

**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

**EDİRNE İLİ HASTANELERİ ÇOCUK SERVİSLERİNDE
ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN ROTAVİRÜS
GASTROENTERİTİ HAKKINDA FARKINDALIK
DÜZEYİNİN ARTTIRILMASI**

REFİYE ZAFER

**DANIŞMAN
PROF.DR. SUZAN YILDIZ**

**ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
PROGRAMI**

İSTANBUL-2010

TEZ ONAYI

Aşağıda tanıtımı yapılan tez, jüri tarafından başarılı bulunarak Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

27/ 04 / 2010


Prof. Dr. Tamer DENİRALP
Enstitü Müdürü

Kurum : İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Program Adı : Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Programın seviyesi : Yüksek Lisans ☒ Doktora ☐
Anabilim Dalı : Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Tez Sahibi : Refiye Zafer
Tez Başlığı : “Edirne İli Hastaneleri Çocuk Servislerinde Çalışan Hemşirelerin Rotavirüs Gastroenteriti Hakkında Farkındalık Düzeylerinin Arttırılması ”
Sınav Yeri : Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu
Sınav Tarihi : 12 / 04 / 2010

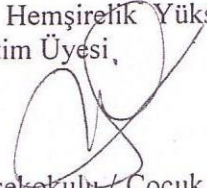
Tez Sınav Jürisi

Ünvanı Adı Soyadı Üniversitesi, Fakültesi, Anabilim Dalı

1.Prof.Dr.Gülay Görak İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Hastanesi Hemşirelik Yüksekokulu Öğretim Üyesi



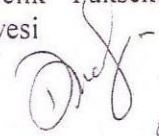
2.Prof.Dr.Suzan Yıldız (Danışman) İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi,



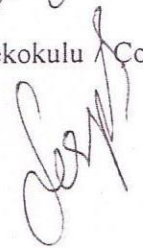
3.Prof.Dr.Sevim Savaşer İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



4.Yard.Doç.Dr.Duygu Gözen İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



5.Yard.Doç.Dr.Serap Balcı İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



BEYAN

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

Refiye ZAFER

İTHAF

*Hayatımın her döneminde desteklerini esirgemeyen canım **Aileme** ithaf ediyorum.*

TEŞEKKÜR

Tezimin tüm aşamalarını titizlikle inceleyerek destek ve görüşlerini esirgemeyen, bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan danışman hocam Prof. Dr. Suzan YILDIZ başta olmak üzere, İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı tüm öğretim üyesi hocalarıma,

İstatistik çalışmalarının yapımında danışmanlık eden Sayın Doç. Dr. Necdet Süt'e

Tezin yazım aşamasında destek ve yardımlarını esirgemeyen Sayın Orkun Misket'e,

Desteklerinden dolayı Ekol Hastanesi Çocuk Servisi ekibinden Sayın Oktay Kırçuval ve Sayın Suriye Altıay'a, Çocuk Servis Sorumlu Hemşiresi Sayın Gülден Taş'a, ekip arkadaşlarım Derya Özcan ve Fidan Yeni'ye,

Beni bu günlere getiren ve her zaman yanımda olan canım anneme, babama ve kardeşime,

Ve isimlerini sayamadığım emeği geçen herkese **TEŞEKKÜR EDERİM.**

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	HATA! YER İŞARETİ TANIMLANMAMIŞ.
BEYAN.....	İİ
İTHAF.....	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLolar LİSTESİ.....	VIII
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	X
ÖZET	XI
ABSTRACT.....	XII
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Epidemiyoloji.....	4
2.1.1. Dünyada	4
2.1.2. Türkiyede	5
2.2. Klinik ve Laboratuar Özellikleri	7
2.2.1. Klinik özellikleri	7
2.2.2. Laboratuar özellikleri	8
2.3. Tedavi ve Korunma Yolları	8
2.3.1. Dehidratasyon Tedavisi.....	8
2.3.2. Nutrisyonel Tedavi.....	9
2.3.3. Korunma Yolları	9
2.4. Nozokomiyal Rotavirüs Enfeksiyonları.....	10
2.5. Rotavirüs Aşılıarı	10
2.5.1. Rotavirüs Aşısı Yapılırken Dikkat Edilecek Noktalar	12
2.6. Hemşirelik Yaklaşımları	13
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	16
3.1. Araştırmanın Tipi.....	16
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer	16
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklem Seçimi	16
3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları	17

3.5. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler	17
3.6. Veri Toplama Aracı	17
3.6.1. Soru Formu	17
3.7. Verilerin Toplanması	17
3.8. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi.....	18
3.9. Etik Yaklaşım.....	18
4. BULGULAR.....	20
4.1. Hemşirelerin Demografik Özellikleri	21
4.2. Hemşirelerin Rotavirüs Gastroenteriti ile İlgili Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrasına Yönelik Bulguların Dağılımı	23
4.3. Hemşirelerin Rotavirüs Gastroenteriti İle İlgili Farkındalık Düzeyi Puan Ortalamalarının Dağılımı Ve Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	31
4.4. Hemşirelerin Bazı Demografik Özelliklerine Göre Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Farkındalık Düzeyi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	44
5. TARTIŞMA	49
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	58
KAYNAKLAR	59
FORMLAR	64
ETİK KURUL KARARI	81
ÖZGEÇMİŞ	86

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2-1: Türkiye'de Yapılan Rotavirüs Çalışmaları	6
Tablo 2-2: Dehidratasyon Dereceleri ve Belirtileri	7
Tablo 4-1: Hemşirelerin Demografik Özelliklerinin Dağılımı	21
Tablo 4-2: Rotavirüs Etkeninin Özelliklerine Yönelik Bulguların Dağılımı	23
Tablo 4-3: Rotavirüs Gastroenteritine Yönelik Bulguların Dağılımı	26
Tablo 4-4: RVG' de Hemşirelik Uygulamalarına Yönelik Bulguların Dağılımı	29
Tablo 4-5: Uzamış RVG' ye Bağlı Belirtilerin Farkındalık Düzeyi Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılması	31
Tablo 4-6: Bulaşma Yolu ile Farkındalık Düzeyi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	32
Tablo 4-7: İzolasyon Yöntemleri ile Farkındalık Düzeyi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	33
Tablo 4-8: Bulaşı Önleme Yöntemleri ile Farkındalık Düzeyi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	34
Tablo 4-9: Risk Faktörü Oluşturmayan Durumlar ile Farkındalık Düzeyi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	35
Tablo 4-10: Hemşirelik Tanıları ile Farkındalık Düzeyi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	36
Tablo 4-11: Dehidratasyon Riski Olan Hastaya Uygulanacak Girişimler ile Farkındalık Düzeyi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	37
Tablo 4-12: Enfeksiyon Bulaştırma Riski Olan Hastaya Uygulanacak Girişimler ile Farkındalık Düzeyi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	38
Tablo 4-13: Taburculuk Eğitimi ile Farkındalık Düzeyi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	39
Tablo 4-14: Temas Sonu El Yıkama Durumları ile Farkındalık Düzeyi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	40
Tablo 4-15: RVG' ye Yönelik Değişkenlerin Farkındalık Düzeyi Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılması	41
Tablo 4-16: Medeni Durumlarına Göre Farkındalık Düzeyi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	44

Tablo 4-17: Mezun Oldukları Okullara Göre Farkındalık Düzeyi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	45
Tablo 4-18: Çalıştıkları Kurumlara Göre Farkındalık Düzeyi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	46
Tablo 4-19: Çalışma Yıllarına Göre Farkındalık Düzeyi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	47
Tablo 4-20: Mesleki Unvanlarına Göre Farkındalık Düzeyi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	48

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

AAP	: American Academy of Pediatrics
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AGE	: Akut Gastroenterit
CDC	: Centers for Disease Control and Prevention
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
E.Ö	: Eğitim Öncesi
E.S	: Eğitim Sonrası
NR	: Nozokomiyal Rotavirüs
ORS	: Oral Rehidratasyon Sıvısı
PROTECT	: Pediatric Rotavirüs European Committe
RVG	: Rotavirüs Gastroenteriti
SML	: Sağlık Meslek Lisesi
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences for Windows
TÜTF	: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi
WHO	: World Health Organization

ÖZET

Zafer, R. (2010). Edirne İli Hastaneleri Çocuk Servislerinde Çalışan Hemşirelerin Rotavirüs Gastroenteriti Hakkında Farkındalık Düzeyinin Arttırılması. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Araştırma; Edirne ili hastaneleri çocuk servislerinde çalışan hemşirelerin oldukça bulaşıcı olan rotavirüs gastroenteritinin bakım, korunması ve kontrolü hakkında farkındalık düzeylerinin arttırılması amacı ile tek grup ön test-son test yarı deneysel bir çalışma olarak gerçekleştirildi.

Araştırma; Edirne ili içindeki devlet ve özel hastaneler ile Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi çocuk servislerinde 2008 Aralık- 2009 Şubat ayları içinde çalışmaya katılmayı kabul eden 65 hemşire ile gerçekleştirildi. Örneklem grubuna eğitim yapılarak eğitim kitapçığı verildi, veriler literatür ve uzman görüşü doğrultusunda araştırmacı tarafından geliştirilen soru formu kullanılarak eğitim öncesi ve eğitim sonrasında elde edildi. Verilerin analizi bilgisayar ortamında SPSS 16.00 paket programı kullanılarak Wilcoxon ve eşleştirilmiş t testi analizi ile değerlendirildi.

Araştırma sonucunda; araştırma kapsamına alınan hemşirelerin eğitim öncesinde etkenin ısıya dayanıklılık durumu, etkenin kuluçka süresi, hastalığın sık görüldüğü aylar, en çok risk altında olan yaş gurubu, hastalığın klinik seyiri, preterm bebeklere aşının uygulanabilme durumu ve benzeri konularda doğru cevap oranı % 50' lerin altında iken eğitim sonrası % 100' lere çıktığı ve verilen eğitimin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p < 0,001$) belirlendi.

Sonuç olarak; çocuk servislerinde çalışan hemşirelerin rotavirüs gastroenteriti ile ilişkili düzenli eğitim almalarının gerektiği düşünüldü.

Anahtar kelimeler: rotavirüs, rotavirüs gastroenteriti, farkındalık düzeyi, hemşire, çocuk

ABSTRACT

Zafer, R. (2010). Increasing Awareness Levels of the Nurses working in Children's Services of the Hospitals in province of Edirne on Rotavirus Gastroenteritis. Istanbul University Institute of Health Sciences, Pediatric Nursing Department. Master's Thesis. Istanbul.

The research was designed as performed place one group pretest- posttest semi-empirical study so as to increase the awareness levels of the nurses working in the children's services of the hospitals in province of Edirne on rotavirus gastroenteritis prevention, care and control, which is highly epidemic.

The research was conducted with 65 nurses who accepted to participate in the study through the months December 2008 – February 2009 at the children's services of the state and private hospitals within the province of Edirne, and of Trakya University Medicine Faculty Hospital. The sample booklet was given by making education to sample group. The data were obtained using questionnaires developed by the researcher in line with the literature and expert opinion. Analysis of data was carried out via Wilcoxon and matched t test analysis, using the packaged software SPSS 16.00 in computer medium.

As a result of the research, it was found that while the ratio of correct answers concerning heat resistance status, incubation period of the agent, months with high incidence of the disease, age group at most risk, clinical course of the disease, applicability of the vaccine to preterm infants and similar matters was below 50%, it raised to about 100% following training, and that the training provided was statistically significant ($p < 0.001$).

As a conclusion, it was considered that it was necessary for the nurses working in children's services to receive regular training on rotavirus gastroenteritis.

Keywords: rotavirus, rotavirus gastroenteritis, awareness level, nurse, child

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya genelinde beş yaşından önce tüm çocuklar en az bir kere Rotavirüs Gastroenteriti (RVG) geçirmektedir. Rotavirüsün neden olduğu gastroenterit vakalarının beşte birinin doktora başvurduğu, her 65 vakadan birisinin hastaneye yattığı ve her 293 vakadan birisinin ölümle sonuçlandığı görülmektedir (WHO 2007). Rotavirüs gastroenteritine bağlı dünyada yılda yaklaşık 611.000 ölüm vakası bildirilmektedir (Parashar at all. 2006).

Rotavirüs gastroenteritinin özellikle soğuk dönemlerde, sonbahar ve kış aylarında ortaya çıktığı (Salman 2005, AAP 2006), iki yaş altı çocuklarda akut gastroenterit vakalarının %40- 60'ından sorumlu olduğu, hastaların sıklıkla ishale bağlı ağır dehidratasyon bulguları ile hastaneye yattığı görülmüştür (AAP 2006).

Ülkemizin farklı bölgelerinde rotavirüs gastroenteriti epidemiyolojisini araştıran çeşitli çalışmalar yapılmıştır (Göçmen 1995,Kurugöl at all.2003). Kurugöl (2007b) bu çalışmaları bir araya topladığı ülkemizde 5 yaş altı çocuklarda görülen ishallerin %15– 40' ından rotavirüs gastroenteritinin sorumlu olduğunu bildirmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2004 yılı verilerine göre Türkiye'de rotavirüs gastroenteritine bağlı 5 yaş altı ölüm oranı 34/100.000 olup, bu oran tüm 5 yaş altı ölüm vakalarının 5,2 sini oluşturmaktadır (WHO 2004). Rotavirüs gastroenteritinin ülkemizde en çok görüldüğü aylar Aralık, Ocak, Şubat; en az görüldüğü aylar ise Haziran, Ağustos ve Eylül' dür. (Bulut ve ark. 2003, Biçer ve ark. 2006). Rotavirüs gastroenteritinin bulaştırıcılık oranı oldukça yüksek olduğundan hastane enfeksiyonları içinde önemli bir yer tutmaktadır. Tüm rotavirüs gastroenteritleri içinde nozokomiyal rotavirüs gastroenteriti %14,3- 50,8 arasında yer alır. Rotavirüs gastroenteritinden korunmak için rotavirüs aşısı geliştirilmiştir (AAP 2006, Salman 2007).

Uygulama alanlarında çalışan sağlık çalışanları içinde önemli rolleri olan hemşirelerin görevlerinden biri bireylerin sağlığının korunması, hastalık durumunda tedavi ve bakımına destek olunması ve hasta/aileyi eğitici rollerini üstlenmesidir. Bu bağlamda hemşirelerin hastalarını rotavirüs gastroenteritinden korumada, hasta olanların bakımında ve gastroenteritin diğer hasta ve personele bulaşmasını önlemede, hasta/ailesinin eğitilmesinde önemli rolleri bulunmaktadır.

Tek grup ön test-son test düzeninde yarı deneysel nitelikte olan bu araştırmanın amacı; çocuk servislerinde çalışan hemşirelerin bulaştırmacılık oranı oldukça yüksek olan rotavirüs gastroenteritinin bakımı, korunması ve kontrolü hakkında farkındalık düzeylerini arttırmaktır.

2. GENEL BİLGİLER

Rotavirüs 1973 yılında Avusturalya’ da Ruth Bishop adlı mikrobiyolojist tarafından non-bakteriyel gastroenteriti olan bir çocuğun duodenumundan elde edilen mayide elektron mikroskopisi ile saptanmıştır (Orhon 2007, Kurugöl 2007b).

Rotavirüs; elektron mikroskopundaki tipik görünümü nedeniyle Latince de at arabası tekerleği anlamına gelen *rota*’dan esinlenerek rotavirüs adını almıştır. Oldukça geniş bir aile olan Reoviridea ailesinin bir üyesidir. Bu ailenin genel özelliği; zarfsız, ikozahedral (küp biçiminde, altıgen) yapıda, protein kapsüllü olmalarıdır. Rotavirüs genetik olarak çift sarmallı, 11 segmentten oluşur RNA içerir ve 65–75 nm yarıçapındadır. Virüsün en dıştaki üçüncü katmanı enfeksiyöz özelliği taşır (Göçmen ve ark. 1995, Biçer ve ark. 2006, Salman ve Keser 2007, Torun 2009). Virüs parçacığının dış tabakası VP7 (G proteini) ve VP4 (P proteini) olmak üzere iki yüzey viral proteinden oluşmaktadır. Serotiplendirme bu proteinlere göre yapılmakta olup, 14 adet G proteini ve 20 adet P proteini tanımlanmıştır. VP7 serotipleri olan G1, G2, G3, G4 ve G9 ile VP4 serotipleri olan G6 ve G8 insanda en sık görülen rotavirüs serotipleridir (Orhon 2007, Salman ve Keser 2007).

Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) vakaların %90’ından fazlasında, büyük çoğunluğu G1 olmak üzere G2, G3 ve G4’ ün sorumlu olduğu bildirilmiştir. Dünya genelindeki dağılım ise %51 G1, %11 G2, %14 G3, %5 G4 ve % 17 diğer serotipler şeklindedir (Kara 2007, Salman ve Keser 2007, CDC 2009). Muhsen ve arkadaşlarının (2008), İsrail’de yaptıkları çalışmada G1 (%78), G9 (%19) serotiplerinin çoğunlukla hastalık etkeni olduğu saptanmıştır. Kurugöl ve arkadaşlarının (2003) İzmir’ de ishal nedeni ile hastaneye başvuran 920 çocukta yaptıkları çalışmada izole edilen serotiplerin %91,1 G1 ve G4 olduğu, bunların çoğunluğunun (%75,1) G1 serotipinin olduğu saptanmıştır.

Rotavirüs’ ün insanlarda memeli ve kanatlı türdeki hayvanlarda (maymun, sığır, köpek, kedi, domuz, koyun, at, tavuk ve hindi) hastalık etkeni olabildiği gösterilmiştir. Ancak farklı türlere ait virüsler diğer türlerde çok sınırlı replikasyon özelliği gösterebilmektedir. Yani türe özgünlük söz konusu olup, hastalık etkeni bir türden diğer türe geçiş oluşturmamaktır (Ceyhan 2006, Kara 2007).

Rotavirüs asit ortamda, yani pH 2,0'da hızla inaktive olur. Mide pH'ının 1,8 düzeyinde olduğu düşünüldüğünde, midenin asidik ortamı fiziksel bariyer olarak görev almakta oldukça etkili bir savunma mekanizması oluşturmaktadır. Ancak mide pH'sı yenidoğan döneminde alkali ortama daha yakın (3- 4 düzeyinde) olmakta ve ancak 1 yaşında yetişkin seviyesine ulaşmaktadır. 0–1 yaş arası süt çocuklarında hemostatik sıvı mekanizmaları ve bağışıklık sistemleri tam olarak gelişmediğinden ilk bir yılda rotavirüs enfeksiyon riski daha yüksektir (Kara 2007). Farklı ısılarda (4–20 C°) ve %50–90 nem oranlarında çevredeki yüzeylerde 60 gün süre ile canlı kalabildiği gösterilmiştir (Salman 2005).

2.1. Epidemiyoloji

2.1.1. Dünyada

Çocukluk çağı ishalleri, dünya genelinde 5 yaş altı ölüm sıralamasında perinatal hastalıklar ve alt solunum yolu enfeksiyonlarından sonra 3. sırada yer almaktadır. Rotavirüs, dünyada ishal ile ilişkili morbidite ve mortalitenin en önemli nedenlerindendir. Rotavirus bütün dünyada diyareye bağlı ölümlerin yaklaşık %25'inden sorumludur. DSÖ 2000–2004 yılları arasında ki verilere göre 5 yaş altındaki çocukların diyare sebebiyle tahmini ölüm sayısı (1.566.000/yıl) dikkate alındığında her yıl rotavirüsle bağlı ortalama 611.000 (454.000-705.000) ölüm olduğu bildirilmiştir. Bu oran tüm 5 yaş altı çocuklarda görülen ölümlerinin %20'sini oluşturmaktadır (Parashar et al. 2003).

Dünyada 1986-1999 yılları arasında tüm 5 yaş altındaki ortalama 2.100.000 çocuk diyare sebebiyle kaybedilmiştir. Bu kayıpların 440.000'i (352.000-592.000) kadarından rotavirüs gastroenteritinin sorumlu olduğu saptanmıştır. Rotavirüs ishali nedeni ile dünyada her yıl 25 milyon hastanın hastaneye başvurduğu, 2 milyon hastanın hastaneye yatırıldığı bildirilmektedir (Parashar et al. 2006). Gelişmiş ülkeler de dâhil olmak üzere dünya genelinde yaygın olduğu ve özellikle soğuk aylarda 2 yaş altı çocuklarda Akut Gastroenterit (AGE) vakalarının %40-60'ından sorumlu olduğu tespit edilmiştir (AAP 2006). Akut hastalık sırasında çocukların gaitasının her bir gramında 100 milyar kadar virüs yaydığı bilinmektedir (Ceyhan 2006). Gelişmiş ülkelerde vakaların %65' i 9–15 aylık, gelişmekte olan ülkelerde ise %80'i 6–9 aylık bebeklerdir. Hastaneye yatışlar incelendiğinde gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin süt çocuğu ve

daha büyük yaştaki çocuklarında ishale bağlı ağır dehidratasyonla hastaneye yatışın en sık nedeninin rotavirüs olduğu belirlenmiştir (CDC 2006, CDC 2009).

Pediatric Rotavirüs European Committee (PROTECT) verilerine göre, Avrupa’da toplum kökenli Rotavirüs Gastroenteriti yatışının yıllık tahmini 72.000–77.000 olarak görülmekte ve yıllık hospitalizasyon insidans hızı 0,3–11,9/1000 çocuk olarak hesaplanmaktadır (Alhan ve Çelik 2007). Avrupa Birliği’nde, rotavirüs gastroenteritinin 5 yaşından küçük çocuklar arasında 200’den fazla ölüm, 87.000’den fazla hastaneye kabul ve polikliniklere yaklaşık 700,000 başvuruya neden olduğu bilinmektedir (Soriano-Gabarro et al. 2006).

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde 2006 yılı verilerine göre rotavirüs gastroenteriti insidansı benzerdir (GSK 2006). Çocukların viral enteropatojenleri içinde % 30–50 oranında rotavirüs saptanmaktadır (Biçer ve ark. 2006).

2.1.2. Türkiye’de

Türkiye’de ishal ölümleri 1986 yılından beri ülke genelinde yürütülen ishaller hastalıklarının kontrolü programı uygulaması ile önemli ölçüde azalmıştır. Türkiye’de RVG epidemiyolojisini araştıran çeşitli çalışmalar yapılmıştır (Tablo 2-1). Bu çalışmalarda 5 yaş altı çocuklarda görülen ishallerin %15-40’ından RVG’nin sorumlu olduğu saptanmıştır (Kurugöl 2007a, Kurugöl 2007b).

DSÖ 2004 yılı verilerine göre Türkiye’de Rotavirüs gastroenteritine bağlı 5 yaş altı ölüm oranı 34/100.000 olup, tüm 5 yaş altı ölüm vakalarının 5,2 sini oluşturmaktadır (WHO 2004). Tropikal ülkelerde tüm yıl boyunca görülen RVG, ılıman iklim kuşağındaki ülkelerde kış aylarında pik yapar (Çokuğraş 1998, AAP 2006, Nazik ve ark. 2006, GSK 2006, Kurugöl 2007a, İnci ve ark.2009) Ülkemizde ılıman iklim kuşağında yer alan ülkeler arasında bulunduğu için en yüksek pozitiflik alınan aylar Aralık, Ocak ve Şubat, en düşük pozitiflik alınan aylar ise Haziran, Ağustos ve Eylüldür (Bulut ve ark. 2003, Gül ve ark. 2005, Biçer ve ark. 2006, Nazik ve ark. 2006, İnci ve ark.2009).

