZOLASYON ÖNLEMLERİNE UYUMU İLE
HİZMET İÇİ EĞİTİM ARASINDAKİ İLİŞKİ**

YILMAZ ELMAS

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 **YILMAZ ELMAS**'ın "**Hemşirelerin İzolasyon Önlemlerine Uyumu İle Hizmet İçi Eğitim Arasındaki İlişki**" başlıklı tezi tarafımızdan incelenmiş; amaç, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Konya, Türkiye / 03/07/2019

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Saide FAYDALI

Necmettin Erbakan Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Jüri Üyesi

Doç. Dr. Şerife Dilem KAYA
Necmettin Erbakan Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Jüri Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Nurcan ERTUĞ
Ufuk Üniversitesi
Hemşirelik Yüksekokulu

Yukarıdaki tez, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunun 08/07/2019 tarih ve 14/02. sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Kısmet Esra NURULLAHOĞLU ATALIK

Enstitü Müdürü

Y. S. Atalik

APPROVAL


We certify that we have read this dissertation entitled "*The Correlation Between In-Service Training by Nurses' Compliance with Isolation Precautions*" by "*YILMAZ ELMAS*" 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 / 03/07/2019




Principal Advisor

Assist. Prof. Saide FAYDALI

Necmettin Erbakan University Faculty of Nursing



Examination Committee Member
Assoc. Prof. Serife Didem KAYA
Necmettin Erbakan University
Faculty of Health Science



Examination Committee Member
Assist. Prof. Nurcan ERTUĞ
Ufuk University
School of Nursing

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

Prof. Dr. K1smet 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 haklarımı ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

03/07/2019

Yılmaz ELMAS



22.07.2019

Tumiltn

[Site to Main Content](#)

[Özetler](#)

[Öğrenciler](#)

[Not Defteri](#)

[Kütüphaneler](#)

[Talebin](#)

[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 bölümündeki Benzerlik Raporu ikonunu seçin. Tıklanabilir durumda olmayan bir ikon Benzerlik Raporunun henüz oluşturulmadığını gösterir.

HEMŞİRELERİN İZOLASYON ÖNLEMLERİNE UYUMU İLE HİZME...

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	oevap	Docya	Ödev Numarası	Tarih
<input type="checkbox"/>	Yılmaz Elmas	HEMŞİRELERİN İZOLASYON ÖNLEMLERİNE UYUMU...	%12 %12	11%	4%	N/A	--	--	Ödev İndir	1154112612	22-Tem-2019

Dr. Öğr. Üyesi Saide FAYDALI

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca bana rehberlik eden, ilgi ve desteğini esirgemeyen, fikir ve deneyimleriyle beni aydınlatan değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Saide FAYDALI'ya

Yüksek lisans eğitimim boyunca katkılarını esirgemeyen değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Serpil YÜKSEL'e ve emeği geçen tüm hocalarıma,

Araştırmaya katılan Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan hemşirelere,

Bu önemli süreçte bana destek veren sevgili eşim Kübra ELMAS'a, bugüne kadar maddi ve manevi her konuda beni destekleyen anneme ve babama,

Teşekkür ederim.

Yılmaz ELMAS

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 ve Simgeler 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	1
1.1. <i>Araştırmanın Amacı</i>	5
1.2. <i>Araştırma Soruları</i>	5
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. <i>Sağlık Bakımı İle İlişkili Enfeksiyonların Tanımı</i>	6
2.2. <i>Sağlık Bakımı İle İlişkili Enfeksiyonların Tarihçesi</i>	6
2.3. <i>Sağlık Bakımı İle İlişkili Enfeksiyonlar</i>	8
2.3.1. <i>Üriner sistem enfeksiyonları</i>	9
2.3.2. <i>Cerrahi alan enfeksiyonları</i>	10
2.3.3. <i>Ventilatör ilişkili pnömoniler</i>	11
2.3.4. <i>Kan dolaşımı enfeksiyonları</i>	12
2.4. <i>Standart İzolasyon Önlemleri</i>	13
2.4.1. <i>El hijyeni</i>	13
2.4.2. <i>Eldiven giyme</i>	15
2.4.3. <i>Maske, gözlük, yüz siperliği takma</i>	16
2.4.4. <i>Önlük giyme</i>	16
2.4.5. <i>Hasta transportu</i>	16
2.4.6. <i>Hasta bakım ekipmanları, alet, cihazlar ve çevre</i>	16
2.4.7. <i>Hasta yerleşimi</i>	17
2.4.8. <i>Hastane temizliği</i>	17

2.5. Enfeksiyonların Bulaşma Yolları ve İzolasyon Önlemleri.....	17
2.5.1. Temas yoluyla bulaşma ve izolasyon önlemleri.....	18
2.5.2. Damlacık yoluyla bulaşma ve izolasyon önlemleri.....	20
2.5.3. Hava yoluyla bulaşma ve izolasyon önlemleri.....	21
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	23
3.1. Araştırmanın Türü.....	23
3.2. Araştırmanın Gerçekleştirildiği Yer ve Özellikleri.....	23
3.3. Araştırma Evreni ve Örnekleme.....	23
3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	24
3.5. Veri Toplama Tekniği.....	24
3.6. Veri Toplama Araçları.....	25
3.7. Verilerin Toplanması.....	26
3.7.1. Araştırmanın ön uygulaması.....	26
3.7.2. Araştırmanın uygulanması.....	27
3.8. Araştırmanın Değişkenleri.....	27
3.8.1. Bağımsız değişkenler.....	27
3.8.2. Bağımlı değişkenler.....	27
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi.....	27
3.10. Araştırmanın Etik Yönü.....	28
4. BULGULAR.....	29
4.1. Hemşirelerin Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	30
4.2. Hemşirelerin İzolasyon Önlemlerine Uyum Ölçeği ve Hizmet İçi Eğitim Değerlendirme Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulgular.....	31
4.3. Hemşirelerin Hizmet İçi Eğitimi Değerlendirmelerinin İzolasyon Önlemlerine Uyum Puanlarına Etkisine İlişkin Bulgular.....	32
4.4. Hemşirelerin Özelliklerinin İzolasyon Önlemlerine Uyumlarına Etkisine İlişkin Bulgular.....	32
4.5. Hemşirelerin İzolasyon Önlemlerine Uyumun Artırılması Konusundaki Görüşlerine İlişkin Bulgular.....	34
4.6. Hemşirelerin İzolasyon Önlemleri Hakkında Aldıkları Hizmet İçi Eğitimin Niteliğine İlişkin Bulgular.....	35
4.7. Hemşirelerin Özelliklerine Göre Hizmet İçi Eğitim Değerlendirme Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulgular.....	36
5. TARTIŞMA.....	38

5.1. Hemşirelerin İzolasyon Önlemlerine Uyumlarına ve Etkileyen Faktörlere İlişkin Tartışma.....	38
5.2. Hemşirelerin İzolasyon Önlemlerine Uyum Konusunda Görüşlerine İlişkin Tartışma.....	40
5.3. Hemşirelerin Hizmet İçi Eğitimi Değerlendirmesi ve Etkileyen Faktörlere İlişkin Tartışma.....	42
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	46
6.1. Sonuçlar.....	46
6.2. Öneriler.....	47
7. KAYNAKLAR.....	49
8. EKLER.....	55
EK-A: Veri Toplama Formu.....	55
EK-B: Hemşirelerin İzolasyon Önlemlerine Uyumunu İle Hizmet İçi Eğitim Arasındaki İlişki Bilgilendirme ve Rıza Formu.....	59
EK-C: Ölçek Kullanım İzinleri.....	60
EK-D: Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul Kararı.....	63
EK-E: Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Ankara 1. Bölge Genel Sekreterliği Kurum İzni.....	64
EK-Tablo 1: Hemşirelerin İzolasyon Önlemlerine Uyum Ölçeği (İÖUÖ) Yanıtları.....	66
EK-Tablo 2: Hemşirelerin Hizmet İçi Eğitim Değerlendirme Ölçeği (HİEDÖ) Yanıtları.....	67
9. ÖZGEÇMİŞ.....	68

KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

CDC: Centers for Disease Control (Hastalık Kontrol Merkezi)

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EKK: Enfeksiyon Kontrol Komiteleri

HİEDÖ: Hizmet İçi Eğitim Değerlendirme Ölçeği

IFIC: International Federation of Infection Control (Uluslararası Enfeksiyon Kontrolü Federasyonu)

İÖÜÖ: İzolasyon Önlemlerine Uyum Ölçeği

SBİE: Sağlık Bakımı İle İlişkili Enfeksiyonlar

VİP: Ventilatör İlişkili Pnömoni

TABLolar LİSTESİ	sayfa
<i>Tablo 3.6.1. İzolasyon önlemlerine uyum ölçeği ve alt boyutları.....</i>	<i>25</i>
<i>Tablo 3.6.2. Hizmet içi eğitimi değerlendirme ölçeği ve alt boyutları.....</i>	<i>26</i>
<i>Tablo 4.1.1. Hemşirelerin zellikleri.....</i>	<i>30</i>
<i>Tablo 4.2.1. Hemşirelerin izolasyon önlemlerine uyum leği puanları.....</i>	<i>31</i>
<i>Tablo 4.2.2. Hemşirelerin hizmet içi eğitim değerlendirme leği puanları.....</i>	<i>31</i>
<i>Tablo 4.3.1. Hemşirelerin hizmet içi eğitimi değerlendirmeleri ile izolasyon önlemlerine uyum puanları arasındaki ilişki.....</i>	<i>32</i>
<i>Tablo 4.4.1. Hemşirelerin zelliklerine gre izolasyon nlemlerine uyumları.....</i>	<i>33</i>
<i>Tablo 4.5.1. Hemşirelerin izolasyon nlemlerine uyumun artırılması konusundaki grşleri.....</i>	<i>34</i>
<i>Tablo 4.6.1. Hemşirelerin izolasyon nlemleri hakkında aldıkları hizmet ii eğitimin niteliği.....</i>	<i>35</i>
<i>Tablo 4.7.1. Hemşirelerin zelliklerine göre hizmet içi eğitim değerlendirme leği puanları.....</i>	<i>36</i>

ÖZET

T.C.

NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Hemşirelerin İzolasyon Önlemlerine Uyumunu İle Hizmet İçi Eğitim Arasındaki İlişki

Yılmaz ELMAS

Hemşirelik Anabilim Dalı

YÜKSEK LİSANS TEZİ/KONYA-2019

Sağlık bakımı ile ilişkili enfeksiyonların önlenmesinde hemşireler izolasyon önlemleri almak ve uygulanmasını sağlamak gibi önemli sorumluluklar üstlenmektedirler. Bu çalışma hemşirelerin izolasyon önlemlerine uyumu ile hizmet içi eğitim arasındaki ilişkiyi ve etkileyen faktörleri ortaya koymak amacı ile tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir.

Çalışmanın örneklemini Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan 250 hemşire oluşturmuştur. Çalışmanın verileri, Ocak - Nisan 2018 tarihleri arasında klinik uygulamaları sırasında çalışmaya katılmaya gönüllü hemşirelerden, araştırmacılar tarafından hazırlanan "Tanıtıcı Özellikler Formu", "İzolasyon Önlemlerine Uyum Ölçeği-İÖÜÖ" ve "Hizmet İçi Eğitim Değerlendirme Ölçeği-HİEDÖ" ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; sayı, yüzde, ortalama, Mann-Whitney U ve Spearman korelasyon testleri kullanılmıştır. Araştırmanın uygulaması öncesinde hemşirelerin bilgilendirilmiş onamları, araştırmanın yapıldığı kurum ve etik kurul izni alınmıştır.

Çalışmada hemşireler 18-56 yaş aralığında olup yaş ortalamaları 33.16 ± 7.57 'dir. Hemşirelerin %70.4'ü izolasyon önlemlerine ilişkin alınan hizmet içi eğitimi "orta" düzeyde, %53.2'si izolasyon önlemlerine uyumlarını "iyi", %43.2'si "orta" düzeyde bulmuştur. Hemşirelerin İÖÜÖ puan ortalamaları 77.92 ± 7.70 , HİEDÖ puan ortalamaları 65.65 ± 10.42 'tir. HİEDÖ puanları ile İÖÜÖ puanları arasında ($r:0.084$) "önemsenmeyecek düzeyde" istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir ilişki saptanmıştır ($p>0.05$). Hemşirelerin İÖÜÖ puanında "izolasyon önlemlerine ilişkin alınan hizmet içi eğitimi değerlendirmeleri" ve "izolasyon önlemlerine uyumları hakkında kendilerini değerlendirmeleri"nin anlamlı fark oluşturduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Hemşireler izolasyon önlemlerine uyum hakkında "izolasyon önlemleri ile ilgili hizmet içi eğitimlerin artırılması" önerisinde bulunmuşlardır.

Sonuç olarak hemşirelerin hizmet içi eğitimi değerlendirmeleri ile izolasyon önlemlerine uyumu arasında önemsenmeyecek düzeyde düşük ve anlamsız bir ilişki olduğu belirlenmiştir. İzolasyon önlemlerine uyumun artırılması için davranış değişimini sağlayacak interaktif eğitimlere yönelmesi, eğitim planlanırken hemşirelerin görüşlerinin dikkate alınması, uyum süreci ile ilgili araştırmaların gerçekleştirilmesi önerilebilir.

Anahtar Sözcükler: Enfeksiyon; Hemşire; Hizmet İçi Eğitim; İzolasyon.

ABSTRACT

REPUBLIC of TURKEY

NECMETTİN ERBAKAN UNIVERSITY

HEALTH SCIENCE INSTITUTE

The Correlation Between In-Service Training by Nurses' Compliance with Isolation Precautions

Yılmaz ELMAS

Department of Nursing

MASTER THESIS/KONYA-2019

Nurses undertake important responsibilities in the prevention of infections associated with health care, such as taking isolation precautions and ensuring their implementation. This descriptive study was carried out to investigate the relationship between in-service training and the adaptation of nurses to isolation precautions, and to reveal the effective factors.

The sample of the study consisted of 250 nurses working at Ankara Numune Training and Research Hospital. The study data were collected from nurses who agreed to participate in the research during their clinical practices between January and April 2018, using the "Characteristics Form" prepared by the researchers, "The Isolation Precautions Compliance Scale-IPCS" and "the In-Service Training Evaluation Scale-ISTES". In the evaluation of the data, numbers, percentiles, mean, Mann-Whitney U and Spearman correlation tests were used. Informed consents of the nurses, approval of the ethics committee, official permissions from the related authorities were obtained to conduct the study.

In the study, nurses were in the 18-56 age group, and their means age was 33.16 ± 7.57 . Of the nurses, 70.4% considered the level of in-service training about the isolation precautions as "moderate", 53.2% considered his/her compliance with the isolation precautions as "good", and 43.2% considered his/her compliance with the isolation precautions as "moderate". Nurses' IPCS score means were 77.92 ± 7.70 , and ISTES score means were 65.65 ± 10.42 . An insignificant correlation was found between IPCS scores and ISTES scores ($r:0.084$), indicating that "negligible correlation" were not statistically significant" ($p>0.05$). A significant difference was found between their "in-service training assessments on isolation precautions" and "self-assessments on their compliance with the isolation precautions" ($p<0.05$). Nurses proposed to "increase in-service training on isolation precautions" regarding their compliance with the isolation precautions.

As a result, it was determined that there was a low and insignificant relationship between in-service training assessments and the compliance of nurses with the isolation precautions. In order to increase compliance with isolation precautions, it may be recommended to provide interactive training that will provide behavioral change, to take into account nurses' views when planning the training, and to conduct research on the compliance process.

Keywords: Infection; Nurse; In-Service Training; Isolation.

1. GİRİŞ

Sağlık bakımı ile ilişkili enfeksiyonlar (SBİE) farklı sebeplerle hastaneye başvuran bir kişide, hastaneye başvurduğu sırada bulunmayan, inkübasyon döneminde olmayan ve hastaneye yattıktan 48-72 saat geçtikten sonra veya taburculuktan sonraki 10 gün içinde, cerrahi bir işlem geçiren hastalarda 1 ay, protez takılmış olan hastalarda ise 1 yıl içinde gelişen enfeksiyonlardır (Ertek ve ark. 2010; Yıldırım ve ark. 2015; Bulut ve Şengül 2018; Haque ve ark. 2018). XIX. yüzyıldan bu yana önemi fark edilen SBİE hastanede yatış süresinin uzamasına, tedavi ve bakım maliyetinin, morbidite ve mortalitenin artmasına yol açarak bakım kalitesini olumsuz etkilemektedir (Luo ve ark. 2010; <http://www.who.int> 8 Ocak 2017; Khan ve ark. 2017). Bunlara ek olarak SBİE kişilerde işlevsel bozukluklara, stres düzeyinin artmasına, yaşam kalitesinin düşmesine, iş kayıplarına, ilaç kullanımının artmasına, ek tanı yöntemlerinin kullanılmasına yol açarak kişiye ve sağlık sigorta sistemine ilave bir ekonomik yük getirmektedir (Bayındır 2005; <https://apps.who.int> 4 Mayıs 2019). SBİE'nin hastane kalış süresinin 5-29.5 gün artmasına ve Latin Amerika, Asya ve Afrika'da sırasıyla; %18.5, %23.6 ve %29.3 oranında ölümlere sebep olduğu bildirilmektedir (<https://apps.who.int> 4 Mayıs 2019). Gelişmiş ülkelerde SBİE'den kaynaklanan ölümler, tüm ölüm nedenleri arasında ilk 10 sırada yer almaktadır. ABD'de bir yıl içinde hastaneye yatan hastaların %5-10'unda, Avrupa'da ise %6-9'unda SBİE görülmektedir. Türkiye'de bu oranın %1.3-16 arasında olduğu bildirilmektedir (Mankan ve Kaşıkçı 2015). 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 (VİP) oranı 0.06-11.3, cerrahi alan enfeksiyonu oranı 0.25-4.76" arasında değişmiştir (Çetinkaya Şardan ve ark. 2017).

Günümüzde SBİE henüz herhangi bir ülke veya sağlık kuruluşu tarafından tamamen çözülememiş ciddi bir sağlık sorunudur. SBİE ile mücadele için kullanılan antimikrobiyal ilaç tedavileri zaman içerisinde mikroorganizmaların direnç geliştirmesine sebep olmaktadır. Bu durumun sonucu olarak tedavi alternatifleri azalmakta ve bazı enfeksiyonların tedavisi mümkün olamamaktadır (<https://apps.who.int> 4 Mayıs 2019; Bulut ve Şengül 2018). Antibiyotiklerin keşfedilmesi ve penisilinin yaygın olarak kullanılması ile enfeksiyonların tamamen

ortadan kaldırılabileceği kanısı, enfeksiyonların önlenmesi ile ilgili çalışmaların ilerlemesini engellemiştir. Mikroorganizmaların antibiyotiklere direnç geliştirmesi SBİE'nin problem olarak varlığını sürdürmesine yol açmıştır (Köşgeroğlu ve Çelik 2004). SBİE'nin özellikle yoğun bakım ünitelerinde ve cerrahi kliniklerinde görüldüğü bildirilmektedir (Ducel ve ark. 2002; Haque ve ark. 2018). Tedavisi zor ve pahalı olan SBİE sağlık kurumlarının en önemli kalite göstergelerinden biridir (Arli ve Bakan 2017).

SBİE'nin yayılması için enfeksiyon kaynağı, duyarlı konak ve bulaşma yolları faktörlerinin bulunması gerekir. Enfeksiyon kaynağını mikroorganizmaların yaşadığı yerler (örneğin; lavabolar, yüzeyler, insan derisi) oluşturmaktadır. Bulaşma yollarının en önemlisi sağlık çalışanlarının elleri aracılığıyla olan bulaşmalardır. Yeterli el hijyeninin olmadığı durumlarda, eller aracılığıyla mikroorganizmalar diğer insanlara taşınacağından; el hijyeni, standart önlemlerin önemli bir parçasıdır ve sağlık bakımıyla ilişkili patojenlerin bulaşmasını önlemenin en etkili yöntemlerinden biridir (Bischoff ve ark. 2000; <https://www.cdc.gov> 20 Ocak 2017a; <https://www.cdc.gov> 30 Mayıs 2019b). SBİE'nin bulaşmasında diğer yollar; temas yolu, damlacık yolu, hava yolu ve ortak kullanılan araçlar ve cihazlar ile bulaşmalardır (<https://apps.who.int> 4 Mayıs 2019).

İzolasyon önlemleri, bilinen veya bilinmeyen kaynaklardan patojenlerin bulaşma riskini azaltmak ve şüpheli veya kesinleşmiş bulaşıcı enfeksiyonu olan veya kontamine olmuş nesnelere temas eden hastaların sekresyonları ve vücut sıvılarıyla doğrudan temas riskini azaltmak için kullanılır (França ve ark. 2018). İzolasyon önlemlerini belirlerken temel olarak iki amaç saptanmalıdır. Birinci amaç hastaların tanısına ve enfeksiyon olup olmamasına bakılmaksızın hastanedeki bütün hastaları kapsayan önlemlerin alınması, ikinci amaç özgül hasta grubu için izolasyon önlemlerinin oluşturulmasıdır (Usluer ve ark. 2006). Standart önlemlerin oluşturulmasındaki hedef, kan yoluyla ve vücut çıkartılarıyla bulaşabilecek sebebi belirlenmiş veya belirlenememiş enfeksiyonlardan korunmaktır. Standart önlemler; kan, tüm vücut sıvıları, sekresyonlar, bütünlüğü bozulmuş deri, mukoz membranlar için uygulanır (Luo ve ark. 2010; <https://www.cdc.gov> 30 Mayıs 2019b).

Patojenlerin çeşitli sınıfları; bakteri, mantar, parazit, virüs ve pirojen dahil çeşitli enfeksiyonlara neden olabilirler. Bulaşma şekilleri organizmanın türüne göre

değişir ve bazı bulaştırıcı ajanlar birden fazla yolla da bulaşabilir (Siegel ve ark. 2007). Bulaşma yoluna yönelik önlemler; hava yolu önlemleri, damlacık önlemleri ve temas önlemleri olmak üzere üç başlık altında incelenmektedir (Usluer ve ark. 2006; Siegel ve ark. 2007; Kowalski 2012; <https://www.cdc.gov> 30 Mayıs 2019b). Hava yolu önlemi olarak uygulanan solunum izolasyonu, 5 mikrometreden küçük partiküllerin ortaya çıkardığı enfeksiyonları önlemek için kullanılır. 5 mikrometreden küçük partiküller havada asılı kalabilmekte ve toz partiküllerine yapışıp etrafa yayılabilmektedir. Bu yüzden ortamın havalandırılması ve havalandırma sisteminin olması gerekir (Saba 2002; Usluer ve ark. 2006; <https://www.cdc.gov> 30 Mayıs 2019b). Damlacık izolasyonu, 5 mikrometreden büyük partiküllerin ortaya çıkardığı enfeksiyonları önlemek için kullanılır. Bu partiküller havada asılı kalmaz, bir metreden uzağa gidemezler. Bu yüzden ortam havalandırması damlacık yoluyla bulaşmayı önlemede etkili değildir. Enfekte olduğundan şüphelenilen veya enfekte olmuş kişilere, standart önlemlerle birlikte damlacık izolasyonu uygulanmalıdır (Saba 2002; Usluer ve ark. 2006; Yılmaz 2008). Temas izolasyonu, doğrudan veya dolaylı temas yoluyla bulaşan etkenlere karşı uygulanır. Doğrudan temas; mikroorganizmaların, kontamine olmuş aracı bir nesne ya da kişi olmadan bir kişiden başka bir kişiye bulaşma şeklidir. Dolaylı temas ise; mikroorganizmaların, kontamine olmuş aracı bir nesne ya da kişi ile bulaşma şeklidir (Usluer ve ark. 2006; Siegel ve ark. 2007). Enfekte olduğundan şüphelenilen veya enfekte olmuş kişilere, standart önlemlerle birlikte izolasyon önlemleri uygulanmalıdır (Yılmaz 2008; <http://ueh.gov> 4 Kasım 2016).

