



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

CERRAHİ YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN BASINÇ
YARALARINA İLİŞKİN BİLGİ VE UYGULAMALARI

PELİN TURGUT
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK

DANIŞMAN
PROF. DR.NERİMAN AKYOLCU

İSTANBUL-2015

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Öğrencisi Pelin TURGUT tarafından hazırlanan
"Cerrahi Yoğun Bakım Hemşirelerinin Basınç Yaralarına İlişkin Bilgi ve Uygulamaları"
konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi : 13.01.2015

(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

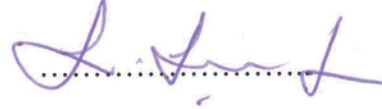
Jüri Üyesi : Prof.Dr.Neriman AKYOLCU
: Bezm-i Alem Üniv. (Danışman)



Jüri Üyesi : Prof.Dr.Nevin KANAN
: İst.Üniv.



Jüri Üyesi : Doç.Dr.Leman ŞENTURAN
: Haliç Üniv.



Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun
görölmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.



Doç.Dr.Leman ŞENTURAN
Sağlık Bilimleri Ens. Müdür V.

I. TEŞEKKÜR

*Yüksek lisans eğitimim ve tezimin her aşamasında öneri ,katkı ve desteğini aldığım danışman hocam sayın **Prof.Dr.Neriman AKYOLCU**'ya*

Umutsuzluğa kapıldığımda manevi desteğini hiç eksik etmeyen değerli dostum

Aydan AKKURT YALÇINTÜRK'e,

Her zaman yanımda olan ve bana destek veren değerli arkadaşım

Vedat ÜSTÜNDAĞ'a

Sınırsız sevgileriyle eğitimime devam etmem için her türlü imkanı sağlayan anneme,babama ve kardeşime,

Araştırmamın uygulanmasına destek veren hastane yönetimlerine ve araştırmaya katılan meslektaşlarıma,

Teşekkür ederim.

PELİN TURGUT

I. İÇİNDEKİLER

I. KISALTMALAR.....	iv
II. TABLOLARIN LİSTESİ.....	v
III. ŞEKİLLERİN LİSTESİ.....	vii
1. ÖZET	1
2.SUMMARY	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	4
4. GENEL BİLGİLER	6
4.1.Yoğun Bakım Tanımı ve Sınıflandırılması.....	6
4.2. Yoğun Bakım Hastasının Özellikleri	7
4.3.Basınç Yaraları Tanımı	10
4.4.Basınç Yaralarının Sınıflandırılması.....	11
4.4.1.Basınç Yarası Oluşumunda Etkili Risk Faktörleri.....	12
4.4.1.1.Duyusal Algıda Bozukluk.....	12
4.4.1.2..Motor Fonksiyonlarda Bozulma	13
4.4.1.3.Bilinç Durumundaki Değişiklikler.....	13
4.4.1.4.Alçı Traksiyon Atel ve Diğer Malzemeler.....	14
4.4.2.Basınç Yarası Oluşumuna Neden Olan Faktörler	14
4.4.2.1.Basınç.....	14
4.4.2.2.Sürtünme ve Yırtılma.....	16
4.4.2.3.Hareketsizlik	16
4.4.2.4.Nem	17
4.4.2.5.Yaş	17
4.4.2.6.Beslenme	18

4.4.2.7.Sıcaklık.....	18
4.4.2.8.Hastalıklar	19
4.4.2.9.Diğer Faktörler	19
4.4.3.Basınç Yaralarının Önlenmesi	19
4.4.3.1.Risk Değerlendirmesi.....	20
4.4.3.2.Pozisyon Verme	27
4.4.3.3.Eğitim.....	28
4.4.3.4.Beslenme	29
4.4.3.5.Basınç Yarasını Önlemede Kullanılan Cihaz ve Yardımcı Araç Gereçler	29
4.5.Basınç Yaralarında Tedavi ve Bakım	30
4.5.1.Basınç Yaralarının Tedavisinde Uygulanan Yöntemler	32
4.5.2.Basınç Yaralarının Önlenmesi ve Bakımındaki Hemşirelik Girişimleri ...	34
5.GEREÇ VE YÖNTEM	37
5.1.Araştırmanın Amacı ve Tipi	37
5.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	37
5.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	37
5.4.Araştırmaya Alınma Kriterleri	37
5.5.Verİ Toplama Araçları	37
5.5.1. Anket Formu	38
5.6.Verilerin Toplanması	38
5.7.Sınırlılıkları	38
5.8.Araştırmanın Etik Yönü	38
5.9.İstatistiksel İncelemeler	39
6.BULGULAR.....	40
6.1.Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri İle basınç yarasının gelişimi ve önlenmesine yönelik bilgi durumuna ilişkin bulgular.....	41

6.2.Hemşirelerin basınç yarası ile karşılaşma,tedavi ve bakım girişimlerini uygulama durumuna ilişkin bulgular	47
6.3.Hemşirelerin basınç yarasının önlenmesinde (risk değerlendirme,koruyucuönlemlerde) hemşirelerin sorumluluklarına ilişkin bulgular	49
6.4.Hemşirelerin bazı tanıtıcı özellikleri (eğitim, ünite de çalışma yılı, bakım verdiği hasta sayısı, okul eğitimi dışında basınç yarası eğitimi alma durumu v.b) ile basınç yarası konusunda bilgi ve uygulamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular	53
7. TARTIŞMA.....	66
7.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Ve Basınç Yarasının Gelişmesi ve Önlenmesine Yönelik Bilgi Durumlarının Tartışması	66
7.2. Hemşirelerin Basınç Yarası İle Karşılaşma Ve Bakım Girişimlerine İlişkin Bulguların Tartışması.....	68
7.3. Hemşirelerin Basınç Yarasının Önlenmesinde (Risk Değerlendirme, Koruyucu Önlemlerde) Hemşirelerin Sorumluluklarına İlişkin Bulguların Tartışması.....	70
7.4. Hemşirelerin Bazı Tanıtıcı Özellikleri (Eğitim,Çalışma Süreleri, Okul Eğitimi Dışında Basınç Yarası Eğitimi Alma Durumu,Basınç Yarası Olan Hasta İle Karşılaşma Sıklığı V.B) İle Basınç Yarası Konusunda Bilgi ve Uygulamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışması	72
8. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	75
9. KAYNAKLAR	77
10. EKLER.....	82
10.1. Anket Formu(Ek.1)	83
10.2. Etik Kurul Onayı (Ek.4).....	88
11. ÖZGEÇMİŞ	89

II. KISALTMALAR

EPUAP:	European Pressure Ulcer Advisory Panel Avrupa Basınç Ülseri Danışma Paneli
NPUAP:	National Pressure Ulcer Advisory Panel Ulusal Basınç Ülseri Danışma Paneli
AHCPR:	Agency For Health Care Polichy And Research Sağlık Bakım Politikaları ve Araştırmaları Ajansı

III. TABLO LİSTESİ

Tablo4.4.3.1.1 : Braden Skalası

Tablo 4.4.3.1.2 :Waterlow Ölçeği

Tablo 6.1.1: Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

Tablo 6.1.2: Hemşirelerin Okul Eğitimi Dışında Basınç Yarası Eğitimi Almasına İlişkin Bildirimlerinin Dağılımları

Tablo 6.1.3: Hemşirelerin Basınç Yarasını Çalışma Yaşamında Nasıl İfade Ettikleri ve Basınç Yarasını Tanımlamalarına İlişkin Verdikleri Yanıtların Dağılımı

Tablo 6.1.4: Hemşirelerin Basınç Yarası Gelişme Riski Taşıyan Hastaları Değerlendirmede Göz Önüne Alınması Gereken Kriterlere İlişkin Verdikleri Yanıtların Dağılımı

Tablo 6.1.5: Hemşirelerin Basınç Yarası Gelişimi ve Önlenmesine Yönelik Verdikleri Yanıtların Dağılımı

Tablo 6.1.6: Hemşirelerin Basınç Yarasının Evrelendirilmesi ve Tedavisine Yönelik Verdikleri Yanıtların Dağılımı

Tablo 6.2.1: Hemşirelerin Basınç Yarası Olan Hastalarla Karşılaşma Durumu İle Tedavi ve Bakım Girişimlerine İlişkin Bulguların Dağılımı

Tablo 6.3.1: Hemşirelerin Basınç Yarasının Önlenmesinde (Risk Değerlendirme, Koruyucu önlemlerde) Hemşirelerin Sorumluluklarına İlişkin Bulgular

Tablo 6.3.2: Hemşirelerin Basınç Yarasını Önlemek İçin Kullandığı Koruyucu Yöntemlere İlişkin Dağılımlar

Tablo 6.3.3: Hemşirelerin Yatağa Bağımlı Hastalara Pozisyon Vermelerine İlişkin Dağılımlar

Tablo 6.4.1:Hemşirelerin Eğitim Durumu İle Basınç Yarasına İlişkin Bilgi ve Uygulamalarının Karşılaştırılmasına Ait Bulgular

Tablo 6.4.2:Hemşirelerin Çalışma Süreleri İle Basınç Yarasına İlişkin Bilgi ve Uygulamalarının Karşılaştırılmasına Ait Bulgular

Tablo 6.4.3:Hemşirelerin Okul Eğitimi Dışında Basınç Yarası Eğitimi Alma Durumları İle Basınç Yarasına İlişkin Bilgi ve Uygulamalarının Karşılaştırılmasına Ait Bulgular

Tablo 6.4.4:Hemşirelerin Basınç Yarası Olan Hasta İle Karşılaşma Sıklıkları İle Basınç Yarasına İlişkin Bilgi ve Uygulamalarının Karşılaştırılmasına Ait Bulgular

IV. ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 6.4.2.1. Çalışma süreleri ile göre hastanın pozisyon değişimini gerektiği gibi yapabildiğini düşünme oranları değişimi

Şekil 6.4.3.1. Okul dışında eğitim alma durumlarına göre basınç yarası evrelerini doğru bilme oranları dağılımı

Şekil 6.4.3.2. Okul dışında eğitim alma durumlarına göre hastanın pozisyon değişimini gerektiği gibi yapabildiğini düşünme oranları

Şekil 6.4.4.1. Basınç yarası olan hasta ile karşılaşma sıklığına göre basınç yarası evrelerini doğru bilme oranları dağılımı

Şekil 6.4.4.2. Basınç yarası olan hasta ile karşılaşma sıklıkları ile basınç yarası sistemik tedavilerini doğru yanıtlama oranları dağılımı

Şekil 6.4.4.3 Basınç yarası olan hasta ile karşılaşma sıklığına göre resimdeki basınç yarası evresini doğru bilme oranları dağılımı

Şekil 6.4.4.4. Basınç yarası olan hasta ile karşılaşma sıklıkları ile hastanın pozisyon değişimini gerektiği gibi yapabildiğini düşünme oranları dağılımı

1. ÖZET

Bu çalışma, Kocaeli ilinde cerrahi yoğun bakım ünitesi bulunan dört hastanede cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin basınç yaralarına ilişkin bilgi ve uygulamalarını belirlemek amacı ile tanımlayıcı ve kesitsel olarak planlandı ve gerçekleştirildi. Araştırmanın evrenini Kocaeli ilinde bulunan dört hastanede çalışan 102 cerrahi yoğun bakım hemşiresi oluşturdu. Örneklem seçimine gidilmeyip evrenin tümüne ulaşılacak hedeflendi. Araştırma örneklemini araştırma kriterlerine uyan 61 hemşire oluşturdu. Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından getirilen ‘anket formu’ ile toplandı. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel tekniklerinden sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma kullanıldı. Ayrıca niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup arasındaki farkı Mann Whitney- U testi kullanıldı. Sonuçlar %95 güven aralığında, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

Araştırmaya katılan hemşirelerin yoğun bakım ünitesinde çalışma sürelerinin 8ay-13 yıl arasında değiştiği, %83,6’sının üniversite mezunu olduğu; 37,7’sinin 2-3 hastaya, %11,5’inin 5 hastaya birebir bakım verdiği; %100’ünün basınç yarası önlenmesi ve tedavisinin ekip çalışması gerektirdiğini ifade ettikleri, ekip üyelerinin ise %93,4’ünün hemşire olduğunu; basınç yarası gelişme riski değerlendirirken göz önüne alınması gereken kriterleri % 70,5’inin tüm faktörleri belirterek doğru yanıt verdiği; %85’inin basınç yarası oluşum riskini değerlendirme ölçeği kullandığı; basınç yarasına ilişkin koruyucu yöntem olarak %72’sinin pozisyon değişimi, %59’unun havalı yatak, %54,1’inin bariyer jel, %21’inin masaj yöntemini kullandığını ifade ettikleri görüldü.

Karşılaştırma bulgularında çalışma süreleri 1-5 yıl arasında olan hemşirelerin 5 yıl ve daha fazla olan hemşirelerden pozisyon değişimini gerektiği gibi yapabilme oranının yüksek olduğu, okul eğitimi dışında basınç yarasına ilişkin eğitim alan hemşirelerin, almayan hemşirelerden basınç yarası evresini doğru yanıtlama ve pozisyon değişimini gerektiği gibi yapamadığını düşünenlerin oranının yüksek olduğu; basınç yarası ile sıklıkla ve her zaman karşılaşan hemşirelerin, bazen karşılaşan hemşirelerden basınç yarası evresini doğru yanıtlama oranının ve pozisyon değişimini gerektiği gibi yapamadığını düşünme oranının yüksek olduğu; aralarındaki farklılığın istatistiksel açıdan da anlamlı olduğu saptandı.

Anahtar Sözcükler: Cerrahi yoğun bakım hemşiresi, basınç yarası

2.SUMMARY

Knowledge And Applications Related To Pressure Sores Of Surgical Intensive Care Nurses

This study has been planned and implemented to determine the level of information and practices concerning pressure sores amongst surgical intensive care nurses working at four hospitals that have intensive care units within the Province of Kocaeli, Turkey. The study population consisted of 102 surgical intensive care nurses working at four hospitals that have intensive care units within the Province of Kocaeli. Sample selection was not performed. The aim was to reach all of the population. Study sample consisted of 61 nurses, which fitted research criteria. Study data was acquired using the “questionnaire form” provided by the researcher. Complimentary statistical techniques like number, percentage, average and standard deviation was used to analyse the data. The difference between the two groups was determined using the Mann Whitney U-test for the comparison of quantitative data. Results were in the 95% reliability interval at a significance of level of $p<0.05$.

It was understood that nurses participating in the study had on average worked 8 months to 13 years at intensive care units. 83.6% of the nurses held an undergraduate degree, 37.7% cared for 2 to 3 patients while 11.5% cared for 5 patients. All nurses agreed that the prevention and treatment of pressure sores required teamwork. 93.4% of team members were nurses. 70.5% of nurses correctly indicated all factors that should be considered while assessing pressure sore risk. 85% of nurses said that they used the pressure sore risk assessment scale. As for preventative measures, 72% of nurses used position change, 59% mentioned airbeds, and 54.1% mentioned barrier gels while 21% said they used the massage method.

According to comparative data, nurses who have worked between 1 to 5 years had a better record of correct position change interventions compared to nurses with five or more years of experience. Most of the nurses who had received training in pressure sores outside school thought that untrained nurses were unable to accurately determine pressure sore stage and perform proper position change. The majority of nurses who had frequent exposure to pressure sores thought that nurses with rare exposure failed to perform accurate staging and proper position change. The statistical difference between the two was found to be significant.

Key words: Pressure ulcer, surgical intensive care nurse

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlık hizmetleri yaşamın bir parçası olarak varlığını sürdürmekte ve bu hizmetlerin her alanında hemşirelerin oldukça etkin rolü bulunmaktadır (*Kahraman ve ark, 2011*). Herhangi bir nedenle yaşamı riske giren birey/hastanın yaşam fonksiyonlarının korunması temel alınarak uygulanan tıbbi ve bakım girişimlerinin tümü olarak tanımlanan yoğun bakım üniteleri, normal klinik koşulların yeterli olmadığı durumlarda bireyin tedavi ve bakımının sürdürüldüğü, yoğun çalışma koşullarının olduğu dinamik birimlerdir. Hastalar çok farklı nedenlerle yoğun bakım ünitelerine alınmakta bağlı olarak farklı bilim dallarına özgü çok sayıda yoğun bakım (yetişkin, çocuk, dahili, cerrahi vb.) bulunmaktadır. Bunlardan birisi de Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesidir. Yapılan bir çalışmada hastaların %21'inin cerrahi nedenlerle yoğun bakıma kabul edildiği belirtilmiştir (*Beğer, 2002*).

Ekip çalışmasının en iyi sergilendiği alanlardan biri olan yoğun bakım ünitelerinde gelişmiş ve giderek ekonomik boyutu artan alt yapı ve teknik donanım ile kritik hastanın tedavi ve bakım girişimleri, kesintisiz olarak (24saat) sürdürülmektedir. Ekip üyelerinin yeterli bilgi, beceri ve deneyime sahip olması, nitelikli ve etkin bakımın gerçekleştirilmesinde önemli bir faktördür (*Keller ve ark,2002*).

Yoğun bakım ünitelerinin vazgeçilmez bir üyesi olan yoğun bakım hemşireleri oldukça önemli rol ve sorumluluklara sahiptir. Bakımın yönetiminden sorumlu olan hemşirelerin, hastanın bireysel gereksinimlerini temel alan nitelikli ve etkin bakımın sunulmasına yönelik, ekip üyeleri arasında iletişim ve koordinasyonun sağlanması özellikle bilinci kapalı hastalarda hasta haklarını savunma ve etik kurallara dikkat etme, bakımla ilgili yenilik ve gelişmeleri izleyerek bakıma yansıtma gibi sorumlulukları yerine getirmesi gerekir. Görüldüğü gibi çok sayıda sorumluluğu bulunan yoğun bakım hemşirelerinin esas işlevi, hastanın yaşamsal fonksiyonlarının izlenmesinin yanında fiziksel, psikolojik ve sosyal konforunu sağlamaktır. Kritik hastanın tedavi ve bakımının sürdürüldüğü yoğun bakım ünitelerinde hastalar, uzun süre yatağa bağımlı kalabilmekte ya da bireysel ve tıbbi özellikleri nedeniyle (ileri yaş,

diyabet vb) farklı sorunlar yaşayabilmektedir. Bu sorunlardan önemli bir tanesi de yoğun bakım hastalarında sıkça görülen basınç yarası oluşmasıdır (Torun, 2010).

Vücudun özellikle kemik çıkıntılarının bulunduğu uzun süreli ya da tekrarlayan basınçlara bağlı olarak cilt ve cilt altı dokularda kapillerlerin tamamen kapanması ve o bölgede dolaşımın durması sonucu, cilt/doku hasarı yada nekrozu olarak tanımlanan basınç yarasının, yataklı servislere görülme sıklığı %10-23 iken yoğun bakım ünitelerinde bu oranın %56 ya kadar çıktığı bildirilmektedir (Karadağ,2003).

Basınç yarası oluşumunda, basıncın lokal etkileri yanında malnutrisyon, ileri yaş, mobilizasyonun azalması, duyuşsal algılamının azalması, sepsis gibi çoklu faktörler ve cildin idrar, gaita ile kontaminasyonu, nem, sürtünme gibi dış faktörler etkili olmaktadır.

Nitelikli bakımın önemli göstergelerinden ve hemşirelerin temel sorumluluklarından biri basınç yaralarının önlenmesidir. Oluştığında ise tedavi ve bakım girişimlerinin uygulanmasında hemşireler kritik bir role sahiptir. Ancak Türkiye’de yoğun bakım ünitelerinde yatan hastaların nicel ve nitel özellikleri ile ağır çalışma koşulları yanında hasta başına düşen hemşire sayısının az olması, zaman zaman bu birimlerde çalışan hemşireleri, kendisinden beklenen rol ve sorumlulukları yerine getirmede sıkıntıya sokmaktadır.

Bu bilgilerden yola çıkarak araştırma, cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin basınç yaralarına ilişkin bilgi ve uygulamalarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak planlandı ve gerçekleştirildi.

Araştırmanın Soruları

Cerrahi Yoğun Bakımda çalışan hemşirelerin, basınç yarasına ilişkin yeterli bilgisi var mıdır?

Cerrahi Yoğun Bakımda çalışan hemşirelerin, basınç yaralarının oluşmasını önlemeye yönelik uygulamaları ve bakım girişimleri nelerdir?

Cerrahi Yoğun Bakımda çalışan hemşirelerin, oluşan basınç yaralarının tedavi ve bakımında uyguladıkları girişimler nelerdir?

4. GENEL BİLGİLER

4.1.Yoğun Bakım Tanımı ve Sınıflandırılması

Yoğun bakımla ilgili literatürde farklı tanımların yapıldığı görülmektedir. Yoğun bakım, kısmen ya da tamamen yitirilmiş organ veya sistem fonksiyonlarının olumsuz etki nedenleri ortadan kaldırılncaya kadar hastaların desteklenmesi, hastalığı oluşturan bu nedenlerin tedavi edilmesi, hastanın hayatta kalmasının sağlanması için uygulanan yöntemlerin tamamı olarak tanımlanmaktadır (*Çelik,2007*).

Deneyimli ve uzman sağlık çalışanları ile yüksek teknolojinin kullanıldığı birimler olarak kabul gören yoğun bakım üniteleri, bu özellikleriyle ölüm riskinin azaltılması ve erken iyileşmenin sağlanmasında hasta ve aileleri için umut kaynağı olmuştur ve olmaya devam etmektedir. Modern cihazlarla donatılmış, ekip çalışmasının en iyi sergilendiği alanlardan biri olan yoğun bakım ünitesinde tedavi ve bakım girişimleri 24 saat kesintisiz olarak sürdürülmekte, hastalardaki en küçük değişiklik bile izlenmekte ve sorunlara anında müdahale edilmektedir. Yoğun bakıma ilişkin bilgi ve uygulamalar bilim ve teknolojiadaki gelişmelerle birlikte her geçen gün yenilenmekte ve gelişmektedir. Böylece hastaların güvenliği ve yoğun bakım hizmetlerinin etkin olarak yürütülmesinde yoğun bakım ekibinin profesyonel davranışları önem taşımaktadır (*Kavaklı Ö, Uzun Ş, Arslan F,2009*).

Günümüz yoğun bakımları hastane yapısına göre değişmekle birlikte ortalama olarak hastane yataklarının %5-%12'sini oluşturmaktadır. Ancak hastane harcamalarının %20'den fazlası yoğun bakım ünitelerine yapılmaktadır (*Aydinoğlu,2007*).

Hastanelerin bulundukları bölgelerde kuruluş amaçları ve hedefledikleri tedavi planlarına göre hasta kabul edilecek yoğun bakım üniteleri 1. 2. ve 3. Düzey olmak üzere 3 kategoride sınıflandırılır.

*Düzey 1 (Küçük Bölge Hastanesi):*Bu düzeydeki hastanelerde, servislerden biraz daha yoğun hemşirelik bakımı verilen, temel monitorizasyon (EKG, nabız,SaO2), ara resüsitasyon ve 24 saat ya da daha az süreli solunum desteği verilen yoğun bakım üniteleri bulunmaktadır.Hekim hizmetini konsültasyon şeklinde alan bu servislere step- down veya ara yoğun bakım servisleri de denilmektedir.

*Düzey 2 (Büyük Genel Hastane):*Bu düzeydeki yoğun bakım ünitelerinde, 24 saat hasta başında hizmet vermeyen, ancak gerektiğinde çağırılmak üzere hazır bulunan bir yoğun bakım uzmanı görev almaktadır. Yoğun hemşirelik bakımı verilen bu ünitelerde uzun süreli solunum desteği, kardiyak monitörizasyon, beslenme ve koruyucu fizik tedavi rehabilitasyon hizmetleri sunulmaktadır. Hemofiltrasyon gibi ciddi organ desteği, kafa içi basınç ölçümü ya da pulmoner arter kateterizasyonu gibi invaziv tanı ve tedavi girişimleri uygulanmaktadır.

*Düzey 3 (Üçüncü Düzey Hastane):*Yoğun bakım konusunda eğitilmiş sağlık profesyonellerinden, klinik ve bilimsel çalışma yürüten meslek üyelerinden ve yardımcı sağlık ekibinden oluşan birimler olarak tanımlanabilmektedir. Uzman direktörün dışında yoğun bakım uzmanlarının sürekli olarak servis içinde hizmet verdiği bu üniteler, 24 saat laboratuvar ve radyoloji hizmeti veren, en gelişmiş cihazlar ile donatılmış, ileri monitörizasyon sağlayabilen ve tüm disiplinlerden gelen uzmanlara açık ya da multidisipliner yaklaşımları benimsemiş servislerdir (Çelik,2007).

4.2.Yoğun Bakım Hastasının Özellikleri

Hastanın yoğun bakıma kabulünde yoğun bakım tedavi ve desteğine gereksinimi olması ve yaşamsal açıdan öncelikli olması dikkate alınmalıdır. Yoğun bakıma gereksinim duyan hastalar organizmanın geçirdiği ağır bir hastalık, zehirlenme, travma veya ameliyattan dolayı önceden tahmin edilmesi mümkün olmayan komplikasyonlarla yaşamlarının sınırına gelmiş ve çeşitli destekleyici tıbbi araçların yardımına gereksinim duyulan 24 saat yüksek kalitede bakım verilen ve en

iyi sonuçlar elde etmek için sağlık çalışanlarının özveriyle çok fazla çaba harcamasını gerektiren hastalardır (*Çelik,2007*).

Yoğun bakıma hasta kabulünde standardı sağlamak amacıyla öncelikle tanı ve objektif parametreleri temel alan kriterler geliştirilmiştir.

Öncelikler Odaklı Model:Modelde yoğun bakım tedavi ve desteğine gereksinim duyan ve yaşamsal açıdan öncelik taşıyan (1. öncelikli) ve yarar sağlamayan (4. Öncelikli) durumlar tanımlanmaktadır.

