



T.C.

YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**HEMŞİRELERİN BASINÇ YARALANMASINA
İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYİNİN VE ÖNLEMESİNE
YÖNELİK KANITA DAYALI
UYGULAMALARININ İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

MERYEM HARBELİOĞLU

İSTANBUL- 2021



T.C.

YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**HEMŞİRELERİN BASINÇ YARALANMASINA
İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYİNİN VE ÖNLEMESİNE
YÖNELİK KANITA DAYALI
UYGULAMALARININ İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ YÜRÜTÜCÜSÜ

MERYEM HARBELİOĞLU

TEZ DANIŞMANI

PROF. DR. ŞENAY UZUN

İSTANBUL- 2021

ONAY

Kurum : Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Program : Hemşirelik

Tez Başlığı : Hemşirelerin Basınç Yaralanmasına İlişkin Bilgi Düzeyinin ve Önlemeye Yönelik Kanıta Dayalı Uygulamalarının İncelenmesi

Tez Sahibi : Meryem HARBELİOĞLU

Sınav Tarihi : 04.02.2021

Bu çalışma jürimiz tarafından kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

	Unvanı, Adı-Soyadı (Kurumu)
Jüri Başkanı:	Doç. Dr. Filiz ARSLAN (Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü)
Tez danışmanı:	Prof. Dr. Şenay UZUN (Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü)
Üye:	Dr. Öğr. Üyesi Semra AÇIKSÖZ (Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi)

ONAY

Bu tez Yeditepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun 01.03.2021 tarih ve 2021/02-11 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Bayram YILMAZ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

BEYAN

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

20.01.2021

Meryem HARBELİOĞLU



TEŞEKKÜR

Hemşirelik eğitimim süresince ve tezimin her aşamasında rehberlik eden, desteğini esirgemeyen, bilgi ve donanımı ile kendime her zaman örnek alacağım değerli hocam

Sayın Prof. Dr. Şenay UZUN'a,

Sonsuz sevgileri ile her zaman yanımda olan ve beni destekleyen annem Zehra HARBELİOĞLU'na, babam Ali HARBELİOĞLU'na ve kardeşim Hasan HARBELİOĞLU'na,

Araştırmanın uygulanmasına destek veren üniversite ve hastane yönetimine,

Araştırmaya katılan meslektaşlarıma

Teşekkür ederim.

Meryem HARBELİOĞLU

İÇİNDEKİLER

ONAY	ii
BEYAN	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
TABLO LİSTESİ	vii
KISALTMALAR	ix
ABSTRACT.....	x
ÖZET	xii
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	6
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	6
2. GENEL BİLGİLER.....	7
2.1. Basınç Yaralanması	7
2.1.1. Basınç Yaralanması Tanımı	7
2.1.2. Basınç Yaralanması Epidemiyolojisi.....	7
2.1.3. Basınç Yaralanması Fizyopatolojisi	9
2.1.4. Basınç Yaralanması Evrelendirme	9
2.1.5. Basınç Yaralanması Risk Faktörleri	12
2.1.6. Basınç Yaralanması Gelişme Riski Yüksek Gruplar ve En Sık Görülen Vücut Bölgeleri	17
2.2. Basınç Yaralanmasını Önleme ve Kanıta Dayalı Hemşirelik	18
2.2.1. Kanıta Dayalı Uygulama ve Hemşirelik	18
2.2.2. Basınç Yaralanmasını Önlemeye Yönelik Kanıta Dayalı Uygulama Kaynakları.....	19
2.2.3. Basınç Yaralanmasını Önlemeye Yönelik Uygulamalar	20
2.2.4. Basınç Yaralanması Riskini Değerlendirmede Kullanılan Araçlar	26
2.3. Basınç Yaralanmasını Önlemede Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamalarının Önemi	29
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	35
3.1. Araştırmanın Tipi ve Deseni	35
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	35
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	36
3.4. Dahil Edilme Kriterleri	36
3.5. Dahil Edilmeme Kriterleri	36
3.6. Veri Toplama Araçları.....	36
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	38

3.7.1. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	38
3.7.2. Araştırmada Kullanılacak İstatistiksel Analizler.....	39
3.8. Araştırmanın Ön Uygulaması	40
3.9. Araştırmanın Uygulaması	40
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	41
3.11. Araştırmanın Etik Boyutu	41
4. BULGULAR.....	42
5. TARTIŞMA	79
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	102
7. KAYNAKLAR	108
8. EKLER	117
8.1. EK-1. Araştırmanın Yapıldığı Hastanelerin Bağlı Olduğu Kurumun Etik Kurul (Klinik Araştırmalar Etik Kurulu) İzni.....	117
8.2. EK-2. Araştırmanın Yapıldığı Hastanelerden Kurum İzni	118
8.3. EK-3. Bilgilendirilmiş Onam Formu	119
8.4. EK-4. Modifiye Pieper Basınç Yarası Bilgi Testi Ölçeğini Kullanma İzni.....	120
8.5. EK-5. Hemşire Tanıtıcı Özellikler Formu	121
8.6. EK-6. Modifiye Pieper Basınç Yarası Bilgi Testi ve Cevap Anahtarı	124
8.7. EK-7. Hemşirelerin Basınç Yaralanmasını Önlemeye Yönelik Kanıta Dayalı Uygulamaları Formu	127
9. ÖZGEÇMİŞ	130

TABLO LİSTESİ

Tablo 2.1. Modifiye Pieper Basınç Yarası Bilgi Testi ile Yapılan Araştırmalar.....	31
Tablo 3.1. Modifiye Pieper Basınç Yarası Bilgi Testi ve Alt Boyutları Puan Değerlendirilmesi	38
Tablo 3.2. Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Analizler.....	39
Tablo 4.1. Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	42
Tablo 4.2. Hemşirelerin Basınç Yaralanmasına İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı.....	43
Tablo 4.3. Hemşirelerin Modifiye Pieper Basınç Yarası Bilgi Testi Puan Ortalamaları..	44
Tablo 4.4. Hemşirelerin Modifiye Pieper Basınç Yarası Bilgi Testi Yanıtlarının Dağılımı.....	45
Tablo 4.5.1. Hemşirelerin Basınç Yaralanmasını Önlemeye Yönelik Risk Değerlendirme Uygulamalarını Gerçekleştirme Durumlarının Dağılımı.....	49
Tablo 4.5.2. Hemşirelerin Basınç Yaralanmasını Önlemeye Yönelik Deri Değerlendirme ve Deri Bakımı Uygulamalarını Gerçekleştirme Durumlarının Dağılımı.....	50
Tablo 4.5.3. Hemşirelerin Basınç Yaralanmasını Önlemeye Yönelik Beslenme Durumunu Değerlendirme Uygulamalarını Gerçekleştirme Durumlarının Dağılımı.....	51
Tablo 4.5.4. Hemşirelerin Basınç Yaralanmasını Önlemeye Yönelik Pozisyon Verme ve Destek Yüzey Kullanma Uygulamalarını Gerçekleştirme Durumlarının Dağılımı.....	52
Tablo 4.5.5. Hemşirelerin Basınç Yaralanmasını Önlemeye Yönelik Medikal Ekipman Kullanılmasına Yönelik Uygulamaları Gerçekleştirme Durumlarının Dağılımı.....	53
Tablo 4.6. Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Modifiye Pieper Basınç Yarası Bilgi Testi Alt Boyutları ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	55
Tablo 4.7. Hemşirelerin Basınç Yaralanmasına İlişkin Özelliklerine Göre Modifiye Pieper Basınç Yarası Bilgi Testi Alt Boyutları ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	58
Tablo 4.8.1. Hemşirelerin Risk Değerlendirme Uygulamalarını Gerçekleştirme Durumlarına Göre Modifiye Pieper Basınç Yarası Bilgi Testi Alt Boyutları ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	61
Tablo 4.8.2. Hemşirelerin Deri Değerlendirme ve Deri Bakımı Uygulamalarını Gerçekleştirme Durumlarına Göre Modifiye Pieper Basınç Yarası Bilgi Testi Alt Boyutları ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	64

Tablo 4.8.3. Hemşirelerin Beslenme Durumunu Değerlendirme Uygulamalarını Gerçekleştirme Durumlarına Göre Modifiye Pieper Basınç Yarası Bilgi Testi Alt Boyutları ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	68
Tablo 4.8.4. Hemşirelerin Pozisyon Verme ve Destek Yüzey Kullanma Uygulamalarını Gerçekleştirme Durumlarına Göre Modifiye Pieper Basınç Yarası Bilgi Testi Alt Boyutları ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	72
Tablo 4.8.5. Hemşirelerin Medikal Ekipman Kullanılmasına Yönelik Uygulamaları Gerçekleştirme Durumlarına Göre Modifiye Pieper Basınç Yarası Bilgi Testi Alt Boyutları ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	75
Tablo 4.9. Hemşirelerin Klinik Alanda ve Meslekte Çalışma Süresi ile Modifiye Pieper Basınç Yarası Bilgi Testi Alt Boyutları ve Toplam Puanı Arasındaki İlişki.....	78

KISALTMALAR

NPUAP: The National Pressure Ulcer Advisory Panel- *Ulusal Basınç Ülseri Önleme Paneli*

EPUAP: European Pressure Ulcer Advisory Panel- *Avrupa Basınç Ülseri Danışma Paneli*

PPPIA: The Pan Pacific Pressure Injury Alliance- *Pan Pasifik Basınç Yaralanması Birliği*

RNAO: Registered Nurses' Assosication of Ontario- *Ontario Kayıtlı Hemşireler Derneği*

RCN: Royal College of Nursing- *Kraliyet Hemşirelik Koleji*

NICE: National Institute for Health and Care Excellence- *Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü*

NHS: National Health Service- *İngiltere'de Ulusal Sağlık Hizmetleri*

ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems- *Hastalıkların ve İlgili Sağlık Sorunlarının Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması*

AHRQ: Agency for Healthcare Research and Quality- *Sağlık Araştırma ve Kalite Ajansı*

WOCN: Wound, Ostomy and Continence Nurses Society- *Yara, Ostomi ve Kontinans Hemşireler Birliği*

PUKT: Modified Pieper Pressure Ulcer Knowledge Test- *Modifiye Pieper Basınç Yarası Bilgi Testi*

ABSTRACT

Harbelioğlu, M. (2021). Examining The Level of Knowledge of Nurses About Pressure Injuries and Evidence-Based Practices for Prevention. Yeditepe University Institute of Health Science, Department of Nursing Master Thesis, Istanbul.

Pressure injury is a preventable health problem that decreases the quality of life of the individual, increases the duration of hospital stay, the care expenses, morbidity and mortality rates. Nurses' compliance with evidence-based clinical practice guideline recommendations and their knowledge of pressure injury will improve their practices to prevent pressure injury. In this study; it was aimed to examine the nurses' knowledge level on pressure injury and their practice of evidence-based practices for prevention. 86 nurses working in the inpatient wards of two hospitals of a foundation university in Istanbul between 19 October and 30 November 2020 participated in this descriptive and cross-sectional study. The data were collected using the Nurse Identification Features Form, Modified Pieper Pressure Ulcer Knowledge Test (PUKT) and Nurses' Evidence Based Practices to Prevent Pressure Injury Form. The data were analyzed by using descriptive statistical analyzes (number, percentage, mean, standard deviation, min-max value), Independent Group T Test, One-Way ANOVA Test, Pearson Correlation Analysis and Post Hoc Analyzes (LSD, Tukey) in the SPSS 25.0 program, at the %95 confidence interval and $p < 0.05$ significance level. Ethics committee approval of the study was obtained. It was found that the average age of the nurses was 26.43 ± 0.44 , 79.1% were women, 79.1% were undergraduate, 88.4% received training on pressure injury and prevention, and 74.4% of them received training and in-service training. 95.3% of the nurses reported that they applied to prevent pressure injury in the service they work, 83.7% of them gave care to patients with developed pressure injury. The nurses' knowledge test mean total score was 32.94 ± 5.78 , and the mean scores of the sub-dimensions were 23.39 ± 3.98 in the prevention and risk sub-dimension, 5.58 ± 1.66 staging sub-dimension and 3.96 ± 1.29 wound description sub-dimension. The difference between the mean scores of the knowledge test scores according to gender (wound description sub-dimension) and the condition of caring for the patient with pressure injury (prevention and risk sub-dimension, staging sub-dimension) was found to be statistically significant ($p < 0.05$). There is a positive and weak level between the years of clinical experience and the prevention and risk sub-dimension score; it was found that there was

a weak and positive correlation between years of clinical experience in internal clinics and the prevention and risk sub-dimension, the staging sub-dimension and the total scores of the Knowledge Test. More than half of the nurses reported that they always performed 87.7% of the evidence-based practices, while 30.2%-48.8% of them sometimes performed 57.1% of the practices. It was found that the knowledge score averages of those who always performed evidence-based practices were significantly higher than those who never (42.7%) and those who always did it (34.2%) reported that they sometimes do ($p<0.05$). According to the knowledge test with a cut-off point of 70%, it was found that only the knowledge level of nurses about prevention and risk was above the passing limit, and the results that were found to be significant according to the status of performing evidence-based practices belonged to the nurses who stated that they always performed the practices with this rate. It has been suggested that the training method related to pressure injury should be developed and the approaches that will increase the effectiveness of the training should be used, the nurses should improve their practices in line with the evidence-based guideline recommendations and use clinical approaches that will enable them to perform them regularly (always).

Key Words: Nursing, Pressure Injury, Evidence-Based Practice, Knowledge

ÖZET

Harbelioğlu, M. (2021). Hemşirelerin Basınç Yaralanmasına İlişkin Bilgi Düzeyinin ve Önlemeye Yönelik Kanıta Dayalı Uygulamalarının İncelenmesi. Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Basınç yaralanması, bireyin yaşam kalitesini düşüren, hastanede kalış süresinin uzamasına, bakım harcamalarının, morbidite ve mortalite oranlarının artmasına neden olan, önlenabilir bir sağlık sorunudur. Hemşirelerin kanıta dayalı klinik uygulama kılavuz önerilerine uyması ve basınç yaralanmasına ilişkin bilgi düzeyleri, basınç yaralanmasını önlemeye yönelik uygulamalarını geliştirecektir. Araştırma, hemşirelerin basınç yaralanmasına ilişkin bilgi düzeyi ve önlemeye yönelik kanıta dayalı uygulamaları gerçekleştirme durumlarının incelenmesi amacıyla uygulanmıştır. Tanımlayıcı tipte ve kesitsel desende olan bu araştırmaya 19 Ekim- 30 Kasım 2020 tarihleri arasında İstanbul'da bir vakıf üniversitesinin iki hastanesinin yatan hasta servislerinde çalışan ve bilgilendirilmiş onamları alınan 86 hemşire katılmıştır. Veriler, Hemşire Tanıtıcı Özellikler Formu, Modifiye Pieper Basınç Yarası Bilgi Testi ve Hemşirelerin Basınç Yaralanmasını Önlemeye Yönelik Kanıta Dayalı Uygulamaları Formu kullanılarak toplanmıştır. Veriler, SPSS 25.0 programında tanımlayıcı istatistiksel analizler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, min-max değer), Bağımsız Grup T Testi, Tek Yönlü ANOVA Testi, Pearson Korelasyon Analizi ve Post Hoc Analizler (LSD, Tukey) kullanılarak %95'lik güven aralığında ve $p<0.05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir. Araştırmanın etik kurul onayı alınmıştır. Hemşirelerin yaş ortalamasının 26.43 ± 0.44 olduğu, %79.1'inin kadın, %79.1'inin lisans mezunu, %88.4'ünün basınç yaralanması ve önlemeye ilişkin eğitim aldığı ve bunların %74.4'ünün eğitimi, hizmet içi eğitimde aldığı bulunmuştur. Hemşirelerin %95.3'ü çalıştığı serviste basınç yaralanmasını önlemeye yönelik uygulama yaptığını, %83.7'si basınç yaralanması gelişmiş hastaya bakım verdiğini bildirmiştir. Hemşirelerin Bilgi Testi toplam puan ortalamasının 32.94 ± 5.78 ve alt boyutlarının puan ortalamalarının önleme ve risk alt boyutunda 23.39 ± 3.98 , evrelendirme alt boyutunda 5.58 ± 1.66 ve yara tanılama alt boyutunda 3.96 ± 1.29 olduğu saptanmıştır. Cinsiyete göre (yara tanılama alt boyutu) ve basınç yaralanması gelişmiş hastaya bakım verme durumuna göre (önleme ve risk alt boyutu, evrelendirme alt boyutu) bilgi testi puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Meslekte çalışma süresi ile önleme ve risk alt boyut

puanı arasında pozitif yönde ve zayıf düzeyde, Bilgi Testi toplam puanı arasında pozitif yönde ve çok zayıf düzeyde; dahili kliniklerde çalışma süresi ile önleme ve risk alt boyutu, evrelendirme alt boyutu ve Bilgi Testi toplam puanları arasında pozitif yönde ve zayıf düzeyde bir ilişki olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin yarısından fazlası, kanıta dayalı uygulamaların %87.7'sini her zaman gerçekleştirdiğini bildirirken, %30.2-%48.8'i uygulamaların %57.1'ini bazen gerçekleştirdiğini bildirilmiştir. Kanıta dayalı uygulamaları her zaman gerçekleştirenlerin hiç gerçekleştirmeyenlerden (%42.7) ve her zaman gerçekleştirenlerin bazen gerçekleştirdiğini bildirenlerden (%34.2) bilgi puan ortalamalarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Kesme noktası %70 olan bilgi testine göre hemşirelerin yalnızca önleme ve riske ilişkin bilgi düzeyinin geçme sınırının üzerinde olduğu ve kanıta dayalı uygulamaları gerçekleştirme durumuna göre anlamlı bulunan sonuçların en fazla bu oranla uygulamaları her zaman gerçekleştirdiğini bildiren hemşirelere ait olduğu bulunmuştur. Basınç yaralanmasına ilişkin eğitim yönteminin geliştirilmesi ve eğitimin etkinliğini arttıracak yaklaşımların kullanılması, hemşirelerin kanıta dayalı kılavuz önerileri doğrultusunda uygulamalarını geliştirmeleri ve bunları düzenli (her zaman) gerçekleştirmelerini sağlayacak klinik yaklaşımların kullanılması önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, Basınç Yaralanması, Kanıta Dayalı Uygulama, Bilgi

1. GİRİŞ ve AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Basınç yaralanması, sağlık bakım hizmetindeki bilimsel ve teknolojik ilerlemelere rağmen tüm dünyada morbidite ve mortalitesi yüksek olan, ancak önlenebilir sağlık sorunları arasında yer almaktadır (19, 22). Tedavi ve bakımı hasta ve bakım verenler açısından oldukça zorlayıcı bir süreçte sahip olan basınç yaralanması, fiziksel ve psikolojik travmaya, günlük yaşam aktivitelerinin olumsuz etkilenmesine, hastanede kalma süresinin uzamasına ve yaşam kalitesinin azalmasına, bakım harcamalarının artmasına neden olmaktadır (7, 15, 17, 19, 22, 24, 46). Basınç yaralanmasının tedavi edilmesi için yapılan harcamalar, önlemeye yönelik harcamalardan 2,5 kat daha fazladır (78). Demarre ve arkadaşları (2015) tarafından yapılan ve yetişkin bireylerde basınç yaralanmasının önlenmesine ve tedavine yönelik maliyetin incelendiği sistematik derlemede, basınç yaralanmasını önlemek için kişi başına düşen harcama miktarının 2.65 Euro ile 87.57 Euro arasında değiştiği bildirilmiştir. Ülkemizde yoğun bakımda yatan hastalarda basınç yaralanması görülme sıklığının incelendiği çalışmalarda basınç yarası görülme oranının %5.9 ile %40.6 arasında olduğu bildirilmiştir (46). Kaşıkçı ve arkadaşları (2018) tarafından yapılan çalışmada ise, basınç yaralanması gelişimini etkileyen risk faktörlerini ve basınç yaralanması prevelansını belirlemek amacıyla 832 hastanın dahil edildiği çalışmada basınç yaralanması prevelansının %12,7 olduğu ve en yüksek prevelansın %35,3 ile yoğun bakım kliniklerinde olduğu tespit edilmiştir. Gencer ve Özkan (2015) tarafından basınç yaralanması prevelans ve insidans oranlarını belirlemek amacıyla, kliniklerde ve yoğun bakım ünitelerinde yatan hastaların dahil edildiği çalışmada hastane genelinde basınç yaralanması prevelansı %2.5, yoğun bakım prevelansı ise, %5.9 ve insidans %1.9 olarak bildirilmiştir.

Basınç yaralanmasının gelişmesinde temel etmen, doku yüzeyine uygulanan basınç olup basıncın yoğunluğu, süresi ve doku toleransı ile ilişkilidir. Dokuya uygulanan basınç, kapiller dolaşımın engellenmesine neden olur. Bu durumun sonucu olarak kapiller perfüzyon bozulur, dokuların oksijen ihtiyacı karşılanamaz ve doku iskemisi gelişir. Doku yüzeyine uygulanan basıncın düşük yoğunlukta olması, doku hasarının daha uzun sürede oluşmasına, yüksek yoğunlukta basınç ise doku hasarının kısa sürede gelişmesine neden olmaktadır. Basınca maruz kalan dokuda kapiller dolaşımın tamamen engellenmesi durumunda ortalama 2-6 saat içerisinde basınç yaralanması gelişebilmektedir (16, 19). Hastanın kemik çıkıntıları üzerinde ve pozisyonuna göre en

sık basınç yaralanması görülen bölgeler; oksipital bölge, skapulalar, dirsekler, sakrum, iskiümler, dizler ve topuklardır (39).

Basınç yaralanmasının gelişmesinde birçok risk faktörü yer almaktadır. Bu faktörlerin sürtünme, yırtılma, hareketsizlik, ıslak veya kuru cilt, duyu kaybı, dolaşım bozukluğu, malnutrisyon, ödem, düşük albümin seviyesi, inkontinans ve ileri yaş olduğu bildirilmiştir (7, 15, 17, 19, 24, 32, 36).

Yatağa veya tekerlekli sandalyeye bağımlı, yoğun bakım ünitesinde yatan, kendi kendine pozisyonunu değiştiremeyen, evde bakıma ihtiyaç duyan, malnutrisyonu olan, spinal kord yaralanması bulunan, kaşektik ya da obez olan, palyatif bakım alan hastalar ve cerrahi uygulanan hastalarda, basınç yaralanması gelişme riski oldukça yüksektir (1, 15, 17, 22, 24, 50). Coyer ve arkadaşları (2017)'nin, yoğun bakımda ve diğer kliniklerde basınç yaralanması prevlansını belirlemek amacıyla 18 devlet hastanesinin dahil edildiği çalışmalarında, yoğun bakımda yatan ve basınç yaralanması gelişen hasta oranının (%11.5, n=296), yoğun bakım dışında yatan hastalara (%3, n=6995) göre daha fazla olduğunu bildirmiştir.

Basınç yaralanması riskinin değerlendirmesinde Norton, Waterlow, Braden ve Suriadi ve Sanada basınç yarası risk değerlendirme ölçeği gibi birçok araç kullanılmaktadır (12). Ülkemizde, Sağlık Bakanlığı Kalite İndikatörleri ve Sağlıkta İndikatör Yönetim Sistemi (SİYÖS) (2014) rehberine göre hastanelerin %56.52'sinin Braden, %43.48'inin ise, Norton basınç yarası risk değerlendirme ölçeklerini kullandığı ve basınç yaralanmasının en sık geliştiği anatomik bölgelerin sakrum (%66.67), koksiks (%23.18), gluteal bölge (%3.17), topuk (%3.17), omuz (%1.59) ve trokanterik bölge (%1.59) olduğu bildirilmiştir (58).

Çınar ve arkadaşları (2018) tarafından yapılan ve yoğun bakımda çalışan hemşirelerin basınç yaralanmasını önlemeye yönelik Türkiye'deki çalışmaları incelediği sistematik derlemede, hastaların yatış sürelerinin 72 saat ile 15 gün arasında olduğunu ve basınç yaralanması gelişme sıklığının % 15-63 arasında olduğu, çoğunlukla evre-1 ve sakrumda geliştiği bildirmiştir. Derlemede, mekanik ventilasyona bağlı yatış süresinin uzaması, yatak içi pozisyon değişikliği yapılamaması, albümin değerinin düşük olması, hareketsizlik, hastanede kalış süresi ve beden kitle indeksinin (BKİ) yüksek olması gibi risk faktörlerinin basınç yaralanması gelişiminde etkili olduğu belirtilmiştir. Değerlendirmeye alınan çalışmalarda, hastaya rutin olarak iki saatte bir pozisyon verildiği, havalı yatak kullanıldığı, hastaya yatak banyosu verildiği, derinin ıslak kalmasını önlemek amacıyla erişkin hasta bezi kullanıldığı ve en az iki kez değiştirildiği,

yatak içi egzersiz programı uygulandığı saptanmıştır. Fakat derlemeye alınan bir çalışmada, basınç yaralanması risk puanı yüksek olmasına rağmen, önleyici uygulama yapılmadığı da bildirilmiştir. Çalışmalarda, genel olarak hemşirelerin önleyici uygulamalarının birkaç uygulama ile sınırlı olduğu, basınç yaralanmasında önleyici uygulamalarının önemini vurgulandığı, ancak bu uygulamaların neler olduğunun kesin olarak kanıtlanmadığı belirlenmiştir.

Kaliteli sağlık bakım hizmeti için basınç yaralanması gelişme riskine karşı sağlık profesyonellerinin sistematik olarak risk faktörlerini belirlemesi ve önlemeye yönelik kanıta dayalı önerilerin uygulanması için kılavuzlar oluşturulmuştur [Ulusal Basınç Ülseri Önleme Paneli (The National Pressure Ulcer Advisory Panel- NPUAP), Avrupa Basınç Ülseri Önleme Paneli (European Pressure Ulcer Advisory Panel- EPUAP), Pan Pasifik Basınç Yaralanmaları İttifakı (Pan-Pacific Pressure Injury Alliance- PPPIA), Ontario Kayıtlı Hemşireler Derneği (Registered Nurses' Association of Ontario- RNAO), Kraliyet Hemşirelik Koleji (Royal College of Nursing- RCN), Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü (National Institute for Health and Care Excellence- NICE) ve Ulusal Sağlık Servisi (National Health Service- NHS)] (63). Yıldırım ve Kocaman (2017)'nin basınç yaralanmasını önleme kılavuzlarının uygulamada kullanımını sağlamak için kullanılan stratejilerin etkinliğinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan derlemede, kılavuz kullanımını arttırmak için en sık kullanılan stratejinin sağlık profesyonellerine eğitim verilmesi olduğu ve kılavuzların uygulamada kullanılması ile basınç yaralanması görülme sıklığının azaldığı bildirilmiştir (9).

Basınç yaralanmasının önlenmesi multidisipliner bir sorumluluk olmasına rağmen diğer sağlık profesyonellerinden farklı olarak, kesintisiz bakım süreci içinde hemşirelerin sorumluluğu oldukça fazladır ve basınç yaralanması, sağlık bakım kurumlarında bakım kalitesinin göstergelerinden biri olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle hemşirelerin, basınç yaralanmasına neden olabilecek risk faktörlerini bilmesi ve bu doğrultuda alınacak koruyucu önlemleri sistematik olarak uygulaması beklenmektedir (10, 20, 22, 24, 33, 42, 46, 51, 53, 86, 87).

Basınç yaralanması, nitelikli hemşirelik bakımı ile önlenebilir bir sağlık sorunudur (10, 48, 53). Hemşirelerin basınç yaralanmasını önlemeye yönelik uygulamalarını (5, 6, 8, 15, 18, 20, 31, 41, 75, 76), bu uygulamaların gerçekleştirilmesini etkileyen faktörler olarak hemşirelerin basınç yaralanmasına ilişkin tutumlarını (20, 21, 30, 31, 44, 51, 54, 79) ve bilgi düzeylerini (6, 8, 14, 15, 18, 19, 21, 30, 31, 33, 36, 38, 42, 52, 53, 55, 56, 57) saptamak amacıyla yapılan çalışmalar bulunmaktadır. Etapa ve

arkadaşları (2018) tarafından yapılan çalışmada, hemşirelerin basınç yaralanmasını önlemeye yönelik olumsuz tutuma sahip oldukları ve uygulamalarının önündeki engellerin iş yükü, eleman eksikliği ve zaman yetersizliği olduğu bildirmiştir. Tayyib ve arkadaşları (2016) yoğun bakım ünitelerindeki hemşirelerin katılımı ile yapılan çalışmalarında ise, hemşirelerin basınç yaralanmasını önlemeye yönelik olumlu bir tutuma sahip olmalarına rağmen, uygulamalarını etkileyen engellerin, basınç yaralanmasına ilişkin bilgi eksikliği ve iş yükü fazlalığı olduğunu belirtmişlerdir. Hamdan ve arkadaşları (2018) tarafından yapılan çalışmada, basınç yaralanmasını önlemeye yönelik pozitif bir tutumları olduğu ancak, hemşirelerin basınç yaralanmasını önlemeye yönelik uygulamalarının önündeki engellerin hastanın kritik hastalığı olması, stabil olmayan sağlık durumu, ağrısının olması, medikal ekipmanlarının uygulanmış olması, bozulmuş bilinç durumu ve zaman yetersizliği olarak bildirmiştir.

Akese ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan ve immobil hastalarda basınç yaralanmasını önlemeye yönelik hemşirelerin kanıta dayalı bilgi düzeylerini inceleyen çalışmada hemşirelerin %73'ünün tanılama ve evrelendirmeye ilişkin bilgi düzeyinin düşük olduğunu, %69.4'ünün risk faktörlerine yönelik orta düzeyde bilgilerinin olduğunu ve %79.9'unun önleyici uygulamalara ilişkin bilgi düzeyinin yüksek olduğunu bildirmişlerdir.

Panagiotopoulou ve Kerr (2002), basınç alanlarına yönelik bakımda hemşirelerin risk faktörleri, riskli alanlar ve önleyici yaklaşımlara yönelik bilgi düzeylerini araştırdıkları çalışmalarında, hemşirelerin çoğunluğunun risk faktörlerine ve riskli alanlara yönelik bilgi düzeylerinin iyi olduğunu, ancak önemli oranda hemşirenin artık önerilmeyen uygulamalara yönelik bilgi düzeyinin düşük olduğunu saptamışlardır. Ayrıca, hemşirelerin uygulamalarına engel olarak belirttiği araştırma sonuçlarına ulaşma, onları okuma ve anlamada güçlük yaşama oranlarının da yüksek olduğunu bildirmişlerdir.

Hemşirelerin kanıta dayalı kılavuzların uygulama önerilerine uyma durumunu, basınç yaralanmasını önlemeye ilişkin tutumlarını ve basınç yaralanmasına ilişkin bilgi düzeyini çok merkezli bir çalışma ile inceleyen Beeckman ve arkadaşları (2011) tarafından Belçika'da 14 hastanede 94 farklı klinikte 2105 hasta ve 553 hemşirenin katılımı ile yapılan gözlemsel tanımlayıcı çalışmada, hastaların %30'unda yatak yarası riski bulunduğu ancak bu hastaların yalnızca %13.9'unda yatakta ve otururken koruyucu önlemlerin tam olarak alındığı, %71.5'inde koruyucu önlemlerin kısmen alındığı ve %14.6'sında ise hiç koruyucu önlem alınmadığı bildirilmiştir. Çalışmada ayrıca, hemşirelerin basınç yaralanmasına ilişkin tutumları ile koruyucu önlemleri yeterli

uygulamaları arasında ilişki bulunurken, bilgi düzeyleri ile koruyucu önlemleri yeterli uygulamaları arasında ilişki saptanmamıştır.

Aslan ve Yavuz van Giersbergen (2016) tarafından yapılan ve cerrahi, dahili klinikler ile yoğun bakımda çalışan 426 hemşirenin katılımı ile yapılan çalışmada hemşirelerin %12.2'sinin basınç yaralanmasının önlenmesi ve tedavisine ilişkin hazırlanan hızlı başvuru kılavuzu (EPUAP ve NPUAP) hakkında bilgilerinin olduğu, %10.1'inin bu kılavuza erişiminin olduğu ve bu hemşirelerin yarısından fazlasının internet aracılığı ile kılavuza erişim sağladığı, hemşirelerin kılavuzu okuma oranının ise, %8.7 olduğu bildirilmiştir.

Basınç yaralanmalarının önlenmesinde hemşirelerin kılavuza erişimi kadar, kılavuzun önerilerini anlayarak uygulamaları da önemlidir. Bu durumu açıklamada risk değerlendirmeye yönelik öneriler ve uygulama durumları örnek oluşturabilir: Kanıta dayalı kılavuzlarda, risk faktörlerinin kapsamlı olarak değerlendirilmesi için, basınç yaralanmasının önlenmesi sırasında hastalar için uygun olan risk değerlendirme aracının kullanılması önerilmektedir (1,3). Gökdemir ve Yüksel (2019) tarafından yoğun bakımda yüksek kritik hastalarla (80 hasta) yapılan çalışmada, hastaların yarısında basınç yarası olduğu ve koruyucu önlemlerin (deri bakımı, pozisyon verme, koruyucu bariyer kullanma) etkili olmadığı saptanmış, basınç yaralanması oluşumunda etkili olduğu bildirilen tüm risk faktörlerinin hastada değerlendirilmesi ve bunlara yönelik önleyici girişimlerin planlanması önerilmiştir.

Basınç yaralanmasını önlemeye yönelik kılavuz önerilerinin uygulanmasını geliştirmek için, hemşirelerin bu konudaki bilgi düzeylerinin arttırılması ve güncellenmesi önerilmektedir (9, 21, 76, 79). Bu amaçla sağlık bakım kurumları, doğrudan kılavuz önerilerine yönelik eğitim ve/veya kurumsal olarak farklı yaklaşımlar kullanabilmektedirler (9). Bu yaklaşımlara rehberlik etmesi açısından öncelikle hemşirelerin kılavuzu önerilerine uyma durumlarının ve hemşirelerin basınç yaralanmasına ilişkin bilgi düzeyinin incelenerek, karşılaştırılması yararlı olacaktır. Literatürde hemşirelerin kanıta dayalı uygulamaları gerçekleştirme durumları ve basınç yaralanmasına ilişkin bilgi düzeyini inceleyen sınır sayıda çalışma bulunması (16, 20, 21) nedeniyle bu çalışma planlanmıştır.

1.2.Araştırmanın Amacı

Araştırmada, hemşirelerin basınç yaralanmasına ilişkin bilgi düzeyi ve önlemeye yönelik kanıta dayalı uygulamaları gerçekleştirme durumlarının incelenmesi amaçlanmıştır.

Araştırmanın sonuçlarının, hemşirelerin basınç yaralanmasını önleyici uygulamaları ve bilgi düzeyi ile ilişkisinin hemşirelik eğitimi ve uygulaması alanlarındaki eğitimci ve yöneticiler tarafından anlaşılmasına ve bu konuda eğitim ve uygulama faaliyetlerinin planlamasına olanak sağlayacağı, ilgili hemşirelik araştırmalarına veri tabanı oluşturacağı düşünülmektedir.

1.3.Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmanın hipotezleri aşağıdaki şekilde belirlenmiştir.

H1: Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine göre, basınç yaralanmasına ilişkin bilgi düzeyleri farklıdır.

H2: Hemşirelerin basınç yaralanmasına ilişkin özelliklerine göre basınç yaralanmasına ilişkin bilgi düzeyleri farklıdır.

H3: Hemşirelerin basınç yaralanmasını önlemeye yönelik kanıta dayalı uygulamaları gerçekleştirme durumlarına göre basınç yaralanmasına ilişkin bilgi düzeyleri farklıdır.

H4: Hemşirelerin bazı sosyodemografik özellikleri (klinik alanda ve meslekte çalışma süresi) ile basınç yaralanmasına ilişkin bilgi puanları arasında ilişki vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Basınç Yaralanması

2.1.1. Basınç Yaralanması Tanımı

Basınç ülseri terimi 1970’li yıllarda kullanılmaya başlanmıştır. Basıncın doku bütünlüğünde neden olduğu bozulmayı tanımlamak için dekübit ülseri, yatak yarası, bası yarası, basınç ülseri ve basınç yarası gibi geçmişten günümüze birçok kavram kullanılmıştır. Basınç yaralanması, EPUAP, NPUAP ve PPPIA tarafından 2014 yılında yayınlanan kılavuza göre “basınç veya basınç ile birlikte sürtünme ve/veya makaslama kombinasyonunun sonucunda deri ve/veya altındaki dokularda ve kemik çıkıntılarının olduğu lokalize yaralanma” olarak tanımlanmıştır (1). Basınç yaralanması, Hastalıkların ve İlgili Sağlık Sorunlarının Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-10) içinde deri ve deri altı dokuların hastalıkları kategorisinde, “L89” tanı kodu ile “Dekübit Ülser” olarak yer almaktadır (62).

Ulusal Basınç Ülseri Önleme Paneli (NPUAP), 2016 yılında basınç ülseri terimi, tanımı ve evrelendirme sistemi güncellenmiştir. Ülser, doku bütünlüğünün bozulması ile epitel yüzeyde doku kaybı veya nekrozu ve pürülan sıvı çıkışını tanımlamaktadır. Fakat bu tanımlama evre-1 ve derin doku hasarını tanımlamamaktadır. Ülser, bir yaralanma olmadan var olmamasına rağmen, basınç yaralanması ülser olmadan gelişebilmektedir. Basınç yaralanması, doku deformasyonu, beslenme ve doku toleransı ile ilişkilidir. Basıncın neden olduğu hasarı tanımlayan “basınç ülseri” terimi “basınç yaralanması” olarak revize edilmiştir. Tanım, NPUAP (2016) tarafından “kemik çıkıntıları üzerinde medikal veya diğer cihazlar nedeniyle basınç veya basınç ile birlikte sürtünme-makaslama etkisiyle lokal deri ve derialtı dokuların zarar görmesidir. Basınç yaralanması, doku bütünlüğü henüz bozulmamış sağlam deride veya açık bir ülser olarak görülebilir. Ağrılı olabilir. Beslenme, perfüzyon, eşlik eden hastalıklar ve dokunun durumu doku toleransını etkiler” olarak tanımlanmıştır (11).

2.1.2. Basınç Yaralanması Epidemiyolojisi

Basınç yaralanması gelişen hastanın hastanede kalış süresinin uzaması ile tedavi harcamalarının maliyeti de artmaktadır. Bu durum sağlık bakım sisteminde hastaya kesintisiz hizmet veren hemşirelerin bakım için daha çok zaman ayırmasına ve daha çok efor harcamasına da neden olmaktadır (14, 50, 60).

Basınç yaralanmasının tedavi edilmesi için yapılan harcamalar, basınç yaralanmasını önlemeye yönelik yapılan harcamalardan 2,5 kat daha fazladır (78). Demarre ve arkadaşları (2015) tarafından yapılan ve yetişkin bireylerde basınç yaralanmasının önlenmesine ve tedavine yönelik maliyetin incelendiği sistematik derlemede, 2009-2013 yılları arasındaki çalışmalar incelenmiş ve basınç yaralanmasını önlemek için kişi başına düşen harcama miktarının 2.65 Euro ile 87.57 Euro arasında değiştiği bildirilmiştir.

Sağlık Araştırma ve Kalite Ajansı (Agency for Healthcare Research and Quality-AHRQ) (2014), Amerika Birleşik Devletleri'nde yılda 2.5 milyon hastada basınç yaralanması geliştiğini, basınç yaralanması gelişen hastanın tedavi masraflarının 20.900-151.700 Dolar arasında olduğunu ve bu nedenle yılda yaklaşık 60 bin hastanın yaşamını kaybettiğini bildirmiştir (13). Ulusal Basınç Ülseri Önleme Paneli (NPUAP), 2016 yılında Amerika'da basınç yaralanması görülme sıklığının 1.3-3 milyon arasında olduğunu ve yıllık maliyetin 2.2-3.6 milyar Dolar arasında olduğunu bildirmiştir (7).

Ülkemizde yoğun bakımda yatan hastalarda basınç yaralanması görülme sıklığının incelendiği çalışmalarda basınç yarası görülme oranının %5.9 ile %40.6 arasında olduğu bildirilmiştir (46). Tokgöz ve Demir (2010)'in, basınç yaralanması insidansı ve basınç yaralanması gelişiminde etkili risk faktörlerinin belirlenmesi amacıyla nöroloji yoğun bakım ünitesinde yatarak tedavi gören hastaların dahil edildiği çalışmasında, nöroloji yoğun bakım ünitesinde 15 günden uzun süre yatarak tedavi gören ve immobil hastaların dahil edildiği çalışmasında, basınç yaralanması insidansı %15 olarak bulunmuştur. Gencer ve Özkan (2015) tarafından basınç yaralanması prevelans ve insidans oranlarını belirlemek amacıyla yapılan ve kliniklerde ve yoğun bakım ünitelerinde basınç yaralanması gelişen hastaların dahil edildiği çalışmalarında, basınç yaralanması gelişen hastaların %41'inde yaralanma, hastaların tedavi gördüğü yoğun bakım ünitesinde tespit edilmiştir. Hastane genelinde basınç yaralanması prevelansı %2.5, yoğun bakım prevelansı ise, %5.9 ve insidans %1.9 olarak bildirilmiştir. Katran (2015) tarafından cerrahi yoğun bakım ünitesinde tedavi gören hastalarda basınç yaralanması gelişimini etkileyen risk faktörlerini ve görülme sıklığını belirlemek amacıyla yapılan çalışmada, 948 hastanın %20.56'sının (n=195) en az bir vücut bölgesinde basınç yaralanması geliştiği bildirilmiştir. Hastaların yatış sürelerine göre incelemede ise, 11 gün ve daha fazla süre yatan hastaların %95.9'unda (n=122) basınç yaralanması geliştiği saptanmıştır. Kaşıkçı ve arkadaşları (2018) tarafından yapılan çalışmada ise, basınç yaralanması gelişimini etkileyen risk faktörlerini ve basınç yaralanması prevelansını

belirlemek amacıyla 832 hastanın dahil edildiği çalışmada basınç yaralanması prevelansının %12.7 olduğu ve en yüksek prevelansın %35.3 ile yoğun bakım kliniklerinde olduğu tespit edilmiştir.

2.1.3. Basınç Yaralanması Fizyopatolojisi

Basınç yaralanması kemik çıkıntıları üzerindeki deride görülür. Deri vücutta bariyer görevi yapar. Yapısal olarak deri epidermis, dermis ve hipodermis (subkütan doku) olmak üzere üç tabakadan oluşmaktadır. Epidermis, derinin en dış tabakası olup günlük aktivite ve travmalardan etkilenen ve kendi içinde yıpranan hücreler yerine yeni epitel hücrelerin oluşumunda yer alır. Dermis tabakası, kan damarları, sinirler ve lenflerden oluşmaktadır. Kan damarları hücrelere besin ve oksijen taşınmasını sağlar. Subkütan doku ise dermişi kas ve kemik yapılarından ayıran, basıncı dağıtan çok sayıda yağ hücresinden oluşmasının yanı sıra bu doku cinsiyete, yaşa, vücut bölgesine bağlı olarak değişiklik gösterir (60).

Basınç yaralanması gelişmesinde basıncın süresi ve şiddeti ile dokunun basıncı tolere etme kapasitesi önemli etmenlerdir. Yüksek basınçta kısa sürede, düşük basınçta ise uzun sürede basınç yaralanması gelişmektedir. Dokuya iki saat süreyle basınç uygulanması halinde mikro düzeyde iskemik değişiklikler görülürken, aynı basınç altı saat uygulandığında kaslara kadar uzanan doku hasarı görülür (48, 49, 60).

Basınç yaralanmasında kemik çıkıntıları üzerindeki basınç ile kemik ve deri arasındaki doku sıkışır, basıncın şiddetinin artması ya da devam etmesi halinde kapillerde kan akımı durur ve lokal doku iskemisi gelişir. Bu alanda atık ürün birikmesi nedeniyle ödem ve inflamasyon gelişir ve dolaşım bozulur. İki ile altı saat süren sürekli basıncın sonucunda iskemi gelişir. Basıncın ortadan kalkması halinde iskeminin düzelmesi 36 saat veya daha fazla süre alır. Basınç süresi altı saati aşması halinde nekroz gelişmektedir (60).

2.1.4. Basınç Yaralanması Evrelendirme

Basınç yaralanmasının erken dönemde tanısını koymak hem hasta, hem de sağlık profesyonelleri ve sağlık kurumları açısından büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle basınç yaralanmasının önlenmesi ya da tedavi edilebilmesi için yaralanmanın doğru evrelendirilmesi gerekmektedir (11, 17).

Basınç yaralanmasının tanılanmasında ilk sınıflandırma sistemi J. Darrell Shea tarafından 1975 yılında geliştirilmiştir. Yara, Ostomi ve Kontinans Hemşireler Birliği (Wound, Ostomy and Continence Nurses Society- WOCN) tarafından 1988 yılında 4

basamaklı bir basınç yaralanması sınıflandırma sistemi oluşturulmuştur. Sistem, NPUAP tarafından 1989 yılında WOCN tabanlı olarak geliştirilmiş ve 2007 yılında NPUAP tarafından güncellenmiştir. Daha sonra NPUAP ile EPUAP tarafından 2009 yılında yayınlanan kılavuzda basınç yaralanmasına ait evrelendirme sistemi güncellenmiştir. Son olarak, NPUAP tarafından 2016 yılında basınç yaralanmasının tanımı ve basınç yaralanmasına ait evrelendirme sistemi tekrar güncellenmiştir. Bu güncellemede “basınç ülseri” tanımı “basınç yaralanması” olarak değiştirilmiştir. Basınç yaralanmasının evrelendirmesinde Roma rakamları yerine Batı Arap rakamların kullanılmasına karar verilmiştir. Basınç yaralanması evrelendirme sistemine “medikal ekipman ile ilişkili basınç yaralanması” ve “mukozal membranda basınç yaralanması” evreleri eklenmiştir (11). Basınç yaralanmasının evreleri aşağıda açıklanmıştır:

Evre- 1

Evre-1 basınç yaralanması, genellikle kemik çıkıntıları üzerinde ağrı, basmakla solmayan kızarıklık, ödem, duyu azlığı, sıcaklık ya da sertlik olarak görülmektedir. Bu evrede deride görülen değişikliklerin fark edilmesi “Müjdeleyici işaret” olarak tanımlanmıştır. Renk değişikliği de gözlenebilir, fakat mor ya da bordo renk bu evrelemeye dahil değildir. Bu renklerin görülmesi durumunda, derin doku hasarı olarak değerlendirilmelidir. Doku bütünlüğünün henüz bozulmamış olduğu bu evrede basınç yaralanmasının tespiti de zordur, bu nedenle risk altındaki bireylerin deri değerlendirmesi kapsamlı ve özenli yapılmalıdır (11).