Hastalık Kontrol Merkezi (*Center for Disease Control-CDC*) izolasyon önlemlerine uyulmasıyla SBİE'nin %30 oranında azaldığını bildirmiştir (Erden ve ark. 2015). Bu önlemler iki grupta ele alınmaktadır. Birinci grup önlemler el yıkama, eldiven kullanımı, aseptik tekniğin uygulanması ve uygun kateter bakımı gibi uygulamalar olup, hastaneye yatan tüm hastalarda uygulanması gereken standart önlemleri içermektedir. İkinci grup önlemler izolasyon önlemleridir (<https://www.cdc.gov> 30 Mayıs 2019b). Yapılan çeşitli araştırmalar, alkol bazlı el antiseptiği ile yapılan el temizliği gibi basit enfeksiyon kontrol önlemleri ile SBİE'yi önlemeye, morbiditeyi azaltmaya ve sağlık bakım maliyetlerini en aza indirmeye yardımcı olabileceğini göstermektedir (Haque ve ark. 2018). İzolasyon önlemlerinin

amacı; enfeksiyonu olan hastadan diğer hastalara, hasta yakınlarına ve sağlık çalışanlarına enfeksiyonun bulaşmasını önlemektir (Siegel ve ark. 2007).

Sağlık kurumlarında SBİE'nin önlenmesi özellikle sağlık çalışanlarının standart önlemlere uymalarıyla ilişkilendirilmiştir (Demir 2014; <https://apps.who.int> 4 Mayıs 2019). Aytaç ve ark. (2008) hemşirelerin %63.3'ünün SBİE ile ilgili eğitim aldığını, bu konuya ilişkin bilgilerinin artırılması gerektiği, işe yeni başladıklarında verilen oryantasyon eğitim ve hizmet içi eğitim konuları içerisinde SBİE konusunun öncelikli olarak ele alınmasının önemli olduğunu belirlemiştir. Tayran ve Ulupınar (2011) tarafından hemşire ve hekimlerin izolasyon önlemlerine uyumuyla ilgili sorunların ve bu sorunların nasıl önlenebileceğinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışma sonucunda iyi derecede uyum gösteren sağlık profesyonellerinin sırasıyla; %72.1 ile hemşireler, %31.4 ile uzman hekimler, %30.2 ile öğretim üyeleri ve %22.6 ile asistanlar olduğu belirlenmiştir.

SBİE'yi önlemede hastalarla en çok temasta bulunan sağlık çalışanlarından biri olan hemşirelerin rolü önemlidir (Mankan ve Kaşıkçı 2015). Özden ve Özveren'in (2016), "Hemşirelerin İzolasyon Önlemlerine Uyumunda Mesleki ve Kurumsal Faktörlerin Belirlenmesi" çalışmasında; hemşirelerin izolasyon önlemlerine uyumlarının orta düzeyde (\bar{x} :66.75±11.80 puan) olduğu, çalışan-hasta güvenliği (\bar{x} :18.20±3.80 puan), el hijyeni-eldiven kullanımı (\bar{x} :10.25±2.26 puan) alt boyutlarında ise puan ortalamalarının düşük olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin eğitim düzeyi ve çalışma yılı arttıkça izolasyon önlemlerine uyumlarının da arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Hemşireler, enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolü konusunda güncel bilgilere hakim olmalı ve sahip olduğu bilgileri uygulamaya geçirmelidir (Yüceer ve Demir 2009; Altındış 2010; T.C. Sağlık Bakanlığı 2013).

Hizmet içi eğitim; hemşirelerin kendilerini yetiştirme gereksinimlerinin karşılanabilmesi, görevleri ile ilgili gerekli bilgi, beceri ve tutumları kazanmalarını sağlamak için düzenlenen eğitim etkinliğidir (Hemşirelik Terimleri Sözlüğü, 2017). İzolasyon önlemleri eğitim yaşantılarında öğrenci hemşirelere verilmekte ve çalışma hayatına yöneldiklerinde de hizmet içi eğitim konuları içerisinde yer almaktadır. Tekrarlı eğitimler izolasyon önlemlerine uyumun artırılması ve hemşirenin mesleki yaşamı boyunca bu önlemleri tutuma dönüşmesi açısından gerekliliktir. SBİE oranlarını azaltmak amacıyla eğitim ve öğretim programlarına dahil edilmeli, hedef

kitleye uygun sunumlar yapılarak, eğitim araçları geliştirilerek yapılan eğitimler artırılmalıdır (<https://www.cdc.gov> 30 Mayıs 2019b). Yüceer ve Bulut (2010) tarafından gerçekleştirilen çalışmada, hemşirelerin SBİE'yi önlemeye yönelik bilgilerinin ve uygulamalarının güncel ve yeterli olmadığı; eksik bilgilerin tamamlanması, yanlış bilgilerin düzeltilmesi ve güncel bilgilerin edinilmesi amacıyla hizmet içi eğitimin gerekli olduğu belirtilmiştir. SBİE ve koruyucu önlemler hizmet içi eğitim konuları içerisinde öncelikli olarak yer almalıdır (Aytaç ve ark. 2008).

Hizmet içi eğitimin izolasyon önlemlerine uyuma etkisinin incelendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışma hemşirelerin izolasyon önlemlerine uyumu ile hizmet içi eğitim arasındaki ilişkiyi ortaya koymak amacı ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın sonuçları literatüre, SBİE'ye ilişkin önlemlerin tutuma dönüşmesine, hizmet içi eğitim kalitesinin artırılması çalışmalarına ve dolaylı olarak SBİE oranlarının azaltılmasına katkı sağlayacaktır.

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma hemşirelerin izolasyon önlemlerine uyumu ile hizmet içi eğitim arasındaki ilişkiyi ortaya koymak amacı ile gerçekleştirilmiştir.

1.2. Araştırma Soruları

- 1.Hemşirelerin izolasyon önlemlerine uyum düzeyleri nasıldır?
- 2.Hizmet içi eğitimin hemşirelerin izolasyon önlemlerine uyumu üzerine etkisi var mıdır?
- 3.Hemşirelerin özellikleri izolasyon önlemlerine uyumlarını etkilemekte midir?
- 4.Hemşirelerin özellikleri hizmet içi eğitime ilişkin değerlendirmelerini etkilemekte midir?
- 5.Hemşirelerin aldıkları hizmet içi eğitimin özellikleri nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Sağlık Bakımı İle İlişkili Enfeksiyonların Tanımı

Latince nosos (hastalık), komeion (tedavi), nosocomeion (hastane) kelimelerinden türetilerek nozokomiyal enfeksiyon veya hastane enfeksiyonu olarak tanımlanırken son yıllarda SBİE şeklinde tanımlanmaktadır (Yenilmez ve ark. 2015). 11.08.2005 tarihli Resmi Gazete’de yayımlanıp yürürlüğe girmiş olan Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği’nde; SBİE “yataklı tedavi kurumlarında, sağlık hizmetleri ile ilişkili olarak gelişen tüm enfeksiyonlar” olarak tanımlanmıştır (Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği 2005).

CDC’nin belirlediği tanı kriterleri doğrultusunda SBİE’yi oluşturan enfeksiyonlar arasında cerrahi alan enfeksiyonları, primer kan dolaşımı enfeksiyonları, üriner sistem enfeksiyonları, kemik ve eklem enfeksiyonları, kardiyovasküler sistem enfeksiyonları, santral sinir sistemi enfeksiyonları, göz, kulak, burun, boğaz ve ağız enfeksiyonları, gastrointestinal sistem enfeksiyonları, alt solunum yolu enfeksiyonları (pnömoni dışında), genital sistem enfeksiyonları, deri ve yumuşak doku enfeksiyonları, sistemik enfeksiyonlar ve sağlık bakımı ilişkili pnömoni yer almaktadır (<https://www.cdc.gov> 30 Mayıs 2019b).

2.2. SBİE’nin Tarihçesi

SBİE’nin kontrolü ile ilgili bilgilerin gelişmesinde XIX. yüzyılda özellikle dört bilim adamı büyük katkıda bulunmuştur. Ignaz Phillipp Semmelweis, enfeksiyon kontrolü için sürveyans için epidemiyolojik yöntemleri kullanmış ve tıbbi bakımda el hijyeninin önemi üzerinde durmuştur. Ignaz Phillipp Semmelweis, sağlık çalışanlarının hastalıkları diğer hastalara bulaştırabileceğini fark eden tıp doktoru olarak kabul edilmektedir (Haque ve ark. 2018). Louis Pasteur, bulaşıcı hastalıkların oluşmasında mikroorganizmaların sorumlu olduğunu kanıtlamıştır. Joseph Lister antiseptikleri keşfedip, tıp dünyasına aseptik ve antiseptik teknikleri tanıtmıştır. Robert Koch ise, germ teorisini bilimsel bir temele oturtmuş ve günümüzde bulaşıcı hastalığı bulunan kişilerde kullanılan enfeksiyon kontrol yöntemlerinden olan izolasyon ve karantina uygulamalarını ortaya koymuştur (Bayındır 2005).

1940'lı yıllardan sonra antibiyotikler kullanılmaya başlanmıştır. 1958 ve 1959 yıllarında Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) hastanelerde ciddi *stafilokok* enfeksiyonu salgını tespit edilmiştir. Salgında kişisel önlemlerin yetersiz olduğu anlaşılmış ve hastanelerde enfeksiyon kontrol komiteleri (EKK)'nin kurulması için çalışmalar yapılmıştır (Yüksel 2008). 1962 yılında İngiltere'de enfeksiyon kontrol hemşiresi kavramı ilk olarak dile getirilmiştir. ABD'de "her 250 yatağa tam zamanlı bir adet enfeksiyon kontrol hemşiresi görevlendirilmesi" ilkesi uygulamaya geçirilmiştir (<http://www.hider.org> 4 Kasım 2016). 1970'te CDC tarafından 200'den fazla hastanenin morbidite ve mortalite sonuçlarını toplayarak yayınlayan Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Sistemi (*National Nosocomial Infections Surveillance – NNIS*) kurulmuştur. 1976 yılında ise CDC, SBİE'nin kontrolüyle ilgili Nazokomiyal Enfeksiyonların Kontrolünün Etkililiği (*Study on the Efficacy of Nosocomial Infection Control – SENIC*) projesini başlatmıştır. SENIC projesiyle geriye dönük bilgiler toplanmış ve bu veriler doğrultusunda enfeksiyon kontrol programları geliştirilmiştir (Yüksel 2008). 1970-1980 yılları arasında enfeksiyon programları uygulanmış ve 1987 yılında İngiltere'de enfeksiyon kontrol hemşiresinin görevinin yalnızca SBİE'yi önlemek olduğu görüşü kabul görmüştür. SBİE riskini en aza indirmek için, 1987 yılında, 55 ülkeden 66 sivil toplum örgütünün katıldığı Uluslararası Enfeksiyon Kontrolü Federasyonu (*International Federation of Infection Control - IFIC*) kurulmuştur. Türkiye'den de bazı dernekler bu federasyona üye olmuştur. Günümüzde ABD ve İngiltere başta olmak üzere gelişmiş ülkelerdeki bazı önemli örgütler (DSÖ, CDC, IFIC, vb.) SBİE ile mücadele kapsamında birçok standartlar ve kılavuzlar yayımlayarak, dünyadaki SBİE ile mücadele çalışmalarına destek vermektedir (<http://www.hider.org> 4 Kasım 2016).

Türkiye'de 1970 yılından sonra SBİE konusuna ilgi ve bu konuda çıkarılan bilimsel yayınlar artmıştır. 22.05.1974 tarihli Resmî Gazete'de yayımlanan Tababet Uzmanlık Yönetmeliği'nin yürürlüğe girmesiyle Türkiye'de SBİE ile ilgili yasal çalışmalar başlamıştır. Yönetmeliğin 17 ve 18. maddelerinde, "genel tedavi kurumlarında kurum amir yardımcısının başkanlık ettiği bir enfeksiyon komitesi kurulacağı, komitede kimlerin bulunacağı ve hangi alanlarda faaliyet göstereceği" ile ilgili ifadeler içermesine rağmen yönetmelik yeterince uygulanamamıştır. 13.01.1983 tarihli Resmî Gazete'de Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği yayımlanmış olup SBİE'nin kontrolünde önemli yere sahip olan riskli birimler ve izolasyon

önlemleri ile ilgili ayrıntılı kurallar belirtilmiştir. Bu yönetmeliğin 30. maddesi, 05.05.2005 tarihinde değiştirilmiş ve hastanelerde EKK'nin kurulması zorunlu hale getirilmiştir (<http://www.hider.org> 4 Kasım 2016). SBİE'nin kontrolü için ilk kez 1984 yılında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde, daha sonra 1985 yılında İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde EKK kurulmuştur. 1989 yılından itibaren ise diğer büyük hastanelere yayılmıştır (Ertek 2008).

2.3. Sağlık Bakımı İle İlişkili Enfeksiyonlar

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) yaptığı çalışmalar sonucunda SBİE'nin en fazla yoğun bakım ünitelerinde, cerrahi ve ortopedi servislerinde görüldüğü ortaya çıkmıştır (Ducel ve ark. 2002; <https://apps.who.int> 4 Mayıs 2019). SBİE, hastalarda mevcut genel durum bozukluğu, invaziv girişimlerin fazla uygulanması, bağışıklık cevaplarının azalması, yatış sürelerinin uzaması ve antibiyotik tedavisinin sık uygulanması nedeniyle en sık yoğun bakım ünitelerinde görülmektedir (Özçetin ve ark. 2009; Celiloğlu ve ark. 2017; Şahin ve ark. 2019). SBİE'nin çeşitleri yetişkin ve pediatrik yaş grupları arasında farklılık göstermektedir. Yapılan çalışmalarda yetişkinlerde üriner sistem enfeksiyonları daha sık görülürken, pediatrik yaş grubundaki hastalarda ise kan akımı (bakteriyemi) enfeksiyonları daha sık görülmüştür (Özçetin ve ark. 2009). Özçetin ve ark. (2009) tarafından yapılan çalışmada, Ocak-Aralık 2002 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'nde yatırılan 1811 çocuk hastanın izlemi sırasında 96 hastada SBİE görülmüş ve bu hastaların 24'ünün yoğun bakım kliniğinde yattığı saptanmıştır. SBİE içinde en çok görülen enfeksiyonlar bakteriyemi ve üriner sistem enfeksiyonları olurken, görülen diğer enfeksiyonlar sırasıyla akciğer enfeksiyonları, santral sinir sistemi enfeksiyonları ve cerrahi yara yeri enfeksiyonlarıdır. SBİE'nin kliniklere göre dağılımı incelendiğinde yoğun bakım kliniğinde en fazla bakteriyemi görülürken, diğer kliniklerde en fazla üriner sistem enfeksiyonları görülmüştür. Hastaların çoğunda (%59.3) enfeksiyon oluşumunu kolaylaştırıcı bir veya birden çok invaziv girişim uygulanmıştır. Bakteriyemi görülen hastaların %72.9'unda invaziv girişim uygulanmıştır. Bir haftadan az yatan hastalarda enfeksiyon oranı %13.6 iken bir haftadan sonra bu oran %86.4 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada SBİE oranının en yüksek (%24.7) yoğun bakım kliniğinde olduğu saptanmıştır. En sık görülen

SBİE, cerrahi yara enfeksiyonları, idrar yolu enfeksiyonları ve alt solunum yolu enfeksiyonlarıdır (Ducel ve ark. 2002; <https://apps.who.int> 4 Mayıs 2019).

2.3.1. Üriner sistem enfeksiyonları

Bu enfeksiyonlar, üriner kateter uygulanan hastalarda ve üriner sistemle ilgili girişimlerden sonra sıklıkla görülmektedir (Altındış 2010). Üriner sistem enfeksiyonu tüm yaş gruplarını etkiler. Ancak kısa üretra, prostatik salgı yokluğu, gebelik ve idrar yollarının fekal florayla kolayca bulaşması nedeniyle kadınlarda erkeklere oranla daha fazla görülür (Haider ve ark. 2010). Genç sağlıklı kadınların yaklaşık %3-5'inde asemptomatik bakteriüri olduğu düşünülmektedir (Cai ve ark. 2012)

Kateter ilişkili üriner sistem enfeksiyonları: SBİE'nin yaklaşık olarak %40'ını üriner sistem enfeksiyonları oluşturur ve bu enfeksiyonların %70-80'i kalıcı üretral kateter kullanımıyla ilişkilidir (Doshi ve ark. 2009; Lo ve ark. 2014). İdrar kateterleri, 30 günden daha kısa süredir takılıysa kısa süreli, 30 gün veya daha uzun süredir takılıysa kronik veya uzun süreli olarak kabul edilir (Hooton ve ark. 2010; Arda ve ark. 2012). SBİ üriner sistem enfeksiyonuna sebep olan diğer risk faktörleri; uzun süreli sistemik etkili antibiyotik kullanımı, diabetes mellitus, cinsiyetin kadın olmasıdır (Parida ve ark. 2013).

Kanıt dayalı protokollerin geliştirilmesi, hem kalıcı kateterizasyon prevalansını hem de hastane kaynaklı idrar yolu enfeksiyonlarının görülme sıklığını önemli ölçüde azaltabilir (Parida ve ark. 2013; Lo ve ark. 2014). Yoğun bakım ünitelerinde kateterle ilişkili idrar yolu enfeksiyonlarının yaygınlığı, bu ortamlarda kalıcı kateterlerin yaygın şekilde kullanılmasıyla doğrudan ilişkilidir. 5 günden fazla süre boyunca kalıcı idrar kateteri olan hastaların yaklaşık yarısında bakteriüri gelişmesi kaçınılmazdır (Parida ve ark. 2013). Teke ve ark. (2010) tarafından yapılan çalışmada, yoğun bakım ünitesinde foley sonda takılan 21 hastadan tam idrar, idrar kültürü ve sonda ucundan kültür alınmıştır. Hastaların %23'ünde idrar, %19'unda hem idrar hem de sonda ucunda üreme olduğu saptanmıştır. Gümüş kaplı sonda takılı 20 hastanın tam idrar tetkiki takibinde ise enfeksiyon saptanmamıştır. Bu çalışmada, foley sonda yerine gümüş kaplı sonda kullanımının idrar yolu enfeksiyonunu önlemede etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

El hijyeni, gereksiz kateterizasyonun önlenmesi, uygun kateter tipi seçimi, kateter takılırken sıkı aseptik teknik kullanımı, kateterizasyon süresinin kısaltılması, kateterizasyon ihtiyacının düzenli olarak gözden geçirilmesi ve kateterin erken çıkarılmasının amaçlanması gibi önlemlerle kateterle ilişkili üriner sistem enfeksiyonları azaltılabilir (Pickard ve ark. 2012).

2.3.2. Cerrahi alan enfeksiyonları

Cerrahi alan enfeksiyonları yüzeysel insizyonel, derin insizyonel ve organ/boşluk enfeksiyonu olmak üzere üç başlık altında incelenmektedir (Altındış 2010).

Yüzeysel insizyonel cerrahi alan enfeksiyonu: Ameliyattan sonra 30 gün içinde, sadece insizyon uygulanan cilt ve cilt altı dokusundaki enfeksiyonlardır. Primer ve sekonder cerrahi alan enfeksiyonu şeklinde ikiye ayrılmaktadır (<http://www.cdc.gov> 5 Kasım 2016c).

Primer yüzeysel insizyonel cerrahi alan enfeksiyonu: Bir ya da daha çok insizyonla operasyon geçiren bir hastanın primer insizyonunda tespit edilen enfeksiyondur.

Sekonder yüzeysel insizyonel cerrahi alan enfeksiyonu: Birden çok insizyonla operasyon geçiren bir hastanın sekonder insizyonunda tespit edilen enfeksiyondur.

Derin insizyonel cerrahi alan enfeksiyonu: Ameliyatın türüne göre, ameliyattan 30 veya 90 gün sonra ortaya çıkan, insizyonun derin yumuşak dokularını (fasiya ve kas tabakaları gibi) etkileyen enfeksiyonlardır (<http://www.cdc.gov> 5 Kasım 2016c). Derin insizyonel cerrahi alan enfeksiyonu da primer ve sekonder olmak üzere ikiye ayrılmaktadır (Altındış 2010; <https://www.cdc.gov> 30 Mayıs 2019b).

Primer derin insizyonel cerrahi alan enfeksiyonu: Bir veya birden çok insizyon uygulanarak operasyon geçiren bir hastanın primer insizyonunda tespit edilen derin cerrahi alan enfeksiyonudur.

Sekonder derin insizyonel cerrahi alan enfeksiyonu: Birden çok insizyonla operasyon geçiren bir hastanın sekonder insizyonunda tespit edilen derin cerrahi alan enfeksiyonudur (<http://www.cdc.gov> 5 Kasım 2016c).

Organ/boşluk cerrahi alan enfeksiyonları: Ameliyatın türüne göre, ameliyattan 30 veya 90 gün sonra ortaya çıkan, cilt insizyonu, fasiya veya kas tabakaları dışında, ameliyat esnasında açılan veya manipüle edilen, insizyon dışındaki vücudun herhangi bir bölümünü etkileyen enfeksiyonlardır (<https://www.cdc.gov> 30 Mayıs 2019b). Aksu (2008)'nin T.C. Sağlık Bakanlığı Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Genel Cerrahi ve Beyin Cerrahi Kliniklerinde gelişen cerrahi alan enfeksiyonlarının sıklığı, enfeksiyon türleri, etkenleri ve etkenlerin antibiyotik duyarlılıklarını saptamak amacıyla gerçekleştirdiği çalışmada 1000 hastanın %9.5'inde cerrahi alan enfeksiyonu gelişmiştir. 1000 operasyonun %48.6'sı temiz, %27.4'ü temiz kontamine, %14.4'ü kontamine, %9.6'sı kirli enfekte yara olarak tespit edilmiştir. Temiz operasyonların %2.7'sinde, temiz kontamine operasyonların %12.7'sinde, kontamine operasyonların %18'inde, kirli enfekte operasyonların %21.9'unda cerrahi alan enfeksiyonu geliştiği tespit edilmiştir. Gelişen cerrahi alan enfeksiyonlarının %41'i yüzeysel insizyonel, %44.2'si derin insizyonel, %14.7'si organ-boşluk enfeksiyonudur. Sonuç olarak SBİE içinde cerrahi alan enfeksiyonları mortalite ve morbidite açısından önemini korumaktadır.

2.3.3. Ventilatör ilişkili pnömoniler

SBİE'nin yaklaşık %15'ini pnömoniler oluşturmaktadır. Ventilatör tedavisi pnömoni gelişimine sebep olan en önemli faktörlerdendir (Augustyn 2007; Saltoğlu 2008; Zilberberg ve Shorr 2010). Yoğun bakım ünitelerinde yatan hastalarda pnömoni görülme oranı, normal servislerde yatan hastalara göre çok daha yüksektir (Chastre ve Fagon 2002). Endotrakeal tüpler hastada normal koruyucu üst solunum yolu reflekslerini etkiler, etkili öksürmeyi önler ve kontamine faringeal içeriğin aspirasyonunu teşvik eder. Sıkı oturan bir yüz maskesi aracılığıyla invaziv olmayan ventilasyon uygulamasının, endotrakeal tüp ile ventilasyon uygulamasına oranla pnömoni insidansı daha düşük bulunmuştur. Başarısız ekstübasyondan sonra yeniden entübasyon uygulaması da pnömoni riskini arttırmaktadır. Vakaların çoğu kontamine orofaringeal salgıların aspirasyonundan kaynaklanmaktadır (Hunter 2012). Yapılan

bir çalışmada, Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Beyin Cerrahi Kliniği'nde cerrahi girişim geçiren 466 hastanın 57'sinde 78 SBİE atağı saptanmıştır. Çalışmada SBİE hızı %10.3 olarak belirlenmiştir. SBİE atağı gelişen olguların %53.8'i pnömoni, %15.4'ü üriner sistem enfeksiyonu, %12.8'i cerrahi alan enfeksiyonu, %11.5'i merkezi sinir sistemi enfeksiyonu, %6.4'ü kateter enfeksiyonudur. En sık görülen SBİE etkenleri ise *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa* ve Metisilin duyarlı *Staphylococcus aureus* olarak bulunmuştur. Hastanede gelişen pnömonili hastalar diğer SBİE ile karşılaştırıldığında; yoğun bakım ünitesinde yatma, kafa travması olması, cerrahi girişim geçirme, kraniyotomi uygulanması kontrol grubuna kıyasla anlamlı olarak belirlenmiştir. Mekanik ventilasyon hastanede gelişen pnömoni oluşumunda risk faktörü olarak bulunmuştur (Kahraman 2010).