Tablo 2-1: Türkiye'de Yapılan Rotavirüs Çalışmaları

İsim	Yapıldığı Yer	Süre	Yaş Grupları	Hasta Sayısı	Olgu Sayısı	Sıklık (%)	Yöntem	Yıl
Ceyhan	Ankara		0-2	333	61	16.3	RNA elektroforez	1987
Yıldırımak	Ankara	12ay	0-2	106	31	29.0	ELISA	1992
Kanra	Ankara	12ay	0-5	187	40	21.5	ELISA	1992
Çelebi	Erzurum		0-2	200	48	24.0	ELISA	1992
Bora	İstanbul		0-14	56	28	50.0	LA	1992
Çoşkun	İzmir		0-5	39	7	20.5	ELISA	1993
Gültekin	Sivas		0-6	111	14	13.0	LA	1993
Gökay	İstanbul		0-2	125	58	46.4	ELISA	1995
Kükner	Ankara	12ay	0-14	110	28	25.0	ELISA	1993
Türkoğlu	İstanbul	6 yıl	0-14	826	210	25.4	ELISA/LA	1993
Ergüven			0-14	519	110	21.2	ELISA	1994
Akbulut	İstanbul		0-3	120	38	31.6	ELISA	1994
Hilmioğlu	İzmir	6 ay	0-5	57	13	23.0	ELISA	1994
Başustaoğlu	Ankara	Yaz-kış	0-14	368	62	16.8	ELISA	1995
Baysallar	Ankara		0-14	80	17	21.2	ELISA	1995
Göçmen	İstanbul		0-14	160	21	13.1	ELISA	1995
Öztürk			0-5	187	39	21.2	ELISA/LA	1995
Aşçı	Elazığ		0-6	200	59	30.0	ELISA	1996
Özsan	Ankara	Kış ilkbahar	0-14	86	18	22.0	Jel elektroforez	1997
Karlıgil	G.antep	18ay (2 kış)	0-6	46	9	19.6	Stat-pak	1999
Akdoğan	Kayseri	12 ay	0-6	217	71	32.0	ELISA/LA	1999
Şıklar	Ankara	10 ay	0-2	88	20	22.4	ELISA	2000
Tüngör	Manisa	12 ay	0-2	138	24	17.4	ELISA	2001
Ulukanlıgil	Ş.urfa	12 ay	0-5	218	17	7.8	LA	2001
Kurugöl	İzmir	12 ay	0-5	920	366	39.8	ELISA	2003
Çataloluk	G.antep	18 ay	0-5	508	119	23.4	ELISA	2004
Çiçek	İzmir	18 ay	0-5	219	107	48.9	Hücre kültürü	2006

Kurugöl, Z. (2007b). Rotavirüs Aşılıarı. Çocuk Enfeksiyon Dergisi, 1,(Özel sayı 1), 76-82.

2.2. Klinik ve Laboratuar Özellikleri

2.2.1. Klinik özellikleri

Rotavirüsün kuluçka süresi yaklaşık 1–4 gündür. Hastalık belirtileri virüsle karşılaştıktan sonra 12 saat- 4 gün arasında başlamakta ve yaklaşık 4–8 gün sürmektedir. Rotavirüs hafif ishale neden olduğu gibi çoğunlukla kusma, yüksek ateş, dehidratasyon ve ölüme neden olan ağır ishale yol açabilir (Göçmen ve ark. 1995, Salman 2005, AAP 2006, Torun 2009). RVG’de en çok ekstrasellüler sıvıdan sodyum ve suyun aynı oranda kaybedilmesi ile oluşan izotonik dehidratasyon görülür (Somer 2002). Dehidratasyon dereceleri ve belirtileri Tablo 2-2’de gösterilmiştir.

Tablo 2-2: Dehidratasyon Dereceleri ve Belirtileri

Belirti	Hafif Dehidratasyon	Orta Dehidratasyon	Ağır Dehidratasyon
Ağırlık kaybı (%)	2,5–5 (25–50 ml/kg)	6–10 (50- 100 ml/kg)	> 11 (> 100 ml/kg)
Genel Durum	İyi, şuur açık	Şuur açık, laterjik	Şuur kapalı
SütÇocuğu	Susuzluk hissi	Huzursuz, susuz	Cilt soğuk, hipotonik
Büyük Çocuk			
Nabız	Normal	Hızlı	Hızlı, zayıf
Solunum	Normal	Hızlı	Hızlı, derin, yüzeysel
Fontanel	Normal	Çökük	Çok çökük
Kapiler dolma zamanı	Normal	Yaklaşık 2sn	> 3sn
Turgor	Normal	Hafif azalmış	Azalmış
Gözyaşı	Normal	Azalmış	Yok
Mukoza	Nemli	Kuru	Çok Kuru
İdrar	Normal	Azalmış	Çok az veya anüri

(Karaböcüoğlu, M., Uzel, N. (2002). *Sıvı Elektrolit/ Asit- Baz Metabolizması ve Bozuklukları, İçinden Neyzi, O., Ertuğrul, T. (Ed). Pediatri 1, 3. baskı, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul,280*)

Hastalık 3–8 gün süren kusma- sulu ishal ile karakterizedir ve sıklıkla tabloya ateş ve karın ağrısı eklenir. Rotavirüs fekal-oral yol ile bulaşır. Enfekte kişilerin dışkılarında yüksek oranlarda bulunur. Bundan dolayı virüs çoğunlukla yakın temas ve

ortak kullanılan eşyalarla kontaminasyon yolu ile yayılır (Çokuğraş 1998, AAP 2006, CDC 2006, CDC 2009, Torun 2009).

RVG özellikle inatçı kusma atakları ve sık dışkılama ile karakterizedir. Günde yaklaşık 10–20 kez kusma ve dışkılama görülmesi, doktora başvuran ebeveynlerin sıklıkla bildirdiği şikâyetlerdir (Gür 2007, Torun 2009).

2.2.2. Laboratuvar özellikleri

Rotavirüs ishallerinde genellikle sulu ve yumuşak dışkılama görülür ve makroskopik olarak kan veya sümük bulunmaz. Dışkıya yoğun, keskin, pis bir koku hâkimdir. Dışkı sarı-yeşil renktedir kan ve lökosit görülmez (Salman 2005). Hastalığın ilk günündeki dışkı örneklerinde 10 virüs partikülü/gr bulunur. İshalin şiddeti azalırken virüs miktarı da azalır. Dışkı yoluyla virüs atılımı yaklaşık 10 gün veya bulguların düzelmesinden sonra 2–3 gün daha devam eder. İshal başlamadan önceki 2–3 günlük süre içinde de dışkıda rotavirüs tespit edilir. Bu yüzden bulaştırmacılık en az 1 hafta–10 gün devam etmektedir (Salman 2005, WHO 2007, Torun 2009). Tanı, taze dışkı örneğinden elektron mikroskopisi, lateks aglütinasyon testleri, ELISA testi ve doku kültürü yolları kullanılarak konulmaktadır (Lau et al. 2003, AAP 2006).

2.3. Tedavi ve Korunma Yolları

Rotavirüs gastroenteriti genellikle kendi kendine iyileşir. Tedavide öncelikli amaç kaybedilen sıvıyı yerine koymaktır (Orhon 2007).

RVG tedavisinde uygulanan tedavi yaklaşımları iki başlıkta toplanır;

- Dehidratasyon tedavisi
- Nutrisyonel tedavi

2.3.1. Dehidratasyon Tedavisi

Dehidratasyon tedavisinin doğru, etkin ve güvenli olarak uygulanabilmesi için çocuğun dehidratasyon derecesi iyi belirlenmelidir. Dehidratasyon tedavisinin birinci fazında rehidratasyon, ikinci fazında ise idame ve süregiden kayıpların karşılanması ile dehidratasyonun önlenmesi esas alınır (Süoğlu 2007). İshalle oluşan su kaybı vücut tartısının %2,5' i veya bunu aşan miktarlarda olmadıkça dehidratasyonun klinik belirtileri ortaya çıkmaz. Bu erken dönemde dehidratasyonun belirtilerinin gelişmesini önlemek için çocuğa normalde içtiğinden daha fazla su ve diğer içecekler verilir,

beslenmesine devam edilir (Karaböcüoğlu ve Uzel 2002). Hafif ve orta dehidratasyonu olan çocuğun rehidratasyonunda 4 saat içinde 50-100ml/kg Oral Rehidratasyon Sıvısı (ORS) oral yolla verilir. Kusması olan şuuru kapalı hastalar oral yol ile alamadıklarından I.V yol ile sıvı tedavisi uygulanır. Ağır derecede dehidratasyonu olan çocuklarda yeterli periferik perfüzyon sağlanana kadar Laktatlı Ringer gibi dengeli bir I.V sıvının 20ml/kg/doz/gün olacak şekilde verilerek rehidrate edilir. İdame ve süregiden kayıpların karşılanması için oral ile sıvı alımı sağlanır sağlanmaz her sulu dışkılama sonrası 10ml/kg, her kusma sonrası 2 ml/kg ORS içirilir (Süoğlu 2007).

2.3.2. Nutrisyonel Tedavi

ORS ile 3–4 saatlik rehidratasyon tedavisini izleyerek oral yolla sıvı alımı başlar başlamaz geciktirilmeden yaşa uygun normal diyetle başlanmalıdır. Ozmotik yük oluşturacağından basit şekerlerden (glikoz, sakkaroz) kaçınılmalıdır. Kompleks karbonhidratlar tercih edilmelidir. Yağ diyetten çıkarılmamalıdır, yağlar kalori sağlarken intestinal motiliteyi de azaltır. Küçük süt çocuklarında her koşulda anne sütüne devam etmesi önerilmektedir (Süoğlu 2007). Anne sütü ile beslenmenin ishallerin insidansını azalttığı bilinmektedir (Bulut ve ark. 2003, AAP 2006).

2.3.3. Korunma Yolları

Rotavirüsten korunmak için etkin önlemler almak gerekir. Virüsün ellerde en az 4 saat, cansız materyallerde 2–3 gün canlı kalabildiği tespit edilmiştir. Ellerin sabunla yıkanması virüsün ölmesi için yeterli değildir. Alkol içeren el jelleri virüsün sayısını azaltsa bile tam etkili değildir. Ellerin yıkandıktan sonra sıcak hava ile kurutulması, kâğıt ile kurulandırmasından daha etkili bulunmuştur. Rotavirüsün fomitler ile geçişi çok kolaydır. Özellikle paylaşılan oyuncaklar salgınların başlamasında önemli rol oynar. Canlı kalma süresi çok uzun olduğu için bulaşma oranı da o derece yüksektir (AAP 2006).

Rotavirüslü hastaya enterik ve temas izolasyonu yöntemleri uygulanır, hastanın çıkartıları çift torbalama yöntemi kullanılarak çamaşırhaneye indirilir. Hastadan hastaya bulaşı önlemek için eldiven giyilir. Hastanelerdeki ortak alanlarda bulunan oyuncaklar düzenli aralıklarla dezenfekte edilir (Birol 2002, Çavuşoğlu 2004).

2.4. Nozokomiyal Rotavirüs Enfeksiyonları

Çocuklarda nozokomiyal enfeksiyon oranı %2.6- 11.5 arasındadır. En sık gastrointestinal ve solunum yolu enfeksiyonları gözlenir. Pediatrik nozokomiyal diyarelerin %91–94’ü virüsler nedeniyle oluşur. Nozokomiyal Rotavirüs (NR) en sık karşılaşılan etiyolojik ajandır (%31–87). Diğer virüsler (norovirüs, astrovirüs ve adenovirüs) daha az sıklıkla saptanır. Tüm rotavirüs gastroenteritleri içinde NR %14,3–50,8 arasında yer alır(Salman 2007).

Nozokomiyal rotavirüs enfeksiyonu için risk faktörleri;

- Yaşın küçük olması: Küçük yaşta bebeğin NR’e duyarlı olması ve altının bezli olması,
- Prematürelilik ve düşük doğum tartısı
- Hastanede kalış süresi: Çalışmalar hastane yatış süresi altı günü aşan bebeklerde NR görülme oranının %70’e çıktığını göstermiştir.
- Hijyen kurallarına uyulmaması,
- Serviste ailelerin bulunması,
- İmmün yetmezlik: NR ağır immün yetmezlikte kronik diyareye yol açabilirse de diğer viral ve bakteriyel etkenler immün yetmezlikli olgularda daha ciddi tablolara sebep olur. Çalışmalar immün yetmezlik durumunda rotavirüs atılımının 6 haftaya, hatta iki yıla kadar uzayabileceğini göstermiştir (Salman 2007).

2.5. Rotavirüs Aşıları

Ruth Bishop’ un rotavirüsü ilk tanılmasından 5 yıl sonra 1978 yılında, ilk aşı çalışmaları başlamıştır (GSK 2006, Orhon 2007). Enfeksiyon şiddetini azaltmada lokal intestinal mukozal bağışıklığın sağlanması önemli olduğundan, ağız yolu ile alınan canlı- zayıflatılmış aşıları geliştirilmesi yolunda çalışmalar yapılmıştır. İnsan rotavirüslerini hücre kültüründe üretmek zor olduğundan, daha kolay üreyen hayvan rotavirüsleri attenüe edilerek ilk aşı çalışmalarına başlanmıştır. Hayvan kökenli rotavirüs aşıları Avrupa ve Afrika’ da çok sayıda çalışmada denenmiş, ancak beklenen etkiyi gösteremedikleri için üretimden kaldırılmışlardır (Çelebi 2006, Kurugöl 2007b).

Hayvan orijinli aşılarla yapılan başarısız denemeler sonucunda rotavirüslerin reassortman (iki virüsün bir hücreyi aynı anda enfekte etmesi sırasında bir gen

segmentinin diğerine geçmesi) özelliği sayesinde reassortant aşılar geliştirilmeye başlanmıştır. İlk aşidan 15 yıl sonra bu yöntemle, serotip 3 RRV (maymun rotavirüsü) ile serotip 1 (insan rotavirüsü) çaprazlanarak reassortant bir virüs elde edilmiştir. Böylece geliştirilen ilk reassortant rotavirüs aşısı tetravalan maymun- insan karışımı olan bir aşı (RRV-TV, Rotashield), ABD’ de 31 Ağustos 1998’de ruhsat almış ve 1999’da rutin aşı şemasına girmiştir. Dokuz aylık uygulama süresince 600.000’in üzerinde süt çocuğuna uygulanmış ve ağır rotavirüs hastalığını önlemede oldukça etkili iken, semptomatik enfeksiyonları önlemede orta derecede etkili olduğu görülmüştür. Ancak ilk dozdan sonraki ilk 2 hafta içinde gelişen invajinasyon vakaları sebebi ile uygulamadan çekilmiştir. Daha sonra yapılan incelemelerde risk düzeyinin yaşa bağımlı olduğu saptanmış, aşı 2, 4 ve 6. aylarda uygulanmış ancak 7 aylığa kadar olan süt çocukları da uygulamaya dâhil edilmiştir. Doğal ortamda invajinasyon riski hayatın ilk 3 ayında çok düşük olduğu için daha sonra geliştirilen aşılar 90 günden küçük çocuklara uygulanmıştır (Çelebi 2006).

Bu deneyimlerden sonra rotavirüs aşısı çalışmalarına devam edilmiştir. İki yeni rotavirüs aşısı Rotarix (monovalan human rotavirüs aşısı) ve Rotateq (pentavalan human-bovine reassortant rotavirüs aşısı) ile ilgili etkinlik ve güvenilirlik çalışmaları tamamlanmış ve 2006 yılından itibaren bu iki aşı 70’den fazla ülkede lisans alarak kullanıma girmiştir (Kurugöl 2007b).

ROTARIX; Aşının ağır rotavirüs ishalleri ve hastaneye yatıştan %85, çok ağır ishallerden %100 koruduğu saptanmıştır (O’Ryan 2007).

Rotarix oral olarak uygulanır, 1. doz en erken bebek altı haftalıkken, en geç ise 14 haftalıkken verilir. 2. doz en az 4 hafta ara ile verilir. Aşı 2–8 derecede 3 yıl saklanabilir (Keating 2006, Sıdal 2008).

ROTATEQ; Aşının muayenehaneye başvuruları %86, acile gidişi %94 ve gastroenterit nedeni ile hastaneye yatışı %96 azalttığı gösterilmiştir (Vesikari at all. 2006).

Rotateq oral olarak uygulanır. Süt çocuklarına 3 doz; 2, 4 ve 6 aylık iken verilir. İlk doz 6–12 haftalık iken verilir, son doz 32 haftalıktan büyüğe verilmemelidir. 2-8 derecede 24 ay saklanabilir (Vesikari at all. 2006, Sıdal 2008).

Sosyo-ekonomik ve kültürel düzey rotavirüs enfeksiyonlarının önlenmesinde etkili değildir. Hijyen koşullarından bağımsız olarak, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde benzer sıklıkta görülür. Bu nedenle RVG'nin önlenmesinde tek yol aşılamadır (Kurugöl 2008).

2.5.1. Rotavirüs Aşısı Yapılırken Dikkat Edilecek Noktalar

- Aşının ilk dozu 6 haftalıktan sonra verilir, 12 haftanın üzerinde ise güvenlik açısından yeterli veri olmadığı için kullanılmaz. Aşının 32 haftadan büyük bebeklere uygulanmaması önerilir.
- Bebeğe yanlışlıkla 13 hafta veya daha büyük iken aşılama başlanmış ise tüm aşı serisi yinede tamamlanır.
- RVG geçiren bebeğe de aşı başlanmalıdır. Doğal enfeksiyonun kısmi immunité sağladığı bilinmektedir.
- Anne sütü aşının etkinliğini azaltmamaktadır.
- Diğer aşılarla olduğu gibi, aşı hafif hastalık ve yüksek olmayan ateş durumlarında uygulanabilir.
- Rotavirüs aşısı DBT, DaBT, Hib, Hepatit B, IPV ve konjüge pnömokok aşısı ile beraber uygulanabilir.
- Çocuk aşırı tükürür veya kusarsa aşı tekrar verilmez (bu konuda yeterli çalışma yoktur).
- Rotavirüs aşısı aşının herhangi bir kısmına aşırı duyarlı olan veya daha önce buna benzer reaksiyon geçiren bebeklere uygulanmaz.
- Kan veya kan ürünleri transfüzyonu yapılan, immünglobülin preparatı verilmiş bebeklere aşı 42 gün sonra yapılır. Eğer çocuk bu süre zarfında 13 haftalıktan büyük olacaksa bu süre kısa tutulabilir.
- Orta ve ağır hastalık geçiren çocuklara iyileşir iyileşmez aşı uygulanır.
- Kronik gastrointestinal hastalığına yönelik konjenital malabsorpsiyon hastalığı, hirschprung hastalığı, kısa barsak sendromu veya nedeni bilinmeyen kusma gibi sorun olan bebeklerde aşının olası risk ve yararları göz önünde bulundurulmalıdır.

- Daha önce invajinasyon geçirmiş olan olgulara, bu aşılardan çok geniş serilerde invajinasyon ile bir ilişkisi olmadığı gösterildiği halde, yine de uygulanmaz

Preterm Bebeklerde Rotavirüs aşısı;

- Preterm bebek en az 6 haftalık olmalı,
- Klinik olarak stabil olmalı,
- İlk doz hastaneden çıkış anında veya çıkıştan sonra verilmeli.

Gebelerin aşılanmış çocuklarla teması; Gebe kadınla aynı evde yaşayan çocuk aşılanabilir. Doğurganlık çağındaki kadınların çoğunda rotavirüse karşı oluşmuş bir immünite vardır. Olası temasta bu sebepten dolayı hastalık riski çok düşüktür (AAP 2006).

2.6. Hemşirelik Yaklaşımları

Hemşirelerin görevlerinden biri, bireylerin sağlığının korunması, hastalık durumunda tedavi ve bakımına destek olunması ve hasta/aileyi eğitici rollerini üstlenmesidir. Bu bağlamda hemşirelerin, bulaştırmacılık oranı çok yüksek olan rotavirüs gastroenteritine karşı hastalarını rotavirüs gastroenteritinden korumada, hasta olanların bakımında ve gastroenteritin diğer hasta ve personele bulaşmasını önlemede, hasta/ailesinin eğitilmesinde önemli rolleri bulunmaktadır. Hastalarda karşılaşılabilecek sorunlar ve hemşirelik bakımları.

Sıvı- volüm dengesizliği (Beslenme- metabolik durum)

Amaç: Hastanın sıvı- volüm dengesinin sürdürmek.

Girişimler: Hasta dehidratasyon belirti ve bulguları yönünden sık aralıklarla gözlenir. Aldığı- çıkardığı sıvı takibi yapılır. Oral alamıyorsa intaravenöz sıvı tedavisi uygulanır. Günlük kilo kontrolü yapılır (Çavuşoğlu 2004, Carpenito 2005).

Diyare (Boşaltım biçimi)

Amaç: Enfeksiyona bağlı gelişen diyarenin kontrol altına alınması, hastanın normal kıvamda ve sıklıkta gaita yapmasını sağlamak.

Girişimler: Günlük kilo takibi yapılır. Gaita miktar, renk sıklık yönünden takip edilir. Aldığı- çıkardığı sıvı takibi yapılır. Laboratuar bulguları elektrolit değerleri yönünden izlenir. Perianal bölge temiz tutulur. Dehidratasyon belirti ve bulguları yönünden izlenir. (Birol 2002, Çavuşoğlu 2004). Çocuğun durumuna göre diyetisyen ile

beslenme programı düzenlenir. Gastro intestinal sistem'i uyaran ve irrite edebilen tahıl, fındık, yağlı besinler, iri taneli meyvelerin suları, çiğ sebzeler, acı, baharatlı ve gaz yapan yiyecekler, çay ve kahve gibi zararlı içecekler verilmez. Ayrıca yağsız peynir, yoğurt, pirinç lapası, muz, elma, ayran, balık, tavuk, haşlanmış patates, beyaz ekmek önerilir (Carpenito 2005).

Beden gereksiniminden daha az besin alma riski (Beslenme- metabolik durum)

Amaç: Kusmaya bağlı olarak gelişen iştahsızlığı ortadan kaldırmak. Bireyin, metabolik gereksinimine ve aktivitesine göre düzenlenen günlük besinleri vermek.

Girişimler: Azar azar ve sık sık beslenir. Oral alımı desteklenir. Sevdiği yiyecekler tercih edilir. Anne sütü ile beslenmeye ara verilmez. Bulantısı varsa Dr. istemine göre anti emetikler verilir. Çocuğun ailesi veya arkadaşlarıyla birlikte yemek yemesi teşvik edilir. Ağız hijyeni sağlanır (Birol 2002).

Deri bütünlüğünde bozulma riski (Beslenme- metabolik durum)

Amaç: İshal durumunda artan gaita pH'sına bağlı olarak gelişebilecek deri bütünlüğünde bozulma riskine karşı önlem almak.

Girişimler: Hastanın bezi her dışkılamadan sonra değiştirilir ve perianal bölge ılık sabunlu su ile yıkanıp temizlenir. Alt temizliği sırasında alkol bazlı mendiller kullanılmaz. Cilt pişik yönünden takip edilir. Pişigi önleyici çinko içerikli kremler kullanılır (Birol 2002, Çavuşoğlu 2004).

Enfeksiyon bulaştırma riski (Sağlığın Algılanması)

Amaç: Diğer hastalara enfeksiyon bulaşmasını, yayılmasını önlemek

Girişimler: Uygun izolasyon yöntemi uygulanır (enterik ve temas izolasyonu). Hasta ayrı odaya alınır. Ziyaretçi kısıtlaması getirilir. Uygun el yıkama teknikleri hastanın odasına girmeden önce ve çıktıktan sonra uygulanır (Birol 2002, Çavuşoğlu 2004).

Bilgi eksikliği (Ailenin eğitimi, Bilişsel- Algılama Biçimi)

Amaç: Hastalığın oldukça bulaşıcı olmasından dolayı ailenin bu konuda eğitilmesi ve hastalık hakkında bilgilendirilmesini sağlamak.

Girişimler: Aileye hastalık hakkında genel bir bilgi verilir. Hangi yollarla bulaştığı anlatılır. Uygulanan izolasyon yöntemleri ve amaçları anlatılır. El yıkamanın

önemi anlatılır. Çocuğun beslenmesinde yer alması gereken besin grupları hakkında bilgi verilir (Carpenito 2005).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Tek grup ön test-son test düzeninde yarı deneysel bir çalışmadır.

RVG konusunda çocuk servislerinde çalışan hemşirelere yapılan eğitim;

Hipotez 1: Hemşirelerin rotavirüs etkeni hakkındaki bilgilerini (etkenin tipi, kuluçka süresi, epidemiyolojik özellikleri v.b) artırır.

