HEMŞİRELERİN KIRIM KONGO KANAMALI ATEŞİ (KKKA) HASTALIĞI HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN VE HASTALARA KARŞI TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Hatice YAĞCI
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Nuray DAYAPOĞLU

Yüksek Lisans Tezi-2019

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELERİN KIRIM KONGO KANAMALI ATEŞİ (KKKA) HASTALIĞI HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN VE HASTALARA KARŞI TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Hatice YAĞCI

İç hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Nuray DAYAPOĞLU

ERZURUM
2019

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

HEMŞİRELERİN KIRIM KONGO KANAMALI ATEŞİ (KKKA) HASTALIĞI HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN VE HASTALARA KARŞI TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Hatice YAĞCI

Tez Savunma Tarihi : 12.12.2019

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Nuray DAYAPOĞLU (Atatürk Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Prof. Dr. Mehtap TAN (Atatürk Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Sibel İBA YILMAZ (Sağlık Bilimleri Üniversitesi)

Onay

Bu çalışma yukarıdaki Jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Duygu ARIKAN
Enstitü Müdürü

Yüksek Lisans Tezi
ERZURUM - 2019

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER ..... **I**

TEŞEKKÜR ..... **IV**

ÖZET ..... **V**

ABSTRACT ..... **VI**

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ ..... **VII**

ŞEKİLLER DİZİNİ ..... **IX**

TABLOLAR DİZİNİ ..... **X**

1. GİRİŞ **1**

2. GENEL BİLGİLER **3**

2.1. Kırım Kongo Kanamalı Ateşi 3

2.1.1. Tarihçesi ve Epidemiyolojisi 3

2.1.2. Etken 7

2.1.3. Bulaş Yolları 7

2.1.4. Risk Grupları 9

2.1.5. Klinik bulgular 9

2.1.6. Laboratuvar Bulguları 13

2.1.7. Tanı Yöntemleri 13

2.1.8. Tedavi 14

2.1.8.1. Ribavirin Tedavisi 14

2.1.8.2. Antibiyotik tedavisi 16

2.1.8.3. Destek Tedavisi 16

2.1.8.4. Diğer Tedaviler 17

2.1.8.5. Aşı Çalışmaları 18

2.1.9. KKKA Bildirim Sistemi 20

2.1.10. Enfeksiyon Kontrol Uygulamaları 20
2.1.10.1. Kişisel Korunma Önlemleri 21
2.1.10.2. Hastayla Temas Önlemleri ve İzolasyon 22
2.1.10.3. Dezenfeksiyon 23
2.1.10.4. Laboratuvar Önlemleri 24
2.1.10.5. Temaslı Personelin Takibi 24
2.1.10.6. Cenazelerin Hazırlanması ve Gömülmesi 25
2.1.11. Enfeksiyon Hastalıkları ve Hemşirelik 25
2.1.12. KKKA ve Hemşirelik Bakımı 27
2.1.13. Hemşirelerin KKKA Hakkındaki Bilgi Düzeyleri ve Tutumları 28
3. MATERYOL VE METOT 32
3.1. Araştırmanın Türü 32
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman 32
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 32
3.4. Verilerin Toplanması 32
3.4.1. Anket Formu 33
3.4.2. Verilerin Değerlendirilmesi 33
3.5. Araştırmanın Değişkenleri 34
3.6. Araştırmanın Etik İlkeleri 35
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği 35
4. BULGULAR 36
5. TARTIŞMA 64
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 75
KAYNAKLAR 78
EKLER 89

EK-1. ÖZGEÇMİŞ 89

EK-2. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU 90

EK-3. ETİK KURUL ONAY FORMU 91

EK-4. KURUM İZNİ 92

EK-5. KURUM İZNİ BAŞLIK DÜZELTMESİ 93

EK-6. HASTANE İZNİ 94

EK-7. ANKET 95

EK-8. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU 98

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam süresince bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen, çalışmanın her aşamasında bana destek olan danışman hocam Sayın Doç. Dr. Nuray DAYAPOĞLU'na saygı ve şükranlarımı sunarım.

Yüksek lisans eğitimim boyunca beni her konuda destekleyen, yanımda olduklarını her zaman hissettiğim sevgili ailem ve arkadaşlarıma, katkılarından dolayı Enfeksiyon Servisi hekimlerinden Dr. Öğr. Üyesi Sibel İBA YILMAZ ve Uzm. Dr. Ömer KARAŞAHİN'e ve çalışmama katılım sağlayarak bana destek veren tüm meslektaşlarıma teşekkür ederim.

Hatice YAĞCI

ÖZET

Hemşirelerin Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) Hastalığı Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin ve Hastalara Karşı Tutumlarının Değerlendirilmesi

Amaç: Bu çalışma hemşirelerin KKKA hastalığı hakkındaki bilgi düzeylerini ve hastalara karşı tutumlarını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Tanımlayıcı türde olan bu çalışma Nisan-Mayıs 2019 tarihleri arasında S.B.Ü. Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan 315 hemşire ile yapılmıştır. Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu kullanılmıştır. Verilerin analizi için SPSS 22 paket programı kullanılmıştır.

Bulgular: Bu çalışmaya katılan hemşirenin %73'ünün kadın, %47.9'unun 19-25 yaş arası, %57.5'inin bekâr, %79.7'sinin lisans mezunu, %58.1'inin mesleki deneyiminin 1-5 yıl arasında olduğu, %58.1'inin daha önce KKKA tanısı almış ya da şüphesi olan bir hasta takip etmemiş olduğu, %68.6'sının ise KKKA hastalığı hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu düşündüğü tespit edilmiştir. Katılımcıların %44.75'inin bilgi edinme kaynağı olarak kurum içi eğitimlerden faydalanmaktadır. Hemşirelerin KKKA hastalığına dair genel bilgi düzeyinin yüksek olduğu (27.55±4.29), hastalığın tedavisi (2.19±.894) ve laboratuvar bulguları (1.35±.717) kategorilerindeki bilgi düzeyinin diğer kategorilere göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Cinsiyet, eğitim düzeyi ve çalışılan birime göre toplam bilgi düzeyi arasında anlamlı bir fark bulunmazken ($p>0.05$) yaş ve mesleki kıdem arttıkça bilgi düzeyinin de arttığı görülmüştür ($p<0.05$). Aynı zamanda KKKA hastası takip etmiş ve KKKA hastalığı hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünen hemşirelerin bilgi düzeylerinin anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Hemşirelerin %55.6'sı KKKA hastalarına bakmayı tercih etmedikleri ve % 57.5'i hastalarla aynı ortamda bulunmak istemediklerini belirtmişlerdir. Katılımcıların % 94.6 'sı KKKA hastasına bakmanın mesleki risklerini artırdığı ve % 79.0' u bulaş yollarını bilmelerine rağmen bu hastalığa yakalanmaktan korktuklarını belirtmiştir.

Sonuç: Hemşirelerin KKKA hastalığına dair tedavi ve laboratuvar bulguları kategorilerindeki bilgi düzeyleri daha düşük bulunmuş olup yaş ve mesleki kıdem arttıkça toplam bilgi düzeyi de artmıştır. Aynı zamanda hemşireler KKKA hastalığına yakalanmaktan korkmakta ve bu hastalara bakmamayı tercih etmektedirler.

Anahtar Kelimeler: Bilgi düzeyi, hemşirelik, kırım kongo kanamalı ateşi, tutum

ABSTRACT

Evaluation of Knowledge Levels of Nurses about Crimean-Congo Hemorrhagic Fever (CCHF) and their Attitudes towards Patients

Aim: This study aims to evaluate the knowledge levels of nurses about CCHF and their attitudes towards patients with CCHF.

Materials and Methods: This descriptive study was conducted with 315 nurses working in S.B.Ü. Erzurum Regional Training and Research Hospital between April and May 2019. Data were collected using a questionnaire developed by researchers in accordance with the literature. The SPSS 22 package program was used for the analysis of the data.

Results: Of the nurses participated in the study, 73% (230) was female, 47.9% was in the 19-25 age group, 57.5% was single, 79.7% had a Bachelor's degree, 58.1% had 1-5 years of professional experience, 58.1% did not followed-up a patient diagnosed with or suspected CCHF previously, and 68.6% was believing that he/she has adequate knowledge about the CCHF disease. It was determined that 44.75% of the participants benefited from in-house training as a source of knowledge acquisition. The nurses had a high level of general knowledge about the disease (27.55±4.29), and their level of knowledge about the treatment of the disease (2.19±.894) and laboratory findings (1.35±.717) was found to be lower than in other categories. While there was no significant difference between gender, education level and the working unit in terms of the total knowledge level ($p>0.05$), it was found that the level of knowledge increased with increasing age and professional seniority ($p<0.05$). In addition, it was found that the nurses who followed-up patients with CCHF and thought to have adequate knowledge of CCHF disease had a significantly higher level of knowledge ($p<0.05$). Approximately half of the nurses stated that they did not prefer to provide care for CCHF patients (55.6%), and did not want to be in the same environment with them (57.5%). Of the participants, 94.6% stated that providing care for a CCHF patient increases their occupational risk, and 79.0% stated that they were still afraid of being infected, even though they knew the ways of transmission.

Conclusion: The knowledge level of nurses in the categories of treatment and laboratory findings for CCHF disease was lower, and their overall level of knowledge was found to increase as age and professional seniority increases. Moreover, nurses are afraid of having CCHF disease, and prefer not to provide care for these patients.

Keywords: Attitude, crimean-congo hemorrhagic fever, knowledge level, nursing

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AIDS : Acquired Immune Deficiency Syndrome (Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu)

AST : Aspartat Aminotransferaz

ALT : Alanin Aminotransferaz

aPTT : Aktive Parsiyel Tromboplastin Zamanı

CCHF : Crimean-Congo Hemorrhagic Fever

CDC : Centers For Disease Control And Prevention (Hastalıklardan Korunma Ve Kontrol Merkezi (ABD)

CK : Kreatin Kinaz

DNA : Deoksiribo Nükleik Asit

DIC : Dissaminated Intravascular Coagulation (Damar İçi Pıhtılaşma)

ECDC : European Centre For Disease Prevention And Kontrol (Avrupa Hastalıklardan Korunma Ve Kontrol Merkezi)

ELİSA : Enzyme-Linked Immunosorbent Assay

FDA : U.S. Food and Drug Administration (Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi)

GİS : Gastrointestinal Sistem

HICPAC : Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee

HIV : Human Immunodeficiency Virus (İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü)

IFA : Immun Floresan Antikor

ILO : International Labour Organization (Uluslararası Çalışma Örgütü)

INR : Internatıonal Normalized Ratio (Uluslararası Standart Oran)

KKKA : Kırım Kongo Kanamalı Ateşi

LDH : Laktik Dehidrogenaz

MVA : Modified Vaccinia Virüs Ankara

PT **:** Protrombin Zamanı

RT-PCR **:** Reserve Transcription-Polimeraz Chain Reaction (Ters Transkripsiyon Polimeraz Zincir Reaksiyonu)

SBÜ :Sağlık Bakanlığı Üniversitesi

UHK **:** Umumi Hıfzısıhha Kanunu

WHO **:** World Healty Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No **Sayfa No**

Şekil 2.1. KKKA vaka ve ölüm sayıları, (Türkiye/ 2008-2017) 6

Şekil 2.2. KKKA vaka ve ölüm sayıları, (Türkiye/2008-2017) 6

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo No **Sayfa No**

Tablo 2.1. Yıllara ve ülkelere göre KKKA salgınları 4

Tablo 2.2. Türkiye'de KKKA olgularındaki belirti ve bulgular 11

Tablo 4.1. Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ile ilgili bulgular 36

Tablo 4.2. Hemşirelerin KKKA hastalığına ait deneyimleri 37

Tablo 4.3. Hemşirelerin KKKA hastalığına ait bilgi durumları..... 38

Tablo 4.4. Hemşirelerin KKKA'nın görüldüğü zaman ve yer konusundaki bilgi durumları 40

Tablo 4.5. Hemşirelerin KKKA hastalığına "Yaklaşımla İlgili" bilgi durumları 41

Tablo 4.6. Hemşirelerin KKKA'nın "Risk Gruplarıyla İlgili " bilgi durumları 42

Tablo 4.7. Hemşirelerin KKKA hastalığında "Hastanın Kliniği İle İlgili " bilgi durumları..... 43

Tablo 4.8. Hemşirelerin KKKA hastalığında "Dezenfeksiyon ve Defin İle İlgili " bilgi durumları 45

Tablo 4.9. Hemşirelerin KKKA hastalığında "Bulaş Yolları İle İlgili " bilgi durumları 46

Tablo 4.10. Hemşirelerin KKKA hastalığından "Korunma Yöntemleri İle İlgili " bilgi durumları 48

Tablo 4.11. Hemşirelerin KKKA hastalığının "Tedavisi İle İlgili " bilgi durumları..... 49

Tablo 4.12. Hemşirelerin KKKA hastalığının "Laboratuvar bulguları ile ilgili " bilgi durumları 50

Tablo 4.13. Hemşirelerin cinsiyetlerine göre KKKA hastalığı hakkındaki bilgi düzeylerine ait puan ortalamalarının karşılaştırılması 51

Tablo 4.14. Hemşirelerin yaşlarına göre KKKA hastalığı hakkındaki bilgi düzeylerine ait puan ortalamalarının karşılaştırılması 52

Tablo 4.15. Hemşirelerin eğitim durumlarına göre KKKA hastalığı hakkındaki bilgi düzeylerine ait puan ortalamalarının karşılaştırılması 54

Tablo 4.16. Hemşirelerin çalışma süresine göre KKKA hastalığı hakkındaki bilgi düzeylerine ait puan ortalamalarının karşılaştırılması 55

Tablo 4.17. Hemşirelerin çalıştıkları birimlere göre KKKA hastalığı hakkındaki bilgi düzeylerine ait puan ortalamalarının karşılaştırılması 57

Tablo 4.18. Hemşirelerin daha önce KKKA tanısı almış ya da şüphesi olan hasta takip etme durumlarına göre KKKA hastalığı hakkındaki bilgi düzeylerine ait puan ortalamalarının karşılaştırılması 59

Tablo 4.19. Hemşirelerin KKKA hastalığı hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünme durumlarına göre KKKA hastalığı hakkındaki bilgi düzeylerine ait puan ortalamalarının karşılaştırılması 60

Tablo 4.20. Hemşirelerin KKKA hastalarına yönelik tutumları 61

1. GİRİŞ

KKKA, yüksek mortaliteye ulaşabilen, enfekte kenelerin sebep olduğu viral, bulaşıcı bir enfeksiyon hastalığı olup akut gelişmekte , ölümcül seyredebilmektedir.[1, 2]

Sağlık bakanlığının tanımladığı bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalıklardan biri olan, Viral Kanamalı Ateşler (VKA) arasında en yaygın görülen ve Türkiye'de saptanmış ilk VKA olan Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) hastalığıdır.[3] [4] Bu hastalık 2002 yılından beri ülkemizde görülmekte olup, 2003 yılından beri bildirimi yapılmaktadır. KKKA, Asya, Doğu Avrupa, Afrika ve Ortadoğu'daki yaklaşık 30 ülkede olduğu gibi Türkiye'de de önemli bir sağlık sorunudur.[5, 6]

Sağlık bakanlığı verilerine göre Türkiye'de 2002 ile 2017 yılları arasında 10.562 pozitif vaka ve 501 ölüm bildirilmiştir (Vaka ölüm oranı %4,74). S.B.Ü. Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 2018 yılı içerisinde 65, 2019 yılı Nisan ve Ekim ayları arasında ise 71 pozitif vaka bildirimi yapılmıştır.[7, 8]

Bütün ülkelerde halkın sağlığını ilgilendiren konularda verilecek kararlar için dikkate alınan ögelerden biri de bulaşıcı hastalıklar hakkındaki bilgilerdir. Bulaşıcı hastalıkların durumu, ülkenin sağlık hizmetlerinin etkinliği ve gelişmişlik düzeyi ile yakından ilgilidir.[9]

Sağlık bakanlığı bulaşıcı hastalıkların önlenmesi ve kontrolünün sağlanması için bildirim sistemi oluşturmuştur. Hastalıkların kontrolü konusunda personelini eğitir ve eğitimlerin sürekliliğini sağlar.[3] Bir hastalık hakkındaki bilgi düzeyinin artması, doğru davranışların ve tutumların oluşmasına, hemşirelik bakımının kalitesinin artmasına, nazokomiyal bulaşların önlenmesine katkı sağlayabilmektedir.

Sağlık çalışanlarının da içinde bulunduğu bazı gruplar KKKA hastalığı açısından risk altındadırlar. Zaman zaman bu hastalığın sağlık çalışanlarına bulaşabildiği ve sağlık çalışanlarının ölümüne neden olduğu bildirilmiştir.[8, 10]

Hastalarla en çok temas halinde olan mesleklerden biri olan hemşirelik bu hastalık için riskli kabul edilen meslekler içerisinde yer almaktadır.[5, 8, 11] Özellikle endemik sayılan bölgelerde çalışan hemşirelerin KKKA hastalığı hakkındaki bilgi düzeylerinin saptanması ve bu doğrultuda eğitimler düzenlenmesi hastalığın nazokomiyal bulaşının engellenmesine katkı sağlayacaktır. Bilgi düzeyi arttıkça hemşirelik bakımının kalitesini de artacaktır.[11, 12]

Hemşirelerin KKKA olan hastalara karşı yanlış tutumları hastada damgalanma, dışlanma duygusu gibi bir takım olumsuz durumlara neden olabilmektedir. Hemşirelerin bilgi düzeyinin düşük olması hastalara karşı tutumlarını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. [12]

Hemşirelik bakımının kalitesini artırmak, nazokomiyal bulaşları önlemek ve KKKA hastalarına karşı uygulanan yanlış tutumların düzeltilmesi için hemşirelerin bilgi düzeylerinin artırılması, doğru tutum ve doğru sağlık davranışlarının geliştirilmeşi gerektiği düşünülmektedir. Etkili bir sağlık eğitimi vermek ve olumlu sağlık davranışı oluşturmak için eğitim verilecek olan toplumun sosyodemografik özellikleri, inançları göz ardı edilmemeli, kişilerin bilgi düzeylerinin eksik olduğu alanlar saptanmalı ve eğitimler bu yönde düzenlenmelidir. Bunu yaparken de bilgi düzeyinin araştırıldığı çalışmaların göz önünde bulundurulması fayda sağlayacaktır.

KKKA hastalığı konusunda bilgi düzeyinin sorgulandığı çalışmalar literatürde sınırlı sayıda mevcuttur.[12-18] Erzurum ili bu hastalık için endemik bir bölge olmasına rağmen, bu bölgede KKKA hastalığı ile ilgili yapılmış sınırlı sayıda çalışma[19] bulunmakla birlikte sadece hemşireler üzerinde yapılmış çalışmalara rastlanılmamıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda bu çalışma Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışmakta olan hemşirelerin bilgi düzeylerini ve hastalara karşı tutumlarını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kırım Kongo Kanamalı Ateşi

KKKA, yüksek mortaliteye ulaşabilen, enfekte kenelerin sebep olduğu viral, bulaşıcı bir enfeksiyon hastalığıdır. Akut gelişir, ölümcül seyredebilir.[1, 2]

Enfeksiyon, patojen mikroorganizmaların vücuda girerek çoğalması durumudur. Gelişen enfeksiyon sonucunda hastalık belirtileri oluşmasına ise enfeksiyon hastalığı denir.[20]

Mikroorganizmalar doku ve hücrelerin gereksinim duydukları besin maddelerini tüketerek organizma içerisinde çoğalırlar. Vücut savunmasını sağlayan hücreleri hedef alarak dokuları ve hücreleri tahrip eden toksinler üreterek enfeksiyon oluştururlar.[20]

2.1.1. Tarihçesi ve Epidemiyolojisi

Tarihte ilk kez 12. Yüzyılda Orta Asya'da şu andaki Tacikistan topraklarında dışkıda idrarda, diş etlerinde, balgamda ve karın boşluğunda kanamalar ve ateş ile karakterize bir sendrom tarif edilmiştir. [21] Modern tarihte ise ilk kez 1944 yılında Kırımda ortaya çıkan bir salgınla tanımlanmış ve Kırım Kanamalı Ateşi ismi verilmiştir. Bu olaydan yaklaşık 10 yıl sonra Kongo'da da aynı belirtiler gösteren bir hastalık daha ortaya çıkmış, 1969 yılında ise Kırım ve Kongo'daki iki hastalığın da aynı olduğunun tespit edilmesiyle Kırım Kongo Kanamalı Ateşi olarak yeniden isimlendirilmiştir.[6, 19, 22-24]

KKKA Asya, Doğu Avrupa, Afrika ve Ortadoğu'da yaklaşık 30 ülkede görülen endemik bir hastalıktır.[11, 18] Viral Kanamalı Ateşler içinde dünyada en sık görülen KKKA hastalığıdır.[21, 25, 26]

1945 yılından itibaren bugüne kadar bir çok KKKA salgını birdirilmiştir. Bunlar tablo 2.1.de belirtilmiştir.[4, 21]

Tablo 2.1. Yıllara ve ülkelere göre KKKA salgınları

Coğrafi bölge	Yıllar	Olgu sayıları	Olgu/ölüm oranı(%)	Meslekler
Güneydoğu avrupa				
Kırım	1944-1945	200	10	Askerler
Astrahan	1953-1963	104	17	Tarım çalışanları
Rostov	1963-1969	323	15	Tarım çalışanları
Bulgaristan	1953-9174	1105	17	Tarım çalışanları Sağlık çalışanı
	1975-1996	279	11	Tarım çalışanları
	1997-2003	138	21	Tarım çalışanları
Arnavutluk	2001	7	0	Tarım çalışanları Sağlık çalışanı
Kosova	2001	18	33	Tarım çalışanları
Türkiye	2002-2006	1100	5	Tarım çalışanları
Asya				
Çin	1965-1994	260	21	Tarım çalışanları
	1997	26	24	Tarım çalışanları
Kazakistan	1948-1968	75	50	Tarım çalışanları
Tacikistan	1943-1970	97	23	Tarım ve laboratuvar çalışanı
Pakistan	1976	14	29	Sağlık çalışanı Çoban
	1994	3	Bilinmiyor	Sağlık çalışanları
	2000	9	55	Tarım çalışanları Sağlık çalışanı
Ortadoğu				
Birleşik Arap emirlikleri	1979	6	50	Sağlık çalışanları
	1994-1995	11	73	Tarım çalışanları
Irak	1979-1980	55	64	Tarım çalışanları

Tablo 2.1. (Devamı)

Coğrafi bölge	Yıllar	Olgu sayıları	Olgu/ölüm oranı(%)	Meslekler
Suudi Arabistan	1990	7	0	Tarım çalışanları
Umman Emirliği	1995-1996	4	Bilinmiyor	Tarım çalışanları
İran	2003	81	18	Tarım çalışanları
Afrika				
Zaire (kongo)	1956	2	0	Hekim
Uganda	1958-1977	12	8	Deve sahibi
Moritanya	1983	1	0	Tarım çalışanları Sağlık çalışanı
	2004	38	29	Bilinmiyor
Burkina faso	1983	1	0	Bilinmiyor
Güney Afrika cumhuriyeti	1981-1986	32	31	Çiftçiler , sağlık çalışanı
Güneybatı afrika	1986	1	0	Öğrenci
Kenya	1986	1	0	Bilinmiyor
	2000	1	100	Tarım çalışanı

Türkiye'de ise bugüne kadar saptanan ilk viral kanamalı ateş (VKA) olan KKKA, ilk kez 2002 yılında Tokat ili ve çevresinde görülmeye başlanmıştır. Çoğunlıkla Karadeniz bölgesinin güneyi, İç ve Doğu Anadolu bölgesinin kuzey bölgelerini kapsayan coğrafyada görülmektedir.[6, 18] Vakaların çoğu Tokat, Yozgat, Çorum, Sivas, Amasya, Sivas ve Erzurum illeri başta olmakla birlikte Kelkit Kanyonu ve çevresindeki 15 ilden bildirilmiştir.[19, 27] Son yıllarda hastalığın görüldüğü alan genişlemiş ve hemen hemen her ilden bildirimler yapılmaya başlanmıştır.Ülkemizde bildirimi zorunlu C grubu hastalıklar arasında yer almaktadır.[1]

Türkiye'deki KKKA vakalarının ve ölümlerinin yıllara göre dağılımı Şekil 2.1. ve Şekil 2.2. de verilmiştir.[8]

KIRIM KONGO KANAMALI ATEŞİ (KKKA)

Vaka ve Ölüm Sayıları, Morbidite ve Mortalite Hızları, Türkiye, 2008-2017

Yıllar	Nüfus	Vaka Sayısı	Morbidite Hızı (100.000)	Ölüm Sayısı	Mortalite Hızı (1.000.000)
2008	71.517.100	1315	1,84	63	0,88
2009	72.561.312	1318	1,82	63	0,87
2010	73.722.988	868	1,18	50	0,68
2011	74.724.269	1075	1,44	54	0,72
2012	75.627.384	796	1,05	37	0,49
2013	76.667.864	910	1,19	37	0,48
2014	77.695.904	967	1,24	44	0,57
2015	78.741.053	718	0,91	29	0,37
2016	79.814.871	432	0,54	16	0,20
2017	80.810.525	343	0,42	16	0,20

Şekil 2.1. KKKA vaka ve ölüm sayıları, (Türkiye/ 2008-2017)



Şekil 2.2. KKKA vaka ve ölüm sayıları, (Türkiye/2008-2017)

Sağlık bakanlığı verilerine göre Türkiye'de 2002 ile 2017 yılları arasında 10.562 pozitif vaka ve 501 ölüm bildirilmiştir (Vaka ölüm oranı %4,74). 2017 yılında bildirimi yapılan 343 pozitif vakanın 36 tanesi bu çalışmanın yapıldığı yer olan S.B.Ü. Erzurum

Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden bildirilmiştir. Yine bu hastaneden 2018 yılı içerisinde 65 tane, 2019 yılı Nisan ve Ekim ayları arasında ise 71 tane pozitif vaka bildirimi yapılmıştır. [7, 8]

KKKA hastalığı ilkbahar ve yaz mevsimlerinde fazla görülmekle birlikte Haziran ve Temmuz ayları en çok görüldüğü aylardır. [1]

2.1.2. Etken

Hastalığın etkeni Bunyaviridae ailesinden Nairovirus cinsi zarflı bir RNA virüsüdür. En sık rastlanan bulaş yolu ise Hyalomma cinsine ait infekte kenelerdir .[5, 6, 12, 22-24] Bu virüs yalnızca yeni doğmuş süt emen farelerde ve insanlarda hastalık tablosu oluşturur. İnsanlarda şiddetli hemorajik ateş ve ölüme kadar seyreden bir klinik gösterebilir. Bunun dışındaki canlılarda belirti vermeyen viremi tablosu oluşturur.[6 28] Hastalığın mortalitesi %3 ile %30 arasında değişmektedir.[6, 17]

KKKA virüsü kimyasal ve fiziksel ajanlara karşı dayanıksızdır. Konak dışında yaşayamaz. Isıtıldığı zaman 56°C'de 30 dakika içinde inaktive olur. Ultraviyolede hızla yok olur. Dezenfektan olarak ise %2 gluteraldehit, %1 hipoklorit ve deterjanlara da duyarlıdır. Ayrıca bu virüs hücre kültürlerinde üretilebilir. [29]

2.1.3. Bulaş Yolları

Hastalığın en sık görülen bulaş yolu, virüs ile enfekte bir kenenin insana tutunması ve kan emmesi sırasında olmaktadır. Bu kenelerin çıplak elle ezilmesi, patlatılması yolu ile de bulaşabilmektedir. Bunun dışında enfekte olmuş hastaların ya da viremi dönemindeki hayvanların kan ve diğer vücut sıvıları ile temas sonucu da bulaşabilmektedir.[6, 22] Ülkemizdeki olguların %70'inde kene ile temas öyküsü bulunmaktadır.[26]

Hasta kişilere yapılan invaziv girişimler sırasında, öksürme hapşırma gibi eylemler esnasında damlacık yolu ile bulaş olabilir. Hastaların idrar ve tükürük

örneklerinde de, serumdakine yakın değerlerde viral yük olduğu saptanmıştır. Bunun yanında şu ana kadar hava yolu ile bulaşın olduğu gösterilmemiştir. Rusya'da bir vakada solunum yolu ile bulaştan şüphelenilmiş olsa da herhangi bir belgelenmiş kanıt yoktur.[10]

KKKA hastalarının kanamalı oldukları dönem bulaştırıcılığın en yüksek olduğu dönemdir. Asemptomatik dönemlerde ise bulaş riskinin daha az olduğu söylenebilir.[26]

Horizontal yol ile anneden bebeğe geçiş olgusu, Saijo ve ark.'nın[30] yaptığı bir çalışmada bildirilmiştir.