Evre- 2

Evre-2 basınç yaralanmasında, dermis tabakasının kısmi kaybı vardır. Kırmızı-pembe renkte, parlak ya da kuru görünümde, sağlam ya da rüptüre olmuş bül şeklinde görülmektedir. Yağ dokusu ya da daha derin dokular gözle görülemez. Evre-2 basınç yaralanmasının iyileşmesinde epitelize hücreler görülür fakat granülasyon dokusu, slough ve eskar görülmez. Bu evredeki yaralar daha çok dokunun havalanmaması ve sürtünmeye bağlı olarak pelvis ve topuklarda görülür. Basınç yaralanması maserasyon, deri sıyrılması, flaster zedelemesi ya da inkontinansa bağlı dermatit gibi deri yaraları ile karıştırılmamalıdır (11).

Evre- 3

Evre-3 basınç yaralanması, tam kalınlıkta deri kaybı (full-thickness skin loss) olarak tanımlanmaktadır. Bu evrede kas, tendon, ligament, kartilaj ya da kemik etkilenmemiştir, fakat yağ dokusu, slough ya da eskar doku görülür, tünelleşme olabilir (11).

Evre- 4

Evre-4 basınç yaralanmasında, tam kalınlıkta deri ve doku kaybı (full-thickness skin and tissue loss) görülür. Kas, tendon, ligament, kartilaj ve kemik etkilenmiş ya da doğrudan zarar görmüş olabilir. Slough ya da eskar doku ve tünelleşme sıklıkla görülür. Bu evrenin tanımlanmasında kullanılan “osteomiyelit” sözcüğünün NPUAP’ın 2016 yılındaki güncellemesi ile kaldırılmasına karar verilmiştir. Çünkü osteomiyelit basınç yaralanmasının komplikasyonu olup kemik biyopsisi veya görüntüleme ile tanısı koyulmamış hastalarda gereksiz antibiyotik kullanımına neden olmaktadır (11).

Evrelendirilemeyen Basınç Yaralanması

Basınç yaralanmasında, yara yatağı slough veya eskar doku ile kaplıdır. Tam kalınlıkta doku kaybı mevcut olsa da ölü dokular uzaklaştırıncaya kadar yaralanmanın evresi belirlenemez. Evrelendirilemeyen basınç yaralanması görülen ekstremitelerde ve topuklarda kuru, yüzeye tutunmuş, eritem veya akıntısı olmayan eskar varsa o bölgede basıncın dağıtılmasına, eskar yumuşatılmamaya ve kaldırılmamasına dikkat edilmelidir. Böyle bir durumda eskarın kaldırılması halinde hastanın vücudu enfeksiyon etkeninin girişine açılmış olur (11).

Derin Doku Yaralanması

Ciltte deri bütünlüğü bozulmuş veya bozulmamış olmakla beraber içi kan dolu mor ya da bordo renkte bül ile karakterizedir. Çevre dokular ile karşılaştırıldığında ağrılı, daha sıcak veya daha soğuk bir doku olabilir. Dokunun morumsu rengi travmaya bağlı dokuda oluşan morluktan ayırt edilmelidir (11).

Medikal Ekipman ile İlişkili Basınç Yaralanması

Tanılamada ve tedavide kullanılan medikal malzemelerin, şekline, uzun süreli kullanıma veya amaca uygun kullanılmamasına bağlı olarak basınç yaralanması gelişmektedir. Dokunun yapısı nedeniyle evrelendirme yapılır, fakat basınç

yaralanmasına neden olan medikal ekipman da belirtilmelidir. Ayrıca yapılan çalışmalarda medikal ekipmana bağlı basınç yaralanmasını önlemede ara yüzey kullanımı önerilmektedir. Örneğin; non-invaziv ventilatör yüz maskesinde burun kemerinin olduğu alan hidrokollaid olmalı ya da trakeostomi bağı silikon yüzeyden oluşmalıdır (11).

Mukozal Membranda Basınç Yaralanması

Endotrakeal, oragastrik, nazogastrik tüp ve üriner kateter gibi ekipmanların mukozal membranda neden olduğu basınç yaralanmasıdır. Basınç yaralanması için kullanılan evrelendirme sisteminin mukozal membranda gelişen basınç yaralanması için kullanılması uygun değildir. Doğru tanımlama ve kayıt için mukozal membranda basınç yaralanmasına neden olan ekipman da belirtilmelidir. Medikal ekipmanın belli aralıklar ile pozisyonu değiştirilmesi veya tek bir yerde kalması için dokuya basınç oluşturmayacak şekilde dengeleyici bir sistem kullanılması önerilmektedir (11).

2.1.5. Basınç Yaralanması Risk Faktörleri

Basınç yaralanması gelişiminde çok sayıda risk faktörü yer almaktadır. Basınç yaralanmasının önlenmesi ve etkili planlamanın yapılabilmesi için risk faktörleri bilinmelidir. Risk faktörleri birincil ve ikincil faktörler olarak sınıflandırılmıştır (60).

Birincil Faktörler

Basınç

Basınç, bir alan üzerine uygulanan kuvvet olup basınç yaralanması gelişimindeki en temel faktördür. Basınç yaralanması gelişiminde basıncın süresi, yoğunluğu ve doku toleransı büyük önem taşımaktadır (26, 28, 48, 50, 53). Dokuya uygulanan basınç yoğunluğunun 32 mmHg'nın üzerinde olması nedeniyle kapiller kan dolaşımı durur ve doku iskemisi gelişir. Kapiller damarlarda yaşanan hipoksi sonucunda hareket etme ve duyuşsal algılama problemi olmayan birey rahatsızlık hissi ile basıncı kaldırmak için pozisyon değiştirme isteği duyar. Bu durumu algılayamaması ve/veya hareket edememesi nedeniyle bireyde özellikle kemik çıkıntıları üzerinde deri ve deri altı doku hasarı gelişmektedir. Düşük yoğunlukta basınç ile uzun sürede, yüksek basınç ile kısa sürede doku hasarı meydana gelmektedir. Subkütan dokunun az olduğu sakrum, topuklar, trokanterler, dizler gibi doku kütlesinin az olduğu bölgelerde basınç dağılımının az olması nedeniyle sıkça basınç yaralanması görülmektedir (45, 46, 47, 48, 60).

Sürtünme ve Yırtılma

Sürtünme, ters yönde hareket eden iki yüzey arasındaki mekanik güç olarak tanımlanmaktadır. Yırtılma ise yerçekimi ile sürtünme arasındaki etkileşim sonucu ortaya çıkmaktadır. Sürtünmeye bağlı derinin incilmesi ile yırtılma kolaylaşır. Sıklıkla hastanın çarşafı kaldırılmak yerine sürüklenerek yatak içinde hareket ettirilmesi, sandalyede otururken kayması, yatak içi kötü pozisyon verilmesi, hastayı transfer sırasında kaldırılıp taşımamak ve yer çekiminin etkisi ile hastanın yattığı yatakta yatağın ayakucuna doğru kayması ile sürtünme ve yırtılma gerçekleşir (7, 41, 46, 48).

İkincil Faktörler

İleri Yaş

Yaşın ilerlemesi ile ortaya çıkan bazı fizyolojik değişiklikler basınç yaralanması gelişme riskini arttırmaktadır. İleri yaşta subkutan dokunun azalması, deri turgorunda ve deri perfüzyonunda bozulma, derinin esnekliğinin azalması, doku toleransının azalması, duyuşsal algının bozulmuş olması ve derinin kuru olması, basınca karşı direncini azalmaktadır (24, 26, 32, 34, 45, 47, 50). Ayrıca nörolojik ve kardiyovasküler problemlerin ileri yaşta daha yaygın olması nedeni ile basınç yaralanması gelişme riski genç yaştaki bireylere göre daha fazladır (26, 32).

Nem

Terleme, yaradan akıntı, oksijen uygulaması, kusma, fekal veya üriner inkontinans nedenleriyle neme maruz kalan deride yumuşama ve doku bütünlüğünde daha kolay bozulma görülmektedir. Nem, derinin doku toleransını azaltmakta, sürtünme, yırtılma gibi fiziksel faktörlere karşı direnci düşürmekte ve basınç yaralanması gelişme riskini arttırmaktadır (10, 39, 47, 50).

Duyusal Algıda Bozukluk ve Bilinç Durumundaki Değişiklikler

Nörolojik hastalıkları, oryantasyon bozukluğu ya da konfüzyonu, sedatif ya da yüksek doz nöroleptik ilaç kullanımı olan hastalar basıncı hissedebilmekte fakat basıncı ortadan nasıl kaldıracağını bilemedikleri için basınç yaralanması gelişmektedir. Diğer taraftan nörolojik kaybı olan, bilinci kapalı komadaki hastalarda kendi pozisyonunu kendi değiştiremeyeceği gibi, basıncın neden olduğu rahatsızlık hissi ve ağrıyı da anlamlandıramadıkları için basınç yaralanması gelişme riski yüksektir (27, 28, 35).

Kıraner ve arkadaşları (2016)'nın, yoğun bakım ünitesinde yatan ve basınç yaralanması gelişen hastaların özelliklerini incelemek amacıyla yaptığı çalışmasında,

basınç yaralanması gelişen hastaların %75'ine tedavi amacıyla sedasyon, %70'ine vazopressör ve %45'ine steroid uygulandığı bildirilmiştir.

İmmobilite

Hareketi kısıtlı ya da tamamen hareketsiz veya pozisyon değişikliğini kendisi yapamayan kişilerin basınca maruz kalan vücut kısmındaki basıncı kaldıramaması nedeniyle doku perfüzyonu bozulur. Basınç yaralanması gelişme riskinin yatağa bağımlı ve sandalyeye bağımlı kişilerde daha sık görülmesi nedeniyle pozisyon verme ve destek yüzey kullanımı önerilmektedir (1, 3, 7, 8).

Tokgöz ve Demir (2010)'in nöroloji yoğun bakım ünitesinde basınç yaralanması insidansı ve risk faktörlerinin incelendiği çalışmaya göre, çalışmaya katılan immobil 46 hastanın %15'inde basınç yaralanması geliştiği görülmüştür.

Beslenme Bozukluğu

Sağlıklı doku ve immun sistemin güçlü olması için yeterli ve dengeli beslenme önemlidir. Obezite, kaşeksi ve dehidratasyon basınç yaralanması gelişmesinde birer risk faktörüdür. Beden kitle indeksi yüksek hastaların ağırlık nedeniyle kemik çıkıntıları üzerindeki basıncı arttırmakta aynı zamanda çevirme-kaldırma sırasında daha çok sürtünmeye maruz kalmaktadırlar. Beden kitle indeksi düşük olan kişilerde ise subkütan dokunun azalması ve basıncın artması ile basınç yaralanması gelişme riski artmaktadır. Kandaki düşük pre-albümin değeri, hastaların enfeksiyonlardan daha hızlı etkilenmesine sebep olmaktadır (10, 26, 27, 28, 50, 71).

Tokgöz ve Demir (2010)'in, basınç yaralanması insidansı ve basınç yaralanması gelişiminde etkili risk faktörlerinin belirlenmesi amacıyla nöroloji yoğun bakım ünitesinde yatarak tedavi gören hastaların dahil edildiği çalışmada, basınç yaralanması gelişen tüm hastaların albümin değerinin 3mg/dl altında olduğu bildirilmiştir.

Kaşıkçı ve arkadaşları (2018), yatarak tedavi gören hastalarda basınç yaralanması prevelansı ve risk faktörlerinin incelendiği çalışmada, basınç yaralanması gelişen hastaların beden kitle indeksinin yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca düşük albümin düzeyine sahip hastalarda basınç yaralanması prevelansının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Enfeksiyon ve Vücut Sıcaklığı

Patojen organizmalar nedeniyle gelişen enfeksiyon vücut sıcaklığını arttırmaktadır. Vücut sıcaklığının yükselmesine bağlı olarak metabolizma hızı artar ve hücrelerin oksijen ihtiyacının da arttığı görülür. Bu durum cilt hasarı riskini arttırmakta ve vücudun direncini düşürmektedir. Aynı zamanda ateşin yükselmesi ile hastanın terlemesi doku toleransını düşürür, basınç yaralanması gelişimini kolaylaştırır. Enfeksiyon varlığında ise, gelişen yaranın tedavisi de zorlaşır (25, 26, 27, 50, 60).

Engels ve arkadaşları (2016), cerrahi hastalarla yapılan çalışmalarında, basınç yaralanması gelişen hastaların ameliyat süresince vücut sıcaklığının ortalama 35.4° civarında olduğunu ve hipotermi ameliyat sırasında gelişen basınç yaralanması ile ilişkili olduğunu bildirmişlerdir.

Çelik ve arkadaşları (2016) tarafından yapılan retrospektif çalışmada, yoğun bakım ünitesinde yatan ve basınç yaralanması gelişen hastalarda enfeksiyon, dermatit ve üriner inkontinans gibi faktörlerin bulunmasının, hastaların yoğun bakımda kalış süresini arttırdığı bulunmuştur.

Kan Basıncı ve Periferel Dolaşımda Bozulma

Arteriyel kan basıncı seviyesi ile oksijenin dokulara iletilmesi arasında doğru orantı vardır. Azalmış dolaşım (düşük diyastolik kan basıncı) doku toleransını etkileyerek basınç yaralanması riskini artırır. Dolaşımın bozulmasına neden olan ve dokulara kan ve oksijen taşınmasını etkileyen hipertansiyon, diyabet, kalp hastalıkları, hipotansiyon ve periferel damar hastalıkları olan bireylerde basınç yaralanması gelişme riskinin yüksek olduğu bilinmektedir (60).

Ameliyat sırasında kullanılan anestezi ilaçları, sinir sistemini baskılar ve vazodilatasyona neden olur. Bu durum kan basıncının düşmesine ve dokular arası perfüzyonun bozulmasına yol açar ve cerrahi hastalarında basınç yaralanması gelişme riskini artırır (40, 49).

Hastalık ve Travmalar

Serebral vasküler hastalıklar, spinal kord yaralanması ve/veya buna bağlı immobilité, nörolojik hastalıklar vücutta kan dolaşımını bozar ve hareket kısıtlılığına yol açar dolayısıyla bu hastalarda basınç yaralanması gelişme riski daha yüksektir (39, 45).

Coyer ve arkadaşları (2017), yoğun bakımda ve diğer kliniklerde basınç yaralanması prevlansının incelendiği retrospektif çalışmada, yoğun bakım ünitelerinde

yatan ve sağlık durumu kritik olan hastalarda basıncı yaralanması prevelansının, yoğun bakım dışındaki kliniklerde yatan hastalardaki basıncı yaralanması prevelansından dört kat daha fazla olduğu saptanmıştır.

Medikal Ekipmanlar

Endotrakeal tüp, trakeostomi kanülü, nazal kanül, oksijen maskesi, santral venöz kateter, perifer intravenöz kateter, diyaliz kateteri, epidural kateter, nazogastrik kateter, üriner kateter, perifer oksijen saturasyon probu, tansiyon manşonu, tromboembolik manşonlar, drenler, nefrostomi tüpü, ostomi aparatları, boyunluk, korse gibi medikal ekipmanlar basıncı yaralanmasına neden olabilen ekipmanlardır (1, 23, 34, 37, 47).

Hastaya uygun boyutun kullanılmaması, prospektüsündeki talimata uygun kullanılmaması ya da yerinden çıkması/oyunması halinde basıncı ve sürtünmenin etkisiyle medikal malzemelere bağlı basıncı yaralanması gelişmektedir (1, 23, 34, 47). Medikal malzemeler plastik, lastik, metal, seramik ya da silikondan yapılmaktadır. Sert ve elastikiyeti olmayan malzemeleri kullanan hastalarda basıncı yaralanması daha sık gelişmektedir (23, 34).

Coyer ve arkadaşlarının araştırmasına göre (2013), araştırmaya katılan hastaların (n=483) %3.1'inde medikal ekipmana bağlı basıncı yaralanması geliştiği ve en sık basıncı yaralanması gelişen alanların ise sırasıyla burun, ağız/ dudak, boyun ve kulaklarda görülmüştür. Medikal ekipmana bağlı basıncı yaralanması gelişen hastalarda ise nazogastrik kateter, endotrakeal tüp, oksijen kanülü, trakeostomi kanülü ve rektal termometre probuna bağlı basıncı yaralanması geliştiği saptanmıştır (37).

Diğer Faktörler

Yoğun strese maruz kalma, ailesel ve çevresel desteğin olmayışı gibi psikolojik etkilerin yanı sıra eğitim ve gelir düzeyi düşüklüğü, erkek cinsiyet, alkolizm, sigara içme ve ağrı gibi faktörler de hastada basıncı yaralanması gelişmesi açısından potansiyel risk taşımaktadır (5, 6, 16).

Zarei ve arkadaşları (2019), yoğun bakım hastalarında basıncı yaralanması gelişme insidansının incelendiği çalışmada, basıncı yaralanması ile hastanın yaşı, hastanede kalış süresi, diyabet hastalığı, felçli olma durumu, sağlıklı beslenmeme ve sigara içme arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

2.1.6. Basınç Yaralanması Gelişme Riski Yüksek Gruplar ve En Sık Görülen Vücut Bölgeleri

Yaşlı, yatağa bağımlı, tekerlekli sandalyeye bağımlı, yoğun bakım ünitesinde yatan, pozisyonunu değiştiremeyen, evde bakıma ihtiyaç duyan, malnütrisyon gelişmiş, spinal kord yaralanması olan, pediatrik hastalar, kaşektik ya da obez bireyler, palyatif bakım alan ve cerrahi hastalar basınç yaralanması gelişme riski yüksek olan özel popülasyonlardır (1).

Basınç yaralanması görülen bölge ile hastaya verilen pozisyon ilişkilidir. Basınç yaralanması, en fazla ağırlığa ve basınca maruz kalan kemik çıkıntıları üzerinde ve genellikle yeterli subkutan dokunun bulunmadığı alanda gelişmektedir. Sırtüstü pozisyonda başın arkasında oksipital bölge, skapula, dirsekler, sakrum ve topuklarda; lateral pozisyonda Basınç yaralanması gelişen bölge, hastaya verilen pozisyon ile ilişkilidir. Basınç yaralanması, en fazla ağırlığa ve basınca maruz kalan kemik çıkıntıları üzerinde ve genellikle yeterli subkutan dokunun bulunmadığı alanlarda gelişmektedir. Sırtüstü pozisyonda başın arkasında oksipital bölge, skapula, dirsekler, sakrum ve topuklarda; lateral pozisyonda kulak, omuz, torakanter bölge, dizler ve malleolusta; yüzüstü pozisyonda çene, yanak, kulak, sternum, kadınlarda göğüs bölgesi, erkeklerde genital bölge, dizler, ayak ve parmak dorsalinde; yatak içinde oturma pozisyonunda sakrum, iskeal çıkıntı ve topuklarda; sandalyeye durumunda ise; omuzlar, sakrum ve ayak tabanlarında basınç yaralanması görülür (1, 40, 59).

Sağlık Bakanlığı Kalite İndikatörleri ve SİYÖS-2014 rehberine göre ülkemizdeki hastaneler basınç yaralanmasının en sık geliştiği anatomik bölgeleri; sakrum (%66.67), koksiks (%23.18), gluteal bölge (%3.17), topuk (%3.17), omuz (%1.59) ve trokanterik bölge (%1.59) olarak bildirmiştir.

Akman Mert ve Ecevit Alpar (2012) yoğun bakım ünitelerinde yatan hastalarda basınç yaralanması gelişme riskinin incelendiği çalışmalarında, basınç yaralanması gelişen hastaların %95’inde basınç yaralanmasının vücudun alt bölgesinde yer aldığı, en sık sakral bölgede ortaya çıktığı bunu trokanter, iskiyal ve topuk gibi diğer bölgelerin takip ettiği saptanmıştır.

Çınar ve arkadaşları (2018) tarafından yapılan ve yoğun bakımda çalışan hemşirelerin basınç yaralanmasını önlemeye yönelik Türkiye’deki çalışmaları incelediği sistematik derlemede, değerlendirmeye alınan çalışmaların %15-63 oranında evre-I ve sakrumda basınç yaralanması geliştiği bildirilmiştir.

Kaşıkcı ve arkadaşları (2018), yatarak tedavi gören hastalarda basınç yaralanması prevelansı ve risk faktörlerinin incelendiği çalışmada, hastalarda en sık basınç yaralanması ile karşılaşılan bölgenin %37.3 ile sakrum ikinci bölge ise %28.3 ile topuklar olduğu görülmüştür.

Coyer ve arkadaşlarının (2017), yoğun bakımda ve diğer kliniklerde basınç yaralanması prevlansını belirlemek amacıyla, Avusturalya'da 18 devlet hastanesinin dahil edildiği ve basınç yaralanması gelişmiş 7291 hastanın incelendiği retrospektif çalışmalarında, basınç yaralanmasının en sık sakrum/koksikte geliştiği saptanmıştır. En sık basınç yaralanması görülen diğer bölgeler ise; yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda dudak ve ağız çevresi, diğer servislerde yatan hastalarda ise topuklar olduğu görülmüştür.

Katran (2015), cerrahi yoğun bakım servisinde yatan hastalarda basınç yaralanması gelişimini etkileyen risk faktörlerinin incelendiği çalışmada, hastaların en sık basınç yaralanması görülen vücut bölgelerini sırasıyla; %26.98 topuklar, %25.66 sakral bölge ve %12.53 ile torakanterler olduğunu bildirmiştir.

2.2. Basınç Yaralanmasını Önleme ve Kanıta Dayalı Hemşirelik

2.2.1. Kanıta Dayalı Uygulama ve Hemşirelik

Kanıt; doğru, deneysel bilgi ve araştırma sonucu olarak tanımlanır. Bunun yanı sıra kanıt, sağlık bakım hizmeti veren profesyonellerin (karar vericilerin) uygulamalarının bilimsel değerlendirmesinde kullanılan bilgi olarak da tanımlanır. Kanıta dayalı uygulama ise, hasta ile ilgili karar almada ve kaliteli sağlık bakım hizmeti sunumunda güncel, bilimsel, etkin ve güvenilir uygulamanın sistematik incelemeler sonucunda klinikte kullanılması ve gerçekleştirilmesi olarak tanımlanmaktadır. Kanıta dayalı hemşirelik, hemşirelerin kanıta dayalı karar alma sürecidir (64, 65, 66). Hemşirelikte kanıta dayalı uygulama araştırmalardan elde edilen en iyi ve güncel sonucun (kanıtın) klinikte karar vermede ve problem çözmede kullanılmasıdır (65).

Bilimsel ve teknolojik gelişmelerle beraber sağlık bakım hizmeti de değişim ve gelişim göstermiştir. Tüm sağlık profesyonelleri gibi hemşireler de etkili, güvenli, güncel bilgi ile kaliteli bir sağlık hizmeti vermektedir. Geçmişte hemşirelik mesleğini kısıtlayan kişisel deneyimler ve iş merkezli yaklaşım yerini, eleştirel düşünmeye ve güncel bilimsel kanıtlara dayanan uygulamalara bırakmıştır. Kanıta dayalı uygulama profesyonel bakım hizmetini standardize etmek açısından da oldukça önemlidir (64, 65).

Kanıtı dayalı hemşirelik uygulamaları, bakımın kalitesini arttırmanın ve bakımı standardize etmenin yanı sıra hemşirelerin klinikte problem çözmesi ve etkin karar vermesi açısından da oldukça önemlidir (65).

2.2.2. Basınç Yaralanmasını Önlemeye Yönelik Kanıtı Dayalı Uygulama Kaynakları

Basınç yaralanmasının önlenmesinde, kanıtı dayalı uygulamalar, güvenilir ve güncel uygulama sağlar, basınç yaralanması gelişme riskini azaltır veya önleyerek, bakım hizmetinin kalitesini geliştirir (63, 65).

Basınç yaralanmasını önlemeye, değerlendirmeye ve yönetmeye yönelik kanıtı dayalı uygulamaların yer aldığı kılavuzlar; NPUAP, EPUAP, PPPIA, RNAO, RCN, NICE ve NHS tarafından geliştirilmiş ve yayınlanmıştır (63).

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yaygın olarak kullanılan NPUAP-EPUAP tarafından yayınlanan Hızlı Başvuru Kılavuzu: Basınç Yaralanmasını Önleme ve Tedavi (Prevention and Treatment of Pressure Injuries: Quick Reference Guide) kılavuzu 6 kıtadaki, 63 ülkede kayıtlı, 146 kurumsal ve 903 bireysel uzman görüşü alınarak hazırlanmıştır. Yara, Ostomi, İnkontinans Hemşireleri Derneği tarafından Türkçe'ye çevrilmiş olan bu kılavuz referans olarak kullanılmaktadır (67).

Kanıtı dayalı uygulama önerilerini içeren kılavuzlar, uygulayıcılara girişimlerini geliştirilmeleri ve etkin girişimler uygulamaları konusunda rehberlik etmektedirler (2, 9). Klinik uygulamada kılavuzların kullanımını profesyonellerin istekliliği, kanıtı dayalı uygulamaya ve kılavuzlara ilişkin olumlu görüş ve tutum, küçük gruplarda yapılan etkileşimli eğitim, ekip çalışması ve iş birliğinin kolaylaştırdığı, buna karşın uygulayıcıların olumsuz görüş ve tutumu, kılavuz önerilerinin örgütsel yapı ve süreçlerle entegre edilememesi, zaman ve kaynak sınırlılığı gibi faktörlerin ise engellediği bildirilmiştir (2).

Yıldırım ve Kocaman (2017)'nın basınç yaralanmasını önleme kılavuzlarının uygulamada kullanımını sağlamak için kullanılan stratejilerin etkinliğinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan derlemede, kılavuz kullanımını arttırmak için en sık kullanılan stratejinin sağlık profesyonellerine eğitim verilmesi olduğu ve kılavuz kullanımını kolaylaştırma girişimlerinin ise kılavuz uygulama engellerininin bildirilmesi, hatırlatıcılar, geri bildirim, kılavuzların duyurulması/tanıtılması, ekipman değişimi, rollerin yeniden düzenlenmesi ve uygulama ekibinin oluşturulması olarak bildirilmiştir (9).

2.2.3. Basınç Yaralanmasını Önlemeye Yönelik Uygulamalar

Kanıtı dayalı uygulama önerilerinin yer aldığı NPUAP- EPUAP ve PPPIA'nın 2019 yılında yayınlanan Hızlı Başvuru Kılavuzu: Basınç Yaralanmasını Önleme ve Tedavi (Prevention and Treatment of Pressure Injuries: Quick Reference Guide) kılavuzu referans alınarak hemşirelerin basınç yaralanmasını önlemeye yönelik uygulamaları; risk değerlendirme, deri değerlendirme ve deri bakımı, pozisyon verme ve destek yüzeylerin kullanımı, beslenme durumunu değerlendirme ve medikal ekipman kullanılmasına yönelik uygulamalar başlıkları altında toplanmıştır (3).

Risk Değerlendirme

Basınç yaralanmasının önlenmesine yönelik uygulamalarındaki temel amaç doku bütünlüğünün korunması ve sürdürülmesidir. Bu uygulamaların başında ise risk değerlendirmesi gelmektedir. Hastada basınç yaralanması gelişmesine neden olan riskleri tanımlayan ölçek kullanımı ise sağlık çalışanları arasında ortak dilin var olması ve sağlık bakım standardı açısından büyük bir önem taşımaktadır (7, 12).

Hasta güvenliğini sağlamak ve hastanın bakım kalitesini arttırmak amacı ile uygun risk değerlendirme aracının kullanılması, objektif ve güvenilir bir veri ile basınç yaralanmasını önleyici girişimlerin planlanması ve bu girişimlerin uygulanması hemşirelerin görev ve sorumlulukları arasındadır (7, 12, 15, 17, 18).

Risk değerlendirmesi hastanın kliniğe kabulünden sonra ilk 8 saat içerisinde, daha sonra periyodik aralıklarla ya da hastanın sağlık durumunda değişiklik olması durumunda yeniden yapılmalı ve kayıt edilmelidir (1, 3).

Risk değerlendirmesi yapılırken hastanın, yatağa ya da sandalyeye bağımlı olması, hareket kısıtlılığının olması, mevcut basınç yaralanmasının olması, perfüzyon ve oksijenlenmenin yeterli olmaması, yeterli ve dengeli beslenmemesi, nemli cilt, ilermiş yaş, artmış vücut sıcaklığı, duyu kaybı ve genel sağlık durumundaki bozukluklar gibi tüm risk faktörleri değerlendirilmelidir (1). Risk değerlendirmesinde ayrıca hastanın diyabet hastalığı ile duyu ve dolaşım bozukluğu ve mental durumunun da değerlendirilmesi önerilmektedir (3).

Basınç yaralanmasında yüksek risk taşıyan özel hasta grupları olduğu unutulmamalıdır. Bunlar; obez, kritik hastalığı olan, yaşlı popülasyon, palyatif bakım gören ve cerrahi operasyon geçiren hastalardır (1).

Deri Değerlendirme ve Deri Bakımı

Derinin değerlendirilmesi risk değerlendirmesinin bir parçasıdır. Sağlık profesyonelleri, deriyi baştan-ayağa sıcaklık, ödem, eritem ve çevre dokudaki herhangi bir değişiklik açısından değerlendirilmelidir. Ayrıca parmak basınç testi ile 3 saniye basınç uygulanan alanda solmayan bir kızarıklık görülmesinin de bir bulgu olduğu bilinmelidir. Deri değerlendirilmesi sırasında hastaya ağrısı olup olmadığı da sorulmalıdır. Ağrının doku hasarının işareti olduğu unutulmamalıdır (1,3).

Hasta servise kabul edilir edilmez, periyodik olarak her risk değerlendirmesi yapıldığında, her pozisyon verildiğinde ve hasta taburcu olmadan önce deri değerlendirilmesi yapılmalıdır. Her değerlendirmenin de kayıt altına alınması büyük bir önem taşımaktadır (1, 3).

Hemoglobin düşüklüğü, malnutrisyon, yetersiz hidrasyon, ileri yaş, hipoalbümin, cildin turgor basıncında ve elastikiyetinde azalmaya ve doku bütünlüğünün bozulma riskinin artmasına neden olur (26).

İnkontinans basınç yaralanması gelişime riskini beş kat arttırmaktadır (28). İnkontinansı olan hastalar için cildi korumak için ıslaklığı hemen emen ve deriyi kuru tutan ürünler kullanılmalıdır. Perine bölgesi temizliği bekletilmeden yapılmalı ve cilt uzun süre ıslak bırakılmamalıdır. Hastanın vücut temizliği yapılırken ılık su ve alkali olmayan sabun kullanılmalı, ovalamaktan kaçınılmalıdır. Sıcak su ve alkol içeren temizleyici kullanılmamalıdır. Cildin nem ile temasını önlemek için koruyucu bariyer kremler kullanılmalıdır (3, 17, 46). Derinin nem dengesinin sağlanması önemlidir. Derinin sürekli ıslak ya da çok kuru kalması yara gelişimini kolaylaştırmaktadır. Cildin her zaman temiz ve hidrate olmasına özen gösterilmelidir. Nemlendirici ve aynı zamanda kolay temizlenebilen ürünler tercih edilmelidir (1, 48).

Hastanın üzerinde basınca neden olabilecek tüm medikal ekipmanlar; idrar sondası, serum seti, oksijen maskesi, nazal kanül, nazogastrik sonda, endotrakeal tüp, servikal boyunluk gibi hastanın doku bütünlüğünü bozma riski bulunan tüm malzemeler düzenli olarak kontrol edilmelidir (1, 3).

Masaj, doku zedelenmesine ve enflamasyona neden olabileceği için hastaya rutin masaj yapmaktan kaçınılmalıdır. Özellikle hastanın kemik çıkıntıları ve kızarıklığı olan bölgelerine masaj yapılmamalıdır (1, 17, 36, 48, 49, 52).

Hastanın giysi ve çarşafları sentetik olmamalı, dar, fermuarlı veya düğmeli giysilerden kaçınılmalıdır. Yatak takımları gergin olmalıdır (3, 17).

Literatüre göre, ameliyathane hemşirelerinin doku bütünlüğünün korunmasında ve basınç yaralanmasını önlemede etkin role sahip olduğu, hastanın ameliyat öncesi deri değerlendirmesinin yapılması, ameliyat sırasında ise hastanın üzerindeki medikal ekipmanlar konusunda dikkatli olması, hastanın pozisyon değişikliğinin sağlanması, destek yüzey kullanılması ve ameliyat sonrası deri değerlendirmesi yapılması tavsiye edilmektedir (40, 49).

Kopuz ve Karaca (2018) hemşirelerin basınç yaralanmasını önlemeye yönelik bilgi ve uygulamalarını incelediği çalışmasında, hemşirelerin %99.2'si hastanın yatışının yapıldığı gün deri değerlendirmesinin yapılması, %96.8'i cildin renk, kızarıklık, turgor, nem ve sıcaklık açısından değerlendirilmesi ve %97.6'sı hastaya ve bakım verene deri değerlendirmesi için eğitim verilmesi gerektiğini bildirmişlerdir.

Beslenme Durumunu Değerlendirme

Hastanın beslenme durumu, hastaya sağlık hizmeti veren tüm ekip üyelerini ilgilendiren ve iş birliği gerektiren bir konudur. Literatüre göre beslenme bozukluğu olan hastalarda basınç yaralanması gelişme riski daha yüksektir. Basınç yaralanması var olan ve/veya gelişme riski taşıyan hastaların beslenmesi takip edilmelidir (3, 17, 46). Hastanın servise kabulünden sonra, sağlık durumunda herhangi bir değişiklik olması durumunda ve periyodik olarak beslenme durumu değerlendirilmelidir (1).

Hastanın besin gereksinimi yaş, cinsiyet, beden kitle indeksi, aktivite gibi birçok faktöre bağlıdır. Bu değerlendirmeye ayrıca son 1 ve 3 ayda kilo alma- verme durumu, basınç yaralanmasının olması ya da gelişme riskinin yüksek olması, obez ya da kaşektik olması faktörleri de eklenerek kapsamlı bir değerlendirme ile beslenme planı yapılmalıdır (1, 17, 49, 50).

Basınç yaralanması gelişme riski taşıyan hastaların günlük hidrasyonu için yeterli sıvı alımı sağlanmalıdır (1,3). Hastanın dehidratasyon açısından kilo değişimi, deri turgoru, idrar çıkışı ve serum sodyum miktarı takip edilmelidir. Vücut sıcaklığı yükselen, kusması olan, aşırı terleyen, diyare gelişmiş olan ve yara yerinden sıvı kaybı olan hastanın sıvı alımını arttırmaya yönelik plan yapılmalıdır (1).

Hastanın, aktivite seviyesi ve sağlık durumu göz önüne alınarak enerji alımı hesaplanmalıdır. Yetişkin bireyler için günlük kilogram başına 30-35 kkal enerji alımı ve kilogram başına 1.2- 1.5 gr protein alımı önerilmektedir. Kilo kaybeden hastalar için besin alımının yanı sıra kalorisi ve protein oranı yüksek beslenmeyi destekleyen ürünlerde kullanılmalıdır (1, 3).

Oral alımı kısıtlı ya da yetersiz olduğu düşünölen hastaların beslenme planlarına vitamin ve mineral içeren takviye ürünler kullanması tavsiye edilmektedir. Hemşirelerin, basınç yaralanması gelişme riski olan hastaların beslenme durumlarını dikkatle takip etmeli, yetersiz veya dengesiz beslenmenin tespit edilmesi halinde kayıt altına almalı ve ekibin diğör üyeleri ile paylaşılmalıdır. Hemşireler, yeni oluşturulacak beslenme planının uygulanmasında rol almalıdır (1, 27, 39, 46, 48).

Travma, yetersiz beslenme, artmış katabolizma, sepsis, majör cerrahi gibi nedenlerle yeterli ve dengeli beslenme bozulmakta hipoalbünemi gelişebilmektedir. Serum albümin seviyesinin düşmesine bağılı olarak ödem gelişir. Ödemli dokunun kan dolaşımı azaldığı için doku bütönlüğü kolayca bozulur (7, 10). Literatüre göre, albümin seviyesi düşük olan hastalarda daha sık basınç yaralanması geliştiğı görölmüşür. Ayrıca düşük albümin nedeniyle doku iyileşmesi de olumsuz etkilenmektedir (7, 24, 25, 26, 27, 39, 46).

Basınç yaralanması ile beslenme arasında anlamlı bir ilişki olduğu çalışmaları ile kanıtlanmıştır. Yetersiz beslenen ve dehidrasyon gelişen hastalarda doku yıkımı daha hızlı gelişmektedir. Dokuların yenilenmesi, iyileşmesi ve doku direncinin artması yeterli ve dengeli beslenme ile sağlanabilir (24, 26, 27, 45, 48).

Pozisyon Verme ve Destek Yüzeylerin Kullanımı

Pozisyon verme ile hastanın ağırlık merkezi değıştirilir, basıncın dokulardaki etkilerini azaltmak ve dokuya giden kan akımının artırılması için bireyin hareket etmesi, egzersiz yapması/ yaptırılması önerilmektedir (1).

Basınç yaralanması gelişme riski taşıyan ya da basınç yaralanması olan hastalara pozisyon verilmelidir (3, 7). Yatağı bağımlı hastalara yatak içi iki saatte bir, sandalyeye bağımlı hastalara ise sandalyede saatlik pozisyon verilmelidir. Pozisyon verirken dokular üzerinde basınç ve sürtünme etkisi yaratmamaya özen gösterilmelidir (1, 3, 50).

Yatağı bağımlı hastaları sürökleme yerine, ara çarşaf ile kaldırılarak en az iki kişı ile pozisyon verilmelidir. Sürtünme ve yırtılmayı azaltan, basıncı dağıtan veya ortadan kaldıran teknik ve ekipmanlar kullanılmalıdır (3, 7, 17). Hastanın yer çekimi etkisiyle ayak ucuna doğru kaymasını engellemek için yatağın ayak ucu biraz yükseltilmelidir (17).

Bireyin, bağımsız olarak aktivite, mobilite ve pozisyon değıştirme yeteneğine bağılı olarak pozisyon değıştirme sıklığına karar verilmelidir. Her hastanın medikal durumu pozisyon vermeye uygun olmayabilir. Hastaya pozisyon verme sıklığı hastanın

doku toleransı, aktifliği, mobilitesi, genel sağlık durumu, tüm tedavi hedefleri, derinin durumu, hastanın konforu ve ağrı durumu göz önüne alınarak planlanma yapılmalıdır. Her hastanın periyodik olarak tolere edebildiği kadar hareket etmesi, egzersiz yapması veya mobilize olması sağlanmalıdır. Hastanın engeli ya da kısıtlılığı yoksa yürümeye teşvik edilmeli, 8 saatte bir hastaya aktif veya pasif ROM egzersizleri yaptırılmalıdır (1, 3).

Bireye verilen pozisyonda kemiklere uygulanan basıncın dağıtılması sağlanmalıdır. Kemik çıkıntıları üzerinde eritem tespit edilmişse o alan üzerine pozisyon verilmesinden kaçınılmalıdır. Hastaya pozisyon verirken üzerinde olan medikal ekipmanların korunmasına ve basınç oluşturmayacak şekilde pozisyon verilmesine dikkat edilmelidir. Hastaya iki saat aralıklar ile periyodik olarak sırasıyla sağ yan, sırtüstü, sol yan ve eğer hasta tolere edebiliyor ve sağlık durumu müsaade ediyorsa yüzüstü pozisyonları verilmelidir (1, 3). Hastanın var olan basınç yaralanması korunarak ve o alana yük vermeden uygun destek yüzeyler ile pozisyon verilmelidir. Hastaya pozisyon verirken topukların yastık ya da hastaya uygun destek yüzey ile eleve edilmesi ile aşil tendon üzerindeki ve dizin fleksiyonda tutulması ile popliteal venin üzerindeki basıncın dağıtılması sağlanmalıdır (1, 41, 48, 49).

Düzenli pozisyon değişikliği planına uyum sağlayamayacak kritik derecede stabil olmayan bireyler için vücut pozisyonu değiştirilmesine sık ve küçük hareket değişiklikleri ile başlanmalıdır. Hemodinamiyi ve oksijen statüsünü stabilize etmek için gerekli zamanı sağlamak üzere hasta bireylerin pozisyon değişikliği yavaş ve kademeli şekilde yapılmalıdır (3).

Yoğun bakım ünitelerinde parenteral beslenen ya da mekanik ventilasyon tedavisi alan hastaların yatak başlarının 30-45° yükselterek aspirasyon pnömonisi ve ventilör ile ilişkili pnömoninin önüne geçilir. Fakat hastanın başının daha dik bir hale getirilmesi ile sakruma uygulanan basınç artar (1, 3, 7, 46, 48, 50).

Çelik ve arkadaşları (2016), yoğun bakım ünitesinde yatan ve basınç yaralanması gelişen hastaların retrospektif olarak incelendiği çalışmada yoğun bakım ünitesindeki hemşirelerin hastalara üç saatte bir pozisyon verdiği saptanmıştır.

Hastanın sandalyede geçireceği zaman günde 3 defa 1 saat ya da daha az olarak sınırlandırılmalıdır. Çünkü sakrum ve iskiyal kemiklere uygulanan uzun süreli basınç, yaralanmaya neden olabilir (1, 41, 49).

Ameliyattan sonra ilk 72 saat içinde görülen basınç yaralanması ameliyat sırasında gelişir ve genellikle derin doku hasarı şeklinde görülür. Hastanın kendi pozisyonunu

değiştirememesi nedeniyle basınç dağıtılamaz veya ortadan kaldıramaz. Ameliyat sırasında hastaya verilen pozisyon, ameliyat süresi ve kullanılan anestezi ilaçları hastada basınç yaralanması gelişmesine neden olan önemli risk faktörleridir. Yatak içinde 2 saatten fazla ameliyatta 4 saatten uzun süren ameliyatlarda basınç yaralanması gelişme riskini azaltmak için hastaya pozisyon verilmesi ve ameliyat masasında da destek yüzeylerin kullanılması ameliyathane hemşirelerinin görev ve sorumlulukları arasındadır (1, 39, 49).

Doku üzerindeki basıncı hafifleten ve/veya dağıtan, sürtünmeyi ve yırtılmayı azaltan diğer bir yol ise destek yüzey kullanımıdır. Basınç yaralanması gelişme riski taşıyan hastalarda destek yüzey kullanımı vücut yüzeyindeki basıncın eşit olarak dağıtılmasını sağlar. Destek yüzeyler statik ve dinamik cihaz olarak ikiye ayrılmaktadır. Statik cihaz olarak, sünger yatak, jel, köpük, sıvı veya hava dolu yatak örtüleri ve koyun postu kullanılmaktadır. Dinamik cihazlar grubunda ise, elektrikli hava pompası ile yatak bölümlerinin ardışık olarak şişip söndüğü yataklar, sıvılaştırılmış hava tedavi cihazları, düşük hava kayıplı cihazlar ve dönen yataklar yer almaktadır. Sentetik koyun postu, su yastıkları, pamuk bandaj gibi malzemelerin noktasal basıncı arttırarak kan dolaşımını azaltması nedeni ile kullanılması önerilmemektedir (1, 3, 4, 5, 6, 50).

İdeal destek yüzeyi; dokudaki basıncı dağıtmalı, sürtünme ve yırtılma kuvvetini en aza indirmeli, hareketi sınırlamamalı, temas ettiği dokuyu terletmemeli, hafif ve dayanıklı olmalı, maliyeti etkin, kolay yıkanan ve dokuya uygulanan basıncı en aza indirmelidir (30, 48). Basınç yaralanmasını önlemeye yönelik kullanılan destek yüzeyleri; bireyin ihtiyaçlarını karşılayacak, mobilizasyon ve aktivite seviyesine göre, sürtünmeyi azaltan, bireyin vücut ağırlığı, var olan basınç yaralanmalarının sayısı ve bölgesine göre ayrıca malzemenin/cihazın maliyeti göz önüne alınarak karar verilmelidir (3, 6).

Kemik çıkıntıları arasında basıncı azaltmak ve pozisyonu destelemek için yastık, sünger, minder, köpük gibi destek yüzeyler kullanılmalı, simit/halka gibi araçlar kesinlikle kullanılmamalıdır. Yatağa bağımlı hastalarda basıncı azaltmak için havalı, sulu, hareketli ya da köpük yataklar tercih edilmelidir (1, 7, 49, 50).

Köpük ya da hava ile doldurulmuş yataklar ile su ya da jel dolu yüzeyler basıncı azaltırken özel yatak sistemleri basınç giderici özellik taşır. Statik özellikteki yüzeyler lokal basıncı dağıtmak amacıyla düşük riskli hasta grupları için tercih edilirken yüksek risk taşıyan hastalarda ya da iyileşmeyen basınç yaralarında enerji ile çalışan dinamik yüzeyler tercih edilmelidir (30, 50).

Medikal Ekipman Kullanılmasına Yönelik Uygulamalar

Hastanın sağlığı için kısa ya da uzun süreli olarak kullanmak zorunda olduğu medikal malzemeler (endotrakeal tüp, trakeostomi tüpü, nazal kanül, oksijen maskesi, santral venöz kateter, perifer intravenöz kateter, diyaliz kateteri, epidural kateter, nazogastrik kateter, üriner kateter, perifer oksijen saturasyon probu, tansiyon manşonu, tromboembolik manşonlar, drenler, nefrostomi tüpü, ostomi aparatları, boyunluk, korse vb.) basınç yaralanması gelişmesine neden olabilmektedir (1, 23, 24, 34, 37).

Hastaya uygun boyutta medikal ekipman kullanılmaması, prospektüsündeki talimata uygun kullanılmaması ya da yerinden çıkması/oynaması halinde basınç ve sürtünmenin etkisiyle medikal malzemelere bağlı basınç yaralanması gelişmektedir (1, 23, 34, 46).

Medikal malzemeler plastik, lastik, metal, seramik ya da silikondan yapılmaktadır. Sert, elastikiyeti olmayan malzemeleri kullanan hastalarda basınç yaralanması gelişmesi daha sık görülmektedir (23, 30).

Medikal ekipmanların altındaki doku ve çevre dokularda ekipmana bağlı basınç yaralanmasını önlemek için rutin deri değerlendirmesi yapılmalıdır. Kullanılan medikal malzemenin pozisyonu iki saatte bir değiştirilmeli veya sert veya sıkı tespit yapılmamalıdır (3, 23, 30, 46).