Hipotez 2: Hemşirelere verilen eğitim, rotaviürs gastroenteritinin bakımı, korunması ve kontrolü hakkında farkındalık düzeyinin artırır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma Edirne ili içinde bulunan ve Edirne İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı devlet ve özel hastaneler (Edirne Devlet Hastanesi, Edirne Selimiye Devlet Hastanesi, Keşan Devlet Hastanesi, Uzunköprü Devlet Hastanesi, Özel Edirne Ekol Hastanesi) ile Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi (T.Ü.T.F) Hastanesi bünyesinde bulunan çocuk servislerinde çalışan ve çalışmaya katılmayı kabul eden tüm hemşireler ile 2008 Aralık–2009 Şubat ayları arasında gerçekleştirildi.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini 2008 Aralık – 2009 Şubat ayları içinde, Edirne ili içinde bulunan ve hasta potansiyeli yüksek olan devlet ve özel hastaneler ile T.Ü.T.F hastanesi çocuk bölümlerinde görev yapan toplam 91 hemşire oluşturdu. Evrende bulunan ve araştırmaya katılmayı kabul eden tüm hemşireler örneklem grubuna alındı. Araştırmanın, veri toplama aşamasında devlet hastanelerine 2’şer kez, T.Ü.T.F hastanesine 3 kez gidildi. Nöbet ve yıllık izinleri nedeni ile veri toplamak için gidilen günlerde kendileri ile karşılaşılabilen hemşireler çalışmaya alınamadı.

T.Ü.T.F Hastanesi çocuk servislerinde çalışan 53 hemşireden 33’ü çalışmaya katıldı, 20 kişiye ulaşamadığı için çalışmaya dâhil edilmedi. Keşan Devlet Hastanesinden 8 hemşirenin 6’sı, Uzunköprü Devlet Hastanesinden 7 hemşirenin 5’i, Edirne Devlet Hastanesinden 14 hemşirenin 7’si, Selimiye Devlet Hastanesinden 9 hemşirenin 8’i, Özel Ekol Hastanesinden 6 hemşirenin hepsi çalışmaya katılmıştır. Toplam örneklem sayısı 65 idi.

3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma örneklemini, belirlenen hastanelerde çalışmaya katılmayı kabul eden hemşirelerle sınırlıdır. Araştırmaya katılan hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine ve hemşirelerin farkındalık düzeyine ilişkin veri kaynağı anket formunda bulunan sorularla sınırlıdır.

3.5. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

Araştırmanın Değişkenleri;

Bağımsız Değişkenler: Hemşirelerin yaşı, çalıştığı kurum, mesleki ünvanı ve hemşirelere rotavirüs gastroenteriti konusunda verilen eğitim ve eğitim materyalleri.

Bağımlı Değişkenler: Hemşirelerin rotavirüs gastroenteriti konusunda farkındalık düzeyini belirleyecek anket formu doğrultusunda alınan yanıtlar.

3.6. Veri Toplama Aracı

Araştırmada veri toplama aracı olarak araştırmacı ve danışmanı tarafından geliştirilen soru formu kullanıldı.

3.6.1. Soru Formu

Soru formunda; sağlık çalışanlarının yaşı, medeni durumu, mezun olduğu okul, şu an çalıştığı kurum, çalışma yılı ve mesleki unvanının sorgulandığı 6 sorunun yanı sıra, rotavirüs gastroenteriti konusundaki bilgilerini ve uygulamalarını belirlemeye yönelik 24 soru olmak üzere toplam 30 soru yer almaktadır. Formdaki soruların 5'i açık uçlu, 25'i kapalı uçludur. Soru formu, araştırmacı ve danışmanı tarafından geliştirildi (Ek-1), konu ile ilgili uzmanlara gönderilerek kapsam geçerliliği yapıldı (Ek-3). Pilot çalışma yapılarak gerekli düzeltmelerden sonra soru formuna son şekli verildi.

Soru formu yüz yüze görüşme yöntemi ile dolduruldu. Sorulara doğru yanıt verenlere 1 puan, yanlış yanıt verenlere 0 puan verildi. Birden fazla doğru cevabı olan 10 adet sorunun doğru olan her bir şıkkı için 1 puan, yanlış şıkkı için 0 puan verildi. Rotavirüs ve Rotavirüs gastroenteritine yönelik 24 anket sorusundan elde edilebilecek toplam puan 37'dir.

3.7. Verilerin Toplanması

Edirne ili ve ilçelerinde bulunan hastanelerin bağlı bulunduğu Edirne İl Sağlık Müdürlüğünden (Ek-6), Trakya Üniversitesi Rektörlüğünden (Ek-5), T.Ü.T.F Dekanlığı

etik kurulundan (Ek-4), Özel Edirne Ekol Hastanesi Başhekimliğinden (Ek-7) vakaların toplanması için gerekli yazılı izinler alındı. Geliştirilen soru formu 7 kişilik bir grupta uygulanarak pilot çalışma yapıldı. Uzman görüşü ve pilot çalışma sonucunda anlaşılmayan sorular düzeltildi, gerekli ilaveler veya çıkarımlar yapılarak anket formuna son şekli verildi.

İzin alınan hastanelerin yönetimlerinin uygun gördüğü gün ve saatlerde, kurumlarındaki hemşirelerle bir toplantı ayarlandı. Toplantı öncesinde anket formları dağıtılarak araştırmacının kontrolünde birbiri ile etkileşimde bulunmadan doldurmaları sağlandı. Anket formuna tüm katılımcıların rumuz için ayrılan kısma bir rumuz belirleyerek yazmaları istendi. Anket formlarının doldurulması yaklaşık 15–20 dakikalık bir süreyi kapsadı. Anket formları doldurulduktan sonra hemşirelere araştırmacılar tarafından hazırlanan rotavirüs gastroenteriti konusunda eğitim verildi. Eğitim sırasında araştırmacı ve danışmanı tarafından hazırlanan eğitim kitapçığından (Ek-2), power point sunusundan yararlanıldı. Eğitim süresi yaklaşık 30 dakika sürdü. Eğitim süresince aktif katılımları sağlamak için beyin fırtınası, soru-cevap yöntemi vb. yöntemlerden yararlanıldı. Eğitim tamamlandıktan bir ay sonra aynı katılımcılara aynı anket formu yeniden uygulandı. Önceki anket formunda kullandıkları rumuzu bu anket formuna da yazmaları istendi.

3.8. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi

Veriler bilgisayar ortamında SPSS (Statistical Package for Social Sciences for Windows) 16.0 istatistik programı kullanılarak değerlendirildi. Hemşirelerin demografik özelliklerine yönelik veriler sayısal ve yüzdelerle dağılımları, bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki veriler ile hemşirelerin farkındalık düzeyini ölçen veriler Wilcoxon ve eşleştirilmiş t testi analizi ile değerlendirildi. İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ olarak kabul edildi (Bahar 2002, Özdemir 2006).

3.9. Etik Yaklaşım

Araştırmaya başlamadan önce Edirne İl Sağlık Müdürlüğünden, Trakya Üniversitesi Rektörlüğünden, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Etik Kurulundan, Özel Ekol Hastanesi Başhekimliğinden gerekli izinler alındı.

Anket uygulaması yapılmadan önce çalışmanın yapılacağı tüm kurumlardaki başhemşireler ve çocuk servislerinde çalışan tüm hemşirelerle tanışıldı ve bir araştırma yapılacağı anlatıldı.

4. BULGULAR

Edirne ili hastaneleri çocuk servislerinde çalışan hemşirelerin Rotavirüs gastroenteriti hakkında farkındalık düzeylerinin arttırılması amacı ile yapılan ve tanımlayıcı olarak gerçekleştirilen çalışma 4 bölümde incelendi. Bunlar;

4.1 Hemşirelerin demografik özelliklerinin dağılımına ilişkin bulgular,

4.2 Hemşirelerin rotavirüs gastroenteriti ile ilgili eğitim öncesi ve eğitim sonrasına yönelik bulguların dağılımı,

4.2.1 Rotavirüs etkeninin özelliklerine yönelik bulguların dağılımı,

4.2.2 Rotavirüs gastroenteritin klinik belirtilerine yönelik bulguların dağılımı,

4.2.3 Rotavirüs gastroenteritinde hemşirelik uygulamalarına yönelik bulguların dağılımı,

4.3 Hemşirelerin rotavirüs gastroenteriti ile ilgili farkındalık düzeyi puan ortalamalarının dağılımı ve karşılaştırılmasına ilişkin bulgular,

4.4 Hemşirelerin bazı demografik özelliklerinin eğitim öncesi ve eğitim sonrası farkındalık düzeyi puan ortalamaları ile karşılaştırılmasıdır.

4.1. Hemşirelerin Demografik Özellikleri

Hemşirelerin demografik özelliklerine yönelik bulgular tablo 4-1’de verilmiştir.

Tablo 4-1: Hemşirelerin Demografik Özelliklerinin Dağılımı (S:65)

ÖZELLİKLER	s	%
Medeni Durum		
Evli	43	66,2
Bekâr	22	33,8
Mezun Olduğu Okul		
SML	12	18,5
Önlisans	24	36,9
Üniversite	27	41,5
Y.Lisans	2	3,1
Çalıştıkları Kurum		
T.Ü Tıp Fakültesi Hastanesi	33	50,8
Edirne Devlet Hastanesi	7	10,8
Selimiye Devlet Hastanesi	8	12,3
Keşan Devlet Hastanesi	6	9,2
Uzunköprü Devlet Hastanesi	5	7,7
Özel Ekol Hastanesi	6	9,2
Çalışma Yılı		
0 - 4 Yıl	22	33,8
5 - 10 Yıl	17	26,2
11 Yıl ve üzeri	26	40,0
Unvan		
Hemşire	47	72,3
Ebe	16	24,6
Sağlık Memuru	2	3,1

Hemşirelerin demografik özelliklerine ilişkin bulguların yer aldığı tablo 4-1 incelendiğinde; çalışmaya katılanların %66,2'sinin evli, %33,8'inin bekar olduğu, %41,5'inin üniversite, %36,9'unun önlisans, %18,5'inin sağlık meslek lisesi (SML), %3,1'inin yüksek lisans mezunu olduğu görülmektedir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin %50,8'i T.Ü. Tıp Fakültesinde çalışırken, %12,3'ü Selimiye Devlet Hastanesi %10,8'i Edirne Devlet Hastanesi, %9,2'si Keşan Devlet Hastanesi, %7,7'si nin Uzunköprü Devlet Hastanesi ve %9,2'si ise Özel Ekol Hastanesinde çalışmaktadır.

Hemşirelerin çalışma sürelerine bakıldığında %40,0'ının 11 yıl ve üzeri, %33,8'inin 0-4 yıl, %26,2'sinin ise 5-10 yıldan beri çalıştıkları görülmektedir. Unvan açısından incelendiğinde %72,3'ünün hemşire, %24,6'sının ebe, %3,1'inin sağlık memuru olduğu belirlenmiştir.

4.2. Hemşirelerin Rotavirüs Gastroenteriti ile İlgili Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrasına Yönelik Bulguların Dağılımı

Tablo 4-2: Rotavirüs Etkeninin Özelliklerine Yönelik Bulguların Dağılımı (S: 65)

DEĞİŞKENLER	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası	
	s	%	s	%
RVG’ ye neden olan mikroorganizmalar				
Rotavirüs	64	98,5	65	100
Adenovirüs	1	1,5	0	0
Poliovirüs	0	0	0	0
Etkenin ısıya dayanıklılık durumu				
Dayanıklıdır	28	43,1	65	100
Dayanıklı değildir	12	18,5	0	0
Bilmiyorum	25	38,5	0	0
Etkenin insan dışı canlılarda hastalık oluşturma durumu				
Oluşturur	21	32,5	65	100
Oluşturmaz	11	16,9	0	0
Bilmiyorum	33	50,8	0	0
Rotavirüs ishalinin sık görüldüğü aylar				
Yaz ayları	28	43,1	0	0
Kış ayları	19	29,2	65	100
Her ikisinin de	18	27,7	0	0
Etkenin kuluçka süresi				
1-3 gün	21	32,3	65	100
4-5 gün	41	63,1	0	0
6 gün ve üzeri	3	4,6	0	0

Etkenin bulaşma yolu *

Fekal-oral yol	60	77	65	58
Kan yolu	1	1,2	0	0
Kontamine eşyalar	16	21	48	42
Solunum yolu	1	1,2	0	0

Hastanenize sizce en çok başvuran ishal etkeni

Adenovirüs	3	4,6	1	1,5
Rotavirüs	61	93,8	64	98,5
Astrovirüs	1	1,5	0	0

Etkenin nozokomiyal enfeksiyonlar gurubuna dahil olma durumu

Dahil	27	41,5	64	98,5
Dahil değil	12	18,5	1	1,5
Bilmiyorum	26	40	0	0

Preterm bebeklere rotavirüs aşısının uygulanabilme durumu

Uygulanabilir	14	21,5	65	100
Uygulanamaz	51	78,5	0	0
Bilmiyorum	0	0	0	0

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Rotavirüs etkeninin özelliklerine yönelik bulguların dağılımının yer aldığı tablo 4-2'ye bakıldığında hemşirelere eğitim verilmeden önce RVG' ye neden olan mikroorganizmaların %98,5'inin Rotavirüs, %1,5'inin ise Adenovirüs olduğunu belirtirlerken, eğitim sonrasında %100'ünün Rotavirüs olduğunu belirtmişlerdir.

Etkenin ısıya dayanıklılık durumuna; eğitim öncesinde hemşireler %43,1'i dayanıklıdır, %18,5'i dayanıklı değildir, %38,5'i bilmiyorum cevabını verirken eğitim sonrasında %100'ü dayanıklıdır cevabını vermiştir.

Etkenin insan dışı canlılarda hastalık oluşturma durumuna; eğitim öncesi (E.Ö) %32,5'i oluşturur, %16,9'u oluşturmaz %50,8'i bilmiyorum derken eğitim sonrası (E.S) %100'ü etken insan dışı canlılarda hastalık oluşturur demiştir.

Hemşireler rotavirüs ishalinin hangi aylarda daha sık görüldüğüne; eğitim öncesi %43,1'i yaz aylarında, %29,2'si kış aylarında, %27,7'si ise her ikisinin de derken eğitim sonrası %100'ü kış aylarında demiştir.

Etkenin kuluçka süresi için; hemşirelerin eğitim öncesi %32,3'ü 1-3 gün, %63,1'i, 4-5 gün, %4,6'sı 6 gün ve üzerinde demiştir, eğitim sonrası ise %100'ü 1-3 gün cevabını vermiştir.

Etkenin bulaşma yoluna bakıldığında; eğitim öncesi hemşirelerin %77'si fekal-oral yol , %1,2'si kan yolu, %21'i kontamine eşyalar, %1,2'si solunum yolu olarak cevap verirken, eğitim sonrası %58'i fekal-oral yol, %42'si kontamine eşyalar olarak cevap vermiştir.

Hemşireler; çalıştıkları hastanelere en çok başvuran ishal etkeni sorulduğunda, eğitim öncesi %4,6'sı Adenovirüs, %93,8'i Rotavirüs, %1,5'i Astrovirüs olduğunu belirtirken, eğitim sonrası %98,5'i Rotavirüs, %1,5'i Adenovirüs olduğunu ifade etmiştir.

Etkenin nozokomiyal enfeksiyonlar grubuna dahil olma durumuna; hemşirelerin eğitim öncesi %41,5'i, dahil, %18,5'i dahil değil, %40'ı bilmiyorum diye ifade ederken, eğitim sonrası %98,5'i dahil, %1,5'i dahil değil diye ifade etmiştir.

Preterm bebeklere rotavirüs aşısının uygulanabilme durumuna bakıldığında; hemşirelerin eğitim öncesi %21,5'i uygulanabilir, %78,5'i, uygulanamaz diye cevap verirken, eğitim sonrası %100'ü uygulanabilir diye cevap vermiştir.

Tablo 4-3: Rotavirüs Gastroenteritine Yönelik Bulguların Dağılımı (S: 65)

DEĞİŞKENLER	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası	
	s	%	s	%
Uzamış Rotavirüs ishaline bağlı durumlar *				
Dehidratasyon	58	63	64	44
Malnutrisyon	15	16,3	45	31
Kansızlık	3	3,3	0	0
Halsizlik	16	17,4	37	25
RVG' de en çok risk altında olan yaş grubu				
0-1 yaş	31	47,7	65	100
2-5 yaş	32	49,2	0	0
6 yaş ve üzeri	2	3,1	0	0
RVG' de dışkı özelliği				
Pis kokulu, yeşil sümüksü ishal	42	64,6	65	100
Pis kokulu, yeşil sümüksü ishal, kanlı ishal	13	20	0	0
Pis kokulu, yeşil-sarı kanlı ishal	10	15,4	0	0
RVG belirtilerinin klinik seyiri				
Kusma-ateş-ishal	26	40	1	1,5
Ateş-ishal-kusma	23	35,4	63	96,9
İshal-kusma-ateş	16	24,6	1	1,5
RVG tedavisindeki öncelikli amaç				
İshali durdurmak	2	3,1	0	0
Kusmayı durdurmak	1	1,5	0	0
Kaybedilen sıvıyı yerine koymak	62	95,4	65	100

RVG'li bebeğe anne sütü verme durumu				
Verilmeli	58	89,2	65	100
Verilmemeli	3	4,6	0	0
Bilmiyorum	4	6,2	0	0
RVG'li hastanın izolasyon yöntemleri *				
Temas izolasyonu	33	42,3	46	43,4
Solunum izolasyonu	6	7,7	0	0
Enterik izolasyonu	39	50	60	56,6
RVG' de bulaşı önlemenin yöntemleri *				
Eldiven giymek	64	81	65	100
Maske takmak	7	8,9	0	0
Boks gömleği giymek	8	10,1	0	0
RVG' de risk faktörü oluşturmıyan durumlar *				
Uzamış hastanede kalış süresi	6	9,7	0	0
Prematürelık ve düşük doğum tartısı	0	0	0	0
Serviste ailelerin bulunması / kalabalık olması	0	0	0	0
Hijyen kurallarına uymak	56	90,3	65	100
RVG' den aşı ile korunma durumu				
Korunulabilir	38	58,5	65	100
Korunulamaz	27	41,5	0	0
Bilmiyorum	0	0	0	0

* Birden fazla cevap verilmiştir.

Rotavirüs gastroenteritine yönelik bulguların yer aldığı tablo 4-3 incelendiğinde; uzamış rotavirüs ishaline bağlı durumlar için hemşirelere eğitim verilmeden önce %63'ü dehidratasyon, %16,3'ü malnutrisyon, %3,3'ü kansızlık, %17,4'ü halsizlik

olarak cevap verirken, eğitim sonrasında %44'ü dehidratasyon, %31'i malnutrisyon, %25'i halsizlik olarak cevap vermiştir.

RVG' de en çok risk altında olan yaş grubuna bakıldığında; eğitim öncesinde hemşirelerin %47,7'si 0–1 yaş, %49,2'si 2–5 yaş, %3,1'i 6 yaş ve üzeri derken, eğitim sonrasında ise %100'ü 0–1 yaş demişlerdir.

RVG' de dışkının özelliği sorgulandığında; eğitim öncesinde hemşirelerin %64,6'sı pis kokulu, yeşil sümüksü ishal, %20'si pis kokulu, yeşil sümüksü ve kanlı ishal, %15,4'ü pis kokulu yeşil-sarı kanlı ishal derken, verilen eğitim sonrasında %100'ü pis kokulu yeşil sümüksü ishal demiştir.

RVG belirtilerinin klinik seyri için; eğitim öncesinde hemşirelerin %40'ı kusma- ateş-ishal, %35,4'ü ateş-ishal-kusma, %24,6'sı ishal-kusma-ateş olarak cevap verirken, eğitim sonrası %96,9'u ateş-ishal-kusma, %3'ü kusma-ateş-ishal ve ishal-kusma-ateş olarak cevap vermişlerdir.

RVG tedavisindeki öncelikli amaç sorgulandığında; eğitim öncesi hemşirelerin %3,1'i ishali durdurmak, %1,5'i kusmayı durdurmak, %95,4'ü kaybedilen sıvıyı yerine koymak derken, eğitim sonrasında %100'ü kaybedilen sıvıyı yerine koymak demiştir.

RVG' li bebeğe anne sütü verme durumu için; eğitim öncesi hemşirelerin %89,2'si verilmeli, %4,6'sı verilmemeli, %6,2'si bilmiyorum olarak cevap verirken, eğitim sonrası %100'ü verilmeli olarak cevap vermiştir.

RVG' li hastaya uygulanacak olan izolasyon yöntemlerini, eğitim öncesi hemşirelerin %42,3'ü temas izolasyonu, %7,7'si solunum izolasyonu, %50'si enterik izolasyon olarak belirtirken eğitim sonrası %43,4'ü temas izolasyonu, %56,6'sı enterik izolasyon olarak belirtmiştir.

RVG' de bulaşmayı önleme yöntemlerine bakıldığında; eğitim öncesi hemşirelerin %81'i eldiven giymek, %8,9'u maske takmak, %10,1'i boks gömleği giymek derken eğitim sonrası %100'ü eldiven giymek olarak cevaplamıştır.

RVG' de risk olmayan durumlar incelendiğinde; eğitim öncesi hemşirelerin %9,7'si hastanede kalış süresinin uzaması, %90,3'ü hijyen kurallarına uymak derken eğitim sonrası %100'ü hijyen kurallarına uymak demiştir.

RVG' den aşı ile korunma durumuna bakıldığında eğitim öncesi hemşirelerin %58,5'i korunulabilir, % 41,5'i korunulamaz diye cevap verirken, eğitim sonrası %100'ü korunulabilir diye cevap vermiştir.

Tablo 4-4: RVG' de Hemşirelik Uygulamalarına Yönelik Bulguların Dağılımı (S: 65)

DEĞİŞKENLER	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası	
	s	%	s	%
RVG tanısı ile yatan hastaya konulabilecek hemşirelik tanıları*				
Enfeksiyon bulaştırma riski	62	43,7	64	32,8
İştahsızlık	37	26,1	58	29,7
Deri bütünlüğünde bozulma riski	36	25,3	64	32,8
Ateş	1	0,7	4	2
Kusma	2	1,4	2	1
Dehidratasyon	4	2,8	3	1,5
Dehidratasyon riski taşıyan hastaya uygulanacak girişimler *				
Hasta dehidratasyon bulguları yönünden gözlenir	50	45	64	51,6
Aldığı-çıkardığı sıvı takibi yapılır	61	55	60	48,4
Oral alımı kısıtlanır	0	0	0	0
Enfeksiyon bulaştırma riski olan hastaya uygulanacak girişimler *				
Uygun izolasyon yöntemi uygulanır	57	50,9	65	50
Ziyaretçi kısıtlaması yapılmaz	0	0	0	0
Uygun el yıkama teknikleri uygulanır	55	49,1	65	50
RVG'li hastaya verebileceğimiz taburculuk eğitimleri *				
El yıkamanın önemi	63	48,8	65	37,6
Beslenmesi	50	38,8	58	33,5
Deri bütünlüğünün korunması	16	12,4	50	28,9

RVG'li hasta ile temastan sonra ellerin yıkanma durumu

Su ve sabun	0	0	0	0
Sabun + dezenfektan maddeler	38	58,4	65	100
Dezenfektan maddeler	0	0	0	0

* Birden fazla cevap verilmiştir.

Rotavirüs gastroenteritinde hemşirelik uygulamalarına yönelik bulguların yer aldığı tablo 4-4 incelendiğinde; RVG tanısı ile yatan hastaya konulabilecek hemşirelik tanılarına bakıldığında, eğitim verilmeden önce hemşirelerin %43,7'si enfeksiyon bulaştırma riski, %26,1'i iştahsızlık, %25,3'ü deri bütünlüğünde bozulma riski, %0,7'si ateş, %1,4'ü kusma, %2,8'i dehidratasyon diye cevap verirken, eğitim sonrası %32,8'i enfeksiyon bulaştırma riski, %29,7'si iştahsızlık, %32,8'i deri bütünlüğünde bozulma riski, %2'si ateş, %1'i kusma, %1,5'i dehidratasyon olarak cevap vermiştir.

Dehidratasyon riski taşıyan hastaya yapılabilecek girişimler için; eğitim öncesi hemşirelerin %45'i hasta dehidratasyon bulguları yönünden gözlenir, %55'i aldığı- çıkardığı sıvı takibi yapılır derken, eğitim sonrası %51,6'sı hasta dehidratasyon bulguları yönünden gözlenir, %48,4'ü aldığı- çıkardığı sıvı takibi yapılır demiştir.

Enfeksiyon bulaştırma riski olan hastaya uygulanacak girişimler incelendiğinde; eğitim öncesi hemşirelerin %50,9'u uygun izolasyon yöntemi uygulanır, %49,1'i uygun el yıkama teknikleri uygulanır derken, eğitim sonrası %50'si uygun izolasyon yöntemi uygulanır, %50'si de uygun el yıkama teknikleri uygulanır demiştir.

