

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

**AMELİYATHANE HEMŞİRELERİNİN BASINÇ
YARALANMALARINI ÖNLEMeye YÖNELİK BİLGİ VE
UYGULAMALARI**

Fatma CEBECİ

**Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

ANKARA

2018

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

**AMELİYATHANE HEMŞİRELERİNİN BASINÇ
YARALANMALARINI ÖNLEMeye YÖNELİK BİLGİ VE
UYGULAMALARI**

Fatma CEBECİ

**Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Sevilay ŞENOL ÇELİK**

**ANKARA
2018**

ONAY SAYFASI

Ameliyathane Hemşirelerinin Basınç Yaralanmalarını Önlemeye Yönelik

Bilgi ve Uygulamaları

Fatma CEBECİ

Prof. Dr. Sevilay ŞENOL ÇELİK

Bu çalışma 21.06.2018 tarihinde, jürimiz tarafından “Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı’nda Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı :

Prof. Dr. Emine İYİGÜN



Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Tez Danışmanı:

Prof. Dr. Sevilay ŞENOL ÇELİK



Hacettepe Üniversitesi

Üye:

Doç. Dr. Hülya BULUT



Gazi Üniversitesi

Üye:

Doç. Dr. Sevgisun KAPUCU



Hacettepe Üniversitesi

Üye:

Dr. Öğretim Üyesi Zahide TUNÇBİLEK



Hacettepe Üniversitesi

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

04 Temmuz 2018



Prof. Dr. Diclehan ORHAN

Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

~~X~~ Tezimin/Raporumun 21.06.2020 tarihine kadar erişime açılmasını ve fotokopi alınmasını (İç Kapak, Özet, İçindekiler ve Kaynakça hariç) istemiyorum.

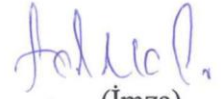


21 /06/2018

Fatma CEBECİ

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Prof. Dr. Sevilay ŞENOL ÇELİK danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.



(İmza)

Fatma CEBECİ



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca değerli bilgileriyle bana yol gösteren danışman hocam Prof. Dr. Sevilay ŞENOL ÇELİK'e

Veri toplama formunun oluşturulması aşamasındaki katkılarından dolayı Prof. Dr. Ayişe KARADAĞ, Prof. Dr. Yılmaz GEÇİT, Doç. Dr. Hülya BULUT, Doç. Dr. Zehra GÖÇMEN BAYKARA, Dr. Öğretim Üyesi Zahide TUNÇBİLEK, Dr. Zeliha ÖZDEMİR ve Dr Şenay GÜL'e,

Araştırmanın yürütülmesine izin veren kurum yöneticilerine, ameliyathane sorumlu hemşirelerine ve gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul eden tüm hemşirelere,

Eğitim hayatımın her aşamasında yanımda olan, beni her konuda destekleyen ve yalnız bırakmayan sevgili aileme,

Çok teşekkür ederim.

ÖZET

Cebeci, F. Ameliyathane Hemşirelerinin Basınç Yaralanmalarını Önlemeye Yönelik Bilgi ve Uygulamaları. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2018.

Bu araştırma, ameliyathane hemşirelerinin basınç yaralanmaları hakkında bilgi düzeylerini ve uygulamalarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini Ankara il merkezinde yer alan 8 kamu hastanesinde çalışan 234 ameliyathane hemşiresi oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında “Hemşirelere Ait Tanıtıcı Özellikler”, “Basınç Yaralanmasını Önlemeye Yönelik Uygulamalar” ve “Ameliyathane Hemşirelerinin Basınç Yaralanmaları Hakkındaki Bilgi Durumları” formları kullanılmıştır. Araştırmadan elde edilen veriler tanımlayıcı istatistikler, Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis H ve kesin ki kare testleri ile değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalamasının $36,15 \pm 6,03$, %91,5’inin kadın ve %66,2’nin lisans mezunu olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin %66,7’sinin temel hemşirelik eğitiminde ve %41,5’nin mezuniyet sonrasında basınç yaralanmasıyla ilgili eğitim aldığı saptanmıştır. Hemşirelerin %9’unun makale ve %2,6’sının basınç yaralanması rehberini okuduğu tespit edilmiştir. Hemşirelerin %97,4’nün kaynak olarak rehber ve %97,9’nun basınç yaralanması riskini değerlendirmek için bir ölçek kullanmadığı saptanmıştır. Hemşirelerin %81,5’nin riskli olan hastalar hakkında bilgi almadığı ve %92,3’nün risk değerlendirme ve önleme girişimlerini kayıt altına almadığı belirlenmiştir. Hemşirelerin basınç yaralanmasına yönelik sorulardan aldıkları puanların ortalaması $52,09 \pm 13,76$ olarak saptanmıştır. Puan ortalamalarının en düşük olduğu alan evlendirme, en yüksek olduğu alan ise yaralanmayı önleme girişimleridir. Temel hemşirelik ve hizmet içi eğitim programlarında basınç yaralanması konusunun yer alması; kurum politika ve prosedürlerinde güncel rehberlerin, risk değerlendirmesi için uygun ölçeklerin ya da değerlendirme formlarının yer alması ve kayıt sistemlerinin oluşturulması önerilmiştir.

Anahtar kelimeler: Ameliyahane hemşireliği, basınç yaralanması, bilgi ve uygulama

ABSTRACT

Cebeci, F. Knowledge and Practices of Operating Room Nurses for Prevention of Pressure Injuries. Hacettepe University Graduate School of Health Sciences, Surgical Nursing Program Master Thesis, Ankara, 2018. This study was conducted as a descriptive study to determine the level of knowledge and practice of operating room nurses about pressure injuries. The sample of the study consisted of 234 operating room nurses working in 8 public hospitals located in the city center of Ankara. During the data collection, “identifying characteristics of nurses”, “Practices to Prevent Pressure Injuries” and “Knowledge status of Operating Room Nurses about Pressure Injuries” survey forms were used. The data were analyzed by descriptive statistics, Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis H and exact chi-square tests. The average age of the participating nurses was determined as $36,15 \pm 6,03$, 91,5% of the participants were female and 66,2% of the participants had bachelor's degree. It was determined that 66.7% of the nurses were educated during the basic nursing education and 41.5% were educated about pressure injury after graduation. It was found that 9% of the nurses read articles and 2.6% read the pressure injury guide. It was determined that 97.4% of the nurses used a guide as a source and 97.9% did not use a scale to evaluate pressure injury risk. It was determined that 81.5% of the nurses did not receive risky patient's information and 92.3% did not record risk assessment and prevention interventions. The mean score of the nurses' responses to the pressure injury questionnaire was $52.09 \pm 13,76$. The lowest score average was 'staging' and the highest score was 'injuries prevention attempts'. It was suggested that pressure injury education should take part in basic nursing education and in-service training programs, current guidelines should be in institutional policies and procedures, appropriate risk assesment scales or evaluation forms should be available and the registration system should be established.

Keywords: Knowledge and practice, operating room nursing, pressure injury

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYAN	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	ix
KISALTMALAR	xii
TABLolar	xiii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problem Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	5
1.3. Araştırma Soruları	5
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Basınç Yaralanmasının Tanımı	6
2.2. Basınç Yaralanmalarının Etiyolojisi	6
2.2.1. Dışsal Faktörler	6
2.2.2. İçsel Risk Faktörleri	7
2.3. Basınç Yaralanmalarının Fiziopatolojisi	9
2.4. Basınç Yaralanmalarının Evrelendirilmesi	10
2.5. Basınç Yaralanmalarını Önlemeye Yönelik Uygulamalar	12
2.5.1. Risk Değerlendirmesi	13
2.5.2. Derinin Değerlendirilmesi ve Bakımı	14
2.5.3. Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi	16
2.5.4. Mobilizasyon ve Yeniden Pozisyon Verme	17
2.5.5. Destek Yüzeylerinin Kullanımı	19
2.5.6. Eğitim	21
2.6. Basınç Yaralanmalarının Tedavisi	21
2.6.1. Topikal Yara Bakımı ve Temizliği	22

2.6.2. Yara Örtüleri/ Yara Pansuman Materyalleri	22
2.6.3. Cerrahi Tedavi	24
2.6.4. Debritman	24
2.6.5. Basınç Yaralanmalarının Tedavisinde Kullanılan Diğer Yöntemler	25
2.7. Yara Bakım Hemşireliği	26
3. GEREÇ VE YÖNTEM	28
3.1. Araştırmanın Şekli	28
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yerler ve Özellikleri	28
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	30
3.4. Verilerin Toplanması	30
3.4.1. Veri Toplama Formlarının Hazırlanması	30
3.4.2. Araştırmanın Ön Uygulaması	32
3.4.3. Araştırmanın Uygulanması	32
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi	32
3.6. Araştırmanın Etik Yönü	33
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	33
4. BULGULAR	34
4.1. Ameliyathane Hemşirelerinin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguları	34
4.2. Ameliyathane Hemşirelerinin Basınç Yaralanmalarını Önlemeye Yönelik Uygulamaları	36
4.3. Ameliyathane Hemşirelerinin Basınç Yaralanmalarına Yönelik Bilgi Puanları	38
5. TARTIŞMA	49
5.1. Ameliyathane Hemşirelerinin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgularının Tartışılması	49
5.2. Ameliyathane Hemşirelerinin Basınç Yaralanmalarını Önlemeye Yönelik Uygulamalarının Tartışılması	51
5.3. Ameliyathane Hemşirelerinin Basınç Yaralanmalarına Yönelik Bilgi Puanlarının Tartışılması	53
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	60
6.1. Sonuç	60
6.2. Öneriler	63
7. KAYNAKLAR	64

8. EKLER

EK-1. Ameliyathane Hemşirelerinin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ameliyatta Risk Değerlendirme Durumları (N=234)

EK-2. Araştırmaya Katılmayı Kabul Eden Hemşirelerden Alınan Aydınlatılmış Yazılı Onam Formu

EK- 3. Hemşireleri Tanıtıcı Özellikler Formu

EK-4. Hemşirelerin Basınç Yaralanmalarını Önlemeye Yönelik Uygulamaları Formu

EK- 5. Ameliyathane Hemşirelerinin Basınç Yaralanmaları Hakkında Bilgi Durumları Formu

EK -6. Araştırmanın Planlandığı Hastanelerin İzin Yazıları

EK- 7. Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İzin Yazısı

9. ÖZGEÇMİŞ

KISALTMALAR

- ASA** : American Society of Anesthesiologists (Amerikan Anestezistler Derneği)
- AORN** : Association of Perioperativere Registered Nurses (Amerikan Ameliyathane Hemşireleri Derneği)
- ASBÜ** : Anestezi Sonrası Bakım Ünitesi
- BY** : Basınç Yaralanmaları
- EPUAP** : European Pressure Ulcer Advisory Panel (Avrupa Basınç Ülseri Danışma Paneli)
- HBOT** : Hiperbarik Oksijen Tedavisi
- NPUP** : National Pressure Ulcer Advisory Panel (Ulusal Basınç Ülseri Danışma Paneli)

TABLÖLAR

Tablo	Sayfa
4.1.1. Ameliyathane Hemşirelerinin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı	34
4.2.1. Ameliyathane Hemşirelerinin Basınç Yaralanmalarını Önlemeye Yönelik Uygulamaları	36
4.3.2. Ameliyathane Hemşirelerinin Basınç Yaralanmalarına İlişkin Sorulara Verdikleri Doğru Cevapların Dağılımı	39
4.3.3. Ameliyathane Hemşirelerinin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Basınç Yaralanmalarına Yönelik Bilgi Puanları	41
4.3.4. Ameliyathane Hemşirelerinin Bilgi Puanlarına Göre Basınç Yaralanmalarını Önlemeye Yönelik Uygulamaları	47

1. GİRİŞ

1.1. Problem Tanımı ve Önemi

Dünya Sağlık Örgütü hasta güvenliğini, hastanın sağlık bakım sürecinde ortaya çıkan önlenebilir hatalardan korunması ve sağlık hizmeti ile ilişkili gereksiz zarar riskinin kabul edilebilir minimum bir seviyeye indirilmesi olarak tanımlamaktadır (1). Hasta güvenliği uygulamaları ile de hasta bakım sürecinin sonunda hastanın görebileceği zararların en aza indirilmesi amaçlanmaktadır. Hasta, hastanede yattığı sürede güvenliğini tehdit eden birçok durumla karşılaşmaktadır. Basınç yaralanmaları (BY) da bu süreçte oluşan önemli komplikasyonlardan biri olup tedavi, bakım ve teknolojiye ilerlemelere rağmen, tüm dünyada hala önemli bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir (2,3,4).

Ameliyathaneler gelişen bilgi ve teknolojiler ile farklı teknik ve yöntemlerin uygulandığı, riskli girişimler nedeniyle yoğun stres yaşanan, hızlı ve doğru kararlar vermeyi ve ekip çalışmasını gerektiren özel çalışma alanlarıdır. Bu nedenle ameliyathaneler hasta güvenliği ile ilgili sorunların sık görüldüğü birimler arasında yer almaktadır (5). 2014 yılında Avrupa Basınç Ülseri Danışma Paneli (EPUAP) ve Ulusal Basınç Ülseri Danışma Paneli (NPUAP) tarafından yayınlanan BY rehberinde de; ameliyat odasındaki hastalar BY'ler açısından duyarlı özel gruplar olarak ifade edilmiştir. İntraoperatif süreçte hastaların basınç altında kalan bölgelerinde anestezi yönetimi, anestezinin etkisiyle hareketsiz ve nispeten sert bir zeminde yatma, ameliyat pozisyonu ve masası, pozisyon aletleri, uzun süren ve karmaşık olan cerrahi işlemler ve ağrı duyusunun olmaması gibi nedenlerle basınç yaralanmaları gelişebilmektedir (6). Ayrıca hastaların bilinç düzeyindeki değişiklikler, ileri yaşta olma ve mevcut hastalığa eşlik eden hastalıkların varlığı da BY gelişme riskini arttırmaktadır.(7). Amerikan Ameliyathane Hemşireleri Derneği (Association of Perioperativere Registered Nurses: AORN) intraoperatif süreçte ameliyathane hemşiresinin görevini “ameliyat ya da invaziv girişimler nedeniyle, potansiyel olarak koruyucu refleksleri ya da kendine bakım yetisi olmayan hastaların, gereksinimlerini karşılamak üzere hemşirelik sürecini kullanarak bakımı belirlemek, koordine etmek ve güvenli sağlık hizmetinin sunumunu sağlamak” olarak tanımlamıştır. Bu

bağlamda hemşireler BY gelişimi açısından duyarlı, özel grupları bilmeli ve hemşirelik bakımını bu doğrultuda planlayıp uygulamalıdır (8).

Ameliyat olacak bireylerde basınç yaralanmalarının gelişmesinde intraoperatif dönemdeki risk faktörlerinin yanı sıra, ameliyat öncesi ve sonrası dönemdeki risk faktörleri de önemlidir. Ameliyat öncesinde var olan risk faktörleri arasında ileri yaş, aşırı kilo, risk değerlendirme ölçeğine göre yüksek riskli olma, düşük hemoglobin ve albümin düzeyi, yetersiz beslenme ve ilaç kullanımı vb. yer almaktadır (9,10). Hareketsizlik, yetersiz beslenme, pozisyon değişikliği yapmama ve uygun olmayan yatakta yatma gibi durumlar, BY'nin gelişmesinde ameliyat sonrası dönemdeki risk faktörleri olarak sıralanmaktadır (11,12,13).

Literatürde yer alan çalışmalarda BY prevalansının yüksek olduğu belirtilmiştir. Vanderwee ve ark. (14)'nın 5 Avrupa ülkesinde (Belçika, İtalya, Portekiz, İngiltere ve İsveç) 5947 hasta üzerinde gerçekleştirdiği çalışmada; basınç yaralanması prevalansı %18,1 olarak bildirilmiştir. BY gelişiminde ameliyathane riskli bir ortam olup, ameliyathane kaynaklı BY'nin insidansının %8,5 ile %66 arasında değiştiği belirtilmektedir (5). Demirel ve ark. (15)'nin BY gelişen 79 hasta üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmada; BY'nin %58'inin yatağa bağımlı olma (pleji nedeniyle), %24'nün ameliyat esnasında hareketsiz kalma ve %11'nin yoğun bakım şartları nedenleri ile geliştiği bulunmuştur. Karadağ ve Gümüşkaya (16)'nın 2 saat ve daha fazla ameliyatta kalan, BY riski olmayan 84 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada da; evre I BY görülme oranı %54,8; birden çok alanda BY oluşma oranı %41,3 ve oluşan BY'nin tipi %56,5 eritem yara olarak saptanmıştır. Aynı çalışmada BY gelişen hastaların %97,9'unda yaraların ameliyat sonrası ilk 3 günde geliştiği bildirilmiştir.

BY'nin geliştiği bölgeler incelendiğinde; en sıklıkla sakrumda ve topukta geliştiği belirtilmektedir (17). Schoonhoven ve ark. (18)'nin 208 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada; BY'nin topuk (%52,9) ve sakral (% 15,7) bölgelerde geliştiği; Ortak ve ark. (19)'nin 476 hasta üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmada; sakral, (%41,3), torakanterik (%36,5), iskial (%8,8) ve topuk (%2,9) bölgelerinde ortaya çıktığı; Demirel ve ark. (15)'nin 79 hasta üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmada da; sakral (%42), torakanterik, (%28), iskial (%10) ve topuk (%9) bölgelerinde geliştiği saptanmıştır.

BY'nin gelişiminde, ameliyatın süresi önemli bir intraoperatif risk faktörü olup, ameliyat süresi uzadıkça bu risk daha da artmaktadır (20). Schoonhoven ve ark. (18) cerrahi nedeniyle oluşan BY insidansını belirlemek amacıyla 4 saatten fazla ameliyatta kalan 208 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada; hastaların %21,2'sinde ilk 2 günde BY geliştiğini tespit etmiştir. Sharon (21) 3 saat veya daha uzun süre boyunca ameliyatta kalan 1128 hasta üzerinde gerçekleştirdiği çalışmada; hastaların %33'nün 5 saatin üzerinde ameliyatta kaldığını ve BY oranının %8,5 olduğunu saptamış olup, cerrahinin uzunluğuna bağlı olarak BY oranının arttığını belirlemiştir.

BY, hastanın ağrı çekmesine, bağımsızlığını kaybetmesine, hastanede uzun süre kalmasına, sosyal ve psikolojik problemler yaşamasına neden olan tedavisi zor ve yaşamı tehdit eden önlenabilir bir komplikasyondur. Aynı zamanda bu komplikasyonun hem birey hem de sağlık bakım sistemi açısından da maliyeti yüksektir (22). Mevcut uygulamaların yetersizliği sonucunda ortaya çıkan bu durumlar önleyici girişimleri ön plana çıkarmaktadır (10). BY gelişimini önlemek bütüncül bir yaklaşımla BY riskinin saptanması, derinin değerlendirilmesi ve bakımının yapılması, aktivite, beslenme, ıslaklık/inkontinans yönetiminin sağlanması, destek yüzeyi kullanılması, sağlık personeline eğitim verilmesi ve kayıt tutulması ile sağlanabilmektedir (23,24). Ameliyathane hemşirelerinin BY'yi önlemeye yönelik birçok görev, yetki ve sorumlulukları bulunmaktadır. Bunlar arasında hastada pozisyona bağlı olarak gelişebilecek BY bölgelerinin tanımlanması ve önlemeye yönelik girişimlerin yapılması; güvenli pozisyon için cerrah ve anesteziist ile birlikte çalışılması; hastaya pozisyon verildikten sonra, pozisyonun doğruluğunun, doku perfüzyonunun, deri bütünlüğünün ve etkilenme riski yüksek bölgelerin yeniden değerlendirilmesi; pozisyon verme cihazlarının kullanımının kaydedilerek belgelenmesi ve ameliyat sırasındaki pozisyona bağlı yaralanma durumunu izlemek için ameliyat sonrası bakım verici ile işbirliği içerisinde çalışılması yer almaktadır (8). Ayrıca BY'nin önlenmesi için ameliyat sırasında hasta hareket ettirilmeli; hastanın hareket ettirilmesi mümkün değilse basınç altında kalan bölgeleri desteklenmeli ve ameliyat masasında destek yüzeyler kullanılmalıdır. Bu amaçla çeşitli destekleyici pansumanlar, köpük, silikon, jel gibi malzemelerden üretilen destek yüzeyleri bulunmaktadır. Ayrıca intraoperatif dönemde BY'nin önlenmesinde derinin değerlendirilmesi ve bakımının sağlanması önemlidir.

Ameliyat sürecinde dezenfektan maddeler cildin tahriş olmasına neden olabilir. İnkontinans, antiseptik ürünlerin ve ameliyat sırasında yıkama solüsyonlarının kullanımı nedeniyle solüsyonların ve idrar/gaitanın hasta altında birikmesine bağlı olarak nemli bir ortam oluşur. Derinin temiz ve kuru kalmasının sağlanması, ameliyat masası örtülerinin kırışık olmaması, deri bütünlüğünün sürdürülmesi ve basınç yaralanmalarının gelişiminin önlenmesi açısından önemlidir (25,26). Bunun yanı sıra; kurumun BY'yi önlemeye yönelik protokollerinin bulunması gereklidir. Bu bağlamda AORN tarafından cerrahi hastalarına yönelik geliştirilen standartlarda yer alan girişimler arasında pozisyon verme araçlarının denetiminin düzenli olarak yapılması ve doğru çalışmasının sağlanması; pozisyon verme ile ilgili politika ve prosedürlerin her yıl gözden geçirilerek düzeltilmesi; ameliyathane ekibinin de bu prosedürler doğrultusunda hastaya pozisyon verme ile ilgili bilgilerini güncellemesi; hasta güvenliğini geliştirmek ve hastaya pozisyon verme uygulamalarının sonuçlarını değerlendirmek için bir kalite yönetim sisteminin oluşturulması bulunmaktadır (8).

Ülkemizde 1990 yılından itibaren BY'nin önlenmesi ve tedavisi ile ilgili olarak rehberler bulunmasına rağmen, intraoperatif süreçte BY'yi önlemeye yönelik uygulamaların yetersiz olduğu görülmektedir (27). Bununla birlikte gözlemlerimiz intraoperatif süreçte BY açısından risk oluşturan durumların ve BY'ye duyarlı grupların etkili olarak değerlendirilmediği; BY'yi önlemeye yönelik destek yüzeylerin vb. diğer yöntemlerin yeterince ve etkili kullanılmadığı; öngörülen ameliyat süresinin ameliyat öncesinde ekip içerisinde paylaşılmadığı ve ameliyat sonrası dönemde bakım ekibine bilgi verilmediği; nemi azaltmaya yönelik olarak su geçirmez ameliyat örtülerinin standart olarak kullanılmadığı ve intraoperatif dönemde normotermnin sağlanmasına yönelik girişimlerin de yetersiz olduğu doğrultusundadır. Ayrıca literatürde BY'nin önlenmesine ve bakımına yönelik çalışmalar olmasına rağmen, ülkemizde intraoperatif dönemde BY'nin önlenmesine yönelik hemşirelerin bilgi ve uygulamalarını araştıran çalışmalara rastlanılmamıştır. Bu çalışmanın sonuçlarının BY'nin önlenmesine ilişkin eğitim ve uygulamalarda yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma ile ameliyathane hemşirelerinin BY'yi önlemeye yönelik bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

1.3. Araştırma Soruları

1. Ameliyathane hemşirelerinin BY'yi önlemeye yönelik bilgi düzeyleri nedir?
2. Ameliyathane hemşirelerinin BY'yi önlemeye yönelik uygulamaları nedir?
3. Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre BY'yi önlemeye yönelik bilgileri arasında fark var mıdır?
4. Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre BY'yi önlemeye yönelik uygulamaları arasında fark var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Basınç Yaralanmasının Tanımı

Basıncın dokularda yol açtığı hasar, geçmişten günümüze kadar farklı şekillerde tanımlanmıştır. Bu hasar için yatak yarası, dekibüt ülseri, dekibüt, basınç ülseri gibi çeşitli kavramlar kullanılmış olup, 2016 yılında NPUAP tarafından “basınç yaralanması” kavramı önerilmiştir. NPUAP’a göre BY “Yoğun ya da uzun süre basınç uygulanması ya da sıyrılma ile birlikte basınç uygulanması şeklinde oluşan, deri bütünlüğü bozulmaksızın ya da açık bir yaralanma şeklinde ve ağrılı olabilen, genellikle bir kemik çıkıntısı üzerinde meydana gelen lokalize deri ve/veya deri altı doku hasarı” olarak tanımlanmıştır. Bu basınç, tıbbi ya da diğer aletler nedeniyle de gerçekleşebilir. Yaralanma, yoğun ve/veya uzun süreli basınç veya basınçla birlikte makaslamanın varlığında deri bütünlüğü bozulmadan veya açık bir yara şeklinde de olabilir (24,28).

2.2. Basınç Yaralanmalarının Etiyolojisi

BY’nin oluşumunda etkili birçok risk faktörü bulunmaktadır. BY’nin gelişiminde rol oynayan basınç, yırtılma, sürtünme ve nem gibi dışsal faktörlerin yanı sıra birçok içsel faktörler de mevcuttur (12,13,28).

2.2.1. Dışsal Faktörler

Basınç: Uzun süreli veya yoğun basınç uygulanan dokularda basınç, kapiller basıncından daha yüksek düzeye çıkar. Bu durumda derinin dermal tabakasına ve dermal tabaka içinde yer alan bütün yapılara giden kan akımı engellenir. Hem doku beslenmesinde yetersizlik hem de atık ürünlerin birikimine bağlı olarak iskemi ve asidoz meydana gelir. Basınç devam ederse dokularda nekroz gelişir ve BY ortaya çıkar (28). Birey basıncı azaltma özelliği olmayan normal bir yatağa yattığı zaman büyük trokanterler ve topuklar 50-90 mmHg basınca, sandalyede oturduğu zaman iskiyal tuberositlerde ise yaklaşık 300-500 mmHg basınca maruz kalmaktadır (28). Shen ve ark. (29) kardiyak cerrahi geçiren 286 hasta üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmada, cerrahiye bağlı olarak gelişen BY’nin, cerrahinin süresinin uzaması ile kademeli olarak arttığını; Tschannen ve ark. (30) 3225 cerrahi hastası üzerinde

gerçekleştirdikleri çalışmada cerrahi sürenin BY'nin gelişiminde önemli bir belirleyici olduğunu tespit etmiştir.

Yırtılma (shear, makaslama): Yırtılma ‘bir objenin tabanı sabit kalırken objenin yüzeyine paralel bir gücün uygulanması’ sonucu oluşmaktadır. Yırtılma kuvveti kan damarlarının sıkışması, kıvrılması ya da tıkanması sonucunda kan akımını engelleyerek veya keserek etki gösterir. Bireyin yataktaki pozisyonu yırtılmanın etkisini değiştirmektedir. Hastalara, yırtılma etkisi az olduğu için 30° açı ile yatması önerilmektedir. Hastalar 30°'nin üzerinde bir açıyla yattıklarında deri, vücudu temas ettiği yüzeyde sabit tutmaya çalışırken, iskelet yer çekimin etkisiyle hastayı yatak içerisinde sürüklemektedir (28). Manorama ve ark. (31) 15 hasta üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmada; normal basınca ek olarak makaslama kuvveti uygulanan bireylerde transkutanöz oksijen ve kan perfüzyon seviyelerinin azaldığını saptamışlardır.

Sürtünme: Türk Dil Kurumu sürtünmeyi, ‘birbirinin üstüne gelerek biri veya her ikisi ötekine göre ters doğrultuda kayan iki cismin durumu’ olarak tanımlamaktadır (32). Bir başka tanıma göre sürtünme; ‘aralarında yoğunluk farkı olan ve ters yönde hareket eden iki yüzeyin birbirine karşı oluşturduğu kuvvettir’ (33). Sürtünme etkisi deri ve yatak çarşafı arasında meydana gelen sürtünme sonucunda ya da hastanın tekerlekli sandalyeden ve sedyeden yatağa sürüklenerek taşınması durumunda ortaya çıkabilmektedir. Sürtünme derinin yüzeyel tabakalarında bül, sıyrık ya da deri yırtıkları oluşturarak inflamatuvar süreci başlatmakta ve inflamatuvar akıntı hasarlı alanda maserasyona neden olarak derideki hasarın artmasına ve yara oluşumuna neden olmaktadır (28).

Nem: Deri ile ilgili olan bağıl nem, “belirli bir sıcaklıkta havada bulunan su buharı miktarının aynı şartlarda havada bulunan maksimum su buharı miktarına oranının yüzde” olarak ifade edilmesidir. Derinin ıslak kalması epidermisin stratum korneum tabakasının yumuşamasına, sürtünme ve yırtılma kuvvetlerinin artmasına ve doku bütünlüğünün bozulmasına neden olmaktadır (28).