VİP'i önlemenin üç ana yolu; hava ve sindirim yolunun patojenik bakterilerle kolonizasyonunu azaltmak, aspirasyonu önlemek ve mekanik havalandırma süresini sınırlamaktır (Hunter 2012). Noninvaziv ventilasyonla reentübasyon yapılması, nazotrakeal entübasyondan ziyade orotrakeal entübasyon yapılması, sırtüstü vücut pozisyonu yerine yarı-yatma pozisyonu, derin sedasyondan kaçınma ve ventilatör devresinin haftada bir defadan fazla değişmekten kaçınılması gibi uygulamalar ile VİP gelişme riski azaltılabilir (Ewig ve ark. 2002).

2.3.4. Kan dolaşımı enfeksiyonları

Damar içi kateterler; periferik venöz kateter, santral venöz kateter, pulmoner arter kateteri, periferik arter kateteri olmak üzere dört çeşittir. Kateter tiplerine göre enfeksiyon görülme sıklığı farklılık gösterir. Kateterle ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonlarına en sık tünelsiz santral venöz kateterler sebep olmaktadır. Bu kateterlerin uzun süre kullanımı sağlığın bozulmasına ve bakım maliyetlerinin artmasına sebep olmaktadır (Bouza ve ark. 2002; Kahraman 2010; Öcal ve Dolapçı 2012; Khan ve ark. 2017). Kateter ilişkili enfeksiyonlar; sağlık çalışanlarına sürekli olarak hizmet içi eğitim verilmesi, kateter ve kateterin takılacağı bölgenin doğru seçilmesi, takılacak kateterin türünün uygun seçimi gibi stratejilerle önlenabilir (Çetinkaya Şardan ve ark. 2013).

2.4. Standart İzolasyon Önlemleri

Standart izolasyon önlemleri tüm hastalar için uygulanan önlemlerdir. İzolasyon uygulamalarının amacı; patojen mikroorganizma enfeksiyonuna sahip olan hastadan, diğer hastalara, hasta yakınlarına ve sağlık çalışanlarına enfeksiyonun bulaşmasını önlemektir (Siegel ve ark. 2007; Luo ve ark. 2010). CDC tarafından yayınlanan izolasyon rehberine göre, izolasyon önlemleri; standart önlemler ve bulaşma yoluna bağlı önlemler şeklinde temel olarak ikiye ayrılmıştır. Standart önlemler; el hijyeni, eldiven giyme, maske, gözlük, yüz siperliği kullanma, önlük giyme, hasta transportu, hastane temizliği, hasta bakım ekipmanları, alet, cihazlar, çevresel önlemler, hasta yerleşimi gibi konuları içermektedir. Bulaşma yoluna bağlı önlemler ise; temas önlemleri, damlacık önlemleri ve solunum önlemleri olmak üzere üç gruba ayrılmıştır (Siegel ve ark. 2007; <https://www.cdc.gov> 30 Mayıs 2019b). Standart önlemlere bazı yeni öneriler dahil edilmiştir. Standart önlemlerin çoğu, sağlık personelinin korunmasıyla ilgili iken, bu yeni standart önlem unsurları hastaların korunmasına odaklanmaktadır. Bunlar; solunum hijyeni/öksürük görgü kuralları, güvenli enjeksiyon uygulamaları ve kateterlerin yerleştirilmesi işlemleri için enfeksiyon kontrol uygulamalarıdır (<https://www.cdc.gov> 30 Mayıs 2019b).

2.4.1. El hijyeni

El hijyeni, standart önlemlerin önemli bir parçasıdır ve sağlık bakımı ile ilişkili patojenlerin bulaşmasını önlemenin en etkili yöntemlerinden biridir (Bischoff ve ark. 2000; <http://www.emro.who.int> 25 Mayıs 2019; Saint 2017). El hijyeni basit bir uygulama olmasına rağmen yapılan çok sayıda çalışma sağlık çalışanlarının el hijyeni uygulamasına uyumunun düşük olduğunu göstermiştir (<https://www.cdc.gov> 30 Mayıs 2019b). El hijyeni, SBİE'yi önlemenin birincil yöntemi olarak kabul edilmesine rağmen, sağlık çalışanlarının sadece %21'i hastaya dokunmadan önce ellerini yıkamaktadır (Saint 2017). Yeterli el hijyeni olmadığında, eller aracılığıyla mikroorganizmalar, diğer insanlara taşınır (Bischoff ve ark. 2000; <https://www.cdc.gov> 30 Mayıs 2019b). El hijyenine uyum artırılmalıdır. Musu ve ark.'nın (2017) yapmış olduğu çalışmada, doktorların el hijyenine uyum oranının diğer sağlık çalışanlarından daha düşük olduğu, katılımcıların %38.4'ünün hasta ile doğrudan temastan önce, %55.1'inin hasta ile doğrudan temastan sonra el hijyeni uyguladığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu oranların düşük olmasının sebebinin eğitim

eksikliğinden kaynaklandığı öngörülmüştür. Arenas ve ark.'nın (2005) yaptığı çalışmada, sağlık çalışanlarının el hijyenine uyumunun düşük düzeyde olduğu, hastaya temastan önce %13.8'inin, hastaya temastan sonra %35.6'sının ellerini yıkadığı, fakat eldiven kullanma oranlarının (%92.9) yüksek düzeyde olduğu sonucuna ulaşılmıştır. SBİE, hastaların güvenliği için büyük bir tehdit olmasına rağmen uygun şekilde gerçekleştirilen el hijyeni ile bu enfeksiyonlar önlenmektedir (Labrague ve ark. 2018). Huang ve Wu (2008) yaptıkları çalışmada; hemşire yardımcılarının el hijyeni konusundaki bilgi ve uyumunu araştırmış ve el hijyeni ile ilgili eğitim aldıktan sonra katılımcıların el hijyeni konusundaki bilgi ve uyumunun arttığı, eğitim öncesinde uyum %9.34 iken eğitimden üç ay sonrasında uyumun %30.36'ya çıktığı, bunun yanında eğitim öncesi enfeksiyon oranı 1.74 iken eğitim sonrasında bu oran %1.52'ye gerileyerek enfeksiyon oranlarında azalma olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

El hijyeni; su, sabun ile el yıkama, antiseptik solüsyonla elleri ovuşturma ve cerrahi el hijyenini kapsar. Ellerin gözle görünür şekilde kirlenmemesi halinde el hijyeni antiseptik solüsyon ile elleri ovuşturarak veya elleri su ve sabunla yıkayıp tek kullanımlık havlu kağıt ile kurutularak yapılabilir. Eğer eller gözle görülür şekilde kirliyse veya kan veya diğer vücut sıvılarıyla temas etmişse eller su ve sabunla iyice yıkanmalıdır. El hijyeni şu durumlarda uygulanmalıdır (<https://www.cdc.gov> 30 Mayıs 2019b);

- Hasta ile doğrudan temas etmeden önce ve temas ettikten sonra,
- Bir hastadan diğerine geçerken,
- Eldiveni çıkardıktan hemen sonra,
- İnvaziv bir cihazla çalışmadan önce,
- Hastanın bakımı sırasında, kontamine olmuş vücut bölgesinden hastanın temiz vücut bölgesine geçerken,
- Hastanın yakın çevresinde cansız nesnelere temas ettikten sonra,
- Kana, vücut sıvılarına, salgılara, bozulmamış cilt ve kirlenmiş eşyalara dokunduktan sonra, eldiven giyilse bile eller yıkanmalıdır (Bischoff ve ark. 2000; Çetinkaya Şardan ve ark. 2013; <https://www.cdc.gov> 30 Mayıs 2019b).

Bischoff ve ark. (2000), sağlık personellerinin el yıkamaya uyumlarını değerlendirmek amacıyla dahiliye ve kalp damar cerrahisi yoğun bakım ünitelerinde

bir çalışma yapmışlardır. Bu çalışmada, dahiliye yoğun bakım ünitesinde çalışan sağlık personellerinin hastaya temas öncesinde %9 oranında el yıkamaya uyum gösterdikleri, temas sonrasında bu oranın %22'ye yükseldiği; kalp damar cerrahisi yoğun bakım ünitesinde çalışan sağlık personellerinin ise hastaya temas öncesinde %3 oranında, temas sonrasında %13 oranında el yıkamaya uyum gösterdikleri saptanmıştır. Uygulanan eğitim ve izleme programından sonra sağlık çalışanlarının el yıkamaya uyumu, dahiliye yoğun bakım ünitesinde hastaya temas öncesinde %14, temas sonrasında %25, kalp damar cerrahisi yoğun bakım ünitesinde ise hastaya temas öncesinde %6, temas sonrasında %13'e çıktığı saptanmıştır.

2.4.2. Eldiven giyme

Eldiven, sağlık personelini özellikle kan yoluyla bulaşan patojenlerden tek başına yeteri kadar koruyucu bir önlem değildir. Rutin hasta bakımı için lateks, vinil, nitril gibi çeşitli malzemelerden yapılan steril olmayan tek kullanımlık tıbbi eldivenler kullanılmalıdır. Cerrahi dışı kullanım için eldiven çeşidi seçimi, yapılacak uygulamaya, kimyasal bir ajanla temas olup olmayacağına, lateks alerjisi durumuna vb. birçok faktöre göre yapılmalıdır. Eldiven;

- İzole odalara girmeden önce,
- Kan, vücut sıvıları, sekresyonlar, mukoz membran, bütünlüğü bozulmuş cilde dokunurken,
- Enfeksiyon bulaşma riskinin yüksek olduğu durumlarda iki eldiven üst üste (iki kat),
- Açık yaralarda veya vücudun steril bölgelerinden birine bir işlem yapılacaksa steril eldiven,
- Eğer sağlık personelinin elinde çizik, çatlak veya kesik varsa eldiven giyilmesini gerektirmeyen uygulamalarda dahi giyilmelidir.

Kontamine bir materyalle temastan sonra ve hastanın başka bir vücut bölgesine herhangi bir işlemde bulunurken eldivenler değiştirilmelidir. Eldiveni kullandıktan hemen sonra, kirlenmemiş aletlere ve yüzeylere dokunmadan önce ve başka bir hastaya geçerken önce eldivenler çıkarılmalı ve el hijyeni sağlanmalıdır. Eldivenler yıkanmamalı ve tekrar kullanılmamalıdır, tek kullanımlık olduğu unutulmamalıdır (Bischoff ve ark. 2000; Altındış 2010; <https://apps.who.int> 4 Mayıs 2019; <https://www.cdc.gov> 30 Mayıs 2019b).

2.4.3. Maske, gözlük, yüz siperliği takma

Kan, vücut sıvıları, sekresyonların sıçrama olasılığı olduğu durumlarda mutlaka maske, gözlük veya gözleri, burnu ve ağız mukozasını korumak için bir yüz siperliği kullanılmalıdır (Usluer ve ark. 2006). Solunum yoluyla bulaşan bir enfeksiyonu olan hastaya bakım yaparken mutlaka maske kullanılmalıdır (Keskin ve Özyaral 2006; <https://apps.who.int> 4 Mayıs 2019; <https://www.cdc.gov> 30 Mayıs 2019b).

2.4.4. Önlük giyme

Kan, vücut sıvıları, sekresyon vb. sıçrama olasılığı olduğu durumlarda, cildi korumak ve giysilerin kontamine olmasını önlemek için koruyucu önlükler giyilmelidir (Usluer ve ark. 2006). Yapılacak girişime ve sıçrama ihtimali olan sıvı miktarına uygun bir önlük seçimi yapılmalıdır. Kullanılan elbise sıvıya dirençli değilse, potansiyel olarak enfeksiyöz materyalin sıçraması bekleniyorsa, elbisenin üzerine su geçirmez bir önlük giyilmelidir (<https://apps.who.int> 30 Mayıs 2019). Diyareli, kolostomisi, ileostomisi olan ya da açık yara dreni olan hastaların odasına gireceği zaman mutlaka önlük giyilmelidir. Önlükler hasta odasından çıkarken mutlaka çıkartılmalıdır. Önlük çıkartıldıktan sonra eller yıkanmalıdır (Usluer ve ark. 2006; Carrico ve ark. 2013).

2.4.5. Hasta transportu

Enfekte bir hastanın, odasında gerçekleştirilemeyen teşhis ve tedavi işlemleri haricinde odasından çıkması sınırlandırılmalıdır (Usluer ve ark. 2006). Enfekte hastanın transportu sırasında; hastalar odadan çıkmadan önce el hijyeni uygulamalıdır ve uygun bariyer önlemleri kullanmalıdırlar. Hastayla aynı ortamda bulunan sağlık personeli, kişisel koruyucu ekipman giymelidir. Alıcı birimin uygun bir şekilde hazırlanabilmesi ve ulaşımın sağlıklı şekilde sağlanması için öncelikle hastanın izolasyon türü alıcı birime iletilmelidir (Usluer ve ark. 2006; Carrico ve ark. 2013).

2.4.6. Hasta bakım ekipmanları, alet, cihazlar ve çevre

Hasta bakımında kullanılan alet ve cihazların dezenfeksiyonu çapraz bulaşmayı önleme açısından önemlidir. Enfekte hastalara kullanılmış aletlerin, diğer

hastalarla, hasta yakınları veya sağlık personeliyle temasını engellemek için bu aletler kapalı kaplarda muhafaza edilmelidir. Kontamine olmuş ve tekrar kullanılabilen hasta bakım ekipmanları, alet ve cihazlar kullanıldıktan sonra çapraz bulaşmayı önlemek için steril ve/veya dezenfekte edilmelidir (Usluer ve ark. 2006; Carrico ve ark. 2013).

2.4.7. Hasta yerleşimi

Enfekte hastalar, mümkünse yalnızca o hasta tarafından kullanılacak bir banyosu olan özel bir odaya alınmalıdır. Özel bir oda bulunmuyorsa, enfeksiyon kontrol ekibi en iyi hasta yerleştirme seçeneklerini belirlemek için hasta bakım ekibi ile birlikte çalışmalıdır. Örneğin; aynı mikroorganizma ile enfekte olan hastalar aynı odaya yerleştirilir. Ayrıca bazı tesisler, ilave önlemlerin kullanılması gereken alanların belirlenmesi için zemin üzerine yerleştirilen renkli bant gibi görsel işaret kullanabilmektedir (Usluer ve ark. 2006; Carrico ve ark. 2013).

2.4.8. Hastane temizliği

Hastanelerde ve diğer sağlık kuruluşlarında çevre temizliğini kontrol etmek amacıyla rutin olarak çevreden kültür için örnek alınmalıdır. Her hastane bölümü temizlik gerekliliği belirlendikten sonra uygun temizlik sağlanmalıdır (Usluer ve ark. 2006). Çevre kontrolü ve hijyen; hastalar, ziyaretçiler ve sağlık personeli için enfeksiyondan korunmada önemli bir unsurlardır. Çevresel temizlik, hastaların tedavisinde ve bakımında yüksek hijyen standartları, hasta güvenliği ve güvenli bir çalışma ortamı için çok önemlidir (Andersen 2019).

2.5. Enfeksiyonların Bulaşma Yolları ve İzolasyon Önlemleri

Patojenlerin çeşitli sınıfları; bakteri, mantar, parazit, virüs ve pirojen dahil hepsi çeşitli enfeksiyonlara neden olabilirler. Bulaşma şekilleri organizmanın türüne göre değişir ve bazı bulaştırıcı ajanlar birden fazla yolla bulaşabilir (<https://www.cdc.gov> 30 Mayıs 2019b). Bazıları doğrudan ve dolaylı temas yoluyla (*Herpes Simpleks Virüsü*, *Solunum Sinsityal virüsü*, *Stafilokok Aureus* vb.), damlacık yoluyla (*Influenza Virüs*, *B. Pertussis* vb.) ve hava yoluyla (*M. Tuberculosis* vb.), kan yoluyla (*Hepatit B ve C Virüsleri*, *Human Immunodeficiency Virus* vb.) bulaşabilirken sağlık hizmeti ortamlarında perkütan yolla veya mukoza maruziyeti

yoluyla nadiren bulaşabilmektedir. Bulaşmanın 3 temel yolu; temas, damlacık ve hava yoluyla bulaşmadır (Siegel ve ark. 2007). Mikroorganizmaların bazıları birden çok yolla hastalık bulaştırabilmektedir. Bu durumda birden çok izolasyon önlemlerinin bir arada uygulanması gerekebilir (Siegel ve ark. 2007; Özden ve Özveren 2016), Sıkı temas izolasyonu uygulanan hastaya bakım verirken eldiven, maske, önlük gibi bariyerlerin uygulanması sağlanmalıdır (Zencir ve ark. yaptığı çalışmada hemşirelerin %87.1'inin koruyucu önlük giydiklerini belirtmiştir. La-Rotta ve ark.'nın (2013) yaptığı çalışmada katılımcıların eldiven, maske ve gözlük gibi koruyucu ekipmanları kullanma oranları incelenmiş, 0-3 puan aralığında değerlendirme yapılarak; katılımcılar eldiven kullanımı için 2.69, maske kullanımı için 2.27, doğrudan veya sıçramak yoluyla salgılarıyla temas riski bulunan işlemler sırasında gözlük kullanımı için 1.20 puan aldığı, maske ve eldiven kullanımının yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Martel ve ark. (2013) tarafından yapılan çalışmada, katılımcıların %91.9'u maske kullanımının etkili bir önleyici tedbir olduğunu belirttiği ve sağlık çalışanlarının solunum önlemlerine uyumunun %68.0 olduğu sonucuna ulaşmıştır. Luo ve ark.'nın (2010) yaptığı çalışmada ise; hemşirelerin önlük, maske ve gözlük gibi koruyucu ekipmanları kullanmalarıyla ilgili puanlarının 1.63 (min:0, max:4) olduğu, koruyucu ekipmanları kullanma oranının düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Barker ve ark. (2017) yaptığı çalışmada; sağlık çalışanlarının, izolasyon uygulanan hastaya bakım verirken maske kullanımının önemini bildiği fakat her zaman maske takmadıkları sonucuna ulaşmıştır). İzolasyon önlemlerinin, hastaların sağlığının yanı sıra, sağlık çalışanlarının kendi sağlıklarını korumaları için de uygulanması gerektiği, SBİE'nin birçoğunun sağlık çalışanlarında da ciddi, hatta ölümcül enfeksiyonlara neden olabileceği, sağlık profesyonellerinin bu konuda farkındalıklarının artırılması, çalışan-hasta güvenliği tedbirlerinin sağlık çalışanlarına benimsetilmesi önerilmiştir (Fashafsheh ve ark. 2015).

2.5.1. Temas yoluyla bulaşma ve izolasyon önlemleri

En yaygın bulaşma şeklidir. Doğrudan temas ve dolaylı temas olarak ikiye ayrılır (Siegel ve ark. 2007).

Doğrudan temas yoluyla bulaşma: Mikroorganizmaların, kontamine olmuş aracı bir nesne ya da kişi olmadan bir kişiden başka bir kişiye bulaşma şeklidir.

Örneğin; kan ve diğer kan içeren vücut sıvılarına doğrudan temas etme durumunda derideki kesilme, sıyrık ile sağlık personelinin vücuduna mikroorganizmalar girebilir (Siegel ve ark. 2007; Kowalski 2012; <https://www.cdc.gov> 30 Mayıs 2019b).

Dolaylı temas yoluyla bulaşma: Mikroorganizmaların, kontamine olmuş aracı bir nesne ya da kişi ile bulaşma şeklidir. Yapılan çalışmalar sağlık personelinin kontamine olmuş ellerinin dolaylı temas yoluyla bulaşmaya önemli derecede katkı sağladığını göstermektedir (Siegel ve ark. 2007; Kowalski 2012; <https://www.cdc.gov> 30 Mayıs 2019b). Sağlık personeli, enfekte olmuş bir nesneye veya bir hastanın enfekte vücut bölgesine dokunduktan sonra başka bir hastaya dokunmadan önce el hijyeni uygulamazsa patojen mikroorganizmaları diğer hastaya bu şekilde bulaştırabilir. Hasta bakımında kullanılan cihazları (elektronik termometreler, glikoz izleme cihazları vb.), kan veya vücut sıvılarıyla kirlenmiş cihazlar temizlenmeden ve dezenfekte edilmeden başka hastalarda kullanılırsa patojen mikroorganizmalar diğer hastalara bulaşır (Siegel ve ark. 2007). Kişisel koruyucu ekipman olarak kullanılan giysiler, üniformalar, laboratuvar önlükleri veya izolasyon önlükleri enfekte bir hastanın bakımından sonra olası patojenlerle kontamine olabilir (Siegel ve ark. 2007; Vonberg ve ark. 2008). Temas yoluyla bulaşmayı önlemede standart önlemlerle birlikte temas izolasyonu uygulanmalıdır. Temas izolasyonunda (Yılmaz 2008; Kowalski 2012; <http://www.sakaryaeah.saglik.gov> 4 Kasım 2016);

- Hasta tek kişilik odaya alınmalı, bu mümkün değilse aynı mikroorganizma ile enfekte olan hastalar aynı odaya yerleştirilmeli,
- Hasta odasına girerken ve hastayla veya hasta odasındaki yüzeylerle temas etmeden önce, steril olmayan eldiven giyilmeli,
- Hastaya uygulanan girişimler esnasında kontaminasyonun çok olduğu durumlarda eldivenler değiştirilmeli,
- Hasta odasından çıkmadan önce eldivenler çıkarılıp tıbbi atık kutusuna atılmalı ve el hijyeni uygulanmalı,
- Hasta bakımı sırasında temasın fazla olabileceği durumlarda önlük giyilmeli ve hasta odasından çıkmadan önce önlük çıkarılmalı,
- Tıbbi araç gereçler başka hastalarla ortak kullanılmamalı, ortak kullanılmak zorunda kalınırsa mutlaka dezenfekte edildikten sonra kullanılmalı,

- Hasta odasının kapısına temas izolasyonunu belirten kırmızı yıldız simgesi asılmalıdır.

2.5.2. Damlacık yoluyla bulaşma ve izolasyon önlemleri

Damlacık yoluyla iletilen bazı bulaşıcı ajanlar doğrudan ve dolaylı temas yollarıyla da iletilebilir. Bunun yanı sıra, enfeksiyöz patojenleri taşıyan solunum damlacıkları, enfekte bireyin solunum yolundan sağlam bireyin duyarlı mukoza yüzeylerine doğrudan gittiği durumda enfeksiyon yayar. Enfekte bireyle arada kısa mesafe varsa yüzü koruyucu bir bariyerle korumak gerekir. Solunum damlacıkları, enfekte bir kişi öksürürken, hapşırırken veya konuşurken, endotrakeal entübasyon, göğüs fizyoterapisi ve kardiyopulmoner resüsitasyon gibi işlemler sırasında ortama saçılır (Siegel ve ark. 2007; Kowalski 2012).