1.Derece öncelikli: Kritik durumda, yoğun bakım ortamı dışında yarar sağlanamayan yoğun izlem ve tedaviye gereksinim duyan, kardiyopulmoner ve nörolojik dengesizliği olan, stabil durumda olmayan hastalar bu gruba girmektedir. Genellikle birinci öncelikli hastalarda ventilatör desteği, sürekli vazoaktif ve antiaritmik ilaç infüzyonu, yoğun sıvı replasmanı, serebral ödem kontrolü gibi tedavi ve bakım girişimleri uygulanmaktadır. Ağır travma, akut solunum yetmezliği, sepsiste olan veya kalp cerrahisi, transplantasyon, karaciğer rezeksiyonu, pnömonektomi ameliyatı olan hastaların ameliyat sonrası dönemi bu gruptaki hastalara örnek olarak verilebilir.

2.Derece öncelikli: Cerrahi girişimden hemen sonra büyük olasılıkla yoğun izleme ve acil müdahalelere gereksinim duyan hastalardan oluşmaktadır. Açık hava yolunun sağlanması ve hemodinamik durumun izlemi, yoğun göğüs fizyoterapisi ve kapsamlı yara bakımı gibi tedavi ve bakım aktiviteleri ikinci öncelikli hastalara uygulanmaktadır. Geniş baş-boyun cerrahisi hastaları, ventilatör desteği gerektirmeyen akciğer cerrahisi hastaları örnek olarak verilebilir.

3.Derece öncelikli: Stabil durumda olmayan fakat altta yatan hastalıkları ve bu akut hastalıkların doğasından dolayı iyileşme olasılığı düşük olan hastalar bu kapsamda yer alır. Üçüncü öncelikli hastalar yoğun bakım ve tedaviye gereksinim duymalarına karşın, entübasyon yada kardiyopulmoner resüsitasyon gibi terapötik çabalara nadiren yanıt vermektedirler. Stabil durumda olmayan, fakat altta yatan hastalıklar nedeniyle iyileşme olasılığı az olan hastalarda ek olarak enfeksiyon,

kardiyak tamponad, havayolu obstrüksiyonu gibi komplikasyon gelişen hastalar örnek verilebilir.

4.Derece öncelikli: Yoğun bakım ünitesine genelde kabul edilmesi uygun olmayan hastalar olarak nitelendirilmektedir. Yoğun bakımdan yarar sağlaması beklenmeyen veya çok az yarar sağlayabilecek hastalar ile ölümün çok yakın ve kaçınılmaz olduğu düşünülen hastalar bu gruba girmektedir. Hastaların kabulü yoğun bakım ünitesi yöneticisinin olağanüstü hallerde, kişisel kararına bağlı olmaktadır. Periferik vasküler cerrahi işlem geçirenler, hemodinamik olarak stabil diyabetik ketoasidoz ve hafif konjektif kalp yetmezliği olan hastalar dördüncü öncelikli gruba örnek olarak verilebilir (*Çelik,2007*).

Görüldüğü gibi çok geniş bir yelpazede hasta kabulünün yapıldığı yoğun bakım ünitelerinde hastaların biyo-fizyolojik yetersizliğinin yanı sıra 24 saat aralıksız, sürekli ve aynı standartlarda yoğun izlem, monitarizasyon ve organ destek tedavisinin yapılması, bunların hareketsiz kalmasına neden olmaktadır.

Hareketsiz kalan hastalarda ise; solunum sisteminde aspirasyon riskinin artması, pnömoni, akciğer hacminin azalması, atelektazi, kas-iskelet sisteminde kas atrofisi, kuvvet kaybı, kontraktürler, osteoporoz ve kırık riskinin artması, eklemlerde ankiloz, kardiyovasküler sistemde bradikardi, ortostatik intolerans, introvasküler hacimde azalma ve venöz tromboz, emboli riskinde artış, gastrointestinal sistemde iştah kaybı, motilitede azalma, kabızlık, metabolik bozukluklar, ciltte basınç yarası riski, üriner sistemde ise idrar yolu taşları, infeksiyon ve inkontinans gibi komplikasyonlara ek olarak ciltte aşırı nemlilik oluşturan diyare, gaita ve idrar inkontinansı, ateşe bağlı terleme, yara drenajı gibi durumlar basınç yarası oluşum riskini artırmaktadır.

Özellikle şok, koma, felç veya anestezi veya sedatif ilaç uygulanan hastalarda ortaya çıkan hareketsizlik ve kendi kendine pozisyon değiştirememesi ya da uzun süre yatağa bağımlı olma sonucunda ciddi, tedavisi zor en önemli komplikasyon olarak basınç yaraları karşımıza çıkabilir (*Keller ve ark, 2002; Karaman, 2002, Baydar M.2007*).

4.3.Basınç Yaraları Tanımı

Basınç yarası uzun süre hareketsiz kalma sonucu basınç, sürtünme ve tahriş gibi mekanik güçlerin etkisiyle kemik çıkıntıları üzerindeki dokuların hasar görmesi ya da ölmesi ile sonuçlanan iskemik yara olarak tanımlanmaktadır. Avrupa Basınç Ülseri Danışma Paneli (EPUAP) ve Ulusal Basınç Ülseri Danışma Paneli (NPUAP) (2009) basınç yaralarını, tek başına basınç ya da yırtılma ile değil, basınç ve yırtılmanın bir arada sebep olduğu genellikle kemik çıkıntıları üzerinde ortaya çıkan lokalize cilt ve/veya cilt altı doku hasarı olarak tanımlamıştır (*YorgancıoğluZR,İncelAN.1999*).

Basıncın yol açtığı doku bütünlüğündeki bozulmayı tanımlamak için yıllarca pekçok kavram kullanılmıştır. Yatak yarası (bedsore), dekübit ülseri (decubitus ulcer), basınç yarası (pressuresore) ve basınç ülseri (pressure ulcer) kullanılan kavramlar arasındadır. Basınç ülserleri ile ilgili uluslararası çalışmaları yürüten önemli bir örgüt olan EPUAP 1998’de kavram olarak etyolojik durumu en iyi tarif etmesi nedeniyle basınç ülseri teriminin kullanılmasını önermiştir. Türkçe literatürde çok sık kullanılan diğer kavramlar ise “bası ülseri” ve “bası yarası” kavramlarıdır (*Ünver,2009*).

Ülkemizde özellikle uygulama alanında yaygın bir şekilde kullanılan “yatak yarası” kavramı, basınç yaralarını tam olarak tanımlamamaktadır. Çünkü basınç yaraları sadece yatağa bağımlı kişilerde değil, oturan ya da basınca uğrayan her beden bölgesinde meydana gelebilir. Dekübit kelimesi Latince “decumbere” teriminden köken almıştır. Türkçe’ de “yatmak, sırt üstü yatmak” anlamına gelmektedir.Dolayısıyla dekübit ülseri, sadece yatan hastalarda gelişen ülserleri anlatmaktadır. Bu nedenle “dekübit ülseri” terimi de anlatılmak isteneni tam tanımlayıcı olmamaktadır (*Ünver,2009*).

“Bası ülseri/yarası” kavramına bakılacak olursa, bu kavram içerisinde yer alan “bası” kelimesi, İngilizce “pressure” kelimesinin çevirisi olarak ancak yanlış çeviri olarak dilimize girmiş ve kullanılagelmiştir. Çevirinin doğru yapılmış olduğu sanılarak “bası” kelimesi günümüzde “basınç” kelimesi ile eşanlamlı olarak kullanılır hale gelmiştir. Oysaki “bası” kelimesinin Türkçe sözlükteki karşılığı; “resim klişesi, dökme harf, taş kalıp kullanarak makine yardımı ile kağıda ve bez gibi şeylere yazı, resim, çıkarma işi, tabı” olarak geçmektedir (*Ünver,2009*).

“Basınç ülseri” kavramında kullanılan “basınç” terimi, oluşumun etyolojik nedenini yansıtmaması nedeniyle doğru bir terimdir. Çünkü “basınç” kelimesinin anlamı Türkçe sözlükte; “bir yüzey üzerine etkide bulunan gücün yüz ölçümü birimine düşen miktarı” şeklinde olup, basınç yaralarının gelişmesinde rol oynayan en önemli faktörü açıklamaktadır. Ancak kavramın ikinci kelimesi olan “ülser” kelimesinin kullanımında tanımlayıcılık açısından hata söz konusudur. Çünkü “ülser” kelimesinin Türkçe sözlükteki anlamı; “sindirim organlarında ve özellikle mide ile onikiparmak bağırsağında görülen yara” şeklinde geçmektedir. Tüm bu kavramlar Türk Dili yönünden irdelendiğinde, “basınç yarası” kavramının kullanılabilecek en doğru kavram olduğu sonucu ortaya çıkmaktadır (Ünver,2009).

Basınç yaralarının hastane içinde insidansı %10-%23 iken, yoğun bakım ünitelerinde bu oran %56’ya kadar çıkmaktadır.

Basınç yaraları özellikle paralizili, yaşlı, yatağa bağımlı, tekerlekli sandalyeye bağımlı olanlar, yoğun bakım ünitesinde yatan ve kendi kendine pozisyon değiştiremeyen veya evde bakıma ihtiyaç duyan hastalarda daha sık görülmektedir (Mert,2012).

4.4.Basınç Yaralarının Sınıflandırılması

Basınç yaraları genellikle ciltteki kızarıklık ve yaranın derinliğinin ön planda tutularak makroskopik ve morfolojik kriterlere göre değerlendirilerek sınıflandırılırlar. Bu amaçla literatürde farklı sınıflamalar oluşturulduğu görülmektedir.

Ancak günümüzde ABD’deki NPUAP’ın geliştirdiği sınıflama yaygın olarak kullanılmaktadır.Son olarak 2009 yılında yapılan sınıflamada evrelendirilemeyen yaralar ve şüpheli derin doku yaralanmalarına ilişkin de tanımlamalar yapılmıştır.

NPUAP (2009) tarafından tanımlanan evreler ve tanımları:

Evre 1: Genellikle bir kemik çıkıntısı üzerinde yer alan lokalize olmayan basmakla solmayan kızarıklık mevcuttur.Yara bölgesi çevre dokuya göre daha ağırlı,

sert ya da yumuşak, sıcak ya da soğuk olabilir. Koyu tenli bireylerde evre 1 basınç yarasını belirlemek zor olabilir.

Evre 2: Dermiste kısmi doku kaybı vardır, yara yatağı pembe kırmızıdır. Ölü doku yoktur, yüzeysel bir ülser vardır. Seröz bir bülde mevcut olabilir. Parlak yüzeysel bir ülser olabilir. Bu evre cilt yırtıkları, flaster yanıkların, perianal dermatiti maserasyon veya cilt soyulmasını tanımlamak için kullanılmamaktadır.

Evre 3: Cildin tüm tabakalarındaki doku kaybıdır. Cilt altı yağ dokusu görülebilir fakat kemik, tendon veya kas açıkta değildir. Yaranın anatomik bölgesine göre evre 3 basınç yarasının derinliği değişir. Burnun üzerinde, kulak, oksipital bölgede cilt altı dokusu olmadığı için evre 3 basınç yarası bu bölgelerde yüzeysel olabilir. Yağ dokusundan zengin olan bölgelerde ise tam tersi olarak evre 3 basınç yarasının derinliği oldukça fazla olabilir. Kemik-tendon görülmez veya direkt olarak palpe edilemez.

Evre 4: Kemik, tendon veya kasın ortaya çıktığı tam kat kalınlıklı doku kaybı mevcuttur. Yara yatağının bazı katlarında ölü doku ve kabuk olabilir. Sıklıkla yaranın altında ölü boşluk vardır. Yaranın anatomik bölgesine göre evre 4 basınç yarası kas dokusuna veya destek dokulara (tendon veya eklem) kadar ilerleyebilir. Kemik ve tendon açıkta görülebilir veya palpe edilebilir.

Evrelendirilemeyen Basınç Yarası: Ciltte epidermis, dermis, subkutan dokuyu içeren tüm tabakalarda doku kaybı mevcuttur. Yara yatağı ölü doku ve/veya kabuk dokusu (siyah renk) içerir. Yara yatağı ölü doku veya kabuktan yeteri kadar temizlenmedikçe yaranın derinliği tam olarak saptanmaz ve evrelendirme yapılamaz.

Şüpheli Derin Doku Yaralanması: Bütünlüğü bozulmamış ciltte mor veya koyu kırmızı lokalize bir bölgenin olması veya altta yatan dokunun basınç veya sürtünmeye bağlı hasarlanması sonucu ciltte kanlı bül olması ile karakterizedir. Koyu ciltte bu durumu tanımak zordur. Değerlendirmede koyu yara yatağının üzerinde yer alan ince bir yara kabuğu ile örtülebilir.

Basınç yarası sınıflamalarının yetersiz kaldığı durumlar olabilir. Örneğin; sağlam bir ciltte inflamatuvar cevap ile derin doku yaralanmasını ayırt etmek zor olabilir. Koyu ciltli hastalarda evre 1 veya şüpheli derin doku yaralanması tanısı koymak da zordur. Basınç yarası ile ilgilenen ekibin dikkat etmesi gereken önemli noktalardan biri de her zaman yara evrelerinin aritmetik sıra ile ilerlemediğidir.

Basınç yarası evre 1 ile başlayabilir ya da evre 2 yara, evre 3 olmadan evre 4 yara halini alabilir. Cildin sağlam olması yaranın olmadığı anlamına gelmemelidir, cilt sağlam iken derin doku yaralanması var olabilir. Bunlara benzer yanıltıcı durumları atlamamak için basınç yarası riski taşıyan her hastanın günlük olarak cildinin kontrol edilmesi, şüpheli her durumda önerilen koruyucu ve tedavi edici yöntemlerin vakit kaybetmeden uygulanması gereklidir (Erhan B.2007).(<http://www.npuap.org/pr2.htm>, Erişim:21 Mart 2012).

4.4.1.Basınç Yarası Oluşumunda Etkili Risk Faktörleri

4.4.1.1.Duyusal Algıda Bozukluk; Duyusal bozuklukları nedeni ile basıncı veya ağrıyı algılamaları değişen hastaların vücutları çok fazla basınç ve ağrıya maruz kalsalar dahi bunu hissetmeyip kendilerini iyi hissetmekte bağlı olarak cilt bütünlüğünün bozulmasında daha fazla risk taşır hale gelmektedirler. Hastaların duyuşsal algı durumları iyi olduğunda yardım isteyerek pozisyonlarını değiştirebilirler ya da ağrı hissettikleri için kendilerini kötü hissederek yardım arayışına girebilirler (Ulusoy,1997).

4.4.1.2.Motor Fonksiyonlarda Bozulma; Motor fonksiyonlardaki bozulma nedeni ile basıncı algıladıkları halde bağımsız olarak kendi pozisyonlarını değiştiremeyen hastalar, basınç yarası gelişme açısından risk taşımaktadırlar.

4.4.1.3.Bilinç Durumundaki Değişiklikler; Bilinç durumundaki değişiklikler nedeni ile dalgın olan ya da uyum bozukluğu olan hastalar basıncı hissederler ancak basıncı nasıl ortadan kaldıracaklarını bilmedikleri için kendilerini basınç yarasından koruyamamaktadırlar. Komada olan hastalar ise basıncı algılayamadıkları gibi doğal olarak herhangi bir pozisyon değişiminde de bulunamazlar (Ulusoy,1997).

4.4.1.4. *Alçı Traksiyon Atel ve Diğer Malzemeler*; Alçılar ekstremitte hareketini azaltmakta; ayrıca alçıya temas eden yüzeyde sürtünmenin neden olduğu mekanik zorlama ile basınç yarası gelişme riski artmaktadır. Servikal korseler (boyunluklar), destekleyiciler de basınç yarası gelişimine neden olmaktadır. Basınca maruz kalan bölgede özellikle atelin altında kalan cildin bütünlüğünde bozulma olmaktadır. Bu tür aletleri kullanan hastalar ile duyu ve motor fonksiyonları bozulan ve bilinç durumunda değişiklik olan riskli hastaların bakımında sorumluluk alan hemşirelerin yatak yarası açısından dikkatli bir tanılama yapmaları ve önleyici girişimlerde bulunmaları son derece önemlidir (Ulusoy,1997).

4.4.2. Basınç Yarası Oluşumuna Neden Olan Faktörler

4.4.2.1. Basınç

Basınç yaralarının gelişmesindeki en önemli faktörün basınç olduğu belirtilmektedir. Landis'in 1930 yılında yaptığı çalışmada kılcal damar seviyesinde arteriollerin ucunda ortalama 32 mmHg, venüllerin ucunda da ise 12 mmHg basınç olduğu aradaki basınç farkının kılcal damarlarda dolaşımı sağladığını belirtmiştir. Arterioller uçtaki basıncın azalması, venüler uçtaki basıncın artması sonucu aradaki basınç farkını azaltan etkenler kılcal damar yatağında tıkanmaya ve böylece dolaşımın bozulmasına neden olur. Bu basınç farkı sıfıra inerse kılcal damar yatakları kapanarak, dolaşım durur bağlı olarak o bölgede iskemi gelişir. Belirli bir zaman dilimi içerisinde iskemi sorunu çözümlenemezse nekroz oluşur (Yorgancıoğlu ZR, İncel AN.1999; Sönmez, 2003).

NPUAP tarafından da vücut ile destek yüzey arasında birim alan başına düşen dik kuvvet olarak tanımlanan, basıncı azaltmaya ya da gidermeye yönelik ürünlerin etkinliğini değerlendirmede kullanılan basıncın 32 mmHg üzerinde olmasının kapiller yatakların kapanmasına ve doku iskemisine neden olduğu belirtilmiştir. Ancak daha sonra yapılan çalışmalarda yaşlılarda daha düşük basınçlarda da kapiller tıkanma olabileceği ve bu basıncın vücudun farklı bölgelerinde farklı değerlerde olabileceği gösterilmiştir (Baydar, 2007).

Başka bir araştırmada Lindan, 1965 yılında çeşitli pozisyonlarda iken vücudun maruz kaldığı basınçları hesaplamış, sırtüstü yatar pozisyondayken sakrum, kalçalar ve topuklarda 40-60 mm Hg, oturur pozisyonda ise 75-100 mmHg basınç oluştuğunu bildirmiştir (*Yücel, 2001*).

Basınç yaralarının açılmasında basıncın şiddeti kadar süresi de önemlidir. Örneğin sağlıklı kişilerde farklı pozisyonlarda iken doku üzerine uygulanan basınç genellikle kapiller basıncın üzerinde olmasına karşın basınç yarası oluşmaması, basıncın süresi ile ilişkilidir. Çünkü hareket etme ve duysal algılama problemi olmayan sağlıklı kişiler kapiller kapandığı zaman ortaya çıkan doku hipoksisinin yol açtığı rahatsızlığı hisseder ve pozisyon değiştirerek, basıncı başka noktalara kaydırır. Süre ile basıncın yoğunluğu arasında ters bir ilişki vardır. Düşük basınç uzun sürede, yüksek basınç kısa sürede doku hasarı oluşturur. Ancak literatürde, basınç yaralarının gelişmesi için gerekli olan süre konusunda belirsizlikler vardır. Yücel'in çalışmasında ye alan Koksiak'ın köpekler üzerinde yaptığı 1959 tarihli çalışmasında, 2 saat boyunca uygulanan 70 mmHg basıncın geri dönüşü olmayan doku hasarına yol açtığı belirtilmiştir (*Yücel, 2001*).

Benzer şekilde, normal ve paralitik domuzlarda yapılan bir çalışmada da 2 saat süreyle uygulanan 70 mmHg basıncın, geriye dönüşsüz doku hasarı oluşturduğu saptanmış, aralıklı olarak basıncın giderilmesi ile 240 mmHg gibi yüksek basınçlarda bile minimal değişiklikler olduğu belirtilmiştir (*Çizmeci O, emekli U, 2002*).

Basınçtan değişik dokular farklı oranlarda etkilenirler. Bunun nedeni dokuların basınca karşı hassasiyetlerinin farklı olması yani dokunun toleransı, basıncın yoğunluğu ve süresi ile ilgilidir. Ne kadar basınç uygulanması gerektiği ve bu basınç ne kadar süreyle devam ederse hasar oluşan kişinin doku toleransına bağlıdır. Yaş, dehidretasyon, protein eksikliği, kortikosteroid kullanımı, stres, sıcaklık, kan basıncı, ilaç kullanımı, mevcut hastalıklar ve sigara kullanımı doku toleransını etkileyen faktörlerdir. Basınçtan değişik dokuların farklı oranlarda etkilenmesinin bir diğer nedeni, basıncın farklı doku derinliklerine farklı yansımasıdır. Doku içi basınç ölçümleri basıncın kemiğe komşu derin dokularda daha geniş bir alanda etkili olduğu, yüzeyde ise dar bir bölgeye yansıdığını göstermektedir. Böylelikle, derinde yer alan ve

iskemiye dayanıksız olan kas dokusunda hem daha erken, hem de daha büyük bir nekroz gelişirken, yüzeydeki cilt fazla etkilenmez. Derine doğru genişleyen bir koni şeklinde gelişen basınç yaralarında, cilt yaraları genellikle buzdağının görünen kısmı gibidir ve esas hasar daha derindedir (*Sönmez, 2003*).

4.4.2.2.Sürtünme ve Yırtılma

Dokunun bir yüzey üzerinde hareket etmesi sonucu ortaya çıkan sürtünme, tek başına sadece epidermisi ve dermisin üst tabakasında zedelenmeye yol açar. Ancak sürtünme yerçekiminin etkisiyle birleştiğinde; bir makaslama etkisi yaratarak derin dokularda yırtılmalara neden olur. İlk kez 1958 yılında tanımlanan yırtılma, yerçekimi ile sürtünme arasındaki etkileşim sonucu ortaya çıkmaktadır. Cilt sürekli olarak vücudu, temas ettiği yüzey üzerinde sabit tutmaya çalışır. Bununla birlikte yerçekiminin etkiyle iskelet aşağıya doğru kaymaya eğilimlidir. Bu iki ters kuvvetin arasında gerilen damarlarda yırtılmalar oluşur, doku perfüzyonu bozulur ve doku hasarı gelişir. Cilt serbest olarak hareket etmediği için yırtılmanın asıl etkisi kemik çıkıntılarının üzerindeki derin dokularda görülmektedir. Hastanın çarşaf kullanılmadan yatağın başucuna doğru çekilmesi, kötü oturma pozisyonu, kötü yatak pozisyonu ve transferler sırasında hastayı kaldırıp taşımak yerine kaydırmak sürtünmeye; yatağın başucunun 30°C'den fazla yükseltilmesi, uygun olmayan transfer, banyo ve giyinme ise yırtılmalara yol açar (*Levi B, Rees R; 2007*).

4.4.2.3. Hareketsizlik

Basınç yarası gelişmesinde önemli bir faktördür. Hareketsizlikte yara açılmasına neden olan etmen kişinin, doku üzerine uygulanan basıncı ortadan kaldıramamasıdır. Hareket etme yeteneği düşük olan hastalar vücut pozisyonlarını kendi başlarına değiştiremez ve basınca maruz kalan bölgelerde doku perfüzyonu bozularak yara oluşumu kolaylaşır. Hareketsizlik nedeniyle birçok sistem etkilenmektedir. Dermal sistemde de azalmış kapiller sirkülasyon ve epidermal kalınlaşma, elastik fibrillerde kayıp, yağ ve ter bezlerinde kayıp gibi değişiklikler ortaya çıkar. Diğer sistemlerde olan değişikliklerle birlikte tüm bu gözlenen değişiklikler, basınç yarası gelişimine yatkınlık yaratabilir.

Basınç yarası gelişiminde yaşlılar, spinal kord yaralanmalı hastalar, bacak ve kalça kırığı olanlar ve felçli hastalar en yüksek riskli hasta grubu olmakla birlikte hareketsiz olan herhangi bir kişi de risk altındadır. Bu hastalarda görülen duyuşal defisitlere bağılı olarak uzun süreli lokal basınç ile ilişkili ağrı ve rahatsızlık hissi algılamasında bozulma görülür ve bu da pozisyon değıştirme sıklığında azalmaya neden olarak basınç yarası gelişimine neden olur. Yapılan bir çalışmada ise hareketsiz, yatağı bağımlı ve sadece oturabilecek düzeyde aktiviteye sahip hastalarda, basınç yaralarının anlamlı düzeyde daha sık görüldüğü saptanmıştır (*Hug ve ark, 2001*).

4.4.2.4. Nem

“Nem tek başına bağı dokusunu zayıflatarak cildi basınç yarası gelişmesine daha yatkın bir hale getirebilir. Uzun süre neme maruz kalan epidermis tabakasında, önce yumuşama daha sonra ise doku bütünlüğünde bozulma gelişir. İdrar ve dışkısını tutamayan ya da aşırı terleyen kişilerde basınç yarası gelişme riski yüksektir. Aynı zamanda nemli cilt, elbiselere veya yatak örtülerine yapışıp, makaslamaya neden olarak basınç yarası gelişme riski oluşabilir (*Uzun Ö, 2010; Karadağ M, Gümüşkaya N;2006*).

4.4.2.5.Yaş

Yaşın ilerlemesi ile birlikte ortaya çıkan bazı değışiklikler basınç yaralarının gelişmesinde rol oynamaktadır. Cilt perfüzyonu ve turgorunda bozulma, serum albümin düzeyi ve immün cevapta azalma, zayıflık, doku elastikiyeti kaybı, epidermis ve dermis arasındaki bağılantının zayıflaması ve mental durumun bozulması yaşlılarda basınç yarası gelişmesinde rol oynayan faktörlerdendir (*Baydar M,2007*). Yapılan araştırmalar, basınç yarası oluşın hastalarla, basınç yarası olmayan hastalarda yaşla ilgili belirgin farklılıklar bulunduğunu ortaya koymaktadır. Yapılan bir başka çalışma yaş ilerledikçe bu oranın artarak 70 yaş üzerinde %71'e yükseldiğini göstermektedir(*Levi B,Ress R;2007*). 65 yaş ve üzerinin deri turgorunun bozulması, elastikiyetinin azalması, perfüzyon kapasitesinin düşmesi ve kronik hastalıkların daha sık görülmesi nedeni ile riskli grup olduğı ve ileri yaş grubunda basınca gecikmiş bir hiperemik yanıt oluştuğı bildirilmektedir (*Kurtuluş Z, Pınar R, 2003*).