2.2.2. İçsel Risk Faktörleri

Basınç yaralanmalarının oluşumunda birçok içsel risk faktörü etkilidir. Bu faktörler arasında hareketsizlik, yatağa ya da sandalyeye bağımlı olma, ileri yaş, yaşa

bağlı epidermis tabakasında meydana gelen incelmeler, kuru cilt ve ciltte frajiliteye neden olan değişiklikler, dışkı ve/veya idrar inkontinansı, aşırı kilo, düşük vücut ağırlığı, yetersiz beslenme, anemi, hipoalbuminemi ve C vitamini eksikliği yer almaktadır. Ayrıca ödem, düşük kan basıncı, kronik hastalıklar, nöral fonksiyon kaybı, dolaşım bozukluğu, immün yanıtta azalma, diyabet, ağrı duyusunda azalma, serebro vasküler hastalıklar, enfeksiyonlar, kemik kırığı, demans, maligniteler, ilaç kullanımı (sedatifler, steroid olmayan antienflamatuar ilaçlar, beta blokerler vb), polifarmasi, vücut ısısı, sigara kullanımı, emosyonel stres, yara iyileşmesinde meydana gelen azalma ve iyileşmiş ya da kapanmış olan tüm BY'ler de içsel risk faktörleri arasındadır (28,34,35,36,37).

Cerrahi hastaları bu risk faktörlerinin yanı sıra ameliyat esnasında ve sonrasında da çeşitli risklerle karşı karşıya kalırlar. Ameliyat esnasında ortaya çıkan risk faktörleri olarak anestezi yönetimi, ameliyatın süresi, immobilizasyon süresi, hasta pozisyonu, kullanılan ameliyat masası, derinin ıslak olması, hipotansiyon, ekstra korporeal dolaşım, hipotermi, hipertermi, ısıtıcı battaniye kullanımı ve kullanılan pozisyon aletleri vb. sıralanabilmektedir. Ameliyat sonrası dönemde immobilizasyon, oral beslenmede yetersizlik, vazokonstrüksiyona yol açan ilaçların kullanımı ve ameliyat sonrası kullanılan yatak vb. risk faktörlerini oluşturmaktadır (36).

Munro ve ark. (38) ameliyat öncesi risk faktörlerini; hastanın hareketsizlik düzeyi, ameliyat öncesi uygulanan açlık süresinin uzunluğu, beden kitle indeksi, son 30 ila 180 günde gerçekleşen kilo kaybı, yaş ve eşlik eden hastalıklar olarak belirtmiştir. Aynı çalışmada intraoperatif döneme ait risk faktörleri arasında ise hastanın sistemik hastalıkları, fonksiyonel kısıtlılıkları, Amerikan Anestezistler Derneği (ASA, American Society of Anesthesiologists) skorunun 3' ten büyük olması; ameliyatın genel anestezi altında gerçekleştirilmesi; vücut sıcaklığının 36.1 °C'in altında, 37.8 °C'ın üstünde ya da vücut sıcaklık değişimlerinin +2 °C'tan fazla olması; kan basıncında %21 ila 50 arasında değişimler yaşanması ya da sürekli hipotansiyonun görülmesi; ameliyat masası ve deri arasında solüsyon veya sıvı göllenmesi ya da aşırı neme maruz kalınması; ameliyatın 4 saatten fazla sürmesi; ameliyat pozisyonunun supine ve prone olması yer almaktadır. Ayrıca anestezi sonrası bakım ünitesindeki (ASBÜ) risk faktörleri olarak yara yerinden, drenlerden

ve vücut boşluklarından 400 cc'den fazla sıvı kaybının olması belirtilmiştir. Webster ve ark. (39) 534 cerrahi hastasında ileri yaş, cilt durumu, Tschannen ve ark. (30) 3225 cerrahi hastasında düşük vücut kitle indeksi, vazopressör ilaç kullanımının artışı, çoklu ameliyatlara, Yoshimura ve ark. (40) 29 hastada deride gerçekleşen ısı değişimlerinin BY'nin gelişmesinde risk faktörü olduğu sonucuna ulaşmışlardır.

2.3. Basınç Yaralanmalarının Fizyopatolojisi

Dokulara giden kan akımının belirgin şekilde azalması veya tamamen kesilmesi sonucunda perfüzyonun bozulmasına "iskemi" denir (41). Basınç yaralanmalarında doku iskemisi sıklıkla basınca bağlı olarak ortaya çıkmaktadır (42). İskemiye uğrayan dokunun belirli bir süre oksijenden yoksun kalması, doku hasarı veya nekrozu ile sonuçlanır. Kan akımının iskemi sonrasında yeniden sağlanması ise reperfüzyon olarak adlandırılır ve iskeminin neden olduğu hasarın genişlemesine yol açar. Bu durum genel olarak iskemi-reperfüzyon hasarı olarak adlandırılır (43,44).

Kapiller damarlar kan ile intersitisiyel sıvı arasında oksijen, sıvı, elektrolitler, besin maddeleri, hormonlar ve diğer maddelerin taşınmasını gerçekleştirir. Bu değişim kapiller damarların uzunluğu 0,3-1mm kadar olduğundan sadece 1 ila 3 saniyede gerçekleşir (44). Kapiller membrandan sıvıyı dışarıya doğru iten güç kapiller basınç olarak ifade edilir ve bu basınç normal şartlarda arteriyel uçta 30-40 mm Hg, venöz uçta 10-14 mm Hg ve orta kısımlarda 20-25 mm Hg'dır. Kapiller arteriyel uç ile venöz uç arasındaki basınç farkı, sıvının venöz uçlardan kapiller içine geri emilimini sağlamaktadır. Herhangi bir dokuya olan kan akımının engellenmesi için dokuya uygulanan basıncın normal kapiller basıncı geçmesi gerekmektedir (28,44). Uygulanan basınç, kapiller basıncı geçtiğinde hücrelere oksijen geçişi sağlanamadığı için hücrelerde mitokondriyal adenosin trifosfat (ATP) üretimi durur. Hem mitokondriyal üretimin durması hem de hücre içerisindeki ATP yıkımına bağlı oluşan enerji kaybı, membrandaki enerji bağımlı iyon pompalarında fonksiyon bozukluğuna ve hücre içi metabolizmanın anaerobik faza yönelmesine yol açar. Oksijenin yokluğu hasara uğrayan hücrelerden vazodilatör maddelerin (adenozin, karbondioksit, laktik asit, adenosin fosfat bileşikler, histamin, potasyum ve hidrojen iyonları) salınımını uyarır (43). Vazodilatörlerin salınımı kapiller porların genişlemesine, plazma proteinlerinin ve fazla miktarda sıvının doku içine geçmesine

ve ödem oluşmasına neden olur (44). Hücrede laktat ve hidrojen birikimi ile hücre içi pH düşer ve asidoz oluşur. Hücre içi artan hidrojen yükünü dengelemek için Na^+ - H^+ pompası ile artan hidrojen, hücre dışına atılır ve Na^+ - Ca^{+2} pompası ile de kalsiyum hücre içine yer değiştirir (45). Bu kompleks süreçler sonucunda reaktif oksijen türleri miktarında artış meydana gelir ve hücre membranındaki lipid yapılarda hasar, hücre içi proteinlerin yapı ve fonksiyonlarında bozulma ve Deoksiribo Nükleik asit yapısında meydana gelen hasar sonucunda hücre zedelenmesi ortaya çıkar (43).

2.4. Basınç Yaralanmalarının Evrelendirilmesi

BY'nin sınıflandırılmasında amaç BY'nin şiddetini/ciddiyetini belirlemektir. Sınıflandırma sistemi, farklı derece veya evrelerdeki doku hasarını tanımlamak için kullanılır. Bu yaralanmalarının sınıflandırılması hem klinik uygulamalar ve araştırmalarda hem de prevalans ve insidans çalışmalarının yapılmasında değerli bir araçtır (46). BY, 2016 yılında NPUAP tarafından yeniden sınıflandırılmıştır. Bu sınıflama aşağıdaki başlıklar altında yapılmaktadır (6,24):

Evre I Basınç Yaralanması: Bütünlüğü bozulmamış deride basmakla solmayan kızarıklık (eritem)

Deri bütünlüğü bozulmamış olmakla birlikte lokalize bir alanda parmakla basıldığında solmayan kızarıklık mevcuttur. Koyu renk derisi olan bireylerde değerlendirme zor olabilir. Üzerine basmakla solan kızarıklık, duyu, ısı ya da sertlik değişiklikleri görsel değişikliklerden önce ortaya çıkmaktadır. Koyu renkli kişilerde rengin yerine sertlik, ısı ve ağrı gibi özelliklerin değerlendirilmesi önerilmektedir. Renk değişiklikleri mor ya da kestane rengi şeklinde değildir. Bu renk değişiklikleri derin doku BY'yi gösterebilir.

Evre II Basınç Yaralanması: Dermis tabakasının kısmi kaybı

Genellikle deri bütünlüğü bozulmuştur ve kısmi kalınlıkta dermis kaybının olduğu yüzeysel yaralanmalardır. Yara yatağı görülebilir, pembe-kırmızı, nemli, sağlam ya da rüptür olmuş serum dolu büller vardır. Adipoz/yağ dokusu ya da daha derin dokular görünmez. Granülasyon, balçık ya da eskar özellikte doku içermez. Bu yaralanmalar genellikle topukta ve pelvis üzerindeki deride makaslanma ve aşırı ısı

ile nem değişikliklerinden kaynaklanmaktadır. Bu evre inkontinansla ilişkili dermatiti içeren nem ilişkili cilt hasarını, intertrigenöz dermatiti, flasterler ile ilişkili cilt hasarını, travmatik yaralanmaları (cilt tabakalarının ayrılması, yanıklar, sıyrıklar) tanımlamak için kullanılmaz.

Evre III Basınç Yaralanması: Tam kalınlıkta deri kaybı

Bu evrede tam kalınlıkta doku kaybı vardır. Yara ve granülasyon dokusunda cilt altı yağ dokusu görülebilir; fasya, kas, tendon, bağ, kıkırdak ya da kemik görülmez. Yarada sarı nekrotik doku ya da eskar görülebilir, ancak yaranın derinliğini değerlendirmeyi engelleyecek şekilde yarayı kaplamaz. Yarada cepler ve tüneller bulunabilir. Evre III BY'nin derinliği anatomik bölgeye göre değişiklik gösterir. Yağ dokusunun kalın olduğu yerlerde yara oldukça derin olabilir. Burun kemeri, kulaklar, oksiput ve malleollerin olduğu bölgeler subkütan yağ dokusu içermediğinden evre III BY'ler daha yüzeyeldir.

Evre IV Basınç Yaralanması: Tam kalınlıkta deri ve doku kaybı

Kemik, tendon veya kasları içeren tam kalınlıkta doku kaybının olduğu BY'dir. Yara içinde kemik, tendon, ligament, kıkırdak ya da kas dokusu görülebilir ve doğrudan palpe edilebilir. Yarada sarı nekrotik doku veya eskar olabilir genellikle cep ya da tüneller oluşabilir ve deri kenarları kıvrılabilir. Sarı nekrotik doku ya da eskar doku kaybını gizlerse, bu yara evrelendirilemeyen BY olarak değerlendirilir.

Evrelendirilemeyen Basınç Yaralanması: Deri veya dokuların tüm tabakalarında derinliği bilinmeyen kayıp

Tüm tabakalarda doku hasarının olduğu, üzeri tamamen sarı nekrotik doku (sarı, sarımsı kahverengi, gri, yeşil ya da kahverengi) ve/veya eskar (sarımsı kahverengi, kahverengi veya siyah) ile kaplı olduğu için gerçek derinliği bilinmeyen BY'dir. Yaradan sarı nekrotik doku ya da eskar kaldırıldığında evre III ya da evre IV BY ortaya çıkar. Yaranın derinliğini belirlemek için yara yatağının temizlenmesi gerekmektedir. Ayak topuklarındaki ya da iskemik bacaklardaki stabil (kuru, yapışık, bütünlüğü bozulmamış, eritemsiz) eskarlar kaldırılmamalıdır.

Derin Doku Basınç Yaralanması: Kalıcı solmayan koyu kırmızı, kahverengi ya da mor renk değişikliği

Lokelize bir alanda sağlam ya da bütünlüğü bozulmuş koyu kırmızı, kahverengi, mor renk değişikliği ya da koyu bir yara yatağı veya kan dolu keselerin olduğu epidermal ayrılmadır. Ağrı ve ısı değişikliği sıklıkla deride renk değişikliğinden önce görülür. Sınırlı bir alanda kemik-kas yüzeyinde uzamış ya da yoğun basınç, sürtünme ve/veya yırtılmaya yol açan güçlerin etkisiyle alttaki dokularda hasar oluşur. Hasar gören bu alan çevre dokularla karşılaştırıldığında ağrılı, daha sert, peltensi, bataklik hissi verir ve daha sıcak ya da daha soğuk olabilir. Yara hızla gelişip, gerçek doku hasarı ortaya çıkabilir ya da doku kaybı olmaksızın düzelebilir. Nekrotik doku, deri altı doku, fasya, kas ya da diğer temel yapılarda görünürse, bu tam kalınlıkta BY'yi gösterebilir (Evrelendirilemeyen, Evre III, Evre IV).

Medikal Aletlerle İlgili Basınç Yaralanmaları

Tanı ve tedavi amacıyla uygulanan araçların kullanımından kaynaklanmaktadır. Meydana gelen BY genellikle cihazın şekline veya kalıbına uygundur. Bu yaralar sınıflandırma sistemi kullanılarak evrelendirilmelidir.

Mukozal Membran Basınç Yaralanması

Mukozal membran BY, yaralanma alanında bir tıbbi araç kullanma hikâyesi olan mukozal membran üzerinde bulunur. Bu yaralar evrelendirilemez.

2.5. Basınç Yaralanmalarını Önlemeye Yönelik Uygulamalar

BY'ler ağrıya, enfeksiyona, fonksiyonel kayıplara, tedavi maliyetlerinin artmasına, hastanede kalış süresinin ve hemşirelik bakım süresinin uzamasına neden olmaktadır (37,47). Ayello ve Lyder (37) BY'leri tedavi etme maliyetinin, önleme maliyetinden 2.5 kat daha fazla olduğunu belirtmiştir. Önlemeye yönelik girişimlerle BY'lerin azaltıldığı gösterilmiştir.

BY'leri önlemeye yönelik girişimler arasında riskli bireylerin saptanması, derinin ve beslenmenin değerlendirilerek uygun bakımın sağlanması, pozisyon verilmesi, destek yüzeylerinin kullanımı ve eğitim ana başlıkları oluşturmaktadır.

İntraoperatif süreçte de basınç yaralanmalarını önlemeye yönelik girişimler aynı ana başlıklar altında uygulanmakta, ayrıca cerrahiye bağlı ortaya çıkan hipotermi, hipotansiyon gibi BY risk faktörlerinin ortaya çıkmasının önlenmesine yönelik girişimler yer almaktadır (23,24,35).

2.5.1. Risk Değerlendirmesi

BY'leri önlemeye yönelik, kanıta dayalı bilgiler ışığında oluşturulan rehberler ve AORN; kapsamlı risk değerlendirmesinin standart bir BY risk değerlendirme aracı kullanılarak periyodik olarak yapılmasını ve kayıt altına alınmasını tavsiye etmektedir (23,24,48).

BY riskinin saptanmasında, riskin hangi aralıklarla değerlendirileceği ve değerlendirmede hangi ölçeklerin kullanılacağı konusu önemlidir. Risk değerlendirmede özellikle hastaların hastaneye yatışından en fazla sekiz saat içinde BY değerlendirme ölçeğinin kullanılması; akut bakım hastalarında her vardiya, uzun dönemli bakım hastalarında 4 hafta için haftalık, daha sonra üç ayda bir ve evde bakım hastalarında ise hemşirenin her ev ziyaretinde; BY ortaya çıktığında ya da uzun süre anestezi altında kalındığında BY riskinin değerlendirilmesi önerilmektedir (23,24,35).

BY'nin değerlendirilmesinde kullanılan birçok ölçek mevcuttur (23,25,28). Bu ölçekler çeşitli hasta gruplarında BY riskinin ölçülmesine duyarlıdır. Bu araçlardan en sık kullanılanları Braden, Norton, Waterlow ve Gosnell ölçekleridir.

Braden Risk Değerlendirme Aracı: Barbara Braden and Nancy Bergstrom tarafından 1987 yılında geliştirilen Braden Risk Değerlendirme Ölçeği, geniş yaş aralığındaki hasta gruplarında kullanılmaktadır. Bu araçta hastaların duyuşal durumu, nem durumu, aktivite düzeyi, hareketlilik, sürtünme, sıyrılma ve beslenme durumu değerlendirilmektedir. Türkiye'de Braden ölçeğinin geçerlilik ve güvenirlik çalışması 1997 yılında Oğuz tarafından yapılmıştır (49).

Norton Risk Değerlendirme Ölçeği: Doreon Norton tarafından 1962 yılında geliştirilen Norton Risk Değerlendirme Ölçeği yaşlı ve genel hasta gruplarında kullanılır. Bu ölçekte bireylerin bilinç durumu, fiziksel durumu, aktivite düzeyi, hareketlilik ve inkontinans durumu değerlendirilmektedir. Ülkemizde "Norton Risk

Değerlendirme Ölçeği”nin geçerlilik ve güvenirlik çalışması Pınar ve Oğuz tarafından nöroloji kliniğinde yatan hastalar üzerinde yapılmıştır (50).

Waterlow Risk Değerlendirme Ölçeği: Waterlow tarafından 1985 yılında dâhiliye ve cerrahi ünitelerinde çalışan hemşirelere rehber olması için geliştirilmiştir. Bu ölçek, ortopedi ve genel hasta grubunda kullanılmaktadır. Waterlow Risk Değerlendirme Ölçeği bireyleri duyuşsal algılama, kontinans, hareketlilik, beslenme, beden kitle indeksi, cilt tipi, yaş, cinsiyet, büyük ameliyat, travma, doku malnütrisyonuna neden olan hastalıklar ve ilaç kullanımı başlığı altında değerlendirir. Avşar’ın 2012 yılında yaptığı araştırma sonucunda, Waterlow risk değerlendirme aracının ülkemiz için geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu belirlenmiştir (23,28,33,).

Gosnell Risk Değerlendirme Aracı: 1973 yılında Davina Gosnell tarafından geliştirilmiştir. 1987 ve 1988 yıllarında tekrar modifiye edilmiştir. Bu araç, hastanın beslenme durumu, kontinans, hareketlilik, aktivite ve mental durum olmak üzere 5 risk faktörünü içermektedir (33,51).

Perioperatif Hastalar İçin Munro Risk Değerlendirme Aracı: Cerrahi hastalarının ameliyat öncesinde, ameliyat sırasında ve ASBÜ’de BY risklerini değerlendirmek amacıyla Munro ve ark. tarafından 2010 yılında geliştirilmiştir. Bu ölçekte bireylerin, ameliyat öncesi riskleri hareketlilik, beslenme, beden kitle indeksi, yaş ve komorbite; ameliyat sırasındaki riskleri, ASA skoru, anestezi, vücut sıcaklığı, hipotansiyon, nemlilik, destek yüzeyi ve pozisyon; ASBÜ’deki risk faktörleri kan kaybı ve perioperatif sürenin uzunluğu başlıklarında değerlendirilmiştir (38).

Mallah ve ark. (52) 468 hasta üzerinde gerçekleştirdikleri prospektif bir çalışmada hastanede gelişen BY’nin prevalansının azaltılmasında iki önemli faktörden birinin risk değerlendirme puanı olduğunu, Tschannen ve ark. (30) ise 3225 cerrahi hastası üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmada hastaneye yatışta Braden Ölçeğindeki puanların riski saptamada etkili olduğunu belirlemişlerdir.

2.5.2. Derinin Değerlendirilmesi ve Bakımı

Tüm sağlık bakım kurumlarının, o ortama uygun yapılandırılmış bir deri değerlendirme yaklaşımının yanı sıra, hedeflenmesi gereken klinik alanları ve değerlendirme/tekrar değerlendirme zamanlarına ilişkin önerileri içeren özel bir

protokolü bulunmalıdır. Kapsamlı bir deri değerlendirmesinin bireylerde mümkünse hastaneye kabulden ilk sekiz saat içinde, bireyin risk derecesinde ve klinik durumunda değişiklik olduğunda ve birey taburcu edilmeden önce gerçekleştirilmesi tavsiye edilmektedir (23,24). Mallah ve ark. (52) hastanede kazanılmış BY'lerin prevalansının azaltılmasında deri bakımının en önemli iki faktörden biri olduğunu belirtmiştir.

Sağlıklı derinin bütünlüğünün tam, renginin ve sıcaklığının normal, pürüzsüz, yumuşak, gerginliğinin ve nemliliğinin yeterli, deri hareketliliğinin normal ve sıcak, soğuk, ağrı ve basınç gibi duyuları ayırt ediyor olması beklenir. Sağlıklı deride keskin ve kötü kokuların olmaması ve damarsal yapıya bağlı renk değişikliklerinin görülmemesi beklenir (örn: telenjektazi, peteşi, ekimoz) (53).

Sağlık profesyonelleri, basmakla solmayan kızarıklık, lokalize sıcaklık, ödem ve indürasyon gibi belirti ve bulguları içeren kapsamlı bir deri değerlendirmesini nasıl yapacağını bilmeli; deriyi en az günlük olarak renk, sıcaklık, turgor, nemlilik, kalınlık, yumuşaklık ve özellikle basmakla solmayan kızarıklık yönünden değerlendirmelidir. Koyu renk derili bireylerde kızarıklığın görülmesi her zaman mümkün olmadığından, basınç altındaki derinin renginde, sıcaklığında ve doku direncinde meydana gelen değişimler, bitişik cilde kıyaslama yapılarak değerlendirilir. Lokalize sıcaklık, ödem ve indürasyon BY gelişimini gösteren bulgulardır. Hastaya vücudunun herhangi bir bölgesinde basınç hasarını gösteren rahatsızlık hissi ya da ağrının olup olmadığı sorulmalıdır.

Hasta için doğru boyutta tıbbi cihaz (kateterler, oksijen boruları, ventilatör, yarı-sert boyunluklar vb.) seçilmeli ve cihaz profilaktik koruyucu örtüler /giysiler kullanılarak ve destek sağlanarak basınç oluşturmayacak şekilde hastaya yerleştirilmelidir. Cihaz altında kalan cilt temiz ve kuru tutulmalı, mümkün olduğunca döndürülmeli veya yeniden konumlandırılmalı, potansiyel basınç kaynağı olan tıbbi cihazlar en kısa sürede çıkarılmalıdır. Deri tıbbi cihaz ve araçların sebep olduğu basınç hasarı açısından günde en az iki kez muayene edilmeli, ödem bulgusu olan bireylerde cilt-cihaz ara yüzü daha sık değerlendirilmelidir. Tıbbi cihaza bağlı BY'ler (Mukozal BY hariç) NPUAP / EPUAP Basınç Yaralanması Sınıflandırma Sistemi kullanarak evrelendirilmelidir (23,24).

Cildin normal pH'ı cildin koruyucu 'asit mantosu' olarak adlandırılır ve 4 ila 6,5 arasında değişir. Cilt, pH dengeli temizleyiciler ile temizlenerek aşırı kuruluk ve tahriş önlenmelidir. Cildin sıklıkla temizlenmesi, ciltteki yağların ve sebumun kaybına yol açarak ciltte irritasyona neden olur (54). Kuru derinin nemlendirilmesinde yumuşatıcı/nemlendirici ürünler kullanılmalıdır. Aşırı neme maruz kalan deri bariyer etkili bir ürünle korunmalıdır. Bireyselleştirilmiş bir kontinans yönetim planı geliştirilmeli ve uygulanmalıdır. İnkontinansı takiben deri derhal temizlenmelidir. Mümkün olduğunca hastaya, daha önce basınç altında kalan ve hala kızarıklık bulunan vücut bölgesinin bulunduğu tarafa pozisyon verilmemelidir. BY riski olan deriyi kuvvetli bir biçimde ovalamak veya masaj yapmak BY'leri önleyici bir girişim değildir (24). Masaj, cildin altındaki dokuda baskı oluşturabilir ve zarar verebilir, hastayı BY'ye daha yatkın hale getirebilir (55).

2.5.3. Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi

Deri bütünlüğünün sürdürülmesi ve yara gelişiminin önlenmesi için yeterli ve dengeli beslenme önemlidir. Tüm sağlık kuruluşlarında bir beslenme tarama protokolü geliştirilmelidir. BY riski bulunan bütün hastalar, sağlık kurumuna kabulde, klinik durumlarında önemli değişiklikler olduğunda ve BY olan hastaların yaralarında iyileşme gözlemlenmediğinde beslenme durumları açısından değerlendirilmelidir (24). Tanıları nedeniyle ameliyat öncesi gece yarısından itibaren oral katı ve sıvı alımı kesilen, malnütrisyonlu ve beslenmesi risk altında olan bireyler, sağlık profesyonelleri tarafından kabul edilebilir, hızlı ve kolay kullanılabilir, geçerli, güvenilir ve pratik bir araç kullanılarak değerlendirilmelidir (23,24).

NPUAP/EPUAP önemli kilo kaybının saptanmasını (son 30 günde %5 ya da son 180 günde %10) ve vücut ağırlığı geçmişini belirlemek için bireyin vücut ağırlığının, bağımsız şekilde yemek yiyebilme yeteneğinin ve yeterli besin alımının değerlendirilmesini önermektedir (56).

Sağlık profesyonelleri, BY riski olan bireyleri oral yoldan yeterli sıvı alımı ve dengeli beslenme için desteklemeli ve cesaretlendirmelidir. Oral, enteral ve parenteral alımın yeterliliği, zaman içinde değerlendirilmeli, kontraendike olmadığı sürece öğünler arasında beslenme desteği sağlanmalıdır (56). Fry ve ark. (57) cerrahi

süreçlerle ilgili olarak hastanede kazanılmış ve istenmeyen durumlar arasında yer alan BY'lerin gelişiminde malnütrisyon ve kilo kaybının yer aldığını saptamıştır. Anholt ve ark. (58) yetersiz beslenen, evre III veya IV BY olan 43 hasta üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmada; düzenli diyet ve standart yara bakımına ek olarak maksimum 8 hafta günde üç kez 200 ml özel beslenme takviyesinin BY'lerin iyileşmesini hızlandırdığını tespit etmiştir.

2.5.3.1. Basınç Yaralanması / Riski Olan Bireylerde Beslenme

BY riski olan bireylerin enerji alımı, aktivite seviyesine ve tıbbi durumlarına uygun olarak bireyselleştirilmiş şekilde düzenlenmelidir. Malnütrisyon riski taşıyan, BY veya BY riski olan hastaların diyetinde enerji alımı vücut ağırlığına 30-35 kcal /kg olacak şekilde düzenlenmelidir. Enerji alımı düzenlenirken bireyin obezite seviyesi ve kilo değişimi dikkate alınmalıdır. İstenmeyen kilo kaybı ciddi olan ve kaşektik bireylerin diyeti ek enerji ihtiyacı düşünülerek düzenlenmelidir. Bireylerin diyeti besin ve sıvı alımındaki değişiklikler gözden geçirilerek yeniden oluşturulmalıdır. Beslenme yetersizliği ve basınç yarası riski bulunan tüm bireylere, günde 1.25-1.5g/kg/gün protein ve kalori başına 1 ml sıvı alımı ile birlikte 1 kg vücut ağırlığına en az 30-35 kcal alması sağlanmalıdır. Ayrıca bu bireylere, normal diyetine ek olarak oral veya enteral yoldan vitamin ve mineralden zengin, protein içeriği yüksek beslenme destek ürünleri verilmelidir (23,24).

2.5.4. Mobilizasyon ve Yeniden Pozisyon Verme

Pozisyon verme, vücudun savunmasız alanları üzerindeki basıncın süresini ve şiddetini azaltmak, konforu sağlamak, hijyene ve işlevsel yeteneğe katkıda bulunmak amacıyla gerçekleştirilir. BY riski olan tüm bireylere tıbbi durum ve tedaviler nedeniyle kontraendike olmadıkça bireyin tercihleri, fiziksel aktivite ve mobilite düzeyi, basınca maruz kalan derinin toleransı, kullanılan destek yüzeyler, genel tıbbi durumu ve tedavinin amaçları göz önünde bulundurularak pozisyon verilmelidir (23,24,35).