Damlacık izolasyonu uygulanması gereken durumlar şunlardır: İnvaziv Haemophilus influenzae tip B enfeksiyonları (menenjit, sepsis, epiglottit, pnömoni), invaziv neisseria meningitidis enfeksiyonları (menenjit, pnömoni, sepsis), difteri, boğmaca, pnömonik veba, mycoplasma pneumonia, kabakulak, kızamıkçık, influenza, adenovirüs, parvovirüs B1 (Yılmaz 2008; Kowalski 2012; <http://www.sakaryaeah.saglik.gov> 4 Kasım 2016).

Damlacık izolasyonu, 5 mikrometreden büyük partiküllerin ortaya çıkardığı enfeksiyonları önlemek için kullanılır. Bu partiküller havada asılı kalmaz, bir metreden uzağa gidemezler (Saba 2002; Kowalski 2012). Bu yüzden ortam havalandırması damlacık yoluyla bulaşmayı önlemede etkili değildir. Enfekte olduğundan şüphelenilen veya enfekte olmuş kişilere, standart önlemlerle birlikte damlacık izolasyonu uygulanmalıdır. Damlacık yoluyla izolasyonda (Kowalski 2012; <http://www.sakaryaeah.saglik.gov> 4 Kasım 2016);

- Hasta tek kişilik odaya alınmalı, bu mümkün değilse aynı mikroorganizma ile enfekte olan hastalar aynı odaya yerleştirilmeli, her iki durum da sağlanamıyorsa enfekte hasta ile diğer hasta ve ziyaretçiler arasında en az 1 metre mesafe olacak şekilde odaya yerleştirme yapılmalı,
- Hastaya, 1 metre veya daha kısa mesafe yaklaşan kişiler maske takmalı,
- Hasta transportu durumunda hastanın maske takması sağlanmalı,

- Hasta odasının kapısına damlacık izolasyonunu belirten mavi çiçek simgesi asılmalı,
- Hasta odasının kapıları açık bırakılabilir ve özel havalandırma yapılması gerekmez.

2.5.3. Hava yoluyla bulaşma ve izolasyon önlemleri

Mikroorganizma bulunduran 5 mikrometre veya daha küçük partiküllerin solunması ile ortaya çıkan bulaşma şeklidir (Noakes ve ark. 2006; Eames ve ark. 2009; <https://www.cdc.gov> 30 Mayıs 2019b). Hava yoluyla bulaşan enfeksiyonların, tüm SBİE'nin %10-20'sini oluşturduğu tahmin edilmektedir. Kızamık, grip gibi viral enfeksiyonlar, tüberküloz gibi bakteriyel enfeksiyonlar hava yoluyla bulaşan enfeksiyonların en bilinen örnekleridir (Noakes ve ark. 2006). SARS, viral hemorajik ateşler (ebola, lassa, marburg, kırım-kongo kanamalı ateşi), kızamık, suçiçeği, yaygın zona enfeksiyonu görüldüğünde solunum izolasyonu uygulanması gerekir (Yılmaz 2008; Kowalski 2012; <http://www.sakaryaeah.saglik.gov> 4 Kasım 2016; <http://ueh.gov> 4 Kasım 2016).

Solunum izolasyonu 5 mikrometreden küçük partiküllerin ortaya çıkardığı enfeksiyonları önlemek için kullanılır. 5 mikrometreden küçük partiküller havada asılı kalabilmekte ve toz partiküllerine yapışıp etrafa yayılabilmektedir. Bu yüzden ortamın havalandırılması ve havalandırma sisteminin olması gerekir (Saba 2002). Solunum yoluyla bulaşan mikroorganizmalarla enfekte olduğundan şüphe duyulan veya enfekte olmuş kişilere, standart önlemlerle birlikte solunum izolasyonu uygulanmalıdır. Solunum izolasyonunda (Yılmaz 2008; Kowalski 2012; <http://ueh.gov> 4 Kasım 2016; <http://www.sakaryaeah.saglik.gov> 4 Kasım 2016; <https://www.cdc.gov> 30 Mayıs 2019b);

- Hasta tek kişilik odaya alınmalı, tek kişilik oda yoksa aynı mikroorganizma ile enfekte olan hastalar aynı odaya yerleştirilmeli,
- Bu odalarda negatif basınç olmalı, saatte 6 ile 12 defa hava değişimi sağlanmalı,
- Hasta odasının kapısı hasta içerideyken açık bırakılmamalı,
- Odaya girecek kişiler mutlaka maske takmalı,
- Hasta odasında eldiven ve tıbbi atık kutusu olmalı,

- Zorunda kalmadıkça hasta odadan çıkmamalı ve hastanın transportu sırasında hasta ve etrafındaki kişiler N95 veya FFP3 maskesi takmalı,
- Hasta odasının kapısına solunum izolasyonunu belirten sarı yaprak simgesi asılmalıdır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Gerçekleştirildiği Yer ve Özellikleri

Araştırma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılmıştır. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sağlık Bakanlığı'na ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi'ne bağlı olan bir kamu hastanesidir. 1881 yılında Gureba Hastanesi adıyla hizmet vermeye başlayan hastanenin, günümüzde 9 bloktan oluşan merkez kampüsü dışında 5 adet semt polikliniği ve 5 adet idari ek binası mevcuttur. 1924 yılından itibaren Numune adıyla hizmet vermeye başlayan Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde, 710'u hemşire, 510'u asistan doktor, 287'si uzman doktor olmak üzere diğer çalışanlarla birlikte toplam 3437 personel çalışmaktadır. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 81'i yoğun bakım olmak üzere 982 fiili yatak bulunmaktadır. Ayrıca 34 farklı branşta tıpta uzmanlık eğitimi ve 42 branşta da sağlık hizmeti verilmektedir. Hastanede her gün yaklaşık olarak 7500 hastaya poliklinik hizmeti, acil serviste ise her gün yaklaşık olarak 600 hastaya acil sağlık hizmeti verilmekte ve günde ortalama 300 ameliyat yapılmaktadır.

Hemşirelere, kurumda işe başladıkları ilk haftalarda oryantasyon eğitimi kapsamında hastanenin vizyon ve misyonu, kliniklerin hangi bloklarda yer aldığı, çalışma saatleri, idari kadronun tanıtımı, hastanenin tarihçesi gibi konularda eğitim verilmektedir. Hemşireler yılda bir kez hizmet içi eğitim kapsamında; kişilerarası iletişim ve gelişim, hasta hakları ve sorumlulukları, hasta güvenliği, iş sağlığı ve çalışan güvenliği, çalışan hakları, enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi, temizlik, kardiyo pulmoner resüsitasyon konularını içeren verimlilik karnesi eğitimi almaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın yürütüldüğü tarihlerde Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 710 hemşirenin görev yaptığı bilgisi alınmıştır. Ancak araştırmanın izolasyon önlemlerinin uygulandığı kliniklerde gerçekleştirilmesi hedeflendiğinden

standart önlemleri uygulamayan poliklinikler ile cerrahi asepsi ilkelerinin uygulandığı ameliyathanelerde çalışan hemşireler (205 kliniklerde çalışmayan hemşire) dışında kalan 505 hemşire evreni oluşturmuştur.

Evreni bilinen örneklem formülü kullanılarak araştırmaya minimum alınması gereken örneklem sayısı belirlenmiş ve evrenin bilindiği formüle göre;

$$n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1) + t^2pq}$$

N: Popülasyondaki birim sayısı (N=710)

n: Örneklem alınacak birey sayısı (hesaplama sonucu 249.5 bulunmuştur)

p: İncelenecek olayın görüş sıklığı (p=0.50 alınmıştır)

q: İncelenecek olayın görülme sıklığı (q=0.50 alınmıştır)

hesaplanan 250 hemşire örneklemini oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemini belirlemede, alt grupların evrendeki oranları ölçüsünde örnekleme temsil edilmelerini sağlayan tabakalanmış örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Tabakalama sonucunda dahili kliniklerinde çalışan 191 hemşirenin 95'i, cerrahi kliniklerinde çalışan 157 hemşireden 78'i, yoğun bakım ünitelerinde çalışan 121 hemşireden 60'ı, acil kliniklerinde çalışan 36 hemşireden 17'si örnekleme dahil edilmiştir. Örneklem alınan hemşirelerin rastgeleliğini sağlamak için evreni oluşturan hemşireler numaralandırılmış ve rastgele sayılar tablosundan her birime belirlenen sayıda kişiye ulaşana kadar asil ve yedek katılımcılar belirlenmiştir.

3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan,
- Oryantasyon eğitimini tamamlayan,
- İzolasyon önlemlerine ilişkin eğitim alan,
- Araştırmaya katılmayı kabul eden hemşireler araştırmaya dahil edilmiştir.

3.5. Veri Toplama Tekniği

Hazırlanan anket formu, hemşirelerin mesai başlangıcında dağıtılmış, isim yazmak zorunda olmadıkları belirtilerek doldurmaları istenmiş, doldurulan anketler mesai bitiminde toplanmıştır.

3.6. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulan veri toplama formu iki bölümden oluşmaktadır (Aytaç ve ark. 2008; Yüceer ve Bulut 2010; Mankan ve Kaşıkçı 2015). I. bölümde; 9 sorudan oluşan hemşirelerin tanımlayıcı özellikleri, II. bölümde ise; hemşirelerin aldıkları hizmet içi eğitime ilişkin özellikler, izolasyon önlemleri ile ilgili almış oldukları hizmet içi eğitimin yeterliliği, izolasyon önlemlerine ilişkin eğitimi hangi şekilde aldıkları, kendi izolasyon önlemlerine uyumlarını nasıl değerlendirdikleri, izolasyon önlemlerine uyumlarını engelleyen kişisel ya da klinik ortama ilişkin faktörler, izolasyon önlemlerine uyumun artırılması ile ilgili görüşlerini içeren 10 soru, “İzolasyon Önlemlerine Uyum Ölçeği” (İÖÜÖ) (Tayran ve Ulupınar 2011) ve “Hizmet İçi Eğitim Değerlendirme Ölçeği” (HİEDÖ) yer almıştır (Çalışkan 2015) (EK-A).

İzolasyon Önlemlerine Uyum Ölçeği; Tayran ve Ulupınar (2011) tarafından geliştirilen, hemşire ve hekimlerin izolasyon önlemlerine uyumunu ölçmek amacıyla olumlu ve olumsuz olmak üzere toplam 18 maddeden oluşup 5’li likert tiptedir. Ölçek değerlendirilirken 1 puan; kesinlikle katılmıyorum, 2 puan; katılmıyorum, 3 puan; fikrim yok, 4 puan; katılıyorum, 5 puan; kesinlikle katılıyorum şeklinde sıralanmıştır. Ölçekteki 5, 7, 12 ve 17. maddeler olumsuz ifadelerdir ve 1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1 olacak şekilde puanlanmaktadır. Ölçekten minimum 18, maksimum ise 90 puan alabilmektedir. Puanın yüksek olması hemşirelerin izolasyon önlemlerine uyumunun arttığını ifade etmektedir. Ölçek; bulaşma yolu, çalışan-hasta güvenliği, çevre kontrolü ve el hijyeni-eldiven kullanımı olmak üzere 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin Cronbach alpha güvenirlik katsayısı 0.85 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada Cronbach alpha güvenirlik katsayısı ise 0.87 olarak bulunmuştur. Ölçeğin kesme puanı yoktur.

Tablo 3.6.1. İzolasyon önlemlerine uyum ölçeği ve alt boyutları

Ölçek ve alt boyutları	Madde sayısı	Madde numaraları	Olumsuz maddeler	Min-Max
İÖÜÖ	18	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18	5,7,12,17	18-90
Bulaşma yolu	5	3,8,9,10,11	-	5-25
Çalışan-hasta güvenliği	6	2,14,16	5,12,17	6-30
Çevre kontrolü	4	1,13,15,18	-	4-20
El hijyeni-eldiven kullanımı	3	4,6	7	3-15

Hizmet İçi Eğitim Değerlendirme Ölçeği; Çalışkan (2015) tarafından hazırlanmış olup, çalışanların kurumda uygulanan hizmet içi eğitim sürecine ilişkin görüşlerini belirlemeye yönelik 11 madde ve hizmet içi eğitim ile kazanılan bilginin eyleme dönüşme etkinliğine yönelik 7 madde olmak üzere toplam 18 madde içermektedir. Sorular 5’li likert tipinde olup, ifadeler "kesinlikle katılıyorum" (5 puan), "katılıyorum" (4 puan), "kısmen katılıyorum" (3 puan), "katılmıyorum" (2 puan) ve "kesinlikle katılmıyorum" (1 puan) olarak düzenlenmiştir. İfadelerin tamamı pozitif olarak hazırlanmıştır. Ölçeğin iç tutarlılığını ve araştırılan konuyu ne derecede yansıttığını belirlemek amacıyla uygulanan güvenirlik analizi sonucunda Cronbach alpha güvenirlik katsayısı 0.96 bulunmuştur. Elde edilen iki faktörden hizmet içi eğitim sürecine ilişkin faktörün Cronbach alpha güvenirlik katsayısı 0.94, hizmet içi eğitim ile kazanılan bilginin eyleme dönüşme etkinliğine ilişkin faktörün Cronbach alpha güvenirlik katsayısı 0.95 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ise Cronbach alpha güvenirlik katsayısı 0.93 olarak bulunmuştur. Ölçeğin kesme puanı yoktur.

Tablo 3.6.2. Hizmet içi eğitim değerlendirme ölçeği ve alt boyutları

Ölçek ve alt boyutları	Madde sayısı	Madde numaraları	Olumsuz maddeler	Min-Max
HİEDÖ	18	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18	-	18-90
Hizmet içi eğitim uygulama süreci	11	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11	-	11-55
Hizmet içi eğitim ile kazanılan bilginin eyleme dönüşme etkinliği	7	12,13,14,15,16,17,18	-	7-35

3.7. Verilerin Toplanması

3.7.1. Araştırmanın Ön Uygulaması

Soruların yeterliliği ve anlaşılabilirliğini test etmek amacıyla çalışmanın yapıldığı tarihlerde Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde aktif olarak çalışan 10 hemşire ile araştırmanın ön uygulaması gerçekleştirilmiştir. Ön uygulama sonrasında birbirinin tekrarı niteliğinde olan sorular anket formundan çıkartılmış ve anket formuna son şekli verilmiştir. Ön uygulamaya alınan hemşireler araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.7.2. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmanın verileri, Ocak-Nisan 2018 tarihleri arasında klinik uygulamaları sırasında çalışmaya katılmaya gönüllü hemşirelerden hazırlanan anket formu ve ölçekler kullanılarak toplanmıştır. Uygulama, araştırmaya katılan hemşirelerin mesai saatleri içerisinde 08:00-16:00 veya 16:00-08:00 saatleri arasında gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların formu doldurmaları ortalama 10 dakika sürmüştür. Hemşirelere, hazırlanan anket formu bir zarf içerisinde verilmiş, isimlerinin gizli kalacağı ve yanıtlarının sadece araştırma amaçlı kullanılacağı açıklanarak doldurmaları istenmiş, yanıtlanan formlar kapalı zarf içerisinde teslim alınmıştır. Katılımcıların tamamı anket sorularının tümünü eksiksiz cevaplamıştır.

3.8. Araştırmanın Değişkenleri

3.8.1. Bağımsız değişkenler

Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslekte çalışılan süre, bulunduğu klinikte çalışılan süre ve çalışma şeklini içeren tanıtıcı özellikler, hemşirelerin hizmet içi eğitime ilişkin değerlendirmeleri ve HİEDÖ puanlarından oluşmuştur.

3.8.2. Bağımlı değişkenler

İÖÜÖ puanlarından oluşmuştur.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Tanımlayıcı veriler sayı, yüzdelikler, ortalama ile, ölçeğin normal dağılım gösterip göstermediği ise Shapiro-Wilk ve Kolmogorov Smirnov testi kullanılarak değerlendirilmiştir. α anlamlılık değeri 0.05 alınmış, $\alpha=0.05$ 'ten küçük çıktığından verilerin normal dağılım göstermediği tespit edilmiştir. Bundan dolayı nonparametrik testler kullanılmıştır. Bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki fark Kruskal Wallis testi, Post-Hoc testi, Bonferroni testi, korelasyon ve Mann-Whitney U testleri ile değerlendirilmiştir. Bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesi için Spearman 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). Güvenirlik analizinde Cronbach alpha testi kullanılmıştır.

3.10. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmada kullanılan İÖÜÖ'nün geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapan Tayran ve Ulupınar'dan, HİEDÖ'nün geçerlik ve güvenirliğini yapan Çalışkan'dan ölçeğin kullanımına ilişkin gerekli yazılı izin alınmıştır (EK-C). Araştırmanın yapılabilmesi için araştırmanın yapıldığı kurumdan 12.12.2017 tarih ve E-8046 sayılı yazılı izin alınmıştır (EK-E). Araştırmaya katılan hemşirelerin gönüllülüğü esas alınmış araştırma konusu ile ilgili açıklama yapılarak bilgilendirilmiş onamları alınmıştır (EK-B). Çalışma için, 2017/1093 karar sayılı Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi İlaç Ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul oluru alınmıştır (EK-D).

4. BULGULAR

Bu bölümde;

4.1. Hemşirelerin özelliklerine ilişkin bulgular,

4.2. Hemşirelerin izolasyon önlemlerine uyum ölçeği ve hizmet içi eğitim değerlendirme ölçeği puanlarına ilişkin bulgular,

4.3. Hemşirelerin hizmet içi eğitimi değerlendirmelerinin izolasyon önlemlerine uyum puanlarına etkisine ilişkin bulgular,

4.4. Hemşirelerin özelliklerinin izolasyon önlemlerine uyumlarına etkisine ilişkin bulgular,

4.5. Hemşirelerin izolasyon önlemlerine uyumun artırılması konusundaki görüşlerine ilişkin bulgular,

4.6. Hemşirelerin izolasyon önlemleri hakkında aldıkları hizmet içi eğitimin niteliğine ilişkin bulgular,

4.7. Hemşirelerin özelliklerine göre hizmet içi eğitim değerlendirme ölçeği puanlarına ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

4.1. Hemşirelerin Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.1.1.Hemşirelerin özellikleri (n=250)

Özellikler	Değişken	n(%)
Yaş (\bar{x} =33.16±7.57; M=32; min=20-max=55)	18-30	112 (44.8)
	31-43	115 (46.0)
	44-56	23(9.2)
Cinsiyet	Kadın	207 (82.8)
	Erkek	43 (17.2)
Medeni durum	Evli	159 (63.6)
	Bekar	91 (36.4)
Eğitim durumu	Sağlık meslek lisesi (sml)	26 (10.4)
	Ön lisans	59 (23.6)
	Lisans	148 (59.2)
	Lisans üstü	17 (6.8)
Mesleki deneyim (\bar{x} =11.69±7.93; min=1-max=37)	1-11 yıl	151 (60.4)
	12-37 yıl	99 (39.6)
Klinikte deneyim (\bar{x} =4.18±4.42; min=1-max=32)	1-4 yıl	158 (63.2)
	5-32 yıl	92 (36.8)
Çalışılan klinik	Dahili klinikler	95 (38.0)
	Cerrahi klinikler	78 (31.2)
	Yoğun bakım üniteleri	60 (24.0)
	Acil kliniği	17 (6.8)
İzolasyon önlemleri konusunda alınan hizmet içi eğitimi değerlendirmeleri	Kötü	7(2.8)
	Orta	176(70.4)
	İyi	67(26.8)
İzolasyon önlemlerine uyumu değerlendirmeleri	Kötü	9(3.6)
	Orta	108(43.2)
	İyi	133(53.2)
İzolasyon önlemlerine uyumu engelleyen faktörlerin varlığı	Evet	139(55.6)
	Hayır	111(44.4)

Tablo 4.1.1’de araştırmamıza katılan hemşirelerin özelliklerine yönelik bulgular yer almaktadır. Hemşireler 18-56 yaş aralığında olup yaş ortalamaları 33.16±7.57’dir. Hemşirelerin %82.8’inin kadın, %63.6’sının evli, %59.2’sinin lisans mezunu olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin %60.4’ünün 1-11 yıl arasında hemşirelik deneyimine sahip olduğu, %63.2’sinin 1-4 yıldır aynı klinikte çalıştıkları, mesleki deneyim ortalamalarının 11.69±7.93 yıl, klinik deneyim ortalamalarının 4.18±4.42 yıl olduğu saptanmıştır. Çalışmaya katılan hemşirelerin %38.0’i dahili kliniklerde, %31.2’si cerrahi kliniklerde, %24.0’ü yoğun bakım ünitelerinde ve %6.8’i acil kliniğinde çalışmaktadır. Hemşirelerin %70.4’ü izolasyon önlemlerine ilişkin aldıkları eğitimi “orta”, %53.2’si izolasyon önlemlerine kendi uyumlarını “iyi” olarak değerlendirmiştir. Hemşirelerin %55.6’sı izolasyon önlemlerine uymalarını engelleyen faktörlerin olduğunu düşünmektedir.

4.2. Hemşirelerin İzolasyon Önlemlerine Uyum Ölçeği ve Hizmet İçi Eğitim Değerlendirme Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulgular

Tablo 4.2.1. Hemşirelerin izolasyon önlemlerine uyum ölçeği puanları (n=250)

İÖÜÖ ve alt boyutları	M**	$\bar{x}\pm SS$	Min-Max	Tayran ve Ulupınar
				Min-Max
İÖÜÖ	79	77.92±7.70	53-90	18-90
Bulaşma yolu	22	22.06±2.48	10-25	5-25
Çalışan-hasta güvenliği	27	26.04±2.98	15-30	6-30
Çevre kontrolü	17	17.05±2.08	11-20	4-20
El hijyeni-eldiven kullanımı	13	12.76±2.17	3-15	3-15

**M= Medyan değerini ifade etmektedir, ölçek normal dağılım göstermediği için mean ve medyan değerleri birlikte gösterilmiştir.

Tablo 4.2.1’de hemşirelerin İÖÜÖ ve alt boyutlarına ilişkin puan ortalamaları ve dağılımı yer almaktadır. Araştırmaya katılan hemşirelerin İÖÜÖ puan ortalaması 77.92±7.70 olup minimum 53- maksimum 90 puan arasında dağılmıştır. Ölçeğin alt boyut puan ortalamaları ise bulaşma yolu 22.06±2.48, çalışan-hasta güvenliği 26.04±2.98, çevre kontrolü 17.05±2.08, el hijyeni-eldiven kullanımı 12.76±2.17’dir.

Tablo 4.2.2. Hemşirelerin hizmet içi eğitim değerlendirme ölçeği puanları (n=250)

HİEDÖ ve alt boyutları	M**	$\bar{x}\pm SS$	Min-Max	Çalışkan
				Min-Max
HİEDÖ*	65	65.65±10.42	36-90	18-90
Hizmet içi eğitim uygulama süreci	40	39.21±7.42	12-55	11-55
Hizmet içi eğitim ile kazanılan bilginin eyleme dönüşme etkinliği	28	26.44±4.87	8-35	7-35

*HİEDÖ’ye verilen yanıtların ham puan ortalaması 3.65±0.58’dir.

**M= Medyan değerini ifade etmektedir, ölçek normal dağılım göstermediği için mean ve medyan değerleri birlikte gösterilmiştir.

Tablo 4.2.2’de hemşirelerin HİEDÖ ve alt boyut puan ortalamaları ve puan dağılımları yer almaktadır. Araştırmaya katılan hemşirelerin HİEDÖ puan ortalaması 65.65±10.42 olup minimum 36, maksimum 90 puan arasında dağılmıştır. Ölçeğin alt boyut puan ortalamaları hizmet içi eğitim uygulama süreci alt boyutunda 39.21±7.42, hizmet içi eğitim ile kazanılan bilginin eyleme dönüşme etkinliğinde 26.44±4.87’dir.

