



T.C

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN BASINÇ YARASINA İLİŞKİN
BİLGİ DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

HAMZA TABARU

Tez Danışmanı

DOÇ. DR. SEVGİ KIZILCI

İSTANBUL 2019

T.C
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN BASINÇ YARASINA İLİŞKİN
BİLGİ DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

HAMZA TABARU

Tez Danışmanı
DOÇ. DR. SEVGİ KIZILCI

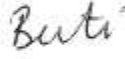
İSTANBUL 2019

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Anabilim Dalı : Hemşirelik
Program : İç Hastalıkları Hemşireliği/Tezli
Öğrenci No : 164204036
Öğrenci Adı Soyadı : Hamza Tabaru

'Yoğun Bakım Hemşirelerinin Basınç Yarasına İlişkin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi' isimli çalışma aşağıdaki jüri tarafından 04.10.2019 tarihinde yapılan sınavda Yüksek Lisans Tezi olarak oybirliğiyle kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı : Prof. Dr. Besti Üstün
(Üsküdar Üniversitesi)



Danışman : Doç. Dr. Sevgi Kızılcı
(Üsküdar Üniversitesi)



Üye : Dr. Öğr. Üyesi Sebahat Ateş
(Maltepe Üniversitesi)



ONAY

Bu tez, yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun tarih ve sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Doç.Dr. Türker Tekin ERGÜZEL
Enstitü Müdür V.

Yoğun Bakım Hemşirelerinin Basınç Yarasına İlişkin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi

ÖZET

Araştırma, basınç yarası açısından riskli hasta grubu ile çalışan yoğun bakım hemşirelerinin basınç yarası bilgi düzeyleri ve ilgili faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırma tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir. Bir eğitim ve araştırma hastanesinin yoğun bakım kliniklerinde çalışan 105 hemşire çalışma kapsamına alınmıştır. Araştırmanın verileri “Yoğun Bakım Hemşirelerinin Tanıtıcı Anketi” ve “Pieper Basınç Yarası Bilgi Testi” ile toplandı. Veri analizinde, SPSS programı kullanıldı. Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis testleri ile yapıldı.

Yoğun bakım hemşirelerinin basınç yarası toplam bilgi puanı % 71,8; basınç yarası bilgi testi alt boyutları önleme bilgi puanı %73,1, evreleme bilgi puanı %71,2 ve tanımlama bilgi puanı %66,8 olarak saptanmıştır. Yoğun bakım hemşirelerinin basınç yarası bilgi puanı tatmin edici düzeyde, basınç yarası tanımlama bilgi puanı ise düşük düzey (<%70) olarak sonuçlanmıştır. Basınç yarası tanımlama bilgisi, eğitim düzeyi arttıkça yükselmiştir ($p=0,033$). Basınç yarasına yönelik alınan eğitimler son bir yıl içerisinde eğitim alanların basınç yarası tanımlama bilgisi daha düşük saptanmıştır ($p=0,049$). Dahili yoğun bakım çalışanlarının basınç yarası önleme bilgisi cerrahi yoğun bakım çalışanlarına oranla daha yüksek saptanmıştır ($p=0,043$). Basınç yarası bilgi testi toplam puanları ve alt boyut puanlarına göre yaş, cinsiyet, mesleki deneyimleri arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Yoğun bakım hemşireleri basınç yarası önleme ilgili bölümde en yüksek bilgi düzeyine (%73,1), basınç yarası tanımlama ile ilgili bölümde en düşük bilgi düzeyine (%66,8) sahipti.

Sonuç olarak yoğun bakım hemşirelerinin basınç yarası bilgi düzeylerini; eğitim düzeyi, alınan hizmet içi eğitimler ve çalıştıkları yoğun bakımlar etkilemektedir. Kurumlarda hemşirelerin basınç yarasına ilişkin bilgi düzeylerinin izlenmesi ve hizmet içi eğitimlerin artırılması önerilir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, Basınç Yarası, Yoğun Bakım, Bilgi Düzeyi

Determination of the Knowledge Level of Intensive Care Nurses Regarding Pressure Ulcer

ABSTRACT

The research was conducted to determine the pressure ulcer knowledge levels and related factors of intensive care nurses working with patients at risk for pressure ulcers.

The research was conducted as descriptive. 105 nurses working in intensive care clinics of a training and research hospital were included in the study. The data of the study was collected by 'Intensive Care Nurses' Introductory Questionnaire' and 'Pieper Pressure Ulcer Knowledge Test'. SPSS program was used for data analysis. Mann Whitney U test and Kruskal Wallis test.

Intensive care nurses' pressure ulcer total score was 71.8%; The pressure sores information test subscales were 73.1% for prevention, 71.2% for staging and 66.8% for identification. Intensive care nurses' pressure wound knowledge score was satisfactory and pressure ulcer identification score was low level (<70%). Pressure ulcer identification increased with increasing educational level ($p = 0.033$). Trainings for pressure sores were lower in the last year ($p = 0.049$). The pressure ulcer prevention knowledge of internal intensive care workers was higher than surgical intensive care workers ($p = 0.043$). There was no significant difference between age, sex and occupational experience according to total pressure wound knowledge test scores and subdimension scores.

Intensive care nurses had the highest level of knowledge (73.1%) in the pressure ulcer prevention department and the lowest level of knowledge (66.8%) in the wound description department.

As a result, ICU nurses' pressure ulcer knowledge levels; education level, in-service trainings and intensive care units. It is recommended to monitor the level of knowledge of nurses about pressure ulcers and to increase in-service trainings.

Key Words: Nursing, Pressure Ulcer, Intensive Care, Knowledge Level

TEŞEKKÜR

Ders döneminde ve tez hazırlık süreçlerinde vaktini, ilgisini, desteklerini, bilgilerini, önerilerini ve güler yüzünü benden esirgemeyen, tez sürecinde kendisiyle çalışmaktan gurur duyduğum ve iyi ki tanıdım dediğim sevgili danışmanım Doç. Dr. Sevgi Kızılcı'ya,

Ders süreçlerinde tanıma fırsatı bulduğum ve hemşirelik alanında yapılan çalışmalara profesyonel bir bakış açısıyla bakmamı sağlayan Prof. Dr. Besti Üstün'e

Ders süreçlerinde hemşireliğin ne kadar değerli bir meslek olduğunu ve unuttuğumuz uygulamalar üzerinde tekrar tekrar durarak beni geliştiren Prof. Dr. Selma Doğan'a,

Yüksek lisans sürecindeki diğer tüm hocalarıma ve yüksek lisans sınıf arkadaşlarıma,

Şişli Etfal Eğitim Araştırma Hastanesinde çalışan başta yoğun bakım sorumlusu Selbi Yıldız'a ve araştırmaya katılmayı kabul ederek katkıda bulunan tüm meslektaşlarıma, teşekkür ederim.

BEYAN FORMU

Bu araştırmanın kendime ait tez çalışması olduğunu, araştırmanın planlanma, uygulama ve yazımına kadar herhangi bir aşamasında etik olamayan sergilemediğimi, araştırmanın tüm bilgileri akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, araştırmayla elde edilmeyen tüm bilgi ve yoruma yönelik yazılara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

Adı Soyadı:

İmza:

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
TEŞEKKÜR	iii
BEYAN FORMU	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar DİZİNİ	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
1. PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ	1
1.1. Araştırmanın Amacı.....	3
1.2. Araştırma Soruları	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Deri	4
2.1.1. Derinin Yapısı	4
2.2. Basınç Yarası	5
2.2.1. Basınç Yarası Epidemiyolojisi	5
2.2.2. Basınç Yarası Nedenleri ve Risk Faktörleri	6
2.2.3. Basınç Yarası Patofizyolojisi... ..	8
2.2.4. Basınç Yaralarında Risk Değerlendirme ve Kullanılan Ölçekler.....	9
2.2.3.1. Norton Ölçeği... ..	10
2.2.3.2. Braden Risk Değerlendirme Ölçeği	10
2.2.3.3. Waterlow Ölçeği	10
2.2.5. Basınç Yarasının Sık Görüldüğü Bölgeler	11
2.2.6. Basınç Yaralarının Sınıflandırılması... ..	11
2.2.6.1. Evrelerine Göre Sınıflandırma	11