Pozisyon ardışık olarak sağ yan, sırt üstü, sol yan şeklinde verilmelidir. Hasta tolere edebiliyorsa ve tıbbi durumu uygunsa yüzükoyun (prone) pozisyona getirilmelidir. Her pozisyon değişikliğinde, bireyin risk altında olabilecek diğer vücut

bölgeleri (örneğin yüz, göğüs bölgesi, diz, ayak parmakları, klavikula, iliak krest, simfizis pubis) değerlendirilmelidir. Yatağın başını kaldırmak, solunumu kolaylaştırmak ve/veya aspirasyon ve ventilatörle ilişkili pnömoniye önlemek için gerekli olabilir. Bu durumlarda semi-fowler pozisyonu tercih edilmelidir. Bireylere yatakta kaymayı önleyecek ve kesme kuvveti yaratmayacak şekilde pozisyon verilmelidir. Bedensel engellilik durumu veya beslenme ve sindirim açısından kontrendike olmadıkça yatak başı en fazla 30° yükseltilmelidir (59). Derinin sürtünme ve yırtılma kuvvetlerine maruz kalmasından kaçınmak için transfer destek araçları kullanılmalıdır. Pozisyon verirken hasta kaldırılmalı ve sürüklenmemelidir. Pozisyon vermek için halka veya simit şeklinde araçlar, intravenöz sıvı torbaları, su dolu eldivenler ve sentetik koyun derisi kullanılmamalıdır (23,24).

2.5.4.1. Ameliyat Sırasında Hastaya Verilen Pozisyonlar

Cerrahi girişimler sırasında hastalara verilen pozisyonlar ameliyat yerinin yeterince açık olmasını, kas-iskelet sisteminin korunarak düzgün vücut postürünün oluşturulmasını ve beden ağırlığının eşit dağılımını sağlamalıdır. Cerrahi girişimin amacına bağlı olarak hastalara standart ameliyat pozisyonları verilmektedir. Bunlardan sıklıkla sırtüstü (supine), yüzüstü, baş aşağı (trendelenburg), ters trendelenburg, litotomi, yan (lateral) ve oturma pozisyonları kullanılmaktadır. Ameliyatlarda en sık kullanılan pozisyon sırtüstü olup karın (abdominal), karın ve göğüs (abdominotorasik) ve bazı alt ekstremitte ameliyatlarında tercih edilir. Yüzüstü (prone) pozisyonu vertebra, rektum, posterior fossa, gluteal, aşil tendon ve kalkaneus kemiği ile ilgili cerrahilerde kullanılır. Baş aşağı pozisyon özellikle pelvis ve alt karın bölgesindeki ameliyatlarda tercih edilir. Ters trendelenburg pozisyonu baş, boyun, mide ve safra kesesi ameliyatlarında kullanılır. Litotomi genellikle jinekolojik, ürolojik ve abdominoperineal ameliyat ve girişimlerde tercih edilir. Yan (lateral) pozisyon, böbrek hastalıklarının tedavisinde kullanılır. Oturma pozisyonu ise beyin, bazı kulak ve burun ameliyatlarında tercih edilir (5,60,).

Hastalara verilen ameliyat pozisyonlarına bağlı olarak vücudun farklı alanlarında basınç noktaları oluşmaktadır. Supine, trendelenburg ve ters trendelenburg pozisyonlarında oksiput, skapula, spinal çıkıntı, sakrum, olekron, ulnar ve radius çıkıntıları ile topuk bölgeleri; litotomi pozisyonunda oksiput, skapula,

spinal çıkıntı, sakrum, olekron, ulnar ve radius çıkıntıları; yan pozisyonda temporal ve zigomatik bölge, akromiyon, humerusun olekron, ulnar ve radius çıkıntıları; yüzüstü pozisyonunda temporal ve zigomatik bölge, akromiyon, klavikula, ön üst iliak çıkıntı, yan göğüs duvarı ve olekron çıkıntısı; oturma pozisyonunda skapula, sakrum, ön üst iliak ve olekron çıkıntıları basınç altında kalır (61).

Ameliyat pozisyonlarına bağlı meydana gelen BY sıklıkla topuklar, kalça, oksiput, dizler, omuzlar, dirsekler, omuz başları, kalça, cilt kıvrımları ve sakrumda görülmektedir (62,63). Ortak ve ark. (19) 476 hasta üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmada en fazla sakral (n:197), trokanterik (n:174) ve iskial (n:42) bölgelerinde BY geliştiğini; Yusuf ve ark. (63) 71 hasta üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmada da BY'nın %47 oranında sakral bölgede olduğunu belirtmiştir.

Hastaya verilen pozisyona bağlı oluşabilecek komplikasyonları önlemek için basınç noktalarının desteklenmesi, hastanın ameliyat masasında sürüklenmesinin kemerle bağlanarak önlenmesi, hastanın vücudunun kablo, sonda, kateter gibi malzemelerin üzerinde olmasının engellenmesi, hasta ile ameliyat masası arasında kalan örtülerin kırışık olmamasının sağlanması, kan ve idrar gibi sıvılarla ıslaklığın önlenmesi, ameliyatta kullanılan cerrahi aletlerin hasta üzerinde bırakılmaması ve ameliyat ekibinin hastanın üzerine basınç uygulamaması gerekir (60). Ameliyat sırasında hastaya verilen pozisyonun, basınç altında kalan alanların kayıt edilmesi ve hastaya ameliyat öncesi ve sonrasında, ameliyat sırasındaki duruşundan farklı bir pozisyon verilerek basıncın yeniden dağıtılması önemlidir (24).

2.5.5. Destek Yüzeylerinin Kullanımı

Basıncı ortadan kaldırmak ya da basıncı en aza indirmek için birçok destek yüzeyleri geliştirilmiştir. Destekleyici araçlar, kemik çıkıntılarının olduğu yerlerdeki basıncın 32 mmHg'dan daha fazla olmasını engellemekte; basıncın kapiller kapanma basıncının altında olmasını sağlamakta; basıncın yeniden dağıtılmasını, kesme kuvvetlerinin azaltılmasını ve lokal mikroklima kontrolünü sağlamaktadır (64,65). Destek yüzeyleri bireyin immobilité seviyesi, derinin nemliliği ve kanlanması, makaslama ve kesme maruziyeti, vücut genişliği ve bireyin ağırlığı, yeni BY'lerin gelişimi için var olan riskler, BY'lerin sayısı, yeri ve ciddiyeti göz önünde bulundurularak seçilmelidir (66).

Destek yüzeyleri dinamik ve statik yapıda olabilir. Dinamik sistemlerde basınç noktalarını değiştiren güç kaynağı varken, statik sistemlerde basıncın geniş yüzeye yayılması sağlanmakta ve enerji kaynağı bulunmamaktadır. BY riski saptanan fakat pozisyon değiştirebilen hastalar için basıncı azaltan statik destek yüzeyleri önerilmektedir. Pozisyon değiştiremeyen, elle pozisyon değişikliği mümkün olmayan ve BY olan bireylerde dinamik destek yüzeylerinin kullanımı tavsiye edilmektedir (17).

Basıncı hafifleten statik destek yüzeyleri, hastanın ağırlığını daha geniş bir temas alanı üzerine dağıtılmasını sağlar. Basıncın geniş bir alana yayılmasını sağlayan ürünler arasında köpük, köpük ve hava, köpük ve jel, havalı süspansiyon, su süspansiyonu ve hava-parçacıklı süspansiyon/hava tahliyeli ürünler yer almaktadır. Dinamik ürünler hastanın altındaki basıncı mekanik olarak değiştirmekte olup, hava akışkanlı yataklar bu grupta bulunmaktadır (66).

Köpükler en fazla ve en etkili kullanılan hafif, kolayca ulaşılabilen, çoğu pozisyonda tercih edilen, kısa süreli işlemlerde kullanışlı olan ürünlerdir. Uzun süreli kullanımlarda, köpükler basıncı ve vücut sıcaklığını artırır, deride dökülmelere ve maserasyona neden olurlar. Ayrıca köpükler ıslandığında kısa bir süre sonra özelliklerini kaybederler (62)

Jeller, dayanıklı, sızdırmaz bir membranla kaplanmış kimyasal bileşiklerden oluşturulan ürünlerdir. Çoğu jel ürünler 1 saatten sonra hastada nemi artırma eğilimi gösterirler. Jel ürünleri kullanılırken, ürünün bakım ekibi tarafından kaçak, sızıntı ve temizlik yönünden değerlendirilmesi gerekmektedir (62).

Cerrahi hastasına pozisyon verirken ilave destek sağlamak için kullanılan ürünler arasında yastıklar, havlular ve battaniyeler yer almaktadır. Bu ürünler hastanın altında kırısklık oluşturmuşsa BY'ler için risk oluştururlar. Bunlar normotermik olmayıp, cerrahi sırasında kullanılan solüsyonlar, irrigasyon solüsyonları, cerrahi sırasında kullanılan diğer ürünlerden kaynaklı olarak ıslanırlarsa, maserasyona ve deride dökülmelere neden olur. Cerrahi ekip, uzun süren işlemlerde basıncı dağıtan, deriden nemi uzaklaştıran ve vücut ısını koruyan ürünler kullanmalıdır (62).

Destek yüzeyi seçilirken sağlık bakım alanıyla uyumlu olmasına ve üretici firmanın önerdiği şekilde, fonksiyonel kullanım ömrüne uygun bir biçimde

kullanılmasına dikkat edilmeli; destek yüzeyine yerleştirilen bireye pozisyon vermeye devam edilmeli; mümkünse, mevcut BY üzerine pozisyon verilmemelidir. Topuk bölgesinde meydana gelebilecek BY'leri önlemek için topukların yatağa temas etmemesi sağlanmalı; topuk, koruyucu aletler ve poliüretan köpük giysiler kullanılarak desteklenmelidir. Hareket edemeyen ve yatak başı 30°'nin üzerinde yükseltilen hastalarda sakruma poliüretan köpük giysi yerleştirilmelidir. Destek yüzeyi ile uyumlu inkontinans pedleri, giyim ve yatak çarşafı seçilmelidir. Yatağa yerleştirilen çarşaf ve yastıkların miktarı sınırlanmalıdır. Bireyle her karşılaşmada destek yüzeyinin uygunluğu ve işlevselliği incelenmelidir (35). Johnson ve ark. spinal anestezi altında ameliyat edilen ortopedi hastaları üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmada; önleyici girişimler uygulanan grupta BY gelişmediğini, kontrol grubunda ise 12 hastada (%18,75) topuk bölgesinde evre II BY geliştiğini bildirmiştir (67).

2.5.6. Eğitim

BY'leri önlemek için hasta, aile ve sağlık profesyonelleri, BY risk faktörleri, BY'leri önlemeye yönelik girişimler ve süreçler hakkında eğitilmelidir (23,24). AORN ameliyathane hemşirelerine her yıl bu konuda eğitim verilmesini tavsiye etmektedir (8). Beeckman ve ark. (68) yapmış oldukları bir çalışmada; BY sınıflandırma eğitimi verilen hemşirelerin (%63.2) basınç yaralanmalarını sınıflandırma becerilerinin, bu eğitimi almayan hemşirelerden (%53.1) anlamlı oranda daha yüksek olduğunu saptamıştır.

Basınç yaralanması riski taşıdığı belirlenen hastalar hakkında tüm sağlık ekibinin bilgilendirilmesi gerekir. Bu kapsamda hastanın tıbbi kayıtlarına BY riski altında olduğunu gösteren “renkli etiket” gibi görsel hatırlatma işaretleri konulmalıdır (24,37).

2.6. Basınç Yaralanmalarının Tedavisi

BY'lerin tedavisinde yara neden olan etkenler ve yaralanmanın derecesi dikkate alınarak uygun yöntem seçilir (69) Tedavide topikal yara bakımı ve temizliği, debritleme yöntemleri, yara örtücü materyaller ve cerrahi tedavi yer almaktadır. Diğer tedavi yöntemleri arasında sıklıkla büyüme faktörleri, negatif basınçlı yara tedavisi/ vakum yardımlı kapama, hiperbarik oksijen tedavisi (HBOT),

elektiriksel uyarı/ stimölasyon, normotermik yara tedavisi kullanılmaktadır. Ayrıca hidroterapi, topikal oksijen tedavisi, ultrason, lazer, fototerapi, kızılötesi ve ultraviyole ışın kullanımı gibi kanıta dayalı çalışmaların az olması nedeniyle rutin kullanımı olmayan tedavi yöntemleri bulunmaktadır (24,33).

2.6.1. Topikal Yara Bakımı ve Temizliğı

Topikal yara bakımında yaranın basınçla yıkanması, uygun temizlik solüsyonunun ve uygun pansumanın seçilmesi yer alır. Yara yatağı yeterli basınçla travmatize edilmeden yıkanarak nekrotik dokular temizlenir. Yara temizliğinde en çok kullanılan, etkili ve ucuz olan solüsyon içme suyu ve serum fizyolojiktir. Antiseptik ajanlar fibroblastlar için sitotoksik olduğundan, yara enfekte değilse tercih edilmez. Sık kullanılan antiseptik ajanlar arasında povidone-iodine, klorheksidin, glukonat, heksaklorofen ve benzalkonium klorid yer almaktadır (33).

2.6.2. Yara Örtüleri/ Yara Pansuman Materyalleri

Pansumanlar yaradaki nekrotik dokuları uzaklaştırmak, mikroorganizma gelişimini önlemek ve yara iyileşmesini hızlandırmak amacıyla yapılmaktadır. Bu amaçlarla ıslak-kuru gazlı bezle pansuman gibi geleneksel pansuman yöntemlerinin yanı sıra yara tedavisinde etkili olduğu bildirilen transparan filmler, hidrokolloidler, hidrojel, aljinatlar, köpükler, antimikrobiyoller, kollajenler ve kompozit örtüler kullanılmaktadır. BY olan bireylerde bu pansuman malzemeleri yaranın özellikleri (lokalizasyonu, evresi, boyutları, rengi, yara çevresinin durumu, yara kenarları, sinüsler, tünelleşme, cepler, eksuda ve kokusu) değerlendirilerek seçilir (24,33,34,53).

Transparan filmler (Şeffaf yapıştırıcı pansumanlar): Çok ince poliüretandan yapılmış, şeffaf, kendiliğinden yapışkanlı, yarı geçirgen ve yerleştirildiği yerde 24-72 saat kalabilme özelliğine sahip pansuman malzemesidir. Bu filmler, yaranın görünmesini ve değerlendirilmesini sağlar, yara ve çevresi arasında oksijen değişimine izin verir, nemli yara çevresinin sürdürülmesine ve enfeksiyonun önlenmesine yardımcı olur. Ayrıca transparan filmler otolitik debridmanı kolaylaştırır, yeniden epitelizasyonu sağlar, sürtünme ve yırtılmayı

azaltır. Bu pansuman malzemesi az akıntılı ve kısmi kalınlıktaki küçük yaralarda ve evre I BY’lerde kullanılır (24,41,53,34).

Hidrokolloid örtüler: Okluziv veya yarı okluziv, kendiliğinden yapışkanlı, kontaminasyona karşı koruyucu, yara ve çevresi arasında sınırlı oksijen değişimine izin veren, nemli yara ortamı sağlayan, yerleştirildiği yerde 3-7 gün kalabilme özelliğine sahip, yaranın sıvıları ile temas etmesi durumunda jel oluşturan ve enfeksiyon gelişimini önleyen pansuman malzemesidir. Bu pansuman malzemesi, temiz evre II ya da enfekte evre III BY’lerde kullanılmaktadır (23,24,41,53,54).

Hidrojel örtüler: Kısmi ve tam kalınlıkta, nekrotik doku bulunan, kuru, minimal eksudalı ve enfekte yaralarda kullanılır. Bu örtüler, yara çevresinin nemliliğinin sürdürülmesini, otolitik debridmanı ve ağrının azalmasını sağlar. Hidrojeller, yaraya yapışmadığı için koruma amaçlı ikinci bir örtü gerektirir; evre II, III ve IV BY’lerde kullanılabilir (24,53,41).

Aljinatlar: Orta ve şiddetli eksudalı, enfekte veya enfekte olmayan, tünelli, kısmi ve tam kalınlıktaki yaralarda kullanılır. Bu pansuman malzemesi, kuru eskar bulunan veya minimal eksudalı olan yaralarda kullanılmaz. Aljinatlar yara çevresinin nemliliğinin sürdürülmesini sağlar, otolitik debridmanı kolaylaştırır, 1-3 günde değiştirilmesi gerekir ve ikincil örtü gerektirir.

Köpükler: Yüksek emicilik özelliğine sahip ürünler olup, hafiften şiddetliye tüm yara akıntısının emiliminde kullanılırlar ve yedi günde bir değiştirilmelidirler. Bu pansuman malzemesi kuru eskar içeren yaralarda kullanılmamalıdır.

Antimikrobiyaller: Akıntılı, eksudalı ve iyileşmeyen yaraları bakteri kontaminasyonundan korumak için kullanılırlar.

Kollajenler: Kısmi ve tam kalınlıktaki yaralarda, enfekte veya enfekte olmayan yaralarda, deri greftlerinde, donör alanlarında, tünelli yaralarda, minimal veya şiddetli eksudalı yaralarda kullanılır. Bu pansuman malzemeleri emicidir, yaraya yapışmaz, yara çevresinin nemliliğini sürdürür, topikal ajanlarla uyumludur ve ikincil örtü gerektirir.

Kompozit örtüler: Farklı işlevleri olan tek bir örtü üzerine iki veya daha fazla farklı ürünün kombine edilmesi ile elde edilen pansuman malzemeleridir. Bunlar kısmi ve tam kalınlıktaki yaralarda, minimal ve şiddetli eksudalı yaralarda,

nekrotik dokuda ve miks, (granülasyon ve nekrotik doku) enfekte yaralarda kullanılır. Yara ve çevresi arasında oksijen alışverişine izin verir (24,41,53, 54).

2.6.3. Cerrahi Tedavi

Kemiğin enfekte olduğu, bursa altında sinüslerin olduğu, diğer tedavi yöntemleriyle tedavi edilemeyen ve aynı bölgede tekrar eden genellikle III ve IV. evre BY’lerde cerrahi tedaviye başvurulmaktadır. Cerrahi tedavi yaradaki nekrotik dokuların eksizyonla çıkarılmasını, yaradaki enfekte bütün kemiklerin rezeksiyonunu ve kemik çıkıntılarının düzeltilmesini içerir. Cerrahi olarak yaranın kapatılmasında ise primer kapatma, deri greftleri, kas ve kas-deri flepleri, serbest flepler, nörovasküler deri flepleri ve doku genişletici yöntemler kullanılarak yaralı alana yeterli miktarda sağlam doku taşınır. Bu yöntemlerle BY’lerin hızlı şekilde iyileşmesi amaçlanır. Cerrahi girişim sonrasında hastalar flep nekrozu, hematoma, seroma, yara enfeksiyonu, sütür açılması, selülit, osteomyelit ve heterotopik kemik oluşumu açısından izlenmelidir. Septik artrit, osteomyelit gibi komplikasyonlar gelişen, iyileşmeyen ve tekrarlayan BY’lerde ise amputasyon tercih edilir (33). Ortak ve ark. (19) BY’si olan 476 hasta üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmada; cerrahi sonrası oluşan ilk üç komplikasyonu; 21 hastada flep kaybı, 17 hastada flep altında hematoma birikmesi ve 13 hastada BY’nin tekrarlaması olarak belirtmişlerdir.

2.6.4. Debridman

Nekrotik yaralarda tedavi, ölü dokunun debridmanı esasına dayanır. Debridman yöntemleri arasında cerrahi, mekanik, otolitik, enzimatik ve biyolojik debridman yer almaktadır. Cerrahi debridman hastada septik bir durum ve çok fazla ölü doku mevcutsa, ölü dokuların eksizyonla çıkartılması esasına dayanır. Mekanik debridman çok az debris olduğunda serum fizyolojikle nemlendirilmiş gazlı bezlerle uygulanan ıslak –kuru pansuman ya da yaranın yıkanması şeklinde uygulanmaktadır. Enzimatik debridman nekrotik dokuya topikal olarak kollajen ve papain –üre içeren ilaçlar uygulanmasıyla, otolitik debridman ise otolizis yolu ile eskarın yumuşamasını sağlayan yarı tıkaçıcı ya da tıkaçıcı pansumanlar kullanılarak gerçekleştirilmektedir. Biyolojik debridman steril sinek larvalarının yaradan nekrotik dokunun uzaklaştırılmasında kullanılmaktadır (24,69).

2.6.5. Basınç Yaralanmalarının Tedavisinde Kullanılan Diğer Yöntemler

Basınç yaralanmalarının diğer tedavi yöntemleri arasında negatif basınçlı yara tedavisi/ vakum yardımcı kapama, hiperbarik oksijen tedavisi, büyüme faktörleri, elektriksel uyarı/ stimülasyon ve normotermik yara tedavileri yer almaktadır (23,24)

Negatif basınçlı yara tedavisi/ vakum yardımcı kapama: Yara yatağına yerleştirilen steril köpük sünger, yarı geçirgen ve yapışkan özelliği olan yara kapamalar, yara ile cihazın bağlantısını sağlayan bir düzenek ile toplama kabı ve negatif basınç cihazından oluşan bir sistemdir. Bu sistemle yaradaki ve periferdeki fazla sıvı negatif basınç uygulanarak aspire edilir. Yara iyileşmesi yaradaki ödem ve enfeksiyon azaltılarak, bölgesel kan akımı ve granülasyon dokusu artırılarak hızlandırılır. Etkili olabilmesi için, kan akımı olan canlı dokulara uygulanması gerekir (28, 69,70).

Hiperbarik oksijen tedavisi: Bir basınç odasında tümüyle basınç altına alınan hastaya aralıklı olarak %100 oksijen verilmesidir. Hasta oksijeni, oksijenle basınç altına alınan kabinlerde maske, endotrakeal tüp ya da başlıktan alır. HBOT hiperoksijenasyon oluşturarak plazmada çözünen oksijen miktarını artırır, hipoksik dokuların oksijenlenmesini sağlar, doku ödemi azaltır, fibroblastların bölünmesini artırır, yeni kollajen üretimini ve damar oluşumunu uyarır, granülasyon dokusu oluşumunu ve yara kapanmasını hızlandırır, anaerobik mikroorganizmaların üremesini durdurur ve lökositlerin bakterisit etkisini artırır (24,28,69).

Büyüme faktörleri: Büyüme faktörleri kollajen sentezini hızlandırır, epitel oluşumunu artırır, endotel proliferasyonu ve motiliteyi artırır, yeni damar oluşumunu hızlandırarak yeterli kan akımını sağlar ve yara iyileşme sürecini kısaltır (77). Trombosit Kaynaklı Büyüme Faktörü, fibroblastları uyaran Epidermal Büyüme Faktörünü harekete geçirerek, yara iyileşmesini kolaylaştırır. Transforming Büyüme Faktörü Alfa ve Beta, interlekin 1 ve 2 ve Tümör Nekroz Faktör Alfa gibi büyüme faktörleri de yara iyileşmesini kolaylaştırır, ancak bu uygulamalar kanıta dayalı çalışmalar yetersiz olduğu için rutin olarak kullanılmamaktadır (24,28,69).

Elektriksel uyarı/ stimülasyon: İyileşmenin geciktiği durumlarda yara bölgesindeki cilt yüzeyine elektrik akımı uygulanmasıdır. Elektrik akımı DNA sentezini uyarır, yara bölgesinde kanlanmayı ve yara bölgesine göç eden hücre

sayısını artırır, granülasyon dokusu oluşumunu hızlandırır ve fibroblastların sayısını çoğaltır (78). Evre II, III ve IV BY'lerin tedavisinde kullanılır (24,28).

Normotermik yara tedavisi: Sıcak ve nemli ortamda yara iyileşmesinin sağlandığı özel bir sistemdir. Bu sistemde yaraya dokunmayan ve sıcaklık yayan bir bandaj uygulanır. Aygıtın içinde fleksibil kızıl ötesi sıcaklık kartının takılı olduğu, yaranın üstünü örten, ancak yara ile temas etmeyen kubbe şeklinde oluşum içeren araçlar yarayı ısıtır (69). Sıcak uygulama basınç yaralanması olan bölgedeki vazokonstriksiyonu, hipoksiyi ve enfeksiyon oluşmasını önler, besin maddelerinin yaralı bölgeye ulaşmasını sağlayarak yara iyileşmesini hızlandırır (71).

2.7. Yara Bakım Hemşireliği

Dünya tarihindeki büyük savaşlarda yaralanan askerlerin bakım gereksinimi karşılama hizmetleri, yara bakım hemşireliğinin temellerinin oluşturmuştur. Modern hemşireliğin kurucusu Florence Nightingale (1854-1856), Kırım Savaşı sırasında yaralı askerlerin bakımında temizliğe önem vermiş, yara bakımı ve çevrenin önemi üzerinde durmuş, enfeksiyona bağlı ölüm oranlarının düşmesini sağlamıştır. Osmanlı döneminde 1913-1914 yıllarında düzenlenen kurslara Safiye Hüseyin, Kerime Alahar, Münire İsmail gibi Türk hanımları katılmış ve Çanakkale ve Balkan Savaşlarında yaralı askerlere bakım vermişlerdir. İkinci Dünya Savaşı sırasında da (1934-1945) yara bakımını destekleyen bir sistemin olması yara temizliğinin, antisepsinin ve ağrının azaltılmasının yara iyileşmesinde önemli olduğuyla ilişkili ilkelerin önem kazanmasını sağlamıştır. 20. yüzyılın sonlarında hemşirelikte yaşanan gelişmeler yara tedavisinin, yara bakımının ve yara bakım ürünlerinin gelişmesini sağlamıştır (72).

Ülkemizde 19 Nisan 2011 tarih ve 27910 sayılı Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelikte cerrahi hastalıkları hemşireliği başlığı altında stoma ve yara bakım hemşireliği; stoma, yara, inkontinans ve fistül sorunu olan bireylere yönelik tanı, tedavi ve bakım hizmetlerinin etkin bir şekilde yerine getirilmesinden sorumlu özel dal hemşiresi olarak tanımlanmıştır. Bu yönetmelikle stoma ve yara bakım hemşiresinin görev, yetki ve sorumlukları; BY açısından riskli ve BY'si olan hastaları değerlendirme, yaranın irrigasyonunu, mekanik temizliğini ve pansumanını aseptik tekniklere uygun şekilde yapma, yaradan kültür alma, yaraya

bandaj uygulama, yarayı, yara bakımına ilişkin ürünleri ve yara bakım uygulamalarını değerlendirerek en etkili ürüne ve yonteme karar verme, hekimle işbirliği içerisinde yaraya topikal ajanları uygulama, yaraya kimyasal ve cerrahi debritleme uygulama olarak belirtilmektedir. Stoma ve yara bakım hemşiresinden uygun bakım ve tedavi edici uygulamaları yapması, aileyi ve ekibi yönlendirmesi, yaraya yönelik kayıt formlarını geliştirmesi, hemşirelik uygulamalarının her aşamasını zamanında ve eksiksiz olarak kaydetmesi ve yara bakım ilkeleri, yöntemleri ve ürünler konusundaki gelişmeleri takip ederek bilgisini güncelleştirmesi beklenmektedir (73). Sağlık Bakanlığı 2015 yılında stoma ve yara bakımı hemşireliği sertifika programının usul esaslarını belirleyerek sertifika programlarının yürütülmesini sağlamaktadır (74).

Avrupa’da ve diğer ülkelerde Avrupa Yara Yönetimi Derneği tarafından yara yönetimi eğitimleri onaylanan 42 kurs ve Amerika Birleşik Devletleri Yara Ostomi Kontinans Hemşireleri Derneği tarafından düzenlenen eğitim programları bulunmaktadır (76). Ülkemizde ise Yara Ostomi İnkontinans Hemşireleri Derneği (2008), Yara Bakımı ve Doku Onarımı Derneği (1996) yara ile ilgili olarak faaliyetler sürdürmektedir (76).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma ameliyathane hemşirelerinin basınç yaralanmasına yönelik bilgi düzeylerini ve uygulamalarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yerler ve Özellikleri

Araştırma Ankara il merkezinde hizmet sunmakta olan altı üniversite, beş eğitim ve araştırma hastanesi olmak üzere 11 sağlık tesisinde planlanmıştır. Ancak Gazi Üniversitesi Hastanesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi, Ankara Üniversitesi İbni Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi olmak üzere toplam 8 kamu hastanesi çalışmaya katılmayı kabul etmiştir. Çalışmaya Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara Üniversitesi Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi ve Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi katılmayı kabul etmemiştir.

Gazi Üniversitesi Hastanesi toplam 1005 yatak kapasitesine sahip olup, hastanede Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü'ne bağlı olarak 776 hemşire görev yapmaktadır. Ameliyathane ünitesinde 46 ameliyat odası bulunmakta olup bütün alanlarda hizmet sunulmaktadır. Bu ameliyathanede toplam 41 hemşire görev yapmaktadır. Hemşireler 08.00-16.00 ve 16.00-08.00 vardiyalarında çalışmaktadır.

Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi toplam 1010 yatak kapasitesine sahip olup, hastanede Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğü'ne bağlı olarak 632 hemşire görev yapmaktadır. Ameliyathane ünitesinde 17 ameliyat odası bulunmakta olup bütün alanlarda hizmet sunulmaktadır. Bu ameliyathanede toplam 37 hemşire görev yapmaktadır. Hemşireler 08.00-16.00 ve 16.00-08.00 vardiyalarında çalışmaktadır.

Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi toplam 740 yatak kapasitesine sahip olup, hastanede Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü'ne bağlı olarak 612 hemşire görev yapmaktadır. Ameliyathane ünitesinde 25 ameliyat odası bulunmakta olup bütün

alanlarda hizmet sunulmaktadır. Bu ameliyathanede toplam 59 hemşire görev yapmaktadır. Hemşireler 08.00-16.00 ve 16.00-08.00 vardiyalarında çalışmaktadır.

Ankara Üniversitesi İbni Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi toplam 924 yatak kapasitesine sahip olup, hastanede Başhemşireliğe bağlı olarak 655 hemşire görev yapmaktadır. Ameliyathane ünitesinde 26 ameliyat odası bulunmakta olup bütün alanlarda hizmet sunulmaktadır. Bu ameliyathanede toplam 37 hemşire görev yapmaktadır. Hemşireler 08.00-16.00 ve 16.00-08.00 vardiyalarında çalışmaktadır.

Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi toplam 308 yatak kapasitesine sahip olup, hastanede Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğü'ne bağlı olarak 248 hemşire görev yapmaktadır. Ameliyathane ünitesinde 9 ameliyat odası bulunmakta olup bütün alanlarda hizmet sunulmaktadır. Bu ameliyathanede toplam 22 hemşire görev yapmaktadır. Hemşireler 08.00-16.00 ve 16.00-08.00 vardiyalarında çalışmaktadır.

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi toplam 1200 yatak kapasitesine sahip olup, hastanede Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğü'ne bağlı olarak 607 hemşire görev yapmaktadır. Ameliyathane ünitesinde 33 ameliyat odası bulunmakta olup bütün alanlarda hizmet sunulmaktadır. Bu ameliyathanede toplam 87 hemşire görev yapmaktadır. Hemşireler 08.00-16.00 ve 16.00-08.00 vardiyalarında çalışmaktadır.

Ankara Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi toplam 442 yatak kapasitesine sahip olup, hastanede Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğü'ne bağlı olarak 409 hemşire görev yapmaktadır. Ameliyathane ünitesinde 12 ameliyat odası bulunmakta olup genel cerrahi, kalp damar cerrahisi, üroloji alanlarında hizmet sunulmaktadır. Bu ameliyathanede toplam 33 hemşire görev yapmaktadır. Hemşireler 08.00-16.00 ve 16.00-08.00 vardiyalarında çalışmaktadır.

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi toplam 488 yatak kapasitesine sahip olup, hastanede Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğü'ne bağlı olarak 500 hemşire görev yapmaktadır. Ameliyathane ünitesinde 26 ameliyat odası bulunmakta olup bütün alanlarda hizmet sunulmaktadır. Bu ameliyathanede toplam 36 hemşire görev yapmaktadır. Hemşireler 08.00-16.00 ve 16.00-08.00 vardiyalarında çalışmaktadır.

Hastanelerin ameliyathanelerinde BY'yi önlemeye yönelik planlı ve standart uygulamaları bulunmamaktadır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini çalışmaya katılmayı kabul eden sekiz hastanenin ameliyathanelerinde çalışan toplam 352 hemşire oluşturmuştur. Çalışmada evreni temsil eden tüm hemşirelere ulaşılmaya çalışılmıştır. Hastanelere göre hemşirelerin çalışmaya katılma oranı; Gazi Üniversitesi Hastanesi %70,7, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi %64,9, Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi %50,8, Ankara Üniversitesi İbni Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi %86,5, Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi %81,8, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi %72,4, Ankara Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi %78,8, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi %33,3 olarak gerçekleşmiştir. Çalışmanın gerçekleştirildiği tarihlerde 35 hemşireye doğum, rapor, yıllık izin vb. nedenlerle ulaşılamamış ve 83 hemşire çalışmaya katılmayı kabul etmemiştir. Bu nedenle araştırmanın evrenini 234 hemşire oluşturmuş ve toplam katılım oranı %67,4 olarak bulunmuştur. Çalışma sonrasında G Power 3.1. programı yardımıyla güç analizi yapılmış olup, %5 yanılma payı ile çalışmanın gücü %90 bulunmuştur.

3.4. Verilerin Toplanması

3.4.1. Veri Toplama Formlarının Hazırlanması

Veri toplama formları BY konusunda uluslararası rehberler kaynak alınarak araştırmacı tarafından oluşturulmuştur (6,23,24,38). Bu formlar ölçme değerlendirme, biçimsellik, bilimsel içerik ve anlaşılabilirlik kriterleri açısından değerlendirilmek üzere 7 uzmanın görüşüne sunulmuştur. Uzman görüşleri doğrultusunda formlara son şekli verilmiştir.

Araştırma verilerinin toplanmasında 3 bölümden oluşan form kullanılmıştır. Formda “Birinci Bölüm: Hemşirelere Ait Tanıtıcı Özellikleri”, “İkinci Bölüm: Ameliyathane Hemşirelerinin Basınç Yaralanmasını Önlemeye Yönelik

Uygulamaları” ve “Üçüncü Bölüm: Ameliyathane Hemşirelerinin Basınç Yaralanmaları Hakkında Bilgi Durumları ve Uygulamaları” yer almaktadır.

Birinci Bölüm- Hemşirelere Ait Tanıtıcı Özellikleri: Bu bölüm hemşirelerin yaşını, cinsiyetini, mezun olunan okulu, hemşire olarak toplam çalışma süresini, ameliyathanede toplam çalışma süresini, sürekli olarak çalıştığı ameliyat odasını, temel hemşirelik eğitiminde ve mezuniyet sonrasında BY ve hasta güvenliği ile ilgili eğitim alma, son 3 yılda BY ile ilgili makale okuma, EPUAP ve NPUAP BY Hızlı Başvuru Rehberi’ni okuma durumlarını değerlendiren 12 açık uçlu sorudan oluşmaktadır.

İkinci Bölüm- Ameliyathane Hemşirelerinin Basınç Yaralanmasını Önlemeye Yönelik Uygulamaları: Bu bölümde EPUAP ve NPUAP BY hızlı başvuru rehberini kaynak olarak kullanma, BY riskinin belirlenmesinde bir ölçek ya da değerlendirme formu kullanma, BY riski yüksek olan hastaların ameliyathaneye teslimi sırasında, “basınç yaralanması riski yüksektir” bilgisi verilmesi, ameliyat süresince BY’ye yönelik risk değerlendirmesi yapma, BY’yi önlemeye yönelik girişimler yapma, ameliyat sonrası dönemde risk değerlendirme ve BY’yi önlemeye yönelik girişimleri kayıt altına alma durumlarının değerlendirildiği 6 açık uçlu soru bulunmaktadır.

Üçüncü Bölüm- Ameliyathane Hemşirelerinin Basınç Yaralanmaları Hakkında Bilgi Durumları ve Uygulamaları: BY’de risk değerlendirilmeye (5 soru), BY’yi önlemeye (5 soru), BY’nin evrelendirilmesine (4 soru), BY’nin tedavi ve bakımına yönelik (6 soru) bilgileri değerlendirmek amacıyla hazırlanan 4 vaka ve çoktan seçmeli toplam 20 soru yer almaktadır. Bu bölümünün ön testi 72 hemşire ile gerçekleştirilmiştir. Eğitim Bilimlerinden alınan uzman görüşü doğrultusunda çoktan seçmeli soruların madde geçerliliği ve güçlüğü analizleri yapılarak madde güvenilirlik katsayıları hesaplanmıştır. Soruların madde güvenilirliği 0,10 ila 0,60 arasında bulunmuştur. Soruların genel ortalama güçlüğü ise %51 olarak saptanmıştır.

3.4.2. Araştırmanın Ön Uygulaması

Soru kâğıdının ön uygulaması 05.01.2018- 09.01.2018 tarihler arasında Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde örneklem hacminin yaklaşık %10'nunu oluşturan 24 hemşirenin sözlü ve yazılı onamları alınarak gerçekleştirilmiştir. Hemşireler arasında etkileşimi önlemek için veri toplama formlarının araştırmacının gözetiminde doldurulması sağlanmıştır. Ön uygulama sonunda form üzerinde çok az düzeltme yapılmış, bu düzeltme çalışmanın sonuçlarını etkilemediği için 24 katılımcı örneklem grubuna dâhil edilmiştir.

3.4.3. Araştırmanın Uygulanması

Soru kâğıdı araştırmacı tarafından 05.01.2018-25.03.2018 tarihleri arasında 8 hastanede çalışmakta olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden toplam 234 hemşireye uygulanmıştır. Çalışmaya tüm hemşirelerin katılımını sağlayabilmek amacıyla araştırmacı tarafından ameliyathane sorumlu hemşireleri ile görüşülmüş, uygun gün ve saatler belirlenmiştir. Araştırmacı ameliyathane giriş koşullarına uygun giyinmiş, hemşirelerin yarı steril alanda bulunan dinlenme odalarında, ameliyathane eğitim ya da toplantı salonlarında katılımcılara araştırma hakkında bilgi vermiş, çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcılara veri toplama formlarını dağıtmış, sözlü ve yazılı onamlarını almıştır. Katılımcılar anket formunu araştırmacının varlığında doldurarak araştırmacıya teslim etmişlerdir. Anket formunun cevaplanması ortalama 20 dakika sürmüştür. Anket formunun tamamlanması için zaman kısıtlaması uygulanmamıştır.

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada yer alan verilerin analizi, SPSS (IBM SPSS Statistics 24) paket programı kullanılarak yapılmıştır. BY'ye ilişkin bilgileri değerlendiren her bir sorunun doğru cevabına 5 puan verilerek, 20 soru için toplam 100 puan üzerinden başarı puanları oluşturulmuştur. Bulguların yorumlanmasında tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Normal dağılıma uygun olmayan ölçüm değerleri, parametrik olmayan yöntemler ile değerlendirilmiştir. İki bağımsız grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" testi (Z-tablo değeri), bağımsız üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında "Kruskal-Wallis H" testi (χ^2 -

tablo değeri) kullanılmıştır. Üç veya daha fazla grup için anlamlı fark çıkan değişkenlerin ikili karşılaştırmaları için Bonferroni düzeltmesi uygulanmıştır. İki nitel değişken arasındaki farkın incelenmesinde beklenen değer düzeylerine göre kesin ki kare testi kullanılmıştır. Değerlendirme $P<0,05$ anlamlılık düzeyinde gerçekleştirilmiştir.

3.6. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için; Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 12.07.2017 tarihli GO 17/618 proje numarası ile etik izin, araştırmanın yapılacağı kurumlardan yazılı izin ve araştırmanın amacı ifade edilerek hemşirelerden sözel izin alınmış, araştırmaya katılmayı kabul ettiklerine ilişkin aydınlatılmış onam formunu imzalamaları istenmiştir.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Yapılan bu araştırmanın sonuçları çalışmanın gerçekleştirildiği hastanelerde çalışan ameliyathane hemşireleri ile sınırlıdır. Sonuçlar, tüm ameliyathane hemşirelerine genellenemez.

4. BULGULAR

Ameliyathane hemşirelerinin BY'yi önlemeye yönelik bilgi ve uygulamalarının incelenmesi amacıyla yapılan çalışmada elde edilen bulgular aşağıda yer alan başlıklar atında ele alınmıştır.

4.1. Ameliyathane Hemşirelerinin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguları

4.2. Ameliyathane Hemşirelerinin Basınç Yaralanmalarını Önlemeye Yönelik Uygulamaları

4.3. Ameliyathane Hemşirelerinin Basınç Yaralanmalarına Yönelik Bilgi Puanları

4.1. Ameliyathane Hemşirelerinin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguları

Tablo 4.1.1. Ameliyathane Hemşirelerinin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (N:234)

Tanıtıcı Özellikler	N	%
Hastane		
Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi	63	26,9
Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi	32	13,7
Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri		
Gazi Üniversitesi Hastanesi	30	12,8
Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi	29	12,4
Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi	26	11,1
Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi	24	10,3
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi	18	7,7
	12	5,1
Yaş [$\bar{X} \pm S.S. \rightarrow 36,15 \pm 6,03$]		
30 yaş ve altı	46	19,7
31-35 yaş	56	23,9
36-40 yaş	78	33,3
41 yaş ve üzeri	54	23,1
Cinsiyet		
Kadın	214	91,5
Erkek	20	8,5
Eğitim Düzeyi		
Sağlık meslek lisesi	16	6,8
Ön lisans	36	15,4
Lisans	155	66,2
Lisansüstü	27	11,6
Toplam hizmet yılı [$\bar{X} \pm S.S. \rightarrow 14,36 \pm 7,27$]		
5 yıl ve altı	22	9,4
6-10 yıl	60	25,6
11-15 yıl	60	25,6
16-20 yıl	38	16,2
21 yıl ve üzeri	54	23,2

Tablo 4.1.1. (devam) Ameliyathane Hemşirelerinin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (N:234)

Tanıtıcı Özellikler	N	%
Ameliyathane hizmet yılı [$\bar{X} \pm S.S. \rightarrow 9,00 \pm 6,64$]		
5 yıl ve altı	89	38,0
6-10 yıl	61	26,1
11-15 yıl	50	21,4
16-20 yıl	15	6,4
21 yıl ve üzeri	19	8,1
Çalıştığı birim*		
Genel cerrahi	87	37,2
Ortopedi	53	22,6
Üroloji	38	16,2
Beyin cerrahisi	37	15,8
Kadın hastalıkları ve doğum	34	14,5
Kulak burun boğaz cerrahisi	31	13,2
Plastik cerrahi	30	12,8
Göğüs cerrahisi	26	11,1
Kalp damar cerrahi	26	11,1
Göz	25	10,7
Çocuk cerrahisi	23	9,8
Acil ameliyatlar	21	9,0
Temel hemşirelik eğitiminde BY eğitimi alma		
Evet	156	66,7
Hayır	78	33,3
Mezuniyet sonrası BY eğitimi alma		
Evet	97	41,5
Hayır	137	58,5
Son 3 yılda hasta güvenliği eğitimi alma		
Evet	139	59,4
Hayır	95	40,6
Son 3 yılda BY konusunda makale okuma		
Evet	21	9,0
Hayır	213	91,0
EPUAP/ NPUAP BY rehberini okuma		
Evet	6	2,6
Hayır	228	97,4

*Soruya birden fazla cevap verildiği için “n” katlamıştır ve yüzdelere “n” üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 4.1.1.’de araştırmaya katılan ameliyathane hemşirelerinin tanıtıcı özellikleri verilmiştir. Hemşirelerin %26,9’unun Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde çalıştığı, yaş ortalamasının $36,15 \pm 6,03$ yıl, %33,3’nün 36-40 yaş grubunda, %91,5’inin kadın ve %66,2’sinin lisans mezunu olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin hizmet yılı ortalamasının $14,36 \pm 7,27$ (yıl); 60’ar kişinin (%25,6) 6-10 yıl ve 11-15 yıl hizmet yılı grubunda; ameliyathanede çalışma süresi ortalamasının $9,00 \pm 6,64$ (yıl) olduğu ve %38’nin 5 yıl ve daha az süredir ameliyathanede çalıştığı

tespit edilmiştir. Hemşirelerin %37,2'sinin genel cerrahi kliniğinde ve %22,6'sının ortopedi kliniğinde çalıştığı görülmüştür. Hemşirelerin %59,4'ünün son 3 yılda hasta güvenliği, %66,7'sinin temel hemşirelik eğitiminde ve %41,5'nin mezuniyet sonrasında BY ile ilgili eğitim aldığı belirlenmiştir. Hemşirelerin %9'unun son 3 yılda BY konusunda makale ve %2,6'sının EPUAP/ NPUAP BY Hızlı Başvuru Rehberini okuduğu saptanmıştır.

4.2. Ameliyathane Hemşirelerinin Basınç Yaralanmalarını Önlemeye Yönelik Uygulamaları

Tablo 4.2.1. Ameliyathane Hemşirelerinin Basınç Yaralanmalarını Önlemeye Yönelik Uygulamaları (N:234)

Basınç Yaralanmalarını Önlemeye Yönelik Uygulamalar	N	%
EPUAP/NPUAP BY rehberini kaynak olarak kullanma		
Evet	6	2,6
Hayır	228	97,4
BY risk değerlendirme ölçeği/formu kullanma		
Evet	5	2,1
Hayır	229	97,9
Hasta tesliminde hemşirenin hastanın BY riski konusunda bilgi alma durumu		
Bilgi almayan	191	81,5
Sözlü bilgi alma	39	16,7
Yazılı bilgi alma	2	0,9
Hem yazılı hem sözlü bilgi alma	2	0,9
Ameliyat esnasında risk değerlendirmesi yapma		
Evet	99	42,3
Hayır	135	57,7
Risk değerlendirme yapmama nedenleri (n:135)		
Cevaplamayan	109	80,8
Görev tanımı veya görevlendirme olmayışı	11	8,2
İş yoğunluğu	7	5,2
Acil vaka	4	2,9
Anestezistin veya cerrahın yapması	4	2,9
BY'yi önlemeye yönelik girişim yapma		
Evet	164	70,1
Hayır	70	29,9
Yapılan uygulama (n:164)*		
Basınç bölgelerini destekleme	129	78,7
Pozisyon verme	30	18,3
Hasta üzerine güç uygulanmasını engelleme	9	5,5
Nemin önlenmesi	4	2,4
Ameliyat örtülerindeki kırışıklıkların engellenmesi	4	2,4

Tablo 4.2.1. (Devam) Ameliyathane Hemşirelerinin Basınç Yaralanmalarını Önlemeye Yönelik Uygulamaları (N:234)

Basınç Yaralanmalarını Önlemeye Yönelik Uygulamalar	N	%
Isıtıcı battaniye kullanma	3	1,8
Sürtünmenin önlenmesi	3	1,8
Hastayı değerlendirme	2	1,2
Bariyer krem kullanma	2	1,2
Basınç bölgelerini destekleme yöntemleri (n:129)*		
Silikonla veya jelle destekleme	60	46,5
Yastıkla destekleme	19	14,7
Kompresle destekleme	4	3,1
Pedle destekleme	4	3,1
Cevaplanmayan	42	32,2
Basınç önleme girişimlerini yapmama nedenleri (n:70)*		
Görev olarak düşünmemesi	4	5,7
İş yoğunluğu	3	4,4
Vakaların kısa olması	2	2,8
Hastanın steril örtülü olması	1	1,4
Vakada olma	1	1,4
Eğitim olmayışı	1	1,4
Cevaplanmayan	58	82,9
BY ile ilgili girişimleri kayıt altına alma (n:164)		
Evet	15	9,2
Hayır	149	90,8
BY ile ilgili girişimleri kayıt etmeme nedenleri (n:149)		
Formun olmayışı	36	24,2
Görev olarak düşünmemesi	8	5,3
Diğer	7	4,7
Cevaplanmayan	98	65,8

*Soruya birden fazla cevap verildiği için “n” katlamıştır ve yüzdeler “n” üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 4.2.1.’de ameliyathane hemşirelerinin BY’yi önlemeye yönelik uygulamaları verilmiştir. Hemşirelerin %97,4’nün EPUAP/NPUAP BY hızlı başvuru rehberinden yararlanmadığı ve %97,9’nun BY risk değerlendirme ölçeği/form kullanmadığı saptanmıştır. Hemşirelerin %81,5’nin BY riski yüksek olan hastalar hakkında bilgi almadığı, %16,7’sinin ise sadece sözlü olarak bilgi aldığı tespit edilmiştir. Hemşirelerin %42,3’ü ameliyat süresince hastalarına BY risk değerlendirmesi yaptığını ve risk değerlendirmesi yapmayan hemşirelerin %8,1’i kendi görevi olmadığını ifade etmiştir.

Hemşirelerin %70,1'inin ameliyat süresince BY'yi önlemeye yönelik girişim yaptığı ve önlemeye yönelik girişim yapanların %78,7'sinin basınç bölgelerini desteklediği, basınç bölgelerini destekleyenlerin %46,5'inin silikon ve jel kullandığı saptanmıştır. Hemşirelerin %5,7'sinin görevleri olarak görmedikleri için BY'yi önlemeye yönelik girişim yapmadığı, %90,8'inin BY risk değerlendirmesini ve önleme girişimlerini kayıt altına almadığı ve kayıt yapmayanların %24,2'sinin formun olmayışı sebebiyle kayıt yapmadıkları tespit edilmiştir.

4.3. Ameliyathane Hemşirelerinin Basınç Yaralanmalarına Yönelik Bilgi Puanları

Tablo 4.3.1. Ameliyathane Hemşirelerinin Basınç Yaralanmalarına Yönelik Bilgi Puan Ortalamaları (N:234)

Basınç Yaralanmaları	Puan			
	$\bar{X} \pm S.S$	Median	Min.	Maks.
BY Risk Faktörleri	14,40±6,03	15,0	0,0	25,0
BY'yi Önleme Girişimleri	16,37±4,97	15,0	5,0	25,0
BY'nin Evrelendirilmesi	7,46±5,56	5,0	0,0	20,0
BY Tedavi Bakım ve Girişim	13,87±6,08	15,0	0,0	25,0
Genel Ortalama	52,09±13,76	55,0	10,0	85,0

Tablo 4.3.1.'te ameliyathane hemşirelerinin bilgi puan ortalamaları, median, minimum ve maksimum puanları verilmiştir. Ameliyathane hemşirelerinin basınç yaralanmalarına yönelik sorulardan toplam 100 puan üzerinden aldıkları puanların ortalaması 52,09±13,76 olarak saptanmıştır. Hemşirelerin bilgi puan ortalamalarının en düşük olduğu alan 7,46±5,56 ile basınç yaralanmalarının evrelendirilmesi ve en yüksek olduğu alan ise 16,37±4,97 ile yaralanmayı önleme girişimleri olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.3.2. Ameliyathane Hemşirelerinin Basınç Yaralanmalarına İlişkin Sorulara Verdikleri Doğru Cevapların Dağılımı (N:234)

Sorular	Doğru Cevap	
	Sayısı	%*
Risk değerlendirme		
1. soru	120	51,3
2. soru	198	84,6
3. soru	139	59,4
4. soru	81	34,6
5. soru	136	58,1
BY Önleme Girişimleri		
6. soru	114	48,7
7. soru	221	94,4
8. soru	89	38,0
9. soru	166	70,9
10. soru	176	75,2
BY'nin Evrelendirilmesi		
11. soru	137	58,5
12. soru	94	40,2
13. soru	56	23,9
14. soru	62	26,5
BY Tedavi ve Bakım		
15. soru	25	10,7
16. soru	65	27,8
17. soru	156	66,7
18. soru	69	29,5
19. soru	173	73,9
20. soru	161	68,8

* Yüzdeler satır yüzdesi olarak alınmıştır.

Tablo 4.3.2.'de ameliyathane hemşirelerinin basınç yaralanmalarına ilişkin sorulara verdikleri doğru cevapların dağılımı verilmiştir. Hemşirelerin %84,6'sının basınç yaralanmalarında risk değerlendirmeye yönelik sorulardan 2. soruyu (Basınç yaralanması risk faktörleri) doğru olarak cevapladığı belirlenmiştir. Ayrıca ameliyat sırasında BY'yi önlemeye yönelik girişimler ile ilgili bilgi durumlarının değerlendirildiği 7. soru (Basınç yaralanmasını önlemeye yönelik pozisyon verme) %94,4; BY'nin tedavi ve bakımına ilişkin bilgilerin değerlendirildiği 15. sorunun (Evre I basınç yaralanmalarında tedavi ve bakım girişimleri) %10,7; 19. sorunun (Basınç yaralanmalarının değerlendirilme kriterleri) %73,9 oranında doğru cevaplandığı tespit edilmiştir.



Tablo 4.3.3. Ameliyathane Hemşirelerinin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Basınç Yaralanmalarına Yönelik Bilgi Puanları (N:234)

Değişken	n	BY Risk Faktörleri	Yaralanmayı Önleme Girişimi	BY Evrelendirilmesi	BY Tedavi ve Bakım Girişimi	Toplam Bilgi Puanları
		Median (Min-Maks)	Median(Min-Maks)	Median(Min-Maks)	Median(Min-Maks)	Median(Min-Maks)
Hastane						
Hacettepe Üni. Hastaneleri ⁽¹⁾	30	17,5 [5,0-25,0]	20,0 [10,0-25,0]	5,0 [0,0-20,0]	15,0 [5,0-25,0]	57,5 [35,0-80,0]
Güllhane EA ⁽²⁾	24	15,0 [0,0-25,0]	15,0 [10,0-25,0]	10,0 [0,0-15,0]	15,0 [5,0-25,0]	55,0 [20,0-85,0]
Numune EA ⁽³⁾	63	15,0 [0,0-25,0]	20,0 [5,0-25,0]	5,0 [0,0-20,0]	15,0 [0,0-25,0]	55,0 [20,0-80,0]
Keçiören EA ⁽⁴⁾	18	15,0 [0,0-20,0]	15,0 [10,0-25,0]	5,0 [0,0-20,0]	15,0 [0,0-25,0]	52,5 [25,0-75,0]
Atatürk EA ⁽⁵⁾	12	15,0 [5,0-25,0]	15,0 [5,0-25,0]	5,0 [0,0-10,0]	12,5 [5,0-20,0]	50,0 [35,0-65,0]
İbn-i Sina Araştırma ⁽⁶⁾	32	15,0 [0,0-25,0]	15,0 [5,0-20,0]	5,0 [0,0-20,0]	15,0 [5,0-25,0]	50,0 [10,0-70,0]
Gazi Üniversitesi Hastanesi ⁽⁷⁾	29	15,0 [0,0-25,0]	20,0 [5,0-25,0]	5,0 [0,0-20,0]	10,0 [0,0-25,0]	50,0 [20,0-80,0]
Yüksek İhtisas EA ⁽⁸⁾	26	10,0 [5,0-25,0]	15,0 [5,0-25,0]	5,0 [0,0-20,0]	10,0 [5,0-25,0]	45,0 [25,0-70,0]
İstatistiksel analiz*		$\chi^2=14,145$ p=0,049	$\chi^2=11,937$ p=0,103	$\chi^2=3,672$ p=0,817	$\chi^2=12,992$ p=0,072	$\chi^2=10,313$ p=0,172
Olasılık						
Anlamlı fark		[1-8]				
Yaş						
30 yaş ve altı ⁽¹⁾	46	12,5 [0,0-25,0]	15,0 [5,0-25,0]	10,0 [0,0-20,0]	15,0 [5,0-25,0]	55,0 [25,0-75,0]
31-35 yaş ⁽²⁾	56	15,0 [0,0-25,0]	15,0 [5,0-25,0]	5,0 [0,0-20,0]	15,0 [0,0-25,0]	55,0 [10,0-85,0]
36-40 yaş ⁽³⁾	78	10,0 [0,0-25,0]	15,0 [5,0-25,0]	5,0 [0,0-20,0]	15,0 [0,0-25,0]	50,0 [20,0-80,0]
41 yaş ve üzeri ⁽⁴⁾	54	10,0 [0,0-25,0]	15,0 [5,0-25,0]	5,0 [0,0-20,0]	15,0 [0,0-25,0]	55,0 [20,0-75,0]
İstatistiksel analiz		$\chi^2=10,806$ p=0,013	$\chi^2=1,726$ p=0,631	$\chi^2=5,116$ p=0,164	$\chi^2=1,623$ p=0,654	$\chi^2=5,203$ p=0,158
Olasılık						
Anlamlı fark		[2-3,4]				
Cinsiyet						
Kadın	214	15,0 [0,0-25,0]	15,0 [5,0-25,0]	5,0 [0,0-20,0]	15,0 [0,0-25,0]	55,0 [10,0-85,0]
Erkek	20	10,0 [0,0-20,0]	15,0 [5,0-25,0]	5,0 [0,0-20,0]	10,0 [5,0-20,0]	45,0 [20,0-70,0]
İstatistiksel analiz		Z=-1,968 p=0,049	Z=-0,009 p=0,993	Z=-1,502 p=0,133	Z=-1,808 p=0,071	Z=-2,357 p=0,018
Olasılık						

*Normal dağılıma sahip olmayan iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z -tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Kruskal-Wallis H" test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır

Tablo 4.3.3. (1.Devam) Ameliyathane Hemşirelerinin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Basınç Yaralanmalarına Yönelik Bilgi Puanları (N:234)