Viremi döneminde kesilen hayvanların kesilmesi esnasında, ya da hayvanın etinin tüketilmesi ile de bulaş olabilmektedir. Chisholm ve ark.'nın[31] 2009 yılında Mısır'daki bir çalışmasında mezbahada kesilen sığır, bufalo, deve ve koyunların üzerinden keneler toplanmış ve bu keneler üzerinde KKKA virüsü tespit edilmiştir.[31]

Viremik hayvanların et ve süt ürünleriyle virüs bulaşabilmektedir.[2] Hastalık için koyun, keçi, sığır gibi hayvanlar rezervuardırlar. Virüs bu hayvanların vücudunda 7-10 gün kadar bulunabilmektedir. Kenelerde ise virüs ömür boyu görülebilmektedir. Larva dönemindeki bir kene virüsü alıp, gömlek değiştirme döneminde bünyesinde koruyup, sonrasında bu virüsü diğer duyarlı organizmalara aktarabilir (transtadial geçiş). Virüsün keneler arasında da bulaşı olabilmektedir. Enfekte bir konaktan kan emmiş olan bir dişi kene bu virüsü yumurtalarına da aktarabilir (transovarial geçiş). Bu sebeplerden dolayı keneler KKKA için hem rezervuar hem de vektör görevi görmektedir.[2, 6, 21, 22, 32]

Günümüzde vektör olduğu kanıtlanan 10 kene türü vardır. Bunların 6 tanesi Hyalomma cinsine ait kenelerdir .[21]

Kuşlar da keneler için önemli bir rezervuar grubudur. Kanatlı hayvanların çoğu enfeksiyona karşı dirençlidir. Kuşların mevsimsel göçleri esnasında virüs kıtalar arası taşınabilmektedir.[33] Palomar ve ark.'nın[34] Fas'ta yaptıkları bir çalışmada, göçmen kuşlardan keneleri toplamışlar ve bu kenelerde KKKA virüsünü tespit etmişlerdir.[34]

Bu bulaş yolları virüsün ekosistemde çok uzun bir süre varlığına ve dolaşımına sebep olmaktadır. Virüsün önemli derecede bulaşının olması, yüksek mortaliteye sahip olması ve doğada uzun süre varlığını sürdürebilmesi biyolojik silah olarak kullanılması konusunda endişe uyandırmaktadır.[22, 35]

2.1.4. Risk Grupları

Hastalık için en riskli grupta olan kişiler özellikle endemik bölgelerdeki tarım çalışanları ve hayvancılıkla uğraşan kişilerdir. Sağlık Bakanlığı verilerine göre olguların %67 sini tarım ve/veya hayvancılıkla uğraşan kişiler oluşturmaktadır. Ülkemizdeki olguların %90'ını kırsal alanda yaşayan ve hayvancılıkla uğraşan kişiler oluşturmaktadır. Bunun yanında bir çok vakada kişilerin kırsal alanlara seyahat öyküsü olduğu da belirtilmiştir. Kamp ve piknik alanlarında korunmasız olarak bulunan insanlar da risk grubundadır.[21, 26]

Sağlık çalışanları da hastalara olan yakın temaslarından dolayı yüksek risk altında bulunan ikinci gruptur.[26] Endemik bölgelerdeki sağlık çalışanları, özellikle ağız, burun, diş eti ve vajina kanaması olan hastaların takibi sırasında hastalık kapabilirler. Ayrıca enfekte olmuş kişi ile aynı ortamda ve temasta bulunan insanlar da riskli gruptadırlar.[21, 25]

Virüs Enfekte hayvanların kan ve vücut sıvılarıyla da bulaşabildiği için evcil veya yabani hayvanlarla yakın teması bulunan meslek grupları (hayvan bakıcıları, hayvanların sağımcıları ve kırkımcıları, çobanlar, kasaplar, mezhaha çalışanları, deri fabrikalarındaki işçiler ve veteriner hekimler) da riskli gruplardandır.[21]

2.1.5. Klinik bulgular

KKKA hastalığı tipik olarak 4 evreden oluşmaktadır. Bunlar; inkübasyon, prehemorajik, hemorajik ve konvelesans evredir.[22]

Hastalığın inkübasyon süresi 1-14 gün arasında değişmektedir. [6, 22] Bu süre virüsün bulaş yoluna, virüs miktarına ve hastanın immünitesine bağlı olarak farklılık göstermektedir.[6] Hastalık kene ısırması sonucu bulaşmış ise kuluçka süresi 2-3 gün en fazla 9 gün olabilmektedir. Eğer hastalık enfekte kan ve vücut sıvıları ile bulaşmışsa bu süre 5-6 gün en fazla 14 gün olabilir.[8]

İnkübasyon döneminin ardından ani başlayan bir ateş, üşüme, titreme, yaygın vücut ve baş ağrıları, karın ağrısı, baş dönmesi, uyku hali, bulantı ve kusma, iştahsızlık, ishal, konjonktivalarda kızarıklık görülmektedir. Bu dönem prehemorajik evredir. [25] İlerleyen günlerde ise peteşi, ekimoz ve purpura tarzı deri altı kanamaları, diş eti, mide, burun, üriner sistem kanamaları, akciğer ve beyin kanamaları gibi belirtilerle seyreden hemorajik evre görülmektedir.[22, 36] Hemorajik evre kısadır, hızlı gelişir. Genellikle hastalığın başlamasından sonraki 5-7 gün içinde görülür. Hastaların üçte birinde ise dalak ve karaciğer büyümesi, solunum yetmezliği, koma, şok ve ölüme kadar giden ileri derece belirtiler de görülebilir.[25] Bunun yanında hastalık daha hafif bir tablo ile seyredip, 10-20 gün sonra iyileşme (konvelesans evre) de görülebilir. Konvelesans evrede zayıf görme, taşikardi, solunum güçlüğü, işitme ve hafıza kaybı gibi belirtiler bildirilmiştir. Ancak bu bulgulardan hiç biri Türkiye'deki olgularda görülmemiştir.[22 25]

KKKA hastalığının patogenezi tam olarak bilinmemekle birlikte hemorajik ateş virüslerin bilinen özelliklerinden biri , virüsün konağın hücrelerine saldırması ve immün cevabın baskılanmasıdır.[37] Virüs vücuda girdikten sonra bölgesel lenf bezlerinde ve yerel dokularda çoğalır. Lenf ve monositler yolu ile dalak, karaciğer, lenf bezleri, akciğer ve adrenal bezler olmak üzere vücuda yayılır. Sistemik enflamatuvar sendromu tablosu oluşur. [25]

Hastalarda aynı anda gerçekleşen trombosit agregasyonu ve degranülasyonu sonucu hemostaz bozukluğu meydana gelir. Ölümcül seyreden vakalarda hastalığın erken

dönemlerinden itibaren koagülasyon bozuklukları görülüp dissemine intravasküler koagülasyon (DİK)'a rastlanmaktadır. Ölen hastalarda anlamlı olarak daha belirgin DİK saptanmıştır.[25, 38]

Genel kanıya göre ölümün , kanama sonucu meydana geleceği düşünülse de ölüm genellikle şok ve multiorgan yetmezliği sonucunda olur.[25]

KKKA'da viremi döneminde klinik bulgular görülür. Viral yüke bağlı olarak hastalık çok hafif belirtilerle seyredebilirken şiddetli mortal bir tablo da görülebilir. Viral klirens (temizlenme) sağlandığı zaman klinik ve laboratuvar bulguları da geriler. Mortal seyreden vakalarda IgG 'nin gelişmediğini, IgG'nin virüse karşı nötralizan (durdurucu) antikorlar olduğunu gösteren çalışmalar vardır. [39]

Türkiye'den bildirilen KKKA olgularındaki klinik belirti ve bulgular Tablo 2.2. de verilmiştir.[21]

Tablo 2.2. Türkiye'de KKKA olgularındaki belirti ve bulgular (2010)

Belirti ve Bulgular	**%**
Bulantı, kusma	80
Miyalji	70
Ateş	75
Baş ağrısı	75
Kanamalar	48
Epistaksis	40
Hematemez	26
Hematüri	16

Tablo 2.2. (Devamı)

Belirti ve Bulgular	**%**
Melena	14
Hemoptizi	8
Konjuktivitada kızarıklık	42
Makülopapüler döküntü	35
Hepatomegali	35
İshal	34
Uyku hali	20
Sarılık	10
Splenomegali	10
Lenfadenopati	15

Çok şiddetli olgularda solunum yetmezliği, koagülopati, şok, şuur bozukluğu ve koma gelişerek ölüme kadar gidebilmektedir.[4, 5, 22]

Ölüm genellikle 5-14. Günler arasında görülmektedir. Hastalar genellikle beyin, böbrek, kalp, akciğer yetmezliğinden DİK ve şoktan dolayı ölürler. Dünya genelindeki mortalite ortalaması yaklaşık %30 iken, ülkemizde 2018 yılında %4.74 dür. Bazı ülkelerde ise bu oran %80'lere kadar çıkabilmektedir. Bu farklılığın tanı ve tedavi imkanlarına, virüsün filogenetik varyasyonlarına, toplumun bilinç düzeyine bağlı olduğu düşünülmektedir.[22]

Nazokomiyal bulaş sonrası gelişen enfeksiyonlardaki ölüm oranı, direkt kenelerden bulaş sonrası oluşan enfeksiyonlara göre daha yüksektir.[22, 40]

Hafif ve orta dereceli klinik gösteren hastalar 9-10 günde iyileşirler. İyileşen kişilerde genellikle sekel kalmaz.[21] Hastalık kronikleşmez. Hastalar muhtemelen vücutlarında oluşan nötralizan IgG tipi antikor sayesinde hastalığa karşı ömür boyu bağışıklık kazanacağı için hastalığın relapsı yoktur.[6, 22,26]

2.1.6. Laboratuvar Bulguları

Trombositopeni ve lökopeni hastalığın en belirgin laboratuvar bulgularındandır. Aspartat aminotransferaz (AST), alanin aminotransferaz (ALT) ve laktik dehidrogenaz (LDH) düzeylerinde artış, PT, aPTT ve INR sürelerinde uzama, kreatin kinaz (CK) düzeyinde artışlar görülmektedir. Fibrin yıkımı ürünlerinde artış fibrinojen düzeyinde de azalmalar görülebilmektedir. Anemi de görülebilir. Belirgin bir kanama olmasa da hemoglobin değerinde düşme görülebilir. Sağ kalan hastalarda genellikle 5-9. günlerde laboratuvar testleri normale dönmektedir. [6, 21, 22, 41 24-26]

2.1.7. Tanı Yöntemleri

Tanının erken konulabilmesi, hastalara daha erken müdahale edilebilmesi, tedavinin başarısı, hastalığın nazokomiyal bulaşının önlenmesi, sağlık çalışanlarının korunması ve salgınların önlenmesi açısından önemlidir.[22]

KKKA olduğu düşünülen hastalarda öncelikle tam kan sayımı yapılması gerekir. lökosit sayısı < 4000/mm^3 ve/ veya trombosit sayısı < 150.000/ mm^3olan durumlarda KKKA hastalığını doğrulamak gereklidir. [8]

Hastalığın tanısı, virüsün izole edilmesi, virüs antijenleri ve oluşan IgM tipi antikorların serolojik yollarla saptanması ve moleküler yöntemler kullanılarak virüs RNAsının tespit edilmesi ile koyulur.[22, 41]

Virüs izolasyonu, hastalığın ilk 5 gününde hastadan alınan kan veya diğer sıvıların yeni doğan farelere uygulanması şeklinde veya hücre kültürleri kullanılarak yapılmaktadır. Ancak bu işlemlerin yapılabilmesi için biyogüvenlik seviyesi 4 olan laboratuvarlar gerekmektedir. Bu durum yöntemlerin kullanımını kısıtlamaktadır.[6, 21, 22]

Hastalığın yaklaşık 7. gününden sonra IFA ve ELISA testleri ile spesifik IgM ve IgG antikorları hastanın kanında saptanır. IgM antikoru hastalıktan sonra yaklaşık 4 ay kadar pozitif kalır. Sonrasında saptanamayacak şekilde azalır. Bunun yanında IgG

antikoru 5 yıl kadar pozitifliğini sürdürür. IgM antikorunun varlığı yeni geçirilmekte olan bir enfeksiyonun göstergesi iken IgG antikorunun varlığı tek başına tanı koydurmaz. Daha önceden geçirilmiş bir hastalığın göstergesi de olabilir.[21, 22]

Hastalığın tanısında kullanılan diğer yöntemler ise reverse transcription-polimeraz zincir reaksiyonu (RT-PCR) ve real time RT-PCR adı verilen moleküler yöntemlerdir. Son yıllarda en çok tercih edilen bu yöntemler , son derece duyarlı,özgül ve hızlı bir yöntemdir. [21, 22] Yeni geliştirilen ve daha özgün olan diğer bir yöntem ise ‘’otomatize real-time assay’’dır. Bu yöntem kullanılarak bulaş ve kontaminasyon riski en aza indirilmektedir.[1]

KKKA hatalığında viremi 10-12 gün boyunca devam ettiği için bu süre içerisinde serumda viral RNA ve PCR saptanabilmektedir.[22]

2.1.8. Tedavi

KKKA tedavisinde kullanılabilecek etkin bir antiviral ajan yoktur. Destek tedavisi esastır. Yıllar içerisinde farklı tedavi yöntemlerinin etkinliği denenmiştir.[26]

2.1.8.1. Ribavirin Tedavisi

KKKA hastalığının spesifik bir tedavisi bulunmamakla birlikte ribavirin, KKKA tedavisinde ön plana çıkmış ve etkinliği hakkında çeşitli tartışmaların olduğu antiviral bir ilaçtır. KKKA virüsünün replikasyonunu inhibe ettiği gösterilmiştir.[41]

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) hem oral hem de intravenöz formlarda ribavirin kullanımını önermekedir.[42] Mart 2007 tarihinden itibaren WHO, ribavirini KKKA’ne etkili bir ilaç olarak ‘’Temel ilaçlar ‘’ listesine eklemiştir. Rivavirinin KKKA üzerine etkinliği hayvanlar üzerinde denenerek gösterilmiştir. Fakat insanlar üzerinde, ribavirin etkinliğini araştırmak üzere yapılacak randomize kontrollü çalışmaların etik olmadığını, ECDC (Avrupa Hastalıklardan Korunma ve Kontrol Merkezi) Eylül 2008 raporunda belirtmiştir. İnsanlar üzerinde yapılmış klinik çalışmalar bulunmadığından kullanımı

tartışmalıdır. Buna rağmen CDC (Amerika Birleşik Devletleri Hastalıklardan Korunma ve Kontrol Merkezi) ribavirinin yararlı olduğunu belirtmektedir. [21, 22, 35]

Pakistan'da WHO işbirliği ile yayınlanmış bir rehberde de tedavi ve profilakside ribavirin önerilmektedir. Mikrobiyoloji ve enfeksiyon hastalıkları uzmanlarının sık sık başvurdukları bir kaynak olan Sanford Rehberi'nde (2009 baskısı) ribavirin dozları belirtilmiş olup kullanılması önerilmiştir. [43]

KKKA saptanan bir hasta ile yakın temas gibi riskli bir durumda bulunan kişilere de ribavirin profilaksisi uygulanması önerilmektedir. Yakın temas veya iğne batması olmamışsa yaklaşık 2 hafta boyunca gün aşırı tam kan sayımı ve gerekli görülürse ribavirin başlanabileceği önerilmektedir. [10]

Mardani ve ark.'nın[44] İranda yaptığı geriye dönük bir çalışmada rivabirin verilerek tedavi edilmiş olan 69 hastanın 8'i (%11,6) ölmüştür. Ribavirin verilmeden tedavi görmüş olan 12 hastanın ise 7 tanesi (%58,3) ölmüştür. Çalışma sonucuna göre ribavirin kullanımı desteklenmiştir. Bununla birlikte kontrol grubundaki hasta sayısının az olması ve çalışmanın geriye dönük yapılmış olması güvenilirliği azaltmış olabilir.[44]

Izadı ve ark.'nın[45] çalışmasında, ribavirinin hastalığın erken döneminde kullanılmasının etkili olacağı sonucuna varılmıştır.[45]

Türkiyede ise çok sayıda hasta içeren ve ribavirinin etkinliğini araştıran bir çok çalışmada ribavirin kullanımının hastalığın seyrini değiştirmediği sonucuna varılmıştır. [46] [47-49] Özkurt ve ark.'nın[50] çalışmasında ise ribavirin kullanımının, fatalite oranını, kan ürünleri gereksinimini, hastanın hastanede kalış süresini ve hastane harcamalarını değiştirmediği fakat ribavirin kullanan hastaların ortalama iyileşme sürelerinin, kullanmayanlara göre daha kısa olduğu sonucuna varılmıştır.

Türkiyedeki sonuçların İran'ki sonuçlardan farlı bulunmasının sebebi bu iki ülkedeki KKKA suşları birbirinden farklı olması olabilir. Yapılan in vivo çalışmalar[51] , farklı suşların ribavirin tedavisine farklı tepkiler verdiğini ortaya koymuştur.[51]

Elaldı ve ark.'nın[47] yaptığı bi diğer yarı deneysel çalışmada ise ribavirin alan ve almayan hastalar karşılaştırılmış, ribavirinin mortalite üzerine bir etkisinin olmadığı sonucuna varılmıştır. Bunun yanında ilk 8 gün göz önüne alındığı zaman mortalitenin, ribavirin alan hastalarda daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durumun sebebinin, ribavirinin organlar üzerindeki toksik etkileri ve organ yetmezliklerine sebebiyet vermesi olduğu üzerinde durulmuştur.[47]

Ribavirin kullanımına karar verilirken ciddi yan etkilerinin olduğu da unutulmamalıdır. Genotoksik etkisi bulunan ribavirin, lenfositler ve spermler üzerinde mutajenik etkiye sahiptir.[52, 53] Emriyotoksik ve teratojenik etkilerinden dolayı gebelerde kullanılmasının da olumsuz sonuçları olabilmektedir. [22]

Ülkemizde, Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği'ne (2008) göre KKKA hastalığında kullanılan ribavirin, hasta katılım payından muaf ilaçlar listesinde bulunmaktadır.[54]

2.1.8.2. Antibiyotik tedavisi

KKKA tedavisinde antibiyotiklerin yeri yoktur. Ancak araya başka bakteriyel enfeksiyonların girmesi durumunda bu etkenlere yönelik uygun antibiyotikler verilmelidir.[6]

2.1.8.3. Destek Tedavisi

KKKA hastalığının temelini oluşturmaktadır. Hastaların sıvı elektrolit düzeyleri takip edilmeli gerektiğinde sıvı desteği sağlanmalıdır. Kan değerleri takip edilmesi, sık aralıklarda hastaların tam kan sayımları yapılmalıdır. Gerekli durumlarda taze donmuş plazma , trombosit süspansiyonu ve tam kan verilebilir. Solunum sistemi, dolaşım sistemi

ve beslenme açısından hasta desteklenmelidir. Solunum yetersizliğinde mekanik ventilatörler, renal yetmezlik görüldüğünde hemodiyaliz uygulanmalıdır. Hasta, kanamalara sebep olabileceğinden travmalardan korunmalıdır. Ateşe yönelik 4-6 saat aralılarla (10 mg/kg) parasetamol uygulanabilir. Stres ülserlerine karşı mide korunmalıdır. GİS varsa enteral beslenme kesilmeli parenteral beslenme desteği verilmelidir. Ajitasyon varsa buna yönelik semptomatik tedavi uygulanabilir.[8, 22 6, 41]

2.1.8.4. Diğer Tedaviler

1985 yılında Güney Afrika'da Tygerberg Hastanesinde interferonların tedavi yöntemi olarak denendiği nazokomiyal bir salgında, hastalığın belirtilerine benzeyen yan etkiler ortaya çıktığından tedaviye son verilmek zorunda kalınmıştır. KKKA hastalığında interferon kullanımı ile ilgili fazla bir deneyim bulunmamaktadır.[41, 55]

Hastalığı geçirmiş kişilerin tekrar hasta olmaması ve ölen kişilerde IgG antikorunun oluşmaması bu antikorun nötralizan antikor olduğunu göstermektedir. KKKA geçirmekle veya aşı ile immünizasyon sonrası yüksek titrede IgG tipi antikora sahip kişilerin serumlerı alınmış ve elde edilen immünglobünler akut KKKA hastalarında tedavi amacıyla kullanılmıştır.[41]

Hiperimmunglobulin tedavisinin araştırıldığı bir çalışmada KKKA hastalığını geçirmiş olan hastalardan alınan serumlardan elde edilen hiperimmunglobulinler, mortal seyreden KKKA hastalarında kullanılmıştır. 15 hastanın sağ kalım oranı %87.6 bulunmuş ve hiperimmunglobulin yönteminin riskli hastalarda umut verici olduğu ve daha geniş seçilmiş hasta grubunda denenmesi gerektiği sonucuna varılmıştır.[56]

Bulgaristan'da, 1970'lerde KKKA ya yönelik geliştirilmiş aşı, sağlıklı insanlara uygulanmaş ve bu insanlardan elde edilen immünglobulinler de tedavide kullanılmıştır. Ancak bu uygulamanın etkinliğini kanıtlayan herhangi bir veri yoktur.[22]

Plazmaferez yöntemi de KKKA hastalarında kullanılmış ancak literatürde etkinliğine dair çalışmalara rastlanmamıştır.

İmmun serum, interferon ve plazmaferez gibi uygulamaların tedavi yöntemi olarak kullanılabilmesi için daha çok klinik çalışmanın yapılmasına ihtiyaç vardır.[57]

2.1.8.5. Aşı Çalışmaları

KKKA hastalığındaki ilk aşı geliştirme çalışması Sovyet bilim insanı Chumakov'a aittir. Yavru bir farenin beyninde KKKA virüsü amplifiye edilmiş (çoğaltılmış), kloroformla inaktive edilmiş, aşı haline getirilmiştir. Geliştirilen aşı ilk olarak Sovyet Rusya'da sonra da Bulgaristan'da kullanılmıştır. Aşılamanın yapıldığı kişilerde, hem humoral hem de hücresel yanıt görülmüş ancak 4 defa aşılama yapılmasına rağmen nötralize antikor titresi çok düşük bulunmuştur.[58] Bu aşı hem yeterince temiz üretilmediği hem de verilerinin iyi tutulmamasından dolayı EMA (Avrupa İlaç Ajansı) ve FDA (Amerika Gıda ve İlaç İdaresi) tarafından uygun bulunmamış ve lisans verilmemiştir.[59]

Özellikle 2010 yılından itibaren fare modelleri kullanılmaya başlanmıştır. Normal fare ve sıçanlar virüs ile enfekte olmadığından dolayı, üremesi ve yaşaması daha zor olan knock out farelerinin kullanılması gerekmektedir. KKKA hayvan modellerinin patojensiz steril hayvan barınaklarında kalması gerekmektedir. Ancak bu barınaklar ülkemizde çok az sayıda ve kısıtlı kapasitede bulunmaktadır.[59]

Günümüzde, rekombinant virüs proteini temelli aşılar, DNA aşıları ve virüs benzeri (virion particle) gibi farklı türde aşılar mevcuttur. KKKA hastalığının hayvan modeli olmamasından dolayı uzun süre boyunca aşı geliştirilememiştir. Amerikalı bilim insanları, virüsün M genom segmentini içeren bir DNA aşısı geliştirdiler. O dönemde fare modelleri bulunmadığı için aşının önleyicilik etkisi araştırılamamış olsa da fareler üzerinde nötralizan antikor oluşturduğunu gösterilmiştir.[60]

Yakın zamanlarda, büyük gen parçalarını taşıyabildiği için, MVA (Modified Maccinia virüs Ankara) vektörünü içeren aşılar denenmiştir.[61, 62] Bu vektör memeli vücudunda çoğalmamaktadır ve antijene karşı güçlü humoral ve hücresel bağışıklık tepkilerini indükleyebilme kabiliyetine sahiptir. [63]

Buttigieg ve ark. [62] tarafından yapılan bir çalışmada, virüsün dış zarf proteinleri (Gn ve Gc), MVA vektörüne klonlanarak aşı elde edilmiş ve bu aşı 2 doz şeklinde, A129 faresine intramüsküler olarak enjekte edilmiştir. 2 hafta sonra KKKA virüsünün minimum ölümcül dozunun iki katı farelere enjekte edilmiş ve aşının etkinliği denenmiştir. Aşının yüksek oranda bağışıklık sağladığı, hastalığa karşı %100 koruma sağladığı ve aşının etkin olduğu bildirilmiştir.