4.3. Hemşirelerin Hizmet İçi Eğitimi Değerlendirmelerinin İzolasyon Önlemlerine Uyum Puanlarına Etkisine İlişkin Bulgular

Tablo 4.3.1. Hemşirelerin hizmet içi eğitimi değerlendirmeleri ile izolasyon önlemlerine uyum puanları arasındaki ilişki (n=250)

HİEDÖ ve alt boyutları		İÖÜÖ	İÖÜÖ ve alt boyutları			El hijyeni-eldiven kullanımı
			Bulaşma yolu	Çalışan-hasta güvenliği	Çevre kontrolü	
HİEDÖ	r*	0.084	0.124	0.051	0.164	-0.030
	P	0.183	0.051	0.425	0.009	0.636
Hizmet içi eğitim uygulama süreci	r*	0.102	0.132	0.052	0.195	-0.048
	P	0.106	0.037	0.411	0.002	0.447
Hizmet içi eğitim ile kazanılan bilginin eyleme dönüşme etkinliği	r*	0.156	0.164	0.109	0.178	0.112
	P	0.013	0.009	0.085	0.005	0.078

*Spearman korelasyon testi kullanılmıştır.

Tablo 4.3.1’de hemşirelerin HİEDÖ ve İÖÜÖ toplam puanları ve alt boyut puanları arasındaki ilişkinin Spearman korelasyon analizi ile incelenmesine yönelik bulgulara yer verilmiştir. Buna göre; hemşirelerin HİEDÖ puanları ile İÖÜÖ puanları arasında (r:0.084) “önemsenmeyecek düzeyde” istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir ilişki (p>0.05), “Hizmet içi eğitim ile kazanılan bilginin eyleme dönüşme etkinliği” alt boyutu ile İÖÜÖ puanları arasında (r:0.156) “önemsenmeyecek düzeyde” ancak ölçek toplam puanının tersine istatistiksel olarak anlamlı ilişki (p<0.05) saptanmıştır. HİEDÖ ve alt boyutları ile İÖÜÖ alt boyutlarının tamamında ilişkinin (0.00<r<0.19) “önemsenmeyecek düzeyde” olduğu dikkati çekerken, İÖÜÖ’nün “bulaşma yolu” alt boyutu ile HİEDÖ alt boyutları arasında, İÖÜÖ’nün “çevre kontrolü” alt boyutu ile hem HİEDÖ toplam puanı hem de alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmüştür (p<0.05). İÖÜÖ’nün “çalışan - hasta güvenliği” ve “el hijyeni - eldiven kullanımı” alt boyutlarında hiçbir anlamlı ilişki bulunamamıştır (p>0.05).

4.4. Hemşirelerin Özelliklerinin İzolasyon Önlemlerine Uyumlarına Etkisine İlişkin Bulgular

Tablo 4.4.1. Hemşirelerin özelliklerine göre izolasyon önlemlerine uyumları (n=250)

Özellikler	n(%)	İÖÜÖ ve alt boyutları				
		İÖÜÖ	Bulaşma yolu	Çalışan-hasta güvenliği	Çevre kontrolü	El hijyeni-eldiven kullanımı
		Q2(Q1-Q3)	Q2(Q1-Q3)	Q2(Q1-Q3)	Q2(Q1-Q3)	Q2(Q1-Q3)
Yaş						
18-30	112(44.8)	80(75-85)	23(20-24)	27(25-29)	17(16-19)	14(12-15)
31-43	115(46.0)	77(72-83)	22(20-24)	26(24-28)	17(16-19)	13(11-14)
44-56	23(9.2)	78(71-85)	23(20-24)	27(24-29)	17(16-19)	13(11-15)
X^{2*};		25.065;	0.483;	9.834;	2.143;	2.671;
p		0.079	0.785	0.007	0.342	0.263
Cinsiyet						
Kadın	207(82.8)	79(73-85)	22(20-24)	27(25-29)	17(16-19)	13(12-15)
Erkek	43(17.2)	77(70-84)	22(20-24)	25(21-28)	17(15-19)	12(11-15)
Z**;		-1.658;	-0.234;	-2.745;	-0.897;	-1.320;
p		0.097	0.815	0.006	0.370	0.187
Medeni durum						
Evli	159(63.6)	78(72-85)	23(20-24)	27(24-28)	17(16-19)	13(12-14)
Bekar	91(36.4)	79(74-84)	22(20-24)	27(25-29)	17(16-19)	13(11-15)
Z**;		-0.477;	-0.316;	-1.032;	-0.291;	-0.115;
p		0.633	0.752	0.302	0.771	0.909
Eğitim durumu						
SML	26(10.4)	78(72-82)	22(20-24)	26(23-28)	17(15-19)	13(12-15)
Ön lisans	59(23.6)	79(72-82)	22(20-24)	27(25-29)	17(16-19)	13(12-14)
Lisans	148(59.2)	79(73-85)	23(20-24)	27(24-28)	17(16-19)	13(12-15)
Lisans üstü	17 (6.8)	77(72-80)	21(20-24)	26(25-28)	16(15-18)	12(10-13)
X^{2*};		2.588;	0.238;	4.160;	1.936;	6.662;
p		0.460	0.971	0.245	0.586	0.850
Mesleki deneyim						
1-11 yıl	151(60.4)	79(73-84)	22(20-24)	27(24-28)	17(16-19)	13(11-15)
12-37 yıl	99(39.6)	78(73-85)	22(20-24)	27(24-29)	17(16-19)	13(12-15)
Z**;		-0.264;	-0.467;	-0.068;	-1.056;	-0.369;
p		0.792	0.641	0.946	0.291	0.712
Klinikte deneyim						
1-4 yıl	158(63.2)	79(73-85)	23(20-24)	27(25-28)	17(16-19)	13(12-15)
5-32 yıl	92(36.8)	76(71-84)	22(20-24)	26(24-29)	17(16-19)	13(12-15)
Z**;		-1.572;	-1.421;	-1.394;	-0.127;	0.828;
p		0.116	0.155	0.163	0.899	0.408
Çalışılan klinik						
Dahili klinikler	95(38.0)	77(72-83)	22(20-24)	26(24-28)	17(16-19)	13(12-14)
Cerrahi klinikler	78(31.2)	79(72-85)	23(20-24)	27(24-29)	17(15-19)	13(12-14)
Yoğun bakım üniteleri	60(24.0)	80(75-85)	23(20-24)	27(25-28)	17(16-19)	14(12-15)
Acil kliniği	17(6.8)	81(73-86)	23(20-25)	27(24-28)	19(16-20)	13(12-14)
X^{2*};		3.479;	6.870;	1.149;	3.911;	3.794;
p		0.323	0.076	0.765	0.271	0.285
İzolasyon önlemleri konusunda alınan hizmet içi eğitimi değerlendirmeleri						
Kötü	7(2.8)	80(79-86)	24(21-24)	29(28-29)	19(16-19)	14(11-14)
Orta	176(70.4)	78(72-83)	22(20-24)	26(24-28)	17(16-19)	13(11-14)
İyi	67(26.8)	80(75-86)	23(21-24)	27(25-29)	18(16-19)	14(12-15)
X^{2*};		7.214;	5.326;	9.939;	2.549;	4.300;
p		0.027	0.070	0.007	0.280	0.116
İzolasyon önlemlerine uyumu değerlendirmeleri						
Kötü	9(3.6)	73(67-81)	22(20-24)	24(21-27)	16(16-18)	12(7-14)
Orta	108(43.2)	77(72-84)	22(20-24)	27(24-28)	17(16-19)	13(12-14)
İyi	133(53.2)	80(74-86)	23(20-24)	27(25-29)	17(16-19)	14(12-15)
X^{2*};		8.193;	6.978;	10.720;	1.385;	6.386;
p		0.017	0.031	0.005	0.500	0.041
İzolasyon önlemlerine uyumu engelleyen faktörlerin varlığı						
Evet	139(55.6)	79(72-85)	22(20-24)	27(24-28)	17(16-19)	14(12-15)
Hayır	111(44.4)	78(73-85)	23(20-24)	27(25-29)	17(16-19)	13(11-14)
Z**;		-0.327;	-1.410;	-0.743;	-0.325;	-1.347;
p		0.744	0.158	0.458	0.745	0.178

*Kruskal Wallis testi, ** Mann Whitney U testi, ***Q= Quartile değeri

Tablo 4.4.1’de hemşirelerin özelliklerine göre İÖÜÖ ve alt boyut puanlarına ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Buna göre; İÖÜÖ toplam puanında anlamlı fark ortaya çıkaran değişkenlerin hemşirelerin “izolasyon önlemlerine ilişkin alınan hizmet içi eğitimi değerlendirmeleri”, “izolasyon önlemlerine uyumu değerlendirmeleri” ile ilgili olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Yaşın, cinsiyetin ve izolasyon önlemlerine ilişkin alınan hizmet içi eğitimi değerlendirmelerinin İÖÜÖ’nün “çalışan-hasta güvenliği” alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Bu fark yaş için 18-30 ile 31-43 yaşındaki hemşirelerden kaynaklanmaktadır ($p=0.002$). Hemşirelerin aldıkları hizmet içi eğitimi değerlendirmeleri ile İÖÜÖ arasındaki fark; “çalışan-hasta güvenliği” alt boyutunda “kötü” cevabı verenler ile “orta” cevabı verenlerden kaynaklanmaktadır ($p=0.015$). Hemşirelerin izolasyon önlemlerine uyumu “kötü-orta-iyi” şeklinde değerlendirmeleri ile İÖÜÖ ve alt boyut puanları incelendiğinde; kötü yanıt verenlerin puanlarının en düşük ve genel olarak iyi yanıt verenlerin İÖÜÖ puanlarının daha yüksek olduğu dikkat çekmiştir. İÖÜÖ ve “bulaşma yolu”, “çalışan-hasta güvenliği”, “el hijyeni-eldiven kullanımı” alt boyutlarında bu artış istatistiksel olarak da anlamlı çıkmıştır ($p<0.05$). Hemşirelerin medeni durumları, eğitim durumları, mesleki deneyim süreleri, klinikteki deneyim süreleri, çalıştıkları klinikler ve izolasyon önlemlerine uyumu etkileyen faktörlerin varlığını belirtme durumları ile İÖÜÖ ve alt boyutları arasında anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

4.5. Hemşirelerin İzolasyon Önlemlerine Uyumun Artırılması Konusundaki Görüşlerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.5.1. Hemşirelerin izolasyon önlemlerine uyumun artırılması konusundaki görüşleri (n=250)

Görüşler*	n(%)
İzolasyon önlemleri ile ilgili hizmet içi eğitimler arttırılmalı	69(27.6)
Fiziki şartlar iyileştirilmeli	62(24.8)
İzolasyon uygulamaları için gerekli araç-gereç sağlanmalı	43(17.2)
Hemşirelerin iş yükü azaltılmalı	41(16.4)
İzolasyon önlemlerine ilişkin verilen hizmet içi eğitim nitelikli hale getirilmeli	34(13.6)
Hemşire ve diğer personelin sayısı arttırılmalı	30(12.0)
Hemşire dışındaki sağlık çalışanlarına ve hasta yakınlarına da izolasyon önlemleri ile ilgili eğitim verilmeli	25(10.0)

*Hemşirelerin 146’sı yanıt vermiş ve birden fazla görüş bildirmiştir.

Tablo 4.5.1’de hemşirelerin izolasyon önlemlerine uyumun artırılması konusundaki görüşlerine yönelik bulgular yer almaktadır. Hemşirelerin %27.6’sının “izolasyon önlemleri ile ilgili hizmet içi eğitimler arttırılmalı”, %24.8’inin “fiziki

şartlar iyileştirilmeli”, %17.2’sinin “izolasyon uygulamaları için gerekli araç-gereç sağlanmalı”, %16.4’ünün “hemşirelerin iş yükü azaltılmalı” ve %13.6’sının “İzolasyon önlemlerine ilişkin verilen hizmet içi eğitim nitelikli hale getirilmeli” şeklinde görüş bildirdiği görülmüştür. Hemşirelerin %10.0’u “hemşire dışındaki sağlık çalışanlarına ve hasta yakınlarına da izolasyon önlemleri ile ilgili eğitim verilmeli” önerisinde bulunmuştur.

4.6. Hemşirelerin İzolasyon Önlemleri Hakkında Aldıkları Hizmet İçi Eğitimin Niteliğine İlişkin Bulgular

Tablo 4.6.1. Hemşirelerin izolasyon önlemleri hakkında aldıkları hizmet içi eğitimin niteliği (n=250)

İzolasyon önlemleri ile ilgili eğitimin niteliği	n(%)
Eğitimin alındığı yer	
Halen çalıştığı kurumda	176(70.4)
Kurum dışında	33(13.2)
Hem çalıştığı kurum hem de kurum dışında	41(16.4)
Eğitimi alma şekli	
Hemşirelik temel eğitimi sırasında	11(4.4)
Kurum oryantasyonu sırasında	8(3.2)
Kurumun hizmet içi eğitimi kapsamında	39(15.6)
Hemşirelik temel eğitimi, kurum oryantasyon eğitimi ve hizmet içi eğitimi kapsamında	192(76.8)
Hizmet içi eğitimi yeterli bulma	
Yeterli	216 (86.4)
Yetersiz	34 (13.6)
Eğitim sayısı ($\bar{x}=4.30\pm3.58$, $\min=1$, $\max=25$)	
1-4 kez	178(71.2)
5-25 kez	72(28.8)

Tablo 4.6.1’de hemşirelerin izolasyon önlemleri hakkında aldıkları hizmet içi eğitimin niteliğine ilişkin bulgular yer almaktadır. Hemşirelerin %70.4’ünün eğitimi çalıştığı kurumda aldığı, %76.8’inin eğitimleri hemşirelik temel eğitimleri, kurum oryantasyon eğitimi ve hizmet içi eğitimi kapsamında tekrarlı olarak aldıkları, %86.4’ünün aldıkları eğitimi yeterli bulduğu saptanmıştır. Hemşireler ortalama 4.30 ± 3.58 kez izolasyon önlemlerine ilişkin eğitim almış, 1-4 kez eğitim alanlar katılımcıların %71.2’sini oluşturmuştur.

4.7. Hemşirelerin Özelliklerine Göre Hizmet İçi Eğitim Değerlendirme Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulgular

Tablo 4.7.1. Hemşirelerin özelliklerine göre hizmet içi eğitim değerlendirme ölçeği puanları (n=250)

Özellik	n(%)	HİEDÖ ve alt boyutları		
		HİEDÖ Q2(Q1-Q3)	Hizmet içi eğitim uygulama süreci Q2(Q1-Q3)	Hizmet içi eğitim ile kazanılan bilginin eyleme dönüşme etkinliği Q2(Q1-Q3)
Yaş				
18-30	112(44.8)	64(57-70)	38(33-44)	28(23-28)
31-43	115(46.0)	65(60-72)	40(36-44)	28(22-28)
44-56	23(9.2)	70(64-73)	44(39-47)	28(27-30)
X^{2*}; p		9.321;0.009	13.964;0.001	4.069;0.131
Cinsiyet				
Kadın	207(82.8)	64(59-71)	39(34-44)	27(22-28)
Erkek	43(17.2)	70(63-72)	42(36-44)	28(27-29)
Z**; p		-3.113;0.002	-1.744;0.081	-3.267;0.001
Medeni durum				
Evli	159(63.6)	65(61-72)	40(35-44)	27(22-28)
Bekar	91(36.4)	66(57-72)	39(33-44)	28(24-28)
Z**; p		-0.834;0.404	-1.606;0.108	-0.836;0.403
Eğitim durumu				
SML	26(10.4)	72(67-79)	44(41-49)	28(27-30)
Ön lisans	59(23.6)	65(60-71)	39(35-42)	28(25-28)
Lisans	148(59.2)	64(59-71)	39(34-44)	27(22-28)
Lisans üstü	17 (6.8)	68(61-72)	40(36-44)	28(24-28)
X^{2*}; p		13.315;0.004	14.386;0.002	6.794;0.079
Mesleki deneyim				
1-11 yıl	151(60.4)	64(58-71)	39(33-44)	28(22-28)
12-37 yıl	99(39.6)	66(62-72)	40(36-44)	28(25-28)
Z**; p		-2.149;0.032	-2.345;0.019	-1.219;0.223
Klinikte deneyim				
1-4 yıl	158(63.2)	64(59-71)	39(34-44)	28(23-28)
5-32 yıl	92(36.8)	67(62-72)	41(35-44)	28(24-28)
Z**; p		-1.408;0.159	-1.635;0.102	-0.166;0.868
Çalışılan klinik				
Dahili klinikler	95(38.0)	67(57-72)	40(34-44)	28(22-28)
Cerrahi klinikler	78(31.2)	67(63-71)	41(36-44)	28(26-28)
Yoğun bakım üniteleri	60(24.0)	64(59-71)	39(33-43)	28(23-28)
Acil kliniği	17(6.8)	62(54-72)	35(34-44)	27(22-31)
X^{2*}; p		2.785;0.426	3.068;0.381	1.413;0.702
Alınan hizmet içi eğitimi yeterli bulma				
Yeterli	216(86,4)	66(61-72)	40(36-44)	28(25-28)
Yetersiz	34(13,6)	55(44-66)	33(27-40)	22(18-28)
Z**; p		-5,129;0.000	-5,225;0.000	-3,039;0.000

*Kruskal Wallis testi ** Mann Whitney U testi, Q= Quartile değeri

Tablo 4.7.1’de hemşirelerin özelliklerine göre HİEDÖ ve alt boyut puanlarına ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Buna göre; hemşirelerin yaşı arttıkça HİEDÖ puan ortalamaları (64-65-70) artmıştır. Hemşirelerin yaşı ile HİEDÖ puanı ve “hizmet içi eğitim uygulama süreci” alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark

olduğu ($p<0.05$) saptanmıştır. Bu fark; HİEDÖ toplam puanında 18-30 ile 44-56 yaşındaki hemşirelerden ($p=0.003$), “hizmet içi eğitim uygulama süreci” alt boyutunda ise, 18-30 ile 31-43 yaşındaki ($p=0.008$) ve 18-30 ile 44-56 yaşındaki hemşirelerden ($p=0.002$) kaynaklanmaktadır. Erkeklerin HİEDÖ ve alt boyutlarında puan ortalamaları kadınlardan daha yüksektir. Sağlık meslek lisesi mezunlarının HİEDÖ ve alt boyutları puan ortalamaları ön lisans, lisans ve lisansüstü gruplardan daha yüksektir. Eğitim durumu ile HİEDÖ puanı ve “hizmet içi eğitim uygulama süreci” alt boyutu arasındaki istatistiksel olarak anlamlı bulunan fark; HİEDÖ puanında sağlık meslek lisesi mezunları ile n lisans mezunlarından ($p=0.003$) ve sağlık meslek lisesi mezunları ile lisans mezunlarından ($p=0.000$) kaynaklanmaktadır. “Hizmet içi eğitim uygulama süreci” alt boyutunda da aynı şekilde, sağlık meslek lisesi mezunları ile n lisans mezunlarından ($p=0.000$) ve sağlık meslek lisesi mezunları ile lisans mezunlarından ($p=0.001$) kaynaklanmaktadır. Mesleki ve klinik deneyim süreleri arttıa HİEDÖ puan ortalamaları artmıştır. Alınan hizmet içi eğitimi yeterli bulanların HİEDÖ puan ortalamaları yetersiz bulanlardan daha yüksektir. Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, mesleki deneyim, alınan hizmet içi eğitimi yeterli bulma ile HİEDÖ puan ortalamaları arasında; yaş, eğitim durumu, mesleki deneyim, alınan hizmet içi eğitimin yeterli bulma ile “hizmet içi eğitim uygulama süreci” alt boyutu arasında; cinsiyet ve alınan hizmet içi eğitimi yeterli bulma ile “hizmet içi eğitim ile kazanılan bilginin eyleme dönüşme etkinliği” alt boyutu arasında anlamlı fark olduğu ($p<0.05$), medeni durum, klinikte deneyim, çalışılan klinik değişkenleri ile HİEDÖ ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı ($p>0.05$) belirlenmiştir.

5. TARTIŞMA

Bu bölümde;

5.1. Hemşirelerin izolasyon önlemlerine uyumlarına ve etkileyen faktörlere ilişkin tartışma,

5.2. Hemşirelerin izolasyon önlemlerine uyum konusunda görüşlerine ilişkin tartışma,

5.3. Hemşirelerin hizmet içi eğitimi değerlendirmesi ve etkileyen faktörlere ilişkin tartışma yer almaktadır.

5.1. Hemşirelerin İzolasyon Önlemlerine Uyumlarına ve Etkileyen Faktörlere İlişkin Tartışma

Bu çalışmada hemşirelerin İÖÜÖ puan ortalaması 77.92 ± 7.70 bulunmuştur (Tablo 4.2.1). Genel olarak İÖÜÖ'nün 18-90 puan aralığında (Tayran ve Ulupınar 2011) olduğu dikkate alınarak hemşirelerin izolasyon önlemlerine uyumlarının yüksek olduğu ve İÖÜÖ'nün Cronbach alpha güvenirlik katsayısı 0.87 bulunmuş olup güçlü bir ölçüm yapıldığı söylenebilir. İÖÜÖ alt boyutları için de elde edilen bulguların benzer olduğu görülmüştür (Tablo 4.2.1). Hemşirelerde İÖÜÖ ile yapılan diğer çalışmalar da, bu çalışma ile benzer olarak Doğu ve Tiryaki (2017) İÖÜÖ puan ortalamasını 77.51 ± 7.78 , Arli ve Bakan (2017) 76.55 ± 8.48 , Zencir ve ark. (2013) 78.12 ± 9.97 , Erden ve ark. (2015) 77.26 ± 6.50 , Tanyeri (2018) 76.03 ± 15.30 bulmuştur. Bu sonuçlara göre genel olarak hemşirelerin izolasyon önlemlerine yüksek oranda uyum sağladıkları söylenebilir.