Değişken	n	BY Risk Faktörleri Median (Min-Maks)	BY Öleme Girişimi Median(Min-Maks)	BY Evrelendirilmesi Median(Min-Maks)	BY Tedavi ve Bakım Girişimi Median(Min-Maks)	Toplam Bilgi Puanları Median(Min-Maks)
Eğitim durumu						
Sağlık meslek lisesi ⁽¹⁾	16	12,5 [0,0-25,0]	10,0 [5,0-20,0]	5,0 [0,0-15,0]	15,0 [0,0-20,0]	52,5 [20,0-65,0]
Ön lisans ⁽²⁾	36	10,0 [0,0-25,0]	15,0 [5,0-25,0]	5,0 [0,0-20,0]	15,0 [0,0-25,0]	50,0 [20,0-80,0]
Lisans ⁽³⁾	155	15,0 [0,0-25,0]	20,0 [5,0-25,0]	5,0 [0,0-20,0]	15,0 [0,0-25,0]	55,0 [10,0-80,0]
Lisansüstü ⁽⁴⁾	27	15,0 [5,0-25,0]	20,0 [10,0-25,0]	10,0 [0,0-20,0]	15,0 [5,0-25,0]	60,0 [35,0-85,0]
İstatistiksel analiz						
Olasılık		$\chi^2=14,179$ p=0,003	$\chi^2=12,823$ p=0,005	$\chi^2=1,032$ p=0,793	$\chi^2=2,714$ p=0,438	$\chi^2=11,979$ p=0,007
Anlamlı fark		[2-3,4]	[1-3,4]			[2-3,4]
Toplam hizmet yılı						
5 yıl ve altı ⁽¹⁾	22	15,0 [5,0-25,0]	15,0 [5,0-20,0]	7,5 [0,0-15,0]	15,0 [5,0-25,0]	52,5 [25,0-70,0]
6-10 yıl ⁽²⁾	60	15,0 [0,0-25,0]	20,0 [10,0-25,0]	10,0 [0,0-20,0]	15,0 [5,0-25,0]	57,5 [35,0-85,0]
11-15 yıl ⁽³⁾	60	15,0 [0,0-25,0]	15,0 [5,0-25,0]	5,0 [0,0-20,0]	15,0 [0,0-25,0]	52,5 [10,0-80,0]
16-20 yıl ⁽⁴⁾	38	12,5 [5,0-25,0]	20,0 [5,0-25,0]	7,5 [0,0-20,0]	10,0 [5,0-25,0]	52,5 [30,0-80,0]
21 yıl ve üzeri ⁽⁵⁾	54	15,0 [0,0-25,0]	15,0 [5,0-25,0]	5,0 [0,0-20,0]	15,0 [0,0-25,0]	50,0 [20,0-75,0]
İstatistiksel analiz						
Olasılık		$\chi^2=4,294$ p=0,368	$\chi^2=9,037$ p=0,060	$\chi^2=11,967$ p=0,018	$\chi^2=4,277$ p=0,370	$\chi^2=9,466$ p=0,049
Anlamlı fark				[2-3,5]		[2-5]
Ameliyathane hizmet yılı						
5 yıl ve altı ⁽¹⁾	89	15,0 [5,0-25,0]	15,0 [5,0-25,0]	10,0 [0,0-20,0]	15,0 [0,0-25,0]	55,0 [20,0-85,0]
6-10 yıl ⁽²⁾	61	15,0 [0,0-25,0]	15,0 [5,0-25,0]	5,0 [0,0-20,0]	15,0 [5,0-25,0]	50,0 [20,0-75,0]
11-15 yıl ⁽³⁾	50	15,0 [0,0-25,0]	20,0 [5,0-25,0]	5,0 [0,0-20,0]	10,0 [0,0-25,0]	50,0 [10,0-80,0]
16-20 yıl ⁽⁴⁾	15	10,0 [0,0-25,0]	15,0 [5,0-20,0]	5,0 [0,0-20,0]	15,0 [5,0-20,0]	45,0 [20,0-65,0]
21 yıl ve üzeri ⁽⁵⁾	19	12,5 [5,0-25,0]	15,0 [5,0-25,0]	5,0 [0,0-20,0]	15,0 [0,0-25,0]	50,0 [30,0-75,0]
İstatistiksel analiz						
Olasılık		$\chi^2=10,280$ p=0,036	$\chi^2=2,927$ p=0,570	$\chi^2=8,230$ p=0,083	$\chi^2=4,898$ p=0,298	$\chi^2=10,763$ p=0,029
Anlamlı fark		[1-4]				[1-4]

*Normal dağılıma sahip olmayan iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Kruskal-Wallis H" test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Tablo 4.3.3. (2.Devam) Ameliyathane Hemşirelerinin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Basınç Yaralanmalarına Yönelik Bilgi Puanları (N:234)

Değişken	n	BY Risk Faktörleri Median(Min-Maks)	BY Önlleme Girişimi Median (Min-Maks)	BY Evrelendirilmesi Median (Min-Maks)	BY Tedavi ve Bakım Girişimi Median(Min-Maks)	Toplam Bilgi Puanları Median(Min-Maks)
Temel Eğitimde BY eğitimi						
Evet	156	15,0 [0,0-25,0]	20,0 [5,0-25,0]	7,5 [0,0-20,0]	15,0 [0,0-25,0]	55,0 [10,0-85,0]
Hayır	78	12,5 [0,0-25,0]	15,0 [5,0-25,0]	5,0 [0,0-20,0]	10,0 [0,0-25,0]	45,0 [20,0-80,0]
İstatistiksel analiz						
Olasılık		Z=-2,728 p=0,006	Z=-2,254 p=0,024	Z=-3,822 p=0,000	Z=-2,264 p=0,024	Z=-4,834 p=0,000
Mezuniyet sonrası BY eğitimi						
Evet	97	15,0 [0,0-25,0]	15,0 [5,0-25,0]	5,0 [0,0-20,0]	15,0 [0,0-25,0]	55,0 [20,0-85,0]
Hayır	137	15,0 [0,0-25,0]	15,0 [5,0-25,0]	5,0 [0,0-20,0]	15,0 [0,0-25,0]	55,0 [10,0-80,0]
İstatistiksel analiz						
Olasılık		Z=-1,183 p=0,237	Z=-0,510 p=0,610	Z=-1,608 p=0,108	Z=-0,699 p=0,485	Z=-0,854 p=0,393
Hasta güvenliği eğitimi alma						
Evet	139	15,0 [0,0-25,0]	15,0 [5,0-25,0]	5,0 [0,0-20,0]	15,0 [0,0-25,0]	50,0 [10,0-85,0]
Hayır	95	15,0 [0,0-25,0]	15,0 [5,0-25,0]	5,0 [0,0-20,0]	15,0 [0,0-25,0]	55,0 [20,0-80,0]
İstatistiksel analiz						
Olasılık		Z=-0,190 p=0,850	Z=-0,255 p=0,799	Z=-0,377 p=0,706	Z=-0,755 p=0,450	Z=-0,995 p=0,320
Basınç yararı makalesi okuma						
Evet	21	20,0 [0,0-25,0]	15,0 [10,0-25,0]	10,0 [0,0-20,0]	15,0 [0,0-25,0]	55,0 [20,0-85,0]
Hayır	213	15,0 [0,0-25,0]	15,0 [5,0-25,0]	5,0 [0,0-20,0]	15,0 [0,0-25,0]	55,0 [10,0-80,0]
İstatistiksel analiz						
Olasılık		Z=-1,104 p=0,270	Z=-1,042 p=0,298	Z=-1,751 p=0,080	Z=-1,050 p=0,294	Z=-1,876 p=0,060
Basınç yararı rehberi okuma						
Evet	6	20,0 [15,0-20,0]	20,0 [10,0-25,0]	7,5 [0,0-15,0]	15,0 [10,0-25,0]	57,5 [45,0-85,0]
Hayır	228	15,0 [0,0-25,0]	15,0 [5,0-25,0]	5,0 [0,0-20,0]	15,0 [0,0-25,0]	55,0 [10,0-80,0]
İstatistiksel analiz						
Olasılık		Z=-2,210 p=0,027	Z=-0,617 p=0,537	Z=-0,433 p=0,665	Z=-1,316 p=0,188	Z=-1,356 p=0,175

*Normal dağılıma sahip olmayan iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Kruskal-Wallis H" test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Tablo 4.3.3'te ameliyathane hemşirelerinin tanıtıcı özelliklerine göre BY'ye yönelik bilgi puanları belirtilmiştir. Hemşirelerin çalıştıkları hastanelere göre BY risk faktörleri bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin BY risk faktörleri bilgi puanının, Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin çalıştıkları hastanelere göre BY'yi önleme girişimi, evrelendirme, tedavi ve bakım girişimi ve BY toplam bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hemşirelerin yaş grupları ile BY risk faktörleri bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Otuz bir- otuz beş yaş grubunda olan hemşirelerin BY risk faktörleri bilgi puanının, 36-40, 41 yaş ve üzeri yaş grubunda olan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin yaş sınıfları ile BY önleme girişimi, evrelendirme, tedavi ve bakım girişimi ve toplam bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hemşirelerin cinsiyetleri ile BY risk faktörleri ve BY toplam bilgi puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Kadınların BY risk faktörleri ve BY toplam bilgi puanları, erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Hemşirelerin cinsiyetleri ile BY önleme girişimi, evrelendirme, tedavi ve bakım girişimi bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$).

Hemşirelerin eğitim düzeyleri ile BY risk faktörleri, önleme girişimleri ve BY toplam bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Lisans ve lisansüstü programlardan mezun olan hemşirelerin BY risk faktörleri ve BY önleme girişimi bilgi puanlarının ön lisans mezunu olan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin eğitim düzeyleri ile BY evrelendirme, tedavi ve bakım girişimi bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$).

Hemşirelerin hizmet yılları ile BY risk faktörleri, önleme girişimleri, tedavi ve bakım girişimleri bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$). Hemşirelerin hizmet yılları ile BY evrelendirme ve toplam bilgi puanları

arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Altı-On yıldır çalışan hemşirelerin BY'yi evrelendirme ve toplam bilgi puanlarının, 11-15, 21 yıl ve daha fazla süredir çalışan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Hemşirelerin ameliyathanede çalışma süresi ile BY risk faktörleri ve BY toplam bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Beş yıl ve daha az süredir ameliyathanede çalışan hemşirelerin BY hakkındaki risk faktörleri ve BY toplam bilgi puanlarının, 16-20 yıl süreyle ameliyathanede çalışan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin ameliyathanede çalışma süresi ile BY önleme girişimi, evrelendirme, tedavi ve bakım girişimi bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$).

Hemşirelerin, temel hemşirelik eğitiminde BY eğitimi alma durumu ile BY risk faktörleri, önleme girişimi, evrelendirme, tedavi ve bakım girişimi, toplam bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Temel mesleki eğitimlerinde BY eğitimi alanların BY risk faktörleri, önleme girişimleri, evrelendirme, tedavi ve bakım girişimleri bilgi puanları eğitim almayanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Hemşirelerin son üç yılda BY konusunda makale okuma, mezuniyet sonrası BY'na ve hasta güvenliğine ilişkin eğitimi alma durumları ile BY risk faktörleri, önleme girişimleri, evrelendirme, tedavi ve bakım girişimi ve toplam bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$).

Hemşirelerin EPUAP/ NPUAP BY Hızlı Başvuru Rehberini okuma durumları ile BY risk faktörleri bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Rehberi okuyan hemşirelerin BY risk faktörleri bilgi puanı, okumayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Hemşirelerin rehberi okuma durumları ile BY önleme girişimi, evrelendirme, tedavi ve bakım girişimi ve toplam bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$).

Hemşirelerin yaş gruplarına, eğitim düzeylerine ve hizmet yıllarına göre ameliyat sırasında risk değerlendirmesi yapma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Altı-10, 11-15 yıl süreyle çalışan, 36-40 yaş

grubunda ve lisans mezunu olan hemşirelerin ameliyatta risk değerlendirmesi yapma oranının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Ek Tablo 1).



Tablo 4.3.4. Ameliyathane Hemşirelerinin Bilgi Puanlarına Göre Basınç Yaralanmalarını Önlemeye Yönelik Uygulamaları (N=234)

Değişken	n	BY Risk Faktörleri Median (Min-Maks)	BY Önleme Girişimleri Median (Min-Maks)	BY'nin Evrendirilmesi Median(Min-Maks)	BY Tedavi ve Bakım Girişimleri Median (Min-Maks)	Toplam Bilgi Puanları Median (Min-Maks)
EPUAP/ NPUAP BY rehberini kaynak olarak kullanma						
Evet	6	15,0 [10,0-25,0]	12,5 [10,0-20,0]	5,0 [0,0-10,0]	15,0 [5,0-20,0]	50,0 [30,0-65,0]
Hayır	228	15,0 [0,0-25,0]	15,0 [5,0-25,0]	5,0 [0,0-20,0]	15,0 [0,0-25,0]	55,0 [10,0-85,0]
İstatistiksel analiz						
Olasılık		Z=-0,450 p=0,653	Z=-1,126 p=0,260	Z=-1,012 p=0,312	Z=-0,069 p=0,945	Z=-0,636 p=0,525
BY riskini saptamak için ölçek kullanma						
Evet	5	15,0 [10,0-25,0]	15,0 [10,0-25,0]	5,0 [5,0-20,0]	15,0 [5,0-20,0]	65,0 [35,0-70,0]
Hayır	229	15,0 [0,0-25,0]	15,0 [5,0-25,0]	5,0 [0,0-20,0]	15,0 [0,0-25,0]	55,0 [10,0-85,0]
İstatistiksel analiz						
Olasılık		Z=-0,895 p=0,371	Z=-0,273 p=0,785	Z=-0,786 p=0,432	Z=-0,124 p=0,901	Z=-0,860 p=0,390
Ameliyat süresince BY riskini değerlendirme						
Evet	99	15,0 [0,0-25,0]	15,0 [5,0-25,0]	5,0 [0,0-20,0]	15,0 [5,0-25,0]	55,0 [20,0-85,0]
Hayır	135	10,0 [0,0-25,0]	15,0 [5,0-25,0]	5,0 [0,0-20,0]	10,0 [0,0-25,0]	50,0 [10,0-80,0]
İstatistiksel analiz						
Olasılık		Z=-2,891 p=0,004	Z=-0,188 p=0,851	Z=-0,534 p=0,593	Z=-2,410 p=0,016	Z=-1,954 p=0,051
BY'yi önlemeye yönelik girişim yapma						
Evet	164	15,0 [0,0-25,0]	15,0 [5,0-25,0]	5,0 [0,0-20,0]	15,0 [0,0-25,0]	55,0 [10,0-85,0]
Hayır	70	10,0 [0,0-25,0]	15,0 [5,0-25,0]	5,0 [0,0-20,0]	15,0 [0,0-25,0]	50,0 [20,0-80,0]
İstatistiksel analiz						
Olasılık		Z=-2,492 p=0,013	Z=-1,043 p=0,297	Z=-0,567 p=0,571	Z=-1,491 p=0,136	Z=-1,922 p=0,055
BY'yi önlemeye yönelik girişimleri kayıt altına alma						
Evet	18	15,0 [0,0-25,0]	15,0 [5,0-25,0]	7,5 [0,0-20,0]	15,0 [0,0-25,0]	57,5 [20,0-75,0]
Hayır	216	15,0 [0,0-25,0]	15,0 [5,0-25,0]	5,0 [0,0-20,0]	15,0 [0,0-25,0]	55,0 [10,0-85,0]
İstatistiksel analiz						
Olasılık		Z=-0,043 p=0,966	Z=-1,959 p=0,051	Z=-0,523 p=0,601	Z=-0,924 p=0,355	Z=-0,418 p=0,676

*Normal dağılıma sahip olmayan iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Tablo 4.3.4’de ameliyathane hemşirelerinin bilgi puanlarına göre BY’yi önlemeye yönelik uygulamaları verilmiştir. Hemşirelerin EPUAP/NPUAP BY Hızlı Başvuru Rehberini kaynak olarak kullanma ve BY riskini saptamak için ölçek kullanma durumları ile BY risk faktörleri, önleme girişimleri, evrelendirme, tedavi ve bakım girişimleri ve toplam bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hemşirelerin ameliyat süresince BY riskini değerlendirme durumları ile BY risk faktörleri, tedavi ve bakım girişimi bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Ameliyat süresince BY risk değerlendirmesi yapan hemşirelerin BY risk faktörleri bilgi puanları, ameliyatta risk değerlendirmesi yapmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Hemşirelerin ameliyat süresince BY risk değerlendirme yapma durumları ile BY önleme girişimleri, evrelendirme ve toplam bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hemşirelerin BY’yi önlemeye yönelik girişimde bulunma durumları ile BY risk faktörleri bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). BY’yi önlemeye yönelik girişimde bulunan hemşirelerin BY risk faktörleri bilgi puanları, bu girişimde bulunmayan hemşirelere göre daha yüksek bulunmuştur. Hemşirelerin BY’yi önlemeye yönelik girişimde bulunma durumları ile önleme girişimleri, evrelendirme, tedavi ve bakım ve toplam bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$).

Hemşirelerin BY’yi önlemeye yönelik girişimleri kayıt altına alma durumları ile BY risk faktörleri, önleme girişimleri, evrelendirilmesi, tedavi ve bakım ve toplam bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

5. TARTIŞMA

Basınç yaralanmaları önlenabilir sağlık sorunu olmasına rağmen, cerrahi girişim uygulanan hastalarda, cerrahi girişim ön planda olduğundan, BY'ye yol açabilecek risk faktörleri ve dolayısıyla önleme girişimlerine yeterince dikkat edilmemektedir. Bu noktada cerrahi servis hemşireleri ve ameliyathane hemşirelerine önemli sorumluluklar düşmekte olup, BY'ye neden olabilecek tüm riskler hem serviste hem de ameliyathanede değerlendirilmeli ve gerekli önleme girişimleri uygulanmalıdır (9,77).

5.1. Ameliyathane Hemşirelerinin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin

Bulgularının Tartışılması

Bu çalışmaya katılan ameliyathane hemşirelerinin yaş ortalamasının $36,15 \pm 6,03$ olduğu, örneklemin en çok 36-40 yaş arası bireylerden ve çoğunlukla kadınlardan oluştuğu (%91,5) görülmektedir (Bkz. Tablo 4.1.1.). BY'ye ilişkin bilgi ve uygulamaların değerlendirildiği çalışmalar incelendiğinde hemşirelerin yaş ortalamalarının; Aslan ve ark.'nın (78) çalışmasında $31,86 \pm 7,09$, Akese ve ark.'nın (79) çalışmasında $36,8 \pm 8,6$, Gül ve ark.'nın (80) çalışmasında $29,5 \pm 8,1$ yıl olduğu görülmektedir. Literatüre bakıldığında hemşirelerin cinsiyetlerinin dağılımının; Gunningberg ve ark.'nın (81) çalışmasında %92,5, Aslan ve ark.'nın (78) çalışmasında %92,7, Beeckman ve ark.'nın (82) çalışmasında %89,7, Gül ve ark.'nın (80) çalışmasında %83,4, Tallier ve ark.'nın (83) çalışmasında %82 oranında kadın olduğu görülmektedir. Türkiye'de erkeklerin 2007 tarihli ve 5634 sayılı "Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun"la hemşirelik yapmaya başlaması ve geleneksel olarak hemşireliğin kadın mesleği olarak görülmesi nedenleriyle hemşirelik okullarını tercih eden erkek öğrenci sayısının az olduğu bildirilmektedir (85). Bu bağlamda çalışmamızdaki erkek hemşire sayısının literatür bilgileriyle orantılı şekilde az olduğu görülmüştür.

Çalışmaya katılan hemşirelerin yarısından fazlasının (%66,2) lisans mezunu olduğu görülmektedir (Bkz. Tablo 4.1.1.). Aslan'ın çalışmasında (78) %89,1, Beeckman ve ark.'nın (82) %48,3, Tallier ve ark.'nın (83) yaklaşık üçte biri, Akese ve ark.'nın (79) %23,4'ü lisans ya da lisansüstü eğitim almış

hemşirelerden oluşmaktadır. Bizim çalışmamızın sonucu ile Aslan'ın çalışma sonucu benzerlik göstermektedir.

Çalışmada hemşirelerin toplam hizmet sürelerinin ortalama $14,36 \pm 7,27$ olduğu ve büyük çoğunluğunun (%90,6) 5 yıldan daha fazla süredir çalıştıkları görülmektedir (Bkz. Tablo 4.1.1.). Akese ve ark.'nın (79) çalışmasında hemşirelerin ortalama çalışma süresinin $11,7 \pm 7,8$ yıl; Aslan ve ark.'nın (78) çalışmasında ise $8,8 \pm 7,41$ yıl olduğu belirtilmiştir. Gunningberg ve ark.'nın (81) çalışmasında iş deneyimi 5 yıldan daha fazla olan hemşirelerin oranının %51,0 olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin ameliyathanede çalışma sürelerinin ortalama $9,00 \pm 6,64$ yıl olduğu ve üçte ikisinin (%62) ameliyathanede beş yıl ve üzerinde çalıştığı görülmektedir (Bkz. Tablo 4.1.1.). Beeckman ve ark.'nın (82) çalışmasında 5 yıl ve üzerinde çalışanların %76,4'ü oluşturduğu, Tallier ve ark.'nın (83) çalışmasında ise hemşirelerin %84'ünün beş veya daha fazla yıl deneyime sahip olduğu saptanmıştır. Bizim çalışmamızın bulgularıyla literatür bulguları benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda hemşirelerin çoğunluğunun genel cerrahi ve ortopedi ameliyathanelerinde çalıştıkları belirtilmiştir. Hemşirelerin ağırlıklı olarak bu alanlarda çalışıyor olmaları gerçekleştirilen ameliyat sayıları ile ilişkilendirilebilir.

Çalışmada hemşirelerin yarısından fazlasının (%66,7) temel hemşirelik eğitiminde BY ile ilgili eğitim aldıkları görülmektedir (Bkz. Tablo 4.1.1.). Bu sonuç, temel hemşirelik eğitiminde BY ile ilgili eğitimlerin standart olarak yer almaması, ülkemizde temel hemşirelik eğitiminin sağlık meslek lisesi, ön lisans, lisans gibi farklı seviyelerde yürütülmüş olması ve farklı eğitim müfredatlarının bulunması ile açıklanabilir. Aslan ve ark.'nın (78) çalışmasında hemşirelerin %85,0'inin, Tallier ve ark.'nın (83) çalışmasında %62,0'sinin BY'yi önlemeye ve yönetmeye ilişkin eğitimlerini temel mesleki eğitimleri içinde aldıkları tespit edilmiştir. Bu çalışmanın bulgusu ile Tallier ve ark.'nın. çalışmasının bulgusu benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda hemşirelerin yarısından azının (%41,5) mezuniyet sonrasında BY ile ilgili eğitim aldığı ve yarısından fazlasının (%59,4) son 3 yılda hasta güvenliği ile ilgili eğitim aldığı saptanmıştır (Bkz Tablo 4.1.1.). Kallman ve ark. (85) mezuniyet sonrası BY konusunda eğitim alanların oranını %32,0 olarak

belirlemiştir. Bu çalışmanın bulgusu ile Kallman ve ark.'nın çalışmasının bulgusu benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda hemşirelerin çok az oranının (%9,0) son 3 yılda BY konusunda makale okuduğu bulunmuştur (Bkz Tablo 4.1.1). Literatüre bakıldığında Tallier ve ark.'nın (83) çalışmasında hemşirelerin %38,0'inin, Kallman ve ark.'nın (85) çalışmasında %55,0'inin, Aslan ve ark.'nın (78) çalışmasında %66,2'sinin, Gül ve ark.'nın (80) çalışmasında %74,4'nün BY ile ilgili makale okuduğu belirtilmiştir. Çalışmamızda BY konusunda makale okuma durumunun benzer çalışmalar incelendiğinde önemli oranda düşük olduğu görülmüştür. Bunun nedeni olarak da araştırma kapsamına giren hemşirelerin büyük çoğunluğunun çalışma yılının fazla olması ve bu hemşirelerin güncel bilgileri takip etmemelerinden ve bilgilerini yenilemediklerinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada hemşirelerin çok az oranının (%2,6) EPUAP/ NPUAP BY Hızlı Başvuru Rehberini okuduğu saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.1.1). Tallier ve ark.'nın (83) çalışmasında hemşirelerin %3,0'ünün mevcut BY rehberini, Aslan ve ark.'nın (78) çalışmasında ise hemşirelerin %8,7'sinin EPUAP/NPUAP BY rehberini okuduğu belirlenmiştir. Rehber okuma durumunun literatürle benzer şekilde önemli oranda düşük olduğu saptanmıştır.

5.2. Ameliyathane Hemşirelerinin Basınç Yaralanmalarını Önlemeye Yönelik Uygulamalarının Tartışılması

Çalışmamızda hemşirelerin büyük çoğunluğunun (%97,4) EPUAP/NPUAP BY hızlı başvuru rehberini kaynak olarak kullanmadığı görülmektedir (Bkz. Tablo 4.2.1.) Aslan ve ark.'nın (78) çalışmasında hemşirelerin %12,2'sinin rehber hakkında bilgi sahibi olduğu tespit edilmiştir. Hemşirelerin kendilerine güncel bilgi sağlayacak rehberleri kaynak olarak kullanmamalarının nedenleri olarak kaynaklara ve güncel bilgilere erişimlerinin olmaması, hizmet içi eğitim programlarında BY önlemesinin yer almaması, BY önlemeye yönelik kurum politika ve prosedürlerinin yetersiz olması söylenebilir.

Çalışmada hemşirelerin tamamına yakınının (%97,9) BY riskinin değerlendirilmesinde bir ölçek ya da değerlendirme formu kullanmadığı;

çoğunluğunun (% 81,5) BY riski yüksek olan hastalar hakkında yazılı ya da sözlü olarak bilgi almadıkları; çok azının (% 16,7) ise sadece sözlü olarak bilgi aldığı tespit edilmiştir (Bkz. Tablo 4.2.1). Kallman ve ark. (85) hemşirelerin sadece yarısının risk değerlendirme ölçeğini bazen kullandıklarını belirtmiştir. Samuriwo ve Dowding'in (86) yaptığı meta analiz çalışmasında; hemşirelerin BY riskini tanımlamak için risk değerlendirme araçlarını rutin olarak kullanmadıkları ve araştırma kanıtlarından ziyade kendi bilgi ve deneyimlerine güvendikleri belirlenmiştir. Hastanın, perioperatif bakımda BY riski açısından kesintisiz olarak değerlendirilememesi; ülkemizde intraoperatif süreci kapsayan ve cerrahi hastasının basınç riskinin kesintisiz olarak değerlendirilmesini sağlamak için geliştirilmiş ya da Türkçeye uyarlanmış ölçeklerin olmaması, kurumsal olarak hazırlanan formların bulunmaması ya da kurum politikası olarak ameliyathanelerde mevcut ölçeklerin kullanılmaması ile açıklanabilir.

Hemşirelerin yarısına yakınının (%42,3) ameliyat süresince hastalarına BY risk değerlendirmesi yaptığı belirlenmiş; ameliyat sırasında risk değerlendirmesi yapmayan hemşirelerin yapmama nedenleri arasında görev olarak düşünülmemesi (%8,14) ve iş yoğunluğu (%5,18) yer almıştır (Bkz. Tablo 4.2.1.) Risk değerlendirme yapma oranını; Tallier ve ark. (83) %56,0, Ilesanmi ve ark. (87) %45,6, Sving ve ark. (88) %46,1, Kallman ve ark. (85) %40 olarak saptamıştır. Bu çalışmaların sonuçları çalışmamızın sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir. Literatüre bakıldığında risk değerlendirme yapmama nedenleri arasında zaman ve bilgi yetersizliğinin yer aldığı görülmektedir. Çalışmamızda ameliyathane hemşirelerinin risk değerlendirme oranlarının düşük oluşu; görev tanımları ve görevlendirilmeler ile ilgili kurumsal politika ve prosedürlerin yeterli olmamasından kaynaklandığı söylenebilir.

Hemşirelerin yarısından fazlasının (%70,1) ameliyat süresince BY'yi önlemeye yönelik girişim yaptığı; önlemeye yönelik girişim yapanların üçte ikisinin (%78,7) basınç bölgelerini desteklediği ve basınç bölgelerini destekleyenlerin yarısının (46,5) silikonla ve jelle destek yöntemini kullandığı belirlenmiştir. Ayrıca hemşirelerin %5,7'sinin görevleri olarak görmedikleri için BY'yi önlemeye yönelik girişim yapmadığı saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.2.1.). BY'yi önlemeye yönelik girişim yapma oranını Tallier ve ark. (83) %62,0 olarak

tespit etmişlerdir. Ayrıca Kallman ve ark. (85) en sık belirtilen önlemlerin hastaya pozisyon verme (%75), basıncı azaltan destek yüzeylerinin kullanımı (%67), basıncın azaltılması (%42) ve beslenmenin düzenlenmesi (%40) olduğunu belirtmiştir. Bu çalışmanın bulguları, bizim çalışmamızın bulgularını desteklemektedir.