4.4.2.6.Beslenme

Beslenme yetersizliği, basınç yaralarının gelişmesinde ve doku iyileşmesinde rol oynayan diğeri bir önemli faktördür. Sağlıklı doku, yara iyileşmesi ve immün sistemin güçlü olması için temel besin maddelerinin vücuda alınması gerekir. Beslenme bozukluğu kilo kaybına ve cilt direncinin korunmasında rol alan bazı vitamin ve minerallerin eksikliğine yol açar. Ciddi protein-kalori malnütrisiyonu doku yenilenmesini, inflamatuvar yanıtı ve immün fonksiyonu etkiler. Özellikle yoğun bakımda yatan hastalarda metabolizmada olan değışiklikler, negatif nitrojen dengesine neden olur. Bunun sonucunda subkütan doku kaybıyla birlikte belirli bölgelerde daha fazla basına maruz kalma ve yara iyileşmesinde bozulma gelişir (*Thomas 2001,Karadağ 2003*). Thomas (2001) beslenme bozukluğu olan hastaların %17'sinde, beslenme bozukluğu olmayan hastaların ise %9'unda hastaneye yatışlarının 4.haftasında basınç yarası geliştiğini saptamıştır. Thomas'ın çalışmasında yer verdiği Hug ve ark'nın çalışmasında (2001) da kilo kaybı ve hafif beslenme yetersizliği olan, ayrıca parenteral yolla beslenen hastalarda, basınç yarasının daha sık oluştuğu ortaya konulmuştur. Düşük serum albümin düzeyleri de basınç yarası gelişimiyle ilişkili olduğu düşük serum albümin düzeyi, nedeni ne olursa olsun intertisyel ödemle sonuçlandığında hasarlanmış dokuya gerekli maddelerin geçişini azaltarak yara iyileşmesinde bozulmaya neden olduğu belirtilmektedir (*Karadağ, 2003*).

4.4.2.7.Sıcaklık

Basınç yarası gelişiminde sıcaklık değışiklikleri de önemli bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Vücut sıcaklığının yükselmesi, metabolizma hızında artmaya dolayısıyla hücrelerde oksijen ihtiyacının artmasına neden olmaktadır.1°C'lik sıcaklık artışının doku metabolizması ve oksijen ihtiyacında %10'luk bir artışa neden olduğu tahmin edilmektedir. Bu da cilt hasarı için potansiyel bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir (*Uzun, 2010*).

4.4.2.8.Hastalıklar

Hareket kısıtlılığına yol açan, dokulara kan ve oksijen taşınmasını etkileyen hastalıklar basınç yarası gelişmesini kolaylaştırır. Periferik vasküler hastalıklar, diabetes mellitus, konjestif kalp yetmezliği, progresif nörolojik hastalıklar, renal hastalıklar, obezite ve malnutrasyon yara iyileşmesini olumsuz yönde etkilemektedir (Baydar, 2007).

4.4.2.9.Diğer Faktörler

Potansiyel risk faktörü olarak ileri sürülen diğer etmenler erkek cinsiyet, düşük vücut kitle indeksi, kuru ve kepekli cilt, hipotansiyon, basınç yarası öyküsü, akut kırık, alkolizm, sigara, ağrı, enfeksiyon, dehidratasyon, steroid kullanımı şeklinde sıralanabilir. Stres, depresyon, eğitim ve gelir düzeyi düşüklüğü gibi psikolojik ve sosyoekonomik risk faktörleri de basınç yarası gelişiminde risk faktörü olabileceği üzerinde durulmaktadır (Tıkız, 2007).

4.4.3. Basınç Yaralarının Önlenmesi

Basınç yaralarının görülme sıklığını azaltmak için atılan en önemli adım yara oluşmasına neden olan faktörlerin belirlenmesi ve yaraların oluşmadan önlenmeye çalışılmasıdır. Hasta ve ailesi için biyo-psikososyal ve ekonomik açıdan oldukça zorlayıcı bir durum olan basınç yaralarının tedavi ve bakımı, uzun süre devam eder yanı sıra ekonomik açıdandı ek bir yük oluşturur (Mert, 2012).

Basınç yaralarının önlenmesine yönelik adımlar;

- ✓ Risk değerlendirmesi,
- ✓ Deri inspeksiyon ve bakımı,
- ✓ Pozisyon verme,
- ✓ Eğitim,
- ✓ Beslenme
- ✓ Basınç yarasını önlemede kullanılan cihazlar, olarak sıralanabilir (Uzun, 2010; Kurtuluş Z, Pınar R, 2003).

4.4.3.1.Risk Değerlendirmesi

Basınç yarası riskini tanılama ölçekleri, riskli hastaların belirlenmesine, basınç yarasını önleyici hemşirelik uygulamalarının planlanmasına, bakım maliyetinin azaltılmasına katkı sağlamaktadır. Yoğun bakım ünitesine kabul edilen hastalar sistemik etkilenmelere açık olmaları çoğunlukla algılama ve hareket yeteneğini kaybetmiş olmaları, kullanılan tedavi seçenekleri ve yoğun bakımın özellikleri nedeniyle basınç yarası riski yüksek olan bireylerdir. Risk değerlendirme ölçeklerinin, hastaların basınç yarasını önleyici bakıma ne kadar gereksinimi olduğunu belirlemede yararlı olduğu ve bu ölçeklerin kullanımının basınç yarası sayısının azaltılmasına katkı verdiği belirtilmektedir. Basınç yarası risk değerlendirmesi yapılmayan kurumlarda basınç yarası görülme sıklığının daha yüksek olduğu bildirilmektedir. Risk değerlendirmesinin formal olarak yapılması ve risk düzeyi ile ilişkili olarak önleyici bakımın uygulanması durumunda basınç yarası görülme sıklığının %60 oranında azaldığı bildirilmektedir (Mert, 2012).

Basınç yarasını önlemenin en önemli yollarından biri riskli bireyleri erken dönemde tanılamaktır. Basınç yarası gelişme olasılığı ya da riski; yaşlı hastalarda (özellikle 70 yaş ve üstü bireyler), kronik hastalığı olanlarda (özellikle diyabetli olanlar), yatağa tam ya da kısmi bağımlı olanlarda, bilinci açık olmayan bireylerde, duyu kaybı olanlarda, inkontinansı olanlarda, obez ya da kaşektik bireylerde, hipotansiyonu (90/60mmHg ↓) olan hastalarda yüksektir (Durna,2013).

Risk Değerlendirme Araçları

Uluslararası yara bakım protokolleri basınç yaralarının önlenmesinde; risk değerlendirme araçlarının kullanılmasını önermektedir. Çünkü klinikte çalışan hemşirelerin ölçek kullanması, riskli hastayı tanımlarını ve profesyonel hemşirelik bakımı vermelerini sağlayacaktır.

Risk değerlendirme araçlarının, objektif, güvenilir, kullanımı kolay, maliyet etkinliği olan ve prospektif çalışmalarda geçerli olan araçlar olması gerekmektedir. Bir ölçeğin güvenilirliği, onu kullanan hemşirelerin belirli hastalar için hemen hemen her

defasında aynı skoru elde etmeleri ile geçerliliği ise basınç yarası gelişen hastaları doğru tanımlamak için skrolama sisteminin tahmin etme yeteneği ile ilişkilidir (Keller ve ark, 2002).

Ancak, pek çok kaynak farklı ölçeklerin güvenilirliği ve geçerliliğinin sorgulanması gerektiğini ortaya koymaktadır. Ya da başka bir deyişle çeşitli ölçeklerin değerlendirme kriterleri ve onların yeterliliği ile ilgili bir fikir birliği oluşturulamamıştır. Bu nedenle basınç yarası oluşumunu değerlendirmede risk değerlendirme ölçekleri ile birlikte deneyimli hemşireler tarafından klinik değerlendirmelerin yapılması ve kararın bu şekilde verilmesinin uygun olacağı görüşleri bulunmaktadır (Mert, 2012).

Yine, yapılan bazı çalışmalar kullanılan risk değerlendirme ölçeklerinin tahmin etme (hassasiyet, spesifite ve tahmin etme değeri) geçerliğini incelemiş ve farklı kliniklerde ve farklı hasta popülasyonlarında aynı ölçek ya da farklı ölçek kullanılarak elde edilen sonuçların birbirlerinden oldukça farklı olduğunu ortaya koymuştur (Papanikolaou ve ark, 2007).

Aynı zamanda bu ölçeklerin yüksek hassasiyette oldukları ancak spesifik olmadıklarına da işaret edilmektedir. Bu konudaki pek çok eleştiri, bu ölçeklerin geriatrik ve ortopedik hastalar için geliştirilmiş olup, diğer hasta grupları için de kullanılıyor olmasıdır. Örn; Waterlow ve Braden Risk değerlendirme ölçekleri hastanede yatan hastalar için oluşturulmuş ölçeklerdir. Bunların tekerlekli sandalyedeki hastalar için kullanılması uygun bulunmamaktadır (Theaker ve ark, 2005).

Bununla beraber basınç yaraları gelişiminin risk faktörleri ile ilişkili olarak yoğun bakım hastaları için geliştirilmiş özel bir risk değerlendirme aracı da bulunmamaktadır.

Risk değerlendirme ölçekleri ile ilgili bu eleştirilerin yanında, literatürde bu konuyla ilgili çözümlenmemiş sorunlar ise aşağıdaki gibi sıralanmaktadır.

✓ *Eğitim Gereksinimi:* Ölçeklerin kullanımının kolay olduğu söylenece doğru ve güvenilir ölçümlerin elde edilmesi için ölçeklerin uygun şekilde eğitilmiş hemşireler tarafından kullanılması gerektiği vurgulanmaktadır (Mayor M, Roberts A, 1999).

✓ *Açıklık (Netlik) Gereksinimi:* Norton (1996) tarafından yapılan çalışmada, Norton ve Waterlow ölçeklerinin risk bileşenlerinin tanımının açık bir şekilde yapılmadığı belirtilmektedir. Bu tanımlayıcı bilgilerdeki eksikliğin kullanıcıların ölçekteki her bir maddeyi değerlendirmeleri sırasında yanlış sonuç çıkarma riskini arttırdığını ortaya koymuştur.

✓ *Tahmin Etme Yetenekleri:* Papanikolaou ve ark. (2007)'nin belirttiğine göre Rycroft-Malone (2000) tarafından yapılan çalışma, ölçeklerin uygun şekilde değerlendirme yapamadıklarını ve bu yüzden güvenilirliklerinin zayıf olduğunu vurgulamaktadır Benzer olarak Kelly (2005) yaptığı çalışmada, Waterlow risk ölçeğinin güvenilirliğinin zayıf olduğunu belirlemiştir. Dolayısıyla son yapılan çalışmalarda da risk değerlendirme aktivitelerinin klinik değerlendirmelerden ayrı değil, birlikte düşünülmesi gerektiği vurgulanmaktadır.

✓ *Total Risk Skorunun Belirlenmesi:* Ölçeklerde, önerilen total risk skoruyla ilgili tartışmalar mevcuttur. Örn, Papanikolaou ve ark (2006)'larının bildirdiğine göre, Clark ve Farrar (1992) yaptıkları çalışmada Norton, Braden ve Waterlow ölçeklerinin skorlamalarının, riskli ve risksiz durumlarda birbirleriyle eşleşmediğini belirlemişlerdir. Yine, Anthony ve Unsworth (1998), Waterlow ölçeğinin total risk skoru 15 ve üstüne getirildiğinde, tekerlekli sandalyedeki hastalarda kullanımının doğru sonuçlar verdiğini Bergquist ve Frantz (2001) ise Braden ölçeğinin total risk skorunun 19'a getirildiğinde yaşlı evde bakım hastalarında doğru sonuçlar verdiğini belirtmektedirler. Bu çalışmalar total risk skorunun belirlenmesi ile ilgili sorunlar olduğunu göstermektedir. Bu sorunları aşmak için, her bir sağlık bakım ünitesinin ampirik bilgiler göz önünde bulundurularak ve hasta grupları dikkate alınarak kendisinin total risk skorlarını belirlemesi bir çözüm olarak önerilmektedir (Keller ve ark,2002).

✓ *Skorlama Tekniği:* Her bir risk ölçeğinin alt risk faktörü total skora eşit olarak etki etmektedir. Bu kolay bir skorlama yöntemi olmasına rağmen bazı durumlarda hataya sebep olmaktadır. Çünkü basınç yarası oluşumunda bazı risk faktörleri diğerlerinden daha önemlidir.

Basınç yarası oluşma riskini değerlendiren çok sayıda risk değerlendirme aracı bulunmaktadır. Bu araçlar içinde en sık kullanılanlar Norton ölçeği, Braden ölçeği, Waterlow ölçeği ve Gosnell ölçeğidir (Mert, 2012).

Ülkemizde ise klinik ortamlarda basınç yarası risk değerlendirme ölçeklerinin yaygın olarak kullanılmadığı, sınırlı düzeydeki kullanımlarda ise Braden ve Norton basınç yarası risk değerlendirme ölçeklerinin kullanıldığı görülmektedir. Ancak aşağıda gösterilen (Akyol, 2006).

Norton Ölçeği: 1962 yılında Doreen Norton tarafından geliştirilen ölçek fiziksel durum, mental durum, aktivite, mobilite ve inkontinans olmak üzere beş risk faktörü içermektedir. Ölçeğin her bir risk faktörü 1-4 puan arasında oranlanmıştır. Toplam puan 5-20 arasında değişmekte olup, 14 puan ve altı hastaların risk grubunda olduğunu göstermektedir (Mert, 2012).

Braden Ölçeği: 1987 yılında Barbara Braden tarafından geliştirilen ölçek, uyarının algılanması, nemlilik, aktivite, hareket, beslenme, sürtünme ve tahriş olmak üzere altı risk faktörü içermektedir. Sürtünme ve tahriş 1-3 puan, diğer beş risk 1-4 puan, toplam puan 6-23 arasında değişmektedir. 12 puan ve altı yüksek riski, 13-14 puan riski, 15-16 puan düşük riski göstermektedir. 75 yaş üzerindeki kişilerde ise 15-18 puan düşük riskli olarak kabul edilmektedir (Oğuz, 1997)

Tablo4.4.3.1.1 : Braden Skalası

Duyusal algı Basınç ya da rahatsız edici durumları algılama	1. Tamamen yanıtız Bilinç düzeyinde değişiklik veya sedasyon nedeniyle ağırlı uyaranlara (yakalama inleme çekme vb.) Yanıtın olmaması veya tüm vücutta ağrıyı hissetmede sınırlı	2. Sadece ağırlı uyaranlara çok sınırlı yanıt; Rahatsızlığı dile getiremem, yalnızca inleme/ huzursuzluk ile ifade edebilme veya vücudun yarısındaki ağrı/rahatsızlığı hissetme	3. Sözlü komutlara kısmen yanıt; Rahatsızlık veya dönme isteğini dile getiremem ya da 1-2 ekstremitede rahatsızlık veya ağrı hissetmede sınırlılık	4. Normal sözel yanıt; Sözel komutları algılama, ağrı, rahatsızlığını dile getirmede sorun yok.	Puan
Nemlilik Derideki nemin derecesi	1. Tamamen nemli Ter veya idrarla derinin sürekli nemli olması; hasta çevrilirken, taşırken vücudu kurulanmalı	2. Çok nemli Deri sıklıkla nemli fakat her zaman değil; çarşaf her şiftte bir kez değiştirilmeli	3. Ara sıra nemli Deri ara sıra nemli; günde bir kez ekstra çarşaf değiştirmek gerekir.	4. Nadiren nemli Deri genelde kuru; rutin aralarla çarşaf değiştirilmeli.	
Aktivite Fiziksel faaliyet derecesi	1. Yatağa bağımlı Sürekli yatakta	2. Tekerlekli sandalyeye bağımlı Yürüme sınırlı/yok. Kendini kaldıramıyor ve/veya sandalyeye yardımla oturuyor.	3. Aralıklı yürüyor Gün boyunca ara sıra kısa aralarla yardımla/ yarımsız yürüyor. Zamanın çoğunu yatakta/ sandalyede geçiriyor.	4. Sık yürüyor. Oda içinde, dışında günde en az iki kez veya iki saatte bir yürüyor.	
Hareket Pozisyon değiştirme derecesi	1. Tamamen hareketsiz Yardımsız pozisyon değiştiremiyor	2. Çok sınırlı Vücuduna ekstremitelerine sınırlı olarak bağımsız pozisyon değiştirebiliyor.	3. Hafif sınırlı Vücudunun veya ekstremitelerinin pozisyonunu sık sık değiştirebiliyor.	4. Sınırlı yok Yardım olmadan her türlü pozisyonu alabiliyor.	
Beslenme Yiyecek alımı	1. Çok zayıf Asla yemeğin tamamını almıyor. Nadiren yemeğin yansını yiyor. Günde iki porsiyondan az protein alıyor. Sıvı az alıyor. Destekleyici sıvı diyet almıyor. Veya NPO/IV ile beş günden fazla besleniyor.	2. Muhtemelen yetersiz Nadiren, sunulan yemeğin tamamını yiyor, genellikle, yansını yiyor. Yalnızca günde üç porsiyon protein alıyor. Genelde verilen diyeti alıyor. Veya IV sıvı diyet/tüple besleniyor.	3. Yeterli besleniyor Sunulan dört porsiyon proteini alıyor. Veya beslenme ihtiyacı TPN/tüple karşılanıyor.	4. Mükemmel Sunulan her yemeği alıyor.	
Tablo 2-. Braden skalası (devamı)					
Sürtünme ve yırtılma	1. Problem Taşırken yardıma ihtiyacı var. Çarşafı taşıyabiliyor. Spastisite, kontraktür ve ajitasyon sürtünmeye neden oluyor.	2. Olası problem Taşırken az yardıma ihtiyacı var. Yatak veya sandalyede iyi pozisyon alabiliyor.	3. Sorun Yok Yatakta sandalyede bağımsız olarak hareket edebiliyor, iyi pozisyonlar alabiliyor.		
Toplam Puan					
15-16 puan (75 yaş üzerindeki bireylerde 15-18 puan) = Düşük risk, 13-14 puan = Orta risk 12 veya daha az puan = Yüksek risk IV: İntravenöz					

(M. Mollaoğlu ve ark; 2008)

Waterlow Ölçeği: 1984 yılında geliştirilen ölçek, vücut yapısı ve kilo, miksiyon ve defekasyonu kontrol edebilme, cilt tipi, hareket, cinsiyet, yaş ve iştah olmak üzere altı risk faktörü içermektedir. Bunun yanında ölçek, doku malnütrisiyonu, nörolojik yetersizlikler, cerrahi girişimler, travma ve bazı ilaçlar gibi risk faktörleri konusunda kullanıcıyı uyardığı bir bölüm içermektedir. Negatif puanlamaya sahip ölçekte, sıfır ve altında puan alanların risk grubunda olmadığı kabul edilir (Korkmaz, 2009)

Tablo 4.4.3.1.2 :Waterlow Ölçeği

Parametre	Bulgu/bulgular	Risk puanı
Genel Risk Faktörleri		
Cinsiyet	Erkek	1
	Kadın	2
Yaş	14 – 49	1
	50 – 64	2
	65 – 74	3
	75 – 80	4
	80 +	5
Boya göre ağırlık oranı	Normal	0
	Normalden fazla	1
	Obez	2
	Normalden az	3
İştah	Normal	0
	Azalmış	1
	Nazaogastrik beslenme	2
	Sadece damardan sıvı	2
	İştahsız, ağızdan hiç almıyor	2
İdrar ve dışkı tutma	Normal	0
	İdrar sondası var, dışkılama normal	0
	Arasına idrar veya dışkı kaçırma	1
	İdrar sondası var, dışkı kaçırıyor	2
	İdrar ve dışkı kaçırma sürekli	3
Hareketlilik	Normal	0
	Huzursuz, yerinde duramıyor	1
	Dalgin, etrafla ilgisiz	2
	Hareket kısıtlılığı var	3
	Hareket edemiyor	4
	Sandalyeye bağımlı	5
Riskli deri bölgelerinde derinin görünümü	Normal	0
	İncelmiş (kagit gibi)	1
	Kuru veya şiş veya yapışkan	1
	Renk değişikliği var	2
	Deride çatlaklar var	3

Tablo 4.4.3.1.2'nin devamı

Özel Risk Faktörleri		
İleri hastalıkta aşırı zayıflık		8
Kalp yetmezliği		5
El ve ayak damarlar hastalıkları		5
Kansızlık		2
Sigara içimi		1
Beyin-sinir (nörolojik) bozukluğu	Hafif dereceli	4
	Orta dereceli	5
	Ağır dereceli	6
Büyük ameliyat veya travma	Ortopedik cerrahi, alt karın, bacak ameliyatı	5
	İki saatten uzun süren omurilik ameliyatı	5
Kullanılan ilaçlar	Steroid ilaçlar, kanser ilaçları, yüksek doz anti-inflamatuvar ilaçlar	4

(Sayar S ve ark; 2009)

Gosnell Ölçeği: 1973 yılında Davina Gosnell tarafından geliştirilen ölçek, mental durum, kontinans, mobilite, aktivite ve beslenme olmak üzere beş risk faktörü içermektedir. Mental durum 1-5 puan, kontinans, mobilite ve aktivite 1-4 puan, beslenme ise 1-3 puan arasında değerlendirilmiş olup, toplam puan 5-20 arasında değişmektedir. 12 puan ve altı basınç yaralarının gelişimi için riski işaret etmektedir (Oğuz, 1997).

Knoll Ölçeği: Hastanede geniş çaplı akut bakım alan hastaların risk faktörleri temel alınarak geliştirilmiştir. Genel sağlık durumuyla ilgili 8 faktörü içermektedir. Bunlar; mental durum, aktivite, hareketlilik, inkontinans, ağızdan beslenme, ağızdan sıvı alımı ve hastalıklara yatkınlıktır. Toplam puan 0 ila 33 arasındadır. Yüksek toplam puan, basınç yarası gelişimi için büyük bir risk taşıdığını gösterir. Risk puanı 12 veya daha üstüdür (Erçöçen ve ark, 2000).

Suriadi ve Sanada Basınç Yarası Risk Değerlendirme Ölçeği: S.S.Ölçeği Endonezya'da prognostik araştırma sonucu yoğun bakım ünitelerinde kullanılmak üzere geliştirilmiş basınç yarası risk değerlendirme ölçeğidir. Bu ölçekte basınç yarası risk faktörleri aşama aşama araştırılmış ve üç risk faktörü belirlenerek, ölçeğe entegre edilmiştir. Bu risk faktörleri; ara yüzey basıncı, vücut sıcaklığı ve sigara kullanımı olarak belirlenmiştir. Her risk faktörü de iki katogoriye bölünmüştür. Yüzey basıncı

mmHg değerinde 0 ve 3, vücut ısısı 0 ve 4, sigara kullanımı 0 ve 2 olarak puanlanmıştır. Toplam puan 0-9 arasında değerlendirilmiş, 4 ve üzeri basınç yarası gelişimi için risk olarak kabul edilmiştir (Mert, 2012).

Basınç Yarası Risk Değerlendirmesi Ne Zaman Yapılmalıdır?

Basınç yarası önleme ile ilgili Sağlık Bakım Politikaları ve Araştırmaları Ajansı (AHCPR) klinik uygulama rehberi, ilk basınç yarası değerlendirmesinin hastaneye kabulde ve sonraki değerlendirmelerin de periyodik aralıklarla yapılmasını önermektedir.

Akut bakımda; yoğun bakım ünitesi gibi akut bakım ünitelerinde hasta kabul anında, daha sonra her 48 saatte bir veya hastanın durumu değiştiğinde tekrar değerlendirme yapılmalı, Uzun dönem bakımda; ilk kabulde, sonra 4 hafta sürecinde haftalık tekrar değerlendirme, ondan sonra üç ayda bir ve hastanın durumu değiştiğinde yapılmalı.

Evde sağlık bakımında; ise ilk kabulden sonra her ziyarette tekrar değerlendirme yapılması önerilmektedir (Baydar M,2007). Değerlendirme için günün hangi zamanının en uygun olduğu ile ilgili yapılan çalışmalarda, risk değerlendirmesinden elde edilen puanların günün bölümüne göre değişiklik gösterip göstermediği ile ilgili hiçbir fark bulunamamıştır. Ev bakımının dışında hasta bakım aktiviteleri çalışma periyotlarına göre değişebileceği, risk değerlendirmesi için en uygun ve en yeterli zaman ayırmaya bağlı olarak gündüz veya akşam periyodunda yapılabileceği belirtilmektedir (Beğer, 2004; Karadağ M, Gümüşkaya N.2006; ınar ND, Sevgi F.2001).

4.4.3.2.Pozisyon Verme

Pozisyon verme ile kemik çıkıntılar üzerinde uzun süreli basıncı ortadan kaldırma, kemik çıkıntılarının birbiri ile temasını engelleme, sürtünme ve makaslamaya bağlı hasarın en alt düzeye indirilmesi amaçlanır. Teorik olarak amaç, doku basıncının 32 mmHg'a indirilmesidir. Yara gelişme riski yüksek olan hastalarda pozisyon değiştirilmeli ve sıklık kişiye göre belirlenmelidir. Bununla birlikte basıncın azaltılması ya da ortadan kaldırılması için önerilen, hastaya yatak içinde 2 saati aşmayan aralıklarla

pozisyon verilmesidir. Belirlenen iki saatlik süre aslında hastanın bir pozisyonunda kalabileceği en uzun süreyi ifade etmektedir (*Gündüz B, 2007*).

Uygun pozisyon vermek için hastanın tolere ettiği tüm pozisyonlar kullanılabilir. Fakat hastaların yan yatar pozisyonunda tam trokanter üzerine yatması önerilmemektedir. Hastaların yatış pozisyonlarını korumak için, kemik çıkıntılara ek destek sağlamak amacıyla yastıklardan yararlanılabilir.