2.2.6.2.	Renklere Göre Sınıflandırma.....	13
2.2.7.	Basınç Yarasının Önlenmesi ve Tedavisi.....	13
2.2.8.	Basınç Yarasının Ekonomik Sonuçları/Etkileri.....	15
2.3.	Basınç Yarası ve Hemşirelik.....	16
2.3.1.	Basınç Yarasında Hemşirelik Uygulamaları	16
2.3.1.1.	Tanımlama	16
2.3.1.2.	Planlama	17
2.3.1.3.	Uygulama	17
2.3.1.4.	Değerlendirme	20
2.3.2.	Basınç Yarasında Bilginin Önemi	20
3.	GEREÇ VE YÖNTEM	23
3.1.	Araştırmanın Tipi.....	23
3.2.	Araştırmanın Yeri ve Zamanı	23
3.3.	Araştırmanın Evren ve Örneklemi	23
3.4.	Araştırmanın Değişkenleri... ..	23
3.4.1.	Bağımlı Değişkenler... ..	23
3.4.2.	Bağımsız Değişkenler... ..	24
3.5.	Veri Toplama Araçları.....	24
3.5.1.	Hemşirelerin Tanıtıcı Anketi.....	24
3.5.2.	Pieper Basınç Yarası Bilgi Testi.....	24
3.6.	Verilerin Toplanması	25
3.7.	Verilerin Değerlendirilmesi	25
3.8.	Araştırmanın Sınırlılıkları.....	25
3.9.	Araştırmanın Etiği	25
4.	BULGULAR	26

5.	TARTIŞMA	34
	Yoğun Bakım Hemşirelerinin Basınç Yarası Bilgi Puanlarının Tartışılması.....	34
	Yoğun Bakım Hemşirelerinin Basınç Yarasını Önleme Bilgisinin Tartışılması.....	34
	Yoğun Bakım Hemşirelerinin Basınç Yarasını Evreleme Bilgisinin Tartışılması.....	36
	Yoğun Bakım Hemşirelerinin Basınç Yarasını Tanımlama Bilgisinin Tartışılması.....	37
	Yoğun Bakım Hemşirelerinin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Basınç Yarasını Önleme, Evreleme ve Tanımlama Puan Ortalamalarının Tartışılması.....	37
6.	SONUÇ VE ÖNERİLER	39
7.	KAYNAKÇA	40
8.	EKLER	52
	Ek-1 Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	52
	Ek-2 Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri Anketi	53
	Ek-3 Pieper Basınç Yarası Bilgi Testi.....	54
	Ek-4 Etik Kurul İzni	56
	Ek-5 Kurum İzni.....	57
9.	ÖZGEÇMİŞ	58

TABLULAR DİZİNİ

Tablo 1. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Tanıtıcı Özellikleri Tablosu

Tablo 2. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Modifiye Pieper Basınç Yarası Bilgi Testi Puan Dağılımları

Tablo 3. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Basınç Yarasını Önleme Sorularına İlişkin Yanıtlarının Dağılımı

Tablo 4. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Basınç Yarasını Evreleme Sorularına İlişkin Yanıtlarının Dağılımı

Tablo 5. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Basınç Yarasını Tanımlama Sorularına İlişkin Yanıtlarının Dağılımı

Tablo 6. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Basınç Yarasını Önleme, Evreleme ve Tanımlama Puan Ortalamalarının Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

KISALTMALAR DİZİNİ

NPUAP: National Pressure Ulcer Advisory Panel

EPUAP: Europe Pressure Ulcer Advisory Panel

PBYBT: Pieper Basınç Yarası Bilgi Testi

PUKT: Pieper Pressure Knowledge Test

AHQR: Sağlık Araştırma ve Kalite Ajansı



1. PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ

Basınç yaraları, “Genellikle kemik çıkıntılar üstünde ortaya çıkan bölgesel deri ve/veya deri altı doku hasarı” şeklinde tanımlanmıştır (NPUAP ve EPUAP 2009). Uzun süre yatağa bağımlı kalmak basınç yaraları açısından hazırlayıcı bir etkidir. Yatağa bağımlılık yoğun bakım ünitelerinde diğer kliniklere göre daha fazladır. Basınç yaralarının görülme sıklığının, akut kliniklerde ve hastane genelinde tüm klinikleri içeren çalışmalarda %3- %18,5 arasında değiştiği görülürken (Whittington 2000; Whittington 2004; Jenkins 2010; Mehta ve ark. 2015; VanGilder ve ark 2017; Coyer ve ark. 2017), yoğun bakım ünitelerinde bu oranın %14- %33,7 olduğu (Nijs 2009; Mehta ve ark. 2015; Coyer ve ark. 2017; Becker 2017; El-Marsi 2018) belirlenmiştir. Türkiye’de Yoğun bakım kliniklerinde basınç yarası görülme oranı % 4,7-15,0 olarak saptanmıştır (Sayar 2009; Tekerci 2009; Tokgöz 2010). Çınar ve ark.(2018)’nin yaptığı sistematik derlemede, yoğun bakım ünitelerinde tedavi alan hastalarda basınç yaraları oluşma riskinin diğer kliniklerdeki hastalara oranla daha yüksek olduğu belirtilmiştir.

Basınç yaraları tedavisi uzun zaman alan, iyileştirme programlarını aksatan, morbidite ve mortalite oranlarının yüksek olmasına sebep olan problemlerdir (Keller 2002). Basınç yaraları depresyon, ağrı ve enfeksiyon gibi komplikasyonların gelişimine sebep olabilir (Wolerton 2005). Basınç yaralarının en önemli komplikasyonu beslenme düzeni ve bağışıklığı bozulan yaşlı hastalarda gelişen enfeksiyonlardır. Enfeksiyon gelişimi bu hasta gruplarında sepsise kadar ilerlemesiyle mortaliteyi arttırabilir (Black 2005). Basınç yaraları, verdiği fiziki ve psikolojik yönden travmaların (Hampton ve Collins 2005) dışında hastaların iyileşme süreçlerini uzatarak, günlük yaşam aktivitelerinin aksamasına ve ekonomik yönden sağlık bakım harcamalarının artmasına neden olabilen bir komplikasyondur (Varga ve Holloway 2016).

Yoğun bakım hastalarında basınç yarasının etyolojik faktörleri; birincil ve ikincil faktörler olarak iki başlıkta toplanmıştır. Birincil faktörler; basınç, sürtünme, yırtılma ve ıslaklık olarak sınıflandırılmaktadır (Avşar 2012). Birincil faktörlerden olan basınç, yaraların oluşumundaki en önemli etkidir (Ersoy ve ark., 2013). Diğer birincil faktör olan sürtünme (friksiyon), deri yüzeyinin sürüklenmesi sonucunda üst tabakasının kaybına sebep olduğu ve bunun sonucunda doku yıkımının meydana geldiği durumdur. Yırtılma ise yerçekimi ve sürtünme sonucunda doku kanlanmasının bozulması ve bunun sonucunda doku hasarı gerçekleşmektedir (Karadağ 2003). Basınç yarası gelişiminde

birincil faktörlerden üçüncü olanı derinin ıslaklık durumudur. Epidermisin üst tabakasının nemli olma durumu, derinin üst tabakasının incelmeye ve doku bütünlüğünün bozulmasına zemin hazırlar (Balcı 2016). Basınç yarası oluşumundaki ikincil faktörler ise; beslenme (Acar ve Aygin, 2015), aktivite/hareket durumu (Aydın, 2008), yaş (Akın ve Karan, 2011), hipotansiyon (Avşar 2012), hastalıklar (Becker 2017), ilaçlar (Delmore ve ark. 2015), sıcaklık (Rapp 2009) ve diğer faktörler (Nassaji 2014; Xu 2019) olarak saptanmıştır.

Basınç yaraları, sağlık bakım sistemlerinde, büyük oranlarda önlenemez olmasına karşın önemini koruyan bir problem olarak devam etmektedir (Coyer ve ark. 2017). Basınç yaraları, kurumların kalite göstergeleri içerisinde önemli bir yer alır. Basınç yaralarının oluşumunun engellenmesi, bakımı ve tedavisi çoklu ekip çalışmasını gerektirmektedir. Bu noktada en önemli rol, hastalara günün tamamında bakım veren, bu çoklu ekibin değişmeyen parçası olan hemşirelerin sorumluluğundadır (Karadağ 2003). Basınç yaraları açısından risk faktörlerini belirleme, bu risk faktörlerine karşı önleyici uygulamalarını gerçekleştirme ve basınç yarası gelişen hastaların yara bakımlarını yapma hemşirelerin sorumlulukları arasındadır (Tel ve Özden 2006). Etkili bir hemşirelik bakımı ile hastalarda var olan basınç yaraları tedavi edilebilir (Tel ve Özden 2006).