RVG' li hastaya verilebilecek taburculuk eğitimleri sorulduğunda; eğitim öncesi hemşirelerin %48,8'i el yıkamanın önemi, %38,8'i beslenmesi, %12,4'ü deri bütünlüğünün korunması olarak cevap verirken, eğitim sonrası %37,6'sı el yıkamanın önemi, %33,5'i beslenmesi, %28,9'u deri bütünlüğünün korunması olarak cevap vermiştir.

RVG' li hasta ile temastan sonra ellerin yıkanma durumu incelendiğinde; eğitim öncesi hemşirelerin %58,4'ü sabun + dezenfektan maddeler derken, eğitim sonrası %100'ü sabun + dezenfektan maddeler olarak cevap vermiştir.

4.3. Hemşirelerin Rotavirüs Gastroenteriti İle İlgili Farkındalık Düzeyi Puan Ortalamalarının Dağılımı Ve Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Tablo 4-5: Uzamış RVG' ye Bağlı Belirtilerin Farkındalık Düzeyi Puan Ortalamaları İle Karşılaştırılması

Uzamış RVG' ye Bağlı Belirtiler	Farkındalık Düzeyi Puan Ortalamaları				Z	p
	E.Ö		E.S			
	$\bar{X}$	$\pm SS$	$\bar{X}$	$\pm SS$		
Dehidratasyon	0,89	0,3	0,98	0,1	- 2,121	0,034
Malnutrisyon	0,23	0,4	0,69	0,5	- 5,303	< 0,001
Kansızlık	0,05	0,2	0,00	0,0	- 1,732	0,083
Halsizlik	0,25	0,4	0,57	0,5	- 3,900	< 0,001

Tablo 4-5'te görüldüğü gibi uzamış RVG' ye bağlı durumlar için; hemşirelerin eğitim öncesi dehidratasyon için ortalama $0,89 \pm 0,3$ puan aldıkları, eğitim sonrası ise ortalama $0,98 \pm 0,1$ puan aldıkları görülmüştür. E.Ö ve E.S farkındalık düzeyi puan ortalamaları arası yapılan karşılaştırmada istatistiksel sonuç anlamlıdır ($Z = - 2,121$; $p = 0,034$).

Grubun eğitim öncesi ve eğitim sonrası malnutrisyon ile ilgili farkındalık düzeyi puan ortalamalarına bakıldığında; eğitim öncesi hemşirelerin ortalama $0,23 \pm 0,4$ puan alırken eğitim sonrası ortalama $0,69 \pm 0,5$ puan aldıkları görülmüştür. E.Ö ve E.S farkındalık düzeyi puan ortalamaları arası yapılan karşılaştırmada istatistiksel sonuç anlamlıdır ($Z = - 5,303$; $p < 0,001$).

Kansızlık ile ilgili bilgi puan ortalamalarına bakıldığında; hemşirelerin eğitim öncesi farkındalık düzeyi puan ortalamaları $0,05 \pm 0,2$ iken, eğitim sonrası $0,00 \pm 0,0$ olarak bulunmuştur. E.Ö ve E.S farkındalık düzeyi puan ortalamaları arası yapılan karşılaştırmada istatistiksel sonuç anlamlı değildir ($Z = - 1,732$; $p = 0,083$).

Halsizlik ile ilgili farkındalık düzeyi puan ortalamalarına bakıldığında; hemşirelerin eğitim öncesi ortalama $0,25 \pm 0,4$ puan aldıkları, eğitim sonrası ise $0,57 \pm 0,5$

puan aldıkları görülmüştür. E.Ö ve E.S farkındalık düzeyi puan ortalamaları arası yapılan karşılaştırmada istatistiksel sonuç anlamlıdır ($Z = - 3,900$; $p < 0,001$).

Tablo 4-6: Bulaşma Yolu ile Farkındalık Düzeyi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Bulaşma Yolu	Farkındalık Düzeyi Puan Ortalamaları					
	E.Ö		E.S		Z	p
	$\bar{X}$	$\pm SS$	$\bar{X}$	$\pm SS$		
Fekal-oral yol	0,92	0,3	1,00	0,0	- 2,236	0,025
Kan yolu	0,02	0,1	0,00	0,0	- 1,000	0,317
Kontamine eşyalar	0,25	0,4	0,74	0,4	- 5,333	< 0,001
Solunum yolu	0,02	0,1	0,00	0,0	- 1,000	0,317

Tablo 4-6’da görüldüğü gibi etkenin bulaşma yoluna yönelik; hemşirelerin eğitim öncesi fekal-oral yol için ortalama $0,92 \pm 0,3$ farkındalık düzeyi puanı aldıkları, eğitim sonrası ise ortalama $1,00 \pm 0,0$ puan aldıkları görülmüştür. E.Ö ve E.S farkındalık düzeyi puan ortalamaları arası yapılan karşılaştırmada istatistiksel sonuç anlamlıdır ($Z = - 2,236$; $p = 0,025$).

Kan yolu ile diyen hemşireler eğitim öncesi ortalama $0,02 \pm 0,1$ puan alırken, eğitim sonrası $0,00 \pm 0,0$ puan aldıkları görülmüştür. E.Ö ve E.S farkındalık düzeyi puan ortalamaları arası yapılan karşılaştırmada istatistiksel sonuç anlamlı değildir ($Z = - 1,00$; $p = 0,317$).

Eğitim öncesi kontamine eşyalar diyen hemşireler, ortalama $0,25 \pm 0,4$ puan alırken eğitim sonrası ise $0,74 \pm 0,4$ puan aldıkları görülmüştür. E.Ö ve E.S farkındalık düzeyi puan ortalamaları arası yapılan karşılaştırmada istatistiksel sonuç anlamlıdır ($Z = - 5,333$; $p < 0,001$).

Eğitim öncesi solunum yolu ile diyen hemşirelerin ortalama $0,02 \pm 0,1$ puan aldıkları, eğitim sonrası ise $0,00 \pm 0,0$ puan aldıkları görülmüştür. E.Ö ve E.S farkındalık düzeyi puan ortalamaları arası yapılan karşılaştırmada istatistiksel sonuç anlamlı değildir ($Z = -1,000$; $p = 0,317$).

Tablo 4-7: İzolasyon Yöntemleri ile Farkındalık Düzeyi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

İzolasyon Yöntemleri	Farkındalık Düzeyi Puan Ortalamaları					
	E.Ö		E.S		Z	p
	$\bar{X}$	$\pm SS$	$\bar{X}$	$\pm SS$		
Temas izolasyonu	0,51	0,5	0,71	0,5	- 2,502	0,012
Solunum izolasyonu	0,09	0,3	0,00	0,0	- 2,449	0,014
Enterik izolasyon	0,60	0,5	0,91	0,3	- 3,900	<0,001

Tablo 4-7’de görüldüğü gibi RVG’ li hastanın izolasyon yöntemleri için; eğitim öncesi temas izolasyonu diyen hemşirelerin ortalama $0,51 \pm 0,5$ puan aldıkları, eğitim sonrası ise ortalama $0,71 \pm 0,5$ puan aldıkları görülmüştür. E.Ö ve E.S farkındalık düzeyi puan ortalamaları arası yapılan karşılaştırmada istatistiksel sonuç anlamlıdır ($Z = - 2,502$; $p = \mathbf{0,012}$).

Eğitim öncesi solunum izolasyonu diyen hemşireler, ortalama $0,09 \pm 0,3$ puan alırken, eğitim sonrası ise ortalama $0,00 \pm 0,0$ puan aldıkları görülmüştür. E.Ö ve E.S farkındalık düzeyi puan ortalamaları arası yapılan karşılaştırmada istatistiksel sonuç anlamlıdır ($Z = - 2,449$; $p = \mathbf{0,014}$).

Enterik izolasyon diyen hemşirelerin eğitim öncesi ortalama $0,60 \pm 0,5$ puan aldıkları, eğitim sonrası ise ortalama $0,92 \pm 0,3$ puan aldıkları görülmüştür. E.Ö ve E.S farkındalık düzeyi puan ortalamaları arası yapılan karşılaştırmada istatistiksel sonuç anlamlıdır ($Z = - 3,900$; $p < \mathbf{0,001}$).

Tablo 4-8: Bulaşı Önleme Yöntemleri ile Farkındalık Düzeyi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Bulaşı Önleme Yöntemleri	Farkındalık Düzeyi Puan Ortalamaları				Z	p
	E.Ö		E.S			
	$\bar{X}$	$\pm SS$	$\bar{X}$	$\pm SS$		
Eldiven giymek	0,98	0,1	1,00	0,0	- 1,000	0,317
Maske takmak	0,11	0,3	0,00	0,0	- 2,646	0,008
Boks gömleği giymek	0,12	0,3	0,00	0,0	- 2,828	0,005

Tablo 4-8’de görüldüğü gibi RVG’ de bulaşı önleme yöntemleri için; eğitim öncesi eldiven giymek diyen hemşireler ortalama $0,98 \pm 0,1$ puan alırken, eğitim sonrası ise ortalama $1,00 \pm 0,0$ puan aldıkları görülmüştür. E.Ö ve E.S farkındalık düzeyi puan ortalamaları arası yapılan karşılaştırmada istatistiksel sonuç anlamlı değildir (Z = - 1,000; p= 0,317).

Eğitim öncesi bulaşı önleme yöntemi olarak maske takmak diyen hemşirelerin, ortalama $0,11 \pm 0,3$ puan alırken, eğitim sonrası ise ortalama $0,00 \pm 0,0$ puan aldıkları görülmüştür. E.Ö ve E.S farkındalık düzeyi puan ortalamaları arası yapılan karşılaştırmada istatistiksel sonuç anlamlıdır (Z = - 2,646; p= **0,008**).

Boks gömleği giymek diyen hemşirelerin, eğitim öncesi ortalama $0,12 \pm 0,3$ puan aldıkları, eğitim sonrası ise ortalama $0,00 \pm 0,0$ puan aldıkları görülmüştür. E.Ö ve E.S farkındalık düzeyi puan ortalamaları arası yapılan karşılaştırmada istatistiksel sonuç anlamlıdır (Z = - 2,828; p= **0,005**).

Tablo 4-9: Risk Faktörü Oluşturmayan Durumlar ile Farkındalık Düzeyi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Risk Faktörü Oluşturmayan Durumlar	Farkındalık Düzeyi Puan Ortalamaları				Z	p
	E.Ö		E.S			
	$\bar{X}$	$\pm SS$	$\bar{X}$	$\pm SS$		
Hastanede kalış süresinin uzaması	0,09	0,3	0,00	0,0	- 2,499	0,014
Prematürite ve düşük doğum tartısı	0,00	0,0	0,00	0,0	0,000	1,000
Serviste ailelerin bulunması / kalabalık Olması	0,00	0,0	0,00	0,0	0,000	1,000
Hijyen kurallarına uymak	0,86	0,3	1,00	0,0	- 3,000	0,003

Tablo 4-9’da görüldüğü gibi RVG’ de risk faktörü oluşturmayan durumlar için; eğitim öncesi hastanede kalış süresinin uzaması diyen hemşirelerin ortalama $0,09 \pm 0,3$ puan aldıkları, eğitim sonrası ise ortalama $0,00 \pm 0,0$ puan aldıkları görülmüştür. E.Ö ve E.S farkındalık düzeyi puan ortalamaları arası yapılan karşılaştırmada istatistiksel sonuç anlamlıdır ($Z = - 2,499$; $p = 0,014$).

Hijyen kurallarına uymak diyen hemşireler, eğitim öncesi ortalama $0,86 \pm 0,3$ puan alırken, eğitim sonrası ise ortalama $1,00 \pm 0,0$ puan aldıkları görülmüştür. E.Ö ve E.S farkındalık düzeyi puan ortalamaları arası yapılan karşılaştırmada istatistiksel sonuç anlamlıdır ($Z = - 3,000$; $p = 0,003$).

Tablo 4-10: Hemşirelik Tanıları ile Farkındalık Düzeyi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Hemşirelik Tanıları	Farkındalık Düzeyi Puan Ortalamaları					
	E.Ö		E.S		Z	p
	$\bar{X}$	$\pm SS$	$\bar{X}$	$\pm SS$		
Enfeksiyon bulaştırma riski	0,95	0,2	0,98	0,1	- 1,000	0,317
İştahsızlık	0,57	0,5	0,89	0,3	- 3,772	<0,001
Deri bütünlüğünde bozulma riski	0,55	0,5	0,98	0,1	- 5,112	<0,001
Ateş	0,02	0,1	0,06	0,2	- 1,342	0,180
Kusma	0,03	0,2	0,03	0,2	0,000	1,000
Dehidratasyon	0,06	0,2	0,05	0,2	- 0,447	0,655

Tablo 4-10’da görüldüğü gibi RVG tanısı ile yatan hastaya konulabilecek hemşirelik tanıları için; eğitim öncesi enfeksiyon bulaştırma riski diyen hemşireler ortalama $0,95 \pm 0,2$ puan alırken, eğitim sonrası ise ortalama $0,98 \pm 0,1$ puan aldıkları görülmüştür. E.Ö ve E.S farkındalık düzeyi puan ortalamaları arası yapılan karşılaştırmada istatistiksel sonuç anlamlı değildir ($Z = -1,000$; $p = 0,317$).

İştahsızlık diyen hemşirelerin eğitim öncesi ortalama olarak $0,57 \pm 0,5$ puan alırken, eğitim sonrası ise ortalama $0,89 \pm 0,3$ puan aldıkları görülmüştür. E.Ö ve E.S farkındalık düzeyi puan ortalamaları arası yapılan karşılaştırmada istatistiksel sonuç anlamlıdır ($Z = -3,772$; $p < 0,001$).

Eğitim öncesi RVG tanısı ile yatan hastaya konulabilecek hemşirelik tanıları için deri bütünlüğünde bozulma riski diyen hemşireler, ortalama $0,55 \pm 0,5$ puan alırken, eğitim sonrası ise ortalama $0,98 \pm 0,1$ puan aldıkları görülmüştür. E.Ö ve E.S farkındalık düzeyi puan ortalamaları arası yapılan karşılaştırmada istatistiksel sonuç anlamlıdır ($Z = -5,112$; $p < 0,001$).

Eğitim öncesi ateş diyen hemşirelerin, ortalama $0,02 \pm 0,1$ puan aldıkları, eğitim sonrası ise ortalama $0,06 \pm 0,2$ puan aldıkları görülmüştür. E.Ö ve E.S farkındalık düzeyi puan ortalamaları arası yapılan karşılaştırmada istatistiksel sonuç anlamlı değildir ($Z = -1,342$; $p = 0,180$).

Kusma diyen hemşirelerin eğitim öncesi ortalama $0,03 \pm 0,2$ puan aldıkları, eğitim sonrası ise ortalama $0,03 \pm 0,2$ puan aldıkları görülmüştür. E.Ö ve E.S farkındalık düzeyi puan ortalamaları arası yapılan karşılaştırmada istatistiksel sonuç anlamlı değildir ($Z = 0,000$; $p = 1,000$).

Eğitim öncesi dehidratasyon diyen hemşireler ortalama olarak $0,06 \pm 0,2$ puan alırken, eğitim sonrası $0,05 \pm 0,2$ puan aldıkları görülmüştür. E.Ö ve E.S farkındalık düzeyi puan ortalamaları arası yapılan karşılaştırmada istatistiksel sonuç anlamlı değildir ($Z = -0,447$; $p = 0,655$).

Tablo 4-11: Dehidratasyon Riski Olan Hastaya Uygulanacak Girişimler ile Farkındalık Düzeyi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Dehidratasyon Riski Olan Hastaya Uygulanacak Girişimler	Farkındalık Düzeyi Puan Ortalamaları				Z	p
	E.Ö		E.S			
	$\bar{X}$	$\pm SS$	$\bar{X}$	$\pm SS$		
Dehidratasyon bulguları yönünden gözlenir	0,77	0,4	0,98	0,1	- 3,742	< 0,001
Aldığı - Çıkardığı sıvı takibi yapılır	0,94	0,2	0,92	0,3	- 0,378	0,705
Oral alım kısıtlanır	0,00	0,0	0,00	0,0	0,000	1,000

Tablo 4-11’de görüldüğü gibi dehidratasyon riski taşıyan hastaya uygulanacak girişimler için, eğitim öncesi dehidratasyon bulguları yönünden gözlenir diyen hemşirelerin ortalama $0,77 \pm 0,4$ puan aldıkları, eğitim sonrası ise ortalama $0,98 \pm 0,1$ puan aldıkları görülmüştür. E.Ö ve E.S farkındalık düzeyi puan ortalamaları arası yapılan karşılaştırmada istatistiksel sonuç anlamlıdır ($Z = -3,742$; $p < 0,001$).

Aldığı- çıkardığı sıvı takibi yapılır diyen hemşireler, eğitim öncesi ortalama $0,94 \pm 0,2$ puan alırken, eğitim sonrası ise ortalama $0,920,3$ puan aldıkları görülmüştür.

E.Ö ve E.S farkındalık düzeyi puan ortalamaları arası yapılan karşılaştırmada istatistiksel sonuç anlamlı değildir ($Z = -0,378$; $p = 0,705$).

Tablo 4-12: Enfeksiyon Bulaştırma Riski Olan Hastaya Uygulanacak Girişimler ile Farkındalık Düzeyi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Enfeksiyon Bulaştırma Riski Olan Hastaya Uygulanacak Girişimler	Farkındalık Düzeyi Puan Ortalamaları					
	E.Ö		E.S		Z	p
	$\bar{X}$	$\pm SS$	$\bar{X}$	$\pm SS$		
Uygun izolasyon yöntemi uygulanır	0,88	0,3	1,00	0,0	- 2,828	0,005
Ziyaretçi kısıtlaması yapılmaz	0,00	0,0	0,00	0,0	0,000	1,000
Uygun el yıkama teknikleri kullanılır	0,85	0,4	1,00	0,0	- 3,162	0,002

Tablo 4-12’de görüldüğü gibi enfeksiyon bulaştırma riski olan hastaya uygulanacak girişimler için; eğitim öncesi uygun izolasyon yöntemi uygulanır diyen hemşireler ortalama $0,88 \pm 0,3$ puan alırken, eğitim sonrası ise ortalama $1,00 \pm 0,0$ puan aldıkları görülmüştür. E.Ö ve E.S farkındalık düzeyi puan ortalamaları arası yapılan karşılaştırmada istatistiksel sonuç anlamlıdır ($Z = -2,828$; $p = 0,005$).

Uygun el yıkama teknikleri kullanılır diyen hemşireler, eğitim öncesi ortalama $0,85 \pm 0,4$ puan alırken, eğitim sonrası ise ortalama $1,00 \pm 0,0$ puan aldıkları görülmüştür. E.Ö ve E.S farkındalık düzeyi puan ortalamaları arası yapılan karşılaştırmada istatistiksel sonuç anlamlıdır ($Z = -3,162$; $p = 0,002$).

Tablo 4-13: Taburculuk Eğitimi ile Farkındalık Düzeyi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Taburculuk Eğitimi	Farkındalık Düzeyi Puan Ortalamaları					
	E.Ö		E.S		Z	p
	$\bar{X}$	$\pm SS$	$\bar{X}$	$\pm SS$		
El yıkamanın önemi	0,97	0,2	1,00	0,0	- 1,414	0,157
Beslenmesi	0,77	0,4	0,89	0,3	- 1,886	0,059
Deri bütünlüğünün korunması	0,25	0,4	0,77	0,4	- 5,103	< 0,001

Tablo 4-13'te görüldüğü gibi RVG' li hastaya verebileceğimiz taburculuk eğitimleri için, eğitim öncesi el yıkamanın önemi diyen hemşirelerin ortalama $0,97 \pm 0,2$ puan aldıkları, eğitim sonrası ise ortalama $1,00 \pm 0,0$ puan aldıkları görülmüştür. E.Ö ve E.S farkındalık düzeyi puan ortalamaları arası yapılan karşılaştırmada istatistiksel sonuç anlamlı değildir ($Z = - 1,414$; $p = 0,157$).

Eğitim öncesi beslenme; diyen hemşirelerin ortalama $0,77 \pm 0,4$ puan aldıkları, eğitim sonrası ise ortalama $0,89 \pm 0,3$ puan aldıkları görülmüştür. E.Ö ve E.S farkındalık düzeyi puan ortalamaları arası yapılan karşılaştırmada istatistiksel sonuç anlamlı değildir ($Z = - 1,886$; $p = 0,059$).

Deri bütünlüğünün korunması diyen hemşireler eğitim öncesi ortalama $0,25 \pm 0,4$ puan alırken, eğitim sonrası ise ortalama $0,77 \pm 0,4$ puan aldıkları görülmüştür. E.Ö ve E.S farkındalık düzeyi puan ortalamaları arası yapılan karşılaştırmada istatistiksel sonuç anlamlıdır ($Z = -5,103$; $p < 0,001$).

Tablo 4-14: Temas Sonu El Yıkama Durumları ile Farkındalık Düzeyi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Temas Sonu El Yıkama Durumu	Farkındalık Düzeyi Puan Ortalamaları				Z	p
	E.Ö		E.S			
	$\bar{X}$	$\pm SS$	$\bar{X}$	$\pm SS$		
Su ve sabun	0,00	0,0	0,00	0,0	0,000	1,000
Sabun + dezenfektan maddeler	0,58	0,5	1,00	0,0	- 5,196	<0,001
Dezenfektan maddeler	0,00	0,0	0,00	0,0	0,000	1,000

Tablo 4-14’te görüldüğü gibi RVG’ li hasta ile temastan sonra ellerin yıkanma durumu için; eğitim öncesi sabun + dezenfektan madde diyen hemşireler ortalama $0,58 \pm 0,5$ puan alırken, eğitim sonrası hemşirelerin ortalama $1,00 \pm 0,0$ puan aldıkları görülmüştür. E.Ö ve E.S farkındalık düzeyi puan ortalamaları arası yapılan karşılaştırmada istatistiksel sonuç anlamlıdır ($Z = - 5,196$; $p < 0,001$)

Tablo 4-15: RVG' ye Yönelik Değişkenlerin Farkındalık Düzeyi Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER	Farkındalık Düzeyi Puan					
	Ortalamaları				Z	p
	E.Ö		E.S			
	$\bar{X}$	$\pm SS$	$\bar{X}$	$\pm SS$		
RVG’ ye neden olan mikroorganizmalar	0,98	0,1	1,00	0,0	- 1,000	0,317
Etkenin ısıya dayanıklılık durumu	0,43	0,5	1,00	0,0	- 5,535	< 0,001
Etkenin insan dışı canlılarda hastalık oluşturma durumu	0,32	0,5	1,00	0,0	- 6,108	< 0,001
RVG’ nin sık görüldüğü aylar	0,28	0,5	1,00	0,0	- 5,469	< 0,001
Etkenin kuluçka süresi	0,32	0,5	1,00	0,0	- 6,441	< 0,001
RVG' de en çok risk altında olan yaş grubu	0,48	0,5	1,00	0,0	- 5,684	< 0,001
Hastanenize en çok başvuran ishal etkeni	0,94	0,2	0,98	0,1	- 1,342	0,180
RVG’ de dışkı özelliği	0,65	0,5	1,00	0,0	- 4,332	< 0,001
RVG belirtilerinin klinik seyiri	0,34	0,5	0,97	0,2	- 5,612	< 0,001
Rotavirüs tedavisindeki öncelikli amaç nedir	0,95	0,2	1,00	0,0	- 1,732	0,083
RVG’ li bebeğe anne sütü verme durumu	0,89	0,3	1,00	0,0	- 2,428	0,015
Etkenin nozokomiyal enfeksiyonlar grubuna dahil olma durumu	0,42	0,5	0,98	0,1	- 5,589	< 0,001
RVG’ den aşı ile korunma durumu	0,58	0,5	1,00	0,0	- 5,196	< 0,001
Preterm Bebeklere rotavirüs aşısının uygulanabilme durumu	0,22	0,4	1,00	0,0	- 7,141	< 0,001

Tablo 4-15'te görüldüğü gibi RVG' ye neden olan mikroorganizmalar için; doğru cevap veren hemşirelerin eğitim öncesi farkındalık düzeyi puan ortalamaları $0,98 \pm 0,1$ iken eğitim sonrası $1,00 \pm 0,0$ puan olduğu görülmüştür. E.Ö ve E.S farkındalık düzeyi puan ortalamaları arası yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak sonuç anlamlı değildir ($Z = -1,000$; $p = 0,317$).