Yapılan çalışmalarda BY'yi önlemeye yönelik girişim yapmama nedenleri arasında yazılı standartların olmayışı, BY ve var olan risk değerlendirme araçları hakkında bilgi yetersizliği, yetersiz insan gücü ve zaman, hasta sayılarının fazlalığı, yeterli ekipmanın olmaması, organizasyon yetersizliği, personelin kısa süreli çalışması (daimi kadrolu olmaması), politika ve rehberlerin olmayışı, elektronik kayıt sisteminin zorluğu, sağlık personelleri arasındaki işbirliğinin yetersizliği, basınç yaralanmalarından daha öncelikli durumların varlığı ve iş memnuniyetinin olmaması yer almaktadır (77,85,87,89,90,91). Çalışmamızın sonuçları literatür bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Hemşirelerin çoğunluğu (%90,8) BY risk değerlendirmesini ve önleme girişimlerini kayıt altına almadığını ve kayıt yapmayanların %24,2'si ise formun olmaması nedeniyle kayıt yapmadıklarını ifade etmiştir (Bkz. Tablo 4.2.1.). Gül ve ark. (80) hemşirelerin %74,7'sinin BY riski olan hastaları kayıt ettiğini bildirmiş, Kallman ve ark. (85) ise hemşirelerin %25,0'inin kayıt yaptığını saptamıştır. Tallier ve ark.'nın (83) çalışmasında kayıt yapmayı engelleyen nedenler %51,0 zaman kısıtlılığı ve %32,0 elektronik kayıt sisteminin zorluğu olarak tespit edilmiştir. Çalışmamızda da hastane kayıt sistemlerinin yetersizliğinden; hastalara yönelik BY risk değerlendirmesinin ve önlemeye yönelik girişimlerinin yeterince yapılmamasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

5.3. Ameliyathane Hemşirelerinin Basınç Yaralanmalarına Yönelik Bilgi Puanlarının Tartışılması

Çalışmamızda ameliyathane hemşirelerinin toplam bilgi puanı ortalaması 100 üzerinden $52,09 \pm 13,76$ olarak saptanmıştır. Hemşirelerin bilgi puan ortalamalarının en düşük olduğu alan $7,46 \pm 5,56$ ile BY'nin evrelendirilmesi, en yüksek olduğu alan ise $16,37 \pm 4,97$ ile yaralanmayı önleme girişimleri olduğu

tespit edilmiştir (Bkz. Tablo 4.3.1.). Ayrıca hemşirelerin çoğunluğunun 2. 7. ve 19. soruyu doğru olarak cevapladığı belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.3.2.) Hemşirelerin BY'ye yönelik bilgi puanları incelendiğinde; puanlarının oldukça düşük dolayısıyla bilgilerinin yetersiz olduğu görülmektedir. Hemşirelerin BY'ye yönelik bilgilerinin değerlendirildiği çalışmalar incelendiğinde; toplam bilgi puan ortalamalarının Gunningberg ve ark. (81) 58,9, Galvao ve ark. (92) 51,4 ve Beeckman ve ark. (82) 49,6 olduğunu belirtmiştir. Bu çalışmaların sonuçları ile bizim çalışmanın sonuçları benzerlik göstermektedir. Yapılan çalışmalarda da BY risk faktörleri, evrelendirme ve önleme uygulamalarında bilgi yetersizliği olduğu saptanmış olmakla birlikte çalışmamızı destekler şekilde evrelendirme konusunda düşük, önleme uygulamalarında ise yüksek düzeyde bilgi puan ortalaması olduğu görülmüştür (79,93). Çalışmamızda hemşirelerin bilgi ve uygulama düzeylerinin düşük olmasının nedenleri arasında temel hemşirelik müfredat ve hizmet içi programlarında BY'ye yeterince yer verilmemesi, BY'ye yönelik kurs ya da sertifika programlarına katılmaması, BY'yi önleme, bakım ve tedaviye yönelik kurum politika ve prosedürlerinin yeterince olmaması, bu konu ile ilgili güncel literatürün takip edilmemesi ve güncel rehberlerin kullanılmaması sayılabilir.

Çalışmamızda ameliyathane hemşirelerinin tanıtıcı özellikleri ile BY risk faktörleri bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.3.3.). Hacettepe Üniversitesi Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin BY risk faktörleri bilgi puanının, Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan hemşirelere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durum hizmet içi eğitimlerin niteliğinden ya da lisans düzeyinde eğitime sahip hemşire sayısının çoğunlukta olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Hemşirelerin yaş grupları ile BY risk faktörleri bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Otuz bir- 35 yaş grubunda olan hemşirelerin BY risk faktörleri bilgi puanının, 36-40, 41 yaş ve üzeri yaş grubunda olan hemşirelere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Toplam bilgi puanları ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$) (Bkz. Tablo 4.3.3.). Gül ve ark. (80) yaş ve toplam bilgi puanları arasında zayıf bir negatif ilişki saptamıştır. Ameliyathaneler oryantasyon

eğitimleri uzun süren özellikli çalışma alanlarıdır. Bu nedenle ameliyathanede oryantasyon eğitimlerini tamamlayan hemşirelerin çoğunluğu meslek hayatlarına ameliyathanede devam etmektedir. Çalışmamızda daha genç hemşire grubunun BY'ye yönelik bilgilerinin daha yüksek olmasının nedeni olarak genç hemşirelerin mezun olduktan sonra mevcut bilgilerini unutmamış olmaları gösterilebilir.

Hemşirelerin cinsiyetleri ile BY risk faktörleri ve BY toplam bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Kadınların BY risk faktörleri ve BY toplam bilgi puanları, erkeklere göre daha yüksektir (Bkz. Tablo 4.3.3.). Cinsiyet ile bilgi puanları arasındaki bu farklılık mesleğin uzun yıllardır kadınlar tarafından icra edilen ve çoğunluğu kadınlardan oluşan bir meslek oluşu, kadınların geleneksel olarak koruyucu ve bakım verici rollerini benimsemiş olmalarıyla açıklanabilir.

Çalışmamızda hemşirelerin eğitim düzeyleri ile BY risk faktörleri, önleme girişimleri ve BY toplam bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Lisans ve lisansüstü programlardan mezun olan hemşirelerin BY risk faktörleri ve BY önleme girişimi bilgi puanlarının ön lisans mezunu olan hemşirelere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.3.3.). Lawrence ve ark. (94) hemşirelerin eğitim düzeyi arttıkça bilgi puanlarının arttığını bildirmiştir. Kallman ve ark. (85) hemşirelerin eğitim seviyeleri ile BY risk faktörleri, önleme ve tedavi etme girişimi bilgi puanları arasında önemli bir farklılık olduğunu ve eğitim seviyesi arttıkça bilgi puanlarının arttığını saptamıştır. Bizim çalışmamızın bulgusu ile bu çalışmaların bulguları benzerlik göstermektedir. Bu durum eğitim seviyesinin artışıyla orantılı olarak BY konusunda alınan eğitimlerin süresinin ve niteliğinin artması, öğrencilerin BY olan hastaya bakım verme deneyiminin artması ile açıklanabilir.

Çalışmamızda hemşirelerin hizmet yılları ile BY evrelendirme ve toplam bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Altı-On yıldır çalışan hemşirelerin BY'yi evrelendirme ve toplam bilgi puanlarının, 11-15, 21 yıl ve daha fazla süredir çalışan hemşirelere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.3.3.). Chianca ve ark. (95) hizmet yılları ile bilgi puanları arasında zayıf ve negatif bir ilişki olduğunu saptamıştır.

Lawrence ve ark. (94) ise hemşirelikte deneyim yıllarına göre bilgi puanlarının arttığını tespit etmiştir. Bu çalışmaların sonuçları bizim çalışmanın sonucunu destekler nitelikte olmadığı görülmektedir. Ayrıca Iranmanesh ve ark. (93) ile Gül ve ark. (80) hemşirelerin deneyim yılları ile bilgi puanları arasında bir ilişki olmadığını saptamıştır. Çalışmamızda çalışma süresi daha az olan hemşirelerin bilgi puanlarının yüksek olmasının nedeni; çalışma yılı daha fazla olan hemşirelerin var olan bilgilerini unuttukları, eğitimlere katılmadıkları, güncel ve yeni bilgileri okumadıkları ile açıklanabilir.

Hemşirelerin ameliyathanede çalışma süresi ile BY risk faktörleri ve BY toplam bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Beş yıl ve daha az süredir ameliyathanede çalışan hemşirelerin BY hakkındaki risk faktörleri ve BY toplam bilgi puanlarının, 16-20 yıl süreyle ameliyathanede çalışan hemşirelere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. (Bkz. Tablo 4.3.3.). Bunun nedeni olarak daha kısa süredir ameliyathanede çalışan hemşirelerin önceki çalışmış oldukları birimlerdeki tecrübeleri; son yıllarda temel hemşirelik eğitiminde BY'ye daha çok yer veriliyor olması ve mesleki eğitim sonrasında geçen sürenin kısa olması ile açıklanabilir.

Hemşirelerin, temel hemşirelik eğitiminde BY eğitimi alma durumu ile BY risk faktörleri, önleme girişimi, evrelendirme, tedavi ve bakım girişimi, toplam bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Temel hemşirelik eğitimlerinde BY eğitimi alanların BY risk faktörleri, önleme girişimleri, evrelendirme, tedavi ve bakım girişimleri bilgi puanları eğitim almayanlara göre daha yüksek bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.3.3.). Bales ve Padwojski (96), Saleh ve ark.'nın (97) çalışmalarında da BY eğitimlerinin hemşirelerin bilgi düzeylerini artırdığı görülmüştür. Temel hemşirelik programlarında verilen yeterli eğitimin, doğru bilgi ve uygulamaları artırması beklenen bir sonuçtur.

Hemşirelerin mezuniyet sonrası BY'ye ve hasta güvenliğine yönelik eğitim alma durumu ile BY risk faktörleri, önleme girişimleri, evrelendirme, tedavi ve bakım girişimi ve toplam bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($p>0.05$) (Bkz. Tablo 4.3.3.). Beeckman ve ark.'nın (82) çalışmasında BY'yi önlemeye yönelik eğitime katılan personelin

herhangi bir eğitim almayan hemşirelere göre bilgi puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Zulkowski ve ark. (98) ise yara bakımı ve diğer sertifika programlarının hemşirelerin BY konusundaki bilgi puanlarını arttırdığını saptamıştır. Kallman ve ark. (85) mezuniyet sonrası BY eğitimi alanların, almayanlara göre evrelendirme hariç bütün alanlarda daha yüksek puan aldıklarını belirlemiştir. Çalışmamızın sonuçları hizmet içi eğitim ve ameliyathane hemşireliği sertifika programlarında BY ve hasta güvenliği konusuna yeterince yer verilmemesi ile açıklanabilir.

Hemşirelerin son üç yılda BY konusunda makale okuma durumu ile BY risk faktörleri, önleme girişimi, evrelendirme, tedavi ve bakım girişimi ve toplam bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiş olmasına rağmen ($p>.05$), tablo incelendiğinde makale okuyan hemşirelerin bilgi puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir (Bkz. Tablo 4.3.3.). Gül ve ark.'nın (80) çalışmasında da toplam bilgi puanının BY konusunda makale okuyanlarda yüksek olduğu saptanmıştır. Kallman ve ark.'nın (85) çalışmasında risk değerlendirme ve evrelendirme hariç makale okuyanların bilgi puanlarının okumayanlardan önemli ölçüde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmaların sonuçlarıyla bizim çalışmanın sonucu benzerlik göstermektedir.

Hemşirelerin EPUAP/ NPUAP BY Hızlı Başvuru Rehberini okuma durumları ile BY risk faktörleri bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Rehberi okuyan hemşirelerin BY risk faktörleri bilgi puanı, okumayanlara göre daha yüksek bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.3.3.). Aslan ve ark.'nın (78) çalışmasında EPUAP/NPUAP BY Hızlı Başvuru Rehberini okuyan hemşirelerle okumayanların bilgi puanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Hemşirelerin rehberi okuma durumları ile BY'ye yönelik önleme girişimi, evrelendirme, tedavi ve bakım girişimi ve toplam bilgi puanları arasında anlamlı farklılık olmamasının nedenleri bu rehberlerin sadece okunmasının yeterli olmadığı, buna yönelik kurum politika ve prosedürlerinin olması gerekliliği ile açıklanabilir.

Çalışmamızda hemşirelerin EPUAP/NPUAP BY Hızlı Başvuru Rehberini kaynak olarak kullanma ve BY riskini saptamak için ölçek kullanma durumları ile BY risk faktörleri, önleme girişimleri, evrelendirme, tedavi ve bakım girişimleri

ve toplam bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$) (Bkz. Tablo 4.3.4.). Bu durum çalışmanın yürütüldüğü hastanelerde rehberin kurum politikaları doğrultusunda kaynak olarak kullanılmaması ve BY riskini saptamak için ölçek bulunmaması ile açıklanabilir.

Hemşirelerin ameliyat süresince BY riskini değerlendirme durumları ile BY risk faktörleri, tedavi ve bakım girişimi bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Ameliyat süresince BY risk değerlendirmesi yapan hemşirelerin BY risk faktörleri ve tedavi ve bakım girişimi bilgi puanları, ameliyatta risk değerlendirmesi yapmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.3.4.). BY'nin etiyojisi ve risk faktörleri konusunda bilgi düzeyi yüksek olan hemşirelerin daha iyi neden sonuç ilişkisi kurarak tedavi ve bakım girişimleri konusunda da başarılı olmaları beklenen bir sonuçtur.

Hemşirelerin BY'yi önlemeye yönelik girişimde bulunma durumları ile BY risk faktörleri bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). BY'yi önlemeye yönelik girişimde bulunan hemşirelerin BY risk faktörleri bilgi puanları, bu girişimde bulunmayan hemşirelere göre daha yüksek bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.3.4.). BY risk faktörleri konusunda bilgi düzeyi yüksek olan hemşirelerin önleyici girişimler yapması beklenmektedir. BY'yi önlemeye yönelik girişimler ile hemşirelerin bilgi puanları arasında farklılık olmaması; eğitim, zaman, işgücü ve kurum politikalarının yetersizliğinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Hemşirelerin BY'yi önlemeye yönelik girişimleri kayıt altına alma durumları ile BY risk faktörleri, önleme girişimleri, evrelendirme, tedavi ve bakım ve toplam bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$) (Bkz. Tablo 4.3.4.). Hastanelerde BY'yi önlemeye yönelik girişimlerin kayıt altına alınacağı formların olmayışı, hemşirelerin bilgi puanları ile kayıt altına alma durumları arasında anlamlı farklılık çıkmaması beklenen bir sonuçtur.

Hemşirelerin yaş gruplarına, eğitim düzeylerine ve hizmet yıllarına göre ameliyat sırasında risk değerlendirmesi yapma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Altı-10, 11-15 yıl süreyle çalışan, 36-40 yaş grubunda ve lisans mezunu olan hemşirelerin ameliyatta risk değerlendirmesi

yapma oranının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Bkz. Ek Tablo 1). Mesleki tecrübe s uresinin ve yaşın artışı ile kazanılan tecrübeler, hemşirelerin risk faktörlerini öngörmelerine ve ameliyatta risk değerlendirmesi yapma oranlarının artmasına sebep olduğu söylenebilir.

Sonuc olarak, çalışma kapsamına giren hemşirelerin BY konusundaki bilgilerinin düşük olduğu; bu konuda temel hemşirelik eğitiminde alınan eğitimin bilgi puanını olumlu yönde etkilediği; uluslararası BY'ye yönelik rehberlerin okunma ve kaynak olarak kullanma oranının çok düşük olduğu; kurumlarda risk değerlendirmeye yönelik ölçek ve kayıt formlarının kullanılmadığı; hastaların ameliyathaneye teslimi sırasında, ameliyathane hemşiresine hastanın BY risk düzeyi hakkında bilgilendirme yapılmadığı ve hemşirelerin BY konusunda yeterince hizmet içi eğitim almadığı belirlenmiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Ameliyathane hemşirelerinin BY konusundaki bilgi ve uygulamalarını değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

6.1.1. Araştırmaya katılan hemşirelerin %26,9'unun Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalıştığı, yaş ortalamasının $36,15 \pm 6,03$ yıl olup, %33,3'ünün 36-40 yaş grubunda, %91,5'inin kadın ve %66,2'sinin lisans mezunu olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin hizmet yılı ortalamasının $14,36 \pm 7,27$ yıl; 60'ar kişinin (%25,6) 6-10 yıl ve 11-15 yıl hizmet yılı grubunda; ameliyathanede çalışma süresi ortalamasının $9,00 \pm 6,64$ yıl olduğu, %38'nin 5 yıl ve daha az süredir ameliyathanede çalıştığı ve % 37,2'sinin genel cerrahi ameliyatlarında çalıştığı tespit edilmiştir. Hemşirelerin %59,4'ünün son 3 yılda hasta güvenliği kapsamında, %66,7'sinin temel hemşirelik eğitiminde ve %41,5'inin mezuniyet sonrasında BY ile ilgili eğitim aldığı belirlenmiştir. Hemşirelerin %9'unun son 3 yılda BY konusunda makale ve %2,6'sının EPUAP/ NPUAP Basınç Yaralanması Hızlı Başvuru Rehberini okuduğu saptanmıştır (Tablo 4.1.1).

6.1.2. Hemşirelerin %97,4'ünün EPUAP/NPUAP BY hızlı başvuru rehberini kaynak olarak kullanmadığı, %97,9'unun BY riskini değerlendirmek için bir ölçek ya da form kullanmadığı saptanmıştır. Hemşirelerin %81,5'inin BY riski yüksek olan hastalar hakkında bilgi almadığı, %16,7'sinin ise sadece sözlü olarak bilgi aldığı tespit edilmiştir. Hemşirelerin %42,3'ünün ameliyat süresince hastalarına BY risk değerlendirmesi yaptığı ve risk değerlendirmesi yapmayan hemşirelerin %8,2'sinin ise kendi görevi olduğunu düşünmediği için değerlendirme yapmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.2.1.).

Hemşirelerin %70,1'inin ameliyat süresince BY'yi önlemeye yönelik girişim yaptığı ve önlemeye yönelik girişim yapanların %78,7'sinin basınç bölgelerini desteklediği, basınç bölgelerini destekleyenlerin %46,5'inin silikon ve jel kullandığı saptanmıştır. Hemşirelerin %5,7'inin görevleri olarak görmedikleri için BY'yi önlemeye yönelik girişim yapmadığı, %90,8'sinin BY risk değerlendirmesini ve önleme girişimlerini kayıt altına almadığı ve kayıt

yapmayanların %24,2'sinin formun olmayışı sebebiyle kayıt yapmadıkları tespit edilmiştir (Tablo 4.2.1.).

6.1.3. Hemşirelerin BY'ye yönelik sorulardan toplam 100 puan üzerinden aldıkları puanların ortalaması $52,09 \pm 13,76$ olarak saptanmıştır. Hemşirelerin bilgi puan ortalamalarının en düşük olduğu alanın $7,46 \pm 5,56$ ile BY'nin evrelendirilmesi, en yüksek olduğu alanın ise $16,37 \pm 4,97$ ile yaralanmayı önleme girişimleri olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.3.1.).

6.1.4. Hemşirelerin %84,6'sının BY'de risk değerlendirmeye yönelik sorulardan 2. soruyu (Basınç yaralanması risk faktörleri) doğru olarak cevapladığı belirlenmiştir. Ameliyat sırasında BY'yi önlemeye yönelik girişimler ile ilgili bilgi durumlarının değerlendirildiği 7. sorunun (Basınç yaralanmasını önlemeye yönelik pozisyon verme) %94,4; BY'nin tedavi ve bakımına ilişkin bilgilerin değerlendirildiği 15. sorunun (Evre I basınç yaralanmalarında tedavi ve bakım girişimleri) %10,7; 19. sorunun (Basınç yaralanmalarının değerlendirilme kriterleri) %73,9 oranında doğru cevaplandığı tespit edilmiştir (Tablo 4.3.2.).

6.1.5. Hemşirelerin çalıştıkları hastanelere göre BY risk faktörleri bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Hemşirelerin çalıştıkları hastanelere göre BY'yi önleme girişi, evrelendirme, tedavi ve bakım girişi ve BY toplam bilgi puanları arasında farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 4.3.3.)

Hemşirelerin yaş grupları ile BY risk faktörleri bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Hemşirelerin yaş sınıfları ile BY önleme girişi, evrelendirme, tedavi ve bakım girişi ve toplam bilgi puanları arasında farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 4.3.3.).

Hemşirelerin cinsiyetleri ile BY risk faktörleri ve BY toplam bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Hemşirelerin cinsiyetleri ile BY önleme girişi, evrelendirme, tedavi ve bakım girişi bilgi puanları arasında farklılık yoktur ($p > 0,05$) (Tablo 4.3.3.).

Hemşirelerin eğitim düzeyleri ile BY risk faktörleri, önleme girişimleri ve BY toplam bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Hemşirelerin eğitim düzeyleri ile BY evrelendirme, tedavi ve bakım girişi bilgi puanları arasında farklılık yoktur ($p > 0,05$) (Tablo 4.3.3.).

Hemşirelerin hizmet yılları ile BY risk faktörleri, önleme girişimleri, tedavi ve bakım girişimleri bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$). Hemşirelerin hizmet yılları ile BY evrelendirme ve toplam bilgi puanları arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$) (Tablo 4.3.3.).

Hemşirelerin ameliyathanede çalışma süresi ile BY risk faktörleri ve BY toplam bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Hemşirelerin ameliyathanede çalışma süresi ile BY önleme girişimi, evrelendirme, tedavi ve bakım girişimi bilgi puanları arasında farklılık yoktur ($p>0,05$) (Tablo 4.3.3.).

Hemşirelerin, temel hemşirelik eğitiminde BY eğitimi alma durumu ile BY risk faktörleri, önleme girişimi, evrelendirme, tedavi ve bakım girişimi, toplam bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.3.3.).

Hemşirelerin mezuniyet sonrası BY eğitimi alma, hasta güvenliğine ilişkin eğitim alma ve son üç yılda BY konusunda makale okuma durumları ile BY risk faktörleri, önleme girişimleri, evrelendirme, tedavi ve bakım girişimi ve toplam bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$) (Tablo 4.3.3.).

Hemşirelerin EPUAP/ NPUAP BY Hızlı Başvuru Rehberini okuma durumları ile BY risk faktörleri bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Hemşirelerin rehberi okuma durumları ile BY önleme girişimi, evrelendirme, tedavi ve bakım girişimi ve toplam bilgi puanları arasında farklılık yoktur ($p>0,05$) (Tablo 4.3.3.).

6.1.6. Hemşirelerin EPUAP/NPUAP BY Hızlı Başvuru Rehberini kaynak olarak kullanma ve BY riskini saptamak için ölçek ya da form kullanma durumları ile BY risk faktörleri, önleme girişimleri, evrelendirme, tedavi ve bakım girişimleri ve toplam bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.3.4.).

Hemşirelerin ameliyat süresince BY riskini değerlendirme durumları ile BY risk faktörleri, tedavi ve bakım girişimi bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Hemşirelerin ameliyat süresince

BY risk değerlendirme yapma durumları ile BY önleme ve evrelendirme girişimleri bilgi puanları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.3.4.).

Hemşirelerin BY'yi önlemeye yönelik girişimde bulunma durumları ile BY risk faktörleri bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Hemşirelerin BY'yi önlemeye yönelik girişimde bulunma durumları ile önleme girişimleri, evrelendirme, tedavi ve bakım ve toplam bilgi puanları arasında anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$). (Tablo 4.3.4.).

Hemşirelerin BY'yi önlemeye yönelik girişimleri kayıt altına alma durumları ile BY risk faktörleri, önleme girişimleri, evrelendirme, tedavi ve bakım ve toplam bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.3.4.).

6.1.7. Hemşirelerin yaş grupları, eğitim düzeyleri ve hizmet yılları ile ameliyat sırasında risk değerlendirmesi yapma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$) (Ek Tablo 1.).

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

6.2.1. Temel hemşirelik eğitim programlarında ve hizmet içi eğitimlerde BY konusunun yer alması,

6.2.2. Hizmet içi programlar kapsamında hemşirelerin alanları ile ilgili güncel gelişmeleri takip edebilecekleri bir yapının kurulması ve hemşirelerin uluslararası rehberlere ve konu ile ilgili makalelere erişimlerinin sağlanması,

6.2.3. BY'nin izleminde hastanın hastanede hizmet aldığı bütün birimlerde takibinin yapılmasını ve hasta ile ilgili bilginin sağlık personelleri arasında yazılı olarak paylaşımını sağlayan bütüncül bir yapının oluşturulması,

6.2.4. Hastanelerin ameliyat sürecindeki hastaların risk değerlendirmelerini yapacak uygun ölçekleri ya da kurumsal değerlendirme formlarını oluşturması,

6.2.5. Ameliyathane hemşirelerinin BY ile ilgili yapmış oldukları girişimlerin görünürlüğünü sağlayacak kayıt sistemlerinin oluşturulması önerilebilir.

7. KAYNAKLAR

1. Patient Safety. [İnternet]. [Erişim Tarihi: 25 Mayıs 2017]. Erişim adresi: <http://www.who.int/patientsafety/en/>.
2. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care [İnternet]. 2012 [Erişim Tarihi: 20 Mayıs 2017]. Erişim adresi: https://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2012/10/Standard8_Oct_2012_WEB.pdf
3. Choo TS, Hayter M, Watson R. The effectiveness of nutritional intervention(s) and the treatment of pressure ulcers—A systematic literature review. *International Journal of Nursing Practice*. 2013;19(1):19–27.
4. Demarre L, Verhaeghe S, Annemans L, Van Hecke A, Grypdonck M, Beeckman D. The cost of pressure ulcer prevention and treatment in hospitals and nursing homes in Flanders: a cost-of-illness study. *International Journal of Nursing Studies*. 2015;52(7):1166-79.
5. Giersbergen MY, Kaymakçı Ş. Ameliyathane Hemşireliği. İzmir: Meta Yayın; 2015.
6. Avrupa Basınç Ülseri Danışma Paneli - Ulusal Basınç Ülseri Danışma Paneli (EPUAP–NPUAP) Basınç ülserlerinin önlenmesi, hızlı başvuru kılavuzu. [İnternet]. 2009 (Erişim Tarihi: 25 Mayıs 2017). Erişim adresi: http://www.yoihd.org.tr/images/cust_files/110418091525.pdf
7. Lyder CH. Pressure ulcer prevention and management. *Annual Review of Nursing Research*. 2002;20(1):35-61.
8. The Association of perioperative registered nurses, education and solutions (AORN). [İnternet]. [Erişim Tarihi: 10 Mayıs 2017]. Erişim adresi: <http://www.aorn.org/education/facility-solutions/periop-101>.
9. Gül Ş. Cerrahi girişim uygulanan hastalarda basınç ülseri gelişiminin önlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2014;1(3):54-61.
10. Beğer T. Yoğun bakımda dekübit ülserleri; risk faktörleri ve önlenmesi. *Yoğun Bakım Dergisi*. 2004;4(4):244-253.
11. Lyder CH. Pressure ulcer prevention and management. *Annual Review of Nursing Research*. 2002;20(1):35-61.
12. Raju D, Su X, Patrician PA, Loan LA, McCarthy MS. Exploring factors associated with pressure ulcers: A data mining approach. *International Journal of Nursing Studies*. 2015;52(1):102-111.

13. Primiano M, Friend M, McClure, Nardi S, Fix L, Schafer M, et al. Pressure ulcer prevalence and risk factors during prolonged surgical procedures. *AORN Journal*. 2011;94(6):555-566.
14. Vanderwee K, Clark M, Dealey C, Gunningberg L, Defloor T. Pressure ulcer prevalence in Europe: A pilot study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2007;3(2):227-235.
15. Demirel M, Demiralp CÖ, Yormuk E. 2000-2005 yılları arası bası yaraları: klinik deneyimler. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*. 2007;60:81-7.
16. Karadag M, Gümüşkaya N. The incidence of pressure ulcers in surgical patients: a sample hospital in Turkey. *Journal of Clinical Nursing*. 2006;15(4):413-421.
17. Akın S, Karan MA. Bası yaraları. *İç Hastalıkları Dergisi*. 2011;18:83-903.
18. Schoonhoven L, Defloor T, Grypdonck M. Incidence of pressure ulcers due to surgery. *Journal of Clinical Nursing*. 2002;11(4):479-487.
19. Ortak T, Özdemir R, Taner ÖF, Şensöz Ö. Bası yarası bulunan 476 hastanın etiyolojik ve cerrahi olarak değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*. 2003;23(1):18-22.
20. Rogan J. Pressure ulcer risk during the perioperative period focusing on surgery duration and hypothermia. *Wounds UK*. 2012;3(4):66-74.
21. Sharon A. Intraoperatively acquired pressure ulcer prevalence; a national study. *JWOVCN*. 1999;26:130-6.
22. Karadağ A. Basınç ülserleri: değerlendirme, önleme ve tedavi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2003;7(2).
23. Pan Pacific Clinical Practice Guideline for the Prevention and Management of Pressure Injury. [İnternet]. 2012 [Erişim Tarihi: 25 Mayıs 2017]. Erişim adresi: http://www.woundsaustralia.com.au/publications/2012_AWMA_Pan_Pacific_Abridged_Guideline.pdf
24. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. [İnternet]. 2016 [Erişim Tarihi: 25 Mayıs 2017]. Erişim adresi: <http://www.npuap.org/wp-content/uploads/2014/08/Quick-Reference-Guide-DIGITAL-NPUAP-EPUAP-PPPIA-Jan2016.pdf>
25. Çelik ŞS, Erdil F. Yaşlı hastada bası yaraları nasıl önlenir? [İnternet]. 2007 [Erişim Tarihi: 15 Mayıs 2017] . Erişim Adresi: <http://www.gebam.hacettepe.edu.tr/bultenler/gebambulten2007.pdf> .
26. Armstrong D, Bortz P. An integrative review of pressure relief in surgical patients. *AORN Journal*. 2001;73(3):645-674.