Hastaları çevirirken veya transfer esnasında sürtünmeyi ve makaslamayı engellemek için çarşaf veya cihazlar kullanılmalıdır. Çok yaygın bir şekilde yapıldığı gibi hasta iki kişi tarafından koltuk altından tutularak yukarı doğru çekilmemelidir. Hastayı yatak içinde hareket ettirme sırasında dirsek, topuk, sakrum ve kafanın arka kısmı sürtünmeden korunmalıdır (*Mert, 2012*).

Hastanın başucu mümkünse 30 dereceden fazla kaldırılmamalıdır. Yatak başı seviyesinin belirlenen değerden daha fazla yükseltilmesi, basınç yarası gelişiminde önemli risk faktörleri olan makaslama etkisi ve sürtünmeyi arttırmakta ve dolayısı ile basınç yaralarının oluşumunu arttırmaktadır.

Tekerlekli sandalye veya koltukta uzun süre oturan hastalar için de, 25-30 dakikada bir 30 saniye süre ile ağırlık aktarımı yapılması önerilmektedir (*Özer ve ark.2007; Korkmaz.2009*).

4.4.3.3. Eğitim

Tüm sağlık çalışanları, riskli hastalar ve yakınları basınç yarası risk değerlendirmesi ve önleme konusunda eğitilmelidir. Bu eğitimler basınç yarası etyolojisi, risk değerlendirme araçları ve uygulanması, cilt değerlendirmesi, destek yüzeylerin seçim ve kullanımı, bireysel cilt bakım programlarının geliştirilip uygulanması, doku yıkımını azaltacak şekilde pozisyon verme ve elde edilen verilerin toparlanması konularını içermelidir. Aynı zamanda basınç yarası riski olan veya yeni gelişmiş hastalara basınç yarısından korunmaya yönelik bilgilerin yazılı ve sözlü olarak verilmesi önerilmektedir (*Kurtuluş Z, Pınar R.2003; Gündüz B.2007*).

4.4.3.4.Beslenme

Beslenme durumu basınç yaralarının insidansını ve şiddetini etkiler. Serum albumin seviyesinin düşük olması yaranın oluşması veya iyileşmenin gecikmesinde etkilidir. Hipoalbuminemi onkotik basınç değişikliğine sebep olarak, basınç yaraları için tek başına önemli bir sorun olan ödeme yol açar. Ödemli dokunun kan dolaşımı azalır. Kapiller dolaşımda basınç değişimi olmadığından zararlı maddeler de atılamaz. Oluşan ödem ile birlikte küçük bir basınç, sürtünme veya tahriş ile doku bütünlüğü kolayca bozulur. Hemoglobinin değeri 12 gr/dl'nin altında olduğunda doku direnci ciddi derecede düşer. Kanın oksijen taşıma kapasitesi azalır. Takiben doku iyileşme yeteneği azalır ve basıncın iskemik etkileri ortaya çıkar. Bu gruptaki hastaların basınç yaraları diğer hastalara göre geniş ve derin özelliktedir.

Bütün bu sebeplerden dolayı, basınç yaralarının önlenmesi ve tedavisinde hastanın uygun ve yeterli beslenmesi önemlidir. Yeterli kalori, vitamin ve mineraller ile birlikte proteinden zengin bir diyet dokunun normal durumda olmasını sağlar ve iyileşmeyi hızlandırır. Dokuda bir hasar meydana geldiğinde iyileşme için daha fazla enerjiye ve besine gereksinim olur. Besin yetersizliği iyileşmenin bozulmasına ya da gecikmesine yol açabilir. Doku bütünlüğünün bozulduğu durumlarda özellikle artan protein gereksiniminin ve bu ihtiyacın karşılanması gerekir (*Gürçay E, Bal A, Çakıcı A.2008*).

4.4.3.5.Basınç Yarasını Önlemede Kullanılan Cihaz ve Yardımcı Araç/Gereçler

Basınç yarası önleme stratejilerinin amacı, hasta ile destek yüzeyi arasındaki basıncın süre veya boyutunu azaltmaktır. Bu ya el ile pozisyon verme ile olur veya bu amaçla basınç azaltıcı destek yüzeyleri kullanılır. Uygulamada basıncı 32mmHg'nın altında tutan cihazlar eşliğinde, havalı yataklar ve özel minderler kullanılmaktadır. Ancak bu araçların kullanılmasında bireylerin gereksinimleri temel alınmalı ve bu konuda sağlık çalışanları ya da uzman kişilerin görüşlerine başvurulmalıdır. Özel yataklar, sıvı ve hava dolu yataklar, yatak örtüleri veya koyun postu kullanımı hareketsiz vücut parçaları üzerindeki basıncı eşit olarak dağıtır (Sağnak ve Çınar 2005, EPUAP and NPUAP 2009). Basıncın hastanın vücut yüzeyi üzerinde

eşit olarak dağıtılmasıyla, cilt üzerine daha az basınç uygulanmış olur. Basınç yaraları gelişme riski yüksek olan hastalar, mümkün olan en erken dönemde bu tür destek yüzeyleri üzerine yatırılmalıdır. Hasta sandalye veya koltuktayken oturma minderleri kullanılmalıdır. Geçmişte bu amaca yönelik kullanılan koyun postu, su yastıkları, pamuk bandaj gibi benzeri yardımcı araçların günümüzde uygun olmadığı, noktasal basıncı artırdığı ve dokunun kan dolaşımını istenmeyen şekilde azalttığı belirtilmektedir. (*Avusturya dekübütüs önleme derneği; 2011, Gürçay, Bal, Çakıcı; 2008*).

Uygulamada basıncı 32mmHg'nın altında tutan cihazlar, su dolu yataklar eşliğinde havalı yataklar kullanılmakta ise de güncel literatürde basıncı azaltmak için düşük ve yüksek teknolojik cihazlardan yararlanılır.

Düşük teknolojik cihazlar: Statik cihaz olarak da adlandırılırlar ve basıncı daha geniş bir alana yayarlar. Bu grup içinde standart sünger ve alternatif sünger yatak ve yatak örtüleri, jel, sıvı, lif ve hava dolu yatak ve yatak örtüleri ile koyun postu sayılabilir.

Yüksek teknolojik cihazlar: Dinamik cihazlardır. Elektrikli hava pompası yardımı ile yatak içinde şişebilen bölümlerin ardışık şişip söndüğü düzeneklerdir. Bu grup içinde alternan basınçlı cihazlar, sıvılaştırılmış hava tedavi cihazları, düşük hava kayıplı cihazlar ve dönen yataklar sayılabilir. Her hasta için hangi basınç azaltıcı cihazın kullanılması gerektiği hastanın tam olarak değerlendirilmesinden sonra maliyette göz önüne alınarak yapılmalıdır (*Sönmez,2003; Yücel, 2001*).

4.5.Basınç Yaralarında Tedavi ve Bakım

Basınç yaralarının erken dönemde önlenmesi ve tedavi edilmesi en etkili girişimdir. Ancak basınç yarası oluşumundan sonraki en önemli basamak yaranın uygun ve etkili yöntemlerle iyileşmesini sağlamak ve yeni basınç yaralarının oluşmasını engellemektir. Bu nedenle basınç yarası olan hastaların tedavi ve bakımı bütüncül yaklaşımı gerektirir. Yara tedavisine başlamadan önce, hasta kapsamlı bir şekilde değerlendirilmeli, hastanın iyileşme yeterliliği saptanarak genel bakım hedefleri belirlenmelidir (*National Pressure Ulcer Advisory Panel,2009*).

Basınç yaralı bir hastanın tedavi ve bakımındaki ilkeler aşağıda sıralanan uygulamaları kapsar.

✓ Hastaların hareket kısıtlılığının derecesinin belirlenmesi ve yeni açılacak yaralar açısından, hastanın riskli bölgeleri ile cilt kontrolü günlük olarak yapılmalıdır. Bununla birlikte yara oluşumuna zemin hazırlayan faktörlerin hafifletilmesi veya kontrol altına alınması gerekir. Bu nedenle, değerlendirmeye basınç yarası etyolojisinin belirlenmesiyle başlanmalıdır. Basınç yarasının nedeni saptandıktan sonra bu faktörlerin kontrol altına alınması veya ortadan kaldırılması için adımlar atılmalıdır. Basınç yaralarının önlenmesinde bireylerin beslenme durumları, kardiyovasküler ve pulmoner durumları, diyabet, steroid kullanımı ve immünsüpresyon gibi yara iyileşmesini bozan diğer faktörler de ele alınmalıdır.

✓ Basınç yarasının, en az haftada bir kez olmak üzere yara ölçümü yapılmalı ve fotoğrafı çekilerek kayıt edilmelidir. Yaranın evrelendirmesi, derinliği, uzunluğu, genişliği, akıntı olup olmadığı ve akıntının karakteri kayıt edilmelidir.

✓ Topikal yara pansuman materyalinin seçiminde yara iyileşmesini destekleyecek bir ürün seçilmez. Yara iyileşmesi için en uygun ortam nekrotik doku ve enfeksiyonun bulunmadığı nemli yara ortamıdır. Bu nedenle yara yatağının nemli, temiz kalmasını destekleyen girişimler ve pansuman materyalleri uygundur. Basınç yaralarında herhangi bir yara temizleyicisinin diğerine üstünlüğünü gösteren özel bir çalışma bulunmamaktadır. Temiz bir yaranın bakımında serum fizyolojik solüsyonu yeterli olmaktadır. Yaranın nekrotik doku veya yoğun akıntı nedeniyle kirli olması durumunda sağlıklı dokuya zarar vermeyen yara temizleyici solüsyonlar kullanılabilir.

✓ Yaradaki doku canlı değilse debridman yapılmalıdır. Yaradaki her çeşit dokunun yaklaşık oranı, yara iyileşmesinin gelişimi ve pansuman seçimine ilişkin önemli bilgiler verir. Nekrotik doku yara iyileşmesini geciktirir, bakteriyel kontaminasyonu kolaylaştırır. Siyah doku oranı yüksek olan bir yaranın debride edilmesi önerilir. Debridman farklı şekillerde uygulanabilir. Bazı pansuman materyallerinin kullanımı, enzim preparatlarının kullanımı, cerrahi veya lazer teknikleriyle yapılabilir. Debridman türünün seçimi yaranın durumuna, cansız dokunun çeşidine ve hastanın ağrı toleransına bağlıdır.

✓ Etkili yara bakımı pansuman materyalleri kullanılmalıdır. Pansuman materyallerinin seçimi yara tabanında yer alan dokulara, yara drenajının miktarına, enfeksiyon bulunup bulunmamasına, yaranın yerine, yaranın boyutlarına, kullanım kolaylığına, maliyet etkinliğine ve hastanın konforuna göre yapılır. Pansuman materyalleri olarak; transferan film örtüler, hidrokolloidler, hidrojel, köpükler, kalsiyum aljinatlar, gazlı bez ve antimikrobiyel örtüler sayılabilir. Seçilmiş olgularda kullanılan büyüme faktörlerini içeren yara bakım ürünleri de bulunmaktadır. Büyüme faktörleri yara sıvısında doğal olarak oluşur ve topikal olarak uygulandığında hem granülasyon hem de epitilizasyonu uyarır. Basınç yaralarının tedavisinde kullanılan diğer bir yöntem de topikal negatif basınç tedavisidir. Bu yöntem, sıvıyı emme yoluyla uzaklaştırır. Yaraya yerleştirilmiş olan ve yarı oklüzif bir pansuman ile kapanmış olan köpük örtü içindeki tüp sistemi ile çalışır. Bu tedavinin granülasyon dokusunun poliriferasyonunu desteklediği düşünülmektedir.

✓ Eğer yarada enfeksiyon belirti ve bulguları gözleniyorsa, kültür gönderilerek, sistemik ve topikal antibiyotik tedavi uygulanmalıdır.

✓ Hastanın diyeti glikoz, vitamin ve proteinlerle desteklenmelidir. Bu hastalara A, C ve E vitamini gibi kollajen sentezini arttıran, epitilizasyonu sağlayan ve immün sistemi güçlendiren vitaminler verilmelidir (*National Pressure Ulcer Advisory Panel; Gündüz B.2007*).

4.5.1.Basınç Yaralarının Tedavisinde Uygulanan Yöntemler

Hidroterapi: Basınçlı irrigasyon ve hidromasaj sağlar. Bu temizleme granülasyon dokusuna zarar vermeden sekresyonların ve bakterilerin uzaklaşmasını veya nekrotik dokunun yumuşamasını sağlar. Böylece nekrotik alanların temizlenmesini sağlar (*Şahin 2007; Gürçay 2009*).

Ultrason: Ultrason ile doku rejenerasyonunda temel rol oynayan hücreler olan fibroblastların protein sentezleme hızı artmaktadır. Ultrasonun yara iyileşmesinde inflamatuvar evreyi hızlandırarak, poliferasyon evresinin daha erken başlamasına yardımcı olduğu belirtilmektedir.

Ultraviyole Işınlari: Kısmen bakterisidal etki, kısmen de onarım işlemini uyaracağı ve epidermisin kalınlığını arttıracığı düşünülen eritem oluşturunu etki nedeniyle kullanılmaktadır.

Manyetik Alan Tedavisi: Çok düşük frekanslı elektromanyetik kuvvetlerin kesikli formda ve düşük güçte, hücrelerde potansiyelini değiştirecek şekilde uygulanması ile yapılır. 15-25 kesikli frekansta vazodilatator etki ile hücre aktivitesinin ve metabolizmanın hızlandığı, oksijen parsiyel basıncının arttığı gözlenmiştir.

Elektrik Stimülasyonu: Elektrik stimülasyonu yardımı ile yapılan yara tedavisinde yara dokusuna çok düşük yoğunlukta elektrik akımı uygulanmaktadır. Uygulanan akım yara dokusunda kapiller oksijenlenmeyi arttırmakta, fibroblast aktivitesini uyarmakta ve granülasyon dokusu oluşumunu uyarak yara iyileşmesinde hızlanmaya yardımcı olmaktadır.

Hiperbarik Oksijen Tedavisi: Hiperbarik oksijen tedavisi basıncın yüksek olduğu bir ortamda oksijen verilmesi işlemidir. Plazmada büyüme faktörlerinin artışı, inflamatuvar stokinlerin azalmasını, fibroblast aktivasyonunun artmasını, antibakteriyal etkiye ve antibiyotiklerin etkisinin artmasını sağlayarak yara iyileşmesini kolaylaştırır

Basınc yaralarında cerrahi tedavi: Basınc yaralarında bir diğer tedavi ise cerrahi işlemidir. Basınc yaralarının tedavisinde cerrahi girişim en son seçenektir. Ancak debridman veya konservatif tedavi yöntemlerinin yetersiz kaldığı özellikle evre III ve evre IV olan yaralarda uygulanır. Cerrahide temel ilkeler yara ile birlikte çevredeki tüm skar ve nekrotik dokuların eksizyonu, iyi bir hemostaz ve drenaj, kas veya cilt flepleri ile tüm ölü boşlukların doldurulması, yaranın iyi vaskülarize bir flep ile skar dokusu basınc yarası olan bölgeye gelmeyecek şekilde kapatılması, donör alanın gerginlik olmadan primer veya cilt grefti ile kapatılmasıdır (Mert, 2012).

Sonuç olarak basınc yarası olan hastalarda en önemli nokta, basınc yarası oluşumunu önlemek ve tedavisi güç olan bu önemli sorunun getireceğı maliyeti en aza indirmektir. Bu nedenle basınc yarası oluşabilecek hastalar risk tanılması ölçekleri doğrultusunda belirlemeli ve hasta ve bakım verenler iyi eğitilmelidir. Basınc yarası gelişen hastalarda basınc yarasının evresi, yara yatağının ve çevre dokuların özellikleri

iyi değerlendirilmeli, hastanın beslenme parametreleri irdelenmeli ve bu bulgular eşliğinde en uygun tedavi planlanmalıdır (Mert, 2012).

4.5.2. Basınç Yaralarının Tedavi Ve Bakımındaki Hemşirelik Girişimleri

Geçmişte basınç yaralarının oluşumuna ilişkin birincil sorumluluğun, hemşirelere ait olduğu düşünülmekte iken, günümüzde basınç yaralarının oluşması sadece hemşirelik hizmetlerinin kalite göstergelerinden biri değil, aynı zamanda hastanede verilen sağlık hizmetinin kalite göstergelerinden biri olarak değerlendirilmektedir. Günümüzde basınç yaralarının tedavi ve bakım girişimleri multidisipliner bir yaklaşımı gerektirse de klinikte hastaya 24 saat kesintisiz hasta bakımından sorumlu olan hemşirelerin basınç yaralarının önlenmesi ve bakımında yaşamsal öneme sahip rol ve sorumlulukları vardır. Bu nedenle, basınç yarası riski ile karşı karşıya olan hasta gruplarının belirlenmesi, riskli hastaların basınç yarası açısından gözlem ve değerlendirmesi hemşirenin görevidir. Bu gözlem ve değerlendirmeyi objektif hale getiren ölçütler basınç yarası riskini belirlemeye yarayan ölçeklerdir. Basınç yarası oluşumunda etkili olan faktörler (basınç, sürtünme ve tahriş) temelinde, riskli grupta olan hastalarda bu değerlendirmenin yapılması gerekir (Şahin 2007; Korkmaz, 2009).

Hareketsizliğe bağlı kas-iskelet sisteminde gelişebilecek işlevsel kayıpları ve deformitelerin oluşmasını önlemek için hastalara yatak içinde aktif pasif egzersizler ve koruyucu pozisyonların uygulanması gerekmektedir (İlhan,2010).

Basıncı azaltmak için, hastaya 24 saat içinde 1 veya 2 saat ara ile pozisyon verilir ve pozisyon cetveli oluşturulur. Hiperemik alanlar var ise pozisyon daha sık değiştirilmelidir. Çarşafların gergin olması sağlanır, yastıklar, sünger destekler ve diğer koruyucu araçlar özel pozisyon sorunlarını çözmek veya kemik çıkıntılarını korumak için kullanılabilir. Yatak veya sandalye için basınç azaltıcı yüzeyler örn; havalı lateks, köpüklü sulu yatak ve koyun postu kullanılabilir. Kemik çıkıntıları ve yara bulunan bölgeler dışındaki cilde masaj uygulanır (Çakırcalı.1998; İlhan.2010).

Sürtünmeyi önlemek için, hasta kaldırılarak çevrilmeli harekete yardımcı olmak üzere trapez veya dönen çarşaf kullanılmalıdır. Soyulma ve sakral basıncı önlemek için yatağın başı eğer mümkünse 30 dereceden fazla kaldırılmamalıdır (Taylor,

1993).Hastayı taşıırken uygun kaldırma tekniklerini kullanarak kaldırmak ve taşımak, dirsekler ve topuklara koruyucu ürünler yerleştirmek gerekir.

Cilt temiz ve kuru tutulmalıdır. Cilt temizliği, cilt kirlendiği zaman veya bireyin tercihinine göre, deriyi en az tahriş eden ve kurutmayan temizleyiciler ve ılık suyla nazikçe yapılmalı, yumuşak bir havlu ile tampona edilerek kurulanmalıdır. Cilt koruyucuları, transparan membran veya hidrokolloid pansumanlar ile cildi korumak ve uygun nemlendiriciler uygulayarak epidermisin nemliliğini devam ettirmek gerekir (Gündüz,2007; Şahin.2007).

Nemlilik cildi zedelediğinden nem kaynaklarının belirlenmesi gerekir. Terleme, yara drenajı, banyo sonrası ıslak kalma ve fekal ya da üriner inkontinans, nemliliğe sebep olabilir. İdrar ya da gaitanın cilde temasını önlemek için bariyer krem ve polimerik cilt koruyucuları kullanılabilir. Ayrıca emici pedler, kondom katater, fekal ya da üriner kolektörler kullanılarak inkontinansı olan hastanın cildi korunabilir. Aşırı terleme çevre koşullarının düzeltilmesi ile kontrol edilebilir, hasta veya hasta yakını cilt bakımı konusunda eğitilir. Eğer aşırı yara drenajı varsa uygun pansuman setlerinin kullanılması ile drenaj kontrol edilebilir (Çakırcalı, 1998).

Nemi azaltmak için, nemin kaynağı idrar inkontinansı ise; hastaya mesane eğitimi verilebilir ve gerekirse emici alt bezleri kullanılır. Nemin kaynağı gaita inkontinansı ise; buna neden olan etkenler saptanarak ortadan kaldırmaya çalışılır. Uygulanacak önlemler hızlı sonuç getirmezse, kontrol edilinceye kadar fekal inkoninans torbası kullanılmalıdır. Nemin kaynağı aşırı ter ise; aşırı terlemenin nedeni hastanın devamlı yattığı veya oturduğu yüzeyse, alternatif bir yüzey düşünülmeli ya da hastanın altına emici materyaller koyulmalıdır.

Beslenmeye yönelik olarak hastanın yeterli protein, mineral ve vitamin alımı sağlanmalı eğer kontraendike değilse günlük 2000 ml sıvı alımı sağlanmalıdır. Hasta ve bakım vericilere alınacak önlemlere yönelik eğitim yapılmalıdır (National Pressure Ulcer Advisory Panel; İlhan.2010).

Yara iyileşmesini destekleyici ve yara bakımına ilişkin bakım girişimleri uygulanmalı, iyileşmede sorun yaşanan basınç yaralarının tedavi ve bakımında vacum yardımcı (VAC), hiperbarik oksijen tedavisi vb. uygulamalardan yararlanılmalıdır.

Basınç yarası olan hastanın bakımında amaç hastanın bireysel gereksinimi temelinde yara iyileşmesini hızlandırmak, fazla doku yıkımını ve enjeksiyonu önlemek, cilt bütünlüğünü sürdürmek, diğer organ-sistemlerde oluşabilecek komplikasyonları önlemektir (Aksoy, Kanan, Akyolcu; 2012).

5.GEREÇ YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma, Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde çalışan hemşirelerin basınç yarasına yönelik bilgi uygulamalarını incelemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak gerçekleştirildi.

5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Kocaeli il sınırları içinde dört kamu hastanesinde yapıldı. Araştırmanın verileri Eylül/2013- Haziran/2014 tarihleri arasında toplandı.

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Ekim/2013- Haziran/2014 tarihleri arası Kocaeli il sınırları içerisinde Cerrahi Yoğun Bakım Ünitelerinde bulunan 102 hemşire, örneklemi ise; araştırmayı kabul eden 61 hemşirele oluşturdu.

5.4. Araştırmaya Alınma Kriterleri

- Cerrahi yoğun bakım hemşiresi olmak
- Araştırmaya katılmayı kabul etmek
- Araştırma sorularına eksiksiz ve doğru cevap vermek

5.5. Veri Toplama Araçları

Veriler, örneklemi oluşturan cerrahi yoğun hemşirelerine araştırmacı tarafından literatür bilgileri doğrultusunda geliştirilen,hemşirelerin bireysel ve mesleki özellikleri ile basınç yarasına ilişkin bilgi ve uygulamalarını içeren anket formu uygulanarak toplandı (EK.1).

5.5.1. Anket Formu

Anket formu 38 sorudan oluşmaktadır. Anket formunun ilk 9 sorusu cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin demografik özellikleri ile ilgilidir. Diğer 29 soru ise hemşirelerin basınç yarasına ilişkin bilgi ve uygulamalarını içermektedir. Basınç yarasına ilişkin bilgi ve uygulamalarını içeren bölümdeki 3. soruda basınç yarasının tanımını bilip bilmedikleri saptanmaya çalışıldı. 7. soruda, basınç yarasını önlemek için kullanılan yöntem olan pozisyon değişiminin ne sıklıkla olması gerektiği, 26. soruda ise hemşirelere hastanın pozisyonunu ne sıklıkla değiştirdikleri sorularak hem bilgileri hem de uygulamaları değerlendirilmeye çalışıldı. 21-28. sorular arasında hemşirelere basınç yarasını önleme ve tedavisine yönelik yaptıkları uygulamalar sorularak hemşirelerin yaptıkları uygulamaların doğruluğu saptanmaya çalışıldı.

5.6. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri Ekim/2013- Haziran/2014 tarihleri arası Kocaeli il sınırları içerisinde Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi bulunan hastanelerdeki hemşirelere uygun oldukları zamanda anket uygulanarak toplandı.

5.7. Verilerin Analizi

Verilerin çözümlenmesinde tanımlayıcı istatistiksel tekniklerinden sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma kullanıldı. İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007&PASS (Power Analysis and Sample Size) 2008 Statistical Software (Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma, medyan, sıklık, oran) yanısıra niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Pearson Ki-Kare testi, Yates Continuity Correction test, Fisher's Exact test ve Fisher –Freeman Halton test kullanıldı. Sonuçlar % 95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

5.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırma verilerin toplanacağı hastane ile sınırlıdır.
- Araştırma süresi boyunca hemşire, iş yoğunluğu nedeniyle anketi yarım bıraktı.
- Bu araştırma örneklemini oluşturan hemşirelerin verdikleri yanıtlarla sınırlıdır.

5.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce etik kuruldan gerekli izin alındı.(EK.1)

Sağlık profesyonelleri ile yüz yüze görüşülerek sözel izinleri alındı.

6.BULGULAR

Bu bölümde cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin basınç yarasını önleyici ve oluştuğunda tedavi edici hemşirelik girişimlerine ilişkin bilgi ve uygulamalarını değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilen araştırmadan elde edilen bulgular ve istatistiksel analizleri tablolar halinde sunuldu.

Bulgular 4 başlıkta ele alındı.