Etkenin ısıya dayanıklılık durumu için doğru cevap veren hemşirelerin puan ortalamaları $0,4 \pm 0,5$ iken eğitim sonrası ise $1,00 \pm 0,0$ puan olduğu görülmüştür. E.Ö ve E.S farkındalık düzeyi puan ortalamaları arası yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak sonuç anlamlıdır ($Z = -5,535$; $p < 0,001$).

Hemşirelerin, etkenin insan dışı canlılarda hastalık oluşturma durumu için verdikleri doğru cevapların puan ortalamaları $0,32 \pm 0,5$ iken eğitim sonrası $1,00 \pm 0,0$ puan olarak bulunmuştur. E.Ö ve E.S farkındalık düzeyi puan ortalamaları arası yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak sonuç anlamlıdır ($Z = -6,108$; $p < 0,001$).

RVG' nin sık görüldüğü aylar için; eğitim öncesi doğru cevap veren hemşirelerin puan ortalamaları $0,28 \pm 0,5$ iken eğitim sonrası $1,00 \pm 0,0$ puan olduğu görülmüştür. E.Ö ve E.S farkındalık düzeyi puan ortalamaları arası yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak sonuç anlamlıdır ($Z = -5,469$; $p < 0,001$).

Etkenin kuluçka süresi için; eğitim öncesi doğru cevap veren hemşirelerin puan ortalamaları $0,32 \pm 0,5$ iken eğitim sonrası $1,0 \pm 0,0$ puan olarak bulunmuştur. E.Ö ve E.S farkındalık düzeyi puan ortalamaları arası yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak sonuç anlamlıdır ($Z = -6,441$; $p < 0,001$).

Hemşirelerin RVG' de en çok risk altında olan yaş gurubu için verdikleri doğru cevapların puan ortalamaları $0,48 \pm 0,5$ iken eğitim sonrası ise $1,0 \pm 0,0$ puan olarak bulunmuştur. E.Ö ve E.S farkındalık düzeyi puan ortalamaları arası yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak sonuç anlamlıdır ($Z = -5,684$; $p < 0,001$).

Hastanenize en çok başvuran ishal etkeni için; eğitim öncesi doğru cevap veren hemşirelerin puan ortalamaları $0,94 \pm 0,2$ iken eğitim sonrası $0,98 \pm 0,1$ puan olarak bulunmuştur. E.Ö ve E.S farkındalık düzeyi puan ortalamaları arası yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak sonuç anlamlı değildir ($Z = -1,342$; $p = 0,180$).

RVG' de dışkı özelliği sorusuna eğitim öncesi doğru cevap veren hemşirelerin puan ortalamaları $0,65 \pm 0,5$ iken eğitim sonrası ise $1,0 \pm 0,0$ puan olarak bulunmuştur.

E.Ö ve E.S farkındalık düzeyi puan ortalamaları arası yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak sonuç anlamlıdır ($Z = -4,332$; $p < 0,001$).

RVG belirtilerinin klinik seyiri için eğitim öncesi doğru cevap veren hemşirelerin puan ortalamaları $0,34 \pm 0,5$ iken, eğitim sonrası $0,97 \pm 0,2$ olarak bulunmuştur. E.Ö ve E.S farkındalık düzeyi puan ortalamaları arası yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak sonuç anlamlıdır ($Z = -5,612$; $p < 0,001$).

Hemşirelerin RVG tedavisindeki öncelikli amaç için; eğitim öncesi verdikleri doğru cevapların puan ortalamaları $0,95 \pm 0,2$ iken, eğitim sonrası $1,0 \pm 0,0$ puan olarak bulunmuştur. E.Ö ve E.S farkındalık düzeyi puan ortalamaları arası yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak sonuç anlamlı değildir ($Z = -1,732$; $p = 0,083$).

RVG' li bebeğe anne sütü verme durumu için; eğitim öncesi doğru cevap veren hemşirelerin puan ortalamaları $0,89 \pm 0,3$ iken, eğitim sonrası $1,0 \pm 0,0$ puan olduğu görülmüştür. E.Ö ve E.S farkındalık düzeyi puan ortalamaları arası yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak sonuç anlamlıdır ($Z = -2,428$; $p = 0,015$).

Etkenin nozokomiyal enfeksiyonlar grubuna dahil olma durumu sorusuna eğitim öncesi doğru cevap veren hemşirelerin puan ortalamaları $0,42 \pm 0,5$ iken, eğitim sonrası $0,98 \pm 0,1$ puan olarak bulunmuştur. E.Ö ve E.S farkındalık düzeyi puan ortalamaları arası yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak sonuç anlamlıdır ($Z = -5,589$; $p < 0,001$).

RVG' den aşı ile korunma durumu için; eğitim öncesi doğru cevap veren hemşirelerin puan ortalamaları $0,58 \pm 0,5$ iken, eğitim sonrası $1,0 \pm 0,0$ puan olarak bulunmuştur. E.Ö ve E.S farkındalık düzeyi puan ortalamaları arası yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak sonuç anlamlıdır ($Z = -5,196$; $p < 0,001$).

Preterm bebeklere rotavirüs aşısının uygulanabilme durumu için; eğitim öncesi doğru cevap veren hemşirelerin puan ortalamaları $0,22 \pm 0,4$ iken eğitim sonrası $1,0 \pm 0,0$ puan olarak bulunmuştur. E.Ö ve E.S farkındalık düzeyi puan ortalamaları arası yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak sonuç anlamlıdır ($Z = -7,141$; $p < 0,001$).

4.4. Hemşirelerin Bazı Demografik Özelliklerine Göre Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Farkındalık Düzeyi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.

Tablo 4-16: Medeni Durumlarına Göre Farkındalık Düzeyi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (S:65)

Medeni Durum	S	Farkındalık Düzeyi Puan Ortalamaları					
		E.Ö		E.S		t	p
		$\bar{X}$	$\pm SS$	$\bar{X}$	$\pm SS$		
Evli	43	21,63	3,2	31,98	1,6	-20,738	0,221
Bekâr	22	21,23	3,3	31,82	1,9	-14,654	0,334

Tablo 4-16’da görüldüğü gibi eğitim öncesi evli olan hemşirelerin farkındalık düzeyi puan ortalamaları 37.00 tam puan üzerinden $21,63 \pm 3,2$ bulunurken , eğitim sonrası $31,98 \pm 1,6$ olduğu görülmüştür. Bekâr olan hemşirelerin farkındalık düzeyi puan ortalamaları ise eğitim öncesi $21,23 \pm 3,3$ iken eğitim sonrası $31,82 \pm 1,9$ puan olduğu görülmüştür. Her iki grupta E.Ö ve E.S farkındalık düzeyi puan ortalamaları arası yapılan karşılaştırmada, ortalamalarının birbirine benzer olduğu görülmüş, yapılan istatistiksel analizde anlamlı fark bulunmamıştır ($p= 0,221$; $t= -20,738$; $p= 0,334$; $t= -14,654$).

Tablo 4-17: Mezun Oldukları Okullara Göre Farkındalık Düzeyi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (S:65)

Mezun olduğu okul	Farkındalık Düzeyi Puan						p
	S	Ortalamaları				t	
		E.Ö		E.S			
		$\bar{X}$	$\pm SS$	$\bar{X}$	$\pm SS$		
SML	12	21,92	2,8	31,75	1,3	-8,623	0,001
Önlisans	24	21,42	2,8	32,08	1,4	-19,98	0,077
Üniversite	27	21,19	3,8	31,78	2,0	-14,99	0,109
Yüksek lisans	2	24,00	1,4	33,00	0,0	-9,00	0,070

Tablo 4-17’de görüldüğü gibi, eğitim öncesi sağlık meslek lisesi (SML)’nden mezun olan hemşirelerin farkındalık düzeyi puan ortalamaları 37.00 tam puan üzerinden $21,92 \pm 2,8$ bulunurken, eğitim sonrası $31,75 \pm 1,3$ puan olduğu görülmüştür. E.Ö ve E.S farkındalık düzeyi puan ortalamaları arası yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulunmuştur ($t = -8,623$; $p = 0,001$). Önlisans mezunu olan hemşirelerin eğitim öncesi farkındalık düzeyi puan ortalamaları $21,42 \pm 2,8$ iken, eğitim sonrası $32,08 \pm 1,4$ puan olduğu görülmüştür ($t = -19,98$; $p = 0,077$). Üniversite mezunu hemşirelerin ise puan ortalamaları eğitim öncesi $21,19 \pm 3,8$ puan iken, eğitim sonrası $31,78 \pm 2,0$ puan olduğu görülmüştür ($t = -14,99$; $p = 0,109$). Yüksek lisans mezunu hemşirelerin eğitim öncesi farkındalık düzeyi puan ortalamaları $24,00 \pm 1,4$ iken eğitim sonrası ortalamaları $33,00 \pm 0,0$ puan olduğu görülmüştür ($t = -9,00$; $p = 0,070$). Önlisans, üniversite ve yüksek lisans mezunu hemşirelerin E.Ö ve E.S farkındalık düzeyi puan ortalamaları arası yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar bulunmamıştır.

Tablo 4-18: Çalıştıkları Kurumlara Göre Farkındalık Düzeyi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (S:65)

Kurum	Farkındalık Düzeyi Puan						t	p
	S	Ortalamaları						
		E.Ö		E.S				
		$\bar{X}$	$\pm SS$	$\bar{X}$	$\pm SS$			
T.Ü.T.F Hastanesi	33	21,06	3,2	31,73	1,8	-19,772	< 0,001	
Edirne Devlet hastanesi	7	20,57	1,7	32,43	1,4	-34,867	< 0,001	
Selimiye Devlet Hastanesi	8	20,88	3,4	32,00	0,8	-8,932	< 0,001	
Keşan Devlet Hastanesi	6	22,5	2,1	31,83	1,7	-11,626	< 0,001	
Uzunköprü Devlet Hastanesi	5	26,6	2,1	32,20	1,6	-5,439	0,006	
Özel Ekol Hastanesi	6	20,5	2,8	32,17	2,1	-12,242	< 0,001	

Tablo 4-18’de görüldüğü gibi T.Ü.T.F Hastanesinde çalışan hemşirelerin eğitim öncesi farkındalık düzeyi puan ortalamaları 37.00 tam puan üzerinden $21,06 \pm 3,2$ bulunurken, eğitim sonrası $31,73 \pm 1,8$ puan olduğu görülmüştür. E.Ö ve E.S farkındalık düzeyi puan ortalamaları arası yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı sonuç bulunmuştur ($t = -19,772$; $p < 0,001$).

Edirne Devlet Hastanesinde çalışan hemşirelerin eğitim öncesi farkındalık düzeyi puan ortalamaları $20,57 \pm 1,7$ iken, eğitim sonrası $32,43 \pm 1,4$ puan olduğu görülmüştür. E.Ö ve E.S farkındalık düzeyi puan ortalamaları arası yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı sonuç bulunmuştur ($t = -34,867$; $p < 0,001$).

Selimiye Devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin eğitim öncesi farkındalık düzeyi puan ortalamaları $20,88 \pm 3,4$ iken, eğitim sonrası $32,00 \pm 0,8$ puan olduğu görülmüştür. E.Ö ve E.S farkındalık düzeyi puan ortalamaları arası yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı sonuç bulunmuştur ($t = -8,932$; $p < 0,001$).

Keşan Devlet Hastanesinde çalışan hemşirelerin eğitim öncesi farkındalık düzeyi puan ortalamaları $22,5 \pm 2,1$ iken, eğitim sonrası $31,83 \pm 1,7$ puan olduğu

görülmüştür. E.Ö ve E.S farkındalık düzeyi puan ortalamaları arası yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı sonuç bulunmuştur ($t = -11,626$; $p < 0,001$).

Uzunköprü Devlet Hastanesinde çalışan hemşirelerin eğitim öncesi farkındalık düzeyi puan ortalamaları $26,6 \pm 2,1$ iken, eğitim sonrası $32,20 \pm 1,6$ puan olduğu görülmüştür. E.Ö ve E.S farkındalık düzeyi puan ortalamaları arası yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı sonuç bulunmuştur ($t = -5,439$; $p = 0,006$).

Özel Ekol Hastanesinde çalışan hemşirelerin eğitim öncesi farkındalık düzeyi puan ortalamaları $20,5 \pm 2,8$ iken, eğitim sonrası $32,17 \pm 2,1$ puan olduğu görülmüştür. E.Ö ve E.S farkındalık düzeyi puan ortalamaları arası yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı sonuç bulunmuştur ($t = -12,242$; $p < 0,001$).

Tablo 4-19: Çalışma Yıllarına Göre Farkındalık Düzeyi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (S: 65)

Çalışma Yılı	Farkındalık Düzeyi Puan Ortalamaları						t	p
	S	E.Ö		E.S				
		$\bar{X}$	$\pm SS$	$\bar{X}$	$\pm SS$			
0-4 yıl	22	21,41	4,0	31,77	2,1	-12,242	0,2	
5-10 yıl	17	22,00	2,5	32,24	1,1	-13,826	0,196	
11 yıl ve üzeri	26	21,23	2,9	31,85	1,5	-18,669	0,194	

Tablo 4-19'da görüldüğü gibi 0-4 yıl arasında çalışan hemşirelerin eğitim öncesi farkındalık düzeyi puan ortalamaları 37.00 tam puan üzerinden $21,41 \pm 4,0$ bulunurken, eğitim sonrası $31,77 \pm 2,1$ puan olduğu görülmüştür ($t = -12,242$; $p = 0,2$).

5-10 yıl arasında çalışan hemşirelerin eğitim öncesi farkındalık düzeyi puan ortalamaları $22,00 \pm 2,5$ iken, eğitim sonrası $32,24 \pm 1,1$ puan olduğu görülmüştür ($t = -13,826$; $p = 0,196$).

11 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerin eğitim öncesi farkındalık düzeyi puan ortalamaları $21,23 \pm 2,9$ iken eğitim sonrası $31,85 \pm 1,5$ puan olduğu görülmüştür ($t = -18,669$; $p = 0,194$).

Her üç grupta da E.Ö ve E.S farkındalık düzeyi puan ortalamaları arası yapılan karşılaştırmada, farkındalık düzeyi puan ortalamalarının birbirine benzer olduğu görülmüş, yapılan istatistiksel analizde anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 4-20: Mesleki Unvanlarına Göre Farkındalık Düzeyi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (S: 65)

Unvan	S	Farkındalık Düzeyi Puan Ortalamaları				t	p
		E.Ö		E.S			
		$\bar{X}$	$\pm SS$	$\bar{X}$	$\pm SS$		
Hemşire	47	21,81	3,2	31,87	1,4	-21,99	0,9
Ebe	16	20,75	3,2	32,44	1,9	-12,694	0,958
Sağlık Memuru*	2	20	4,2	29	4,2	--	--

* Std. Error arasındaki fark 0 olduğundan t değeri hesaplanamamıştır.

Tablo 4-20’de görüldüğü gibi hemşire unvanı taşıyanların eğitim öncesi farkındalık düzeyi puan ortalamaları 37.00 tam puan üzerinden $21,81 \pm 3,2$ bulunurken, eğitim sonrası $31,87 \pm 1,4$ puan olduğu görülmüştür ($t = -21,99$; $p = 0,9$).

Ebe unvanı taşıyanların eğitim öncesi farkındalık düzeyi puan ortalamaları $20,75 \pm 3,2$ iken, eğitim sonrası $32,44 \pm 1,9$ puan olduğu görülmüştür ($t = -12,694$; $p = 0,958$).

Her iki grupta da E.Ö ve E.S farkındalık düzeyi puan ortalamaları arası yapılan karşılaştırmada, puan ortalamalarının birbirine benzer olduğu görülmüş, yapılan istatistiksel analizde anlamlı fark bulunmamıştır.

5. TARTIŞMA

Çocukluk çağı ishalleri, dünya genelinde 5 yaş altı ölüm sıralamasında perinatal hastalıklar ve alt solunum yolu enfeksiyonlarından sonra 3. sırada yer almaktadır. Rotavirüs, tüm dünyada ishal ile ilişkili morbidite ve mortalitenin en önemli nedenlerindendir. Dünyadaki tüm 5 yaşın altındaki çocuk ölümlerinin yaklaşık %20'sinden Rotavirüs'ün sorumlu olduğu saptanmıştır (Parashar et al. 2006).

Dünya Sağlık Örgütünün 2004 yılı verilerine göre Türkiye'de Rotavirüs gastroenteritine bağlı 5 yaş altı ölüm oranı 34/100.000 olup, tüm 5 yaş altı ölüm vakalarının 5,2 sini oluşturmaktadır (WHO 2004). Ülkemizde farklı bölgelerde yapılan çalışmalarda 5 yaş altı çocuklarda görülen ishallerin %15-40'ından RVG'nin sorumlu olduğu saptanmıştır (Kurugöl 2007a, Kurugöl 2007b).

Rotavirüs gastroenteritinin bulaştırıcılık oranı oldukça yüksek olduğundan hastane enfeksiyonları içinde önemli bir yüzdeye sahiptir. Tüm rotavirüs gastroenteritleri içinde nozokomiyal rotavirüs gastroenteriti %14.3- 50.8 arasında yer alır. Rotavirüs gastroenteritinden korunmak için rotavirüs aşısı geliştirilmiştir (Salman 2007).

Yapılan çalışmalar hastalığın epidemiyolojisi, sıklığı ve tıbbi konularda bilgi vermektedir. Bilindiği gibi hasta, ailesi ve sağlık çalışanlarının hastalık, hastalıktan korunma ve bulaşmayı önleme gibi konularda aldıkları eğitim, hastalığın yayılmasını engelleme konusunda oldukça önemlidir. Ancak rotavirüs enfeksiyonlarının tedavi ve bakımı ile korunmada önemli rolleri olan hemşirelere ilişkin herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Hemşirelik alanında yeterli çalışma olmadığından yeterli bulguya ulaşılamamıştır.

Araştırma sonuçları; yapılan çalışmalar, literatür bilgisi ve edinilen bulgularla kendi içinde tartışılmıştır.

Çalışmada hemşirelerin farkındalık düzeyini ortaya çıkarmak amacıyla; rotavirüs gastroenteritine neden olan mikroorganizmalar ve araştırma kapsamındaki hastanelere en çok başvuran ishal etkeni için; eğitim öncesi ve eğitim sonrası verilen doğru cevap oranları yüksek olup, aralarında fazla bir fark görülmemiştir (Tablo 4-2). Nitekim eğitim öncesi ve eğitim sonrası farkındalık düzeyi puan ortalamaları arasında önemli bir artış olmadığından istatistiksel olarak sonuç anlamlı çıkmamıştır ($p= 0,317$; $p= 0,180$; Tablo 4-15). Bu sonuç bize hemşirelerin eğitim öncesinde de rotavirüse neden olan mikroorganizma hakkında genellikle bilgileri olduğunu göstermektedir. Ülkemizde ki rotavirüs ile ilgili çalışmalar (Bulut ve ark. 2003, Karslıgil ve ark. 2003, Kurugöl ve ark. 2003, Taş ve Ardıç 2004, Gül ve ark. 2005, Biçer ve ark. 2006, Nazik ve ark. 2006, Şimşek ve ark. 2007, Biçer ve ark. 2008, İnci ve ark. 2009) incelendiğinde rotavirüs görülme sıklığı %17-39,8 olarak belirtilmektedir. Bu çalışmalar hastaneye başvuran ishallerde rotavirüs görülme oranının AGE vakaları içinde ilk sırayı aldıklarını göstermektedir. Bu çalışmada elde edilen sonuçlar literatür doğrultusunda değerlendirildiğinde çalışma kapsamındaki hastanelere AGE vakaları içinde rotavirüs etkeninin ilk sırada başvurduğu, buralarda çalışan hemşirelerin durumu gözlemledikleri ve hastalara bizzat bakım verdikleri için etkenle karşılaştıkları ve etkeni tanıdıkları söylenebilir.

Etkenin ısıya dayanıklılık durumuna; eğitim öncesi hemşirelerin çoğunluğu (%43,1) dayanıklıdır diye doğru yanıt verirken, eğitim sonrasında ise tamamı doğru yanıt vermiştir (Tablo 4-2). Bu durum eğitim sonrasında hemşirelerin etkenin ısıya dayanıklılık durumu ile ilgili farkındalık düzeylerinin arttığını göstermesi bakımından önemlidir. Nitekim eğitim öncesi ve eğitim sonrası farkındalık düzeyi puan ortalamaları arasında ki artış istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı çıkmıştır ($p< 0,001$; Tablo 4-15).

Etkenin insan dışı canlılarda hastalık oluşturma durumu için eğitim öncesi çalışmaya katılan hemşirelerin çoğunluğu (%50,8) bilmiyorum derken, verilen eğitim sonrasında tamamı oluşturur diyerek doğru cevap vermişlerdir (Tablo 4-2). Eğitim öncesine oranla eğitim sonrasında farkındalık düzeyi puan ortalamalarının arttığı ve bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p< 0,001$) görülmektedir (Tablo 4-15).

Etkenin ısıya dayanıklılığı ve insan dışı canlılarda hastalık oluşturma durumu için hemşirelerin eğitim öncesine oranla eğitim sonrasında büyük bir farkla doğru cevap vermesi ve istatistiksel olarak anlamlı çıkması eğitimin etkin olduğunu gösterdi.

Ülkemizde RVG' nin sık görüldüğü aylar ile ilgili yapılan çalışmalar (Bulut ve ark. 2003, Gül ve ark. 2005, Nazik ve ark. 2006, Biçer ve ark. 2006, Akıncı ve ark. 2007, Biçer ve ark. 2008, İnci ve ark. 2009)' da RVG' nin sıklıkla kış aylarında (Aralık, Ocak, Şubat, Mart) görüldüğü ve sıklığının %29–61,9 oranlarında olduğu bildirilmektedir. Bu çalışmada RVG' nin sık görüldüğü aylar için eğitim öncesinde vakaların yarısına yakını (%43,1) yanlış cevap vererek yaz aylarında derken, eğitim sonrasında %100' ü literatüre uyumlu bir şekilde doğru cevap vererek kış aylarında demişlerdir (Tablo 4-2). Eğitim öncesine oranla eğitim sonrasında RVG' nin sık görüldüğü aylar ile ilgili farkındalık düzeyi puan ortalamalarının arttığı ve bu artışın istatistiksel yönden anlamlı olduğu ($p<0,001$) görülmektedir (Tablo 4-15). Bu durum, yapılan eğitimin etkili olduğunu ve katılımcıların doğru cevabı öğrendiklerini gösterdi.

Literatürde (AAP 2006, CDC 2006) rotavirüsün kuluçka süresinin yaklaşık 1-4 gün aralığında olduğu belirtilmektedir. Çalışmada hemşireler etkenin kuluçka süresi için eğitim öncesinde büyük bir çoğunluğu (%63,1) 4-5 gün diyerek yanlış cevap verirken, verilen eğitim sonrasında ise tamamının 1-3 gün diyerek doğru cevap verdiği görülmüştür (Tablo 4-2). Farkındalık düzeyi puan ortalaması açısından incelendiğinde eğitim öncesine oranla eğitim sonrasında farkındalık düzeyi puan ortalamasının arttığı ve bu artışın anlamlı olduğu ($p<0,001$) görülmektedir (Tablo 4-15). Araştırma sonucunda hemşirelerin, etkenin kuluçka süresi hakkında eğitim öncesi bilgisinin olmaması, hastaların kuluçka dönemini geçirdikten sonra hasta olarak gelmeleri sonucunda kuluçka dönemlerini gözlemleyemedikleri için bilmedikleri düşünüldü. Ancak eğitim sonrası kuluçka süresi konusunda farkındalık düzeylerinin artması bulaştırmacılığın önlenmesi konusunda hemşirelerin bilinçlenmesini sağlaması konusunda sevindiricidir. Araştırma sonucunda elde edilen bulgular ve verilen eğitim sonrasında hemşirelerin, etkenin kuluçka süresi hakkında farkındalık düzeylerinin arttığı görülmüştür.

Literatürde (Lau at all.2003, Salman 2005, CDC 2006, CDC 2009) RVG' nin fekal-oral yol ve ortak kullanılan eşyalarla kontaminasyon yolu ile yayıldığı belirtilmektedir. Etkenin bulaşma yolu (Tablo 4-2) ile eğitim öncesi ve eğitim sonrası

farkındalık düzeyi puan ortalamalarına bakıldığında, kontamine eşyalar ve fekal-oral yol cevabı verenlerin eğitim puanlarında artış olduğu ve bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p < 0,001$; $p = 0,025$) görülmektedir (Tablo 4-6). Çalışma sonuçları hemşirelerin etkenin bulaşma yolu konusunda ki farkındalık düzeylerinin literatüre uygun olarak arttığının göstermektedir.