Aynı araştırma grubu 2 yıl sonra başka bir çalışmasında KKKA virüsü nükleoproteinini MVA'ya klonlayıp aynı deney setiyle denemişlerdir. Bu aşının ise immünite sağladığı ancak hastalığa karşı koruyucu olmadığı sonucuna varmışlardır.[61]

Diğer taraftan Kortekaas ve ark.[72] tarafından, virüsün dış zarf proteinlerinin (Gn ve Gc) MVA yöntemi yerine Bacelovirüs sistemi kullanılarak rekombinant protein bazlı aşı geliştirilmiş ve knock out farelerine denenmiştir. Buttigieg ark.nın[70] çalışmalarının aksine, aşı KKKA virüsüne karşı koruyucu bulunmamıştır. İki çalışmada kullanılan fare türleri birbirinden farklıdır.

Ülkemizde ise Türk bilim insanları tarafından 2010 yılından beri aşı çalışmaları yürütülmektedir. Hastalığı geçiren insanlardan elde edilerek geliştirilen antiserum, KKKA hastalarını büyük oranda iyileştirmiştir. Buna rağman insan serumundan üretildiği için kullanım alanı ve ömrü kısadır.[56]

Diğer bir aşı çalışması da Çanakoğlu ve ark.[73] tarafından geliştirilen inaktif virüs aşısıdır. Zayıflatılmış virüsün kendisinin aşı olarak kullanıldığı çalışmada, aşı fareler üzerinde denenmiş ve yüksek humoral yanıt ile %80 koruyuculuk tespit edilmiştir. Fakat

aşı sadece Kelkit06 virüs suşuna karşı denenmiş olup diğer virüs suşlarına karşı denenmemiştir. Aynı aşının Faz-1 çalışması ülkemizde 60 sağlıklı insan üzerinde denenmiş ve herhangi bir yan etki gözlenmemiştir. Aşılanan kişilerin ise KKKA virüsüne karşı koruyucu olup olmadığı şimdilik bilinmemektedir.[64]

Etkinliği ve güvenilirliği kesin kanıtlanmış bir aşı geliştirilmesi için daha fazla bilimsel çalışmaya ihtiyaç vardır.

2.1.9. KKKA Bildirim Sistemi

Sağlık bakanlığı bulaşıcı hastalıkların kontrolü ve önlenmesi için bildirim sistemleri oluştutur. Bakanlık tarafından belirlenen bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalıklardan biri de KKKA hastalığıdır.[3]

KKKA vakalarının bildirim ve takibinde KKKA bildirim sistemi kullanılmaktadır. KKKA şüphesi ile sağlık kuruluşuna başvuran her hastanın web tabanlı sistem üzerine anlık bildirimi yapılmaktadır.

Hastanın şikâyetleri, fizik muayene ve laboratuvar bulguları, uygulanmaya başlanan tedavi (ribavirin vs.) ve epidemiyolojik hikâyesine (kene öyküsü, çıkarılma tarihi, kırsal alan ziyareti vs.) dair bilgiler sisteme işlenmektedir. Hastalığın ülkemizdeki durumu bu sistem ile takip edilmektedir. [7, 8]

2.1.10. Enfeksiyon Kontrol Uygulamaları

Enfeksiyon kontrol uygulamaları, enfeksiyon kaynaklarını azaltan, veya yok eden, sağlık hizmeti alan bireyleri, bu bireylerin yakın çevresini ve sağlık profesyonellerini korumak, mikroorganizmaların yayılmasını engellemek ya da azaltmak için yapılan uygulamalardır. Enfeksiyon hastalıklarının nedenleri, hastalığın önlenmesi ve tedavi yöntemleri ile ilgili bilgilerde büyük ilerlemeler kaydedilmesine rağmen hastane enfeksiyonları halen önemini korumaktadır.[20]

Bütün enfeksiyon hastalıklarının önlenmesinde enfeksiyon kontrol uygulamaları oldukça önemlidir. Bu bağlamda evrensel olarak CDC, WHO ve HICPAC (Sağlık Enfeksiyon Uygulamaları Danışma Kurulu)'ın önerileri dikkate alınmaktadır. Dolaylı olarak veya doğrudan bulaşabilen, yüksek mortaliteye ulaşabilen ve etkili bir tedavisi bulunmayan KKKA hastalığı için de korunma ve izolasyon önlemleri büyük bir öneme sahiptir. Korunmadaki en önemli faktör virüs ile taması önlemek ve bulaştırıcığı engellenmektir. [6, 8, 22]

2.1.10.1. Kişisel Korunma Önlemleri

Bu önlemler sadece KKKA hastalığından değil, kenelerden bulaşan diğer hastalıklardan korunmak için de uygulanması gereken önlemlerdir.

- Hastalıktan korunmanın en etkili yolu kenelerle etkin mücadele edilmesidir.
- Özellikle kene riski bulunan bölgelerde bulunulduğu zamanlarda, piknik veya kamp yapıldığı zaman vücudun her yerini kapatacak açık renkli kıyafetler giyilmelidir. Pantolon paçaları çorapların içine koyulabilir, uzun ayakkabılar veya çizmeler giyilebilir.
- Tarım ve piknik alanlarına giderken vücudun açıkta kalan yerlerine kene kovucu, böcek kovucu spreyler uygulanabilir. Dietiltoluamid (DEET) içeren spreyler korunmada fayda sağlayabilmektedir.
- Kırsal alanlardan ayrıldıktan sonra vücudun her yeri kontrol edilmelidir. Eğer vücuda yapışmış bir kene mevcutsa mümkün olan en kısa sürede bir cımbız yardımı ile koparmadan, patlatmadan kenenin çıkarılması gerekmektedir. Kişi kendisi yapamıyorsa en yakın sağlık kuruluşuna başvurmalıdır. Çıkarıldıktan sonra o bölgeye antiseptiklerin uygulanması gerekmektedir. Çıkarılan kene çamaşır suyu, alkol veya insektisit içerisine atılarak öldürülmelidir.[1 65 66]

- Keneleri vücuttan uzaklaştırmak için üzerine gaz yağı, alkol, kolonya gibi maddeler dökmek, sigara veya kibritle keneyi yakmak ve ya keneyi patlatmak yapılmaması gereken girişimlerdir. Bu tip girişimler kenenin kusmasına sebep olarak virüsün bulaşma riskini ve virak yükü artırmaktadır.
- Kene sayısını azaltmaya yönelik yapılan ilaçlama çalışmaları da faydalı bulunmaktadır. Ancak çok geniş doğal alanlarda ve meralarda akarisit uygulaması yapılması kene dışı canlılara da zarar verebileceğinden ve de masraflı olmasından dolayı önerilmemektedir .[25,26]
- Hayvancılıkla uğraşan kişilerin, hayvan barınaklarını kenelerin yaşamasına uygun olmayacak şekilde düzenlemesi gerekmektedir. Özellikle Mart- Eylül ayları arasında periyodik olarak barınakların etrafına veya hayvanların üzerine akarisit uygulanabilir.[21, 65]
- Ülkemizde kenelerle mücadele için yerden beslenen kuşlar (keklik, beç tavuğu ve sülün) kırsal alanda yaşayanlara ve çiftçilere dağıtılmış ya da doğaya salınmıştır. Ancak yapılan çalışmalarla yerden beslenen beç tavuğu gibi kuşların kene popülasyonunu azaltmadığı, aksine kenelerin larva ve nimf dönemlerine konaklık ettikleri görülmüştür.[21, 22,67]

2.1.10.2. Hastayla Temas Önlemleri ve İzolasyon

Özellikle sağlık çalışanlarının alması gereken bu önlemler ve izolasyon yöntemleri, hastalığın nazokomiyal bulaşının önlenmesinde oldukça önemlidir.

- Hasta, eğer imkan varsa negatif basınçlı, yoksa tek kişilik odada takip edilmelidir. Hastanın lavabosu ve kullandığı eşyalar hastaya özgü olmalıdır. Pencereler kapalı olmalı ve oda cereyan yapmamalıdır. Hastanın temas ettiği yüzeyler, hastanın banyosu sık sık temizlenmelidir. Hastalar mümkün oldukça odasından çıkarılmamalıdır. Çıkarılması gerekiyorsa mutlaka eldiven, maske

önlük gibi koruyucu ekipmanlar giydirilmelidir. Hasta temas ve damlacık izolasyonuna alınmalıdır.

- Hastaya kullanılacak olan tıbbi ekipmanlar ayrı olmalıdır. Eğer mümkünse bakım veren sağlık personeli de ayrı olmalıdır.
- Hastaya cerrahi maske takılmalı ve kirlendiği durumda değiştirilmelidir.
- Hasta odasına giriş çıkışlar en aza indirilmeli, müdahaleler ve girişimler en aza indirilmelidir. Hasta odasına ziyaretçi ve refakatçi alınmamalıdır.
- Hastayla temas önlemlerini, hastaya bakım veren tüm sağlık personeli, laboratuvar çalışanları, temizlik görevlileri, çamaşırhane görevlileri, tıbbi atık personeli, cenaze işlemleriyle uğraşan kişiler ve hastanın yakınları almalıdır. Bu kişiler bariyer önlemleri (Eldiven kullanma, maske takma, koruyucu giysi giyme, invaziv işlemlerde gözlük kullanma ve el yıkama v.b) mutlaka almalıdır.[6, 8, 22, 65]

2.1.10.3. Dezenfeksiyon

Hastalarla teması olan materyallerin uygun bir şekilde dezenfekte edilmesi bulaşların engellenmesi açısından oldukça önemlidir.

- Enfekte olmuş ve tekrar kullanılmayacak olan malzemeler yakılarak imha edilmelidir.
- Dezenfeksiyon yapılırken günlük çamaşır suları (1/10, 1/100), gluteraldehit (%2), sabun ve deterjanlar kullanılmaktadır. Dezenfeksiyon çözeltileri günlük olarak hazırlanıp kullanılmalıdır.
- Hasta naklini yapan araçlar, hastaya ait idrar dışkı ve diğer vücut sıvıları ve ceset dezenfeksiyonunda 1/10 luk çamaşır suyu kullanılmalıdır.
- Hastaya kullanılan tıbbı malzemelerin, yatağın, ve odadaki diğer yüzeylerin dezenfeksiyonu ise 1/100 lük çamaşır suyu ile yapılır.

- Hastaya ait vücut sıvıları atılmadan önce mutlaka 1/10 luk çamaşır suyunda en az 5 dakika bekletilmelidir.[8, 65]

2.1.10.4. Laboratuvar Önlemleri

Laboratuvar çalışanları da enfekte kan ve vücut sıvılarına maruz kalabilecekleri için risk altındadırlar. Laboratuvar ortamında da alınması gereken bir takım önlemler vardır.

- Kan ve doku örnekleri alınırken ve laboratuvara yollanırken korunma önlemleri alınmalıdır. Çalışanlar enfekte kan ve doku örnekleri yönünden uyarılmalıdır. Personel temas ve izolasyon önlemlerine uymalıdır.
- Yapılacak olan testler için Güvenlik seviyesi 2 şartları gerekmektedir.
- Rutin testler otomatize sistemler ile yapılmalıdır.
- Uygun dezenfeksiyon işlemleri uygulanmalıdır.[8]

2.1.10.5. Temaslı Personelin Takibi

Herhangi bir maruziyet sonrasında temaslı personelin yakın takibe alınması gerekmektedir.

- Kan ve vücut sıvıları ile temasta, bölge sabunlu su ile iyice yıkanır.
- Enfekte iğne batması durumunda bölgeye %70 lik alkol 20-30 saniye uygulanır. Sonrasında sabunlu su ile yıkanır. Hızlı akan suyun altında 20-30 saniye kadar bekletilir.
- Temas öyküsü olan personel ateş ve diğer bulgular açısından 2 hafta boyunca takip edilir. Belirli aralıklarla tam kan sayımı yapılır. 38°C ve üzeri ateş görülürse hastaneye yatırılmalıdır.
- Şüpheli veya pozitif vaka ile temas sonrasında ribavirin profilaksisi başlanabilir (4x0,5 gr/ 7 gün). Ribavirin profilaksisini yararlı bulan uzman görüşleri vardır.[8]

Yapılan çalışmalar sonucunda KKKA pozitif hastalarla teması bulunan 2 sağlık personeline 7 günlük ribavirin profilaksisi başlanmıştır. Hastalık gelişmemiştir.[68]

Bunun yanında Pakistanda bildirilmiş bir çalışmada KKKA hastası birinin enfekte kanına maruz kalan ve iğne batması sonucu yaralanan 5 sağlık çalışanına (1 hemşire, 2 temizlik personeli ve 2 hasta bakıcı) ribavirin profilaksisi başlandığı halde hastalık gelişmiş ve beş kişinin de öldüğü bildirilmiştir.[41]

2.1.10.6. Cenazelerin Hazırlanması ve Gömülmesi

Hastaların cenazeleri de bulaş riski oluşturmaya devam ettiği için, cenazenin her aşamasında görev alan personel korunmalıdır.

- Cenazeyle temas en aza indirilmelidir. Cenazeyi hazırlayacak olan kişi mutlaka koruyucu önlemler almalıdır.
- Ceset yıkandıktan sonra 1/10 luk çamaşır suyu ile spreylenmeli, ceset torbasına konulmalı ve tekrar spreylenmelidir.
- Tabutlar mühürlenmeli ve açılmasına kesinlikle izin verilmemelidir. Yapılanların gerekçesi ölen kişinin yakınlarına anlatılmalıdır.[8]

İzolasyon, korunma ve kontrolün her aşamasında riskli bölgede yaşayan halkın, sağlık çalışanlarının, tarım ve hayvancılıkla uğraşan kişilerin eğitilmesi son derece önem taşımaktadır.

2.1.11. Enfeksiyon Hastalıkları ve Hemşirelik

Sağlık çalışanları arasında, perkütan yaralanmalar sonucunda enfeksiyon etkenlerine maruz kalma riski en çok olan gruplar hemşireler, hekimler, diş hekimleri, yardımcı sağlık personeli ve temizlik personelleridir.[69]

ILO (Uluslararası Çalışma Örgütü)'ne göre de iğne yaralanmalarına en fazla maruz kalan sağlık personeli grubu da hemşirelerdir.[70]

Kesici delici alet yaralanmalarının incelendiği bir çalışmada, 3 yıllık süreçte gerçekleşen kesici delici alet yaralanmalarına bakılarak ve en fazla yaralanmaya maruz kalan grubun temizlik personelleri olduğu belirtilmiştir.[71]

229 sağlık personelinin enfeksiyon kontrol birimine başvurduğu diğer bir çalışmada (2014), başvuru yapanların çoğunun hemşire ve temizlik görevlisi olduğu görülmüştür. [72]

Çelik ve ark.'nın [68] Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma hastanesinde yaptığı bir çalışmada, sağlık personelinin 4 yıllık süreçteki keseci delici alet yaralanmaları değerlendirilmiştir. 177 yaralanmanın retrospektif olarak değerlendirildiği çalışmada, en çok yaralanmaya maruz kalan meslek grubunun hemşireler (%44,1) olduğu görülmüştür. Bunun sebepleri arasında da hemşirelerin invaziv işlemleri fazla yapması, hemşire sayısının az olmasından dolayı iş yükünün fazla olması gibi sebepler olduğu düşünülmüştür.[68] Yine aynı çalışmada KKKA pozitif olan hastalar ile kontaminasyonu bulunan iki sağlık personeli olduğu da belirtilmiştir. [68]

Hemşireler KKKA bulaşına maruz kalma yönünden en çok risk altında olan gruplardan biridir.[26] Endemik bölgelerde çalışıyor olmak, KKKA hastası takip ediyor olmak, KKKA hastalarının kanama öykülerinin olması gibi faktörler bu riski daha da artırmaktadır.[21]

Toplumdaki salgınlara paralel olarak sağlık çalışanlarına KKKA bulaşları bidirilmiş ve ölümler görülmüştür.[10] Bu güne kadar Dubai, Pakistan, Güney Afrika, Moritanya Arnavutluk, İran ve Türkiye 'den sağlık çalışanına KKKA bulaşı bildirilmiştir.[10]

Hasta kanıyla teması olan sağlık çalışanlarının %8,7 sinde, iğne batması olanların ise %33 ünde hastalık gelişmiştir. [10]

Hastalığın en fazla bulaşı perkutan yaralanmalarla olmuştur. Diğer bulaş durumları ise kanamaların önlenmeye çalışılması esnasında ve tanı konulmamış hastalara korunmasız olarak müdahale edilmesi, acil ameliyata alınması esnasında olmuştur.[21]

Türkiye'deki salgından sonra riskli durumdaki sağlık çalışanları taranmış ve hastalık saptanmamıştır. Bu durum bariyer önlemlerine uyumun yüksekliği ile ilişkilendirilmiştir. [73]

Tüm sağlık çalışanlarının, KKKA hastalığı dahil olmak üzere bütün enfeksiyon hastalıklarının takibinde mutlaka eldiven, gözlük, maske ve önlük gibi bariyer önlemleri kullanması gerekmektedir. Basit bariyer önlemlerinin korunmada oldukça etkili olduğu belirtilmiştir. [21]

2.1.12. KKKA ve Hemşirelik Bakımı

KKKA hastalarına yönelik yapılması gereken hemşirelik girişimleri şu şekildedir;

- Hastalar sessiz ve hastane trafiğinin olmadığı bir odada sıkı temas izolasyonu önlemleri alınarak takip edilmelidir.
- Hastaya tedavinin önemi anlatılmadır. İlaçları düzenli kullanmanın ve istirahatin önemi vurgulanmalıdır.
- Yüksek ateş kontrol altına alınmalıdır.
- Yaşam bulguları sık aralıklarla takip edilmelidir.
- Hastanın damar yolu açık tutulmalıdır.
- Sıvı elektrolit dengesi için aldığı çıkardığı takibi yapılmalıdır. Gerekli durumlarda sıvı takviyesi yapılmalıdır.
- Hasta kanama belirtileri yönünden izlenmelidir. Laboratuvar bulguları yakından takip edilmelidir. Kan transfüzyonu gereksinimine karşı hazırlıklı olunmalıdır. Hastanın kan grubu belirlenmeli, kullanılacak kan ürünü hazırda

bekletilmeli, hasta ve yakınları kan transfüzyonu konusunda bilgilendirilmelidir.

- Hastaların kıyafetleri ve kullandığı eşyalar (nevresim, çarşaf vs.) çamaşır suyunda bekletilerek dezenfekte edilmelidir. Hasta odası ve lavabolar uygun dozlarda çamaşır suyu kullanılarak temizlenmelidir.
- Hastaların kan ve vücut sıvılarıyla temas edilmemesi için bariyer önlemler alınmalı, temas durumunda ise o bölge hemen su ve sabunla yıkanıp, antiseptik solüsyonla temizlenmelidir. Temas eden sağlı çalışanı uygun şekilde takip edilmelidir.
- Hasta, hasta yakınları ve ziyaretçilere hastalık konusunda eğitim verilmelidir.[74]

2.1.13. Hemşirelerin KKKA Hakkındaki Bilgi Düzeyleri ve Tutumları

Sağlığın korunması ve geliştirilmesi için gerekli olan en önemli ögelerden biri sağlık eğitimidir.[75]

Eğitim, sağlığın teşvik edilmesi ve hastalıkların önlenmesi için temel bir etkendir. Anne çocuk sağlığını geliştirmek, bulaşıcı hastalıkları önlemek, bağışıklama gibi diğer sağlık hizmetlerini geliştirmek için yapılan girişimler uzun bir geçmişe sahiptir.[76]

Eski çağlarda yapılmış olan eğitim uygulamalarının kökeni bilimsel olmayan çalışmalardır. Fakat günümüzde sağlık eğitimi bilimsel kurallara dayandırılmaktadır. Bir ders olarak sağlık kurumlarında ve üniversitelerde sağlık eğitimleri verilmektedir. [77]

Türkiye'de sağlık eğitimi konusundaki gelişmeler 06.05.1930 yılında 1489 sayılı resmi gazetede yayınlanan 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu (UHK) ile başlatılmıştır.[78]

Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa göre (1987) ise vatandaşların hastalıklardan korunması, sağlıklı çevre, beslenme, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması gibi konularda

eğitilmesi tüm kamu kuruluşlarının sorumluluğudur. Özel gönüllü kuruluşlar ve kamu kurumu niteliğindeki meslek gruplarının işbirliği ile gerçekleştirilir. [79]

Sağlık Bakanlığı bir bölgenin genel durumunu ve sağlık ölçütlerini dikkate alarak bilgilendirilme ihtiyacı olan gerekli görülen durumlarda sağlık müdürlükleri ile işbirliği yaparak hizmet içi eğitimleri düzenler. Sağlık personelinin eğitimi için seminer, bilgilendirme toplantıları gibi etkinlikleri gerçekleştirir. [80]

Etkili bir sağlık eğitimi vermek ve olumlu sağlık davranışı oluşturmak için eğitim verilecek olan toplumun sosyodemografik özellikleri, inançları göz ardı edilmemeli, kişilerin bilgi düzeylerinin eksik olduğu alanlar saptanmalı ve eğitimler bu yönde düzenlenmelidir. Bunu yaparken de bilgi düzeyinin araştırıldığı çalışmaların göz önünde bulundurulması fayda sağlayacaktır.

KKKA hastalığı ölümcül seyredebilen, bulaşıcı bir halk sağlığı sorunudur. Özellikle endemik bölgelerde yaşayan halkın, hayvanlarla uğraşan meslek gruplarının ve sağlık çalışanlarının KKKA hastalığı konusunda eğitilmesi, bulaşların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi için oldukça önemlidir.

Özellikle yaz aylarında ve endemik bölgelerde hastane yöneticileri, KKKA hastalığı hakkında tüm sağlık personelini (hekim, hemşire, laboratuvar çalışanları, temizlik personeli vs.) bilgilendirmelidir. Hastalığın etkeni, bulaş yolları, hangi zaman aralığında daha sık görüldüğü, klinik belirti bulguları, laboratuvar bulguları, hastalığın risk grupları, hastalıktan korunma yöntemleri, dezenfeksiyon önlemleri ve hastalığın tedavisine yönelik bilgi düzeyi yükseltilmeli ve konu hakkında gerekli bilincin oluşmasını sağlamalıdır. [81]

Gerek halk gerekse sağlık çalışanlarına eğitim planlanırken, eğitim verilecek olan topluluğun bilgi düzeyi saptanmalı, bilgi eksikliği olduğu tespit edilen konular doğrultusunda eğitimler planlanmalıdır.

KKKA hastalığı konusunda da bilgi düzeyinin sorgulandığı çalışmalar literatürde sınırlı sayıda mevcuttur.[12-18] Erzurum ili endemik bir bölge olmasına ve çevre illere hizmet veren KKKA referans laboratuvarı burada bulunmasına rağmen, halka yönelik yapılmış çalışmalar [19] bulunmakla birlikte sağlık çalışanlarına yönelik bu ilde yapılmış çalışmaların eksikliği dikkat çekmektedir. Ayrıca hastalarla en fazla temas halinde bulunan meslek gruplarından biri hemşireler olmasına rağmen direkt hemşirelere yönelik yapılmış çalışmaların eksikliği de görülmüştür.

Tutum kişinin duygu düşünce ve davranışlarını düzenli bir biçimde oluşturan eğilimdir. Gözlenebilen bir davranış değil davranışa hazırlayan etkendir. Bunun yanında tutum ve davranış arasında çok kuvvetli bir bağ bulunmaktadır. Tutum bireylerin, farkında oldukları bir nesneye karşı olan değerlendirmelerini içerir. Tutumlar doğrudan ölçülemez. Ancak dolaylı yoldan davranışların incelenmesiyle değerlendirilir. Bu da genellikle davranışların gözlemlenmesi, davranışa yönelik soruların sorulması ve fikirlerin öğrenilmesi yöntemiyle yapılmaktadır.[82]

Erken yaşlarda öğrenilmiş olsa bile tutumlar yeni yaşantılar ve yeni öğrenmeler sayesinde değiştirilebilmektedir. İşlevsel kuramlara göre kişiler tutumu belirli bir nedenle geliştirir. Tutum kişilerin bir gereksinimini karşılar. Gereksinimler ortadan kalktığı zaman tutuma da gerek kalmaz ya da tutum da şekil değiştirir.[82]

Kişinin sağlıklı olmak ve hastalıklara yakalanmayı önlemek için yaptığı ve inandığı davranışlar sağlık davranışıdır. [83] Sağlık davranışının benimsenmesi ve uygulanmasında etkili olan faktörler arasında yaş, cinsiyet, ekonomik durum gibi sosyodemografik özellikler yer almaktadır. Bunun yanında bilgi düzeyi ve tutumlar da davranış değişimi üzerine etkili ögelerdir. Kişilerin sağlık davranışları değiştirilmek isteniyorsa bu noktalara dikkat edilmesi gerekmektedir.[83]

Hemşirelerin yanlış tutumları hastalar üzerinde damgalanma, dışlanma gibi olumsuz duygu durumlarına yol açabilir. Stigmatizasyon (damgalanma), önyargılar nedeniyle bazı gruplara karşı toplumun tavır alması, onları toplumun dışına itmesi gibi davranışlar bütünüdür.[84] Bu damgalanma durumu kişide rahatsızlık ya da korku yaratabilmektedir.[85] Hastalarda sınırlı yaşam olanaklarına, sosyal izolasyona ve yardım isteme davranışlarında gecikmelere yol açabilmektedir. İnsanlar bir taraftan hastalıkla baş ederken diğer yandan toplumdaki reddedici davranışlarla karşı karşıya kalabilmektedir.[86] Sağlık personeli, enfeksiyon korkusundan dolayı, bakımı istismar etme, hastayı aşağılama veya hastayı reddetme gibi çeşitli tepkiler göstererek, hasta üzerinde damgalanmaya neden olabilmektedir.[87]En fazla damgalanmaya maruz kalan hastalıkların başında HIV/AIDS, kanser, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, tüberküloz, psikiyatrik bozukluklar ve madde bağımlılıkları yer almaktadır. HIV/AIDS gibi bulaşıcı hastalıklarda damgalanmaya katkı sağlayan etkenlerin başında hastalığın ölümcül boyutu ve bulaş korkusu gelmektedir. Bu korkunun sebebi olarak ise kişilerin yetersiz bilgiye sahip olmaları ya da bulaş konusunu yanlış algılamaları gösterilmektedir.[87]

Tüm bulaşıcı hastalıklarda olduğu gibi KKKA hastalığında da sağlık çalışanlarının hastalara karşı tutumu oldukça önemlidir. Yanlış tutum ve davranışlar KKKA hastalarında damgalanmaya sebep olabilir. Bu sebeple hemşirelerin KKKA hastalarına karşı olan yanlış tutumları tespit edilmeli ve düzeltilmelidir. Hastalarda oluşabilecek damgalanma engellenmelidir. Literatürde, halkın kenelere ve KKKA hastalığına karşı olan tutumunu değerlendiren[18, 19], sağlık çalışanlarının hastalara karşı tutumunu değerlendiren çalışmalar[12, 13] sınırlı sayıda mevcuttur.

