



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü



Basınç Yarası Önlemede Bakım Paketi Kullanımının Basınç Yarası İnsidansına Etkisinin İncelenmesi

Doktora Tezi

Serap ARICAN

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

İzmir
2019

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

**Basınç Yarası Önlemede Bakım Paketi Kullanımının
Basınç Yarası İnsidansına Etkisinin İncelenmesi**

Serap ARICAN

DANIŞMAN
Prof. Dr. Türkan ÖZBAYIR

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Doktora Programı

İzmir
2019

TEZ ONAY SAYFASI

Kurum Adı : Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Anabilim Dalı : Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı


Program : Doktora

Tez Konusu : Basınç Yarası Önlemede Bakım Paketi Kullanımının
Basınç Yarası İnsidansına Etkisinin İncelenmesi

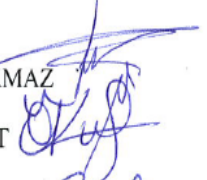
Danışman : Prof. Dr. Türkan ÖZBAYIR


Tezi Hazırlayan : Uz. Hem. Serap ARICAN


Değerlendirme Kurulu Üyeleri :


Adı Soyadı : Prof. Dr. Türkan ÖZBAYIR 

Başkan(Danışman) :

Üye / İmza : Prof. Dr. Fatma DEMİR KORKMAZ 

Üye / İmza : Prof. Dr. Özgül KARAYURT 

Üye / İmza : Doç. Dr. Mehmet YILDIRIM 

Üye / İmza : Dr. Öğr. Üyesi Özlem BİLİK 

Tezin Kabul Edildiği Tarih : 25.04.2019

Önsöz

Bu çalışmada basınç yarası önlemede bakım paketi kullanımının etkinliği, basınç yarası önleme uygulamalarındaki gelişme ve bu gelişmenin basınç yarası insidansına olan etkisi incelenmek istenmiştir. Basınç yarası önlemede bakım paketi en iyi kanıt ve rehberlerden oluşur. Bakım paketi kullanımı kanıta dayalı uygulamaları klinik ortama geçişini kolaylaştırır. Bu bağlamda, konunun klinik çalışmalar ile desteklenmesi, basınç yarası oranlarını düşürme ve önleme ile ilgili programların geliştirilmesi ve bu programların klinikte uygulanmasına ihtiyaç vardır.

Sağlık bakım ortamlarında basınç yarasını önleme önemli bir sağlık bakım göstergesidir. Bizde bu noktadan yola çıkarak basınç yarası önlemede kanıta dayalı uygulamaları kliniğe geçişini kolaylaştırmak ve bakım sonuçlarımızın etkisini değerlendirmek istedik.

Çalışma konusunun belirlenmesinde ve çalışmanın hazırlanma sürecinin her aşamasında bilgilerini, tecrübelerini ve değerli zamanlarını esirgemeyerek bana her fırsatta yardımcı olan değerli danışman hocam Sayın Prof. Dr. Türkan ÖZBAYIR'a ve tez izlem süresince değerli önerilerde bulunan ve katkılarıyla tezimin ilerlemesine yardımcı olan değerli hocalarım Prof. Dr. Fatma DEMİR KORKMAZ'a, ve Dr. Öğr. Üyesi Özlem BİLİK'e teşekkürü bir borç bilirim.

İzmir, 2019

Serap ARICAN

Özet

Basınç Yarası Önlemede Bakım Paketi Kullanımının Basınç Yarası İnsidansına Etkisinin İncelenmesi

Bu araştırma; basınç yarası önlemede bakım paketi kullanımının basınç yarası insidansına olan etkisini belirlemek amacıyla yapılmış olan, yarı deneysel bir araştırmadır. EPUAP/NPUAP/PPPIA 2014 rehberi doğrultusunda hazırlanmış olan bakım paketi; "risk değerlendirme, derinin değerlendirilmesi, deri bakımı, pozisyon verme, destek yüzeyler, beslenme ve sıvı alımı" parametrelerinden oluşmuştur. Araştırma kapsamına 1 Nisan- 30 Eylül tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi (S.B.Ü) İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Yoğun Bakım Ünitesinde (YBÜ) yatmakta olan en az 24 saat ve üzeri kalması beklenen, 18 yaş ve üzeri 73 hasta dahil edilmiş ve 431 hasta değerlendirilmesi yapılmıştır. Bu çalışmanın protokolü üç aşamadan oluştu. Birinci aşamada basınç yarası önlemede bakım paketi parametreleri doğrultusunda eğitim sunumu ve broşürü hazırlandı. İkinci aşamada YBÜ hemşirelerine basınç yarası önlemede bakım paketi konulu eğitim verildi. Üçüncü aşamada araştırma kapsamına alınan hastalara verilen hemşirelik bakımı bakım paketi parametreleri doğrultusunda değerlendirilmiş olup, basınç yarası önlemede bakım paketine uyumun basınç yarası insidansına olan etkisi incelendi. Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 programı kullanılarak analiz edildi. Verileri değerlendirilmesinde sayı, yüzde, bağımsız örneklem t testi, Mann Whitney U testi kullanıldı. Çalışmada hemşirelerin uyum ortalamalarına bakıldığında; Nisan-Haziran (Nisan, Mayıs, Haziran) döneminde bakım paketi uyum ortalaması 91.39 ± 14.26 , Temmuz-Eylül (Temmuz, Ağustos, Eylül) döneminde bakım paketi uyum ortalaması ise 93.77 ± 12.36 olduğu tespit edildi. Nisan-Haziran dönemi ile Temmuz-Eylül dönemi arasında bakım paketi uyumu puan sıra ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı tespit edildi ($p > 0.05$). Nisan-Haziran döneminde risk değerlendirme ve deri değerlendirme uyum %91.4 (n=191), deri bakımı uyum %93.8 (n=196), pozisyon verme uyum %90.4 (n=189), destek yüzey uyum 90.9 (n=190), beslenme ve sıvı alımı uyum %90.4 (n=189) bulundu. Temmuz-Eylül döneminde ise; risk değerlendirme ve deri değerlendirme uyum %92.3 (n=205), deri bakımı uyum

%97.3(n= 216), pozisyon verme uyum %92.8 (n=206), destek yüzey uyum %94.6 (n=210), beslenme ve sıvı alımı uyum %94.1(n=209) olarak bulundu.

Çalışmamızın eğitim aşamasının başladığı 1. periyotta basınç yarası insidansı %8.42'dir. Veri toplama aşaması olan 2. periyotta basınç yarası insidansı % 20,1 ve bakım paketi uyum ortalaması 91.39 ± 14.26 , 3. periyotta basınç yarası insidansı %6.81 ve bakım paketi uyum ortalaması 93.77 ± 10.15 'dir. Çalışma dönemindeki basınç yarası insidansı ve bakım paketi uyumu değerlendirildiğinde, basınç yarası uyum ortalaması artarken, basınç yarası insidansının düştüğü gözlemlendi. Nisan-Haziran tarihleri arasında bakım paketi uyum ortalaması ile basınç insidansı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edildi ($p < 0.05$). Temmuz-Eylül tarihleri arasında bakım paketi uyum ortalaması ile basınç insidansı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edildi ($p < 0.05$).

Hastaların basınç yarası gelişme durumu incelendiğinde hastaların %87.7'sinde basınç yarası gelişmediği, %12.3'ünde ise basınç yarasının geliştiği görüldü. İzlemi sonlandırma nedenlerine bakıldığında ise; %12.3 (n=9) basınç yarası gelişme, %34.2 (n=25) eksitus, %47.9 (n=35) klinik sevk, %2.7 (n=2) ve taburcu olarak bulundu. Çalışma bitiminde %2.7(n=2) yatışı devam etmektedir.

Sonuç olarak kanıta dayalı rehberler doğrultusunda hazırlanmış eğitim ile basınç yarası önlemede bakım paketi uygulamasının basınç yarası insidansını azalttığı belirlendi. Bu nedenle yoğun bakım hastalarında basınç yarası önlemede bakım paketinin kullanılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler; Basınç yarası; bakım paketi, uyum, insidans

Abstract

Effects of Using Care Bundle to Prevent Pressure Ulcers on the Incidence of These Ulcers

This quasi-experimental study was performed to determine effects of using care bundle to prevent pressure ulcers on the incidence of these ulcers. The care bundle prepared in accordance with EPUAP/NPUAP/PPPIA 2014 guides was based on the parameters of risk assessment, skin assessment, skin care, positioning, support surfaces, nutrition and fluid intake. Out of 431 patients admitted to the general intensive care unit of University of Health Sciences İzmir Bozyaka Education and Research Hospital, 73 patients aged 18-73 years and planned to stay in the intensive care unit for at least 24 hours were included into the sample. The study protocol had three stages. At the first stage, an educational presentation and a brochure were prepared in accordance with the parameters for care bundles to prevent pressure ulcers. At the second stage, the nurses working in the intensive care unit were offered education about care bundles to prevent pressure ulcers. At the third stage, nursing care offered to the patients included in the study was evaluated according to the parameters for care bundles, and effects of adherence to care bundles to prevent pressure ulcers on the incidence of these ulcers were examined. Data obtained were analyzed with Statistical Package for Social Sciences for Windows 25.0 and numbers, percentages, t test for independent samples and Mann-Whitney U test. The mean adherence of the nurses with care bundles was 91.39 ± 14.26 between April and June, and 93.77 ± 12.36 between July and September without a significant difference ($p > 0.05$). Between April and June, risk and skin assessment adherence was 91.4% (n=191), skin care adherence was 93.8% (n=196), positioning adherence was 90.4% (n=189), support surface adherence was 90.9% (n=190) and nutrition and fluid intake adherence was 90.4% (n=189). Between July and September, risk and skin assessment adherence was 92.3% (n=205), skin care adherence was 97.3% (n= 216), positioning adherence was 92.8% (n=206), support surface adherence was 94.6% (n=210) and nutrition and fluid intake adherence was 94.1% (n=209).

At the first stage, when education started, the incidence of pressure ulcers was 8.42%. At the second stage, when data were collected, the incidence of pressure ulcers was 20.1% and the mean care bundle adherence was 91.39 ± 14.26 . At the third stage, the

incidence of pressure ulcers was 6.81% and the mean care bundle adherence was 93.77 ± 10.15 . While the mean pressure ulcer adherence increased, the incidence of pressure ulcers decreased. There was a significant difference between the mean care bundle adherence and the incidence of pressure ulcers between April and June ($p < 0.05$). The difference between the mean care bundle adherence and the incidence of pressure ulcers between July and September was also significant ($p < 0.05$).

Of all the patients, 12.3% developed pressure ulcers, but 87.7% did not develop pressure ulcers. Reasons for cessation of follow-up was pressure ulcer development in 12.3% of the patients ($n=9$), exitus in 34.2% ($n=25$), referral to the wards in 47.9% ($n=35$) and discharge in 2.7% ($n=2$). At the end of the study, 2.7% of the patients are still in hospital ($n=2$).

In conclusion, using care bundles to prevent pressure ulcers through education designed according to evidence-based guides was found to reduce the incidence of pressure ulcers. Care bundles could be used to prevent pressure ulcers in intensive care patients.

Key Words; Pressure ulcer, care bundle, adherence, incidence

İçindekiler

Önsöz.....	II
Özet.....	III
Abstract.....	V
İçindekiler.....	VII
Tablolar Dizini.....	IX
Şekiller Dizini.....	X
Giriş.....	1
1.Araştırmanın Problemi.....	1
1.1.2.Yoğun Bakımlarda Basınç Yarası.....	3
1.2.Araştırmanın Sorusu.....	4
1.3.Araştırmanın Hipotezi.....	5
1.4.Araştırmanın Sınırlılıkları.....	5
1.5.Tanımlar.....	5
1.6.Araştırmanın Amacı.....	5
Genel Bilgiler.....	6
2.1.Basınç Yarası Kavramı.....	6
2.2.Basınç Yarasının Risk Faktörleri.....	6
2.3.Basınç Yarasının En Sık Görüldüğü Vücut Bölgeleri.....	8
2.4.Basınç Yarasını Önleme.....	8
2.4.1.Risk Değerlendirme.....	8
2.4.2.Derinin Değerlendirilmesi.....	9
2.4.3.Deri Bakımı.....	10
2.4.4.Pozisyon Verme.....	10
2.4.5.Destek Yüzeyler.....	11
2.4.6.Beslenme ve Sıvı Alımı.....	11
2.5.Bakım Paketi.....	13
2.6.Basınç Yarası Önlemede Bakım Paketi Kullanımı.....	15
Gereç ve Yöntem.....	17
3.1.Araştırmanın Tipi.....	17
3.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	17
3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	17
3.4.Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	18

3.5.Araştırmanın Aşamaları	18
3.6.Veri Toplama Yöntemi ve Veri Toplama Araçları.....	21
3.7.Verilerin Toplanması.....	22
3.8.Verilerin Değerlendirilmesi.....	23
3.9.Süre ve Olanaklar.....	24
3.10.Araştırmanın Etiği.....	24
Bulgular.....	25
4.1.Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	25
4.2.Basınç Yarası Önlemede Bakım Paketi Kullanımına.....	29
İlişkin Bulgular.....	29
4.3.Basınç Yarası Önlemede Bakım Paketi Kullanımı ve	33
Basınç Yarası İnsidansına İlişkin Bulgular.....	33
4.4.Basınç Yarası Gelişme Durumu ve İzlemi Sonlandırmayla.....	35
İlişkili Bulgular.....	35
Tartışma.....	37
5.1.Araştırma Kapsamında Yer Alan Hastaların Tanıtıcı.....	37
Özelliklerinin Tartışılması.....	37
5.2.Basınç Yarası Önlemede Bakım Paketi Kullanım Uyum.....	45
Durumlarının Tartışılması.....	45
5.3.Basınç Yarası Önlemede Bakım Paketine Uyum ve Basınç Yarası.....	54
İnsidansına Olan Etkisinin Tartışılması.....	54
5.4.Basınç Yarası Gelişme Durumu ve.....	59
Özelliklerinin Tartışılması.....	59
5.5.İzlemi Sonlandırma Nedenlerinin Tartışılması.....	60
Sonuç ve Öneriler.....	61
6.1.Sonuçlar.....	61
6.2.Öneriler.....	62
Kaynaklar.....	63
Ekler.....	72
Teşekkür.....	93
Özgeçmiş.....	94

Tablolar Dizini

Tablo 1.Araştırma Kapsamına Dahil Edilme ve.....	
Araştırma Kapsamı Dışında Tutulma Kriterleri.....	18
Tablo 2.Araştırma Takvimi.....	24
Tablo 3.Araştırma Kapsamında Yer Alan Hastaların Tanıtıcı Özellikleri.....	25
Tablo 4.Hastaların Kullandıkları İlaçların Dağılımı.....	28
Tablo 5.Hastaların Laboratuvar Bulgularının Dağılımı.....	28
Tablo 6.Basınç Yarası Önlemede Bakım Paketi Kullanım Uyum.....	
Durumlarının Tanımlayıcı İstatistikleri.....	29
Tablo 7.Basınç Yarası Önlemede Bakım Paketi Kullanım Uyum.....	
Durumlarının Mann Whitney U Testi Sonuçları.....	29
Tablo 8.Basınç Yarası Önlemede Bakım Paketine Uyum	
Durumlarının Dağılımı.....	30
Tablo 9.Basınç Yarası Önlemede Bakım Paketinin Alt Basamaklarına.....	
Uyum Durumları.....	31
Tablo 10.Basınç Yarası Önlemede Bakım Paketine Uyumsuzluk Durumları.....	32
Tablo 11.Basınç Yarası Önlemede Bakım Paketine Uyum ve	
Basınç Yarası İnsidansı.....	33
Tablo 12.Basınç Yarası Önlemede Bakım Paketine Uyum ve Basınç Yarası.....	
İnsidansının İncelenmesi.....	34
Tablo 13.Basınç Yarası Gelişme Durumu.....	35
Tablo 14.Basınç Yarası Gelişme Özelliklerine Göre Dağılımı.....	35
Tablo 15.İzlemi Sonlandırma Nedenleri.....	36

Şekiller Dizini

Şekil 1.Basınç Yarası Gelişimini Etkileyen Faktörlerin.....	
Teorik Şeması.....	7
Şekil 2.Araştırma Uygulama İş Akışı.....	20



Giriş

1.1.Araştırmanın Problemi

Basınç yarası hasta ve sağlık bakım sistemini etkileyen, ekonomik maliyetlere neden olan önemli bir sağlık problemidir. Önleme ile ilgili artan kanıt ve rehberlere rağmen, koruyucu önlemlerin uygulanması en düşük seviyededir ve basınç yarası hastanelerde ciddi bir sorun olmaya devam etmektedir (Chaboyer, ve diğerleri, 2015). Basınç yarası hastalarda sıklıkla ağrı, ciddi enfeksiyonlara sebep olmakta, iyileşmeyi geciktirmekte ve hastanede kalış süresini uzatmaktadır (Chaboyer & Gillespie, 2014; Coyer, ve diğerleri, 2015; Institute for Healthcare Improvement, 2011).

Bu olumsuzlukların yanı sıra hastaların ve bakım veren kişilerin yaşam kalitesini etkilemekte ve ciddi bir bakım yükü oluşturmaktadır (One goal worldwide:Stop pressure ulcers!, 2016). Basınç yarası olan hastalar diğer hastalara göre ortalama 4.31 gün daha uzun süre hastanede kalmaktadır (Coyer, ve diğerleri, 2015). Basınç yarası prevalans verileri klinik duruma göre farklılık göstermekte ve ülkelere göre değişmektedir. Kuzey Amerika'da %3-26, Avrupa'da %8.1-%49, Avustralya'da %3-%50, Orta Doğu'da %7-%44.4, Asya'da %2.1-%31.3, Afrika'da %9.7-51.6 oranında olduğu belirtilmektedir (Tayyib, Coyer, & Lewis, 2015a). Ayrıca insidans oranı da klinik duruma göre değişmekte olup; akut bakımda %4-%38, uzun süreli bakımda %2.2-%23.9, evde bakımda %0 ile %17 olarak belirtilmektedir (Institute for Healthcare Improvement, 2011; Reddy, Gill, & Rochon, 2006) .

Hastane ortamında en yüksek basınç yarası prevalans ve insidans oranları yoğun bakım ünitelerinde görülmektedir (Coyer, ve diğerleri, 2015). Genellikle özel popülasyonun bulunduğu palyatif bakım, yenidoğan, çocuk ve yoğun bakımlarda yüksektir (One goal worldwide:Stop pressure ulcers!, 2016). Yoğun bakımda görülen basınç yarası ile ilgili 2000-2005 yılları arasında yapılan sistematik incelemede, basınç yarası prevalansı %4-%49, insidansı ise %3.8-%40.4 olarak bulunmuştur (Shahin, Dassen, & Halfens, 2008; Zuo & Meng, 2015).

Basınç yarası gelişimi ülkelerin hasta popülasyonuna ve önleme stratejilerine göre de farklılık göstermektedir. ABD'de sadece akut bakım alanlarında 2.5 milyon basınç yarasının her yıl tedavi edildiği ve yaklaşık 60 bin hastanın basınç yarasına bağlı komplikasyonlardan kaybedildiği belirtilmektedir (Institute for Healthcare Improvement, 2011; Reddy, Gill, & Rochon, 2006). ABD'de basınç yarasının ekonomik maliyeti yılda 9.1 milyar ile 11.6 milyar dolar aralığında değişmektedir

(Berlowitz, ve diğeri, 2014; Zuo & Meng, 2015). Ayrıca sağlık sigorta sistemi, hastanede oluşan evre 3 ve 4 basınc yarası için 2008 yılında ödemeyi durdurmuş olup, önlenabilir bir olay olduğunu belirtmekte ve hiç olmaması gereken olaylar arasında tanımlamaktadır (Chaboyer, ve diğeri, 2015). Avustralya'da basınc yarası önleme, sağlık kurumlarının akreditasyonunda, hasta güvenliği ve sağlık hizmetlerinin kalite değerlendirmelerinde kullanılan standartlar arasındadır (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC), 2011; Chaboyer, ve diğeri, 2015). Avustralya'da basınc yarasına ilişkin hastanede kalma süresinin artmasına bağlı maliyetin tahmini ortalama 285 milyon Avustralya doları olduğu belirtilmektedir. Hollanda da sağlık harcamalarının %1.4'ünün basınc yarasına ilişkin hastalıklara ayrıldığı ve yıllık maliyetin 362 milyon dolarla 2.8 milyar dolar arasında olduğu belirtilmektedir. İngiltere'de sağlık harcamaların %4'ünü oluşturmakta olup bakıma ayrılan bütçenin kişi başi 30.000 pounda mal olduğu tahmin edilmektedir. Bu orana topluma maliyeti ve hastane masrafları da eklendiğinde ulusal sağlık hizmet bütçesindeki basınc yarasına ayrılan oranın 2.1 milyar sterline ulaştığı belirtilmektedir (EPUAP, 2014; One goal worldwide: Stop pressure ulcers!, 2016). İngiltere'de basınc yarası tedavi maliyetinin sağlık harcamalarının %4'ünü oluşturduğu ve bu hesaplamanın %41 hemşirelik uygulama saatinden hesaplandığı tahmin edilmektedir. Maliyet basınc yarası evresi yükseldikçe de artmaktadır (Bennett, Dealey, & Posnett, 2004). Ülkemizde de, basınc yarası prevelans ve insidans çalışmaları yapılmaktadır. Gencer ve Özkan (2015) tarafından bir üniversite hastanesinde yapılan bir yıllık 596 hastayı içeren sürveyans raporunda; basınc yarası genel prevelans oranı %2.5, insidans oranı %1.9, yoğun bakım prevelans oranı %5.9 olarak bulunmuştur. Katran (2015) tarafından cerrahi yoğun bakım ünitesinde 948 hasta üzerinde yapılan tanımlayıcı araştırmada ise; %20.56'sında en az bir bölgede basınc yarası izlenmiştir.

Basınc yarası büyük oranda önlenbilirdir ve prevelansı uluslararası hemşirelik bakım kalite göstergesi olarak kullanılmaktadır (Chaboyer & Gillespie, 2014). Basınc yarasını önlemede koruyucu sağlık bakıma odaklanma, kaynakların daha etkin bir şekilde kullanılmasını sağlarken, aynı zamanda basınc yarası riski taşıyan bireylerin maruz kaldıkları olumsuz sağlık ve sosyal sonuçları en aza indirmektedir. Örneğin, ABD'de, spinal kord hasarı gören bireylerin basınc yarası tedavi maliyeti 1.2 milyar ABD doları iken önleme maliyetinin tedavi maliyetinin onda biri olduğu tahmin edilmektedir. Tüm basınc yaralarının çoğunun önlenbilir olduğu düşünülürse, sağlık

hizmetleri için koruyucu önlemlere odaklanma daha az maliyetli olduğu belirtilmektedir (Porter-Armstrong, Moore, Bradbury, & McDonough, 2015).

1.1.2.Yoğun Bakımlarda Basınç Yarası

Yoğun bakımda yatan hastalarda kritik hastalıkların varlığı ve birçok sistem yetersizliğinin bir arada görülmesi hastaların uzun süre hareketsiz kalmasına sebep olmaktadır. Uzun süre hareketsizlik sonucu basıncın artması, yırtılma ve cilt bütünlüğündeki değişiklikler basınç yarası gelişimi ile ilgili önemli risk faktörlerindedir. Bu riskler genellikle mekanik ventilasyondaki immobil kritik hastalarda, uzun süren tedavi protokolleri ve aynı pozisyonda uzun süre kalmalarından dolayı daha fazladır. Ayrıca kritik hastalıklarda; hipoksi, hemodinamik bozukluk, azalmış doku perfüzyonu gibi patofizyolojik sebepler, vazopresörler, periferik vazokonstriksiyona neden olan inotropoların kullanımı gibi farmakolojik sebepler basınç yarası gelişim riskini artırmaktadır (Coyer, ve diğerleri, 2015). Bunlara ek olarak, majör travma, yanık, sepsis, majör cerrahi sonrası durumlardan kaynaklanan metabolizmadaki değişikliklerden dolayı zayıf nutrisyonel durumda basınç yarası gelişim riskini arttırmaktadır (Shahin, Dassen, & Halfens, 2008).

Yoğun bakımda yatan hastalarda hemşirelik uygulamaları ve düzenli deri bakımının basınç yarası prevalansını azaltmada büyük ölçüde etkili olmasına rağmen, basınç yarası önleme ve tedavisi ile ilgili tavsiye edilen kanıt önerileri ile gerçek uygulama arasında bir boşluk olduğu belirtilmektedir (Shahin, Dassen, & Halfens, 2008). Hemşireler basınç yarası önlemede güncel protokollerin aksine, bazen uygulamalarında sezgi, deneyim ve alışkanlıklarından etkilenebilmektedirler. Uygulama alanında güncel rehberler doğrultusunda düzenli ve sürekli eğitim önemlidir. Hemşireler arasında basınç yarası önlemede bilgi artışı, bakım kalitesini geliştirmekte ve hastanede kalış süresini azaltmaktadır (Qaddumi & Khawaldeh, 2014).

Basınç yarası önlemede rehberler önleme adımlarını; risk değerlendirme, derinin değerlendirilmesi ve bakımı, pozisyon değişimi, inkontinans yönetimi, beslenme/sıvı desteği, destek yüzey kullanımı ve eğitim olarak belirtmektedir (EPUAP, 2014; NICE, 2014; NICE, 2018; Ratliff, Droste, Bonham, Crestodina, & Johnson, 2017).

Önlenebilir bir kaç adımla bu süreç gerçekleştirilebilir. Kişinin klinik durumunu ve basınç yarası risk faktörlerini değerlendirme, kişinin ihtiyaçlarını içeren bakımı planlama ve uygulama; uygulama standartlarını belirleme, uygulama etkilerini

gözlemlene, değerlendirme ve sonuçlara göre uygulamaları revize etme şeklinde planlanabilir (Basınç Ülserlerini Önleme: Hızlı Başvuru Kılavuzu, 2010; Medical Advisory Secretariat. Pressure ulcer prevention: an evidence-based analysis., 2009).

1.2.Araştırmanın Sorusu

Basınç yarası çoğunlukla öngörülebilir ve önlenebilir nitelikte olup hasta güvenliğinin öncelikli konusudur (Tayyib, Coyer, & Lewis, 2015b). Hastalarda önemli fiziksel, sosyal ve psikolojik sorunlara, ciddi ağrı ve enfeksiyonlara yol açar. Aktivite ve bağımsızlığı azaltır, düşük beden imajı, duygusal sorunlara ve sağlık bakım sistemine önemli ekonomik maliyetlere neden olur (Chaboyer, ve diğerleri, 2015). Basınç yarası gelişme oranlarının yüksek olması sağlık sistemi tarafından genellikle kötü bakımın sinyalleri olarak tanımlanmaktadır. Sağlık çalışanlarının çoğu yeterli eğitim olsa da basınç yarasını önleme sağlık kuruluşları için endişe olmaya devam etmekte olup insidansını düşürmek için etkili, sürdürülebilir stratejileri planlamak ve rehber uygulamayı etkileyen faktörleri anlamak önemlidir.

Basınç yarasını önleme hasta bakımında kritik bir öneme sahiptir (Zuo & Meng, 2015). Doğrudan hemşirelik uygulamaları ile ilişkili olmakla birlikte çok boyutludur ve bir ekip yaklaşımı gerektirmektedir (Johnson, 2016). Önlemeye ek önem verilmesi hasta bakımını anlamlı bir şekilde geliştirir ve tedavi ile ilgili ekonomik maliyetleri azaltabilir (Zuo & Meng, 2015).

Bu bağlamda, konunun klinik çalışmalar ile desteklenmesi, basınç yarası oranlarını düşürme ve önleme ile ilgili programların geliştirilmesi ve bu programların klinikte uygulanmasına ihtiyaç vardır (Baldelli & Paciella, 2008)

Kanıtlar basınç yarası önlemede kanıta dayalı rehberlerin veya bakım paketi kullanımını önermektedir (Tayyib, Coyer, & Lewis, 2015b). Bakım paketi yaklaşımı, kanıta dayalı bakımın verilmesini geliştirdiği ve hasta sonuçlarında iyileşme sağladığı için sıklıkla klinik bakımda kullanılmaktadır (Horner & Bellamy, 2012). Klinik rehberlerin öneri şeklinde olması, bakım paketinin özünde denetlenebilirliğin varlığı klinik rehberlere karşı bakım paketi kullanımını kuvvetlendirmektedir (Tayyib, Coyer, & Lewis, 2015b). Basınç yarası önlemede bakım paketi en iyi kanıt ve rehberlerden oluşur ve kanıta dayalı uygulamaları klinik ortama geçişini kolaylaştırır (Zuo & Meng, 2015).

Bu çalışmada basınç yarası önlemede bakım paketi kullanımının etkinliği incelenirken, basınç yarası önleme uygulamalarındaki gelişme ve bu gelişmenin basınç yarası insidansına etkisi değerlendirilmiştir.

1.3.Araştırmanın Hipotezi

H₁: Basınç yarası önlemede bakım paketi kullanımı basınç yarası insidansını düşürür.

1.4.Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma S.B.Ü İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılmış olup Genel Yoğun Bakım Ünitesinde çalışan hemşireler ve yatan hastalar ile sınırlandırılmıştır. Tam bir randomizasyon olmaması araştırmanın sınırlılıklarıdır.

1.5.Tanımlar

Basınç Yarası: Basınç yarası, tek başına, basınç ya da yırtılma ile basıncın bir arada sebep olduğu, genellikle kemik çıkıntılar üzerinde ortaya çıkan lokalize deri ve/veya deri altı doku hasarıdır (EPUAP, 2014).

Bakım Paketi: Bakım Paketi, bakım bohçası, paket yaklaşımı veya temel önlem paketi olarak farklı adlarda kullanılmaktadır (Kurutkan, 2014). Hasta bakımında tek tek uygulandığında hasta sonuçlarının olumlu etkileyen fakat birlikte uygulandığında daha iyi sonuç veren üç ya da beş kanıta dayalı uygulamanın bir arada kullanılmasıdır (Resar, Griffin, Haraden, & Nolan, 2012).

EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel): Avrupa basınç ülseri danışma paneli

NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel):Ulusal basınç ülseri danışma paneli

PPPIA (Pan Pacific Pressure Injury Alliance):Pan Pasifik basınç ülseri İttifakı

1.6.Araştırmanın Amacı

Bu çalışma; basınç yarası önlemede bakım paketi kullanımının basınç yarası insidansına etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Genel Bilgiler

2.1.Basınç Yarası Kavramı

NPUAP, 2016 yılının Nisan ayında sınıflandırmalarında değişiklikler yapmış ve "basınç ülseri" yerine "basınç yaralanması" terminolojisini kullanmayı önermiştir (Berlowitz, Schmader, & Collins, 2018) Çünkü basınca bağlı deri hasarı cilt ülserasyonuna bağlı olmayabilir. NPUAP şüphelenilen derin doku yaralanmaları ve tedavi edilemeyen ülserlerin varlığı dışında bu tanımı önermektedir (Berlowitz, Berman, & Schmader, 2018; Berlowitz, Schmader, Berman, Amalia, & Collins, 2018). Ülkemizde konuyla ilgili yapılan kavram analizlerinde; basınca ilişkili doku hasarını tanımlamak için "basınç yarası" kavramı kullanıldığı belirtilmektedir (Mert, 2012; Soyer, 2014; Ünver, Yıldırım, Akyolcu, & Kanan, 2014). Basınç yarası tanımına bakıldığında etiyojisi üzerine odaklandığı görülmektedir. Basınç nedeniyle derideki hafif bir renk değişikliği ile başlayarak kaslara ve kemiklere kadar ilerleyebilen doku zedelenme sürecini tanımlar ve kan dolaşım bozulması ifadesini de içerir (Karadağ, 2003; Özyürek, 2010).

2.2.Basınç Yarasının Risk Faktörleri

Literatürde basınca bağlı cilt ve yumuşak doku yaralanmalarının gelişiminde etkili olan yüzden fazla risk faktörü tanımlanmıştır. Risk faktörleri basıncın süresini ve şiddetini etkileyen dış faktörler ve bireysel duyarlılık ve toleransı etkileyen iç faktörler olarak ikiye ayrılmaktadır. En önemli risk faktörleri; hareketsizlik, yetersiz beslenme, azalmış perfüzyon ve duyuşsal kayıp olarak belirtilmektedir (Berlowitz, Schmader, Berman, Amalia, & Collins, 2018).

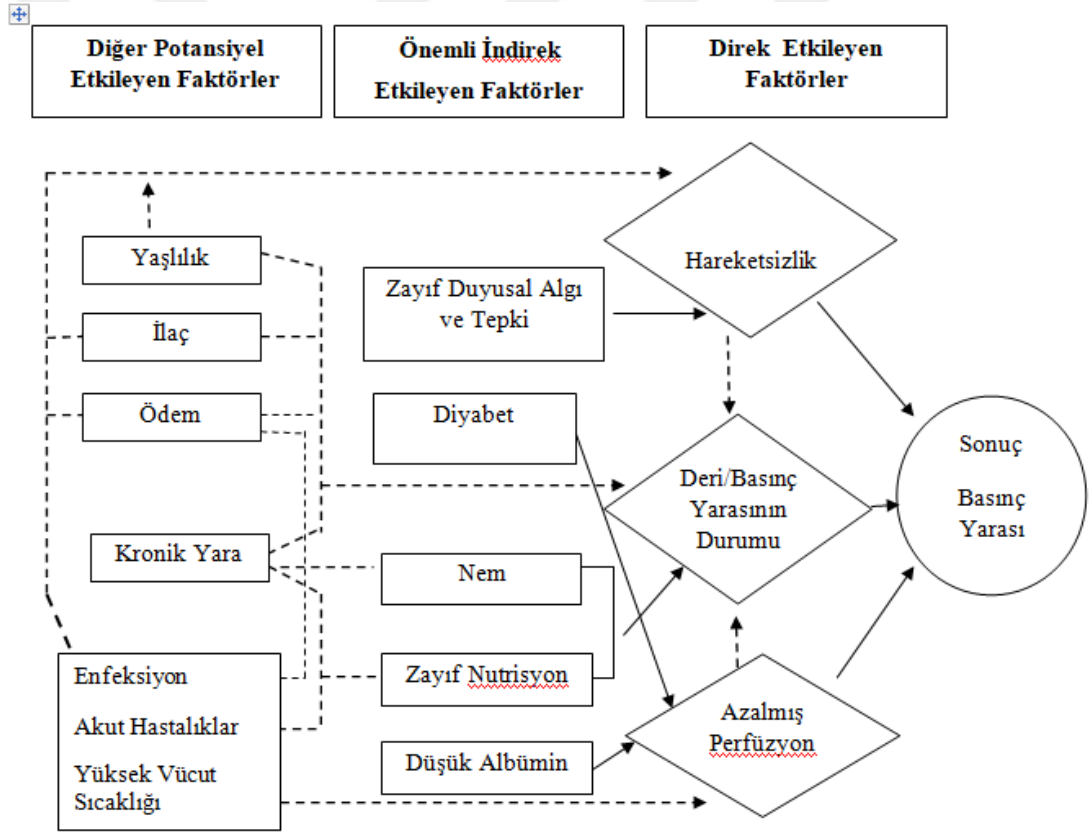
2002 ve 2012 yılları arasında kriterleri taşıyan 19 makalenin incelendiği araştırmada; YBÜ'lerinde basınç yarası gelişimi için risk faktörü olarak toplam 28 faktör belirlenmiş ve etkileyen faktörler iç ve dış faktörler olarak ele alınmıştır. En önemli risk faktörleri; ileri yaş, yoğun bakımda kalış süresinin uzaması, kardiyovasküler hastalık öyküsü ve diyabet olarak iç faktörler tanımlanmış olup, pozisyon verme ve norepinefrin kullanımı dış faktörler olarak belirtilmiştir (Tayyib, Coyer, & Lewis, 2013).

Coleman ve diğerleri (2013) tarafından yetişkin hasta popülasyonunda basınç yarası gelişiminde etkili olan bağımsız risk faktörlerini belirlemek amacıyla yapılan sistematik incelemede; 34.449 sayıda hastayı içeren 54 araştırma çalışma kapsamına

alınmıştır. Bağımsız olarak ortaya çıkan en önemli üç risk faktörü; aktivite, derinin (kızarıklık, kuruluk eritem vb.) ve basınç yarası (evre I ve daha önce basınç yarası gelişmiş olması) durumu, dolaşım (diyabet, vasküler hastalıklar, kan basıncı, sigara ve ödem) olarak belirtilmiştir. Hematolojik parametreler (albumin, hemoglobin, protein, lekopeni), beslenme, genel sağlık durumu da önemli olduğu fakat yukarıda belirtilen üç ana unsur olarak sık karşılaşılmadığı belirtilmiştir.

Vücut sıcaklığı ve bağışıklık durumunun önemli olduğu ancak ileri araştırmalara ihtiyaç varlığı, ırk ve cinsiyetin önemli olduğu fakat kanıtların konuyla ilgili yetersiz olduğu belirtilmiştir (Coleman, ve diğerleri, 2013). Bununla birlikte basınç yarası gelişimini etkileyen faktörlerin yeni kavramsal çerçevesi de şekil 1'de gösterilmiştir (Coleman, ve diğerleri, 2014).

Şekil 1. Basınç Yarası Gelişimini Etkileyen Faktörlerin Teorik Şeması



2.3.Basınç Yarasının En Sık Görüldüğü Vücut Bölgeleri

Basınç yarasını önlemede, basınç yarasının gelişebileceği vücut bölgelerini bilmek önemlidir. Öncelikle basınç yarası vücudun basınca uğrayan her yerinde gelişmekle birlikte kendi kendine pozisyon alamayan, yatağa bağımlı hastalarda kemik çıkıntı alanlarında oluşur (Moore, Webster, & Samuriwo, 2015). En sık görülen anatomik bölgeler; sakrum, topuklar, iskiüm ve trokanterler olmakla birlikte daha az sıklıkla dirsekler, skapulanın üzeri, oksipital bölge, omuzlar ve dizlerdir. (Özyürek, 2010; Üstün, 2013; Yücel, 2008).

2.4.Basınç Yarasını Önleme

Basınç yarası özellikle sağlık bakım ortamlarında her yaşta görülen önemli bir sağlık problemidir. Ancak çoğu önlenebilirdir ve önleme hasta ve sağlık hizmeti verenler için, oluşan basınç yarasını tedavi etmekten çok daha önemlidir (Bennett, Dealey, & Posnett, 2004; Black, ve diğerleri, 2011; Moore, Webster, & Samuriwo, 2015)

2.4.1.Risk Değerlendirme

Risk altındaki hastaların belirlenmesi, basınca bağlı cilt ve yumuşak doku yaralanmalarının önlenmesinde merkezi bir konudur. Kapsamlı bir hasta öyküsü ve fizik muayeneyi içeren risk değerlendirmenin yapılması, basınç yarası gelişimine neden olabilecek etkenlerin önceden önlenmesini sağlamaktadır (Berlowitz, Schmader, Berman, Amalia, & Collins, 2018; Berlowitz, Schmader, & Collins, 2018). Amerika Birleşik Devletleri'nde Sağlık Araştırmaları ve Kalite Ajansı (AHRQ), İngiltere'deki Ulusal Sağlık ve Bakım İyileştirme Enstitüsü (NICE) kılavuzları risk değerlendirme araçlarının kullanımını sağlamıştır. Aynı zamanda, NPUAP ve EPUAP basınç yarasının önlenmesinde risk değerlendirme araçlarının kullanımı için benzer kılavuzlar yayınlamıştır (Berlowitz, Schmader, Berman, Amalia, & Collins, 2018). İdeal bir risk değerlendirme aracı güvenilir, geçerli, hassas ve spesifik olmalıdır (Moore & Cowman, 2014). Risk değerlendirme araçlarının kullanımı kapsamlı bir değerlendirmenin parçası olarak düşünülmelidir ve düzenli bir şekilde yapılmalıdır. Akut bakımda/her vardiyada, uzun süreli bakımda hafta bir/4 hafta boyunca sonra üç ayda/bir, evde bakımda/her hemşire ziyaretinde olacak şekilde düzenlenmelidir (Pressure Injury Prevention Points, 2016).

İngiltere, Avrupa ve Kuzey Amerika'da yoğun bakım ünitelerinde kullanılan risk değerlendirme araçları Braden ve Waterlow skalalarıdır (Zuo & Meng, 2015). En sık

kullanılan tahmini risk değerlendirme araçları Norton ve Braden lekleridir. Bu risk değerlendirme araçları sınırlı bir risk faktörü çerçevesini içerir en iyi klinik değerlendirme ve kararı ile birlikte kullanımın olacağı literatürde belirtilmektedir (Berlowitz, Schmader, Berman, Amalia, & Collins, 2018; EPUAP, 2014). Klinik kararları desteklemek için Braden, Waterlow ve Norton gibi desteklenmiş bir risk değerlendirme skalasının kullanılması önerilmektedir (NICE, 2014).

Tüm hastaların potansiyel olarak basınc yarası gelişimi için risk altında olduğu unutulmamalıdır. nemli ölçüde sınırlı hareketlilik (rneğin, omurilik yaralanması olan kişiler), önemli duyu kaybı, önceki veya mevcut bir basınc yarası varlığı, beslenme yetersizliği pozisyon değiştirmede yetersizlik, önemli bilişsel bozulma risk durumunu arttırmaktadır bu nedenle ek risk faktörlerinin tanımlanması önemlidir. Yüksek riskli gruplarda riski en aza indirmek için nleme adımlarının belirtilmesi önerilmektedir (NICE, 2014; Ratliff, Droste, Bonham, Crestodina, & Johnson, 2017).

2.4.2. Derinin Değerlendirilmesi

Deri ve dokunun değerlendirilmesi basınc yarasını önlemede, sınıflandırma, tanı ve tedavide önemli bir konudur. Sağlık bakım ortamlarında risk değerlendirmenin bir parçası olarak tam bir deri değerlendirilmesinin yapılması ve sağlık profesyonellerinin derinin değerlendirilmesi kapsamında; derideki renk değişikliği, ödem, lokalize ısı farklılığı, eritem ve ağrılı bölge konularında eğitilmeleri önemlidir (EPUAP, 2014).

Basınc yarası riski taşıyan bireylerde maksimum en kısa sürede kapsamlı bir deri değerlendirilmesinin yapılması ve kayıt altına alınması gerekmektedir (Kanıt Gc=C). Kemik çıkıntı bölgeleri başta olmak üzere tam bir değerlendirme yapmak için pozisyon değişimi bir fırsattır. Ağrılı bölgenin ayırt edilebilmesi özellikle önemlidir nk cilt hasarı ile ilgili olabilir ve doku yıkımına öncülük edebilir. Risk altındaki bireylerde ciltte eritem olup olmadığı kontrol edilmeli, var ise boyutu ve nedeni ayırt edilmelidir (Kanıt Gc=C).

Ciltteki eritemin değerlendirilmesinde parmakla bası veya disk yöntemi kullanılabilir (Kanıt Gc=C). Parmakla  saniyeliğine basınc uygulanır ve ciltteki renk değişikliği gözlemlenir. Disk yönteminde; şeffaf bir disk eritem alanına eşit şekilde basınc uygulamak için kullanılır, uygulama sırasında cildin altındaki beyazlama gözlemlenir. Koyu tenli kişilerde evre doku değerlendirilmelidir (Kanıt Gc=B). Lokalize ve genel ödem bulgusu olan bireylerde daha fazla deri değerlendirilmesinin yapılması

gerekmektedir (Kanıt gücü=C) (EPUAP, 2014; Guidelines for the Prevention of Pressure Ulcers, 2012).

2.4.3.Deri Bakımı

Deri bakımında birincil hedef aşırı nem ve kuruluğu önleyerek, cildin kuru ve temiz tutulmasıdır. Bireye pozisyon verirken eritem bölgesine yerleştirmekten mümkünse kaçınılmalıdır (Kanıt Gücü=C). Deri temizliği tahrişi en aza indirgeyen pH dengeli bir ürün ile yapılmalıdır (Kanıt Gücü=C). Sıcak su ve tahriş edici ürünlerden kaçınılması gereklidir. Kemik çıkıntı alanları gibi basınç yarası riski altında olan cilde masaj yapılmamalı ve şiddetli ovulmamalıdır (Kanıt Gücü=C). Özellikle yaşlı zayıf yetişkinlerde masaj ağrılı olmanın yanı sıra, inflamatuvar reaksiyonlara neden olabilir (Kanıt Gücü=C). Cildin nemle ilişkili hasardan (idrar/fekal inkontinans, terleme, yara sızıntısı vb.) bariyer ürün kullanılarak korunması gerekmektedir (Kanıt Gücü=C) (Berlowitz, Schmader, Berman, Amalia, & Collins, 2018; EPUAP, 2014).

Cildin nemden zarar görmesi ciltte hasara neden olur ve nemden dolayı basınç yarası riski artabilir. Fazla nem sürtünmeyi artırır, basıncın eklenmesi ile yırtılmaya neden olur (Berlowitz, Schmader, Berman, Amalia, & Collins, 2018; Demarre, ve diğerleri, 2014; Sibbald, Krasner, & Woo, 2011). İdrarda ve dışkıda bulunan kimyasal maddeler cildi tahriş edebilir bu aşamada uygun pansuman kullanımı ve düzenli aralıklar ile bakım yapılması çok önemlidir. İnkontinans hastaları için cildi sürekli neme maruz bırakmamak gereklidir. Cildin temizliği ve hastaların özelliğine göre emici ped, emici kilot veya tüp kullanılabilir (Ayello & Sibbald, 2012; Guidelines for the Prevention of Pressure Ulcers, 2012). Hastanın cildinin kurumamasından kaçınılması, cilt nemlendiricilerinin günlük olarak kuru cilde ve banyodan sonra uygulanması gerekmektedir (Ayello & Sibbald, 2012; Guidelines for the Prevention of Pressure Ulcers, 2012; Pressure Injury Prevention Points, 2016). Hastaların pozisyon verilmesi ve transferi sırasında sürtünme ve yırtılma yoluyla deride hasar oluşmasını engellemek için uygun transfer tekniklerinin, nemlendiricilerin ve koruyucu pansumanların kullanılması gerekmektedir (Ayello & Sibbald, 2012).

2.4.4.Pozisyon Verme

Pozisyon vermede amaç ara yüz basıncını azaltmak ve basınç kaynaklı deri ve yumuşak doku hasarı riski altındaki bölgelere dolaşımı sağlamaktır. Pozisyon verirken yumuşak ve doğru şekilde yapılması önemlidir (Berlowitz, Schmader, & Collins,

2018) Basınç yarası riski altında olan tüm hastalarda, kontrendike bir durum olmadıkça pozisyon değişimi sağlanmalıdır (Kanıt Gücü=A). Pozisyon vermede hastanın mevcut durumu ve kullanılan destek yüzey göz önünde bulundurulmalıdır (Kanıt Gücü=C) (EPUAP, 2014; Guidelines for the Prevention of Pressure Ulcers, 2012).

Pozisyon sıklığı hastanın durumu ve hasta için kullanılan destek yüzeye göre değişmektedir. Pozisyon sıklığı belirlenirken hastanın; genel sağlık durumu, doku ve cilt toleransı, aktivite ve hareketlilik düzeyi, tedavi planı ve konforu göz önünde bulundurulması önerilmektedir (Kanıt Gücü=C). (EPUAP, 2014).

Pozisyon vermede yatağa bağımlı hastada genellikle iki saatlik bir aralık önerilmektedir. Ancak; basıncı dağıtan yatakların kalitesi pozisyon sıklığını etkileyebilir. Deri eritemi ve iskemik değişikliklerin sağlıklı erişkinlerde standart yataklarda iki saatten daha kısa bir sürede ortaya çıkabileceği gösterilmiştir. Özellikle yüksek kaliteli bir destek yüzeyi kullanıldığında, iki saatlik bir frekansa (daha uzun bir aralık) en uygun olup olmadığı belirsizdir. Temelden sınırdaki perfüzyona sahip deri ve yumuşak dokularda, daha kısa basınç aralıklarıyla geri dönüşümsüz değişiklikler geliştiği belirtilmiştir (Berlowitz, Schmader, & Collins, 2018) Pozisyonun yönü ve zamanı yapılan gözlemler mutlaka kayıt altına alınmalıdır (EPUAP, 2014; Guidelines for the Prevention of Pressure Ulcers, 2012).

2.4.5. Destek Yüzeyler

Destek yüzeyler; doku yüklerini ayarlayan, hava akımını ve diğer tedaviyi destekleyici fonksiyonları sağlayan yatak, entegre yatak sistemi, transfer araçları, minder, kaplama malzemesi, pozisyon destek ürünleri gibi basıncı yeniden dağıtmak üzere tasarlanmış özel cihazlardır. Önleme ve tedavi planının önemli bir parçası da destek yüzey kullanımınıdır. Basınç yarası risk faktörleri kişiden kişiye değişmektedir. Bu kapsamda bireyin ihtiyaçları göz önünde bulundurularak destek yüzeylerin bireye özgü seçilmesi ve bakım ortamı ile uyumlu olması önemlidir. (Basınç Ülserlerini Önleme: Hızlı Başvuru Kılavuzu, 2010; Berlowitz, Schmader, & Collins, 2018; EPUAP, 2014).

2.4.6. Beslenme ve Sıvı Alımı

Beslenme yetersizliği basınç yarası gelişiminde geri dönüşümü olan bir risk faktörüdür. Bu nedenle erken tanı ve yönetimi çok önemlidir. Sağlık bakım tesislerinde basınç yarası gelişimi açısından risk altında olan her bir bireyin beslenme durumunun gözlenmesi ve değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu kapsamda geçerli ve güvenilir bir

nutrisionel risk değerlendirme aracının nutrisionel riski belirleyebilmek için kullanılması önerilmektedir. Ayrıca bu değerlendirmenin diyetisyen ve nutrision ekip tarafından yapılması gerekmektedir. (Ayello & Sibbald, 2012; EPUAP, 2014; Guidelines for the Prevention of Pressure Ulcers, 2012).

Genellikle yeterli beslenmenin basınç yarası oluşumunu nemeye yardımcı olabileceği ve erken evre basınç yarasının iyileşmesini destekleyebileceği düşünülmektedir (Berlowitz, Schmader, & Collins, 2018) Enerji alımı sağlık durumuna ve aktivite seviyesine yönelik belirlenmelidir (Kanıt Gc=B). Malnutrision riski değerlendirilmiş basınç yarası riski taşıyan yetişkinlerde, 30-35 kcal/kg vücut ağırlığına göre sağlanması gereklidir (Kanıt Gc= C). Ağızdan alım yetersiz olduğunda, bireyin hedefi ile uyumlu enteral veya parenteral beslenme desteği düşünülmesi gereklidir. (Kanıt Gc= C) (EPUAP, 2014). Ancak basınç yarasını nemede beslenme takviyeleri veya enteral beslenmeleri değerlendiren çalışmaların sonuçları birçok metodolojik sorundan dolayı yetersizdir (Berlowitz, Schmader, & Collins, 2018; Chou, ve diğerleri, 2013). Diyet takviyeleri gibi nutrisionel beslenme girişimlerinin başarısı bireylerin başlangıçtaki beslenme durumuna bağlıdır (Berlowitz, Schmader, & Collins, 2018). Kritik yaşlı hastalarda yapılan bir çalışmada; oral beslenme takviyesi ile standart diyet karşılaştırılmış ve sadece standart diyet alan hastalarda artmış risk bulunmuştur (Bourdel-Marchasson, ve diğerleri, 2000; Berlowitz, Schmader, & Collins, 2018). Bu kapsamda yapılan sistematik derlemeler birçok metodolojik sorundan dolayı yararının açık bir kanıtı yoktur. Bu nedenle uygun tıbbi bakımda tüm beslenme eksikliklerinin ele alınması gerektiği düşünülmektedir (Berlowitz, Schmader, & Collins, 2018).

Laboratuvar parametrelerinin beslenmenin bir parçası olarak kullanılması önerilmektedir (Kanıt gc=C) (Ratliff, Droste, Bonham, Crestodina, & Johnson, 2017). Beslenme planında protein özellikle ele alınmalı ve kontrendikasyon olmadıkça, basınç kaynaklı deri ve yumuşak doku hasarı gelişme riski taşıyan bireylere günde yaklaşık vücut ağırlığına 1,25 ile 1,5 gram protein / kg önerilmesi ve gerektiğinde tekrar değerlendirilmesi gerekmektedir (Berlowitz, Schmader, & Collins, 2018; EPUAP, 2014; Thomas, 2006).

Ayrıca sıvı alımı kapsamında; basınç yarası riski taşıyan kişiler için eşlik eden hastalıkları ve hedefleri ile uyumlu olarak hidrasyonu sağlamak için yeterli günlük sıvı alımını sağlanması ve teşvik edilmesi önerilmektedir (Kanıt Gc=C). Özellikle

sağlık bakım profesyonellerinin dehidratasyon belirti ve bulgularını kontrol etmek için bireylerin hidrasyon durumlarını izlemelidir (EPUAP, 2014).

Başarılı önleme girişimlerinin temel unsurları ayrıca şu şekilde belirtilmektedir; çalışanlar için en iyi önleme uygulamaları eğitimi düzenlemek, basınç yarası önlemede standart formlar kullanmak, hemşirelik ekibinden cilt bakım şampiyonları belirlemek, hastalara düzenli aralıklar ile pozisyon verme, pozisyon verme aralığını bildiren örneğin müzik kullanımı, özel şilteler ve gerekli önleme malzemeleri sağlamada engellerin en aza indirilmesi, konsültasyon yoluyla ek uzmanlar ile görüşmek, denetim ve geri bildirim önemli olduğu belirtilmektedir (Berlowitz, Schmader, & Collins, 2018).

2.5.Bakım Paketi

Bakım paketi için farklı adlandırmalar belirtilmektedir. Bunlar; care bundles (bakım paketi/bakım bohçası) veya bundle approach (bundle yaklaşımı, paket yaklaşımı) veya temel önlem paketi tanımlamalarıdır (Kurutkan, 2014).

Bakım paketi kavramı; hasta bakımında istenilen sonuçlara ulaşmak, standart olarak uygulanması gereken işlemlere uyumu arttırmak amacıyla güvenli bir şekilde en iyi bakımın verilmesi için Amerika Sağlık Bakımını İyileştirme Enstitüsü (Institute for Healthcare Improvement IHI) tarafından ilk kez gündeme getirilmiştir (What Is a Bundle?, 2015).

Amerika Sağlık Bakımını İyileştirme Enstitüsü tarafından hasta güvenliği ve bakım kalitesini geliştirmek amacıyla yapılan "yaşasın 5000 ve 100.000" kampanyalarında elde edilen sonuçlarda paket yaklaşımı önemli rol oynamıştır. Bu kampanyalar yoğun bakımlarda özellikle sepsis, kardiyak ve solunum yetmezliği olan hastalarda olmak üzere bakım kalitesini ve hasta güvenliğini arttırmak amacıyla yapılmıştır. Bununla birlikte bu yıllarda uluslararası arenada kritik bakımda bakım paketi kullanımı teşvik edilmiş olup, bu konuda anahtar rolü "yaşayan sepsis kampanyası" üstlenmiştir. Bu kampanyalar ile şiddetli sepsis olaylarında 2009 yılına kadar sağ kalımın %25 artırılması hedeflenmiştir (Horner & Bellamy, 2012).

Bakım paketi, hasta bakımında tek tek uygulandığında hasta sonuçlarının olumlu etkileyen fakat birlikte uygulandığında daha iyi sonuç veren üç ya da beş kanıta dayalı uygulama içermelidir (Resar, Griffin, Haraden, & Nolan, 2012). Paket kavramı, belirli bir semptom, prosedür ve tedavi için gruplandırılmış kanıta dayalı bakım protokolü olarak ta belirtilmektedir. Bu aşamada paketin etkili olabilmesi için doğru anlaşılması

ve kullanılması çok önemlidir. Çünkü her bakım protokolü bakım paketi olmayabilir (Fulbrook & Mooney, 2003).

Paketin içindeki her bir uygulama adımı yaygın olarak kullanılan ve iyi uygulama olarak kabul edilen adımlardan oluşmalıdır (Horner & Bellamy, 2012) Bir pakette bulunan adımlar net ve anlaşılır olmalıdır. Paket bileşenlerinin her biri uygulandığında tamamlanmış kabul edilir, içeriğinden bir adımın uygulanmaması paket önlemlerinin alınmadığı anlamına gelir. Bu özelliği ile "ya hep ya hiç" standardı olarak ta bilinir. Paket bileşenleri nispeten birbirinden bağımsız olabilir, örneğin bir adım uygulanmadığında diğerine geçilemeyecek anlamı taşımaz diğer adıma geçilip uygulanabilir. Uygulama adımları kuralcı olmak yerine tanımlayıcı olmalıdır (Resar, Griffin, Haraden, & Nolan, 2012). Her bir adım kendi alanında kabul edilen en iyi girişimlerden oluşmalıdır. Bu adımların tercihen kanıt düzeyi I ve düzey II olan randomize kontrollü deneysel çalışmalardan elde edilmiş olması önerilmektedir (Horner & Bellamy, 2012). Bu özelliği ile kontrol listesinden ayrılır. Çünkü kontrol listesi kanıta dayalı olmak zorunda değildir, çok sayıda maddeden oluşabilir, içerik her hastaya uygulanmak zorunda değildir (Candaş & Gürsoy, 2017). Bakım paketi uygulaması için tanımlı bir hasta popülasyonu ve uygulama alanı olmalıdır. Multidisipliner bir ekip yaklaşımı ve iletişim gereklidir. Bakım paketinin güvenilir bir şekilde uygulanabilmesi için bakım ekibinin birlikte sistemli bir şekilde çalışması ve farkındalığının olması gereklidir ve bütün sağlık çalışanları aynı uygulamayı yapar (Candaş & Gürsoy, 2017; Resar, Griffin, Haraden, & Nolan, 2012). Böylelikle tüm bakım ekibinin güvenilir bir bakım sistemi içinde birlikte çalışmasına olanak sunar. Bakım süreçlerini yeniden tasarlamak için iyileştirme yöntemlerinin kullanılmasını teşvik eder (Resar, Griffin, Haraden, & Nolan, 2012). Kullanımın doğrudan hastaya faydası vardır, yoğun bakım ünitesinde kalış süresini azaltır, düşük finansal maliyet, kaynakların etkin kullanımını sağlayarak ta bakım paketi kullanımı dışındaki hastalara da direk fayda sağlamaktadır (Horner & Bellamy, 2012). Bu bağlamda ilk geliştirilen bakım paketleri; ventilatör ve santral kateter bakım paketi başta olmak üzere; şiddetli sepsis bakım paketi, Metisilin dirençli *Staphylococcus aureus* bakım paketi, inme ve geçici iskemik atak bakım paketi, üriner sistem enfeksiyonları önleme bakım paketi gibi kullanılan birçok bakım paketi vardır (Kurutkan, 2014; McCarron, 2011; Sayın, 2017).

Sağlık bakım ile ilişkili enfeksiyonların önlenmesindeki uygulanan bakım paketlerin varlığı ve başarılı sonuçları bu yöntemle iyileştirilebilecek başka risklerin varlığını da akla getirdi ve bu bağlamda basınç yarası önlemede bakım paketi kullanımını ideal bir aday olarak literatürde yerini aldı (Kiernan & Downie, 2011).

Bakım Paketi, bakımın düzenli bir şekilde yapılmasını ve standardizasyonu sağlarken kanıta dayalı uygulama rehberlerinin klinik uygulamaya entegre olmasını kolaylaştırır (Chaboyer & Gillespie, 2014).

Bakım paketi kullanımını ile ilgili isteklilik, rutin bakıma entegre edilmesi ve sürekli olması, aktif hasta katılımının da sağlanması bakım paketinin klinik uygulamada başarılı olmasında önemlidir (Chaboyer & Gillespie, 2014). Ayrıca bakım paketi kullanımının, hasta katılımına etkisi olduğu, iletişim ve farkındalığı arttırdığı, çalışan davranışlarını olumlu yönde arttırdığı belirtilmektedir (Roberts, ve diğerleri, 2016).

2.6.Basınç Yarası Önlemede Bakım Paketi Kullanımı

Kanıtların klinik uygulamaya geçirilmesinde bakım paketi kullanımı ve sonuçlarının değerlendirilmesi anahtar rol oynamaktadır. Klinik uygulama adımlarının bakım paketi ile ölçülmesi, kanıta dayalı uygulamaların her bir basamağının kolay anlaşılmasına ve gerçek uygulama alanına entegrasyonunu kolaylaştırmaktadır. Gereksinim doğrultusunda hazırlanan bakım paketi kullanımı klinik kullanıcılar ile etkileşim sonucunda stratejiler kolaylaşır ve düzenli olarak iyi bir şekilde izlenebilir (Tayyib, Coyer, & Lewisa, 2016).

Tayyib, Coyer ve Lewis (2015b) tarafından bakım paketi kullanımının yoğun bakım ünitesinde basınç yarası insidansına etkisini incelemek için EPUAP ve NPUAP 2009 rehberi doğrultusunda; "risk değerlendirme, deri değerlendirmesi, deri bakımı, beslenme, pozisyon verme, destek yüzey, eğitim ve nazogastrik, endotrakeal tüp vb. gibi tıbbi cihazlar" ile ilgili basınç yarasını önlemeyi içeren ana konuları kapsayan bakım paketi kullanmışlardır. Toplam 140 hasta (70 uygulama grubu ve 70 kontrol grubu) üzerinde randomize kontrollü bir çalışma yapmışlardır. Çalışmanın sonucunda basınç yarası gelişiminde bakım paketinin uygulanması ile hasta başına insidansı, şiddeti ve basınç yarası sayısı azalmış olduğu görülmüştür.