Basınç yarası, hemşirelik bakımının ve önleyici uygulamaların yetersizliğinin bir göstergesi olarak kabul görmektedir. ‘Bireyi ve aileyi fizyolojik, psikolojik, ekonomik yönden ciddi şekilde etkileyen basınç yarasının önlenmesi, hemşireler için bakımın merkezinde yer alan, öncelikli ve profesyonel bir sorumluluktur’. Hemşirelerin belirli aralıklarla basınç yarası risklerini değerlendirmesinin ardından erken dönemde basınç yaralarını önleyici uygulamalar yapması gerekmektedir (Tel ve Özden 2006, Doley 2010; Efteli ve Güneş 2013). Etkili bir hemşirelik bakımının sağlanabilmesi için basınç yarası bilgi düzeyi önemlidir (Sarı 2013). Hemşirelerin basınç yarası oluşumunu önleme, bakım ve izleme ile ilgili bilgi düzeyleri ile uygulanan hemşirelik bakımının kalitesi aynı yönde artmaktadır. Basınç yaralarının önlenmesi, bakımı ve tedavisi için hemşirelerin yaptığı her uygulama bakımın kalitesinin artırılması için önemli bir etkidir (Tel ve Özden 2006).

Dünya’da yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin bilgi düzeylerinin ölçüldüğü çalışmalara bakıldığında, Strand ve Lindgren 2010 yılında İsveç’te bulunan bir hastanenin yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin bilgi düzeylerini iyi olarak saptanmıştır. Shrestha ve ark. (2017) Yoğun Bakım Hemşirelerinin (n=98) basınç yarası önleme bilgisini ölçmüş ve bilgi düzeyleri düşük olarak saptanmıştır. Demarre ve ark.

(2011) Belçika da bakım evlerinde çalışan 145 hemşirenin bilgi düzeyini ölçmüş ve hemşirelerin bilgi düzeyleri düşük olarak saptanmıştır.

Türkiye’de basınç yarası bilgi düzeyleri ile ilgili yapılmış dört adet çalışmaya ulaşılmıştır. Gül ve ark. (2017) hastane genelinde yaptığı çalışmada hemşirelerin basınç yarası bilgi düzeylerini yetersiz olarak saptamıştır. Celik ve ark (2017) bir araştırma hastanesinde çalışan 407 hemşirenin basınç yarası önleme ve yönetme bilgisini orta düzey olarak saptanmıştır. Köse ve arkadaşlarının 2016 yılında yaptığı çalışmada bir üniversite hastanesinde çalışan 73 yoğun bakım hemşiresinin basınç yarasına ilişkin önleyici müdahaleleri ile ilgili bilgi düzeyleri iyi olarak saptanmıştır. Aydoğan ve ark. (2017) üç eğitim ve araştırma hastanesindeki yoğun bakım hemşirelerinin basınç yarası önleme bilgi düzeylerini düşük olarak saptamıştır.

Bu çalışmada, farklı olarak, yoğun bakım hemşirelerinin basınç yarasını önleme, evreleme ve tanımlama bilgi düzeyleri ayrı ayrı analiz edilip; ölçeğin her bir alt boyutu hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ile istatistiksel veri elde edilmiştir. Bunların dışında basınç yarası bilgi testinin her alt boyutu içerisinde en çok yanıtlanan ve yanıtlanamayan sorular da belirlenmiştir. Ölçek içerisindeki her soruya verilen yanıtların dağılımları analiz edilmiştir. Çalışmanın sonucunda elde edilecek verilerin, yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşireler için basınç yaralarını önleme konusunda hazırlanacak eğitim programlarına yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

1.1. Araştırmanın Amacı

Yoğun bakım hemşirelerinin basınç yarasına ilişkin bilgi düzeylerini ve ilgili faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

1.2. Araştırma Soruları

- Yoğun bakım hemşirelerinin basınç yarasına ilişkin bilgi düzeyleri nedir?
- Yoğun bakım hemşirelerinin basınç yarası önleme, evreleme ve tanımlama sorularındaki puan dağılımları nedir?
- Yoğun bakım hemşirelerinin basınç yarası bilgi testinde en fazla ve en az yanıtlanan sorular hangileridir?
- Yoğun bakım hemşireleri tanıtıcı özelliklerinin (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışılan yoğun bakım, basınç yarasına ilişkin en son ne zaman eğitim aldığı, basınç yarasına ilişkin alınan eğitimler, mesleki deneyim ve basınç yarasına bakım verme sıklığı) basınç yarası bilgi testi puanlarına (önleme, evreleme, tanımlama ve toplam puanları) etkisi var mı?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Deri

2.1.1. Derinin Yapısı

İnsan vücudundaki en büyük organ olan deri, bedeni ve organizmayı dış etmenlerden koruma; vücudun ısı, su ve elektrolit dengesinin ayarlanması; vitamin sentezi, sitokin üretimi, hormonal metabolizmada rol almak gibi birtakım işlevlere sahiptir (Bergstresser ve ark 2012). Deri anatomik olarak, epidermis ve dermis olmak üzere iki ana tabakadan oluşmaktadır. Epidermis ve dermis arasında ise, bazal membran olarak bilinen birleştirici bir ara tabaka mevcuttur (Bergstresser ve ark 2012; Chu 2008).

Epidermis organizmayı zararlı maddelere ve su kaybına karşı koruyan bir bariyer olarak işlev yapar (Arin 2012). Epidermis tabakasında görev yapan ana hücre grupları; keratinositler, melanositler, Langerhans hücreleri ve Merkel hücreleridir. Epidermisin en geniş hücre grubunu keratinositler oluşturmaktadır. Keratinositler deri ve ekleri için temel yapısal protein olan keratin denilen fibril proteinlerini sentezler. Keratinositlerin mitoz aktivitesi ve farklılaşma aşamaları epidermisin yenilenmesinde önemli rol oynar. Melanositler melanin salgılayan hücrelerdir. Melanin, özellikle güneşten kaynaklı ultraviyole ışınlarla karşı deriyi koruyan ve deriye rengini veren ana pigmenttir. Langerhans hücreleri deride gerçekleşen immünolojik yanıtta; antijenin tanınması ve duyarlı T lenfositlere sunulmasında görevlidir. Merkel hücrelerinin ise içerdikleri nörosekretuar granüller sayesinde dokunma duyusunun algılanmasında görev aldıkları düşünülmektedir (Bergstresser ve ark 2012; Chu 2008). Epidermisteki hücrelerin çoğalması ve farklılaşmasıyla, epidermisin tabakaları meydana gelir. Bunlar alttan yukarı doğru sırasıyla; stratum bazale, stratum spinosum, stratum dördüncü granülozum, stratum lusidum, stratum korneumdur. Stratum bazale, mitotik aktiviteye sahip hücrelerden oluşmuştur ve epidermisin diğer katmanları bu tabakadan gelişir.

Epidermisin en büyük tabakasını oluşturan bölüm stratum spinosumdur. Bu tabakadaki keratinositler arasında desmozom adı verilen bağlantılar vardır. Bu yapılar zarar gördüğünde hücreler birbirinden ayrılır ve bu durum akantoliz olarak adlandırılır. Stratum granülozum tabakasındaki hücreler, keratohiyalin içeren granüllerden zengindir. Keratohiyalin granülleri; stratum korneumdaki keratin filamentlerini birleştiren proteinlerin yapısında yer alan profilaggrin ve lorikrin proteinlerini içerir. Stratum lusidum korneum ve granüler tabaka arasındaki sürtünmeyi azaltır. Stratum korneum, çekirdeği olmayan, keratinden zengin ölü hücrelerden oluşur. Stratum korneum, kimyasal

etmenler ve mikroorganizmaların invazyonuna karşı fizyolojik bir bariyer olarak görev yapan epidermis tabakasıdır (Chu 2008).

Dermis, derinin damar ve sinir yapılarının bulunduğu tabakasıdır. Elastik fibriller ve kollojen, derminin temel yapısını oluşturur. Sinirler ve mast hücrelerinin de eşlik ettiği vasküler yapılar, beslenmeyi ve kutanöz duyuyu sağlamak üzere dermis boyunca uzanırlar. Dermisin altında hipodermis denilen yağ dokusundan zengin, büyük damar ve sinirlerin bulunduğu bir tabaka vardır. Bu tabaka altındaki yapı ve organları mekanik etkilerden ve ısı değişimi etkilerinden korur, deriye hareket imkanı sağlamakla görevlidir (Bergstresser ve ark 2012; Chu 2008).