Bu çalışmada hemşirelerin izolasyon önlemlerine uyumla ilgili kendi değerlendirmelerine bakıldığında; %53.2'si "iyi", %43.2'si "orta" ve %3.6'sı "kötü" olarak nitelemiştir (Tablo 4.1.1). Hemşirelerin izolasyon önlemlerine uyumlarını öz değerlendirmelerinin de genel olarak olumlu olduğu söylenebilir. Ülkemizde yapılan çalışmalardan farklı olarak; Suliman ve ark. (2018) tarafından, Ürdün'de yaptığı çalışmada hemşirelerin izolasyon önlemleri konusundaki bilgi ve uygulamalarının incelendiği çalışmada hemşirelerin %65'inin, izolasyon önlemleri uygulamalarının uygun olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Bu çalışmada hemşirelerin İÖÜÖ puanları ile HİEDÖ toplam puanları ve “hizmet içi eğitim uygulama süreci” alt boyut puanları arasında önemsenmeyecek düzeyde istatistiksel anlamlılığı olmayan ilişki olduğu ($p>0.05$), “hizmet içi eğitim ile kazanılan bilginin eyleme dönüşme etkinliği” alt boyut puanıyla yine önemsenmeyecek düzeyde ancak ölçek toplam puanının tersine istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu ($p<0.05$) saptanmıştır. Her iki ölçeğin alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde de tüm alt boyutlarda ilişkinin ($0.00<r<0.19$) “önemsenmeyecek düzeyde” olduğu görülmüştür ($p<0.05$) (Tablo 4.3.1). Eğitimde bilgi ve becerinin formal ortamda verilmiş olması eğitimi alanın bu eğitimi eyleme dönüştüreceği anlamına gelmez. Eğitimin öğrenmeye dönüşmesi için verilen eğitim içeriğinin bilişsel, duyuşsal ve psikomotor alanda yerleşmesi gerekir. Bir eğitimde bu alanların hepsine ulaşılabilmiş ise bilgi kalıcı olur ve eyleme dönüşebilir (Taşpınar 2010; İkiz 2015; Arı 2016). Hemşirelik mesleğinde verilen bilgi ve beceri eğitimlerinin eyleme dönüşmesi önemlidir (Kaya 2014). İzolasyon önlemleri gibi hasta ve çalışan güvenliğini ilgilendiren bir konuda bilginin eyleme dönüşümü İÖÜÖ ile ölçülmüş, ancak verilen hizmet içi eğitim ile beklentinin aksine ilişki bulunamamıştır. Buna karşılık hemşirelerin izolasyon önlemleri konusunda alınan hizmet içi eğitimi öz değerlendirmelerinin İÖÜÖ puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturması dikkat çekicidir ($p<0.05$) (Tablo 4.4.1). Bu fark bulaşma yolu alt boyutunda hemşirelerin izolasyon önlemlerine kendi uyumlarını değerlendirmelerine “orta” cevabı verenler ile “iyi” cevabı verenlerden ($p=0.009$); çalışan-hasta güvenliği alt boyutunda ise “kötü” cevabı verenler ile “iyi” cevabı verenlerden kaynaklanmaktadır ($p=0.008$). HİEDÖ genel bir ölçek olup, doğrudan izolasyon önlemlerine uyuma ilişkin hizmet içi eğitimle ilgili görüşleri sorulduğunda fark görülmesi, spesifik olarak her konuda hizmet içi eğitimin ayrı ayrı değerlendirilmesi gerektiğini düşündürmüştür. Bu çalışmada olduğu gibi HİEDÖ kullanılarak izolasyon önlemlerine uyumun incelendiği başka bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak çalışmalarda izolasyon önlemlerine ilişkin bilgilendirme ya da eğitim alanların İÖÜÖ puanlarına yer verilmiştir. Bunlar; Pekuslu ve ark. (2011) yapmış olduğu çalışmada ise; izolasyon önlemleriyle ilgili bilgi alma ile İÖÜÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p=0.012$), izolasyon önlemleriyle ilgili bilgi alanların puanının (76.01 ± 10.38) bilgi almayanlardan (71.85 ± 10.78) yüksek olduğu bulunmuştur. Konu olarak SBİE'nin kontrolü hakkında daha fazla bilgiye sahip olmanın ele alındığı Sarani ve ark.'nın (2016) hemşirelerin bilgi, tutum ve pratiği

arasındaki ilişkinin değerlendirilmesine ilişkin çalışmada; hemşirelerin uygulamalarının istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha iyi olduğu sonucuna ulaşmıştır ($p<0.01$). Bu çalışmaların aksine Erden ve ark.'nın (2015) çalışmada, izolasyon önlemleriyle ilgili eğitim alma ile İÖÜÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamış, ancak İÖÜÖ'den yüksek (80-89) puan alan katılımcıların %80.8'inin eğitim alanlardan oluştuğu sonucuna ulaşmıştır. Farklı sonuçlar hizmet içi eğitimin ve izolasyon önlemlerine uyum ile ilgili eğitimlerin ayrıntı olarak niteliğinin incelenmesi gerektiğini düşündürmüştür.

Bu çalışmada “çalışan-hasta güvenliği” alt boyutunda 18-30 ile 31-43 yaş aralığındaki yaş grubunda olanlar ve kadınların İÖÜÖ puanında anlamlı şekilde fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Medeni durum, eğitim durumu, mesleki deneyim, klinik deneyim, çalışılan klinik ve çalıştığı alanda izolasyon önlemlerine uyumu etkileyen faktörlerin var olup olmadığını ifade edenlerle İÖÜÖ ve alt boyut puanlarında anlamlı fark görülmemiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.4.1). Literatürde bu değişkenlerin incelendiği çalışmalarda; bu çalışma ile paralel olarak Tanyeri (2018) ve Zencir ve ark. (2013) tarafından yapılan çalışmalarda medeni durum ve eğitim durumu ile, Erden ve ark. (2015), Zencir ve ark. (2013) çalışılan klinik ile hemşirelerin izolasyon önlemlerine uyumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Bu çalışmanın sonuçlarının aksine hemşirelerin yaşı (Arli ve Bakan 2017), cinsiyeti (Tanyeri 2018), eğitim durumu (Tayran 2010, Zencir ve ark. 2013, Özden ve Özveren 2016, Arli ve Bakan 2017), mesleki deneyim (Tayran 2010, Zencir ve ark. 2013, Erden ve ark. 2015, Özden ve Özveren 2016, Arli ve Bakan 2017) ile izolasyon önlemlerine uyum arasında fark olduğu belirlenen çalışmalar da mevcuttur ($p<0.05$).

5.2. Hemşirelerin İzolasyon Önlemlerine Uyum Konusunda Görüşlerine İlişkin Tartışma

Bu çalışmada hemşirelerin sadece 146'sı izolasyon önlemlerine uyumun artırılması ile ilgili görüş bildirmiştir. En fazla “izolasyon önlemleri ile ilgili hizmet içi eğitimlerin artırılması” (%27.6) ile aynı konuda “izolasyon önlemlerine ilişkin verilen hizmet içi eğitimin nitelikli hale getirilmesi” (%13.6) ve “izolasyon önlemlerine uyumun artırılması için diğer sağlık çalışanlarına ve hasta yakınlarına da izolasyon önlemleri ile ilgili eğitim verilmesi” (%10.0) gerekliliği ile ilgili görüş bildirmişlerdir (Tablo 4.5.1). Doğrudan izolasyon önlemlerine ilişkin hizmet içi

eğitimi inceleyen bir çalışmaya rastlanmamış, ancak SBİE ve önlenmesini destekleyen farklı konularda eğitimler için önerilere rastlanmıştır. Asadollahi ve ark.'nın (2015) yaptığı çalışmada, katılımcılar arasında el hijyeni konusundaki kabul edilebilir bilgi düzeyine rağmen, %67'si bu konuda eğitimlerini yenilemesine ihtiyaç duyduklarını belirtmiştir. Bu çalışmada izolasyon önlemlerine uyumun artırılması için hemşireler “fiziki şartların iyileştirilmesi”, “izolasyon uygulamaları için gerekli araç gerecin yeterli miktarda sağlanması”, “hemşirelerin iş yükünün azaltılması”, “hemşire ve diğer personel sayısının arttırılması” gerektiğine ilişkin görüş bildirmiştir (Tablo 4.5.1). Atack ve Luke (2009) yaptığı çalışmada, iş yükünün fazla olması ve ekipman ve temizlik ajanlarının eksikliğinin çoğu personelin işlerini doğru şekilde yapmasını engellediği, el yıkama bilincini arttırmak için planlamalar yapılması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır. Abou El-Enein ve El Mahdy'nin (2011) yaptığı çalışmada katılımcıların tamamının, iş yükünün fazla olması ve yeteri kadar personelin bulunmamasının, standart önlemlerin yeterince uygulanmasını engellediğini ifade ettiği grlmştir. Hemşire sayısının azlığı ve bakım verdikleri hasta sayısının artması SBİE gelişme riskini arttırmaktadır (Fashafsheh ve ark. 2015). Atay ve ark. (2009) tarafından yapılan çalışmada hemşirelerin hizmet içi eğitimlerde karşılaştığı sorunlar incelenmiş ve hemşirelerin %16.5'i personel azlığı ve iş yükünün fazla olması cevabını vermiştir. Personel azlığı ve iş yükü fazlalığı hem hizmet içi eğitimin gerçekleştirilmesi hem de izolasyon önlemlerine uyumu güçleştirmektedir.

Bu çalışmada hemşirelerin %70.4'ünün izolasyon önlemlerine ilişkin eğitimi araştırmanın gerçekleştirildiği kurumda aldıkları; %76.8'inin eğimleri hemşirelik temel eğitimleri, kurum oryantasyon eğitimi ve hizmet içi eğitim kapsamında tekrarlı olarak, %15.6'sının sadece kurumun hizmet içi eğitimi kapsamında, %4.4'ünün sadece temel hemşirelik eğitimi sırasında, %3.2'sinin sadece kurumun oryantasyon eğitimi sırasında aldıkları saptanmıştır (Tablo 4.6.1). Bu sonuçlar doğrultusunda izolasyon önlemlerine ilişkin eğitimlerin temel hemşirelik eğitiminden başlanarak, tekrarlı olarak alındığının belirlenmesi sevindiricidir. nk verilen bilgi ve becerinin unutulması ya da bazen bu konuda literatürün güncellenmesi gerekebilir. Erden ve ark.'nın (2015) alışmasında katılımcıların %79.0'ı, zden ve zveren'in (2016) alışmasında %78.4', Tanyeri'nin (2018) alışmasında da %94.5'i izolasyon önlemlerine ilişkin eğitim almıştır. Erden ve ark.'nın (2015) alışmasında;

katılımcıların %72.1'inin izolasyon önlemlerine ilişkin eğitimi hizmet içi eğitim kapsamında, %21.5'inin kurumun oryantasyon eğitimi sırasında aldıkları sonucuna ulaşılmıştır. Özel ve ark. (2012) tarafından yapılan çalışmada, hemşirelerin tamamının “Temel Hemşirelik Uygulamaları” eğitimi aldıktan sonra bilgi düzeylerinin anlamlı şekilde arttığı saptanmış, alınan eğitimin çalışma hayatında hizmet içi eğitimlerle pekiştirilmesinin önemli olduğu vurgulanmıştır. Bu çalışmada hemşirelerin tamamının izolasyon önlemlerine ilişkin en az 1 kez, %71.2'sinin 1-4 kez eğitim aldıkları saptanmıştır. Hemşirelerin %86.4'ü aldıkları eğitimi yeterli bulduklarını belirtmiştir (Tablo 4.6.1). Bu sonuçlar doğrultusunda güncel literatür çalışmalarıyla da desteklendiği üzere hemşirelerin çoğunun izolasyon önlemlerine ilişkin eğitim aldıkları ve izolasyon önlemlerine ilişkin eğitimin temel hemşirelik eğitiminde, oryantasyon eğitiminde ve hizmet içi eğitimler kapsamında olmazsa olmaz bir konu olarak görüldüğü söylenebilir.

5.3. Hemşirelerin Hizmet İçi Eğitimi Değerlendirmesi ve Etkileyen Faktörlere İlişkin Tartışma

Bu çalışmada hemşirelerin HİEDÖ puan ortalamaları 65.65 ± 10.42 (ölçeğe verilen yanıtların ham puanların ortalaması 3.65 ± 0.58) bulunmuştur. HİEDÖ değer aralığının 18-90 olduğu dikkate alınırca hemşirelerin hizmet içi eğitim ile ilgili değerlendirmelerinin orta düzeyde olduğu söylenebilir. Bu çalışmada Cronbach alpha güvenirlik katsayısı 0.93, orijinal ölçeğin geçerlik güvenirlik çalışmasında 0.96 olarak bulunmuş olup (Çalışkan 2015), HİEDÖ ile güçlü bir ölçüm yapıldığı söylenebilir. Çalışkan (2015) ölçekle gerçekleştirdiği çalışmada ölçek toplam puanını değil verilen yanıtların ham puanlarını (HİEDÖ puan ortalaması 4.03, alt boyut puan ortalamaları 4.04 ve 4.02) kullanmış, ebe-hemşirelerin “hizmet içi eğitim uygulama süreci” alt boyutunda 4.19 ± 0.66 , “hizmet içi eğitim ile kazanılan bilginin eyleme dönüşme etkinliği” alt boyutunda 4.37 ± 0.62 ham puana sahip olduğu saptanmıştır. Çalışkan'ın (2015) çalışma grubunda hemşire dışında sağlık çalışanlarına da bakılmış, hemşirelerle diğer meslek gruplarının HİEDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Bu çalışmada bulunan HİEDÖ puanı Çalışkan'ın çalışmasından daha düşüktür. Bu durum çalışmaların gerçekleştirildiği kurumların hizmet içi eğitimlerinin niteliğinin farklılığından kaynaklanabilir. HİEDÖ ile gerçekleştirilen başka bir çalışmaya rastlanmamıştır. Hizmet içi eğitim, çalışanların eğitim ihtiyaçlarının saptanması, ihtiyaçlar doğrultusunda eğitim

programlarının oluşturulması, oluşturulan programların planlaması, uygulanması ve değerlendirmesi konularını içerir (Atay ve ark 2009; Buğdaylı ve Akyürek 2017). Hizmet içi eğitim, kişinin, mesleki bilgi, beceri ve tutumunun gelişmesi, teknolojik gelişmelerden uzak kalmaması, sunulan hizmetin kalite ve verimliliğinin artması ve iş kazalarının azalması için önemli bir araçtır (Atay ve ark 2009; Selimoğlu ve Yılmaz 2009; Serbest ve Alıcı 2010; Buğdaylı ve Akyürek 2017). Hemşireler için sürekli eğitim kavramının önemli bir unsuru olan hizmet içi eğitim, hemşirelik literatüründe mesleğin başlangıcından bu yana önemini sürdürmektedir (Gallagher 2007).

Bu çalışmada hemşirelerin yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, mesleki deneyimi, izolasyon önlemlerine ilişkin aldıkları eğitimi yeterli bulup bulmamaları ile HİEDÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Buna göre; hemşirelerin yaşı arttıkça HİEDÖ puanı artmakta, erkek hemşirelerin HİEDÖ puanı kadın hemşirelere göre daha yüksek, sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerin HİEDÖ puanının, ön lisans, lisans ve lisansüstü eğitim mezunu olanlara göre daha yüksek, hemşirelerin mesleki deneyimi arttıkça HİEDÖ puanının artmakta, izolasyon önlemlerine ilişkin aldıkları eğitimin yeterli olduğunu belirtenlerin HİEDÖ puanının yetersiz olduğunu belirtenlere göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Hemşirelerin medeni durumu, çalıştıkları klinik ve klinik deneyimlerinin HİEDÖ puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.7.1). Bu çalışmadan farklı olarak; Çalışkan'ın (2015) çalışmasında, mesleki deneyim arttıkça alınan hizmet içi eğitime ilişkin olumsuz görüşlerin artmakta olduğu, katılımcıların hizmet içi eğitim faaliyetlerinin eğitim süreci boyutu ile ilgili görüşlerinde yaş, cinsiyet, medeni durum, mesleki deneyim ve klinik deneyim değişkenlerine göre istatistiksel olarak farklılık olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Ancak eğitim seviyesi arttıkça hizmet içi eğitime ilişkin beklentilerin arttığı belirtilmiştir (Serbest ve Alıcı 2010; Çalışkan 2015).

Bu çalışmada hemşirelerin “hizmet içi eğitim uygulama süreci” alt boyutunda puan ortalamalarının 39.21 ± 7.42 olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2.2). Hizmet içi eğitim uygulama süreci alt boyutu; kurumda eğitim ihtiyacının uygun yöntemlerle belirlenmesi, uygulanan eğitimlerin çalışanların mesleki ihtiyacını karşılaması, uygulanan eğitim planlarının uygulanabilir ve gerçekçi olması, eğitimlerin personelin istek ve ihtiyaçlarına göre programlanması, kurumda her bölüm ve pozisyon için

eğitim olması, eğitilere uygun katılımcıların çağrılması, eğitimlerin katılımcı sayısının uygun olması, eğitimlerin süresinin yeterli olması, eğitim konularının güncel ve kapsamalarının yeterli olması, eğitimlerin katılımcıları aktif kılması, uygulanan eğitimlerin uygun yöntemlerle değerlendirilmesi konularını içermektedir (Çalışkan 2015). Hizmet içi eğitim uygulama sürecinin iyileştirilmesi, ideal hale getirilmesi önemlidir. Eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi, gelecekteki eğitim faaliyetlerini planlamak için gerekli bilgilerin mevcut klinik bilgi ve becerilerin değerlendirilmesi yoluyla elde edildiği bir değerlendirme aşamasıdır (Kol ve ark. 2017). Serbest ve Alıcı (2010), Çalışkan (2015) ve Buğdaylı ve Akyürek (2017) çalışmalarında eğitim programları planlanırken hemşirelerin istek ve görüşlerinin gerektiği kadar dikkate alınmadığı belirtilmektedir. Kanber ve Gürlek (2011) ve Çalışkan'ın (2015) çalışmalarında katılımcıların eğitime yeteri kadar aktif katılımlarının sağlanamadığı sonucuna ulaşılmıştır. Çalışkan (2015), Buğdaylı ve Akyürek (2017) çalışmalarında eğitim konularının güncel ve kapsamının yeterli olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Uygulanan hizmet içi eğitimlerde ölçme ve değerlendirme yöntemlerinin uygulanması, değerlendirme sonuçlarına göre eğitimlerin planlanması, eğitimin kalitesi ve etkinliği açısından önemlidir (Özel ve ark. 2012).

Bu çalışmada “hizmet içi eğitim ile kazanılan bilginin eyleme dönüşme etkinliği” alt boyutunda hemşirelerin puan ortalamasının 26.44 ± 4.87 olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2.2). “Hizmet içi eğitim ile kazanılan bilginin eyleme dönüşme etkinliği” alt boyutu ise; hizmet içi eğitimin yapılan işin kalitesine olumlu yönde etkisi olduğu, işin daha doğru yapılmasını sağladığı, ekip ruhunu geliştirerek işbirliğine dayalı bir çalışma ortamı yarattığı, kendini daha başarılı ve yararlı hissetmesini sağladığı, arkadaşları ve hastaları ile ilişkilerine olumlu katkılar sağladığı, iş risklerini öğrenip önlem almasını sağladığı, mesleki güven duygusunun gelişmesine yararlı olduğuna ilişkin maddeleri içermektedir (Çalışkan 2015). Çalışkan'ın (2015) çalışmasında; alınan eğitimin iş risklerini öğrenip önlem alma, işin doğru yapılması ve işin kalitesi konusunda olumlu yönde etki gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Chaghari ve ark. (2017) çalışmasında; eğitim programının daha nitelikli hale getirilmesi, güçlendirilmiş eğitim modellerinin uygulanmasıyla hemşirelerin mesleki becerilerinin geliştiiği sonucuna ulaşılmıştır. Hemşirelerin planlı aralıklarla hizmet içi eğitim alması yalnızca çalıştıkları kurum için değil, aynı

zamanda bireysel gelişimleri için de 3nemlidir. Alınan eğitimler, kişinin 3zɡuveninin artmasına katkı sağlar. 3zɡuveni artan kişinin sunduğu hizmet kalitesi de artacaktır. Bilgi eksikliğinden dolayı 3zɡuveni d3şuk olan kişi, tedirgin ve huzursuz bir şekilde çalışacak ve bu durumdan ekip arkadaşları da olumsuz etkilenecektir (Selimoğlu ve Yılmaz 2009).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda şu sonuçlara ulaşılmıştır;

- Hemşirelerin İÖÜÖ puan ortalaması 77.92 ± 7.70 , alt boyut puan ortalamaları ise bulaşma yolu 22.06 ± 2.48 , çalışan-hasta güvenliği 26.04 ± 2.98 , çevre kontrolü 17.05 ± 2.08 , el hijyeni-eldiven kullanımı 12.76 ± 2.17 'dir.
- Hemşirelerin HİEDÖ puan ortalaması 65.65 ± 10.42 olup alt boyut puan ortalamaları "hizmet içi eğitim uygulama süreci" alt boyutunda 39.21 ± 7.42 , "hizmet içi eğitim ile kazanılan bilginin eyleme dönüşme etkinliği" alt boyutunda 26.44 ± 4.87 'dir.
- Hemşirelerin HİEDÖ puanları ile İÖÜÖ puanları arasında "önemsenmeyecek düzeyde" istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir ilişki ($p > 0.05$), "hizmet içi eğitim ile kazanılan bilginin eyleme dönüşme etkinliği" alt boyutu ile İÖÜÖ puanları arasında "önemsenmeyecek düzeyde" ancak ölçek toplam puanının tersine istatistiksel olarak anlamlı ilişki ($p < 0.05$) saptanmıştır.
- Hemşirelerin özelliklerine göre İÖÜÖ toplam puanında anlamlı fark ortaya çıkaran değişkenlerin hemşirelerin "izolasyon önlemlerine ilişkin alınan hizmet içi eğitimi değerlendirmeleri", "izolasyon önlemlerine uyumu değerlendirmeleri" ile ilgili olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$).
- Yaşın, cinsiyetin ve izolasyon önlemlerine ilişkin alınan hizmet içi eğitimi değerlendirmelerinin İÖÜÖ'nün "çalışan-hasta güvenliği" alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$).
- Hemşirelerin izolasyon önlemlerine uyumu "kötü-orta-iyi" şeklinde öz değerlendirmeleri ile "bulaşma yolu", "çalışan-hasta güvenliği", "el hijyeni-eldiven kullanımı" alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark çıkmıştır ($p < 0.05$).
- Hemşirelerin medeni durumları, eğitim durumları, mesleki deneyim süreleri, klinikteki deneyim süreleri, çalıştıkları klinikler ve izolasyon önlemlerine uyumu etkileyen faktörlerin varlığını belirtme durumları ile İÖÜÖ ve alt boyutları arasında anlamlı fark bulunamamıştır ($p > 0.05$).