Coyer ve diğerleri (2015) yılında yaptıkları çalışmada, uygulama grubunda "InSpire Care Bundle", kontrol grubunda ise standart bakım karşılaştırılmıştır. "InSpire Care Bundle " da en iyi kanıtlara dayalı, hijyen önlemleri, pozisyon verme, yoğun bakımda

basınç yarası önleme stratejilerine dayalı bakım verilirken, standart bakımda yoğun bakım ünitesinde genel prosedür, kurallar çerçevesinde bakım verilmiştir. Uygulama grubunda basınç yarası kümülatif insidansı daha düşük, oluşan basınç yarası da daha az şiddetlidir. Özellikle hastaların deri ve risk değerlendirilmesinin sistematik ve daha düzenli yapılmasının basınç yarasını önlemede ana rol oynadığı belirtilmiştir.

Chaboyer ve diğerleri (2016) yılında hasta merkezli bakım paketinin basınç yarası insidansına etkisini belirlemek amacıyla Avustralya'nın üç eyaletinde 200 yatak kapasitesi üzerinde üçüncü basamak sekiz hastanede ve 1600 hasta ile cluster randomize çalışma yapılmıştır. Bakım paketi; "1. Hareketliliği Devam Ettirin, 2. Cildinize Dikkat Edin, 3. Sağlıklı Beslenin " konularını içermiştir. Bakım paketi ile standart bakım karşılaştırılmıştır. Basınç yarası insidansı kümülatif seviyede anlamlı fakat bireysel hasta düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Klinik uygulama için etkili olduğu fakat entegrasyonun kolay olmadığı belirtilmiştir.

Bakımın kalitesini geliştirmek için, kanıta dayalı uygulamaların standart bakıma entegre edildiği ve sonuçların paylaşıldığı ileri çalışmalara ihtiyaç vardır (Soban, Hempel, Munjas, Miles, & Rubenstein, 2011). Kanıta dayalı uygulamalar ancak klinik bakıma entegre edilerek maksimum şekilde kullanılabilir. Bu bağlamda klinik bakıma entegre etmek ve klinik sonuçlarını izlemek çok önemlidir (Tayyib, Coyer, & Lewisa, 2016). Bakım paketinin başarılı bir şekilde uygulanmasında en önemli faktör olan tüm ekibin katılımı ve tüm paketin protokollerinin uygun şekilde yerine getirilmesi ile basınç yarası etkili bir şekilde önlenir bu nedenle bakım paketinin etkinliğini değerlendirmek için insidansına olan etkisini ölçmek esastır (Zuo & Meng, 2015). Ayrıca; basınç yaralanmasının önlenmesi için bakım protokollerini standart hale getirmek için bir bakım paketi yaklaşımının kullanılması, hasta sonuçlarını olumlu yönde etkileme ve basınç yaralanmalarını azaltma potansiyeline sahip olduğu belirtilmektedir (Ratliff, Droste, Bonham, Crestodina, & Johnson, 2017).

Gereç ve Yöntem

3.1.Araştırmanın Tipi

Bu araştırma basınç yarası önleme bakım paketi kullanımının basınç yarası insidansına etkisini belirlemek amacıyla planlanmış yarı deneysel bir araştırmadır.

3.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Ocak - Eylül 2018 tarihleri arasında S.B.Ü İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Genel Yoğun Bakım Ünitesi'nde yürütülmüştür. Genel Yoğun Bakım Ünitesi 3. basamak olup, 10 yatağa sahiptir ve hemşire sayısı 18'dir. Gündüz 08-16 ve gece 16-08 şiftinde iki yatağa bir hemşire olacak şekilde çalışılmaktadır. Hafta içi çalışma şekli 08.00-16.00 ve 16.00-08.00 olmak üzere 16 saat, hafta sonu 08.00-08.00 olmak üzere 24 saattir.

S.B.Ü. İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalite Yönetim Birimi'nden alınan Genel Yoğun Bakım ünitesi basınç yarası insidans oranları 2016 yılı için %24.44 ve 2017 yılın için %19.33 olup yüksek bir orana sahiptir.

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın hemşire evrenini; 2 Ocak - 30 Eylül 2018 tarihleri arasında S.B.Ü. Üniversitesi İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Genel Yoğun Bakım Ünitesi'nde çalışmakta olan 18 hemşire oluşturmuştur. Bu aşamada örneklem seçimine gidilmeyerek çalışmakta olan hemşirelerin tamamına ulaşılmıştır. Çalışmanın yapıldığı tarihlerde raporlu, izinli (yasal doğum öncesi ve sonrası ve/veya uzun süreli hastalık mazeret izinli vb.) hemşireler araştırma kapsamına alınmamıştır. Hastanenin akreditasyon çalışmaları, eğitim çalışmaları kapsamında basınç yarası önleme ile ilgili eğitimlerin olması, yıllık izin tarihleri ve atama tarihleri araştırmanın aşamalarında göz önünde bulundurulmuştur. Bakım paketi doğrultusunda verilen hemşirelik bakımını değerlendirmek içinde, Yoğun bakım ünitesi'nde yatmakta olan, en az 24 saat ve üzeri kalması beklenen, 18 yaş ve üzeri tüm hastalar değerlendirilmek üzere çalışma kapsamına dahil edilmiş olup, araştırma kapsamına 73 hasta alınmıştır ve 431 hasta değerlendirilmesi yapılmıştır. Araştırma verileri toplanırken, yatış sırasında basınç yarası var olan 46 hasta, 18 yaş ve altı 3 hasta, 24 saatten daha az hastanede kalan 30 hasta, beyin ölümü gerçekleşen 2 hasta araştırma kapsamına alınmamıştır. Hastalar basınç yarası ile hastaneye gelme, başka bir kliniğe, hastaneye nakil veya taburcu olma, vefat durumunda izlem sonlandırılmıştır (Tablo 1).

Tablo 1.Araştırma Kapsamına Dahil Edilme ve Araştırma Kapsamı Dışında Tutulma Kriterleri

Araştırmaya Kapsamına Dahil Edilme Kriterleri	Araştırmaya Kapsamının Dışında Tutulma Kriterleri
-Genel Yoğun Bakım Ünitesinde yatmakta olan, -En az 24 saat ve üzeri kalması beklenen, -18 yaş ve üzeri olan hastalar	-Yatış sırasında basınç yarası var olan, -18 yaş ve altı, -24 saatten az kalması beklenen, -Beyin ölümü, kardiyak arrest vb. sebeplerden dolayı kontrendike durumu bulunan hastalar
*Basınç yarası gelişme, başka bir kliniğe veya hastaneye nakil ve taburcu olma, vefat durumunda izlem sonlandırılmıştır.	

Bu araştırmada daha önceki çalışmadan elde edilmiş bakım paketi kullanım uyum prevelans 0.78 olarak alınarak %95 güven düzeyinde örneklem büyüklüğü hesaplanmıştır (Tayyib, Coyer, & Lewisa, 2016). Analiz sonucunda $\alpha=0.05$ düzeyinde ve 0.80 teorik power ile minimum örneklem hacmi 264 hasta değerlendirmesi olarak hesaplanmıştır.

3.4.Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

3.4.1.Bağımlı Değişkenler: Araştırmanın bağımlı değişkenleri basınç yarası insidansı ve basınç yarası önlemede bakım paketine uyum durumlarıdır.

3.4.2. Bağımsız Değişkenler: Araştırmanın bağımsız değişkenleri örnekleme alınan hastaların yaş, cinsiyet, hastaların tanıları, kullandıkları ilaçlar, hastaların ek hastalıklarıdır.

3.5.Araştırmanın Aşamaları

Bu çalışmanın protokolü üç aşamadan oluşmuştur.

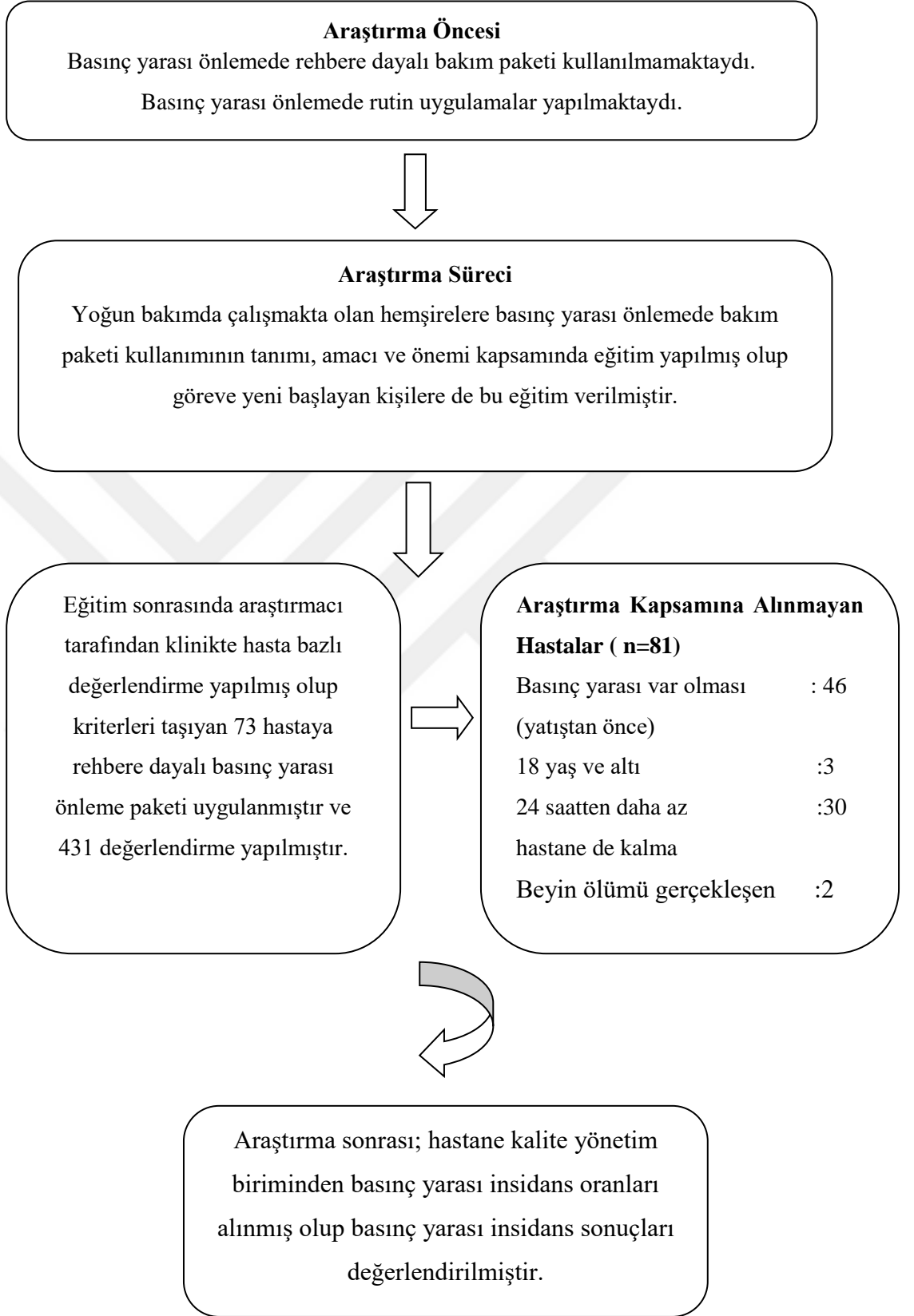
3.5.1. Birinci aşama: Bu aşama hazırlık aşaması olup basınç yarası önlemede bakım paketi parametreleri doğrultusunda eğitim sunumu ve eğitim broşürü hazırlanmıştır. Eğitim takvimindeki uygun tarih ve saat ayarlamaları klinik ziyareti yapılarak oluşturulmuştur. Eğitim takvimi oluşturulurken kliniğin çalışma düzenini

etkilemeyecek şekilde, kişilerin yıllık izin ve akreditasyona bağlı denetim çalışmaları göz önünde bulundurulmuştur.

3.5.2. İkinci aşama: 2 Ocak - 31 Mart 2018 tarihleri arasında genel yoğun bakım ünitesinde çalışmakta olan hemşirelere araştırmacı tarafından basınç yarasını önlemede bakım paketi kapsamında risk değerlendirme, derinin değerlendirilmesi, deri bakımı, pozisyon verme, destek yüzeyler, beslenme ve sıvı alımı konularını içeren eğitim verilmiştir. Eğitime klinikte çalışan tüm hemşirelere ulaşıncaya kadar devam edilmiştir. Eğitime katılmayan ve çalışma programından sonra göreve yeni başlayan hemşireler içinde eğitim programı tekrarlanmıştır. Eğitimler küçük gruplar halinde, kişilerin çalışma düzenini bozmadan yapılmıştır. Eğitim içeriğini basınç yarasını önlemede bakım paketi parametreleri, bakım paketi kullanımının basınç yarasının görülme sıklığına olan etkisi ve konuyu destekleyen kanıtlar oluşturmuştur. Eğitim sunumu için powerpoint gösterim ile anlatma soru-cevap tekniği kullanılmıştır. Eğitim süresi yaklaşık olarak 60 dakika sürmüştür. Eğitimin sürekliliğini sağlamak için eğitim sonrası tüm katılımcılara araştırmacı tarafından hazırlanan eğitim materyali verilmiştir. Toplamda 8 eğitim yapılmış olup, çalışmakta olan 18 hemşire ve bir sorumlu hekime eğitim verilmiştir. Eğitimde sürekliliği sağlamak için haftalık klinik ziyaretleri yapılarak konu ile ilgili haftalık hatırlatmalar yapılmıştır.

3.5.3. Üçüncü aşama: 1 Nisan - 30 Eylül 2018 tarihleri arasında tanımlı klinikte araştırma kapsamına alınan hastalara verilen hemşirelik bakımı basınç yarası önlemede bakım paketi parametreleri doğrultusunda değerlendirilmiş olup, basınç yarası önlemede bakım paketi kullanımının basınç yarası insidansına olan etkisi incelenmiştir. Ayrıca üç aşamaya ait araştırma uygulama iş akışı da şekil 2'de gösterilmiştir.

Şekil 2.Araştırma Uygulama İş Akışı



3.6. Veri Toplama Yöntemi ve Veri Toplama Araçları

Veriler araştırmacı tarafından yerinde gözlem, görüşme ve kayıtlar incelenerek "Hastaların Demografik ve Klinik Özellikleri Formu" (Ek-III) ve "Basınç Yarası Önlemede Bakım Paketi Klinik Veri Toplama Formu" (Ek-IV)'de belirtilen veri toplama araçları kullanılarak toplanmıştır.

Hastaların Demografik ve Klinik Özellikleri Formu (Ek-III): Araştırmacı tarafından ilgili literatür doğrultusunda hazırlanmıştır. Hastaların; adı-soyadı, yaş, cinsiyet, yatış tarihi, boy, kilo kapsamında demografik bilgilerinin yanı sıra, klinik özellikleri ile ilgili; almakta oldukları ilaçlar, ek hastalıklar, alışkanlıkları, laboratuvar bulguları, mekanik ventilasyon varlığı sorularını içermiştir.

Basınç Yarası Önlemede Bakım Paketi Klinik Veri Toplama Formu (Ek-IV): EPUAP/NPUAP/PPPIA 2014 rehberi doğrultusunda hazırlanmış olup; altı parametreden oluşmuştur.

1. Risk Değerlendirme: Bu parametrede 3 alt basamak değerlendirilmiştir. İlk olarak "Braden" risk değerlendirme skalası kullanılarak tüm hastaların risk değerlendirmesinin yapılması, ilgili risk değerlendirmenin ilk değerlendirmede, her sekiz saatte bir ve durum değişikliğinde yapılması ve yapılan tüm değerlendirmenin kayıt altına alınmasından oluşmuştur.

Braden risk değerlendirme skalası; 1987 yılında Braden ve Bergstorm tarafından geliştirilmiştir. Türkiye'de ilk güvenilirlik ve geçerlik çalışması Oğuz tarafından 1997 yılında yapılmış olup; 1998 yılında Pınar ve Oğuz tarafından Norton ve Braden Risk Değerlendirme Ölçeklerinin tekrar güvenilirlik ve geçerliği incelenmiş ve ölçeklerin güvenilirlik ve geçerliği yüksek bulunmuştur (Ayello & Braden, 2002; Kurtuluş & Pınar, 2003; Soyer, 2014). Duyu, nem, aktivite, hareket, beslenme ve sürtünme yırtılmadan oluşan altı risk parametresini içerir. Parametreler sürtünme ve yırtılmada 1 ile 3, diğer parametrelerde ise 1-4 arasında puan almaktadır. Maksimum puan 23, toplam puan düştükçe gelişme riski artar, bir puan ≤ 18 yüksek risk göstergesidir (Berlowitz, Schmader, Berman, Amalia, & Collins, 2018; Özyürek, 2010).

2. Derinin Değerlendirilmesi: Bu parametre dört alt basamaktan oluşmuştur. İlk değerlendirme tam bir deri değerlendirilmesinin yapılıp yapılmadığının kontrolünü içermektedir. Her vardiyada ve durum değişikliğinde değerlendirmenin yapılması, tıbbi cihazların altındaki ve çevresindeki derinin en az günde iki defa değerlendirilmesi ve tüm değerlendirmelerin kayıt altına alınmasından oluşmuştur.

3. Deri Bakımı: Bu parametre dört alt basamaktan oluşmuştur. Cildin kuru ve temiz tutulması, riskli bölgelere masaj ve şiddetli ovma işleminin uygulanmaması, nemle ilişkili hasardan korumak için bariyer ürün kullanılıp kullanılmadığı, cilt pH'ına uyumlu cilt temizleyici ve kurumaması için nemlendirici kullanılması parametrelerini içermiştir.

4.Pozisyon Verme: Bu parametre dört alt parametreden oluşmuştur. Pozisyon değişim planının iki saatte bir uygulanıp uygulanmadığı, verilen pozisyonun yönü ve zamanının kayıt altına alınması, yatak istirahatinde kontrendike bir durum yok ise yatak başının 30° ile sınırlandırılması ve 30°-40° yan yatış pozisyonu verilmesi, topukların elevasyona alınması ve desteklenmesinden oluşmuştur.

5. Destek Yüzeyler: Bu parametre dört alt basamaktan oluşmuştur. Hastanın gereksinimi doğrultusunda destek yüzey seçilmesi, destek yüzeyin uygun olması, tüm ekipmanın uygun şekilde çalışıp çalışmadığının kontrol edilmesi ve tüm değerlendirmelerin kayıt altına alınmasını içermiştir.

6.Beslenme ve sıvı alımı: Bu parametre beş alt basamaktan oluşmuştur. Geçerli ve güvenilir bir nutrisyonel risk değerlendirme aracının kullanılması, malnütrisyon riski olan hastaların diyetisyen/nutrisyon ekibi tarafından değerlendirilmesinin yapılması, hastanın sıvı alımının değerlendirilmesi, gereksinim doğrultusunda bakım planının yapılması ve tüm değerlendirmenin kayıt altına alınması parametrelerinden oluşmuştur.

3.7.Verilerin Toplanması

Hastalara ait klinik veriler araştırmacı tarafından 1 Nisan ve 30 Eylül 2018 tarihleri arasında her hasta için gözlem yapılarak ve hemşirelik bakım kayıt dokümanları incelenerek toplanmıştır. 1 Nisan ve 30 Eylül 2018 tarihleri arasında toplamda 73 hasta üzerinde 431 değerlendirme yapılmıştır. Veri toplama aşamasında araştırmacı tarafından geliştirilen hasta demografik-klinik özelliklerini içeren form ve EPUAP/NPUAP/PPPIA 2014 rehberi doğrultusunda hazırlanan prosedür kullanılmıştır. Hastalara verilen hemşirelik bakımının bakım paketi doğrultusunda

değerlendirmesinde ise yerinde gözlem ve görüşme yapılarak aynı zamanda da hasta dosyalarından ve hastane bilgi yönetim sistemi üzerinden hemşirelik bakımı ile ilgili kayıt dokümanlarından yararlanılmıştır.

EPUAP/NPUAP/PPPIA 2014 rehberi doğrultusunda hazırlanan ve araştırmacı tarafından önleme aktivitelerini kayıt etmek üzere kullanılan protokol; risk değerlendirme, derinin değerlendirilmesi, deri bakımı, pozisyon verme, destek yüzeyler, beslenme ve sıvı alımı parametrelerini içermektedir. Veriler yukarıda belirlenen süre içerisinde araştırmacı tarafından toplandı. Değerlendirme basamağında bakım paketinde belirtilen 6 uyum basamağına tam uyum şartı arandı. Bu parametrelerden herhangi birinin eksik yapılması halinde diğerleri de yapılmamış olarak kabul edildi. Yapılmış olan parametreler “Evet”, yapılmamış olanlar ise “Hayır” olarak kayıt altına alındı. “Hayır”, olanlarda, bakım verilmeme nedenleri kayıt altına alındı. Gözlemler gece ve gündüz, hafta içi ve hafta sonu çalışma saatlerinde olacak şekilde yapılmış olup, gözlemler yaklaşık 2 saat sürdü. Basınç yarası insidans oranları hastaneden alınarak verilerin değerlendirme aşamasında ilgili karşılaştırmalar yapıldı. Değerlendirme süresince bakım paketine yönelik bilgi ya da uygulama eksiklikleri konusunda kendilerine geri bildirim verilerek, eğitim dokümanı ve hazırlanan broşürlerde kullanılarak uyumları arttırıldı.

3.8.Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (sayı, yüzde) kullanılmıştır. Likert tipi ölçek kullanılan anketlerde veriler normal dağılmaktadır. Ayrıca, kullanılan verilerin normal dağılım göstermesi çarpıklık ve basıklık değerlerinin ± 3 arasında olmasına bağlıdır (Shao, 2002). Normal dağılıma sahip ölçekler için istatistik değerlendirmelerde parametrik testler, normal dağılıma sahip olmayan ölçekler için ise parametrik olmayan testler kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip ölçekler için niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup arasındaki farkı bağımsız örneklem t testi, normal dağılıma sahip olmayan iki grup arasındaki farkı Mann Whitney U uygulanmıştır.

3.9.Süre ve Olanaklar

Araştırma planı Kasım 2016 - Haziran 2017 tarihleri arasında yapıldı. Bu dönemde ilgili literatür tarandı, tez konusu belirlendi. Araştırma 13 Haziran 2017 tarihinde tez önerisi olarak sunuldu. Tez önerisinin kabulünden ve gerekli izinler alındıktan sonra veriler, çalışmamız 01.01.2018 tarihinde eğitim aşaması ile başlayıp veriler 01.04.2018 - 30.09.2018 tarihleri arasında toplandı. Araştırma takvimi tablo 2’de yer almaktadır.

Tablo 2.Araştırma Takvimi

Literatür Tarama ve Hazırlık	Kasım 2016-Haziran 2017
Tez Öneri Sınavına Giriş	13. Haziran 2017
Tez Etik Kurul Onayı	11.Ekim 2017
Klinik ve Hastane Onayı	8. Kasım 2017
Klinik Ziyaretleri ile Eğitim Takviminin Oluşturulması	Kasım –Aralık 2017
Tezin Eğitim Aşamasının Yapılması	Ocak – Mart 2018
Verilerin Toplanması	Nisan – Eylül 2018
Verilerin Girişi ve Analiz Aşaması	Ekim 2018-Ocak 2019
Araştırma Raporunun Yazılması	Ekim - Nisan 2019

3.10.Araştırmanın Etiği

Araştırmanın uygulanabilmesi için S.B.Ü. Üniversitesi İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan 11.10.2017 tarih ve karar no:1 sayılı etik kurul onayı, 08.11.2017 tarih ve 15345988/772.02/191 sayılı hastane izni alınmıştır. Araştırma kapsamına alınmada gönüllülük esastır. Araştırmaya katılacak olan katılımcılar istedikleri zaman çalışmadan çekilebilecekleri bilgisi verilmiştir. Katılımcılara araştırmanın içeriği ve nasıl yürütüleceği konusunda bilgi verilmiştir.

Bulgular

Bu araştırma basınç yarasının önlenmesinde bakım paketi kullanımının basınç yarası insidansına etkisini incelemek amacıyla planlanan yarı deneysel bir çalışmadır. Çalışmanın bulguları; araştırma kapsamında yer alan hastaların tanıtıcı özellikleri, bakım paketine uyum durumları ve uymama nedenlerinin incelenmesi, uyum durumlarının basınç yarasının insidansına olan etkisi, izlem süresince basınç yarası gelişme durumu ve izlemi sonlandırma nedenleri olarak ele alındı.

4.1.Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 3.Araştırma Kapsamında Yer Alan Hastaların Tanıtıcı Özellikleri

Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin İncelenmesi		
Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	34	46.6
Erkek	39	53.4
Tıbbi Tanıları		
Travma	14	19.2
Sepsis	4	5.5
Solunum Sistemi Hastalıkları	21	28.8
Kardiyovasküler Hastalıklar	5	6.8
Nörolojik Hastalıklar	11	15.1
Renal ve Metabolik Hastalıklar	4	5.5
Abdominal Hastalıklar	14	19.2
Kabül Edilme Şekli		
Acil	35	47.9
Klinik	33	45.2
Diğer Hastane	5	6.8

Ek Hastalıkları	n^a	
Periferel Vasküler Hastalıklar	6	5.0
Diyabet	29	24.0
Hipertansiyon	35	28.4
KOAH	12	9.9
Kalp Yetmezliği	8	6.6
Diğer (Kronik böbrek yetmezliği,bipolar,parkinson,epilepsi, Karaciğer Ca, hepatit C)	9	7.4
Tanımlı Değil	7	5.8
Yok	15	12.4
Özellikler		
Sigara	13	3.0
Alkol	3	0.7
Kilo Kaybı	2	0.5
Mekanik Ventilasyon	62	84.9
Özellikler	Ort.- SS	Min. - Max.
Yaş	63.68-19.2	23-90
Beden Kitle İndeksi ^b	25.81-6.449	17.90-58.59
Basınç Yarası Risk Değerlendirme (Braden Puanı) ^b	12.22-2.712	7-20
Yoğun Bakımda Kalış Süresi	15.19-12.310	3-68

* ^a çoklu yanıt olduğu için "n" sayısı örneklem hacmini geçmektedir.

*^b 73 hasta üzerinde 431 değerlendirme yapılmış olup, değerlendirme sayısı üzerinden hesaplama yapılmıştır.

Tablo 3'de araştırma kapsamında yer alan hastaların tanıtıcı özellikleri yer almaktadır. Araştırmada yer alan hastaların %46.6'sı (n=34) kadın, %53.4'ü (n=39) erkek, yaşları 23 ile 90 arasında değişmekte olup yaş ortalaması 63.68 ± 19.2 yıl olarak hesaplanmıştır. Hastaların tanıları; %19.2'si (n=14) travma, %5.5'i (n=4) sepsis, %28.8'i (n=21) solunum sistemi, %6.8'i (n=5) kardiyovasküler, %15.1'i (n=11) nörolojik, %5.5'i (n=4) renal ve metabolik, %19.2'si (n=14) abdominal hastalıklar olarak tespit edilmiştir. Hastaların %47.9'u (n=35) acilden, %45.2'si (n=33) klinikten, %6.8'i diğer hastaneden yoğun bakıma kabul olmuştur. Hastaların ek hastalıkları incelendiğinde; %5'i (n=6) periferik vasküler hastalıklar, %24'ü (n=29) diyabet, %28.4'ü (n=35) hipertansiyon, %9.9'u (n=12) KOAH, %6.6'ı (n=8) kalp yetmezliği, %7.4'ü (n=9) diğer (kronik böbrek yetmezliği, bipolar, parkinson, epilepsi, Karaciğer kanseri, hepatit C) gibi ek hastalıklara sahip olduğu tespit edilmiş olup, %5.8'i (n=7) herhangi bir ek hastalığının kayıt altına alınmadığı, %12.4'ünde (n=15) herhangi bir ek hastalığa sahip olmadığı bulunmuştur. Hastaların %3'ü (n=13) sigara ve %0.7'sinin (n=3) alkol kullandığı tespit edilmiştir. Hastaların %0.5'i (n=2) tanesinde kilo kaybı olup, %84.9'unda (n=62) mekanik ventilasyona bağlı olduğu tespit edilmiştir.

Araştırma kapsamına 73 hasta alınıp, 73 hasta üzerinde toplam 431 değerlendirme yapılmıştır. Yapılan 431 değerlendirme üzerinden hastaların beden kitle indeksi hesaplandığında ortalamasının 25.81 ± 6.449 , basınç yarısı risk değerlendirme puan ortalamasının da 12.22 ± 2.712 olarak bulunmuştur. Değerlendirme süresince yoğun bakımdaki kalış süresi ortalaması 15.19 ± 12.310 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.Hastaların Kullandıkları İlaçların Dağılımı

Hastaların Kullandıkları İlaçlar		
	Sayı (n^a)	Yüzde (%)
Kortikosteroid	141	14.7
Sedatif	423	44.0
Noradrenalin	382	39.7
Antiarritmik	4	0.4
Analjezik	12	1.2
Toplam	962	100.0

* ^a çoklu yanıt olduğu için "n" sayısı örneklem hacmini geçmektedir.

Tablo 4'de hastaların kullandıkları ilaçların dağılımı yer almakta olup; hastaların aynı anda birden fazla ilaç kullanımını mevcuttur. Hastaların %14.7'sinin kortikosteroid, %44.0'ının sedatif, %39.7'sinin noradrenalin, %0.4'ünün antiarritmik, %1.2'sinin analjezik grubu ilaç kullandığı tespit edilmiştir.

Tablo 5.Hastaların Laboratuvar Bulgularının Dağılımı

Hastaların Laboratuvar Bulguları		
	Ort.- SS	Min. - Max.
Hemogram	9.46-1.728	6-17.1
Hematokrit	29.57-4.878	20.5-46.3
Albümin	2.33-0.494	1.2-4
Protein	4.84-0.655	2-7
Kan Glukoz	163.92-47.927	79-490
Oksijen Saturasyonu	80.57-14.633	50.40-99.50

Tablo 5'de hastaların laboratuvar bulgularının dağılımı verilmiş olup; hemogram ortalaması 9.46 ± 1.728 , hematokrit ortalaması 29.57 ± 4.878 , albümin ortalaması 2.33 ± 0.494 , protein ortalaması 4.84 ± 0.655 , kan glukoz ortalaması 163.92 ± 47.927 ve oksijen saturasyon ortalaması 80.57 ± 14.663 olarak bulunmuştur.