2.2. Basınç Yarası

Basınç yaraları genellikle bir kemik çıkıntısı üzerinde deri ve/veya altındaki yumuşak dokuda lokalize yaralanma'' olarak tanımlanmaktadır (NPUAP 2016; Yara Ostomi İnkontinans Hemşireler Derneği 2018). Önceki çalışmalarda basınç yaraları, 'dekübit ülserler' veya 'yatak yaraları' şeklinde adlandırılmıştır. Basınç yaralarının gelişebilmesi için hastaların yatağa bağımlı olması gerektiği düşünülmüştür. Güncel literatüre göre basınç yaralarının yumuşak doku sıkışmasına neden olan herhangi bir pozisyonla oluştuğu bilinmektedir. Dolayısı ile bu yaraların gelişimine neden olan basınçla birlikte ifade edilmesi daha doğrudur (Perry ve ark. 2003; Perry ve ark. 2006; Ay 2007).

2.2.1. Basınç Yarası Epidemiyolojisi

Dünyada basınç yaraları halen büyük bir sağlık problemi olmaya devam etmektedir. Farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda basınç yaralarının yaygınlığı (prevelans) tüm klinik alanlar için %7,8- %13,5 (Mehta ve ark. 2015; VanGilder ve ark 2017), akut bakım klinikleri için %3- %18,5 (Coyer ve ark. 2017; Whittingtong 2004), yoğun bakım klinikleri için %14- %33,7 (Mehta ve ark. 2015; Coyer ve ark. 2017; El-Marsi 2018) olarak bildirilmektedir. Literatürde yapılan çalışmalarda akut bakım kliniklerinde basınç yaralarının görülme sıklığı %5,4-%9 (Whittingtong 2000; Whittingtong 2004; Jenkins 2010), yoğun bakım kliniklerinde %13,6- %20,1 (Becker 2017; Nijs 2009) olduğu bildirilmektedir.

Türkiye'de ise yapılan bilimsel çalışmalarda basınç yaralarının görülme oranları yoğun bakım kliniklerinde %4,7-15, diğer kliniklerde %7,2-17,6 olduğu belirlenmiştir (Sayar 2009; Terekeci 2009; Uzun 2007; Lebleci 2007; Hug 2001; Tokgöz 2010).

2.2.2. Basınç Yarası Nedenleri ve Risk Faktörleri

Basınç yarası oluşmasında, hastalarda çeşitli risk faktörleri devreye girebilmektedir. Bakteriyel kontaminasyon, hareketsizlik, sürtünme, basınç, fekal / üriner inkontinans nedeniyle derinin nemli kalması gibi faktörler, motor kayıp, yüksek ateş duyu kaybı, yaşlılık, malnütrisyon, periferel vasküler hastalıklar olarak hastalardan kaynaklanan faktörler basınç yaralarının meydana gelmesine neden olmaktadır (Ay 2007; Elkin ark. 2000; Ministry of Health (MOH). 2007; Uçar 2005; Schols ve ark. 2004; Zastocki ve ark. 2000).

Özgenel ve ark. 1993- 2001 yılları arasında 43 basınç yarası gelişmiş hasta üzerinde yaptıkları çalışmada, etyolojik nedenler etiyolojik faktörler incelediğinde %16'sı yoğun bakım kliniklerinde uzun süreli yatış, hastaların %80'i paraplejik hasta, %2'si demans hastası ve %2'si ise alt ekstremitelerde meydana gelen major travmasının mevcut olduğu saptanmıştır (Özgenel ve ark. 2002).

Basınç: Basınç yaralarının önemli noktaları basınç uygulanma süresi, basıncın içerdiği yoğunluk ve dokuların basınca karşı oluşan toleranslarıdır. İç faktörler ve dış faktörler dokuların basınca karşı oluşan toleranslarını etkilerler (Lindeman ve ark. 1999; Ay 2007; Elkin ve ark. 2000; Ministry of Health (MOH). 2001). İçsel faktörlerin temelinde yaranın O₂ ile beslenmesini, beslenme durumu, kortikosteroid ilaç kullanımları, yaş ve hastalıklar sürecini (diyabet, ağrı, dolaşımın bozukluğu ve anemi) içermektedir. Yaraların iyileşme durumuyla ilgili olan dış sebeplerden kaynaklanan faktörler granülasyonu destekleme ve sağlıklı olan dokuları koruma tasarlanmıştır (Lindeman ve ark. 1999). Basınç yaralarının gelişiminde en önemli faktör basınçtır (Ersoy ve ark., 2013). Basıncın ne kadar şiddetli olduğu ve basıncın süresi önemlidir. Basınç yarası meydana gelmesinde, basınç ve zaman arasındaki ilişkiyi birçok faktör etkilemektedir. Bu faktörler hem basınç hem de yırtılma kuvvetlerinin süresi ve yoğunluğu olarak ikiye ayrılmaktadır. Basıncın yoğunluğunu kullanılan destek yüzeyleri, hastanın bakımı esnasında verilen pozisyonu ve hastanın vücut yapısı (obez veya kaşektik) belirlemektedir. Basıncın süresi ise, hastanın duyu algılama kapasitesine ve bu durumdan kurtulabilmesi için gerekli olan aktivite yeteneğine göre değişmektedir (Aydın, 2008).

Sürtünme ve Yırtılma: Dokuların bir yüzey üstünde (tekerlekli sandalye veya yatak) hareket etmeleri sonucu oluşan sürtünme mekanik bir güçtür. Hastaların yatak içerisinde döndüklerinde veya hareket ettiklerinde deri gerilir. Bu gerilen deride oluşan

güç dokulara giden akımının bozulması ile sonuçlanır (Perry ve ark. 2003; Perry ve ark. 2006; Ministry of Health (MOH). 2001; Çınar ve ark. 2001). Sürtünme, epidermiste ve/veya dermisin üst katmanında zedelenmelere yol açabilir. 1958 yılında yer çekimi ve sürtünme arasında oluşan etkileşim sonucunda yırtılmanın meydana geldiği saptanmıştır. Ciltin yapısı gereği vücudun temas ettiği yüzey üstünde sabit tutar. Fakat yer çekiminin etkisi sonucunda iskelet sistemi aşağıya yöne doğru sarkmaya eğilimlidir. Ters olarak hareket eden bu iki kuvvet arasında gerilen kan damarlarında yırtılma oluşur, dokuların perfüzyonu bozularak hasarın gelişmesine neden olur. Deri, kemik çıkıntıları üzerinde serbest hareket edemez. Bu yüzden yırtılma durumunun asıl etkisi bu noktalarda meydana gelmektedir (Çınar ve ark. 2001). Hastaların çarşaf kullanımı olmadan yatağın üst kısımlarına doğru çekilmesi sonucunda sürtünme, yatağın baş bölgesi 30 dereceden daha fazla yükseltilmesi durumunda ise yırtılma meydana gelir. Hastalardaki bu uygulamalar sonucunda basınç yarasının gelişimi açısından zemin oluşur (National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) 2007; Ay 2007; Zastocki ve ark. 2000; Karadağ 2003).

Yaş: Yapılan bilimsel çalışmalar sonucunda basınç yarası gelişen hastaların ve basınç yarası olmayan hastaların arasında yaş durumlarına yönelik belirgin farklılıklar saptanmıştır. Ministry of Health 1998'de yaptığı çalışma sonucuna göre basınç yarası gelişen hastaların %78'inin 60 yaşın üstündedir. Yaşın ilerlemesi sonucunda cilt perfüzyonu ve derinin turgor yapısında bozulma, albümin düzeyleri ve bağışıklık sistemi cevabında azalma, deri kollajen rejenerasyonu, zayıflık durumu, doku elastikiyetinde kayıp, epidermis ve dermis arasında bağlantı zayıflığı ve mental sistemin bozulması basınç yaralarının gelişmesinde rol oynamaktadır (Ministry of Health (MOH). 2001; Karadağ A. 2003).

Nem: Derinin sürekli nemli veya ıslaklık durumu basınç yaraları açısından risk faktörü oluşturmaktadır (NPUAP 2007; Zastocki ve ark. 2000; Karadağ A. 2003). Derideki nemlilik durumu epidermisin dışsal faktörlere karşı oluşan direncini etkilemektedir. Epidermisin uzun zaman boyunca neme maruz kalması üst tabakada öncelikle yumuşama, daha sonrasında doku bütünlüğünde bozulmayla sonuçlanır. Bu bilgiler doğrultusunda yapılan çalışmalarda idrar ve dışkı inkontinanslarının basınç yarası gelişimine etkisi belirkin olarak saptanmıştır (Perry ve ark. 2003; Perry ve ark. 2006; Ministry of Health (MOH). 2001; Karadağ A. 2003).