Medikal ekipmanların hastanın cildine temas ettiği alana hidrokollaid örtüler koyulması ile basınç yaralanması riskini azalttığını gösteren çalışmalar yapılmıştır (23, 30, 34).

Medikal ekipmanlara bağlı ağız/dudak çevresi, kulaklar, burun, ensede basınç yaralanması geliştiği ve bunun yanı sıra kullanılan bu ekipmanlara bağlı mukozal membranda da basınç yaralanması geliştiği görülmektedir (11, 18, 23, 37).

Rashvand ve arkadaşları (2019), medikal ekipman kullanımına bağlı basınç yaralanması gelişen hastaların incelendiği çalışmalarında (n=404), 31 hastada (%17.12) nazal oksijen kanülüne, 23 hastada (%34.84) oksijen maskesine ve 17 hastada (%19.76) endotrakeal tüpe bağlı basınç yaralanması geliştiği ve bu hastaların %70.11'inde evre-1, %19.5'inde evre-2 ve %10'unda evre-3 basınç yaralanması geliştiğini saptamışlardır.

2.2.4. Basınç Yaralanması Riskini Değerlendirmede Kullanılan Araçlar

Basınç yaralanması gelişmesine neden olan risk faktörlerinin tamamını değerlendiren, tüm kliniklerde ve tüm hastalar için kullanılabilecek tek bir ölçüm aracı yoktur. Risk değerlendirme ölçekleri hassasiyet, spesifite, tahmin etme değeri ve

kullanım alanları açısından birbirlerinden farklıdır. Risk değerlendirme ölçeklerinin objektif, güvenilir, maliyeti etkin ve kullanımı kolay olması önerilmektedir (61, 74). Uygun risk değerlendirme ölçeklerinin kullanımı ile, basınç yaralanması gelişme oranında düşme ve sağlık bakım maliyetinde azalma sağlanır. Ayrıca yüksek risk grubundaki hastaların erken ve doğru tanınması ile, hastanın bakım ihtiyacı belirlenir ve basınç yaralanmasını önleyici uygulamaları içeren bakım planı hazırlanır (7, 12, 15, 17, 61).

Ülkemizde, Sağlık Bakanlığı Kalite İndikatörleri ve SİYÖS-2014 rehberine göre hastanelerin %56.52'sinde Braden Risk Değerlendirme Ölçeği , %43.48'inde Norton Risk Değerlendirme Ölçeği ile risk değerlendirmesi yapıldığı bildirilmiştir (58).

Park ve Lee (2016), basınç yaralanması risk değerlendirme araçlarının (Cubbin ve Jackson, Modifiye Braden, Norton, and Waterlow) etkinliğinin araştırıldığı meta-analiz çalışmasında, yeni veya modifiye edilecek bir risk değerlendirme ölçeğine ihtiyaç olduğunu ve Waterlow ölçeğinin diğer ölçeklere göre düşük sensitiviteye sahip olduğunu bildirmişlerdir.

Bariş ve Ecevit Alpar (2017), basınç yaralanması risk değerlendirme araçlarının (Modifiye Braden, Waterlow, Norton, Modifiye Cubbin ve Jackson, Suriadi ve Sanada, Ramstadius, 4-faktör model, Song ve Choi, Sunderland, SPURA, Compton, Easy-to-use) klinik alanda etkisini inceledikleri meta-analiz çalışmasında, risk değerlendirme araçlarının riskli hastayı belirlemede etkin olduğu, insidansa etkilerinin ve riskli hastaları tahmin etme kapasitelerinin yüksek olduğu bulunmuştur.

Braden Risk Değerlendirme Ölçeği

Braden ve Bergstrom tarafından 1987 yılında geliştirilmiştir. Oğuz ve Olgun tarafından 1977'de, Pınar ve Oğuz tarafından 1998'de Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek, beslenme, sürtünme- tahriş, nem, aktivite, hareket ve uyarının algılanması olmak üzere 6 alt boyut içermektedir. Alt boyutlardan alınan her puanın toplanmasıyla toplam puan elde edilmektedir. Toplam 6-23 arası olan toplam puan; 12 puan ve altında olan bireyler basınç yaralanması gelişme riski yüksek, 13-14 puan olanlar orta riskli, 15-16 puan olanlar ile 15-18 puan olan 75 yaş üstü olan hastalar da düşük riskli olarak kabul edilmektedir (12, 61).

Bu ölçeğin geniş yaş aralığındaki hasta grupları için özellikle yoğun bakım ve uzun dönem bakım kurumlarında kullanılması önerilmektedir. Ülkemizde yapılan

çalışmalarda basınc yaralanması gelişme riskinin değeriendirilmesi için en fazla Braden Risk Değeriendirme Ölçeği kullanılmıştır (4, 12, 16, 24, 28).

Ersoy ve arkadaşları (2013)'nın, yoğun bakım hastalarında basınc yaralanması gelişmesindeki risk faktörlerinin değeriendirildiği çalışmalarında, Braden Risk Değeriendirme Ölçeği ile risk değeriendirmesi yapılan ve risk paunu yüksek olarak belirlenen hastaların %85.7'sinde basınc yaralanması geliştiği bildirilmiştir.

Kaşıkçı ve arkadaşları (2018), basınc yaralanması prevelansı ve risk faktörlerine yönelik çalışmalarında, Braden Risk Değeriendirme Ölçeği kullanılarak yapılan değeriendirmede risk puanı 17 ve altı olan hastalarda basınc yaralanması geliştiği saptanmıştır.

Norton Risk Değeriendirme Ölçeği

İlk basınc yaralanması riskini tanılama ölçeği 1962 yılında Norton tarafından geliştirilmiştir. 1998'de Pınar ve Oğuz tarafından nöroloji kliniğinde yatan hastalar üzerinde Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Norton ölçeği fiziksel durum, mental durum, aktivite durumu, mobilite ve inkontinans olmak üzere 5 risk faktörünün değeriendirilmesine olanak sağlar. Her risk 1-4 arasında puanlanır ve toplam puan 5-20 arasında değişir. Puanı 14 ve altında olan hastalar, risk grubu içerisindedir. Puanı 12 altındaki hastalar ise, yüksek risk taşımaktadır. Ölçeğin sınırlılığı ise, basınc yaralanması gelişme riski ağından önem taşıyan hastanın beslenme ve ağrı düzeyinin risk faktörleri arasında yer almamasıdır (12, 61).

Waterlow Risk Değeriendirme Ölçeği

Judy Waterlow tarafından cerrahi ve dahiliye servislerinde hemşirelerin kullanımı için 1985 yılında geliştirilen bu ölçek ile, vücut yapısı/kilo, cilt tipi, boşaltım sistemi, beslenme durumu, yaş/cinsiyet ve bağımlılık derecesi olmak üzere 10 alt boyutu değeriendirilmektedir. Ülkemizde 2012 yılında Avşar, Karadağ ve Alaca tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Diğer ölçeklerden (Braden Risk Değeriendirme Ölçeği ve Norton Risk Değeriendirme Ölçeği) farklı olarak puan arttıkça basınc yarası gelişme riski de artmaktadır. Değeriendirmede 10 puan alan hastanın basınc yarası gelişme riski olduğu, 10-14 puan arası riskli, 15-19 puan arası yüksek riskli, 20 puan ve üzeri ise çok yüksek riskli olarak kabul edilmektedir (12, 61).

Katran (2015)'nın cerrahi yoğun bakım ünitesinde tedavi gören hastalarda basınc yaralanması gelişmesini etkileyen risk faktörlerini belirlemek amacıyla yaptığı

çalışmasında, Waterlow Risk Değerlendirme Ölçeği ile 15-19 puan arası yüksek risk grubunda olan 136 hastanın %9,6'sında ve 20 puan ve üstü çok yüksek risk grubunda olan 763 hastanın %23,9'unda basınç yaralanması geliştiği saptanmıştır.

Suriadi ve Sanada Basınç Yarası Risk Değerlendirme Ölçeği

Suriadi ve Sanada tarafından Japonya'da geliştirilmiş fakat basıncı ölçmek için kullanılan cihaza ulaşma sınırlılığı nedeniyle az sayıda çalışmada kullanılmıştır (12). Ülkemizde Akman Mert ve Ecevit Alpar tarafından 2012 yılında geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan bu ölçeğin yoğun bakımda yatan hastaların basınç yaralanması gelişme riskini belirlemede güvenilir bir ölçek olarak kullanılabileceği saptanmıştır (5). Ölçek ile ara yüzey basıncı, vücut sıcaklığı ve sigara kullanımı olmak üzere 3 risk faktörü değerlendirilmekte ve diğer ölçeklerden farklı olarak bir ölçüm cihazı ile hastanın yattığı yüzeye uyguladığı basınç ölçülmektedir. Ölçeğin toplam puanı 0-9 arası olup, 4 puan ve üzeri basınç yaralanması gelişimi için risk olarak kabul edilmiştir (5, 12).

2.3. Basınç Yaralanmasını Önlemede Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamalarının Önemi

Basınç yaralanmasını kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları ile önlenabilir bir sağlık problemi olduğu bildirilmektedir. Sağlık bakım hizmeti veren kurumlarda hizmet kalitesinin ve bakımının göstergesi olarak kabul edilir. Basınç yaralanmasının önlenmesi ve yönetilebilmesi için kanıta dayalı önerilerin yer aldığı kılavuzlar geliştirilmektedir (73). Güncel kılavuzlar ile, hemşirelerin risk faktörlerinin farkında olması, risk altında olan hastayı belirlemesi, klinik karar vermesi ve uygulamalarında kullanılması beklenmektedir (10, 20, 42, 43, 44, 51). Çalışmalar, hastalara basınç yaralanmasını önlemeye yönelik etkin bakım verilmesi için, hemşirelerin hem basınç yaralanmasına hem de kanıta dayalı kılavuzlara ilişkin bilgi düzeyinin ve farkındalığının artırılmasını önermektedir (8, 33, 42, 43, 44). Gunningberg ve arkadaşlarının (2013), hemşirelerin basınç yaralanmasını önlemeye yönelik bilgi düzeyinin incelendiği çalışmalarında, hemşirelerin çoğunluğunun basınç yaralanmasına neden olan faktörü yanlış bildiği ve risk faktörleri ile karıştırdığı saptanmış olup bu bulgu hemşirelerin hastalara basınç yaralanmasını önlemeye yönelik kanıta dayalı uygulamaları gerçekleştirmedikleri sonucuna varılmıştır.

Arıkan ve Yavuz van Giersbergen (2017), RNAO tarafından 2016 yılında yayınlanan "Profesyoneller Arası Ekip için Basınç Yaralarının Değerlendirilmesi ve

Yönetimi” rehberinde yer alan kanıta dayalı uygulamalara yönelik önerilerin incelendiği derlemede, klinikte çalışan hemşireler ve öğrenciler için mesleki basınç yaralanması eğitimi planlanması ve uygulanması ile uygun değerlendirme araçları kullanarak sağlık profesyonellerinin bilgi, tutum ve uygulamalarının değerlendirilmesinin etkili olduğu bildirilmektedir.

Hemşirelerin basınç yaralanmasına ilişkin bilgi düzeyini değerlendirmeyi sağlayan ve yaygın kullanılan bir araç olan Modifiye Pieper Basınç Yarası Bilgi Testi ile yapılan araştırmaların (Tablo 2.1) %44.4’ü hemşirelerin bilgi düzeyinin geçme sınırının üzerinde olduğu bildirilmiştir. Çalışmaların tümünde mezuniyet sonrası eğitim ile hemşirelerin basınç yaralanmasına ilişkin bilgi düzeyinin geliştirilmesi önerilmiştir.



Tablo 2.1. Modifiye Pieper Basınç Yarası Bilgi Testi ile Yapılan Araştırmalar

Başlığı, Araştırmacılar, Kaynağı ve Yılı	Amacı	Yöntem Bilgisi	Ana Sonuçları	Önerileri
Knowledge and Attitudes of Nurses in a Major Public in Cyprus Towards Pressure Ulcer Prevention. Charalambous, C., Koulouri, A., Roupa, Z., Vasilopoulos, A., Kyriakou, M. and Vasiliou. Journal of Tissue Viability, 2019.	Hemşirelerin basınç yaralanmasını önlemeye yönelik bilgi düzeyini araştırmak ve tutumlarını belirlemek	Tipi: Tanımlayıcı, kesitsel Örneklem: Ortopedi, yoğun bakım ünitesi, dahiliye ve beyin ve sinir cerrahisi alanlarında çalışan hemşireler (n=102). Veri toplama araçları: Hemşirelerin demografik bilgilerine yönelik soruların yer aldığı bir anket, Modifiye Pieper Basınç Yarası Bilgi Testi, Basınç Yarasını Önlemeye Yönelik Tutum Ölçeği Bilgi testinde hemşirelerin başarı puanı için kesme noktası %90 belirlenmiştir.	Hemşirelerin %61.8'i kadın ve %44.1'i yoğun bakım ünitesinde çalışmakta, bilgi testi toplam puan ortalaması 16.16±2.54, başarı oranı %77, bilgi seviyesi yeterli değildir.	Eğitim programı geliştirilmesi
Australian Nurses' Knowledge of Pressure Injury Prevention and Managment. Fulbrook, P., Lawrence, P. and Miles, S. J Wound Ostomy Continence Nursing, 2019.	Hemşirelerin basınç ülserlerinin önlenmesi ve yönetimi konusundaki bilgilerini, uluslararası kılavuzlarla uyumlu, çağdaş bir kanıta dayalı değerlendirme aracı kullanarak incelemek	Tipi: Tanımlayıcı, kesitsel Örneklem: Araştırmaya katılmayı kabul eden tüm hemşireler araştırmanın örneklemi oluşturmuştur (n=306). Veri toplama aracı: Modifiye Pieper Basınç Yarası Bilgi Testi Bilgi testinde hemşirelerin başarı skoru için kesme noktası %60 belirlenmiştir.	Hemşirelerin %86.3'ü kadın, %78.1'i lisans mezunu ve %48.7'si basınç yaralanmasına ilişkin bir derse veya bir günlük eğitim programına katılmış, bilgi testi toplam başarı oranı %64.9, önleme ve risk oranı %68.6 ve evrelendirme oranı %66.7 ile testin geçme sınırının üstünde olduğu ve yara tanılama oranı %59 olup testin geçme sınırının altında olduğu bulunmuştur.	Modifiye Pieper Basınç Yarası Bilgi Testi için daha düşük kesme puanlarının yeterli bilgi düzeylerini daha iyi temsil edebileceği öne sürülmüş ve sınır değerlerinin belirlenmesi için daha fazla araştırma yapılması

A Descriptive, Cross-Sectional Survey of Turkish Nurses' Knowledge of Pressure Ulcer Risk, Prevention and Staging. Gul, A., Andsoy, I. I., Ozkaya B. and Zeydan A. Ostomy Wound Management, 2017.	Türk hemşirelerinin hastanede yatan hastalarda önleme ve risk, evrelendirme ve yara tanılama ile ilgili basınç ülseri bilgilerini değerlendirmek	Tipi: Tanımlayıcı, kesitsel Örneklem: Hastalara bakım veren ve araştırmaya katılmayı isteyen tüm hemşireler örneklemini oluşturmuştur (n=308). Veri toplama araçları: hemşirelerin demografik bilgilerine yönelik soruların yer aldığı bir anket ile Modifiye Pieper Basınç Yarası Bilgi Testi'nden oluşmaktadır. Bilgi testinde hemşirelerin başarı skoru >%60 yeterli, >%80 iyi, >%90 çok iyi olarak değerlendirilmiştir.	Hemşirelerin yaş ortalaması 29.5±8.1 ve %83.4'ü kadın, %48'i basınç yaralanmasına ilişkin bir ders/konferans/kurs katılımı olmuş, bilgi testi toplam puan ortalaması 29.7±6.7 olup %58.4'ü testin geçme sınırının üzerinde (>%60), %41.6'sı testin geçme sınırının altında (<%60) olduğu belirlenmiştir. Testin önleme ve risk oranı %61.8, evrelendirme oranı %60 ve yara tanılama oranı %56.6 olarak bulunmuştur.	Hemşirelerin bilgi ve uygulamalarının periyodik olarak gözlenmesi ve ölçülenmesi için eğitim programlarının planlanması
Perioperative Registered Nurses Knowledge, Attitudes, Behaviors, and Barriers Regarding Pressure Ulcer Prevention in Perioperative Patients. Tallier, C. P., Reineke, R. P., Asadoorian, K., Choonoo, J., Campo, M. and Malmgreen-Wallen, C. Applied Nursing Research, 2017.	Hemşirelerin ameliyathanede basınç yaralanmasını önlemeye yönelik bilgi, tutum, davranış ve engelleri belirlemek	Tipi: Tanımlayıcı, kesitsel Örneklem: Lisans mezunu olmak ve en az 1 yıldır tam zamanlı olarak ameliyathane hemşiresi olarak çalışan hemşireler örneklemini oluşturmuştur (n=62). Veri toplama araçları: hemşirelerin demografik bilgilerine yönelik soruların yer aldığı bir anket ile Modifiye Pieper Basınç Yarası Bilgi Testi, Basınç Yarasını Önlemeye Yönelik Tutum Ölçeği ve basınç yaralanmasını önlemeye yönelik strateji ve hemşirelik uygulamalarının önündeki engeller hakkında soruların yer aldığı anket formundan oluşmaktadır. Bilgi testinde hemşirelerin başarı skoru için kesme noktası %90 olarak belirlenmiştir.	Hemşirelerin %82'si kadın ve %41'nin eğitim düzeyi lisans ve üstü olduğu, bilgi testi toplam ortalaması 39.6±2.9 dir. Bilgi testi toplam başarı puanı %72, önleme ve risk oranı %70, evrelendirme oranı %76 ve yara tanılama oranı %77 olarak testin geçme sınırının altında olduğu belirlenmiştir.	Hemşirelere ameliyathanede basınç yaralanmasını değerlendirmeye ve önlemeye ilişkin hemşirelik uygulamalarına yönelik eğitim programı verilmesi

A Survey of Australian Nurses' Knowledge of Pressure Injury/Pressure Ulcer Management. Lawrence, P., Fulbrook P., and Miles, S. J Wound Ostomy Continence Nurs., 2015.	Hemşirelerin basınç ülseri yönetimi bilgisini değerlendirmek	Tipi: Tanımlayıcı, kesitsel Örneklem: Araştırmaya katılmayı isteyen tüm hemşireler örneklemi oluşturmuştur (n=827). Veri toplama aracı: Modifiye Pieper Basınç Yarası Bilgi Testidir. Bilgi testinde hemşirelerin başarı skoru >%70 yeterli, >%80 iyi, >%90 çok iyi olarak değerlendirilmiştir.	Hemşirelerin çoğunluğunun (%78.2) eğitim düzeyi lisans mezunu, bilgi testi toplam başarı oranı %79 (testin geçme skorunun üstünde; yeterli bilgi), önleme ve risk oranı %77.1 (yeterli bilgi), evrelendirme oranı %80.8 (iyi) ve yara tanılama oranı %85.1 (iyi) olarak belirlenmiştir.	Basınç yaralanmasını önleme ve yönetme uygulamalarının kanıta dayalı kılavuzlara uygunluğu açısından denetlenmesi
Pressure Ulcer Knowledge Among Nurses in a Brazilian University Hospital. Chianca, M. C. T., Rezende, P. F. J., Borges, L. E., Nogueira, L. V. and Caliri, L. H. M. Ostomy Wound Management, 2010.	Brezilyalı hemşirelerin basınç ülseri önleme, değerlendirme ve evrelendirme konusundaki bilgilerini incelemek	Tipi: Tanımlayıcı, kesitsel Örneklem: Araştırmaya katılmayı isteyen tüm hemşireler oluşturmuştur (n=106). Veri toplama araçları: hemşirelerin demografik bilgilerine yönelik soruların yer aldığı bir anket ile Modifiye Pieper Basınç Yarası Bilgi Testi'nden oluşmaktadır. Bilgi testinde hemşirelerin başarı skoru için kesme noktası %90 olarak belirlenmiştir.	Hemşirelerin yaş ortalaması 46.3±18.5 ve %7.5'inin eğitim düzeyi ise lisans üstü, Bilgi Testi toplam puan ortalaması 26.07±4.93 olup bilgi testinin alt boyutlarında ise risk ve önleme 21.5±3.97 ve evrelendirme 4.59±1.62 olarak belirlenmiştir.	Yeni mezun hemşirelerden ziyade deneyimli hemşireler için bilgi düzeyini arttırmaya yönelik devamlı bir eğitim programı oluşturulması
Aydoğmuş, A. Cerrahi Hemşirelerin Basınç Yarası, Risk Faktörleri ve Önlemeye İlişkin Bilgilerinin İncelenmesi. Karabük Üniversitesi, 2020.	Cerrahi hemşirelerinin basınç yarası, risk faktörleri ve önlemeye ilişkin bilgilerini değerlendirmek	Tipi: Tanımlayıcı, kesitsel Örneklem: Cerrahi servis ve cerrahi yoğun bakımı birimlerinde çalışan hemşireler oluşturmuştur (n=245). Veri toplama araçları: Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri Formu ve Modifiye Pieper Basınç Yarası Bilgi Testi'nden oluşmaktadır.	Hemşirelerin %91.4'ü kadın ve %30.6'sının 34-41 yaş arasında, %70.2'sinin basınç yarasını önleme ve risk faktörlerine yönelik hizmet içi eğitim aldığı, bilgi testi toplam puan ortalaması 31.05±7.54, önleme ve risk 20.04±4.87, evrelendirme 6.19±2.09 ve yara tanılama 4.82±1.41 olarak bulunmuştur. Bilgi seviyesi yeterli değil.	Cerrahi servisler ile ameliyathanelerde çalışan hemşirelere basınç yarası önleme ve risk değerlendirmeye yönelik hizmet içi eğitim planlaması

		Bilgi testinde hemşirelerin başarı skoru için kesme noktası %70 olarak belirlenmiştir.		
Ören, N. Hemşirelerin Basınç Yarası Bilgi ve Evrelerini Tanılama Düzeylerinin İncelenmesi. Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, 2019.	Hemşirelerin basınç yarası bilgi ve evrelerini tanılama düzeylerini incelemek	Tipi: Tanımlayıcı, kesitsel Örneklem: Yetişkin hastaların yatarak tedavi gördüğü kliniklerde çalışan hemşireler oluşturmuştur (n=170). Veri toplama araçları: hemşirelerin demografik özelliklerini içeren anket formu, Modifiye Pieper Basınç Yarası Bilgi Testi ve hemşirelerin basınç yarası evrelendirme becerisini içeren Basınç Yarası Evrelendirme Kayıt Formundan oluşmaktadır. Bilgi testinde hemşirelerin başarı skoru >%70 yeterli, >%80 iyi, >%90 çok iyi olarak değerlendirilmiştir.	Hemşirelerin %91,8'inin kadın, %32,9'unun 31-35 yaş arası, %59,4'ünün lisans mezunu, %48,2'sinin cerrahi klinikte çalıştığı ve %52,9'unun basınç yarasına ilişkin eğitim aldığı, bilgi testinde önleme ve risk alt boyut puan ortalamasının daha yüksek olduğu bulunmuştur.	Eğitim programlarının geliştirilmesi, hizmet içi eğitimlerde basınç yaralanmasına yönelik uluslararası kılavuzların tanıtılması ve hemşirelere çoğaltılarak verilmesi
Orthopaedic Nurses' Knowledge About Pressure Ulcers in Iran: A Cross-Sectional Study Iranmanesh, S., Abdoli Tafti, A., Rafiei, H., Dehghan, M. and Razban, F. Journal of Wound Care, 2013.	Ortopedi kliniklerinde çalışan hemşirelerin basınç yaralanmasına ilişkin bilgi düzeyini belirlemek	Tipi: Tanımlayıcı, kesitsel Örneklem: Hastaların yatarak tedavi gördüğü ortopedi kliniklerinde çalışan hemşireler oluşturmuştur (n=57). Veri toplama araçları: hemşirelerin demografik özelliklerini içeren anket formu ve Modifiye Pieper Basınç Yarası Bilgi Testinden oluşmaktadır. Bilgi testinde hemşirelerin başarı skoru için kesme noktası %90 olarak belirlenmiştir.	Hemşirelerin %68'i kadın, yaş ortalaması 30.2±5.1, meslekte çalışma süresi ortalaması 6.9±4.6 yıldır. Bilgi testi toplam başarı oranı %70, önleme ve risk oranı %74, evrelendirme oranı %65 ve yara tanılama %72 olarak belirlenmiştir.	Ortopedi kliniklerinde bakımın kalitesini arttırmak ve kanıta dayalı bakım sağlanması için basınç yaralanmasına ilişkin eğitim ve öğretimin sürekli sağlanması

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi ve Deseni

Bu araştırma, hemşirelerin basınç yaralanmasına ilişkin bilgi düzeyi ve önlemeye yönelik kanıta dayalı uygulamaları gerçekleştirme durumlarının incelenmesi amacıyla, tanımlayıcı tipte ve kesitsel desende yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, İstanbul'da bir vakıf üniversitesinin iki hastanesinde, 19 Ekim- 30 Kasım 2020 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın veri toplama aşamasında araştırmanın yapıldığı hastaneler, bir no'lu ve iki no'lu hastane olarak adlandırılmıştır. Bir no'lu hastane, 2005 yılında açılmıştır ve 190 yatak kapasitesine sahiptir. İki no'lu hastane ise, 2018 yılında kurulmuş olup, 180 yatak kapasitesi ile hizmet vermektedir. Her iki hastanenin hemşireleri de, Hemşirelik Hizmetleri Direktörlüğü tarafından yönetilmektedir ve hemşireler hem hafta içi hem de hafta sonu (08:00-20:00 ve 20:00-08:00 saatleri arasında) iki shift olarak çalışmaktadırlar.

Araştırmanın yapıldığı hastanelerde, yetişkin yatan hasta servislerine kabul edilen hastanın, primer hemşireleri tarafından "Basınç Yarası Risk Değerlendirme Formu" ile basınç yaralanmasına ilişkin risk değerlendirmesi yapılmaktadır. Risk değerlendirme aracı olarak Braden Risk Değerlendirme Ölçeği kullanılmaktadır. Bu form ile toplam Braden Risk Değerlendirme Ölçeği puanı üzerinden hastanın tekrar risk değerlendirmesinin yapılacağı zaman belirlenir. Hastanın risk değerlendirme skalası puanı 12 puan ve altında (yüksek risk) ise 24 saat sonra, 13-14 puan arasında (orta risk) ise 48 saat sonra, 15-16 puan arasında (düşük risk) ise 72 saat sonra ve 17 puan ve üzerinde (risk yok) ise 7 gün sonra tekrar risk değerlendirmesi yapılmaktadır.

Araştırmanın yapıldığı hastanelerde birer yara bakım hemşiresi bulunmaktadır. Servise kabulü sırasında basınç yaralanması olan veya hastanede basınç yaralanması gelişen hastalar konusunda primer hemşireler yara bakım hemşiresine bilgi vermektedir. Bu hastalar için hastanenin yara bakım hemşiresi tedavi ve bakım planı oluşturup, uygulayıp, hastanın takibini sürdürürken, hastanın primer hemşiresi, hasta için "24 Saatlik Pozisyon Planlama Formu" ile pozisyon verme planı oluşturmakta ve uygulamaktadır. Ayrıca primer hemşireler hastanenin eğitim ve kalite departmanı tarafından hazırlanan hemşirelik bakım planları doğrultusunda hastanın mevcut sağlık durumuna ve ihtiyacına göre bakım vermeyi sürdürmektedir. Her shiftte hasta yeniden

değerlendirilmekte bakım planlamaları güncellenmektedir. Planlanan ve uygulanan hemşirelik girişimleri ve değerlendirme sonuçları kayıt altında tutulmaktadır.

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini İstanbul'da bir vakıf üniversitesinin iki hastanesinin yetişkin yatan hasta servislerinde çalışan hemşireler oluşturmuştur (N=150). Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş ve araştırmaya katılmaya gönüllü hemşireler örneklemi oluşturmuştur (n=86).

3.4. Dahil Edilme Kriterleri

- Yetişkin yatan hasta servislerinde en az üç aydır çalışıyor olmak,
- Yazılı onam vererek araştırmaya katılmaya gönüllü olmak.

3.5. Dahil Edilmeme Kriterleri

- Yetişkin yatan hasta servislerinde yalnızca yönetim sorumluluğu bulunmak,
- Poliklinik, acil servis, ameliyathane, pediatri servisleri ve eğitim biriminde çalışıyor olmak,
- Araştırmanın yapıldığı tarih aralığında raporlu veya izinli olmak.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri üç veri toplama aracı kullanarak toplanmıştır. Bunlar; Hemşire Tanıtıcı Özellikler Formu, Modifiye Pieper Basınç Yarası Bilgi Testi ve Hemşirelerin Basınç Yaralanmasını Önlemeye Yönelik Kanıta Dayalı Uygulamaları Formu'dur.

Hemşire Tanıtıcı Özellikler Formu (EK-5)

Form araştırmacı tarafından ilgili literatür incelenerek ve araştırma konusu ile ilişkili olabilecek hemşire özellikleri dikkate alınarak geliştirilmiştir (6, 7, 8, 9, 32). İki bölüm ve 23 sorudan oluşan formun birinci bölümünde, hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine yönelik 16 soru (yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim düzeyi, çalıştığı klinik alan, çalıştığı servis, mesleki yaşamında en fazla çalıştığı servis, serviste çalışma süresi, meslekte çalışma süresi, serviste çalışma düzeni, çalışma saatleri, haftalık çalışma süresi, günlük çalışma süresi, klinikte çalışma şekli, şifte bakım verilen hasta sayısı, şifte çalışan hemşire sayısı), ikinci bölümünde ise, hemşirelerin basınç yaralanmasına ilişkin

özelliklerine yönelik 7 soru (basınç yaralanması ve önlemeye ilişkin eğitim alma durumu, eğitimi aldığı yer, aldığı eğitimi yeterli bulma durumu, çalıştığı serviste basınç yaralanmasını önlemeye yönelik uygulama yapma durumu, basınç yaralanmasını önlemeye yönelik uygulamaların yapılması gerektiği düşünülen hastalar, basınç yaralanması gelişmiş hastalara bakım verme durumu, basınç yaralanmasını önlemeye yönelik hemşirelerin uygulamalarını yeterli bulma durumu) bulunmaktadır.

Modifiye Pieper Basınç Yarası Bilgi Testi (Modified Pieper Pressure Ulcer Knowledge Test- PUKT) (EK-6)

Bilgi Testi, 1995 yılında Pieper ve Mott tarafından hemşirelerin basınç yaralanmasına ilişkin bilgilerini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Toplam 47 ifadeden oluşan testte ifadeler doğru veya yanlış seçeneklerinden biri belirlenerek yanıtlanmaktadır. Test, 2015 yılında Petra Lawrence ve arkadaşları tarafından modifiye edilmiştir (bir soru iptal edilmiş ve üç yeni soru eklenmiştir). Asiye Gül ve arkadaşları tarafından 2017 yılında Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılan test, 25 doğru 24 yanlış toplam 49 ifadeden oluşmakta ve doğru- yanlış- bilmiyorum seçeneklerinden biri belirlenerek yanıtlanmaktadır. Testin içerdiği ifadeler, basınç yaralanması ile ilgili üç alt boyutu değerlendirmeyi sağlar. Bunlar; önleme ve risk alt boyutu, evrelendirme alt boyutu ve yara tanılama alt boyutudur. Testte 33 ifade önleme ve risk alt boyutuna (1, 2, 3, 4, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 28, 29, 32, 33, 38, 39, 40, 41, 43, 46, 47, 48), 9 ifade evrelendirme alt boyutuna (5, 6, 9, 20, 34, 37, 42, 45, 49) ve 7 ifade yara tanılama alt boyutuna (26, 27, 30, 31, 35, 36, 44) yöneliktir. Her doğru yanıt 1 puan, yanlış ve bilmiyorum yanıtı 0 puan verilerek değerlendirilmektedir. Doğru yanıt sayısı toplam soru sayısına bölünerek, 100 ile çarpılır ve doğru yanıt oranı hesaplanır. Doğru yanıt oranının %70 (34.3 puan) olması, testin “geçme sınırı” olarak kabul edilmektedir. Doğru yanıt verilen soru oranı %80’den (39.2 puan üzeri) fazla ise “iyi” ve %90’dan (44.1 puan üzeri) yüksek ise “çok iyi” olarak değerlendirilmektedir. Testin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışmasında geçme sınırı %60 olarak alınmıştır. Bilgi Testinin Cronbach alfa katsayısı Türkçe geçerlik güvenirlik çalışmasında 0,814 olarak bildirilmiştir (36). Bu araştırmada ise, testin geçme sınırı %70 olarak kabul edilmiş ve testin Cronbach Alfa katsayısı ise 0.759 olarak belirlenmiştir. Tablo 3.1’de toplam bilgi testi ve alt boyutlarının doğru yanıtlarına göre yanıt oranı (yüzde) ve puan olarak değerlendirmesi verilmiştir.

Tablo 3.1. Modifiye Pieper Basınç Yarası Bilgi Testi ve Alt Boyutları Puan Değerlendirilmesi

Puan Değerlendirme (yanıt oranı, değerlendirme)	Modifiye Pieper Basınç Yarası Bilgi Testi	Önleme ve Risk Alt Boyutu	Evrelendirme Alt Boyutu	Yara Tanılama Alt Boyutu
%70 Geçme sınırı	34.3 puan	23.1 puan	6.3 puan	4.9 puan
%80 İyi	39.2 puan	26.4 puan	7.2 puan	5.6 puan
%90 Çok iyi	44.1 puan	29.7 puan	8.1 puan	6.3 puan

Hemşirelerin Basınç Yaralanmasını Önlemeye Yönelik Kanıta Dayalı Uygulamaları Formu (EK-7)

Form, hemşirelerin basınç yaralanmasını önlemeye yönelik kanıta dayalı uygulamalarını belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından ilgili literatür incelenerek hazırlanmıştır (1, 3). Formun içerdiği basınç yaralanmasını önlemeye yönelik kanıta dayalı uygulama ifadeleri, kanıta dayalı kılavuz ve kaynaklar olan Ulusal Basınç Ülseri Danışma Paneli, Avrupa Basınç Ülseri Danışma Paneli ve Pan Pasifik Basınç Yaralanması Birliği'nin (NPUAP- EPUAP ve PPPIA) tarafından 2019 yılında yayınlanan Hızlı Başvuru Kılavuzu: Basınç Yaralanmasını Önleme ve Tedavi (Prevention and Treatment of Pressure Injuries: Quick Reference Guide) kanıta dayalı uygulama kılavuzundan yararlanılarak belirlenmiştir. Belirlenen önleyici uygulama ifadeleri (35 ifade), basınç yaralanmasını önlemeye yönelik beş başlık altında düzenlenmiştir. Bunlar; risk değerlendirme (9 ifade), deri değerlendirme ve deri bakımı (10 ifade), beslenme durumunu değerlendirme (6 ifade), pozisyon verme ve destek yüzey kullanma (5 ifade) ile medikal ekipman kullanmadır (5 ifade). Katılımcılar her bir uygulama ifadesini, klinikte uygulamayı gerçekleştirme durumunu dikkate alarak, hiç- bazen- her zaman seçeneklerinden birini işaretleyerek, yanıtlamaktadır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

3.7.1. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımsız Değişkenler: Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ve basınç yaralanmasına ilişkin özellikleri ile basınç yaralanmasını önlemeye yönelik kanıta dayalı uygulamaları gerçekleştirme durumları

Bağımlı Değişkenler: Hemşirelerin Modifiye Pieper Basınç Yarası Bilgi Testi toplam puan ortalaması ile üç alt boyutunun (önleme ve risk, evrelendirme, yara tanılama) puan ortalamaları

3.7.2. Araştırmada Kullanılacak İstatistiksel Analizler

Araştırmanın verileri SPSS 25.0 programı ile Tablo 3.2’de verilen istatistiksel analizler kullanılarak değerlendirilmiştir.

Tablo 3.2. Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Analizler

Araştırmanın Değişkenleri	İstatistiksel Analizler
Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri (cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, çalıştığı klinik alan, çalıştığı servis, serviste çalışma süresi, meslekte çalışma süresi, şifte bakım verilen hasta sayısı, şifte çalışan hemşire sayısı)	Tanımlayıcı istatistiksel analizler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, min-max değer)
Hemşirelerin basınç yaralanmasına ilişkin özellikleri (basınç yaralanması ve önlemeye ilişkin eğitim alma durumu, basınç yaralanması ve önlenmesine ilişkin eğitimi aldığı yer, basınç yaralanması ve önlenmesine ilişkin alınan eğitimi yeterli bulma durumu, çalıştığı serviste basınç yaralanmasını önlemeye yönelik uygulama yapma durumu, basınç yaralanmasını önlemeye yönelik uygulamaların yapılması gerektiği düşünülen hastalar, basınç yaralanması gelişmiş hastaya bakım verme durumu, basınç yaralanmasını önlemeye yönelik hemşirelerin uygulamalarını yeterli bulma durumu)	
Hemşirelerin Modifiye Pieper Basınç Yarası Bilgi Testi yanıtlarının dağılımı	
Hemşirelerin basınç yaralanmasını önlemeye yönelik kanıta dayalı uygulamaları gerçekleştirme durumları	Tanımlayıcı istatistiksel analizler (ortalama, standart sapma, min-max değer)
Modifiye Pieper Basınç Yarası Bilgi Testi puan ortalamaları	
Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine göre Modifiye Pieper Basınç Yarası Bilgi Testi alt boyutları ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması	Bağımsız Grup T Testi, Tek Yönlü ANOVA Testi Post Hoc: LSD; Tukey

Hemşirelerin basınç yaralanmasına ilişkin özelliklerine göre Modifiye Pieper Basınç Yarası Bilgi Testi alt boyutları ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması	
Hemşirelerin basınç yaralanmasını önlemeye yönelik kanıta dayalı uygulamalarına göre Modifiye Pieper Basınç Yarası Bilgi Testi alt boyutları ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması	Tek Yönlü ANOVA Testi Post Hoc: LSD; Tukey
Hemşirelerin klinik alanda ve meslekte çalışma süresi ile Modifiye Pieper Basınç Yarası Bilgi Testi alt boyutları ve toplam puanı arasındaki ilişki	Pearson Korelasyon Analizi

3.8. Araştırmanın Ön Uygulaması

Veri toplama formunun ön uygulaması, 12- 16 Ekim 2020 tarihleri arasında 10 hemşirenin katılımı ile gerçekleştirilmiştir.

Ön uygulamadan sonra yapılan değerlendirmeler sonucunda “Hemşire Tanıtıcı Özellikler Formu” nda aşağıdaki değişiklikler yapılmıştır.

- 1) “Klinikte çalışma şekliniz nedir?” sorusu ve seçenekleri (iş merkezli, hasta merkezli ve diğer) eklenmiştir.
- 2) “Basınç yaralanması ve önlenmesine ilişkin aldığınız eğitimi yeterli buluyor musunuz?” sorusu eklenmiştir.

Ön uygulama sonrası değişiklik yapılan sorulara ilişkin hemşirelerin özellikleri öğrenilmiş ve bu hemşireler, araştırmanın asıl uygulamasına dahil edilmiştir.

3.9. Araştırmanın Uygulaması

Araştırmanın uygulaması 19 Ekim- 30 Kasım 2020 tarihleri arasında, yetişkin yatan hasta servislerinde çalışan, araştırmanın dahil edilme kriterlerine uygun olan ve yazılı onamları alınan hemşirelere uygulanmıştır. Araştırmacı tarafından hemşirelere, yetişkin yatan hasta servisleri hemşire odasında araştırmanın amacı açıklanmış ve bilgilendirilmiş onamları alındıktan sonra, veri toplama formları verilmiştir. Hemşirelerin kendilerinin doldurduğu formu tamamlamaları yaklaşık 25-30 dakika sürmüştür.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sınırlılığı, İstanbul'da bir vakıf üniversitesinin iki üniversite hastanesinde, yetişkin yatan hasta servislerinde çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hemşireler ile gerçekleştirilmiş olmasıdır.

3.11. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın etik açıdan uygunluğunun sağlanması amacıyla, aşağıdaki basamaklar izlenmiştir:

- Araştırmanın yapıldığı hastanelerin bağlı olduğu kurumun etik kurulundan (klinik araştırmalar etik kurulu) izni alınmıştır (EK-1).
- Araştırmanın yapıldığı hastanelerden kurum izni alınmıştır (EK-2).
- Araştırmaya dahil edilme kriterlerine uygun olan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan hemşirelerin yazılı bilgilendirilmiş onamları alınmıştır (EK-3).
- Veri toplama aracı olarak bu çalışmada kullanılan Modifiye Pieper Basınç Yarası Bilgi Testi için Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yapan araştırmacılardan izin alınmıştır (EK-4).

Ayrıca, araştırma sonuçlarının ve önerilerinin değerlendirilebilmesi amacıyla, araştırmanın yapıldığı hastanelerin yönetimine geri bildirimde bulunulacaktır.

4. BULGULAR

Tablo 4.1. Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=86)

Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	68	79.1
Erkek	18	20.9
Yaş Grubu (Ort: 26.43±SS:0.44) (Min: 21 Max: 38)		
18-23	29	33.7
24-29	38	44.2
30-35	14	16.3
36-41	5	5.8
Eğitim Düzeyi		
Sağlık meslek lisesi	13	15.1
Lisans	68	79.1
Yüksek lisans	5	5.8
Çalıştığı Klinik Alan		
Yoğun bakım	13	15.1
Cerrahi klinik	56	65.1
Dahili klinik	17	19.8
Çalıştığı Servis		
Yoğun bakım	15	17.4
Beyin ve sinir cerrahi	13	15.1
Organ nakli	9	10.5
Kadın doğum	6	7.0
Ortopedi	6	7.0
Karma cerrahi	14	16.3
Erişkin KİT	6	7.0
Onkoloji	8	9.3
İç hastalıkları	6	7.0
Kardiyovasküler cerrahi	3	3.5
Serviste Çalışma Süresi		
3 ay- 1 yıl	45	52.3
2- 5 yıl	38	44.2
6- 9 yıl	2	2.3
10 yıl ve üzeri	1	1.2
Meslekte Çalışma Süresi		
3 ay- 1 yıl	30	34.9
2- 5 yıl	35	40.7
6- 9 yıl	12	14.0
10 yıl ve üzeri	9	10.5
Şifte Bakım Verilen Hasta Sayısı		
1-3	44	51.2
4-6	42	48.8
Şifte Çalışan Hemşire Sayısı		
1	4	4.7
2	40	46.5
3	32	37.2
4	10	11.6

Tablo 4.1’de araştırmaya katılan hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı verilmiştir. Buna göre; hemşirelerin yaş ortalamasının 26.43 ± 0.44 olduğu, fazla oranla 24-29 yaş arası (%44.2) olanların, çoğunluğunun kadın (%79.1) ve lisans mezunu olduğu (%79.1) olduğu saptanmıştır. Çalıştığı klinik alanın en fazla oranla cerrahi klinikler olduğu (%65.1) belirlenen hemşireler, çalıştığı servisin en fazla oranla yoğun bakım (%17.4) olduğunu yarısından fazlası serviste çalışma süresinin 3 ay- 1 yıl arasında (%52.3) olduğunu, çoğunluğunun meslekte çalışma süresinin 2-5 yıl arasında (%40.7) olduğunu, yarısından fazlası şifte bakım verdiği hasta sayısının 1-3 arasında (%51.2) olduğunu ve en fazla oranla şifte çalışan hemşire sayısının 2 (%46.5) olduğunu bildirilmişlerdir.

Tablo 4.2. Hemşirelerin Basınç Yaralanmasına İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı (n=86)

Özellikler	n	%
Basınç yaralanması ve önlemeye ilişkin eğitim alma durumu		
Eğitim almış	76	88.4
Eğitim almamış	10	11.6
Basınç yaralanması ve önlenmesine ilişkin eğitimi aldığı yer (n=76)*		
Okulda	60	69.8
Hizmet içi eğitimde	64	74.4
Kursta	11	12.8
Sertifika programında	5	5.8
Basınç yaralanması ve önlenmesine ilişkin alınan eğitimi yeterli bulma durumu (n=76)		
Yeterli	65	75.6
Yeterli değil	11	12.8
Çalıştığı serviste basınç yaralanmasını önlemeye yönelik uygulama yapma durumu		
Yapıyor	82	95.3
Yapmıyor	4	4.7
Basınç yaralanmasını önlemeye yönelik uygulamaların yapılması gerektiği düşünülen hastalar		
Yatağa bağımlı hastalar	50	58.1
Basınç yaralanması mevcut hastalar	14	16.3
Uzun süre hastanede yatmayı gerektiren durumu olan hastalar	45	52.3
Bilinci kapalı hastalar	30	34.9
Basınç yaralanması gelişme riski yüksek hastalar	39	45.3
Basınç yaralanması gelişmiş hastaya bakım verme durumu		
Bakım verdim	72	83.7
Bakım vermedim	11	12.8
Bakım verilirken gözlem yaptım	3	3.5
Basınç yaralanmasını önlemeye yönelik hemşirelerin uygulamalarını yeterli bulma durumu		
Yeterli	61	70.9
Yeterli değil	25	29.1

*Birden fazla yanıt verilmiştir.

Tablo 4.2’de hemşirelerin basınç yaralanmasına ilişkin özelliklerine göre dağılımını verilmiştir. Hemşirelerin çoğunluğunun (%88.4) basınç yaralanması ve önlemeye ilişkin eğitim aldığı, eğitim alan hemşirelerin en fazla oranlarla (%74.4) hizmet içi eğitimde ve (%69.8) okulda eğitim aldığı ve bunların çoğunluğunun (%75.6) aldığı eğitimi yeterli bulduğu saptanmıştır. Hemşirelerin tamamına yakını (%95.3) çalıştığı serviste basınç yaralanmasını önlemeye yönelik uygulama yaptığını ve yarısından fazlası (%58.1) basınç yaralanmasını önlemeye yönelik uygulamaların yatağa bağımlı hastalarda yapılması gerektiğini düşündüklerini bildirmişleridir. Hemşirelerin çoğunluğunun (%83.7) basınç yaralanması gelişen hastaya bakım verdiği ve basınç yaralanmasını önlemeye yönelik hemşirelerin uygulamalarını yeterli buldukları (%70.9) bulunmuştur.