3. MATERYOL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Bu çalışma tanımlayıcı türde yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Şubat- Aralık 2019 tarihleri arasında yapılmıştır. Veri toplama zamanı Nisan- Mayıs 2019 tarihleri arasındadır.

Araştırma verileri S.B.Ü. Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma hastanesinde toplanmıştır. Dahili servisler, cerrahi servisler, acil servis, yoğun bakımlar ve diğer birimlerde (diyaliz birimi, eğitim birimi, idari birimler poliklinikler ve kan alma birimleri) çalışan hemşireler çalışmaya dahil edilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini, Nisan- Mayıs 2019 tarihleri arasında S.B.Ü. Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışmakta olan 709 hemşire oluşturmaktadır. Bu tarihler arasında çalışmaya katılmayı kabul eden 315 hemşire araştırmanın örneklem grubunu oluşturmaktadır.

Araştırmaya katılan hemşire sayısının yeterli olup olmadığını tespit etmek için Power analizi yapılmıştır. Çalışma grubunda örneklem genişliği 315 olarak alındığından, I. Tip hata miktarı 0.05 olarak alınarak testlerde puanlar arasında anlamlı bir fark hesaplanacağından Power analizi sonucu güç 0.999 olarak hesaplanmıştır.

3.4. Verilerin Toplanması

Veriler, araştırmacı tarafından literatür ışığında[12, 13, 15-17, 19] hazırlanan anket formu (EK-7) kullanılarak, yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmış olup, veri toplama süresi her katılımcı için yaklaşık olarak 10 dakika sürmüştür.

3.4.1. Anket Formu

Verileri toplamak amacıyla hazırlanan anket formu 3 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde demografik özelliklerin ve KKKA hastalığına ait deneyimlerin sorgulandığı 9 soru bulunmaktadır. Bu bölümde çalışmaya katılan hemşirelere; yaş, çalışılan bölüm, cinsiyet, eğitim durumu, kaç yıldır hemşirelik yaptığı ve medeni durum gibi sosyodemografik özellikler ile KKKA hastası takip etme durumu, yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünme durumu ve mevcut bilgilerinin nereden edindiği sorulmuştur.

İkinci bölümde (Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formu) KKKA hastasına yaklaşım, KKKA hastalığının risk grupları, hastanın kliniği, hastalığın bulaş yolları, hastaların laboratuvar bulguları, hastalığın tedavisi, KKKA hastalığından korunma yolları ve dezenfeksiyon/defin işlemleri olarak kategorize edilmiş 8 alt boyut ve 37 adet bilgi sorusu bulunmaktadır. KKKA hastalığına yönelik bilgi düzeylerini değerlendiren soruların içyapı tutarlılığının bulunması için Cronbach Alfa katsayısı hesaplanmıştır. Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formu'nun toplam Cronbach Alfa katsayısı 0,741 bulunmuş olup formun içyapı tutarlılığı yüksek bulunmuştur.

Üçüncü bölümde (Tutum Değerlendirme Formu) ise hemşirelerin hastalara karşı davranışlarını tespit etmeye yönelik 9 adet tutum sorusu bulunmaktadır.

3.4.2. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizi için SPSS 22 (Statistical Packages for the Social Sciences) paket programı kullanılmıştır. Verilerin analizinde 7 farklı istatistiksel analiz kullanılmıştır. Bu analizler şunlardır:

1) Frekans
2) Yüzde
3) t Testi
4) Tek Yönlü Varyans analizi
5) Kruskal Wallis H testi
6) LSD Post Hoc testi

7) Dunnet T3 Post Hoc testi

Bilgi maddeleri kendi arasında kategorize edilmiş ve hangi kategorilere daha fazla doğru cevap verildiğini tespit etmek için ‘’frekans’’ ve ‘’yüzde (%)’’ analizi yapılmıştır. Kategoriler kendi arasında karşılaştırılmıştır. Bilgi maddelerine verilen toplam doğru cevapların demografik özelliklere göre karşılaştırılmasında ‘’t testi’’ ve ‘’tek yönlü varyans analizi’’ kullanılmıştır. İkiden fazla grup içeren demografik özellikler için, doğru cevaplar açısından $p<0,05$ önem düzeyinde anlamlı fark bulunan gruplarda, farkın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek için ‘’LSD Post Hoc’’ ve ‘’Dunnet T3 Post Hoc’’ testleri kullanılmıştır. Hemşirelerin KKKA hastalığı ile ilgili bilgi sorularına verdikleri yanıtlar demografik özelliklere göre karşılaştırılırken “Doğru” yanıtlara “1” puan “Yanlış” yanıtlara ve “Fikrim yok ” seçeneğine “0” puan verilerek puanlama işlemleri yapılmıştır. Daha sonra her kategoride verilen yanıtların puanları toplanarak kategorilere ait toplam puan bulunmuştur. Sonuçta bulunan bu toplam puanlar kullanılarak karşılaştırmalar yapılmıştır.

Tutum maddelerine verilen cevapları tespit etmek için ‘’yüzde (%)’’ ve ‘’frakans’’ analizi kullanılmıştır.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bu araştırmanın bağımsız değişkenleri; katılımcıların sosyodemografik özellikleridir. Bu özellikler yaş, çalışılan bölüm, cinsiyet, eğitim durumu, kaç yıldır hemşirelik yapıldığı, medeni durum gibi sosyodemografik özellikler ile KKKA hastası takip etme durumu, yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünme durumu ve mevcut bilgilerinin nereden edindiğidir.

Araştırmanın bağımlı değişkenleri ise katılımcıların bilgi ve tutum durumlarıdır.

3.6. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın yapılması için Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan (EK-3), Erzurum İl Sağlık Müdürlüğünden (EK-4) ve S.B.Ü. Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğünden (EK-6) resmi izinler alınmıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelere, özerkliğe saygı, gizlilik ve gizliliğin korunması gereği, istedikleri zaman çalışmadan ayrılabilecekleri, kişisel bilgi ve görüşlerinin gizli tutulacağı hakkında bilgi verilmiştir. Hemşirelerin aydınlatılmış onamları alınarak (EK-8) sadece çalışmaya katılmak için gönüllü olanlara anket formu uygulanmıştır.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan 709 hemşirenin tamamı, bazı sebeplerden dolayı (izinli olma, katılımı kabul etmeme gibi) araştırmaya dahil edilememiştir. Hemşirelerin tümüne ulaşılamaması bu araştırmanın sınırlılığı olarak değerlendirilmiştir. Bununla birlikte araştırma sonucunda elde edilen veriler Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesindeki tüm hemşirelere genellenebilir.

4. BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan, hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımları Tablo 4.1.'de verilmiştir.

Tablo 4.1. Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ile ilgili bulgular (n=315)

	S	**%**
Yaş		
19-25 yaş	151	47.9
26-30 yaş	109	34.6
31-48 yaş	55	17.5
Yaş ortalaması (X±Ss)	26.77±5.00	
Cinsiyet		
Kadın	230	73.0
Erkek	85	27.0
Medeni Durum		
Evli	134	42.5
Bekar	181	57.5
Eğitim Durumu		
Ortaöğretim	51	16.2
Lisans	251	79.7
Lisansüstü	13	4.1
Çalışılan Servis		
Acil	38	12.1
Yoğun bakım	110	34.8
Dahili servisler	86	27.3
Cerrahi servisler	72	22.9
Diğer birimler	9	2.9
Çalışma süresi		
1 yıldan az	29	9.2
1-5 yıl	183	58.1
5-10 yıl	63	20.0
10 yıldan fazla	40	12.7

Araştırmaya alınan hemşirelerin % 47.9'u 25 yaş ve altı, % 34.6'sı 26-30 yaş, %17.5'i 31 yaş ve üzeri, %73'ü kadın, %27'si erkek, %42.5'i evli, % 57.5'i bekar,

%16.2'si ortaöğretim mezunu, % 79.7'si lisans mezunu, % 4.1'i lisansüstü mezunu, % 12.1'i Acilde çalışıyor, % 34.8'i Yoğun bakımda çalışıyor, % 27.3'ü Dahili servislerde çalışıyor, % 22.9'u Cerrahi servislerde çalışıyor, % 2.9'u diğer birimlerde çalışıyor, % 9.2'sinin çalışma süresi 1 yıldan az, % 58.1'inin çalışma süresi 1-5 yıl, % 20'sinin çalışma süresi 5-10 yıl,% 12.7'sinin çalışma süresi 10 yıldan fazla olduğu görülmektedir.

Araştırmaya dâhil edilen hemşirelerin KKKA hastalığına ait deneyim durumları Tablo 4.2.'de verilmiştir.

Tablo 4.2. Hemşirelerin KKKA hastalığına ait deneyimleri (n=315)

		S	**%**
Daha önce hiç KKKA tanısı almış ya da şüphesi olan bir hasta takip ettiniz mi?	Evet	132	41.9
	Hayır	183	58.1
KKKA hastalığı hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz?	Evet	216	68.6
	Hayır	99	31.4
KKKA hastalığı hakkındaki mevcut bilgilerinizi nereden edindiniz? *	Okuldan	141	23.11
	Dergi, kitap ve makalelerden	55	9.02
	Sağlık bakanlığının sitesinden, Google akademik gibi bilimsel platformlardan	58	9.51
	Diğer internet sitelerinden	36	5.91
	Kurum içerisindeki eğitimlerden	273	44.75
	Televizyondan	47	7.70

* Birden fazla seçenek işaretlenebilen soru.

Araştırmaya alınan hemşirelerin % 41.9'u daha önce KKKA tanısı almış ya da şüphesi olan bir hasta takip etmiş, % 68.6'sı KKKA hastalığı hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünüyor, % 23.11'i KKKA hastalığı hakkındaki mevcut bilgilerini okuldan edinmiş, % 9.02'si KKKA hastalığı hakkındaki mevcut bilgilerini dergi, kitap ve makalelerden edinmiş, % 9.51'i KKKA hastalığı hakkındaki mevcut bilgilerini Sağlık

bakanlığının sitesinden, Google akademik gibi bilimsel platformlardan edinmiş, % 5.91'i KKKA hastalığı hakkındaki mevcut bilgilerini diğer internet sitelerinden edinmiş, % 44.75'i KKKA hastalığı hakkındaki mevcut bilgilerini kurum içerisindeki eğitimlerden edinmiş, , % 7.70'i KKKA hastalığı hakkındaki mevcut bilgilerini televizyondan edinmiş olduğu görülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan, hemşirelerin KKKA hastalığı hakkında toplam bilgi maddelerine verdikleri doğru yanıtların kategorilerine göre aritmetik ortalama-standart sapma değerleri Tablo 4.3'de verilmiştir.

Tablo 4.3. Hemşirelerin KKKA hastalığına ait bilgi durumları

	$\overline{X}$	**S.s.**	**Doğru %**	**Toplam soru sayısı**
Yaklaşımla İlgili Maddelere	4.51	.787	91.1	5
Risk Gruplarıyla İlgili Maddelere	3.56	.709	88.9	4
Hastanın Kliniği İle İlgili Maddelere	5.53	1.086	75.9	7
Dezenfeksiyon Ve Defin İle İlgili Maddelere	2.92	.963	73.0	4
Bulaş Yolları İle İlgili Maddelere	2.91	1.016	72.7	4
Korunma Yöntemleri İle İlgili Maddelere	2.72	.923	68.0	4
Tedavi İle İlgili Maddelere	2.19	.894	54.8	4
Laboratuvar bulguları ile ilgili Maddelere	1.35	.717	45.0	3
TOPLAM BİLGİ MADDELERİ	27.55	4.29	72.5	37

*****Kategorilerdeki toplam 35 bilgi maddelerinden hariç 2 tane de KKKA hastalığının görüldüğü yer ve zamanla ilgili bilgi maddesi bulunmakta olup (Tablo 4.4.), toplam bilgi maddesi sayısı 37 olmaktadır.

Hemşirelerin "**Yaklaşımla**" ilgili maddelere verdikleri doğru yanıtların %91.1 ve bu kategoride toplam 5 madde olduğu dikkate alındığında aritmetik ortalaması 4.51±.787 olarak tespit edilmiştir (Tablo 4.3.)

Hemşirelerin "**Risk Gruplarıyla**" ilgili maddelere verdikleri doğru yanıtların %88.90 ve bu kategoride toplam 4 madde olduğu dikkate alındığında aritmetik ortalaması 3.56±.709 olarak tespit edilmiştir (Tablo 4.3.)

Hemşirelerin “**Hastanın Kliniğiyle**” ilgili maddelere verdikleri doğru yanıtların %75.9 ve bu kategoride toplam 7 madde olduğu dikkate alındığında aritmetik ortalaması 5.53±1.086 olarak tespit edilmiştir (Tablo 4.3.)

Hemşirelerin “**Dezenfeksiyon ve Definle**” ilgili maddelere verdikleri doğru yanıtların %73.0 ve bu kategoride toplam 4 madde olduğu dikkate alındığında aritmetik ortalaması 2.92±.963 olarak tespit edilmiştir (Tablo 4.3.).

Hemşirelerin “**Bulaş Yollarıyla**” ilgili maddelere verdikleri doğru yanıtların %72.7 ve bu kategoride toplam 4 madde olduğu dikkate alındığında aritmetik ortalaması 2.91±1.016 olarak tespit edilmiştir (Tablo 4.3.).

Hemşirelerin “**Korunma Yöntemleriyle**” ilgili maddelere verdikleri doğru yanıtların %68.0 ve bu kategoride toplam 4 madde olduğu dikkate alındığında aritmetik ortalaması 2.72±.923 olarak tespit edilmiştir (Tablo 4.3.).

Hemşirelerin “**Tedaviyle**” ilgili maddelere verdikleri doğru yanıtların %54.8 ve bu kategoride toplam 4 madde olduğu dikkate alındığında aritmetik ortalaması 2.19±.894 olarak tespit edilmiştir (Tablo 4.3.).

Hemşirelerin “**Laboratuvar bulgularıyla**” ilgili maddelere verdikleri doğru yanıtların %45.0 ve bu kategoride toplam 3 madde olduğu dikkate alındığında aritmetik ortalaması 1.35±.717 olarak tespit edilmiştir (Tablo 4.3.).

Hemşirelerin KKKA hastalığı bilgi maddelerine verdikleri doğru yanıtların (kategoriler içerisindeki 35 madde ve hastalığın görüldüğü yer ve zamanla ilgili olan 2 adet madde) “**Toplam**” doğru yanıtların % 72.5 ve aritmetik ortalaması 27.55±4.29 olup toplam 37 madde olduğu dikkate alındığında KKKA hastalığı bilgi maddelerine yaklaşık olarak ¾ oranında doğru yanıt verildiği görülmüştür (Tablo 4.3.).

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin, KKKA hastalığının görüldüğü zaman aralığı ve görüldüğü yer konusundaki maddelere verdikleri yanıtlar Tablo 4.4.'de verilmiştir.

Tablo 4.4. Hemşirelerin KKKA'nın görüldüğü zaman ve yer konusundaki bilgi durumları (n=315)

		S	%
**KKKA hastalığı genellikle yaz aylarında görülen bir hastalıktır.	Evet	299	94.9
	Hayır	9	2.9
	Fikrim yok	7	2.2
**Erzurum ili KKKA hastalığı için endemik bölgelerden biridir.	Evet	287	91.1
	Hayır	12	3.8
	Fikrim yok	16	5.1

**Bu maddelere verilen evet cevabı doğru cevaptır.
*Bu maddelere verilen hayır cevabı doğru cevaptır.

Hastalığın Görüldüğü Zaman Ve Yer İle İlgili Bulgular:

"KKKA hastalığı genellikle yaz aylarında görülen bir hastalıktır." maddesine hemşirelerin % 94.9'u "Evet" diyerek doğru yanıt vermişler, % 2.9'u "Hayır" ve % 2.2'si "Fikrim yok" yanıtını vermişlerdir.

"Erzurum ili KKKA hastalığı için endemik bölgelerden biridir." maddesine hemşirelerin % 91.1'i "Evet" diyerek doğru yanıt vermişler, % 3.8'i "Hayır" ve % 5.1'i "Fikrim yok" yanıtını vermişlerdir.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin, KKKA hastalığına **"Yaklaşımla İlgili"** bilgi durumları Tablo 4.5.'de verilmiştir.

Tablo 4.5. Hemşirelerin KKKA hastalığına "Yaklaşımla İlgili" bilgi durumları (n=315)

Yaklaşımla İlgili Maddeler		**s**	**%**
*Vücut üzerindeki bir kene eldiven kullanılarak sıkılıp patlatılabilir ya da üzerine çamaşır suyu dökülebilir.	Evet	5	1.6
	Hayır	301	95.6
	Fikrim yok	9	2.8
*Vücut üzerindeki bir keneye ateş tutularak yakılabilir.	Evet	10	3.2
	Hayır	300	95.2
	Fikrim yok	5	1.6
**Vücut üzerindeki bir kene eldiven kullanılarak cımbız vs. bir aparat ile çıkarılabilir.	Evet	225	71.4
	Hayır	76	24.1
	Fikrim yok	14	4.4
**Enfekte hastalarla teması bulunan kişilerin 2 hafta boyuca, semptomlar ve kan değerleri yönünden takip edilmesi gerekmektedir.	Evet	294	93.3
	Hayır	10	3.2
	Fikrim yok	11	3.5
*Hasta klinik belirtileri gösteriyorsa tanı için laboratuvar testlerine gerek yoktur	Evet	9	2.9
	Hayır	302	95.9
	Fikrim yok	4	1.2
	TOPLAM		91.07

**Bu maddelere verilen evet cevabı doğru cevaptır.
*Bu maddelere verilen hayır cevabı doğru cevaptır.

Yaklaşımla İlgili Bulgular:

"Vücut üzerindeki bir kene eldiven kullanılarak sıkılıp patlatılabilir ya da üzerine çamaşır suyu dökülebilir." maddesine hemşirelerin % 95.6'sı "Hayır" diyerek doğru yanıt verdikleri, % 1.6'sı "Evet" ve % 2.8'i "Fikrim yok" yanıtını verdikleri tespit edilmiştir.

"Vücut üzerindeki bir keneye ateş tutularak yakılabilir." maddesine hemşirelerin % 95.2'si "Hayır" diyerek doğru yanıt verdikleri, % 3.2'si "Evet" ve % 1.6'sı "Fikrim yok" yanıtını verdikleri tespit edilmiştir.

"Vücut üzerindeki bir kene eldiven kullanılarak cımbız vs. bir aparat ile çıkarılabilir." maddesine hemşirelerin % 71.4'ü "Evet" diyerek doğru yanıt verdikleri, % 24.1'i "Hayır" ve % 4.4'ü "Fikrim yok" yanıtını verdikleri tespit edilmiştir.

"Enfekte hastalarla teması bulunan kişilerin 2 hafta boyunca, semptomlar ve kan değerleri yönünden takip edilmesi gerekmektedir." maddesine hemşirelerin % 93.3'ü "Evet" diyerek doğru yanıt verdikleri, % 3.2'si "Hayır" ve % 3.5'i "Fikrim yok" yanıtını verdikleri tespit edilmiştir.

"Hasta klinik belirtileri gösteriyorsa tanı için laboratuvar testlerine gerek yoktur" maddesine hemşirelerin % 95.9'u "Hayır" diyerek doğru yanıt verdikleri, % 2.9'u "Evet" ve % 1.2'si "Fikrim yok" yanıtını verdikleri tespit edilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan, hemşirelerin KKKA hastalığına **"Yaklaşımla İlgili"** bilgi maddelerine toplamda % 91.7 oranında doğru yanıt verdikleri saptanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan, hemşirelerin KKKA hastalığı **"Risk Gruplarıyla İlgili "** bilgi durumları Tablo 4.6.'da verilmiştir.

Tablo 4.6. Hemşirelerin KKKA'nın "Risk Gruplarıyla İlgili " bilgi durumları (n=315)

Risk Gruplarıyla İlgili Maddeler		**S**	**%**
**KKKA hastalığı için sağlık çalışanları risk grubundadır.	Evet	304	96.5
	Hayır	4	1.3
	Fikrim yok	7	2.2
**Hayvancılıkla uğraşanlar ve veteriner hekimler risk grubundadır.	Evet	309	98.1
	Hayır	2	0.6
	Fikrim yok	4	1.3
*Kırsal alanlarda bulunmak/yaşamak tek başına KKKA için risk oluşturmaz.	Evet	57	18.1
	Hayır	239	75.9
	Fikrim yok	19	6.0
*Mezbaha çalışanları ve kasaplar risk grubunda değildir.	Evet	34	10.8
	Hayır	268	85.1
	Fikrim yok	13	4.1
	TOPLAM		88.9

**Bu maddelere verilen evet cevabı doğru cevaptır.
*Bu maddelere verilen hayır cevabı doğru cevaptır.

Risk Gruplarıyla İlgili Bulgular:

"KKKA hastalığı için sağlık çalışanları risk grubundadır." maddesine hemşirelerin % 96.5'i "Evet" diyerek doğru yanıt verdikleri, % 1.3'ü "Hayır" ve % 2.2'si "Fikrim yok" yanıtını verdikleri tespit edilmiştir.

"Hayvancılıkla uğraşanlar ve veteriner hekimler risk grubundadır." maddesine hemşirelerin % 98.1'i "Evet" diyerek doğru yanıt verdikleri, % 0.6'sı "Hayır" ve % 1.3'ü "Fikrim yok" yanıtını verdikleri tespit edilmiştir.

"Kırsal alanlarda bulunmak/yaşamak tek başına KKKA için risk oluşturmaz." maddesine hemşirelerin % 75.9'u "Hayır" diyerek doğru yanıt verdikleri, % 18.1'i "Evet" ve % 6'sı "Fikrim yok" yanıtını verdikleri tespit edilmiştir.

"Mezbaha çalışanları ve kasaplar risk grubunda değildir" maddesine hemşirelerin % 85.1'i "Hayır" diyerek doğru yanıt verdikleri, % 10.8'i "Evet" ve % 4.1'i "Fikrim yok" yanıtını verdikleri tespit edilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan, hemşirelerin KKKA hastalığına **"Risk Gruplarıyla İlgili"** bilgi maddelerine toplamda % 88.9 oranında doğru yanıt verdikleri saptanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan, hemşirelerin KKKA hastalığında **"Hastanın Kliniği İle İlgili "** bilgi durumları Tablo 4.7.'de verilmiştir.

Tablo 4.7. Hemşirelerin KKKA hastalığında "Hastanın Kliniği İle İlgili " bilgi durumları (n=315)

Hastanın Kliniği İle İlgili Maddeler		**S**	**%**
**Kene temasından yaklaşık 2-9 gün sonra hastalık tablosu ortaya çıkar.	Evet	262	83.2
	Hayır	11	3.5
	Fikrim yok	42	13.3
**KKKA hastalığında yüksek ateş ve halsizlik görülür.	Evet	305	96.8
	Hayır	7	2.2
	Fikrim yok	3	1.0

Tablo 4.7. (Devamı)

Hastanın Kliniği İle İlgili Maddeler		**S**	**%**
*KKKA'nın sinir sistemi üzerine etkileri/belirtileri yoktur.	Evet	62	19.7
	Hayır	211	67.0
	Fikrim yok	42	13.3
**Vücutta peteşiler ve kızarıklıklar görülebilir.	Evet	284	90.2
	Hayır	15	4.8
	Fikrim yok	16	5.0
**KKKA, vücutta kanamalara sebep olur.	Evet	290	92.1
	Hayır	8	2.5
	Fikrim yok	17	5.4
*KKKA hastalığı kronikleşebilir.	Evet	60	19.0
	Hayır	210	66.7
	Fikrim yok	45	14.3
*Kişi bu hastalığa tekrar tekrar yakalanabilir.	Evet	157	49.8
	Hayır	113	35.9
	Fikrim yok	45	14.3
	TOPLAM		75.9

**Bu maddelere verilen evet cevabı doğru cevaptır.
*Bu maddelere verilen hayır cevabı doğru cevaptır.

Hastanın Kliniği İle İlgili Bulgular:

"Kene temasından yaklaşık 2-9 gün sonra hastalık tablosu ortaya çıkar." maddesine hemşirelerin % 83.2'si "Evet" diyerek doğru yanıt verdikleri, % 3.5'i "Hayır" ve % 13.3'ü "Fikrim yok" yanıtını verdikleri tespit edilmiştir.

"KKKA hastalığında yüksek ateş ve halsizlik görülür." maddesine hemşirelerin % 96.8'i "Evet" diyerek doğru yanıt verdikleri, % 2.2'si "Hayır" ve % 1'i "Fikrim yok" yanıtını verdikleri tespit edilmiştir.

"KKKA'nın sinir sistemi üzerine etkileri/belirtileri yoktur." maddesine hemşirelerin % 67'si "Hayır" diyerek doğru yanıt verdikleri, % 19.7'si "Evet" ve % 13.3'ü "Fikrim yok" yanıtını verdikleri tespit edilmiştir.