27. Akyol AD. Intervention studies for prevention of pressure ulcers in Turkey: A literature review. *International Nursing Review*. 2006;53(4):308-316.
28. Baktıroğlu S, Aktaş Ş. *Kronik Yarada Güncel Yaklaşımlar*. İstanbul;2013.
29. Shen WQ, Chen HL, Xu YH, Zhang Q, Wu J. The relationship between length of surgery and the incidence of pressure ulcers in cardiovascular surgical patients: a retrospective study. *Advances in Skin and Wound Care*. 2015;28(10):444-450.
30. Tschannen D, Bates O, Talsma A, Guo Y. Patient-specific and surgical characteristics in the development of pressure ulcers. *American Journal of Critical Care*. 2012;21(2):116-125.
31. Manorama A, Meyer R, Wiseman R, Bush TR. Quantifying the effects of external shear loads on arterial and venous blood flow: implications for pressure ulcer development. *Clinical Biomechanics*. 2013;28(5):574-578.
32. Sürtünme. [İnternet]. [Erişim Tarihi: 25 Mayıs 2017]. Erişim adresi: <http://www.tdk.gov.tr/>
33. Çelik ŞS. Bası yaralarında geriatri hemşiresi. Arnoğlu S. *Geriatric ve Gerontoloji*. Ankara: MN Medikal ve Nobel Yay.; 2006.
34. Dentlinger N, Ramdin V, Çelik S, Yeşilbalkan ÖU. *Dâhili ve Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği*. Ankara: Nobel Akademik Yay.; 2015.
35. Pressure Injury Prevention Points. [İnternet]. [Erişim tarihi: 15 Ocak 2018]. Erişim adresi: <http://www.npuap.org/wp-content/uploads/2016/04/Pressure-Injury-Prevention-Points-2016.pdf>.
36. Lindgren M, Unosson M, Krantz AM, Ek AC. Pressure ulcer risk factors in patients undergoing surgery. *Journal of Advanced Nursing*. 2005;50(6):605-612.
37. Ayello EA, Lyder CH. A new era of pressure ulcer accountability in acute care. *Advances in Skin and Wound Care*. 2008;21(3):134-140.
38. Munro CA. The development of a pressure ulcer risk-assessment scale for perioperative patients. *AORN Journal*. 2010;92(3):272-287.
39. Webster J, Lister C, Corry J, Holland M, Coleman K, Marquart L. Incidence and risk factors for surgically acquired pressure ulcers: a prospective cohort study investigators. *Journal of Wound Ostomy and Continence Nursing*. 2015;42(2):138-144.
40. Yoshimura M, Nakagami G, Iizaka S, Yoshida M, Uehata Y, Kohno M, et al. Microclimate is an independent risk factor for the development of intraoperatively acquired pressure ulcers in the park-bench position: A

- prospective observational study. *Wound Repair and Regeneration*. 2015;23(6):939-947.
41. Lynn P, Bektaş H. Taylor klinik hemşirelik becerileri. 3. baskı. Ankara: Nobel yay. 2015
 42. Moore Z, Patton D, Rhodes S, O'connor T. Subepidermal moisture (SEM) and bioimpedance: a literature review of a novel method for early detection of pressure induced tissue damage (pressure ulcers). *International Wound Journal*. 2017;14(2):3.
 43. Ozcan O, Erdal H, Yonden Z. İskemi-reperfüzyon hasarı ve oksidatif stres ilişkisine biyokimyasal bakış. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*. 2015;6(23):27-33.
 44. Guyton AC, Hall JE. Tıbbi Fizyoloji. 11. baskı. Ankara: Nobel Yay.; 2007.
 45. Baines CP. The mitochondrial permeability transition pore and ischemia-reperfusion injury. *Basic Res Cardiol*. 2009;104:181–8.
 46. Dealey C, Lindholm C. Pressure ulcer classification. In *Science and practice of pressure ulcer management*. [İnternet]. [Erişim tarihi: 15 Ocak 2018]. Erişim adresi: https://link.springer.com/chapter/10.1007/1-84628-134-2_5
 47. Doran DM. *Nursin outcomes state of the science*. Second edition. London: Jones and Bartlett Press; 2011
 48. Preventing Pressure Ulcers in Hospitals. [İnternet]. [Erişim tarihi: 15 Ocak 2018]. Erişim adresi: <https://www.ahrq.gov/professionals/systems/hospital/pressureulcertoolkit/putool3.htm>.
 49. Pınar R, Oğuz S. Norton ve Braden Bası Yarası Değerlendirme Ölçeklerinin Yatağa Bağımlı Aynı Hasta Grubunda Güvenirlilik ve Geçerliğinin Sınanması. Uluslararası Katılımlı VI. Ulusal Hemşirelik Kongresi. Kongre Kitabı. Ankara:1998;s:172-5.
 50. Avşar P. Hemşirelerin Braden ve Waterlow basınç ülseri risk değerlendirme ölçekleri'ne ilişkin görüşleri. [Yüksek Lisans Tezi]. Ankara: Gazi Üniversitesi; 2012.
 51. Gosnell DJ. Pressure sore risk assessment a critique partı the gosnell scale. *Advances in Skin and Wound Care*. 1989;2(3):32-39.
 52. Mallah Z, Nassar N, Badr LK. The effectiveness of a pressure ulcer intervention program on the prevalence of hospital acquired pressure ulcers: controlled before and after study. *Applied Nursing Research*. 2015;28(2):106-113.

53. Karadakovan A, Eti Aslan F. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. 3. baskı. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 2014.
54. Ananthapadmanabhan KP, Moore DJ, Subramanyan K, Misra M, Meyer F. Cleansing without compromise: the impact of cleansers on the skin barrier and the technology of mild cleansing. *Dermatologic Therapy*. 2004;17(s1):16-25.
55. Duimel Peeters IG, Hulsenboom M, Berger MP, Snoeckx LH, Halfens RJ. Massage to prevent pressure ulcers: knowledge, beliefs and practice. A cross-sectional study among nurses in the Netherlands in 1991 and 2003. *Journal of Clinical Nursing*. 2006;15(4):428
56. Nutrition Guidelines for Pressure Ulcer Prevention and Treatment: Featuring the 2014 NPUAP/EPUAP/PPPIA International Guidelines. [İnternet]. [Erişim tarihi: 15 Ocak 2018]. Erişim adresi: <https://www.eatwellmd.org/docs/2015%20Annual%20Meeting/2015%20Annual%20Meeting/2015%20Handouts%20-%20Nutrition%20for%20Pressure%20Ulcers-Becky%20Dorner.pdf>
57. Fry DE, Pine M, Jones BL, Meimban RJ. Patient characteristics and the occurrence of never events. *Archives of Surgery*. 2010;145(2):148-151.
58. Van Anholt RD, Sobotka L, Meijer EP, Heyman H, Groen HW, Topinkova E, et al. Specific nutritional support accelerates pressure ulcer healing and reduces wound care intensity in non-malnourished patients. *Nutrition*. 2010;26(9):867-872.
59. Defloor T. The effect of position and mattress on interface pressure. *Applied nursing research*. 2000;13(1):2-11.
60. Uçak H. Yönetim Organizasyon: Ameliyathane Yönetim Organizasyon İle Cerrahi Uygulamalar. İzmir: Kongre yay.; 2016.
61. Bishop P. Position the patient. 2009. İçinde: Giersbergen MY, Kaymakçı Ş. Ameliyathane Hemşireliği. İzmir: Meta Yayın; 2015.
62. Watson SD. Peroperative Safety. Missouri: Mosby elsevier; 2011.
63. Yusuf S, Okuwa M, Shigeta Y, Dai M, Iuchi T, Rahman S, et al. Microclimate and development of pressure ulcers and superficial skin changes. *International Wound Journal*. 2015;12(1):40-46.
64. McInnes E, Jammali-Blasi A, Bell-Syer SE, Dumville JC, Cullum N. Support surfaces for pressure ulcer prevention. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011; 4.
65. Kirazlı Y. Bası Yarası. *Türkiye Klinikleri Journal of Physical Medicine Rehabilitation*. 2001;1(2):110-120.

66. McInnes E, Jammali-Blasi A, Bell-Syer SE, Dumville JC, Cullum N. Support surfaces for pressure ulcer prevention. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011; 4.
67. Johnson C, Renwick C, Parkinson J, Burn K, Colledge D. Prophylactic dressing use to prevent heel ulceration in post-epidural orthopaedic patients. *Wounds UK*. 2018;14(1).
68. Beeckman D, Schoonhoven L, Fletcher J, Furtado K, Heyman H, Paquay L, et al. Pressure ulcers and incontinence-associated dermatitis: effectiveness of the Pressure Ulcer Classification education tool on classification by nurses. *Qual Saf Health Care*. 2010;19(5).
69. Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N. *Cerrahi hemşireliği*. İstanbul: Nobel yay. ; 2012.
70. Tachibana T, Imafuku S, Irisawa R, Ohtsuka M, Kadono T, Fujiwara H, et al. The wound/burn guidelines – 2: Guidelines for the diagnosis and treatment for pressure ulcers. *Journal of Dermatology*. 2016;43:469–506.
71. Van Beek SDJ. Hipotermiyi önlemeye ve tedavi etmeye yönelik klavuz: başarılı ısı yönetimi. [İnternet]. 2013 [Erişim tarihi: 22 Mayıs 2018] Erişim adresi: <file:///C:/Users/fatma/Desktop/Successful-Temperature-Management-booklet-Second-Edition-Turkish.pdf>.
72. Akyolcu N, Kanan N. *Yara ve stoma bakımı*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2015.
73. Hemşirelik yönetmeliğinde değişiklik yapılmasına dair yönetmelik. [İnternet]. 2011 [Erişim Tarihi 10 Nisan 2018]. Erişim adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm>
74. Stoma ve yara bakım hemşireliği. [İnternet]. 2015 [Erişim Tarihi 10 Nisan 2018]. Erişim adresi: <https://khgm.saglik.gov.tr/Dosyalar/2079754cb9d8407ca1df71346c8a1648.pdf>
75. Karadağ A. Yara bakım hemşiresi görev ve sorumlulukları. [İnternet]. [Erişim Tarihi 10 Nisan 2018] Erişim adresi: <http://www.klimik.org.tr/wp-content/uploads/2017/10/Yara-Bak%C4%B1m-Hem%C5%9Firesi-G%C3%B6rev-ve-Sorumluluklar%C4%B1-Ayi%C5%9Fe-KARADA%C4%9E.pdf>
76. Özsoy S, Ateş E, Konal E. Türkiye' de hemşirelik dernekleri ve internet ortamındaki profilleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2016;32(3):50-64.
77. Mwebaza I, Katende G, Groves S, Nankumbi J. Nurses' knowledge, practices, and barriers in care of patients with pressure ulcers in a Ugandan teaching hospital. *Nursing Research and Practice*. 2014;2:

78. Aslan A, Van Giersbergen MY. Nurses' attitudes towards pressure ulcer prevention in Turkey. *Journal of Tissue Viability*. 2016;25(1):66-73.
79. Akese MI, Adejumo PO, Ilesanmi RE, Obilor HN. Assessment of nurses' knowledge on evidence-based preventive practices for pressure ulcer risk reduction in patients with impaired mobility. *Medical Science*. 2014;43:51-258.
80. Gul A, Andsoy II, Ozkaya B, 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.
81. Gunningberg L, Martensson G, Mamhidir AG, Florin J, Muntlin Athlin A, Baath C. Pressure ulcer knowledge of registered nurses, assistant nurses and student nurses: a descriptive, comparative multicentre study in Sweden. *International Wound Journal*. 2015;12(4):462-468.
82. Beeckman D, Defloor T, Schoonhoven L, 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.
83. Tallier PC, Reineke PR, Asadoorian K, Choonoo JG, Campo M et all. Perioperative registered nurses knowledge, attitudes, behaviors, and barriers regarding pressure ulcer prevention in perioperative patients. *Applied Nursing Research*. 2017;36:106-110.
84. Özdelikara A, Ağaçdiken S, Aydın E. Hemşirelik öğrencilerinin meslek seçimi ve etkileyen faktörler. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2016;7:3
85. Kallman U, Suserud BO. Knowledge, attitudes and practice among nursing staff concerning pressure ulcer prevention and treatment—a survey in a Swedish healthcare setting. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2009;23(2):334-341.
86. Samuriwo R, Dowding D. Nurses' pressure ulcer related judgements and decisions in clinical practice: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies*. 2014;51(12):1667-1685.
87. Ilesanmi RE, Olabisi P. Assessment of common interventions and perceived barriers to pressure ulcer prevention in southwest Nigeria. *Journal of Wound Ostomy and Continence Nursing*. 2014;41(3):242-246.
88. Sving E, Idvall E, Högberg H, Gunningberg L. Factors contributing to evidence-based pressure ulcer prevention. A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*. 2014;51(5):717-725.

89. Jankowski IM, Nadzam DM. Identifying gaps, barriers and solutions to implementing pressure ulcer prevention programs. *Commission Qual Patient Saf.* 2011;37(6):253-264.
90. Strand T, Lindgren M. Knowledge, attitude and barriers towards prevention of pressure ulcer in intensive care units: a descriptive cross sectional study. *Intensive Crit Care Nurs.* 2010;26(6)3:35-342 .
91. Tubaishat A, Aljezawi M, Al Qadire M. Nurses' attitudes and perceived barriers to pressure ulcer prevention in Jordan. *Journal of Wound Care.* 2013;22(9):490-497.
92. Galvao NS, Serique MAB, Santos VLCDG, Nogueira PC. Knowledge of the nursing team on pressure ulcer prevention. *Revista Brasileira de Enfermagem.* 2017;70(2):294-300.
93. Iranmanesh S, Tafti AA, Rafiei H, Dehghan M, Razban F. Orthopaedic nurses' knowledge about pressure ulcers in Iran: a cross-sectional study. *Journal of Wound Care.* 2013;22(3):138-143.
94. Lawrence P, Fulbrook P, Miles S. A survey of Australian nurses' knowledge of pressure injury/pressure ulcer management. *Journal of Wound Ostomy and Continence Nursing.* 2015;42(5):450-460.
95. Chianca TCM, Rezende JFP, Borges EL, Nogueira VL, Caliri ML. Pressure ulcer knowledge among nurses in a Brazilian university hospital. *Ostomy Wound Manage.* 2010;56(10):58-64.
96. Bales I, Padwojski A. Reaching for the mtjxn: achieving zero pressure ulcer prevalence. *Journal of Wound Care.* 2009;18(4):137-144.
97. Saleh MY, Qaddumi JAS, Anthony D. An interventional study on the effects of pressure ulcer education on Jordanian registered nurses' knowledge and practice. *Procedia-Social and Behavioral Sciences.* 2012;47:2196-2206.
98. Zulkowski K, Ayello EA, Wexler S. Certification and education: do they affect pressure ulcer knowledge in nursing. *Advances in Skin and Wound Care.* 2007;20(1):34-38.

8. EKLER

EK-1. Ameliyathane Hemşirelerinin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ameliyatta Risk Değerlendirme Durumları (N=234)

Değişken	Ameliyatta risk değerlendirmesi yapma durumu		İstatistiksel analiz* Olasılık
	Evet (n=99)	Hayır (n=135)	
Yaş			
30 yaş ve altı	23 (%23,2)	23 (%17,0)	$\chi^2=10,584$ p=0,014
31-35 yaş	29 (%29,3)	27 (%20,0)	
36-40 yaş	34 (%34,3)	44 (%32,6)	
41 yaş ve üzeri	13 (%13,2)	41 (%30,4)	
Cinsiyet			
Kadın	88 (%88,9)	126 (%93,3)	$\chi^2=1,443$ p=0,230
Erkek	11 (%11,1)	9 (%6,7)	
Eğitim düzeyi			
Sağlık meslek lisesi	4 (%4,1)	12 (%8,9)	$\chi^2=8,480$ p=0,037
Ön lisans	9 (%9,1)	27 (%20,0)	
Lisans	72 (%72,7)	83 (%61,5)	
Yüksek lisans ve üzeri	14 (%14,1)	13 (%9,6)	
Hizmet yılı			
5 yıl ve altı	11 (%11,1)	11 (%8,2)	$\chi^2=16,580$ p=0,002
6-10 yıl	32 (%32,3)	28 (%20,7)	
11-15 yıl	32 (%32,3)	28 (%20,7)	
16-20 yıl	9 (%9,1)	29 (%21,5)	
21 yıl ve üzeri	15 (%15,2)	39 (%28,9)	
Ameliyathane yılı			
5 yıl ve altı	37 (%37,3)	52 (%38,6)	$\chi^2=2,013$ p=0,733
6-10 yıl	28 (%28,3)	33 (%24,4)	
11-15 yıl	23 (%23,2)	28 (%20,0)	
16-20 yıl	5 (%5,1)	10 (%7,4)	
21 yıl ve üzeri	6 (%6,1)	13 (%9,6)	
Eğitimde BY eğitimi alma			
Evet	70 (%70,7)	86 (%63,7)	$\chi^2=1,261$ p=0,262
Hayır	29 (%29,3)	49 (%36,3)	
Mezuniyet sonrası BY eğitimi			
Evet	39 (%39,4)	58 (%43,0)	$\chi^2=0,300$ p=0,584
Hayır	60 (%60,6)	77 (%57,0)	
Hasta güvenliği eğitimi alma			
Evet	65 (%65,7)	74 (%54,8)	$\chi^2=2,784$ p=0,095
Hayır	34 (%34,3)	61 (%45,2)	

*İki nitel değişkenin birbiriyle ilişkilerinin incelenmesinde beklenen değer düzeylerine göre “ χ^2 -çapraz tabloları” kullanılmıştır.

**EK-2. Araştırmaya Katılmayı Kabul Eden Hemşirelerden Alınan Aydınlatılmış
Yazılı Onam Formu**

Değerli Meslektaşım,

“Ameliyathane Hemşirelerinin Basınç Yaralanmalarını Önlemeye Yönelik Bilgi ve Uygulamaları” başlıklı bu araştırma, Hacettepe Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı tarafından yüksek lisans tezi çalışması olarak yürütülmektedir.

Araştırma ameliyathane hemşirelerinin basınç yaralanmalarının önlenmesine yönelik bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi amacıyla planlanmıştır. Sizin yanıtlarınızdan elde edilecek sonuçlar basınç yaralanmalarının önlenmesine yönelik çalışmalarda yol gösterici olacak ve basınç yaralanmasını önlemeye yönelik eğitimlerin, protokollerin düzenlenmesinde dayanak oluşturacaktır. Bu nedenle soruların tümüne içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Araştırmaya katılmanız **gönüllülük esasına** dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla (veya bilimsel amaçlar için) kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldururken istemezseniz son verebilirsiniz.

Anket formuna adınızı ve soyadınızı yazmaviniz.

Bu araştırma kapsamında sizden, Ameliyathane Hemşirelerinin Tanıtıcı Özelliklerinin, Basınç Yaralanmalarını Önlemeye Yönelik Uygulamalarının ve Basınç Yaralanmaları Hakkında Bilgi Durumlarının Değerlendirildiği, anket formunu doldurmanız beklenmektedir. Anketi doldurmanız en fazla 15-20 dakikanızı alacaktır. Sorulara vereceğiniz yanıtlar, araştırma sonucunu doğrudan etkileyeceği için içtenlikle yanıtlamanız ve soruları boş bırakmamanız oldukça önemlidir. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde "Araştırmaya Katılmayı Kabul Ediyorum" ifadesinin yanındaki kutucuğu işaretlemeniz, formları doldurup zarf içerisinde araştırmacıya teslim etmeniz rica olunur.

İşbirliğiniz için teşekkür ederim.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişiler ile iletişim kurabilirsiniz:

Sorumlu öğretim üyesinin adı, soyadı:

Prof. Dr. Sevilay ŞENOL ÇELİK Telefon: (0312) 305 15 80-114

Arş. Gör. Fatma CEBECİ

Telefon:03123051580-128 / 05453215207

Email:fatmacebeci52@gmail.com

Katılımcının Beyanı

Sayın Arş. Gör. Fatma Cebeci tarafından, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı tarafından

yürütülen bu araştırma ile ilgili olarak yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine büyük özen ve saygı ile yaklaşılabacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı hususunda bana yeterli güven verildi.

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu imzalayınız ve devam ediniz.

☐

Araştırma Katılmayı Kabul Ediyorum.

Tarih



EK- 3. Hemşireleri Tanıtıcı Özellikler Formu

**AMELİYATHANE HEMŞİRELERİNİN BASINÇ YARALANMALARINI
ÖNLEMeye YÖNELİK BİLGİ VE UYGULAMALARI**

BÖLÜM 1: HEMŞİRELERİN TANITICI ÖZELLİKLERİ

1. Yaş
2. Cinsiyet a) Kadın b) Erkek
3. Mezun olduğu okul
 - a) Sağlık meslek lisesi
 - b) Önlisans
 - c) Lisans
 - d) Yüksek lisans
 - e) Doktora
 - f) Diğer açıklayınız :.....
4. Toplam çalışma süresi (Yıl) :.....
5. Ameliyathanede çalışma süresi (Yıl) :.....
6. Ameliyathanede çalıştığınız birimi belirtiniz.
 - a) Genel cerrahi
 - b) Kadın hastalıkları ve doğum
 - c) Göğüs cerrahisi
 - d) Kalp damar cerrahisi
 - e) Kulak burun boğaz
 - f) Beyin cerrahisi
 - g) Ortopedi
 - h) Plastik ve rekonstrüktif cerrahi
 - i) Göz hastalıkları
 - j) Üroloji
 - k) Çocuk cerrahisi
 - l) Acil
 - m) Diğer (Açıklayınız) :.....
7. Temel hemşirelik eğitiminizde basınç yaralanmasıyla ilgili eğitim aldınız mı?
 - a) Evet (Toplam saat:.....)
 - b) Hayır
8. Mezuniyet sonrası basınç yaralanması ile ilgili eğitim aldınız mı?
 - a) Evet
 - b) Hayır (10. soruya geçiniz)
9. Bu eğitimin özelliği nedir? Almış olduğunuz eğitim/ eğitimlerin tarihlerini yanına yazınız.

() Oryantasyon programı

Tarih:

() Hizmet içi eğitim

Tarih:

- () Sertifika programı
() Diğer (Açıklayınız)

Tarih:
Tarih:

10. Hasta güvenliğine ilişkin son 3 yılda eğitim aldınız mı/ kongre vb. katıldınız mı?

- a) Evet (Açıklayınız) :.....
b) Hayır

11. Son 3 yılda basınç yaralanmasıyla ilgili makale okudunuz mu?

- a) Evet (Açıklayınız) :.....
b) Hayır

12. Amerikan Ulusal Basınç Ülseri Danışmanlık Paneli (National Pressure Ulcer Advisory Panel) (NPUAP) ve Avrupa Basınç Ülserleri Danışma Paneli (EPUAP) tarafından oluşturulup geliştirilen EPUAP ve NPUAP Basınç Yaralanması Hızlı Başvuru Rehberi'ni okudunuz mu?

- () Evet () Hayır

EK-4. Hemşirelerin Basınç Yaralanmalarını Önlemeye Yönelik Uygulamaları
Formu

BÖLÜM 2: HEMŞİRELERİN BASINÇ YARALANMALARINI ÖNLEMeye YÖNELİK UYGULAMALARI

13. Ameliyathanenizde EPUAP ve NPUAP Basınç Yaralanması Hızlı Başvuru Rehberi’ni kaynak olarak kullanıyor musunuz?

() Evet () Hayır

14. Ameliyathanenizde basınç yaralanması riskinin belirlenmesinde bir ölçek ya da değerlendirme formu kullanılıyor mu?

() Evet (Açıklayınız) :..... () Hayır

15. Basınç yaralanma riski yüksek olan hastaların ameliyathaneye teslimi sırasında, “basınç yaralanması riski yüksektir” bilgisi veriliyor mu?

() Hayır

() Evet, Yazılı olarak Sözlü olarak..... Yazılı ve sözlü olarak

16. Ameliyat süresince hastalarınıza basınç yaralanmasına yönelik risk değerlendirmesi yapıyor musunuz?

() Hayır (Nedenlerini yazınız).....

() Evet

17. Ameliyat süresince hastalarınıza basınç yaralanmasını önlemeye yönelik girişimler yapıyor musunuz?

() Hayır (Nedenlerini yazınız).....

() Evet (Girişimleri yazınız).....

18. Hastanıza yapmış olduğunuz basınç yaralanması risk değerlendirmesini ve basınç yaralanmasını önlemeye yönelik girişimleri, ameliyat sonrası dönemde kayıt altına alıyor

() Hayır (Nedenlerini yazınız).....

() Evet

EK- 5. Ameliyathane Hemşirelerinin Basınç Yaralanmaları Hakkında Bilgi Durumları Formu

BÖLÜM 3: AMELİYATHANE HEMŞİRELERİNİN BASINÇ YARALANMALARI HAKKINDA BİLGİ DURUMLARI VE UYGULAMALARI

Tema 1: Risk Faktörleri (1-5 soru)

Vaka 1: Femur boyun kırığı nedeniyle total kalça protezi (TKP) yapılması planlanan 72 yaşındaki Ayşe Hanım ameliyathane hemşiresine teslim edilmiştir. Hemşire dosyadan, Ayşe Hanım'ın Braden Ölçeği puanının 11, hemoglobin değerinin 9 ve tip 1 diyabeti olduğu bilgisini elde etmiştir. Hastaya genel anestezi altında ve lateral (yan) pozisyonunda TKP uygulanmıştır. Hastanın ameliyatı 4 saat sürmüş olup, ameliyat süresince arteriyel kan basıncı ortalama 90/60 mm Hg ve toplamda 100 ml kanaması olmuştur. Hasta, hipotermi bulguları ile derleme/ayılma ünitesine alınmıştır.

Bu bilgiler ışığında 1-5. soruları cevaplayınız.

Soru 1: Aşağıdaki seçeneklerden hangisi Ayşe Hanım'ın basınç yaralanması riskini gösterir?

- a. Yüksek risk
- b. Riskli
- c. Düşük risk
- d. Çok düşük riskli
- e. Risk yoktur

Soru 2: Aşağıdaki seçeneklerden hangisi Ayşe Hanım için basınç yaralanması risk faktörlerinden biri **değildir**?

- a. Yaşın 72 olması
- b. Tip 1 diyabetin olması
- c. Düşük hemoglobin düzeyi
- d. Cinsiyet
- e. Braden ölçeği puanının 11 olması

Soru 3: Aşağıdaki seçeneklerden hangisi ameliyathane hemşiresinin, basınç yaralanmasına yönelik öngörmesi gereken risk faktörlerindendir?

- I. İdrar ve gaita inkontinansına bağlı derinin ıslanması
- II. Tıbbi araç-gereçlere bağlı oluşabilecek basınç
- III. İrrigasyon ve dezenfektan solüsyonlara bağlı derinin nemliliğinin artması
- IV. Hastanın ameliyat masasındaki pozisyonu
- V. Hipotansiyon

- a) I, II ve III b) II, III ve IV c) I, III, IV ve V
d) I, II, IV ve V e) I, II, III, IV ve V

Soru 4: Aşağıdaki seçeneklerden hangisi Ayşe Hanım'ın ameliyat sırasında karşılaştığı risk faktörlerinden biri değildir?

- a. Ameliyatın 4 saat sürmesi
b. Hipotermi
c. Ameliyatın genel anestezi ile gerçekleştirilmesi
d. Ameliyat süresince 100 ml kanama olması
e. Ortalama arteriyel kan basıncının 90/60 mm Hg olması

Soru 5: Aşağıda Ayşe Hanım'a verilen lateral pozisyonla ilgili ifadeler yer almaktadır. Doğru olan seçeneği işaretleyiniz.