4.2.Basınç Yarası Önlemede Bakım Paketi Kullanımına İlişkin Bulgular

Tablo 6.Basınç Yarası Önlemede Bakım Paketi Kullanım Uyum

Durumlarının Tanımlayıcı İstatistikleri

Çalışma Periyotları	Sayı (n)	Ortalama \bar{x}	Standart sapma (Ss)
Nisan-Haziran	209	91.39	14.26
Temmuz-Eylül	222	93.77	10.15
Toplam	431	92.61	12.36

Araştırma kapsamında yapılan hemşirelerin bakım paketine uyum durumlarının değerlendirilmesi; üç aylık dönemlerine göre frekansı, bakım paketi uyumuna göre ortalama ve standart sapması Tablo 6'da verilmiştir. Buna göre yapılan değerlendirmede Nisan- Haziran (Nisan, Mayıs, Haziran) döneminde bakım paketi uyum ortalaması 91.39±14.26, Temmuz-Eylül (Temmuz, Ağustos, Eylül) döneminde bakım paketi uyum ortalaması ise 93.77±12.36 olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 7.Basınç Yarası Önlemede Bakım Paketi Kullanım Uyum

Durumlarının Mann Whitney U Testi Sonuçları

Tarih		N	Sıra ortalaması	U	p
Bakım Paketi Uyumu	Nisan-Haziran	209	211.62	22284.000	0.388
	Temmuz-Eylül	222	220.14		

*p<0.05

Hemşirelerin bakım paketi uyumu puan sıra ortalamalarının çalışma dönemlerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığı olup olmadığını tespit etmek için Mann Whitney U analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda, Nisan-Haziran dönemi ile Temmuz-

Eylül dönemi arasında bakım paketi uyumu puan sıra ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Tablo 8. Basınç Yarası Önlemede Bakım Paketine Uyum Durumlarının Dağılımı

Uyum Durumu	Nisan-Haziran		Temmuz-Eylül		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Uyumlu	142	67.9	152	68.5	294	68.2
Uyumsuz	67	32.1	70	31.5	137	31.8
Toplam	209	100.0	222	100.0	431	100.0

Hemşirelerin uyum durumlarının tarihlere göre dağılımı incelendiğinde; Nisan-Haziran dönemindeki uyum durumlarına göre dağılım %67.9'u uyumlu, %32.1'i ise uyumsuz olduğu tespit edilmiştir. Temmuz-Eylül dönemindeki uyum durumlarına göre dağılımları incelendiğinde %68.5'inin uyumlu, %31.5'i uyumsuz olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 9. Basınç Yarası Önlemede Bakım Paketinin Alt Basamaklarına Uyum Durumları

Bakım Paketi Alt Basamakları		Çalışma Dönemi			
		Nisan-Haziran		Temmuz-Eylül	
		n	%	n	%
Risk Değerlendirme	Evet	191	91.4	205	92.3
	Hayır	18	8.6	17	7.7
Derinin Değerlendirilmesi	Evet	191	91.4	205	92.3
	Hayır	18	8.6	17	7.7
Deri Bakımı	Evet	196	93.8	216	97.3
	Hayır	13	6.2	6	2.7
Pozisyon Verme	Evet	189	90.4	206	92.8
	Hayır	20	9.6	16	7.2
Destek Yüzeyler	Evet	190	90.9	210	94.6
	Hayır	19	9.1	12	5.4
Beslenme ve Sıvı Alımı	Evet	189	90.4	209	94.1
	Hayır	20	9.6	13	5.9
	Toplam	209	100.0	222	100.0

Bakım paketi alt basamaklarının çalışma dönemlerine göre hemşirelerin uyum dağılımı Tablo 9’da verilmiştir. Buna göre Nisan- Haziran döneminde risk değerlendirme ve deri değerlendirme uyum %91.4 (n=191), deri bakımı uyum %93.8 (n=196), pozisyon verme uyum %90.4 (n=189), destek yüzey uyum 90.9 (n=190), beslenme ve sıvı alımı uyum %90.4 (n=189) bulunmuştur. Temmuz-Eylül döneminde ise; risk değerlendirme ve deri değerlendirme uyum %92.3 (n=205), deri bakımı uyum %97.3(n= 216), pozisyon verme uyum %92.8 (n=206), destek yüzey uyum %94.6 (n=210), beslenme ve sıvı alımı uyum %94.1(n=209) olarak bulunmuştur.

Tablo 10. Basınç Yarası Önlemede Bakım Paketine Uyumsuzluk Durumları

Bakım Paketi Alt Basamakları		Toplam	
		n	%
Risk Değerlendirme	Her şifte yapılır	35	8.1
Derinin Değerlendirilmesi	Her şifte yapılır	32	7.4
	Tıbbi cihazların altındaki ve çevresindeki cilt en az günde iki kez değerlendirilir	6	1.4
	Tüm değerlendirmeler kayıt edilir	18	4.2
Deri Bakımı	Cildin nemle ilişkili (idrar/fekal inkontinans, terleme, yara sızıntısı vb) hasardan korumak için bariyer ürün kullanılarak korunması sağlanır	19	4.4
Pozisyon Verme	Pozisyon değişim planı (yatağa bağımlı hastada 2 saatte bir) uygulanır	38	8.8
	Yatak istirahatinde (kontrendike bir durum yoksa) yatak başı 30° ile sınırlanır, 30°-40° yan yatış pozisyonu verilir	38	8.8
	Pozisyonun yönü ve zamanı kayıt altına alınır	12	2.8
Destek Yüzeyler	Tüm ekipmanın düzgün çalışıp çalışmadığı kontrol edilir	10	2.3
	Tüm değerlendirmeler kayıt edilir	24	5.6
Beslenme ve Sıvı Alımı	Malnutrisyon riski taşıyan hastalar diyetisyen/nutrisyon ekibi tarafından değerlendirilir	33	7.7

Tablo 10'da basınç yarası önlemede hemşirelerin bakım paketine uyumsuzluk durumları ele alınmış olup, %8.1(n=35) risk değerlendirmenin her şifte yapılmadığı, %7.4 (n=32) deri değerlendirmesinin her şifte yapılmadığı, %1.4 (n=6) tıbbi cihazların altındaki ve çevresindeki cildin en az günde iki kez değerlendirilmediği, %4.2 (n=18) tüm deri değerlendirmenin kayıt altına alınmadığı tespit edilmiştir. Deriyi nemle ilişkili hasardan korumak için %4.4 (n=19) bariyer ürün kullanılmadığı, %8.8 (n=38) pozisyon değişim planına 2 saatte bir yapılamadığı, %8.8 (n=38) yatak başının 30° ile sınırlanmadığı ve yan yatış pozisyonunun verilemediği, %2.8 (n=12) pozisyon yönü ve zamanı kayıt altına alınmadığı tespit edilmiştir. Kullanılan destek yüzeyin kontrolünün %2.3 (n=10) yapılmadığı, tüm destek yüzey değerlendirmesinin %5.6 (n=24) kayıt altına alınmadığı ve nutrisyon değerlendirmesinin diyetisyen/nutrisyon ekibi tarafından %7.7 (n=33) yapılmadığı tespit edilmiştir.

4.3.Basınç Yarası Önlemede Bakım Paketi Kullanımı ve Basınç Yarası İnsidansına İlişkin Bulgular

Tablo 11.Basınç Yarası Önlemede Bakım Paketine Uyum ve Basınç Yarası İnsidansı

2018 Yılı Çalışma Dönemi	Basınç Yarası İnsidansı %	Bakım Paketine Uyum \bar{x} - Ss
1. Periyot (Ocak-Şubat-Mart)	8.42	Eğitim Aşaması
2. Periyot (Nisan-Mayıs-Haziran)	20.1	91.39±14.26
3. Periyot (Temmuz- Ağustos- Eylül)	6.81	93.77±10.15

Tablo 11'de basınç yarası önlemede bakım paketi kullanımı ve basınç yarası insidansı ele alınmış olup, çalışmamızın eğitim aşamasının başladığı 1. periyotta basınç yarası insidansı %8.42'dir. Veri toplama aşaması olan 2. periyotta basınç yarası insidansı % 20.1 ve bakım paketi uyum ortalaması 91.39 ± 14.26 , 3. periyotta basınç yarası insidansı %6.81 ve bakım paketi uyum ortalaması 93.77 ± 10.15 'dir. Çalışma dönemindeki basınç yarası insidansı ve bakım paketi uyumu değerlendirildiğinde, basınç yarası uyum ortalaması artarken, basınç yarası insidansının düştüğü gözlenmektedir.

Tablo 12. Basınç Yarası Önlemede Bakım Paketine Uyum ve Basınç Yarası İnsidansının İncelenmesi

	Basınç yarası insidansı	N	Ortalama dan farkı	\bar{x}	Ss	t	p
Nisan-Haziran	20,1	209	71,29	91.39	14.26	72.291	0.000 *
Temmuz-Eylül	6,81	222	86,96	93.77	10.15	127.640	0.000 *

Bakım paketi uyumu ortalamasının tarihlere göre basınç yarası insidansından farkının araştırılması için tek örneklem t testi yapılmıştır. Analiz sonucunda Nisan-Haziran tarihleri arasında bakım paketi uyum ortalaması ile basınç yarası insidansı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Temmuz-Eylül tarihleri arasında bakım paketi uyum ortalaması ile basınç yarası insidansı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$).

4.4.Basınç Yarası Gelişme Durumu ve İzlemi Sonlandırmayla İlişkili Bulgular

Tablo 13.Basınç Yarası Gelişme Durumu

		N	%
Basınç Yarası	Var	9	12.3
	Yok	64	87.7
	Toplam	73	100.0

Araştırma kapsamında yer alan hastaların basınç yarası gelişme durumu incelendiğinde hastaların %87.7'sinde basınç yarası gelişmediği, %12.3'ünde ise basınç yarasının geliştiği görülmüştür.

Tablo 14.Basınç Yarası Gelişme Özelliklerine Göre Dağılımı

		Sayı (n)	Yüzde (%)	
Basınç Yarası Evresi	Evre I	3	33.3	
	Evre II	6	66.7	
Basınç Yarası Bölgesi	Sakrum	6	66.7	
	Bacak	1	11.1	
	Topuk	1	11.1	
	Bilek	1	11.1	
En*Boy *Derinlik	1*1	4	44.4	
	2*2	4	44.4	
	2*3	1	11.1	
		Toplam	9	100.0

Tablo 14'de araştırmaya dahil edilen hastaların basınç yarası evresi, basınç yarası bölgesi ve en-boy-derinlik durumuna göre durumları incelenmiştir. Tablo 4.10'a göre basınç yarası olan hastaların %33.3'nün I. evre, %66.7'sinin II. evre olduğu görülmektedir. Hastaların basınç yarası bölgesi durumuna göre dağılımları incelendiğinde %66.7'sinin sakrum, %11.1'inin bacak, %11.1'inin bilek bölgesinde olduğu görülmektedir. En-boy-derinlik durumuna göre dağılımları incelendiğinde %44.4'ünün 1*1, %44.4'ünün 2*2 ve %11.1'inin 2*3 olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 15. İzlemi Sonlandırma Nedenleri

	Sayı (n^a)	Yüzde (%)
Basınç Yarası Gelişme	9	12.3
Eksitus	25	34.2
Klinik Sevk	35	47.9
Taburcu	2	2.7
Yatış Devamı	2	2.7
Toplam	73	100.0

Tablo 15'de izlemi sonlandırma nedenleri ele alınmış olup %12.3 (n=9) basınç yarası gelişme, %34.2 (n=25) eksitus, %47.9 (n=35) klinik sevk, %2.7 (n=2) ve taburcu olarak bulunmuştur. Çalışma bitiminde %2.7(n=2) yatışı devam etmektedir.

Tartışma

Bu araştırmada basınç yarası önlemede bakım paketi kullanımının basınç yarası insidansına olan etkisi değerlendirilmiştir.

5.1.Araştırma Kapsamında Yer Alan Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Tartışılması

Araştırmada yer alan hastaların %46.6'sı (n=34) kadın, %53.4'ü (n=39) erkek, yaş ortalaması 63.68±19.2 yıl olarak hesaplanmıştır. Tayyib ve diğerleri (2015b) alışmasında da araştırma kapsamına alınan hastaların uygulama grubunda % 71.4'ü ve kontrol grubunda da %68.6'sı erkektir. Yaş ortalamaları da kontrol grubunun 52±19.5, uygulama grubunun 47.5±22.5 olarak bulunmuştur. Anderson ve diğerleri (2015) yılında yapmış oldukları çalışmada da hastaların %59.6'sının erkek olduğu ve yaş ortalamasının 62.71±17.12 olduğu görölmektedir. Chaboyer ve diğerleri (2016) yılında yapmış oldukları çalışmada araştırma kapsamına alınan hastaların uygulama grubunda %49.2'sinin kadın ve yaş ortalamasının 70.0 olarak görölmektedir. Coyer ve diğerleri (2015) yılında yapmış oldukları çalışmada araştırma kapsamına alınan hastaların uygulama grubunda %65'nin erkek ve yaş ortalaması 50.0±17.99, kontrol grubunda %53'ünün erkek ve yaş ortalaması 53.5±19.5 olarak görölmektedir. Ersoy ve diğerleri (2013) tarafında yapılan çalışmada yoğun bakımda basınç yarası gelişimde rol olabilecek risk faktörlerini değerlendirmiş olup, basınç yarası gelişen hastaların %57.1'nin erkek olduğunu ve yaş ortalamasını 74 olarak hesaplamıştır. Gencer ve Özkan (2015) tarafından yapılan çalışmada hastaların %59.1'nin erkek ve %43.6'sının 63 yaş ve üzeri olarak bulunmuştur. Çalışmamızda yer alan hastaların bulguları literatüre benzerlik göstermektedir.

Basınç yarası gelişiminde cinsiyet ile ilişkiyi gösteren çalışmalar vardır ve bununla birlikte erkek cinsiyet yüksek risk olarak gösteren çalışmalar da mevcuttur fakat basınç yarası gelişiminde cinsiyetin etkili bir risk faktörü olduğunu söylemek için kanıtlar yetersizdir (Coleman, ve diğerleri, 2013).

Basınç yarası hastanede ve toplumda bakım alan bebek, çocuk ve yetişkinler gibi tüm yaş gruplarını etkileyebilen genel bir sağlık sorundur (Özyürek, 2010). Ancak ileri yaş basınç yarası gelişimi için diğer risk faktörlerinin yanında önemli bir risk faktörü olarak belirtilmektedir (Coleman, ve diğerleri, 2013).

İleri yaş genellikle %20 oranında deri kalınlık kaybı ve doku elastikiyeti kaybı gibi cilt değişikliklerini içermektedir. Basınç yarası gelişimi içinde anlamlı şekilde ilişkili olduğu belirtilmektedir (Tayyib, Coyer, & Lewis, 2013).

İleri yaşta basınç yarası oluşumunu kolaylaştıran bir diğer risk faktörleri de mental durum kaybıdır (Cooper, 2013; Karadağ, 2003)

Yapılan bir çalışmada yaş diğer potansiyel indirekt nedensel faktörler içerisinde ele alınmış olup, konuyla ilgili sınırlı epidemiyolojik çalışmaların varlığından kanıtların yetersiz olduğu ancak direk nedensel faktörler olarak tanımlanan hareketsizlik, derinin durumu, zayıf perfüzyon durumunun üzerinde etkili olduğu belirtilmiştir (Coleman, ve diğerleri, 2014). Yukarıda da belirtildiği gibi hastalarımızın yaş ve cinsiyet özellikleri bu bölümde değerlendirilmiştir.

Araştırma kapsamında yer alan hastaların tıbbi tanıları; %19.2'si (n=14) travma, %5.5'i (n=4) sepsis, %28.8'i (n=21) solunum sistemi, %6.8'i (n=5) kardiyovasküler, %15.1'i (n=11) nörolojik, %5.5'i (n=4) renal ve metabolik, %19.2'si (n=14) abdominal hastalıklar olarak tespit edilmiştir.

Travma kapsamına; araç içi ve dışı trafik kazası, yüksekten düşme, solunum sistemi hastalıkları kapsamına; aspirasyon pnömonisi, akciğer ödemi, pulmoner ödem, nörolojik hastalıklar kapsamına; alzheimer, subdural hematoma, beyin ödemi, renal metabolik hastalıklar olarak ilaç toksisitesi, abdominal hastalıklar olarak hemoroji, ateşli silah yaralanması, dalak apsesi, splenektomi, perforasyon tanıları alınmıştır. Yoğun bakım hastalarında basınç yarasını azaltmak için bakım paketi kullanılarak yapılan çalışmada hastaların tıbbi tanılarına bakıldığında bizim çalışma sonuçlarımızda benzerlik göstermekte olup yatış sebebi olarak ilk sırada solunum sistemi hastalıkları yer almaktadır (Coyer, ve diğerleri, 2015).

Tayyib ve diğerleri (2015b) tarafından yoğun bakım hastalarında basınç yarası önlemede bakım paketi kullanılan çalışmada bizim çalışmamız ile paralellik göstermekte uygulama grubunda travma yatış tanısı olarak ikinci sırada yer almaktadır.

Yoğun bakıma başvuru şekline bakıldığında %47.9'u (n=35) birinci sırada acilden kabul olduğu görülmekte olup Coyer ve diğerleri (2015) tarafından yapılan çalışma sonuçlarına benzerlik göstermektedir.

Genel sağlık durumu; ASA (Amerikan Anestezistler Derneği) sınıflandırmasına, APACHE 2'ye (Akut Fizyolojik ve Kronik Sağlık Değerlendirmesi), risk

değerlendirme ölçeklerine, kronik yaralara ve diğer faktörlere göre sağlık bakım ortamlarında değerlendirilmektedir (Coleman, ve diğerleri, 2013).

Dokulara kan ve oksijen taşınmasını etkileyen, hareket kısıtlılığına yol açan hastalıklar basınç yarası gelişmesinde rol oynamaktadır. Böbrekler ve gastrointestinal sistem gibi hayati organlar yeterince perfüze edilmediğinde deriye giden kan akışı azalır buda basınca bağlı yaralanmaların gelişme riskini artırır. Perfüzyon yetersizliğine neden olan faktörler arasında hipotansiyon, vazomotor yetmezlik, vazokonstriksiyon (şok, kalp yetmezliği veya ilaçlara sekonder) ve altta yatan periferik arter hastalığı sayılabilir (Berlowitz, Schmader, Berman, Amalia, & Collins, 2018; Coleman, ve diğerleri, 2014).

Koma, felç ve sedasyon varlığı, omurilik yaralanması, böbrek yetmezliği, kalp ve damar hastalıkları, diyabet, progresif nörolojik hastalıklar, akut kırık gibi akut hastalıklar, obezite, malnutrisyon ve anemi basınç yarasının gelişiminde etkili olduğu belirtilen tıbbi durumlardır (Mert, 2012; Tayyib, Coyer, & Lewis, 2013; Tel, Özden, & Çetin, 2006).

Risk faktörlerine bakıldığında en önemli risk faktörü arasında hareketsizlik, yetersiz beslenme, düşük perfüzyon ve duyuşal kayıp gösterilmekte olup, diğer risk faktörleri arasında da serebrovasküler hastalıklar, kardiyovasküler hastalıklar, yeni alt ekstremite kırıkları, inkontinans ve diyabet yer aldığı belirtilmektedir.

Aterosklerotik periferik arter hastalıklarının da, özellikle alt ekstremitelerde, bazal doku hipoksisinin bir sonucu olarak ülser gelişimine veya basınca cevap olarak kan akışının artmamasına neden olmaktadır.

Demans, deliryum, omurilik hasarı ve nöropati gibi nörolojik hastalıklar, basınca bağlı cildin ve yumuşak doku yaralanmalarının gelişimi için önemli risk faktörleridir. Bu hastalar arasında duyuşal kayıp yaygındır, bu da hastaların uzun süreli baskılardan kaynaklanan ağrı veya rahatsızlığı algılayamayacaklarını göstermektedir (Berlowitz, Schmader, Berman, Amalia, & Collins, 2018). Bu bağlamda hastaların mevcut tıbbi durumları ve ek hastalıklarını bilmek basınç yarası gelişimini önlemede gerekli tedbirleri alabilmek açısından önemlidir.

Çalışma kapsamına alınan hastaların ek hastalıklarına bakıldığında ilk sırada hipertansiyon, ikinci sırada diyabet yer almaktadır. Çalışma sonuçlarımız yapılan çalışma sonuçlarına göre benzerlik göstermektedir (Coyer, ve diğerleri, 2015; Tayyib, Coyer, & Lewis, 2015b).

Katran (2015) tarafından yapılan çalışmada diyabet hastalığı olan 41 hastanın %46.3'ünde, hipertansiyon hastalığı olan 29 hastanın %48.3'ünde basıncı yarası geliştiği belirtilmiştir. Diyabet, nem, düşük albümin seviyesi, duyuşsal algı, zayıf beslenme doğrudan sonuçları etkilediğinden bireysel risk faktörleri olup indirekt nedensel risk faktörleri altında tanımlanmıştır (Coleman, ve diğeri, 2014).

Çalışma kapsamında yer alan hastaların alışkanlıkları değerlendirildiğinde %3'ünün sigara kullandığı tespit edilmiştir. Yapılan bir sistematik incelemeye göre; basıncı yarası gelişiminde etkili olan üç önemli risk faktöründen biri de doku perfüzyonudur. Doku perfüzyonunu diyabet, vasküler hastalıklar, kan basıncı, sigara ve ödemin etkilediğini belirtmektedir (Coleman, ve diğeri, 2013).

Araştırmamızda hastalarımızın %84.9'u (n=62) mekanik ventilasyon desteği almaktadır. Çalışmamıza paralel olarak, Tayyib ve diğeri (2015b) tarafından yapılan çalışmada da uygulama grubunun %70'nin ve kontrol grubunda %72.9'unun mekanik ventilasyona bağılı olduğu görülmektedir.

Ersoy ve diğeri (2013) tarafından yapılan çalışmada basıncı yarası gelişen hastaların tamamının mekanik ventilasyon desteği aldığı ve mekanik ventilasyon ile basıncı yarası gelişimi arasında ilişki olduğu belirtilmiştir. Ayrıca yapılan farklı bir çalışmada da risk faktörleri içinde bireysel risk faktörleri olan mobilizasyon (mekanik ventilasyon ve bilinç durumu dahil), doku perfüzyonu ve hasta yaşının göz önünde bulundurulması gerektiği üzerinde durulmuştur (Zuo & Meng, 2015).

Araştırma kapsamında yer alan hastaların beden kitle indeksi hesaplandığında ortalamasının 25.81 ± 6.449 , basıncı yarası risk değerlendirme puan ortalamasının da 12.22 ± 2.712 olarak bulunmuştur.

Chaboyer ve arkadaşlarının 2016 yılında basıncı yarası önlemede bakım paketi kullanılarak yapmış oldukları çalışmada; beden kitle indeksi ortalaması uygulama grubunda 27.4 ± 7.4 ve kontrol grubunda 27.0 ± 7.6 olarak bulunmuştur (Chaboyer, ve diğeri, 2016).

Basıncı yarası önlemede bakım paketi kullanılarak yapılan farklı bir çalışmada da; beden kitle indeksi ortalaması kontrol grubunda 22.6 ± 7.01 ve uygulama grubunda 27.0 ± 6.7 olarak bulunmuştur (Coyer, ve diğeri, 2015).

Basınç yarasını önlemede bakım paketinin etkisini değerlendiren farklı bir çalışmada da değerlendirme kapsamına alınan hastaların uygulama grubunda 25.0 ± 4.04 , kontrol grubunda 27.05 ± 4.64 olarak bulunmuş olup, basınç yarası risk değerlendirme (braden puanı) uygulama grubunda 10.17 ± 2.23 , kontrol grubunda 10.01 ± 1.53 olarak bulunmuştur (Tayyib, Coyer, & Lewis, 2015b).

Ülkemizde yoğun bakım ünitesinde basınç yarası prevalansını değerlendiren bir çalışmada; hastaların beden kitle indeksi ortalaması 27.21 ± 6.12 olup, braden risk değerlendirme ortalaması; 13.2 ± 3.9 olarak hesaplanmıştır (Tosun & Bölüktaş, 2015). Ersoy ve arkadaşlarının (2013) yılında yapmış oldukları farklı bir çalışmada da hastaların braden risk skoru yüksek risk skoru kategorisinde bulunmuştur (Ersoy, ve diğerleri, 2013).

Beden kitle indeksi ile basınç yarası gelişimi arasında bir ilişki olup, beden kitle indeksi normal değerlerin dışında olan kaşektik ve obez hastaların basınç yarası gelişimi riski altında olduğu belirtilmektedir (Kurtuluş & Pınar, 2003).

Kilo kaybı ve deri direncinin korunmasında rol alan bazı vitamin ve minerallerin eksikliği, subkutan dokunun azalmasına, kas atrofisine ve hastanın cildinde kolaylıkla yırtılmalara neden olur. Ciddi protein-kalori malnütrisyonu doku yenilenmesini, inflamatuvar reaksiyonu ve immün fonksiyonlarını etkiler (Mert, 2012; Özyürek, 2010). Yukarıda da belirtildiği gibi basınç yarası gelişiminde önemli faktörlerden biri olan obezitedir. Obez bireyler hareket zorluğu ve doku hipoksisi nedeniyle risk altındadırlar. Yağ dokusu vaskülarizasyonu nedeni ile sürtünmeye karşı toleransı azalır, dönme ve pozisyon vermeyi zorlaştırır, deri kıvrımlarının nemlenmesi gibi mekanizmaların basınç yarası oluşumunu arttırdığı belirtilmektedir (Beğer, 2004; Kurtuluş & Pınar, 2003; Özyürek, 2010). Beden kitle indeksi sonuçlarımız yukarıdaki örneklerde de belirtildiği gibi literatür sonuçları ile paralel seyretmektedir. Hastaların değerlendirilmesinde beden kitle indeksi sonuçları tam bir hasta değerlendirmesinde olması gereklidir.

Basınç yarası risk değerlendirme aracı kullanımı, hastaların basınç yarası riskini değerlendirmek ve uygun hemşirelik bakımını sağlamak için pratik bir yöntemdir. Braden risk değerlendirme skalası; duyu, nem, aktivite, hareket, beslenme ve sürtünme yırtılmadan oluşan altı risk parametresini içerir. Parametreler sürtünme ve yırtılmada 1 ile 3, diğer parametrelerde ise 1-4 arasında puan almaktadır. Maksimum puan 23,

toplam puan düştükçe gelişme riski artar, bir puan ≤ 18 yüksek risk göstergesidir (Berlowitz, Schmader, Berman, Amalia, & Collins, 2018; Özyürek, 2010).

Bu skalada; çok yüksek risk (skor < 9), yüksek risk (10 ila 12 arasında değişen puan), orta risk (13 ila 14 arasında değişen puan), düşük riskli (15 ile 18 arasında değişen puan) ve risk yok (19 ile 23 arasında değişen puanlar) olarak hesaplanmaktadır. Değerlendirmeyi yapan hastaneye bağlı olarak, ölçeğin hassasiyeti %71 ile %100 arasında değişmektedir (Zuo & Meng, 2015).

Bizim çalışmamızda basınç yarası risk değerlendirme puan ortalamasının da 12.22 ± 2.712 olarak yüksek risk kapsamında değerlendirilmekte olup belirtilen çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir (Ersoy, ve diğerleri, 2013; Tayyib, Coyer, & Lewis, 2015b; Tosun & Bölüktaş, 2015).

Değerlendirme süresince yoğun bakımda kalış süreleri incelendiğinde bizim çalışmamızda yoğun bakımda kalış süre ortalaması 15.19 ± 12.310 olup, en az kalış süresi 3 gün en fazla kalış süresi 68 gün olarak bulunmuştur.

Bakım paketi ile ilgili yapılan bir çalışmada yoğun bakımdaki kalış süresi kontrol grubunda ($9.9 \pm 9.60/4-13$), uygulama grubunda ($9.4 \pm 6.8/4-14$) olarak bulunmuştur (Coyer, ve diğerleri, 2015). Diğer bir çalışmada ise; yoğun bakımda kalış süresi kontrol grubunda ($10.4 \pm 7.69/2-28$), uygulama grubunda ($11.2 \pm 8.8/2-28$) olarak bulunmuştur (Tayyib, Coyer, & Lewis, 2015b).

Basınç yarası önleme programlarının etkin bir şekilde uygulanması ve kaynakların kullanımı için risk altındaki bireylerin belirlenmesi esastır. Kritik yoğun bakım hastalarında basınç yarası gelişimi ile ilgili yapılan sistematik incelemede en önemli iç risk faktörlerinin arasında ileri yaş ve yoğun bakımda uzun süre kalış süreside yer almaktadır (Tayyib, Coyer, & Lewis, 2013; Tayyib, Coyer, & Lewis, 2015a). Yoğun bakımda kalış süresi ne kadar uzar ise basınç yarası gelişme riski o kadar artmaktadır çünkü yüksek riskli hastalar yoğun bakımda daha uzun süre kalmaktadır ve basınç yarası gelişimi riski bu hastalarda daha fazla olmaktadır (Tayyib, Coyer, & Lewis, 2013).

Yapılan bir çalışmada da basınç yarası gelişimi için ortalama gün sayısı $10.9 \pm 4.6195/5-23$ olarak bulunmuştur (Tayyib, Coyer, & Lewis, 2015a). Bu bağlamda yoğun bakımda kalış süresinin değerlendirilmesi önemli bir parametredir. Çalışma kapsamına alınan örneklere göre bizim çalışmamızdaki hastaların yoğun bakımda kalış süresi diğer çalışmalara oranla biraz daha fazladır.

Araştırma kapsamında değerlendirilen hastaların ilaç kullanımına bakıldığında, aynı anda birden fazla ilaç kullanımının mevcut olup, hastaların %44.0'ının sedatif, %39.7'sinin noradrenalin, %14.7'sinin kortikosteroid, %0.4'ünün antiaritmik, %1.2'sinin analjezik gurubu ilaç kullandığı tespit edilmiştir.

Basınç yarası gelişimini etkileyen faktörler içinde ilaçlar da yer almakta olup önemli bir risk faktörüdür (Coleman, ve diğerleri, 2014). Özellikle sedatif, nonsteroid antiinflamatuvarlar, vazoaaktif ilaçlar ve beta blokerler basınç yarası gelişiminden sorumlu tutulmaktadır (Beğer, 2004; Tel, Özden, & Çetin, 2006; Zuo & Meng, 2015). Ülkemizde yapılan bir çalışmada basınç yarası gelişen hastaların tamamının steroid ve sedasyon kullandığı belirtilmektedir (Ersoy, ve diğerleri, 2013).

Yapılan diğer bir çalışmada da kontrol grubunda steroid kullanımı %25.1 ve vazoaaktif ilaç kullanımı %17 olup, uygulama grubunda steroid kullanımı %16.9 ve vazoaaktif ilaç kullanımı %20.9'dur (Coyer, ve diğerleri, 2015).