Tablo 4.3. Hemşirelerin Modifiye Pieper Basınç Yarası Bilgi Testi Puan Ortalamaları (n=86)

Modifiye Pieper Basınç Yarası Bilgi Testi ve Alt Boyutları	Ort±SS	Min-Max
Önleme ve Risk	23.39±3.98	10-29
Evrelendirme	5.58±1.66	2-9
Yara Tanılama	3.96±1.29	1-7
Toplam Bilgi Testi	32.94±5.78	14-42

Tablo 4.3’de hemşirelerin Modifiye Pieper Basınç Yarası Bilgi Testi toplam ve alt boyutlarının puan ortalamaları bulunmaktadır.

Hemşirelerin bilgi testi toplam puan ortalaması 32.94±5.78 (geçme sınırının altında) dir. Bilgi testinin alt boyutlarının puan ortalamaları sırasıyla; önleme ve risk 23.39±3.98 (geçme sınırının üzerinde), evrelendirme 5.58±1.66 (geçme sınırının altında) ve yara tanılama 3.96±1.29 (geçme sınırının altında) olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.4. Hemşirelerin Modifiye Pieper Basınç Yarası Bilgi Testi Yanıtlarının Dağılımı (n=86)

Modifiye Pieper Basınç Yarası Bilgi Testi	Doğru n(%)	Yanlış n(%)	Bilmiyorum n(%)
1.*Kemik çıkıntılarına masaj yapmak basınç yarasını önlemede önemlidir.	19(22.1)	60(69.8)	7(8.1)
2. Hareketsizlik, inkontinans, yetersiz beslenme ve bilinç düzeyinin değişmesi basınç yaralarının oluşması için bazı risk faktörlerindendir.	84(97.7)	1(1.2)	1(1.2)
3. Basınç yarası riski için hastaneye yatan bireylerin tümüne günlük olarak, uzun süreli yatışlarda haftada bir sistematik cilt muayenesi yapılmalıdır.	76(88.4)	8(9.3)	2(2.3)
4.Sıcak su ve sabun cildi kurutabilir fakat basınç yarası gelişimi için riski arttırmaz.	24(27.9)	24(27.9)	17(19.8)
5.**Evre 1 basınç yaraları; genellikle kemik çıkıntıları üzerinde lokalize, beyazlaşmayan, derinin bütünlüğü bozulmamış kızarıklık olarak tarif edilir.	75(87.2)	9(10.5)	2(2.3)
6.Evre 3 basınç yarası epidermis ve/veya dermisi içine alan kısmi kalınlıklı deri kaybıdır.	32(37.2)	49(57)	5(5.8)
7.Şeffaf yara örtüleri (Tegaderm, Opsite gibi) ve hidrokolloid yara örtüleri (Duoderm, Restore gibi) sürtünmenin etkilerine karşı korumaz.	56(65.1)	17(19.8)	13(15.1)
8.Bütün bireyler basınç ülseri gelişme riski açısından hastaneye ilk yatışta değerlendirilmelidir.	75(87.2)	6(7)	5(5.8)
9.Evre 4 basınç yarası kemik, kas ve tendonları etkileyen tam kat doku kaybıdır.	79(91.9)	5(5.8)	2(2.3)
10.Protein ve kalori alımı azalmış hastalarda, basınç yarası gelişme riski artmaz.	68(79.1)	9(10.5)	9(10.5)
11.Yatağa bağımlı hastalara her 3 saatte bir tekrar pozisyon verilmelidir.	56(65.1)	24(27.9)	6(7)
12.Topuk koruyucular ve jel yastıklar topuklardaki basıncı azaltır.	15(17.4)	63(73.3)	8(9.3)
13. Hastanın basınç yarası riski açısından değerlendirilmesi gereklidir. Bir çevirme düzeni belirlenmeli ve yatak başına not edilmelidir.	9(10.5)	77(89.5)	-
14. Simit yastıklar basınç yaralarının önlenmesinde yardımcı olmaz.	23(26.7)	54(62.8)	9(10.5)

15. Yan yatar pozisyon, bir kişinin durumunda ve öncelikli diğer bakım ihtiyaçlarında bir değişiklik olmadıkça 30 °C olmalıdır.	64(74.4)	14(16.3)	8(9.3)
16. Sandalyeye bağlı kişiler için sandalye üzerine bir sandalye minderi koyulması uygun değildir.	69(80.2)	8(9.3)	9(10.5)
17. Yatağın başı tıbbi koşullar ile uyumlu olarak en düşük yükseklikte (ideal olarak 30 °C'den yüksek olmamalı) tutulmalıdır.	71(82.6)	11(12.8)	4(4.7)
18. Kişi sandalyede otururken 60 dakikada bir ağırlığını değiştirmesi gerektiği öğretilmelidir.	26(30.2)	55(64)	5(5.8)
19. Kişi ağırlığını kendi kontrol edemiyorsa en fazla 2 saat sandalyede oturmalıdır	65(75.6)	12(14)	9(10.5)
20. Evre 2 basınç yaraları kısmi kalınlıklı deri kaybı veya içi su dolu kabarcıklardır.	68(79.1)	11(12.8)	7(8.1)
21. Epiderminin her zaman temiz ve kuru tutulması gerekli değildir.	66(76.7)	15(17.4)	5(5.8)
22. Düşük nemli bir ortam bir kişiyi basınç yaralarına yatkın hale getirmez.	50(58.1)	25(29.1)	11(12.8)
23. Basınç yaralarının görülme sıklığı arttığında, basınç yarası riski, önleme ve tedavi çalışmaları için bir komisyon görevlendirilmelidir.	76(88.4)	5(5.8)	5(5.8)
24. İnkontinans nedeniyle cildin neme maruz kalmasını azaltmak için, doğru cilt ve kontinans ürünleri uygulanmalıdır.	78(90.7)	6(7)	2(2.3)
25. Hastanın tedavi hedefleri ile tutarlı ise rehabilitasyon başlatılmalıdır.	76(88.4)	8(9.3)	2(2.3)
26.***Sarı nekrotik doku, yara yatağındaki sarı veya kremi dokudur.	52(60.5)	7(8.1)	27(31.4)
27. Eskarın varlığı yara iyileşmesi için iyidir.	19(22.1)	45(52.3)	22(25.6)
28. Kemik çıkıntıları olan bölgeler birbirleriyle direkt temas etmemelidir.	76(88.4)	8(9.3)	2(2.3)
29. Basınç yarası gelişme riski olan her birey, basıncı dağıtan yataklar üzerine yatırılmalıdır.	75(87.2)	10(11.6)	1(1.2)
30. Tünelleşme (CEP, oyuk), derinin altında oluşan bir tahribattır.	63(73.3)	10(11.6)	13(15.1)
31. Eskar sağlıklı bir dokudur.	25(29.1)	30(34.9)	31(36)
32. Nem ile ıslanmış bir deri kolayca yırtılmaz.	41(47.7)	34(39.5)	11(12.8)
33. Basıncı yeniden dağıtan destek materyaller, yüzeydeki basıncı devamlı olarak kapiller kapanma basıncının altında tutar	64(74.4)	11(12.8)	11(12.8)

34. Basmakla solmayan kızarıklık, kızarık olan alana basınç uygulandığında beyazlaşmanın olmaması olarak ifade edilir.	54(62.8)	17(19.8)	15(17.4)
35. Basınç yaraları steril yaradır.	50(58.1)	28(32.6)	8(9.3)
36. Basınç yarası skarı, sağlam bir deriden daha hızlı tahrip olur.	63(73.3)	15(17.4)	8(9.3)
37. Topukta oluşan su kabarcığı endişelenecek bir şey değildir.	68(79.1)	16(18.6)	2(2.3)
38. Topukları askıya alan aletler topukları basınçtan korumaz.	58(67.4)	19(22.1)	9(10.5)
39. Eğitim programları basınç yarası görülme sıklığını azaltmaz.	70(81.4)	11(12.8)	5(5.8)
40. Topuklardaki basıncı azaltmanın en iyi yolu hafif diz fleksiyonu ile yatağın yükseltilmesidir.	55(64)	15(17.4)	16(18.6)
41. Riskli olarak değerlendirilmeyen bir hastada basınç yarası asla gelişmez.	75(87.2)	8(9.3)	3(3.5)
42. Sarı nekrotik doku veya eskar evre 4 basınç yaralarında asla görülmez.	41(47.7)	12(14)	33(38.4)
43. Yırtılma, derinin inceldiği ve vücut çıkıntılarının olduğu alanlara uygulanan güçle meydana gelir.	68(79.1)	10(11.6)	8(9.3)
44. Deri, vücudun en büyük organı değildir.	69(80.2)	13(15.1)	4(4.7)
45. Evre 2 basınç yaraları ağırlı değildir çünkü sinir uçları açıkta değildir.	36(41.9)	39(45.3)	11(12.8)
46. İnkontinansı olan hastalar için, kirlendiği zaman veya rutin aralıklarla cildin temizliği gerekli değildir.	65(75.6)	17(19.8)	4(4.7)
47. Basınç yaralarını önlemek ve tedavi etmek için verilen bakımların tümü kayıt edilmelidir.	72(83.7)	10(11.6)	4(4.7)
48. Sürtünme, hastanın yatak içinde yukarıya çekilmesi sırasında oluşur.	58(57.4)	24(27.9)	4(4.7)
49. Reaktif hiperemi 45 dakika içinde kaybolur.	27(31.4)	10(11.6)	49(57)

*Önleme ve risk, **Evrelendirme, ***Yara tanılama

Tablo 4.4’de Hemşirelerin Modifiye Pieper Basınç Yarası Bilgi Testi yanıtlarının dağılımı verilmiştir.

Önleme ve risk alt boyutunda (33 ifade), hemşirelerin %90’dan fazlası 2. ve 24. ifadeleri doğru olarak yanıtlarken [2) Hareketsizlik, inkontinans, yetersiz beslenme ve bilinç düzeyinin değişmesi basınç yaralarının oluşması için bazı risk faktörlerindendir, 24) İnkontinans nedeniyle cildin neme maruz kalmasını azaltmak için, doğru cilt ve

kontinans ürünleri uygulanmalıdır], %70'den fazlası ifadelerin %60.6'sını (20 ifade) doğru yanıtlamıştır. En fazla oranla yanlış yanıtlanan ifadeler ise 13. (%89.5) ve 12. (%73.3) ifadeler olurken [13) Hastanın basınç yarası riski açısından değerlendirilmesi gereklidir. Bir çevirme düzeni belirlenmeli ve yatak başına not edilmelidir, 12) Topuk koruyucular ve jel yastıklar topuklardaki basıncı azaltır], en fazla bilmiyorum olarak yanıtlanan ifadeler 4. (%19.8) ve 40. (%18.6) ifadeler olmuştur [4) Sıcak su ve sabun cildi kurutabilir fakat basınç yarası gelişimi için riski arttırmaz, 40) Topuklardaki basıncı azaltmanın en iyi yolu hafif diz fleksiyonu ile yatağın yükseltilmesidir].

Evrelendirme alt boyutunda (9 ifade), hemşirelerin %90'dan fazlası sadece 9. ifadeyi doğru olarak yanıtlanırken [9) Evre 4 basınç yarası kemik, kas ve tendonları etkileyen tam kat doku kaybıdır], yarısından fazlası ifadelerin %44.4'ünü (4 ifade) doğru yanıtlamıştır. En fazla oranla yanlış yanıtlanan ifadeler ise 6. (%57) ve 45. (%45.3) ifadeler olurken [6) Evre 3 basınç yarası epidermis ve/veya dermisi içine alan kısmi kalınlıklı deri kaybıdır, 45) Evre 2 basınç yaraları ağrılı değildir çünkü sinir uçları açıkta değildir], en fazla bilmiyorum olarak yanıtlanan ifadeler 49. (%57) ve 42. (%38.4) ifadeler olmuştur [49) Reaktif hiperemi 45 dakika içinde kaybolur, 42) Sarı nekrotik doku veya eskar Evre 4 basınç yaralarında asla görülmez].

Yara tanılama alt boyutunda (7 ifade), hemşirelerin %80'den fazlası sadece 44. ifadeyi doğru olarak yanıtlanırken [44. Deri, vücudun en büyük organı değildir], %70 den fazlası ifadelerin %42.8'ini (3 ifade) doğru yanıtlamıştır. En fazla oranla yanlış yanıtlanan ifadeler ise 27. (%52.3) ve 31. (%34.9) ifadeler olurken [27) Eskarın varlığı yara iyileşmesi için iyidir, 31) Eskar sağlıklı bir dokudur], en fazla bilmiyorum olarak yanıtlanan ifadeler yine 31. (%36) ve 26. (%31.4) ifadeler olmuştur [26) Sarı nekrotik doku, yara yatağındaki sarı veya kremi dokudur].

Tablo 4.5. Hemşirelerin Basınç Yaralanmasını Önlemeye Yönelik Kanıta Dayalı Uygulamaları Gerçekleştirme Durumları (n=86)

Tablo 4.5.1. Hemşirelerin Basınç Yaralanmasını Önlemeye Yönelik Risk Değerlendirme Uygulamalarını Gerçekleştirme Durumlarının Dağılımı (n=86)

Risk Değerlendirme Uygulamaları	Her zaman n(%)	Bazen n(%)	Hiç n(%)
1) Hareketi ve/veya aktivitesi kısıtlı hastaların, sürtünme- yırtılma ve basınç yaralanması riski açısından durumunun değerlendirilmesi	60(69.8)	21(24.4)	5(5.8)
2) Hasta servise kabul edilir edilmez basınç yaralanması gelişme riskinin değerlendirilmesi	56(65.1)	26(30.2)	4(4.7)
3) Basınç yaralanması gelişme riskini değerlendirmede hastaya uygun bir risk değerlendirme aracının kullanılması	65(75.6)	19(22.1)	2(2.3)
4) Basınç yaralanması riskinin düzenli olarak değerlendirilmesi	67(77.9)	16(18.6)	3(3.5)
5) Hastanın basınç noktalarında olası ağrısının değerlendirilmesi ve hastaya ağrısının olup olmadığının sorulması	54(62.8)	25(29.1)	7(8.1)
6) Hastanın eşlik eden başka hastalıklarının sorgulanması	70(81.4)	14(16.3)	2(2.3)
7) Hareketi ve/veya aktivitesi kısıtlı hastaların topuklarının basıncı gidermek amacıyla eleve edilmesi	51(59.3)	32(37.2)	3(3.5)
8) Hastanın sağlık durumunda bir değişiklik olduğu zaman risk değerlendirmesinin yeniden yapılması	53(61.6)	27(31.4)	6(7.0)
9) Basınç yaralanması gelişme riski olan hastalarda risk bazlı önleme planı geliştirilmesi ve uygulanması	48(55.8)	32(37.2)	6(7.0)

Tablo 4.5.1’de hemşirelerin basınç yaralanmasını önlemeye yönelik risk değerlendirme uygulamalarını gerçekleştirme durumlarının dağılımı verilmiştir.

Hemşirelerin yarısından fazlası risk değerlendirme uygulamalarının tamamını her zaman gerçekleştirdiklerini ve en fazla oranla (%81.4) altıncı uygulama olan hastanın eşlik eden başka hastalıklarını sorguladığını bildirmiştir. Yedinci uygulama olan hareketi ve/veya aktivitesi kısıtlı hastaların topuklarının basıncı gidermek amacıyla eleve edilmesi ile dokuzuncu uygulama olan basınç yaralanması gelişme riski olan hastalarda risk bazlı

önleme planı geliştirilmesi ve uygulanması hemşirelerin %37.2'si tarafından bazen gerçekleştirildiği bildirilmiştir.

Tablo 4.5.2. Hemşirelerin Basınç Yaralanmasını Önlemeye Yönelik Deri Değerlendirme ve Deri Bakımı Uygulamalarını Gerçekleştirme Durumlarının Dağılımı (n=86)

Deri Değerlendirme ve Deri Bakımı Uygulamaları	Her zaman n(%)	Bazen n(%)	Hiç n(%)
1) Hastayı servise kabul eder etmez deri değerlendirmesinin yapılması	58(67.4)	25(29.1)	3(3.5)
2) Hastanın her risk değerlendirmesinde deri değerlendirmesinin yapılması	52(60.5)	30(34.9)	4(4.7)
3) Deri değerlendirmesinde, vücudun her bölgesinin basmakla geçmeyen kızarıklık, sıcaklık, ödem, eritem, ağrı yönünden değerlendirilmesi	61(70.9)	20(23.3)	5(5.8)
4) İnkontinansı olan hastalarda kontinans sonrası perine bakımının hemen yapılması	71(82.6)	13(15.1)	2(2.3)
5) İnkontinansı olan hastalar için yüksek emici özellikte ürünlerin kullanılması	66(76.7)	16(18.6)	4(4.7)
6) Basınç yaralanması gelişme riski olan hastalarda düşük sürtünme özelliğine sahip tekstil ürünlerin kullanılması	53(61.6)	26(30.2)	7(8.1)
7) Basınç yaralanması gelişme riski taşıyan hastalarda deriyi korumak için yatakta ve sandalyede çok katmanlı yumuşak silikon ve köpük kullanılması	37(43.0)	42(48.8)	7(8.1)
8) Hastanın kuru cildini nemlendirmek için yumuşatıcı/nemlendirici krem uygulanması	53(61.6)	27(31.4)	6(7.0)
9) Basınç yaralanması gelişme riski taşıyan hastaların cildini kuvvetle silmekten, ovalamaktan ve masaj yapmaktan kaçınılması	54(62.8)	24(27.9)	8(9.3)
10) Hasta taburcu olmadan önce derinin değerlendirilmesinin yapılması	39(45.3)	37(43.0)	10(11.6)

Tablo 4.5.2'de hemşirelerin basınç yaralanmasını önlemeye yönelik deri değerlendirme ve deri bakımı uygulamalarını gerçekleştirme durumlarının dağılımı verilmiştir.

Deri değerlendirme ve deri bakımına yönelik yedinci ve onuncu uygulamalar dışındaki uygulamaları hemşirelerin yarısından fazlası her zaman gerçekleştirdiğini bildirmiştir. Hemşirelerin en fazla oranla dördüncü uygulama olan inkontinansı olan hastalarda kontinans sonrası perine bakımının hemen yapılmasını (%82.6) ve yarısından fazlası yedi ve 10. uygulamalar dışındakileri %60.5 ile %76.7 arasında değişen oranlarda her zaman gerçekleştirdiğini bildirmiştir. Hemşirelerin yarısına yakını yedinci (%48.8) ve 10. (%43) uygulamalar olan basınç yaralanması gelişme riski taşıyan hastalarda deriyi korumak için yatakta ve sandalyede çok katmanlı yumuşak silikon ve köpük kullanılması uygulamasını ve hasta taburcu olmadan önce derinin değerlendirmesinin yapılması uygulamasını bazen gerçekleştirdiğini bildirmişlerdir.

Tablo 4.5.3. Hemşirelerin Basınç Yaralanmasını Önlemeye Yönelik Beslenme Durumunu Değerlendirme Uygulamalarını Gerçekleştirme Durumlarının Dağılımı (n=86)

Beslenme Durumunu Değerlendirme Uygulamaları	Her zaman n(%)	Bazen n(%)	Hiç n(%)
1) Basınç yaralanması riski taşıyan hastaların beslenme durumunun kapsamlı değerlendirilmesi	51(59.3)	31(36.0)	4(4.7)
2) Malnutrisyon olma riski taşıyan veya gelişmiş olan hastaların beslenme durumunun kapsamlı değerlendirilmesi	49(57.0)	33(38.4)	4(4.7)
3) Basınç yaralanması gelişme riski taşıyan hastaların su/sıvı alımı ve çıkardığı takibinin yapılması	59(68.6)	22(25.6)	5(5.8)
4) Malnutrisyon olma riski taşıyan veya gelişmiş hastalar için hastanın hekimi ve diyetisyeni ile hastaya özel beslenme planı geliştirilmesi ve uygulamasında rol alma	42(48.8)	40(46.5)	4(4.7)
5) Basınç yaralanması gelişme riski taşıyan veya gelişmiş olan hastaların yüksek kalori, yüksek protein, arjinin, çinko ve antioksidan içeren besin takviyesi alması konusunda hastanın hekimi ve diyetisyeni ile multidisipliner bir çalışma yürütülmesi	45(52.3)	33(38.4)	8(9.3)
6) Hemşirelik gözlem formuna basınç yaralanması riski taşıyan hastaların beslenme durumunun ve değerlendirme sonucunun kayıt edilmesi	65(75.6)	15(17.4)	6(7.0)

Tablo 4.5.3’de hemşirelerin basınç yaralanmasını önlemeye yönelik beslenme durumunu değerlendirme uygulamalarını gerçekleştirme durumlarının dağılımı verilmiştir.

Hemşirelerin yarısından fazlası, beslenme durumunu değerlendirme uygulamalarından dördüncü uygulama dışındakileri her zaman uyguladığını bildirmiştir. Hemşireler en fazla oranla altıncı uygulama olan hemşirelik gözlem formuna basınç yaralanması riski taşıyan hastaların beslenme durumunun ve değerlendirme sonucunun kayıt edilmesi uygulamasını (%75.6) ve üçüncü uygulama olan basınç yaralanması gelişme riski taşıyan hastaların su/sıvı alımı ve çıkardığı takibinin yapılması uygulamasını (%68.8) her zaman gerçekleştirdiğini bildirmişlerdir. Dördüncü uygulama olan malnutrisyon olma riski taşıyan veya gelişmiş hastalar için hastanın hekimi ve diyetisyeni ile hastaya özel beslenme planı geliştirilmesi ve uygulamasında rol alma uygulamasını ise hemşirelerin yarısına yakını (%46.5) tarafından bazen gerçekleştirdiği bildirilmiştir.

Tablo 4.5.4. Hemşirelerin Basınç Yaralanmasını Önlemeye Yönelik Pozisyon Verme ve Destek Yüzey Kullanma Uygulamalarını Gerçekleştirme Durumlarının Dağılımı (n=86)

Pozisyon Verme ve Destek Yüzey Kullanma Uygulamaları	Her zaman n(%)	Bazen n(%)	Hiç n(%)
1) Hareketi ve/veya aktivitesi kısıtlı basınç yaralanması gelişme riski yüksek hastalara yatak içinde 2 saatte bir düzenli olarak pozisyon verilmesi	68(79.1)	15(17.4)	3(3.5)
2) Sağlık durumu elverişli olan hastaların gün içerisinde 3 defa 30 dakika sandalyede oturtulması	31(36.0)	36(41.9)	19(22.1)
3) Basınç yaralanması gelişme riski taşıyan tüm hastalara bireysel bakım planı çerçevesinde sakıncası olmadıkça pozisyon verilmesi	48(55.8)	31(36.0)	7(8.1)
4) Sürtünme ve yırtılmayı azaltan, basıncı dağıtan veya ortadan kaldıran teknik ve ekipmanlar kullanılması	52(60.5)	30(34.9)	4(4.7)
5) Basınç yaralanması gelişme riski yüksek olan hastalarda basınç noktalarını değiştiren havalı yatak kullanılması	47(54.7)	34(39.5)	5(5.8)

Tablo 4.5.4’de hemşirelerin basınç yaralanmasını önlemeye yönelik pozisyon verme ve destek yüzey kullanma uygulamalarını gerçekleştirme durumlarının dağılımı verilmiştir.

Hemşireler tarafından ikinci uygulama dışındaki uygulamaların her zaman gerçekleştirildiği bildirilmiştir. Hemşireler en fazla oranla ilk uygulama olan hareketi

ve/veya aktivitesi kısıtlı basınç yaralanması gelişme riski yüksek hastalara yatak içinde 2 saatte bir düzenli olarak pozisyon verme uygulamasını (%79.1) ve dördüncü uygulama olan sürtünme ve yırtılmayı azaltan, basıncı dağıtan veya ortadan kaldıran teknik ve ekipmanlar kullanılması uygulamasını (%60.5) her zaman gerçekleştirildiğini bildirmişlerdir. Hemşirelerin %41.9'u tarafından ise ikinci uygulama olan sağlık durumu elverişli olan hastaların gün içerisinde 3 defa 30 dakika sandalyede oturtulması uygulamasının bazen gerçekleştirildiği bildirilmiştir.

Tablo 4.5.5. Hemşirelerin Basınç Yaralanmasını Önlemeye Yönelik Medikal Ekipman Kullanılmasına Yönelik Uygulamaları Gerçekleştirme Durumlarının Dağılımı (n=86)

Medikal Ekipman Kullanılmasına Yönelik Uygulamaları	Her zaman n(%)	Bazen n(%)	Hiç n(%)
1) Hastaya uygun şekil ve büyüklükte, amacına uygun ve güvenli ekipmanların kullanılması	69(80.2)	15(17.4)	2(2.3)
2) Hasta için gerçekleştiren uygulamalar sırasında medikal ekipmanların güvenliğinin ve hastanın konforunun düzenli kontrol edilmesi	67(77.9)	17(19.8)	2(2.3)
3) Kullanılan medikal ekipmanların altındaki doku ve çevre dokularda ekipmana bağlı basınç yaralanmasını önlemek için rutin deri değerlendirmesinin yapılması	54(62.8)	27(31.4)	5(5.8)
4) Kullanılan medikal ekipmanın yüzeye uyguladığı basıncın azaltılması ya da dağıtılmasını sağlamak için düzenli olarak rotasyonunun yapılması	50(58.1)	30(34.9)	6(7.0)
5) Kullanılan medikal ekipmanın yüzeye uyguladığı basıncın azaltılması ya da dağıtılmasını sağlamak için ekipman ile temas ettiği deri yüzeyinin arasına ara yüzey bir malzeme kullanılması	42(48.8)	38(44.2)	6(7.0)

Tablo 4.5.5’de hemşirelerin basınç yaralanmasını önlemeye yönelik medikal ekipman kullanılmasına yönelik uygulamaları gerçekleştirme durumlarının dağılımı verilmiştir.

Hemşirelerin yarısından fazlası beşinci uygulama dışındaki uygulamaları her zaman gerçekleştirildiği bildirirken, ilk uygulama olan hastaya uygun şekil ve büyüklükte, amacına uygun ve güvenli ekipmanları kullanma uygulamasının (%80.2) en fazla oranla her zaman gerçekleştirildiği belirlenmiştir. Hemşirelerin yarısına yakını ise,

son uygulama olan kullanılan medikal ekipmanın yüzeye uyguladığı basıncın azaltılması ya da dağıtılmasını sağlamak için ekipman ile temas ettiği deri yüzeyinin arasına ara yüzey bir malzeme kullanma uygulamasını (%44.2) bazen gerçekleştirdiklerini bildirmişlerdir.

Tablo 4.5.1-Tablo 4.5.5'deki kanıta dayalı uygulamaların %85.7'si (35 uygulamanın 30'u) hemşirelerin yarısından fazlası tarafından her zaman gerçekleştirildiği bildirilirken, uygulamaların %57.1'i (35 uygulamanın 20'si) hemşirelerin %30.2-%48.8'i tarafından bazen gerçekleştirildiği bildirilmiştir.



Tablo 4.6. Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Modifiye Pieper Basınç Yarası Bilgi Testi Alt Boyutları ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=86)

Sosyodemografik Özellikler	Bilgi Testi Alt Boyutları			Bilgi Testi Toplam
	Önleme ve Risk	Evrelendirme	Yara Tanılama	
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Cinsiyet				
Kadın	23.54±3.81	5.63±1.56	4.10±1.32	33.27±5.52
Erkek	22.83±4.63	5.38±2.06	3.44±1.04	31.66±6.68
Test Değeri	0.600	0.467	2.242	0.942
p değeri*	0.555	0.645	0.032	0.356
Yaş				
18-23	22.75±4.60	5.20±1.54	4.24±1.43	32.20±6.53
24-29	23.31±4.02	5.73±1.84	3.92±1.28	32.97±6.14
30-35	24.42±2.82	6.07±1.43	3.71±1.13	34.21±3.86
36-41	24.80±2.04	5.20±1.48	3.40±0.89	33.40±1.81
Test Değeri	0.767	1.089	0.943	0.384
p değeri**	0.516	0.359	0.424	0.765
Eğitim Düzeyi				
Sağlık meslek lisesi	23.30±4.76	5.84±2.11	4.30±1.37	33.46±7.01
Lisans ve üstü	23.41±3.86	5.53±1.59	3.90±1.28	32.84±5.58
Test Değeri	-0.074	0.507	0.983	0.298
p değeri*	0.942	0.620	0.340	0.770
Çalıştığı Klinik Alan				
Yoğun bakım	24.30±2.56	6.46±1.45	3.76±1.09	34.53±3.59
Cerrahi klinik	22.91±4.31	5.16±1.63	3.94±1.36	32.01±6.24
Dahili klinik	24.29±3.60	6.29±1.49	4.17±1.23	34.76±5.01
Test Değeri	1.194	5.701	0.374	2.108
p değeri**	0.308	0.005	0.689	0.128
Post Hoc***		1>2,3>2 (p<0.05)		
Meslekte Çalışma Süresi				
3 ay- 1 yıl	22.22±4.49	5.25±1.54	4.06±1.45	31.54±6.68
2- 5 yıl	22.52±3.94	5.70±1.91	4.11±1.27	33.35±5.94
6 yıl ve üzeri	24.90±2.62	5.85±1.38	3.57±1.02	34.33±3.38
Test Değeri	2.998	0.961	1.304	1.617
p değeri**	0.055	0.387	0.277	0.205
Şifte Bakım Verilen Hasta Sayısı				
1-3	23.38±4.24	5.63±1.80	4.00±1.29	33.02±6.17
4-6	23.40±3.74	5.52±1.53	3.92±1.31	32.85±5.42
Test Değeri	-0.021	0.312	0.254	0.0132
p değeri*	0.983	0.757	0.800	0.895
Şifte Çalışan Hemşire Sayısı				
1	22.25±3.50	5.25±1.25	3.75±0.50	31.25±4.27
2	23.77±4.32	5.80±1.71	4.25±1.35	33.82±6.23
3	23.31±3.29	5.40±1.75	3.84±1.34	32.56±5.07
4	22.60±5.01	5.40±1.42	3.30±0.82	31.30±6.63
Test Değeri	0.361	0.429	1.691	0.733
p değeri**	0.782	0.733	0.175	0.535

*Bağımsız Grup T Testi, **Tek Yönlü ANOVA Testi, ***Post Hoc: LSD; Tukey

Tablo 4.6’da hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine göre Modifiye Pieper Basınç Yarası Bilgi Testi alt boyutları ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması gösterilmiştir.

Cinsiyete göre hemşirelerin bilgi puan ortalamaları incelendiğinde; kadınların, önleme ve risk (23.54 ± 3.81), evrelendirme (5.63 ± 1.56) ve yara tanılama (4.10 ± 1.32) alt boyutlarının puan ortalamaları ile Bilgi Testi toplam puan ortalamasının (33.27 ± 5.52) daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kadınların önleme ve risk ile yara tanılama alt boyut puan ortalamalarının geçme sınırının üzerinde olduğu ve cinsiyete göre yara tanılama alt boyut puan ortalaması farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Evrelendirme alt boyutu ve Bilgi Testi toplam puan ortalamasının ise geçme sınırının altında olduğu belirlenmiştir.

Yaşa göre önleme ve risk alt boyut puan ortalamasının 24 yaş üzeridekilerde yaş ile birlikte arttığı ve 36-41 yaş grubunda diğerlerinden daha yüksek olduğu (24.80 ± 2.04), evrelendirme alt boyutu ve Bilgi Testi toplam puan ortalamasının 30-35 yaş grubundakilerin (6.07 ± 1.43 ve 34.21 ± 3.86) daha yüksek olduğu, yara tanılama alt boyut puan ortalamasının ise 18-23 yaş grubunda diğerlerinden daha yüksek olduğu saptanmıştır. Önleme ve risk alt boyutunda 24 yaş ve üzerinde olan hemşirelerin puan ortalamaları geçme sınırının üzerinde olduğu bulunmasına rağmen, yaşa göre Bilgi Testi alt boyutları ve toplam puan ortalamaları farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$).

Eğitim düzeyi lisans ve üstünde olanların önleme ve risk alt boyut puan ortalamasının (23.41 ± 3.86) daha yüksek ve her iki grup hemşirenin de önleme ve risk puan ortalamalarının geçme sınırının üzerinde olduğu bulunmuştur. Ancak eğitim düzeyine göre Bilgi Testi alt boyutları ve toplam puan ortalamaları farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$).

Çalışılan klinik alan açısından bilgi puan ortalamaları incelendiğinde; yoğun bakımda çalışan hemşirelerin önleme ve risk (24.30 ± 2.56) ve evrelendirme (6.46 ± 1.45) alt boyutlarının puan ortalamalarının, dahili kliniklerde çalışan hemşirelerin ise yara tanılama (4.17 ± 1.23) ile Bilgi Testi toplam puan ortalamasının (34.76 ± 5.01) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yoğun bakım ve dahili kliniklerinde çalışan hemşirelerin, önleme ve risk alt boyutu ile bilgi testi toplam puan ortalamalarının, yoğun bakımda çalışanların aynı zamanda evrelendirme alt boyut puan ortalamalarının da geçme sınırının üzerinde olduğu bulunmuştur. Çalışılan klinik alana göre yalnızca evrelendirme alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$).

Post Hoc analiz sonucunda farkın yoğun bakım ve dahili kliniklerde çalışan hemşirelerin cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerden bu alt boyutta puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olmasından kaynaklandığı bulunmuştur ($F=5.701$; $p=0.005<0.05$).

Meslekte çalışma süresi 6 yıl ve üzerinde olan hemşirelerin önleme ve risk (24.90 ± 2.62) ve evrelendirme (5.85 ± 1.38) alt boyutlarının puan ortalamaları ile Bilgi Testi toplam puanı ortalamasının (34.33 ± 3.38), 2-5 yıldır çalışan hemşirelerin ise, yara tanılama (4.11 ± 1.27) alt boyut puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ancak 6 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerin önleme ve risk alt boyut puan ortalaması ve Bilgi Testi toplam puan ortalamaları geçme sınırının üzerinde olmasına rağmen, meslekte çalışma süresine göre Bilgi Testi alt boyutları ve toplam puan ortalamaları farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Şifte bakım verilen hasta sayısına göre hemşirelerin bilgi puan ortalamaları incelendiğinde, şifte 1-3 hastaya bakım verdiğini bildiren hemşirelerin evrelendirme (5.63 ± 1.80), yara tanılama (4.00 ± 1.29) alt boyutları ve Bilgi Testi toplam puan ortalamasının (33.02 ± 6.17), daha yüksek olduğu ve her iki gruptaki hemşirelerin önleme ve risk alt boyutu puan ortalamalarının geçme sınırının üzerinde olduğu saptanmasına rağmen, şifte bakım verilen hasta sayısına göre Bilgi Testi alt boyutları ve toplam puan ortalamaları farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Şifte çalışan hemşire sayısına göre bilgi puan ortalamaları incelendiğinde, şifte 2 hemşire çalıştığını bildirenlerin Bilgi Testi alt boyutları (23.77 ± 4.32 , 5.80 ± 1.71 , 4.25 ± 1.35) ve toplam puan ortalamasının (33.82 ± 6.23) daha yüksek olduğu ve şifte 2 veya 3 hemşire çalıştığını bildirenlerin önleme ve risk alt boyutu puan ortalamalarının geçme sınırının üzerinde olduğu belirlenmesine rağmen, şifte çalışan hemşire sayısına göre Bilgi Testi alt boyutları ve toplam puan ortalamaları farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.7. Hemşirelerin Basınç Yaralanmasına İlişkin Özelliklerine Göre Modifiye Pieper Basınç Yarası Bilgi Testi Alt Boyutları ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=86)

Basınç Yaralanmasına İlişkin Özellikleri	Bilgi Testi Alt Boyutları			Bilgi Testi Toplam
	Önleme ve Risk	Evrelendirme	Yara Tanılama	
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Basınç yaralanması ve önlemeye ilişkin eğitim alma durumu				
Eğitim almış	23.39±3.90	5.57±1.69	3.86±1.24	32.84±5.68
Eğitim almamış	23.40±4.76	5.60±1.57	4.70±1.49	33.70±6.73
Test Değeri	-0.003	-0.039	-1.684	-0.385
p değeri*	0.997	0.969	0.121	0.708
Basınç yaralanması ve önlenmesine ilişkin alınan eğitimi yeterli bulma durumu				
Yeterli	23.49±3.80	5.63±1.66	3.80±1.22	32.92±5.49
Yeterli değil	22.81±4.62	5.27±1.90	4.27±1.34	32.36±7.01
Test Değeri	0.458	0.587	-1.089	0.252
p değeri*	0.655	0.567	0.296	0.806
Çalıştığı serviste basınç yaralanmasını önlemeye yönelik uygulama yapma durumu				
Yapıyor	23.39±4.07	5.59±1.69	3.96±1.31	32.95±5.91
Yapmıyor	23.50±1.00	5.25±0.95	4.00±0.81	32.75±1.70
Test Değeri	-0.053	0.676	-0.084	0.187
p değeri*	0.957	0.536	0.937	0.857
Basınç yaralanması gelişmiş hastaya bakım verme durumu				
Bakım verdim	23.94±3.71	5.80±1.66	3.98±1.25	33.73±5.38
Bakım vermedim	21.45±4.41	4.90±0.70	4.09±1.44	30.45±5.97
Bakım verilirken gözlem yaptım	17.33±0.57	2.66±0.57	3.00±2.00	23.00±2.64
Test Değeri	6.123	6.971	0.890	6.994
p değeri**	0.003	0.002	0.415	0.002
Post Hoc***	1 > 2, 1 > 3 (p<0.05)	1 > 3, 2 > 3 (p<0.05)		1 > 3, 2 > 3 (p<0.05)
Basınç yaralanmasını önlemeye yönelik hemşirelerin uygulamalarını yeterli bulma durumu				
Yeterli	23.54±3.77	5.60±1.71	3.93±1.31	33.08±5.62
Yeterli değil	23.04±4.51	5.52±1.58	4.04±1.27	32.60±6.26
Test Değeri	0.489	0.225	-0.346	0.334
p değeri*	0.627	0.823	0.731	0.740

*Bağımsız Grup T Testi, **Tek Yönlü ANOVA Testi, ***Post Hoc: LSD; Tukey

Tablo 4.7’de hemşirelerin basınç yaralanmasına ilişkin özelliklerine göre Modifiye Pieper Basınç Yarası Bilgi Testi alt boyutları ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması gösterilmiştir.

Basınç yaralanması ve önlemeye ilişkin eğitim alma durumuna göre hemşirelerin bilgi puan ortalamaları incelendiğinde; eğitim almadığını bildiren hemşirelerin önleme ve risk (23.40±4.76), evrelendirme (5.60±1.57) ve yara tanılama (4.70±1.49) alt boyutlarının puan ortalamaları ile bilgi testi toplam puanı ortalamasının

(33.70±6.73) daha yüksek olduğu ve her iki gruptaki hemşirelerin önleme ve risk alt boyutu puan ortalamalarının geçme sınırının üzerinde olduğu bulunmuştur. Ancak basınç yaralanması ve önlemeye ilişkin eğitim alma durumuna göre Bilgi Testi alt boyutları ve toplam puan ortalamaları farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Basınç yaralanması ve önlemeye ilişkin aldığı eğitimi yeterli bulma durumuna göre hemşirelerin bilgi puan ortalamaları incelendiğinde; aldığı eğitimi yeterli bulan hemşirelerin, önleme ve risk (23.49±3.80) ve evrelendirme (5.63±1.66) alt boyutlarının puan ortalamaları ile bilgi testi toplam puanı ortalamasının (32.92±5.49) aldığı eğitimi yeterli bulanmayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Aldığı eğitimi yeterli bulan hemşirelerin yalnızca önleme ve risk alt boyutu puan ortalamasının geçme sınırının üzerinde olduğu bulunmasına rağmen, bu özelliğe göre hemşirelerin Bilgi Testi alt boyutları ve toplam puan ortalamaları farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Çalıştığı serviste basınç yaralanmasını önlemeye yönelik uygulama yapma durumuna göre hemşirelerin bilgi puan ortalamaları incelendiğinde; uygulama yaptığını bildiren hemşirelerin evrelendirme alt boyutu puan ortalaması (5.59±1.69) ile Bilgi Testi toplam puan ortalamasının (32.95±5.91) daha yüksek olduğu saptanırken; her iki gruptaki hemşirelerin önleme ve risk alt boyutu puan ortalamasının geçme sınırının üzerinde olduğu bulunmuştur. Çalıştığı serviste basınç yaralanmasını önlemeye yönelik uygulama yapan ve yapmayan hemşirelerin Bilgi Testi alt boyutları ve toplam puan ortalamaları farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Basınç yaralanması gelişmiş hastaya bakım verme durumuna göre hemşirelerin bilgi puan ortalamaları incelendiğinde; bakım veren hemşirelerin önleme ve risk (23.94±3.71) ve evrelendirme (5.80±1.66) alt boyutlarının puan ortalamaları ile Bilgi Testi toplam puanı ortalamalarının (33.73±5.38) daha yüksek olduğu ve yalnızca bakım veren hemşirelerin önleme ve risk alt boyutu puan ortalamasının geçme sınırının üzerinde olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin bu özelliğe göre yara tanılama alt boyutu dışında önleme ve risk alt boyutu ile evrelendirme alt boyutları puan ortalamaları ve Bilgi Testi toplam puan ortalamaları farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Post Hoc analiz sonucunda farkın önleme ve risk alt boyutunda basınç yaralanması gelişmiş hastaya bakım verenlerin diğerlerinden puan ortalamasının anlamlı düzeyde yüksek olmasından; evrelendirme ve Bilgi Testi toplam puan ortalaması açısından basınç yaralanması gelişmiş hastaya bakım verdiğini ve bakım vermediğini

bildiren hemşirelerin, bakım verilirken gözlem yaptığını bildirenlerden puan ortalamasının anlamlı düzeyde yüksek olmasından kaynaklandığı saptanmıştır (Önleme ve risk alt boyutu Post Hoc analiz $F=6.123$; $p=0.003<0.05$, evrelendirme alt boyutu Post Hoc analiz $F=6.971$; $p=0.002<0.05$, Bilgi Testi toplam puanı Post Hoc analiz $F=6.994$; $p=0.002<0.05$).

Basınç yaralanmasını önlemeye yönelik hemşirelerin uygulamalarını yeterli bulma durumuna göre bilgi puan ortalamaları incelendiğinde; hemşirelerin uygulamalarını yeterli bulanların önleme ve risk (23.54 ± 3.77) ve evrelendirme (5.60 ± 1.71) alt boyutlarının puan ortalamaları ile Bilgi Testi toplam puan ortalamasının (33.08 ± 5.62) daha yüksek olduğu ve bu gruptaki hemşirelerin yalnızca önleme ve risk alt boyutu bilgi puan ortalamasının geçme sınırının üzerinde olduğu bulunmuştur. Ancak basınç yaralanmasını önlemeye yönelik hemşirelerin uygulamalarını yeterli bulma durumuna göre hemşirelerin Bilgi Testi alt boyutları ve toplam puan ortalamaları farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.8. Hemşirelerin Basınç Yaralanmasını Önlemeye Yönelik Kanıta Dayalı Uygulamaları Gerçekleştirme Durumlarına Göre Modifiye Pieper Basınç Yarası Testi Alt Boyutları ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=86)

Tablo 4.8.1. Hemşirelerin Risk Değerlendirme Uygulamalarını Gerçekleştirme Durumlarına Göre Modifiye Pieper Basınç Yarası Bilgi Testi Alt Boyutları ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=86)

Risk Değerlendirme Uygulamalarını Gerçekleştirme Durumları	Bilgi Testi Alt Boyutları			Bilgi Testi Toplam Ort±SS
	Önleme ve Risk Ort±SS	Evrelendirme Ort±SS	Yara Tanılama Ort±SS	
1) Hareketi ve/veya aktivitesi kısıtlı hastaların, sürtünme- yırtılma ve basınç yaralanması riski açısından durumunun değerlendirilmesi				
Her zaman	24.28±2.88	5.91±1.57	4.21±1.24	34.41±4.46
Bazen	21.57±5.62	4.95±1.59	3.19±0.92	29.71±7.10
Hiç	20.40±3.91	4.20±1.92	4.20±2.04	28.80±7.39
Test değeri*	5.667	4.807	5.482	7.499
p değeri	0.005	0.011	0.006	0.001
Post Hoc**	1 > 2, 1 > 3 (p<0.05)	1 > 2, 1 > 3 (p<0.05)	1 > 2 (p<0.05)	1 > 2, 1 > 3 (p<0.05)
2) Hasta servise kabul edilir edilmez basınç yaralanması gelişme riskinin değerlendirilmesi				
Her zaman	23.60±3.25	5.67±1.45	4.14±1.34	33.42±4.88
Bazen	23.38±5.17	5.61±1.96	3.53±0.90	32.53±6.99
Hiç	20.50±4.50	4.00±2.16	4.25±2.36	28.75±8.53
Test değeri*	1.140	1.936	2.082	1.322
p değeri	0.325	0.151	0.131	0.272
3) Basınç yaralanması gelişme riskini değerlendirmede hastaya uygun bir risk değerlendirme aracının kullanılması				
Her zaman	23.67±3.13	5.61±1.51	3.96±1.23	33.26±4.68
Bazen	22.00±5.97	5.36±2.19	3.84±1.50	31.21±8.50
Hiç	27.50±0.70	6.50±0.70	5.00±1.41	39.00±1.41
Test değeri*	2.473	0.465	0.718	2.101
p değeri	0.091	0.630	0.491	0.129
4) Basınç yaralanması riskinin düzenli olarak değerlendirilmesi				
Her zaman	24.28±3.09	5.85±1.59	4.13±1.21	34.26±4.66
Bazen	20.06±5.29	4.62±1.50	3.31±1.25	28.00±6.64
Hiç	21.33±5.13	4.66±2.51	3.66±2.51	29.66±10.01
Test değeri*	9.137	4.249	2.790	9.752
p değeri	0.000	0.018	0.067	0.000
Post Hoc**	1 > 2 (p<0.05)	1 > 2 (p<0.05)		1 > 2 (p<0.05)
5)Hastanın basınç noktalarında olası ağrısının değerlendirilmesi ve hastaya ağrısının olup olmadığının sorulması				
Her zaman	23.75±3.43	5.62±1.55	4.14±1.41	33.53±5.20
Bazen	23.52±3.92	5.84±1.77	3.72±0.84	33.08±5.44
Hiç	20.14±6.71	4.28±1.79	3.42±1.51	27.85±9.06
Test değeri*	2.673	2.517	1.607	3.151
p değeri	0.075	0.087	0.207	0.048

Post Hoc**				1 > 3, 2 > 3 (p<0.05)
6) Hastanın eşlik eden başka hastalıklarının sorgulanması				
Her zaman	24.20±3.12	5.82±1.50	4.04±1.30	34.21±4.63
Bazen	19.50±5.37	4.35±1.98	3.57±1.08	31.09±6.79
Hiç	22.50±6.36	5.50±2.12	4.00±2.82	31.00±8.18
Test değeri*	9.882	4.955	0.768	9.217
p değeri	0.000	0.009	0.467	0.000
Post Hoc**	1 > 2 (p<0.05)	1 > 2 (p<0.05)		1 > 2 (p<0.05)
7) Hareketi ve/veya aktivitesi kısıtlı hastaların topuklarının basıncı gidermek amacıyla eleve edilmesi				
Her zaman	24.15±3.14	5.88±1.57	4.17±1.26	34.21±4.63
Bazen	22.34±4.86	5.12±1.77	3.62±1.26	31.09±6.79
Hiç	21.66±4.72	5.33±1.52	4.00±2.00	31.00±8.18
Test değeri*	2.407	2.111	1.814	3.198
p değeri	0.096	0.128	0.169	0.046
Post Hoc**				1 > 2 (p<0.05)
8) Hastanın sağlık durumunda bir değişiklik olduğu zaman risk değerlendirmesinin yeniden yapılması				
Her zaman	24.22±3.09	5.90±1.43	4.07±1.26	34.20±4.64
Bazen	22.59±4.82	5.29±1.91	3.81±1.33	31.70±6.68
Hiç	19.66±4.63	4.00±1.54	3.66±1.50	27.33±6.97
Test değeri*	4.709	4.413	0.526	5.172
p değeri	0.012	0.015	0.593	0.008
Post Hoc**	1 > 3 (p<0.05)	1 > 3 (p<0.05)		1 > 3 (p<0.05)
9) Basınç yaralanması gelişme riski olan hastalarda risk bazlı önleme planı geliştirilmesi ve uygulanması				
Her zaman	24.14±3.12	5.75±1.53	4.16±1.20	34.06±4.68
Bazen	22.87±4.76	5.65±1.73	3.65±1.40	32.18±6.67
Hiç	20.16±4.16	3.83±1.60	4.00±1.26	28.00±6.41
Test değeri*	3.261	3.801	1.508	3.567
p değeri	0.043	0.026	0.227	0.033
Post Hoc**	1 > 3 (p<0.05)	1 > 3, 2 > 3 (p<0.05)		1 > 3 (p<0.05)

*Tek Yönlü ANOVA Testi, **Post Hoc: LSD; Tukey

Tablo 4.8.1’de hemşirelerin basınç yaralanmasını önlemeye yönelik **risk değerlendirme uygulamalarını (dokuz uygulama)** gerçekleştirme durumlarına göre Modifiye Pieper Basınç Yarası Bilgi Testi puan ortalamaları karşılaştırılmıştır.