6.1.Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri İle basınç yarasının gelişimi ve önlenmesine yönelik bilgi durumuna ilişkin bulgular,

6.2. Hemşirelerin basınç yarası ile karşılaşma,tedavi ve bakım girişimlerini uygulama durumuna ilişkin bulgular,

6.3.Hemşirelerin basınç yarasının önlenmesinde (risk değerlendirme, koruyucu önlemlerde) hemşirelerin sorumluluklarına ilişkin bulgular,

6.4.Hemşirelerin bazı tanıtıcı özellikleri (eğitim,çalışma süreleri, okul eğitimi dışında basınç yarası eğitimi alma durumu,basınç yarası olan hasta ile karşılaşma sıklığı v.b) ile basınç yarası konusunda bilgi ve uygulamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

6.1.Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri İle Basınç Yarasının Gelişimi ve Önlenmesine Yönelik Bilgi Durumuna İlişkin Bulgular

Tablo 6.1.1: Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (N=61)

		Min-Mak	Ort±SD
Yaş		22-38	29,31±4,14
Mesleki Deneyim Yılı		1-20	7,05±3,87
Ünitedeki Çalışma Süresi (Yıl)		0,08-13,00	4,31±2,95
Çalıştığı Ünitedeki Yatak Sayısı		5-14	11,00±2,78
		n	%
Cinsiyet	Kadın	55	90,2
	Erkek	6	9,8
Eğitim	Lise	7	11,5
	Üniversite	51	83,6
	Yüksek Lisans	3	4,9
Ünitedeki Statü	Cerrahi Yoğun Bakım Hemşiresi	59	96,7
	Cerrahi Yoğun Bakım Sorumlu Hemşiresi	2	3,3
Birebir Kaç Hastaya Bakım Veriyorsunuz	2 hasta	23	37,7
	3 hasta	28	45,9
	>3 üzeri	10	16,4
Toplam		61	100

Çalışmaya katılan hemşirelerin yaşlarının 22 ile 38 yaş arasında değiştiği, yaş ortalamasının 29,31±4,14 ;%90,2'sinin (n=55) kadın olduğu; meslekteki deneyim yıllarının 1-20 yıl arasında değiştiği, deneyim yılı ortalamasının 7,05±3,87 yıl; ünite de çalışma sürelerinin 29 gün ile 13 yıl arasında değiştiği ve ortalamasının 4,31±2,95 yıl olduğu belirlendi (Tablo 6.1.1).

Hemşirelerin çalıştığı ünitedeki yatak sayısının 5-14 arasında değiştiği, ortalamasının 11,00±2,78 olduğu; hemşirelerin %11,5'inin (n=7) lise, %83,6'sının (n=51) üniversite ve %4,9'unun (n=3) yüksek lisans mezunu olduğu; %37,7'sinin

(n=23) 2 ya da 3 hastaya %45,9'unun 3 hastaya %16,4'ünün 3'den fazla hastaya birebir bakım verdiği saptandı (*Tablo 6.1.1*).

Hemşirelerin üitedeki statüleri incelendiğinde; %96,7'sinin (n=59) cerrahi yoğun bakım hemşiresi ve %3,3'ünün (n=2) cerrahi yoğun bakım sorumlu hemşiresi olarak çalıştığı görüldü (*Tablo 6.1.1*).

Hemşirelerin %37,7'sinin (n=23) 2 hastaya; %45,9'unun (n=28) 3 hastaya; %16,4'ünün (n=10) 3'ün üzerinde hastaya bakım verdiği belirlendi(*Tablo 6.1.1*).

Tablo 6.1.2: Hemşirelerin Okul Eğitimi Dışında Basınç Yarası Eğitimi Almasına İlişkin Bildirimlerinin Dağılımları (N=61)

		n	%
Daha önce okul eğitiminizin dışında basınç yarasına ilişkin bir eğitim aldınız mı? (n=61)	Evet	41	67,2
	Hayır	20	32,8
	Hizmet içi	32	78,0
*Cevabınız evet ise nasıl bir eğitimdi?(n=41)	Kurs	9	22,0
	Kongre	3	7,3
	Seminer	11	26,8
	Diğer	2	4,9

**Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.*

Hemşirelerin“Daha önce okul eğitiminizin dışında basınç yarasına ilişkin bir eğitim aldınız mı?” sorusuna; %67,2'sinin (n=41) evet ve %32,8'inin (n=20) hayır yanıtını verdikleri; eğitim alan 41 olgunun; %78'inin (n=32) hizmet içi eğitim programlarından yararlandıkları belirlendi(*Tablo 6.1.2*).

Tablo 6.1.3.Hemşirelerin Basınç Yarasını Çalışma Yaşamında Nasıl İfade Ettikleri ve Basınç Yarasını Tanımlamalarına İlişkin Verdikleri Yanıtların Dağılımı (N=61)

		n	%
Çalışma yaşamınızda basınç yarasını nasıl ifade ediyordunuz?	Basınç yarası	3	4,8
	Bası yarası	58	95,8
	Dekübit ülseri	-	-
	Yatak yarası	-	-
	Diğer	-	-
*Basınç yarasını bir cümle ile tanımlayınız.	Uzun süreli yatan hastada oluşan dolaşım bozukluğu	41	67,2
	Pozisyon değişmeyen hastada oluşan yara	8	13,1
	Yatağa bağımlı hastada oluşan yara	5	8,2
	Özellikle eklem ve kemik çıkıntılarında oluşan yara	10	16,4
	Yatak yarası	2	3,3
	Cildin ince olduğu yerlerde oluşan yara	2	3,3

**Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.*

Hemşirelere çalışma ortamında basınç yarasını nasıl ifade ettikleri sorulduğunda %95,8’gibi büyük çoğunluğunun (n=58) ‘‘bası yarası’’ olarak ifade ettiği, %4,8’inin (n=3) ‘‘basınç yarası’’ diyerek doğru yanıt verdiği, diğer seçeneklere ise (dekübit ülseri,yatak yarası vb.) yer vermedikleri gözlemlendi(Tablo 6.1.3).

Hemşirelerin basınç yarasını %67,2’sinin(n=41) uzun süreli yatan hastada oluşan dolaşım bozukluğu, %16,4’ünün (n=10) özellikle eklem ve kemik çıkıntılarında oluşan yara %13,1’inin (n=8) pozisyonu değişmeyen hastada oluşan yaraolarak tanımladığı;daha düşük oranlarda%8,2’sinin (n=5) yatağa bağımlı hastada oluşan yara, , %3,3’ü (n=2) yatak yarası ve %3,3’ünün (n=2) ise cildin ince olduğu yerlerde oluşan yara yanıtını verdiklerisaptandı(Tablo 6.1.3).

Tablo 6.1.4: Hemşirelerin Basınç Yarası Gelişme Riski Taşıyan Hastaları Değerlendirmede Göz Önüne Alınması Gereken Kriterlere İlişkin Verdikleri Yanıtların Dağılımı (N=61)*

<i>Kriterler</i>	n	%
Hepsi/Tümü	43	70,5
Hareketlilik Durumu	42	68,9
Yatağa bağımlılık durumu	41	67,2
Nemlilik Durumu	40	65,6
Beslenme Durumu	37	60,7
Yaş	36	59,0
Özel cerrahi girişim (beyin cerrahi vb)	34	55,7
Duyusal Algı Düzeyi	26	42,6

**Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.*

Hemşirelerin “Basınç yarası gelişme riski taşıyan hastaları değerlendirirken hangi kriterler göz önüne alınmalıdır?” sorusuna ilişkin verdikleri yanıtlar incelendiğinde; %70,5’inin (n=43) kriterlerin tümü diyerek doğru yanıt verdikleri, %68,9’unun (n=42) hareketlilik durumu, %67,2’sinin (n=41) yatağa bağımlılık durumu, %65,6’sinin (n=40) nemlilik durumu, %60,7’sinin (n=37) beslenme durumu, %59’unun (n=36) yaş, %55,7’sinin (n=34) özel cerrahi girişim ve %42,6’sının ise (n=26) duyuşsal algı düzeyi göz önüne alınmalıdır şeklinde yanıtladıkları görüldü(Tablo 6.1.4).

Tablo 6.1.5: Hemşirelerin Basınç Yarası Gelişimi ve Önlenmesine Yönelik Verdikleri Yanıtların Dağılımı

		n	%
Yatağa bağımlı hastanın pozisyonu ne sıklıkla değiştirilmelidir? (n=61)	2-3 Saat	2	3,3
	2-4 Saat	3	4,9
	2 Saat	50	82,0
	3-4 Saat	5	8,2
	Her Saat	1	1,6
Basınç yarası oluşumunda etyolojik faktörleri önem sırasına göre sıralayınız. (n=61)	Basınç	31	50,8
	Cilt özelliği	2	3,3
	Hareket kısıtlılığı	4	6,6
	Kilo+Beslenme	2	3,3
	Pozisyon	2	3,3
	Yanıtız	20	32,8
*Basınç yarası tedavisinde uygulanan debridman hangi amaçla yapılır?	Yara iyileşmesini hızlandırmak	21	34,4
	Dolaşım sağlamak	21	34,4
	Ölü dokuyu uzaklaştırmak	34	55,7
	Enfeksiyonu önlemek	1	1,6

**Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.*

Hemşirelerin yatağa bağımlı hastanın pozisyon değiştirme sıklığına ilişkin verdikleri yanıtlar incelendiğinde; çoğunluğunun %82(n=50) gibi çoğunluğunun 2 saatte bir hastanın pozisyonunun değiştirilmesi gerektiğini ifade ettikleri ; % 50,8'inin basınç yarasını oluşturan faktörler arasında'' basıncı'' ilk sırada gösterdiği belirlenirken %32,8'inin ise bu soruya yanıt vermedikleri saptandı(Tablo 6.1.5).

Basınç yarası tedavisinde uygulanan debridmanın hangi amaçla yapıldığı sorulduğunda; %34,4'ünün (n=21) yara iyileşmesini hızlandırmak, %34,4'ünün (n=21) dolaşımı sağlamak, %55,7'sinin (n=34) ölü dokuyu uzaklaştırmak ve %1,6'sının (n=1) ise enfeksiyonu önlemek yanıtlarını verdiği görüldü(Tablo 6.1.5).

Tablo 6.1.6:Hemşirelerin Basınç Yarasının Evrelendirilmesi ve Tedavisine Yönelik Verdikleri Yanıtların Dağılımı

		n	%
Dermiste kısmi doku kaybı vardır, yara yatağı pembe kırmızıdır. Ölü doku yoktur, yüzeysel bir ülser vardır. Seröz bir bülde mevcut ise bu kaçınıcı evre basınç yarasıdır?	Evre 1	10	16,4
	Evre 2	41	67,2
	Evre 3	9	14,8
	Evre 4	1	1,6
Hangisi basınç yarasının sistemik tedavileri arasında yer almaz?	Beslenme	13	21,3
	Enfeksiyonla Savaş	9	14,8
	Debridman	27	44,3
	Dolaşımın Artırılması	5	8,2
	Cevapsız	7	11,5
Resimdeki basınç yarası evresi hangisidir?	Evre 1	51	83,6
	Evre 2	9	14,8
	Evre 3	1	1,6
TOPLAM		61	100

“Dermiste kısmi doku kaybı vardır, yara yatağı pembe kırmızıdır.Ölü doku yoktur, yüzeysel bir ülser vardır. Seröz bir bülde mevcut olabilir” şeklinde yapılan tanımlamayı hemşirelerin %67,2’sinin Evre 2 basınç yarası,fotoğraftaki görüntüyü ise %83,6’sının Evre 1 basınç yarası diyerek doğru yanıt verdikleri saptandı (Tablo 6.1.6).

Ayrıca basınç yarasının sistemik tedavisinde yer almayan tedavi seçeneği nedir sorusunu %44,3 oranında hemşirelerin “debridman” diyerek doğru yanıt verdikleri gözlemlendi(Tablo 6.1.6).

6.2. Hemşirelerin Basınç Yarası İle Karşılaşma, Tedavi ve Bakım Girişimlerine İlişkin Bulgular

Tablo 6.2.1: Hemşirelerin Basınç Yarası Olan Hastalarla Karşılaşma Durumu ile Tedavi ve Bakım girişimlerine ilişkin bulguların Dağılımı (N=61)

		n	%
Basınç yarası olan hasta ile karşılaşma sıklığı	Bazen	8	13,1
	Sıklıkla	26	42,6
	Her Zaman	27	44,3
Bugüne kadar basınç yarası pansumanı yaptığınız hasta sayısı	20-50 Arası	9	14,8
	Sayısını	52	85,2
	Hatırlamıyorum(Çok)		
Basınç yarası tedavisi ve önlenmesi sizce ekip çalışması gerektirir mi?	Evet	61	100
	Doktor	52	85,2
	Hemşire	57	93,4
	Yardımcı Personel	36	59,0
	Fizyoterapist	4	6,6
	*Cevabınız evet ise ekip üyeleri kimlerdir?		
	Yara Bakım Hemşiresi	2	3,3
	Diyetisyen	2	3,3
	Hasta Yakını	2	3,3
	Enfeksiyon Hemşiresi	1	1,6
	Cildiye Doktoru	1	1,6
	Plastik Cerrah	2	3,3
	Medikal Personel	1	1,6
*Ünitenizde Basınç yarası bakımı kim/kimler tarafından yapılmaktadır?	Hemşire	60	98,4
	Doktor	9	14,8
	Intern Doktor	1	1,6
	Yardımcı personel	14	23,0
*Ünitenizde basınç yarasına en çok uygulanan debridman yöntemi	Diğer	2	3,3
	Mekanik	25	41,0
	Cerrahi	42	68,9
	Otolitik	6	9,8

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Hemşirelerin %44,3'ünün (n=27) basınç yarası olan hasta ile her zaman, %42,6'sının (n=26) sıklıkla %13,1'inin ise (n=8) bazen, karşılaştığı; bu güne kadar basınç yarası pansumanı yaptıkları hasta sayısını hemşirelerin %85,2'sinin (n=52) hatırlanamayacağı kadar çok sayıda, %14,8'inin (n=9) 20-50 arasında olduğunu, ifade ettikleri belirlendi (Tablo 6.2.1).

Hemşirelerin tamamının (%100'ünün), basınç yarasının tedavisi ve önlenmesi için ekip çalışması gerektirdiğini düşündüğü; ekipte yer alması gereken sağlık çalışanları arasında %93,4'ünün (n=57) hemşire, %85,2'sinin (n=52) doktor, %59'unun (n=36) yardımcı personelin yer alması gerektiğini belirttikleri; daha düşük oranlarda %3,3'ünün (n=2) plastik cerrah, %1,6'sının (n=1) enfeksiyon hemşiresi vb. yer verdikleri belirlendi (Tablo 6.2.1).

Hemşirelerin çalıştıkları ünite de basınç yarası bakımını yapan kişinin %98,4'ünün (n=60) hemşire, %23'ünün (n=14) yardımcı personel, %14,8'inin (n=9) doktor, olduğunu belirttikleri; basınç yarası olan hastada en çok kullanılan debridman yöntemine ilişkin verdikleri yanıtlar incelendiğinde; %68,9'unun (n=42) cerrahi, %41'inin (n=25) mekanik ve %9,8'inin (n=6) ise otolitik debridman yönteminin kullanıldığını ifade ettikleri saptandı (Tablo 6.2.1).

6.3.Hemşirelerin Basınç Yarasının Önlenmesinde (Risk Değerlendirme,Koruyucu önlemlerde) Hemşirelerin Sorumluluklarına İlişkin Bulgular

Tablo 6.3.1 Hemşirelerin Basınç Yarasının Önlenmesinde (risk değerlendirme,koruyucu önlemlerde) Hemşirelerin Sorumluluklarına İlişkin Bulgular

		n	%
Basınç yarasının önlenmesi ve tedavisini hemşirenin sorumluluğunda görüyor musunuz?	Evet	32	55,2
	Kısmen	19	32,8
	Hayır	7	12,1
Basınç yarası iyi bir hemşirelik bakımı ile önlenebilir mi?	Evet	32	52,5
	Kısmen	21	34,4
	Hayır	8	13,1
Basınç yarasının önlenmesi mi yoksa tedavi edilmesi mi daha fazla mali yük getirir?	Tedavi Edilmesi	57	93,4
	Önlenmesi	4	6,6
Basınç yarası oluşum riskini değerlendirmek için ölçek kullanıyor musunuz?	Evet	52	85,2
	Hayır	9	14,8
Ölçek İsmi (n=52)	Braden	25	48,1
	Norton	2	3,8
	Waterlow	25	48,1
*Basınç Yarası Gelişme Riski Olan Hastanın Cilt Temizliğinin Yapılması	Islak Mendil	14	23,0
	Ilık Su	27	44,3
	Şampuan-Sabun	15	24,6
	Serum Fizyolojik	7	11,5
	Cilt Temizleme Mendili-Yıkama Süngeri	3	4,9
	Hazır Bakım Lifleri	1	1,6

**Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.*

Hemşirelerin “Basınç yarasının önlenmesi ve tedavisini hemşirenin sorumluluğunda görüyor musunuz?” sorusunu; %55,2’sinin (n=32) evet, %32,8’inin (n=19) kısmen ve %12,1’inin (n=7) ise hayır şeklinde yanıtladıkları; %52,5’i (n=32) basınç yarasının iyi bir hemşirelik bakımı ile önlenebileceğini belirtirken,

%34,4'ünün(n=21) kısmen önlenebileceğini ve %13,1'i (n=8) önlenemeyeceğini ifade ettikleri; 93,4(n=57) gibi büyük çoğunluğunun tedavi edilmesinin, %6,6'sı (n=4)sı ise yara gelişiminin önlenmesinin, daha fazla mali yük getireceğini belirttikleri görüldü (*Tablo 6.3.1*).

Hemşirelerin %85,2 (n=52)'ibasınc yarası oluşum riskini değerlendirmek için herhangi bir ölçek kullandığını belirtirken, %14,8'inin (n=9) ölçek kullanmadığı; ölçek kullanan hemşirelerin%48,1'inin (n=25) Braden, %48,1'inin (n=25) Waterlow ve %3,8'inin (n=2) Norton, ölçeğini kullandıkları görüldü(*Tablo 6.3.1*).

Hemşirelere basınc yarası gelişme riski olan hastanın cilt temizliğini nasıl yaptıkları sorulduğunda; %44,3'ünün (n=27) ılık su, %24,6'sının (n=15) şampuan-sabun, %23'ünün (n=14) ıslak mendil, %11,5'inin (n=7) serum fizyolojik, %4,9'unun (n=3) cilt temizleme mendili-yıkama sünger ve %1,6'sının (n=1) ise hazır bakım lifleri kullandığını ifade ettikleri saptandı(*Tablo 6.3.1*).

Tablo 6.3.2: Hemşirelerin Basınç Yarasını Önlemek İçin Kullandığı Koruyucu Yöntemlere İlişkin Dağılımlar

		n	%
Uzun süre yatağa bağımlı hastalara koruyucu yöntemler kullanıyor musunuz?	Evet	60	98,4
	Hayır	1	1,6
*Kullanıyorsanız bu koruyucu yöntem nedir?	Bariyer Jel	33	54,1
	Pozisyon Değişimi	44	72,1
	Masaj	13	21,3
	Havalı Yatak	36	59,0
	Tampre Yatak	4	6,6
	Vücut Silme	3	4,9
	Defakasyon Kontrolü	2	3,3
	Basınç Noktalarının Desteklenmesi	3	4,9
	Derinin Gözlemlenmesi	2	3,3
	Cilt Nemliliği Kontrolü	2	3,3
	Yatak Çarşaflarının Gerginliği	2	3,3

**Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.*

Hemşirelerin %98,4'ünün (n=60) uzun süre yatağa bağımlı hastalara koruyucu yöntem kullandığı, %1,6'sı (n=1) kullanmadığı görüldü(Tablo 6.3.2).

Kullandıkları koruyucu yöntemler sorulduğunda; hemşirelerin %72,1'inin (n=44) pozisyon değişimi, %59'unun (n=36) havalı yatak, %54,1'inin (n=33) bariyer jel, %21,3'ünün (n=13) masaj, %6,6'sının (n=4) tampere yatak, %4,9'unun (n=3) basınç noktalarının desteklenmesi, %4,9'unun (n=3) vücut silme, %3,3'ünün (n=2) defakasyon kontrolü, %3,3'ünün (n=2) derinin gözlemlenmesi, %3,3'ünün (n=2) cilt nemliliği kontrolü ve %3,3'ünün (n=2) ise yatak çarşaflarının gergin olması gibi önlemleri kullandıklarını açıkladıkları belirlendi(Tablo 6.3.2).

Tablo 6.3.3: Hemşirelerin Yatağa Bağımlı Hastalara Pozisyon Vermelerine İlişkin Dağılımlar (N=61)

		n	%
Yatağa bağımlı hastanın pozisyonunu değiştirme sıklığı	2 Saatte Bir	33	54,1
	4 Saatte Bir	15	24,6
	Daha uzun süre	13	21,3
Hastanızın pozisyon değişimini gerektiği gibi yapabildiğini düşünme	Evet	26	52,6
	Hayır	35	57,4
*Hayır ise nedeni	Hasta Sayısı Fazlalığı	7	11,5
	Hemşire Eksikliği	4	6,6
	Yardımcı Personel Eksikliği	26	42,6
	İş Yüğü Fazlalığı	7	11,5
	Tükenmişlik Sendromu	2	3,3
	İş Yoğunluğu	2	3,3
	Hastane Koşullarının Yetersiz Olması	1	1,6

**Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.*

Koruyucu önlemler kapsamında hemşirelerin yatağa bağımlı hastanın pozisyonunu değiştirme sıklığına ilişkin verdikleri yanıtlar incelendiğinde; %54,1'inin (n=33) 2 saatte bir, %24,6'sının (n=15) 4 saatte bir ve %21,3'ünün (n=13) ise daha uzun süre yanıtını verdiği; hastanın pozisyon değişimini gerektiği gibi yapabildiğini düşünen hemşire oranı %42,6 (n=26) iken %57,4'ünün (n=35) bu şekilde düşünmediği görüldü(Tablo 6.3.3).

Hastanın pozisyon değişimini gerektiği gibi yapamama nedenleri sorulduğunda; hemşirelerin %42,6'sının (n=26) yardımcı personel eksikliği, %11,5'inin (n=7) hasta sayısı fazlalığı, %11,5'inin (n=7) iş yükü fazlalığı, %6,6'sının (n=4) hemşire eksikliği, %3,3'ünün (n=2) tükenmişlik sendromu yaşadığı, %3,3'ünün (n=2) iş yoğunluğu, %1,6'sının (n=1) hastane koşullarının yetersiz olması cevabını verdiği saptandı(Tablo 6.3.3)

6.4.Hemşirelerin Bazı Tanıtıcı Özellikleri (Eğitim,Çalışma Süreleri, Okul Eğitimi Dışında Basınç Yarası Eğitimi Alma Durumu,Basınç Yarası Olan Hasta İle Karşılaşma Sıklığı v.b) İle Basınç Yarası Konusunda Bilgi Ve Uygulamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Tablo 6.4.1: Hemşirelerin Eğitim Durumu ile Basınç Yarasına İlişkin Bilgi ve Uygulamalarının Karşılaştırılmasına Ait Bulgular

		Eğitim Düzeyi		Test Değeri	p
		Lise	Lisans+Y.Lisans		
		n (%)	n (%)		
Basınç yarasını bir cümle ile tanımlayınız	Doğru	1 (14,3)	10 (18,5)	0,075	^a 1,000
	Yanlış	6 (85,7)	44 (81,5)		
Tanımı verilen basınç yarası kaçınıcı evredir?	Doğru	4 (57,1)	37 (68,5)	0,364	^a 0,674
	Yanlış	3 (42,9)	17 (31,5)		
Hangisi basınç yarasının sistemik tedavisi arasında değildir?	Doğru	4 (57,1)	23(48,9)	0,164	^a 1,000
	Yanlış	3 (42,9)	24 (51,1)		
Resimdeki Basınç yarası kaçınıcı evredir?	Doğru	6 (85,7)	45(83,3)	0,026	^a 1,000
	Yanlış	1 (14,3)	9 (16,7)		
Basınç yarasının önlenmesi ve tedavisi hemşirenin sorumluluğunda görüyor musunuz?	Evet	6 (85,7)	26(51,0)	4,232	^b 0,119
	Kısmen	0 (0)	19(37,3)		
	Hayır	1 (14,3)	6(11,8)		
Basınç yarası iyi bir hemşirelik bakımı ile önlenabilir mi?	Evet	4 (57,1)	28(51,9)	0,373	^b 1,000
	Kısmen	2(28,6)	19(35,2)		
	Hayır	1 (14,3)	7(13,0)		
Basınç yarası oluşum riskini değerlendirmek için ölçek kullanıyor musunuz?	Evet	5(71,4)	47(87,0)	1,200	^a 0,273
	Hayır	2 (28,6)	7 (13,0)		
Yatağa bağımlı hastalara koruyucu yöntemler kullanma	Evet	7(100)	53(98,1)	0,132	^a 1,000
	Hayır	0 (0)	1 (1,9)		
Yatağa bağımlı hastanın pozisyon değiştirme sıklığı	2 Saatte Bir	4 (57,1)	29(53,7)	0,350	^b 1,000
	4 Saatte Bir	2(28,6)	13(24,1)		
	Diğer	1 (14,3)	12(22,2)		
Hastanın pozisyon değişimini gerektiği gibi yapabildiğini düşünme	Evet	5(71,4)	21(38,9)	2,683	^a 0,125
	Hayır	2 (28,6)	33 (61,1)		

^aFisher's Exact Test

^bFisher-Freeman-Halton Test

Hemşirelerin eğitim durumu ile basınç yarasına ilişkin bilgi ve uygulamaları karşılaştırıldığında; hemşirelerin eğitim durumları ile basınç yarasını doğru tanımlayabilme,basin yarası evrelerini doğru yanıtlama, basınç yarasının sistemik tedavisinde yer almayan hangisidir sorusunu doğru yanıtlama,fotografi verilen basınç yarası evresini doğru yanıtlama, basınç yarasının önlenmesi ve tedavisini hemşirenin sorumluluğuunda görme, basınç yarasının iyi bir hemşirelik bakımı ile önlenebileceğini düşünme, basınç yarası oluşum riskini değerlendirmek için ölçek kullanıma,yatağa bağımlı hastalara koruyucu yöntemler kullanma,yatağa bağımlı hastanın pozisyonunu değerştirme sıklıkları, hastanın pozisyon değerşimini gerektiği gibi yapabildiklerini düşünme oranları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 6.4.1).