Nozokomiyal enfeksiyonlar arasında RVG' nin görülme sıklığına bakılan çalışmalar incelendiğinde (Salman 2007) nozokomiyal rotavirüsün en sık ajan olduğu (%31- 87), tüm RVG' ler içinde %14,3- 50,8 oranında yer aldığı belirtilmektedir. Rotavirüs etkeninin nozokomiyal enfeksiyonlar gurubuna dâhil olup olmama durumu için, eğitim öncesinde hemşirelerin yarısını yakını (%40) bilmediğini ifade ederken %18,5'i de yanlış cevap vererek nozokomiyal enfeksiyonlara dâhil olmadığını söylemişlerdir. Ancak verilen eğitim sonrasında, vakaların tamamına yakını (%98,5) doğru cevap vererek RVG' nin nozokomiyal enfeksiyonlar gurubunda yer aldığını ifade etmişlerdir (Tablo 4-2). Eğitim sonrası puan ortalamalarının eğitim öncesine göre eğitim sonrasında arttığı ve bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p < 0,001$) belirlenmiştir (Tablo 4-15).

Amerikan Pediatri Akademisine (AAP 2006) göre preterm bebeklere de bazı kriterler doğrultusunda rotavirüs aşısının yapılabileceği bildirilmektedir. Bu çalışmada hemşirelere preterm bebeklere rotavirüs aşısının uygulanabilme durumu sorulduğunda (Tablo 4-2) farkındalık düzeyi puan ortalamasının eğitim sonrasında eğitim öncesine göre arttığı, bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p < 0,001$) görülmektedir (Tablo 4-15). Buradan da eğitimin etkili olduğu söylenebilir.

Uzamış RVG'ne bağlı durumlar için; eğitim öncesinde dehidratasyon, malnutrisyon ve halsizlik bulguları doğru olarak ifade edilirken, eğitim sonrasında sırasıyla dehidratasyon, malnutrisyon ve halsizlik olarak ifade edilmiştir (Tablo 4-3). Dehidratasyon, malnutrisyon ve halsizlik bulgularına yönelik farkındalık düzeyinin anlamlı derecede artmış olması (Tablo 4-5) hemşirelerin uzamış RVG bulgularını tanıyabildiklerini göstermesi bakımından önemlidir.

Rotavirüs asit ortamda hızla inaktive olur. Mide pH'sının 1,8 düzeyinde olduğu düşünüldüğünde, midenin asidik ortamı fiziksel bariyer olarak görev almakta oldukça etkili bir savunma mekanizması oluşturmaktadır. Ancak mide pH'sı yenidoğan döneminde alkali ortama daha yakın pH 3- 4 düzeyindedir ve ancak 1 yaşında yetişkin

seviyesine ulaşmaktadır. 0-1 yaş arası süt çocuklarında hemostatik sıvı mekanizmaları ve bağışıklık sistemleri tam olarak gelişmediğinden ilk bir yılda rotavirüs enfeksiyon riski daha yüksektir (Kara 2007). Yapılan çalışmalarda (Kurugöl ve ark. 2003, Perez-Schael et al. 2007, Kubar et al. 2008, Meng et al. 2008, İnci ve ark. 2009) rotavirüs' ün en fazla 3 -12 ay aralığında ki çocuklarda görüldüğü saptanmıştır. RVG' de en çok risk altında olan yaş grubu incelendiğinde eğitim öncesinde katılımcıların yarısına yakını (%49,2) 2-5 yaş diyerek yanlış cevap verirken, eğitim sonrasında ise tamamının doğru cevap vererek risk altındaki yaş grubunu tanımlayabildikleri görülmüştür (Tablo 4-3). Eğitim öncesine oranla eğitim sonrası farkındalık düzeyi puan farkı anlamlı derecede artmıştır. ($p<0,001$; Tablo 4-15).

RVG' de dışkı özelliği yönünden incelendiğinde eğitim öncesinde yarıdan fazlası (%64,6) pis kokulu yeşil sümüksü ishal diyerek doğru cevap verirken eğitim sonrasında ise tamamı doğru cevap vermiştir (Tablo 4-3). Eğitim öncesi ve eğitim sonrasında ki farkındalık düzeyi puan ortalaması arasındaki artış istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,001$) bulunmuştur (Tablo 4-15). Literatürde de (Salman 2005) dışkının özelliği oldukça yoğun pis kokulu yeşil sümüksü ishal olarak belirtilmektedir. Verilen eğitim sonrasında dışkı özelliği hakkında farkındalık düzeylerinin arttığı görülmüştür.

RVG genellikle akut ateş ve kusma ile başlayıp sık sulu ishal ile devam eder (CDC 2009). Çalışmada RVG belirtilerinin klinik seyiri açısından incelendiğinde eğitim öncesinde vakaların büyük bir çoğunluğu (%40) kusma, ateş ve ishal diyerek doğru cevap vermiştir, eğitim sonrasında ise doğru cevap oranı %96,9 oranına yükseldiği (Tablo 4-3), farkındalık düzeyi puan ortalamasının eğitim öncesine oranla eğitim sonrası arttığı farkın anlamlı olduğu ($p<0,001$) bulunmuş ve klinik bulguları tanımlayabildikleri görülmüştür (Tablo 4-15).

Literatürde (Orhon 2007) RVG tedavisinde ki öncelikli amaç kaybedilen sıvının yerine konması yani rehidratasyondur. RVG tedavisindeki öncelikli amaç için eğitim öncesi hemşirelerin tamamına yakını (%95,4) literatüre uyumlu olarak kaybedilen sıvıyı yerine koymak demişlerdir, eğitim sonrasında ise bu oran %100 olmuştur (Tablo 4-3). Eğitim öncesi ve eğitim sonrası farkındalık düzeyi puan ortalamaları arasında ki fark anlamlı değildir ($p=0,083$; Tablo 4-15). Bu sonucun, hemşirelerin acil girişim ordırı olarak yaptıkları bir uygulama olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

RVG' li bebeğe anne sütü verme durumu incelendiğinde eğitim öncesi %89,2' si verilmeli diyerek doğru cevap verirken eğitim sonrası ise tamamı doğru cevap vermiştir (Tablo 4-3). Farkındalık düzeyi puan ortalamaları açısından incelendiğinde eğitim öncesine oranla eğitim sonrasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p= 0,015$; Tablo 4-15). Yapılan çalışmalarda anne sütü ile beslenmenin ishal insidansını azalttığı (Bulut ve ark. 2003) bu nedenle her koşulda anne sütüne devam edilmesi önerilmektedir (Süoğlu 2007). Hemşirelerin RVG' de en çok klinik bulgu olarak dehidratasyonu gözlemlmeleri ve bebeklerin beslenmesinde anneye yardımcı oldukları ve birebir ilgilenmeleri RVG tedavisindeki öncelikli amaç ve anne sütü verme durumu hakkında eğitim öncesinde de bilgi sahibi olmalarını sağlamıştır.

RVG' li hastaya enterik ve temas izolasyonu yöntemleri uygulanmalıdır (CDC 2009). RVG' li hastaya uygulanacak izolasyon yöntemleri için eğitim öncesinde büyük bir çoğunluğu (%42,3) temas izolasyonu, yarısı (%50) enterik izolasyon diyerek doğru cevaplar vermişlerdir. Eğitim sonrasında ise temas izolasyonu diyenlerin oranı %43,4 olurken enterik izolasyon diyenlerin oranı %56,6 olmuştur (Tablo 4-3). Farkındalık düzeyi puan ortalamaları açısından incelendiğinde temas izolasyonunun cevap yüzdesi artsa bile eğitim öncesi ve eğitim sonrası puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. ($p= 0,012$; $p< 0,001$; Tablo 4-7).

Bulaşmayı önlemek için mutlaka eldiven kullanılmalıdır (Salman 2007). RVG' de bulaşmayı önlemek için eğitim öncesinde büyük bir çoğunluğu (%81) doğru cevap vererek eldiven giymek demiştir. Eğitim sonrasında ise tamamı doğru cevap vermiştir (Tablo 4-3). Farkındalık düzeyi puan ortalamaları açısından incelendiğinde eldiven giyme durumu için; eğitim öncesi ve eğitim sonrasında ki puan ortalamaları arasında fazla bir artış olmadığından, birçoğu eğitim öncesinde de doğru cevap verdiği için, puan ortalamaları arası yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak sonuç anlamlı çıkmamıştır ($p=0,317$; Tablo 4-8). RVG' de bulaşı önlemede eğitim öncesi maske takmak ve boks gömleği giymek diyenlerin oranı çok az iken (Tablo 4-3), eğitim sonrasında hiç olmaması ve farkındalık düzeyi puanlarının istatistiksel olarak anlamlı olması ($p=0,008$; $p=0,005$; Tablo 4-8), maske takarak ve boks gömleği giyerek bulaşmayı önlemeyi etkilemeyeceklerini öğrenmeleri açısından son derece önemlidir. RVG'li hastaya uygulanacak izolasyon yöntemleri ile bulaşı önleme yöntemleri için hemşirelerin eğitim öncesinde de doğru cevap oranlarının yüksek olması hasta bakımı

ve tedavisi sırasında kullandıkları için RVG' li hastaya uygulanacak izolasyon yöntemleri ve bulaşmayı önleme hakkında eğitim öncesinde de bilgi sahibi olduklarını göstermiştir.

RVG'de risk faktörü oluşturmeyen durumlar sorulduğunda eğitim öncesinde büyük bir çoğunluğu (%90,3) doğru cevap vererek hijyen kurallarına uymak derken, eğitim sonrasında ise tamamı doğru cevap vermiştir (Tablo 4-3). Eğitim öncesi ve eğitim sonrası farkındalık düzeyi puan ortalamaları arasında ki artışı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p= 0,003$; Tablo 4-9). Eğitim öncesinde hastanede kalış süresinin uzaması diyenlerin oranı çok az iken, eğitim sonrasında hiç olmaması (Tablo 4-3) ve farkındalık düzeyi puanlarının istatistiksel olarak anlamlı olması ($p= 0,014$; Tablo 4-9) hastanede kalış süresinin uzamasının RVG için risk faktörü oluşturduğunu anlamaları açısından önemlidir. Bu sonuçlar çalışmaya katılan hemşirelerin RVG için risk faktörü oluşturan durumları eğitim öncesinde de bildiklerini fakat aldıkları eğitimle farkındalık düzeylerini arttırdıklarını göstermiştir.

RVG tanısı ile yatan hastaya konulabilecek hemşirelik tanılarına yönelik bulgular incelendiğinde enfeksiyon bulaştırma riski, ateş, dehidratasyon gibi sağlık profesyonellerinin bakım verme rolleri yönünden daha acil girişim gerektiren belirti ve bulguların eğitim öncesinde ve eğitim sonrasında cevap yüzdeleri arasında artış olmadığı görüldü (Tablo 4-4). Bulgulara yönelik farkındalık düzeyinin değişmediği bu nedenle farkındalık düzeyi puan ortalamaları karşılaştırmalarının istatistiksel yönden anlamlı olmadığı görüldü ($p=0,317$; $p=0,180$; $p=1,000$; $p=0,655$; Tablo 4-10). Buna karşın iştahsızlık gibi hemen hemen her hastalıkta görülebilecek tanı ile gözle görülmeyen ancak önemli risk faktörü olan deri bütünlüğünde bozulma riskine yönelik farkındalık düzeyi puan ortalamalarının eğitim öncesine göre eğitim sonrasında anlamlı derecede arttığı ($p<0,001$; $p<0,001$; Tablo 4-10)' nın belirlenmesi bize hemşirelerin, gözle görülebilir ve diğer sağlık profesyonelleri tarafından önemsenen acil girişim gerektiren belirti ve bulguları daha rahat tanıyabildikleri, gözle görülmeyen ancak hastalık hakkında bilgi sahibi olduğunda tanıyabilecekleri belirti ve bulguları fark edemediklerini göstermesi bakımından önemlidir. Araştırma sonucunda non-spesifik belirti ve bulgulara yönelik farkındalık düzeyinin artması, eğitimin etkinliğini göstermesi bakımından önemlidir.

Dehidratasyon riski taşıyan hastaya uygulanacak girişimlere bakıldığında, eğitim öncesinde hemşirelerin büyük çoğunluğunun (%45) hasta dehidratasyon bulguları yönünden gözlenir dedikleri, yarısından fazlasının ise (%55) aldığı- çıkardığı sıvı takibi yapılır dediği, eğitim sonrasında ise dehidratasyon bulguları yönünden gözlenir diyenlerin oranının %51,6 olduğu, aldığı- çıkardığı sıvı takibi yapılır diyenlerin oranının ise %48,4 olduğu görülmüştür (Tablo 4-4). Eğitim öncesi ve eğitim sonrası farkındalık düzeyi puan ortalamaları açısından bakıldığında yapılan istatistiksel analizde dehidratasyon bulguları yönünden gözlenir yanıtının, eğitim sonrası eğitim öncesine göre ileri derecede anlamlı ($p<0,001$) olduğu bulunmuştur (Tablo 4-11). Hemşirelerin büyük çoğunluğunun eğitim öncesinde doğru cevaplar vermeleri bu konu hakkında bilgi sahibi olduklarını ancak eğitim sonrasında ilk önceliğin dehidratasyon bulguları yönünden gözlem olduğunu anlamaları açısından etkin olduğunu göstermiştir.

Enfeksiyon bulaştırma riski olan hastaya uygulanacak girişimler incelendiğinde; eğitim öncesinde hemşirelerin yarısı (%50,9) uygun izolasyon yöntemi uygulanır, %49,1' de uygun el yıkama teknikleri uygulanır diyerek doğru cevaplar vermişlerdir. Eğitim sonrasında ise hemşirelerin yarısı uygun izolasyon yöntemi uygulanır derken diğer yarısı da uygun el yıkama teknikleri kullanılır demişlerdir (Tablo 4-4). Farkındalık düzeyi puan ortalamaları açısından incelendiğinde uygun el yıkama teknikleri kullanılır yanıtı için eğitim sonrasında eğitim öncesine göre puanlarında artış olduğu ve bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p=0,002$) görülmüştür (Tablo 4-12). Bu durum hemşirelerin enfeksiyon bulaştırma riski olan hastaya uygulanacak girişimler konusunda eğitim öncesinde de bilgi sahibi olduklarını ancak verilen eğitim ile uygun el yıkamanın enfeksiyonların bulaşmasını önleme konusunda ki önemini daha iyi kavradıklarını ve konu ile ilgili farkındalık düzeylerinin arttığını göstermiştir.

RVG' li hastaya verilebilecek taburculuk eğitimleri için; eğitim öncesinde hemşirelerin büyük bir çoğunluğu (%48,8) el yıkamanın önemi ve beslenmesi (%38,8) derken, eğitim sonrasında %28,9'u deri bütünlüğünün korunması demiştir (Tablo 4-4). Eğitim öncesine oranla eğitim sonrasında deri bütünlüğünün korunması ile ilgili farkındalık düzeyi puan ortalamasının arttığı ve bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0,001$) görülmektedir (Tablo 4-13). Araştırma bulgularına göre hemşirelerin RVG' li hasta ve ailesi ile hasta klinikte tedavi altında iken konuştukları ve ailelerin bu konularda daha fazla soru sordukları ancak deri bütünlüğünün korunması konusunun

diğer konulara oranla ikinci planda kaldığı ancak verilen eğitim sonrasında öneminin anlaşıldığını düşündürmüştür.

Literatüre göre (AAP 2006, CDC 2009) rotavirüs enfeksiyonunun bulaşmasını önlemek için eller sabun+dezenfektan maddeler ile yıkanmalıdır. RVG' li hasta ile temastan sonra ellerin yıkanma durumu için; eğitim öncesinde hemşirelerin yarısından fazlası (%58,4) sabun+dezenfektan madde diyerek doğru yanıt verirken eğitim sonrasında tamamı sabun+dezenfektan madde demiştir (Tablo 4-4). Farkındalık düzeyi puan ortalamasının eğitim sonrasında eğitim öncesine göre arttığı ve bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p < 0,001$) görülmektedir (Tablo 4-14).

Hemşirelerin bazı demografik özellikleri ile farkındalık düzeyi puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; medeni durumları (Tablo 4-16), unvanları (Tablo 4-20) ve çalışma yılları (Tablo 4-19) yönünden eğitim öncesi ve eğitim sonrası farkındalık düzeyi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak bir fark olmaması, hemşirelerin çalıştıkları alana uyum sağlamaları ve verilen eğitimden eşit oranda etkilendiklerini göstermesi bakımından önemlidir. Ancak mezun oldukları okul yönünden yapılan karşılaştırmada SML mezunlarının eğitim öncesi ve eğitim sonrası puan ortalamalarının istatistiksel olarak daha fazla artması SML mezunlarının eğitime daha çok ihtiyaçları olduğu ve eğitimden daha çok yararlandıklarını göstermesi bakımından önemlidir (Tablo 4-17). Çalıştıkları kurum yönünden yapılan karşılaştırmada tüm kurumlarda eğitim öncesine oranla eğitim sonrasında farkındalık düzeyi puanlarının artması yapılan eğitimin etkinliğini göstermiştir (Tablo 4-18).

Sonuç olarak çalışmaya katılan hemşirelerin medeni durum, eğitim durumu, çalıştıkları kurum, çalışma yılı ve unvanları yönünden herhangi bir fark olmaksızın konuya ilişkin yapılan eğitim ile farkındalık düzeylerinin arttığı ve eğitimle elde ettikleri bilgileri uygulama alanlarına olumlu yansıtmasının yararlı olabileceği düşünüldü.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hemşirelerin rotavirüs gastroenteriti hakkında farkındalık düzeylerinin artırılması amacı ile gerçekleştirilen çalışma sonuçlarına göre;

Hemşirelerin;

- Eğitim öncesi ve sonrasında rotavirüse neden olan mikroorganizma, hastaneye en çok başvuru alan ishal etkeni, RVG tedavisinde öncelikli amaç, RVG’li bebeğe anne sütü verme durumu, RVG’de risk faktörü oluşturmeyen durumlar ile ilgili bilgilerinin değişmediği,
- Hemşirelerin tamamının verilen eğitim sonrasında; etkenin ısıya dayanıklılık durumu, etkenin insan dışı canlılarda hastalık oluşturma durumu, RVG’nin sık görüldüğü aylar, etkenin kuluçka süresi, etkenin nozokomiyal enfeksiyonlar gurubuna dâhil olma durumu, preterm bebeklere rotavirüs aşısının uygulanabilme durumu, RVG’de en çok risk altında olan yaş gurubu, RVG belirtilerinin klinik seyiri, RVG’li hasta ile temastan sonra ellerin yıkanma durumu ile ilgili sorulara doğru yanıt verdikleri ve yapılan istatistiksel analizde farkındalık düzeyi puan ortalamalarının anlamlı derecede arttığı,
- Hemşirelerin büyük bir çoğunluğunun; RVG tanısı ile yatan hastaya konulabilecek hemşirelik tanıları, dehidratasyon riski taşıyan hastaya uygulanacak girişimler, enfeksiyon bulaştırma riski olan hastaya uygulanacak girişimler, RVG’li hastaya verilecek taburculuk eğitimleri gibi hemşirelik uygulamaları hakkında eğitim öncesinde de bilgi sahibi oldukları belirlendi.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Çocuk servislerinde çalışan hemşirelere RVG ile ilgili düzenli eğitim verilmesi,
- El yıkamanın önemini hatırlatılması ve gündemde tutulması,
- RVG ve korunmaya yönelik bilgilendirici broşürlerin hazırlanması,
- Araştırma sonuçlarının verilerin toplandığı hastanelere duyurulması, ilgili birimlerin bilgilendirilmesi,
- RVG ile ilgili hemşirelik alanında daha fazla çalışmanın yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Akıncı, N., Ercan, T.E., Yalman, N., Eren, A., Severge, B., Ercan, G. ve ark. (2007). Akut Gastroenteritli Çocuklarda Adenovirüs ve Rotavirüs. *Çocuk Enfeksiyon Dergisi*, **1**, 98-101.

Alhan, E. Ve Çelik, Ü. (2007). Dünyada Rotavirüs Epidemiyolojisi. İçinde Salman N. (Ed), *Rotavirüs Enfeksiyonları ve Korunma*. Medya Tower Yayıncılık: İstanbul, 17-30.

American Academy of Pediatrics (2006). Rotavirüs Infections. In: Pickering, L.K., Baker, C.J., Long, S.S., McMillian, J.A., Eds. *Red Book: 2006 Report of the Committee on Infectious Diseases*. (27 th. Edition). Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 572-4.

Bahar, Z. (2002). Verilerin Çözümlemesinde İstatiksel Yöntemler. İçinde Erefe, İ. (Ed.) *Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri*. İstanbul: Odak Ofset; 189-250.

Biçer, S., Bezen, D., Sezer, S., Yavuzcan D., Tekgündüz, S.A., Ulucaklı, Ö. ve ark. (2006). Acil Çocuk Servisindeki Akut Gastroenterit Olgularında Rotavirüs ve Adenovirüs İnfeksiyonları. *ANKEM Dergi*, **20 (4)**, 206-209.

Biçer, S., Şahin, G.T., Koncay, B., Yavuzcan D., Gemici, H., Engerek, N. ve ark. (2008). Çocuk Acil Servisinde Rotavirüs Gastroenteriti Sıklığı. *Çocuk Enfeksiyon Dergisi*, **2**, 96-99.

Birol, L. (2002). *Hemşirelik Süreci* (5. basım). Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti. İzmir.

Bulut, Y., İşeri, L., Ağel, E., Durmaz, B. (2003). Akut Gastroenterit Ön Tanılı Çocuklarda Rotavirüs Pozitifliği. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, **10(3)**, 143-145.

Carpenito, L. J. (2005). *Hemşirelik Tanıları El Kitabı* (7.basım). Erdemir, F. (Çev. Ed.). Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul.

Centers for Disease Control and Prevention (2006). Prevention of Rotavirüs Gastroenteritis Among Infants and Children. *MMWR Morb Mortal Weekly Report*; 55

(RR12),1-13. Erişim 19.12.2009,
http://www.cdc.gov/&ei=50wS93nGZPesAaEqv2_Bw&sa=X&oi=translate&ct=result&resnum=1&ved=0CBMQ7gEwAA&prev=/search%3Fq%3Dcdc%26hl%3Dtr

Centers for Disease Control and Prevention (2009) . Prevention of Rotavirus Gastroenteritis Among Infants and Children: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR Recomm Report.*;58(RR-2):1–25. Erişim 19.12.2009,

http://www.cdc.gov/&ei=50wS93nGZPesAaEqv2_Bw&sa=X&oi=translate&ct=result&resnum=1&ved=0CBMQ7gEwAA&prev=/search%3Fq%3Dcdc%26hl%3Dtr

Ceyhan, M. (2006). Rotavirüs Aşıları. *ANKEM Dergi*, **20 (Ek 2)**, 52-55.

Çavuşoğlu, H. (2004). Sıvı Elektrolit ve Asit-Baz Dengesizlikleri ve Hemşirelik Bakımı. *Çocuk Sağlığı Hemşireliği* 2 (8. basım). Ankara: Sistem Ofset.179-246.

Çelebi, S. (2006). Rotavirüs Aşıları. *Güncel Pediatri Dergisi*, **4**, 144-145.

Çokuğuraş, H. (1998). Çocuklarda Akut İshallerin Etyopatogenezi. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Yaz İshalleri- Besin Zehirlenmeleri Sempozyumu, İstanbul, 13-14.

Göçmen, İ., Karademir, F., Ezdar, İ., Erkan, O., Özkaya, H., Mete, Z. (1995). İshal Yakınmasıyla Başvuran Çocuklarda Rotavirüs Araştırılması. *Klinik Dergi*, **8**, 75-76.

Gül, M., Garipardıç, M., Çıragıl, P., Aral, M., Karabiber, H. ve Güler, İ. (2005). 0-5 Yaş Arası Gastroenteritli Çocuklarda Rotavirüs ve Adenovirüs Tıp 40/41 Araştırılması. *ANKEM Dergi*, **19 (2)**, 64-67.

Gür,E. (2007). Rotavirüs Epidemiyolojisi ve Rotavirüs Aşısı. İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Aşılarla Güncel Yaklaşım Sempozyum Dizisi, No: 59, 17-19.