Hemşirelerin **önleme ve risk alt boyutu ile evrelendirme alt boyutu puan ortalamalarının** ilk uygulama, dört, altı, sekiz ve dokuzuncu uygulamaları (beş uygulama) gerçekleştirme durumları açısından istatistiksel olarak farklı olduğu (p<0.05) saptanmıştır. Post Hoc analiz sonucunda farkın, bu uygulamaları her zaman gerçekleştirdiğini bildiren hemşirelerin bazen gerçekleştirdiğini bildiren veya

gerçekleştirmedigini bildirenlerden önleme ve risk ile evrelendirme alt boyutları puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olmasından kaynaklandığı bulunmuştur (her iki alt boyutta; ilk uygulamada her zaman> bazen ve hiç, dördüncü ve altıncı uygulamalarda her zaman> bazen, sekizinci ve dokuzuncu uygulamalarda her zaman> hiç; ayrıca evrelendirme alt boyutunda her zaman> bazen) (Önleme ve risk alt boyutu; Post Hoc analiz birinci uygulama $F=5.667$; $p=0.005<0.05$; dördüncü uygulama $F=9.137$; $p=0<0.05$; altıncı uygulama $F=9.882$; $p=0<0.05$, sekizinci uygulama $F=4.709$; $p=0.012<0.05$, dokuzuncu uygulama $F=3.261$; $p=0.043<0.05$), (Evrelendirme alt boyutu Post Hoc analiz birinci uygulama $F=4.807$; $p=0.011<0.05$, dördüncü uygulama $F=4.249$; $p=0.018<0.05$, altıncı uygulama $F=4.955$; $p=0.009<0.05$, sekizinci uygulama $F=4.413$; $p=0.015<0.05$, dokuzuncu uygulama $F=3.801$; $p=0.026<0.05$). Ayrıca bu uygulamaları her zaman gerçekleştirdiğini bildiren hemşirelerin önleme ve risk alt boyutu puan ortalamalarının da geçme sınırının üzerinde olduğu saptanmıştır.

Hemşirelerin **yara tanılama alt boyutu puan ortalamasının** yalnızca ilk uygulamayı gerçekleştirme durumları açısından istatistiksel olarak farklı olduğu ($p<0.05$) saptanmıştır. Post Hoc analiz sonucunda farkın, bu uygulamayı her zaman gerçekleştirdiğini bildirenlerden tanılama alt boyutu puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olmasından kaynaklandığı bulunmuştur (Post Hoc analiz $F=5.482$; $p=0.006<0.05$).

Hemşirelerin **Bilgi Testi toplam puan ortalamalarının** iki ve üçüncü uygulamalar dışındakileri (yedi uygulama) (ilk uygulama, dört, beş, altı, yedi, sekiz ve dokuzuncu uygulamalar) gerçekleştirme durumları açısından istatistiksel olarak farklı olduğu ($p<0.05$) saptanmıştır. Post Hoc analiz sonucunda farkın, beşinci uygulama dışında, bu uygulamaları her zaman gerçekleştirdiğini bildiren hemşirelerin bazen gerçekleştirdiğini bildiren veya gerçekleştirmedigini bildirenlerden Bilgi Testi toplam puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olmasından kaynaklandığı bulunmuştur (ilk uygulamada her zaman> bazen ve hiç, dördüncü, altıncı ve yedinci uygulamalarda her zaman> bazen, beşinci uygulamada her zaman ve bazen> hiç, sekizinci ve dokuzuncu uygulamalarda her zaman> hiç; ayrıca evrelendirme alt boyutunda her zaman> bazen) ($p<0.05$). Ayrıca yalnızca ilk uygulamayı her zaman gerçekleştirdiğini bildiren hemşirelerin Bilgi Testi toplam puan ortalamasının geçme sınırının üzerinde olduğu saptanmıştır (Post Hoc analiz ilk uygulama $F=7.499$; $p=0.001<0.05$, dördüncü uygulama $F=9.752$; $p=0<0.05$, beşinci uygulama $F=3.151$; $p=0.048<0.05$, altıncı uygulama $F=9.217$; $p=0<0.05$, yedinci uygulama ($F=3.198$;

p=0.046<0.05), sekizinci uygulama F=5.172; p=0.008<0.05, dokuzuncu uygulama F=3.567; p=0.033<0.05).

Tablo 4.8.2. Hemşirelerin Deri Değerlendirme ve Deri Bakımı Uygulamalarını Gerçekleştirme Durumlarına Göre Modifiye Pieper Basınç Yarası Bilgi Testi Alt Boyutları ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=86)

Deri Değerlendirme ve Deri Bakımı Uygulamalarını Gerçekleştirme Durumları	Bilgi Testi Alt Boyutları			Bilgi Testi Toplam Ort±SS
	Önleme ve Risk Ort±SS	Evrelendirme Ort±SS	Yara Tanılama Ort±SS	
1) Hastayı servise kabul eder etmez deri değerlendirmesinin yapılması				
Her zaman	23.68±3.84	5.65±1.60	4.20±1.19	33.55±5.40
Bazen	23.24±3.50	5.52±1.75	3.40±1.32	32.16±5.47
Hiç	19.00±8.54	4.66±2.51	4.00±2.00	27.66±13.05
Test değeri*	2.054	0.518	3.590	1.834
p değeri	0.135	0.598	0.032	0.166
Post Hoc**			1 > 2 (p<0.05)	
2) Hastanın her risk değerlendirmesinde deri değerlendirmesinin yapılması				
Her zaman	23.65±3.73	5.75±1.43	4.15±1.27	33.55±5.14
Bazen	23.66±3.50	5.43±1.95	3.70±1.23	32.80±5.58
Hiç	18.00±7.25	4.50±2.08	3.50±1.91	26.00±11.16
Test değeri*	4.132	1.229	1.451	3.363
p değeri	0.019	0.298	0.240	0.039
Post Hoc**	1 > 3, 2 > 3 (p<0.05)			1 > 3, 2 > 3 (p<0.05)
3) Deri değerlendirmesinde, vücudun her bölgesinin basmakla geçmeyen kızarıklık, sıcaklık, ödem, eritem, ağrı yönünden değerlendirilmesi				
Her zaman	23.95±3.45	5.96±1.49	4.08±1.35	34.00±5.18
Bazen	22.90±4.26	4.75±1.71	3.70±0.97	31.35±5.35
Hiç	18.60±6.06	4.20±1.92	3.60±1.67	26.40±9.39
Test değeri*	4.758	6.585	0.861	5.506
p değeri	0.011	0.002	0.426	0.006
Post Hoc**	1 > 3, 2 > 3 (p<0.05)	1 > 2, 1 > 3 (p<0.05)		1 > 3 (p<0.05)
4) İnkontinansı olan hastalarda kontinans sonrası perine bakımının hemen yapılması				
Her zaman	23.92±3.55	5.78±1.60	3.94±1.16	33.66±5.02
Bazen	20.61±5.00	4.46±1.66	4.07±1.80	29.15±7.76
Hiç	22.50±6.36	5.50±2.12	4.00±2.82	32.00±11.31
Test değeri*	4.140	3.695	0.057	3.569
p değeri	0.019	0.029	0.944	0.033
Post Hoc**	1 > 2 (p<0.05)	1 > 2 (p<0.05)		1 > 2 (p<0.05)
5) İnkontinansı olan hastalar için yüksek emici özellikte ürünlerin kullanılması				
Her zaman	23.89±3.53	5.80±1.60	3.86±1.22	33.56±5.07
Bazen	21.68±5.32	5.06±1.65	4.25±1.61	31.00±7.86
Hiç	22.00±3.74	4.00±2.00	4.50±1.00	30.50±6.55
Test değeri*	2.302	3.321	0.927	1.662
p değeri	0.106	0.041	0.400	0.196
Post Hoc**		1 > 3 (p<0.05)		

6) Basınç yaralanması gelişme riski olan hastalarda düşük sürtünme özelliğine sahip tekstil ürünlerin kullanılması				
Her zaman	24.05±3.27	5.96±1.59	3.96±1.17	33.98±4.85
Bazen	22.42±5.02	5.11±1.63	3.84±1.46	31.38±6.88
Hiç	22.00±4.04	4.42±1.61	4.42±1.61	30.85±6.86
Test değeri*	1.979	4.384	0.551	2.323
p değeri	0.145	0.015	0.579	0.104
Post Hoc**		1 > 2, 1 > 3 (p<0.05)		
7) Basınç yaralanması gelişme riski taşıyan hastalarda deriyi korumak için yatakta ve sandalyede çok katmanlı yumuşak silikon ve köpük kullanılması				
Her zaman	23.97±3.52	6.02±1.70	4.13±1.18	34.13±5.08
Bazen	23.50±3.91	5.45±1.48	3.85±1.38	32.80±5.57
Hiç	19.71±5.25	4.00±1.63	3.71±1.38	27.42±7.82
Test değeri*	3.600	5.017	0.589	4.288
p değeri	0.032	0.009	0.557	0.017
Post Hoc**	1 > 3, 2 > 3 (p<0.05)	1 > 3, 2 > 3 (p<0.05)		1 > 3, 2 > 3 (p<0.05)
8) Hastanın kuru cildini nemlendirmek için yumuşatıcı/nemlendirici krem uygulanması				
Her zaman	23.73±3.65	5.73±1.63	4.22±1.32	33.69±5.34
Bazen	23.85±3.28	5.70±1.51	3.51±1.08	33.07±4.77
Hiç	18.33±6.40	3.66±1.75	3.66±1.50	25.66±9.13
Test değeri*	5.806	4.605	2.968	5.796
p değeri	0.004	0.013	0.057	0.004
Post Hoc**	1 > 3, 2 > 3 (p<0.05)	1 > 3, 2 > 3 (p<0.05)		1 > 3, 2 > 3 (p<0.05)
9) Basınç yaralanması gelişme riski taşıyan hastaların cildini kuvvetle silmekten, ovalamaktan ve masaj yapmaktan kaçınılması				
Her zaman	24.33±3.02	5.94±1.47	4.16±1.27	34.44±4.34
Bazen	22.70±4.18	5.16±1.90	3.50±1.06	31.37±6.07
Hiç	19.12±6.05	4.37±1.50	4.00±1.85	27.50±9.07
Test değeri*	7.428	4.438	2.265	7.149
p değeri	0.001	0.015	0.110	0.001
Post Hoc**	1 > 3, 2 > 3 (p<0.05)	1 > 3 (p<0.05)		1 > 2, 1 > 3 (p<0.05)
10) Hasta taburcu olmadan önce derinin değerlendirmesinin yapılması				
Her zaman	23.76±3.24	5.87±1.39	3.89±1.09	33.53±4.46
Bazen	23.02±4.27	5.37±1.84	4.24±1.44	32.64±6.42
Hiç	23.30±5.59	5.20±1.93	3.20±1.22	31.70±7.94
Test değeri*	0.328	1.128	2.755	0.480
p değeri	0.722	2.755	0.069	0.621

*Tek Yönlü ANOVA Testi, **Post Hoc: LSD; Tukey

Tablo 4.8.2’de hemşirelerin basınç yaralanmasını önlemeye yönelik **deri değerlendirme ve deri bakımı uygulamalarını (on uygulama)** gerçekleştirme durumlarına göre Modifiye Pieper Basınç Yarası Bilgi Testi puan ortalamaları karşılaştırılmıştır.

Hemşirelerin **önleme ve risk alt boyutu alt puan ortalamalarının** iki, üç, dört, yedi, sekiz ve dokuzuncu uygulamaları (altı uygulama) gerçekleştirme durumları açısından

istatistiksel olarak farklı olduğu ($p<0.05$) saptanmıştır. Post Hoc analiz sonucunda farkın, dördüncü uygulama dışında, bu uygulamaları her zaman veya bazen gerçekleştirdiğini bildiren hemşirelerin gerçekleştirmedini bildirenlerden önleme ve risk alt boyut puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olmasından kaynaklandığı bulunmuştur (birinci, üçüncü, yedinci, sekizinci ve dokuzuncu uygulamalarda her zaman ve bazen> hiç, dördüncü uygulamada her zaman> bazen) ($p<0.05$). Ayrıca iki, yedi ve sekizinci uygulamaları her zaman ve bazen, gerçekleştirdiğini bildirenlerin, diğer uygulamaları ise her zaman uyguladığını bildiren hemşirelerin önleme ve risk alt boyut puan ortalamalarının geçme sınırının üzerinde olduğu saptanmıştır (Post Hoc analiz ikinci uygulama $F=4.132$; $p=0.019<0.05$, üçüncü uygulama $F=4.758$; $p=0.011<0.05$, dördüncü uygulama $F=4.140$; $p=0.019<0.05$, yedinci uygulama $F=3.600$; $p=0.032<0.05$, sekizinci uygulama $F=5.806$; $p=0.004<0.05$, dokuzuncu uygulama $F=7.428$; $p=0.001<0.05$).

Hemşirelerin **evrelendirme alt boyut puan ortalamasının** üç, dört, beş, altı, yedi, sekiz ve dokuzuncu uygulamaları (yedi uygulama) gerçekleştirme durumları açısından istatistiksel olarak farklı olduğu ($p<0.05$) saptanmıştır. Bu uygulamalardan dördünün (üç, dört, yedi ve sekizinci uygulamalar) gerçekleştirme durumu açısından puan ortalaması farkının önleme ve risk alt boyutunda da anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Post Hoc analiz sonucunda farkın, yedi ve sekizinci uygulama dışında, bu uygulamaları her zaman gerçekleştirdiğini bildiren hemşirelerin bazen gerçekleştirdiğini veya gerçekleştirmedini bildirenlerden evrelendirme alt boyut puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olmasından kaynaklandığı bulunmuştur (üçüncü, dördüncü, beşinci, altıncı ve dokuzuncu uygulamalarda her zaman> bazen ve hiç, 7 ve 8. uygulamada her zaman ve bazen> hiç) ($p<0.05$) (Post Hoc analiz üçüncü uygulama $F=6.585$; $p=0.002<0.05$, dördüncü uygulama $F=3.695$; $p=0.029<0.05$, beşinci uygulama $F=3.321$; $p=0.041<0.05$, altıncı uygulama $F=4.384$; $p=0.015<0.05$, yedinci uygulama $F=5.017$; $p=0.009<0.05$, sekizinci uygulama $F=4.605$; $p=0.013<0.05$, dokuzuncu uygulama $F=4.438$; $p=0.015<0.05$).

Hemşirelerin **yara tanılama alt boyut puan ortalamasının** yalnızca ilk uygulamayı gerçekleştirme durumları açısından istatistiksel olarak farklı olduğu ($p<0.05$) saptanmıştır. Post Hoc analiz sonucunda farkın, bu uygulamayı her zaman gerçekleştirdiğini bildiren hemşirelerin bazen gerçekleştirdiğini bildiren bildirenlerden yara tanılama alt boyut puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olmasından kaynaklandığı bulunmuştur (Post Hoc analiz ilk uygulama $F=3.590$; $p=0.032<0.05$).

Hemşirelerin **Bilgi Testi toplam puan ortalamalarının** iki, üç, dört, yedi, sekiz ve dokuzuncu uygulamaları (altı uygulama) gerçekleştirme durumları açısından istatistiksel olarak farklı olduğu ($p<0.05$) saptanmıştır. Post Hoc analiz sonucunda farkın, bu uygulamaları her zaman gerçekleştirdiğini bildiren hemşirelerin bazen gerçekleştirdiğini bildiren veya gerçekleştirmedini bildirenlerden (üç, dört, dokuz); veya her zaman ve bazen gerçekleştirdiğini bildiren hemşirelerin gerçekleştirmedini bildirenlerden (iki, yedi, sekiz) Bilgi Testi toplam puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olmasından kaynaklandığı bulunmuştur (ikinci, yedinci ve sekizinci uygulamalarda her zaman ve bazen> hiç, üçüncü uygulamada her zaman> hiç, dördüncü uygulamada her zaman> bazen, dokuzuncu uygulamada her zaman> bazen ve hiç) ($p<0.05$). Ayrıca yalnızca dokuzuncu uygulamayı her zaman gerçekleştirdiğini bildiren hemşirelerin Bilgi Testi toplam puan ortalamasının geçme sınırının üzerinde olduğu saptanmıştır (Post Hoc analiz ikinci uygulama $F=3.363$; $p=0.039<0.05$, üçüncü uygulama $F=5.506$; $p=0.006<0.05$, dördüncü uygulama $F=3.569$; $p=0.033<0.05$, yedinci uygulama $F=4.288$; $p=0.017<0.05$, sekizinci uygulama $F=5.796$; $p=0.004<0.05$, dokuzuncu uygulama $F=7.149$; $p=0.001<0.05$).

Tablo 4.8.3. Hemşirelerin Beslenme Durumunu Değerlendirme Uygulamalarını Gerçekleştirme Durumlarına Göre Modifiye Pieper Basınç Yarası Bilgi Testi Alt Boyutları ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=86)

Beslenme Durumunu Değerlendirme Uygulamalarını Gerçekleştirme Durumları	Bilgi Testi Alt Boyutları			Bilgi Testi Toplam Ort±SS
	Önleme ve Risk Ort±SS	Evrelendirme Ort±SS	Yara Tanılama Ort±SS	
1) Basınç yaralanması riski taşıyan hastaların beslenme durumunun kapsamlı değerlendirilmesi				
Her zaman	24.27±2.70	5.92±1.53	4.33±1.25	34.52±4.12
Bazen	22.12±5.30	5.19±1.74	3.35±1.11	30.67±7.15
Hiç	22.00±3.74	4.25±1.89	4.00±1.63	30.25±6.84
Test değeri*	3.213	3.341	6.159	5.199
p değeri	0.045	0.040	0.003	0.007
PostHoc**	1 > 2 (p<0.05)	1 > 2, 1 > 3 (p<0.05)	1 > 2 (p<0.05)	1 > 2 (p<0.05)
2) Malnutrisyon olma riski taşıyan veya gelişmiş olan hastaların beslenme durumunun kapsamlı değerlendirilmesi				
Her zaman	23.97±3.21	5.93±1.58	4.24±1.34	34.16±4.82
Bazen	22.96±4.88	5.33±1.63	3.60±1.17	31.90±6.69
Hiç	19.75±2.06	3.25±0.50	3.50±1.00	26.50±2.38
Test değeri*	2.474	6.024	2.775	4.432
p değeri	0.090	0.004	0.068	0.015
PostHoc**		1 > 3, 2 > 3 (p<0.05)		1 > 3 (p<0.05)
3) Basınç yaralanması gelişme riski taşıyan hastaların su/sıvı alımı ve çıkardığı takibinin yapılması				
Her zaman	24.55±3.20	5.81±1.38	4.13±1.33	34.50±4.56
Bazen	21.04±4.80	5.31±2.23	3.59±1.22	29.95±7.33
Hiç	20.00±1.58	4.00±1.00	3.60±0.89	27.60±2.07
Test değeri*	9.868	3.250	1.649	8.512
p değeri	0.000	0.044	0.198	0.000
PostHoc**	1 > 2, 1 > 3 (p<0.05)	1 > 3 (p<0.05)		1 > 2, 1 > 3 (p<0.05)
4) Malnutrisyon olma riski taşıyan veya gelişmiş hastalar için hastanın hekimi ve diyetisyeni ile hastaya özel beslenme planı geliştirilmesi ve uygulamasında rol alma				
Her zaman	24.69±3.30	6.16±1.60	4.26±1.28	35.11±4.87
Bazen	22.27±4.36	5.12±1.53	3.67±1.26	31.07±6.01
Hiç	21.00±2.16	4.00±1.41	3.75±1.25	28.75±4.11
Test değeri*	4.946	6.650	2.219	6.970
p değeri	0.009	0.002	0.115	0.002
PostHoc**	1 > 2 (p<0.05)	1 > 2, 1 > 3 (p<0.05)		1 > 2, 1 > 3 (p<0.05)
5) Basınç yaralanması gelişme riski taşıyan veya gelişmiş olan hastaların besin takviyesi alması konusunda hastanın hekimi ve diyetisyeni ile multidisipliner bir çalışma yürütülmesi				
Her zaman	24.60±3.30	6.17±1.54	4.37±1.23	35.15±4.60
Bazen	21.57±4.50	4.93±1.65	3.36±1.19	29.87±6.32
Hiç	24.12±2.41	4.87±1.24	4.12±1.24	33.12±3.75
Test değeri*	6.344	6.857	6.678	9.519
p değeri	0.003	0.002	0.002	0.000

PostHoc**	1 > 2 (p<0.05)	1 > 2, 1 > 3 (p<0.05)	1 > 2 (p<0.05)	1 > 2 (p<0.05)
6) Hemşirelik gözlem formuna basınç yaralanması riski taşıyan hastaların beslenme durumunun ve değerlendirilme sonucunun kayıt edilmesi				
Her zaman	24.36±3.04	5.96±1.51	4.12±1.17	34.46±4.39
Bazen	21.60±4.83	4.80±1.65	3.66±1.67	30.06±6.89
Hiç	17.33±4.36	3.33±0.81	3.00±1.09	23.66±5.53
Test değeri*	13.472	10.893	2.640	15.980
p değeri	0.000	0.000	0.077	0.000
PostHoc**	1 > 2, 1 > 3, 2 > 3 (p<0.05)	1 > 2, 1 > 3, 2 > 3 (p<0.05)		1 > 2, 1 > 3, 2 > 3 (p<0.05)

*Tek Yönlü ANOVA Testi, **Post Hoc: LSD; Tukey

Tablo 4.8.3’de hemşirelerin basınç yaralanmasını önlemeye yönelik **beslenme durumunu değerlendirme uygulamalarını (altı uygulama)** gerçekleştirme durumlarına göre Modifiye Pieper Basınç Yarası Bilgi Testi puan ortalamaları karşılaştırılmıştır.

Hemşirelerin **önleme ve risk alt boyutu puan ortalamalarının** ikinci uygulama dışında diğer uygulamaları (beş uygulama) gerçekleştirme durumları açısından istatistiksel olarak farklı olduğu ($p<0.05$) saptanmıştır. Post Hoc analiz sonucunda farkın, altıncı uygulama dışında, bu uygulamaları her zaman gerçekleştirdiğini bildiren hemşirelerin bazen gerçekleştirdiğini veya gerçekleştirmediğini bildirenlerden önleme ve risk alt boyut puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olmasından kaynaklandığı bulunmuştur. Altıncı uygulamada ise bu uygulamayı her zaman gerçekleştirdiğini bildiren hemşirelerin bazen gerçekleştirdiğini veya gerçekleştirmediğini bildirenlerden; bazen gerçekleştirdiğini bildirilenlerin gerçekleştirmediğini bildirenlerden önleme ve risk alt boyut puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olmasından kaynaklandığı bulunmuştur (Post Hoc analiz birinci, dördüncü ve beşinci uygulamalarda her zaman> bazen, üçüncü uygulamada her zaman> bazen ve hiç, altıncı uygulamada her zaman> bazen ve hiç, altıncı uygulamada bazen> hiç) ($p<0.05$). Ayrıca bu uygulamaları her zaman gerçekleştirdiğini bildiren hemşirelerin önleme ve risk alt boyut puan ortalamalarının geçme sınırının üzerinde olduğu saptanmıştır (Post Hoc analiz birinci uygulama $F=3.213$; $p=0.045<0.05$, üçüncü uygulama $F=9.868$; $p=0<0.05$, dördüncü uygulama $F=4.946$; $p=0.009<0.05$, beşinci uygulama $F=6.344$; $p=0.003<0.05$, altıncı uygulama $F=13.472$; $p=0<0.05$).

Hemşirelerin **evrelendirme alt boyutu puan ortalarının, beslenme durumunu değerlendirme ile ilgili tüm uygulamaları** (altı uygulama) gerçekleştirme durumları açısından istatistiksel olarak farklı olduğu ($p<0.05$) saptanmıştır. Post Hoc analiz sonucunda farkın, altıncı uygulama dışında, bu uygulamaları her zaman gerçekleştirdiğini bildiren hemşirelerin bazen gerçekleştirdiğini veya gerçekleştirmediğini bildirenlerden, her zaman ve bazen gerçekleştirdiğini bildiren hemşirelerin gerçekleştirmediğini bildirenlerden evrelendirme alt boyut puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olmasından kaynaklandığı bulunmuştur (Post Hoc analiz ilk uygulamada her zaman> bazen ve hiç, dördüncü ve beşinci uygulamalarda her zaman> bazen ve hiç, ikinci uygulamada her zaman ve bazen> hiç, üçüncü uygulamada her zaman> hiç, altıncı uygulamada her zaman> bazen ve hiç, bazen> hiç) ($p<0.05$). (Post Hoc analiz birinci uygulama $F=3.341$; $p=0.04<0.05$, ikinci uygulama $F=6.024$; $p=0.004<0.05$, üçüncü uygulama $F=3.250$; $p=0.044<0.05$, dördüncü uygulama $F=6.650$; $p=0.002<0.05$, beşinci uygulama $F=6.857$; $p=0.002<0.05$, altıncı uygulama $F=10.893$; $p=0<0.05$).

Hemşirelerin **yara tanılama alt boyutu puan ortalarının**, ilk uygulamayı ve beşinci uygulamayı (iki uygulama) gerçekleştirme durumları açısından istatistiksel olarak farklı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Post Hoc analizi sonucunda farkın bu uygulamaları her zaman gerçekleştirdiğini bildiren hemşirelerin bazen gerçekleştirdiğini bildirenlerden yara tanılama alt boyut puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olmasından kaynaklandığı bulunmuştur ($p<0.05$) (Post Hoc analiz birinci uygulama $F=6,159$; $p=0.003<0.05$, beşinci uygulama $F=6,678$; $p=0.002<0.05$).

Hemşirelerin **Bilgi Testi toplam puan ortalamalarının** beslenme durumunu değerlendirme ile ilgili **tüm uygulamaları** (altı uygulama) gerçekleştirme durumları açısından istatistiksel olarak farklı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Post Hoc analiz sonucunda farkın, bu uygulamaları her zaman gerçekleştirdiğini bildiren hemşirelerin bazen gerçekleştirdiğini bildiren veya gerçekleştirmediğini bildirenlerden (üç, dört, dokuz); veya her zaman gerçekleştirdiğini bildiren hemşirelerin gerçekleştirmediğini bildirenlerden ve bazen gerçekleştirdiğini bildiren hemşirelerin gerçekleştirmediğini bildirenlerden Bilgi Testi toplam puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olmasından kaynaklandığı bulunmuştur (Post Hoc analiz ilk uygulama ve beşinci uygulamalarda her zaman> bazen, ikinci uygulamada her zaman> hiç, üçüncü ve dördüncü uygulamada her zaman> bazen ve hiç, altıncı uygulamada her zaman> bazen ve hiç, bazen> hiç) ($p<0.05$). Ayrıca bir, üç ve altıncı uygulamayı her zaman gerçekleştirdiğini bildiren hemşirelerin Bilgi Testi toplam puan ortalamasının geçme

sınırının üzerinde olduğu saptanmıştır (Post Hoc analiz birinci uygulama $F=5.199$; $p=0.007<0.05$, ikinci uygulama $F=4.432$; $p=0.015<0.05$, üçüncü uygulama $F=8.512$; $p=0<0.05$, dördüncü uygulama $F=6.970$; $p=0.002<0.05$, beşinci uygulama $F=9.519$; $p=0<0.05$, altıncı uygulama $F=15.980$; $p=0<0.05$).



Tablo 4.8.4. Hemşirelerin Pozisyon Verme ve Destek Yüzey Kullanma Uygulamalarını Gerçekleştirme Durumlarına Göre Modifiye Pieper Basınç Yarası Bilgi Testi Alt Boyutları ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=86)

Pozisyon Verme ve Destek Yüzey Kullanma Uygulamalarını Gerçekleştirme Durumları	Bilgi Testi Alt Boyutları			Bilgi Testi Toplam Ort±SS
	Önleme ve Risk Ort±SS	Evrelendirme Ort±SS	Yara Tanılama Ort±SS	
1) Hareketi ve/veya aktivitesi kısıtlı basınç yaralanması gelişme riski yüksek hastalara yatak içinde 2 saatte bir düzenli olarak pozisyon verilmesi				
Her zaman	24.08±3.63	5.94±1.49	4.04±1.29	34.07±5.19
Bazen	21.73±3.47	4.33±1.67	3.73±1.33	29.80±5.19
Hiç	16.00±5.29	3.66±1.52	3.33±1.15	23.00±7.93
Test değeri*	8.901	9.245	0.717	9.548
p değeri	0.000	0.000	0.491	0.000
PostHoc**	1 > 2, 1 > 3, 2 > 3 (p<0.05)	1 > 2, 1 > 3 (p<0.05)		1 > 2, 1 > 3, 2 > 3 (p<0.05)
2) Sağlık durumu elverişli olan hastaların gün içerisinde 3 defa 30 dakika sandalyede oturtulması				
Her zaman	22.83±3.95	5.70±1.75	3.96±1.19	32.51±5.72
Bazen	23.97±3.69	5.58±1.59	4.22±1.37	33.77±5.23
Hiç	23.21±4.58	5.36±1.73	3.47±1.21	32.05±6.89
Test değeri*	0.696	0.242	2.128	0.680
p değeri	0.502	0.786	0.126	0.510
3) Basınç yaralanması gelişme riski taşıyan tüm hastalara bireysel bakım planı çerçevesinde sakıncası olmadıkça pozisyon verilmesi				
Her zaman	23.52±3.89	5.72±1.65	4.22±1.37	33.47±5.60
Bazen	23.87±4.06	5.70±1.55	3.64±1.01	33.22±5.61
Hiç	20.42±3.40	4.00±1.63	3.57±1.61	28.00±6.19
Test değeri*	2.251	3.631	2.333	2.927
p değeri	0.112	0.031	0.103	0.059
PostHoc**		1 > 3, 2 > 3 (p<0.05)		
4) Sürtünme ve yırtılmayı azaltan, basıncı dağıtan veya ortadan kaldıran teknik ve ekipmanlar kullanılması				
Her zaman	23.51±3.83	5.76±1.62	4.13±1.26	33.42±5.47
Bazen	23.66±4.26	5.53±1.67	3.73±1.36	32.93±6.25
Hiç	19.75±2.06	3.50±0.57	3.50±1.00	26.75±2.21
Test değeri*	1.803	3.666	1.186	2.564
p değeri	0.171	0.030	0.310	0.083
PostHoc**		1 > 3, 2 > 3 (p<0.05)		
5) Basınç yaralanması gelişme riski yüksek olan hastalarda basınç noktalarını değiştiren havalı yatak kullanılması				
Her zaman	23.78±3.88	5.85±1.65	4.40±1.34	34.04±5.59
Bazen	23.08±4.25	5.41±1.65	3.44±1.05	31.94±5.99
Hiç	21.80±2.86	4.20±1.30	3.40±0.89	29.40±4.03
Test değeri*	0.725	2.594	6.751	2.372
p değeri	0.487	0.081	0.002	0.100
PostHoc**			1 > 2 (p<0.05)	

*Tek Yönlü ANOVA Testi, **Post Hoc: LSD; Tukey

Tablo 4.8.4’de hemşirelerin **basınç yaralanmasını önlemeye yönelik pozisyon verme ve destek yüzey kullanma uygulamalarını (beş uygulama)** gerçekleştirme durumlarına göre Modifiye Pieper Basınç Yarası Bilgi Testi puan ortalamaları karşılaştırılmıştır.

Hemşirelerin **önleme ve risk alt boyutu alt boyut puan ortalarının** yalnızca bir uygulamayı (ilk uygulama) gerçekleştirme durumları açısından istatistiksel olarak farklı olduğu ($p<0.05$) saptanmıştır. Post Hoc analiz sonucunda farkın, bu uygulamayı her zaman gerçekleştirdiğini bildiren hemşirelerin bazen gerçekleştirdiğini veya gerçekleştirmedini bildirenlerden ve bazen gerçekleştirdiğini bildirenlerin gerçekleştirmedini bildirenlerden önleme ve risk alt boyut puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olmasından kaynaklandığı bulunmuştur ($p<0.05$). Ayrıca bu uygulamayı her zaman gerçekleştirdiğini bildiren hemşirelerin önleme ve risk alt boyut puan ortalamalarının geçme sınırının üzerinde olduğu da saptanmıştır (Post Hoc analiz birinci uygulama $F=8.901$; $p=0<0.05$).

Hemşirelerin **evrelendirme alt boyut puan ortalarının** ilk uygulama, üç ve dördüncü uygulamaları (üç uygulama) gerçekleştirme durumları açısından istatistiksel olarak farklı olduğu ($p<0.05$) saptanmıştır. Post Hoc analiz sonucunda farkın, bu uygulamaları her zaman gerçekleştirdiğini bildiren hemşirelerin bazen gerçekleştirdiğini veya gerçekleştirmedini bildirenlerden (ilk uygulama), her zaman ve bazen gerçekleştirdiğini bildiren hemşirelerin gerçekleştirmedini bildirenlerden (üç ve dördüncü uygulama) evrelendirme alt boyut puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olmasından kaynaklandığı bulunmuştur (Post Hoc analiz ilk uygulama her zaman> bazen ve hiç, üçüncü ve dördüncü uygulama her zaman ve bazen> hiç) ($p<0.05$) (Post Hoc analiz birinci uygulama $F=9.245$; $p=0<0.05$, üçüncü uygulama $F=3.631$; $p=0.031<0.05$, dördüncü uygulama $F=3.666$; $p=0.03<0.05$).

Hemşirelerin **yara tanılama alt boyut puan ortalarının** yalnızca bir uygulamayı (beşinci uygulama) gerçekleştirme durumları açısından istatistiksel olarak farklı olduğu ($p<0.05$) saptanmıştır. Post Hoc analiz sonucunda farkın, bu uygulamayı her zaman gerçekleştirdiğini bildiren hemşirelerin bazen gerçekleştirdiğini bildirenlerden yara tanılama alt boyut puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olmasından kaynaklandığı bulunmuştur ($p<0.05$) (Post Hoc analiz beşinci uygulama $F=6.751$; $p=0.002<0.05$).

Hemşirelerin **Bilgi Testi toplam puan ortalamalarının** da yalnızca ilk uygulamayı gerçekleştirme durumları açısından istatistiksel olarak farklı olduğu

saptanmıştır. Post Hoc analiz sonucunda farkın, bu uygulamaları her zaman gerçekleştirdiğini bildiren hemşirelerin bazen gerçekleştirdiğini bildiren veya gerçekleştirmedini bildirenlerden ve bazen gerçekleştirdiğini bildiren hemşirelerin gerçekleştirmedini bildirenlerden Bilgi Testi toplam puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olmasından kaynaklandığı bulunmuştur ($p<0.05$) (Post Hoc analiz birinci uygulama $F=9.548$; $p=0<0.05$).



Tablo 4.8.5. Hemşirelerin Medikal Ekipman Kullanılmasına Yönelik Uygulamaları Gerçekleştirme Durumlarına Göre Modifiye Pieper Basınç Yarası Bilgi Testi Alt Boyutları ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=86)

Medikal Ekipman Kullanılmasına Yönelik Uygulamalarını Gerçekleştirme Durumları	Bilgi Testi Alt Boyutları			Bilgi Testi Toplam Ort±SS
	Önleme ve Risk Ort±SS	Evrelendirme Ort±SS	Yara Tanılama Ort±SS	
1) Hastaya uygun şekil ve büyüklükte, amacına uygun ve güvenli ekipmanların kullanılması				
Her zaman	24.08±3.31	5.82±1.51	4.10±1.26	34.01±4.70
Bazen	20.80±5.51	4.60±2.06	3.46±1.35	28.86±8.08
Hiç	19.00±1.41	4.50±0.70	3.00±1.41	26.50±3.53
Test değeri*	6.094	4.019	2.097	7.024
p değeri	0.003	0.022	0.129	0.002
PostHoc**	1 > 2 (p<0.05)	1 > 2 (p<0.05)		1 > 2 (p<0.05)
2) Hasta için gerçekleştiren uygulamalar sırasında medikal ekipmanların güvenliğinin ve hastanın konforunun düzenli kontrol edilmesi				
Her zaman	23.71±3.46	5.71±1.58	4.07±1.25	33.50±5.06
Bazen	23.11±4.72	5.29±1.86	3.64±1.41	32.05±6.81
Hiç	15.00±7.07	3.50±2.12	3.00±1.41	21.50±10.60
Test değeri*	5.162	2.076	1.314	4.833
p değeri	0.008	0.132	0.274	0.010
PostHoc**	1 > 3, 2 > 3 (p<0.05)			1 > 3, 2 > 3 (p<0.05)
3) Kullanılan medikal ekipmanların altındaki doku ve çevre dokularda ekipmana bağlı basınç yaralanmasını önlemek için rutin deri değerlendirmesinin yapılması				
Her zaman	23.72±3.48	5.79±1.66	4.16±1.20	33.68±5.24
Bazen	23.70±4.24	5.55±1.50	3.70±1.43	32.96±5.74
Hiç	18.20±4.81	3.40±1.14	3.20±1.09	24.80±6.37
Test değeri*	4.934	5.183	2.127	6.042
p değeri	0.009	0.008	0.126	0.004
PostHoc**	1 > 3, 2 > 3 (p<0.05)	1 > 3, 2 > 3 (p<0.05)		1 > 3, 2 > 3 (p<0.05)
4) Kullanılan medikal ekipmanın yüzeye uyguladığı basıncın azaltılması ya da dağıtılmasını sağlamak için düzenli olarak rotasyonunun yapılması				
Her zaman	23.48±3.88	5.84±1.68	4.16±1.13	33.48±5.59
Bazen	23.50±4.32	5.40±1.63	3.66±1.51	32.56±6.20
Hiç	22.16±3.31	4.33±1.21	3.83±1.32	30.33±5.12
Test değeri*	0.302	2.542	1.404	0.888
p değeri	0.740	0.085	0.251	0.415
5) Kullanılan medikal ekipmanın yüzeye uyguladığı basıncın azaltılması ya da dağıtılmasını sağlamak için ekipman ile temas ettiği deri yüzeyinin arasına ara yüzey bir malzeme kullanılması				
Her zaman	23.47±3.78	5.66±1.77	4.11±1.27	33.26±5.65
Bazen	23.36±4.28	5.52±1.48	3.92±1.34	32.81±5.97
Hiç	23.00±4.00	5.33±2.25	3.16±0.98	31.50±6.25
Test değeri*	0.038	0.139	1.472	0.255
p değeri	0.963	0.871	0.235	0.775

*Tek Yönlü ANOVA Testi, **Post Hoc: LSD; Tukey

Tablo 4.8.5’de hemşirelerin basınç yaralanmasını önlemeye yönelik **medikal ekipman kullanılmasına yönelik uygulamaları (beş uygulama)** gerçekleştirme durumlarına göre Modifiye Pieper Basınç Yarası Bilgi Testi puan ortalamaları karşılaştırılmıştır.

Hemşirelerin **önleme ve risk alt boyut alt puan ortalarının** ilk üç uygulamayı (birinci, ikinci ve üçüncü uygulama) gerçekleştirme durumları açısından istatistiksel olarak farklı olduğu ($p<0.05$) saptanmıştır. Post Hoc analizi sonucunda farkın, bu uygulamayı her zaman gerçekleştirdiğini bildiren hemşirelerin bazen gerçekleştirdiğini bildirenlerden ve bazen gerçekleştirdiğini bildirenlerin gerçekleştirmedini bildirenlerden önleme ve risk alt boyut puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olmasından kaynaklandığı bulunmuştur ($p<0.05$) (Post Hoc analiz ilk uygulama her zaman > bazen, ikinci ve üçüncü uygulama her zaman > bazen ve hiç, bazen > hiç). Ayrıca ikinci ve üçüncü uygulamaları her zaman gerçekleştirdiğini bildiren hemşirelerin önleme ve risk alt boyut puan ortalamalarının geçme sınırının üzerinde olduğu da saptanmıştır (Post Hoc analiz birinci uygulama $F=6.094$; $p=0.003<0.05$, ikinci uygulama $F=5.162$; $p=0.008<0.05$, üçüncü uygulama $F=4.934$; $p=0.009<0.05$).

Hemşirelerin **evrelendirme alt boyut puan ortalarının** ilk uygulama ve üçüncü uygulamaları (iki uygulama) gerçekleştirme durumları açısından istatistiksel olarak farklı olduğu ($p<0.05$) saptanmıştır. Post Hoc analizi sonucunda farkın, bu uygulamaları her zaman ve bazen gerçekleştirdiğini bildiren hemşirelerin gerçekleştirmedini bildirenlerden (üçüncü uygulama), her zaman gerçekleştirdiğini bildiren hemşirelerin bazen gerçekleştirdiğini bildirenlerden (ilk uygulama) evrelendirme alt boyut puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olmasından kaynaklandığı bulunmuştur (Post Hoc analiz ilk uygulama her zaman > bazen, üçüncü uygulama her zaman ve bazen > hiç) ($p<0.05$) (Post Hoc analiz birinci uygulama $F=4.019$; $p=0.022<0.05$, üçüncü uygulama $F=5.183$; $p=0.008<0.05$).

Hemşirelerin **yara tanılama alt boyut puan ortalarının**, ikinci uygulama dışındaki uygulamaları her zaman gerçekleştirdiğini bildirenlerin yara tanılama alt boyut puan ortalaması geçme sınırının üzerinde olmasına rağmen, tüm medikal ekipman kullanılmasına yönelik uygulamaları (beş uygulama) gerçekleştirme durumları açısından istatistiksel olarak fark **olmadığı** bulunmuştur ($p>0.05$).

Hemşirelerin **Bilgi Testi toplam puan ortalamalarının** ilk üç uygulamayı (birinci, ikinci ve üçüncü uygulama) gerçekleştirme durumları açısından istatistiksel olarak farklı olduğu ($p<0.05$) saptanmıştır. Post Hoc analiz sonucunda farkın, bu

uygulamaları her zaman gerçekleştirdiğini bildiren hemşirelerin bazen gerçekleştirdiğini bildirenlerden, her zaman ve bazen gerçekleştirdiğini bildirenlerin gerçekleştirmedini bildirenlerden Bilgi Testi toplam puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olmasından kaynaklandığı bulunmuştur (Post Hoc analiz ilk uygulama her zaman> bazen, ikinci ve üçüncü uygulamalar her zaman ve bazen> hiç) ($p<0.05$) (Post Hoc analiz birinci uygulama $F=7.024$; $p=0.002<0.05$, ikinci uygulama $F=4.833$; $p=0.01<0.05$, üçüncü uygulama $F=6.042$; $p=0.004<0.05$).

Tablo 4.8.1-Tablo 4.8.5'deki kanıta dayalı beş uygulama grubunun anlamlı bulunan sonuçlarına ilişkin yapılan ikili karşılaştırmalarda (117 karşılaştırma); hemşirelerin bilgi puan ortalamalarının, uygulamaları her zaman gerçekleştirdiğini bildirenlerin hiç gerçekleştirmeyenlerden (%42.7), her zaman gerçekleştirdiğini bildirenlerin bazen gerçekleştirdiğini bildirenlerden (%34.2) ve bazen gerçekleştirdiğini bildirenlerin gerçekleştirmeyenlerden (%23.1) anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.8.1-5).

Tablo 4.9. Hemşirelerin Klinik Alanda ve Meslekte Çalışma Süresi ile Modifiye Pieper Basınç Yarası Bilgi Testi Alt Boyutları ve Toplam Puanı Arasındaki İlişki (n=86)

Modifiye Pieper Basınç Yarası Bilgi Testi Alt Boyutları ve Toplam Puanı	Meslekte Çalışma Süresi	Klinik Alanda Çalışma Süresi		
		Yoğun Bakımda Çalışma Süresi	Cerrahi Klinikte Çalışma Süresi	Dahili Klinikte Çalışma Süresi
Önleme ve Risk Puanı	r=0.261* p=0.015	r=0.053 p=0.627	r=0.100 p=0.361	r=0.271* p=0.012
Evrelendirme Puanı	r=0.194 p=0.074	r=0.173 p=0.114	r=-0.046 p=0.675	r=0.261* p=0.015
Yara Tanılama Puanı	r=-0.054 p=0.620	r=-0.109 p=0.321	r=0.046 p=0.674	r=-0.027 p=0.808
Bilgi Testi Toplam Puanı	r=0.224* p=0.038	r=0.062 p=0.575	r=0.067 p=0.543	r=0.256* p=0.017

r: Pearson Korelasyon Analizi; *: p<0.05

Tablo 4.9’da hemşirelerin klinik alanda ve meslekte çalışma süresi ile Modifiye Pieper Basınç Yarası Bilgi Testi alt boyutları ve toplam puanı arasındaki ilişki korelasyon analizi ile incelenmiştir.