Bizim çalışmamızda da hastaların çoğunluğunun sedatif ve vazoaaktif ilaç kullanım olduğu görülmektedir.

Hastaların kullandıkları ilaçların sonuçları ile ilişkili birçok neden sayılabilir. Örneğin; kortikosteroidlerin uzun süre kullanımları sonucunda, böbrekten su emilimi artarak ödem oluşur. Çizgili kaslarda protein sentezini bozarlar, kollajen kaybını artırır ve fibroblastların profilerasyonunu azaltırlar. Bu nedenle deride incelmeye, derinin kolayca zedelenmesine neden olurlar. Ayrıca uzun süre kortikosteroid kullanımı glikoneogenezis yoluyla hiperglisemiye yol açar, etki uzun sürdüğünde iatrojenik diyabete neden olur. Kortikosteroidlerin uzun kullanımı yeni antikor üretimini de azalttığından enfeksiyona yatkınlığı artırır. Böylece cildin normal yapısını bozarak yara açılımını kolaylaştırır (Özyürek, 2010). Kullanılan antibiyotikler, diyareye neden olabilir ya da deride kızarıklığa, hipersensivite reaksiyonlarına ya da kaşınmaya sebep olabilir. Nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar iyileşme için oluşacak immun cevabı geciktirebilir (Soyer, 2014). Uzun süren ameliyatlarda kullanılan anestezi ilaçları, sedatif kullanımı bilinç düzeyini azaltır ve hareketsizliğe yol açar, hareketsizlik doku hasarını hızlandırır basıncın algılanmamasına neden olarak basınç yarası gelişimini hızlandırır (Coleman, ve diğerleri, 2013; Özyürek, 2010). Bu bağlamda; hastaların kullandıkları ilaçların etkisini bilmenin ve kapsamlı bir hasta değerlendirmesi yapmanın önemli olduğu düşüncesindeyiz.

Hastaların laboratuvar bulgularının dağılımına bakıldığında hemogram ortalaması 9.46 ± 1.728 , hematokrit ortalaması 29.57 ± 4.878 , albümin ortalaması 2.33 ± 0.494 , protein ortalaması 4.84 ± 0.655 , kan glukoz ortalaması $\%163.92 \pm 47.927$ ve oksijen saturasyon ortalaması 80.57 ± 14.663 olarak bulunmuştur.

Düşük albümin seviyesi, protein, lenfopeni, hemoglobin ve hematokrit gibi laboratuvar bulguları basınç yarası gelişiminde etkili parametrelerdir. Oksijen seviyesinin takibi arteriyel kandaki düşük oksijen seviyeleri dokuya oksijenin azaldığını gösterdiği için önemlidir (Cooper, 2013).

Düşük hematolojik değerlere sahip olmak gecikmiş yara iyileşmesinin bir göstergesi olduğu düşünülmektedir (Norton, ve diğerleri, 2018). Örneğin; anemiye bağlı olarak hemoglobin değerinin düşmesi sonucu doku direnci ciddi derecede düşer ve kanın O_2 taşıma kapasitesi azalır. Bununla birlikte doku iyileşme yeteneği azalır ve basıncın iskemik etkileri ortaya çıkar (Tel, Özden, & Çetin, 2006).

Albümin seviyesinin azalması, basınç ülseri oluşumu riskini öngörmede yardımcı olabilir. Albümin seviyesi ne kadar düşükse ödem riski daha yüksektir, çünkü albümin büyük kan plazmasının onkotik basıncının bir kısmını oluşturmaktadır. Albümin değeri, protein eksikliğinin ciddiyeti ile doğrudan ilgilidir.

Albüminin 3.2 g / dL 'den düşük seviyelerinin kritik bakım ünitesine başvuran hastalarda artmış morbidite ve mortalite ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Yüksek glikoz seviyesi, diabetes mellituslu hastalarda arteriyel ve nöropatik ülselerin gelişimi için bir risk faktörü olarak gösterilmektedir. Yüksek glikoz seviyesi, oksijen ve besin perfüzyonunu engelleyen ve yara iyileşmesini engelleyen mikrovasküler hasara neden olmaktadır (Hess, 2015).

Yoğun bakım hastalarında yapılan bir çalışmada bası yarası olan hastalarda serum albümin seviyesi düşük bulunmuştur (Beğer, 2004). Yapılan farklı bir çalışmada da basınç yarası gelişen gelişmeyen tüm hastalarda servise yatışta serum albümin değerlerinin ortalaması hipoalbüminemi göstermiştir. Hastalarda anemi ve hipoalbüminemi daha hızlı basınç yarası gelişimine neden olduğu belirtilmiştir (Kurtuluş & Pınar, 2003). Bizim çalışmamızda da hastaların laboratuvar değerleri basınç yarası risk değerlendirme ile birlikte değerlendirilmiştir.

5.2.Basınç Yarası Önlemede Bakım Paketi Kullanım Uyum Durumlarının Tartışılması

Bakım paketi kullanımını klinik temel ihtiyacı doğrultusunda çıkar, yeni kanıt ve klinik bakım kılavuzlarının uygun bir şekilde kullanılmasını sağlar. Yoğun bakımda kalış süresine azaltması, düşük maliyetli olması ve kaynak kullanımını arttırması ile bakım paketi kullanılan hastalara direk yarar sağladığı gibi, kullanım dışında kalan hastalara da yarar sağlamaktadır (Horner & Bellamy, 2012)

Basınç yarası önlemede de bakım paketi kullanımının sonuçlarını gösteren ve basınç yarasını önlemede etkili birçok çalışma mevcuttur (Anderson, Guthrie, Kraft, Reicks, & Skay, 2015; Baldelli & Paciella, 2008; Chaboyer, ve diğerleri, 2016; Coyer, ve diğerleri, 2015; Tayyib, Coyer, & Lewis, 2015b; Tayyib, Coyer, & Lewisa, 2016).

Bizim çalışmamızda da; basınç yarası önlemede bakım paketi kullanılmış olup, basınç yarası görülme sonuçlarına etkisi ve verilen hemşirelik bakımı değerlendirilmiştir.

Basınç yarası önlemede bakım paketi kullanımının hemşirelerin uyum ortalamaları incelendiğinde; Nisan- Haziran (Nisan, Mayıs, Haziran) döneminde bakım paketi uyum ortalaması 91.39 ± 14.26 , Temmuz-Eylül (Temmuz, Ağustos, Eylül) döneminde bakım paketi uyum ortalaması ise 93.77 ± 12.36 olduğu tespit edilmiştir. Yapılan 431 hasta değerlendirmesinde altı aylık toplam değerlendirme sonucunda; hemşirelerin uyum ortalaması 92.61 ± 12.96 olarak bulunmuştur.

Bakım paketi uyumu puan sıra ortalamalarının çalışma dönemlerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığı olup olmadığını bakıldığında; Nisan-Haziran dönemi ile Temmuz-Eylül dönemi arasında bakım paketi uyumu puan sıra ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı tespit edilmiştir ($p > 0.05$).

Hemşirelerin uyum durumlarının dağılımına sayı ve yüzde olarak bakıldığında ise; %68.2 (n=294) uyumlu, %31.8 (n=137) uyumsuz olarak bulunmuştur. Çalışmamızın uyum puan ortalaması ve dağılım yüzdelerine bakıldığında yüksek bir uyum oranı gözlenmektedir.

Tayyib ve diğerleri (2016) tarafından yapılan çalışmada; basınç yarası önlemede bakım paketi uygulamasına hemşirelerin %78.1 oranında yüksek bir uyum gösterildiği belirtilmiştir. Bakım paketi kapsamında; risk değerlendirme, deri değerlendirilmesi, deri bakımı ve beslenme parametreleri alınmış olup, diğer unsurlara kıyasla en düşük puanın %70 ile risk değerlendirme parametresi olduğu belirtilmiştir.

Bakım paketinin klinikte uygulamadan önce planlanmış bir eğitim programı düzenlenmesi önemlidir. Herkes gelişimin, öngörülen zaman programının ve hastalara olan faydasının farkındaysa geçisin sorunsuz ilerlemesinin muhtemel olduğu belirtilmektedir (Fulbrook & Mooney, 2003).

Bizim çalışmamızda da bakım paketine uyum değerlendirilmeden önce yoğun bakım ünitesindeki tüm çalışanlara Ocak-Mart 2018 tarihleri arasında eğitim verilmiştir. Birim faaliyetleri, mesleki öncelikler ve öngörülemez durumlar göz önünde bulundurularak zaman planlaması yapmak ve olabildiğince yeterli zamana izin vermenin çok daha iyi olduğu da belirtilmektedir (Fulbrook & Mooney, 2003). Pakete uyum ve sonucun düzenli denetimi ve bakım paketi yaklaşımında "ya-hep, ya-hiç" kuralının olmasının, çalışanların performanslarını arttıracak ve motive edici yönü olduğunu, aynı zamanda uygulamanın uyumluluğunu da arttıracakını belirtmektedir (Fulbrook & Mooney, 2003; Resar, Griffin, Haraden, & Nolan, 2012; Tayyib, Coyer, & Lewisa, 2016).

Bizim çalışmamızda da literatürde belirtildiği gibi bakım paketine uyum literatür doğrultusunda oluşturulan protokol ile değerlendirilmiş olup, "ya-hep, ya-hiç" kuralı uygulanmıştır.

Bakım paketimizde toplam altı parametre bulunmaktadır. Her bir alt parametresi de dahil evet=1, hayır=0 puan almış olup, bir hayır alma durumunda bağlı olduğu parametre ve paket uygulaması da hayır kabul edilmiştir.

Toplam puan sayısı ve yüzde olarak hesaplanmış olup %100 uygulama durumunda paket uygulaması uyumlu, %100 uygulanmama durumunda paket uygulaması uyumsuz kabul edilmiştir.

Pakette yer alan parametrelerden birine uyumsuzluk saptanması durumunda diğerlerine de uyulmamış olduğu kabul edilmelidir. Bu bağlamda uyum ortalamamız yapılan istatistiksel analizde 92.61 olarak bulunurken %100 uygulanmama durumunda paket uygulaması uyumsuz kabul edildiği için uyum durumlarının dağılımına sayı ve yüzde olarak bakıldığında %68.2 (n=294) uyumlu olarak yukarıda da belirtildiği gibi bulunmuştur.

Uyumun %95 ya da daha fazla olması gerektiği belirtilmektedir (Resar, Griffin, Haraden, & Nolan, 2012). Uyum sonuçlarımız %95 olmamakla birlikte literatür sonuçlarına bakıldığında diğer çalışma sonuçlarına benzer sonuçlar göstermiştir (Anderson, Guthrie, Kraft, Reicks, & Skay, 2015; Tayyib, Coyer, & Lewisa, 2016).

Bakım paketi kullanımı kanıta dayalı uygulamaların kliniğe entegrasyonunu kolaylaştırmaktadır (Chaboyer & Gillespie, 2014). Standart bakım uygulamasının yapıldığı yoğun bakım ünitemizde bakım paketi kullanılması ilk uygulamadır. Uygulamamızın ilk olması, kişilerin uygulamaya alışması ve uyum sağlaması, uyumun sonuçlarının izlenmesi bakım ortamının hasta gereksinimi ve bakım yükü göz önünde bulundurulduğunda uygulamaya uyum nispeten yüksektir ve iyi sonuçlar vermiştir ancak %100 uyumu yakalamak pratikte çok kolay görünmemektedir. Fakat paket uygulaması, kişilerin bu kapsamda aldığı eğitim ve düzenli çalışması farkındalığı ve işbirliğini arttırmıştır.

Bakım paketimizin alt parametrelerine bakıldığında; risk değerlendirme, deri değerlendirme, deri bakımı, pozisyon verme, destek yüzey ve beslenme değerlendirilmiş olup, bu altı parametrenin uyum durumu çalışma dönemlerine göre incelendiğinde; Nisan-Haziran döneminde diğer parametrelere göre en düşük pozisyon verme ve beslenme ve sıvı alımı uyum %90.4 (n=189) olup, Temmuz-Eylül döneminde ise; risk değerlendirme ve deri değerlendirme uyum %92.3 (n=205) ile diğer parametrelere oranla en düşük olarak bulunmuştur.

Pozisyon verme parametresine uyum Nisan- Haziran döneminde %90.4 ve Temmuz-Eylül döneminde %92.8 olup yüksek bir uyum gözlenmektedir. Uymama nedenlerine bakıldığında; değişim planı %8.8'inde 2 saatte bir uygulanmamış ve uygun yatak başı ve yan yatış pozisyonu verilememiştir. Bu durum; bakım ve tedavi planının uzaması gereken hastalarda yaşanmıştır ve ilgili durum ortadan kalktığında pozisyon değişim planına devam edilmiştir. Pozisyon yönü ve zamanı pozisyon değişim planı uygulanmasına rağmen %2.8'inde kayıt altına alınmadığı gözlenmiştir.

Baldelli ve Paciella (2008) çalışmalarında kullandıkları basınç yarası önleme bakım paketinde pozisyon verme ile ilgili parametresinde yatağa bağımlı hastada 2 saatte bir pozisyon verme kriterini kullanmıştır. Diğer bir çalışmada pozisyon verme parametresinde 3 saatte bir değişim planını uygulamıştır (Tayyib, Coyer, & Lewisa, 2016).

Genellikle pozisyon değişim planı olarak 2 saatlik bir aralık önerilmektedir. Fakat yüksek kaliteli bir destek yüzey kullanıldığında 2 saatlik aralığın optimal olup olmadığı belirsizdir (Berlowitz, Schmader, & Collins, 2018). Bir Cochrane sistematik derlemesi, herhangi bir yeniden konumlandırma programının veya farklı hasta pozisyonlarının, basınç yarası insidansı ve yetişkin popülasyondaki yumuşak doku

yaralanmasına ilişkin etkilerini değerlendiren sadece üç çalışmayı içermektedir. Basınç yarası insidansı standart bir yatak için her üç saatte bir, viskoelastik köpük üzerinde her dört saatte bir veya her altı saatte bir yeniden konumlandırmaya göre farklı olmadığı gösterilmektedir (Berlowitz, ve diğerleri, 2014; Gillespie, ve diğerleri, 2014).

Destek yüzeyler hastalar için yardımcı cihazlardır, hiçbir zaman pozisyon vermenin yerine geçmediği, çünkü pozisyon verme hastayı gözleme için bir fırsat olduğu belirtilmektedir (Ratliff, Droste, Bonham, Crestodina, & Johnson, 2017).

Bununla birlikte, kontrendike bir durum olmadıkça pozisyon değişim planı uygulanmalıdır (EPUAP, 2014). Hastaya 30° yan yatış pozisyonu verilmesi, koksikse olan basıncın artmaması için yatak başının 30°den daha yükseğe yükseltilmemesi önerilmektedir. Ayrıca; bu pozisyon entübasyonlu hastalarda ve enteral beslenme alan hastalarda ventilatöre bağlı pnömoniye (VAP) destekleyebilir. Hastanın hemodinamik olarak ta pozisyon değişim planına uygun olması önemlidir (Zuo & Meng, 2015).

Hastalar ile ilgili pozisyon değişikliğinin kayıt altına alınması sırasında; pozisyon verme sıklığı, uyumu ve detayları her pozisyon değişikliğinde derinin değerlendirilmesi, pozisyon değişikliğinin etkinliğinin değerlendirilmesi ve bakım planında gerekli değişikliklerin yapılması önerilmektedir (Kantı Gücü=C). (EPUAP, 2014; Guidelines for the Prevention of Pressure Ulcers, 2012).

Bizim çalışmamızda da literatürde belirtilen hususlar göz önünde bulundurulmuştur. Tıbbi kontrendike durumlarda paket uygulaması bu hastalar için eksiksiz sayılmaktadır (Resar, Griffin, Haraden, & Nolan, 2012) Pozisyon değişim planına engel olan durum ortadan kalktıktan sonra değişim planına devam edilmiştir.

Beslenme ve sıvı alımı parametresine bakıldığında; her iki dönemde de %90'nın üzerinde bir uyum gözlenmiş olup; uyumsuz olunan parametre olarak nutrisyon değerlendirmesinin diyetisyen/nutrisyon ekibi tarafından %7.7 (n=33) yapılmadığı tespit edilmiştir.

Yeterli beslenmenin hem basınç yarası gelişimini önlemeye, hem de erken evre basınç yarası iyileşmesini desteklemeye yardımcı olabileceği düşünülmektedir (Berlowitz, Schmader, & Collins, 2018; Thomas, 2006). Önlem için besin takviyelerini veya enteral beslemeleri değerlendiren çalışmaların sonuçları yetersizdir (Langer & Fink, 2014) (Chou, ve diğerleri, 2013) (Berlowitz, Schmader, & Collins, 2018).

Hastaya vitamin ve mineral kaynakları açısından dengeli bir diyet sağlanması önerilmektedir (Kanıt Gücü =B). Ancak vitamin ve mineral desteği yalnızca diyetle alımı zayıf veya yetersiz olduğu doğrulanan ya da kuşku duyulan durumlarda önerilmektedir (Kanıt Gücü=B) (EPUAP, 2014).

Beslenme değerlendirilmesinin odağı, enerji alımı, istenmeyen kilo kaybı, psikolojik stres veya nöropsikolojik problemlerin etkisini değerlendirmek olmalıdır. Bununla birlikte bireyin kalori, protein ve sıvı gereksinimini değerlendirmeyi içermelidir.

Beslenme değerlendirme döngüsü ile bu destek sağlanabilir. Bu döngü; beslenmenin değerlendirilmesini, beslenme gereksiniminin belirlenmesini, beslenme alımının gereksinimler ile karşılaştırılmasını, uygun beslenme hedeflerine dayalı beslenme planının ayarlanmasını, beslenme durumunu izleme ve değerlendirmeyi, hastanın risk altında olduğu sürece beslenme durumunu yeniden değerlendirmesini içermelidir (Guidelines for the Prevention of Pressure Ulcers, 2012)

Ayrıca basınç yarası riski altında olan bireyler için beslenme gereksinimine uygun geliştirilen bireysel beslenme planı kayıt altına alınmalıdır. Beslenmenin gidişatı ve bakımın hedefleri beslenmenin değerlendirilmesi ile belirlenebilir. Bu aşamada öneriler;

-önemli kilo kaybını tanımlayabilmek ve kilo geçmişini belirleyebilmek için kilo durumunun (30 günde $\geq 5\%$ veya 180 günde $\geq 10\%$) değerlendirilmesi

(Kanıt Gücü=C),

-hastanın bağımsız bir şekilde yemek yeme durumunun yeterli olup olmadığının değerlendirilmesi (Kanıt Gücü=C),

-hastanın katı yiyecekler, sıvı, oral beslenme destekleri, enteral/parenteral beslenme olarak aldığı toplam gıda miktarının yeterli olup olmadığının değerlendirilmesidir (Kanıt Gücü=C) (EPUAP, 2014).

Basınç yarası gelişimi için risk altında olan bireylerin, diyetisyen ve profesyonel bir beslenme ekibi tarafından beslenmesinin değerlendirilmesi önerilmektedir (Kanıt Gücü=C) (EPUAP, 2014).

Bizim çalışmamızda diyetisyen/nutrisyon ekibi tarafından değerlendirme yapılamayan grupta beslenme değerlendirmesi hekim ve bakım veren hemşiresi ile birlikte yapıldığı belirlenmiştir. Hastaların geçerli ve güvenilir bir nutrisyonel risk değerlendirme aracı kullanılarak beslenme değerlendirmesinin yapılması kapsamında Nutrisyonel Risk Taraması (NRS 2002-Nutrition Risk Secreening 2002) ölçeği kullanılmaktadır. NRS

2002 beslenme tarama aracı; 2002 yılında Kondrup ve çalışma arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup; formun Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Başak Bolayır (2014) tarafından yapılmıştır (Kondrup, Allison, Elia, Vellas, & Plauth, 2003; Bolayır, 2014). Her hasta için hekimi tarafından ilgili risk değerlendirme aracı kullanılarak değerlendirmesi yapılmakta ve hasta risk altında ise destek planı başlatılmaktadır. Bakım paketine yönelik yapılan çalışmalarda beslenme değerlendirmesi paket kapsamında değerlendirilen önemli parametrelerden biridir (Baldelli & Paciella, 2008; Chaboyer, ve diğerleri, 2016; Coyer, ve diğerleri, 2015; Tayyib, Coyer, & Lewisa, 2016).

Risk değerlendirme uyum parametresine bakıldığında; 1. dönemde uyum %91.4 ve 2. dönemde uyum %92.3'tür. Yoğun bakım ünitelerinde risk değerlendirme ilk kabulde, her vardiyada ve durum değişikliği olduğu zaman yapılması gereklidir.

Basınç yarası gelişimi riski altında olabilecek hastaları tanımlayabilmek için mümkün olan en kısa sürede (başvurudan sonra maksimum 8 saat içinde) risk değerlendirilmesinin yapılması önerilmektedir (Kanıt Gücü=C) (EPUAP, 2014; Pressure Injury Prevention Points, 2016).

Bizim çalışmamızda risk değerlendirme ilk kabulde ve durum değişikliğinde yapılırken, her vardiyada %8.1'inde yapılmamıştır. Tayyib ve arkadaşları (2016) tarafından yapılan çalışmada; risk değerlendirme puan ortalaması 2.14 ± 0.41 olup diğer parametrelere oranla daha düşük puan alarak bizim çalışmamıza benzer sonuç göstermiştir. Risk değerlendirmesi düzenli bir şekilde yapılmalı, bireyin gereksinimi doğrultusunda tekrarlanmalı, bireyin durumunda önemli bir değişiklik olursa yeniden yapılmalıdır (Kanıt Gücü=C).

Her risk değerlendirmede risk değerlendirmenin bir parçası olarak kapsamlı bir cilt değerlendirmesinin yapılması gerekmektedir (Kanıt Gücü=C). Tüm risk değerlendirmelerinin kayıt edilmesi gerekmektedir (Kanıt Gücü=C). Basınç yarası gelişme riski altında olan kişiler için risk temelli bir önleme planı geliştirilerek uygulanması gerekmektedir (Kanıt Gücü=C).

Basınç yarası gelişiminde etkili olan bireysel risk faktörleri; ileri yaş, duyuşsal algı, genel sağlık durumu, yatağa veya tekerlekli sandalyeye bağımlılık, perfüzyon ve oksijenasyon, zayıf nutrisyon durumu, cilt neminde artış, vücut sıcaklığının yükselmesi gibi faktörlerin göz önünde bulundurulması gerekmektedir (Kanıt Gücü=C) (EPUAP, 2014). Bizim çalışmamızda da risk değerlendirme aşamasında bu

öneriler göz önünde bulundurulmuş olup, değerlendirmeler bu basamaklara göre yapılmıştır.

Deri değerlendirme uyum parametresine bakıldığında; her iki çalışma döneminde de % 91'in üzerinde bir uyum gözlenmekte olup risk değerlendirme sonuçlarımız ile benzer uyum gözlenmiştir. Risk değerlendirmede hayır olan parametre sadece her vardiyada yapılmaması ile ilgili olup, deri değerlendirmesindeki hayır olan parametreler sadece her vardiyada değerlendirme yapılmaması ile ilgili değildir. Sonuçlarımıza bakıldığında; %7.4 (n=32) deri değerlendirmesinin her şifitte yapılmadığı, % 1.4 (n=6) tıbbi cihazların altındaki ve çevresindeki cildin en az günde iki kez değerlendirilmediği, % 4.2 (n=18) tüm deri değerlendirmenin kayıt altına alınmadığı tespit edilmiştir.

Bakım paketi kapsamında yapılan çalışmalarda deri değerlendirmesi ile ilgili 4 saat ve/veya 8 saatlik aralıklar ile derinin değerlendirilmesi, kayıt altına alınması ve risk değerlendirme yapılırken derinin de değerlendirilmesinin yapılması çalışma kapsamına alınmıştır (Tayyib, Coyer, & Lewisa, 2016) (Baldelli & Paciella, 2008). Tayyib ve diğerleri (2016) yapmış oldukları çalışmada deri değerlendirmesi 7 tam puan üzerinden 5.32 ± 0.54 puan almış olup, parametre içerisinde diğerlerine göre düşük puan alan alanlar 4 saatte bir belirlenen deri değerlendirmesi ve fiziksel değerlendirme ile ilgili olmuştur.

Günde en az iki kez tıbbi cihazların altında ve çevresindeki derinin basınca bağlı cilt ve yumuşak doku zedelenmesi için gözlenmesi gerekmekte olup lokalize ve genel ödem bulgusu olan bireylerde daha fazla deri değerlendirilmesinin yapılması ve kayıt altına alınması önerilmektedir (Kanıt gücü: C) (EPUAP, 2014; Guidelines for the Prevention of Pressure Ulcers, 2012).

Ayrıca basınç yarası gelişiminin yaklaşık %10'unun alet ilişkili olduğu belirtilmektedir. Örneğin; entübe hastalar endotrakeal tüp ve tüpü sabitlemede kullanılan cihazlar ile ilgili basınç yarası gelişimi için risk altındadır. Tüpün oluşturduğu basınç hastanın dudaklarında basınç yarası gelişimine neden olabilmektedir. Öneriler her iki saatte bir yeniden konumlandırılmadır (Cooper, 2013). Bununla birlikte; trakeostomi tüpü, servikal boyunluk kullanımı, nazogastrik tüp, oksijen maske veya kanülleri, foley kateter geriliminin neden olduğu genital bölgeler gibi kemiksiz bölgelerin de dahil olduğu yerlerde de basınç yarası meydana

gelebilmektedir (Cooper, 2013; Özyürek, 2010; Üstün, 2013; Yücel, 2008). Çalışma sonuçlarımıza bakıldığında çok az bir oranında uyulmadığı gözlenmektedir.

Deri bakımı uyum parametresine bakıldığında; Nisan-Haziran döneminde %93.8 (n=196) ve Temmuz- Eylül döneminde %97.3 (n= 216) olarak yüksek bir uyum sonucu gözlenmektedir. Uymama nedenlerine bakıldığında; deriyi nemle ilişkili hasardan korumak için %4.4 (n=19) bariyer ürün kullanılmadığı tespit edilmiştir. Bariyer ürün kullanımı cildi aşırı neme maruz kalmasından korunmada önerilmektedir (Kanıt Gücü=c) (EPUAP, 2014). Basınç yarası önlemede uygulanan bakım paketi parametreleri olarak ta yer verilmektedir (Baldelli & Paciella, 2008 (Coyer, ve diğerleri, 2015; Tayyib, Coyer, & Lewisa, 2016). Yağ asitleri içeren losyonlar, hiperproliferatif cilt büyümesini azaltmanın yanı sıra sürtünmeye ve basınca karşı koruma sağlayabilmektedir. Akut bakım ve uzun süreli bakım hastalarında hiperoksijenlenmiş yağlı asit bileşimini plaseboya kıyaslayan 331 hastanın yaptığı bir çalışmada, yağ asidi preparatının basınç yarası insidansını belirgin olarak azalttığı tespit edilmiştir. (girişim grubunda yüzde 7.3, plasebo grubunda yüzde 17.3) (Berlowitz, Schmader, & Collins, 2018). Hastanın cildinin kurumamasından kaçınılması, cilt nemlendiricilerinin günlük olarak kuru cilde ve banyodan sonra uygulanması gerekmektedir (Ayello & Sibbald, 2012; Guidelines for the Prevention of Pressure Ulcers, 2012; Pressure Injury Prevention Points, 2016) Bizim çalışmamızda da hastaların cilt nemlendirilmesi ile ilgili %100 uyum gösterilmiştir. Çalışma ortamında bariyer ürün temini konusunda sıkıntı yaşanmamış olup, yeterli oranda temin edilebilmekteydi, kullanım konusunda uyum oranı yukarıda da belirtildiği gibi yüksek olup, sadece düşük bir oranda kullanılmadığı tespit edilmiştir.

Destek yüzey uyum parametresine bakıldığında; Nisan-Haziran döneminde uyum 90.9 (n=190), Temmuz-Eylül döneminde uyum ise; %94.6 (n=210) olarak tespit edilmiş olup, her iki dönemde de kullanılan destek yüzeyin kontrolünün %2.3 (n=10) yapılmadığı, tüm destek yüzey değerlendirmesinin %5.6 (n=24) kayıt altına alınmadığı tespit edilmiştir.

Destek yüzey seçerken; hareket/hareketsizlik düzeyi, ısı ve nem düzeyi, yırtılma kuvvetinin azaltılması, bireyin boyutu ve ağırlığı, basınç yarası gelişme riski, mevcut basınç yarası var ise sayısı, şiddeti ve yeri göz önünde bulundurulması ve bakım ortamı ile uyumlu olması önerilmektedir (Kanıt Gücü=C). Hastanın her izleminde destek yüzeyin uygunluğu ve fonksiyonunun değerlendirilmesi ve potansiyel

komplasyonlarının belirlenip önlenmesi gereklidir (Kanıt Gücü=C) Destek yüzeyi kullanmaya başlamadan önce, üreticinin önerdiği test yöntemine ya da diğer endüstriyel test yöntemlerine göre uygun bir biçimde kullanıldığını kontrol edilmesi gereklidir (Kanıt Gücü=C) (EPUAP, 2014). Yapılan tüm değerlendirmenin kayıt altına alınması da hastaya bütüncül bakım verilebilmesi için önemlidir.

Hastane yatan tüm hastalar için daha yüksek özelliklere sahip köpük şiltelerin kullanılması, standart sünger hastane şiltesi yerine önerilmektedir (Berlowitz, Schmader, & Collins, 2018; McInnes, ve diğerleri, 2015). Çünkü hastanede yatan tüm hastaların basınç yarası gelişme riski taşıyor olarak değerlendirilir (Kanıt Gücü= A). Bir yüksek özellikli köpük şiltenin, alternatifi olan başka bir yüksek özellikli köpük şilteye göre üstünlüğünü gösteren kanıt bulunmamaktadır (Kanıt Gücü=A). Sık sık pozisyon vermenin mümkün olmadığı hastalar için aktif (örtü veya şilte) destek yüzey kullanılması önerilmektedir (Kanıt Gücü=B). Küçük bölmeli alternatif havalı yatakların kullanılması önerilmemektedir (Kanıt Gücü=B). Alternatif havalı yatak veya şilte seçilirken, basınç yarası gelişme riski, rahatlığı, düzenli cilt değerlendirilmesi yoluyla belirlenen etkinliği göz önünde bulundurulmalıdır (Basınç Ülserlerini Önleme: Hızlı Başvuru Kılavuzu, 2010; EPUAP, 2014).