İnci, A., Kurtoğlu, M.G., Baysal, B. (2009). Bir Eğitim Araştırma Hastanesinde Rotavirüs Gastroenteriti Prevalansının Araştırılması. *İnfeksiyon Dergisi*, **23(2)**; 79-82.

Kara, A. (2007). Rotavirüs ve Özellikleri. İçinde Salman N. (Ed), *Rotavirüs Enfeksiyonları ve Korunma*. Medya Tower Yayıncılık: İstanbul, 7-16.

Karaböcöoğlu, M. Ve Uzel, N. (2002). Sıvı Eleakterolit/ Asit-Baz Metabolizması ve Bozuklukları. İçinde Neyzi, O. ve Ertuğrul, T. (Ed). *Pediatric 1* (3. basım). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 280-290.

Karlıgil, T., Kılıç, H. İ., Balcı, İ. (2003). 0-6 Yaş Çocuklarda Rotavirüs Gastroenteritleri ve Bunun Laktoz İntoleransı Üzerine Etkisi. *Türk Mikrobiyoloji Cemiyeti Dergisi*, **33**, 137-142.

Keating, G.M. (2006). Rotavirüs Aşısı RIX4414. *Pediatric Drugs*, **8(6)**, 389-395.

Kubar, O., Susenko, G., Kuleshova, L., Asatrian, A.G., Ferman, R.S., Svarval, A.V. at all. (2008). Rotavirus Hospital Surveillance in Saint-Petersburg, Russia. 8. International Rotavirüs Symposium, İstanbul.

Kurugöl, Z., Geylani, S., Karaca, Y., Umay, F., Erensoy, S., Vardar, F. at all. (2003). Rotavirüs Gasteronteritis Among Children Under Five Years of Age in İzmir, Turkey. *The Turkish Journal of Pediatrics*, **45**, 290-294.

Kurugöl, Z. (2007a). Türkiye’ de Rotavirüs Epidemiyolojisi. İçinde Salman N. (Ed), *Rotavirüs Enfeksiyonları ve Korunma*. Medya Tower Yayıncılık: İstanbul, 31-36.

Kurugöl, Z. (2007b). Rotavirüs Aşıları. *Çocuk Enfeksiyon Dergisi*, **1**, (Özel sayı 1), 76-82.

Kurugöl, Z. (2008). Rotavirüs Aşısı. *Clinic Pediatrici*, **3**, 24-32.

Lau, S.A., Uba, A., Lehman, D., Cengiz, A.B., Kara, A.(Çev) (2003). Enfeksiyon Hastalıkları. İçinde Rudolph, A., Kamei, R.K., Overby, K.J. (Ed), Yurdakök, M. (Çev. Ed). *Rudolph’s Fundamentals of Pediatrics Türkçe* (3. basım), Güneş Kitabevi Ltd. Şti, Ankara.

Meng, C., Kilgore, P., Nyambat, B., Vansith, K., Vuthy, U., Yuvatha, K. (2008). Hospital- Based Rotavirus Diarrhea Surveillance at The National Padiatric Hospital, Phnom Penh, Cambodia. 8. International Rotavirüs Symposium, İstanbul.

Muhsen, K., Shulman, L., Rubinstein, U., Kasem, E., Kremer, A., Goren, S. at all (2008). Preliminary Data From A Hospital-Based Surveillance Network of Rotavirus-Associated Gastroenteritis in Israel. 8. International Rotavirüs Symposium, İstanbul.

Nazik, H., İlktaç, M., Öngen, B. (2006). Çocukluk Yaş Grubu Gasteronteritlerinde Rotavirüs Sıklığının Araştırılması. *ANKEM Dergi*, **20 (4)**, 233-235.

Orhon, F.Ş. (2007). Yeni Aşılar: Rotavirüs, Human Papilloma Virüs ve Pnömonokok Aşıları. *Türkiye Klinikleri Pediatrik Bilimler*, **3**, 81-90.

O’Ryan, M. (2007). Rotarix (RIX4414): Oral İnsan Rotavirüs Aşısı. *Future-Drugs, Expert Review Vaccines*, **6(1)**, 12-19.

Özdemir, O. (2006). *Medikal İstatistik*. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık.

Parashar, U.D., Hummelman, E.G., Breese, J.S., Miller, M.A., Glass, R.I. (2003). Global illness ana deaths caused by rotavirus disease in children. *Emerging Infectious Diseases*, **9(5)**, 565-72.

Parashar, U.D., Gibson, C.J., Breese, J.S., Glass, R.I. (2006). Rotavirus and severe childhood diarrhea. *Emerging Infectious Disease*, **12(2)**, 304-6.

Salman, N. (2005). Rotavirüs. *Klinik Aktüel Tıp (Güncel Viral Enfeksiyonlar Özel Sayısı)*, 58-60.

Salman, N. (2007). Çocuklarda Nozokomiyal Rotavirüs Enfeksiyonları. İçinde Salman N. (Ed), *Rotavirüs Enfeksiyonları ve Korunma*. Medya Tower Yayıncılık: İstanbul, 69-74.

Salman, N., Keser, M. (2007). Rotavirüs Aşıları. *Çocuk Dergisi*, Ek sayı:2, **7**, 11-15.

Schael-Perez, I., Salinas, B., Gonzalez, R., Salas, H., Ludert, J.E., Escalona, M. at all. (2007). İshali olan Venezuelalı Çocuklarda Etiyolojik Saptama Yaklaşımıyla Doğrulan Rotavirüs Mortalitesi. *Pediyatrik Enfeksiyon Hastalıkları Dergisi*, No:42, 2-6.

Sıdal, M. (2008). Türkiye’de Bulunan Aşılar, Aşı Tipleri, Uygulama Şekilleri. *Çocuk Enfeksiyon Dergisi*, **2(Özel sayı 1)**, 83-94.

Somer, A. (2002). Enfeksiyon Hastalıkları. İçinde Neyzi, O. ve Ertuğrul, T. (Ed). *Pediatric 1* (3. basım). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 560-561.

Soriano-Gabarro, M., Mrukowicz, J., Vesikari, T., Verstraeten, T. (2006). Burden of Rotavirus Disease in European Union Countries. *Pediatric Infectious Disease Journal*, **25**, 7-11.

Süoğlu, Ö. D. (2007). Akut Gastroenterit Tedavisi. İçinde Salman N. (Ed), *Rotavirüs Enfeksiyonları ve Korunma*. Medya Tower Yayıncılık: İstanbul, 56-68.

Şimşek, Y., Bostancı, İ., Bozdayı, G., Öner, N., Kamruddin, A., Rota, S. ve ark. (2007). 0-5 Yaş Çocuklarda Akut Gastroenteritte Rotavirüs Sıklığı ve Serotip Özellikleri. *Türkiye Klinikleri Pediatrik Bilimler*, **16**, 165-170.

Taş, E. ve Ardıç, N. (2004). Akut Gastroenteritli Olgularda Termofilik *Campylobacter*, *Escherichia coli* 0157:H7 ve Rotavirüs Sıklığı. *Klinik Dergisi*, **17**, 186-190.

Torun, E. (2009). Bölgemizde Akut Gastroenteritli Çocuklarda Rotavirüs Enfeksiyonlarının Moleküler Epidemiyolojisi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Mikrobiyoloji A.B.D, Yüksek Lisans Tezi, Adana.

Vesikari, T., Matson, D.O., Dennehy, P., VanDamme, M.D., Santosham, M., Rodriguez, Z. Et all. (2006). Safety and Efficacy of a Pantevalan Human-Bovine (WC3) Reassortant Rotavirüsü Vaccine. *New England Journal of Medicine*, **354**, no:1, 23-33.

WHO (2004). Under 5 years of age deaths with rotavirüs infection. Erişim 20.05.2008, http://www.who.int/immunization_monitoring/burden/child_rota_deaths_2004_excel_version.xls

WHO (2007). Weekly Epidemiological Record No:32, **82**, 285-296, Erişim 01.12.2009, <http://www.who.int/wer>.

.....Rotavirüs Hastalığı; Tüm Dünyada Rotavirüs Hastalığı Yüğü; Zorluklara Yanıt Verilmesi (2006) . Monograf. Glaxo Smith Kline (GSK) Yayınları, İstanbul.

FORMLAR

Ek-1 ANKET FORMU

Sevgili Arkadaşlar,

Bu araştırmayı, sizlerin rotavirüs gastroenteriti hakkında farkındalık düzeyinizin artırılması amacıyla yapıyoruz. Aşağıdaki soruları yanıtlayarak araştırmaya katılırsanız memnun olacağız. Sizlerden aldığımız tüm bilgiler kesinlikle gizli kalacak ve yalnız araştırma amacıyla kullanılacaktır. Bu amaçla lütfen tüm soruları yanıtlayınız. *Bazı sorulara birden fazla yanıt verebilirsiniz.*

Teşekkürler...

Prof. Dr. Suzan Yıldız

Yüksek Lisans Öğrencisi Refiye Zafer

Rumuzunuz:

1. Yaşınız?

.....

2. Medeni Durumunuz?

() Evli () Bekar () Diğer (açıklayınız.....)

3. Mezun olduğunuz okul?

() Sağlık Meslek Lisesi, Sağlık Koleji

() Önlisans

() Üniversite

() Yüksek lisans

4. Şu an çalıştığınız kurum?

() Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

() Edirne Devlet Hastanesi

() Edirne Selimiye Devlet Hastanesi

() Keşan Devlet Hastanesi

() Uzunköprü Devlet Hastanesi

() Özel Edirne Ekol Hastanesi

5. Kaç yıldır çalışıyorsunuz?

() 0–4 yıl () 5–10 yıl () 10 yıl ve üstü

6. Mesleki ünvanınız nedir?

() Hemşire () Ebe () Sağlık Memuru

7. Rotavirüse neden olan mikroorganizma hangisidir?

() Rotavirüs () Adenovirüs () Poliovirüs

8. Rotavirüs etkeni ısıya dayanıklı mıdır?

() Evet () Hayır () Bilmiyorum

9. Rotavirüs insanlar dışında diğer canlılarda da hastalık etkeni oluşturmaktadır mıdır?

() Evet () Hayır () Bilmiyorum

10. Uzamış Rotavirüs ishali nelere yol açar?

() Dehidratasyona () Malnutrisyona () Kansızlığa () Halsizlik

11. Rotavirüs ishaline hangi aylarda daha sık rastlanır?

() Yaz aylarında () Kış Aylarında () Her ikisinde de

12. Rotavirüs ishalinin kuluçka süresi nekadardır?

() 2- 3 gün () 4- 5 gün () 6 gün ve üzeri

13. Rotavirüs ishali hangi yolla bulaşır?

() Fekal-oral yol ile () Kan yolu ile () Kontamine eşyalar ile () Solunum yolu ile

14. Rotavirüs ishalinde en çok risk altında olan yaş grubu hangisidir?

() 0–1 yaş () 2–5 yaş () 5 yaş ve üstü

15. Aşağıdakilerden hangisi *sıklıkla* ağır ishal ve dehidratasyon bulguları ile hastanenize başvuran çocukların hastalıklarının etkenidir?

() Adenovirüs

() Rotavirüs

() Astrovirüs

16. Rotavirüs ishalinde dışkının özelliği nasıldır?

() Pis kokulu, yeşil sümüksü ishal

() Pis kokulu, yeşil sümüksü, kanlı ishal

() Pis kokulu, yeşil- sarı kanlı ishal

17. Rotavirüs ishalinin belirtileri genellikle nasıl bir yol izler?

- ☐ Ateş-ishal- kusma
☐ Kusma- ishal- ateş
☐ İshal- kusma- ateş

18. Rotavirüs ishali tedavisinde öncelikli amaç nedir?

- ☐ İshali durdurmak
☐ Kusmayı durdurmak
☐ Kaybedilen sıvıyı yerine koymak

19. Rotavirüs ishali durumunda bebeğe anne sütü vermeye devam edilmeli midir?

- ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyorum

20. Rotavirüs ishali olan hastaya hangi izolasyon yöntemleri uygulanmalıdır?

- ☐ Temas izolasyonu
☐ Solunum İzolasyonu
☐ Enterik İzolasyon

21. Rotavirüs ishalinin hastadan hastaya bulaşmasını önlemek için ne yapılmalıdır?

- ☐ Eldiven giyilmeli
☐ Maske takılmalı
☐ Boks gömleği giyilmeli
☐ Diğer

22. Rotavirüs ishali nozokomiyal enfeksiyonlar gurubuna dâhil midir?

- ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyorum

23. Rotavirüs enfeksiyonu için hangileri risk faktörü oluşturmaz?

- ☐ Uzamış hastanede kalış süresi
☐ Prematürite ve düşük doğum tartısı
☐ Serviste ailelerin bulunması / kalabalık olması
☐ Hijyen kurallarına uymak

24. Rotavirüs ishalinden aşı ile korunulabilir mi?

- ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyorum

25. Preterm bebeklere rotavirüs aşısı uygulanabilir mi?

- ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyorum

26. Rotavirüs ishali tanısı ile servisinize yatan bir hastaya hangi hemşirelik tanılarını koyarsınız?

- ☐ Enfeksiyon bulaştırma riski
- ☐ İştahsızlık
- ☐ Deri bütünlüğünde bozulma riski
- ☐ Diğer.....

27. Dehidratasyon riski taşıyan hastanıza yapacağınız girişimler neler olur?

- ☐ Hasta dehidratasyon bulguları yönünden gözlenir
- ☐ Aldığı-çıkardığı sıvı takibi yapılır
- ☐ Oral alımı kısıtlanır
- ☐ Diğer.....

28. Enfeksiyon bulaştırma riski olan hastanıza uygulayacağınız girişimler nelerdir?

- ☐ Uygun izolasyon yöntemi uygulanır
- ☐ Ziyaretçi kısıtlaması yapılmaz
- ☐ Uygun el yıkama teknikleri kullanılır
- ☐ Diğer.....

29. Bakım verdiğiniz rotavirüs hastası taburcu olurken taburculuk eğitimi olarak hangi eğitimleri verirsiniz?

- ☐ El yıkamanın önemi
- ☐ Beslenmesi
- ☐ Deri bütünlüğünün korunması
- ☐ Diğer.....

30. Rotavirüs enfeksiyonu olan hastanıza bakım verdikten sonra ellerinizi ne ile yıkamanız gerekir?

- ☐ Su ve sabun
- ☐ Sabun + dezenfektan maddeler
- ☐ Dezenfektan maddeler
- ☐ Diğer.....

Ek-2 Eğitim Kitapçığı

ROTAVİRÜS GASTROENTERİTİ



REFİYE ZAFER

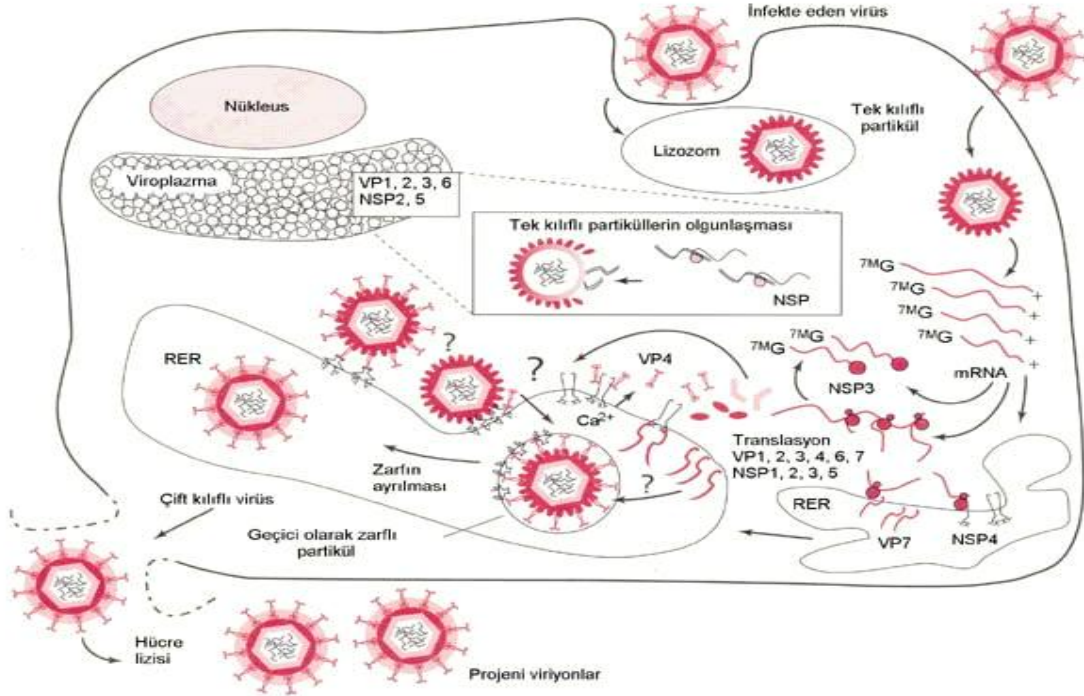
Prof. Dr. SUZAN YILDIZ

2008

İçindekiler:

■ Rotavirüs Gastroenteriti'nin Tanımı.....	3
■ Rotavirüs Gastroenteriti'nin Dünyada ve Türkiyede'ki Epidemiyolojisi...4	
■ Rotavirüs Gastroenteriti'nin Klinik ve Laboratuar Özellikleri.....5	
■ Rotavirüs Gastroenteriti'nin Tedavi Yöntemleri ve Korunma Yolları.....6	
■ Rotavirüs Gastroenteriti Aşılıları.....8	
■ Rotavirüs Gastroenteritinde Hemşirelik Yaklaşımları.....	10

replikasyon (kopyalanma) özelliği gösterebilmektedir. Yani türe özgünlük söz konusu olup, hastalık etkeni bir türden diğer türe geçiş oluşturmaktadır (şekil:2).



Şekil 2. Rotavirus replikasyon siklusunun şeması. (Estes MK: Rotaviruses and their replication. In: Fields Virology, 3rd ed. Fields BN et al [editors]. Lippincott-Raven, 1996., dan izin ile yeniden oluşturulmuştur.

Rotavirüs asit ortamda, yani pH 2,0' da hızla inaktif olur. Mide pH' sının 1,8 düzeyindeki asidik ortamı fiziksel bariyer olarak görev almakta oldukça etkili bir savunma mekanizmasıdır. 0-1 yaş arası süt çocuklarında hemostatik sıvı mekanizmaları ve bağışıklık sistemleri tam olarak gelişmediğinden ve mide pH'sı alkali ortama daha yakın olduğundan ilk bir yılda rotavirüs enfeksiyon riski daha yüksektir.

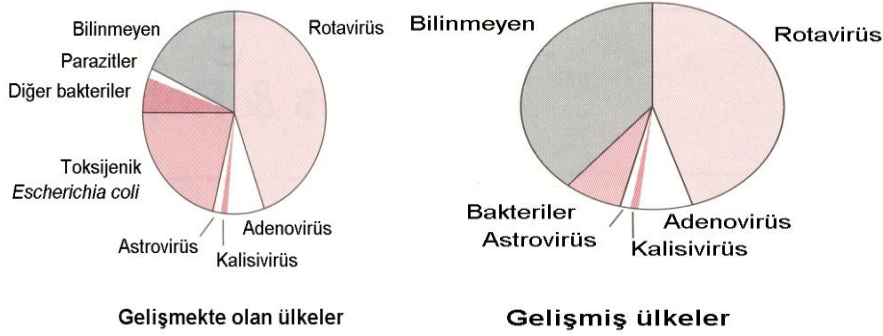
■ Dünyada ve Türkiye'de ki Epidemiyolojisi

Dünyadaki durumu;

Çocukluk çağı ishalleri, dünya genelinde 5 yaş altı ölüm sıralamasında perinatal hastalıklar ve alt solunum yolu enfeksiyonlarından sonra 3. sırada yer almakta olup Rotavirüs gastroenteriti bu yaş grubundaki ölümlerin % 10-20'sinden (yaklaşık 440.000 ölüm) sorumlu olduğu saptanmıştır. Rotavirüs ishali nedeni ile dünyada hastaneye

başvurunun 25 milyon, yatışın 2 milyon hasta düzeyinde olduğu bildirilmektedir(6, 15). Özellikle soğuk aylarda 2 yaş altı çocuklarda Akut gastroeneterit (AGE) vakalarının %40-60'ından sorumlu olduğu tespit edilmiştir. Gelişmiş ülkelerde vakaların %65' i 9–15, aylık gelişmekte olan ülkelerde ise %80'i 6–9 aylık bebeklerdir.

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde 2007 yılı verilerine göre rotavirüsü gastroenteriti insidansı benzer olup yüksektir.



Türkiyedeki durum;

Türkiye’ de yapılan çeşitli çalışmalarda 5 yaş altı çocuklarda görülen ishallerin % 15-40’ından Rotavirüs gastroenteriti’ nin sorumlu olduğu saptanmıştır. Türkiye’de ishal ölümleri 1986 yılından beri ülke genelinde yürütülen ishalleri hastalıkların kontrolü programı uygulaması ile önemli ölçüde azalmıştır.

Dünya sağlık örgütünün (DSÖ) 2004 yılı verilerine göre Türkiye’ de Rotavirüs gastroenteritine bağlı 5 yaş altı ölüm oranı 34/100.000 olup, tüm 5 yaş altı ölüm vakalarının 5,2 sini oluşturmaktadır. Tropikal ülkelerde tüm yıl boyunca görülen RVG, ılıman iklim kuşağındaki ülkelerde kış aylarında pik yapar. Ülkemizde ılıman iklim kuşağında yer alan ülkeler arasında bulunduğu rotavirüsün en çok görüldüğü aylar Aralık, Ocak ve Şubat en az görüldüğü aylar ise Haziran, Ağustos ve Eylül’dür.

■ Klinik, Laboratuar ve Bulaştırıcılık Özellikleri

Rotavirüs fekal-oral yol ile bulaşır. Etken enfekte kişilerin dışkıında yüksek oranda bulunur. Virüs çoğunlukla yakın temas ve ortak kullanılan eşyalarla kontaminasyon yolu ile yayılır. Kuluçka süresi yaklaşık 1-3 gündür, hastalık belirtileri virüsle karşılaştıktan sonra 12 saat- 4 gün arasında başlamakta ve yaklaşık 4-8 gün sürmektedir. Hastalık inatçı kusma atakları (günde 15–20 kez), sık sulu ishal ile karakterizedir ve

sıklıkla tabloya ateş ve karın ağrısı eklenir. Dışkı sarı-yeşil renkte ve pis kokuludur, kan veya sümük bulunmaz.

Rotavirüs hafif ishale neden olduğu gibi çoğunlukla kusma, yüksek ateş, dehidratasyon ve ölüme neden olan ağır ishale yol açabilir.

Hastalığın ilk günündeki dışkı örneklerinde 10 virüs partikül/gr bulunur. Akut hastalık sırasında çocukların gaitasının her bir gramında 100 milyar kadar virüs yaydığı bilinmektedir. İshalin şiddeti azalırken virüs miktarı da azalır, ishal başlamadan önceki 2–3 günlük süre içinde dışkıda genellikle rotavirüs tespit edilir . Dışkı yoluyla virüs atılımı yaklaşık 10 gün sürer. Bulguların düzelmesinden sonra 2–3 gün daha devam eder.

■ TEDAVİSİ VE KORUNMA YOLLARI

Rotavirüs Gastroenteritin’ de uygulanan tedavi yaklaşımları iki başlıkta toplanır;

Dehidratasyon Tedavisi;

Dehidratasyon tedavisinin doğru, etkin ve güvenli olarak uygulanabilmesi için çocuğun dehidratasyon derecesi iyi belirlenmelidir. Dehidratasyon tedavisinin birinci fazında rehidratasyon, ikinci fazında ise idame ve süregiden kayıpların karşılanması ile dehidratasyonun önlenmesi esas alınır. Hafif ve orta dehidratasyon olan çocuğun rehidratasyonunda 4 saat içinde 50-100ml/kg Oral Rehidratasyon Sıvısı (ORS) oral yolla verilir. Kusması olan şuuru kapalı hastalar oral yol ile alamadıklarından I.V yol ile sıvı tedavisi uygulanır. Ağır derecede dehidratasyonu olan çocuklarda yeterli periferik perfüzyon sağlanana kadar Laktatlı Ringer gibi dengeli bir I.V sıvının 20ml/kg/doz/gün olacak şekilde verilerek rehidrate edilir. İdame ve süregiden kayıpların karşılanması için oral yol ile sıvı alımı sağlanır sağlanmaz her sulu dışkılama sonrası 10ml/kg, her kusma sonrası 2 ml/kg ORS içirilir.