"Vücutta peteşiler ve kızarıklıklar görülebilir." maddesine hemşirelerin % 90.2'si "Evet" diyerek doğru yanıt verdikleri, % 4.8'i "Hayır" ve % 5.0'i "Fikrim yok" yanıtını verdikleri tespit eilmiştir.

"KKKA, vücutta kanamalara sebep olur." maddesine hemşirelerin % 92.1'i "Evet" diyerek doğru yanıt verdikleri, % 2.5'i "Hayır" ve % 5.4'u "Fikrim yok" yanıtını verdikleri tespit edilmiştir.

"KKKA hastalığı kronikleşebilir." maddesine hemşirelerin % 66.7'si "Hayır" diyerek doğru yanıt verdikleri, % 19'u "Evet" ve % 14.3'ü "Fikrim yok" yanıtını verdikleri tespit edilmiştir.

"Kişi bu hastalığa tekrar tekrar yakalanabilir." maddesine hemşirelerin % 35.9'u "Hayır" diyerek doğru yanıt verdikleri, % 49.8'i "Evet" ve % 14.3'ü "Fikrim yok" yanıtını verdikleri tespit edilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin KKKA hastalığında **"Hastanın Kliniği İle İlgili"** bilgi maddelerine toplamda % 75.9 oranında doğru yanıt verdikleri saptanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan, hemşirelerin KKKA hastalığında **"Dezenfeksiyon ve Defin İle İlgili "** bilgi durumları Tablo 4.8.'de verilmiştir.

Tablo 4.8. Hemşirelerin KKKA hastalığında "Dezenfeksiyon ve Defin İle İlgili " bilgi durumları (n=315)

Dezenfeksiyon ve Defin İle İlgili Maddeler		**S**	**%**
**Hastaların kullandığı eşyalar ve kaldığı odanın çamaşır suyu ile temizlenmesi etkin bir yöntemdir.	Evet	266	84.4
	Hayır	33	10.5
	Fikrim yok	16	5.1
*Hasta odalarının ve eşyalarının sadece su ile temizlenmesi yeterlidir.	Evet	14	4.4
	Hayır	287	91.1
	Fikrim yok	14	4.5
*Hastaların kullandığı odaların, etkili şekilde temizlendikten sonra 1 hafta kullanıma kapatılması gerekir.	Evet	134	42.5
	Hayır	109	34.6
	Fikrim yok	72	22.9
*KKKA hastalarının cenaze defin işlemleri, diğer normal hastalarda olduğu gibi yapılır.	Evet	21	6.7
	Hayır	258	81.9
	Fikrim yok	36	11.4
	TOPLAM		73.0

**Bu maddelere verilen evet cevabı doğru cevaptır.
*Bu maddelere verilen hayır cevabı doğru cevaptır.

Dezenfeksiyon ve Defin İle İlgili Bulgular:

"Hastaların kullandığı eşyalar ve kaldığı odanın çamaşır suyu ile temizlenmesi etkin bir yöntemdir." maddesine hemşirelerin % 84.4'ü "Evet" diyerek doğru yanıt verdikleri, % 10.5'i "Hayır" ve % 5.1'i "Fikrim yok" yanıtını verdikleri tespit edilmiştir.

"Hasta odalarının ve eşyalarının sadece su ile temizlenmesi yeterlidir." maddesine hemşirelerin % 91.1'i "Hayır" diyerek doğru yanıt verdikleri, % 4.4'ü "Evet" ve % 4.5'i "Fikrim yok" yanıtını verdikleri tespit edilmiştir.

"Hastaların kullandığı odaların, etkili şekilde temizlendikten sonra 1 hafta kullanıma kapatılması gerekir." maddesine hemşirelerin % 34.6'sı "Hayır" diyerek doğru yanıt verdikleri, % 42.5'i "Evet" ve % 22.9'u "Fikrim yok" yanıtını verdikleri tespit edilmiştir.

"KKKA hastalarının cenaze defin işlemleri, diğer normal hastalarda olduğu gibi yapılır." maddesine hemşirelerin % 81.9'u "Hayır" diyerek doğru yanıt verdikleri, % 6.7'si "Evet" ve % 11.4'ü "Fikrim yok" yanıtını verdikleri tespit edilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin KKKA hastalığına **"Dezenfeksiyon ve Defin İle İlgili"** bilgi maddelere toplamda % 73 oranında doğru yanıt verdikleri saptanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan, hemşirelerin KKKA hastalığında **"Bulaş Yolları İle İlgili "** bilgi durumları Tablo 4.9.'da verilmiştir.

Tablo 4.9. Hemşirelerin KKKA hastalığında "Bulaş Yolları İle İlgili " bilgi durumları (n=315)

Bulaş Yollarıyla İlgili Maddeler		**S**	**%**
*Kene temasının önlenmesinin bulaş ve korunmayla bir ilgisi yoktur.	Evet	35	11.1
	Hayır	262	83.2
	Fikrim yok	18	5.7
*KKKA, hasta kişilerin kanı ile temasla bulaşırken, idrar ve tükürük gibi sıvılardan bulaşmaz.	Evet	45	14.3
	Hayır	236	74.9
	Fikrim yok	34	10.8

Tablo 4.9. (Devamı)

Bulaş Yollarıyla İlgili Maddeler		**S**	**%**
**Enfekte hayvanların kanı ile bulaşır.	Evet	236	74.9
	Hayır	49	15.6
	Fikrim yok	30	9.5
*Enfekte hayvanların et ve sütü ile bulaşmaz.	Evet	76	24.1
	Hayır	182	57.8
	Fikrim yok	57	18.1
	TOPLAM		72.7

**Bu maddelerine verilen evet cevabı doğru cevaptır.
*Bu maddelerine verilen hayır cevabı doğru cevaptır.

Bulaş Yollarıyla İlgili Bulgular:

"Kene temasının önlenmesinin bulaş ve korunmayla bir ilgisi yoktur." maddesine hemşirelerin % 83.2'si "Hayır" diyerek doğru yanıt verdikleri, % 11.1'i "Evet" ve % 5.7'si "Fikrim yok" yanıtını verdikleri tespit edilmiştir.

"KKKA, hasta kişilerin kanı ile temasla bulaşırken, idrar ve tükürük gibi sıvılardan bulaşmaz." maddesine hemşirelerin % 74.9'u "Hayır" diyerek doğru yanıt verdikleri, % 14.3'ü "Evet" ve % 10.8'i "Fikrim yok" yanıtını verdikleri tespit edilmiştir.

"Enfekte hayvanların kanı ile bulaşır." maddesine hemşirelerin % 74.9'u "Evet" diyerek doğru yanıt verdikleri, % 15.6'sı "Hayır" ve % 9.5'i "Fikrim yok" yanıtını verdikleri tespit edilmiştir.

"Enfekte hayvanların et ve sütü ile bulaşmaz." maddesine hemşirelerin % 57.8'i "Hayır" diyerek doğru yanıt verdikleri, % 24.1'i "Evet" ve % 18.1'i "Fikrim yok" yanıtını verdikleri tespit edilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin KKKA hastalığının **"Bulaş Yollarıyla İlgili"** bilgi maddelerine toplamda % 72.7 oranında doğru yanıt verdikleri saptanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan, hemşirelerin KKKA hastalığında **"Korunma Yöntemleri İle İlgili "** bilgi durumları Tablo 4.10.'da verilmiştir.

Tablo 4.10. Hemşirelerin KKKA hastalığından "Korunma Yöntemleri İle İlgili " bilgi durumları (n=315)

Korunma Yöntemleri İle İlgili Maddeler		**S**	**%**
**Kırsal alanlarda açık renkli kıyafetler giymek ve pantolon paçalarını çorabın içine koymak kenelerden korunmayı sağlar.	Evet	298	94.6
	Hayır	10	3.2
	Fikrim yok	7	2.2
*Basit bariyer önlemler (eldiven, maske, önlük, gözlük vs.) ile KKKA hastalığından korunmak mümkün değildir.	Evet	74	23.5
	Hayır	216	68.6
	Fikrim yok	25	7.9
*Aşılama etkin bir korunma yöntemidir.	Evet	44	14.0
	Hayır	215	68.3
	Fikrim yok	56	17.7
**Hastanın temas ve damlacık izolasyonuna alınması yeterlidir, solunum izolasyonuna gerek yoktur.	Evet	128	40.6
	Hayır	153	48.6
	Fikrim yok	34	10.8
	TOPLAM		68.0

**Bu maddelere verilen evet cevabı doğru cevaptır.
*Bu maddelere verilen hayır cevabı doğru cevaptır.

Korunma Yöntemleri İle İlgili Bulgular:

"Kırsal alanlarda açık renkli kıyafetler giymek ve pantolon paçalarını çorabın içine koymak kenelerden korunmayı sağlar." maddesine hemşirelerin % 94.6'sı "Evet" diyerek doğru yanıt verdikleri, % 3.2'si "Hayır" ve % 2.2'si "Fikrim yok" yanıtını verdikleri tespit edilmiştir.

"Basit bariyer önlemler (eldiven, maske, önlük, gözlük vs.) ile KKKA hastalığından korunmak mümkün değildir." maddesine hemşirelerin % 68.6'sı "Hayır" diyerek doğru yanıt verdikleri, % 23.5'i "Evet" ve % 7.9'u "Fikrim yok" yanıtını verdikleri tespit edilmiştir.

"Aşılama etkin bir korunma yöntemidir." maddesine hemşirelerin % 68.3'ü "Hayır" diyerek doğru yanıt verdikleri, % 14'ü "Evet" ve % 17.7'si "Fikrim yok" yanıtını verdikleri tespit edilmiştir.

"Hastanın temas ve damlacık izolasyonuna alınması yeterlidir, solunum izolasyonuna gerek yoktur." maddesine hemşirelerin % 40.6'sı "Evet" diyerek doğru yanıt verdikleri, % 48.6'sı "Hayır" ve % 10.8'i "Fikrim yok" yanıtını verdikleri tespit edilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan, hemşirelerin KKKA hastalığına **"Korunma Yöntemleri İle İlgili"** bilgi maddelerine toplamda % 68 oranında doğru yanıt verdikleri saptanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan, hemşirelerin KKKA hastalığında **"Tedavi İle İlgili "** bilgi durumları Tablo 4.11.'de verilmiştir.

Tablo 4.11. Hemşirelerin KKKA hastalığının "Tedavisi İle İlgili " bilgi durumları (n=315)

Tedavi İle İlgili Maddeler		**S**	**%**
*Antibiyotikle tedavi edilir	Evet	120	38.1
	Hayır	149	47.3
	Fikrim yok	46	14.6
**Sıvı takviyesi gibi semptomatik/destek tedavi uygulanır.	Evet	273	86.7
	Hayır	18	5.7
	Fikrim yok	24	7.6
**Tedavide ve profilaksideribavirin kullanılabilir.	Evet	242	76.8
	Hayır	11	3.5
	Fikrim yok	62	19.7
*Plazmaferez ve interferonlar etkinliği kanıtlanmış diğer tedavi yöntemleridir.	Evet	181	57.4
	Hayır	27	8.6
	Fikrim yok	107	34.0
	TOPLAM		54.8

**Bu maddelere verilen evet cevabı doğru cevaptır.
*Bu maddelere verilen hayır cevabı doğru cevaptır.

Tedavi İle İlgili Bulgular:

"Antibiyotikle tedavi edilir" maddesine hemşirelerin % 47.3'ü "Hayır" diyerek doğru yanıt verdikleri, % 38.1'i "Evet" ve % 14.6'sı "Fikrim yok" yanıtını verdikleri tespit edilmiştir.

"Sıvı takviyesi gibi semptomatik/destek tedavi uygulanır." maddesine hemşirelerin % 86.7'si "Evet" diyerek doğru yanıt verdikleri, % 5.7'si "Hayır" ve % 7.6'sı "Fikrim yok" yanıtını verdikleri tespit edilmiştir.

"Tedavide ve profilakside ribavirin kullanılabilir." maddesine hemşirelerin % 76.8'i "Evet" diyerek doğru yanıt verdikleri, % 3.5'i "Hayır" ve % 19.7'si "Fikrim yok" yanıtını verdikleri tespit edilmiştir.

"Plazmaferez ve interferonlar etkinliği kanıtlanmış diğer tedavi yöntemleridir." maddesine hemşirelerin % 8.6'sı "Hayır" diyerek doğru yanıt verdikleri, % 57.4'ü "Evet" ve % 34'ü "Fikrim yok" yanıtını verdikleri tespit edilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan, hemşirelerin KKKA hastalığına **"Tedavi İle İlgili"** bilgi maddelerine toplamda % 54,8 oranında doğru yanıt verdikleri saptanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan, hemşirelerin KKKA hastalığının **"Laboratuvar bulguları ile ilgili "** bilgi durumları Tablo 4.12.'de verilmiştir.

Tablo 4.12. Hemşirelerin KKKA hastalığının "Laboratuvar bulguları ile ilgili " bilgi durumları (n=315)

Laboratuvar bulgularıyla İlgili Maddeler		**S**	**%**
**Trombositopeni ve lökopeni sık görülen KKKA belirtilerindendir.	Evet	295	93.7
	Hayır	2	0.6
	Fikrim yok	18	5.7
*Aspartataminotransferaz (AST), alaninaminotransferaz (ALT) düşüklükleri görülebilir.	Evet	181	57.5
	Hayır	70	22.2
	Fikrim yok	64	20.3
*Koagülasyon değerlerinde (INR,aPTT) düşüşlere/kısalmalara sebep olur.	Evet	224	71.1
	Hayır	60	19.0
	Fikrim yok	31	9.9
	TOPLAM		45.0

**Bu maddelere verilen evet cevabı doğru cevaptır.
*Bu maddelere verilen hayır cevabı doğru cevaptır.

Laboratuvar Bulguları İle İlgili Bulgular:

"Trombositopeni ve lökopeni sık görülen KKKA belirtilerindendir." maddesine hemşirelerin % 93.7'si "Evet" diyerek doğru yanıt verdikleri, % 0.6'sı "Hayır" ve % 5.7'si "Fikrim yok" yanıtını verdikleri tespit edilmiştir.

"Aspartataminotransferaz (AST), alaninaminotransferaz (ALT) düşüklükleri görülebilir." maddesine hemşirelerin % 22.2'si "Hayır" diyerek doğru yanıt verdikleri, % 57.5'i "Evet" ve % 22.2'si "Fikrim yok" yanıtını verdikleri tespit edilmiştir.

"Koagülasyon değerlerinde (INR, aPTT) düşüşlere/kısalmalara sebep olur." maddesine hemşirelerin % 19'u "Hayır" diyerek doğru yanıt verdikleri, % 71.1'i "Evet" ve % 9.9'u "Fikrim yok" yanıtını verdikleri tespit edilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan, hemşirelerin KKKA hastalığına **"Laboratuvar bulguları İle İlgili"** bilgi maddelerine toplamda % 45 oranında doğru yanıt verdikleri saptanmıştır.

Tablo 4.13. Hemşirelerin cinsiyetlerine göre KKKA hastalığı hakkındaki bilgi düzeylerine ait puan ortalamalarının karşılaştırılması

Bilgi Düzeyi Alt Grupları	Cinsiyet	n	$\bar{X}$	S.s.	t	p
Yaklaşım	Kadın	230	4.59	.646	**2.332**	**.022**
	Erkek	85	4.31	1.058		
Risk Grupları	Kadın	230	3.54	.671	-.497	.620
	Erkek	85	3.59	.806		
Hastanın Kliniği	Kadın	230	5.57	1.087	.942	.347
	Erkek	85	5.44	1.085		
Dezenfeksiyon Ve Defin	Kadın	230	2.98	.923	1.649	.101
	Erkek	85	2.76	1.054		
Bulaş Yolları	Kadın	230	2.98	.991	**2.030**	**.043**
	Erkek	85	2.72	1.065		
Korunma Yöntemleri	Kadın	230	2.73	.889	.447	.655
	Erkek	85	2.68	1.014		
Tedavi	Kadın	230	2.17	.905	-.928	.354
	Erkek	85	2.27	.864		
Laboratuvar bulguları	Kadın	230	1.33	.709	-.586	.558
	Erkek	85	1.39	.742		
TOPLAM DOĞRU YANIT ORTALAMASI	Kadın	230	27.77	3.978	1.450	.148
	Erkek	85	26.98	5.031		

Hemşirelerin cinsiyetlerine göre KKKA hastalığı maddelerinin **"**Yaklaşım" ve "Bulaş Yolları" alt gruplarındaki maddelere verdikleri cevaplar açısından aralarındaki farklar $p<0.05$ önem düzeyinde anlamlı bulunmuştur. KKKA hastalığı bilgi maddelerininden **"**Yaklaşım" ve" Bulaş Yolları" ile ilgili maddelere kadınların ortalamasının erkeklerin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.14. Hemşirelerin yaşlarına göre KKKA hastalığı hakkındaki bilgi düzeylerine ait puan ortalamalarının karşılaştırılması

Bilgi Düzeyi Alt Grupları	Yaş	n	$\overline{X}$	S.s.	F	p
Yaklaşım	25 yaş ve altı	151	4.45	.830	.962	.383
	25-30 yaş	109	4.58	.711		
	31 yaş ve üzeri	55	4.56	.811		
Risk Grupları	25 yaş ve altı	151	3.63	.745	1.661	.192
	25-30 yaş	109	3.50	.661		
	31 yaş ve üzeri	55	3.45	.689		
Hastanın Kliniği	25 yaş ve altı	151	5.46	1.159	1.096	.336
	25-30 yaş	109	5.54	1.032		
	31 yaş ve üzeri	55	5.71	.975		
Dezenfeksiyon Ve Defin	25 yaş ve altı	151	2.79	.963	**4.870**	**.008**
	25-30 yaş	109	2.94	1.012		
	31 yaş ve üzeri	55	3.25	.775		
Bulaş Yolları	25 yaş ve altı	151	2.84	1.046	1.878	.155
	25-30 yaş	109	2.88	1.016		
	31 yaş ve üzeri	55	3.15	.911		

Tablo 4.14. (Devamı)

	Yaş	n	$\overline{X}$	S.s.	F	p
Korunma Yöntemleri	25 yaş ve altı	151	2.58	.941	**4.448**	**.012**
	25-30 yaş	109	2.79	.893		
	31 yaş ve üzeri	55	2.98	.871		
Tedavi	25 yaş ve altı	151	2.07	.895	**6.315**	**.002**
	25-30 yaş	109	2.17	.911		
	31 yaş ve üzeri	55	2.56	.764		
Laboratuvar bulguları	25 yaş ve altı	151	1.32	.734	.276	.759
	25-30 yaş	109	1.38	.664		
	31 yaş ve üzeri	55	1.38	.782		
TOPLAM DOĞRU YANIT ORTALAMASI	25 yaş ve altı	151	26.99	4.519	**4.431**	**.013**
	25-30 yaş	109	27.61	4.210		
	31 yaş ve üzeri	55	28.98	3.472		

Hemşirelerin yaşlarına göre KKKA hastalığı bilgi maddelerinin "Dezenfeksiyon Ve Defin ", "Korunma Yöntemleri", "Tedavi " alt grupları ve "Toplam doğru yanıt ortalaması" açısından verdikleri cevaplar aralarındaki farklar $p<0.05$ önem düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Farkın hangi yaş grubundan kaynaklandığını anlamak amacıyla LSD Post Hoc testi yapılmıştır.

LSD Post Hoc testi sonucu 31 yaş ve üzerindeki hemşirelerin 25 yaş ve altındaki ve 25-30 yaşındaki hemşirelere göre "Dezenfeksiyon ve Defin" ve "Tedavi" alt gruplarındaki maddelere verdikleri doğru yanıt ortalamasının daha yüksek olduğu, 31 yaş ve üzerindeki hemşirelerin 25 yaş ve altındaki hemşirelere göre "Korunma Yöntemleri"

ile ilgili maddelere verdikleri doğru yanıt ortalamasının ve "Toplam doğru yanıt ortalamasının'' daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.15. Hemşirelerin eğitim durumlarına göre KKKA hastalığı hakkındaki bilgi düzeylerine ait puan ortalamalarının karşılaştırılması

Bilgi Düzeyi Alt Grupları	Eğitim	n	$\overline{X}$	S.s.	KW	p
Yaklaşım	Ortaöğretim	51	4.47	.857		
	Lisans	251	4.53	.750	.615	.735
	Lisansüstü	13	4.31	1.182		
Risk Grupları	Ortaöğretim	51	3.63	.747		
	Lisans	251	3.55	.705	1.816	.403
	Lisansüstü	13	3.46	.660		
Hastanın Kliniği	Ortaöğretim	51	5.71	1.006		
	Lisans	251	5.49	1.108	1.557	.459
	Lisansüstü	13	5.62	.961		
Dezenfeksiyon Ve Defin	Ortaöğretim	51	2.98	.990		
	Lisans	251	2.91	.961	.336	.845
	Lisansüstü	13	2.92	.954		
Bulaş Yolları	Ortaöğretim	51	2.92	.997		
	Lisans	251	2.92	1.025	1.683	.431
	Lisansüstü	13	2.62	.961		
Korunma Yöntemleri	Ortaöğretim	51	2.80	.849	**6.535**	**.038**
	Lisans	251	2.67	.941		
	Lisansüstü	13	3.31	.630		
Tedavi	Ortaöğretim	51	2.39	.940		
	Lisans	251	2.14	.878	4.269	.118
	Lisansüstü	13	2.38	.961		
Laboratuvar bulguları	Ortaöğretim	51	1.39	.777		
	Lisans	251	1.34	.711	.185	.912
	Lisansüstü	13	1.31	.630		
TOPLAM DOĞRU YANIT ORTALAMASI	Ortaöğretim	51	28.20	4.792		
	Lisans	251	27.41	4.210	1.546	.462
	Lisansüstü	13	27.85	3.891		

Hemşirelerin eğitim durumlarına göre (KKKA) hastalığı bilgi maddelerinin "Korunma Yöntemleri" alt gruplarındaki maddelere verdikleri cevaplar açısından aralarındaki farklar $p<0.05$ önem düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Farkın hangi gruptan kaynaklandığını anlamak için Dunnet T3 Post Hoc testi yapılmıştır.

Dunnet T3 Post Hoc testi sonucu lisansüstü mezunu olan hemşirelerin lisans mezunu olan hemşirelere göre Korunma Yöntemleriyle ilgili maddelere verdikleri doğru yanıt ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.16. Hemşirelerin çalışma süresine göre KKKA hastalığı hakkındaki bilgi düzeylerine ait puan ortalamalarının karşılaştırılması

Bilgi Düzeyi Alt Grupları	Çalışma süresi	n	$\overline{X}$	S.s.	F	p
Yaklaşım	1 yıldan az	29	4.24	1.244		
	1-5 yıl	183	4.52	.678	1.579	.194
	5-10 yıl	63	4.52	.859		
	10 yıldan fazla	40	4.65	.700		
Risk Grupları	1 yıldan az	29	3.45	.985		
	1-5 yıl	183	3.59	.704	.860	.462
	5-10 yıl	63	3.59	.586		
	10 yıldan fazla	40	3.43	.675		
Hastanın Kliniği	1 yıldan az	29	5.24	1.431		
	1-5 yıl	183	5.53	1.063	1.233	.298
	5-10 yıl	63	5.52	1.045		
	10 yıldan fazla	40	5.75	.954		
Dezenfeksiyon ve Defin	1 yıldan az	29	2.55	.910		
	1-5 yıl	183	2.80	1.010	**6.617**	**.000**
	5-10 yıl	63	3.22	.832		
	10 yıldan fazla	40	3.28	.751		
Bulaş Yolları	1 yıldan az	29	2.97	1.085		
	1-5 yıl	183	2.85	1.030	.690	.559
	5-10 yıl	63	2.92	.989		
	10 yıldan fazla	40	3.10	.955		

Tablo 4.16. (Devamı)

	Çalışma süresi	n	$\overline{X}$	S.s.	F	P
Korunma Yöntemleri	1 yıldan az	29	2.55	1.121		
	1-5 yıl	183	2.62	.899	**3.038**	**.029**
	5-10 yıl	63	2.94	.896		
	10 yıldan fazla	40	2.95	.846		
Tedavi	1 yıldan az	29	1.97	.906		
	1-5 yıl	183	2.07	.914	**6.079**	**.000**
	5-10 yıl	63	2.38	.792		
	10 yıldan fazla	40	2.63	.774		
Laboratuvar bulguları	1 yıldan az	29	1.21	.726		
	1-5 yıl	183	1.34	.701	.540	.655
	5-10 yıl	63	1.40	.730		
	10 yıldan fazla	40	1.40	.778		
TOPLAM DOĞRU YANIT ORTALAMASI	1 yıldan az	29	26.00	6.089		
	1-5 yıl	183	27.17	4.184	**4.447**	**.004**
	5-10 yıl	63	28.35	4.017		
	10 yıldan fazla	40	29.15	2.887		

Hemşirelerin çalışma süresine göre KKKA hastalığı bilgi maddelerinin "Dezenfeksiyon ve Defin", "Korunma Yöntemleri", "Tedavi " alt gruplarındaki maddelere verdikleri cevaplar ve Toplam doğru yanıt ortalaması açısından aralarındaki farklar $p<0.05$ önem düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Farkın hangi gruptan kaynaklandığını anlamak amacıyla LSD Post Hoc testi yapılmıştır.