Literatürde, korelasyon katsayısının gücü ile ilgili tanımlamalarda değerin 0.000-0.25 olmasının ilişkinin çok zayıf olduğunu, 0.26-0.49 olmasının ilişkinin zayıf olduğunu, 0.50-0.69 olmasının ilişkinin orta düzeyde olduğunu, 0.70-0.89 olmasının ilişkinin kuvvetli olduğunu ve 0.90-1.00 arasında olmasının ise, ilişkinin çok kuvvetli olduğunu gösterdiği bildirilmiştir (68).

Meslekte çalışma süresi ile önleme ve risk alt boyut puanı arasında pozitif yönde ve zayıf düzeyde (r= 0.261; p< 0.05), Bilgi Testi toplam puanı arasında ise pozitif yönde ve çok zayıf düzeyde (r= 0.224; p< 0.05) ilişki olduğu saptanmıştır.

Klinik alan olarak dahili kliniklerde çalışma süresi ile önleme ve risk alt boyutu (r= 0.271; p< 0.05), evrelendirme alt boyutu (r= 0.261; p< 0.05) ve Bilgi Testi toplam puanları (r= 0.256; p< 0.05) arasında pozitif yönde ve zayıf düzeyde bir ilişki olduğu bulunmuştur.

5. TARTIŞMA

Basınç yaralanmaları, önlenebilir olmasına rağmen büyük bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir. Basınç yaralanmasının gelişmesinde temel faktör olan basınç ile birlikte birçok faktör de etkilidir. Hastaların basınç yaralanmasına ilişkin risk faktörleri açısından değerlendirilmesi, hemşirelerin temel sorumluluklarından biridir. Yaralanmanın önlenmesinde, erken dönemde gerçekleştirilecek uygulamalar büyük bir önem taşımaktadır. Nitelikli bakımın göstergelerinden biri olarak değerlendirilen basınç yaralanmasının önlenmesine yönelik uygulamalar, hastaların yaşam kalitesini, hastanede kalış süresini, tedavi maliyetini, enfeksiyon gelişimini ve mortalite oranını etkilemektedir (15, 24, 25, 26, 28, 29, 32, 36, 46, 48, 50, 53, 86, 87). Basınç yaralanmalarının önlenmesine yönelik kanıta dayalı uygulama kılavuzları, güncel ve etkinliği kanıtlanmış önerileri içermektedir (1, 3). Bu öneriler doğrultusunda hemşirelerin uygulamalarının ve bunları gerçekleştirme durumlarının, basınç yaralanmasına ilişkin bilgi düzeyleri ile birlikte incelenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada örnekleme oluşturan hemşirelerin yaş ortalamaları 26.43 ± 0.44 olup, çoğunluğunu kadın, lisans mezunu ve en fazla 5 yıl mesleki deneyime sahiptir. Hemşirelerin çoğunluğu basınç yaralanması konusunda eğitim aldığını, tamamına yakını çalıştığı serviste basınç yaralanmasını önlemeye ilişkin uygulama yaptığını bildirmişlerdir (Tablo 4.1, Tablo 4.2 ve Tablo 4.3).

Araştırmadan elde edilen bulgular, aşağıdaki başlıklar altında tartışılmıştır.

5.1. Hemşirelerin Bilgi Testi Puan Ortalamaları ve Bilgi Testi Yanıtlarının Tartışılması

5.2. Hemşirelerin Sosyodemografik ve Basınç Yaralanması Özelliklerine Göre Bilgi Testi Puan Ortalamalarının Tartışılması

5.3. Hemşirelerin Kanıta Dayalı Uygulamalarına Göre Bilgi Testi Puan Ortalamalarının Tartışılması

5.1. Hemşirelerin Bilgi Testi Puan Ortalamaları ve Bilgi Testi Yanıtlarının Tartışılması

Bu araştırmada hemşirelerin basınç yarası Bilgi Testi toplam puan ortalaması ile iki alt boyutunun (evrelendirme ve yara tanınması alt boyutları) puan ortalamalarının geçme sınırının altında olduğu (yanıt oranı %70'in altında), önleme ve risk alt boyutunda ise puan ortalamasının, geçme sınırında olduğu (yanıt oranı %70-%80 arasında) saptanmıştır (Tablo 4.3).

Bilgi testinin alt boyutlarında hemşirelerin yanıt dağılımları incelendiğinde ise; önleme ve risk alt boyutunda (33 ifade), yalnızca iki (%6) ifadenin hemşirelerin en az %90'ı, bir (%3) ifadenin %80'i tarafından doğru olarak yanıtlandığı, yedi (%21.2) ifadenin ise hemşirelerin yarısından daha azı tarafından doğru yanıtlandığı; evrelendirme alt boyutunda (9 ifade), yalnızca bir (%11.1) ifadenin hemşirelerin en az %90'ı, bir (%11.1) ifadenin %80'i tarafından doğru yanıtlandığı, dört (%44.4) ifadenin ise hemşirelerin yarısından daha azı tarafından doğru yanıtlandığı; yara tanılama alt boyutunda (7 ifade), hemşirelerin en az %90'ı tarafından doğru yanıtlanan ifade olmadığı, bir (%14.2) ifadenin %80'i tarafından doğru yanıtlandığı, iki (28.5) ifadenin ise hemşirelerin yarısından daha azı tarafından doğru yanıtlandığı bulunmuştur. Tüm alt boyutlarda ifadelerin %26.5'inin (13 soru) hemşirelerin yarısından daha azı tarafından doğru yanıtlandığı ve yanlış yanıt oranlarının, bilmiyorum yanıt oranlarından fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4).

Literatürde bu araştırmada kullanılan bilgi testi (Modifiye Pieper Basınç Yarısı Bilgi Testi) ile yapılan araştırmalar incelendiğinde Bilgi Testi toplam puan ortalamasının benzer (30, 31, 38, 56, 57, 91) veya farklı (36, 43, 55) olduğu araştırmalar bulunduğu saptanmıştır. Bu çalışmaların bazılarında Bilgi Testinin kesme noktasının (geçme sınırı) %60 (36), bazılarında %70 (55, 56, 57) bazı çalışmalarda ise %90 (30, 31, 38, 43, 91) olarak alındığı görülmüştür. Çalışmalarda Bilgi Testi alt boyutları incelendiğinde, sonuçların bu çalışmaya benzer veya farklı olduğu görülmüştür [önleme ve risk alt boyutu puan ortalamasının benzer (36, 43, 55) veya farklı (30, 31, 38, 56, 91), evrelendirme alt boyutu puan ortalamasının benzer (30, 38, 56, 91) veya farklı (31, 36, 43, 55) ve yara tanılama alt boyutu puan ortalamasının benzer (30, 31, 36, 43, 56, 91) veya farklı (55)]. Çalışmalarda basınç yaralanmasını önleme, tanılama ve evrelendirmeye ilişkin uygulamaların hemşirelerin temel sorumluluğu olduğu günlük rutin uygulamada hemşirelerin bu uygulamaları gerçekleştirme oranlarının [hemşirelerin 2/3'ü (31),] farklı olduğu ve bilgi düzeylerinin, eksik olan alanlar ve kılavuzlar dikkate alınarak, eğitim yoluyla geliştirilmesi gerektiği bildirilmiştir (31, 36, 38, 43, 55, 56, 57, 91).

Basınç yaralanmasının önlenmesi temel hemşirelik sorumluluklarındandır (77). Bu nedenle hemşireler, basınç yaralanmasını ve riskli durumları tanılama ve önleme ile basınç yaralanmasını evrelendirmeye ilişkin bilgi ve becerilere sahip olmalıdır (7, 10, 17, 39, 49). Bakım kalitesinin geliştirilmesine ilişkin çalışmalar, basınç yaralanmasını kurumların bakım kalitesinin göstergelerinden biri haline getirmiştir (65, 66, 70, 74, 86, 87, 88, 89, 90). Bu durum, basınç yaralanmalarının önlenmesi ve bakımı ile ilgili

uygulamaları, hastanın kliniğe kabulünden itibaren tüm bakım sürecinde rutin hasta bakımının bir parçası haline getirmiş ve bu uygulamaların klinik bakım protokolleri, kayıt ve risk değerlendirme araçları yoluyla uygulanması beklenmiştir. Bu araştırmanın yapıldığı kurumlarda da basınç yaralanması bir kalite göstergesidir ve hemşireler risk değerlendirme araçlarının yanı sıra, kurum veya klinik yara bakım hemşirelerinin danışmanlığından yararlanarak, önleyici uygulamaları gerçekleştirmektedirler. Bu durum, bu çalışma sonuçlarının gösterdiği gibi, hemşirelerin basınç yaralanmasına ilişkin bilgi düzeyi farklı olsa da (Tablo 4.3, Tablo 4.4), kullandıkları kaynaklar (bakım protokolleri ve kayıt formları, kurum veya klinik yara bakım hemşirelerinin danışmanlığı) yoluyla, önleyici uygulamaları gerçekleştirmelerine olanak sağlamaktadır (Tablo 4.5.1-5). Ancak, bu çalışmada evrelendirme ve yara tanılama aşamalarında daha fazla olmak üzere, önleme ve risk alt boyutunda hemşirelerin yarısından daha azı tarafından doğru yanıtlanan ifadeler, risk grubu hastaların rutin hemşirelik uygulamasında sürekli yapılması gereken uygulamalarla ilgilidir (1, 4, 12, 13, 14, 18 ve 32. ifadeler). Hemşirelik bakımının şiftler halinde sürekli sağlandığı düşünüldüğünde, tüm hemşirelerin bu uygulamalarla ilgili bilgiye sahip olması gerekli hale gelmektedir. Bilmiyorum yanıtına göre yanlış yanıt oranının fazla olması ile birlikte bu sonuçlar, yukarıda ilgili literatürde de vurgulandığı gibi (31, 36, 38, 43, 55, 56, 57, 91), hemşirelerin bilgi düzeyinin geliştirilmesinin ve bu konudaki bilimsel literatür dikkate alınarak güncellenmesinin gerekli olduğunu göstermektedir.

5.2. Hemşirelerin Sosyodemografik ve Basınç Yaralanması Özelliklerine Göre Bilgi Testi Puan Ortalamalarının Tartışılması

Sosyodemografik Özelliklere Göre Bilgi Testi Puan Ortalamaları

Bu çalışmada hemşirelerin cinsiyete göre Bilgi Testi yara tanılama alt boyutu puan ortalamasının, çalıştığı klinik alana göre ise evrelendirme alt boyutu puan ortalamalarının anlamlı düzeyde farklı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Evrelendirme alt boyutunda kadınların, yara tanılama alt boyutunda ise, yoğun bakımda ve dahili kliniklerde çalışan hemşirelerin puan ortalamalarının geçme sınırının üzerinde ve anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.6).

Literatürde bu çalışmada kullanılan bilgi testi ile yapılan çalışmalar incelendiğinde, yoğun bakımda çalışan hemşirelerin (56) ve cerrahi kliniklerde ve yoğun bakımda çalışan hemşirelerin (38, 57) diğer kliniklerde çalışan hemşirelere göre Bilgi Testi toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Çalışmalarda bu

sonucun hemşirelerin basınç yarası ile daha çok karşılaşmaları nedeniyle olduğu bildirilmiştir. Bu araştırmada ise, cinsiyete göre farklılığın nedenlerinin araştırmanın yapıldığı hastanelerde (Tablo 4.1) ve yoğun bakımlarda çalışan hemşirelerin çoğunluğunun kadın olması ve daha fazla deneyime sahip olması nedenleriyle bulunduğu; yoğun bakım ve dahili kliniklere ilişkin sonuçların ise, bu kliniklerde hastaların yatış süresinin cerrahi kliniklere daha göre uzun olması ve bazı hastaların bu kliniklere yatışları sırasında basınç yaralanması bulunması nedenleriyle hemşirelerin yara bakımını gözlemlerinin veya katılmalarının ve yara tanılama ile evrelendirme bilgilerini kullanmalarının etkili olduğu düşünülmektedir. Bu durumu, araştırmanın meslekte çalışma süresi ve çalışılan klinik alan ile Bilgi Testi puanları arasındaki ilişkiye yönelik sonuçları da desteklemektedir. Bu araştırmada meslekte çalışma süresi arttıkça Bilgi Testi önleme ve risk alt boyutu puanlarının (zayıf anlamlılık düzeyinde) ve Bilgi Testi toplam puanlarının arttığı (çok zayıf anlamlılık düzeyinde); dahili kliniklerde çalışma süresi arttıkça önleme ve risk alt boyutu ile evrelendirme alt boyutu ve Bilgi Testi toplam puanlarının arttığı (zayıf anlamlılık düzeyinde) bulunmuştur (Tablo 4.9). Meslekte çalışma süresi açısından bu çalışmanın sonucuna benzer sonuç Nuru ve arkadaşları (2015) tarafından bildirilmiştir. Nuru ve arkadaşları (2015) tarafından yapılan ve hemşirelerin basınç yaralanmasını önlemeye ilişkin bilgi ve uygulamalarını inceledikleri çalışmada, araştırma için geliştirilen anket formunu kullanılmış ve meslekte çalışma süresi 11-20 yıl arası olan hemşirelerin bilgi düzeyinin iyi olduğu ve daha az deneyimli hemşirelere göre yüksek olduğu bildirilmiştir. Meslekte çalışma süresi açısından bu çalışmanın sonucundan farklı bir sonuç Chianca ve arkadaşları (2010) tarafından bildirilmiştir. Chianca ve arkadaşları (2010), hemşirelerin basınç yaralanmasına ilişkin bilgi düzeyini inceledikleri çalışmalarında, hemşirelerin meslekte çalışma süresi ile Bilgi Testi toplam puanı arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki olduğunu saptanmış ve bu durumun müfredatın gelişmesi ile birlikte yeni mezun hemşirelerin bilgi düzeyinin daha iyi olması ve deneyimli hemşirelerin basınç yaralanmasına ilişkin bilgisini güncellememesi ile ilişkili olduğu düşünülmüştür. Gül ve arkadaşları (2017) ise, hemşirelerin basınç yaralanmasına ilişkin bilgi düzeyini inceledikleri çalışmalarında, hemşirelerin yaşı arttıkça Bilgi Testi toplam puanının azaldığı ve meslekte çalışma süresi ile Bilgi Testi toplam puanı arasında ilişki bulunmadığı saptanmıştır. Bu sonuçların nedenlerinin genç olan hemşirelerin yeni mezun olmaları, interneti ve bilgisayarı daha iyi kullanabilmeleri olarak açıklanmıştır. Bu araştırmanın yapıldığı hastanelerde olduğu gibi diğer hastanelerde de hemşireler lisans eğitimlerini farklı kurumlarda tamamlamış olabilmekte

ve kendilerine basınç yaralanmasına ilişkin farklı sorumluluklar (yalnızca önleme ve risk değerlendirme, yalnızca yara bakımı veya her ikisi) verilebilmektedir. Hemşirelik Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (HUÇEP) (2014) kapsamında basınç yaralanmasını önleme ve bakımı, lisans eğitiminin temel konuları arasında yer almasına ve hastanelerde genellikle basınç yaralanmasına ilişkin mezuniyet sonrası eğitim düzenlenmesine rağmen, yukarıdaki verilen literatür sonuçları ve bu çalışmanın sonuçları, basınç yaralanmasına ilişkin hemşirelerin bilgi düzeyinin farklı olabileceğini göstermektedir. Bu durum, meslekte veya kurumda yeni olan hemşireler dahil olmak üzere tüm hemşireler için basınç yaralanmasına ilişkin eğitimin düzenli olarak planlanmasını ve değerlendirilmesini gerekli hale getirmektedir.

Araştırmanın yukarıda tartışılan bulguları H1 hipotezini (hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine göre, basınç yaralanmasına ilişkin bilgi düzeyleri farklıdır) cinsiyet açısından desteklemektedir. Araştırmanın H4 hipotezini ise [hemşirelerin bazı sosyodemografik özellikleri (klinik alanda ve meslekte çalışma süresi) ile basınç yaralanmasına ilişkin bilgi puanları arasında ilişki vardır], dahili kliniklerde ve meslekte çalışma süresi açısından desteklemektedir.

Basınç Yaralanması Özelliklerine Göre Bilgi Testi Puan Ortalamaları

Bu çalışmada hemşirelerin basınç yaralanmasına ilişkin özelliklerinden yalnızca basınç yaralanması gelişmiş hastaya bakım verme özelliğine göre Bilgi Testi önleme ve risk alt boyutu, evrelendirme alt boyutu ve Bilgi Testi toplam puan ortalamalarının anlamlı düzeyde farklı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Basınç yaralanması gelişmiş hastaya bakım verenlerin önleme ve risk alt boyutu puan ortalamasının diğerlerinden anlamlı düzeyde yüksek olduğu; basınç yarası gelişmiş hastaya bakım verilirken gözlem yaptığını bildirenlere göre diğer hemşirelerin evrelendirme alt boyutu ve Bilgi Testi toplam puan ortalamalarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur. Bu alt boyutlarda puan ortalamaları ve Bilgi Testi toplam puan ortalamasının basınç yaralanması gelişmiş hastaya bakım verdiğini bildirenlerde diğerlerinden daha yüksek olmasına rağmen, yalnızca önleme ve risk alt boyutu puan ortalamasının geçme sınırının üzerinde olduğu bulunmuştur (Tablo 4.7).

Literatürde, bu çalışmada kullanılan bilgi testi ile yapılan çalışmalarda, basınç yaralanması gelişmiş hastaya sık bakım veren hemşirelerin Bilgi Testinin önleme ve risk alt boyut puan ortalamalarının basınç yaralanması ile bazen ya da hiç karşılaşmayan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bildirilmiştir (56, 57).

Bu araştırmanın uygulandığı hastanelerde, özellikle daha az klinik deneyime sahip olan hemşireler, deneyimli hemşirelerle birlikte çalışmakta ve onların uygulamalarını gözlemlemektedir. Bu çalışmanın basınç yaralanması gelişmiş hastaya bakım verilirken gözlem yaptığını bildiren hemşirelerin bilgi puan ortalamalarının düşük olmasının, daha az klinik deneyime sahip olan bu hemşirelerden kaynaklandığı düşünülmektedir. Araştırmada basınç yaralanması gelişmiş hastaya bakım vermediğini bildiren hemşirelerin evrelendirme ve bilgi testi toplam puan ortalaması ile ilgili sonuçlarının ise, yine araştırmanın yapıldığı hastanelerin özelliğinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu hastanelerde basınç yaralanması gelişmiş hastalar genellikle yoğun bakımda veya dahili kliniklerde yatmaktadır ve buradaki hemşireler, yukarıdaki tartışma başlığında vurgulandığı gibi deneyimli hemşirelerdir.

Araştırmanın yukarıda tartışılan bulguları H2 hipotezini (hemşirelerin basınç yaralanmasına ilişkin özelliklerine göre basınç yaralanmasına ilişkin bilgi düzeyleri farklıdır) basınç yaralanması gelişmiş hastaya bakım verme durumu açısından desteklemektedir.

5.3. Hemşirelerin Kanıta Dayalı Uygulamalarına Göre Bilgi Testi Puan Ortalamalarının Tartışılması

Bu araştırmada beş başlık altındaki kanıta dayalı uygulamaların (risk değerlendirme; deri değerlendirme ve deri bakımı; beslenme durumunu değerlendirme; pozisyon verme ve destek yüzey kullanma; medikal ekipman kullanımına yönelik uygulamalar) hemşireler tarafından gerçekleştirme durumları ve buna göre Bilgi Testi puan ortalamaları, ilgili literatür ayrıntılı verilerek, aşağıdaki gibi birlikte tartışılmıştır.

Risk değerlendirme uygulamalarının (9 uygulama) tamamını hemşirelerin yarısından fazlasının her zaman gerçekleştirdiği bu araştırmada, en fazla oranla altıncı uygulamayı (%81.4), en düşük oranla dokuzuncu uygulamayı (%55.8) gerçekleştirdikleri, hemşireler tarafından %16.3-%37.2 arasında değişen oranlarla ise, uygulamaların bazen gerçekleştirildiği saptanmıştır (Tablo 4.5.1).

Bu araştırmada hemşirelerin risk değerlendirme uygulamalarını (9 uygulama) gerçekleştirme durumlarına göre bilgi puan ortalamaları incelendiğinde; iki ve üçüncü uygulamalar dışındaki uygulamaların çoğunda Bilgi Testi toplam puan ortalamaları (7 uygulama, %77.7), uygulamaların yarısından fazlasında önleme ve risk alt boyutu (5 uygulama, %55.5) ile evrelendirme alt boyutu (5 uygulama, %55.5) ve bir uygulama da ise yara tanılama alt boyutu (%11.1) puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark

olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Bu uygulamaları her zaman gerçekleştirdiğini bildirenlerin puan ortalamaları diğerlerinden yüksek olmasına rağmen, önleme ve risk alt boyutunda 5 uygulamayı (1., 4., 6., 8. ve 9. uygulamalar) ve Bilgi Testi toplam puan ortalaması açısından ise, yalnızca ilk uygulamayı her zaman gerçekleştirdiğini bildirenlerin puan ortalamasının geçme sınırının üzerinde olduğu saptanmıştır (Tablo 4.8.1).

Araştırmanın risk değerlendirmeye ilişkin sonuçları, hemşirelerin yarısından fazlasının kanıta dayalı risk değerlendirme uygulamalarını gerçekleştirmesine rağmen, basınç yaralanmasına ilişkin bilgilerinin yalnızca önleme ve risk boyutu açısından geçme sınırının üzerinde olduğunu, basınç yarasını tanılama ve evrelendirmeye ilişkin uygulamaları gerçekleştirdiğini bildiren hemşirelerin bilgi düzeylerinin ise, düşük olduğunu göstermektedir.

Risk değerlendirme uygulamaları, doku bütünlüğünün korunmasını ve doku bütünlüğünü bozan mevcut veya olası risk faktörlerinin belirlenmesini amaçlamaktadır. Bu uygulamaların tüm hastaların bakım sürecinde düzenli olarak (her zaman) gerçekleştirilmesi gereklidir (1, 3, 7, 28). Literatürde, hemşirelerin basınç yaralanmasını önlemeye yönelik uygulamalarının incelendiği çalışmalarda bu araştırma ile benzer veya farklı sonuçlar bulunmaktadır (5, 6, 10, 16, 22, 75, 76, 83, 84, 94). Bu çalışmada, hemşirelerin %75.6'sı basınç yaralanması gelişme riskini değerlendirmeye yönelik bir risk değerlendirme aracını her zaman kullandığını bildirmiştir. Acaroğlu ve Şendir (2005)'in yaptığı Türkiye'de basınç yaralanmasını önleme yönetmeye ilişkin yaklaşımların incelendiği çalışmada hemşirelerin yalnızca %32'sinin risk değerlendirme aracı kullandığı, Akman Mert ve Ecevit Alpar (2012)'in, yoğun bakımda yatan hastaların basınç yaralanması risklerini ve hemşirelik bakım uygulamalarını incelediği çalışmada, hemşirelerin risk değerlendirme aracı kullanmadığını ve tüm hastalara önleyici hemşirelik uygulamalarını gerçekleştirdiği, Tel ve arkadaşları (2006)'in hemşirelerin basınç yaralanmasını önlemeye yönelik uygulamalarını incelediği çalışmada, hastaların yarısından fazlasında Braden risk değerlendirme ölçeği ile yüksek riskli hastalarda günlük/düzenli değerlendirilme yapıldığı bildirilmiştir. Çınar ve arkadaşları (2018)'in, yoğun bakım hemşirelerinin basınç yaralanmasını önlemeye yönelik çalışmaları inceledikleri sistematik derlemede (2005-2015 arasında yayınlanan 7 araştırma makalesi), hemşirelerin basınç yaralanması riskini değerlendirme aracı kullandığını, ancak önlemeye yönelik uygulamalarının sınırlı olduğunu bildirmiştir.

Hemşirelerin basınç yaralanması riskini değerlendirmeye yönelik araç kullanma oranları farklı bildirilmesine rağmen, günümüzde sağlık bakım kurumlarının hasta

değerlendirme formları arasında en az bir risk değerlendirme aracı bulunmaktadır. Ancak basınç yaralanmasını değerlendirme araçlarının etkinliğini inceleyen araştırmalarda olduğu gibi ilgili literatürde de, basınç yaralanması riskini değerlendirmek için tek başına bir aracın yeterli olmayacağı, birden fazla aracın birlikte kullanılmasının veya modifiye bir araç kullanılmasını önermişlerdir (69, 70, 81).

Bu araştırmada, hemşirelerin en az oranda (%55.8) her zaman gerçekleştirdikleri risk değerlendirme uygulamasının, basınç yaralanması gelişme riski olan hastalarda risk bazlı önleme planı geliştirilmesi (9. Uygulama) olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada kullanılan forma benzer bir formun kullanıldığı Aslan (2014)'ın çalışmasında, risk değerlendirme uygulamalarının çoğunluğunun, bu araştırmadan daha fazla oranda her zaman gerçekleştirildiği saptanmıştır. Ancak, her iki çalışmada da bazen gerçekleştirme oranları, bu uygulamaların düzenli (her zaman) olarak gerçekleştirilmediğini göstermektedir. Aslan (2014)'ın hemşirelerin basınç yaralarını önlemeye yönelik tutum ve uygulamalarını incelediği çalışmada, risk değerlendirme uygulamalarının %71.4 (hastanın basınç yarası gelişme taşıdığıının tesbit edilmesi durumunda bir önleme planı yapma ve bu planı uygulama) ile %80.8 (basınç yarası gelişme riski bulunan bireyleri belirlemek için risk ölçeği kullanma) arasında değişen oranlarla her zaman gerçekleştirdiği, bu gruptaki 4 uygulamanın %14.1-%25.1 arasında değişen oranlarla bazen gerçekleştirildiği bulunmuştur. Hoviattalab ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan ve hemşirelerin basınç yaralanmasını önlemeye yönelik uygulamaları gerçekleştirme durumlarının gözlemlendiği çalışmada, kliniğe yatış sırasında risk değerlendirme uygulamasının hastaların %34.3'ünde yapıldığı, Nuru ve arkadaşları (2015) ise, hemşirelerin basınç yaralanmasına ilişkin bilgi ve uygulamalarını inceledikleri çalışmada, her zaman bir risk değerlendirme ölçeği kullandığını bildiren hemşire oranının oldukça düşük olduğu (%5.6) bildirilmiştir. Turgut (2015), cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin basınç yaralarına ilişkin bilgi ve uygulamalarını inceledikleri çalışmada hemşirelerin çoğunluğu basınç yaralanması riskini değerlendirmek için ölçek kullandığını (%85.2) ve en fazla oranla Braden (%48.1) ve Waterlow ölçeklerini (%48.1), daha az oranda Norton (3.8) ölçeğini kullandıklarını bildirmiştir. Gökdemir (2019)'ın, basınç yaralanması riski yüksek olan kritik hastalarda risk faktörlerini ve önleyici hemşirelik girişimlerini incelediği çalışmada, hemşireler tarafından risk değerlendirme ölçeği ile basınç yaralanması riski değerlendirildiği, ancak bu hastaların yarısında basınç yaralanması geliştiği ve yara oluşumunu yaş, BKİ, vücut ağırlığı, kronik hastalık varlığı, serum albümin seviyesi, kan glukoz düzeyi ve yoğun bakımda yatış süresi etkilediği

bildirilmiştir. Keser ve Yüksel (2020) tarafından yapılan ve cerrahi hemşirelerinin basınç yaralanmasına ilişkin bilgi ve tutumlarını incelendiği çalışmada ise, hemşirelerin çoğunluğunun basınç yarası riskini değerlendirme sıklığının yeterli olmadığı (ilk yatışta ve genel durumu değiştikçe değerlendirme, %72), hemşirelerin %31.3'ünün basınç yarası gelişme riskini arttıran faktörleri yanıtlamadığı ve faktörlere ilişkin yanıt oranının ise, düşük olduğu bildirilmiştir.

Hemşirelerin basınç yaralanmasını önlemeye ilişkin bilgi düzeyleri incelendiğinde, bu araştırmada kullanılan bilgi testinden farklı olarak Beeckman ve arkadaşları (2010) tarafından geliştirilen ölçeğin (Basınç Yarasını Önlemede Bilgi Değerlendirme Ölçeği) kullanıldığı çalışma sonuçlarına ulaşılmıştır (19, 21, 33, 95). Bunların ikisinde, ölçeğin içerdiği altı temadan (etyoloji ve gelişme, sınıflandırma ve gözlem, risk değerlendirme, beslenme, basınç/yırtılma miktarını azaltan önleyici girişimler, basınç/yırtılma süresini azaltmak için önleyici girişimler) risk değerlendirme temasına ilişkin bilgi puanının düşük olduğu bildirilmiştir (19, 21). Aynı ölçeğin Tülek ve arkadaşları (2016) tarafından yapılan Türkçe geçerlik güvenirlik çalışmasında ise, hemşirelerin en düşük puanı basınç/sürtünme miktarını azaltan önleyici girişimler temasından, en yüksek puanı ise, beslenme temasından aldıkları, Keser ve Yüksel (2020) tarafından yapılan ve cerrahi hemşirelerinin basınç yaralanmasına ilişkin bilgi ve tutumlarını inceledikleri çalışmalarında, hemşirelerin basınç yarasını önlemede ölçeğinin risk değerlendirme teması puan ortalamasının (73.67 ± 29.37) ve hemşirelerin %52.2'sinin bilgi puanının geçme sınırının üzerinde olduğu belirlenmiştir.

Literatürde, ilgili kılavuz ve yayınlardan yararlanılarak hemşirelerin bilgi düzeyini değerlendirmek için geliştirilen formların kullanıldığı çalışmaların çoğunluğunda ise, risk değerlendirme uygulamalarına veya risk değerlendirme araçlarına ilişkin hemşirelerin bilgi düzeyinin yeterli olmadığı bildirilmiştir (18, 22, 52, 95). Nuru ve arkadaşları (2015), hemşirelerin basınç yaralanmasına ilişkin bilgi ve uygulamalarını inceledikleri çalışmalarında, risk değerlendirmenin önemi (%50.4) ve risk değerlendirmede Braden ölçeği kullanılması (%55.6) ile ilgili sorulara doğru yanıt oranının düşük olduğu, Doğu (2015) tarafından yapılan ve yoğun bakım hemşirelerinin bası yarası, bakımı ve bakım ürünlerine ilişkin bilgi ve uygulamalarının değerlendirildiği çalışmada, hemşirelere verilen eğitim öncesi Braden risk değerlendirme ölçeğine ilişkin doğru yanıt oranının (%47.9) düşük olduğunu bildirmiştir. Köse ve arkadaşları (2016) tarafından yapılan ve yoğun bakım hemşirelerinin basınç yaralanmasının önlenmesine yönelik uygulamalar konusunda bilgi düzeylerinin incelendiği çalışmada, hemşirelerin

çoğunluğunun (%75) risk değerlendirmeye ilişkin ifadeleri yanıtladıklarını bildirmişlerdir. Çelik ve arkadaşları (2017) hemşirelerin basınç yaralanmasını önleme ve yönetmede bilgi durumlarını inceledikleri çalışmalarında, kılavuzlardan yararlanarak geliştirilen bilgi testinin içerdiği risk değerlendirme ile ilgili ifadelere doğru yanıt oranının oldukça farklı olduğu bildirilmiştir (bası yarası oluşma riski Braden ölçeği ile incelenir %83.7, tüm hastalar bası yarası gelişme riski yönünden değerlendirilir %20.3). Kopuz ve Karaca (2019)'nın, hemşirelerin basınç yaralanmasını önlemeye ve risk faktörlerine ilişkin bilgi durumunun incelendiği çalışmalarında, risk değerlendirmesi, beş bölümden oluşan anketin üç bölümünde bulunan ifadelerle değerlendirilmiştir. Bunlardan ilki olan risk faktörlerine ilişkin ifadelerden ikisinde (yatak başının 30°'den fazla yükseltilmesi %24.8, hipertermi/ hipotermi olması %2.2) ve basınç yaralanmasına neden olan tıbbi girişimlere ilişkin bir ifade için (santral kateterler %40) hemşirelerin doğru yanıt oranının düşük olduğu, diğer bölümlerde ise doğru yanıt oranının yüksek olduğu bildirilmiştir (deri bakımının değerlendirilmesi ifadeleri arasında bulunan hastanede yatan tüm hastaların bir risk değerlendirme ölçeği ile değerlendirilmesi ifadesi %92 ve hastaya/bakım verene deri değerlendirmeye ilişkin eğitim verilmesi ifadesi %97.6; basınç yaralanmasına ilişkin girişimlere yönelik hastaya/ailesine basınç yaralanması nedenleri, risk faktörleri ve gelişimine yönelik eğitim verilmesi ifadesi %94).

Bu araştırmanın yapıldığı hastanelerde servise kabul edilen hastanın risk değerlendirmesi primer hemşiresi tarafından Braden Skalası'nı içeren bir basınç yaralanması riski değerlendirme formu kullanılarak yapılmakta ve hastanın primer hemşiresi tarafından pozisyon vermeye ilişkin zaman çizelgesi oluşturulmaktadır. Basınç yaralanması bulunan hastaya, kurumun yara bakım hemşiresi tarafından bakım planı oluşturularak uygulanmaktadır. Buna rağmen risk değerlendirme uygulamalarını her zaman gerçekleştirdiğini bildiren hemşire oranı en fazla (%81) oranla 6. uygulama için (Hastanın eşlik eden başka hastalıklarının sorgulanması) olmuştur. Risk değerlendirme uygulamalarından 7 ve 9. uygulamalar ise, hemşireler tarafından en düşük oranda gerçekleştirildiği bildirilen uygulamalar olmuştur. Özellikle 9. uygulama (Basınç yaralanması gelişme riski olan hastalarda risk bazlı önleme planı geliştirilmesi ve uygulanması), hastaların primer hemşiresinin sorumluluğu olduğundan, bu uygulamanın risk değerlendirme uygulamaları arasında en düşük oranda hemşire tarafından her zaman gerçekleştirilmesi önemli bir sonuçtur. Bununla ilgili 3. uygulamanın (Basınç yaralanması gelişme riskini değerlendirmede hastaya uygun bir risk değerlendirme aracının kullanılması) ise, hemşirelerin çoğunluğu tarafından (%75.6) her zaman

gerçekleştirildiği bildirilmiş ancak, 2. uygulama (Hasta servise kabul edilir edilmez basınç yaralanması gelişme riskinin değerlendirilmesi) ile birlikte, bu uygulamayı gerçekleştirme durumları açısından bilgi testi puan ortalamaları anlamlı bir fark oluşturmamıştır.

Yukarıdaki literatür sonuçları ile birlikte değerlendirildiğinde, bu araştırmanın hemşirelerin uygulamaları gerçekleştirme oranlarına ilişkin sonuçları (Tablo 4.5.1), hemşirelik bakımının kesintisiz, etkin ve bütüncül gerçekleştirilebilmesi için, özellikle primer hemşireler tarafından risk değerlendirme uygulamalarının her birinin düzenli olarak (her zaman) gerçekleştirmelerinin sağlanmasına ve buna yönelik yaklaşımların geliştirilmesine ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Araştırmanın uygulamaları gerçekleştirme durumuna göre bilgi testi puan ortalamalarına göre (Tablo 4.8.1), özellikle önleme ve risk alt boyutunda hemşirelerin uygulamaları her zaman gerçekleştirmelerini, bu alt boyuttaki bilgi düzeyleri etkilediğinden, hemşirelerin basınç yaralanmasına ilişkin güncel bilgi düzeyi arttırılmalıdır. Ancak, bu çalışmada olduğu gibi, yukarıda ilgili literatürden de anlaşılabileceği gibi, hemşirelerin bilgi düzeyleri farklı içerikte ölçüm araçları ile değerlendirildiğinden, güncel kılavuzlardan yararlanılarak geliştirilen kapsamlı araçlar, değerlendirme ve periyodik izlem için yararlı olacaktır.

Deri değerlendirme ve deri bakımı uygulamalarının (10 uygulama) çoğunluğunu (%80) hemşirelerin yarısından fazlasının her zaman gerçekleştirdiği, en fazla oranla 4. uygulamanın (%82.6), en düşük oranlarla ise 7 ve 10. uygulamaların (%43 ve %45.3) her zaman gerçekleştirildiği, hemşireler tarafından %18.6- %48.8 arasında değişen oranlarla uygulamaların bazen gerçekleştirildiği bulunmuştur (Tablo 4.5.2).

Deri değerlendirme ve deri bakımı uygulamalarını gerçekleştirme durumlarına göre Bilgi Testi puan ortalamaları karşılaştırıldığında, uygulamaların yarısında Bilgi Testi toplam puan ortalamaları (5 uygulama, %50), önleme ve risk (6 uygulama, uygulamaların %60'ı) ile evlendirme (7 uygulama, uygulamaların %70'i) alt boyutları ve bir uygulamada ise yara tanılama (uygulamaların %10'u) alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır. Bu uygulamaları her zaman veya bazen gerçekleştirdiğini bildirenlerin puan ortalamalarının yüksek olmasına rağmen, yalnızca 9. uygulamayı her zaman uyguladığını bildirenlerin Bilgi Testi toplam puan ortalamasının ve önleme ve risk alt boyutundaki uygulamaları (5 uygulama) her zaman gerçekleştirdiğini ve bazen (2 uygulama) gerçekleştirdiğini bildirenlerin puan ortalamasının geçme sınırının üzerinde olduğu bulunmuştur (Tablo 4.8.2).

Deri değerlendirme ve deri bakımı uygulamaları, dokunun basınç ve basınç ile birlikte nem, sürtünme, hareketsizlik, duyu kayıpları gibi doku hasarına neden olan faktörlere yönelik uygulamaları ve bunların derideki etkisini değerlendirmeyi sağlamaktadır (1,3). Literatürde deri değerlendirme ve bakımı ile ilgili farklı sonuçlar bildirilmiştir (5, 6, 16, 22, 59, 75, 76, 84). Panagiotopoulou ve Kerr (2002), hemşirelerin basınç yaralanmasını önlemeye yönelik bilgi ve uygulamaları inceledikleri çalışmada, hemşirelerin %73.5'i her zaman günlük deri değerlendirmesi yapılması gerektiğini ve %97.4' her zaman deride gelişebilecek maserasyonun önlenmesi gerektiğini bildirmiştir. Tel ve arkadaşları (2006)'ın çalışmasında, hemşirelerin cildi günlük olarak değerlendirilmediği ve cildi nemlendirme/destekleme uygulamasının düzenli yapılmadığı, vücut banyosu/silme banyo uygulaması oranının düşük olduğu (%28), Akman Mert ve Ecevit Alpar (2012)'ın çalışmasında yoğun bakımda yatan hastalara hemşirelerin havalı yatak kullanma, 4 saat aralıklarla pozisyon değiştirme ve destekleme, masaj ve cildi nemlendirme; hergün ve gerektiğe cilt bakımı uygulamalarını gerçekleştirdikleri, Hoviattalab ve arkadaşları (2014)'ın çalışmasında ise, hemşireler tarafından basınç yaralanmasını önlemeye yönelik en sık yapılan uygulamaların maruz kalınan nem oranının azaltılması (%98.8), deri bakımı yapılması (%93.8), transfer/pozisyon değiştirme/döndürme sırasında cildin korunması (%90.63) olduğu, daha nadir olarak da neme karşı deriye bariyer ürün uygulanmasının (%28.1) gerçekleştirildiği bildirilmiştir. Aynı çalışmada, hastaların %15.6'sında derinin inspeksiyon ile değerlendirilmesine rağmen bunların %87.5'inin kayıt edilmediğini saptamışlardır. Bu çalışmada hemşirelerin yarısından fazlası tarafından uygulamaların çoğunluğunun her zaman uygulandığı bildirilirken, benzer bir formun kullanıldığı Aslan (2014)'ın çalışmasında uygulamaların bu araştırmadan daha fazla oranda her zaman gerçekleştirildiği saptanmıştır. Ancak her iki çalışmada da bazen gerçekleştirme oranları, uygulamaların düzenli (her zaman) gerçekleştirilmediğini göstermektedir. Nuru ve arkadaşları (2015), hemşirelerin basınç yaralanmasına ilişkin bilgi ve uygulamalarını inceledikleri çalışmalarında, pozisyon verme ve destek yüzey kullanma ile ilgili uygulamaların çoğunluğunu her zaman gerçekleştirme oranlarının düşük olduğunu (masaj uygulamama %42.7, rutin olarak deri bakımı verme %15.7, basınç bölgelerine dikkat etme %17.7, her 2 saatte bir pozisyon değiştirme %12.9, özel yatak kullanma %10.9, deriyi değerlendirme %5.2, hasta yakınlarına krem/yağlar önerme %4.4) bildirmişlerdir. Turgut (2015)'un çalışmasında, cerrahi yoğun bakım hemşirelerin riskli hastalarda cilt bakımını ılık su ile yaptığı (44.3), uzun süre yatan hastada koruyucu

yöntem kullandığını bildirenlerin (%98.4) bu önlemler arasında vücudu silme (%4.9), cilt nemliliği kontrolü (%3.3), defakasyon kontrolü (%3.3) ve derinin gözlemlenmesi (%2.2) gibi uygulamaları düşük oranda uyguladıkları saptanmıştır. Gökdemir (2019)'in çalışmasında, yüksek kritik hastalarda hemşireler tarafından tüm hastalara günde en az iki kez deri değerlendirmesi yapıldığı, bakım sırasında krem uygulandığı ve masaj yapıldığı, gaita inkontinası olan bireylerde perine bölgesine bariyer krem uygulandığı bildirilmiştir. Aynı çalışmada, hastaların yarısında basınç yaralanması geliştiği ve hastaların yarısından fazlasında sakrumda olmak üzere, tüm hastalarda en fazla oranla Evre II (%47.5) yara geliştiği bildirilmiştir.

Literatürde hemşirelerin basınç yaralanmasını önlemede deri değerlendirme ve deri bakımına ilişkin bilgi durumları incelendiğinde, çalışma sonuçlarının uygulamalarla ilgili sonuçlarda olduğu gibi, farklılıklar içerdiği saptanmıştır (22, 94, 95). Nuru ve arkadaşları (2015) tarafından yapılan çalışmada kullanılan formun beslenme durumunu değerlendirme uygulamaları ile ilgili soruları oldukça sınırlı içerdiği ve hemşirelerin doğru yanıt oranının %78.2 ile %16.1 arasında değiştiği görülmüştür. Köse ve arkadaşları (2016) tarafından yapılan çalışmada yoğun bakım hemşirelerinin çoğunluğunun (%72.9) basınç yaralanmasının önlenmesine yönelik uygulamalar konusunda deri değerlendirmesine ilişkin ifadeleri doğru yanıtladıkları bildirilmiştir. Çelik ve arkadaşları (2017) çalışmalarında hemşirelerin bilgi testinin içerdiği deri değerlendirme ve deri bakımı ile ilgili ifadelerle doğru yanıt oranının yüksek olduğu saptanmıştır (en az haftada bir sistematik cilt muayenesi yapılması %77.8, cildin temiz ve kuru olmasını sağlama %95.8, inkontinans/terleme/yara drenajı nedeniyle aşırı nem oluşumu önlenir %96.6, ciltteki kuruluğu önlemek amacıyla cilt ıslak pamukla nemlendirilir %77.2, bası yarasını önlemek ve tedavi etmek için uygulanan bakım kayıt edilir %97.9). Kopuz ve Karaca (2019) çalışmasında, hemşirelerin çoğunluğunun (%82'den fazlası) deri bakımını değerlendirme ve basınç yaralanmasını önleme girişimlerine ilişkin soruların çoğunluğunu doğru yanıtladığı, yalnızca riskli bireylerin deri değerlendirme sıklığına ilişkin soruya yanıt oranının diğerlerine göre daha düşük olduğu bulunmuştur (basınç yaralanma riski olan bireyler deri değerlendirmesi haftada en az bir kez yapılmalıdır, %76.8). Keser ve Yüksel (2020) tarafından yapılan çalışmada cerrahi hemşirelerinin basınç yarasını önlemede bilgi değerlendirme ölçeğinin etyoloji (%69.3) ve gelişme, sınıflandırma ve gözlem (%35.3), basınç/yırtılma miktarını azaltan girişimler (%76), basınç/yırtılma süresini azaltan girişimler (%50) temalarından aldıkları bilgi puan ortalamasının geçme sınırının atında olduğu ve hemşirelerin çoğunluğunun (%73.3) bu

temaya ilişkin bilgilerinin geçme sınırının üzerinde olduğu (>%60) olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada basınç yaralanması riskini arttıran faktörler arasında gaita ve idrar inkontinansını gösteren hemşire oranının (%11.3) ve kurumda basınç yaralanmasını önlemeye yönelik günlük deri değerlendirmesi ve bakımı girişiminin yapıldığını bildiren hemşire oranının da (%33.3) düşük olduğu bildirilmiştir.

Bu araştırmanın deri değerlendirme ve deri bakımına ilişkin sonuçları, hemşirelerin tamamı tarafından hastanın servise kabulü sırasında deri değerlendirme uygulamalarının her zaman gerçekleştirilmediğini göstermiştir. Bu gruplardaki uygulamalardan inkontinansa yönelik 4. uygulama (perine bakımı) hemşirelerin çoğunluğu tarafından her zaman yapılıyor olarak bildirilmesine rağmen, deriyi korumak için önerilen 5. uygulama (yüksek emici ürün kullanma) dışındakilerin (7. uygulama) hemşirelerin yarısından daha azı tarafından gerçekleştirildiği görülmüştür. Benzer şekilde hemşirelerin yarısından daha az oranı tarafından gerçekleştirildiği bildirilen 10. uygulama (taburcu olmadan önce derinin değerlendirilmesi), eve veya farklı bir kuruma taburculuk planının başlangıcı olan ve tanılama kapsamında yapılması gereken bir uygulamadır (Tablo 5.2). Tanılama, aynı zamanda deri bakımının önemli bir amacıdır. Araştırmanın deri değerlendirme ve deri bakımına yönelik uygulamaları gerçekleştirme oranları ilişkin sonuçları (Tablo 4.5.2) hastaların kliniğe kabulünden taburculuk dönemine kadar düzenli olarak gerçekleştirilmesine yönelik yaklaşımların gerektiğini göstermektedir. Araştırmanın uygulamaları gerçekleştirme durumuna göre bilgi testi puan ortalamalarına ilişkin sonuçları (Tablo 4.8.2), risk değerlendirme uygulamalarında olduğu gibi bu uygulamalar da hemşirelerin her zaman gerçekleştirmelerinde, bu alt boyuttaki bilgi düzeylerinin etkili olabileceğini düşündürmektedir. Hemşirelerin basınç yaralanmasına ilişkin bilgi düzeyinin artırılması ve güncellenmesi gereklidir.