- Hemşireler izolasyon önlemlerine uyumun artırılması konusunda; %27.6'sı izolasyon önlemleri ile ilgili hizmet içi eğitimlerin artırılması, %24.8'si fiziki şartların iyileştirilmesi, %17.2'si izolasyon uygulamaları için gerekli araç gerecin yeterli miktarda sağlanması, %16.4'ü hemşirelerin iş yükünün azaltılması, %12.0'si hemşire ve diğer personel sayısının artırılması şeklinde görüş bildirmiştir.
- Hemşirelerin %70.4'ünün eğitimi çalıştığı kurumda aldığı, %76.8'inin eğitimleri hemşirelik temel eğitimleri, kurum oryantasyon eğitimi ve hizmet içi eğitim kapsamında tekrarlı olarak aldıkları, %86.4'ünün aldıkları eğitimi yeterli bulduğu saptanmıştır.
- Hemşirelerin özelliklerine göre hizmet içi eğitime ilişkin değerlendirmeleri incelendiğinde; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, mesleki deneyim, alınan hizmet içi eğitimi yeterli bulma ile HİEDÖ puan ortalamaları arasında; yaş, eğitim durumu, mesleki deneyim, alınan hizmet içi eğitimi yeterli bulma ile "hizmet içi eğitim uygulama süreci" alt boyutu arasında; cinsiyet ve alınan hizmet içi eğitimi yeterli bulma ile "hizmet içi eğitim ile kazanılan bilginin eyleme dönüşme etkinliği" alt boyutu arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

6.2. Öneriler

- Bu çalışmanın sonuçları doğrultusunda; hemşirelerin izolasyon önlemleri konusu da dahil mesleki uygulamalarına ilişkin hizmet içi eğitimleri düzenli aralıklarla ve sürekli alması,
- Hemşire ve diğer sağlık çalışanlarının sayıca eksikliğini giderilmesi,
- Fiziki şartların iyileştirilmesi ve izolasyon uygulamaları için gerekli araç gerecin yeterli miktarda sağlanması,
- Hizmet içi eğitimler planlanırken hemşirelerin görüş ve önerileri dikkate alınarak eğitim planlarının yapılması,
- İzolasyon önlemleri ile ilgili verilen hizmet içi eğitimlerin, hemşirelerin yanı sıra diğer sağlık çalışanlarına da verilmesi,
- Hizmet içi eğitimin değerlendirilmesi ve bu değerlendirme sonuçlarına göre niteliğinin iyileştirilmesi,

- Hizmet içi eğitimlerin teknoloji kullanılarak ve hemşirelerin katılımının sağlandığı interaktif eğitim yöntemleri ile gerçekleştirilmesi,
- Verilen hizmet içi eğitimlerin hemşirelerin yeterlilik ve klinik ihtiyaçları dikkate alınarak planlanması,
- Hemşirelerin hasta ve çalışan güvenliğini ilgilendiren SBİE ve izolasyon önlemleri konularında farkındalığının artırılması,
- Eğitimle verilen bilginin eyleme dönüşmesi için etkinlikler düzenlenmesi,
- Bu konuda davranış değişikliği oluşturmaya yönelik klinik eylem ve araştırmaların yapılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

- Abou El-Enein NY, El Mahdy HM. Standard precautions: a KAP study among nurses in the dialysis unit in a University Hospital in Alexandria, Egypt. *Journal of the Egyptian Public Health Association*. 2011; 86(1-2): 3-10.
- Aksu DA. Genel cerrahi ve beyin cerrahi kliniklerinde postoperatif cerrahi alan enfeksiyonu sürveyansı. T.C. Sağlık Bakanlığı Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2008 (Tez Danışmanı: Dr. M. Taner Yıldırım).
- Alpar R. Uygulamalı İstatistik ve Geerlilik-Güvenirlik. Detay Yayıncılık, 2014, Ankara, s: 351-357.
- Altındış M. Hemşireler İin Mikrobiyoloji. Nobel Tıp Kitabevleri, 2010, Hadımky, İstanbul, s: 128-129.
- Andersen BM. Prevention and control of infections in hospitals. Springer International Publishing, 2019, Switzerland, p: 167-178.
- Arda B, Ateş K, Bakır M, Gven M, Karako E, zinel MA, Pirat A, şenkul T. riner kateter enfeksiyonlarının önlenmesi kılavuzu. *Hastane İnfeksiyonları Dergisi*. 2012; 16(Ek 1): 1-18.
- Arenas MD, Sánchez-Pay J, Barril G, Garcıa-Valdecasas J, Gorriz JL, Soriano A, Antolin A, Lacueva J, Garcıa S, Sirvent A, Espinosa M, Angoso M. A multicentric survey of the practice of hand hygiene in haemodialysis units: factors affecting compliance. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 2005; 20(6): 1164-71.
- Arı R. Eğitim psikolojisi. Nobel Akademik Yayıncılık Danışmanlık, 2016, 6. Baskı, Ankara, Türkiye, s:135-203.
- Arli SK, Bakan AB. Nurses' compliance with isolation precautions and the affecting factors. *Applied Nursing Research*. 2017; 38: 175-178.
- Asadollahi M, Bostanabad MA, Jebraili M, Mahallei M, Rasooli AS, Abdolalipour M. Nurses' knowledge regarding hand hygiene and its individual and organizational predictors. *Journal of Caring Sciences*. 2015; 4(1): 45-53.
- Atack L, Luke R. Improving infection control competency through an online learning course. *Nursing Times*. 2009; 105: 4, 30-32.
- Atay S, Gider D, Karadere G, şenyz P. Hastanede alışan hemşirelerin hizmet ii eğitime yönelik grşleri. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*. 2009; 6(1): 86-93.
- Augustyn B. Ventilatör-Associated Pneumonia Risk Factors and Prevention. *Critical Care Nurse*. 2007; 27(4): 32-39.
- Ayta N, Naharcı H, ztun G. Adanada eğitim araştırma hastanelerinin yoğun bakım hemşirelerinde hastane enfeksiyonları bilgi dzeyi. *AD Tıp Fakültesi Dergisi*. 2008; 9(3): 9-15.
- Barker AK, Brown K, Siraj D, Ahsan M, Sengupta S, Safdar N. Barriers and facilitators to infection control at a hospital in northern India: a qualitative study. *Antimicrobial Resistance and Infection Control*. 2017, 6: 35.
- Bayındır Y. Türkiye'de Hastane enfeksiyonlarına bakış aısı ve hastane ynetimine dşen yasal grevler. 4. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi, 2005; s: 527-538.
- Bischoff WE, Reynolds TM, Sessler CN, Edmond MB, Wenzel RP. Handwashing Compliance By Health Care Workers: The Impact of Introducing an Accessible, Alcohol-Based Hand Antiseptic. *Archives of International Medicine*. 2000; 160: 1017-21.
- Bouza E, Burillo A, Muñoz P. Catheter-Related Infections: Diagnosis and Intravascular Treatment. *Clinical Microbiology and Infection*. 2002; 8(5): 265-74.
- Buğdaylı G, Akyürek E. Hemşirelerin hizmet ii eğitim faaliyetlerine ilişkin grşleri: bir niversite hastanesi rneği. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2017; 19(1): 14-25.
- Bulut A, şengl H. Sağlık hukuku ynnden hastane enfeksiyonlarının değerlendirilmesi. *Journal of Social And Humanities Sciences Research (JSHSR)*. 2018; 5(17): 275-283.

- Cai T, Mazzoli S, Mondaini N, Meacci F, Nesi G, D'Elia C, Malossini G, Boddi V, Bartoletti R. The Role of Asymptomatic Bacteriuria in Young Women With Recurrent Urinary Tract Infections: To Treat or Not to Treat? *Clinical Infectious Diseases*. 2012; 55(6): 771-7.
- Carrico RM, Bryant K, DeBaun B, Dornberger S, Franic C, Friedman C, Friis C, Herrin A, Lessa F, Limbago B, Fauerbach LL, Marx JF, Sands F, Segal P, Stephens D, Westhusing K, Wiemken T. *Guide to Preventing Clostridium Difficile Infections*. Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology. 2013.
- Celiloğlu C, Tolunay O, Çelik T, Sucu A, Yurtçu E, Çelik Ü. Çocuk yoğun bakım ünitesindeki hastane enfeksiyonlarının değerlendirilmesi. *Çocuk Enfeksiyon Dergisi*. 2017; 11(3): 129-134. Doi: 10.5578/ced.64028.
- Chaghari M, Saffari M, Ebadi A, Ameryoun A. Empowering Education: A New Model for In-service Training of Nursing Staff. *Journal of Advances in Medical Education & Professionalism*. 2017; 5(1): 26-32.
- Chastre J, Fagon JY. Ventilator-Associated Pneumonia. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2002; 15: 867-903.
- Çalışkan H. Bir ağız ve diş sağlığı merkezi çalışanlarının hizmet içi eğitim faaliyetlerinin sürecine ve etkinliğine ilişkin görüşlerinin analizi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 2015; 18(1): 72-86.
- Çetinkaya Şardan Y, Güner R, Çakar, Ağalar F, Bolaman Z, Yavaşoğlu İ, Kunt A, Yılmaz GR. Damar içi kateter enfeksiyonlarının önlenmesi kılavuzu. *Hastane Enfeksiyonları Dergisi*. 2013; 17(2): 233-279.
- Çetinkaya Şardan Y, Hekimoğlu H, Callak Oku F, Batır E. Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans 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.
- Demir Z. Çocuklarla çalışan hemşire ve hekimlerin izolasyon önlemlerine uyumunun değerlendirilmesi. T.C. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Mersin, 2014 (Tez Danışmanı: Doç. Dr. Hacer ÇETİN).
- Doğu Ö, Tiryaki Ö. Yoğun bakım hemşirelerinin izolasyon uyumu ve eldiven kullanma tutumlarının iş doyumuyla ilişkisi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 2017; 21(1): 16-21.
- Ducel G, Fabry J, Nicolle L. World Health Organization (WHO). *Prevention of hospital-acquired infections: a practical guide*. 2002.
- Eames I, Tang JW, Li Y, Wilson P. Airborne transmission of disease in hospitals. *Journal of the Royal Society Interface*. 2009; 6: 697-702.
- 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.
- Ertek M. Hastane Enfeksiyonları: Türkiye Verileri. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Hastane Enfeksiyonları: Korunma ve Kontrol Sempozyum Dizisi, Ocak 2008; No: 60, s: 9-14.
- Ertek M, Müezzinoğlu İA, Kurtoğlu D, Dağdelen Z, Aşçıoğlu S, Çetinkaya Şardan Y. Türkiye Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Rehberi. Ankara T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Ankara, 2010. <http://hastaneenfeksiyonlari.saglik.gov.tr/dosya/rehber.pdf> (7 Ocak 2017).
- Ewig S, Bauer T, Torres A. The pulmonary physician in critical care. *Nosocomial Pneumonia, Thorax*. 2002; 57(4): 366-71.
- Fashafsheh I, Ayed A, Eqtait F, Harazneh L. Knowledge and practice of nursing staff towards infection control measures in the palestinian hospitals. *Journal of Education and Practice*. 2015; 6(4): 79-90.
- França SR, Sant'Ana EA, Mafra ACCN, Prado M, Gagliardi GM, Edmond MB, Marra AR. The Impact of Isolation Precautions on Hand Hygiene Frequency by Healthcare Workers. *Infection Control And Hospital Epidemiology*. 2018; 39(2): 245-247.

- Gallagher L. Continuing education in nursing: A concept analysis. *Nurse Education Today*. 2007; 27(5): 466-473.
- Haider G, Zehra N, Munir AA, Haider A. Risk factors of urinary tract infection in pregnancy. 2010; 60(3): 213-216.
- Haque M, Sartelli M, McKimm J, Bakar MA. Health care-associated infections - an overview. *Infection and Drug Resistance*. 2018; 11: 2321-2333.
- Hemşirelik Terimleri Sözlüğü. T.C. Başbakanlık Atatürk Kültür, Dil ve Tarih Yüksek Kurumu, http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_hemşirelik&view=hemşirelik&kategori=yazimay&kelimesec=3270 (16 Ekim 2017).
- Hooton TM, Bradley SF, Cardenas DD, Colgan R, Geerlings SE, Rice JC, Saint S, Schaeffer AJ, Tambayh PA, Tenke P, Nicolle LE. Diagnosis, Prevention, and Treatment of Catheter-Associated Urinary Tract Infection in Adults: 2009 International Clinical Practice Guidelines From The Infectious Diseases Society of America. *Urinary Catheter Guidelines, Clinical Infectious Diseases*. 2010; 50(5): 625-663.
- <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/251730/9789241549929-eng.pdf;jsessionid=0222FFEF066CC4C8353F37FCCAD09C3D?sequence=1> (4 Mayıs 2019).
- <http://ueh.gov.tr/HastaneIcerik.aspx?p=d31b174a-be09-480b-a1e1-7e47f2b07e0b> (4 Kasım 2016).
- ^a<https://www.cdc.gov/hai/pdfs/guidelines/basic-infection-control-prevention-plan-2011.pdf> (20 Ocak 2017).
- ^b<https://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/guidelines/isolation-guidelines-H.pdf> (30 Mayıs 2019).
- ^c<http://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/9pscscscurrent.pdf> (5 Kasım 2016).
- <http://www.emro.who.int/pdf/media/news/who-urges-health-care-providers-to-clean-their-hands-to-reduce-infections.pdf?ua=1> (25 Mayıs 2019).
- <http://www.hider.org.tr/Yeniden/2007-2hastaneenfeksiyon.Pdf> (4 Kasım 2016).
- <http://www.sakaryaeah.saglik.gov.tr/klinikler/intaniye/izolasyon.pdf> (4 Kasım 2016).
- http://www.who.int/gpsc/country_work/burden_hcai/en/ (8 Ocak 2017).
- Huang TT, Wu SC. Evaluation of a training programme on knowledge and compliance of nurse assistants' hand hygiene in nursing homes. *Journal of Hospital Infection*. 2008; 68(2): 164-170.
- Hunter JD. Ventilator Associated Pneumonia. *BMJ*. 2012; 344: e3325.
- İkiz E. Öğrenmenin kapsamı ve etkileyen faktörler. *Eğitim Psikolojisi*. Ed: Deniz ME. Maya Akademi Yayın Dağıtım Eğitim Danışmanlık, 2015, 3. Baskı, Ankara, Türkiye, s: 177-233.
- Kahraman Uygun D. Beyin ve sinir cerrahisi kliniğinde hastane kökenli enfeksiyonlar ve risk faktörlerinin belirlenmesi. T.C. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Bakteriyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Edirne, 2010 (Tez Yöneticisi: Yrd. Doç. Dr. Aygül Doğan Çelik).
- Kanber NA, Gürlek Ö. Hemşirelerin uygulanan hizmet içi eğitim programından beklentileri ve bu program ile ilgili düşünceleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2011; 14(3): 52-58.
- Kaya H. Hasta eğitimi. *Hemşirelik Esasları: Hemşirelik Bilim ve Sanatı*. Ed: Atabek Aştı T, Karadağ A. Akademi Basın ve Yayıncılık, 2014, 1. Baskı, İstanbul, Türkiye, s: 235-244.
- Keskin Y, Özyaral O. Kuş Gribi Maskeleri. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, İstanbul, 2006: 5(4).
- Khan HA, Baig FK, Mehboob R. Nosocomial infections: Epidemiology, prevention, control and surveillance. *Asian Pacific Journal of Tropical Biomedicine*. 2017; 7(5): 478-482.
- Kol E, İlaslan E, Turkyay M. Training needs of clinical nurses at an university hospital in Turkey. *Nurse Education in Practice*. 2017; 22: 15-20.
- Koşgeroğlu N, Çelik N. Hastane enfeksiyonları içinde üriner sistem enfeksiyonlarının yeri. *Ankara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2004; 7(1): 10.
- Kowalski W. *Hospital Airborne Infection Control*. CRC Press, 2012, London, New York.

- Labrague LJ, McEnroe-Petitte DM, Van de Mortel T, Nasirudeen AMA. A systematic review on hand hygiene knowledge and compliance in student nurses. *International Nursing Review*. 2018; 65(3): 336-348.
- La-Rotta EIG, Garcia CS, Barbosa F, dos Santos AF, Vieira GMM, Carneiro M. Evaluation of the level of knowledge and compliance with standart precautions and the safety standard (NR-32) amongst physicians from a public university hospital. *Brazil. Brazilian Journal of Epidemiology*. 2013; 16(3): 786-97.
- Lo E, Nicolle LE, Coffin SE, Gould C, Maragakis LL, Meddings J, Pegues DA, Pettis AM, Saint S, Yokoe DS. Strategies to Prevent Catheter-Associated Urinary Tract Infections in Acute Care Hospitals: 2014 Update. *Infection Control and Hospital Epidemiology*. 2014; 35(5): 464-479.
- Luo Y, He GP, Zhou JW, Luo Y. Factors impacting compliance with standard precautions in nursing, China. *International Journal of Infectious Diseases*. 2010; 14: 1106-1114.
- Mankan T, Kaşıkçı MK. Hemşirelerin hastane enfeksiyonlarını önlemeye ilişkin bilgi düzeyleri. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2015; 4(1): 11-6.
- Martel J, Bui-Xuan EF, Carreau AM, Carrier JD, Larkin E, Vlachos-Mayer H, Dumas ME. Respiratory hygiene in emergency departments: Compliance, beliefs, and perceptions. *American Journal of Infection Control*. 2013; 41(1): 14-18.
- Musu M, Lai A, Mereu NM, Galletta M, Campagna M, Tidore M, Piazza MF, Spada L, Massidda MV, Colombo S, Mura P, Coppola RC. Assessing hand hygiene compliance among healthcare workers in six Intensive Care Units. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*. 2017; 58(3): 231-237.
- Noakes CJ, Beggs CB, Sleigh PA, Kerr KG. Modelling the transmission of airborne infections in enclosed spaces. *Epidemiology Infection*. 2006; 134: 1082-1091.
- Öcal D, Dolapçı İ. Santral venöz kateter ile ilişkili enfeksiyonlar. *Türk Mikrobiyoloji Cemiyeti Dergisi*. 2012; 42(1): 1-9.
- Özçetin M, Saz EU, Karapınar B, Önen S, Aydemir Ş, Vardar F. Hastane enfeksiyonları; sıklığı ve risk faktörleri. *Çocuk Enfeksiyon Dergisi*. 2009; 3: 49-53.
- Özden D, Özveren H. Hemşirelerin izolasyon önlemlerine uyumunda mesleki ve kurumsal faktörlerin belirlenmesi. *Journal of Academic Research in Nursing*. 2016; 2(1): 24-32.
- Özel HÖ, Yurtsever D, Mutlu S. Temel hemşirelik uygulamalarına ilişkin hizmet içi eğitimin değerlendirilmesi. *Okmeydanı Tıp Dergisi*. 2012; 28(3): 146-150.
- Parida S, Mishra SK. Urinary Tract İnfections in The Critical Care Unit: A Brief Review. *Indian Journal of Critical Care Medicine*. 2013; 17(6): 370-374.
- Pekuslu S, Demirci H, Taşçıoğlu S, Tuna E. Bir devlet hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerin izolasyon önlemlerine uyumlarının değerlendirilmesi. *Beylik U, Önder Ö, Güler H, Öztürk A. III. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Sözel Bildiriler Kitabı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü*, 2011; 1. Basım, s: 51-62.
- Pickard R, Lam T, MacLennan G, Starr K, Kilonzo M, McPherson G, Gillies K, McDonald A, Walton K, Buckley B, Glazener C, Boachie C, Burr J, Norrie J, Vale L, Grant A, N'Dow J. Types of urethral catheter for reducing symptomatic urinary tract infections in hospitalised adults requiring short-term catheterisation: multicentre randomised controlled trial and economic evaluation of antimicrobial- and antiseptic-impregnated urethral catheters (the CATHETER trial). *Health Technology Assessment*. 2012; 16(47): 1-197.
- Saba R. Yoğun Bakım Hastasında Destek Yaklaşımlar: Hangi Hastalarda İzolasyon Uygulanmalı? *Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı*, 2002. http://www.yogunbakimdergisi.org/managete/fu_folder/2002-EK/html/2002-2-EK-133-138.html (15 Ocak 2017).
- Saint S. Can Intersectional Innovations Reduce Hospital Infection? *Journal of Hospital Infection*. 2017; 95: 129-134.
- Saltoğlu N. Ventilator İlişkili Pnömoninin Önlenmesi ve Kontrolü. *Hastane Enfeksiyonları: Korunma ve Kontrol, Sempozyum Dizisi*, Ocak 2008; No: 60, s: 89-103.

- Sarani H, Balouchi A, Masinaeinezhad N, Ebrahimitabs E. Knowledge, Attitude and Practice of Nurses about Standard Precautions for Hospital-Acquired Infection in Teaching Hospitals Affiliated to Zabol University of Medical Sciences (2014). *Global Journal of Health Science*. 2016; 8(3): 193-198.
- Selimoğlu E, Yılmaz HB. Hizmet içi eğitimin kurum ve çalışanlar üzerine etkileri. *PARADOKS, Ekonomi, Sosyoloji ve Politika Dergisi*. 2009; 5(1): 1-12.
- Serbest Ş, Alıcı SU. Özel bir hastane grubunda çalışan hemşirelerin kurumdaki hizmet içi eğitim uygulamalarına ilişkin görüşleri. *İ.Ü.F.N. Hemşirelik Dergisi*. 2010; 18(2): 98-105.
- Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings, 2007.
- Suliman M, Aloush S, Aljezawi M, AlBashtawy M. Knowledge and practices of isolation precautions among nurses in Jordan. *American Journal of Infection Control*. 2018; 46(6): 680-684.
- Şahin AR, Yıldız BT, Aktemur A, Topal B, Nazik S, Ateş S. Bir üniversite hastanesi nöroloji yoğun bakım ünitesinde gelişen enfeksiyonların değerlendirilmesi. *Journal Contemporary Medicine*. 2019; 9(1): 43-47.
- Tanyeri K. Hemşirelerin hastane enfeksiyonlarını önlemede izolasyon önlemlerine uyumlarının belirlenmesi. *KKTC Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Lefkoşa*, 2018 (Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Burçin Işık).
- Taşpınar M. Temel kavramlar. *Kuramdan Uygulamaya Öğretim İlke ve Yöntemleri*. Data Yayıncılık, 2010, 4. Baskı, Ankara, Türkiye, s:1-20.
- Tayran N, Ulupınar S. Bir Ölçek Geliştirme Çalışması: İzolasyon Önlemlerine Uyum Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirliği. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 2011; 19(2): 89-98.
- T.C. Sağlık Bakanlığı İzmir İli Güney Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Tıbbi Hizmetler Başkanlığı Sağlık Bakım Hizmetleri Koordinatörlüğü, Hemşire Görev Tanımları Alan Çalışması, İzmir Örneği; Rapor. Aralık, 2013. <https://gaziemirdh.saglik.gov.tr/userfiles/files/hemsiregorevtanimlari.pdf> (25.12.2018).
- Teke T, Yavuz Z, Atalay H, Maden E, Solak Y, Uzun K. Yoğun bakımda kateter nedenli idrar yolu enfeksiyonlarını önlemede gümüş kaplı idrar sondasının etkinliği. *Yoğun Bakım Dergisi*. 2010; 2, s: 45-47.
- Usluer G, Esen Ş, Dokuzoğuz B, URAL O, Akan H, Arcagök C, Şahin H. İzolasyon Önlemleri Kılavuzu. *Hastane Enfeksiyonları Dergisi*. 2006; 10(2): 1-28.
- Vonberg RP, Kuijper EJ, Wilcox MH, Barbut F, Tüll P, Gastmeier P. Infection control measures to limit the spread of clostridium difficile. *Clinical Microbiology and Infection (CMI)*. 2008; 14(5): 2-20.
- Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği, T. C. Resmi Gazete, 11 Ağustos 2005, Sayı: 25903. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2005/08/20050811-6.htm>, (6 Haziran 2017).
- Yenilmez E, Ülçay A, Görenek L, Diktaş H. Yoğun bakım ünitelerinde gelişen sağlık bakımı ile ilişkili enfeksiyonların güncel tanımları. *Journal of Clinical and Analytical Medicine*. 2015; 6(3): 401-4.
- Yılmaz M. İzolasyon önlemleri ve çok ilaca dirençli bakteri enfeksiyonlarının önlenmesi ve kontrolü. *Hastane Enfeksiyonları: Korunma ve Kontrol, Sempozyum Dizisi*, Ocak 2008; No: 60, s: 213-219.
- Yıldırım N, Tapan B, Gayef A, Sezen A, Alıcı S, Kayan Tapan T. Hastane enfeksiyonlarının önlenmesine yönelik yapılan uygulamalar ve bir hastane örneği. *Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi*. 2015; 25(2): 93-100.
- Yüceer S, Bulut H. Beyin cerrahi yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin hastane enfeksiyonların önlenmesine ilişkin uygulamaları. *Dicle Tıp Dergisi*. 2010; 37(4): 367-374.
- Yüceer S, Demir SG. Yoğun bakım ünitesinde nozokomial enfeksiyonların önlenmesi ve hemşirelik uygulamaları. *Dicle Tıp Dergisi*. 2009; 36(3): 226-232.

Yüksel Ö, Nöroloji servisinde yatan akut inmeli hastalardaki hastane infeksiyonları ve risk faktörlerinin belirlenmesi. Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Trakya, 2008 (Tez Danışmanı: Prof. Dr. Özlem Tansel Bozkurt).

Zencir G, Bayraktar D, Khorshid L. Bir kamu hastanesinde çalışan hemşirelerin izolasyon önlemlerine uyumu. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2013; 29(2): 61-70.

Zilberberg MD, Shorr AF. Ventilator-Associated Pneumonia: The Clinical Pulmonary Infection Score as a Surrogate for Diagnostics and Outcome. Clinical Infectious Diseases. 2010; 51(S1): 131-135.

8. EKLER

EK A. Veri Toplama Formu

Bölüm I.

1. Yaşınız:....
2. Cinsiyetiniz:
 - a. Kadın
 - b. Erkek
3. Medeni durumunuz:
 - a. Evli
 - b. Bekar
4. Mezun olduğunuz okul:
 - a. Sağlık meslek lisesi
 - b. Ön lisans
 - c. Lisans
 - d. Yüksek lisans
 - e. Doktora
5. Meslekte çalıştığınız süre:..... yıl,ay
6. Çalıştığınız bölüm/klinik:.....
7. Bulduğunuz klinikte çalışma süreniz:..... yıl,ay
8. Haftalık ortalama kaç saat çalışıyorsunuz? :.....
9. Çalışma şekliniz:
 - a. Gündüz ağırlıklı
 - b. Gece ağırlıklı

Bölüm II.