Çalışma yaptığımız yetişkin yoğun bakım ünitemizde 10 yataklı olup, basınç yarası önleyici viskoelastik yataklardır. Küçük bölmeli alternatif havalı yataklar kullanılmamaktadır. Topukların düzenli olarak kontrol edilmesi ve topukların yatağın yüzeyinden uzak olmasını sağlanması gerekmektedir (Kanıt Gücü=C). Diz hafif 5-10 derece fleksiyonda olmalı, özellikle aşil tendonun altında yüksek basınçtan kaçınılmalıdır (Kanıt Gücü=C).Topukları yükseltmek için köpük yastık kullanılabilir (Kanıt Gücü=B). Cildin bütünlüğü değerlendirilirken topuk süspansiyon cihazını çıkartılmalıdır (Kanıt Gücü=C). Hastaya pozisyon değişikliği yapıldığında ve gerektiğinde mutlaka topukları değerlendirilmesi gerekmektedir (EPUAP, 2014; Guidelines for the Prevention of Pressure Ulcers, 2012).

Hastaların tümünde kullanılmak üzere yeterli sayıda basınç yarası önleyici topuk destek yüzey mevcut olup, pozisyon verme yastıkları vardır. Alet ilişkili (nazogastrik tüp, endotrakeal tüp, monitör kabloları vb) basınç yarası gelişimini önlemek için de hastaların en az günde iki kez değerlendirmesinin yapıldığı, aletlerin altındaki derinin temiz ve kuru tutulduğu, basınca maruziyetini azaltmak için olabildiğince yeniden

konumlandırmanın yapıldığı tespit edilmiştir. Bakım ortamımızın aldığı tedbirler literatürün önerilerine göre uygunluk göstermektedir (EPUAP, 2014; Cooper, 2013).

5.3.Basınç Yarası Önlemede Bakım Paketine Uyum ve Basınç Yarası

İnsidansına olan Etkisinin Tartışılması

Çalışma dönemimiz toplam üç bölümden oluşmaktadır. Birinci dönemimiz eğitim aşamasının yapıldığı bölüm olup; Ocak-Mart 2018 ayları arasında toplam üç ay sürmüştür. Bakım paketine yönelik hasta değerlendirmesinin yapıldığı çalışma dönemi de iki dönemden oluşmakta olup, Nisan-Mayıs-Haziran 1. dönem ve Temmuz-Ağustos-Eylül 2. dönem olarak toplam altı ay sürmüştür. Çalışma dönemlerine ait olan insidans verileri çalışmanın yapıldığı hastanenin kalite yönetim biriminden alınmıştır. İnsidans oranları üçer aylık periyotlar halinde yılda dört defa ilgili yoğun bakım ünitesi tarafından kayıt altına alınarak kalite yönetim birimine bildirilmektedir.

Yoğun bakım insidans oranları aşağıdaki formülde belirtildiği gibi hesaplanmaktadır.

$$\text{İnsidans} = \frac{\text{Basınç Yarası Gelişen Hasta Sayısı}}{\text{Toplam Yatan Hasta Sayısı}} \times 100$$

Ülkemizde bakım paketi ile ilgili yapılan çalışmalar sağlık ilişkili enfeksiyonları önlemeye yönelik yapılmış olup, ventilatör ilişkili pnömoni, santral venöz kateter ilişkili enfeksiyonların önlenmesi alanlarında kullanılmış ve sonuçları değerlendirilmiştir (Alcan, 2015; Sungur, 2011; Süha, 2017; Yazıcı, 2016).

Basınç yarası önlemeye yönelik birçok çalışma olmasına rağmen ülkemizde bakım paketinin basınç yarasını önlemeye yönelik kullanımı ile ilgili çalışmaya rastlanamamıştır. Basınç yarası önleme hasta bakımının kritik bir öneme sahip ögesidir. Önlemeye verilen önem ile hasta bakımını anlamlı bir şekilde iyileştirmesi ve tedavi maliyetlerini azaltması muhtemeldir. Bakım paketi, parçaların toplamından daha büyük olan bir sistem olarak düşünüldüğünde sadece girişimler aynı anda gerçekleştirildiğinde maksimum etki sağlamaktadır (Zuo & Meng, 2015).

Sağlık ilişkili enfeksiyonların önlenmesi alanında bakım paketi kullanılması ve elde edilen başarılı sonuçlar, farklı alanlarda kullanımının önemini ortaya çıkarmıştır. Basınç yarasının önlenmesi, riskleri azaltmaya yönelik bir bakım paketinin oluşturulması ve uygulanması için ideal bir aday olduğu belirtilmektedir (Kiernan & Downie, 2011).

Bizim çalışmamızda da; bakım paketi basınç yarası önlemede kullanılmış olup basınç yarası insidansına olan etkisi gözlenmiştir. Hemşirelerin uyum durumları ile basınç yarası insidans sonuçlarının karşılaştırılması üç aylık periyotla yapılmıştır.

Çalışmamızın eğitim aşamasının başladığı 1. periyotta basınç yarası insidansı %8.42'dir. Veri toplama aşaması olan 2. periyotta basınç yarası insidansı %20.1 ve bakım paketi uyum ortalaması 91.39 ± 14.26 , 3. periyotta basınç yarası insidansı %6.81 ve bakım paketi uyum ortalaması 93.77 ± 10.15 'dir.

Çalışmamız da genel olarak basınç yarası insidansı ve bakım paketi uyumu değerlendirildiğinde, basınç yarası uyum ortalaması artarken, basınç yarası insidansının düştüğü gözlenmektedir.

Çalışmamızda eğitim aşamasındaki insidansın düşük olup, veri toplama aşamasının ilk döneminde daha yüksek olması; standart bakımdan paket uygulamasına geçişin, yaptığımız uygulamaları bire bir görme fırsatının yeni olması ve hasta profilinin de etkisi olduğu düşünülmektedir. Daha sonraki aşamada ilerleyen klinik ziyaretleri, yerinde yapılan değerlendirmelerin olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir.

Nisan-Haziran tarihleri arasında bakım paketi uyum ortalaması ile basınç insidansı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiş olup ($p < 0.05$), Temmuz-Eylül tarihleri arasında bakım paketi uyum ortalaması ile basınç insidansı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$).

Ülkemizde yukarıda da belirtildiği gibi basınç yarasını önleme de standart bakım uygulamalarını belirleyen çalışmalar mevcuttur ancak basınç yarasını önlemede bakım paketi kullanılan çalışma tespit edilememiştir.

Basınç yarası önleme adımları, risk faktörlerini hedef alan mevcut en son kanıtlara dayanan ve tüm stratejilerin zorunlu olarak uygulanması doğrultusunda oluşturulmuştur (Horner & Bellamy, 2012).

Basınç yarası gelişimindeki azalmaya rağmen insidansın neden düşük olmadığı merak edilen ayrı bir konudur. Yoğun bakım ünitesinde daha uzun süre kalan hastalar, ek hastalıkların yükü, uzun süre mekanik ventilasyona bağlı olma, kullanılan ilaçlar basınç yarasının tamamen ortadan kalkmasını zorlaştırabilir (Tayyib, Coyer, & Lewis, 2015b).

Ayrıca bakım ortamımızda hasta gereksiniminin oldukça yüksek olması hemşire/hasta oranının 1/2 olmasının yanında çalışma saatlerinin (hafta sonu/24 saatten oluşan nöbetlerin varlığı) uzun olması, destek hizmet personelinin (klinik destek/ temizlik

personeli 10 hasta yatağına /1 kişi/ her vardiya) az olması sonuçlarının hasta bakımına yansması ve hasta bakımını yapan hemşirelerin iş yüküyle ilgili olduğu düşünülmektedir.

Basınç yarası önlemede bakım paketi kullanılarak yapılan bir çalışmada; basınç yarası insidansında %32.86'dan %7.14'e belirgin bir azalma kaydedildiği belirtilmiştir (Tayyib, Coyer, & Lewis, 2015b).

Yara, ostomi ve inkontinans hemşireleri tarafından üç yoğun bakım ünitesinde, paket içeriği; "1.cilt nemlendirme, 2. derinin değerlendirilmesi, 3. topukların yükseltilmesi, 4. destek yüzey kullanımı, basınca bağlı hasarların erken tanımlanması, 5. pozisyon verme" olan basınç yarası önlemede bakım paketi kullanılarak yapılan bir çalışmada da birim bazında basınç yarası görülme sıklığının % 15,5'ten % 2,1'e düştüğü belirtilmiştir (Anderson, Guthrie, Kraft, Reicks, & Skay, 2015).

Coyer ve diğerleri (2015) tarafından yapılan çalışmada da basınç yarası önlemede bakım paketi uygulanan uygulama grubunda standart bakım olan kontrol grubuna göre daha düşük kümülatif basınç yaralanma insidansına ve zaman içinde gelişen daha az ve daha az şiddetli basınç yaralanmalarına sahip olduğu belirtilmiştir. Ayrıca hastanın cildinin sistematik ve devamlı değerlendirmesi ve basınç yaralanmalarına maruz kalma riskinin yanı sıra bakım paketi önlemlerinin uygulanması basınç yaralanmalarını önlemede merkezi bir öneme sahip olduğu belirtilmiştir (Coyer, ve diğerleri, 2015).

Hemşirelik bakım kalite göstergesi olarak önemli olan basınç yarası önleme birçok ülkenin öncelikli ortak konusudur ve bu kapsamda çeşitli hastane uygulamaları vardır. Bu bağlamda yola çıkan bir çalışma örneğinde de basınç yarası önlemede "destek yüzey, pozisyon vermeye, inkontinans yönetimi, ihtiyaçlar ve riskler devam etme, doküman geliştirme" konulu bakım paketi kullanılmış olup, kritik hasta bakımında basınç yarası oranında önemli düşüşlerin olduğu ve çalışma ortamında iyi uygulama örneği olarak sunma fırsatı buldukları belirtilmiştir (Barefield, 2015).

Basınç yarası önlemede kanıta dayalı bakım paketi kullanılan bir başka çalışmada; "risk değerlendirme, deri değerlendirme, yatak başını $\leq 30^\circ$ yükseltme, inkontinans deri bakımı, pozisyon verme, topukların yükseltilmesi, beslenmenin değerlendirilmesi, basıncın azaltılması" konulu sekiz parametre kullanılmıştır. Çalışmada yapılan eğitim programı basınç yarası riski taşıyan hastalara önleyici uygulamalar kapsamında bilgi arttırmak üzere planlanmıştır Basınç yarası önleme programının uygulanması basınç

yarası prevalansı ve insidansını azalttığı, hasta bakım kalitesini arttırdı belirtilmiştir (Baldelli & Paciella, 2008).

Zuo ve Meng (2015) yılında yaptıkları yoğun bakım ünitesinde basınç yarası önlemede bakım paketi kullanımı ile ilgili incelemede; bakım paketi ana konularında; risk değerlendirme, derinin değerlendirilmesi, destek yüzeyler, beslenme ve pozisyon değişikliğinin klinik uygulama için önemli olduğu belirtilmiştir. Ayrıca bakım paketinin etkin bir şekilde yürütülmesi için hemşire ve diğer ekip üyelerini de içeren bir ekip oluşturulması, konu ile ilgili eğitimin çok önemli olduğu belirtilmiş olup, bakım paketinin başarılı olabilmesi için paketin her aşamasına uyumun düzenli gözlenmesi gerekli üzerinde durmuşlardır. Basınç yarası önlemede paket yaklaşımını açıklığa kavuşturmak için koruyucu bakımın etkinliği ile ilgili ileri çalışmalara ihtiyaç olduğunu belirtmişlerdir.

Bizim çalışmamızda da insidans oranlarına etkisi değerlendirilmiş olup, literatür ile benzer sonuçlar gözlenmiştir. Kanıtlar, klinik kararın tek başına kullanılması, uygulamadaki farklılıkların ve önemli unsurların ihmal edilmesine neden olabileceğini göstermektedir. Bakım paketine gösterilen yüksek uyum, klinik entegrasyonun başarılı olduğunu belirtmektedir. Kapsamlı bir eğitim ve geri bildirim, paket yaklaşımına uyumu artırırken ve basınç yarasının görülmesinin azaltacağını belirtmektedir. (Anderson, Guthrie, Kraft, Reicks, & Skay, 2015; Baldelli & Paciella, 2008; Chaboyer, ve diğerleri, 2016; Coyer, ve diğerleri, 2015; Tayyib, Coyer, & Lewis, 2015b).

Yapılan nitel bir çalışmada; hemşireler bakım paketi kullanımını uygulanabilir, kabul edilebilir ve faydalı bulmuş olup, paketin uygulanmasına ilişkin algılananlar arasında etkili iletişim ve bakım paketiyle ilgili kanıtların yayılmasını kolaylaştırma; güçlü liderlik ve personel davranışını etkileme becerisine etkisi olduğu belirtilmiştir (Roberts, ve diğerleri, 2016).

Bizim çalışmamızda da kanıta dayalı uygulamanın kliniğe entegrasyonunda uyum oranına bakıldığında kabul edilebilir ve faydalı olduğu, insidans oranlarına bakıldığında da çalışan davranışlarını olumlu yönde etkilediği düşünülebilir.

Ülkemizde yukarıda da belirtildiği üzere; basınç yarası önlemede bakım paketi kullanımı ve sonuçlarının paylaşıldığı bir çalışmaya rastlanamamıştır. Önlemeye yönelik uygulamaları belirleyen çalışmalara bakıldığında; basınç yarasını önlemeye yönelik tutumlarının ve klinik uygulamaların belirlenmesine yönelik yapılan bir çalışmada riskli hastaların %98,8'inin risk değerlendirmesi, %82,8'inin deri bakımı,

deri muayenesi ve beslenme kontrolü, %81.1'inin önleyici krem ve nem kontrolü, %78.7'sinin pozisyon değişimi, 74.6'sının destek yüzey yapıldığı tespit edilmiş olup, yoğun bakımlarda %72.6 oranında yeterli bakımın yapıldığı belirlenmiştir (Aslan, 2014).

Hemşirelerin önleyici bakım uygulamalarının belirlendiği farklı bir çalışmada; risk değerlendirme ölçeği kullanmadıkları, tüm hastalara rutin olarak yaptıkları uygulamanın da tüm hastaları kabul sırasında havalı yatağa aldıkları, 4 saat ara ile pozisyon verdikleri, masaj ve cilt nemlendirmesi yaptıkları, aktif/pasif egzersiz yaptıkları, her gün ve gerektiğinde cilt temizliği yaptıkları belirlenmiştir (Mert, 2012).

Tel, Özden ve Çetin (2006) tarafından yapılan hastalara basınç yarası gelişme kapsamında verilen önleyici bakım uygulamalarının değerlendirildiği çalışmada; risk tanılama aracının kullanılmadığı, düzenli yapma oranlarının önleyici uygulamalarda düşük olduğu, cildin günlük olarak değerlendirilmediği, cilt nemlendirme ve desteklemenin yapılmadığı tespit edilmiştir. Hekim isteminde yazılan veya klinik formlara zorunlu kaydedilmesi gereken uygulamaların ise hemşireler tarafından düzenli olarak yapıldığı saptanmıştır.

Bu kapsamda yukarıda belirtilen çalışmalar; ülkemizde basınç yarası önlemeye yönelik çalışma ortamının rutin uygulamalarını belirleyen tanımlayıcı araştırmalardır. Standart bakım uygulamaları nitelikli hasta bakımında yetersiz kalmakta ve bakımın sonuçlarını görmek mümkün olmamaktadır. Literatürde de belirtildiği üzere; kanıta dayalı uygulamaların klinikte kullanılması hasta bakım kalitesini arttırmaktadır.

Bu kapsamda bakım paketi kullanımı, kanıta dayalı uygulamaların kliniğe geçişini kolaylaştırmakta ve sonuçların gözlenebilir olmasını sağlamaktadır (Chaboyer & Gillespie, 2014; Tayyib, Coyer, & Lewisa, 2016).

Bizim çalışmamızda da kanıta dayalı rehber doğrultusunda hazırlanan bakım paketinin kliniğe entegrasyonu sağlanmış ve sonuçların etkisinin ne olacağına bakılmıştır.

Literatür doğrultusunda hazırlanan eğitim klinik çalışanları için bilgiye ulaşmayı kolaylaştırmış, standart bakımda neler yaptıklarını, rutin olarak doğru bildikleri davranışların neler olduğunu görme fırsatları oluşmuştur.

Standart bakımdan sıyrılıp, kanıta dayalı rehber doğrultusunda nitelikli hasta bakımı verme ve multidisipliner ekip yaklaşımı ayrıca klinik çalışmaların sonuçlarını da iyileştirdiği düşünülmektedir.

5.4. Basınç Yarası Gelişme Durumu ve Özelliklerinin Tartışılması

Araştırma kapsamında yer alan hastaların basınç yarası gelişme durumu incelendiğinde hastaların %87.7'sinde basınç yarası gelişmediği, %12.3'ünde ise basınç yarasının geliştiği görülmüştür (Tablo 13).

Basınç yarası olan hastaların %33.3'nün I. evre, %66.7'sinin II. evre olduğu görülmektedir. Hastaların basınç yarası bölgesi durumuna göre dağılımları incelendiğinde %66.7'sinin sakrum, %11.1'inin bacak, %11.1'inin bilek bölgesinde olduğu görülmektedir. En-boy-derinlik durumuna göre dağılımları incelendiğinde %44.4'ünün 1*1, %44.4'ünün 2*2*1 ve %11.1'inin 2*3*1 olduğu tespit edilmiştir (Tablo14).

Coyer ve diğerleri (2015) yapmış oldukları çalışmada; kontrol grubunda (n=102) 31, uygulama grubunda (n=105) 19 kişide basınç yarası gelişmiştir. Toplam basınç yarası sayısı kontrol grubunda 64, bakım paketi kullanılan uygulama grubunda 24 olup, kontrol grubunda evre I %12, evre II %25, evre III ve IV %2, uygulama grubunda ise evre I %21, evre II %17, evre III ve IV %0 bulunmuştur. Uygulama grubunda basınç yarası kümülatif insidansı daha düşük, oluşan basınç yarası da daha az şiddetli olduğu belirtilmiştir.

Her iki grupta da bizim çalışmamıza benzer olarak en fazla basınç yarası sakrum bölgesinde görülmüştür.

Bakım paketi kullanılan başka bir çalışmada da; uygulama grubunda gelişen basınç yarası sayısı (12/70) ve kontrol grubunda ise; (37/70) bulunmuştur. Girişim grubunda gelişim %70 daha düşük olduğu ve toplamda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu belirtilmiştir. (exp β = 0.30, %95 CI, 0.158-0.588, p <.001).

Kontrol grubunda evre I n=19, evre II n=13, evre III-IV n=1, şüpheli derin doku hasarı n=3, evrelendirilemeyen n=1 basınç yarası, uygulama grubunda evre I n=6, evre II n=5, evre III-IV n=0, şüpheli derin doku hasarı n=1, evrelendirilemeyen n=0 basınç yarası tespit edilmiştir.

Her iki grupta da diğer bölgelere oranla en fazla sakrum bölgesinde görülmüştür. Basınç yarası gelişiminde bakım paketinin uygulanması ile hasta başına insidansı, şiddeti ve basınç yarası sayısı azalmış olduğu belirtilmiştir. (Tayyib, Coyer, & Lewis, 2015b).

Bakım paketi kullanılan farklı bir çalışmada ise de; müdahale öncesi 45 basınç yarası gelişmiş olup, bunların 15 tanesi tıbbi cihaz ilişkili basınç yarasıdır. Müdahale sonrası

3 basınç yarası gelişmiş olup 1 tanesi tıbbi cihaz ilişkili basınç yarasıdır (Anderson, Guthrie, Kraft, Reicks, & Skay, 2015).

Literatür sonuçlarına bakıldığında çalışma sonuçlarımız benzer sonuç göstermekte olup, ülkemizde basınç yarası önlemede bakım paketi kullanımı ile ilgili bir çalışma olmadığı için sonuçların tartışması yapılamamıştır.

5.5. İzlemi Sonlandırma Nedenlerinin Tartışılması

Çalışmamızda 73 hasta üzerinde 431 hasta değerlendirmesi yapılmıştır. Hasta izlemimizi sonlandırma nedenlerimiz şu şekilde belirtilmiştir; %12.3 (n=9) basınç yarası gelişme, %34.2 (n=25) eksitus, %47.9 (n=35) klinik sevk, %2.7 (n=2) ve taburcu olarak bulunmuştur. Çalışma bitiminde %2.7(n=2) yatışı devam etmektedir (Tablo 15).

Coyer ve diğerleri (2015) yılında yapmış oldukları çalışmada; kontrol grubunda 93/102 hasta kliniğe sevk, 9/102 hasta eksitus olup, uygulama grubunda 97/105 hasta kliniğe sevk, 8/105 hasta eksitus olduğu belirtilmiştir.

Bakım paketi kullanılan başka bir çalışmada da; hasta izlem süresi 28 gün olarak yapılmış olup, kontrol grubunda (39/70) ve uygulama grubunda (41/70) taburcu olduğu, kontrol grubunda (24/70) ve uygulama grubunda (18/70) vefat ettiği, 28 güne kadar izlem yapıp çıkışı yapılan hasta sayısı kontrol grubunda (7/70) ve uygulama grubunda (11/70) olarak belirtilmiştir (Tayyib, Coyer, & Lewis, 2015b)

Çalışma sonuçları literatüre göre bakıldığında, izlemi sonlandırma nedenlerinde ortak konular, basınç yarası gelişme, vefat etme, klinik sevk ve taburcu olma gibi durumları değerlendirme konuları benzer seyretmektedir, ülkemizde basınç yarası önlemede bakım paketi kullanımı ile ilgili bir çalışma olmadığı için sonuçların tartışması yapılamamıştır.

Birçok çalışmada belirtildiği gibi bizim çalışmamızda da basınç yarası önleme bakım paketinin uygulamaya geçilmesi ile basınç yarası insidansında azalmanın mümkün olabileceği belirlendi.

İnsidanstaki bu azalma, bakım paketi öncesi verilen eğitim ile bakım paketinin uygulamaya geçirilmesinin etkisi olarak değerlendirildi. Bu sonuçlardan yola çıkılarak basınç yarası önlemede bakım paketi kullanımının etkili ve standart bakımın verilmesi ile basınç yarası insidansını azaltabileceği söylenebilir.

Sonuç ve Öneriler

6.1.Sonuçlar

Bu çalışma ile yoğun bakım hastalarında basınç yarası önlemede bakım paketi kullanımının basınç yarası insidansına etkisini değerlendirildi. Basınç yarası önlemede bakım paketi kullanımının basınç yarası insidansına etkili olduğu ve bu etkinin bakım paketine uyumun artması ile ilişkili olduğunu tespit edildi. Bu sonuç ile; **H₁** hipotezi "basınç yarası önlemede bakım paketi kullanımı basınç yarası insidansını düşürür" kabul edildi. Ayrıca bu çalışma kanıta dayalı uygulamalar doğrultusunda eğitim alınmasını sağlamış, hasta bakımında uygulamaların standart hale gelmesine katkıda bulunmuş, bakım süreçlerini ölçmüş, rapor etmiş ve uygulama aşamalarını anlamaya yardımcı olmuştur. Bununla birlikte;

- Araştırma kapsamına alınan toplam 73 hasta üzerinde yapılan altı aylık 431 değerlendirme sonucunda; uyum ortalamasının 92.61 ± 12.96 olduğu,
- Çalışma dönemlerine göre uyum parametrelerine bakıldığında; Nisan-Haziran döneminde diğer parametrelere göre pozisyon verme, beslenme ve sıvı alımı uyumun %90.4 olduğu ve Temmuz-Eylül döneminde ise; risk değerlendirme ve deri değerlendirme uyumun %92.3 ile diğer parametrelere oranla daha düşük olduğu,
- Çalışma dönemindeki basınç yarası insidansı ve bakım paketi uyumu değerlendirildiğinde, basınç yarası uyum ortalaması artarken, basınç yarası insidansının düştüğü,
- Her iki çalışma döneminde de basınç yarası insidansı ile uyum ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğu ($p < 0.05$) belirlendi.

Basınç yarası önlemede bakım paketinin basınç yaralarını azaltmada etkili olduğunu düşünüyoruz. Bununla birlikte kanıta dayalı kılavuzlara dayanan eğitimin çalışanların farkındalığını arttırdığı ve hasta bakımında başarılı sonuçlar elde ettiği kanaatindeyiz. Ancak farklı YBÜ'lerinde ve kritik hastaların bakımında bakım paketi uygulamasını araştırmak için daha fazla çalışma yapılması ve sonuçların paylaşılmasına ihtiyaç vardır.

6.2.Öneriler

Araştırmamızda kanıta dayalı rehber doğrultusunda verilen eğitim ve hazırlanan basınç yarası önlemede bakım paketi kullanımının basınç yarası insidansını düşürdüğü belirlendi. Bu bağlamda; basınç yarası önlemede bakım paketi kullanımı önerilmektedir. Basınç yarası önlemede bakım paketi kullanımı kanıta dayalı uygulamanın kliniğe entegrasyonunu kolaylaştıran ve tüm ekibin kolayca uygulayıp iyi sonuçlar elde edebileceği etkili bir yöntemdir. Bu kapsamda hasta bakımında yer alan herkesi kapsayacak şekilde multidisipliner ekip yaklaşımı odaklı daha geniş hasta katılımının sağlandığı büyük ölçekli çalışmaların yapılmasına ve sonuçlarının paylaşılmasına ihtiyaç vardır. Uyumun etkin şekilde devam etmesini sağlamak için bakım ortamında işbirliği yapabilecek ve iyi rol model olabilecek mentörlerin belirlenmesi, iyi bakım sağlayıcıların belirlenmesi ve motivasyon amaçlı ödüllendirme sisteminin kullanılabilmesi "bakım şampiyonları" belirleme gibi, eğitimde sürekliliğin sağlanması, sonuçların paylaşıldığı ve geri bildirimlerin yapıldığı birim içi toplantıların yapılması, yapılan çalışmaların yönetimce desteklenmesi ile sürdürülebilirliğini ve uyumu arttırabileceğini düşünülmektedir.

Kaynaklar

- Alcan, O. A. (2015). *Bakım paketi uygulamasının ventilatör ilişkili pnömoni hızına etkisinin incelenmesi* (Doktora tezi) Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir.
- Anderson, M., Guthrie, P. F., Kraft, W., Reicks, P., & Skay, C. (2015). Universal pressure ulcer prevention bundle with woc nurse support. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 42(3), 2017-225.
- Aslan, A. (2014). *Hemşirelerin basınç yarasını önlemeye yönelik tutumlarının ve klinik uygulamalarının belirlenmesi* (Yüksek Lisans tezi) Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir.
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC)*. (2011). National Safety and Quality Health Service Standards, ACSQHC, Sydney.: <https://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2011/01/NSQHS-Standards-Sept2011.pdf> adresinden alındı
- Ayello, E.A., & Braden, B.(2002) How and why to do pressure ulcer risk assessment. *Advances in Skin & Wound Care*, 125-133.
- Ayello, E. A., & Sibbald, R. G. (2012). Preventing pressure ulcers and skin tears. M. Boltz, E. Capezuti, T. Fulmer, & D. Zwicker içinde, *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice* (s. 298-323). New York: Springer Publishing Company.
- Baldelli, P., & Paciella, M. (2008). Creation and implementation of a pressure ulcer prevention bundle improves patient outcomes. *American Journal of Medical Quality*, 23(2).
- Barefield, C. (2015). Get the 'SKINNI' on reducing pressure ulcers. *Wound Care Advisor*, 4(3), 21-23.
- Basınç Ülserlerini Önleme: Hızlı Başvuru Kılavuzu. (2010, Aralık). *European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide.National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009. (Çev. Yara Ostomi İnkontinans Hemşireleri Derneği)*. . Ankara: Washington DC.

- Beğer, T. (2004). Yoğun bakımda dekübit ülserleri: Risk faktörleri ve önlenmesi. *Yoğun Bakım Dergisi*, 4(4), 244-253.
- Bennett, G., Dealey, C., & Posnett, J. (2004). The cost of pressure ulcers in the UK. *Age and Ageing*, 33(3), 230-235.
- Berlowitz, D., Berman, R. S., & Schmader, K. E. (2018, Ekim 8). *Clinical staging and management of pressure-induced skin and soft tissue injury*. Up To Date: https://www.uptodate.com/contents/clinical-staging-and-management-of-pressure-induced-skin-and-soft-tissue-injury?search=pressure%20ulcer&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1 adresinden alındı
- Berlowitz, D., Parker, V., Andrea, N., Silver, J., Logan, C., Ayello, E., & Zulkowski, K. (2014). *Preventing Pressure Ulcers in Hospitals A Toolkit for Improving Quality of Care*. AHR Agency for Healthcare Research and Quality: Advancing Excellence in Health Care: <https://www.ahrq.gov/professionals/systems/hospital/pressureulcertoolkit/index.html> adresinden alındı
- Berlowitz, D., Schmader, K. E., & Collins, K. A. (2018, Mart 28). *Prevention of pressure-induced skin and soft tissue injury*. Ekim 18, 2018 tarihinde Up To Date. adresinden alındı
- Berlowitz, D., Schmader, K. E., Berman, R. S., Amalia, C., & Collins, K. A. (2018, Haziran 11). *Epidemiology, pathogenesis, and risk assessment of pressure-induced skin and soft tissue injury*. Up To Date: https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-pathogenesis-and-risk-assessment-of-pressure-induced-skin-and-soft-tissue-injury?search=pressure%20ulcer&source=search_result&selectedTitle=5~150&usage_type=default&display_rank=5 adresinden alındı
- Black, J., Edsberg, L. E., Baharestani, M. M., Langemo, D., Goldberg, M., McNichol, L., & Cuddigan, J. (2011). Pressure ulcers: Avoidable or unavoidable? Results of the National Pressure Ulcer Advisory Panel Consensus Conference. *Ostomy Wound Management*, 57(2), 24-37.
- Bolayır, B. (2014). *Hospitalize hastalarda nutrisyonel değerlendirme testi NRS-2002'nin (Nutritional Risk Screening -2002) geçerlilik ve güvenilirliğinin*

değerlendirilmesi (Uzmanlık Tezi) Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara.