Beslenme: Dokunun sağlıklı olarak devam edebilmesi, yara iyileşmesinin gerçekleşebilmesi ve bağışıklık sisteminin güçlü olabilmesi için vücuda, temel besin maddelerinin alınması gerekmektedir. Beslenme yetersizliklerinin basınç yaralarının

gelişiminde ve yara oluştuktan sonra dokuların iyileşmesinde etkili olduğu araştırma sonuçlarıyla saptanmıştır (Perry ve ark. 2003; Perry ve ark. 2006; Ministry of Health (MOH). 2001; Schols ve ark. 2004; Karadağ 2003). Thomas 2001 yılında malnütrisyonu olan hasta grubunda %17 oranında, malnütrisyonu olmayan hasta grubunda ise %9 oranında hastaneye yatışlarından bir ay sonra basınç yarası gelişimi saptanmıştır (Thomas DR. 2001).

Barton etyolojik faktörleri açığa kavuşturmak amacı ile termografik bir kamera yardımı ile bilimsel çalışma yapmıştır (Barton ve ark. 1981). Yapılan bu bilimsel çalışmada akut olarak gelişen basınç yaralarında damarlarla ilişkili çoklu pıhtılar ile karşılaşmıştır. Bu bulgular sonucunda akut olarak gelişen basınç yaralarında küçük çaplı damar yapılarına travmaların rolü olduğu sonucuna varılmıştır (Niezgoda ve ark. 2006; Barton ve ark. 1981).

Ortalama arter basıncı düşüklüğü ve anemi oksijen taşıma kapasitelerini azaltarak basınç yaralarının oluşumuna zemin hazırlamaktadır. Nem ve Isı ciltte yumuşama (maserasyon) kolaylaşır. Hastalar bir çıplak sünger yatak üstünde oturtularak yapılan gözlemlerde, lokal ısıda 3°C'lık artış saptanmış (Nola ve ark. 1980). Deri ısısında meydana gelen 1°C'lık her ısı artışları doku metabolizmasında ve oksijen gereksinimlerinde % 10'luk bir artışa neden olmaktadır. Doku kanlanmasının bozulması ve doku ısısında artma birlikte gerçekleştiğinde, kanlanması bozulmuş olan hücrelerin yapıları tehlike altındadır. Hastalarda meydana gelen hipertermi de bu açılardan olumsuz bir faktör olmaktadır (Parish LC, Lowthian P, Witkowski JA. 2007).

Mekanik ventilatörlere bağımlı hastalarda veya ameliyat masalarında uzun süre yatan hastalarda basınç yarası gelişimi meydana gelmez iken, küçük bir travma sonucunda bazen aktif hareket eden hastalarda bile basınç yarası gelişimi olabilmektedir. Basınç yaralarının oluşumunda periferik ağrı reseptör kaybı önemli bir etiyolojik faktör kabul edilmektedir. Uzun süreli epidural anestezi etkisi altında kalmak ağrı hassasiyetini azalttığından dolayı aktif olarak hareketli hastalarda da basınç yaraları ile karşılaşılabilir (Barton ve ark. 1981; Brem ve ark. 2004).

2.2.3. Basınç yarası patofizyolojisi

Basınç yaralanmasının oluşmasına neden olan fizyopatolojik süreç temelde aşağıda belirtilen mekanizmalar ile ortaya çıkmakta, lokal hücre hasarı ve ölümü ile sonuçlanmaktadır (Bader D, Oomens C. 2006; Ahsan ve ark. 2003);

- Mekanik yüklenmeye bağlı dokunun maruz kaldığı basınç, kapillerin arteriyol ucundaki basıncı aştığı zaman kapiller perfüzyonu azalmakta ve ana besin maddelerinin hücrelere iletilmemesi sonucunda lokalize doku iskemisi oluşmaktadır,
- Dokuda oluşan iskemiye ek olarak, basınca bağlı interstisyel dolaşım ve lenfatik drenaj bozulmakta ve metabolik atıklar dokuda birikmektedir,
- Basıncın ortadan kaldırılması ve dokunun yeniden kanlanması sonucunda ortama salınan oksijensiz serbest radikaller (OH, HO₂, H₂O₂) hücrel hasara yol açmaktadır (reperfüzyon yaralanması).

Kemik çıkıntıları üzerinde yer alan basınç, kemik ve deri arasındaki dokuları sıkıştırarak alttaki dokulara geçer. Bu basınç ile kapiller kan basıncı arasındaki fark arttığı durumlarda yumuşak dokuların kan akışı bozulur ve lokal doku yıkımı gelişir. Uzun süre basınca uğrayan dokularda kan ve lenf dolaşımı bozulması nedeniyle doku beslenmesinde yetersizlik ve atık ürün birikmesi sonucu doku kanlanmasında bozulma sonucu yıkım ve asidoz gerçekleşir. Polimorfonükleer lökositler ve Trombositler basıncın çok olduğu bölgede birikmeye başlar. Eğer bu basınç farklılığı devam ederse kapiller damarlardaki geçirgenlik özelliği artar, bu bölgede ödem ve enflamasyon gelişir. Bunun sonucunda bu bölgelerde dolaşım iyice bozulmaya başlar. Deriye iki saat ara vermeden basınç uygulanırsa 30. dakikadan sonra deride hiperemi oluşmaya başlar ve hiperemi basınç kaldırıldıktan sonra ortalama bir saatte düzeler. Bu fizyolojik değişiklikler hastalarda düzenli aralıklarla pozisyon değiştirmenin önemini göstermektedir (Avşar, 2012; Aydın, 2008).

2.2.4. Basınç Yaralarında Risk Değerlendirme ve Kullanılan Ölçekler

Basınç yaralarının çoğu önlenebilir nedenlerden kaynaklanmaktadır. Basınç yaraları ile ilgili deri bütünlüğünün sürdürülmesi bakım sürecindeki önemli hedefler arasında görülmektedir. Bireylerde basınç yarası oluşma riskini, risk değerlendirmesi ile belirlemek, basıncı önlemek için ilk adım olarak önerilmektedir (Saçar ve ark., 2013).

Sürtünme, basınç, yırtılma, hareket etme, ıslaklık, deri hijyeni, beslenme, duyuşsal algılama, destek yüzeyleri, bilinç düzeyi, basınç yarası hikâyesinin olup olmadığı ve ilaç kullanımı gibi faktörler risk değerlendirmesi kapsamındadır. Elde edilen veriler, bakım planının oluşturulmasında ve birey ile ailenin bakım hedeflerinin belirlenmesinde kullanılmalıdır (Aydın, 2008).

Basınç yarası önemli bir sağlık sorunu olup, onlardan kaçınmanın en iyi yolu önlemedir. Basınç yarasını önlemek için hemşirelerin klinik kararlarını tamamlayan çeşitli risk değerlendirme ölçekleri vardır (Pancorbo-Hidalgo ve ark., 2006). Deri bütünlüğündeki bozulmayı tanımlamak için basınç yarası riskini değerlendirmeye yönelik “Risk Değerlendirme Ölçeği” olarak adlandırılan çok sayıda değerlendirme aracı vardır. Aynı zamanda günümüzde 17 adet risk değerlendirme ölçeği bulunmaktadır ancak çoğunun geçerlilik ve güvenilirlik testi yapılmadığı belirtilmektedir. En çok kullanılan ve bilinen ölçekler;

Gosnell Ölçeği (1973), Norton Ölçeği (1962), Waterlow Ölçeği (1985), ve Braden Ölçeği (1987)’dir. Bunlar arasında Norton ve Braden Ölçekleri yoğun bir şekilde test edilmişlerdir (Katran, 2015; Kurtuluş, 2010).

2.2.3.1. Norton Ölçeği (1962)

Norton ve arkadaşları tarafından 1962’de oluşturulmuş ilk risk değerlendirme ölçeğidir. Bu ölçeğin puanlandığı 5 risk faktörü; hareketlilik, mental durum, aktivite, fiziksel durum ve inkontinans durumlarını barındırır. 5-20 arasında puan alınabilir. Puan 16 olduğunda hastanın yüksek risk taşıdığı düşünülmektedir (Kurtuluş, 2010; Torun ve Öztunç, 2003).

2.2.3.2. Braden Risk Değerlendirme Ölçeği (1987)

Bergstrom, Braden, Laguzza ve Hollman 1987 yılında geliştirilen ve günümüzde en yaygın kullanılan, en çok sınıanan risk değerlendirme aracıdır. Toplamda altı adet alt ölçme kıstasından oluşmaktadır. Bu kıstaslar; aktivite, nem, beslenme, duyuşsal algılama, hareketlilik, sürtünme ve pozisyonudur. Alınabilecek puan aralığı 6-23 arasındır ve alınan toplam düşük puanlar hastaların basınç yarası gelişimi yönünden büyük bir risk altında olduğunu göstermektedir. 9 puan ve altı yüksek risk, 10-12 arası puan yüksek risk, 13-14 arası puan orta risk, 15-16 düşük risklidir. Hastanede yatan 16 ve daha altı puanı olan yetişkinler ile 17-18 puanı olan yaşlılar risk taşımaktadır (Kurtuluş, 2010; Torun ve Öztunç, 2003).