Tablo:6.4.2. Hemşirelerin Çalışma Süreleri ile Basınç Yarasına İlişkin Bilgi ve Uygulamalarının Karşılaştırılmasına Ait Bulgular

		Çalışma Süresi			Test Değeri	p
		≤ 1 yıl	1.1-5 yıl	≥ 5.1 yıl		
		n (%)	n (%)	n (%)		
Basınç yarası tanımı	Doğru	1 (8,3)	4 (14,3)	6 (28,6)	2,288	^b 0,313
	Yanlış	11 (91,7)	24 (85,7)	15 (71,4)		
Basınç yarası evresi	Doğru	6 (50,0)	20 (71,4)	15 (71,4)	1,977	^a 0,378
	Yanlış	6 (50,0)	8 (28,6)	6 (28,6)		
Basınç yarası sistemik tedavileri	Doğru	2 (22,2)	14 (53,8)	11 (57,9)	3,297	^a 0,222
	Yanlış	7 (77,8)	12 (46,2)	8 (42,1)		
Resimdeki Basınç yarası evresi	Doğru	11 (91,7)	23 (82,1)	17 (81,0)	0,643	^a 0,815
	Yanlış	1 (8,3)	5 (17,9)	4 (19,0)		
Basınç yarasının önlenmesi ve tedavisi hemşirenin sorumluluğu	Evet	8 (66,7)	14 (53,8)	10 (50,0)	2,698	^b 0,642
	Kısmen	4 (3,3)	9 (34,6)	6 (30,0)		
	Hayır	0 (0)	3 (11,5)	4 (20,0)		
Basınç yarasının hemşire bakımı ile önlenmesi	Evet	10 (83,3)	11 (39,3)	11 (52,4)	8,210	^b 0,069
	Kısmen	1 (8,3)	14 (50,0)	6 (28,6)		
	Hayır	1 (8,3)	3 (10,7)	4 (19,0)		
Basınç yarası oluşum riski için ölçek kullanımı	Evet	10 (83,3)	22 (78,6)	20 (95,2)	2,726	^a 0,323
	Hayır	2 (16,7)	6 (21,4)	1 (4,8)		
Yatağa bağımlı hastalara koruyucu yöntemler kullanma	Evet	11 (91,7)	28 (100)	21 (100)	3,080	^a 0,197
	Hayır	1 (8,3)	0 (0)	0 (0)		
Yatağa bağımlı hastanın pozisyon değiştirme sıklığı	2 Saatte Bir	8 (66,7)	17 (60,7)	8 (38,1)	4,180	^b 0,384
	4 Saatte Bir	3 (25,0)	5 (17,9)	7 (33,3)		
	Diğer	1 (8,3)	6 (21,4)	6 (28,6)		
Hastanın pozisyon değişimini yapabildiğini düşünme	Evet	9 (75,0)	13 (46,4)	4 (19,0)	10,082	^c 0,006**
	Hayır	3 (25,0)	15 (53,6)	17 (81,0)		

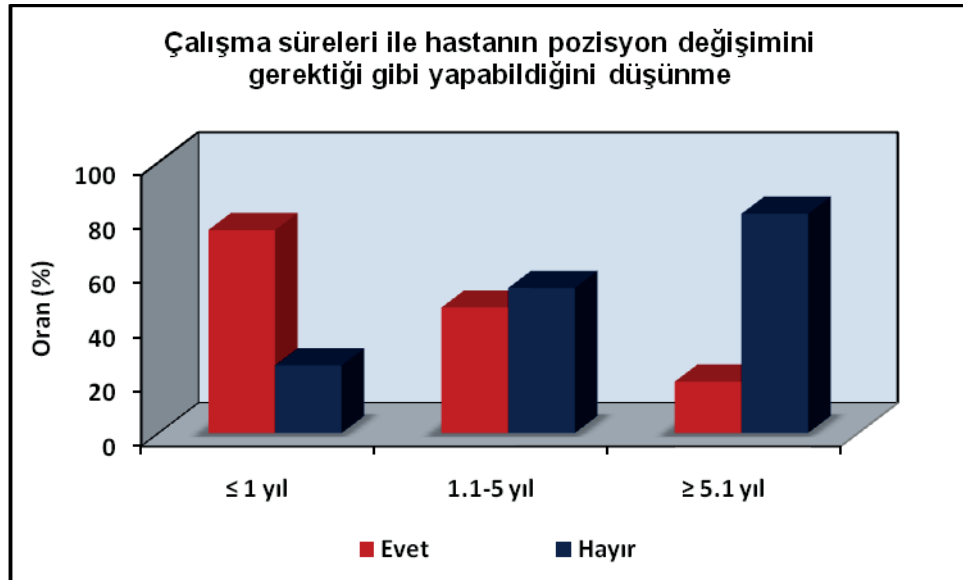
^aFisher's Exact Test

^bFisher-Freeman-Halton Test

^cPearson Ki-kare Test

**p<0,01

Hemşirelerin çalışma süreleri ile basınç yarasına ilişkin bilgi ve uygulamaları karşılaştırıldığında; hemşirelerin çalışma süreleri ile hastanın pozisyon değişimini gerektiği gibi yapabildiğini düşünme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,006$; $p<0,01$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre; çalışma süresi 1 yıl ve daha az olan hemşireler ile 1.1-5 yıl olan hemşirelerin hastanın pozisyon değişimini gerektiği gibi yapabildiğini düşünme oranları, çalışma süresi 5.1 ve üzeri yıl olan hemşirelerden anlamlı düzeyde yüksek olduğu görüldü ($p=0,003$; $p=0,046$; $p<0,05$). Çalışma süresi 1 yıl ve daha az olan hemşireler ile 1.1-5 yıl olan hemşirelerin hastanın pozisyon değişimini gerektiği gibi yapabildiğini düşünme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,188$; $p>0,05$) (Tablo 6.4.2).



Şekil 6.4.2.1. Çalışma süreleri ile göre hastanın pozisyon değişimini gerektiği gibi yapabildiğini düşünme oranları değişimi

Hemşirelerin çalışma süreleri ile basınç yarasının iyi bir hemşirelik bakımı ile önlenebileceğini düşünme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamakla birlikte, anlamlılığa yakın bir farklılık bulundu ($p=0,069$; $p>0,05$). Çalışma süresi 1 yıl ve daha az olan hemşirelerin basınç yarasının iyi bir hemşirelik bakımı ile önlenebildiğini düşünme oranlarının, çalışma süresi 1,1-5 yıl olan hemşirelerin ise kısmen önlenebildiğini düşünme oranlarının yüksek olması dikkat çekici düzeyde olduğu görüldü (Tablo 6.4.2).

Hemşirelerin alışma süreleri ile basınc yarasını doğru tanımlama, basınc yarası evrelerini doğru yanıtılama, basınc yarası sistemik tedavilerini doğru yanıtılama, fotograftaki basınc yarası evresini doğru yanıtılama, basınc yarasının önlenmesi ve tedavisini hemşirenin sorumluluğunda görme, basınc yarası oluşum riskini değerlendirmek için ölçek kullanımı, yatağa bağımlı hastalara koruyucu yöntemler kullanma, yatağa bağımlı hastanın pozisyonunu değiştirme sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$)(Tablo 6.4.2).

Tablo 6.4.3: Hemşirelerin Okul Eğitimi Dışında Basınç Yarası Eğitimi Alma Durumları ile Basınç Yarasına İlişlin Bilgi ve Uygulamalarının Karşılaştırılmasına Ait Bulgular

		Okul Dışında Eğitim		Test Değeri	p
		Evet	Hayır		
		n (%)	n (%)		
Basınç yarası tanımı	Doğru	9 (22,0)	1 (10,0)	1,299	^a 0,312
	Yanlış	32 (78)	18 (90,0)		
Basınç yarası evresi	Doğru	32 (78,0)	9 (45,0)	5,247	^d 0,022*
	Yanlış	9 (22,0)	11 (55,0)		
Basınç yarası sistemik tedavileri	Doğru	20 (54,1)	7 (41,2)	0,343	^d 0,558
	Yanlış	17 (45,9)	10 (58,8)		
Resimdeki Basınç yarası evresi	Doğru	33 (80,5)	18 (90,0)	0,887	^a 0,474
	Yanlış	8 (20,5)	18 (90,0)		
Basınç yarasının önlenmesi ve tedavisi hemşirenin sorumluluğu	Evet	19 (50,0)	13 (65,0)	1,165	^b 0,623
	Kısmen	14 (36,8)	5 (25,0)		
	Hayır	5 (13,2)	2 (10,0)		
Basınç yarasının hemşire bakımı ile önlenmesi	Evet	21 (51,2)	11 (55)	0,266	^b 1,000
	Kısmen	14 (34,1)	7 (35,0)		
	Hayır	6 (14,6)	2 (10,0)		
Basınç yarası oluşum riski için ölçek kullanımı	Evet	37 (90,2)	15 (75,0)	2,484	^a 0,139
	Hayır	4 (9,8)	5 (25,0)		
Yatağa bağımlı hastalara koruyucu yöntemler kullanma	Evet	40 (97,6)	20 (100)	0,496	^a 1,000
	Hayır	1 (2,4)	0 (0)		
Yatağa bağımlı hastanın pozisyon değiştirme sıklığı	2 Saatte Bir	19 (46,3)	14 (70,0)	3,231	^b 0,206
	4 Saatte Bir	11 (26,8)	4 (20,0)		
	Diğer	11 (26,8)	2 (10,0)		
Hastanın pozisyon değişimini yapabildiğini düşünme	Evet	13 (31,7)	13 (65,0)	4,807	^d 0,028*
	Hayır	28 (68,3)	7 (35,0)		

^aFisher's Exact Test

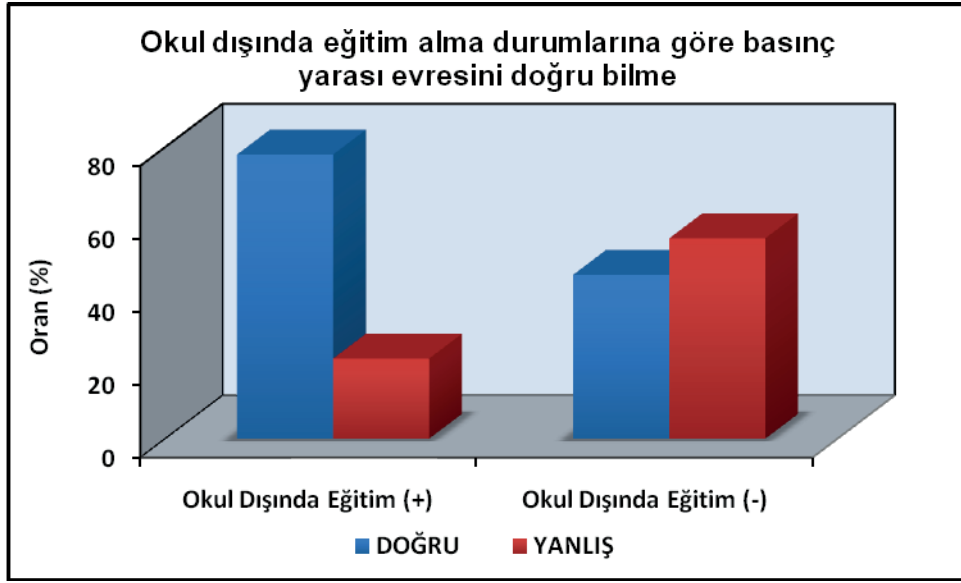
^bFisher-Freeman-Halton Test

*p<0,05

^cPearson Ki-kare Test

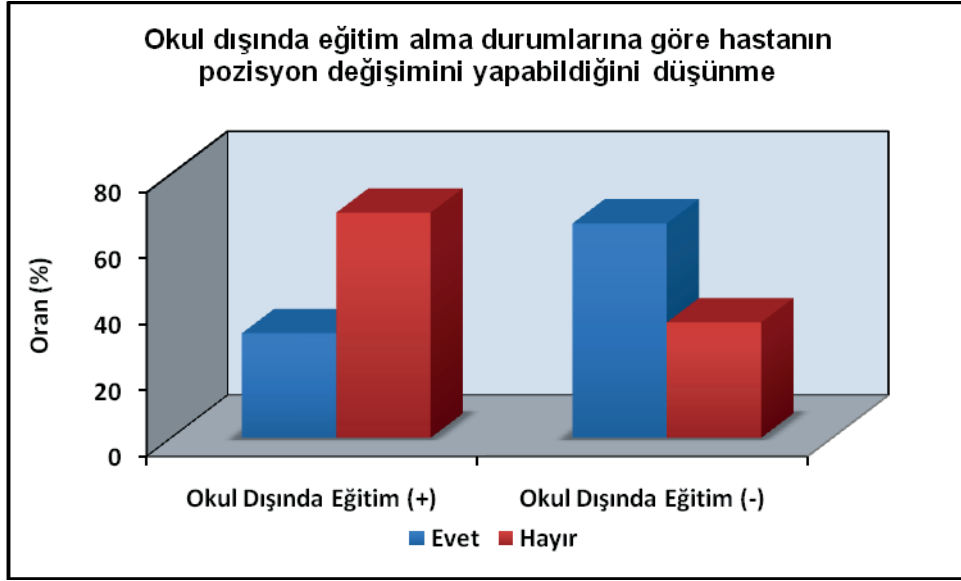
^dYates's Continuity Correction Test

Hemşirelerin okul eğitimleri dışında basınç yarası eğitimi alma durumları ile basınç yarasına ilişkin bilgi ve uygulamaları karşılaştırıldığında; hemşirelerin okul eğitimleri dışında eğitim alma durumları ile basınç yarası evrelerini doğru yanıtlama oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0,05$); okul dışında eğitim alan hemşirelerin basınç yarası evrelerini doğru yanıtlama oranları, eğitim almayan hemşirelerden anlamlı düzeyde yüksek olduğu görüldü (Tablo 6.4.3).



Şekil 6.4.3.1: Okul dışında eğitim alma durumlarına göre basınç yarası evrelerini doğru bilme oranları dağılımı

Hemşirelerin okul eğitimleri dışında eğitim alma durumları ile hastanın pozisyon değişimini gerektiği gibi yapabildiğini düşünme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0,05$); okul dışında eğitim alan hemşirelerin pozisyon değişimini gerektiği gibi yapamadığını düşünme oranları, eğitim almayan hemşirelerden anlamlı düzeyde yüksek olduğu görüldü (Tablo 6.4.3).



Şekil 6.4.3.2: Okul dışında eğitim alma durumlarına göre hastanın pozisyon değişimini gerektiği gibi yapabildiğini düşünme oranları

Hemşirelerin okul eğitimleri dışında eğitim alma durumları ile basınç yarasını doğru tanımlama, basınç yarası sistemik tedavilerini doğru yanıtlama, fotograftaki basınç yarası evresini doğru yanıtlama, basınç yarasının önlenmesi ve tedavisini hemşirenin sorumlu olarak görme, basınç yarasının iyi bir hemşirelik bakımı ile önlenebileceğini düşünme, basınç yarası oluşum riskini değerlendirmek için ölçek kullanımları, yatağa bağımlı hastalara koruyucu yöntemler kullanma, yatağa bağımlı hastanın pozisyonunu değiştirme sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$)(Tablo 6.4.3).

Tablo 6.4.4: Hemşirelerin Basınç Yarası Olan Hasta İle Karşılaşma Sıklıkları ile Basınç Yarasına İlişkin Bilgi ve Uygulamalarının Karşılaştırılmasına Ait Bulgular

		Basınç Yaralı Hasta ile Karşılaşma Sıklığı			Test Değeri	p
		Bazen	Sıklıkla	Her Zaman		
		n (%)	n (%)	n (%)		
Basınç yarası tanımı	Doğru	1 (12,5)	3 (11,5)	7 (25,9)	1,864	^a 0,391
	Yanlış	7 (87,5)	23 (88,5)	20 (74,1)		
Basınç yarası evresi	Doğru	2 (25,0)	18 (69,2)	21 (77,8)	7,181	^a 0,025*
	Yanlış	6 (75,0)	8 (30,8)	6 (22,2)		
Basınç yarası sistemik tedavileri	Doğru	2 (28,6)	7 (33,3)	18 (69,2)	7,307	^a 0,028*
	Yanlış	5 (71,4)	14 (66,7)	8 (30,8)		
Resimdeki Basınç yarası evresi	Doğru	5 (62,5)	21 (80,8)	25 (92,6)	4,266	^a 0,084
	Yanlış	3 (37,5)	5 (19,2)	2 (7,4)		
Basınç yarasının önlenmesi ve tedavisi hemşirenin sorumluluğu	Evet	5 (62,5)	17 (68,0)	10 (40)	6,820	^b 0,126
	Kısmen	1 (12,5)	7 (28,0)	11 (44,0)		
	Hayır	2 (25,0)	1 (4,0)	4 (16,0)		
Basınç yarasının hemşire bakımı ile önlenmesi	Evet	5 (62,5)	13 (50,0)	14 (51,9)	1,856	^b 0,822
	Kısmen	3 (37,5)	10 (38,5)	8 (18,5)		
	Hayır	0 (0)	3 (11,5)	5 (18,5)		
Basınç yarası oluşum riski için ölçek kullanımı	Evet	6 (75,0)	22 (84,6)	24 (88,9)	1,250	^a 0,620
	Hayır	2 (25,0)	4 (15,4)	3 (11,1)		
Yatağa bağımlı hastalara koruyucu yöntemler kullanma	Evet	8 (100)	25 (96,2)	27 (100)	1,762	^a 0,557
	Hayır	0 (0)	1 (3,8)	0 (0)		
Yatağa bağımlı hastanın pozisyon değiştirme sıklığı	2 Saatte Bir	6 (75,0)	16 (61,5)	11 (40,7)	3,788	^b 0,449
	4 Saatte Bir	1 (12,5)	6 (23,1)	8 (29,6)		
	Diğer	1 (12,5)	4 (15,4)	8 (29,6)		
Hastanın pozisyon değişimini yapabildiğini düşünme	Evet	6 (75,0)	17 (65,4)	3 (11,1)	20,765	^a 0,001**
	Hayır	2 (25,0)	9 (34,6)	24 (88,9)		

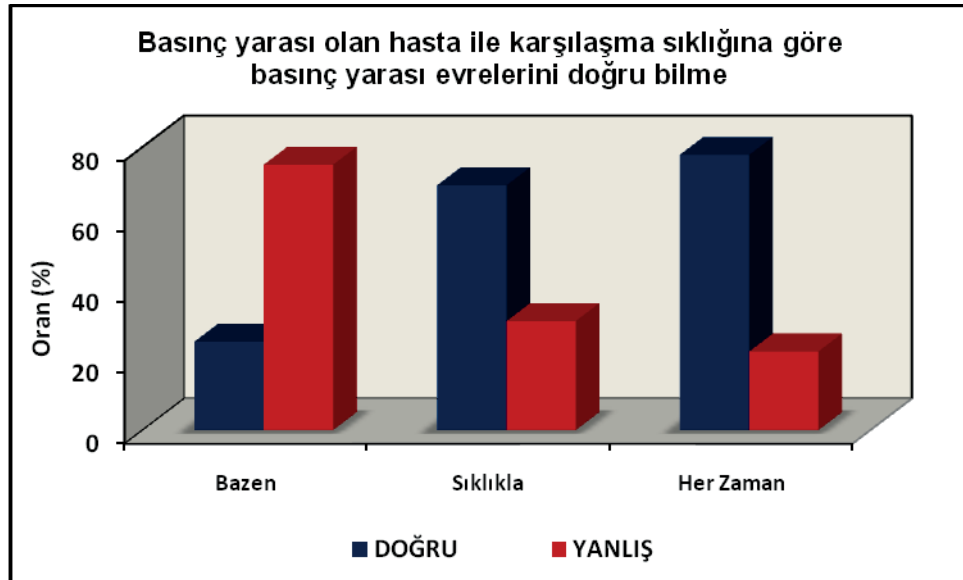
^aFisher's Exact Test

^bFisher-Freeman-Halton Test

*p<0,05

**p<0,01

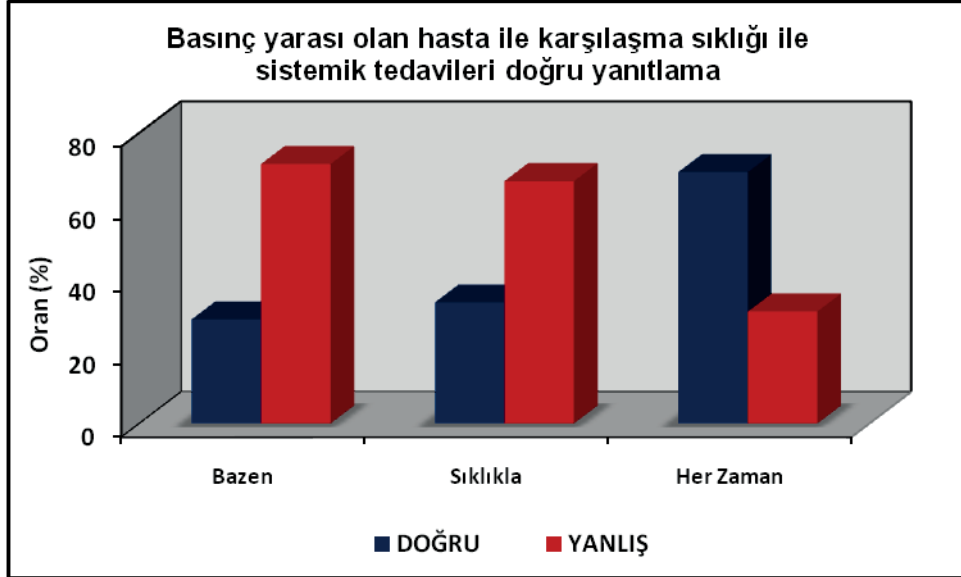
Hemşirelerin basınç yarası olan hasta ile karşılaşma sıklıkları ile basınç yarasına ilişkin bilgi ve uygulamaları karşılaştırıldığında; hemşirelerin basınç yarası olan hasta ile karşılaşma sıklıkları ile basınç yarası evrelerini doğru yanıtlama oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,025$; $p<0,05$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre; basınç yarası olan hasta ile sıklıkla ve her zaman karşılaşan hemşirelerin, basınç yarası evrelerini doğru bilme oranları, hasta ile bazen karşılaşan hemşirelerden anlamlı düzeyde yüksektir ($p=0,030$; $p=0,011$; $p<0,05$). Basınç yarası olan hasta ile sıklıkla karşılaşan hemşirelerin basınç yarası evrelerini doğru bilme oranlarının her zaman karşılaşan hemşirelerden düşük olduğu, aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p=1,000$; $p>0,05$) (Tablo 6.4.4).



Şekil 6.4.4.1: Basınç yarası olan hasta ile karşılaşma sıklığına göre basınç yarası evrelerini doğru bilme oranları dağılımı

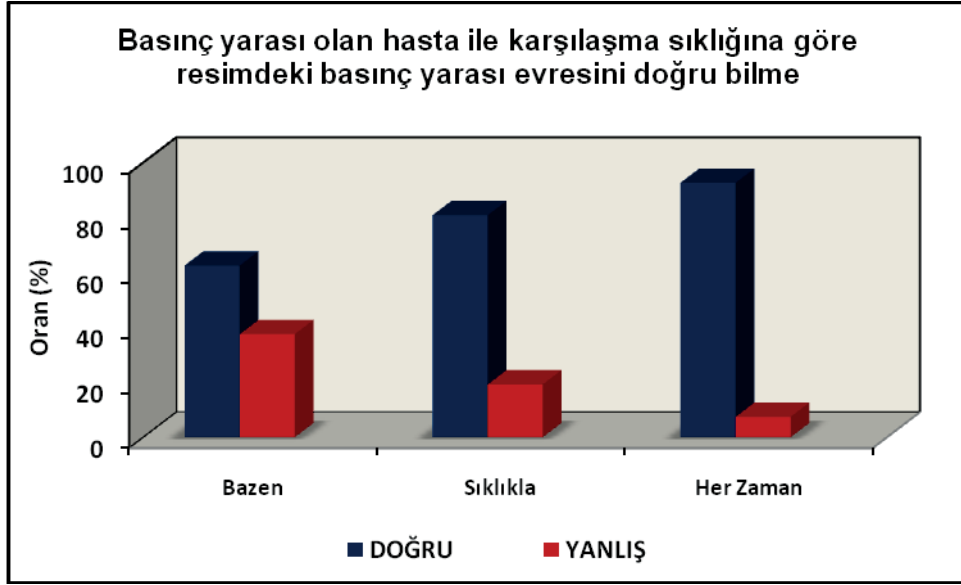
Hemşirelerin basınç yarası olan hasta ile karşılaşma sıklıkları ile göre basınç yarası sistemik tedavilerini doğru yanıtlama oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,028$; $p<0,05$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre; basınç yaralı hasta ile her zaman karşılaşan hemşirelerin basınç yarası sistemik tedavilerini doğru yanıtlama oranları, hasta ile bazen ve sıklıkla karşılaşan hemşirelerden anlamlı düzeyde yüksek olduğu görüldü ($p=0,050$; $p=0,031$; $p<0,05$). Basınç yaralı olan hasta ile sıklıkla ve bazen karşılaşan hemşirelerin basınç yarası sistemik tedavilerini doğru bilme

oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p=1,000$; $p>0,05$) (Tablo 6.4.4).