- Bourdel-Marchasson, I., Barateau, M., Rondeau, V., Dequae-Merchadou, L., Salles-Montaudon, N., Emeriau, J.-P., François Dartigues, J. (2000). A multi-center trial of the effects of oral nutritional supplementation in critically ill older inpatients. *Nutrition*, *16*, 1-5.
- Candaş, B., & Gürsoy, A. (2017). Hemşireler için harekete geçme zamanı: Kanıta dayalı uygulamalardan bakım paketlerine. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, *14*(3), 233-238.
- Chaboyer, W., & Gillespie, B. M. (2014). Understanding nurses' views on a pressure ulcer prevention care bundle: a first step towards successful implementation. *Journal of Clinical Nursing*(23), 3415-3423.
- Chaboyer, W., Bucknall, T., Webster, J., McInnes, E., Banks, M., Wallis, M., . . . Cullum, N. (2015). Introducing a care bundle to prevent pressure injury (INTACT) in at-risk patients: A protocol for a cluster randomised trial. *International Journal of Nursing Studies*(52), 1659-1668.
- Chaboyer, W., Bucknall, T., Webster, J., McInnes, E., Gillespie, B. M., Banks, M., . . . Wallis, M. (2016). The effect of a patient centred care bundle intervention on pressure ulcer incidence (INTACT): A cluster randomised trial. *International Journal of Nursing Studies*, *64*, 63-71.
- Chou, R., Dana, T., Bougatsos, C., Blazina, I., Starmer, A. J., Reitel, K., & Buckley, D. I. (2013). Pressure ulcer risk assessment and prevention. *Annals of Internal Medicine*, *159*(1), 28-38.
- Coleman, S., Gorecki, C., Nelson, E. A., Closs, S. J., Defloor, T., Halfens, R., . . . Nixon, J. (2013). Patient risk factors for pressure ulcer development: Systematic review. *International Journal of Nursing Studies*(50), 974-1003.
- Coleman, S., Nixon, J., Keen, J., Wilson, L., McGinnis, E., Dealey, C., . . . Nelson, E. A. (2014). A new pressure ulcer conceptual framework. *Journal of Advanced Nursing*, *70*(10), 2222-2234.
- Cooper, K. L. (2013). Evidence-based prevention of pressure ulcers in the intensive care unit. *Critical Care Nurse*, *33*(57-66).
- Coyer, F., Gardner, A., Doubrovsky, A., Cole, R., Ryan, F. M., Allen, C., & McNamara, G. (2015). Reducing pressure injuries in critically ill patients by

- using a patient skin integrity care bundle (INSPIRE). *American Association of Critical-Care Nurses*, 24(3), 199-209.
- Demarre, L., Verhaeghe, S., Van Hecke, A., Clays, E., Grypdonck, M., & Beeckman, D. (2014). Factors predicting the development of pressure ulcers in an at-risk population who receive standardized preventive care: secondary analyses of a multicentre randomised controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 71(2), 391-403.
- EPUAP, N. (2014). National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. *Prevention and treatment of pressure ulcers: Quick reference guide*. Cambridge Media: Osborne Park, Western Australia;.
- Ersoy, E. O., Öcal, S., Öz, A., Yılmaz, P., Arsava, B., & Topeli, A. (2013). Yoğun bakım hastalarında bası yarası gelişiminde rol oynayabilecek risk faktörlerinin değerlendirmesi. *Yoğun Bakım Dergisi*, 4, 9-12.
- Fulbrook, P., & Mooney, S. (2003). Care bundles in critical care: a practical approach to evidence-based practice. *Nursing in Critical Care*, 8(6), 249-255.
- Gencer, Z. E., & Özkan, Ö. (2015). Basınç ülserleri surveyans raporu. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi* (13), 26-30.
- Gillespie, B. M., Chaboyer, W. P., McInnes, E., Kent, B., Whitty, J. A., & Thalib, L. (2014). Repositioning for pressure ulcer prevention in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4. Art. No.: CD009958. DOI: 10.1002/14651858.CD009958.pub2. adresinden alındı
- Guidelines for the Prevention of Pressure Ulcers. (2012). *NHS Midlands and East*.
- Hess, C. T. (2015). Clinical order sets: Defining laboratory tests for pressure ulcers. *Advances in Skin & Wound Care*, 28(4), 192.
- Horner, D. L., & Bellamy, M. C. (2012). Care bundles in intensive care. *Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain*, 12(4), 199-202.
- Institute for Healthcare Improvement. (2011). How-to Guide: Prevent pressure ulcers: <http://www.ihc.org/resources/Pages/Tools/HowtoGuidePreventPressureUlcers.aspx> adresinden alındı
- Johnson, S. (2016). The effectiveness of an organizational hospital-acquired pressure ulcer prevention workshop on pressure ulcer prevalence rates. (*Doktora tezi*). Walden University.

- Karadağ, A. (2003). Basınç ülserleri:Değerlendirme, önleme ve tedavi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu*, 7(2), 41-48.
- Katran, H. B. (2015). Bir cerrahi yoğun bakım ünitesi'nde bası yarası görülme sıklığı ve bası yarası gelişimini etkileyen risk faktörlerinin irdelenmesi. *JAREN*, 1(1), 8-14.
- Kiernan, M. A., & Downie, F. (2011). Prevention of pressure ulcers: Could a care bundle approach be a success? *Wounds UK*, 1, 157-158.
- Kondrup, J., Allison, S. P., Elia, M., Vellas, B., & Plauth, M. (2003). ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002. *Clinical Nutrition*, 22(4), 415-421.
- Kurtuluş, Z., & Pınar, R. (2003). Braden skalası ile belirlenen yüksek riskli hasta grubunda albümin düzeyleri ile bası yaraları arasındaki ilişki. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 7(2), 1-10.
- Kurutkan, M. N. (2014). Kanıta dayalı uygulamalar bağlamında bir hasta güvenliği uygulaması: Care Bundles (Temel Önlem Paketi). *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 1(2), 83-88.
- Langer, G., & Fink, A. (2014). Nutritional interventions for preventing and treating pressure ulcers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6.
- McCarron, K. (2011). Understanding care bundles. *Nursing made incredibly easy!*, 9(2), 30-33.
- McInnes, E., Jammali-Blasi, A., Bell-Syer, S. E., Dumville, J. C., Middleton, V., & Cullum, N. (2015). Support surfaces for pressure ulcer prevention. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9.
- Medical Advisory Secretariat. Pressure ulcer prevention: an evidence-based analysis. (2009). *Ontario Health Technology Assessment Series*, 9(2).
- Mert, Ö. A. (2012). *Yoğun bakımda yatan hastaların basınç yarası risklerinin saptanması ve hemşirelik bakım uygulamalarının belirlenmesi*. (Doktora Tezi). Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Moore, Z. E., & Cowman, S. (2014). Risk assessment tools for the prevention of pressure ulcers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2.
- Moore, Z. E., Webster, J., & Samuriwo, R. (2015). Wound-care teams for preventing and treating pressure ulcers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9.

- NICE. (2014, 12 23). Pressure ulcers: prevention and management clinical guideline. *National Institute for Health and Care Excellence*. nice.org.uk/guidance/cg179 adresinden alındı
- NICE. (2018, 11 30). 2018 surveillance of pressure ulcers:prevention and management (NICE guideline CG179)Surveillance report. *National Institute for Health and Care Excellence*. nice.org.uk adresinden alındı
- Norton, L., Parslow, N., Johnston, D., Ho, C., Afalavi, A., Mark, M., . . . Moffat, S. (2018). Best practice recommendations for the prevention and management of pressure injuries. *Canadian Association of Wound Care*, 1-63.
- NPUAP Pressure Injury Stages*. (2018). The National Pressure Ulcer Advisory Panel NPUAP: <http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/npuap-pressure-injury-stages/> adresinden alındı
- One goal worldwide:Stop pressure ulcers!* (2016). EPUAP: <http://www.epuap.org/wp-content/uploads/2014/08/letak-3-A5-web2.pdf> adresinden alındı
- Özyürek, P. (2010). *Basınç yaralarını önlemede viskoelastik sünger destek yüzeyin etkisinin incelenmesi*. (Doktora tezi). İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,İzmir.
- Porter-Armstrong, A. P., Moore, Z. E., Bradbury, I., & McDonough, S. (2015). Education of healthcare professionals for preventing pressure ulcers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(4).
- Pressure Injury Prevention Points*. (2016). Şubat 25, 2019 tarihinde The National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP): <http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/pressure-injury-prevention-points/> adresinden alındı
- Qaddumi, J., & Khawaldeh, A. (2014). Pressure ulcer prevention knowledge among Jordanian nurses: a cross- sectional study. *BMC Nursing*, 13(6), 1-8.
- Ratliff, C. R., Droste, L. R., Bonham, P., Crestodina, L., & Johnson, J. J. (2017). WOCN 2016 Guideline for prevention and management of pressure injuries (Ulcers). *J Wound Ostomy Continence Nurs.*, 44(3), 241-246.
- Reddy, M., Gill, S. S., & Rochon, P. A. (2006). Preventing pressure ulcers: A systematic review. *JAMA*, 296(8), 974-984.

- Resar, R., Griffin, F. A., Haraden, C., & Nolan, T. W. (2012). Using care bundles to improve health care quality. *IHI Innovation white paper. Institute for Healthcare Improvement*,.
- Roberts, S., McInnes, E., Wallis, M., Bucknall, T., Banks, M., & Chaboyer, W. (2016). Nurses' perceptions of a pressure ulcer prevention care bundle: a qualitative descriptive study. *BMC Nursing, 15*(64), 2-10.
- Sayın, Y. (2017). Bakım paketi nedir? *F.N. Hem. Derg, 25*(2), 145-151.
- Shahin, E. S., Dassen, T., & Halfens, R. J. (2008). Pressure ulcer prevalence and incidence in intensive care patients:a literature review. *British Association of Critical Care Nurses, 2*, 13.
- Shao, A. T. (2002). *Marketing Research: An aid to decision making, cincinnati* . Ohio: South-Western: Thomson Learning.
- Sibbald, G. R., Krasner, D. L., & Woo, K. Y. (2011). Pressure ulcer staging revisited:Superficial skin changes & deep pressure ulcer framework. *Advances in Skin & Wound Care, 24*(2), 571-580.
- Soban, L. M., Hempel, S., Munjas, B. A., Miles, J., & Rubenstein, L. V. (2011). Preventing pressure ulcers in hospitals: a systematic review of nurse-focused quality improvement interventions. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, 37*(6), 245-261.
- Soyer, Ö. (2014). *Yoğun bakım hastalarında Jackson/Cubbin basınç yarası alanı risk hesaplama aracının duyarlılık, özgüllük, tahmin etme değerinin incelenmesi*. (Yüksek Lisans tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,İzmir.
- Sungur, G., (2011). *Kanıtı dayalı rehber kullanımında personel eğitiminin dahiliye yoğun bakım ünitesinde ventilatörle ilişkili pnömoniye önlemeye etkisi*. (Doktora Tezi) Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı,Kayseri.
- Süha, B. K. (2017). *Santral venöz kateter girişimi ve bakımında rehber dayalı uygulama paketinin kateterle ilişkili enfeksiyon üzerine etkisi* (Yüksek Lisans tezi) Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Sivas.

- Tayyib, N., Coyer, F., & Lewis, P. (2013). Pressure ulcers in the adult intensive care unit: a literature review of patient risk factors and risk assessment scales. *Journal of Nursing Education and Practice*, 3(11), 28-42.
- Tayyib, N., Coyer, F., & Lewis, P. (2015a). Saudi Arabian adult intensive care unit pressure ulcer incidence and risk factors: a prospective cohort study. *International Wound Journal*(13), 912-919.
- Tayyib, N., Coyer, F., & Lewis, P. A. (2015b). A two-arm cluster randomized control trial to determine the effectiveness of a pressure ulcer prevention bundle for critically ill patients. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(3), 237-247.
- Tayyib, N., Coyer, F., & Lewis, P. A. (2016). Implementing a pressure ulcer prevention bundle in an adult intensive care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 37, 27-36.
- Tel, H., Özden, D., & Çetin, G. (2006). Yatağa bağımlı hastalarda basınç yarası gelişme riski ve hemşirelerin bu hastalara uyguladıkları önleyici bakım. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 1(2), 35-45.
- Thomas, D. R. (2006). The New F-tag 314: Prevention and management of pressure ulcers. *Clinical Practice in Long-Term Care*, 523-531.
- Tosun, K. Z., & Bölüktaş, P. R. (2015). Yoğun bakım ünitelerindeki yaşlı hastalarda bası yarası prevalansı ve etkileyen faktörler. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 19(2), 43-53.
- Ünver, S., Yıldırım, M., Akyolcu, N., & Kanan, N. (2014). Basınç yaralarına ilişkin kavram analizi. *F.N. Hem. Derg*, 22(3), 168-171.
- Üstün, Y. (2013). *Basınç ülserini önlemeye yönelik tutum ölçeği'nin Türkçeye uyarlanması geçerlik ve güvenilirliğinin incelenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- What Is a Bundle?* (2015). Ekim 21.10.2018, 2018 tarihinde Institute for Healthcare Improvement:
<http://www.ihl.org/resources/Pages/ImprovementStories/WhatIsaBundle.aspx>
adresinden alındı
- Yazıcı, G. (2016). *Bir yoğun bakım ünitesinde sık karşılaşılan enfeksiyonları önleme bakım paketinin etkinliğinin değerlendirilmesi*. (Doktora tezi) Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Üniveritesi Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara.

- Yücel, A. (2008). Bası Yaraları Tanı ve Tedavisi. Ş. K. Erdost, & O. Çetinkale içinde, *Yara Bakımı ve Tedavisi* (s. 37-58). İstanbul: Aksu Basım Yayın.
- Zuo, X.-L., & Meng, F.-J. (2015). A care bundle for pressure ulcer treatment in intensive care units. *International Journal of Nursing Sciences*, 340-347.



Ekler

EK-1: Eğitim Sunumu

EGE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Doktora Programı

**Basınç Yarası Önlemede Bakım Paketi Kullanımının
Basınç Yarası İncelenmesine Etkisinin İncelenmesi**

Hazırlayan: Uz. Hem. Serap ABİCAN
Danışman: Doç. Dr. Türkan ÖZBAYIR

Amaç:

- HASTA GÜVENLİĞİ

İÇERİK

- BASINÇ YARASINI ÖNLEME
- BAKIM PAKETİ NEDİR?
- BASINÇ YARASINI ÖNLEMEDE BAKIM PAKETİ KULLANIMI

BASINÇ YARASINI ÖNLEME

- Basınca bağlı cilt ve yumuşak doku yaralanmaları hastaneye yatırılan hastalarda veya uzun süre kurumsal bakım gerektiren hastalarda **en sık karşılaşılan** sağlık sorunları arasındadır.

Berlowitz B. Prevention of pressure-related ulcers and soft tissue injury oct. 2017 (Up to Date) Literature review current through Dec. 2017. | This topic last updated: Apr 17, 2017.


BASINÇ YARASINI ÖNLEME


- Ekim 2008 itibarıyla, Amerika Birleşik Devletleri'ndeki Medicare ve Medicaid Hizmetleri Merkezi (CMS), hastalarda **evre 3 ve 4 basınç yarası** geliştirmede hastanelerin **artık ek ödeme** almayacağına dikkat çekmektedir.
- Bu durumda **uygun korunma ve önlemlerin** verilmemesi bakım verenleri de sorumlu tutabilir.


Berlowitz B. Prevention of pressure-related ulcers and soft tissue injury oct. 2017 (Up to Date) Literature review current through Dec 2017. | This topic last updated: Apr 17, 2017.

NEDEN ÖNEMLİ ?

Hasta ve Sağlık Bakım Sistemini Etkiler

Ekonomik maliyetlere neden olur 

Ağrı 

Ciddi enfeksiyon 

İyileşmeyi geciktirir...

Delaney et al. 2010. Cuper et al. 2010. Chaboyer et al. 2011. <http://www.aan.org/pressroom/pressroom/2011/01/20110120-01>

NEDEN ÖNEMLİ?

Hasta ve Sağlık Bakım Sistemini Etkiler

Hastanede kalış süresini uzatır

***Basıncı yaransı olan hastalar diğer hastalara göre ortalama 4.33 gün daha uzun süre hastanede kalmaktadır.**

Hastaların ve bakım veren kişilerin yaşam kalitesini etkiler

Öddü bir bakım yükü olmaktadır...

Chalover ve ark. 2003, Cooper ve ark. 2005, Chalover ve Chalover 2014, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23153836>, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25414747>

Basıncı Yaransı Gelişimi

Öğrenilen Bilgiye

Farklılık Göstermektedir

Problemin Boyutu

- Akut bakımda % 10-18
- Uzun süreli bakımda %2,3-28
- Evde bakımda % 0-29

Prevelans; belirli bir zaman diliminde basıncı yaransı olan kişilerin oranı olarak tanımlanmıştır.

Boody ve ark. 2006, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16301306>, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16301306>, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16301306>

Problemin Boyutu

- Akut bakımda %4-138
- Uzun süreli bakımda %2.2-123.9
- Evde bakımda %0 ile %17 olarak belirtilmektedir

İnsidans; belirli bir süre boyunca basıncı yaransı görülmeyen popülasyonda yeni oluşan basıncı yaransı olarak tanımlanmıştır.

Boody ve ark. 2006, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16301306>, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16301306>, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16301306>

Problemin Boyutu

ABD'de sadece akut bakım alanlarında;

- 2,5 milyon basıncı yaransının her yıl tedavi edildiği
- 60 bin hastanın basıncı yaransına bağlı komplikasyonlardan kaybedildiği belirtilmektedir.

Boody ve ark. 2006, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16301306>, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16301306>, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16301306>

Basıncı Yaransı Prevelans Verileri:

- Kuzey Amerika'da %3-26,
- Avrupa'da %8,1-14,9,
- Avustralya'da %3-16,50,
- Orta Doğu'da %7-14,4,
- Asya'da %2,1-13,3,
- Afrika'da %9,7-51,6



Boody ve ark. 2006, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16301306>, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16301306>, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16301306>

13

- Hastane ortamında en yüksek basınç yarası prevalans ve insidans oranları **yoğun bakım ünitelerinde** görülmektedir.

Genellikle özel popülasyonun bulunduğu;

- Palyatif bakım, yenidoğan, çocuk ve yoğun bakımlarda** yüksektir.

Casper et al. 2015, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26163660>; Brook et al. 2017

14

Yoğun bakımda görülen basınç yarası ile ilgili **2000-2005** yılları arasında yapılan **sistemik incelemede**

Basınç yarası;

- prevalansı %4-%49,
- insidansı ise %3,8-% 40,4 olarak bulunmuştur.

Shahin ve ark. 2008, Zuo ve Meng 2010.

15

- ABD'de 1993-2006 arasında hastanede faturalandırma kodlarına dayanan bir çalışmada, basınç yarasının hastanede kalış sayısının yaklaşık **% 80** oranında arttığını belirtmektedir.
- Olguların **%90'ından** fazlasında başvuru nedeni **basınç yarası değildir** ve hastaların çoğu **65 yaş** ve üzeridir.

Pavia DA, Malzer C, Spector W. Hospitalizations related to pressure ulcers among adults 18 years and older, 2006. NCUJ Medical Brief #64. December 2006. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. Berlowitz D. Prevalence of pressure ulcers and soft tissue injury Oct. 2017

Maliyeti

ABD'de basınç yarasının ekonomik maliyeti yılda **9,1 milyar** ile **11,6 milyar dolar** aralığında değişmektedir (Zuo ve Meng 2010, Berlowitz ve ark. 2011).

Avustralya'da basınç yarasına ilişkin hastanede kalma süresinin artmasına bağlı maliyetin tahmini ortalama 285 milyon Avustralya doları olduğu belirtilmektedir.

Hollanda'da sağlık harcamalarının %1,4'ünün basınç yarasına ilişkin hastalıklara ayrıldığı ve yıllık maliyetin 362 milyon dolarla 2,8 milyar dolar arasında olduğu belirtilmektedir.

İngiltere'de sağlık harcamalarının %4'ünü oluşturmakta olup bakıma ayrılan bütçenin kişi başı 30.000 pounda mal olduğu tahmin edilmektedir.

EMAP/PHUP/PPHA 2004, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16266763>; Zuo ve Meng 2010

17

Ülkemizde

Gener ve Özkan (2015)	596 hastanede yatmakta olan hastalarda	prevalans oranı %9,5 insidans %1,9 yoğun bakım prevalans oranı %5,9
Katran (2015)	Cerrahi YBÜ 948 hastada	%20,55'ında en az bir bölgede basınç yarası
Tokgöz ve Demir (2010)	Nöroloji YBÜ 46 hastalarda	insidansı %15

18

Basınç Yarasını Önleme

- Önleme, sağlık durumunu pozitif yönde etkileyen maliyeti etkin bir yaklaşımdır.
- Basınç yarası gelişme oranlarının yüksek olması sağlık sistemi tarafından genellikle kötü bakımın sinyalleri olarak tanımlanmaktadır.
- Sağlık çalışanlarının çoğu yeterli eğitim alsa da basınç yarasını önleme sağlık kuruluşları için endişe olmaya devam etmekte olup insidansını düşürmek için etkili, sürdürülebilir stratejileri planlamak ve rehber uygulamayı etkileyen faktörleri anlamak önemlidir.

Berlowitz D. Prevention of pressure ulcers: old and with tissue injury Oct. 2017
Ulcers are never cured through Dec 2003. | Risk factor for ulcers Apr 17, 2017
Zuo ve Meng 2010

29

Basınç Yarasını Önleme

- Doğrudan hemşirelik uygulamaları ile ilgili olmakla birlikte çok boyutludur ve bir ekip yaklaşımı gerektirmektedir.
- Önlemeye ek önem verilmesi hasta bakımını anlamlı bir şekilde geliştirir ve tedavi ile ilgili ekonomik maliyetleri azaltabilir.
- Konunun klinik çalışmalar ile desteklenmesi, basınç yarası oranlarını düşürme ve önleme ile ilgili programların geliştirilmesi ve bu programların klinikte uygulanmasına ihtiyaç vardır.

Jahromi et al. 2018; Zuo et al. 2019; Rahimi et al. 2018; 2019

30

Basınç Yarası Önlemede Bakım Paketi

Kanitların klinik uygulamaya geçirilmesinde bakım paketi kullanımı ve sonuçlarının değerlendirilmesi **anahtar rol** oynamaktadır.

Klinik uygulama adımlarının bakım paketi ile düzenlenmesi, kanıta dayalı uygulamaların her bir basamağının kolay anlaşılmasına ve gerçek uygulama alanına **entegrasyonuna** kolaylaştırmaktadır.

Gereksinim doğrultusunda hazırlanan bakım paketi kullanımı klinik kullanımlar ile etkileşim sonucunda stratejiler **kolaylaştır** ve **düzenli** olarak iyi bir şekilde izlenebilir.

Tayebi et al. 2018

31

Bakım Paketi Nedir?

The diagram illustrates the components of a Care Bundle. At the center is a pink circle labeled 'Bakım Paketi (Care Bundle)'. It is surrounded by four other circles: a purple circle at the top labeled 'Temel Önlens Paketi', a purple circle at the bottom left labeled 'Bakım Borçları', a red circle at the bottom right labeled 'Paket Yaklaşımı (Bundle Approach)', and a purple circle at the top right labeled 'Bakım Paketi'.

32

Bakım Paketi

Amerika Sağlık Bakım İyileştirme Enstitüsü (Institute for Healthcare Improvement IHI) tarafından, hasta bakımında istenilen sonuçlara ulaşmak için, standart olarak uygulanması gereken işlemlere uyumu arttırmak amacıyla gündeme getirilmiştir

The screenshot shows the IHI website with the 'Evidence-Based Care Bundles' section highlighted. The page lists various care bundles and their associated resources.

33

The screenshot shows the IHI website with the 'Evidence-Based Care Bundles' section highlighted. Below the main content, there is a section titled 'RECOMMENDED RESOURCES' with several links:

- How to Guide: Prevent Central Line-Associated Bloodstream Infection
- How to Guide: Prevent Obstetrical Adverse Events
- How to Guide: Prevent Ventilator-Associated Pneumonia
- Seven Steps Bundle
- Using Care Bundles to Improve Health Care Quality

34

Bakım Paketi


Bakım paketi, hasta bakımında tek tek uygulandığında hasta sonuçlarının olumlu etkileyen fakat birlikte uygulandığında daha iyi sonuç veren üç ya da beş kanıta dayalı uygulamanın bir arada uygulanmasıdır.

Naor et al. 2012



Bakım Paketi Nasıl Olmalıdır?

- ✓ Multidisipliner bir ekip yaklaşımı
- ✓ İletişim
- ✓ Bakım ekibinin birlikte sistemli bir şekilde çalışması
- ✓ Farkındalık



Boyar et al. 2017

Basınç Yarasını Önlemede Bakım Paketi Kullanımı

- Kanetlar basınç yarası önlemede kanıta dayalı rehberlerin veya bakım paketi kullanımını önermektedir.
- Bakım paketi yaklaşımı, kanıta dayalı bakımın verilmesini geliştirdiği ve hasta sonuçlarında iyileşme sağladığı için sıklıkla klinik bakımda kullanılmaktadır.
- Klinik rehberlerin öneri şeklinde olması, bakım paketinin özünde denetlenebilirliğin varlığı klinik rehberlere karşı bakım paketi kullanımını kuvvetlendirmektedir.

Topik et al. 2019a, Karar ve Bekara 2011, Topik et al. 2019b



İnşpire Care Bundle

- Coyer ve arkadaşlarının 2015 yılında yaptıkları çalışmada, uygulama grubunda "İnşpire Care Bundle", kontrol grubunda ise standart bakım karşılaştırılmıştır.
- "İnşpire Care Bundle" da en iyi kanetlara dayalı, hijyen önlemleri, pozisyon verme, yoğun bakımda basınç yarası önleme stratejilerine dayalı bakım verilirken,
- Standart bakımda yoğun bakım ünitesinde genel prosedür, kanetlar çerçevesinde bakım verilmiştir.
- Uygulama grubunda basınç yarası kümülatif insidansı daha düşük, oluşan basınç yarası da daha az şiddetlidir.
- Özellikle hastaların deri ve risk değerlendirilmesinin sistematik ve daha düzenli yapılmasının basınç yarasını önlemede ana rol oynadığı belirtilmiştir.

www.guidesonline.org

WCC | 2015 yılından itibaren her 12 ayda bir güncellenen ve 2017 yılında güncellenen bir dizi

2017 yılında güncellenen bir dizi | 2017 yılında güncellenen bir dizi

Chaboyer ve arkadaşlarının 2016 yılında hasta merkezli bakım paketinin basınç yarası insidansına etkisini belirlemek amacıyla Avustralya'nın üç eyaletinde 200 yataklı kapsa/besli üzerinde üçüncü basamak sekiz hastanede ve 1600 hasta ile kluster randomize çalışma yapmıştır.

- Bakım paketi: "1. Hareketliliği Devam Ettirin, 2. Cildinize Dikkat Edin, 3. Sağlıklı Beslenin" konularını içeriyordu.
- Bakım paketi ile standart bakım karşılaştırılmıştır.
- Basınç yarası insidansı kümülatif seviyede anlamlı fakat bireysel hasta düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.
- Klinik uygulama için etkili olduğu fakat entegrasyonu kolay olmadığı belirtilmiştir.

???

- Bakım kalitesini geliştirmek için, kanıt dayalı uygulamaların standart bakıma entegre edildiği ve sonuçların paylaşıldığı lieri çalışmalarına ihtiyaç vardır (Soban ve ark. 2011).
- Kanıt dayalı uygulamalar ancak klinik bakıma entegre edilerek maksimum şekilde kullanılabilir.
- Klinik bakıma entegre etmek ve klinik sonuçlarını izlemek çok önemlidir (Tayyib ve ark. 2016) .

Basınç Yarasını Önleme

- Basınç yaralarının çoğu önlenebilir ve hasta bakım kalitesinin en önemli göstergesidir.
- Önlenebilir bir kaç adımla bu süreç gerçekleştirilir.

<http://www.nursingtimes.co.uk/news/171114>



Basınç Yarasını Önlemede Bakım Paketi

- 1.Risk Değerlendirme
- 2.Derin Değerlendirilmesi
- 3.Deri Bakımı
- 4.Pozisyon Verme
- 5.Destek Yüzeyler
- 6.Beslenme ve Sıvı Alımı

Kanıt Düzeyleri -Önerileri

Düzyey	Öneriler
1	Hata riski düşük; geniş kapsamlı, açık ve belirli amaçla gerçekleştirilen çalışmalar
2	Hata riski orta-çocuk ; küçük ölçekli amaçları belirli amaçları gerçekleştirilen çalışmalar
3	Aynı amaçla veya ay amaçları kontrol gruplu gerçekleştirilen çalışmalar
4	Geçerli yapıları ve bilimsel çalışmaları ile gerçekleştirilen çalışmalar
5	Kontrol gruplu bilimsel amaçları (örneğin açıkça belirtilmiş)

Basınç Yaraları Önleme Hızlı Referans Kılavuzu 2018, NP/MP/FP/MP/PP/6, 2018

Kanıt Düzeyleri -Önerileri

Kanıt Gücü	Öneriler
A	Bu düzey, basınç yaraları veya basınç riski bulunan bireylerde doğru planlama ve uygulama, bilimsel önerileri istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar ile tutarlı bir biçimde destekleyen randomize kontrollü çalışmaları , bilimsel çalışmaları dağrudan desteklemektedir. [Düzyey 3 çalışmaları destekler]
B	Bu düzey, basınç yaraları veya basınç riski bulunan bireylerde doğru planlama ve uygulama, bilimsel önerileri istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar ile tutarlı bir biçimde destekleyen klinik vaka serilerini ve bilimsel çalışmaları dağrudan desteklemektedir. [Düzyey 3,3,4,5 çalışmaları]
C	Bu düzey, doğru (Örn. Sağlık) görüşleri, farklı klinik yaraları olan bireylerde, hayvan çalışmaları] kanıtları ve /veya uzman görüşleri tarafından desteklenmektedir.

Basınç Yaraları Önleme Hızlı Referans Kılavuzu 2018, NP/MP/FP/MP/PP/6, 2018

37

1.Risk Değerlendirme

- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (ABD-Sağlık Araştırma ve Kalite Ajansı)
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (İngiltere- Ulusal Klinik Uygulamaları Değerlendirme Enstitüsü)
- The National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) (Ulusal Basıncı Ülseri Danışma Paneli)
- European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) (Avrupa Basıncı Ülseri Danışma Paneli)

Basıncı yarasını önlemede risk değerlendirme araçlarının kullanımı önerilmektedir.

Tablo 3.1. Tıp, fizyoloji, geriatri ve risk assessment of pressure ulcers için ulf Ulusal Yürütme Kurulu (2017) (36) (37) (38)
Ulcers evaluation through - Nov. 2017. | "This topic last updated: Apr 17, 2017"

38

1.Risk Değerlendirme

Risk değerlendirme aracı kullanırken popülasyona uygun, geçerli ve güvenilir bir araç kullanın. (Kanıt Gücü=C)

En sık kullanılan değerlendirme araçları **Norton ve Braden** ölçekleridir.

Tablo 3.1. Tıp, fizyoloji, geriatri ve risk assessment of pressure ulcers için ulf Ulusal Yürütme Kurulu (2017) (36) (37) (38)
Ulcers evaluation through - Nov. 2017. | "This topic last updated: Apr 17, 2017"
EPUAP-NPUAP-PPPIA 2014. <http://www.npuap.org/wp-content/uploads/2014/05/Book-3-01-2014.pdf>

39

1.Risk Değerlendirme

- Basıncı yaraları önlemede merkezi bir konudur.
- Risk değerlendirme araçlarının birbirine olan özünüğünet doğrudur.
- Kapsamlı bir öykü, fizik muayene yapılmalı ve bu değerlendirme olası düzeltilebilir risk faktörlerinin kapsamıdır.
- Hastanın klinik durumunda herhangi bir değişiklik saptamak için düzenli izlem ve cilt değerlendirmesinin yapılması gereklidir.
- Belirlenen risk seviyesine bağlı hemşirelik girişimleri planlanmalı ve duruma göre değiştirilmelidir.