2.2.3.3. Waterlow Ölçeği (1985)

İngiltere’de 1980 yılında Waterlow tarafından geliştirilmiş, çok sayıda risk faktörü içeren bir ölçektir. Waterlow’a göre bası, sürtünme, tahriş, nem gibi ekstrensek faktörler, bir veya daha fazla intrensek faktörle birleşince doku direnci bozulmakta ve basınç yarası oluşmaktadır. Ölçekteki ilk bölüm; vücut yapısı/ağırlığı, deri tipi, miksiyon ve defekasyon kontrolü, hareket, cinsiyet/yaş, ve beslenme olmak üzere 6 risk faktörünü

içermektedir (Kurtuluş, 2010; Torun ve Öztunç, 2003). Türkiye’de klinik alanlarda basınç yarası açısından risk değerlendirme ölçekleri yaygın olarak kullanılmamaktadır. Basınç yarası önlemek amacıyla yapılan bakım uygulamalarının risk değerlendirmesi yapılmaksızın sınırlı düzeyde uygulandığı bilinmektedir (İnan, 2009).

2.2.5. Basınç Yarasının Sık Görüldüğü Bölgeler

Basınç yaraları, sağlık hizmetlerinde sıkça karşımıza çıkan bir problemdir (Lyder, 2003). Yara; supine pozisyon, prone pozisyon, lateral pozisyon ve fowler pozisyonunda gelişmektedir. Görülme yerleri arasında %75 oranında pelvis bölgesinde toplanmıştır. Basınç yarası, en çok oranda kemik çıkıntıları üzerinde yer alan yumuşak dokularda görülmektedir (%30 topuk, %36 sakrum, %10 iskiüm) (İnan, 2009; Gül, 2017).

- a. Basınç yaralarında görülen en yaygın bölgeler;
- b. Supine pozisyonunda: omuzlar, oksipital bölge, kalça, dirsekler, topuklardır.
- c. Prone pozisyonunda; kotsalar, kulak, çene, yanak, kadınlarda göğüsler, diz bölgeleri, ayak, cristailiaka, ayak bileğinin üstü.
- d. Lateral pozisyonunda; kulak kepçesi, kostalar, trokanter, malleol kemiğidir.
- e. Oturur pozisyonunda ise; omuzlar, oksipital bölge, iskialtüborositler, topuktur sakrum (İnan, 2009; Gül, 2017).

Basınç yaraları basınç altında kalan vücudun herhangi bir bölümde gerçekleşebilir. Basınç yaraları genellikle nazogastrik tüpler veya oksijen kanülüne bağlı basıncın neden olduğu burun deliklerinde meydana gelmektedir. Oksijen kanülüne bağlı olarak kulaklarda meydana gelebilmektedir. Genital bölgelerde foley kataterin gerilmesi sonucunda kemiksiz alanların de dahil olduğu bölgelerde de basınç yaraları meydana gelebilmektedir (İnan, 2009; Gül, 2017).

2.2.6. Basınç Yaralarının Sınıflandırılması

Basınç yarasının sınıflandırılması yaranın değerlendirilmesine, uygun tedavinin belirlenmesine ve yapılan girişimlerin/uygulamaların etkinliğinin belirlenmesine yardımcı olmaktadır (Aydın, 2012). Basınç yaraları seviyesine göre derecelendirilmekte ve sınıflandırılmaktadır (İnan, 2009).

2.2.6.1. Evrelere Göre Sınıflandırma

Basınç yaralarının evrelendirilmesi için birçok sistem geliştirilmiştir (Black ve ark., 2007). Bunlardan en sık kullanılan NPUAP ve EPUAP, uluslar arası genel bir basınç yarası tanımı ve sınıflandırma sistemi geliştirmiştir. NPUAP, basınç yarasının Avrupa’da

genellikle 4 evre olarak sınıflandırıldığını görmesi üzerine derin doku hasarı ve sınıflandırılmayan evreyi ayrı olarak yazma gereksinimi duymuştur. NPUAP 2007'nin evrelendirme sistemi:

I.Evre: Bütünlüğü Bozulmamış Deride Basmakla Solmayan Kızarıklık

Deride basmakla solmayan kızarıklık mevcuttur. Özellikle kemik çıkıntısı üzerinde oluşmaktadır. Koyu renk teni olan hastalarda rengin solma durumu belirgin olmayabilir. Bu bireylerde derinin rengi çevre renklerle kıyaslanarak belirlenir. Deri bütünlüğünü korumaktadır. Çevre dokularla kıyaslandığında bu bölge sert, ağrılı, daha soğuk veya daha sıcak olabilmektedir (Karakaya, 2016). Evre 1 basınç yarası müdahale yönteminde; risk faktörleri belirlenir, öncelikle kızarıklı olan bölge üstündeki basınç durumu kaldırılarak o bölgeye yara bakımı uygulanır. Genellikle bir pansumana gerek olmaz. Şeffaf yara bakım örtüleri kullanılabilir (Özdiçler ve ark., 2009; Mutlu, 2012)

II.Evre: Kısmi Kalınlık

Basınç yerinde dermise ulaşan ülserdir. Yüzeysel açık yara şeklinde görünen, ölü doku içermeyen, kırmızı/pembe renklerinde kısmi kalınlıkta olan dermis kaybıdır (Beğler, 2004). Evre 2'ye göre yaraya müdahale yönteminde, hastaya kaygı oluşturan bölgelerde basıyı azaltacak şekilde pozisyon verilir, 6-8 saatlik aralıklarda serum fizyolojik ile yapılan pansumanlar (wettodry) tercih edilebilir. Enfekte olduğu düşünülen yaralarda gazlı beze germisidal ajanlar uygulanarak pansumanın yapılması önerilebilir. Ayrıca elektrik stimülasyonları, transparan filmler, kalsiyum alginatlar, çeşitli yara örtüleri, köpükler, hidrojeller, hidrokolloidler ve büyüme faktörlerinden yararlanılabilir. Basınç yarası yatağı yara bakımı ürünü/steril spanç ile steriliteye önem gösterilerek kapatılır (Özdiçler ve ark., 2009; Mutlu, 2012).

III. Evre: Deri ve Subkütan Doku Tabakalarında Kayıp

Deriyaltı dokuların tutulumu kasa kadar ilerler. Artık yara yatakları içeriğinde cilt altı yağ dokuları görülebilmektedir. Tam kalınlıkta cilt kaybı mevcuttur. Ancak fasya altına inmemiştir. Subkütan dokuda akıntılı pis kokulu, enfekte, nekrozlu ülserasyon bulunmaktadır (Avşar, 2012; İnan, 2009; Tokgöz ve Demir, 2010; Gürsoy ve ark., 2015).

IV. Evre: Tam Kalınlıkta Doku Kaybı

Tam doku kaybının yanında kemik, tendon ve kas kaybı mevcuttur. Tüm katmanlarda kayıp mevcuttur ve dokularda oluşan şiddetli yıkım söz konusudur. Kas, kemik, eklem kapsülleri zarar görmüştür. Bu aşamada nekrotik dokular, eksuda ve

enfeksiyon vardır. Yara yatağı genellikle ağrısızdır. Klinik olarak akıntı ve nekroz aşırı olmasına karşın Evre 3'e benzemektedir. Evre 3'ten farklı olarak ülserin tabanı kemik dokusudur (Küçüker, 2013; Avşar, 2012; İnan, 2009).

Evre 3 ve 4'e göre yaraya müdahale yönteminde, hastaya kaygı oluşturan bölgelerde basıyı tamamen kaldıracak şekilde pozisyon verilir. Yara temizliği ve nekrotik dokunun debrütmanı önemlidir. Çok derin ülserlerde osteektomi, yara kültürü ve osteomyelit mevcutsa kemik doku kültürü ve 2-6 hafta sistemik antibiyotik tedavisi gereklidir. Postoperatif bakımda ise operasyon alanına 2 hafta süre ile basınçtan kaçınılmalıdır (Özdinçler ve ark., 2009; Mutlu, 2012).

NPUAP tanımında bu evrelere ilave olarak; sınıflandırılmayan evre ve şüpheli derin doku hasarı tanımlamalarını yapmıştır.