LSD Post Hoc testi sonucu çalışma süresi 5-10 yıl ve 10 yıldan fazla olan hemşirelerin çalışma süresi 1 yıldan az ve 1-5 yıl olan hemşirelere göre "Dezenfeksiyon ve Defin" ve "Tedavi" alt gruplarındaki maddelere verdikleri doğru yanıt ortalamasının daha yüksek olduğu, çalışma süresi 5-10 yıl ve 10 yıldan fazla olan hemşirelerin çalışma süresi 1-5 yıl olan hemşirelere göre "Korunma Yöntemleri" ilgili alt gruptaki maddelere verdikleri doğru yanıt ortalamasının daha yüksek olduğu, çalışma süresi 5-10 yıl olan

hemşirelerin çalışma süresi 1 yıldan az olan hemşirelere göre, çalışma süresi 10 yıldan fazla olan hemşirelerin çalışma süresi 1 yıldan az ve 1-5 yıl olan hemşirelere göre "Toplam doğru yanıt ortalamasının'' daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.17. Hemşirelerin çalıştıkları birimlere göre KKKA hastalığı hakkındaki bilgi düzeylerine ait puan ortalamalarının karşılaştırılması

Bilgi Düzeyi Alt Grupları	Servis	n	$\overline{X}$	S.s.	KW	P
Yaklaşım	Acil	38	4.58	.599		
	Yoğun bakım	110	4.53	.673		
	Dahili servis	86	4.57	.790	4.185	.382
	Cerrahi servis	72	4.35	1.023		
	Diğer	9	4.89	.333		
Risk Grupları	Acil	38	3.61	.595		
	Yoğun bakım	110	3.56	.711		
	Dahili servis	86	3.52	.747	.775	.942
	Cerrahi servis	72	3.57	.728		
	Diğer	9	3.44	.726		
Hastanın Kliniği	Acil	38	5.29	1.160		
	Yoğun bakım	110	5.61	1.041		
	Dahili servis	86	5.60	1.109	4.839	.304
	Cerrahi servis	72	5.39	1.108		
	Diğer	9	6.00	.707		
Dezenfeksiyon ve Defin	Acil	38	3.05	1.012		
	Yoğun bakım	110	2.78	.952		
	Dahili servis	86	3.10	.958	8.961	.062
	Cerrahi servis	72	2.82	.969		
	Diğer	9	3.11	.601		
Bulaş Yolları	Acil	38	2.95	1.038		
	Yoğun bakım	110	2.99	.991		
	Dahili servis	86	2.88	1.152	3.880	.423
	Cerrahi servis	72	2.78	.859		
	Diğer	9	3.00	1.118		

Tablo 4.17. (Devamı)

	Servis	**n**	$\overline{X}$	**S.s.**	**KW**	**P**
Korunma Yöntemleri	Acil	38	2.61	.916		
	Yoğun bakım	110	2.65	.962		
	Dahili servis	86	2.80	.918	2.674	.614
	Cerrahi servis	72	2.78	.892		
	Diğer	9	2.78	.833		
Tedavi	Acil	38	2.18	.982		
	Yoğun bakım	110	2.20	.896		
	Dahili servis	86	2.26	.948	3.756	.440
	Cerrahi servis	72	2.07	.775		
	Diğer	9	2.56	.882		
Laboratuvar bulguları	Acil	38	1.16	.638		
	Yoğun bakım	110	1.45	.724		
	Dahili servis	86	1.34	.729	6.397	.171
	Cerrahi servis	72	1.31	.685		
	Diğer	9	1.44	1.014		
TOPLAM DOĞRU	Acil	38	27.26	4.409		
YANIT ORTALAMASI	Yoğun bakım	110	27.65	3.794		
	Dahili servis	86	27.92	5.136	5.773	.217
	Cerrahi servis	72	26.90	4.008		
	Diğer	9	29.22	2.386		

Hemşirelerin çalıştıkları servislerine göre (KKKA) hastalığı bilgi maddelerinin tüm alt gruplarındaki maddelere verdikleri cevaplar açısından aralarındaki farklar $p>0.05$ önem düzeyinde anlamsız bulunmuştur.

Tablo 4.18. Hemşirelerin daha önce KKKA tanısı almış ya da şüphesi olan hasta takip etme durumlarına göre KKKA hastalığı hakkındaki bilgi düzeylerine ait puan ortalamalarının karşılaştırılması

Bilgi Düzeyi Alt Grupları		n	$\bar{X}$	S.s.	t	P
Yaklaşım	Evet	132	4.66	.640	**2.939**	**.004**
	Hayır	183	4.41	.865		
Risk Grupları	Evet	132	3.61	.602	1.119	.264
	Hayır	183	3.52	.776		
Hastanın Kliniği	Evet	132	5.65	.973	1.737	.083
	Hayır	183	5.44	1.156		
Dezenfeksiyon Ve Defin	Evet	132	3.25	.795	**5.587**	**.000**
	Hayır	183	2.68	1.004		
Bulaş Yolları	Evet	132	2.98	.945	1.049	.295
	Hayır	183	2.86	1.065		
Korunma Yöntemleri	Evet	132	2.86	.875	**2.254**	**.025**
	Hayır	183	2.62	.946		
Tedavi	Evet	132	2.45	.832	**4.392**	**.000**
	Hayır	183	2.01	.896		
Laboratuvar bulguları	Evet	132	1.53	.756	**3.805**	**.000**
	Hayır	183	1.22	.660		
TOPLAM DOĞRU YANIT ORTALAMASI	Evet	132	28.89	3.447	**5.103**	**.000**
	Hayır	183	26.58	4.583		

Hemşirelerin daha önce hiç KKKA tanısı almış ya da şüphesi olan bir hasta takip etme durumlarına göre KKKA hastalığı bilgi maddelerinin "Yaklaşım", "Dezenfeksiyon ve Defin", "Korunma Yöntemleri", "Tedavi", "Laboratuvar bulguları" alt gruplarındaki maddelere verdikleri cevaplar ve "Toplam doğru yanıt ortalaması" açısından aralarındaki farklar $p<0.05$ önem düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Tablodan KKKA hastalığı bilgi maddelerinden "Yaklaşım", "Dezenfeksiyon ve Defin", "Korunma Yöntemleri", "Tedavi", "Laboratuvar bulguları " alt gruplarındaki maddelere verilen yanıtlar ve "Toplam doğru yanıt ortalaması" kategorilerine, daha önce hiç KKKA tanısı almış ya da

şüphesi olan bir hasta takip etmiş olanların ortalamasının etmemiş hasta takip etmemiş olanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.19. Hemşirelerin KKKA hastalığı hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünme durumlarına göre KKKA hastalığı hakkındaki bilgi düzeylerine ait puan ortalamalarının karşılaştırılması

Bilgi Düzeyi Alt Grupları		**n**	$\overline{X}$	**S.s.**	**t**	**p**
Yaklaşım	Evet	216	4.59	.754	**2.632**	**.009**
	Hayır	99	4.34	.835		
Risk Grupları	Evet	216	3.63	.595	**2.553**	**.012**
	Hayır	99	3.38	.889		
Hastanın Kliniği	Evet	216	5.60	1.029	1.644	.102
	Hayır	99	5.37	1.192		
Dezenfeksiyon Ve Defin	Evet	216	3.12	.852	**5.143**	**.000**
	Hayır	99	2.49	1.053		
Bulaş Yolları İle	Evet	216	3.00	.902	**2.262**	**.025**
	Hayır	99	2.70	1.208		
Korunma Yöntemleri	Evet	216	2.86	.868	**3.925**	**.000**
	Hayır	99	2.41	.969		
Tedavi	Evet	216	2.37	.807	**4.924**	**.000**
	Hayır	99	1.82	.962		
Laboratuvar bulguları	Evet	216	1.41	.676	**2.312**	**.021**
	Hayır	99	1.21	.786		
TOPLAM DOĞRU YANIT ORTALAMASI	Evet	216	28.49	3.527	**5.279**	**.000**
	Hayır	99	25.52	5.066		

Hemşirelerin KKKA hastalığı hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünme durumlarına göre KKKA hastalığı bilgi maddelerinin "Yaklaşım", "Risk Grupları", "Dezenfeksiyon ve Defin", "Bulaş Yolları", "Korunma Yöntemleri", "Tedavi", "Laboratuvar bulguları" alt gruplarındaki maddelerde ve "Toplam doğru yanıt ortalaması" açısından verdikleri cevaplar arasındaki farklar $p<0.05$ önem düzeyinde

anlamlı bulunmuştur. Tablodan KKKA hastalığı bilgi maddelerinden "Yaklaşım", "Risk Grupları", "Dezenfeksiyon ve Defin", "Bulaş Yolları", "Korunma Yöntemleri", "Tedavi", "Laboratuvar bulguları" kategorilerindeki maddelere ve "Toplam doğru yanıt ortalaması" na KKKA hastalığı hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünenlerin ortalamasının, yeterli olduğunu düşünmeyenlere göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan, hemşirelerin KKKA hastalarına yönelik tutumlarıyla ilgili bulgular Tablo 4.20.'de verilmiştir.

Tablo 4.20. Hemşirelerin KKKA hastalarına yönelik tutumları (n=315)

		S	**%**
Özellikle yaz aylarında kırsal alanlardan ateş, vücut ağrısı veya kanama şikayeti ile gelen hastalara koruyucu ekipman (eldiven, maske) ile yaklaşırım.	Evet	298	94.6
	Hayır	15	4.8
	Fikrim yok	2	.6
KKKA hastalığına bakmak mesleki riskimi artırır.	Evet	298	94.6
	Hayır	6	1.9
	Fikrim yok	11	3.5
KKKA hastalığının bulaş yollarını bilmeme rağmen yine de bu hastalığa yakalanmaktan korkuyorum.	Evet	249	79.0
	Hayır	59	18.7
	Fikrim yok	7	2.3
Gerekli izolasyon önlemlerinin hepsine uysam bile eğer çok uzun süre KKKA hastalarıyla ilgilenirsem bu hastalık bana da bulaşabilir.	Evet	134	42.5
	Hayır	158	50.2
	Fikrim yok	23	97.3
KKKA hastası biri ile aynı ortamda bulunmak istemem.	Evet	181	57.5
	Hayır	120	38.1
	Fikrim yok	14	4.4
Eğer seçme şansım olsa KKKA hastalarına ve hastalık riski taşıyan kişilere bakmamayı tercih ederim.	Evet	175	55.6
	Hayır	124	39.4
	Fikrim yok	16	5.0

Tablo 4.20. (Devamı)

		S	%
KKKA hastalarına kendim bakmak yerine, meslektaşlarıma yönlendirmeyi tercih ederim.	Evet	29	9.2
	Hayır	269	85.4
	Fikrim yok	17	5.4
KKKA hastasına bakmam gerekirse çalışma alanımı değiştirmeyi düşünebilirim.	Evet	66	21
	Hayır	236	74.9
	Fikrim yok	13	4.0
KKKA hastaları ile empati kurabilirim.	Evet	271	86
	Hayır	27	9.2
	Fikrim yok	8	4.8

" Özellikle yaz aylarında kırsal alanlardan ateş, vücut ağrısı veya kanama şikayeti ile gelen hastalara koruyucu ekipman (eldiven, maske) ile yaklaşırım." tutum maddesine hemşirelerin % 94.6'sı "Evet", % 4.8'i "Hayır" ve % 0.6'sı "Fikrim yok" yanıtını vermişlerdir.

"KKKA hastalığına bakmak mesleki riskimi artırır." tutum maddesine hemşirelerin % 94.6'sı "Evet", % 1.9'u "Hayır" ve % 3.5'i "Fikrim yok" yanıtını vermişlerdir.

"KKKA hastalığının bulaş yollarını bilmeme rağmen yine de bu hastalığa yakalanmaktan korkuyorum." tutum maddesine hemşirelerin % 79'u "Evet", % 18.7'si "Hayır" ve % 2.3'ü "Fikrim yok" yanıtını vermişlerdir.

"Gerekli izolasyon önlemlerinin hepsine uysam bile eğer çok uzun süre KKKA hastalarıyla ilgilenirsem bu hastalık bana da bulaşabilir." tutum maddesine hemşirelerin % 42.5'i "Evet", % 50.2'si "Hayır" ve % 7.3'ü "Fikrim yok" yanıtını vermişlerdir.

" KKKA hastası biri ile aynı ortamda bulunmak istemem." tutum maddesine hemşirelerin % 57.5'i "Evet", % 38.1'i "Hayır" ve % 4.4'ü "Fikrim yok" yanıtını vermişlerdir.

“Eğer seçme şansım olsa KKKA hastalarına ve hastalık riski taşıyan kişilere bakmamayı tercih ederim.” tutum maddesine hemşirelerin % 55.6’sı “Evet”, % 39.4’ü “Hayır” ve % 5.0’i “Fikrim yok” yanıtını vermişlerdir.

“KKKA hastalarına kendim bakmak yerine meslektaşlarıma yönlendirmeyi tercih ederim.” tutum maddesine hemşirelerin % 9.2’si “Evet”, % 85.4’ü “Hayır” ve % 5.4’ü “Fikrim yok” yanıtını vermişlerdir.

“KKKA hastasına bakmam gerekirse çalışma alanımı değiştirmeyi düşünebilirim.” tutum maddesine hemşirelerin % 21’i “Evet”, % 74.9’u “Hayır” ve % 4.0’ı “Fikrim yok” yanıtını vermişlerdir.

“KKKA hastaları ile empati kurabilirim.” tutum maddesine hemşirelerin % 86’sı “Evet”, % 9.2’si “Hayır” ve % 4.8’i “Fikrim yok” yanıtını vermişlerdir.

5. TARTIŞMA

KKKA hastalığı ilk tespit edildiği dönemden itibaren ülkemizde önemli bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir. Etkin bir aşısı ve etkin bir tedavi yöntemi bulunmayan KKKA hastalığı nazokomiyal bulaş açısından, sağlık çalışanları için önemli derecede risk oluşturmaktadır. Bu riski en fazla taşıyan meslek gruplarından biri de hastalarla en çok temas halinde bulunan hemşirelerdir.

Erzurum ilindeki bir devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin KKKA hastalığı hakkındaki bilgi düzeyi ve tutumlarının değerlendirildiği bu çalışmada elde edilen veriler literatür ışığında tartışılmıştır.

Katılım sağlayan hemşirelerin %41.9'u daha önce KKKA tanısı almış ya da şüphesi olan bir hasta takip ettiğini, % 68.6'sı da KKKA hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu belirtmiştir (Tablo 4.2.). Bu çalışmada bilgi düzeyinin yeterli olduğunu düşünenlerin oranı, İnci ve ark.'nın[13] sağlık personelleriyle, Kader ve ark.'nın[15] aile hekimleriyle yaptıkları çalışmalara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu oranın daha yüksek olmasının sebebinin Erzurum ilinin endemik bir bölge olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Hemşirelerin mevcut bilgilerinin kaynağı incelendiğinde, hemşirelerin %44.75'inin ''Kurum içi eğitimler'' cevabını verdikleri bulunmuştur. İkinci sırada ise %23.11 ile ''Okuldan'' cevabının verildiği bulunmuştur (Tablo 4.2.). Keten ve ark'nın[18] çalışmasında aile sağlığı merkezlerine başvuran hastaların, en fazla kullandıkları bilgi kaynağının televizyon olduğu, ve katılımcıların hiç birinin KKKA ile ilgili bir eğitim almadığı saptanmış ve çalışma sonucunda katılımcıların bilgi ve tutumlarının yetersiz olduğu sonucuna varılmıştır. Kader ve ark.'nın[15] çalışma sonucunda, katılımcı aile hekimlerinin tamamı, Hıdıroğlu'nun[12] çalışma sonucunda ise katılımcı sağlık personelinin büyük bir kısmının bilgi kaynaklarının hizmet içi eğitimlerden sağlandığı

bulunmuştur. Bu çalışmadaki en fazla tercih edilen bilgi kaynakları (kurum içi eğitimler ve okul) değerlendirildiğinde hemşirelerin doğru bilgilere ulaşma oranının yüksek olduğu söylenebilir. Bu sonucun da yine çalışmamızdaki bilgi düzeyinin yüksek bulunmasında olumlu yönde etkisi olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca kurum içerisindeki eğitimlerin en yüksek oranda bilgi kaynağı olarak kullanılıyor olmasının, eğitimlere önem verilmesi gerektiğini göstermektedir.

Çalışmada yer alan bilgi düzeyini değerlendiren maddeler, kendi arasında kategorize edilip incelendiğinde ‘’KKKA hastasına yaklaşım’’ (% 91.1) ve ‘’Risk grupları’’ (% 88.9) maddelerine en yüksek oranda doğru cevap verildiği, ‘’Hastanın kliniği’’(% 75.9), ‘’Dezenfeksiyon ve Defin’’ (%73), ‘’Bulaş yolları’’ (% 72.7), ve ‘’Korunma Yöntemleri’’ (% 68) kategorilerine de yine yüksek oranda doğru cevap verildiği tespit edilmiştir. ‘’Tedavi’’ (% 54.8) maddelerine orta düzeyde doğru cevap verilirken ‘’Laboratuvar Bulguları’’ (% 45) maddelerine ise ortalamanın altında doğru cevap verildiği tespit edilmiştir. Bilgi düzeyine yönelik maddelere (kategoriler içerisindeki 35 madde ve hastalığın görüldüğü yer ve zamanla ilgili olan 2 adet madde) toplamda yaklaşık olarak ¾ oranında (%72.5) doğru yanıt verildiği ve hemşirelerin KKKA hakkındaki bilgi düzeylerinin yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.3.). Bu çalışmanın sonucunda, daha önce Kader[15] ve Korkmaz’ın[17] aile hekimleriyle yaptığı çalışmalarla benzer şekilde bulaş yolları, risk grupları ve hastaların kliniği konusundaki bilgi düzeyleri yeterli bulunmuş, laboratuvar bulguları konusunda bilgi eksikliği olduğu tespit edilmiştir. Sheikh ve ark.[88] ‘nın ise Pakistan’da sağlık çalışanlarıyla yaptıkları çalışmada ise sağlık çalışanlarının, klinik belirtiler ve bulaş yolları konusunda bilgi eksiklikleri olduğu sonucuna varmışlardır.

Hemşireler, KKKA’nın özellikle yaz aylarında görülen bir hastalık olduğunu çok yüksek oranda doğru yanıtlamışlardır (%94.9). Bu sonuçlar Bulut ve ark.’nın[16]

çalışmasında bulunan sonuçlarla benzerdir. Ayrıca hemşireler Erzurum ilinin KKKA için endemik bir bölge olduğunu da yine çok yüksek oranda doğru yanıtlamışlardır (%91.1) (Tablo 4.4.).

Bilgi düzeyine ait kategorilerdeki maddelere verilen yanıtlar incelendiğinde yaklaşım maddeleri arasında en yüksek doğru cevap verilenin, KKKA şüphesi olan hastalara, klinik belirtiler gösterseler bile tanı için laboratuvar testlerinin yapılması gerektiği (%95.9) maddesidir. İkinci olarak en fazla doğru cevaplanan madde, vücut üzerindeki kenenin patlatılamayacağı ya da üzerine çamaşır suyu dökülemeyeceği (%95.6) maddesi olmuştur (Tablo 4.5.). Bu çalışma sonuçları Bulut[16] ve Korkmaz'ın[17] çalışmalarında elde edilen verilerle benzerlik göstermektedir. Vücut üzerindeki keneye ateş tutulamayacağı (%95.2) maddesi ise üçüncü olarak en fazla doğru yanıtlanan madde olduğu bulunmuştur (Tablo 4.5.). Hıdıroğlu ve ark.'nın[12] çalışmasında da sağlık çalışanları ''Kenenin vücuttan çıkarılması'' maddesine yüksek oranda doğru cevap vermişlerdir.[12] Vançelik ve ark.'nın[19] Erzurum ilinde halka yönelik yaptıkları çalışmada ise kene çıkarmaya yönelik maddelere yüksek oranda doğru cevaplar verildiği görülmüştür.[19] Bu çalışmada yaklaşım kategorisindeki diğer maddelere de yüksek oranda doğru yanıtlanmıştır.

Risk grupları ile ilgili olan sorulara verilen cevaplar incelendiğinde, en yüksek oranda doğru bilinen risk grubunun hayvancılıkla uğraşanlar ve veteriner hekimler (%98.1) olduğu bulundu. Ayrıca bu maddenin bilgi formumuzdaki en yüksek oranda doğru yanıtlanan madde olduğu görüldü. Sağlık çalışanlarının (%96.5), mezbaha çalışanları ve kasapların (%85.1) risk grubunda olduğu yüksek oranda doğru cevaplanırken, kırsal alanda yaşamanın/bulunmanın da tek başına risk oluşturacağına (%75.9) dair madde diğer 3 maddeye göre daha düşük oranda doğru cevaplanmıştır (Tablo 4.6.). Bu çalışma sonuçlarıyla uyumlu olarak Hıdıroğlu'nun[12] birinci basamak

sağlık çalışanları ile yaptığı çalışmada da tarım ve hayvancılıkla uğraşanların, sağlık personelinin, veterinerlerin, mezbaha çalışanlarının ve kasapların risk altında olduğu saptanmıştır. Risk gruplarının bu çalışmada daha yüksek oranda doğru bilinmesinin sebebi, çalışmanın yapıldığı Erzurum ilinin KKKA hastalığı için endemik bir bölge olması düşünülebilir.

Hastalığın klinik belirtileri kategorisinde en çok doğru yanıtlanan madde hastalığın yüksek ateş ve halsizliğe sebep olabileceğidir (%96.8). Yüksek oranda doğru cevap verilen diğer iki madde de sırasıyla vücutta kanamaların olabileceği (%92.1), peteşi ve kızarıklıkların görülebileceği maddeleridir (%90.2). Bu sonucun Bulut ve ark.'nın[16] Ankara ilinde yaptıkları çalışmayla benzer olduğu görülmüştür.[16] Bu çalışmada hastalığın sinir sistemine yönelik belirti bulgularının olduğu (%67) ve hastalığın kronikleşemeyeceği daha düşük oranda doğru yanıtlanırken (%66.7), kişilerin bu hastalığa tekrar tekrar yakalanamayacaklarını hemşirelerin sadece %35.9'u doğru yanıtlamıştır. Hastalığın inkübasyon süresinin 2-9 gün arası olduğu ise yüksek oranda doğru cevaplanmıştır (%83.2) (Tablo 4.7.). Bu çalışma sonuçlarının aksine İnci ve ark.'nın[13] sağlık çalışanlarıyla yaptığı bir çalışmada, KKKA hastalığının inkübasyon süresi sorgulanmış ve daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Dezenfeksiyon yöntemleri ve defin ile ilgili maddelerden, sadece suyun dezenfeksiyon işlemi için yeterli olmayacağı (%91.1) ve çamaşır suyunun hasta odaları ve hastaların eşyalarını dezenfekte etmek için etkin bir yöntem olduğu (%84.4) hemşireler tarafından yüksek oranda doğru cevaplanmıştır. Bu sonuç Korkmaz ve ark.'nın[17] çalışmasında elde edilen sonuçla benzerdir.[17] Ayrıca hasta odalarının etkili bir şekilde temizlendikten sonra bir hafta kullanıma kapatılması gerekmediğini ise hemşirelerin sadece %34.6'sı doğru yanıtlamıştır. Hemşireler defin işlemlerinin normal hastalardan farklı olduğunu yüksek oranda (%81.9) doğru yanıtlamışlardır (Tablo 4.8.). KKKA

hastalarının cenaze ve defin işlemleri normal hastalarda olduğundan daha farklı şekilde yapılmaktadır. Cenazeler çamaşır suyu ile spreylenmeli, tabutlar ise mühürlenmelidir.[8]

Bulaş yolları ile ilgili maddelerden, kene temasının önlenmesinin bulaş ve korunmayla ilgisi olduğunu hemşirelerin yüksek oranda doğru cevapladığı bulunmuştur(%83.2). Hemşirelerin %74.9'u hastalığın, hasta kişilerin kanından bulaşırken, tükürük, idrar gibi sıvılarından bulaşmayacağı maddesine hayır cevabını vererek doğru yanıtlamıştır. Hastalık, hasta kişilerin kan, idrar ve tükürük gibi sıvılarından bulaşabilmektedir. Literatürde tükürük ve idrarda da kandakine yakın oranda viral yük olduğu belirtilmektedir.[8] Hemşireler tarafından KKKA' nın hasta hayvanların kanıyla bulaşabileceği de yüksek oranda doğru cevaplanırken (%74.9), hasta hayvanların et ve sütü ile bulaşabileceğini ise hemşireler ın %57.8'i doğru cevaplanmıştır (Tablo 4.9.). Bu çalışmanın sonucunda en çok oranda doğru yanıtlanan bulaş yollarının sırasıyla hasta insan kanı, hasta insanın vücut sıvıları, hasta hayvan kanı ve hasta hayvanın vücut sıvıları ve dokuları olduğu görülmüştür (Tablo 4.9.). Bu sonuç, Hıdıroğlu ve ark.'nın[12] çalışmasındaki sonuçlarla benzer bulunmuştur.[12]

Korunma yöntemleri kategorisinde, kırsal alanlarda açık renkli kıyafetler giyerek pantolonu çorabın içerisine koymanın kenelerden korunmayı sağladığı yüksek oranda doğru yanıtlanmıştır (%94.6). Bu sonuç Bulut'un[16] çalışmasıyla da benzer bulunmuştur. Basit bariyer önlemlerin korunmada etkili olduğu (%68.6) ve aşılamanın etkin bir korunma yöntemi olmadığı maddelerinde (%68.3) yine yüksek oranda doğru cevap verildiği söylenebilir. Hastaların temas ve damlacık izolasyonuna alınıp, solunum izolasyonuna alınmasına gerek olmadığını ise hemşirelerin yarısından daha azı doğru yanıtlamıştır (%40.6). Korunma yöntemlerinin hemşireler tarafından iyi bilinmesi ve uygulanması, hastalığın sağlık personeline, hasta yakınlarına ve diğer hastalara bulaşının engellenmesi konusunda oldukça önemlidir (Tablo 4. 10.).

Tedavi yöntemleri ile ilgili kategoride, sıvı takviyesi gibi destek tedavilerinin (%86.7) ve ribavirin tedavisinin uygulanabileceği (%76.8) yüksek oranda doğru yanıtlanmıştır. Bu sonuçlar, Hıdıroğlu'nun[12] sağlık çalışanlarıyla yaptığı çalışmasındaki sonuçlarla benzer bulunmuştur. Hastalığın antibiyotikle tedavi edilemeyeceğini hemşirelerin yaklaşık olarak yarısı doğru yanıtlamıştır (%47.3). Hemşirelerin %57.5'i interferonlar ve plazmaferezin etkinliği kanıtlanmış tedavi yöntemleri olduğunu belirtmiştir. İnterferonlar geçmişte tedavi yöntemi olarak denenmiştir. Fakat hastalığın belirtilerine benzer yan etkiler ortaya çıkmıştır. İnterferonlar ve plazmaferez yöntemi etkin bir tedavi yöntemi olarak kabul edilmemektedir.[57] Bu maddeyi hemşirelerin sadece %8,6'sı doğru yanıtlamıştır ve bu madde veri toplama formunda en düşük oranda doğru cevaplanan maddedir (Tablo 4.11.). Plazmaferez, kandaki anormal bileşenlerin değiştirilmesi ya da kandan uzaklaştırılması için uygulanan bir işlemdir.[89] Hemşireler KKKA virüsünün plazmaferez yöntemi ile vücuttan atılabileceğini düşünerek, plazmaferezin KKKA tedavisinde kullanıldığını belirtmiş olabilirler. Hemşirelerin öncelikli olarak ilgilendikleri alanlar KKKA hastasının takibi ve bakımı olduğu ve tedavi konusundaki primer yetkili olan kişiler hekimler olduğu için, hemşirelerin bu alandaki bilgi düzeylerinin daha düşük bulunmuş olabileceği düşünülmektedir.