Tablo 3.1. Tıp, fizyoloji, geriatri ve risk assessment of pressure ulcers için ulf Ulusal Yürütme Kurulu (2017) (36) (37) (38)
Ulcers evaluation through - Nov. 2017. | "This topic last updated: Apr 17, 2017"

40

1.Risk Değerlendirme


- Basıncı yarası gelişimi ile ilgili risk altında olan kişiler tanımlanabilir için mümkün olan en kısa sürede (ancak bakımından sonra maksimum sekiz saat içinde) risk değerlendirmesini yapın. (Kanıt Gücü=C)
- Risk değerlendirmesini bireyin özdüyeti doğrultusunda tekrarlayın. (Kanıt Gücü=C).
- Kişinin durumunda önemli bir değişiklik olduğu takdirde yeniden değerlendirme yapın. (Kanıt Gücü=C)
- Risk değerlendirmesini bir parçası olarak kapsamlı cilt değerlendirmesini yapın. (Kanıt Gücü=C)

EPUAP-NPUAP-PPPIA 2014. <http://www.npuap.org/wp-content/uploads/2014/05/Book-3-01-2014.pdf>

41

1.Risk Değerlendirme

- Akut Bakımda – Her vardiyada
- Uzun Süreli Bakımda- haftalık/4 hafta –üç ayda bir
- Evde Bakımda- Her hemşire ziyaretinde



<http://www.npuap.org/wp-content/uploads/2014/05/Book-3-01-2014.pdf>

42

1.Risk Değerlendirme

- Aktivite/hareketlilik ve deri durumu (Kanıt Gücü=B)
- Yatağa bağımlılık/ tekerlekli sandalyeye bağımlılık gibi bireysel risk faktörleri (Kanıt Gücü=C)
- Basıncı yarası gelişiminde etkili olan bireysel risk faktörlerini; perfüzyon ve oksijenasyon, zayıf nutrisyon durumu, cilt neminde artış (Kanıt Gücü=C)
- Basıncı yarası gelişiminde etkili olan bireysel potansiyel risk faktörlerini; vücut sıcaklığının yükselmesi, ileri yaş, duyuşsal algı, hematolojik ve genel sağlık durumu. (Kanıt Gücü=C)
- Tüm risk değerlendirmelerini kayıt edin. (Kanıt Gücü=C)

EPUAP-NPUAP-PPPIA 2014. <http://www.npuap.org/wp-content/uploads/2014/05/Book-3-01-2014.pdf>

3. Deri Bakımı

- Hastaların pozisyon verilmesi ve transferi sırasında sürtünme ve yırtılma yoluyla deride hasar oluşmasını engellemek için uygun transfer tekniklerinin, nemlendiricilerin ve koruyucu pansumanların kullanılması gerekmektedir (Ayello and Sibbald 2012).

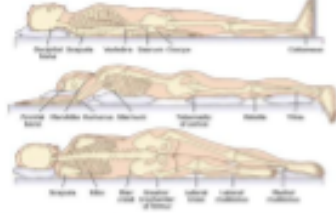
4. Pozisyon Verme

- Basıncı yararı riski altında olan tüm hastalarda, kontrendike bir durum olmadıkça pozisyon değişimi sağlanmalıdır (Kanıt Gücü=A)
- Pozisyon vermede hastanın durumu ve destek yüzey kullanımı da göz önünde bulundurulmalıdır (Kanıt Gücü=C)

NPIQA/TPUM/PPHA,2014

4. Pozisyon Verme

Since associated with pressure-related injury



Common sites for development of pressure-related skin and soft tissue injury. Associated with admission from. Right side is surface of contact. The Air flow direction of nursing table. Each diagram illustrates common pressure points. © 2014 Lippincott Williams & Wilkins.

Lippincott

4. Pozisyon Verme

Pozisyon Sıklığı:

- Bireylerin; doku toleransı, aktivite ve hareketlilik düzeyi, genel sağlık durumu, tedavi planı, cilt durumu ve konforu göz önünde bulundurularak planlanmalıdır (Kanıt Gücü=C).
- Pozisyon sıklığı ve süresini belirleyen kayıt çizelgeleri oluşturulmalıdır (Kanıt Gücü=C)
- Bireyin cilt durumu ve konfor düzeyi düzenli olarak değerlendirilmelidir. Birey pozisyon beklendiği gibi yanıt vermiyorsa sıklığı ve yöntemi yeniden değerlendirilmelidir (Kanıt Gücü=C)



NPIQA/TPUM/PPHA,2014

4. Pozisyon Verme

Pozisyon Tekniği:

- Hastaların bu süreçte sürüklenmemesi, elle tutularak kaldırılması ve taşınması gereklidir (Kanıt Gücü=C).
- Sürtünme ve yırtılma hareketinden kaçınmak için elle kaldırma veya mümkünse kaldırma gibi yardımcı transfer araçları kullanılabilir (Kanıt Gücü=C).
- Kullanılan transfer araçları hastanın altında bırakılmamalıdır (Kanıt Gücü=C).
- Hastaların doğrudan tıbbi cihazlar (drenaj sistemleri, medikal tüpler vb.) üzerine yerleştirilmesinden, kemik çıkıntı alanlarına, eritemli bölgelere pozisyon verilmesinden kaçınması önemlidir (Kanıt Gücü=C).

NPIQA/TPUM/PPHA,2014

4. Pozisyon Verme

Pozisyon Tekniği:

- Tıbbi durumuna bağlı olarak kontrendike olmadığı sürece yatak istirahatinde bulunan hastanın yatak başını 30° ile sınırlanmalıdır (Kanıt Gücü=C).
- Kontrendikasyon yoksa hastaların 30°-40° yan yatış pozisyonuna teşvik edilmesi gerekmektedir (Kanıt Gücü=C).
- Basıncı arttıran pozisyonlardan 90° yan yatış pozisyonu gibi pozisyonlardan kaçınılması gereklidir (Kanıt Gücü=C).



NPIQA/TPUM/PPHA,2014

4. Pozisyon Verme

Not:

- Pozisyon vermede iki saatlik bir aralık önerilir.
- Deri eritemi ve iskemik değişikliklerin sağlıklı erişkinlerde standart yataklarda iki saatten daha kısa bir sürede ortaya çıkabileceği gösterilmiştir.
- Temelden sırada perfüzyona sahip deri ve yumuşak dokular, daha kısa basınç aralıklarıyla geri dönüşümsüz değişiklikler geliştirebilir.
- Özellikle yüksek kaliteli bir destek yüzeyi kullanıldığında, iki saatlik bir frekansa (daha uzun bir aralık) optimal olup olmadığı belirsizdir.

NPQAR/TFUM/PPFA/2014

5. Destek Yüzeyler

- Destek yüzeyler belirli bir önleme ve tedavi programının bir parçası olarak kullanılmalıdır.
- Destek yüzey seçerken;
 - Haraket/hareketsizlik düzeyi
 - İsi ve nem düzeyi
 - Yırtılma kuvvetinin azaltılması
 - Bireyin boyutu ve ağırlığı
 - Basınç yarısı gelişme riski
 - Mevcut basınç yarısının sayısı, şiddeti ve yeri göz önünde bulundurulmalıdır. (Kanıt Gücü=C)

NPQAR/TFUM/PPFA/2014

5. Destek Yüzeyler

- Seçilen destek yüzey bakım ortamına uyumlu olmalıdır. (Kanıt Gücü=C)
- Hastayı her izlemde destek yüzeyin uygunluğu ve fonksiyonu değerlendirilmesi gereklidir. (Kanıt Gücü=C)
- Destek yüzey kullanım potansiyel komplikasyonlarının belirlenip önlenmesi gereklidir. (Kanıt Gücü=C)
- Destek yüzeyi kullanmaya başlamadan önce, destek yüzeyi üreticinin önerdiği test yöntemine (ya da diğer endüstriyel test yöntemleri) göre fonksiyonel kullanım ömrüne uygun bir biçimde kullanıldığını kontrol ediniz. (Kanıt Gücü=C)

ENLAC/SLAP 2009 "Türkçe Çeviri, NHS Guidelines for the Prevention of Pressure Ulcers 2012, N.PQAR/TFUM/PPFA/2014

5. Destek Yüzeyler

- Basınç yarısı gelişme riski belirlenen tüm bireylerde, standart sünger hastane şiltesi yerine, daha yüksek özelliklere sahip olan köpük şilteler kullanınız. (Kanıt Gücü=A)
- Bir yüksek özellikli köpük şiltenin, alternatifi olan başka bir yüksek özellikli köpük şilteye göre üstünlüğünü gösteren kanıt bulunmamaktadır. (Kanıt Gücü=A)
- Sık sık pozisyon vermenin mümkün olmadığı hastalar için aktif (örtü veya şilte) destek yüzey kullanılması önerilmektedir. (Kanıt Gücü=B)

ENLAC/SLAP 2009 "Türkçe Çeviri, NHS Guidelines for the Prevention of Pressure Ulcers 2012, N.PQAR/TFUM/PPFA/2014

5. Destek Yüzeyler

- Küçük bölümlü alternatif havalı yatakların kullanılması önerilmektedir. (Kanıt Gücü=B)
- Alternatif havalı yatak veya şilte seçilirken, basınç yarısı gelişme riski, rahatlığı, düzenli cilt değerlendirilmesi yoluyla belirlenen etkinliği göz önünde bulundurulmalıdır.

ENLAC/SLAP 2009 "Türkçe Çeviri, NHS Guidelines for the Prevention of Pressure Ulcers 2012, N.PQAR/TFUM/PPFA/2014

5. Destek Yüzeyler

- Topukların yatak yüzeyine değmesini önleyiniz. (Kanıt Gücü=C)
- Topuklar koruyucu araçlar kullanılarak elevasyona alınmalıdır. Böylece bacağın ağırlığı aşil tendonuna yüklenmeden baldır boyunca dağıtılır. Ayrıca dizler hafifçe fleksiyonda olmalıdır. (Kanıt Gücü=C)
- Baldırların altında bir yastık koyarak topukların kaldırılmasını sağlayınız (topuklar yatak üzerinde elevasyonda "yüzer" gibi durmalı). (Kanıt Gücü=C)
- Topukları yükseltmek için köpük yastık kullanılabilir. (Kanıt Gücü: B)

ENLAC/SLAP 2009 "Türkçe Çeviri, NHS Guidelines for the Prevention of Pressure Ulcers 2012, N.PQAR/TFUM/PPFA/2014

61

5. Destek Yüzeyler

- Mobilitesi azalmış ve bu nedenle basıncı yararı gelişme riski bulunan ve sandalyede oturan hastalarda, basıncı yeniden dağıtan bir oturma minderi kullanınız. (Kanit Gücü=B)
- Bir oturma destek yüzeyi seçilirken; gövde büyüklüğü, yapısı, duruş ve deformitenin basınç dağılımına etkisi, hareketlilik ve yaşam tarzı ve ihtiyaçlar göz önünde bulundurulmalıdır. (Kanit Gücü=C)
- Esnek hava alabilir vücudun dış yüzeyine uyumlu basıncı dağıtan bir oturma minderi seçilebilir. (Kanit Gücü=C)
- Oturma minderi hava değişimine izin verilmelidir ve bu alanda ısı ve nem kontrolü yapılmalıdır. (Kanit Gücü=C)

© PLUK & PLUK 2008 Yıllık Güncel, 1945 Guidelines for the Prevention of Pressure Ulcers 2012, © PLUK & PLUK 2014

62

5. Destek Yüzeyler

- Hastada halka ya da simit şeklinde araçlar kullanılmamalıdır. (Kanit Gücü=C)
- Sentetik koyun derisi, halka şeklindeki cihazlar, intravenöz sıvı torbaları, su dolu eldivenler topuk yükseltmek için kullanılmamalıdır. (Kanit Gücü=C)
- Doğal koyun postları basınç yararı önlemeye yardımcı olabilir. (Kanit Gücü=B)
- Basıncı yararı üzerine doğrudan ısıtıcı araç ve cihaz (sıcak su şişesi, ısıtıcı pedler, yatak ısıtılan) uygulanmamalıdır (Kanit Gücü=C)

© PLUK & PLUK 2008 Yıllık Güncel, 1945 Guidelines for the Prevention of Pressure Ulcers 2012, © PLUK & PLUK 2014

63

6. Beslenme ve Sıvı Alımı

- Sağlık bakım tesislerinde basıncı yararı gelişimi açısından risk altında olan her bir bireyin beslenme durumunun gözlenmesi ve değerlendirilmesi gerekmektedir.
- Beslenme riskini belirleyebilmek için geçerli ve güvenilir bir risk değerlendirme aracı kullanılması önerilmektedir. (Kanit Gücü=C)
- Malnutrisyon riski altında olan kişiler de tam bir beslenme değerlendirilmesi için diyetisyen veya nutrisyonel ekibe başvurulması gerekmektedir. (Kanit Gücü=C)

© PLUK & PLUK 2008 Yıllık Güncel, 1945 Guidelines for the Prevention of Pressure Ulcers 2012, © PLUK & PLUK 2014

64

6. Beslenme ve Sıvı Alımı

- Önemli kilo kaybını tanımlayabilmek ve kilo geçişini belirleyebilmek için kilo durumunun (30 günde \geq 5% veya 180 günde \geq 10%) değerlendirilmesi gerekmektedir. (Kanit Gücü=C)
- Hastanın bağımsız yemek yeme durumunun yeterli olup olmadığını değerlendirin. (Kanit Gücü=C)
- Hastanın aldığı toplam gıda miktarının yeterli olup olmadığını değerlendirin (katı yiyecekler, sıvı, oral beslenme destekleri, enteral/parenteral beslenme). (Kanit Gücü=C)

© PLUK & PLUK 2008 Yıllık Güncel, 1945 Guidelines for the Prevention of Pressure Ulcers 2012, © PLUK & PLUK 2014

65

6. Beslenme ve Sıvı Alımı

- Beslenme değerlendirilmesinin odağı, enerji alımı, istenmeyen kilo kaybı, psikolojik stres veya nöropsikolojik problemlerin etkisi ve bireyin kalori, protein ve sıvı gereksinimini değerlendirmeyi içermelidir.
- Basıncı yararı riski altında olan bireyler için beslenme gereksinimine uygun bireysel beslenme planı geliştirilmesi gerekmekte olup kayıt altına alınmalıdır. (Kanit Gücü=C)
- Beslenmenin gidipati ve bakımın hedefleri beslenmenin değerlendirilmesi ile belirlenebilir.

© PLUK & PLUK 2008 Yıllık Güncel, 1945 Guidelines for the Prevention of Pressure Ulcers 2012, © PLUK & PLUK 2014

66

6. Beslenme ve Sıvı Alımı

Enerji Alım Miktarı:

- Enerji alımı sağlık durumuna ve aktivite seviyesine yönelik belirlenmelidir. (Kanit Gücü=B)
- Malnutrisyon riski değerlendirilmiş basıncı yararı riski taşıyan yetişkinlerde vücut ağırlığına göre 30-35 kcal/kg sağlanması gereklidir. (Kanit Gücü=C)
- Ağızdan alım yetersiz olduğunda, bireyin hedefi ile uyumlu enteral veya parenteral beslenme desteği düşünülmesi gereklidir. (Kanit Gücü=C)

© PLUK & PLUK 2008 Yıllık Güncel, 1945 Guidelines for the Prevention of Pressure Ulcers 2012, © PLUK & PLUK 2014

6. Beslenme ve Sıvı Alımı

Protein Alım Miktarı:

- Malnütrisyon riskinde olduğu düşünülen ve basınç yarısı riski taşıyan yetişkinlerde günlük vücut ağırlığına 1,25 ile 1,5 gram protein/kg önerilmesi ve gerektiğinde tekrar değerlendirilmesi gerekmektedir. (Kanıtlı Gücü: C)

6 FLUOROURACIL 2021

6. Beslenme ve Sıvı Alımı

Sıvı Alımı:

- Basınç yarası riski taşıyan kişiler için eşlik eden hastalıkları ve hedefleri ile uyumlu olarak hidrasyonu sağlamak için yeterli günlük sıvı alımını sağlanması ve teşvik edilmesi önerilmektedir. (Kanıtlı Gücü=C)
- Kilo, cilt turgoru, idrar çıkışı, serum sodyum düzeyinde yükseklik, ve/veya serum ozmolaritesinde değişiklikler de dahil olmak üzere dehidratasyon belirtisi ve bulgularının gözlenmesi gerekmektedir. (Kanıtlı Gücü=C)

6 FLUOROURACIL 2021

6. Beslenme ve Sıvı Alımı

Vitamin ve Mineraller:

- Hastaya vitamin ve mineral kaynakları iyi olan dengeli bir diyet sağlanması önerilmektedir. (Kanıtlı Gücü = B)
- Diyetle alımı zayıf veya yetersiz olduğu doğrulanan ya da kuşku duyulan durumlarda, vitamin ve mineral desteği sağlanması önerilmektedir. (Kanıtlı Gücü = B)

6 FLUOROURACIL 2021

<http://www.evidentprochance.net/gemstone-veer-protein-rich-treatment/>

Evidently Cochrane

Research and evidence for patient care

Search results for 'gemstone-veer-protein-rich-treatment'

1 result found

1. Gemstone-veer-protein-rich-treatment

1 result found

1. Gemstone-veer-protein-rich-treatment

<http://ebs.nstphg.gov.au/uk/>

Prevent

Pressure ulcers

Prevention of pressure ulcers

Prevention of pressure ulcers

Prevention of pressure ulcers

Prevention of pressure ulcers

<https://twitter.com/stoppressure>

stoppressure

1000+ followers

1000+ followers

1000+ followers

1000+ followers



PRACTICE

- P = Press colorated disc to check for blanching
- U = Uncover the skin and remove stockings and socks
- L = Lift and check heels with a reflexer
- S = Search for redness on the sacrum
- E = Evaluate elbows for redness.

STOP PRESSURE ULCERS EVENTS





STOP PRESSURE ULCERS 2017 -
EVENTS FROM PATIENTS AROUND
THE WORLD



STOP PRESSURE ULCERS 2016 -
EVENTS FROM PATIENTS AROUND
THE WORLD



STOP PRESSURE ULCERS 2015 -
EVENTS FROM PATIENTS AROUND
THE WORLD

<http://www.spsup.org/stop-pressure-ulcers/>



TEŞEKKÜR EDERİM...

EK-2.Posterler



Basınç Yarası Önlemede Bakım Paketi

Risk Değerlendirme:

İlk kabulde, günlük/her şifitte ve/veya durum değişikliğinde **BRADEN** skalası kullanılarak risk değerlendirmesi yapınız.

Deri Değerlendirme:

Her şifitte ve durum değişikliğinde yapınız.
Tıbbi cihazların altındaki ve çevresindeki cildi en az **günde iki kez** değerlendiriniz.
Pozisyon değişimi cilt değerlendirmesi için bir fırsattır unutmayınız.

Deri Bakımı:

Cildi temiz ve kuru tutup nemlendiriniz.
Kemik çıkıntı bölgelerine şiddetli masajdan kaçınınız.
Cildin nemle ilişkili (idrar/fekal inkontinans, terleme, yara sızıntısı vb) hasardan korumak için bariyer ürün kullanılarak korunmasını sağlayınız.

Pozisyon Verme:

Pozisyon değişim planını 2 saatte bir uygulayınız.
Pozisyonun yönü ve zamanı kayıt altına alınız.
Yatak istirahatında (kontrendike yok ise) yatak başını 30° ile sınırlandırınız,
30° - 40° yan yatış pozisyonu veriniz.
Topuklar elevasyona alıp destekleyiniz.

Destek Yüzeyler:

Destek yüzeyi hasta gereksinimi doğrultusunda seçiniz.
Uygun ekipman kullanınız.
Tüm ekipmanın düzgün çalışıp çalışmadığı kontrol ediniz.

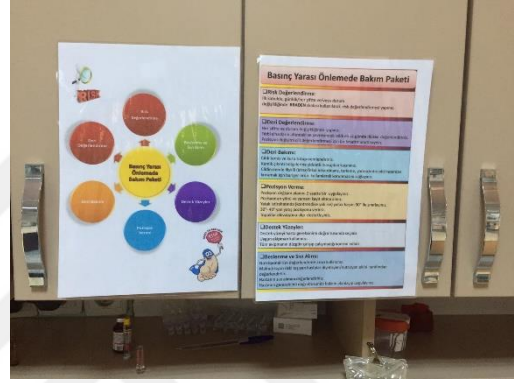
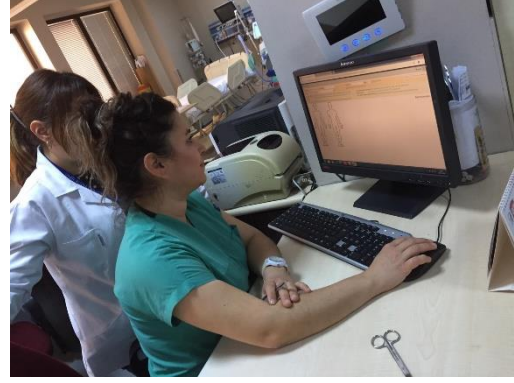
Beslenme ve Sıvı Alımı:

Nutrisyonel risk değerlendirme aracı kullanınız
Malnutrisyon riski taşıyan hastalar diyetisyen/nutrisyon ekibi tarafından değerlendirilir.
Hastanın sıvı alımını değerlendiriniz.
Hastanın gereksinimi doğrultusunda bakımı planlayıp uygulayınız..

EK-3:Hastaların Demografik ve Klinik Özellikleri Formu

EK I-HASTALARIN DEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİ FORMU			
HASTANIN ADI-SOYADI			YATIŞ TARİHİ:
PROTOKOL NO:			YATTIĞI GÜN SAYISI:
*BAKIM PKT. HASTA NO(BPHN):			YAŞ:
CİNSİYETİ :	1)KADIN	2)ERKEK	YATIŞ NEDENİ/TANI:
VÜCUT AĞIRLIĞI:KG		
BOY:CM		
BEDEN KİTLE İNDEKSİ:			
KABUL EDİLME ŞEKLİ:	ACİL		1
	DİĞER HASTANE		2
	EV		3
	KLİNİK		4
	DİĞER	
ALMAKTA OLDUĞU İLAÇ TEDAVİSİ:	KORTİKOSTEROİD	1)EVET	2)HAYIR
	SEDATİF	1)EVET	2)HAYIR
	SİTOTOKSİK	1)EVET	2)HAYIR
	NORADRENALİN	1)EVET	2)HAYIR
	DİĞER	
		
BASINÇ YARASI RİSK DEĞERLENDİRME	1)EVET	2)HAYIR	RİSK PUANI: KULLANILAN ÖLÇEK:BRADEN
EK HASTALIKLARI VAR MI?	PERİFERAL VASKÜLER HASTALIK	1)EVET	2)HAYIR
	DİYABET	1)EVET	2)HAYIR
	HİPERTANSİYON	1)EVET	2)HAYIR
	DİĞER		
HASTANIN ÖZGEÇMİŞİ	SİGARA/ALKOL	1)EVET	2)HAYIR
	KİLO KAYBI VAR MI?	1)EVET	2)HAYIR
MEKANİK VENTİLASYON		1)EVET	2)HAYIR
LABORATUVAR DEĞERLERİ:	HEMOGLOBİN(g/dl):		
	HEMOTOKRİT:		
	ALBUMİN:		
	TOTAL PROTEİN:		
	KAN GLÜKOZ DEĞERİ		
	OKSİJEN SATURASYONU		

EK-5:Eğitim Resimleri



EK-6:Ege Üniveristesi Tez Onay Belgesi

Ege Üniv. Evrak Tarih ve Sayısı: 30/06/2017-E.166358



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
Kurul İşleri



Sayı : 86991637-302.14.01
Konu : Serap ARICAN'ın tez konusu

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği doktora programı öğrencisi Serap ARICAN'ın tez konusunun "Basınç Yarası Önlemede Bakım Paketi Kullanımının Basınç Yarası İnsidansına Etkisinin İncelenmesi" olarak belirlenmesi Enstitümüzün 21.06.2017 tarih ve 22/17 sayılı kararı ile uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-İmzalıdır

Prof. Dr. Mehmet Varol PABUÇÇUOĞLU
Müdür V.

Ege Üniversitesi Kampüsü 35100 Bornova /İzmir
Telefon No: 0 (232) 311 44 93 Faks No: 0 (232) 311 44 86
E-Posta: sbckurul@mail.ego.edu.tr İnternet Adresi: www.ego.edu.tr

Bilgi İçin: Berrin ÜNALIR
Unvan: Şef
Telefon No: 3114495

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır

EK-7:S.B.Ü İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurul Onay Belgesi

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili			
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	12/07/2017	1	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	12/07/2017	1	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>		
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama					
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>					
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>					
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>					
	ILAN	<input type="checkbox"/>					
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>					
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>					
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>					
DİĞER:	<input type="checkbox"/>						
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 1	Tarih: 11.10.2017					
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına , ilgili birimlerden onay alındıktan sonra çalışmaya başlanılmasına toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oybirliği tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.						
Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.							

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Doç. Dr. Mehmet Yıldırım

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Doç. Dr. Mehmet Yıldırım	Genel Cerrahi	SBÜ İzmir Bozyaka EAH	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Enver Vardar	Patoloji	SBÜ İzmir Bozyaka EAH	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Taciser Kaya	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	SBÜ İzmir Bozyaka EAH	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. İsmet Parlak	Acil Tıp	SBÜ İzmir Bozyaka EAH	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Taşkın Altay	Ortopedi	SBÜ İzmir Bozyaka EAH	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hatice Şimşek Keskin	Halk Sağlığı	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Uzm. Dr. Gonca Dalkurt Mola	Fizyoloji	Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Doç. Dr. Selma Tosun	Hukukçu	SBÜ İzmir Bozyaka EAH	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Müeyesser Keskiner	Eczacı	SBÜ İzmir Bozyaka EAH	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Abdullah Murat Mete	Sivil, Kütüphane Müdürü	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Arif Yüksel	Dahiliye	SBÜ İzmir Bozyaka EAH	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. İsmail Yılmaz	Farmakoloji	SBÜ İzmir Bozyaka EAH	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

*:Toplantıda Bulunma

EK-8:S.B.Ü İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hastane İzin Belgesi

Sayı : 15345988/772.02 /131.
Konu : Serap Arıcan'ın Araştırma İzni

EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı

İlgi : 08/11/2017 tarihli ve 15345988-000-14322 sayılı yazı

Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Öğrencisi Serap ARICAN'ın “**Basınç Yarası Önlemede Bakım Paketi Kullanımının Basınç Yarası İnsidansına Etkisinin İncelenmesi**” konulu araştırmasıyla ilgili evrakları incelenmiş olup, çalışmanın hizmeti aksatmayacak şekilde ve araştırmaya katılımın gönüllülük esasına dayalı olması koşuluyla, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanemizde yürütülmesi uygun görülmüştür.

e-imzalıdır.
Doç.Dr.Pınar ORTAN
Başhekim Yardımcısı

EK: Araştırma Öz İzin Başvuru Formu

Saim Çıkıncı Caddesi No:59 Karabağlar/İZMİR

Faks No:02322614444

e-Posta:selda.sayin2@saglik.gov.tr İnt.Adresi: S.SAYIN Eğitim Ar-Ge Birimi

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden d2434fb8-3458-40bc-b3c2-50deb6dc7dfa kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Selda SAYIN

Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:02322505050-6053

Teşekkür

Doktora eğitim sürecimde bilgi ve deneyimleriyle bana her konuda destek olan, tezimin konusunun belirlenmesinde ve hazırlanma sürecinin her aşamasında desteğini ve zamanını benden esirgemeyerek her fırsatta çalışmam ile yakından ilgilenen, katkılarıyla bana yol gösteren çok değerli danışmanım Sn. Prof. Dr. Türkan ÖZBAYIR'a

Eğitim sürecimde ve tezimin her aşamasında önerileri ile tezimin ilerlemesinde katkıda bulunan ve desteklerini esirgemeyen değerli hocalarım Sn. Prof. Dr. Fatma DEMİR KORKMAZ'a ve Sn. Dr. Öğr. Üyesi Özlem BİLİK'E,

Değerli öneri ve katkıları için tez jüri üyelerine,

Doktora eğitimim süresince bize en iyi şekilde rehberlik eden ve yetiştirmeye çalışan tüm değerli hocalarıma,

Tez çalışmamın yürütülmesi sırasında desteklerini esirgemeyen S.B.Ü İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan tüm çalışma arkadaşlarıma ve genel yoğun bakım ünitesi çalışanlarına,

Bu süreçte beni destekleyen ve yanımda olduğunu hissettiğim tüm arkadaşlarıma,

Hayatımın her aşamasında olduğu gibi tüm eğitimim süresince de sevgi ve desteklerini esirgemeyen, her zaman yanımda olan çok değerli aileme,

TEŞEKKÜR EDERİM...

İzmir, 2019

Serap ARICAN

Özgeçmiş

Ad Soyad: Serap ARICAN

Doğum Tarihi ve Yeri: 10.12.1982/İzmir

Medeni Durumu: Evli ve 1 çocuk annesi

Adres: S.B.Ü İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Saim Çıkırıkçı Caddesi
No: 59 Karabağlar/İzmir

Tel: 0232 250 50 50/4962-2811

Cep [Tel:05065038243](tel:05065038243) / E-mail: serap-yazici@hotmail.com

Eğitim Bilgileri:

-Doktora: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı (2013-...)

-Yüksek Lisans: Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi
Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans (2008)

-Lisans: Afyon Kocatepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu (2005)

İş Deneyimi:

-S.B.Ü İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Bakım Hizmetleri
Müdürlüğü Gündüz Süpervizör Hemşiresi (06.10.2015-....)

-S.B.Ü İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Eğitim Hemşireliği (03.12.2012
-06.10.2015)

-İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Organ Nakli Merkezi Klinik
Hemşireliği Organ Nakli Merkezi Sorumlu Hemşireliği (01.04.2010/03.12.2012)

-Seferihisar Necat Hepkon Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Servis Hemşireliği ve
Enfeksiyon Kontrol Hemşireliği (11.07.2007-01.04.2010)

-Ege Üniversitesi Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği/ Yoğun Bakım ve Klinik
Hemşireliği (2006-2007)

Sertifika ve Diğer Bilgiler:

- Enfeksiyon Kontrol hemşireliği Sertifikası (2009/Re-Sertifika 2018-...)
- S.B.Ü İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ameliyathane Hemşireliği
Sertifikalı Eğitim Programı Program Sorumlusu ve Eğitimcisi (2015-...)