Sınıflandırılmayan Evre: Deri veya dokuların tüm tabaklarında kayıp (derinliği bilinmiyor) (Sur Ünal ve ark., 2015). Yara yatağının sarı nekrotik doku ile kaplanmış olması nedeniyle basınç ülserinin gerçek derinliği bilinemez ve tüm tabakalarda doku kabı mevcuttur (Gencer ve Özkan, 2015).

Şüpheli Derin Doku Hasarı: Deri bütünlüğü bozulmamıştır (Sur Ünal ve ark., 2015). Bu evrede deri sağlamdır. Ancak rengi koyu kahverengi/bordo ya da morolarak değişmiştir. İçi kan ile dolu vezikül haline gelmiştir (Gencer ve Özkan, 2015).

2.2.6.2. Renklere Göre Sınıflandırma

Basınç yarası sınıflandırma yöntemlerinden biri de renklere göre sınıflandırmadır. Basınç yaralarının iyileşme dönemlerinde yaraların renklerine göre sınıflandırma yapılmaktadır. Siyah yara nekrotik alan olarak sınıflandırılmaktadır, sarı yara ise sarı fibröz yıkıntı ve yaradan akıntı olarak tanımlanmaktadır. İyileşme döneminde olan ve açık pembe veya kırmızı granülasyon ve epitelyal doku kırmızı yara olarak sınıflandırılmaktadır (İnan, 2009).

2.2.7. Basınç Yarasının Önlenmesi ve Tedavisi

Basınç yarasının önlenmesi ve tedavisiyle ilgili yapılan başka bir çalışmada; sağlık Araştırma ve Kalite Ajansı (AHRQ) tarafından 1992'de basınç yarasının öngörülmesi ve önlenmesi için araştırmaya dayalı bir yara uygulama rehberi oluşturuldu. AHRQ (1994) göre etkili yara tedavisi çok disiplinli bir yöntemle en iyi şekilde sağlanır. Bunu sağlamak için sağlık hizmeti sağlayıcılarını, hastaları, ailelerini veya bakıcılarını içeren bütüncül yaklaşım ele alınmıştır. AHRQ kılavuzları, hekimlerin hastalar ve aileleri ile basınç yarası tedavi seçeneklerini görüşmesi gerektiğini belirtir, hastaların hedef ve istekleri

doğrultusunda kendi bakımlarına aktif olarak katılmasına teşvik etmelidir. AHRQ basınç yarası tedavi programı önerileri;

1. Hastanın ve basınç yaralarının değerlendirilmesine,
2. Doku yükünü yönetmeye,
3. Yara bakımına,
4. Bakteriyel kolonizasyon ve enfeksiyonun yönetilmesine,
5. Basınç yarasının cerrahi tedavisine,
6. Eğitim ve kalite iyileştirmeye odaklanır (AHRQ, 1994).

Basınç yarasını önleme ve tedavi rehberi daha sonra dünya çapında diğer kuruluşlar tarafından yayınlandı. Ulusal Basınç Yarası Danışmanlığı Paneli (NPAUP), Avrupa Basınç Ülseri Danışma Paneli (EPUAP) ve Yara, Ostomi ve Süreklilik Hemşireler Derneği bu kuruluşların içerisinde yer almaktadır. Ulusal Basınç Yarası Danışma Paneli ve Avrupa Basınç Yarası Danışma Paneli işbirliğiyle yeni kılavuz sağlık hizmetleri ortamındaki tüm hastalar için kanıta dayalı en son önerileri yayınlandı (2009). Klinik önlemeyle ilgili uygulama önerileri:

- Mevcut tanımlar ve basınç yaralarının sınıflandırılması;
- Beslenmenin rolü de dahil olmak üzere risk değerlendirmesi;
- Cilt muayene ve cilt bakımı;
- Hastaların pozisyonlanması ve pozisyon aralıkları;
- Kullanımına ilişkin kanıtlanan çeşitli destek yüzeyleri (hava ile akışkan yataklar; değişken hava yatakları ve minderler; köpük, jel veya sıvı dolu yataklar; ameliyat masaları için kaplamalar; dönüş yatakları ve basınç için diğer yardımcı maddeler);
- Basınç yarası önleme için kullanılan koruyucu cihazlar;
- Sağlık hizmeti sağlayıcıları için eğitim.

Yara, Ostomi ve Kontinans Hemşireleri Derneği (2010) basınç yarası önleme ve tedavisi ile ilgili uygulama önerileri:

- Risk değerlendirmesi,
- Sistemik cilt değerlendirmesi,
- Risk faktörlerini azaltmak,
- Hasta, aile ve personel eğitimi,
- Değerlendirme.

Literatürün gözden geçirilmesi ile önerilen kurallardaki farklılıkların bazıları ortaya çıkmıştır. Bununla birlikte, birincil bileşenler aynıdır: kapsamlı bir basınç yarası önleme

programının önemi vurgulanmıştır. Basınç yarasını etkili bir şekilde önlemek için kanıta dayalı araştırma esastır.

2.2.8. Basınç Yaralarının Ekonomik Yönden Sonuçları/Etkileri

Basınç yaraları fizyolojik olarak iyileşme sürecinde bozulma olan kronik yaralardır (Stojadinovic ve ark. 2005). Akut bakım hastalarının tahmini % 15'i basınç yarası mevcuttur (Amlung 2001) ve basınç yarası insidansı son yıllarda% 63 oranında artmıştır (Russo ve ark. 2006). Basınç yaraları yatağa bağlı popülasyonlar arasında salgın bir komplikasyondur (Tannen ve ark. 2008). Hastanede yatan hastalarda% 26 kadar yüksek olduğu bildirilmiş (Tannen ve ark. 2008), bakım evlerinde % 43'ünde (Tannen ve ark. 2008) ve omurilik yaralanmalı hastalarda% 39 (Garber ve ark. 2003) olarak bulunmuştur. Bu tahminlerin çoğu, çoğu durumda olduğu gibi, basınç yaraları görülme oranlarının gerçek kapsamını yansıtmadığı tahmin etmektedir. Bir basınç yarasının düşük bakım kalitesi olarak yorumlanabileceği endişesi nedeniyle gerçek oranlar yeterince bildirilmediği düşünülmektedir (Meehan ve ark. 2000). Her yıl, sağlık kaynaklarının önemli bir kısmını temsil eden basınç yaralarının ve bunlara bağlı hastalıkların tedavisi için milyarlarca dolar harcanmaktadır. Bu rakam önümüzdeki on yılda artmaya devam edecek. Ek olarak, hastanelere verilen finansal yük, Medicaid ve Medicare Services Center (CMS) kısa süre önce hastanede edinilen evre III ve IV basınç yaralarını “hiçbir zaman olay” olarak sınıflandırmamış ve bu yaralara olan bakımın artık geri ödenmeyeceği şeklinde artacaktır (Center for Medicare & Medicaid Services 2008). Uygun maliyet etkin tedavi yöntemleri bu nedenle son derece önemlidir. Amaç, azalan insidansa değil, eşlik eden morbiditeleri en aza indirmek ve maliyetleri düşürmek için erken dönemde basınç yaralarının tedavisinde kullanmaktır (Brem ve ark. 2011).

Basınç yaralarıyla ilişkili morbiditeler, özellikle iyileşme olmadığında önemli bir sağlık problemini temsil eder (Redelings ve ark 2005). Evre II yaklaşık %50'si (Graumlich ve ark. 2003) ve evre III ve IV basınç ülseri% 95'inin 8 hafta içinde iyileşemediği saptanmıştır (Bergstrom ve ark. 2005). Basınç yaraları olan hastalar genellikle önemli ölçüde bozulmuş fiziksel ve sosyal fonksiyon, öz bakım ve hareketlilik gösterirler (Franks ve ark. 2002). Ortak ilişkili morbiditeler, ağrı, depresyon, lokal enfeksiyon, anemi, osteomyelit ve sepsis olarak belirlenmiştir (Redelings ve ark 2005; Han ve ark. 2002; Scivoletto ve ark. 2004). Ek olarak, basınç yaraları olan hastalar sıklıkla uzun süreli hastaneye yatış veya sık hastaneye kabul gerektirir. Bir basınç yarasının varlığı veya gelişimi, bir hastanın hastanede kalış süresini ortalama 10,8 gün artırabilir

(Scott ve ark. 2006). Bu uzatılmış yatış süresi, yüksek maliyetler ve artan hastane enfeksiyonu ve / veya diğer komplikasyonların görülme sıklığıyla ilişkilidir (Allman ve ark. 1999).