Şekil 6.4.4.2: Basınç yarası olan hasta ile karşılaşma sıklıkları ile basınç yarası sistemik tedavilerini doğru yanıtama oranları dağılımı

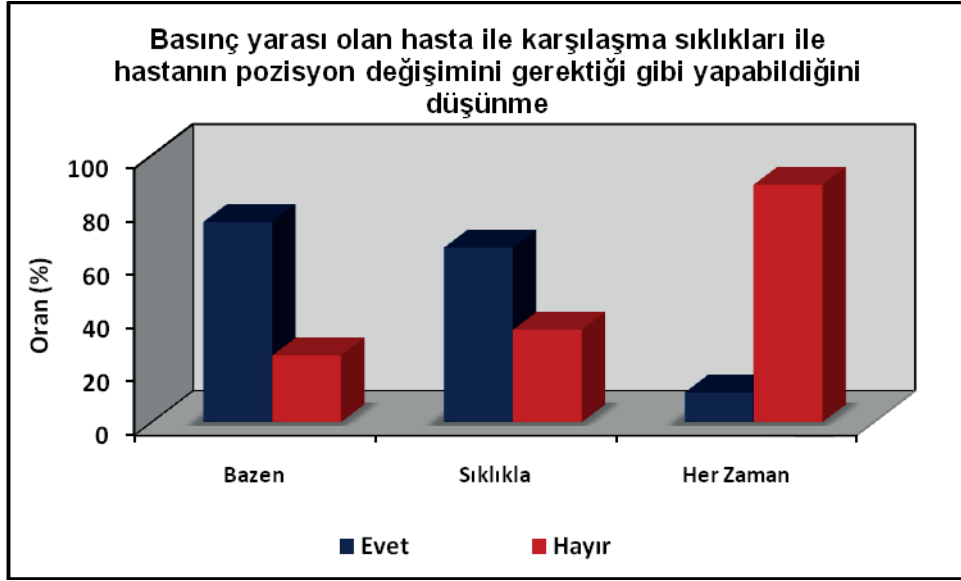
Hemşirelerin basınç yarası olan hasta ile karşılaşma sıklıkları ile fotoğraftaki basınç yarası evresini doğru yanıtama oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmazken ($p>0,05$); basınç yaralı hasta ile her zaman karşılaşan hemşirelerin fotoğraftaki basınç yarası evresini doğru bilme oranlarının, hasta ile bazen karşılaşan hemşirelerden yüksek olması dikkat çekici düzeyde olduğu görüldü (Tablo 6.4.4).



Şekil 6.4.4.3: Basınç yarası olan hasta ile karşılaşma sıklığına göre resimdeki basınç yarası evresini doğru bilme oranları dağılımı

Hemşirelerin basınç yarası olan hasta ile karşılaşma sıklıkları ile basınç yarasını doğru tanımlama, basınç yarasının önlenmesi ve tedavisini hemşirenin sorumluluğunda görme, basınç yarasının iyi bir hemşirelik bakımı ile önlenebildiğini düşünme, basınç yarası oluşum riskini değerlendirmek için ölçek kullanımları, yatağa bağımlı hastalara koruyucu yöntemler kullanma, yatağa bağımlı hastanın pozisyonunu değiştirme sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$)(Tablo 6.4.4).

Hemşirelerin basınç yarası olan hasta ile karşılaşma sıklıkları ile hastanın pozisyon değişimini gerektiği gibi yapabildiğini düşünme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p<0,01$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre; basınç yarası olan hasta ile bazen ve sıklıkla karşılaşan hemşirelerin hastanın pozisyon değişimini gerektiği gibi yapabildiğini düşünme oranları, hasta ile her zaman karşılaşan hemşirelerden anlamlı düzeyde yüksek olduğu görüldü ($p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$). Basınç yarası olan hasta ile sıklıkla ve bazen karşılaşan hemşirelerin hastanın pozisyon değişimini gerektiği gibi yapabildiğini düşünme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p=1,000$; $p>0,05$) (Tablo 6.7.1) (Şekil 6.4.4.4).



Şekil 6.4.4.4: Basınç yarası olan hasta ile karşılaşma sıklıkları ile hastanın pozisyon değişimini gerektiği gibi yapabildiğini düşünme oranları dağılımı

7.TARTIŞMA

Nitelikli bakımın göstergelerinden ve hemşirelerin temel sorumluluklarından biri basınç yaralarının önlenmesi, oluştuğunda ise tedavi ve bakım girişimlerinin uygulanmasıdır. Özellikle yoğun tedavi ve bakım desteğine gereksinimi olan ve yaşamsal açıdan risk taşıyan yoğun bakım hastalarında daha da önem taşıyan bu durum dikkate alınarak gerçekleştirilen çalışmadan elde edilen veriler literatür bilgisi ve daha önce yapılmış çalışma bulguları doğrultusunda dört başlık altında tartışıldı.

7.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerinin ve Basınç Yarasının Gelişmesi ve Önlenmesine Yönelik Bilgi Durumlarının Tartışması

Çalışmaya katılan cerrahi yoğun bakım hemşirelerin bireysel özellikleri incelendiğinde, 22-38 yaş aralığında oldukları, toplam çalışma yıllarının 1-20 yıl arasında değiştiği, yoğun bakım ünitesinde çalışma sürelerinin 8 ay-13 yıl arasında olduğu; %83,6'sının üniversite, %11,5'inin lise ve % 4,9'unun yüksek lisans mezunu oldukları saptandı (Tablo5.1.1). Yoğun bakım hemşireleri üzerinde yapılan çalışma bulgularına (Özaltın 2006, Torun 2003) paralellik gösteren bu sonuçlar, alana özgü bilgi ve beceri gerektiren yoğun iş yükü ve ağır çalışma koşulları olan cerrahi yoğun bakım ünitelerinde genç, dinamik, lisans ve lisansüstü hemşirelerin görevlendirildiği izlenimini vermektedir.

Literatürde özellikle bakım gereksinimi fazla, yaşam riski olan hastaların tedavi ve bakım gördüğü 3.basamak yoğun bakım ünitelerinde 1 hemşirenin 1 hastaya bakımdan sorumlu olması gereği belirtilmektedir (T.C.Sağlık Bakanlığı). Bu çalışmada hemşirelerin çalıştıkları ünitedeki yatak sayılarının 5 ile 14 arasında olduğu; hemşirelerin %37,7'sinin 2-3 hastaya, 45,9'unun 3 hastaya, %16,4'ünün 3'den fazla hastaya birebir bakım verdikleri saptandı (Tablo 6.1.1). Cerrahi yoğun bakım ünitelerinin yoğun iş yükü ve ağır çalışma koşulları olmasına rağmen hemşirelerin %62,3'ünün birebir bakım verdikleri hasta sayısının 3 ve üzerinde olduğunu gösteren sonuç, bakımın niteliği ve hemşirelerin fiziksel ve ruhsal açıdan zorlayıcı etkisi dikkate alındığında, oldukça düşündürücüdür.

Literatürde temel hemşirelik eğitimi süresince kazanılan bilgilerin zamanla unutulması, çağın getirdiği bilgi ve teknolojik gelişim ve bu durumların çalışma koşullarında oluşturduğu farklılıklar nedeniyle hemşirelik bakımının doğru, nitelikli ve yeterli sunulması için hemşirelikte hizmet içi eğitim programlarının zorunlu olarak verilmesi gerektiği belirtilmektedir (Aksoy 1990; Uzun ve Bölükbaş 1992). Bu çalışmada hemşirelerin %67,2'sinin okul eğitimi dışında hizmet içi eğitim aldıkları; eğitim alan hemşirelerin %78'inin hizmet içi eğitimden yararlandıkları saptandı (Tablo 6.1.2). Cerrahi yoğun bakım ünitesinde çalışmakta olan ve basınç yarası gelişme riski taşıyan hastalara sık sık bakım veren hemşirelerin %32,8 gibi azımsanamayacak oranda okul eğitimi dışında basınç yarasına ilişkin eğitim almamış olma durumunun özellikle yoğun tedavi ve bakım gerektiren, kritik hastalardan sorumlu hemşireler için önemli bir eksiklik olduğu kanısındayız.

Basınç ülserleri ile ilgili uluslararası çalışmaları yürüten önemli bir örgüt olan Avrupa Basınç Ülseri Danışma Paneli (EPUAP) 1998'de kavram olarak etyolojik durumu en iyi tarif etmesi nedeniyle basınç ülseri teriminin kullanılmasını önermiştir. Ünver (2009)'in ulusal ve uluslararası literatürden yararlanarak yaptığı kavram analizi sonucunda en doğru ifadenin "basınç yarası" olduğu belirtilmiştir. Hemşirelerin basınç yarasını ifade etme şekilleri incelendiğinde %95'inin bası yarası olarak hatalı, %4,9'unun basınç yarası olarak doğru ifade ettikleri ve doğru ifade eden hemşirelerin tamamının yüksek lisans mezunu oldukları saptandı (Tablo 6.1.3). Basınç yarasını doğru ifade eden hemşire sayısının çok düşük olmasının nedeni türkçe literatürde büyük bir çoğunlukla bu yaraların "bası" sözcüğü ile ifade edilmesinden kaynaklandığı söylenebilir. Oysa bası sözcüğünün anlamı TDK sözlüğünde 'resim klişesi, dökme harf, taş kalıp kullanarak makine yardımı ile kâğıda ve bez gibi şeylere yazı, resim, çıkarma işi, tabı' olarak belirtilmektedir.

Torun (2003)'ün basınç yaralarına ilişkin yapmış olduğu bir araştırmada, yoğun bakım hemşirelerinin %100 oranında basınç yarası risk değerlendirme kriteri olarak hareketlilik durumunu ifade ettiklerini belirtilmiştir. Bu çalışmada basınç yarası gelişme riski taşıyan hastaları değerlendirirken göz önüne alınması gereken kriterleri hemşirelerin %70,5'inin yaş, duyuşsal algı düzeyi, yatağa bağımlılık durumu, hareketlilik durumu ve özel cerrahi girişimler olarak tüm faktörleri belirttikleri;

%29,5'inin yalnızca bir ya da birden fazla (tamamını değil) risk faktörünü belirttikleri görüldü (Tablo 6.1.4). Torun (2003)'un çalışma bulgusundan farklı olan yaklaşık 9 yıl sonra gerçekleştirilen bu çalışmada hemşirelik bakımının en temel konularından birini oluşturan yatağa bağımlı hastada basınç yarası riskini değerlendirme ölçütlerinin, istenen düzeyde (%100) olmamasına ilişkin sonuç, hemşirelik eğitiminde ya da mezuniyet sonrası eğitimde (sürekli eğitim) eksiklik ya da aksamaların olduğunun, göstergesi olarak yorumlanabilir.

Literatürde basınç yaralarının oluşmaması için yatağa bağımlı hastaların 2 saatte bir, tekerlekli sandalyeye bağımlı hastaların ise saat başı pozisyonlarının değiştirilmesi gerektiği yanı sıra hastaların bireysel ve fiziksel özelliklerinin (yaş, diyabet, kalp damar hastalıkları vb. gibi kronik hastalığının) dikkate alınarak önleyici bakım girişimlerinin uygulanması gerektiği vurgulanmaktadır (Koç ,2013). Torun (2003)'un çalışmasında, pozisyon değiştirme sıklığının doğru olarak yapılma oranının %23,3 olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada hemşirelerin %82'sinin yatağa bağımlı hastanın pozisyonunun 2 saatte bir değiştirilmesi gerektiğini ifade ettikleri ancak %54,1'inin 2 saatte bir, %24,6'sının 4 saatte bir hastanın pozisyonunu değiştirdiğini ifade ettikleri saptandı (Tablo 6.1.5). Torun (2003)'un çalışma bulgusundan farklı ve kısmen daha iyi olan bu sonuç, hemşirelerin pozisyon değiştirmesi konusunda bilgileri olmasına rağmen uygulamaya aktaramadıklarını göstermektedir. Bu durumun, örneklemi oluşturan hemşirelerin %62,3'ünün yoğun bakım koşullarında 3 ve daha fazla hastaya bakım vermelerinden kaynaklandığı söylenebilir.

7.2.Hemşirelerin Basınç Yarası İle Karşılaşma ve Bakım Girişimlerine İlişkin Bulguların Tartışması

Torun (2003)'un çalışmasında yoğun bakım hemşirelerinin %53'ünün basınç yarası olan hasta ile sık karşılaştıkları belirtilmiştir. Bu çalışmada hemşirelerin %44,3'ünün basınç yaraları ile her zaman, %42,6'sının sıklıkla, %13,1'inin bazen karşılaşmış olduklarını, bugüne kadar yapmış oldukları basınç yarası pansuman sayısının %85,2 oranında sayısını hatırlamayacakları kadar çok olduğunu ifade ettikleri saptandı (Tablo 6.2.1). Benzer çalışma bulgusundan farklı ve daha çok basınç

yarası olduğunu gösteren bulgular, bir ildeki 4 hastanenin yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerle sınırlı olsa da hemşirelerin nitel ve nicel açıdan yetersizliklerinin bakım girişimlerini doğrudan olumsuz etkilediğinin somut göstergesi ve üzüntü verici bir durum olarak değerlendirilebilir.

Literatürde bilimsel ve kanıta dayalı uygulamalarda sağlık çalışanlarının ekip anlayışı içinde hastayı değerlendirmesi, basınç yaralarını önleme ve bakıma yönelik uygulamalarda ekip üyelerinin birlikte karar almalarının önemli olduğu belirtilmiştir (Uzun,2010). Florence Nightingale ‘‘Hemşirelik Üzerine Notlar’’ adlı kitabında basınç yaralarını hemşirelik bakımının yetersizliği sonucu gelişen ve hemşirelerin suçlandığı bir durum olarak nitelendirmiştir (Saygın,2008). Florence Nightingale’in aksine bazı klinisyenler, basınç yaralarının hemşirelik kaynaklı olmadığını sağlık sistemi ve sağlık ekibindeki bir takım aksaklıklardan ileri geldiğini belirtmiştir (Karadağ,2013). Bu çalışmada hemşirelerin tamamının basınç yarasının önlenmesi ve tedavisinin ekip çalışması gerektirdiğini ifade ettikleri, ekip üyelerinin ise %93,4’ünün hemşire, %85,2’sinin doktor, %59’unun yardımcı personel olduklarını, ifade ettikleri saptandı (Tablo 6.2.1). Hemşirelerin, ekip üyeleri arasında, ağırlıklı olarak hemşire ve doktora, çok düşük oranlarda da fizyoterapist, plastik cerrah, diyetisyen vb. sağlık profesyonellerine yer verdiğini gösteren sonuç; yoğun bakım ünitelerinde hastanın tedavi ve bakımında ekip yaklaşımının olmadığı izlenimini vermektedir.

Hemşirelerin çalıştıkları üniteye basınç yarası bakımını kimin yaptığı sorulduğunda %98,4’ünün hemşire, %23’ünün yardımcı sağlık çalışanı, %14,8’inin doktor olduğunu belirttikleri görüldü (Tablo 6.2.1). Doktor ve hemşirelerin temel sorumluluklarından biri olan yara pansumanını hiç de azımsanamayacak bir oranda yardımcı personelin yapıyor olmasına ilişkin sonuç oldukça düşündürücü ve bir o kadar da sağlık kurumlarındaki yetersizlikleri göstermesi açısından kayda değer bir bulgu olarak yorumlanabilir.

Literatürde debris ve yara dokusunun miktarına göre değişen debridman yöntemi, cerrahi, mekanik, otolitik ve enzimatik debridman gibi farklı uygulamaları içerir (Akyolcu, 2012.) Mekanik ve otolitik debridman yöntemlerinin daha ağırlı olduğu, uzun sürede etki gösterdiği ve enfekte yaralarda kullanılmadığı

belirtilmektedir (*Taşdemir, Yavuz,2008*). Ayrıca mekanik ve otolitik debridman yönteminin cerrahi debridman yöntemine göre daha maliyetli olduğu belirtilmiştir (*Torun,2013*). Cerrahi debridman yönteminin diğer debridman tekniklerinin yetersiz kaldığı durumlarda veya çabuk ve major girişim gerektiğinde kullanılmasının uygun olduğu belirtilmektedir (*Baktıroğlu,2014*). Çalışmaya katılan hemşirelerin çalıştıkları ünite, %68,9'unun cerrahi, %41'inin mekanik, %9,8'inin otolitik debridman yönteminin kullanıldığını belirttikleri saptandı (Tablo 6.2.1). Çoğunlukla cerrahi debridmanın kullanılmasının nedeni, otolitik ve mekanik debridman yöntemlerinin daha ağırlı yöntemler olması, uzun sürede etki göstermesi ve maliyetinin yüksek olması, gösterilebilir.

7.3.Hemşirelerin Basınç Yarasının Önlenmesinde (Risk Değerlendirme, Koruyucu Önlemlerde) Hemşirelerin Sorumluluklarına İlişkin Bulguların Tartışması

Literatürde basınç yarası tedavisinin, önlenmesinden daha fazla maliyeti olduğu bildirilmektedir. Amerika'da basınç yarası tedavisi için 2001 yılında yapılan bir çalışmada, farklı tedavi yöntemleri ve araçları kullanılmış olup 12 haftalık bir bakım sürecinde maliyetinin bir basınç yarası için 910-2179 USD arasında değiştiği (*Torun 2003*);Ekim 2008'de bir sigorta şirketinin (Medicare ve Medicaid) nozokomial basınç yaralarını ödeme kapsamından çıkardığı bu durumun hastaneler üzerinde stres oluşturarak basınç yarası insidansını azaltmaya yönelttiği bildirilmiştir (*Karadağ, 2009*).Literatürde ülkemizde basınç yarasının maliyetine ilişkin yapılmış bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Bu çalışmada hemşirelerin %83'ünün, basınç yarasını tedavi etmenin, önlemekten daha fazla ekonomik yük getirdiğini, ifade ettikleri saptandı (Tablo 6.3.1). Daha önce (Tablo 6.2.1) %86,9 oranında basınç yarası ile her zaman ve sıklıkla karşılaştığını ifade eden hemşirelerin basınç yarasını önlemede hasta sayısının ve iş yükünün fazla olması, yardımcı sağlık çalışanının yeterli sayıda olmaması (Tablo 6.3.3) gibi nedenlerle yetersiz olsalar da en azından ek bir ekonomik yük getirdiğinin bilincinde olmaları, olumlu bir bulgu olarak değerlendirilebilir.

Literatürde hemşirelerin yaygın olarak basınç yarası oluşum riskini değerlendirmek amacıyla risk değerlendirme ölçeği kullanmaya eğilimli oldukları, bu konuda bazı araştırmalarda hemşirelerin kendi değerlendirmelerinin risk değerlendirme ölçeklerine göre daha üstün olduğunu ortaya koydukları ancak bu yöntemin ise özellikle yeni çalışmaya başlayan hemşireler için uygun olmadığı dolayısıyla basınç yaralarını önlemede en objektif, güvenilir ve maliyeti düşük olan yöntemin risk değerlendirme araçlarının kullanılması olduğu belirtilmektedir (Karadağ,2003). Karadağ (2013) basınç yarası ölçeklerinin tüm riskleri içermediğini, riskleri eşit ağırlıklarda puanladıklarını belirterek ölçek kullanımının kritik kararların yerine geçmemesi, onu desteklemesi gerektiğini belirtmiştir. Oğuz ve ark (1997)'ın yaptıkları bir çalışmada braden ölçeğinin kullanılmasının hasta değerlendirmede çok yararlı olduğu gösterilmiştir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin %85'inin basınç yarası oluşum riskini değerlendirmek için bir ölçek kullandıklarını, ölçek kullanan hemşirelerin %48,1'inin waterlow, %48,1'inin braden ölçeğini kullandıklarını ifade ettikleri saptandı (Tablo 6.3.1). Hemşirelerin çoğunlukla basınç yarası risk değerlendirme ölçeği kullandıklarını gösteren sonuç ile Tablo 6.2.1'deki basınç yarası ile karşılaşma sıklığı sonucu birlikte ele alındığında prosedür gereği hemşirelerin ölçek kullanmak zorunda kaldığı, ölçek verilerini bakım girişimlerinde kullanmadıkları ya da bir önceki bulgunun yorumunda belirttiğimiz gibi iş yoğunluğu nedeniyle kullanamadıkları izlenimi vermektedir.

Literatürde basınç yarasını önleyecek her türlü uygulamanın basınç yarası oluşuktan sonra uygulanacak tedavi sürecine göre karşılaştırılmasına bakıldığında hem aile hem ülke için çok daha kolay çok daha ekonomik olan, en iyi tedavi yönteminin aslında basınç yarasını önlemek olduğu belirtilmektedir (Özel,2014). EPUAP, NPUAP 2009'da basınç yarası önlemek için cildi değerlendirilmesi ve gözlemlenmesi, eklem çıkıntılarına masaj uygulanmaması, cildin ovulmaması, nemlendirici kullanılması, aşırı ıslaklığın engellenmesi, cilt temizliğinin ılık su ile yapılması gerektiği ifade edilmiştir. Hug ve ark yaptıkları çalışmada havalı yatak ve elektrikli yatak kullanılan hastalarda basınç yaralarının daha fazla ($p<0,001$) olduğu saptanmıştır.

Bu çalışmada hemşirelerin %98,4'ünün basınç yarasını önlemek için koruyucu yöntem kullandıkları, koruyucu yöntem olarak da %72'sinin pozisyon değişimi,%59'unun havalı yatak, %54'ünün bariyer jel, %21'inin masaj yöntemini kullandıklarını ifade ettikleri, ayrıca hemşirelerin %44'ünün basınç yarası gelişme riski olan hastaların cilt temizliğini ılık su ile yaptıkları saptandı (Tablo 6.3.2). Tedavi ve bakım girişimlerinin yoğun, yatağa bağımlı hastaların çoğunlukta olduğu, dolayısıyla basınç yarası gelişme riskinin yüksek olduğu yoğun bakım ünitelerinde hemşirelerin tamamına yakınının koruyucu yöntem kullandığını ve koruyucu bakım girişimlerinin kısmen uygulandığını gösteren bu bulgular, basınç yarası görülme sıklığı (Tablo 6.2.1) ile çelişmekte olup, bakım girişimlerinin doğru ve etkin yapılmadığını düşündürmektedir. Ayrıca havalı yatak kullanımı konusunda eleştirel bilgi ve bulgular olmasına karşın hala %59 gibi büyük bir çoğunlukla önleyici girişim olarak kullanılması da oldukça düşündürücüdür.

Hemşirelerin %57,4'ünün hastalarının pozisyon değişimlerini gerektiği gibi yapamadıklarını düşündüklerini ifade ettikleri; neden olarak %42,6'sının yardımcı sağlık çalışanı eksikliğini, %11,5'inin hasta sayısı fazlalığını, %11,5'inin iş yükü fazlalığını, daha düşük oranlarda da hemşire eksikliğini, tükenmişlik yaşadıklarını, iş yoğunluğu ve hastane koşullarının yetersiz olmasını gösterdikleri belirlendi (Tablo 6.3.3). Sonuç, çalışmadan daha önce elde edilen hemşirelerin basınç yarası ile karşılaşma sıklığı(Tablo 6.2.1), basınç yarasını önleyici bakım girişimlerini uygulama durumlarına ilişkin bulguların nedenini açıklayan somut bir durum olarak değerlendirilebilir.

7.4.Hemşirelerin Bazı Tanıtıcı Özellikleri (Eğitim,Çalışma Süreleri, Okul Eğitimi Dışında Basınç Yarası Eğitimi Alma Durumu,Basınç Yarası Olan Hasta İle Karşılaşma Sıklığı V.B) İle Basınç Yarası Konusunda Bilgi Ve Uygulamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışması

Literatürde, hemşirelerin yaşları ve klinik deneyim yılları arttıkça eleştirel düşünme ve karar verme becerisinin de doğrusal olarak arttığı; mesleki yaşamları boyunca yeni bilgiler kazanıp profesyonel gelişimlerini sürdürürken, bakımın yönetiminde gerekli olan eleştirel düşünme becerisini de geliştirmekte oldukları ifade edilmektedir (*Uçan, Taşçı, Ovayolu, 2008*).

Bu çalışmada, çalışma yılı 1 yıl olan hemşireler ile 1.1-5 yıl olan hemşirelerin basınç yarasının iyi bir hemşirelik bakımı ile önlenebileceğini düşünme oranlarında, anlamlı bir farklılık saptanmamakla birlikte çalışma yılı 1 yıl olan hemşirelerin oranı, dikkat çekecek düzeyde yüksek bulundu.Ayrıca hemşirelerin çalışma sürelerine göre hastanın pozisyon değişimini gerektiği gibi yapabildiklerini düşünme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,006$; $p<0,01$)(Tablo 6.4.2). Yapılan ikili karşılaştırmalarda; çalışma süresi 1-5 yıl olan hemşirelerin, hastaların pozisyonlarını gerektiği gibi yapabildiğini düşünme oranları, çalışma süresi 5.1yıl ve üzerinde olan hemşirelerden anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı ($p=0,003$, $p=0,046$, $p<0,05$) Ancak bu sonuç; hemşirelerin %86,9 oranında basınç yarasıyla her zaman ve sıklıkla karşılaştığını gösteren (Tablo 6.2.1) çalışma bulgusu dikkate alındığında hizmet yılı fazla olan hemşirelerin daha deneyimli ve eleştirel düşünme becerilerinin daha gelişmiş olduğu bağlı olarak daha gerçekçi değerlendirme yaptıklarını düşündürmektedir.

Literatürde bilim ve teknolojiadaki gelişmeler diğer alanlarda da yeniliklerin izlenmesi ve bu yeniliklere anında ayak uydurulabilmesi için sağlık çalışanlarının eğitim almaları gerektiği, sağlık hizmetlerinin verilmesinde ve geliştirilmesinde hizmet içi eğitimlerin verilmesinin zorunlu kılındığı belirtilmektedir (*Çelen, Karaalp, Kaya, Demir, Akdeniz, 2007*). Bu çalışmada hemşirelerin okul eğitimi dışında basınç yarasına ilişkin eğitim alma durumlarına göre basınç yarası evrelerini doğru yanıtlama oranları

arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0,05$). Okul eğitimi dışında basınç yarasına ilişkin eğitim alan hemşirelerin basınç yarası evresini doğru yanıtlama oranlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi (Tablo 6.4.3). Bu veriler doğrultusunda, etkin ve nitelikli bakımın sağlanması için hemşirelerin okul eğitimleri dışında da hizmet içi eğitim, kurs, kongre, seminer vb. eğitimlere katılımlarının bir gereklilik olduğu söylenebilir.

Hemşirelerin okul eğitimi dışında eğitim alma durumlarına göre hastanın pozisyon değişimini gerektiği gibi yapabildiğini düşünme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0,05$); okul eğitimi dışında eğitim alan hemşirelerin pozisyon değişimini gerektiği gibi yapamadığını düşünme oranları, eğitim almayan hemşirelerden anlamlı düzeyde yüksek bulundu (Tablo 6.4.3). Sonuç, mezuniyet sonrası eğitimin ve mesleki deneyimin etkinliğini göstermesi açısından önemli ve kayda değer bir bulgu olarak değerlendirilebilir.