Beslenme durumunu değerlendirme uygulamalarından (6 uygulama), dördüncü uygulama dışındakileri hemşirelerin yarısından fazlasının gerçekleştirdiği, en fazla oranla 6. uygulamayı (%75.6), en düşük oranla ise 4. uygulamayı (%48.8) gerçekleştirdikleri, hemşireler tarafından 6. uygulama (%17.4) dışındakileri %25.6-%38.4 arasında değişen oranlarla bazen gerçekleştirildiği saptanmıştır (Tablo 4.5.3).

Hemşirelerin beslenme durumunu değerlendirme uygulamalarının tamamını her zaman gerçekleştirdiğini bildirenlerin toplam Bilgi Testi puan ortalamasının anlamlı düzeyde yüksek ve bir uygulama (2. uygulama) dışında geçme sınırının üzerinde olduğu, benzer şekilde evlendirme alt boyut puan ortalamasının tüm uygulamaları her zaman veya bazen gerçekleştirdiğini bildirenlerin anlamlı düzeyde yüksek olduğu, önleme ve

risk alt boyut puan ortalamasının bir uygulama (2. uygulama) dışındakileri her zaman gerçekleştirdiğini bildirenlerin anlamlı düzeyde yüksek ve geçme sınırının üzerinde olduğu ve yara tanılama alt boyut puan ortalamalarının yalnızca iki uygulama (2. ve 5. uygulama) her zaman gerçekleştirdiğini bildirenlerin anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.8.3).

Dengesiz beslenme ve yetersiz sıvı alımı basınç yaralanmasının oluşmasında veya yara iyileşmesinde önemli faktörlerdendir (71). Hastanın besin gereksiniminin birçok faktöre (yaş, beden kitle indeksi, aktivite, stres vb.) bağlı olarak değişiklik göstermesi nedeniyle gerekli durumlarda beslenme desteği verilmesi veya yara gelişmesi halinde yaranın iyileşmesine katkı sağlayacak A ve C vitamini, çinko, kalsiyum, demir gibi vitamin ve mineralleri içeren besinlerin diyetle dahil edilmesi oldukça önemlidir (7, 8). Beslenme durumunu değerlendirme uygulamaları bireyin basınç yaralanmasına ilişkin beslenme ve sıvı alımı ile ilgili riskli durumlarını değerlendirme, multidisipliner beslenme programı oluşturma, izlem ve kayıt uygulamalarını içermektedir (1, 3). Literatürde basınç yaralanması risk faktörlerinin incelendiği ve farklı bakım ortamlarında (hastane, yoğun bakım, evde bakım) hastaların katılımı ile yapılan bazı çalışmalarda basınç yaralanması gelişen hastaların albümin düzeyinin düşük olduğu bildirilmiştir (5, 10, 24, 25, 26, 27). Kaşıkçı ve arkadaşları (2018), basınç yaralanması prevalansını ve hastanede yatan hastalarla ilişkili risk faktörlerini inceledikleri araştırmalarında, basınç yaralanması bulunma durumu ile düşük albümin seviyesi, yetersiz beslenme ve yüksek beden kitle indeksi arasında ilişki olduğunu bildirmişlerdir ($p<0.05$). Basınç yaralanmasının önlenmesinde albümin düzeyinin değerlendirilmesi, uygun beslenme yönteminin ile beslenmenin sağlanması ve sürekli izlem ile beslenme desteğinin sürdürülmesi önemlidir (28, 29). Hastalarda BKİ'nin yüksek veya düşük olması da riski arttırdığından, BKİ değerlendirmesi de yapılmalıdır (5, 10).

Literatürde basınç yaralanmasını önlemeye yönelik hemşirelik uygulamalarının incelendiği çalışmaların beslenme durumunu değerlendirme ile ilgili sonuçları incelendiğinde, uygulamaların gerçekleştirilme oranlarının farklı olduğu görülmüştür (5, 16, 22, 75, 76, 84). Tel ve arkadaşları (2006) hemşirelerin beslenme ile ilgili uygulamaları düzenli olarak gerçekleştirilme oranının yüksek olduğunu (besin alımını destekleme uygulamasının tüm hastalarda, hidrasyonu sağlama ve sıvı izlemi %98), Akman Mert ve Ecevit Alpar (2012) ise, yoğun bakımda hemşirelerin hastalara 2 saatte bir besin verdiklerini bildirmişlerdir. Bu çalışmada beslenme uygulamalarının, diğer uygulamalardan daha düşük oranda her zaman uygulandığı saptanmıştır. Benzer bir

formun kullanıldığı Aslan (2014)'ın çalışmasında ise yalnızca beslenme durumunun değerlendirmesi ile ilgili uygulamaların her zaman gerçekleştirme oranlarının bu araştırmadan daha yüksek olduğu, ancak her iki çalışmada da bazen gerçekleştirme oranları, uygulamaların düzenli (her zaman) gerçekleştirilmediğini göstermektedir. Nuru ve arkadaşları (2015), hemşirelerin basınç yaralanmasına ilişkin bilgi ve uygulamalarını inceledikleri çalışmalarında, beslenme durumunu değerlendirme ile ilgili uygulama sayısının ve her zaman gerçekleştirme oranlarının oldukça düşük olduğunu (vitamin ve besin sağlama %8.4, diyetle protein ve kalori izlemi yapma %4) bildirmişlerdir. Acaroğlu ve Şendir (2005), Türkiye'de basınç yaralanmasını önleme yönetmeye ilişkin yaklaşımların incelendiği çalışmalarında hemşirelerin %60'ının yeterli beslenmenin sağlanmasını riskli hastalarda koruyucu önlem olarak uyguladıklarını bildirmişlerdir. Panagiotopoulou ve Kerr (2002) tarafından yapılan çalışmada, hemşirelerin %86.3'ü malnutrisyonun önlenmesi veya tedavi edilmesi gerektiğini bildirmiştir. Hoviattalab ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan çalışmada, hemşireler tarafından basınç yaralanmasını önlemeye yönelik sık yapılan uygulamanın yeme ve içmeye yardım etme olduğunu, ancak beslenme durumunun değerlendirilmesi ve kayıt edilmesinin oldukça nadir uygulandığı bildirilmiştir. Gökdemir ve Yüksel (2019)'ın, kritik hastalarda risk faktörlerinin ve önleyici hemşirelik girişimlerinin incelendiği ve hastaların yarısından fazlasının enteral ve parenteral beslendiği çalışmada, serum albümin düzeyinin basınç yaralanması gelişen hastalarda (2.75 ± 0.33 gr/dl), açılmayan hastalardan (2.94 ± 0.40 gr/dl) anlamlı düzeyde düşük olduğu, BKİ değerinin ise, yara açılanlarda açılmayanlardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Yara gelişme oranının obez olanlarda (%89.9), normal (%30.8) ve fazla kilolu (%42.9) olanlardan yüksek olduğu da bulunmuştur.

Literatürde basınç yaralanmasını önlemeye yönelik hemşirelerin bilgi durumunun incelendiği çalışmaların bazılarında beslenme durumu sınırlı kapsamda soru veya ifade kullanılarak değerlendirilmiştir (6, 14, 18, 22, 95). Nuru ve arkadaşları (2015), tarafından yapılan çalışmada beslenme durumunu değerlendirme uygulamalarına ilişkin sınırlı sayıda sorunun yarısının serum albümin düzeyi izlemine içerdiğini ve hemşirelerin doğru yanıt oranının %64.1 ile %79 arasında değiştiği görülmüştür. Turgut (2015)'un çalışmasında cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin %60'ı, riskli hastaların değerlendirilmesinde beslenme durumunu göz önüne alınması gereken kriterlerden biri olarak bildirmişlerdir. Köse ve arkadaşları (2016) tarafından yapılan çalışmada ise, yoğun bakım hemşirelerinin çoğunluğunun (%85.9) beslenmenin düzenlenmesine ilişkin

ifadeleri yanıtladıkları bildirilmiştir. Çelik ve arkadaşları (2017) hemşirelerin bilgi testinin içerdiği beslenme durumunun değerlendirilmesine yönelik ifadelere (2 ifade) yüksek oranda doğru yanıt verdiklerini saptamışlardır (riskli hastanın beslenme ihtiyacı değerlendirilir ve yönetimi sağlanır %96.7, besin bozukluğu olan hastalar değerlendirilir, desteklenir ve korunur %97.1). Kopuz ve Karaca (2019)'nın basınç yaralanmasını önlemeye ve risk faktörlerine ilişkin çalışmalarında, beslenme durumunun değerlendirilmesine ilişkin girişimlere (3 girişim) hemşirelerin yanıt oranının yüksek olduğu bulunmuştur (ihtiyaçlarına uygun şekilde protein ve kalori alınması sağlanmalıdır %95.2, yeterli sıvı alınması sağlanmalıdır %94.8, kan şekeri, hemoglobin ve hematokrit değerleri kontrol edilmelidir %85.2). Keser ve Yüksel (2020) tarafından yapılan çalışmada cerrahi hemşirelerinin bilgi değerlendirme ölçeğinin beslenme teması bilgi puan ortalamasının geçme sınırının üzerinde olduğu (73.33 ± 44.37) ve hemşirelerin çoğunluğunun (%73.3) bu temaya ilişkin bilgilerinin geçme sınırının üzerinde olduğu ($> \%60$) olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada basınç yaralanmasına ilişkin beslenme ile ilgili faktörleri belirleme oranının (obezite %27.3, yetersiz beslenme %26) ve kurumda beslenmeye yönelik girişim bildiren hemşire oranının da (%9.3) düşük olduğu bildirilmiştir.

Bu araştırmanın yapıldığı kurumda, hastaların diyet ve beslenme düzeninin oluşturulması, beslenme uzmanı tarafından, hemşire ve hekimlerle koordinasyon kurularak sağlanmaktadır. Ancak, araştırmaya katılan hemşirelerin yarısına yakını, özellikle riskli hastaların beslenme durumunun koordinasyonunda bazen rol aldığını bildirmiştir. Rutin bakım uygulamalarından olan aldığı ve çıkardığı sıvı izlemi ve beslenme durumunu değerlendirme uygulamalarının ise %25.6- %38.8 arasında değişen oranda hemşire tarafından bazen gerçekleştirdiği bildirilmiştir.

Araştırmanın beslenme durumunu değerlendirme uygulamalarının çoğunluğunun tüm hemşireler tarafından düzenli olarak gerçekleştirilmemesi (bazen gerçekleştirilmesi) (Tablo 4.5.3), uygulamaların her zaman gerçekleştirmesini sağlayacak yaklaşımlara gereksinim olduğunu göstermektedir. Ayrıca bu çalışmada hemşirelerin uygulamaları her zaman gerçekleştirmelerinde önleme ve risk alt boyutu ile birlikte bazı uygulamalar için yara tanılama alt boyutuna ilişkin bilgi durumunun da etkili olduğu söylenebilir. Ancak yalnızca önleme ve risk alt boyutu puan ortalamasının geçme sınırının üzerinde olması (Tablo 4.8.3), basınç yaralanmasına ilişkin bilgi düzeyinin geliştirilmesi ihtiyacını göstermektedir.

Pozisyon verme destek yüzey kullanma uygulamalarının (5 uygulama) yarısından fazlasının (%60) hemşirelerin yarısından daha az oranı tarafından her zaman gerçekleştirdiği, en fazla oranla ilk uygulamanın (%79.1), en düşük oranla ikinci uygulamanın (%36) her zaman gerçekleştirildiği, hemşireler tarafından bir uygulama dışındaki uygulamaların ise, %39.5- %41.9 arasında değişen oranlarla bazen gerçekleştirildiği saptanmıştır (Tablo 4.5.4);

Hemşirelerin pozisyon verme ve destek yüzey kullanma uygulamalarından ilkinin her zaman ve bazen gerçekleştirdiğini bildirenlerin Bilgi Testi toplam puan ortalaması ile önleme ve risk alt boyutu ve evrelendirme alt boyutu puan ortalamalarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu, bunlardan yalnızca önleme ve risk alt boyutunda uygulamayı her zaman gerçekleştirenlerin puan ortalamasının geçme sınırının üzerinde olduğu bulunmuştur. Diğer uygulama gruplarından farklı olarak, pozisyon verme ve destek yüzey kullanma ile ilgili uygulamaların yarısından fazlasını her zaman ve bazen gerçekleştirdiğini bildirenlerin (1.,3. ve 4. uygulama) evrelendirme alt boyutu bilgi puan ortalamalarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Ancak, bu uygulamalara ilişkin hemşirelerin evrelendirme alt boyutu puan ortalamalarının geçme sınırının altında olduğu bulunmuştur (Tablo 4.8.4).

Pozisyon verme ve destek yüzey kullanma uygulamalarının amaçları hastanın vücuduna uygulanan basıncı ortadan kaldırmak veya basıncın etkilerini azaltmak/dağıtmak amaçlanır (1, 3, 7, 46). Literatürde hemşirelerin basınç yaralanmasını önleyici uygulamaları arasında pozisyon verme ve destek yüzey kullanma uygulamaları, bazı çalışmalarda detaylı incelenirken, bazılarında daha genel olarak incelenmiştir (5, 6, 10, 16, 75, 83). Akman Mert ve Ecevit Alpar (2012)'in, yoğun bakımda yatan hastaların hemşirelik bakım uygulamalarını incelediği çalışmasında, basınç yarası önleyici uygulamaların havalı yatak/basınç azaltan cihaz kullanımı ve 4 saatte bir gerçekleştirilen bazı uygulamaları (basınç bölgelerini destekleme, pozisyon verme, aktif/pasif hareket) içerdiğini bildirmiştir. Bu çalışmada pozisyon verme ve destek yüzey kullanma uygulamalarını her zaman gerçekleştiren hemşire oranları, beslenme durumunu değerlendirme uygulamaları dışında, diğerlerinden daha düşüktür. Özellikle 2. uygulamanın (sağlık durumu elverişli hastaların günde 3 defa sandalyede oturtulması) bazen gerçekleştirilme ve hiç gerçekleştirilmeme oranları yüksektir. Benzer bir formun kullanıldığı Aslan (2014)'in çalışmasında ise, bu araştırma ile benzer olan uygulamaların ve bir uygulama dışında diğerlerinin her zaman gerçekleştirilme oranlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (riskli olan tüm hastalarda pozisyon değişikliği %73.5, pozisyon

değişikliği durumunu hastanın özelliklerine göre belirleme %71.1, hastanın ve ortamın özelliklerine göre destek yüzey seçme %67.6, standart şilte yerine köpük şilte kullanma %44.1). Howiattalab ve arkadaşları (2014) Almanya’da iki hastanede dahili ve cerrahi kliniklerde yaptıkları çalışmada hemşirelerin en sık hastanın hareket ettirilmesi, basınç giderici yatak kullanılması, pozisyon değiştirme, topukların eleve edilmesi uygulamalarını gerçekleştirdiğini, en az sandalyede otururken basıncı giderici araçlar kullanılması uygulamalarını gerçekleştirdiğini, hastalara yatarken veya otururken basınç bölgelerindeki ağırlığı nasıl kaldıracağı ve pozisyonunu nasıl değiştireceği konularında eğitimin ise, verilmediğini saptamışlardır. Aynı çalışmada hastaların %40.6’sının pozisyonunun değiştirildiğini, %31.2’sinin belirli aralıkla değiştirildiğini, çoğunluğu (%71.9) uzun süre yatmakta olan hastaların yarısının topuklarının eleve edildiğini de bildirmişlerdir. Turgut (2015) cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin %72.1’inin pozisyon değişimi yaptığını, %59’unun havalı yatak kullandığını, %54.1’inin bariyer jel kullandığını bildirmiştir. Nuru ve arkadaşları (2015) çalışmalarında, hemşirelerin pozisyon verme ve destek yüzey kullanma ile ilgili uygulamalarının ve her zaman gerçekleştirme oranlarının düşük olduğunu (özel yatak kullanma %10.9, 2 saatte bir pozisyon değiştirme %12.9, ayak bileklerinin altını yastıkla destekleme %8.1) bildirmişlerdir. Gökdemir (2019), basınç yaralanması riski yüksek olan kritik hastalarda hastaların %41.3’üne iki saatte bir pozisyon verildiğini, %51.2’sine 30°/45° yarı oturur pozisyon verildiğini ve %21.2’sine topuk elevasyonu yapıldığını ve bazı girişimlerin uygulandığı hastalarda basınç yaralanması gelişiminin daha düşük olduğu bildirmiştir (2 saatte bir pozisyon değişikliğinin 3-4 saatte bir değişiklik yapılmasına oranla, 30°-45° yarı oturur pozisyon verilmesinin 30° sağ-sol yan ve 30°-45° yarı oturur pozisyon verilmesine oranla ve topuk elevasyonu yapılmamasının yapılanlara oranla). Çınar ve arkadaşları (2018), yoğun bakım hemşirelerinin basınç yaralanmasını önlemeye yönelik çalışmaları inceledikleri sistematik derlemede (2005-2015’de yayınlanan 7 araştırma), 3 makalede hastalara iki saatte bir pozisyon verildiğini, havalı yatak kullanıldığını, yatak banyosu verildiğini; bir makalede bilinçli olan hastalarda dahil olmak üzere tüm hastalara hasta bezi bağlandığını ve günde iki kez değiştirildiğini, sürtünmeyi önlemeye dikkat ederek pasif ROM egzersizleri ve germe egzersizleri yapıldığını, pozisyon değişikliği yapılamayan ve yatak başı 30° yükseltilmiş hastalarda çok sık yatak bakımı verildiğini bildirmişlerdir.

Literatürde hemşirelerin basınç yaralanmasını önlemede pozisyon verme ve destek yüzey kullanmaya ilişkin bilgi durumları incelendiğinde ise, çalışma sonuçlarının

farklılıklar içerdiği görülmüştür (14, 18, 22, 52, 94, 95). Nuru ve arkadaşları (2015), hemşirelerin pozisyon verme ile ilgili sorulara doğru yanıtlarının sırasıyla %78.2 oranında 2 saatte bir pozisyon değiştirilmesi, %27,8 oranında topukları yaralanmadan korumak amacıyla bacağın yastıkla yükseltilmesi, %64.1 oranında mekanik yükü kaldırmak için pozisyonun değiştirilmesi ve %26.6 oranında makaslama kuvvetini azaltmak için yatak başının 30⁰’ den az yükseltilmesi olduğunu bildirmişlerdir. Doğu (2015) ise, hemşirelere verilen eğitim öncesi yan yatış pozisyonunda desteklenmesi gereken bölgelere ilişkin doğru yanıt oranının (%68.8) sırtüstü yatış pozisyonunda desteklenmesi gereken bölgelere ilişkin verdikleri doğru yanıt oranından (%91.7) düşük olduğunu bildirmiştir. Köse ve arkadaşları (2016) tarafından yapılan çalışmada yoğun bakım hemşirelerinin yarısından fazlasının pozisyon ve hareketle ilgili ifadeleri (%56.9) ve destekleyici yüzey kullanma ile ilgili ifadeleri (%55.4) doğru olarak yanıtladıklarını bildirmişlerdir. Çelik ve arkadaşları (2017) hemşirelerin bilgi testinin içerdiği pozisyon verme ve destek yüzey kullanma ile ilgili ifadelere hemşirelerin en düşük %22.2 ve en yüksek %96 oranında doğru yanıt verdiklerini saptamışlardır [(hastanın pozisyonunu değiştirirken kayan çarşaf, kayan tahta yada kaydırma yönteminden yararlanılır, yanlış ifade, doğru yanıt oranı %22.2) (hastanın yatak yada sandalyede güvenliği, hareketliliği ve rahatlığı sağlanır, doğru ifade, doğru yanıt oranı %96)]. Kopuz ve Karaca (2019)’nın çalışmalarında, hemşirelerin en fazla oranla doğru cevabı yatağa bağımlı hastaların mobilizasyonu ve transferi iki ya da daha fazla kişi ile yapılması uygulaması için verdiği (%98.8), en az doğru yanıtı ise, bilinci açık hastaların sandalyeye oturduğunda, ağırlığını 15 dakikada bir değiştirilmesi gerektiği konusunda bilgilendirilmesi uygulaması için verdiği (%7.2), diğer uygulamalara %60-%952 oranında değişen yanıtlar verildiği bildirilmiştir. Keser ve Yüksel (2020) tarafından yapılan çalışmada cerrahi hemşirelerinin en düşük puanı basınç yarasını önlemede bilgi değerlendirme ölçeğinin basınç/sürtünme miktarını azaltan önleyici girişimler temasından aldıklarını ve hemşirelerin çoğunluğunun (%82) bu temaya ilişkin bilgilerinin yeterli olmadığını bildirmişlerdir. Bu çalışmalarda uygulamalarla ilgili bilgi ölçüm araçlarının, ifade/soru sayısının ve özelliklerinin (ayrıntılı veya genel) farklı olduğu görülmüştür.

Bu araştırmanın yapıldığı kurumda, hastaların servise yatışı sırasında basınç yaralanması risk değerlendirmesi primer hemşire tarafından yapılmakta ve buna dayalı olarak pozisyon değiştirme zaman çizelgesi hazırlanmaktadır. Basınç yaralanması gelişme riski yüksek olan hastalara, basıncı dağıtma özelliği olan havalı yataklar

kullanılmakta ve iki saatte bir pozisyon değişikliği yapılarak, bu pozisyonlarda vücut kısımları yastıklarla desteklenmektedir.

Yukarıda ilgili literatürde de vurgulandığı gibi, hemşirelerin pozisyon verme ve destek yüzey kullanma uygulamaları ile bunları gerçekleştirme veya her zaman gerçekleştirme oranları ve uygulamalara ilişkin bilgi durumları değişmektedir. Bu çalışmada ise, kanıta dayalı diğer uygulama gruplarından farklı olarak (Tablo 4.5.1-3 ve Tablo 4.5.5), hemşirelerin pozisyon verme ve destek yüzey kullanma ile ilgili uygulamalarının (Tablo 4.5.4) yarısından fazlasını her zaman ve bazen gerçekleştirme durumlarını (1.,3. ve 4. uygulama) evrelendirme alt boyutu bilgi puan ortalamalarının etkilendiği saptanmış olmasına rağmen, hemşirelerden yalnızca ilk uygulamayı her zaman gerçekleştirenlerin önleme ve risk alt boyutu bilgi puan ortalamasının geçme sınırının üzerinde olduğu bulunmuştur. Uygulamaların gerçekleştirme oranları ve bilgi puanlarına ilişkin bu sonuçlar, uygulamaların rutin (her zaman) uygulanmasına yönelik klinik yaklaşımların sağlanması ve bunlara yönelik eğitim ve izlemin gerekli olduğunu göstermektedir.

Medikal ekipman kullanılmasına yönelik uygulamaların (5 uygulama) çoğunluğunu (%80) hemşirelerin yarısından fazlasının her zaman gerçekleştirdiği, en fazla oranla ilk uygulamanın (%80.2), en düşük oranla 5. uygulamanın (%48.8) her zaman gerçekleştirildiği, hemşireler tarafından %17.4- %44.2 arasında değişen oranlarla uygulamaların bazen gerçekleştirildiği bulunmuştur (Tablo 4.5.3).

Hemşirelerin medikal ekipman kullanılmasına yönelik uygulamaların yarısından fazlasını (ilk üç uygulama) her zaman ve bazen gerçekleştirdiğini bildirenlerin Bilgi Testi toplam puan ortalamasının anlamlı düzeyde yüksek olduğu, benzer şekilde aynı uygulamaları her zaman veya bazen gerçekleştirdiğini bildirenlerin önleme ve risk alt boyutu bilgi puan ortalamalarının anlamlı düzeyde yüksek ve geçme sınırının üzerinde olduğu, iki uygulamayı (1. ve 3. uygulama) her zaman ve bazen gerçekleştirdiğini bildirenlerin ise, evrelendirme alt boyut puan ortalamalarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.8.5).

Medikal ekipmanlar, hastalara teşhis ve tedavi sürecinde uygulanan/kullanılan oksijen verme ve izleme cihazları, endotrakeal cihazlar, beslenme tüpleri, idrar ve bağırsak boşaltımını sağlayan araçlar, kas-iskelet sistemini koruyucu malzemeler ve diğer araç gereçlerdir (IV kateterler, tansiyon manşonu, cihaz kabloları, elektrotları). Bu ekipmanlara bağlı basınç yaralanması gelişmesinde, ekipmanın sert malzemeden yapılmış olması, hastaya uygun olmayan veya yanlış cihaz kullanımı, vücuda temas ettiği

bölgede subkütan dokunun az olması, ekipmanı sabitlemede kullanılan hatalı yöntem ve ekipmanın dokuya uyguladığı kesme kuvvetinin etkisi vardır (23, 34, 72). Medikal ekipmanların kullanımı sırasında basınç yaralanmasını önlemeye yönelik hemşirelik sorumluluklarını; hastaya doğru ve uygun ekipman kullanılması, ekipmanın temas ettiği bölgenin düzenli olarak gözlenmesi, ekipmanın belirli aralıklar ile yerinin değiştirilmesi, ekipman ve doku arasına hidrokollaid içeren ara yüzey örtü kullanılması, basınç yaralanması bulunan alana herhangi bir ekipman yerleştirilmemesi, ekipmanın kullanıldığı alanda maserasyon ve terleme açısından derinin sürekli kontrol edilmesi gibi uygulamalar ile hastanın yaşam kalitesini koruma ve kaliteli hemşirelik bakımı vermek oluşturmaktadır (1, 3). Literatür incelendiğinde, hastaların hastanede kalış süresi uzadıkça hastalara uygulanan medikal ekipmanlara bağlı basınç yaralanması gelişme riskinin arttığı bildirilmiştir (37, 47). Aslan (2014), hemşirelerin basınç yaralarını önlemeye yönelik tutum ve uygulamalarını incelediği çalışmada, hemşirelerin çoğunluğunun derinin değerlendirilmesi uygulamaları kapsamında deriyi tıbbi cihaz ve araçların sebep olduğu basınç hasarı açısından gözlemlene (kateter, oksijen tüpleri, ventilatör, yarı-sert boyunluklar gibi) uygulamasını %72.1 oranında gerçekleştirdiklerini bildirmiştir.

Literatürde hemşirelerin basınç yaralanmasını önlemeye yönelik bilgi durumlarının incelendiği çalışmalardan (14, 18, 22, 52, 95) Kopuz ve Karaca (2019) tarafından yapılan ve hemşirelerin basınç yaralanmasını önlemeye ve risk faktörlerine ilişkin bilgi durumunun incelendiği çalışmada, hemşirelerin çoğunluğu basınca neden olan araç gereçlere ilişkin %62.8-%89.2 arasında değişen oranlarla doğru cevap vermişler, yalnızca santral kateterlerin basınca neden olduğunu düşük oranda (%40) doğru olarak yanıtlamışlardır. Doğu (2015) tarafından yapılan çalışmada yoğun bakım hemşirelerinin çoğunluğunun (%79.2) bası yarası, bakımı ve bakım ürünlerine ilişkin verilen eğitim öncesi nazal tüp takılı ve entübe hastalarda, tespitin ayrı bir bası yarası riski oluşturmadığına ilişkin soruyu doğru olarak yanıtladığı bildirilmiştir.

Bu araştırmada hemşirelerin medikal ekipman kullanılmasına yönelik uygulamaların (5 uygulama) yarısından çoğunluğunu (3.,4. ve 5. uygulama) bazen gerçekleştirenlerin oranının %30-%44.2 arasında olduğu saptanmıştır. Bu bulgu, her zaman yapılması gereken bir hemşirelik sorumluluğuna yönelik geliştirilmesi gereken bir sonuçtur. Ayrıca bu çalışmada medikal ekipman kullanılmasına yönelik ilk üç uygulamayı hemşirelerin gerçekleştirme durumuna, önleme ve risk alt boyutu ile Bilgi Testi toplam puan ortalamalarının etkili olduğu, ilk ve 3. uygulamayı gerçekleştirme durumunun ise evrelendirme alt boyutu bilgi puan ortalamalarından etkilendiği bulunmuş

olmasına rağmen, yalnızca ilk üç uygulamayı her zaman ve bazen (2 ve 3. uygulamada) gerçekleştiren hemşirelerin önleme ve risk alt boyutu puan ortalamalarının geçme sınırının üzerinde olduğu bulunmuştur.

Uygulamaların gerçekleştirme oranlarına ve bilgi puanlarına ilişkin bu sonuçlar, medikal ekipmanların uygulandığı alanda oluşturduğu basıncı değerlendirme, azaltma veya gidermeye yönelik uygulamaların rutin (her zaman) uygulanmasına yönelik klinik yaklaşımların sağlanmasının ve bunlara yönelik eğitim ve izlemin gerekli olduğunu göstermektedir.

Ancak literatürde olduğu gibi bu çalışmada da hemşirelerin çoğunluğunun basınç yaralanmasını önlemeye ilişkin bilgi almış olduğunu bildirmesi (Tablo 4.2), eğitim ihtiyacının karşılanmasında etkinliği kanıtlanmış farklı yaklaşımların kullanılması gerektiğini düşündürmektedir. Ayrıca tartışmada ayrıntılı olarak verilen ilgili literatürden anlaşıldığı gibi bilgi düzeyinin değerlendirilmesinde kullanılan araçlarda (ölçek, anket gibi), basınç yaralanmasını önlemeye ilişkin uygulama ifadelerinin içerik (objektif değerlendirmeyi sağlayacak özellikleri sınırlı içermesi, örneğin hangi sıklıkla veya ne zaman uygulanacağı gibi) ve sayıca sınırlı ve birbirinden oldukça farklı olması, bilgi düzeylerini değerlendirmek üzere kanıta dayalı güncel kılavuz önerileri dikkate alınarak geliştirilen ölçüm araçlarına ihtiyaç olduğunu da göstermektedir.

Araştırmanın yukarıda tartışılan bulguları H3 hipotezini (hemşirelerin basınç yaralanmasını önlemeye yönelik kanıta dayalı uygulamaları gerçekleştirme durumlarına göre basınç yaralanmasına ilişkin bilgi düzeyleri farklıdır) desteklediği söylenebilir. Kanıta dayalı beş uygulama grubunun anlamlı bulunan sonuçlarına ilişkin yapılan 117 ikili karşılaştırmada; hemşirelerin bilgi puan ortalamalarının, uygulamaları her zaman gerçekleştirdiğini bildirenlerin hiç gerçekleştirmeyenlerden (%42.7), her zaman gerçekleştirdiğini bildirenlerin bazen gerçekleştirdiğini bildirenlerden (%34.2) ve bazen gerçekleştirdiğini bildirenlerin gerçekleştirmeyenlerden (%23.1) anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.8.1-5). Ancak, karşılaştırmaların çoğunluğunda uygulamaları her zaman gerçekleştirdiğini bildiren hemşirelerin önleme ve risk alt boyutu puan ortalamaları geçme sınırının üzerinde olduğu bulunmuştur.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Hemşirelerin basınç yaralanmasına ilişkin bilgi düzeyi ve önlemeye yönelik kanıta dayalı uygulamaları gerçekleştirme durumlarının incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılan (n=86) bu araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda sıralanmıştır.

- 1) Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri:** Yaş ortalaması 26.43 ± 0.44 , çoğunluğu kadın ve lisans mezunu (%79.1) olan hemşirelerin yarısından fazlası cerrahi kliniklerde çalışmakta (%65.1) olup, en fazla oranı serviste 3 ay-1 yıl arasında çalışanlar ile meslekte 2-5 yıl arasında çalışanlar (%40.7) oluşturmuştur (Tablo 4.1).
- 2) Hemşirelerin basınç yaralanmasına ilişkin özellikleri:** Hemşirelerin çoğunluğu basınç yaralanmasına ve önlemeye ilişkin eğitim aldığını (%88.4) ve bunu en fazla oranla hizmet içi eğitimde aldığını (%74.4), tamamına yakını çalıştığı serviste basınç yaralanmasını önlemeye yönelik uygulama yaptığını (%95.3), yarısından fazlası bu uygulamaların yatağa bağımlı hastaya verilmesi gerektiğini (%58.1), çoğunluğu basınç yaralanması gelişen hastaya bakım verdiğini (%83.7) ve basınç yaralanmasını önlemeye yönelik servis hemşirelerinin uygulamalarını yeterli bulduğunu (%70.9) bildirmiştir (Tablo 4.2).
- 3) Hemşirelerin Modifiye Pieper Bilgi Testi puan ortalamaları ve yanıt oranları:** Hemşirelerin Bilgi Testi toplam puan ortalaması ve iki alt boyutu (evrelendirme ve yara tanılama alt boyutları) (32.94 ± 5.78 , 5.58 ± 1.66 , 3.96 ± 1.29) puan ortalamalarının geçme sınırının altında olduğu (doğru yanıt oranı %70'den az), önleme ve risk alt boyutu puan ortalamasının ise geçme sınırının üzerinde olduğu (doğru yanıt oranı %70-%79 arasında) (23.39 ± 3.98) saptanmıştır (Tablo 4.3).
- 4) Hemşirelerin Modifiye Pieper Bilgi Testi yanıt oranları:** Hemşirelerin yarısından fazlası önleme ve risk alt boyutundaki ifadelerin çoğunluğunu (%75.75, 33 ifadenin 25'i), evrelendirme alt boyutundaki ifadelerin yarısından fazlasını (%55.5, 9 ifadenin 5'i), yara tanılama alt boyutundaki ifadelerin çoğunluğunu (%71.42, 7 ifadenin 5'i) ve Bilgi Testi toplam ifadelerinin çoğunluğunu (%71.42, 49 ifadenin 35'i) doğru yanıtlamıştır. Hemşirelerin çoğunluğu (%70'den fazlası) önleme ve risk alt boyutundaki ifadelerin %60.6'sını (33 ifadeden 20'sini) yarısından fazlası, evrelendirme alt boyutundaki ifadelerin %44.4'ünü (9 ifadeden 4'ünü), yara tanılama

alt boyutundaki ifadelerin %42.8'ini (7 ifadeden 3'ünü) ve Bilgi Testi toplam ifadelerinin %55.1'ini (49 ifaden 27'sini) doğru yanıtlamıştır (Tablo 4.4).

5) Hemşirelerin Basınç Yaralanmasını Önlemeye Yönelik Kanıta Dayalı Uygulamaları Gerçekleştirme Durumları: Kanıta dayalı uygulamaların %85.7'si (35 uygulamanın 30'u) hemşirelerin yarısından fazlası tarafından her zaman gerçekleştirildiği bildirilirken, uygulamaların %57.1'i (35 uygulamanın 20'si) hemşirelerin %30.2-%48.8'i tarafından bazen gerçekleştirildiği bildirilmiştir.

a) Risk değerlendirme uygulamaları: Hemşirelerin yarısından fazlası risk değerlendirme uygulamalarının tamamını her zaman gerçekleştirdiğini, en fazla oranla altıncı uygulamayı (hastanın eşlik eden başka hastalıklarını sorguladığını) her zaman (%81.4); yedinci ve dokuzuncu uygulamaları (hareketi ve/veya aktivitesi kısıtlı hastaların topuklarının basıncı gidermek amacıyla eleve edilmesi ile dokuzuncu uygulama olan basınç yaralanması gelişme riski olan hastalarda risk bazlı önleme planı geliştirilmesi ve uygulanması) bazen (%37.2) gerçekleştirdiklerini bildirmişlerdir (Tablo 4.5.1).

b) Deri değerlendirme ve deri bakımı uygulamaları: Hemşirelerin yarısından fazlası 10 uygulamanın sekizini (%80) her zaman gerçekleştirdiğini, en fazla oranla dördüncü uygulamayı (inkontinansı olan hastalarda kontinans sonrası perine bakımının hemen yapılması) her zaman (%82.6), yedinci (%48.8) ve 10. (%43) uygulamaları (basınç yaralanması gelişme riski taşıyan hastalarda deriyi korumak için yatakta ve sandalyede çok katmanlı yumuşak silikon ve köpük kullanılması, hasta taburcu olmadan önce derinin değerlendirmesinin yapılması) bazen gerçekleştirdiklerini bildirmişlerdir (Tablo 4.5.2).

c) Beslenme durumunu değerlendirme uygulamaları: Hemşirelerin yarısından fazlası, altı uygulamadan beşini (%83.3) her zaman gerçekleştirdiğini, en fazla oranla altıncı uygulamayı (hemşirelik gözlem formuna basınç yaralanması riski taşıyan hastaların beslenme durumunun ve değerlendirme sonucunun kayıt edilmesi) her zaman (%75.6), dördüncü uygulamayı (malnutrisyon olma riski taşıyan veya gelişmiş hastalar için hastanın hekimi ve diyetisyeni ile hastaya özel beslenme planı geliştirilmesi ve uygulamasında rol alma) bazen (%46.5) gerçekleştirdiklerini bildirilmişlerdir (Tablo 4.5.3).

d) Pozisyon verme ve destek yüzey kullanma uygulamaları: Hemşirelerin yarısından fazlası beş uygulamanın dördünü (%80) her zaman gerçekleştirdiğini, fazla oranla ilk uygulamayı (hareketi ve/veya aktivitesi kısıtlı basınç yaralanması

gelişme riski yüksek hastalara yatak içinde 2 saatte bir düzenli olarak pozisyon verme) her zaman (%79.1), ikinci uygulamayı (sağlık durumu elverişli olan hastaların gün içerisinde 3 defa 30 dakika sandalyede oturtulması) bazen (%41.9) gerçekleştirdiklerini bildirilmişlerdir (Tablo 4.5.4).

e) Medikal ekipman kullanılmasına yönelik uygulamalar: Hemşirelerin yarısından fazlası beş uygulamanın dördünü (%80) her zaman gerçekleştirdiğini, en fazla oranla ilk uygulamayı (hastaya uygun şekil ve büyüklükte, amacına uygun ve güvenli ekipmanları kullanma) her zaman (%80.2), beşinci uygulamayı (medikal ekipmanın yüzeye uyguladığı basıncın azaltılması ya da dağıtılmasını sağlamak için ekipman ile temas ettiği deri yüzeyinin arasına ara yüzey bir malzeme kullanma) bazen (%44.2) bazen gerçekleştirdiklerini bildirmişlerdir (Tablo 4.5.5).

- 6) Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine göre Modifiye Pieper Basınc Yarası Bilgi Testi puan ortalamaları:** Kadınların, Bilgi Testi iki alt boyutu (önleme ve risk alt boyutu, yara tanılama alt boyutu) puan ortalamalarının geçme sınırının üzerinde olduğu; yara tanılama alt boyut puan ortalamasının erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p<0.05$) saptanmıştır. Yoğun bakımda ve dahili kliniklerde çalışanların Bilgi Testi toplam puan ortalaması ile iki alt boyutu (önleme ve risk alt boyutu, evrelendirme alt boyutu) puan ortalamalarının, ayrıca dahili kliniklerde çalışanların yara tanılama alt boyutu puan ortalamasının da geçme sınırının üzerinde olduğu; yoğun bakımda ve dahili kliniklerde çalışanların evrelendirme alt boyut puan ortalamalarının, cerrahi kliniklerde çalışanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p<0.05$) saptanmıştır (Tablo 4.6).
- 7) Hemşirelerin basınc yaralanması özelliklerine göre Modifiye Pieper Basınc Yarası Bilgi Testi puan ortalamaları:** Basınc yaralanması gelişmiş hastaya bakım verdiğini bildirenlerin Bilgi Testi önleme ve risk alt boyutu puan ortalamasının geçme sınırının üzerinde olduğu, basınc yaralanması gelişmiş hastaya bakım verme durumuna göre Bilgi Testi iki alt boyutu (önleme ve risk alt boyutu, evrelendirme alt boyutu) puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.7).
- 8) Hemşirelerin basınc yaralanmasını önlemeye yönelik kanıta dayalı uygulamaları gerçekleştirme durumlarına göre Modifiye Pieper Basınc Yarası Bilgi Testi puan ortalamaları:**

- a) Risk değerlendirme uygulamaları:** Bu grupta toplam dokuz uygulama bulunmaktadır. Hemşirelerin beş uygulamayı (ilk uygulama, dört, altı, sekiz ve dokuzuncu uygulama) gerçekleştirme durumuna göre Bilgi Testi önleme ve risk alt boyutu ile evrelendirme alt boyutu puan ortalarının; yalnızca ilk uygulamayı gerçekleştirme durumuna göre yara tanılama alt boyutu puan ortalamasının; iki ve üçüncü uygulamalar dışında yedi uygulamaları gerçekleştirme durumuna göre Bilgi Testi toplam puan ortalamalarının istatistiksel olarak farklı olduğu ($p<0.05$) saptanmıştır (Tablo 4.8.1).
- b) Deri değerlendirme ve deri bakımı uygulamaları:** Bu grupta 10 uygulamadan altısını (iki, üç, dört, yedi, sekiz ve dokuzuncu uygulama) gerçekleştirme durumuna göre önleme ve risk alt boyutu alt puan ortalarının; yedi uygulamayı (üç, dört, beş, altı, yedi, sekiz ve dokuzuncu uygulama) gerçekleştirme durumuna göre evrelendirme alt boyut puan ortalamalarının; yalnızca ilk uygulamayı gerçekleştirme durumuna göre yara tanılama alt boyut puan ortalamasının; altı uygulamayı (iki, üç, dört, yedi, sekiz ve dokuzuncu uygulama) gerçekleştirme durumuna göre Bilgi Testi toplam puan ortalamalarının istatistiksel olarak farklı olduğu ($p<0.05$) bulunmuştur (Tablo 4.8.2).
- c) Beslenme durumunu değerlendirme uygulamaları:** Bu gruptaki tüm uygulamaları (altı uygulama) gerçekleştirme durumuna göre evrelendirme alt boyutu ve Bilgi Testi toplam puan ortalamalarının; ikinci uygulama dışında diğer uygulamaları (beş uygulama) gerçekleştirme durumuna göre önleme ve risk alt boyutu alt puan ortalarının; ilk ve beşinci uygulamaları gerçekleştirme durumuna göre yara tanılama alt boyut puan ortalamalarının istatistiksel olarak farklı olduğu ($p<0.05$) saptanmıştır (Tablo 4.8.3).
- d) Pozisyon verme ve destek yüzey kullanma uygulamaları:** Bu gruptaki beş uygulamadan yalnızca birer uygulamayı gerçekleştirme durumuna göre önleme ve risk alt boyutu ve Bilgi Testi Toplam (ilk uygulama) ile yara tanılama alt boyut (beşinci uygulama) puan ortalarının; üç uygulamayı (ilk uygulama, üç ve dördüncü uygulama) gerçekleştirme durumuna göre ise evrelendirme alt boyut puan ortalamalarının istatistiksel olarak farklı olduğu ($p<0.05$) saptanmıştır (Tablo 4.8.4).
- e) Medikal Ekipman Kullanılmasına Yönelik Uygulamalar:** Bu grupta bulunan beş uygulamadan ilk üçünü (birinci, ikinci ve üçüncü uygulama) gerçekleştirme durumuna göre önleme ve risk alt boyutu ve Bilgi Testi toplam puan

ortalamalarının; ilk uygulama ve üçüncü uygulamayı gerçekleştirme durumuna göre evrelendirme alt boyut puan ortalamalarının istatistiksel olarak farklı olduğu ($p<0.05$) saptanmıştır (Tablo 4.8.5).

- 9) Hemşirelerin klinik alanda ve meslekte çalışma süresi ile Modifiye Pieper Basınç Yarısı Bilgi Testi puanları arasındaki ilişki:** Meslekte çalışma süresi ile önleme ve risk alt boyut puanı arasında pozitif yönde ve zayıf düzeyde, Bilgi Testi toplam puanı arasında ise pozitif yönde ve çok zayıf düzeyde; dahili kliniklerde çalışma süresi ile önleme ve risk alt boyutu, evrelendirme alt boyutu ve Bilgi Testi toplam puanları arasında pozitif yönde ve zayıf düzeyde bir ilişki olduğu bulunmuştur (Tablo 4.9).