Laboratuvar bulguları kategorisi bilgi düzeyinin en düşük tespit edildiği kategoridir. Trombositopeni ve lökopeninin sık görülen KKKA belirtisi olduğu yüksek oranda doğru yanıtlanmasına (%93.7) rağmen diğer laboratuvar bulguları düşük oranlarda doğru yanıtlanmıştır. Hemşirelerın yarısından fazlası AST ve ALT düşüklükleri görülebileceğini belirtmişler ancak AST ve ALT değerleri KKKA hastalığında yükselmektedir.[6, 21] Çok az oranda (%22.2) katılımcı bu maddeyi doğru yanıtlamıştır. Hemşireler yüksek oranda koagülasyon değerlerinde (INR, aPTT) düşüşler/kısalmalar olacağını belirtmişlerdir. Ancak KKKA hastalığında bu değerler

yükselmekte/artmaktadır.[6, 21] Bu madde de yine çok düşük bir oranda (%19,0) doğru yanıtlanmıştır (Tablo 4.12.). Laboratuvar bulguları ile ilgili maddelere verilen doğru yanıt oranı, İnci[13] ve Bulut'un[16] çalışmalarındaki sonuçlara göre daha düşük bulunurken, Korkmaz[17] ve Kader'in[15] çalışmalarında elde edilen sonuçlarla benzer olduğu saptanmıştır.

Bu çalışmada bilgi düzeyini ölçen maddelere verilen doğru cevaplar demografik özelliklerle karşılaştırılmıştır. Hemşirelerin cinsiyetlerine göre, bilgi düzeyleri incelendiğinde, yaklaşım ve bulaş yolları ile ilgili maddelere kadınlar daha yüksek oranda doğru cevap verirken, maddelerin toplamı göz önüne alındığında maddelere verilen doğru cevaplar açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.13.). Vançelik ve ark.'nın[19] Erzurum ilinde halk ile yaptığı bir çalışmada KKKA hastalığı konusunda erkeklerin bilgi düzeyi daha yüksek bulunurken, Keten ve ark'nın[18] Kahramanmaraş ilinde aile sağlığı merkezlerine (ASM) başvuran hastalarla yaptığı çalışmada ise kadın ve erkeklerin bilgi düzeyi benzer bulunmuştur.

Hemşirelerin yaş gruplarına göre bilgi düzeyleri karşılaştırıldığında, gruplar arasında, toplam maddelere verilen cevaplar açısından anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını anlamak amacıyla yapılan ileri analiz sonucunda 31 yaş ve üzeri olan hemşirelerin bilgi düzeyinin, 25-30 yaş arası olan ve 25 yaş altı olan hemşirelere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.14.). Yaş arttıkça bilgi düzeyi de artmıştır. Bu çalışma sonucuna benzer şekilde İnfal[90] ve Aytaç'ın[91], hemşirelerin hastane enfeksiyonlarına yönelik bilgi düzeylerini sorgulandığı çalışmalarında da yaş arttıkça bilgi düzeyinin de arttığı sonuçlarına varılmıştır. Bu sonucun, yaşın artmasıyla birlikte mesleki deneyimin de artmasından kaynakladığı düşünülmektedir.

Hemşirelerin eğitim düzeyine göre bilgi düzeyleri karşılaştırıldığında ortaöğretim, lisans ve lisansüstü eğitim düzeyinde olan hemşireler arasında bilgi maddelerine verdikleri toplam doğru cevaplar açısından anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte ($p>0.05$), alt gruplardan biri olan korunma yöntemleri kategorisinde maddelere verilen doğru cevaplar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Yapılan ileri analiz sonucunda lisansüstü eğitim düzeyine sahip olan hemşirelerin korunma yöntemleri konusundaki bilgi düzeyinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.15.). Bu çalışma sonucuyla uyumlu bir şekilde, Ulutaşdemir ve ark.'nın[92] hemşirelik öğrencilerine yönelik yaptıkları bir çalışmada da öğrencilerin eğitim düzeyi arttıkça hastane enfeksiyonlarından korunma konusundaki bilgi düzeyinin ve doğru davranış biçimlerinin de arttığı görülmüştür. Bu sonuç eğitim düzeyinin artmasının, kişilerin doğru bilgi, doğru tutum ve doğru davranışlarını da artırabileceği sonucunu düşündürmektedir.

Hemşirelerin çalışma süresine göre bilgi maddelerine verdikleri doğru cevaplar karşılaştırıldığında gruplar arasında toplam doğru cevaplar açısından anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını anlamak amacıyla yapılan ileri analiz sonucuna göre çalışma süresi 10 yıldan fazla olan hemşirelerin bilgi düzeyi, 1 yıldan az ve 1-5 yıl arası çalışma süresi olan hemşirelere göre daha yüksek olduğu, çalışma süresi 5-10 yıl arası olan hemşirelerin bilgi düzeylerinin ise çalışma süresi 1 yıldan az olan hemşirelere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.16.). Çalışma süresi arttıkça bilgi düzeyinin de arttığı sonucuna varılmıştır. Bu çalışmanın aksine Hıdıroğlu ve ark.'nın[12] İstanbul ilinde, birinci basamak sağlık çalışanlarına yönelik yaptığı araştırmada mesleki kıdemleri farklı hemşirelerin bilgi düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu sonuç, Erzurum ilinin endemik bir bölge olması sebebiyle hemşirelerin çalışma süresi arttıkça KKKA hastası ile karşılaşma olasılıklarının artmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Hemşirelerin çalıştıkları birimlere göre bilgi düzeyleri karşılaştırıldığında, acil servis, yoğun bakım, dahili servis, cerrahi servis ve diğer birimlerde çalışan hemşirelerin bilgi düzeyleri arasında, maddelere verilen toplam doğru cevaplar ya da herhangi bir alt kategori açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.17.). Çalışılan birimlere göre bilgi düzeyinde bir farklılık olmamasının, hastanenin tüm birimlerine aynı KKKA eğitiminin veriliyor olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Hemşirelerin daha önce hiç KKKA tanısı almış ya da şüphesi olan bir hasta takip etme durumuna göre bilgi düzeyleri karşılaştırıldığında, gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Daha önce KKKA hastası takip edenlerin bilgi düzeyinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.18.). Mesleki deneyimlerin bilgi düzeyini artırdığı düşünülmektedir. Bu çalışmanın aksine Hıdıroğlu'nun[12] çalışmasında ise sağlık çalışanlarından KKKA hastası takip edenler ve etmeyenler arasında bilgi düzeyi açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu sonuç, KKKA hastalığına dair tecrübelerin hemşirelerin bilgi düzeyini artırdığı şeklinde yorumlanabilir.

Hemşirelerin yeterli bilgiye sahip olduklarını düşünme durumuna göre bilgi düzeyleri karşılaştırıldığında, gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. KKKA hastalığı hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünenlerin bilgi düzeyinin, yeterli olduğunu düşünmeyenlere göre daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 4.19.). Hıdıroğlu'nun[12] çalışmasında ise sağlık çalışanlarından, bilgi düzeyinin yeterli olduğunu düşünenler ve düşünmeyenler arasında bilgi düzeyi açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hemşirelerin KKKA hastalarına karşı tutumlarının değerlendirildiği maddeler incelendiğinde, hemşirelerin çoğunluğu (%94.6) yaz aylarında kırsal alanlardan ateş, vücut ağrısı ve kanama şikayetleri ile gelen hastalara koruyucu ekipman ile yaklaştığını belirtmiştir (Tablo 4.20.). Hemşirelerin KKKA'nın görüldüğü yer ve zamanla,

KKKA'nın klinik belirtileri ile ilgili maddelere de yüksek oranda doğru cevap verdikleri de göz önünde bulundurulduğunda (Tablo 4.3. ve Tablo 4.6.), bu doğru tutumun sebebinin hemşirelerin bu alanlardaki bilgi düzeylerinin yüksek olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Hemşireler çoğunluğu KKKA hastasına bakmanın mesleki risklerini artırdığını (%94.6) düşünmektedir. Hemşirelerin yine yüksek bir kısmı hastalığın bulaş yollarını bilmelerine rağmen bu hastalığa yakalanmaktan korktuklarını ifade etmişlerdir (%79). Hemşirelerin çoğunluğu (%97.3) ise gerekli izolasyon önlemlerinin hepsine uysalar bile uzun süre KKKA hastalarıyla ilgilendikleri zaman bu hastalığın kendilerine bulaşabileceği maddesine ''fikrim yok'' seçeneğinin işaretleyerek fikir sahibi olmadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.20.). Bu sonuçlar Hıdıroğlu'nun[12] sağlık çalışanlarıyla yaptığı çalışmasında elde ettiği sonuçlarla benzerdir. Hemşireler korunma önlemlerine uysalar bile bu önlemlerin kendilerini koruyacağına emin olamadıklarını belirtmişlerdir.

Hemşirelerin yaklaşık yarısı KKKA hastaları ile aynı ortamda bulunmak istemediklerini (%57.5) ve eğer seçme şansları olsa KKKA hastalarına ve hastalık riski taşıyan kişilere bakmak istemediklerini (%55.6) belirtmişlerdir (Tablo 4.20.). Kader ve ark'nın[15] çalışmasında, çalışmaya katılan aile hekimlerinin tamamı nazokomiyal bulaş riskinden dolayı seçme şansları olursa KKKA ön tanısı olan hastaları takip etmek istemeyeceklerini belirtmişlerdir. Hemşireler yüksek oranda (% 86.0) KKKA hastaları ile empati kurabildiklerini belirtseler de bu hastalar ile aynı ortamda bulunmak istememeleri gibi olumsuz tutumlarının hasta üzerinde damgalanma, dışlanma gibi duygular oluşturabileceği düşünülmektedir.

''KKKA hastasına bakmak zorunda kalsam çalışma alanımı değiştirebilirim ''(%74) ve ''Kendim bakmak yerine meslektaşlarıma yönlendirmeyi tercih

ederim’’(%85.4) maddelerine ise yüksek oranda hayır cevabı verilmiştir (Tablo 4.20.). Bu sonuçlar Hıdıroğlu ve ark’nın[16] çalışmasında elde edilen sonuçlarla benzerdir. Hemşirelerin bu olumlu tutumu sergilemeleri mesleki bilinç ve etik ilkeler çerçevesinde hareket ettiklerinin bir göstergesi olarak düşünülebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hemşirelerin KKKA hastalığına yönelik bilgi düzeyinin ve KKKA hastalarına karşı olan tutumlarının değerlendirildiği çalışmada şu sonuçlara ulaşılmıştır:

- Hemşirelerin KKKA hastalığına dair genel bilgi düzeyinin yüksek olduğu,
- KKKA hastasına yaklaşım ve hastalığın risk gruplarına yönelik bilgi düzeyinin çok yüksek olduğu,
- Hastanın kliniği, dezenfeksiyon ve defin, bulaş yolları ve korunma yöntemlerine yönelik bilgi düzeyinin yüksek olduğu,
- Tedaviye ait bilgi düzeyinin orta derecede olduğu,
- Laboratuvar bulgularına dair bilgi düzeyinin ortalamanın altında olduğu,
- Hayvancılıkla uğraşanların ve veteriner hekimlerin risk grubunda olduğunun, en yüksek oranda doğru yanıtlanan madde olduğu,
- İnterferonlar ve plazmaferezin etkin bir tedavi yöntemi olmadığının, en düşük oranda doğru yanıtlanan madde olduğu,
- Bulaş yollarıyla ilgili bilgi düzeyinin kadınlarda daha yüksek olmakla birlikte, diğer kategoriler ve toplam bilgi düzeyi açısından kadın ve erkek cinsiyeti arasında anlamlı bir fark olmadığı,
- Korunma yöntemleri konusundaki bilgi düzeyi lisansüstü hemşirelerde daha yüksek bulunmakla birlikte, diğer kategoriler ve toplam bilgi düzeyi açısından eğitim durumunun anlamlı bir fark oluşturmadığı,
- Hemşirelerin çalıştıkları birimlere göre, toplam bilgi düzeyi ve diğer alt kategoriler açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadığı,
- Hemşirelerin yaşı arttıkça bilgi düzeyinin de arttığı,
- Hemşirelerin çalışma süresi arttıkça bilgi düzeyinin de arttığı,

- KKKA şüphesi olan veya tanısı almış bir hasta takip eden hemşirelerin bilgi düzeyinin daha yüksek olduğu,
- Yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünenlerin bilgi düzeyinin daha yüksek olduğu,
- Hemşirelerin, Erzurum ilinin KKKA için endemik bir bölge olduğunu ve KKKA'nın yaz aylarında görülen bir hastalık olduğunu bildikleri,
- Hemşirelerin kırsal alanlardan ateş, kanama, vücut ağrısı şikayetleri ile gelen hastalara koruyucu ekipman ile yaklaştıkları,
- Hemşirelerin bilgi kaynağı olarak en fazla kurum içi eğitimlerden faydalandıklarını,
- Hemşirelerin, hastalığın bulaş yollarını bilmelerine rağmen, gerekli önlemleri alsalar bile bu hastalığa yakalanmaktan korktukları,
- Hemşirelerin KKKA hastaları ile aynı ortamda bulunmak istemedikleri, eğer seçme şansları olsa KKKA hastalarına bakmak istemeyecekleri,
- Hemşirelerin, KKKA hastasına bakmak zorunda kalırlarsa, çalışma alanlarını değiştirmeyecekleri ve hastaları başka meslektaşlarına yönlendirmeyecekleri, ifade ettikleri görülmektedir.

Bu sonuçlar ışığında:

- KKKA hastalığının tedavisi ve laboratuvar bulgularına yönelik bilgi düzeyinin yetersiz bulunduğu bu yüzden kurum içerisinde eğitimler düzenlenirken, hemşirelerin bilgi eksikliklerinin olduğu bu alanlara ağırlık verilmesi,
- Hemşirelere, hastalığın bulaş yolları ve korunma yöntemleri anlatılırken, bu yöntemlerin etkinliği konusundaki şüphelerinin giderilmesinin de hedeflenmesi,
- Hemşirelerin, bilgi düzeyini artırırken olumsuz tutumlarını da düzeltmeye yönelik eğitimlerin verilmesi,

- Eğitimler planlanırken hastaların içinde bulundukları ruh halini anlamaya, hastaları dışlanma, damgalanma gibi olumsuz psikolojik durumlara maruz bırakmamaya, aynı zamanda sağlık personelini de nazokomiyal bulaşlardan korumaya yönelik davranış değişikliklerinin hedeflenmesi,
- Erzurum ili endemik bir bölge olduğu için verilen eğitimlerin artırılması,
- Verilen eğitimlerin düzenli aralıklarla tekrarlanması,
- Konuyla ilgili olarak daha fazla bilimsel çalışma yapılması,

önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. *Sağlık Bakanlığı,Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Zoonotik Hastalıklar Hizmetiçi Eğitim Modülü, Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) Hastalığı,*. 1 Baskı. Ankara, Başak Matbaacılık, 2011: 56-80.
2. Kırdar S, Ertuğrul MB. Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2009, 10: 45-52.
3. Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans ve Kontrol Esasları Yönetmeliği. T.C. Resmi Gazete, Sayı: 26537, 30 Mayıs 2007.
4. Ergonul O. Crimean–Congo hemorrhagic fever virus: new outbreaks, new discoveries. *Current opinion in virology*, 2012, 2: 215-220.
5. Ergönül Ö. Crimean-Congo haemorrhagic fever. *The Lancet infectious diseases*, 2006, 6: 203-214.
6. Öngörü P, Bodur H. Kırım Kongo Kanamalı Ateşi. *Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 2012, 29: 175-181.
7. T.C. Sağlık Bakanlığı Zoonotik ve Vektörel Hastalıklar Daire Başkanlığı. https://kkka.saglik.gov.tr/. 20 Mart 2019.
8. T.C. Sağlık Bakanlığı Zoonetik ve Vektörel Hastalıklar Dairesi Başkanlığı. https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/zoonotikvektorel-kkka/zoonotikvektorel-kkka-istatistik. 20 Mart 2019.
9. Bayazıt Y. Türkiye'de bulaşıcı hastalıklar bildirim sistemi. *Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi*, 2005, 62: 73-76.
10. Tarantola A, Ergonul Ö, Tattevin P. Estimates and prevention of Crimean-Congo hemorrhagic fever risks for health-care workers. İçinde:Ergonul Ö, Whitehouse CA (editörler). *Crimean-Congo hemorrhagic fever*, Dordrecht, Springer, 2007: 281-294.

11. Inci A. Kirim-Kongo Kanamali Ateşi'nin prevalansi ve cografi, iklimsel ve kene yogunluguyla ilgili faktörlerin önemi/the prevalence of Crimean-Congo Haemorrhagic Fever and the significance of geographic, climatic features, and tick abundance. *Klimik Dergisi*, 2015, 28: 68.
12. Hıdıroğlu S, Önsüz MF, Topuzoğlu A, Karavuş M. Knowledge and attitudes of healthcare workers in Umraniye, Turkey regarding Crimean-Congo Haemorrhagic Fever. *Erciyes Medical Journal/Erciyes Tip Dergisi*, 2012, 34: 73-78.
13. İnci A, Erus S. Sağlık çalışanlarının Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi hastalığı hakkında bilgi düzeyi ve tutumları. *Kocaeli Tıp Dergisi*, 3: 15-18.
14. Yalçıntaş A, Ecevit PC, Tetik BK. Öğrencilerimizin keneler ve Kırım Kongo Kanamalı Ateşi hakkındaki bilgi, tutum ve davranışları. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 2014, 23: 206-210.
15. Kader Ç, Erbay A, Aker S, Alper Ş. Kastamonu ili aile hekimlerinin Kırım Kongo Kanamalı Ateşi konusunda bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi. *Flora*, 2011, 16: 61-66.
16. Bulut C, Yetkin MA, Ataman-Hatipoglu Ç, Yilmaz S, Yazkan S, Demiröz AP. Hastane personelinin Kirim Kongo Kanamali Atesi konusundaki bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi/Evaluation of knowledge of the healthcare workers regarding Crimean-Congo Haemorrhagic Fever. *Klimik Dergisi*, 2009, 22: 14.
17. Korkmaz M, Korkmaz P, Ünlüoğlu İ, Arberk OK. Eskişehir ilinde görev yapan aile hekimlerinin Kırım Kongo Kanamalı Ateşi konusunda bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi/ Assessment the knowledge level for family physicians regarding Crimean-Congo Hemorrhagic Fever working in Eskisehir province. *Smyrna Tıp Dergisi*, 2015: 1-4.

18. Keten HS, Ölmez S, Keten D, Ersoy Ö, Yıldırım F, Üçer H, Çelik M. Knowledge of and attitudes towards Crimean-Congo hemorrhagic fever in patients presenting to family health centers in Kahramanmaraş, Turkey. *European Journal Of Therapeutics*, 2014, 20: 160-164.

19. Vançelik S, Avşar Ü, Aktürk Z. Erzurum ili kırsalında halkın Kırım Kongo kanamalı ateşi hakkında bilgi, tutum ve davranışları. *Turkiye Parazitol Derg*, 2012, 36: 156-159.

20. Sarvan S. Asepsi, Üniversal Önlemler ve İzolasyon Uygulamaları. İçinde:Sabuncu N, Ay FA (editörler). *Klinik Beceriler*, 2 Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2015: 62.

21. Türk Tabipler Birliği. Kırım Kongo Kanamalı Ateşi Bilimsel Değerlendirme Raporu,1. Baskı, 2010: 7-33.

22. Ser Ö, Çetin H. Kırım Kongo Kanamali Ateşi'nin güncel durumu. *TAF Prev Med Bull*, 2016, 15: 58-68.

23. Kandiş H, Katirci Y, Uzun H, Güneş H, Kara İH, Geyik MF. Endemik bir bölgede kene ısırığı nedeniyle acil servise başvuran olguların demografik ve epidemiyolojik özellikleri. *Duzce Medical Journal*, 2010, 12: 18-23.

24. Serter D. Kırım Kongo Hemorajik Humması. İçinde:Topçu AW, Söyletir G, Doğanay M (editörler). *Enfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyolojisi*, 3 Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2008: 1752-1753.

25. Ergönül Ö, Özdarandereli A. Bunyavirüslerin Neden Olduğu Zoonozlar. İçinde:Doğanay M, Altıntaş N (editörler). *Zoonozlar*, 1 Baskı. Ankara, Bilimsel Tıp Yayınevi, 2009: 483-495.

26. Ünal KB, Bodur H. Viral Kanamalı Ateşler. İçinde:Kurt H, Gündeş S, Geyik MF (editörler). *Enfeksiyon Hastalıkları*, 2 Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Yayınevi, 2016: 452-455.

27. Yilmaz GR, Buzgan T, Irmak H, Safran A, Uzun R, Cevik MA, Torunoglu MA. The epidemiology of Crimean-Congo hemorrhagic fever in Turkey, 2002–2007. *International Journal of Infectious Diseases*, 2009, 13: 380-386.

28. Sümer A. Kene ısırığı nedeniyle Kaş devlet hastanesi acil servisine başvuran hastaların değerlendirilmesi. *Kafkas Univ. Vet. Fak. Derg*, 2010, 16: 49-53.

29. Whitehouse CA. Crimean–Congo hemorrhagic fever. *Antiviral research*, 2004, 64: 145-160.

30. Saijo M, Tang Q, Shimayi B, Han L, Zhang Y, Asiguma M, Tianshu D, Maeda A, Kurane I, Morikawa S. Possible horizontal transmission of Crimean-Congo hemorrhagic fever virus from a mother to her child. *Japanese journal of infectious diseases*, 2004, 57: 55-57.

31. Chisholm K, Dueger E, Fahmy NT, Samaha HAT, Zayed A, Abdel-Dayem M, Villinski JT. Crimean-Congo hemorrhagic fever virus in ticks from imported livestock, Egypt. *Emerging infectious diseases*, 2012, 18: 181.

32. Üstün C, Güven T. Kırım-Kongo kanamalı ateşi: Elazığ'da ilk olgu. *Klimik Derg*, 2009, 22: 31-33.

33. European Centre for Disease Prevention and Control. Consultation on Crimean-Congo Haemorrhagic Fever Prevention and Control Meeting Report, 1 Baskı, 2008: 4-24.

34. Palomar AM, Portillo A, Santibanez P, Mazuelas D, Arizaga J, Crespo A, Gutierrez O, Cuadrado JF, Oteo JA. Crimean-Congo hemorrhagic fever virus in ticks from migratory birds, Morocco. *Emerging infectious diseases*, 2013, 19: 260.

35. Korkmaz M, Yıldırım Y, Özçelik H, Fadıloğlu Ç. Güncel bir sorun: Kırım-Kongo kanamalı ateşi. *Fırat Sağ. Hiz. Derg*, 2008, 3: 67-85.

36. Midilli K, Gargılı A, Ergonul O, Şengöz G, Ozturk R, Bakar M, Jongejan F. Imported Crimean-Congo hemorrhagic fever cases in Istanbul. *BMC infectious diseases*, 2007, 7: 54.

37. Burt FJ, Swanepoel R, Shieh W-J, Smith JF. Immunohistochemical and in situ localization of Crimean-Congo hemorrhagic fever (CCHF) virus in human tissues and implications for CCHF pathogenesis. *Archives of pathology & laboratory medicine*, 1997, 121: 839.

38. Swanepoel R, Leman P, Burt F, Jardine J, Verwoerd D, Capua I, Brückner G, Burger W. Experimental infection of ostriches with Crimean–Congo haemorrhagic fever virus. *Epidemiology & Infection*, 1998, 121: 427-432.

39. Swanepoel R, Shepherd A, Leman P, Shepherd S, McGillivray G, Erasmus M, Searle L, Gill D. Epidemiologic and clinical features of Crimean-Congo hemorrhagic fever in southern Africa. *The American journal of tropical medicine and hygiene*, 1987, 36: 120-132.

40. Ozkaya E, Dincer E, Carhan A, Uyar Y, Ertek M, Whitehouse CA, Ozkul A. Molecular epidemiology of Crimean-Congo hemorrhagic fever virus in Turkey: occurrence of local topotype. *Virus research*, 2010, 149: 64-70.

41. Bodur H. Kırım Kongo Kanamalı Ateşinde Tedavi. İçinde:Leblebicioğlu H, Ulusoy S, Usluer G (editörler). *Antimikrobiyal Tedavi*, 1 Baskı. Ankara, Bilimsel Tıp Yayınevi, 2015: 829-836.

42. World Health Organization (WHO). http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs208/en/. 5 Mayıs 2019.

43. Uzun R, Uğurlu M. Kırım-kongo kanamalı ateşinde ribavirin kullanımı. *Klimik Derg*, 2004, 17: 62-64.

44. Mardani M, Jahromi MK, Naieni KH, Zeinali M. The efficacy of oral ribavirin in the treatment of Crimean-Congo hemorrhagic fever in Iran. *Clinical infectious diseases*, 2003, 36: 1613-1618.

45. Izadi S, Salehi M. Evaluation of the efficacy of ribavirin therapy on survival of Crimean-Congo hemorrhagic fever patients: a case-control study. *Jpn J Infect Dis*, 2009, 62: 11-15.

46. Duygu F, Kaya T, Baysan P. Re-evaluation of 400 Crimean-Congo hemorrhagic fever cases in an endemic area: is ribavirin treatment suitable? *Vector-borne and zoonotic Diseases*, 2012, 12: 812-816.