Bu çalışmada yapılan ikili karşılaştırmalara göre basınç yarası olan hasta ile sıklıkla ve her zaman karşılaşan hemşirelerin, basınç yarası evrelerini doğru yanıtlama oranları, basınç yaralı hasta ile bazen karşılaşan hemşirelerden anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p=0,030, p=0,011; p<0,05$). Basınç yarası evresini basınç yarası ile sıklıkla ve her zaman karşılaşan hemşirelerin doğru yanıtlama oranlarının yüksek olması doğal bir durum olmasının yanında yaşayarak ve görerek öğrenmenin bir göstergesi olarak da yorumlanabilir.

Bu çalışmada basınç yarası olan hasta ile bazen ve sıklıkla karşılaşan hemşirelerin, hastanın pozisyon değişimini gerektiği gibi yapabildiğini düşünme oranları, her zaman karşılaşan hemşirelerden anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p=0,001; p=0,001; p<0,001$) (Şekil 6.4.4.3). Sonuç basınç yarası ile her zaman karşılaşan hemşirelerin bu konuda kendi deneyimlerini ve çalışma koşullarını hatta yetersizliklerini dikkate alarak daha gerçekçi düşündükleri izlenimini vermektedir.

8.SONUÇ VE ÖNERİLER

- Araştırmaya katılan hemşirelerin deneyim yıllarının 1-20 yıl arasında, %83,6'sının üniversite mezunu, %96,7'sinin cerrahi yoğun bakım hemşiresi, %96,7'sinin cerrahi yoğun bakım hemşiresi, %4,9'unun cerrahi yoğun bakım sorumlu hemşiresi olduğu, %67,2'sinin okul eğitimleri dışında basınç yarasına ilişkin eğitim aldıkları saptandı.

- Hemşirelerin %95,1'inin basınç yarasını "bası yarası", %4,9'unun "basınç yarası" olarak ifade ettiği; %82'sinin yatağa bağımlı hastanın pozisyonunun 2 saatte bir değiştirilmesi gerektiğini ancak %57,4'ünün pozisyon değişimini 2 saatte bir yapamadıklarını neden olarak hemşirelerin %42,6'sının yardımcı personel eksikliğini, %11,5'lik eşit oranlarda iş yükü ve hasta sayısının fazla olduğunu gösterdikleri belirlendi.

- Hemşirelerin %44,3'ünün basınç yarası olan hasta ile her zaman karşılaştıklarını ve %85,2'sinin basınç yarası pansumanını sayısını hatırlayamayacakları kadar çok yaptıklarını; %55,7'sinin basınç yarası tedavisinde uygulanan debridmanın yapılma amacının ölü dokuyu uzaklaştırmak olduğunu ve %68,9'unun çalıştıkları ünite de en çok cerrahi debridmanın kullanıldığını belirttikleri görüldü.

- Hemşirelerin tamamının basınç yarası tedavisi ve önlenmesinin ekip çalışması gerektirdiğini, %52,4'ünün basınç yarasının iyi bir hemşirelik bakımı ile önlenebileceğini, %98,4'ünün basınç yarasının bakımının hemşireler tarafından , %23'ünün yardımcı personel tarafından yapıldığını ifade ettikleri görüldü.

- Hemşirelerin %85,2'sinin basınç yarası oluşum riskini değerlendirmek için ölçek kullandığını, %40,9'luk eşit oranlarda Braden ve Waterlow ölçeği kullandıklarını ifade ettikleri; %44,2'sinin basınç yarası gelişme riski olan hastanın cilt temizliğini ılık su ile yaptıklarını, %98,4'ünün uzun süre yatağa bağımlı olan hastalara koruyucu yöntem kullandıklarını, koruyucu yöntem olarak %72,1'inin pozisyon değişimi, %59'unun havalı yatak, %54'ünün bariyer jell kullandıklarını belirttikleri görüldü.

- Hemşirelerin okul eğitimi dışında basınç yarasına ilişkin eğitim alma durumları, basınç yarası olan hasta ile karşılaşma sıklığı ve çalışma süreleri ile basınç yarasına ilişkin bilgi ve uygulamaları karşılaştırıldığında; çalışma süreleri 1-5 yıl arasında olan hemşirelerin 5 yıl ve daha fazla olan hemşirelerden pozisyon değişimini gerektiği gibi yapabilme oranının yüksek olduğu, okul eğitimi dışında basınç yarasına ilişkin eğitim alan hemşirelerin, almayan hemşirelerden basınç yarası evresini doğru yanıtlama ve pozisyon değişimini gerektiği gibi yapamadığını düşünenlerin oranının yüksek olduğu; basınç yarası ile sıklıkla ve her zaman karşılaşan hemşirelerin, bazen karşılaşan hemşirelerden basınç yarası evresini doğru yanıtlama oranının ve pozisyon değişimini gerektiği gibi yapamadığını düşünme oranının yüksek olduğu; aralarındaki farklılığın istatistiksel açıdan da anlamlı olduğu saptandı.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Basınç yarasına ilişkin hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi, sürekliliğinin sağlanması,
- Hemşirelerin hizmet içi eğitim programlarından yararlanmalarının sağlanmasına yönelik düzenlemelerin (gün, saat vb..) yapılması,
- Yara bakımı ile ilgili kongre, sempozyum, seminer vb. gibi etkinliklere özellikle basınç yarasıyla sık karşılaşan yoğun bakım hemşirelerinin katılımlarının desteklenmesi,
- Yoğun bakım ünitelerinde nitelikli hasta bakımının gerçekleştirilmesi için bakım standartlarının oluşturulması ve hastaların bireysel gereksinimleri temelinde uygulamaların gerçekleştirilmesine yönelik hemşire ve diğer sağlık çalışanlarının nitel ve nicel yeterliliklerinin sağlanması,
- Basınç yarasının tedavi ve bakımında ekip yaklaşımının göz ardı edilmemesi, disiplinler arası iletişim ve işbirliğini sağlayacak düzenlemelerin yapılması, önerilebilir.

9.KAYNAKLAR

Aksoy G, Kanan G; Akyolcu N. (2012). Cerrahi Hemşireliği, I. Kitabı, Nobel Tıp Kitabevi. İstanbul-ISBN:978-975-420-886-3.

Aydinoğlu B. (2007) Yoğun bakım ekibinde hemşire ve hasta bakımı. Yoğun Bakım Dergisi, 7(1):26-30.

APUPA - Avusturya Dekübitus Önleme Derneği, 2011, Tercüme 2013 2(1):16-20.

Baydar M. (2007) Bası Yarası Etiyopatogenezi. Türkiye Klinikleri Journal Of Internal Medical Sciences; 3(45):6-11.

Beğer T. (2004)Yoğun Bakımda Dekübit Ülserleri: Risk Faktörleri ve Önlenmesi. Yoğun Bakım Dergisi;4(4):244-253.

Bora (2014).Özel Bası Yarası Olan Hastaların Yönetimi. GATA Hastanesi Ankara, Türkiye Arşiv Kaynak Tarama Dergisi; 23(3);492-505.

Çakırcalı E. (1998).Hemşirelikte Temel İlke ve Uygulamalar. II. Baskı, Doğan Ofset, İzmir, s:105-106.

ÇelikS. (2007) Yoğun Bakım Ünitesinde Hasta Kabul ve Taburculuk Kriterleri. YBÜ Dergisi;11(2): 96101

Çizmeci O, Emekli U.(2002). Bası yaraları. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 28(2):27-32.

Z. Durna. (Editör) İç Hastalıkları Hemşireliği. Akademi Basın ve Yayıncılık. İstanbul2013. ISBN: 978-605-64411-0-3.

Erçöçen AR, Yılmaz S, Can Z, Emiroğlu M, Yormuk E. (2000) Bası yaralarının cerrahi tedavisi: 108 olgunun değerlendirilmesi. Türk Plast Cer Derg;8:82-9

Erhan B. (2007) Bası yarası sınıflama ve değerlendirme. Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences, 3(45):21-24).

European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and Treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009.

Gündüz B. (2007). Bası Yaralarının Önlenmesi. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci, 3(45):25-31.

Gürçay E, Bal A, Çakıcı A. (2008) Bası yarası olan spinal kord yaralanmalı hastalarda laboratuvar bulgularının değerlendirilmesi. FTR Bil Der J PMR Sci, 3:102-107.

Hug KME, Ünal H, Karamemetoğlu ŞŞ, Tüzün Ş, Gürgöze M, Tüzün, F. (2001) Bir eğitim hastanesinde bası yarası prevalansı ve bası yarası gelişiminde etkili risk faktörleri.

İlhan SE.(2010) Basınç Yarası ve Bakım Uygulamaları. İçinde: Klinik Beceriler: Sağlığın Değerlendirilmesi, Hasta Bakım ve Takibi. Eds: Sabuncu N, Ay FA, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, s.404-413.

Kahraman G, Engin E, Dülgerler Ş, Öztürk E. (2011) Yoğun Bakım Hemşirelerinin İş Doyumları ve Etkileyen Faktörler. Deuhyo Ed, 4(1), 12-18

Karadağ A. (2003) Basınç Ülserleri: Değerlendirme, Önleme ve Tedavi. C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu, 7 (2).

Karadağ A. (2013) : Hasta güvenliği ve kalite iyileştirme Uluslararası cilt bütünlüğünün korunması semineri İstanbul (6 Nisan 2013)

Karadağ M, Gümüşkaya N. (2006) The Incidence of Pressure Ulcer in Surgical Patients: A Sample Hospital İn Turkey. Journal Of Clinical Nursing, 15,:413-421.

Karaman, R. (2002). Yoğun Bakım Enfeksiyonlarında Hemşirenin Rolü: Yoğun Bakım Hemşiresinin Rolü. Yoğun Bakım Dergisi, 2(Ek 1):5-8.

Kavaklı Ö, Uzun Ş, Arslan F. (2009) Yoğun bakım hemşirelerinin profesyonel davranışlarının belirlenmesi. Gülhane Tıp Dergisi, 51:168-173.

Keller BP, Wille J, Van Ramshorst B, Van Der Werken C. (2002) Pressure Ulcers In Intensive Care Patients; A Review Of Risks And Prevention. Intensive Care Med; 28. 1379-88

Keller BP, Wille J, Van Ramshorst B, Van der Werken C. (2002) Pressure ulcers in intensive care patients; a review of risks and prevention. Intensive Care Med; 28. 1379-88

Koç S. (2013) Uluslararası cilt bütünlüğünün korunması semineri Konu: Hasta Güvenliği ve Kalite İyileştirme. İstanbul, 06 Nisan 2013.

Korkmaz F. (2009) Topikal Negatif Basınç Terapisinin III. ve IV. Evre Basınç Yaralarının İyileşmesine Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, (Danışmanı: Doç Dr. H Uçar).

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.

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.

Levi B, Rees R. (2007) Diagnosis and management of pressure ulcers. Clinics in Plastic Surgery, 34(4):735-748.

Mayor m, Roberts A. (1999) A comparison of three-risk assessment scales. Professional Nurse, 14(9):629-632.

Mollaoğlu M., Özkan Tuncay F., Kars Fertelli T. (2008). Braden Risk Değerlendirme Ölçeği İle Serebrovasküler Hastalığı Olan Hastalarda Bası Yarası Riskinin İncelenmesi İ.Ü.F.N Hem. Derg. Cilt 16, sayı 63; 150-156.

Oğuz S. (1997) Braden Ölçeği İle Hastaların Risklerinin Belirlenmesi ve Planlı Hemşirelik Bakımının Bası Yaralarının Önlenmesindeki Etkinliğinin Saptanması. M.Ü. Sağlık 91

Ö.A. Mert. (2012) "Yoğun Bakımda Yatan Hastaların Basınç Yarası Risklerinin Saptanması Ve Hemşirelik Bakım Uygulamalarının Belirlenmesi" Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı. Doktora Tezi. İstanbul

Özer F, Karamanoğlu A, Yavuz M. Azak A, Doruk D, İleri S, Selçuk G, Gülşen B, Gündüz A, Gürsoy A. (2007) Üniversite Hastanesinde Basınç Yarası Prevalansı. Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi. Gaziantep-Türkiye, 4-8 Eylül: 264.

Papanikolaou P, Lyne P, Anthony D.(2007). Risk assessment scales for pressure ulcers: A methodological review. International Journal of Nursing Studies. 44:285-296.

Sayar S, Turgut S, Doğan H, Ekici A, Yurtsever S, Demirkan F et.al.(2009) Incidence Of Pressure Ulcers in Intensive Care Unit Patients At Risk According To The Waterlow Scale And Factors Influencing The Development Of Pressure Ulcers. Journal Of Clinical Nursing;18(5): 795-774.

Sönmez A (2003). Bası yaraları. Türk Aile Hekimliği Dergisi; 7(2): 5762.

Şahin E. (2007). Bası Yaralarında Fizik Tedavi Uygulamaları. Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences, .3(45): 36-44.

Taşdemir N, Yavuz M. (2008). Yara Bakımında Debridman Yöntemleri; Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim Ve Sanatı Dergisi cilt 1 sayı 2.

Taylor C, Lillis C, LeMone P, Lynn P. Fundamentals of nursing, the art and science of nursing care. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2008.

TC.Sağlık Bakanlığı (20 Temmuz 2011). Yoğun bakım hizmetlerinin uygulama esasları. Yataklı Sağlık Tesislerinde Tebliğ. Resmi gazete no:28000.

Theaker C, Kuper M, Soni N.(2005). Pressure ulcer prevention in intensive care- A Randomised control trial of two pressure-relieving devices, Anaesthesia, 60(4):395-399.

Tıkız C.(2007).Yara iyileşmesi.Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences,3:459,12-20

Torun S. (2010) "*Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Basınç Yarası Oluşumunu Önleyici Ve Tedavi Edici Hemşirelik Girişimlerine İlişkin Bilgi Ve Uygulamalarının İncelenmesi.*" Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı. Yüksek lisans tezi. Adana (Danışman; Doç. Dr. Gürsel ÖZTUNÇ)

Uçan, Ö, Taşcı, S, ve Ovayolu, N. (2008). Eleştirel düşünme ve hemşirelik. Fırat Sağlık Bilimleri Dergisi, 1 (7), 17-27.

Ulusoy M.F, Gönüllü S. (1997). Hemşirelik esasları.Ankara:71; TDFO Ltd.Şti,Cilt 1,3.Baskı,

Ünver S, Yıldırım M. '*Basınç yaralarına ilişkin kavram analizi*'. IV.Ulusal Yara Bakımı Kongresi, Bursa, ss.122, (PS: 11)(04-07 Kasım, 2009)(Poster Bildiri)(Kasım 2009)

Yorgancıoğlu ZR, İncel AN. (1999). Bası Ülserleri ve Tedavisi Fiziksel Tıp, 2(3): 61-66

Yücel, A.(2001)Bası Yaraları İçinde: İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Etkinlikleri Sempozyum (<http://www.npuap.org/pr2.htm>, Erişim:21 Mart 2012).

10.EKLER

10.1. Anket Formu(Ek.1)

10.2.Etik Kurul Onayı (Ek.2)

10.1. Anket Formu(Ek.1)

Değerli meslektaşım;

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesi, Kocaeli Devlet Hastanesi,Derince Eğitim Araştırma Hastanesi ve İzmit Seka Devlet Hastanesi cerrahi yoğun bakım hemşireleri ile bir çalışma yürütülmektedir.Çalışmanın amacı basınç yarası oluşumuna ilişkin eksik bilgive uygulamaların belirlenerek hemşirelerin bu konuda var olan bilgi ve uygulamalarını güncellemek ve farkındalık yaratmalarını sağlamak,yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda basınç yarası gelişimini önlemeye çalışarak nitelikli bakım sağlamak bakım maliyetininin düşmesine katkıda bulunmaktadır.Hastalara bakımvermekte ayrıcalıklı bir yeri olan sizlerin bu çalışmaya katılması önem taşımaktadır.Çalışmaya katılarak konu hakkında düşüncelerinizi ve önerilerinizi bizlerle paylaştığınız için teşekkür ederiz.

Hemşire Pelin TURGUT ;

peiiin_888@hotmail.com

SOSYO-DEMOGRAFIK ÖZELLİKLER

- 1-Yaşınız.....
- 2-Cinsiyetiniz Kadın Erkek
- 3-Varsa uzmanlık alanınız.....
- 4-Mesleki deneyim yılınız.....
- 5-Çalıştığınız üniteadaki çalışma süreniz.....
- 6-Çalıştığınız üniteadaki statünüz
- ☐ Cerrahi Yoğun bakım hemşiresi
- ☐ Cerrahi yoğun bakım sorumlu hemşiresi
- 7-Çalışma saatleriniz
- ☐ Sürekli 8-16
- ☐ Genellikle 8-16
- ☐ Genellikle 24saat
- ☐ Genellikle 16-08
- ☐ Genellikle 24-08
- ☐ Diğer.....

8-Çalıştığınız ünite kaç yataklı?

.....

9- Birebir kaç hastaya bakım veriyorsunuz?

.....

BASINÇ YARASINA İLİŞKİN BİLGİ VE UYGULAMALAR

1-Daha önce okul eğitiminizin dışında basınç yarasına ilişkin bir eğitim aldınız mı?

☐ Evet

☐ Hayır

2-Cevabınız evet ise nasıl bir eğitimdi?

☐ Hizmet içi eğitim

☐ Kurs

☐ Kongre

☐ Seminer

☐ Diğer

3-Basınç yarasını bir cümle ile tanımlayınız.

.....

.....

4-Çalışma yaşamınızda basınç yarasını nasıl ifade ediyorsunuz?

☐ Basınç yarası

☐ Bası yarası

☐ Dekübit ülseri

☐ Yatak yarası

☐ Diğer

5-Basınç yarası gelişme riski taşıyan hastaları değerlendirirken aşağıdaki durumlardan hangisi ya da hangileri göz önüne alınmalıdır?

☐ Yaş

☐ Duyusal algı düzeyi

☐ Yatağa bağımlılık durumu

☐ Beslenme durumu

☐ Nemlilik durumu

☐ Hareketlilik durumu

☐ Özel cerrahi girişim(beyin cerrahisi vb.)

☐ Hepsi

☐ Hiçbiri

6-Hangisi basınç yarası oluşumunda fizyolojik faktörler arasında yer almaz?

- ☐ Beslenme bozukluğu
- ☐ Ödem
- ☐ Yaş
- ☐ Basınç

7-Basınç yarası tedavisinde uygulanan debritleme ne amaçla yapılır?

.....

8-Yatağa bağımlı hastanın pozisyonu ne sıklıkla değiştirilmelidir?

.....

9-Basınç yarası oluşumunda etyolojik faktörleri önem sırasına göre sıralayınız.

.....

10-Dermiste kısmi doku kaybı vardır,yara yatağı pembe kırmızıdır.Ölü doku yoktur,yüzeyel bir ülser vardır.Seröz bir bülde mevcut ise bu kaçınıcı evre basınç yarasıdır?

- ☐ Evre 1
- ☐ Evre 2
- ☐ Evre 3
- ☐ Evre 4

11-Aşağıdakilerden hangisi basınç yarasının sistemik tedavileri arasında yer almaz?

- ☐ Beslenme
- ☐ Enfeksiyonla savaş
- ☐ Debritleme
- ☐ Dolaşımın artırılması

12-Resimdeki basınç yarası kaçınıcı evredir?



- ☐ Evre 1
- ☐ Evre 2
- ☐ Evre 3
- ☐ Evre 4

13-Basınç yarası olan hasta ile karşılaşma sıklığınız nedir?

- ☐ Hemen hemen hiç

- ☐ Bazen
☐ Sıklıkla
☐ Her zaman
- 14-Bugüne kadar ortalama kaç hastaya basınç yarası pansumanı yaptınız?
☐ Hiç yapmadım
☐ 10dan az
☐ 20-50 arası
☐ Sayısını hatırlayamayacağım kadar çok
- 15-Basınç yarasının önlenmesi ve tedavisini hemşirenin sorumluluğunda görüyor musunuz?
.....
.....
- 16-Basınç yarası tedavisi ve önlenmesi sizce ekip çalışması gerektirir mi?
☐ Evet
☐ Hayır
- 17-Cevabınız evet ise ekip üyeleri kimlerdir?
.....
- 18-Sizce basınç yarası iyi bir hemşirelik bakımı ile önlenbilir mi?
.....
- 19-Sizce basınç yarasının önlenmesi mi yoksa tedavi edilmesi mi daha fazla mali yük getirir?
.....
- 20-Ünitenizde basınç yarası bakımı kim/kimler tarafından yapılmaktadır?
☐ Hemşire
☐ Doktor
☐ İntern doktor
☐ Yardımcı sağlık çalışanı(hasta bakıcı)
☐ Diğer
- 21-Basınç yarası oluşum riskini değerlendirmek için herhangi bir ölçek kullanıyor musunuz?
☐ Evet
☐ Hayır
- 22-Kullanıyorsanız ismi nedir?.....
- 23-Uzun süre yatağa bağımlı hastalara koruyucu yöntemler kullanıyor musunuz?
☐ Evet

()Hayır

24-Evet ise hangi koruyucu yöntemleri kullanıyorsunuz?

.....
.....

25-Basınç yarası gelişme riski olan hastanın cilt temizliğini nasıl yapıyorsunuz?

.....

26-Yatağa bağımlı hastanın pozisyonunu ne sıklıkla değiştiriyorsunuz?

()30 dakikada bir

()Saatte bir

()2 saatte bir

()4 saatte bir

()Diğer.....

27-Hastanızın pozisyon değişimini gerektiği gibi yapabildiğinizi düşünüyor musunuz?

()Evet

()Hayır

28-Cevabınız hayır ise nedenini açıklayınız

.....
.....

29-Ünitenizde basınç yarası olan hastaya en çok hangi debritleme yöntemi kullanılır?

()Mekanik(steril spanç ıslatılır yara yerine yerleştirilir kuruyunca kaldırılır.)

()Cerrahi(bistüri ve makasla kazıma yapılır)

()Otolitik(enzimlerle tedavi edilir)

10.2. Etik Kurul Onayı (Ek.2)

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2/9	Proje No: KOU KAEK 2014/38	Tarih : 21.01.2014
	Hemşire Pelin Turgut'un sorumluluğunda yapılan ve yukarıda bilgileri verilen Klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.		

ETİK KURUL BİLGİLERİ

ÇALIŞMA ESASI	Hasta Hakları Yönetmeliği (01.08.1998/23420), Helsinki Bildirgesi (2008), İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu (Nisan 2013), ICH/GCP-Guideline for Good Clinical Practice (10 Haziran 1996) İnsan Denekleri İçeren Biyomedikal Araştırmaların Uluslar arası Rehber Kuralları (CIOMS, 2002), Biyotıp Araştırmalarına İlişkin İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesine Ek Protokolün Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (10 Mart 2011/6212), Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi (4 Nisan 1997), Ek Madde -10 (6 Nisan 2011, 6225)) Resmi Gazetede 13.04.2013 tarih ve 28617 sayılı ile yayınlanan Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik
----------------------	--

ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI: PROF. DR. NERMIN ERSOY
ETİK KURUL ÜYELERİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof.Dr. Nermin ERSOY Başkan	Tıp Tarihi ve Etik	KOU Tıp Fak. Tıp Tarihi ve Etik AD	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	N. Eser
Prof.Dr. Dilek URAL Başkan Yrd.	Kardiyoloji	KOU Tıp Fak. Kardiyoloji AD	E ☐	K ☒	E ☐	H ☐	E ☐	H ☒	Katılmadı
Prof.Dr. B. Faruk ERDEN Üye	Farmakoloji	KOU Tıp Fak. Farmakoloji AD	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof.Dr. Gülcan TÜRKER Üye	Pediyatri	KOU Tıp Fak. Çocuk Sağ. ve Hst.AD	E ☐	K ☒	E ☐	H ☐	E ☐	H ☒	Katılmadı
Prof.Dr. Yavuz GÜRKAN Üye	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	KOU TF Anesteziyoloji ve Reanimasyon	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof.Dr. Hale M. KIR Üye	Biokimya	KOU Tıp Fak. Biokimya AD	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Yrd. Doç.Dr. Ayşe KARSON Raportör	Fizyoloji	KOU Tıp Fak. Fizyoloji AD	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Uzm.Dr. Murat GÜVEN Üye	Genel Cerrahi	Kocaeli Derince Eğt. ve Arş. Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Uzm.Dr. Berna A. ŞERİFİ Üye	Halk Sağlığı	İzmit 1 Nolu AÇSAP	E ☐	K ☒	E ☐	H ☐	E ☐	H ☒	Katılmadı
Ersayın IŞIK Üye	Avukat	Kocaeli Barosu	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Seval BİZEL Üye	Hasta Hakları Temsilcisi	Ev Hanımı	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Yrd.Doç.Dr. Önjen TAK	Danışman Diş Hekimi	KOU . Diş Hekimliği Fak.	E ☒	K ☐	E ☐	H ☐	E ☐	H ☒	Katılmadı

* :Toplantıda Bulunma

11.ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı: Pelin TURGUT

Doğum Yeri ve Tarihi: Karabük/26.07.1990

Yabancı Dil: İngilizce

Email: plntrgt24.09.05@hotmail.com

Telefon: 05465430705

ÖĞRENİM DURUMU

Karabük 75.Yıl Anadolu Lisesi (2003/2007)

Kastamonu Üniversitesi – Fazıl Boyner Sağlık Yüksek Okulu – Hemşirelik (Lisans) (2007/2011)

Haliç Üniversitesi – Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Hemşirelik (Yüksek Lisans)(2012/---)

İŞ TECRÜBELERİ

Kastamonu Özel Uğurlu Hastanesi Yoğun Bakım Hemşiresi (08/2011 – 10/2011)

Karabük Özel Medikar Hastanesi Koroner Yoğun Bakım Hemşiresi (10/2011 – 04/2012)

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Cerrahi Yoğun Bakım Hemşiresi (05/2012 – ----)