10. Daha önce izolasyon önlemleri ile ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı?
 - a. Evet
 - b. Hayır

Cevabınız evetse izolasyon önlemleri ile ilgili almış olduğunuz eğitim konuları nelerdi? Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

- El hijyeni
- Standart önlemler (el yıkama, eldiven kullanma vb.)
- Hava yolu önlemleri
- Damlacık önlemleri
- Temas önlemleri
- Diğer

11. Eğitimi nerede aldınız?

- a. Bu kurumda
- b. Kurum dışında

12. İzolasyon önlemlerine ilişkin eğitimi hangi şekilde aldınız? Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

- a. Hemşirelik eğitimim sırasında
- b. Kurumun oryantasyon süreci içerisinde

- c. Kurumun hizmet içi eğitimi kapsamında
- d. Kurs, kongre, konferans vb. etkinlikler içerisinde
- e. Sertifika programı kapsamında (.....sertifikası alırken)
- f. Diğer

13. İzolasyon önlemleri ile ilgili almış olduğunuz hizmet içi eğitim sizce yeterli miydi?

- a. Evet
- b. Hayır (cevabınız hayırsa hizmet içi eğitime ilişkin görüş ve önerilerinizi yazınız.....)

14. İzolasyon önlemlerine ilişkin kaç kez eğitim aldınız?.....kez

15. İzolasyon önlemlerine ilişkin son hizmet içi eğitiminiz ne kadar süre önce idi?ay

16. Aldığınız hizmet içi eğitimleri nasıl değerlendiriyorsunuz?

- a. Kötü
- b. Orta
- c. İyi

17. Kendi izolasyon önlemlerinize uyumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

- a. Kötü
- b. Orta
- c. İyi

18. İzolasyon önlemlerine uymanızı engelleyen kişisel ya da klinik ortamına ilişkin faktörler var mı?

- a. Evet
- b. Hayır

Yanıtınız evetse nedir? Lütfen işaretleyiniz. Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

Bu konuda bilgimin yetersizliği

Çalıştığım birimde izolasyon uygulamaları için yeterli miktarda araç-gereç bulunmaması (eldiven, yüz-göz koruyucuları, maske, önlük vb.)

İş yoğunluğumun fazla olması

Yeterli dikkati gösterememem

İzolasyon figürlerini bilmemem / karıştırmam

Atık kutularının ergonomik şekilde yerleştirilmemesi / uygulamalar sırasında erişim zorluğu

Atıkların imhası konusunda bilgimin yeterli olmaması

Başka engel/neden görüyorsanız lütfen yazınız

19. İzolasyon önlemlerine uyumun artırılması konusunda 3 öneri yazınız.

1.....

2.....

3.....

İzolasyon Önlemlerine Uyum Ölçeği

Sayın katılımcı; aşağıdaki maddeler izolasyon önlemlerine uyumunuz ile ilgili bilgi edinmemize yardımcı olacaktır. Her madde için belirtilen görüşlerden size en uygun olanının altındaki alanı işaretleyiniz.

Ölçek maddeleri	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Fikrim Yok	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. madde					
2. madde					
3. madde					
4. madde					
5. madde					
6. madde					
7. madde					
8. madde					
9. madde					
10. madde					
11. madde					
12. madde					
13. madde					
14. madde					
15. madde					
16. madde					
17. madde					
18. madde					

* Ölçek geçerliğini yapan Tayran ve Ulupınar, maddelerin görünümüne izin vermediğinden maddeler numaralarla belirtilmiştir.

Hizmet İçi Eğitim Değerlendirme Ölçeği

Sayın katılımcı; aşağıdaki ifadeler aldığımız hizmet içi eğitimler ile ilgili görüşlerinizi öğrenmemize yardımcı olacaktır. Her ifade için belirtilen görüşlerden size en uygun olanının altındaki alanı işaretleyiniz.

Boyutlar	İfadeler	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Fikrim Yok	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Hizmet İçi Eğitim Uygulama Süreci	<ol style="list-style-type: none">1. Kurumumuzda eğitim ihtiyacı uygun yöntemlerle belirlenir.2. Kurumumuzda uygulanan eğitimler, çalışanların mesleki ihtiyacını karşılar.3. Kurumumuzda uygulanan eğitimlerin planları uygulanabilir ve gerçekçidir.4. Kurumumuzda eğitimler personelin istek ve ihtiyaçlarına göre programlanır.5. Kurumumuzda her bölüm ve pozisyon için eğitimler vardır.6. Kurumumuzda uygulanan eğitimlere uygun katılımcılar çağırılır.7. Kurumumuzda uygulanan eğitimlerin katılımcı sayısı uygundur.8. Kurumumuzda uygulanan eğitimlerin süresi yeterlidir.9. Eğitim konuları güncel ve kapsamı yeterlidir.10. Eğitimciler katılımcıları aktif kılabilmektedir.11. Kurumumuzda uygulanan eğitimlerin değerlendirme yöntemleri uygundur.					
Hizmet İçi Eğitim İle Kazanılan Bilginin Eyleme Dönüşme Etkinliği	<ol style="list-style-type: none">12. Aldığım hizmet içi eğitim yaptığım işin kalitesine olumlu yönde etki etmektedir.13. Aldığım hizmet içi eğitim işimi daha doğru yapmamı sağladı.14. Hizmet içi eğitimler ekip ruhunu geliştirerek iş birliğine dayalı bir çalışma ortamı yaratmaktadır.15. Aldığım hizmet içi eğitim kendimi daha başarılı ve yararlı hissetmemi sağladı.16. Aldığım hizmet içi eğitim iş arkadaşlarımla ve hastalarla ilişkilerime olumlu katkılar sağladı.17. Aldığım hizmet içi eğitim iş risklerini öğrenip önlem almamı sağladı.18. Aldığım hizmet içi eğitim mesleki güven duygumun gelişmesinde yararlı oluyor.					

EK B. HEMŞİRELERİN İZOLASYON ÖNLEMLERİNE UYUMU İLE HİZMET İÇİ EĞİTİM ARASINDAKİ İLİŞKİ BİLGİLENDİRME VE RIZA FORMU

Bu araştırma Dr. Öğr. Üyesi Saide Faydalı danışmanlığında, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi ve Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi hemşiresi Yılmaz Elmas tarafından, “Hemşirelerin İzolasyon Önlemlerine Uyumuna İle Hizmet İçi Eğitim Arasındaki İlişki” başlıklı bir yüksek lisans tez çalışması olarak planlandı. Bu çalışma ile hemşirelere sağlık bakımı ile ilişkili enfeksiyonlar ve izolasyon önlemleri ile ilgili verilen hizmet içi eğitimlerin, hemşirelerin izolasyon önlemlerine uyumuna etkisini ve hemşirelerin izolasyon önlemlerine uyum düzeyini belirlemek amaçlanmıştır. Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine yönelik ve izolasyon önlemlerine uyumlarıyla ilgili bilgiler, Ocak - Nisan 2018 tarihleri arasında Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde çalışan, araştırmaya katılmaya gönüllü olan hemşirelerden, araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu kapalı zarfta size verilerek doldurmanız istenecektir. Anket formunda sorulan soruları eksiksiz ve doğru cevaplamanız araştırmanın başarısı için önemlidir.

Araştırma için toplanan veriler, sadece bilimsel amaçlarla kullanılacak olup size ait bilgiler araştırmacılar tarafından gizli tutulacaktır. Araştırmaya katılımda gönüllülük ilkesi esas alınacaktır. İstedığınız zaman araştırmanın herhangi bir aşamasında araştırmaya katılmaktan vazgeçebilirsiniz. Araştırmaya katılım için sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecek ve size herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Araştırma süresince sorularınız için araştırmacı Yılmaz Elmas ile 05446296948 numaralı telefonda ve Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi adresinden irtibata geçebilirsiniz.

Araştırmayla ilgili bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntısıyla anlayarak bu araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcı	Görüşme tanığı	Araştırmacı
Adı, soyadı:	Adı, soyadı:	Adı, soyadı:
Adres:	Adres:	Adres:
Telefon:	Telefon:	Telefon:
İmza:	İmza:	İmza:

EK C. ÖLÇEK KULLANIM İZİNLERİ

Havva ÇALIŞKAN İle Yapılan İzin Yazışması

Yılmaz Bey,
"Hizmet İçi Eğitim Değerlendirme Ölçeği" ni çalışmanızda kullanabilirsiniz.
İyi çalışmalar.

Havva ÇALIŞKAN

*Edirne Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği
Eğitim Birimi*

Gönderen: yilmaz elmas <yilmazelmas92@hotmail.com>

Gönderildi: 15 Ekim 2017 Pazar 20:03

Kime: hcaliskan72@hotmail.com

Konu: Ölçek Kullanım İzni

Geçerlik güvenilirliğini yaptığınız "Hizmet İçi Eğitim Değerlendirme Ölçeği" nizi, "Hemşirelerin İzolasyon Önlemlerine Uyumuna Etki Eden Faktörlerin Belirlenmesi" başlıklı yüksek lisans tezimde kullanmak istiyorum. Ölçeğinizi kullanabilmem için izninizi ve ölçeğin geçerlik güvenilirliği yapılmış hali ile kullanım özellikleri konusunda desteğinizi rica ediyorum.

Saygılarımla.

Yılmaz Elmas
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Ankara/Türkiye
0 544 629 69 48

Nurgül TAYRAN İle Yapılan İzin Yazışması

2016-06-27 8:09 GMT+03:00 Nurgül Tayran <tayranster@gmail.com>:

Günaydın, geri dönüş için gecikmem nedeniyle tekrar kusura bakmayın, elimde olmayan nedenlerden dolayı oldu. E-postaları kontrol ederken mesajınıza rastladım.

Ölçek puanlama ve ölçeğin kendisi ektedir. Ölçek ile ilgili ayrıntılı bilgi aşağıda sunulmuştur.

İZOLASYON ÖNLEMLERİNE UYUM ÖLÇEĞİ (İÖÜÖ)

FN Hemşirelik Dergisinin 2011 Haziran sayısında yayınlanan makalede de belirtildiği üzere (sh 97; sonuç ve öneriler kısmında) ölçeğin tek boyutlu olarak kullanılmasını önermekteyiz. İlgili makalenin aynı sayfasında tartışmanın son bölümünde açıklandığı üzere bir ölçeğin tek boyutlu kullanılması için açıklanan varyans oranı değeri önemlidir. Tek boyutlu ölçeklerde açıklanan varyans oranının %30, çok boyutlu ölçeklerde daha yüksek olması beklenmektedir (Şencan H. 2005, Büyüköztürk 2008, Watson ve Thompson 2006). İÖÜÖ varyansının %50.50'si açıklanmıştır. Cronbach alfa değeri 0.85'tir.

Analizler sonucunda çevre kontrolü ve el hijyeni, eldiven kullanımı alt boyutlarındaki madde sayılarının az olması (4 madde ve 3 madde) nedeniyle Cronbach alfa değeri diğer boyutlara göre (bulaşma yolu alt boyutu ile çalışan-hasta güvenliği alt boyutu) daha düşük çıkmıştır. Bu konuda da madde sayısının az olmasının etkili olduğu düşünülmüştür. Ölçeğin tek boyutlu olarak kullanımının veri analizinde daha yararlı olacağı öngörülmüştür.

Ölçekte olumsuz ifadeler (madde 5,7, 12, 17) büyükten küçüğe doğru (5, 4, 3, 2, 1,) ters, olumlu olan diğer maddeler ise küçükten büyüğe doğru (1, 2, 3, 4, 5) puanlanmaktadır. Puanlamada toplam puan (en düşük puan 18, en yüksek puan 90) ya da ortalama (en düşük ortalama 1; en yüksek ortalama 5) kullanılabilir. Ben konu ile ilgili tez çalışmamda ortalamayı kullandım, 5 üzerinden değerlendirilerek, puan yükseldikçe uyum artıyor şeklinde yorumlanmıştır.

Çalışmalarınızda başarılar dilerim.

Uzm. Hem. Nurgül TAYRAN

İÜ. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi

Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi

05423311380

02124143000-21971

----- Yönlendirilmiş ileti -----

Gönderen: Saide Faydalı <sdfydl@gmail.com>

Tarih: 26 Haziran 2016 15:35

Konu: Re: İzolasyon önlemlerine uyum ölçeği

Alıcı: Nurgül Tayran<tayranster@gmail.com>

1 Nisan 2016 12:37 tarihinde Saide Faydalı <sdfydl@gmail.com> yazdı:

Sayın Tayran

Geçerlik güvenilirliğini yaptığınız "İzolasyon Önlemlerine Uyum Ölçeği"nizi hemşirelerde izolasyon önlemlerine uyum ilişkisini araştırmak amacı ile kullanmak istiyoruz. Ölçeğini kullanabilmemiz için izninizi ve ölçeğin geçerlik güvenilirliği yapılmış hali ile kullanım özellikleri konusunda desteğinizi rica ediyoruz.

Sevgi ve saygıyla

Yrd.Doç.Dr. Saide FAYDALI

Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Konya / Türkiye

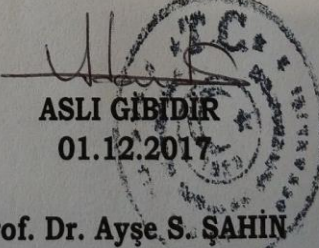
EK D. Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul Kararı

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ
İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ DIŞI ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Toplantı Sayısı:58	Toplantı Tarihi: 01.12.2017
---------------------------	------------------------------------

Karar Sayısı:2017/1093;N.E.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Saide FAYDALI' nın **“Hemşirelerin İzolasyon Önlemlerine Uyumu İle Hizmet İçi Eğitim Arasındaki İlişki” (The Correlation Between In-Service Training by Nurses' Compliance with Isolation Precautions)** başlıklı yüksek lisans tez çalışması ile ilgili 27.11.2017 tarihli dilekçesi ve ekleri görüşüldü, Yılmaz ELMAS' ın yüksek lisans tez çalışmasının N.E.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Saide FAYDALI' nın sorumluluğunda yürütülmesinin uygun olduğuna oybirliği ile karar verilmiştir.


Not: Çalışma ile ilgili gerekli izin ve yasal sorumluluk araştırmacılara aittir.
Sorumlu Araştırmacı: Yrd. Doç. Dr. Saide FAYDALI
Yardımcı Araştırmacı: Yılmaz ELMAS


ASLI GİBİDİR
01.12.2017


Prof. Dr. Ayşe S. ŞAHİN
İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul Başkan Yardımcısı

SHOT ON MI6
MI DUAL CAMERA

EK E. Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Ankara 1. Bölge Genel Sekreterliği Kurum İzni



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Ankara 1. Bölge Genel Sekreterliği



ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
25.12.2017 11:30 75252626 604.01.02 E 0003
0005908512

Sayı : 75252626-604.01.02
Konu : Yılmaz ELMAS - Araştırma İzni

NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü)

İlgi : Yılmaz ELMAS'ın 12/12/2017 tarihli dilekçesi.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Yılmaz ELMAS'ın "Hemşirelerin İzolasyon Önlemlerine Uyumu ile Hizmet İçi Eğitim Arasındaki İlişki" konulu tez çalışmasının Müdürlüğümüze bağlı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılmasına ilişkin Hastane Yöneticiliği görüş yazısı ekte gönderilmiştir.

Tez çalışmasının onay yazısıyla birlikte sağlık tesisinin Ar-Ge Birimine başvurarak başlatılması, ilgili sağlık tesisinde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmaya katılımın gönüllülük esasına göre yapılması, araştırmanın amacı, yöntemi, kapsamı, süresi, araştırma metodu ve kavramsal çerçevesini açıklayan bilgiler göz önünde bulundurularak yapılması, çalışmanın sonucunun Müdürlüğümüz bilgisi dışında ilan edilmemesi, çalışma sonunda sonuç raporunun Müdürlüğümüze gönderilmesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Dr. Ali EDIZER
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

Ek: 1 Sayfa

Dağıtım:
Bilgi: Ankara İl Sağlık Müdürlüğü

Emrah Mah General Dr. Tevfik Sağlam cad Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Kulliyesi İçi E Blok/ ANKARA
Faks No:0312 311 63 64
e-Posta:gulay.devki@saglik.gov.tr İnt.Adresi: İdari Hizmetler Başkanlığı Ar-Ge Birimi Gülay DEVKİ
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden c7d74f97-984e-427a-b8bd-4a8686d27401 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Gülay DEVKİ
Unvan:EBE
Telefon No:0 312 306 37 20



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
SBÜ Ankara Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

SBÜ ANKARA NÜMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ - SBÜ ANKARA NÜMUNE EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ
22.12.2017 11:41 - 20796219 - 929 - E-37923



Sayı : 20796219-929
Konu : Yılmaz ELMAS - Araştırma İzni

ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi:12.12.2017 tarih ve E-8046 sayılı yazınız.

İlgi yazınızda, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Yılmaz ELMAS'ın, "Hemşirelerin İzolasyon Önlemlerine Uyumu ile Hizmet İçi Eğitim Arasındaki İlişki" konulu tez çalışmasını hastanemizde yapması talebi Hastane Yöneticiliğimizce uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır.
Süreyya KALE
Hastane Yöneticisi a.
Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü

Hacettepe Mahallesi Talatpaşa Bulvarı No:44 Altındağ Ankara

Bilgi için:Ferda ATAMAN

Faks No:3125084910

Unvan:Veri Hazırlama ve Kontrol İşlt.

e-Posta: ferda.ataman@saglik.gov.tr İnt. Adresi: <http://www.anh.gov.tr/>

Telefon No:

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden c7d74f97-984e-427a-b8bd-4a8686d27401 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

**EK Tablo 1. Hemşirelerin İzolasyon Önlemlerine Uyum Ölçeği (İÖÜÖ)
Yanıtları**

Maddeler	Kesinlikle Katılmıyorum		Fikrim Yok	Kesinlikle Katılıyorum	
	n(%)	n(%)		n(%)	n(%)
1.madde	5(2.0)	12(4.8)	5(2.0)	138(55.2)	90(36.0)
2.madde	5(2.0)	13(5.2)	12(4.8)	173(69.2)	47(18.8)
3.madde	3(1.2)	4(1.6)	8(3.2)	155(62.0)	80(32.0)
4.madde	9(3.6)	8(3.2)	7(2.8)	122(48.8)	104(41.6)
5.madde	156(62.4)	56(22.4)	3(1.2)	22(8.8)	13(5.2)
6.madde	20(8.0)	13(5.2)	5(2.0)	90(36.0)	122(48.8)
7.madde	156(62.4)	57(22.8)	4(1.6)	14(5.6)	19(7.6)
8.madde	5(2.0)	9(3.6)	8(3.2)	80(32.0)	148(59.2)
9.madde	3(1.2)	3(1.2)	11(4.4)	107(42.8)	126(50.4)
10.madde	4(1.6)	4(1.6)	7(2.8)	131(52.4)	104(41.6)
11.madde	6(2.4)	6(2.4)	5(2.0)	101(40.4)	132(52.8)
12.madde	190(76.0)	38(15.2)	3(1.2)	9(3.6)	10(4.0)
13.madde	16(6.4)	32(12.8)	23(9.2)	86(34.4)	93(37.2)
14.madde	9(3.6)	13(5.2)	3(1.2)	94(37.6)	131(52.4)
15.madde	5(2.0)	1(0.4)	5(2.0)	96(38.4)	143(57.2)
16.madde	2(0.8)	4(1.6)	5(2.0)	86(34.4)	153(61.2)
17.madde	139(55.6)	73(29.2)	7(2.8)	21(8.4)	10(4.0)
18.madde	8(3.2)	7(2.8)	8(3.2)	83(33.2)	144(57.6)

* Ölçek geçerliğini yapan Tayran ve Ulupınar, maddelerin görünümüne izin vermediğinden maddeler numaralarla belirtilmiştir.

EK Tablo 2. Hemşirelerin Hizmet İçi Eğitim Değerlendirme Ölçeği Yanıtları

Maddeler	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Fikrim yok	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Kurumumuzda eğitim ihtiyacı uygun yöntemlerle belirlenir.	25(10.0)	105(42.0)	71(28.4)	35(14.0)	14(5.6)
Kurumumuzda uygulanan eğitimler, çalışanların mesleki ihtiyacını karşılar.	20(8.0)	115(46)	67(26.8)	37(14.8)	11(4.4)
Kurumumuzda uygulanan eğitimlerin planları uygulanabilir ve gerçekçidir.	21(8.4)	113(45.2)	69(27.6)	34(13.6)	13(5.2)
Kurumumuzda eğitimler personelin istek ve ihtiyaçlarına göre programlanır.	21(8.4)	95(38.0)	77(30.8)	44(17.6)	13(5.2)
Kurumumuzda her bölüm ve pozisyon için eğitimler vardır.	25(10.0)	105(42.0)	74(29.6)	32(12.8)	14(5.6)
Kurumumuzda uygulanan eğitimlere uygun katılımcılar çağırılır.	24(9.6)	118(47.2)	67(26.8)	30(12.0)	11(4.4)
Kurumumuzda uygulanan eğitimlerin katılımcı sayısı uygundur.	24(9.6)	97(38.8)	85(34.0)	32(12.8)	12(4.8)
Kurumumuzda uygulanan eğitimlerin süresi yeterlidir.	26(10.4)	112(44.8)	71(28.4)	27(10.8)	14(5.6)
Eğitim konuları güncel ve kapsamı yeterlidir.	22(8.8)	113(45.2)	72(28.8)	32(12.8)	11(4.4)
Eğitimsiz katılımcıları aktif kılabilir.	24(9.6)	85(34.0)	85(34.0)	39(15.6)	17(6.8)
Kurumumuzda uygulanan eğitimlerin değerlendirme yöntemleri uygundur.	21(8.4)	96(38.4)	83(33.2)	34(13.6)	16(6.4)
Aldığım hizmet içi eğitim yaptığım işin kalitesine olumlu yönde etki etmektedir.	36(14.4)	126(50.4)	56(22.4)	24(9.6)	8(3.2)
Aldığım hizmet içi eğitim işimi daha doğru yapmamı sağladı.	31(12.4)	134(43.6)	55(22.0)	17(6.8)	13(5.2)
Hizmet içi eğitimler ekip ruhunu geliştirerek iş birliğine dayalı bir çalışma ortamı yaratmaktadır.	26(10.4)	121(48.4)	64(25.6)	29(11.6)	10(4.0)
Aldığım hizmet içi eğitim kendimi daha başarılı ve yararlı hissetmemi sağladı.	28(11.2)	130(52.0)	57(22.8)	27(10.8)	8(3.2)
Aldığım hizmet içi eğitim iş arkadaşlarımla ve hastalarla ilişkilerime olumlu katkılar sağladı.	25(10.0)	119(47.6)	65(26.0)	32(12.8)	9(3.6)
Aldığım hizmet içi eğitim iş risklerini öğrenip önlem almamı sağladı.	33(13.2)	139(55.6)	51(20.4)	19(7.6)	8(3.2)
Aldığım hizmet içi eğitim mesleki güven duygumun gelişmesinde yararlı oluyor.	33(13.2)	119(47.6)	65(26.0)	23(9.2)	10(4.0)

9. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı soyadı: Yılmaz ELMAS

Doğum tarihi: 06.01.1992

Doğum yeri: Ardahan

Medeni hali: Evli

İletişim adresi: Güzelburç Mahallesi Kıbrıs Caddesi No:53-3100 Antakya/HATAY

Tel: 03262294400-2403

E-mail: yilmazelmas92@hotmail.com

Eğitim

Lise: Hüseyin Özbuğday Anadolu Lisesi (2010)

Lisans: Mustafa Kemal Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu (2014)

Yüksek Lisans: Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü (2015-....)

Mesleki Deneyim

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi - Hemşire (2015-2018)

Hatay Devlet Hastanesi - Hemşire (2018-...)