47. Elaldi N, Bodur H, Ascioglu S, Celikbas A, Ozkurt Z, Vahaboglu H, Leblebicioglu H, Yilmaz N, Engin A, Sencan M. Efficacy of oral ribavirin treatment in Crimean-Congo haemorrhagic fever: a quasi-experimental study from Turkey. *Journal of Infection*, 2009, 58: 238-244.

48. Bodur H, Erbay A, Akıncı E, Öngürü P, Bayazıt N, Eren SS, Kubar A. Effect of oral ribavirin treatment on the viral load and disease progression in Crimean-Congo hemorrhagic fever. *International Journal of Infectious Diseases*, 2011, 15: e44-e47.

49. Koksal I, Yilmaz G, Aksoy F, Aydin H, Yavuz I, Iskender S, Akcay K, Erensoy S, Caylan R, Aydin K. The efficacy of ribavirin in the treatment of Crimean-Congo hemorrhagic fever in Eastern Black Sea region in Turkey. *Journal of Clinical Virology*, 2010, 47: 65-68.

50. Ozkurt Z, Kiki I, Erol S, Erdem F, Yılmaz N, Parlak M, Gundogdu M, Tasyaran MA. Crimean–Congo hemorrhagic fever in Eastern Turkey: clinical features, risk factors and efficacy of ribavirin therapy. *Journal of Infection*, 2006, 52: 207-215.

51. Watts DM, Ussery MA, Nash D, Peters CJ. Inhibition of Crimean-Congo hemorrhagic fever viral infectivity yields in vitro by ribavirin. *The American journal of tropical medicine and hygiene*, 1989, 41: 581-585.

52. D'Souza U, Narayana K. Mechanism of cytotoxicity of ribavirin in the rat bone marrow and testis. *Indian journal of physiology and pharmacology*, 2002, 46: 468-474.

53. Narayana K, D'Souza UJ, Rao KS. Ribavirin-induced sperm shape abnormalities in Wistar rat. *Mutation Research/Genetic Toxicology and Environmental Mutagenesis*, 2002, 513: 193-196.

54. Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği. T.C. Resmi Gazete, Sayı:27033, 7 Mayıs 1987.

55. Van Eeden P, Van Eeden S, Joubert J. A nosocomial outbreak of Crimean-Congo haemorrhagic fever at Tygerberg Hospital. Part II. Management of patients. *South African Medikal Journal*, 1985 68: 718-721.

56. Kubar A, Haciomeroglu M, Ozkul A, Bagriacik U, Akinci E, Sener K, Bodur H. Prompt administration of Crimean-Congo hemorrhagic fever (CCHF) virus hyperimmunoglobulin in patients diagnosed with CCHF and viral load monitorization by reverse transcriptase-PCR. *Jpn J Infect Dis*, 2011, 64: 439-443.

57. Özkurt Z. Özel hasta gruplarında yoğun bakım, KKKA' da yoğun bakım gerektiren durumlar. *Yoğun Bakım Dergisi*, 2007, 7: 85-90.

58. Mousavi-Jazi M, Karlberg H, Papa A, Christova I, Mirazimi A. Healthy individuals' immune response to the Bulgarian Crimean-Congo hemorrhagic fever virus vaccine. *Vaccine*, 2012, 30: 6225-6229.

59. Bakhautdin EG. Kırım Kongo kanamalı ateşi virüsü ve virüse karşı yapılan aşı çalışmaları. *Nobel Medicus*, 2017, 13: 5-8.

60. Spik K, Shurtleff A, McElroy AK, Guttieri MC, Hooper JW, Schmaljohn C. Immunogenicity of combination DNA vaccines for Rift Valley fever virus, tick-borne encephalitis virus, Hantaan virus, and Crimean Congo hemorrhagic fever virus. *Vaccine*, 2006, 24: 4657-4666.

61. Dowall S, Buttigieg K, Findlay-Wilson S, Rayner E, Pearson G, Miloszewska A, Graham V, Carroll M, Hewson R. A Crimean-Congo hemorrhagic fever (CCHF) viral vaccine expressing nucleoprotein is immunogenic but fails to confer protection against lethal disease. *Human vaccines & immunotherapeutics*, 2016, 12: 519-527.

62. Buttigieg KR, Dowall SD, Findlay-Wilson S, Miloszewska A, Rayner E, Hewson R, Carroll MW. A novel vaccine against Crimean-Congo Haemorrhagic Fever protects 100% of animals against lethal challenge in a mouse model. *PloS one*, 2014, 9: 915-916.

63. Cottingham MG, Carroll MW. Recombinant MVA vaccines: dispelling the myths. *Vaccine*, 2013, 31: 4247-4251.

64. Çanakoğlu N, Berber E, Tonbak Ş, Ertek M, Sözdutmaz İ, Aktas M, Kalkan A, Özdarendeli A. Immunization of knock-out α/β interferon receptor mice against high lethal dose of Crimean-Congo hemorrhagic fever virus with a cell culture based vaccine. *PLoS neglected tropical diseases*, 2015, 9: 35-79.

65. Yıldız S. Deri ve Mukoza Yolu ile Bulaşan Enfeksiyonlar ve Hemşirelik Bakımı. İçinde:Görak G, Savaşer S, Yıldız S (editörler). *Bulaşıcı Hastalıklar Hemşireliği*, Genişletilmiş Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2018: 247-251.

66. Kara. A. Kene çıkartılması. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 2008, 51: 117-122.

67. Şekercioğlu ÇH. Guineafowl, ticks and Crimean–Congo hemorrhagic fever in Turkey: the perfect storm? *Trends in parasitology*, 2013, 29: 1-2.

68. Çelik N, Ünal O, Çelik O, Soylu A. Hastanemizdeki sağlık çalışanlarında dört yıllık kesici delici alet yaralanmalarının değerlendirilmesi. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 2017, 37: 61-67.

69. Şafak K, Baysal B, Eskazan AE, Çolak H. Evaluation of sharp objects Injuries in the health care personnel working in the Diyarbakir training and research hospital. *Viral Hepatit Dergisi*, 2012, 18: 107-110.

70. Elmiyeh B, Whitaker I, James M, Chahal C, Galea A, Alshafi K. Needle-stick injuries in the National Health Service: a culture of silence. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 2004, 97: 326-327.

71. Merih YD, Kocabey MY, Çırpı F, Bolca Z, Celayir AC. Bir devlet hastanesinde 3 yıl içerisinde görülen kesici-delici alet yaralanmalarının epidemiyolojisi ve korunmaya yönelik önlemler. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 2009, 40: 11-15.

72. Sarı ND, Fincancı M, Soysal HF, Demirkıran N, Koyuncu S, Özgün Ö. What does high incidence of sharp injury reports indicate? *Haseki Tıp Bülteni*, 2014, 52: 98-102.

73. Ergonul O, Zeller H, Celikbas A, Dokuzoguz B. The lack of Crimean-Congo hemorrhagic fever virus antibodies in healthcare workers in an endemic region. *International Journal of Infectious Diseases*, 2007, 11: 48-51.

74. Savaşer S, Yıldız S. Hastane Enfeksiyonları ve Korunma Önlemleri. İçinde:Görak G, Savaşer S, Yıldız S (editörler). *Bulaşıcı Hastalıklar Hemşireliği*, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2018: 49-50.

75. Gökkoca Z. Sağlık eğitimi açısından temel ilkeler. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 2001, 10: 371-374.

76. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 2000, 15: 259-267.

77. Tabak RS. *Sağlık Eğitimi*. 1 Baskı. Ankara, Somgür Yayıncılık, 2000: 141-150.

78. Umumi Hıfzısıhha Kanunu. T.C. Resmi Gazete, Sayı:1593, 6 Mayıs 1930.

79. Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu. T.C. Resmi Gazete, Sayı: 3359, 7 Mayıs 1987.

80. Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Genelge. T.C. Resmi Gazete, Sayı: 25143, 03 Ağustos 2011.

81. Uğurlu M, Uzun R, Soydal T. Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi'nde vaka yönetimi ve izolasyon önlemleri. *Klimik Dergisi*, 2004, 17: 65-67.

82. Kağıtçıbaşı Ç, Cemalciler Z. *Dünden Bugüne İnsan ve İnsanlar*. 16 Baskı. İstanbul, Evrim Yayınevi, 2014: 129-160.

83. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. *Health behavior and health education: theory, research, and practice*. 4 Baskı. San Francisco, John Wiley & Sons İmprint, 2008: 12-40.

84. Kocabaşoğlu N, Aliustaoğlu S. Stigmatizasyon. *Yeni Symposıum*, 2003, 41: 190-192.

85. Bahar A. Şizofreni ve stigma. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2007, 2: 101-110.

86. Oran NT, Şenuzun F. Toplumda kırılması gereken bir zincir: HIV/AIDS stigması ve baş etme stratejileri. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 2008, 5: 1-16.

87. Terzioğlu F. HIV/AIDS ile ilgili damgalanma ve ayrımcılık: hemşireler için müdahale stratejileri. *Türk HIV/AIDS Dergisi*, 2004, 7: 57-62.

88. Sheikh NS, Sheikh AS, Sheikh AA. Knowledge, attitude and practices regarding Crimean–Congo haemorrhagic fever among healthcare workers in Balochistan. *Journal of Ayub Medical College Abbottabad*, 2004, 16: 39-42.

89. Polat M, Ceylan B, Alanoğlu G, Eroğlu F, Sipahi T. Süleyman Demirel Üniversitesi hastanesi yoğun bakım ünitesi plazmaferez uygulamaları. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 2009, 16: 1-4.

90. İnfal S, Şahin TK. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin hastane enfeksiyonları konusundaki bilgi düzeyleri. *SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2018, 9: 1-6.

91. Aytaç N, Naharcı H, Öztunç G. Adanada eğitim araştırma hastanelerinin yoğun bakım hemşirelerinde hastane enfeksiyonları bilgi düzeyi. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2008, 9: 9-15.

92. Ulutaşdemir N, İpekçi N, Dokur M, Dağlı Ö. Hemşirelik öğrencilerinin hastane enfeksiyonlarından korunmaya yönelik bilgilerinin ve sağlık inanç kuramına göre davranışlarının değerlendirilmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2008, 3: 87-101.

EKLER

EK-1. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler	
Adı Soyadı:	Hatice YAĞCI
Doğum tarihi:	10.12.1993
Doğum Yeri:	Ermenek/KARAMAN
Medeni Hali:	Bekâr
Uyruğu:	T.C.
Adres:	Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Tel:	0537 953 63 26
Faks:	-
E-mail:	hatice.y70@hotmail.com
Eğitim	
Lise:	Hasan Kalan Anadolu Lisesi (2012)
Lisans:	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi (2012-2016)
Yüksek lisans:	Atatürk Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği
Doktora:	
Yabancı Dil Bilgisi	
İngilizce:	Orta Derece
Almanca:	-
Rusça:	-
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar	
İlgi Alanları ve Hobiler	
Doğa ve Kültürel Geziler, Resim Yapmak, Kitap Okumak, Müzik Dinlemek	

EK-2. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU

Yüksek Lisans Tezi olarak Doç. Dr. Nuray DAYAPOĞLU danışmanlığında sunulan "Hemşirelerin Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) Hastalığı Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin ve Hastalara Karşı Tutumlarının Değerlendirilmesi" başlıklı çalışmanın tarafımızdan bilimsel etik ilkelere uyularak yazıldığını, yararlanılan eserlerin kaynakçada gösterildiğini, Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından belirlenmiş olan Turnitin Programı benzerlik oranlarının aşılmadığını ve aşağıdaki oranlarda olduğunu beyan ederiz.

Tez Bölümleri	Tezin Benzerlik Oranı (%)	Maksimum Oran (%)
Giriş	**11**	**15**
Genel Bilgiler	**14**	**30**
Materyal ve Metod	**23**	**35**
Bulgular	**9**	**10**
Tartışma	**3**	**15**

Beyan edilen bilgilerin doğru olduğunu, aksi halde doğacak hukuki sorumlulukları kabul ve beyan ederiz. 25 / 11/ 2019

Öğrenci Adı-Soyadı
Hatice YAĞCI
İmza

Danışman Adı-Soyadı
Doç. Dr. Nuray DAYAPOĞLU
İmza

* Tez ile ilgili YÖKTEZ'de yayınlamasına ilişkin bir engelleme var ise aşağıdaki alanı doldurunuz.

☐ Tezle ilgili patent başvurusu yapılması / patent alma sürecinin devam etmesi sebebiyle Enstitü Yönetim Kurulunun …./…/…. tarih ve …… sayılı kararı ile teze erişim 2 (iki) yıl süreyle engellenmiştir.

☐ Enstitü Yönetim Kurulunun …./…/…. tarih ve …… sayılı kararı ile teze erişim 6 (altı) ay süreyle engellenmiştir.

EK-3. ETİK KURUL ONAY FORMU

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı
	TELEFON	+90 442 234 65 11
	FAKS	+90 442 236 09 68
	E-POSTA	atatipetikkurul@gmail.com
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI		**Hatice YAĞCI**
ARAŞTIRMACININ AÇIK ADI		**Hemşirelerin Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) Hastalığı Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin ve Hastalara Karşı Tutumlarının Değerlendirilmesi**
KARAR BİLGİLERİ	**Toplantı Sayısı: 01 Karar No: 16**	**Tarih:** 13.02.2019
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve çalışmanın bütçesinin **kendisi tarafından** karşılanması koşulu ile yapılmasında bilimsel ve etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verildi. **Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.** Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.	

Prof.Dr.Zeynep ÇAKIR
Etik Kurul Başkanı

Prof.Dr.M.Hamidullah UYANIK
Üye

Doç.Dr.Ayşenur AKSOY
Üye

Doç.Dr.Yasemin ÇAYIR
Üye

Doç.Dr.Atilla ÇAYIR
Üye

Doç.Dr.Zeynep KARAMAN ÖZLÜ
Üye

Dr.Öğr.Üy.Sinan YILMAZ
Üye

Dr.Öğr.Üy.İbrahim KARABULUT
Üye

Dr.Öğr.Üy.Binali FIRINCI
Üye

Dr.Öğr.Üy.Murat KAYABEKİR
Üye

Emrah MELETLİOĞLU
Üye

EK-4. KURUM İZNİ



ERZURUM İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - ERZURUM İSM EĞİTİM VE PROJE BİRİMİ
18/04/2019 16:38 - 44827528 - 604.02 - E.112
00091978176

T.C.
ERZURUM VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 44827528-604.02
Konu : Araştırma Talep İzni

SBÜ ERZURUM BÖLGE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 15.03.2019 tarihli ve E.1900090108 sayılı yazınız.

İlgide kayıtlı yazı ile, Atatürk Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doç. Dr. Nuray DAYAPOĞLU sorumluluğunda Hatice YAĞCI tarafından "Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) Hastalığına Yönelik Hemşirelerin Bilgi Düzeyinin ve Hastalara Karşı Tutumlarının Değerlendirilmesi" başlıklı araştırmanın yapılabilmesi için Komisyonumuza başvuruda bulunulmuştur.

Yapılan değerlendirme neticesinde araştırmanın hastanenizde hizmeti aksatmayacak şekilde yapılması uygun bulunmuştur. Araştırmaya katılımın gönüllülük esasına göre yapılacağı hususunda;

Bilgilerinizi rica ederim.

e-imzalıdır.
Dr. İbrahim YILDIRIM
Başkan

Erzurum İl Sağlık Müdürlüğü
Bilgi için: Özlem DURMAZ
Telefon: Faks No:
EBE
e-Posta: ozlem.durmaz2@saglik.gov.tr İnternet Adresi: erzurum.saglik.gov.tr
Telefon No: (0 442) 234 39 25
Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 184f95b0-2530-47cf-a57f-494bde674028 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-5. KURUM İZNİ BAŞLIK DÜZELTMESİ

ERZURUM İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - ERZURUM
BULAŞICI OLMAYAN HASTALIKLAR BİRİMİ
26/11/2019 16:38 - 90090794 - 604.02 - E.104
00106584405

T.C.
ERZURUM VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 90090794-604.02
Konu : Araştırma Başlığı Hk.

Sn. Hatice YAĞCI
Atatürk Mah. Çat Yolu Cad.
SBÜ Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Enfeksiyon Hastalıkları Servisi/ Kat:-2
Yakutiye/ERZURUM

İlgi : 22.11.2019 tarihli dilekçe.

İlgide kayıtlı dilekçe ile Müdürlüğümüze bağlı kurumlarda yapılması onaylanan araştırmanın başlığı *"Hemşirelerin Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) Hastalığı Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin ve Hastalara Karşı Tutumlarının Değerlendirilmesi"* olarak düzeltilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır.
Dr. Birgül İBİŞOĞLU
Müdür a.
Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanı

Erzurum İl Sağlık Müdürlüğü
Telefon: Faks No: 0 442 234 34 76
e-Posta: ozlem.durmaz2@saglik.gov.tr İnternet Adresi: erzurum.saglik.gov.tr
Bilgi için: Özlem DURMAZ
EBE
Telefon No: (0 442) 234 39 25
Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 27059ecb-6842-48b7-8e66-a4b66f591ac9 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-6. HASTANE İZNİ

ERZURUM İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

Hastanemizdeki hemşirelere yönelik "HEMŞİRELERİN KIRIM KONGO KANAMALI ATEŞİ (KKKA) HASTALIĞI HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN VE HASTALARA KARŞI TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ" başlıklı çalışmanın yürütülmek istendiği tarafıma anlatılmış olup "Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonu" nun uygun görmesi halinde çalışmanın yapılmasında herhangi bir sakınca görülmemiştir.

Bilgilerinize arz ederim

10/03/2019

Araştırma Yürütücüsü

Hatice Yağcı

İmza/Kaşe

Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü

İmza/Kaşe

EK-7. ANKET

HEMŞİRELERİN KIRIM KONGO KANAMALI ATEŞİ (KKKA) HASTALIĞI HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN VE HASTALARA KARŞI TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu anket çalışmasında hemşirelerin Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) hastalığı hakkındaki bilgi düzeyleri ve KKKA hastalarına yönelik tutumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Araştırmanın maksimum seviyede fayda sağlaması için soruların dikkatli bir şekilde okunup özenle cevaplanması ve soruların cevapsız bırakılmaması önemlidir.

Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER:

1.) **Hangi serviste çalışıyorsunuz? Belirtiniz:…… .**

2.) **Kaç yaşındasınız. Belirtiniz…… .**

3.) **Cinsiyetiniz nedir?**
- Kadın
- Erkek

4.) **Medeni durumunuz nedir?**
- Evli
- Bekar

5.) **Eğitim durumunuz nedir?**
- Ortaöğretim
- Lisans
- Lisansüstü

6.) **Kaç yıldır hemşirelik yapıyorsunuz?**
- 1 yıldan az
- 1 - 5 yıl
- 5 – 10 yıl
- 10 yıldan fazla

7.) **Daha önce hiç KKKA tanısı almış ya da şüphesi olan bir hasta takip ettiniz mi?**
- Evet
- Hayır

8.) **KKKA hastalığı hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz?**
- Evet
- Hayır

9.) **KKKA hastalığı hakkındaki mevcut bilgilerinizi nerelerden edindiniz?**
- Okuldan
- Dergi, kitap ve makalelerden
- Sağlık bakanlığının sitesinden, Google akademik gibi bilimsel platformlardan
- Diğer internet sitelerinden
- Kurum içerisindeki eğitimlerden
- Televizyondan

Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formu

Aşağıdaki tabloda KKKA hastalığı ile ilgili bazı bilgiler verilmiştir. Size göre doğru olan seçenekleri işaretleyiniz.

		EVET	HAYIR	FİKRİM YOK
1	KKKA hastalığı genellikle yaz aylarında görülen bir hastalıktır.			
2	Erzurum ili KKKA hastalığı için endemik bölgelerden biridir.			
3	Vücut üzerindeki bir kene eldiven kullanılarak sıkılıp patlatılabilir ya da üzerine çamaşır suyu dökülebilir.			
4	Vücut üzerindeki bir keneye ateş tutularak yakılabilir.			
5	Vücut üzerindeki bir kene eldiven kullanılarak cımbız vs. bir aparat ile çıkarılabilir.			
6	Enfekte hastalarla teması bulunan kişilerin 2 hafta boyuca, semptomlar ve kan değerleri yönünden takip edilmesi gerekmektedir.			
7	Hasta klinik belirtileri gösteriyorsa tanı için laboratuvar testlerine gerek yoktur .			
8	KKKA hastalığı için sağlık çalışanları risk grubundadır.			
9	Hayvancılıkla uğraşanlar ve veteriner hekimler risk grubundadır.			
10	Kırsal alanlarda bulunmak/yaşamak tek başına KKKA için risk oluşturmaz.			
11	Mezbaha çalışanları ve kasaplar risk grubunda değildir.			
12	Kene temasından yaklaşık 2-9 gün sonra hastalık tablosu ortaya çıkar.			
13	KKKA hastalığında yüksek ateş ve halsizlik görülür.			
14	KKKA'nın sinir sistemi üzerine etkileri/belirtileri yoktur.			
15	Vücutta peteşiler ve kızarıklıklar görülebilir.			
16	KKKA, vücutta kanamalara sebep olur.			
17	KKKA hastalığı kronikleşebilir.			
18	Kişi bu hastalığa tekrar tekrar yakalanabilir.			
19	Hastaların kullandığı eşyalar ve kaldığı odanın çamaşır suyu ile temizlenmesi etkin bir yöntemdir.			
20	Hasta odalarının ve eşyalarının sadece su ile temizlenmesi yeterlidir.			
21	Hastaların kullandığı odaların, etkili şekilde temizlendikten sonra 1 hafta kullanıma kapatılması gerekir.			
22	KKKA hastalarının cenaze defin işlemleri, diğer normal hastalarda olduğu gibi yapılır.			
23	Kene temasının önlenmesinin bulaş ve korunmayla bir ilgisi yoktur.			
24	KKKA, hasta kişilerin kanı ile temasla bulaşırken, idrar ve tükürük gibi sıvılardan bulaşmaz.			

25	Enfekte hayvanların kanı ile bulaşır.			
26	Enfekte hayvanların et ve sütü ile bulaşmaz.			
27	Kırsal alanlarda açık renkli kıyafetler giymek ve pantolon paçalarını çorabın içine koymak kenelerden korunmayı sağlar.			
28	Basit bariyer önlemler (eldiven, maske, önlük, gözlük vs.) ile KKKA hastalığından korunmak mümkün değildir.			
29	Aşılama etkin bir korunma yöntemidir.			
30	Hastanın temasve damlacık izolasyonuna alınması yeterlidir, solunum izolasyonuna alınmasına gerek yoktur.			
31	Antibiyotikle tedavi edilir			
32	Sıvı takviyesi gibi semptomatik/destek tedavisi uygulanır.			
33	Tedavide ve profilakside ribavirin kullanılabilir.			
34	Plazmaferez ve interferonlar etkinliği kanıtlanmış diğer tedavi yöntemleridir.			
35	Trombositopeni ve lökopeni sık görülen KKKA belirtilerindendir.			
36	Aspartataminotransferaz (AST), alaninaminotransferaz (ALT) düşüklükleri görülebilir.			
37	Koagülasyon değerlerinde (INR,aPTT) düşüşlere/kısalmalara sebep olur.			

Tutum Değerlendirme Formu

Aşağıdaki tabloda KKKA hastalarına yönelik tutumlar konusunda bazı önermeler verilmiştir. Size uygun olan seçenekleri işaretleyiniz.

		EVET	**HAYIR**	**FİKRİM YOK**
1	Özellikle yaz aylarında kırsal alanlardan ateş, vücut ağrısı veya kanama şikayeti ile gelen hastalara koruyucu ekipman (eldiven ,maske) ile yaklaşırım.			
2	KKKA hastalığına bakmak mesleki riskimi artırır.			
3	KKKA hastalığının bulaş yollarını bilmeme rağmen yine de bu hastalığa yakalanmaktan korkuyorum.			
4	Gerekli izolasyon önlemlerinin hepsine uysam bile eğer çok uzun süre KKKA hastalarıyla ilgilenirsem bu hastalık bana da bulaşabilir.			
5	KKKA hastası biri ile aynı ortamda bulunmak istemem.			
6	Eğer seçme şansım olsa KKKA hastalarına ve hastalık riski taşıyan kişilere bakmamayı tercih ederim.			
7	KKKA hastalarına kendim bakmak yerine meslektaşlarıma yönlendirmeyi tercih ederim.			
8	KKKA hastasına bakmam gerekirse çalışma alanımı değiştirmeyi düşünebilirim.			
9	KKKA hastaları ile empati kurabilirim.			

EK-8. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

	ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU **BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU**	

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi Hatice YAĞCI tarafından yürütülen "**Hemşirelerin Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) hastalığı hakkındaki bilgi düzeylerinin ve hastalara karşı tutumlarını değerlendirmek**" amacı olan **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkında sahipsiniz. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

1. **Araştırmayla İlgili Bilgiler: (Hastanın anlayabileceği bir dilde olmalıdır)**
   - **Araştırmanın Amacı**: Hemşirelerin Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) hastalığı hakkındaki bilgi düzeylerini ve hastalara karşı tutumlarını değerlendirmek
   - **Araştırmanın İçeriği**:Bu çalışma, Şubat 2019 ve Aralık 2019 tarihleri arasında, Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi kliniklerinde ve yoğun bakımlarında çalışmakta olan 18 yaş ve üzeri hemşireler üzerinde yapılacaktır. Literatür taramaları ışığında araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu gönüllü katılımcılara uygulanacaktır. Sonuçlar bilgisayar ortamında istatistik programları kullanılarak analiz edilecektir.
   - **Araştırmanın Nedeni**: □ Bilimsel araştırma ■ Tez çalışması
   - **Araştırmanın Öngörülen Süresi:** Şubat 2019 – Aralık 2019 (Yaklaşık 10 ay)
   - **Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler):** SBÜ. Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi
2. **Çalışmaya Katılım Onayı:**

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve

herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)
Adı-Soyadı:.....
İmzası:
(Varsa) Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin;
Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)
Adı-Soyadı:.....
İmzası:
Gerekiyorsa Olur İşlemine Tanık Olan Kişinin Adı
Adı-Soyadı:.....
İmzası:
Araştırmacının
Adı-Soyadı: Hatice YAĞCI
İmzası

Not: *Bu form, iki nüsha halinde düzenlenir. Bu nüshalardan biri imza karşılığında gönüllü kişiye verilir, diğeri araştırmacı tarafından saklanır.*