- a. Basınç yaralanmaları açısından risk taşımaz
b. Topuk ve sakrum bölgelerinde basınç yaralanması gelişme riski yüksektir
c. Malleoller, trokanterler, kostalar ve meme basınç altında kalır
d. Üste kalan kulakta basınç yaralanması gelişme riski yüksektir
e. Medial ve lateral kondillerde basınç yaralanması riski söz konusu değildir

Tema 2: Basınç Yaralanmalarını Önlemeye Yönelik Girişimler (6-10)

Vaka 2: Hemipleji nedeniyle 10 yıldır yatağa bağımlı olan ve genel cerrahi kliniğinde yatan Ahmet Bey'e, ileus nedeniyle nazogastrik sonda takılmıştır. Sigmoid kanser tanısı konulan hasta ameliyathaneye nakledilmiş, hastaya standart ameliyat masasında supine pozisyonu verilmiştir. Genel anestezi altında bağırsak rezeksiyonu ve primer anastomoz yapıldıktan sonra batın içi 1500 cc izotonik ile yıkanarak ameliyat sonlandırılmıştır. Ameliyat toplam 5 saat sürmüştür. Ameliyat sonrası cerrahi örtüler kaldırıldığında hastanın altında irrigasyon sıvılarının göllendiği ve derinin masere (ıslaklığa bağlı deride yumuşama ve bozulma) olduğu, basınç noktalarında da kızarıklık olduğu gözlemlenmiştir.

Bu bilgiler ışığında 6- 10. soruları cevaplayınız.

Soru 6: Aşağıda Ahmet Bey için basınç yaralanmalarının önlenmesine ilişkin girişimler verilmiştir. Yanlış olan seçeneği işaretleyiniz.

- a. Ameliyat öncesi ve sonrası deri değerlendirilmesinin yapılması
b. İdrar inkontinansının sonda takılarak önlenmesi
c. Irrigasyon ve dezenfektan solüsyonlara bağlı ıslaklığın önlenmesi
d. Masere olan alanın yumuşatıcı ürünlerle ovulması
e. Kızarıklık olan basınç bölgelerine masaj yapılmaması

Soru 7: Aşağıda Ahmet Bey için basınç yaralanmalarının önlenmesine ilişkin girişimler verilmiştir. **Yanlış** olan seçeneği işaretleyiniz.

- a. Ameliyat pozisyonu kaydedilip, mümkünse ameliyat sonrasında farklı pozisyon verilir
- b. Kafanın arka kısmı (oksiput bölge) basınçtan korunur
- c. Topuklar tamamen elevasyona alınır
- d. Sakrum, dirsekler ve kürek kemiği için basıncı yeniden dağıtan şilte (destek yüzeyi) kullanılır
- e. Pozisyon verirken hasta sürüklenerek taşınır

Soru 8: Aşağıda Ahmet Bey için basınç yaralanmalarının önlenmesine ilişkin girişimler verilmiştir. **Doğru** olan seçeneği işaretleyiniz.

- a. Kafanın arka kısmı (oksiput) ve koksiks simit ya da halka ile korunur
- b. Eller ve dirsekler simit ya da halka ile desteklenerek sabitlenir
- c. Standart ameliyat masası kullanımı yeterlidir
- d. Ameliyat masasına basıncı yeniden dağıtan bir şilte (destek yüzeyi) konulur
- e. Topukların altına plastik su torbaları yerleştirilir

Soru 9: Aşağıda Ahmet Bey’de nazogastrik sonda nedeniyle basınç yaralanması gelişmemesi için girişimler verilmiştir. **Yanlış** olan seçeneği işaretleyiniz.

- a. NG sonda altında kalan cilt temiz ve kuru tutulur
- b. NG sondaya belirli aralarla pozisyon verilir
- c. NG sonda uygun şekilde desteklenir
- d. NG sonda için koruyucu kılıflar kullanılır
- e. NG sonda sıkıca sabitlenir

Soru 10: Aşağıda Ahmet Bey için basınç yaralanmalarını önlemeye yönelik girişimler verilmiştir. **Yanlış** olan seçeneği işaretleyiniz.

- a. Hastanın kan kaybı önlenir
- b. Sıvı elektrolit dengesi sağlanır
- c. Ödem yönünden değerlendirilir
- d. Hasta nazogastrik tüp ile enteral beslenir
- e. Arteriyel kan basıncı düzenlenir

Tema 3: Basınç Yaralanmalarının Evrelendirilmesi (11-14)

Vaka 3: Koroner arter bypass greft ameliyatı yapılmak üzere ameliyathaneye nakledilen Hilmi Bey’in dosyasında, sakrum bölgesinde Evre III basınç yaralanması olduğu bilgisi mevcuttur. Hasta, jel ile destekli standart ameliyat masasında ameliyat edilmiştir. Ameliyathane hemşiresi Hilmi Bey’in ameliyat sonrası değerlendirmesinde sakrum bölgesinde kas

dokusunun görüldüğünü fark etmiştir. Hastanın dirsek bölgesinde de Evre I basınç yarası oluşmuştur.

Bu bilgiler ışığında 11-14. soruları cevaplayınız.

Soru 11: Aşağıdaki seçeneklerden hangisi dirsek bölgesinde Evre I basınç yaralanması olan hastanın durumunu **doğru** olarak tanımlar?

- a. İçi sıvı dolu büllerin olması
- b. Parmakla basıldığında solmayan kızarıklık
- c. Deride mor veya kahverengi renk değişikliği
- d. Epidermis ve dermisi içeren tam deri kaybı
- e. Kas, fasya, kemik ve tendonların etkilenmesi

Soru 12: Aşağıdaki seçeneklerden hangisi sakrum bölgesinde Evre III basınç yaralanması olan hastanın durumunu **doğru** olarak tanımlar?

- a. Yağ dokusunun görülmediği dermis tabakasının kısmi kaybı
- b. Epidermis ile dermisi içeren tam deri kaybı ve yağ dokunun görülmesi
- c. Kas, kemik, tendon ve fasyanın palpe edilebildiği doku kaybı
- d. İçi sıvı dolu büllerin olması
- e. Deride mor veya kahverengi renk değişikliği

Soru 13: Sakrum bölgesindeki basınç yaralanmasında kas dokusunun görüldüğünü fark eden ameliyathane hemşiresi, hastanın basınç yaralanmasını **kaçıncı evre** olarak değerlendirmelidir?

- a. Evre I
- b. Evre II
- c. Evre III
- d. Evre IV
- e. Derin doku basınç yaralanması

Soru 14: Aşağıda nekrotik doku içeren basınç yaralanmasıyla ilgili ifadeler yer verilmiştir. **Yanlış** olan seçeneği işaretleyiniz.

- a. Evre III ve IV'te nekrotik dokular bulunur
- b. Evrelendirilemeyen basınç yaralanmalarında nekrotik dokular bulunur
- c. Evre I'de nekrotik dokular bulunmaz
- d. Sadece Evre IV 'te nekrotik dokular bulunur
- e. Evre II'de nekrotik dokular bulunmaz

Tema 4: Basınç Yaralanmalarının Tedavi ve Bakımına Yönelik Girişimler (15-20)

Vaka 4: Tip 1 diyabetes mellitusu ve beden kitle indeksi 32 olan Sevgi Hanım, sakrum bölgesinde bulunan basınç yaralanmasının cerrahi debritlemesi için ameliyathaneye gönderilmiştir. Ameliyathane hemşiresi, Sevgi Hanım'ın sakrum bölgesinde bol eksudalı (beyaz kan hücreleri, hücre atıklar ve serum içeren yara sıvısı), kötü kokulu, nekrotik dokulu basınç yaralanması olduğunu ve topuk bölgesinde de içi sıvı dolu büllelerin bulunduğunu görmüştür. Hastanın sakrum bölgesindeki basınç yaralanması için cerrahi debritleme yapılmıştır.

Bu bilgiler ışığında 15-20. soruları cevaplayınız.

Soru 15: Aşağıdaki seçeneklerden hangisi hastanın topuk bölgesinde gelişen basınç yaralanması için yapılması gereken bir uygulamadır?

- a. Transparan film örtüleri kullanılmalı
- b. Halka veya simit kullanılarak desteklenmeli
- c. İntravenöz sıvı torbaları veya su dolu eldivenlerle desteklenmeli
- d. İç sıvı dolu bülleler patlatılmalı
- e. Masaj yapılarak kan akımı artırılmalı

Soru 16: Aşağıdaki seçeneklerden hangisi hastanın sakrum bölgesinde var olan basınç yaralanmasına yönelik yapılması gereken bir uygulamadır?

- a. Yara yumuşatıcı ürünlerle nemlendirilmeli
- b. Yara yeri hidrojellerle doldurularak kapatılmalı
- c. Yara yeri gümüşlü aljinatlar kullanılarak kapatılmalı
- d. Yara yeri debritlemanında hidrokolloidler kullanılmalı
- e. Sadece transparan film örtüsü kullanılmalı

Soru 17: Aşağıdaki seçeneklerden hangisi cerrahi debritlemanı doğru olarak tanımlar?

- a. Kolajenaz, streptokinaz gibi proteolitik enzimler ile yaradaki nekrotik dokunun kaldırılması
- b. Islak ya da kuru pansumanla yaradaki nekrotik dokunun kaldırılması
- c. Mekanik basınçlı yıkama yapılarak yaradaki nekrotik dokunun kaldırılması
- d. Lazer, bistüri gibi kesici aletler kullanılarak yaradaki nekrotik dokunun kaldırılması
- e. Fibrinoliz, tripsin gibi maddeler ile yaradaki nekrotik dokunun kaldırılması

Soru 18: Aşağıda hastaya yapılan cerrahi debritleme ile ilgili ifadeler verilmiştir. Yanlış olan seçeneği işaretleyiniz.

- a. Debritleme yaranın gerçek boyutlarını ortaya çıkarır
- b. Sarı, gri, mavi, kahverengi veya siyah renkte olan dokuya debritleme yapılır
- c. Debritlemede, canlı dokuya ulaşana kadar nekrotik doku çıkarılır

- d. Yaradaki epitel doku iyileşmeyi engelleyeceği için bu dokuya debritleme yapılır
- e. Yaradaki enfekte kemiğe debritleme yapılır

Soru 19: Aşağıdaki seçeneklerden hangisi hastanın basınç yarası değerlendirilirken dikkate alınması gereken faktörlerdendir?

- I. Enfeksiyon varlığı
- II. Eksuda miktarı
- III. Yaranın boyutları
- IV. Tünel veya cep oluşumu
- V. Yaranın evrelendirilmesi

- a) I ve II b) I, II ve III c) III, IV ve V d) I, III, IV ve V e) I, II, III, IV ve V

Soru 20: Aşağıdaki seçeneklerden hangisi basınç yaralanmalarının tedavi ve bakımında yapılması gereken bir uygulama değildir?

- a. Bireye uygun, basıncı yeniden dağıtan bir şiltenin (destek yüzeyinin) seçilmesi
- b. Destek yüzeyi sağlanan hastaya pozisyon verilmemesi
- c. Basınç yaralanması bulunan alanlara direkt pozisyon verilmemesi
- d. Yaraya uygun bakım ürünlerinin kullanılması
- e. Yaranın değerlendirilmesi ve evrelendirilmesi

EK -6. Araştırmanın Planlandığı Hastanelerin İzin Yazıları



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 75252626-806.01.03
Konu : Bilimsel Çalışma Uygulama İzni
(Fatma CEBECİ)

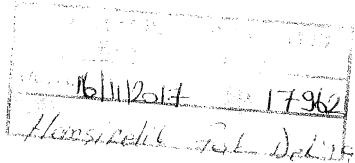
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİNE
(Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı)

İlgi: 06/10/2017 tarihli ve 73133 sayılı yazınız.

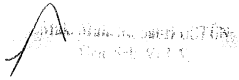
Üniversiteniz Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi **Fatma CEBECİ**'nin, Prof. Dr. Sevilay ŞENOL ÇELİK danışmanlığında yürüttüğü "**Ameliyathane Hemşirelerinin Basınç Yaralanmasını Önlemeye Yönelik Bilgi ve Uygulamaları**" başlıklı yüksek lisans tez çalışması kapsamında kullanmak üzere hazırladığı anket çalışmasını, 01/12/2017 - 01/06/2018 tarihleri arasında Müdürlüğümüze bağlı Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesinde gerçekleştirmesi için gerekli izin verilmesi ilgi yazınızla talep edilmiş olup, söz konusu talebiniz uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır.



20.11.2017



17.11.2017
1929

Bilkent Yolu 3. km Çankaya ANKARA

Bilgi için: Hülya SAVAS

Faks No:

Unvan: HEMŞİRE

e-Posta: hulya.savas@oz.saglik.gov.tr İnt. Adres: hulya.savas1

Telefon No: 2912525-3657

Evrakın elektronik mızah suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden de95efd0-935d-4284-b116-2908488a2bb4 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik mızah kanuna göre güvenli elektronik mızah ile mızalanmıştır.

Evrak Tarih ve Sayısı: 21/11/2017-E.45031



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
Gazi Hastanesi Başhekimliği



Sayı : 42000842-199-
Konu : Uygulama İzni (Fatma CEBECİ)

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı
06100 Sıhhiye / ANKARA

İlgi : 06/11/2017 tarihli ve 1001 sayılı yazı.

Fakülteniz Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Fatma CEBECİ' nin, Prof. Dr. Sevilay ŞENOL ÇELİK' in danışmanlığında yürüttüğü " Ameliyathane Hemşirelerinin Basınç Yaralanmasını Önlemeye Yönelik Bilgi ve Uygulamaları " konulu tez çalışmasının uygulamasını 01.12.2017-01.06.2018 tarihleri arasında hastanemizin ameliyathanelerinde yapabilmesi talebi uygun bulunmuştur. Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Ahmet DEMİRCAN
Başhekim

Ek:1 Sayfa

Evrak Doğrulamak İçin: <https://belgedogrulama.gazi.edu.tr>
Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
06510 Beşevler/ANKARA
Tel:2025088 Faks:0 (312) 223 05 28
e-Posta :hastane@gazi.edu.tr İnternet Adresi :www.hastane.gazi.edu.tr

Pin: 75042
Bilgi için :HANİFE ARSLAN
Sekreter
Telefon No 03122027613

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır. (PIN:75042)



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

SBÜ GÜLHANE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
SBÜ GÜLHANE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
01 12 2917 12 71 - 50687469 - 604 01 01 - F 0941



00037673851

Sayı : 50687469-604.01.02
Konu : Fatma CEBECİ-Araştırma İzni

ANKARA İLİ 1. BÖLGE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
(GEÇİCİ BİRİM)

Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi Tıpta
Uzmanlık Eğitim Kurulu (TUEK)'nın 23.11.2017 tarihli kurul kararları Ek'te sunulmuştur.

Hacettepe Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı yüksek lisans
öğrencisi Fatma CEBECİ'nin "Ameliyathane Hemşirelerinin Basınç Yaralanmasını Önlemeye
Yönelik Bilgi ve Uygulamaları" konulu tez çalışması kapsamında hastanemizde araştırma
yapma talebi Hastane Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Op.Dr.H. Erhan GÜVEN
Hastane Yöneticisi a.
Başhekim Yardımcısı

EKLER:
23.11.2017 11.TUEK Kurul Kararları

General Dr.Tevfik Sağlam Cd. Etlik / Ankara

Faks No:

e-Posta: dilek.menay@sağlik.gov.tr İnt.Adresi: http://www.gulhanecah.saglik.gov.tr/

Bilgi için:Dilek MENAY

Unvan:Veri Hazırlama ve Kontrol İşlt.

Telefon No:+90 312 304 61 06



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK HİZMETLERİ BİRİMİ YÖNETİM KURULU BAŞKANLIĞI
Erişkin Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü

Sayı: 20481383-970/3580
Konu: Uygulama izni

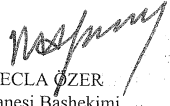
22/11/2017

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Fakülteniz Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Fatma CEBECİ'nin "Ameliyathane Hemşirelerinin Basınç Yaralanmasını Önlemeye Yönelik Bilgi ve Uygulamaları" konulu tez çalışmasının uygulamasını 01.12.2017-01.06.2018 tarihleri arasında Hastanemiz Ameliyathanesinde yapması uygun bulunmuştur.

22/11/2017

Gereğini bilgilerinize saygılarımla arz ederim.


Prof.Dr. NECLA ÖZER
Erişkin Hastanesi Başhekimisi


Erişkin Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürü : S. ŞİMŞEK (Paraf)



7248183335



T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Hastaneler Başhekimliği
İbni Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi
Hastane Müdürlüğü, Yazı İşleri Birimi



Sayı : 96487027-044-E.31194

30.11.2017

Konu : Fatma CEBECİ tez çalışması hk.

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
(Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı)

İlgi : 06.11.2017 tarih ve 51986023-900/1006 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Fatma CEBECİ'nin " Ameliyathane Hemşirelerinin Basınç Yaralanmasını Önlemeye Yönelik Bilgi ve Uygulamaları" konulu tez çalışmasını, 01.12.2017-01.06.2018 tarihleri arasında, Hastanemiz Ameliyathane Biriminde yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla arz ederim.

e-imzalıdır

Prof.Dr. Ayşe Adile KÜÇÜKDEVECİ
Başhekim

Not: 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu gereği bu belge elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : DTMVSNDOIAJZEWPLRWS Belge Takip Adresi: <http://belgedogrulama.ankara.edu.tr/>
Hacettepe Mah. Talatpaşa Bulvarı No:48/50 Sıhhiye Altındağ/ANKARA
Telefon No:(312)508 23 55 Belgeçer No:(312)508 23 55
e-posta: yaziisl@medicine.ankara.edu.tr

Bilgi için:Ayşel ÇETİN
Memur
Telefon No:(312) 508 23 55



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

SBÜ Ankara Keçiören Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Yöneticiliği



Sayı : 43278876-604.01.02
Konu : Uygulama İzni (Fatma CEBECİ)

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
(Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı)

Fakülteniz Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Dr. Fatma CEBECİ'nin Prof. Dr. Sevilay ŞENOL ÇELİK danışmanlığında yürüttüğü "Ameliyathane Hemşirelerinin Basınç Yaralanmasının Önlemeye Yönelik Bilgi ve Uygulamaları" konulu tez çalışmasını hastanemizde yürütme talebi, Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurulunun 06.12.2017 tarih ve 13 no'lu toplantısında görüşülerek, hizmeti aksatmayacak şekilde bizzat sorumlu araştırmacılar tarafından belirtilen tarihler arasında yürütülmesi, katılımların gönüllülük esasına dayandırılarak katılımcılarının yazılı onamlarının alınması, çalışma sonucunun Bakanlığımızın bilgisi dışında ilan edilmemesi, başka bir amaçla kullanılmaması, başka makam ve kişilere verilmemesi ayrıca söz konusu çalışma sonucunun bir örneğinin ilgili üniversite tarafından İl Sağlık Müdürlüğüne gönderilmesi kaydıyla uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi arz ederim.

e-İmzalıdır.

Doç. Dr. Eyüp HORASANLI
Hastane Yöneticisi

Pınarbaşı Mah. Ardahan Sok. No 25 Keçiören/ANKARA

Faks No:0312 356 90 20

e-Posta: harun.hamarat@saglik.gov.tr İnt. Adresi: www.akeah.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 72653b71-4fa1-4690-b983-1a6e16d72d5c kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

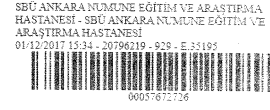
Bilgi için: Harun HAMARAT

Unvan: BÜRO PERSONELİ

Telefon No: 0312 356 9000/1379



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



Sayı : 20796219-929
Konu : Fatma CEBECİ - Araştırma İzni

ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: 07.11.2017 tarih ve E.4477 sayılı yazınız.

İlgi yazınızda bahsi geçen Hacettepe Üniversitesi Cerrahi Hastahkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Fatma CEBECİ'nin "Ameliyathane Hemşirelinin Basınç Yaralanmasını Önlemeye Yönelik Bilgi ve Uygulamaları" konulu tez çalışması kapsamında hastanemizde anket yapması talebi Hastane Yöneticiliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

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

Talatpaşa Bulvarı, Ülkü Mah. No:5 Altındağ/ ANKARA

Faks No:03125084910

e-Posta:kevser.i@saglik.gov.tr İnt. Adresi: kevser.i.saglik.gov.tr

Bilgi için:Kevser IŞIK

Unvan:Veri Hazırlama ve Kontrol İşlt.

Telefon No:



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

SBÜ Ankara Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

SBÜ ANKARA TÜRKİYE YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ - SBÜ ANKARA TÜRKİYE
YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
23/11/2017 16:55 - 29620911 - 771 - E.12070



00057123871

Sayı : 29620911-771
Konu : Fatma CEBECİ - Araştırma İzni

ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

İlgi: 07/11/2017 tarihli ve 75252626-604.01.02-E.4477 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Cerrahi Hemşireliği Ana Bilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Fatma CEBECİ'nin "Ameliyathane Hemşirelerinin Basınç Yaralanmasını Önlemeye Yönelik Bilgi ve Uygulamaları" konulu tez çalışması kapsamında hastanemizde anket yapma talebi, hastanemiz Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulumuzun 22/11/2017 tarih ve 28 sayılı toplantısında görüşülmüş olup; uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinizi arz ederim.

e-imzalıdır.
Prof.Dr.Mustafa PAÇ
Hastane Yöneticisi
TUEK Başkanı

Kızılay Sok.No:4 06100 Sıhhiye/ANKARA

Faks No:0 312 312 41 20

e-Posta:seher.atalay@saglik.gov.tr İnt.Adresi:

Bilgi için:Seher ATALAY

Unvan:TIBBİ SEKRETER

Telefon No:0 312 306 17 72



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



Sayı : 93471371-604.01.02
Konu : Fatma CEBECİ - Araştırma İzni

ANKARA VALİLİĞİNE
(İl Sağlık Müdürlüğü)

İlgi : 07/11/2017 tarihli ve 75252626-604.01.02-4477 sayılı yazınız.

Hacettepe Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Fatma CEBECİ'nin "Ameliyathane Hemşirelerinin Basınç Yaralanmasını Önlemeye Yönelik Bilgi ve Uygulamaları" konulu tez çalışması kapsamında sağlık tesisimizde anket yapma talebi Hastane Yöneticiliğimizce uygun görülmemiştir.

Gereğini arz ederim.

e-imzalıdır.
Doç.Dr.Mevlüt Recep PEKÇİCİ
Hastane Yöneticisi V.



T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Hastaneler Başhekimliği
Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi
Hastane Müdürlüğü, İdari ve Mali İşler Şefliği



Sayı : 15255985-806.01.03[773.03]-E.30153

20.11.2017

Konu : FATMA CEBECİ UYGULAMA İZNİ HK

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
(Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı)

İlgi : 06.11.2017 tarihli ve 51986023-900/1005 sayılı yazınız.

İlgi yazınızda bahsi geçen; Fakülteniz Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Fatma CEBECİ'nin Prof.Dr.Sevilay ŞENOL ÇELİK danışmanlığında yürüttüğü söz konusu tez çalışmasının uygulamasını Hastanemiz ameliyathanelerinde yapabilmesi isteğiniz uygun görülmemiştir.

Bilgilerinize saygılarımla arz ederim.

e-imzalıdır

Prof.Dr. A.Rüçhan AKAR
Başhekim

21.11.2017
Hasan ÇİFTÇİ

Not: 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu gereği bu belge elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : OV7IOTUIGVQOSFMREMNO Belge Takip Adresi: <http://belgedogrulama.ankara.edu.tr/>
Tıp Fak.Cad. 06260 Dikimevi - Mamak - Ankara
Tel. No : 0312 595 63 60 Belge Geçer No : 0312 362 34 41
E-Posta : cebbsk1@medicine.ankara.edu.tr

Bilgi için:Hasan ÇİFTÇİ
Memur
Telefon No:(312) 595 63 62



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yenimahalle Eğitim Araştırma Hastanesi

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
YENİMAHALLE EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ -
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
YENİMAHALLE EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ
21/11/2017 08:51 - 33373887 - 771 - E.12655



İVEDİ

Sayı : 33373887-771
Konu : Bilimsel Çalışma İzni/ Fatma CEBECİ

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi: Ankara İl Sağlık Müdürlüğü'nün 08/11/2017 tarih ve E.4540 sayılı yazısı.

İlgili yazı ile bildirilen Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi **Fatma CEBECİ**' nin, Prof. Dr. Sevilay ŞENOL ÇELİK danışmanlığında yürüttüğü "**Ameliyathane Hemşirelerinin Basınç Yaralanmasını Önlemeye Yönelik Bilgi ve Uygulamaları**" başlıklı yüksek lisans tez çalışması kapsamında kullanmak üzere hazırladığı anket çalışmasının gerçekleştirilmesi talebi Başhekimliğimizce değerlendirilmiş olup, söz konusu çalışmanın Kurumumuzda yapılması *uygun görülmemiştir*.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Belgenin Aslı
Elektronik İmza
21.11.2017

e-imzalıdır.
Doç.Dr.Gülten KIYAK
Başhekim

DAĞITIM:

Ankara İl Sağlık Müdürlüğü
Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Yenimahalle Eğitim
Araştırma
Hastanesi
Enver BALCI

Emi Batı Mah. 2026. Cad. Batıkent - Yenimahalle / ANKARA

Faks No:587 24 37

E-posta: dilek.bagci@saglik.gov.tr İnt.Adresi:

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 1eff1e6a-9635-4e2c-9ec3-1a100de32693 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Dilek BAĞCI

Unvan: Veri Hazırlama ve Kontrol İşlt.

Telefon No:0312 587 20 00

EK- 7. Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İzin Yazısı



**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ**
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557 -1056

Konu :

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 12 TEMMUZ 2017 ÇARŞAMBA
Toplantı No : 2017/17
Proje No : GO 17/618 (Değerlendirme Tarihi: 12.07.2017)
Karar No : GO 17/618- 26

Üniversitemiz Hemşirelik Fakültesi öğretim üyelerinden Prof. Dr. Sevilay Şenol ÇELİK' in sorumlu araştırmacı olduğu ve Arş. Gör. Fatma CEBECİ' nin yüksek lisans tezi olan, GO 17/618 kayıt numaralı, "*Ameliyathane Hemşirelerinin Basınç Ülserini Önlemeye Yönelik Bilgi ve Uygulamaları*" başlıklı proje önerisi araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, idari izinlerin tamamlanması kaydı ile etik açıdan uygun bulunmuştur.

- | | |
|---|--|
| 1. Prof. Dr. Nurtan AKARSU (Başkan) | 10 Prof. Dr. Oya Nuran EMİROĞLU (Üye) |
| 2. Prof. Dr. Sevda F. MÜFTÜOĞLU (Üye) | 11 Yrd. Doç. Dr. Özay GÖKÖZ (Üye) |
| 3. Prof. Dr. M. Yıldırım SARAYCI (Üye) | 12. Doç. Dr. Gözde GİRGİN (Üye) |
| 4. Prof. Dr. Necdet S. GÜLAM (Üye) | 13. Doç. Dr. Fatma Visal OKUR (Üye) |
| 5. Prof. Dr. Hatice Doğan BUZOĞLU (Üye) | 14. Doç. Dr. Can Ebru KURT (Üye) |
| İZİNLİ | İZİNLİ |
| 6. Prof. Dr. R. Köksal ÖZGÜL (Üye) | 15. Yrd. Doç. Dr. H. Hüsrev TURNAGÖL (Üye) |
| 7. Prof. Dr. Ayşe Lale DOĞAN (Üye) | 16. Öğr. Gör. Dr. Müge DEMİR (Üye) |
| İZİNLİ | İZİNLİ |
| 8. Prof. Dr. Elmas Ebru YALÇIN (Üye) | 17. Öğr. Gör. Meltem ŞENGELİN (Üye) |
| İZİNLİ | İZİNLİ |
| 9. Prof. Dr. Mintaze Kerem GÜNEL (Üye) | 18. Av. Meltem ONURLU (Üye) |

9. ÖZGEÇMİŞ

1. Bireysel Bilgiler

Adı Soyadı: Fatma CEBECİ

Doğum yeri ve tarihi: Ordu /03.03.1983

Uyruğu: T.C.

İletişim adresi ve telefonu:

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

İş Tel :0312 305 15 80

Fax: 0312 312 70 85

E-mail: fatmacebeci52@gmail.com

2. Öğrenim Bilgisi

YILI	DERECESİ	ÜNİVERSİTE	ÖĞRENİM ALANI
2002-2006	Lisans	Atatürk Üniversitesi	Hemşirelik
2006-2007	İngilizce Dil Hazırlık	Karadeniz Teknik Üniversitesi	Yabancı Dil Hazırlık Okulu
2016-	Yüksek Lisans	Hacettepe Üniversitesi	Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

3. Mesleki Deneyim

YILI	ÇALIŞILAN KURUM	POZİSYON
2007-2012	Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Ameliyathane Hemşiresi
2012	Trabzon İl Sağlık Müdürlüğü	Kalite ve Akreditasyon Birimi
2013-2016	Trabzon Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği	Uzman
2016-	Hacettepe Üniversitesi	Araştırma Görevlisi