6.2.Öneriler

Bu araştırma sonuçları doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

- 1) Hemşirelerin çoğunluğunun basınç yaralanmasına ilişkin eğitimi, hizmet içi eğitimde aldığını bildirmesi, bilgi testinin doğru yanıt oranlarının düşük olması ve uygulamaları her zaman gerçekleştirenlerin bilgi testi puan ortalamalarının bazen gerçekleştiren veya gerçekleştirmeyenlerden anlamlı düzeyde yüksek olması nedenleriyle;
 - a) Basınç yaralanmasına ve önlenmesine ilişkin eğitim yönteminin geliştirilmesi (interaktif grup eğitimi, vaka tartışmaları gibi), değerlendirilmesi ve değerlendirme sonucunun eğitim içeriğinin belirlenmesinde kullanılması,
 - b) Eğitimin etkinliğinin artırılması (eğitimin kılavuz güncellenmeleri doğrultusunda ve periyodik olarak tekrarlanması, klinik veya kurum kolaylaştırıcı ve danışmanlarından yararlanma, güncel bilginin duyurulmasında bülten veya e- duyuru gibi araçlardan yararlanma),
- 2) Kanıta dayalı uygulamaların yarısından fazlası, hemşirelerin üçte biri veya yarısına yakını tarafından bazen gerçekleştirildiği bildirildiğinden;
 - a) Hemşirelerin kanıta dayalı kılavuz önerileri doğrultusunda uygulamalarını geliştirmeleri ve bunları düzenli (her zaman) gerçekleştirmelerini sağlayacak klinik yaklaşımların kullanılması (klinik formların güncellenmesi ve izlem, yara bakım hemşireleri ile vaka tartışmaları, bakım süreci değerlendirme tartışmaları gibi),
 - b) Hemşirelerin kanıta dayalı kılavuz önerileri doğrultusunda belirlenen uygulamaları gerçekleştirme oranlarının belirlenmesi ve geliştirmek için yaklaşımların araştırılması

- 3) Hemşirelerin yarısından fazlası basınç yaralanmasına yönelik eğitim kaynaklarından biri olarak lisans eğitimini bildirdiğinden, hemşirelik lisans eğitim müfredatında bu konuya ilişkin teorik ve uygulama içeriğinin, güncellenen bilgiler doğrultusunda gözden geçirilmesi,
- 4) Bu araştırmada olduğu gibi, ilgili literatürde de bilgi düzeyinin değerlendirilmesinde kullanılan araçlarda (ölçek, anket gibi), basınç yaralanmasını önlemeye ilişkin uygulama ifadelerinin içerik (objektif değerlendirmeyi sağlayacak özellikleri sınırlı içermesi) ve sayıca sınırlı ve birbirinden oldukça farklı olması nedenleriyle, bilgi düzeylerini değerlendirmek üzere kanıta dayalı güncel kılavuz önerileri dikkate alınarak ölçüm araçları geliştirilmesi,
- 5) Kanıta dayalı uygulamaların etkinliğinin, hemşirelerin bu konudaki bilgi düzeyi ile birlikte değerlendirildiği araştırmaların yapılması

7. KAYNAKLAR

1. European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. (2014). Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Second Edition Published. Elektronik Adresi: <https://www.epuap.org/pu-guidelines/> (Erişim Tarihi:10.01.2020)
2. Kocaman, G. Kanıta Dayalı Rehberlerin Hemşirelik Uygulamalarında Kullanımı. *Türkiye Klinikleri*, 2017. 3(1):1-9.
3. European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. (2019).Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Quick Reference Guide.Third Edition Published. Elektronik Adresi: <https://www.epuap.org/pu-guidelines/> (Erişim Tarihi: 10.01.2020)
4. Gül, Ş. *Ameliyathanede Sıvı Dolgulu Destek Yüzeyi Kullanmanın Basınç Ülserini Önlemeye Etkisi* (Yüksek Lisans Tezi). Ankara, Gazi Üniversitesi, 2011.Danışman: Prof. Dr. Ayişe Karadağ.
5. Akman Mert, Ö. *Yoğun Bakımda Yatan Hastaların Basınç Yarası Risklerinin Saptanması ve Hemşirelik Bakım Uygulamalarının Belirlenmesi* (Doktora Tezi). İstanbul, Marmara Üniversitesi, 2012. Danışman: Prof. Dr. Şule Ecevit Alpar.
6. Turgut, P. *Cerrahi Yoğun Bakım Hemşirelerinin Basınç Yaralarına İlişkin Bilgi ve Uygulamaları* (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul, Haliç Üniversitesi, 2015. Danışman: Prof. Dr. Neriman Akyolcu.
7. Orhan, B. Basınç Yaralarını Önleme Kılavuzu: Kanıta Dayalı Uygulamalar. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 2017. 26(4):427-440.
8. Ghaderi Shabad, B. *The Effects of Training on Cardiac Surgery Intensive Care Nurses' Knowledge Related to Pressure Ulcers Preventive Interventions and The Pressure Ulcers Development Among Cardiac Surgery Patients* (Doktora Tezi). Ankara, Haccettepe Üniversitesi, 2016. Danışman: Doç. Dr. Melek Serpil Talas ve Prof. Dr. Masood Pezeshkian.
9. Yıldırım, N. ve Kocaman, G. Basınç Ülseri Önleme Kılavuzlarının Uygulamada Kullanımı Sağlamak için Kullanılan Stratejilerin Etkinliği. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, 2017. 9:145-162.
10. Çınar, F., Kula Şahin, S. ve Eti Aslan, F. Yoğun Bakım Ünitesi'nde Basınç Yarasının Önlenmeye Yönelik Türkiye'de Yapılmış Çalışmaların İncelenmesi; Sistematik Derleme. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2018. 7(1): 42-50.

11. Edsberg, L.E., Black, J.M., Goldberg, M., McNichol, L., Moore, L. and Sieggreen, M. Revised National Pressure Ulcer Advisory Panel Pressure Injury Staging System. *J Wound Ostomy Continence Nursing*, 2016. 43(6): 585-597.
12. Fırat Kılıç, H. ve Sucudağ, G. Basınç Yarası Değerlendirilmesinde Sık Kullanılan Ölçekler. *JAREN*, 2017. 3(1):49-54.
13. Agency for Healthcare Research and Quality. (2014). Preventing Pressure Ulcers in Hospitals USA: U.S. Department of Health & Human Services. Erişim adresi: <https://www.ahrq.gov/patientsafety/settings/hospital/resource/pressureulcer/tool/put1.html> (Erişim Tarihi: 04.08.2020)
14. Çelik, S., Dirimeşe, E. ve arkadaşları. Hemşirelerin Bası Yarasını Önleme ve Yönetme Bilgisi. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 2017. 13(3):133-139.
15. Katran, H. B. Bir Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi'nde Bası Yarası Görülme Sıklığı ve Bası Yarası Gelişimini Etkileyen Risk Faktörlerin İrdelenmesi. *JAREN*, 2015. 1(1): 8-14.
16. Aslan, A. *Hemşirelerin Basınç Yarasını Önlemeye Yönelik Tutumlarının ve Klinik Uygulamalarının Belirlenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). İzmir, Ege Üniversitesi, 2014. Danışman: Prof. Dr. Meryem Yavuz.
17. Özel, B. Bası Yarası Olan Hastaların Yönetimi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 2014. 23(3): 492- 505.
18. Kopuz, E. and Karaca, A. Evaluation of Nurses' Knowledge About Risk Monitoring and Risk Prevention for Pressure Ulcers. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 2019. 9:157-165.
19. Qaddumi, J. and Khawaldeh, A. Pressure Ulcer Prevention Knowledge Among Jordanian Nurses: A Cross- Sectional Study. *BMC Nursing*, 2014. 13:6.
20. Kim, Y. J. and Lee, J. Y. A Study on the Nursing Knowledge, Attitude, and Performance Towards Pressure Ulcer Prevention Among Nurses in Korea Long-Term Care Facilities. *International Wound Journal*, 2019. 16(1): 29-35.
21. Beeckman, D., Defloor, T., Schoonhoven, L. and Vanderwee, K. Knowledge and Attitudes of Nurses on Pressure Ulcer Prevention: A Cross- Sectional Multicenter Study in Belgian Hospitals. *Worldviews on Evidence- Based Nursing*, 2011. 8(3):166-176.
22. Nuru, N., Zewdu, F., Amsalu, S. and Mehretie, Y. Knowledge and Practice of Nurses Towards Prevention of Pressure Ulcer and Associated Factors in Gondar University Hospital, Northwest Ethiopia. *BMC Nursing*, 2015.14:34.

23. Black, J., Alves, P. et al Use of Wound Dressing to Enhance Prevention of Pressure Ulcers Caused by Medical Devices. *International Wound Journal*, 2013. 12(3):322-327.
24. Kaşıkçı, M., Aksoy, M. and Ay E. Investigation of the Prevalence of Pressure Ulcers and Patient- Related Risk Factors in Hospitals in the Province of Erzurum: A Cross-Sectional Study. *Journal of Tissue Viability*, 2018. 27(3):135-140.
25. Kıraner, E., Terzi, B., Uzun Ekinci, A. ve Tunalı, B. Yoğun Bakım Ünitemizdeki Basınç Yarası İnsidansı ve Risk Faktörlerinin Belirlenmesi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 2016. 20(2):78-83.
26. Demirci Şahin, A., Seyrek, S., Ertürk A. ve Baydar Artantaş, A. Evde Bakım Hastalarında Bası Yaraları ve Hastaların Demografik Özellikleri. *Konuralp Tıp Dergisi*, 2017. 9(1):14-18.
27. Tokgöz, O. S. ve Demir, O. Nöroloji Yoğun Bakım Ünitesinde Bası Yara İnsidansı ve Risk Faktörleri. *Selçuk Üniversitesi Tıp Dergisi*, 2010. 26(3):95-98.
28. Ersoy, E. O., Öcal, S., Öz A., Yılmaz, P., Arsava B. ve Topeli, A. Yoğun Bakım Hastalarında Bası Yarası Gelişiminde Rol Oynayabilecek Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi. *Yoğun Bakım Dergisi*, 2013. 4:9-12.
29. Çelik, S., Acar, F., Güray, M., Gelmez, İ. ve Özcan, A. Üniversite Hastanesinin Yoğun Bakım Ünitelerinde Yatan Hastaların Özellikleri: 2009- 2013 Yılları Arası Geriye Dönük Analizi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 2016. 20(2): 71-77.
30. Charalambous, C., Koulouri, A., Roupas, Z., Vasilopoulos, A., Kyriakou, M. and Vasilou, M. Knowledge and Attitudes of Nurses in a Major Public Hospital in Cyprus Towards Pressure Ulcer Prevention. *Journal of Tissue Viability*, 2019. 28: 40-45.
31. Tallier, P. C., Reineke, P. R., Asadoorian, K., Choonoo, J., Campo, M. and Malmgreen-Wallen, C. Perioperative Registered Nurses Knowledge, Attitudes, Behaviors, and Barriers Regarding Pressure Ulcer Prevention in Perioperative Patients. *Applied Nursing Research*, 2017. 36:106-110.
32. Gencer, Z. E. ve Özkan, Ö. Basınç Ülserleri Sürveyans Raporu. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 2015. 13:26-30.
33. Tulek, Z., Polat, C., Ozkan, I., Theofanidis D. and Togrol R. E. Validity and Reliability of the Turkish Version of the Pressure Ulcer Prevention Knowledge Assessment Instrument. *Journal of Tissue Viability*, 2016. 25:201-208.

34. Cooper, K. L. Evidence- Based Prevention of Pressure Ulcers in the Intensive Care Unit. *Critical Care Nurse*, 2013. 33(6):57-66.
35. Coyer, F., Miles, S., et al. Pressure Injury Prevalence in Intensive Care versus Non-Intensive Care Patients: A State- Wide Comparison. *Australian Critical Care Nurse*, 2017. 30: 244-250.
36. Gul, A., Işık Andsoy, I., Ozkaya B. and Zeydan A. A Descriptive, Cross- Sectional Survey of Turkish Nurses' Knowledge of Pressure Ulcer Risk, Prevention and Staging. *Ostomy Wound Management*, 2017. 63(6):40-46.
37. Coyer, F. M., Stotts, N. and Blackman, V. S. A Prospective Window into Medical Device- Related Pressure Ulcers in Intensive Care. *International Wound Journal*, 2013. 11(6): 656-664.
38. Chianca, T. C. M., Rezende, J. F. P., Borges, E. L., Nogueira, V. L. and Caliri, M. H. L. Pressure Ulcer Knowledge Among Nurses in a Brazilian University Hospital. *Ostomy Wound Management*, 2010. 56(10):58-64.
39. Boyko, T.V., Longaker, M.T. and Yang, G.P. Review of the Current Management of Pressure Ulcers. *Adv Wound Care*, 2018. 7(2);57-67.
40. Engels, D., Austin, M., McNichol, L., Fencel, J., Gupta, S. and Kazi, H. Pressure Ulcers: Factors Contributing to Their Development in the OR. *AORN Journal*, 2016. 103(3):271-280.
41. Vasconcelos, J. B. M. and Caliri, M.H.L. Nursing Actions Before and After A Protocol for Preventing Pressure Injury in Intensive Care. *Escola Anna Nery*, 2017. 21(1):1-9.
42. Gunningberg, L., Martensson, G., Mamhidir, A., Florin, J., Athlin, M. A. and Baath, C. Pressure Ulcer Knowledge of Registered Nurses, Asistant Nurses and Student Nurses: A Descriptive, Comparative Multicentre Study in Sweden. *International Wound Journal*, 2013. 12(4):462-467.
43. Fulbrook, P., Lawrence, P. and Miles, S. Australian Nurses' Knowledge of Pressure Injury Prevention and Managment. *J Wound Ostomy Continence Nursing*, 2019. 46(2):106-112.
44. Etafa, W., Argaw, Z., Gemechu, E. and Melese, B. Nurses' Attitude and Perceived Barriers to Pressure Ulcer Prevention. *BMC Nursing*, 2018. 7:14.
45. Zarei, E., Madarshahian, E., Nikkhah, A. and Khodakarim, S. Incidence of Pressure Ulcers in Intensive Care Units and Direct Costs of Treatment: Evidence from Iran. *Journal of Tissue Viability*, 2019. 28(2): 70-74.

46. Tanrıku, F. ve Dikmen, Y. Yoğun Bakım Hastalarında Basınç Yaraları: Risk Faktörleri ve Önlemler. *J Hum Rhythm*, 2017. 3(4):177-182.
47. Rashvand, F., Shamekhi, L., Rafiei, H. and Nosrataghaei, M. Incidence and Risk Factors for Medical Device- Related Pressure Ulcers: The First Report in This Regard in Iran. *Int Wound J.*, 2020. 17:436-442.
48. Karaca Sivrikaya, S. ve Sarıkaya, S. Yoğun Bakım Hastalarında Bası Ülseri, Önleme ve Hemşirelik Bakımı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 2020. 24(2):139-149.
49. Rızalar, S. Ameliyat Geçiren Hastalarda Basınç Yaralanmalarının Önlenmesi. *SAUHSD*, 2020. 3(1):88-97.
50. Çakır, L. ve Enginyurt, Ö. Palyatif Bakım ve Bası Yarası. *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi*, 2016. 8(3): 19-25.
51. Tayyib, N., Coyer, F. and Lewis, P. Pressure Injury Prevention in a Saudi Arabian Intensive Care Unit. *J Wound Ostomy Continence Nurses Society*, 2016. 43(4): 369-374.
52. Doğu, Ö. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Bası Yarası, Bakımı ve Bakım Ürünleri Kullanımına İlişkin Bilgi ve Uygularının Değerlendirilmesi. *J Hum Rhythm*, 2015. 1(3):95-100.
53. Özdemir, G. ve Eken, A. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Bası Yarası Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. *Boğaziçi Tıp Dergisi*, 2018. 5(1):23-27.
54. Hamdan, A. B., Javison, S., Tamani, J. Sashidharan, S., Yahya, O. A. and Hamoudi, B. Oncology Nurses' Beliefs, Attitudes, Perceived Barriers Towards Pressure Ulcer Prevention. *Journal of Health Eductaion Research& Development*, 2018. 6(4).
55. Lawrence, P., Fulbrook P. and Miles, S. A Survey of Australian Nurses' Knowledge of Pressure Injury/Pressure Ulcer Management. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 2015. 42(5):450-60.
56. Aydoğmuş, A. *Cerrahi Hemşirelerin Basınç Yarası, Risk Faktörleri ve Önlemeye İlişkin Bilgilerinin İncelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Karabük, Karabük Üniversitesi, 2020. Danışman: Doç. Dr. Işıl Işık Andsoy.
57. Ören, N. *Hemşirelerin Basınç Yarası Bilgi ve Evrelerini Tanılama Düzeylerinin İncelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Zonguldak, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, 2019. Danışman: Doç. Dr. Nurten Taşdemir
58. T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. *Kalite İndikatörleri ve SİYÖS*. Ankara, Pozitif Matbaa; 2014.

59. Panagiotopoulou, K. and Kerr, S. M. Pressure Area Care: An Exploration of Greek Nurses' Knowledge and Practice. *Journal of Advanced Nursing*, 2002. 40(3):285-296.
60. Karadağ, A., Aydın, K.A. Basınç Ülserinde Etiyoloji ve Fizyopatoloji, Kronik Yarada Güncel Yaklaşımlar. 2013. 116-137.
61. Karadağ, A. Avşar, P. Basınç Ülserinde Değerlendirme, Kronik Yarada Güncel Yaklaşımlar. 2013. 138-185.
62. World Health Organisation (WHO). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. 2010. Erişim adresi: https://www.who.int/classifications/icd/ICD10Volume2_en_2010.pdf (Erişim Tarihi: 03.05.2020)
63. Karadağ, A. ve Gül, Ş. Basınç Ülserinin Önlenmesi, Kronik Yarada Güncel Yaklaşımlar. 2013. 186-209.
64. Kocaman, G. Hemşirelikte Kanıta Dayalı Uygulama. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2003. 2:61-69.
65. Şenyuva, E. Hemşirelik Eğitimi ve Kanıta Dayalı Uygulamalar. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2016. 24(1):59-65.
66. Kara, M. ve Babadağ, K. Kanıta Dayalı Hemşirelik. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2003. 6(3):96-104.
67. Yara Ostomi İnkontinans Hemşireler Derneği. Basınç Ülserlerinin Önlenmesi- Hızlı Başvuru Kılavuzu 2010. Elektronik Adresi: https://www.yoihd.org.tr/images/cust_files/110418091525.pdf (Erişim tarihi: 20.02.2020).
68. Ural A. Kılıç İ. Korelasyon ve Regresyon Analizi. Bilimsel Araştırma Süreci ve SPSS ile Veri Analizi. Ankara. *Detay Yayıncılık*, 2005. 12.Bölüm; 245-253.
69. Barış, N. *Basınç Ülseri Risk Değerlendirme Araçlarının Kullanılması: Bir Meta-Analizi Çalışması* (Doktora Tezi). İstanbul, Marmara Üniversitesi, 2017. Danışman: Prof. Dr. Şule Ecevit Alpar.
70. Park, S.H. and Lee, S. H. Assessing Predictive Validity of Pressure Ulcer Risk Scales- A Systematic Review and Meta-Analysis. *Iran J Public Health*, 2016. 45 (2):122-133.
71. Saghaleini, S. H., Dehghan, K., Shadvar, K., Sanaie, S., Mahmoodpoor, A. and Ostadi, Z. Pressure Ulcer and Nutrition. *Indian J Crit Care Med*, 2018. 22(4):283-289.

72. Kara, H. ve Arıkan, F. Tıbbi Cihaza Bağlı Basınç Yarasının Önlenmesi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 2020. 24(1):15-21.
73. Arıkan, B. ve Yavuz van Giersbergen, M. Basınç Yaralarının Değerlendirilmesi ve Yönetimi: Kanıta Dayalı Uygulama Önerileri. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 2018. 15:11-25.
74. Aydın Sayılan, A. Evidence-Based Practices for the Prevention of Pressure Ulcers. *Journal of Health Services and Education*, 2019. 3(1):7-10.
75. Hoviattalab, K., Hashemizadeh, H., D'Cruz, G., Halfens, R. and Dassen, T. Nursing Practice in The Prevention of Pressure Ulcers: An Observational Study of German Hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 2014. 24:1513- 1524.
76. Gökdemir, Ş. *Basınç Yarası Riski Yüksek Kritik Hastalarda Risk Faktörlerinin Ve Önleyici Hemşirelik Girişimlerinin Belirlenmesi* (Yüksek lisans Tezi). Konya, Necmettin Erbakan Üniversitesi, 2019. Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Serpil Yüksel.
77. T.C. Resmi Gazete, 19 Nisan 2011, Sayı: 27910 (Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik). Elektronik Adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm> (Erişim Tarihi: 20.02.2020)
78. Oo-Giromini, B., Bidwell, F., Heller, N., Parks, M., Prebish, E., Wicks P. et al. Pressure Ulcer Prevention versus Treatment, Comparative Product Cost Study. *Decubitus*, 1989. 2(3):52-54.
79. Aslan, A. and Yavuz van Giesbergen, M. Nurses' Attitudes Towards Pressure Ulcer Prevention in Turkey. *Journal of Tissue Viability*, 2016. 25:66-73.
80. Demarre, L., Lancker, A.V., Hecke, A.V., Verhaeghe, S., Gryphonck, M., Lemey, J. et al. The Cost of Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: A Systematic Review. *Int J Nurs Stud*. 2015. 52(11):1754–1774.
81. Low, L. L., Vasanwala, F. F. and Tay, A. C. Pressure Ulcer Risk Assessment and Prevention for the Family Physician. *Proceedings of Singapore Healthcare*, 2014. 23(2):142-148.
82. Jin, F., Fu, J., Zhang, Y., Yan, J., Zhou, K., Liu, H. Effect of Intraoperative Pressure Ulcer Preventive Nursing on Inflammatory Markers in Patients with High-Risk Pressure Ulcers A Protocol of Systematic Review and Meta-Analysis. *Md-Journal*, 2020. 99:20.
83. Acaroglu, R. and Sendir, M. Pressure Ulcer Prevention and Managment Strategies in Turkey. *Journal of Wound, Ostomy and Nurses Society*, 2005. 32(4):230-237.

84. Tel, H., Özden D. ve Güneş Çetin, P. Yatağa Bağımlı Hastalarda Basınç Yarası Gelişme Riski ve Hemşirelerin Bu Hastalara Uyguladıkları Önleyici Bakım. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2006. 1(2): 35-45.
85. Akese, M. I., Adejumo, P. O., Ilesanmi, R. E., & Obilor, H. N. Assessment of Nurses' Knowledge on Evidence-Based Preventive Practices for Pressure Ulcer Risk Reduction in Patients with Impaired Mobility. *African Journal of Medicine and Medical Sciences*, 2014. 43(3):251–258.
86. International Hospital Inpatient Quality Measures. Specification Manual for the Joint Commission International Library of Measures Version 1.0, effective for January 2011 discharges (1st Quarter 2011). Erişim Adresi: <https://www.jointcommissioninternational.org/-/media/deprecated-unorganized/imported-assets/jci/default-folders/documents/ilm-index-measure-codes-descriptionspdf.db=web&hash=D8BF5575B5FF644F87869261FC58809A> (Erişim Tarihi: 28.03.2020).
87. Al-Otibi, Y.K., Al-Nowaiser, N. and Rahman, A. Reducing Hospital-Acquired Pressure Injuries. *BMJ Open Quality*, 2019. 8(1):1-5.
88. Şan Sağır, F. *Hastanelerde Hizmet Kalitesinin Ölçüm ve İzlenmesinde Gösterge Yönetimi: Bir Üniversite Hastanesi Örneği* (Yüksek Lisans Tezi). Ankara, Ankara Üniversitesi, 2020. Danışman: Prof. Dr. Afsun Ezel Esatoglu.
89. Loi, S. Reducing Hospital-Acquired Pressure Ulcers: The Business Case for Purchasing New Technology. *Wounds UK*, 2017. 13(4):70-75.
90. The Joint Commission. Implementation Guide for the NQF Endorsed Nursing-Sensitive Care Measure Set, 2009. Erişim adresi: <https://www.jointcommission.org/-/media/deprecated-unorganized/imported-assets/tjc/system-folders/assetmanager/nsc-manualpdf.db=web&hash=B7C3F09508A4E5709D8A8386F28F2CDA> (Erişim tarihi: 25.02.2020).
91. Iranmanesh, S., Tafti, A. A., Rafiei, H., Dehghan, M. and Razban, F. Orthopaedic Nurses' Knowledge About Pressure Ulcers in Iran: A Cross Sectional Study. *Journal of Wound Care*, 2013. 22(3):138-143.
92. Hemşirelik Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (HUÇEP) (2014). Erişim Adresi: <http://hemed.org.tr/dosyalar/pdf/hucep-2014.pdf> (Erişim Tarihi:25.06.2020).

93. Beeckman, D., Vanderwee, K., Demarre, L., Paquay, L., Van Hecke, A. and Defloor, T. Pressure Ulcer Prevention: Development and Psychometric Validation of a Knowledge Assessment Instrument. *International Journal of Nursing Studies*, 2010. 47(4):399-410.
94. Keser, E. ve Yüksel, S. Cerrahi Hemşirelerinin Basınç Yaralarını Önlemeye Yönelik Bilgi Durumları ve Tutumları. *Selçuk Tıp Dergisi*, 2020. 36(3):216-225.
95. Köse, I., Yeşil, P. Öztunç, G. and Eskimez, Z. Knowledge of Nurses Working in Intensive Care Units in Relation to Preventive Interventions for Pressure Ulcer. *International Journal of Caring Sciences*, 2016. 9(2): 677-686.



8. EKLER

8.1. EK-1. Araştırmanın Yapıldığı Hastanelerin Bağlı Olduğu Kurumun Etik Kurul (Klinik Araştırmalar Etik Kurulu) İzni



Sayı : 37068608-6100-15- 1974
Konu: Klinik Araştırmalar
Etik Kurul Başvurusu hk.

08/10/2020

İlgili Makama (Meryem Harbelioğlu)

Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Prof. Dr. Şenay Uzun'un sorumlu araştırmacı olduğu "**Hemşirelerin Basınç Yaralanmasına İlişkin Bilgi Düzeyinin ve Önlemeye Yönelik Kanıta Dayalı Uygulamalarının İncelenmesi**" isimli araştırma projesine ait Klinik Araştırmalar Etik Kurulu (KAEK) Başvuru Dosyası (1962) kayıtlı Numaralı KAEK Başvuru Dosyası, Yeditepe Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 07.10.2020 tarihli toplantıda incelenmiştir.

Kurul tarafından yapılan inceleme sonucu, yukarıdaki isim belirtilen çalışmanın yapılmasının etik ve bilimsel açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir. (KAEK Karar No:1299)

Prof. Dr. Turgay Çelik

Yeditepe Üniversitesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

8.2. EK-2. Araştırmanın Yapıldığı Hastanelerden Kurum İzni



Sayı : 11156775-806.01.03-E.858
Konu : Meryem Harbelioğlu Tez
Araştırma Çalışması Hk.

14/10/2020

YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi : Yazı İşleri Müdürlüğünün 08.09.2020 tarihli ve 21568116-806.01.03-E.841 sayılı yazısı..

Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans Programı öğrencisi Meryem HARBELİOĞLU "Hemşirelerin Basınç Yaralanmasına İlişkin Bilgi Düzeyinin ve Önlemeye Yönelik Kanıta Dayalı Uygulamalarının İncelenmesi" başlıklı tez çalışmasını kurumumuzda yapması uygun görülmüştür. Gereğini arz ederiz.

Saygılarımızla,

İmza
Dr. Özay ÜNAL
Başmüdür

İmza
Prof. Dr. Faruk YENCİLEK
Başhekim

İmza
Prof. Dr. Ali Ümit KESKİN
İdari Koordinatör

İmza
Prof. Dr. Hasan Fahrettin KELEŞTEMUR
Tıbbi Direktör

Ek: Meryem Harbelioğlu.pdf

NOT : BELGENİN ASLI ELEKTRONİK İMZALIDIR.



Belge Doğrulama Adresi :

<http://belgedogrulama.yeditepe.edu.tr/bg.aspx?id=77DE8652-0275-4ED3-8B57-01A871509D16>
Koruyucu : İçerikçi Mah. Hastane Yolu Sok. 4/41 34718 Ataşehir/İstanbul T. +90 216 578 40 00 F. +90 216 469 37 96
Koruyucu : Koruyucu Mah. Koruyucu Cad. No:168 34718 Kadıköy/İstanbul T. +90 216 578 50 00 F. +90 216 578 50 99
www.yeditepehastanesi.com.tr

Bilgi İçin: İnci KARAGÜR
Telefon No:

8.3. EK-3. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Hemşirelerin Basınç Yaralanmasına İlişkin Bilgi Düzeyinin ve Önlemeye Yönelik Kanıta Dayalı Uygulamalarının İncelenmesi

Bilgilendirilmiş Onam Formu

Değerli katılımcı;

Bu araştırma, hemşirelerin basınç yaralanmasına ilişkin bilgi düzeyini ve önlemeye yönelik kanıta dayalı uygulamalarını incelemek amacıyla yapılmaktadır.

Araştırma kapsamında sizden üç bölümden oluşan bir veri toplama formunu doldurmanız beklenmektedir. Formun birinci bölümünde tanıtıcı özelliklere, ikinci bölümünde basınç yaralanmasına ilişkin bilgiye ve üçüncü bölümünde ise basınç yaralanmasını önlemeye yönelik kanıta dayalı uygulamalara ilişkin ifadeler yer almaktadır.

Veri toplama formunu doğru ve eksiksiz olarak yanıtlamanız, araştırmanın amacına ulaşması ve araştırma sonuçlarının güvenilirliği açısından önem taşımaktadır.

Araştırma sonuçları, hemşirelerin basınç yaralanmasına ilişkin ilgili bilgi düzeyi ve önlemeye yönelik kanıta dayalı uygulamalarının kapsamının bilinmesini sağlayacaktır. Ayrıca bu sonuçların; mezuniyet öncesi ve sonrası hemşirelik eğitiminde bilgi kaynağı olacağı düşünülmektedir.

Bu araştırmada, kimlik bilgileriniz ve iletişim bilgileriniz kesinlikle paylaşılmayacak ve yayınlanmayacaktır. Bu bilgiler, araştırmacı tarafından sizinle iletişim kurmak amacıyla kullanılacaktır.

Araştırmaya katılıp katılmamakta tamamen özgürsünüz. Araştırmadan istediğiniz zaman ayrılabilirsiniz. Bu araştırma karşılığında sizden ücret talep edilmeyecek ve size maddi/manevi bir ödül verilmeyecektir. Ayrıca, araştırmacıların ve kurumun, yürütülen bu araştırmadan herhangi bir maddi çıkarı bulunmamaktadır.

Bilgilendirilmiş Onam Formunu okudum ve anladım. Araştırma hakkında yazılı olarak bilgilendirildim. Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul ediyorum.

Katılımcı Adı Soyadı:

Sorumlu Araştırmacı Adı Soyadı:

İmza:

İmza:

Telefon Numarası:

Telefon Numarası:

8.4. EK-4. Modifiye Pieper Basınç Yarası Bilgi Testi Ölçeğini Kullanma İzni

ölçek hk.  Gelen Kutusu x



Meryem Harbelioglu <meryemharbelioglu00@gmail.com>

Alıcı: a.gul ▼

Merhaba Asiye Hanım,

Ben Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Yüksek Lisans öğrencisiyim. Yüksek lisans tezim için danışmanım Prof. Dr. Şenay Uzun ile birlikte "Hemşirelerin Basınç Yaralanmasına İlişkin Bilgi Düzeyi ve Önlemeye Yönelik Kanıta Dayalı Uygulamalarının İncelenmesi" adlı araştırmada Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirlik çalışmasını yaptığınız "Pieper'in Basınç Ülseri Bilgi Testi Ölçeği" ni kullanmak istiyoruz. Sizi referans göstererek ölçeği araştırmamızda kullanabilir miyiz?

Saygılarımızla



Asiye Gul <a.gul@iku.edu.tr>

Alıcı: ben ▼

Sayın Meryem Harbelioglu

Modifiye Pieper Basınç Yarası Bilgi Testini kullanabilirsin. Ekte gerekli dökümanlar yer almaktadır.

8.5. EK-5. Hemşire Tanıtıcı Özellikler Formu

1. Doğum Tarihiniz.....

(Gün/ay/yıl olarak yazınız)

2. Cinsiyetiniz

☐ Erkek

☐ Kadın

3. Medeni durumunuz

☐ Evli

☐ Bekar

☐ Dul veya boşanmış

4. En son mezun olduğunuz okul

☐ Lisans

☐ Yüksek Lisans

☐ Diğer.....

5. Şu anda çalıştığınız servis.....

6. Mesleki yaşamınız süresince en fazla süre çalıştığınız servis.....

7. Şu an çalıştığınız serviste çalışma süreniz.....

(ay veya yıl olarak belirtiniz)

8. Mesleki deneyim süreniz.....

(ay veya yıl olarak belirtiniz)

9. Çalıştığınız serviste göreviniz

☐ Klinik Hemşiresi

☐ Sorumlu Hemşire

☐ Diğer.....

10. Çalıştığınız serviste çalışma düzeniniz

- ☐ sürekli gündüz
- ☐ bazen gündüz bazen gece
- ☐ sürekli gece

11. Çalıştığınız servisteki çalışma saatleriniz

- ☐ 08:00- 20:00
- ☐ 20:00- 08:00
- ☐ Diğer.....

12. Haftalık çalışma süreniz

- ☐ 40 saat
- ☐ 40 saat üzeri

13. Günlük çalışma süreniz

- ☐ Günde 8 saat
- ☐ Günde 9-12 saat
- ☐ Diğer.....

14. Bir şiftte bakım verdiğiniz hasta sayısı

- ☐ 1-3
- ☐ 4-6
- ☐ 7-9
- ☐ 10 ve üzeri

15. Klinikte çalışma şekliniz nedir?

- ☐ İş merkezli
- ☐ Hasta merkezli
- ☐ Diğer.....

16. Aynı şifte çalıştığınız hemşire sayısı.....

17. Basınç yaralanması ve önlenmesine ilişkin eğitim aldınız mı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır (yanıtınız “Hayır” ise 20. Soruya geçiniz.)

18. Basınç yaralanması ve önlenmesine ilişkin eğitimi nerede aldınız?

- ☐ Okulda
- ☐ Hizmet içi eğitimde
- ☐ Kursta
- ☐ Sertifika programında
- ☐ Diğer.....

19. Basınç yaralanması ve önlenmesine ilişkin aldığınız eğitimi yeterli buluyor musunuz?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

20. Çalıştığınız serviste basınç yaralanmasını önlemeye yönelik uygulama yapıyor musunuz?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

21. Basınç yaralanmasını önlemeye yönelik uygulamaları hangi özellikteki hastalara gerçekleştiriyorsunuz.....

22. Bugüne kadar basınç yaralanması gelişmiş hastaya/hastalara bakım verdiniz mi?

- ☐ Evet, bakım verdim
- ☐ Hayır, bakım vermedim
- ☐ Bakım verilirken gözlem yaptım

23. Basınç yaralanmasını önlemeye yönelik servis hemşirelerinin uygulamalarını yeterli buluyor musunuz?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

8.6. EK-6. Modifiye Pieper Basınç Yarası Bilgi Testi ve Cevap Anahtarı

Lütfen aşağıdaki her bir ifade için size uygun olanı işaretleyiniz.

Modifiye Pieper Basınç Yarası Bilgi Testi	Doğru	Yanlış	Bilmiyorum
1. Kemik çıkıntılarına masaj yapmak basınç yarasını önlemede önemlidir.		X	PR
2. Hareketsizlik, inkontinans, yetersiz beslenme ve bilinç düzeyinin değişmesi basınç yaralarının oluşması için bazı risk faktörlerindendir.	X		PR
3. Basınç yarası riski için hastaneye yatan bireylerin tümüne günlük olarak, uzun süreli yatışlarda haftada bir sistematik cilt muayenesi yapılmalıdır.	X		PR
4.Sıcak su ve sabun cildi kurutabilir fakat basınç yarası gelişimi için riski arttırmaz.		X	PR
5.Evre 1 basınç yaraları; genellikle kemik çıkıntıları üzerinde lokalize, beyazlaşmayan, derinin bütünlüğü bozulmamış kızarıklık olarak tarif edilir.	X		U
6.Evre 3 basınç yarası epidermis ve/veya dermisi içine alan kısmi kalınlıklı deri kaybıdır.		X	U
7.Şeffaf yara örtüleri (Tegaderm, Opsite gibi) ve hidrokolloid yara örtüleri (Duoderm, Restore gibi) sürtünmenin etkilerine karşı korumaz.		X	PR
8.Bütün bireyler basınç ülseri gelişme riski açısından hastaneye ilk yatışta değerlendirilmelidir.	X		PR
9.Evre 4 basınç yarası kemik, kas ve tendonları etkileyen tam kat doku kaybıdır.	X		U
10.Protein ve kalori alımı azalmış hastalarda, basınç yarası gelişme riski artmaz.		X	PR
11.Yatağa bağımlı hastalara her 3 saatte bir tekrar pozisyon verilmelidir.		X	PR
12.Topuk koruyucular ve jel yastıklar topuklardaki basıncı azaltır.		X	PR
13. Hastanın basınç yarası riski açısından değerlendirilmesi gereklidir. Bir çevirme düzeni belirlenmeli ve yatak başına not edilmelidir.	X		PR
14. Simit yastıklar basınç yaralarının önlenmesinde yardımcı olmaz.	X		PR
15. Yan yatar pozisyon, bir kişinin durumunda ve öncelikli diğer bakım ihtiyaçlarında bir değişiklik olmadıkça 30 °C olmalıdır.	X		PR

16. Sandalyeye bağı kişiler için sandalye üzerine bir sandalye minderini koyulması uygun değıldir.		X	PR
17. Yatağı başı tıbbi koşullar ile uyumlu olarak en düşük yükseklikte (ideal olarak 30 °C'den yüksek olmamalı) tutulmalıdır.	X		PR
18. Kişi sandalyede otururken 60 dakikada bir ağırlığını değıştirmesi gerektiğı öğretilmelidir.		X	PR
19. Kişi ağırlığını kendi kontrol edemiyorsa en fazla 2 saat sandalyede oturmalıdır	X		PR
20. Evre II basınç yaraları kısmi kalınlıklı deri kaybı veya içi su dolu kabarcıklardır.	X		U
21. Epiderminin her zaman temiz ve kuru tutulması gerekli değıldir.		X	PR
22. Düşük nemli bir ortam bir kişiyi basınç yaralarına yatkın hale getirmez.		X	PR
23. Basınç yaralarının görölme sıklığı arttığında, basınç yarası riski, önleme ve tedavi çalışmaları için bir komisyon görevlendirilmelidir.	X		PR
24. İnkontinans nedeniyle cildin neme maruz kalmasını azaltmak için, doğru cilt ve kontinans ürünleri uygulanmalıdır.	X		PR
25. Hastanın tedavi hedefleri ile tutarlı ise rehabilitasyon başlatılmalıdır.	X		PR
26. Sarı nekrotik doku, yara yatağındaki sarı veya kremi dokudur.	X		W
27. Eskarın varlığı yara iyileşmesi için iyidir.		X	W
28. Kemik çıkıntıları olan bölgeler birbirleriyle direkt temas etmemelidir.	X		PR
29. Basınç yarası gelişme riski olan her birey, basıncı dağıtan yataklar üzerine yatırılmalıdır.	X		PR
30. Tünelleşme (CEP, oyuk), derinin altında oluşan bir tahribattır.	X		W
31. Eskar sağlıklı bir dokudur.		X	W
32. Nem ile ıslanmış bir deri kolayca yırtılmaz.		X	PR
33. Basıncı yeniden dağıtan destek materyaller, yüzeydeki basıncı devamlı olarak kapiller kapanma basıncının altında tutar	X		PR

34. Basmakla solmayan kızarıklık, kızarık olan alana basınç uygulandığında beyazlaşmanın olmaması olarak ifade edilir.	X		U
35. Basınç yaraları steril yaradır.		X	W
36. Basınç yarası skarı, sağlam bir deriden daha hızlı tahrip olur.	X		W
37. Topukta oluşan su kabarcığı endişelenecek bir şey değildir.		X	U
38. Topukları askıya alan aletler topukları basınçtan korumaz.		X	PR
39. Eğitim programları basınç yarası görülme sıklığını azaltmaz.		X	PR
40. Topuklardaki basıncı azaltmanın en iyi yolu hafif diz fleksiyonu ile yatağın yükseltilmesidir.	X		PR
41. Riskli olarak değerlendirilmeyen bir hastada basınç yarası asla gelişmez.		X	PR
42. Sarı nekrotik doku veya eskar evre 4 basınç yaralarında asla görülmez.		X	U
43. Yırtılma, derinin incelmesi ve vücut çıkıntılarının olduğu alanlara uygulanan güçle meydana gelir.	X		PR
44. Deri, vücudun en büyük organı değildir.		X	W
45. Evre II basınç yaraları ağrılı değildir çünkü sinir uçları açıkta değildir.		X	U
46. İnkontinansı olan hastalar için, kirlendiği zaman veya rutin aralıklarla cildin temizliği gerekli değildir.		X	PR
47. Basınç yaralarını önlemek ve tedavi etmek için verilen bakımların tümü kayıt edilmelidir.	X		PR
48. Sürtünme, hastanın yatak içinde yukarıya çekilmesi sırasında oluşur.	X		PR
49. Reaktif hiperemi 45 dakika içinde kaybolur.		X	U

PR: Risk ve Önleme; U: Evrelendirme; Wound: Yara Tanımı

8.7. EK-7. Hemşirelerin Basınç Yaralanmasını Önlemeye Yönelik Kanıta Dayalı Uygulamaları Formu

Lütfen aşağıdaki uygulamaları klinikte uygulama sıklığınıza göre işaretleyiniz.

Hemşirelerin Basınç Yaralanmasını Önlemeye Yönelik Kanıta Dayalı Uygulamalar	Hiç	Bazen	Her zaman
1. Hareketi ve/veya aktivitesi kısıtlı hastaların, sürtünme- yırtılma ve basınç yaralanması riski açısından durumunun değerlendirilmesi			
2. Hasta servise kabul edilir edilmez basınç yaralanması gelişme riskinin değerlendirilmesi			
3. Basınç yaralanması gelişme riskini değerlendirmede hastaya uygun bir risk değerlendirme aracının kullanılması			
4. Basınç yaralanması riskinin düzenli olarak değerlendirilmesi			
5. Hastanın basınç noktalarında olası ağrısının değerlendirilmesi ve hastaya ağrısının olup olmadığının sorulması			
6. Hastanın eşlik eden başka hastalıklarının sorgulanması			
7. Hareketi ve/veya aktivitesi kısıtlı hastaların topuklarının basıncı gidermek amacıyla eleve edilmesi			
8. Hastanın sağlık durumunda bir değişiklik olduğu zaman risk değerlendirmesinin yeniden yapılması			
9. Basınç yaralanması gelişme riski olan hastalarda risk bazlı önleme planı geliştirilmesi ve uygulanması			
10. Hastayı servise kabul eder etmez deri değerlendirmesinin yapılması			
11. Hastanın her risk değerlendirmesinde deri değerlendirmesinin yapılması			
12. Deri değerlendirmesinde, vücudun her bölgesinin basmakla geçmeyen kızarıklık, sıcaklık, ödem, eritem, ağrı yönünden değerlendirilmesi			
13. İnkontinansı olan hastalarda kontinans sonrası perine bakımının hemen yapılması			
14. İnkontinansı olan hastalar için yüksek emici özellikte ürünlerin kullanılması			

15. Basınç yaralanması gelişme riski olan hastalarda düşük sürtünme özelliğine sahip tekstil ürünlerin kullanılması			
16. Basınç yaralanması gelişme riski taşıyan hastalarda deriyi korumak için yatakta ve sandalyede çok katmanlı yumuşak silikon ve köpük kullanılması			
17. Hastanın kuru cildini nemlendirmek için yumuşatıcı/nemlendirici krem uygulanması			
18. Basınç yaralanması gelişme riski taşıyan hastaların cildini kuvvetle silmekten, ovalamaktan ve masaj yapmaktan kaçınılması			
19. Hasta taburcu olmadan önce derinin değerlendirmesinin yapılması			
20. Basınç yaralanması riski taşıyan hastaların beslenme durumunun kapsamlı değerlendirilmesi			
21. Malnutrisyon olma riski taşıyan veya gelişmiş olan hastaların beslenme durumunun kapsamlı değerlendirilmesi			
22. Basınç yaralanması gelişme riski taşıyan hastaların su/sıvı alımı ve çıkardığı takibinin yapılması			
23. Malnutrisyon olma riski taşıyan veya gelişmiş hastalar için hastanın hekimi ve diyetisyeni ile hastaya özel beslenme planı geliştirilmesi ve uygulamasında rol alma			
24. Basınç yaralanması gelişme riski taşıyan veya gelişmiş olan hastaların yüksek kalori, yüksek protein, arjinin, çinko ve antioksidan içeren besin takviyesi alması konusunda hastanın hekimi ve diyetisyeni ile multidisipliner bir çalışma yürütülmesi			
25. Hemşirelik gözlem formuna basınç yaralanması riski taşıyan hastaların beslenme durumunun ve değerlendirme sonucunun kayıt edilmesi			
26. Hareketi ve/veya aktivitesi kısıtlı basınç yaralanması gelişme riski yüksek hastalara yatak içinde 2 saatte bir düzenli olarak pozisyon verilmesi			
27. Sağlık durumu elverişli olan hastaların gün içerisinde 3 defa 30 dakika sandalyede oturtulması			
28. Basınç yaralanması gelişme riski taşıyan tüm hastalara bireysel bakım planı çerçevesinde sakıncası olmadıkça pozisyon verilmesi			

29. Sürtünme ve yırtılmayı azaltan, basıncı dağıtan veya ortadan kaldıran teknik ve ekipmanlar kullanılması			
30. Basınç yaralanması gelişme riski yüksek olan hastalarda basınç noktalarını değiştiren havalı yatak kullanılması			
31. Hastaya uygun şekil ve büyüklükte, amacına uygun ve güvenli ekipmanların kullanılması			
32. Hasta için gerçekleştiren uygulamalar sırasında medikal ekipmanların güvenliğinin ve hastanın konforunun düzenli kontrol edilmesi			
33. Kullanılan medikal ekipmanların altındaki doku ve çevre dokularda ekipmana bağlı basınç yaralanmasını önlemek için rutin deri değerlendirmesinin yapılması			
34. Kullanılan medikal ekipmanın yüzeye uyguladığı basıncın azaltılması ya da dağıtılmasını sağlamak için düzenli olarak rotasyonunun yapılması			
35. Kullanılan medikal ekipmanın yüzeye uyguladığı basıncın azaltılması ya da dağıtılmasını sağlamak için ekipman ile temas ettiği deri yüzeyinin arasına ara yüzey bir malzeme kullanılması			

9. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	MERYEM	Soyadı	HARBELİOĞLU
Doğum Yeri	Riyad/Suudi Arabistan	Doğum Tarihi	
Uyruğu	T.C.	TC Kimlik No	
E-mail		Tel	

Öğrenim Durumu

Derece	Alan	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	Hemşirelik	Yeditepe Üniversitesi	2017
Lise	Sayısal	Türkiye Emlak Bankası Ataşehir Lisesi	2012

Bildiği Yabancı Dilleri	Yabancı Dil Seviyesi
İngilizce	Okuma, Konuşma, Yazma: B1
Arapça	Konuşma: B1

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
Tazminat Uzmanı	Bupa Acıbadem Sigorta	2019- hala devam ediyor
Hemşire	Koç Üniversitesi Hastanesi	2017- 2018

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
MS Office	iyi
SPSS	iyi

Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında (*Proceedings*) basılan bildiriler

20. International Nursing Research Conference- Nursing Students' Perception of Intensive Care and Affecting Factors- Presented the Poster- A Coruna- Kasım 2016

Diğer (Görev Aldığı Projeler/Sertifikaları/Ödülleri)

Diğer Sağlık Personeli Sertifikası- Ocak 2019

SANERC- Yara Bakım Kursu- Başarı Belgesi- Kasım 2018

1.Ulusal Hemşirelik Öğrencilerinin Bilime Yolculuğu Kongresi- Güvenli İlaç Uygulama İlkeleri Doğrultusunda İlaç Uygulama Hatalarına İlişkin Hemşirelerin Görüşlerinin İncelenmesi- Sözlü Bildiri- Üçüncülük Ödülü- Ekim 2018