Nutrisyonel Tedavi;

ORS ile 3–4 saatlik rehidratasyon tedavisini izleyerek oral yolla sıvı alımı başlar başlamaz yaşa uygun normal diyetle başlanır. Ozmotik yük oluşturacağından basit şekerlerden(glikoz, sakaroz) kaçınılır, kompleks karbonhidratlar tercih edilir. Yağ diyetten çıkarılmaz, yağlar kalori sağlarken intestinal motiliteyi de azaltır. Küçük süt çocuklarında her koşulda anne sütüne devam etmesi önerilir.

Korunma Yolları;

Rotavirüsten korunmak için etkin önlemler almak gerekir. Ellerde en az 4 saat, cansız materyallerde 2–3 gün canlı kalabildiği tespit edilmiştir. Ellerin sabunla yıkanması virüsün ölmesi için yeterli değildir. Alkol içeren el jelleri virüsün sayısını azaltsa bile tam etkili değildir. Ellerin yıkandıktan sonra sıcak hava ile kurutulması kâğıt ile kurulanmasından daha etkili bulunmuştur. Rotavirüsün fomitler(bulaşıcı hastalık etkenini taşıyan cansız objeler) ile geçişi çok kolaydır. Özellikle paylaşılan oyuncaklar salgınların başlamasında önemli rol oynar. Canlı kalma süresi çok uzun olduğu için bulaşma oranı da o derece yüksektir.

Rotavirüslü hastaya enterik izolasyon yöntemleri uygulanmalı, hastanın çıkartıları çift torbalama yöntemi kullanılarak çamaşırhaneye indirilmeli, eller sabunla yıkandıktan sonra dezenfektan maddeler ile tekrar yıkanmalıdır. Hastadan hastaya bulaş önlemek için eldiven giyilmeli, hastanelerdeki ortak alanlarda bulunan oyuncaklar düzenli aralıklarla dezenfekte edilmelidir.

NOZOKOMİYAL ROTAVİRÜS ENFEKSİYONLARI

Çocuklarda nozokomiyal enfeksiyon oranı %2.6- 11.5 arasındadır. En sık gastrointestinal ve solunum yolu enfeksiyonları gözlenir. Pediatrik nozokomiyal diyarelerin %91–94’ü virüsler nedeniyle oluşur. Nozokomiyal Rotavirüs (NR) en sık görülen etiyolojik ajandır (%31–87). Diğer virüsler (norovirüs, astrovirüs ve adenovirüs) daha az sıklıkla saptanır.

Nozokomiyal rotavirüs enfeksiyonu için risk faktörleri;

- Yaşın küçük olması (Küçük yaşta bebeğin NR’ye duyarlı olması ve altının bezli olması)
- Hastanede kalış süresi (Çalışmalar hastane yatış süresi altı günü aşan bebeklerde NR görülme oranının % 70’e çıktığını göstermiştir).
- Hijyen kurallarına uyulmaması
- Serviste ailelerin bulunması
- Prematürite ve düşük doğum tartısı
- İmmün yetmezlik: NR ağır immün yetmezlikte kronik diyareye yol açabilirse de diğer viral ve bakteriyel etkenler immün yetmezlikli olgularda daha ciddi tablolara sebep olur. Çalışmalar immün yetmezlik durumunda rotavirüs atılımının 6 haftaya, hatta iki yıla kadar uzayabileceğini göstermiştir.

NR Enfeksiyonlarını önlemek için enfeksiyon kontrol yolları;

Bulaşı önleme; bilinen ve şüpheli olgular için izolasyon önlemleri, ishalleri hastaların oyun odasına gitmelerinin önlenmesi, el yıkama tekniklerini herkese öğretmek, izolasyondaki olgulara şahsi termometre kullanma zorunluluğu getirilir.

Rezervuarın saptanması: şüpheli olguyu saptamak için her olgunun değerlendirilmesi, temas eden olgulardan dışkı örneği alarak rotavirüs antijenine bakılması, gastroenteritli sağlık personelinin değerlendirilmesi (ellerinden örnek alınması) gerekir.

Rezervuarın eradikasyonu; olgu için yeterli süre izolasyonu sağlamak, immün yetmezlikli olgularda uzun süre dışkıda atılım beklendiğinden bu olguların uzun süre izlenmesi, gastroenteritli sağlık personelinin hasta ile temasının önlenmesi, hastanın çevresi ve hastada kullanılan ekipmanın uygun ve titiz bir şekilde temizlenmesi gerekir

■ ROTAVİRÜS AŞILARI

1978 yılında ilk aşı çalışmaları başlamıştır. Öncelikle enfeksiyon şiddetini azaltmada lokal intestinal mukozal bağışıklığın sağlanması önemli olduğundan, ağız yolu ile alınan canlı- zayıflatılmış aşılarda geliştirilmesi yolunda çalışmalar yapılmıştır. İnsan rotavirüslerini hücre kültüründe üretmek zor olduğundan, hücre kültüründe daha kolay üreyen hayvan rotavirüsleri attenüe edilerek ilk aşı çalışmalarına başlanmıştır. Hayvan kökenli rotavirüs aşıları Avrupa ve Afrika’ da çok sayıda çalışmada denenmiş, ancak beklenen etkiyi gösteremedikleri için üretimden kaldırılmışlardır.

Hayvan orijinli aşılarda yapılan başarısız denemeler sonucunda rotavirüslerin reassortman(iki virüsün bir hücreyi aynı anda enfekte etmesi sırasında bir gen segmentinin diğerine geçmesi) özelliği sayesinde reassortant aşılarda geliştirilmeye başlanmıştır. İlk aşidan 15 yıl sonra bu yöntemle, serotip 3 RRV (maymun rotavirüsü) ile serotip 1 (insan rotavirüsü) çaprazlanarak reassortant bir virüs elde edilmiştir. Böylece geliştirilen ilk reassortant rotavirüs aşısı tetravalan maymun- insan karışımı olan bir aşı (RRV-TV, Rotashield) olup, ABD’ de 31 Ağustos 1998’de ruhsat almış ve 1999’da rutin aşı şemasına girmiştir. Dokuz aylık uygulama süresince 600.000’in üzerinde süt çocuğuna uygulanmış ve ağır rotavirüs hastalığını önlemede oldukça etkili iken, semptomatik enfeksiyonları önlemede orta derecede etkili olmuştur. Ancak ilk dozdan sonraki ilk 2 hafta içinde gelişen invajinasyon vakaları sebebi ile uygulamadan çekilmiştir. Daha sonra yapılan incelemelerde risk düzeyinin yaşa bağımlı olduğu

saptanmış, aşı 2, 4 ve 6. aylarda uygulanmış ancak 7 aylığa kadar olan süt çocukları da uygulamaya dâhil edilmiştir. Doğal ortamda invajinasyon riski hayatın ilk 3 ayında çok düşük olduğu için daha sonra geliştirilen aşılar 90 günden küçük çocuklara uygulanmıştır.

Bu deneyimlerden sonra rotavirüs aşısı çalışmalarına devam edilmiştir. İki yeni rotavirüs aşısı (monovalan human rotavirüs aşısı) *Rotarix* ve (pentavalan human-bovine reassortant rotavirüs aşısı) *Rotateq* ile ilgili etkinlik ve güvenilirlik çalışmaları tamamlanmış ve 2006 yılından itibaren bu iki aşı 70'den fazla ülkede lisans alarak kullanıma girmiştir.

ROTARİX: Aşının ağır rotavirüs ishalleri ve hastaneye yatıştan %85, çok ağır ishallerden %100 koruduğu saptanmıştır.

Rotarix oral olarak uygulanır, 1. doz en erken bebek altı haftalıkken en geç ise 14 haftalıkken verilir. 2. doz en az 4 hafta ara ile verilir. Aşı 2–8 derecede 3 yıl saklanabilir.

ROTATEQ: Aşının Dr. vizitlerini %86, acile gidişi %94 ve gastroenterit nedeni ile hastaneye yatışı %96 azalttığı gösterilmiştir.

Rotateq oral olarak uygulanır. Süt çocuklarına 3 doz 2,4 ve 6 aylık iken verilir. İlk doz 6–12 haftalık iken verilir, son doz 32 haftalıktan büyüğe verilmemelidir. 2-8 derecede 24 ay saklanabilir.

ROTAVİRÜS AŞISI YAPILIRKEN DİKKAT EDİLECEK NOKTALAR

- Aşının ilk dozu 6 haftalıktan sonra verilir, 12 haftanın üzerinde ise güvenlik açısından yeterli veri olmadığı için verilmez. Aşının 32 haftadan büyük bebeklere uygulanmaması önerilir.
- Eğer bebek yanlılıkla 13 hafta veya daha büyükken aşılanmışsa tüm aşı serisi yine de tamamlanır.
- RVG geçiren bebeğe de aşı başlanmalıdır. Doğal enfeksiyonun kısmi immunité sağladığı bilinmektedir.
- Anne sütü aşının etkinliğini azaltmamaktadır.
- Diğer aşılarla olduğu gibi, aşı hafif hastalık ve yüksek olmayan ateş durumlarında uygulanabilir.
- Rotavirüs aşısı DBT, DaBT, Hib, Hepatit B, IPV ve konjüge pnömokok aşısı ile beraber uygulanabilir.

■ Çocuk aşısı tükürür veya kusarsa aşı tekrar verilmez (bu konuda yeterli çalışma yoktur).

■ Rotavirüs aşısı aşının herhangi bir kısmına aşırı duyarlı olan veya daha önce buna benzer reaksiyon geçiren bebeklere uygulanmaz.

■ Kan veya kan ürünleri transfüzyonu yapılan, immünglobülin preparatı verilmiş bebeklere aşı 42 gün sonra yapılır. Eğer çocuk bu süre zarfında 13 haftalıktan büyük olacaksa bu süre kısa tutulabilir.

■ Orta ve ağır hastalık geçiren çocuklara iyileşir iyileşmez aşı uygulanır.

■ Altta kronik gastrointestinal hastalığı (konjenital malabsorpsiyon, hirschprung, kısa barsak sendromu veya nedeni bilinmeyen kusma v.b) olan bebeklerde aşının olası risk ve yararları göz önünde bulundurulmalıdır.

■ Daha önce invajinasyon geçirmiş olan olgulara, bu aşının çok geniş serilerde invajinasyon ile bir ilişkisi olmadığı gösterildiği halde, çalışmalar invajinasyon riskinin arttığını gösterdiği için verilmez.

Preterm Bebeklerde Rotavirüs aşılması;

■ Preterm bebek en az 6 haftalık olmalıdır

■ Klinik olarak stabil olmalıdır

■ İlk doz hastaneden çıkış anında veya çıkıştan sonra verilmelidir.

Gebelerin Aşılanmış Çocuklarla Teması; Gebe kadınla aynı evde yaşayan çocuk aşılanabilir. Doğurganlık çağındaki kadınların çoğunda rotavirüse karşı oluşmuş bir immünite vardır. Bu nedenle olası temasta hastalık riski çok düşüktür.

(Amerikan Pediatri Akademisinin önerileri).

■ HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARI

Hemşirelik Tanısı	Amaç	Girişimler
(Sağlığın Algılanması) Enfeksiyon bulaştırma riski	Diğer hastalara enfeksiyon bulaşmasını önlemek	- Uygun izolasyon yöntemi uygulanır (enterik izolasyon) - Hasta ayrı odaya alınır - Ziyaretçi kısıtlaması getirilir - Uygun el yıkama teknikleri hastanın odasına girmeden önce ve çıktıktan sonra uygulanır.

(Beslenme- Metabolik Durum) Sıvı- volüm dengesizliği riski (dehidratasyon)	Hastanın sıvı- volüm dengesinin sürdürülmesi	- Hasta dehidratasyon belirti ve bulguları yönünden sık aralıklarla gözlenir - Aldığı- çıkardığı sıvı takibi yapılır - Oral alamıyorsa I.V sıvı tedavisi uygulanır.
(Beslenme- Metabolik Durum) Beden gereksiniminden daha az besin alma riski	Kusmaya bağlı olarak gelişen iştahsızlığı ortadan kaldırma	- Azar azar ve sık sık beslenir - Oral alımı desteklenir - Sevdiği yiyecekler tercih edilir - Anne sütü ile beslenmeye ara verilmez - Bulantısı varsa Dr. istemine göre anti emetikler verilir.
(Beslenme- Metabolik Durum) Deri bütünlüğünde bozulma riski	İshale bağlı olarak gelişebilecek deri bütünlüğünde bozulma riskine karşı önlem almak	- Hastanın bezi her dışkılamadan sonra bezi değiştirilmeli, ılık sabunlu su ile yıkanıp temizlenir - Alt temizliği sırasında alkol bazlı mendiller kullanılır - Cildi pişik yönünden takip edilir - Pişigi önleyici çinko içerikli kremler kullanılır
(Beslenme- Metabolik Durum) Beden ısısında değişiklik (Hipertermi)	Enfeksiyona bağlı gelişen ateşin normal sınırlar aralığında olmasını sağlamak	- Sık aralıklarla ateş takibi yapılır - Ateş 39°C ve üstünde ise ılık uygulama yapılır - Üzeri kalın giydirilmez - Dr. istemine bağlı olarak antipiretikler uygulanır
(Boşaltım Biçimi) Diyare	Enfeksiyona bağlı gelişen diyarenin kontrol altına alınması, normal kıvamda ve sıklıkta gaita yapmasını sağlamak.	- Günlük kilo takibi yapılır - Gaita, sıklık ve özellikleri yönünden takip edilir - Aldığı- çıkardığı sıvı takibi yapılır - Laboratuvar bulguları elektrolit değerleri yönünden izlenir - Dehidratasyon belirti ve

	bulguları yönünden izlenir
	- Aileye hastalık hakkında genel
(Bilişsel- Algılama Hastalığın oldukça bulaşıcı olmasından bir bilgi verilir, hangi yollarla	
Biçimi)	dolayı ailenin bu konuda eğitilmesi ve bulaştığı anlatılır
Bilgi eksikliği (Ailenin hastalık hakkında bilgilendirilmesini - Uygulanan izolasyon yöntemleri	
eğitimi)	sağlamak. ve amaçları anlatılır
	- El yıkamanın önemi anlatılır

Ek: 3 Anket Formunun Geliştirilmesinde Görüşü Alınan Uzmanların Listesi

Prof.Dr. Suzan Yıldız (İstanbul Üniversitesi Florence Nıghtıngale Hemşirelik Yüksekokulu Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği A.D. Başkanı)

Prof.Dr. D. Zümrüt Başbakkal (Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği A.D. Başkanı)

Prof.Dr. Güler Cimate (Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği A.D. Öğretim Üyesi)

Prof.Dr. Sema Kuğuoğlu (Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği A.D. Öğretim Üyesi)

Yrd.Doç.Dr. Duygu Gözen (İstanbul Üniversitesi Florence Nıghtıngale Hemşirelik Yüksekokulu Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği A.D. Öğretim Üyesi)

Yrd.Doç.Dr. Serap Balcı (İstanbul Üniversitesi Florence Nıghtıngale Hemşirelik Yüksekokulu Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği A.D. Öğretim Üyesi)

ETİK KURUL KARARI

Ek-4 T.Ü.T.F Dekanlığı Etik Kurul Kararı

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
YEREL ETİK KURULU Edirne, Türkiye
ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYI

BAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTFEK 2008 / 180
	PROTOKOL ADI	Edirne İli Hastaneleri Çocuk Servislerinde Çalışan Hemşirelerin Rotavirüs Gastroenteriti Konusunda Farkındalık Düzeylerinin Arttırılması
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI/ADI	Prof. Dr. Suzan YILDIZ
	ARAŞTIRMA MERKEZİ	T.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
	BAŞVURULAN ETİK KURUL	T.Ü.T.F. Yerel Etik Kurulu
	DESTEKLEYİCİ FİRMA	Araştırmacıların kendileri
	FAZİ	
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	☒ Tek Merkez ☒ Ulusal ☐ Çok Merkez ☐ Uluslar arası

DEĞERLENDİRİLEN İLGİLİ BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Değişiklik No.su	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	20.11.2008		☒ Türkçe ☐ İngilizce
	ARAŞTIRICI BROŞÜRÜ			☐ Türkçe ☐ İngilizce
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU ÖRNEĞİ			☐ Türkçe ☐ İngilizce
	OLGU RAPOR FORMU			☐ Türkçe ☐ İngilizce

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 22 / 30	Tarih: 27.11. 2008
	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Suzan YILDIZ'ın sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Yüksek Lisans Öğrencisi Refiye ZAFER'in tezinin araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ

ÇALIŞMA ESASI		Helsinki Bildirgesi, İlaç Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF Etik Kurul Yönergesi					
ÜYELER							
Ünvanı / Adı / Soyadı Ek Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza	
Prof. Dr. Dikmen DÖKMECİ Başkan	Farmakoloji	T.Ü.T.F. Farmakoloji A.D.	K	☐ ☒	☒ ☐		
Doç. Dr. Ümit N. BAŞARAN Başkan Yardımcısı	Çocuk Cerrahisi	T.Ü.T.F. Çocuk Cerrahisi A.D.	E	☐ ☒	☒ ☐		
Prof. Dr. Betül Biner ORHANER Üye	Çocuk Sağ. ve Hst.	T.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hst. A.D.	K	☐ ☒	☒ ☐		
Doç. Dr. Dilek MEMİŞ Üye	Anesteziyoloji	T.Ü.T.F. Anesteziyoloji A.D.	K	☐ ☐	☐ ☐		
Doç. Dr. Ömer Nuri PAMUK Üye	Romatoloji	T.Ü.T.F. İç Hst. A.D.	E	☐ ☐	☐ ☐	katılmadı	
Yrd. Doç. Dr. Hakan ERBAŞ Üye	Biyokimya	T.Ü.T.F. Biyokimya A.D.	E	☐ ☒	☒ ☐		
Yrd. Doç. Dr. Ufuk USTA Üye	Patoloji	T.Ü.T.F. Patoloji A.D.	E	☐ ☒	☒ ☐		
Yrd. Doç. Dr. Esin KARLIKAYA Üye	Deontoloji ve Tıp Tarihi	T.Ü.T.F. Deontoloji ve Tıp Tarihi A.D.	K	☐ ☒	☒ ☐		
Ecz. Emine SAKMAN Üye	Eczacı	T.Ü.T.F. Başhekimliği	K	☐ ☒	☒ ☐		
Avukat Banış DEMİREL Üye	Hukuk	T.Ü. Rektörlüğü	E	☐ ☒	☒ ☐		

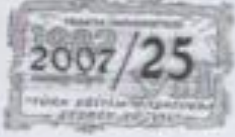
* Araştırma ile ilişki
** Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Murat DİKMENGİL
Dekan

Ek-5 Trakya Üniversitesi Rektörlüğü İzin Yazısı



T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı



Sayı : B.30.2.TRK.0.70.72.00/1251-15769
Konu :

03-11-2008

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığına

İlgi : 06.10.2008 tarihli ve B.30.2.İST.0.72.00.00/4513-47108 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek Lisans öğrencisi Refiye ZAFER'in ilgi yazınızda belirtilen tez çalışmasını Üniversitemiz Tıp Fakültesi Hastanesinde yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Timur KIRGIZ
Rektör Vekili

Ek : 1

İST. Ü. REKTÖRLÜĞÜ	
Öğrenci İşleri D. Başkanlığına	Yazı İşleri ve Genel Evrak Md. Gelen Evrak
07 KASIM 2008	Sayı : 51122

İst. Üni. Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı	
Sayı:	5444
Tarih:	10.11.2008

Trakya Üniversitesi Rektörlüğü – Karaağaç 22050 EDİRNE
Telefon : (0 284) 223 42 16 Faks : (0 284) 223 00 23
e-posta : oidb@trakya.edu.tr Elektronik Ağ : www.trakya.edu.tr

5-4



T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

Sayı : B.30.2.TRK.0.01.00.00/103 - 10725

Konu :

23 EKİM 2008

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi: 16.10.2008 tarih ve B.30.2.TRK.0.70.72.00/1198/15076 sayılı yazınız.

İlgi yazınız ekinde alınan İstanbul Üniversitesi Rektörlüğü Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı'nın 06.10.2008 tarih ve 4513-47108 sayılı yazısında adı geçen yüksek lisan öğrencisi Refiye ZAFER'in "Edirne İli Hastanelerinde Çocuk Servisinde Çalışan Hemşirelerin Rotavirüs Gastroenteriti Hakkında Farklılık Düzeylerinin Arttırılması" konulu tez çalışmasını Hastanemizde yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Prof. Dr. Murat DİKMENGİL
Dekan V.

Ek-6 Edirne İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı

T.C.
EDİRNE VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

SAYI : B104ISM4220009/11967

14/10/2008

KONU: Araştırma İzni

VALİLİK MAKAMINA
EDİRNE

İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Refiye ZAFER'in "Edirne İli Hastaneleri Çocuk Servisinde Çalışan Hemşirelerin Rotavirüs Gastroenteriti Hakkında Farklılık Düzeylerinin Arttırılması" konulu tez çalışmasını Edirne Devlet Hastanesi, Selimiye Devlet Hastanesi, Keşan Devlet Hastanesi, Uzunköprü Devlet Hastanesi, Havsa İlçe Hastanesi'nde yapması hususunu olurlarınıza arz ederim.

Uzm. Dr. N. Z. GÜL
İl Sağlık Müdürü V.

OLUR
14/10/2008

Abdullah AŞLANER
Vali
Vali Yardımcısı

Ek-7 Özel Ekol Hastanesi Başhekimliği İzin Yazısı



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
FLORENCE NIGHTINGALE HEMŞİRELİK
YÜKSEKOKULU
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI



Sayı : B.30.2.İST.0.82.00.00/00/
Konu :

Tarih: 17. 12 .2008

Özel Edirne Ekol Hastanesi Başhekimliği'ne

Danışmanlığımda yüksek lisans eğitimine devam eden Refiye Zafer'in "Edirne İli Hastaneleri Çocuk Servislerinde Çalışan Hemşirelerin Rotavirüs Gastroenteriti Hakkında Farkındalık Düzeylerinin Arttırılması " başlıklı yüksek lisans tezi için gerekli veriyi toplayabilmesi amacıyla ekte sunulan anket ve eğitim dökümanlarını hastanenizin çocuk servislerinde çalışan hemşirelere uygulayabilmesi için gerekli iznin verilmesi hususunda gereğini saygılarımla arz ederim.

Prof. Dr. Suzan YILDIZ

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı Başkanı

Ek 1: Anket Formu

Ek 2: Eğitim Kitapçığı

ÖZEL EKOL HASTANESİ
Aysun PERİM
Hemşirelik Hizmetleri Müdürü

İmza



ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	REFİYE	Soyadı	ZAFER
Doğ.Yeri	HASKOVA	Doğ.Tar.	09.04.1984
Uyruğu	T.C	TC Kim No	26845417636
Email	refiyezafer@gmail.com	Tel	0532 397 72 62

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Doktora		
Yük.Lis.	İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	2007-Devam ediyor
Lisans	Trakya Üniversitesi Edirne Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik	2007
Lise	Lüleburgaz Anadolu Lisesi	2002

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Hemşire	Ekol Hastanesi-Çocuk Servisi	2008-Devam ediyor
2.	Hemşire	Memorial Hastanesi-Çocuk Acil Servisi	2007-2008

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	Orta	Orta	Orta	ÜDS 52,50	
Bulgarca	İyi	Orta	Orta	-	

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	73.052	72.421	70.987

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Windows Office Programları (Word, Powerpoint, Excel)	İyi
SPSS Programı	Orta

Yayınları/Tebligleri Sertifikaları/Ödülleri

Ünsar, S., Dindar, İ., **Zafer, R.**, Kumaşoğlu, Ç. (2006) Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastaların Öz-Bakım Gücü Ve Etkileyen Etmenler, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. Cilt: 1, Sayı: 3.

Ünsar, S., Kurt, S., Demir, M., Erol, Ö., **Zafer, R.** (2009). Öğrencilerinin Sosyal Destek Düzeylerinin Değerlendirilmesi, Dokuz Eylül Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 1:3.

Kostak, M., **Zafer, R.** (2009). Kanserli Çocuklarda Beslenme Sorunları ve Hemşirelik Bakımı. 53. Milli Pediatri Kongresi, Poster Bildirisi. 21-25 Ekim.

Özel İlgi Alanları (Hobileri): Spor yapmak, kitap okumak