Basınç yarası olan hasta başına ortalama hastane ücretinin 2005'te 48.000 ABD doları olduğu bildirilmiştir (Russo ve ark. 2006). Bu, ABD'deki sağlık sistemi, evde bakım ve evde sağlık bakımı masrafları hariç olmak üzere, yıllık asgari 11 milyar dolarlık bir harcama anlamına gelmektedir (Russo ve ark. 2008). Şekil I, genellikle basınç yaralarına atfedilen maliyet bileşenlerini gösterir. Modası geçmiş olmasının yanı sıra, maliyet tahminleri arasında çok fazla değişkenlik vardır. Ayrıca, önceki çalışmalarda hesaplanan hastane maliyetleri, evre IV basınç yaralarının gerçek maliyetini büyük ölçüde hafife almaktadır, Çünkü ikincil komplikasyonlardan kaynaklanan maliyetler hesaba katılmamıştır (Brem ve ark. 2010). Basınç yaralarının ayrı bir Teşhis İlişkili Grubu (TİG) kategorisi yoktur; Bu nedenle masraflar ve geri ödemeler genellikle farklı tanı kategorilerine ayrılır. Sadece basınç yaralarına ayrı bir hastalık varlığı olarak odaklanarak ve doğrudan ilgili tüm komplikasyonları dahil ederek evre IV basınç yaralarının finansal ve klinik maliyetleri anlaşılabilir (Brem ve ark. 2010).

2.3. Basınç Yarası ve Hemşirelik Yönetimi

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 kullanılmaktadır. Bu nedenle günümüzde basınç yaralarının bakım ve sorumluluğu tüm sağlık ekibi tarafından üstlenilmektedir. Basınç yaralarının bakım ve tedavi sorumluluğu tüm ekip tarafından üstlenilse de hemşireler, kliniklerde hastalara günün her saati sürekli hizmet veren sağlık çalışanları olmaları sebebiyle, basınç yarası oluşumunu önleyici girişimlerin uygulanmasında ve basınç yarası bakımı ile halen primer olarak ilgilenen sağlık çalışanlarıdır (Korkmaz 2009).

2.3.1. Basınç Yarasının Önlenmesinde ve Tedavisinde Hemşirelik Uygulamaları

2.3.1.1. Tanılama

Sağlıklı ve bütünlüğü bozulmamış bir deri vücudu zararlı maddelere ve mikroorganizmalara karşı koruyarak birey için birinci savunma hattını oluşturur. Bu

nedence hemşirenin primer görevi deri sağlığını koruyan ve geliştiren hemşirelik bakımını sürdürmek olmalıdır (Acaroğlu ve Şendir 2005; Potter ve Perry 2009; Şendir 2005).

Birey, sağlık bakım hizmeti almak için bir kuruma kabul edildiğinde bireyselleştirilmiş bakımı planlamak için çeşitli veri toplama yöntemleri kullanılarak (anamnez, görüşme, gözlem, fizik muayene) günlük yaşam aktivitelerinin sürdürülmesine yönelik veriler toplanır. Özellikle bireysel hijyenin sağlanması ve sürdürülmesi, hareket, beslenme, boşaltım ve güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi aktivitelerine ait veriler basınç yarası varlığını/riskini bulgulayabilir.

Bireyi bir bütün olarak değerlendirmenin yanı sıra, deri bütünlüğünü bozan ve basınç yarası gelişimini etkileyebilecek hareket, besleme durumu, nemlilik ve inkontinans vb. etyolojik faktörlerin varlığı/ riskleri belirlenir (Craven ve Hırnle 2000; Potter ve Perry 2009; Şendir 2005). Ayrıca fiziksel durum, mental durum, inkontinans, hareket, beslenme vb. faktörleri değerlendiren risk değerlendirme araçlarından yararlanılabilir. Bunlar, hastalar basınç yarası açısından risk puanı almasıyla, yaraların oluşumunu önleyici uygulamalar erken dönemde başlatılabilmektedir. Norton, Gosnell, Knoll, Waterlow ve Braden sıklıkla kullanılan risk değerlendirme araçlarıdır (Şendir 2005).

2.3.1.2. Planlama

Hastadan elde edilen subjektif ve objektif veriler değerlendirilerek günlük yaşam aktivitelerine yönelik mevcut veya olası sorunlar belirlenir. Bu sorunlara yönelik tüm etkileyici faktörler göz önünde bulundurularak 'Hemşirelik Tanıları' belirlenir.

Bireyselleştirilmiş bakımın planlanmasında hemşire, bireyin deri bütünlüğünün korunmasına ve sürdürülmesine odaklanmalı, bireyin aktivite düzeyi ve gelişimsel dönemine göre öncelikleri belirlemelidir.

Hastalara konulan hemşirelik tanısına yönelik, hasta birey ve ailesi ile birlikte en uygun, en doğru girişimler planlanıp beklenen hasta sonuçları belirlenmelidir. Bireyin bağımsızlığı desteklenir ve ailenin işbirliği sağlanmalıdır.

2.3.1.3. Uygulama

Uygulama aşamasında, bir yandan bireyin bireyselleştirilmiş bakım gereksinimleri belirlenip karşılanırken diğer yandan da bireyin bakımının sürekliliği sağlanmalı ve bireyin hastalığa uyum sağlayabilmeyi kolaylaştırmaya uygulamaları içeren hasta eğitimi de gerçekleştirilmelidir (Potter ve Perry 2009).

2.3.1.3.a. Risk Değerlendirme

- Hastayı taşıyan ve pozisyon veren ilgili sağlık ekibi üyesi ve sağlık personeline yardımcı olan kişilere basınç yaraları hakkında eğitim verilmelidir.
- Yatağa/tekerlekli sandalyeye bağımlı veya hareket etme yeteneği yetersiz olan bütün kişiler basınç yarası açısından riskli kabul edilmelidir.
- Hastalar sistematik olarak basınç yarası risk tanılama ölçekleri ile değerlendirilmelidir. Bireysel risk faktörleri göz ardı edilmemelidir.
- Düzenli aralıklarla değerlendirmeler yenilenmelidir.
- Risk faktörleri tanımlandığında koruyucu önlemler alınmalıdır (Potter ve Perry 2009; NPUAP ve EPUAP 2009).

2.3.1.3.b. Deri Bütünlüğünün Korunması ve Sürdürülmesine Yönelik Koruyucu Önlemler

Basınç yaralarının önlenmesi hemşirenin sorumluluğundadır. Önemli olan doku hasarı oluşmadan koruyucu önlemleri almaktır. Basınç yaralarını önlemeye yönelik uygulamalar, bireyin holistik olarak değerlendirilmesi ve basınç yarasına ilişkin etyolojik faktörlere yönelik detaylı bilgiye sahip olmaya temellenir (Taylor ve ark. 2001; Şendir 2005; Potter ve Perry 2009).

Hareket, Pozisyon Değiştirme ve Destekleyici Yüzeyler

- Hastaya 24 saatlik zaman diliminde pozisyon değiştirmeye yönelik planlama yapılmalıdır. Yatağa bağlı hastalarda basıncı azaltmaya yönelik en az 2 saatlik aralıklarla, sandalyeye bağımlı hastalarda 15 dakikada bir pozisyon değiştirilmeli, her pozisyon değişiminde basınç bölgeleri gözlenmelidir. Deri tolerans testleri ile hastanın basıncı ne kadar tolere edebildiği saptanabilir. Yazılı pozisyon verme çizelgeleri kullanılmalıdır.
- Hastaya pozisyon verdikten sonra, hastanın yatak/sandalye ile temas eden deri bölgesine parmak ucu ile hafif basınç uygulanarak bastırılır. Basmaklar birlikte deri rengi beyazlaşır, daha sonrasında deri normal rengine geri döner. Derinin kendi rengine yeniden dönme süresi basınç yapılan zamanın iki katından daha kısa olmalıdır. Eğer deri rengine beyazlaşma meydana gelmezse ya da derinin normal rengine dönme süresi gecikirse kapiller damarlarda hasarın meydana geldiği düşünülmelidir. Kapiller damarlarda hasar oluşursa hastanın daha sık aralıklarla pozisyon verilmesi gerekebilir. Sürtünmeye bağlı yaralanmaları önlemek için çekmeden kaldırma teknikleri uygulanarak hasta çevrilmelidir.

- Kemik çıkıntıları üzerine masaj yapılmamalıdır.
- Sürekli yatakta yatan hastanın başı 30 dereceden fazla yükseltilmemelidir.
- Hareketsiz hastalarda ve 90 derece yan yatar pozisyonda yatan hastalarda, hastalar bu pozisyonda kısa süreli tutulmalı ve bu nedenle 30 derece yan pozisyon tercih edilmelidir (Basınç, trokanter ve sakrum bölgelerine eşit olarak dağıtılır). Bu pozisyonda yatarken skapula, sakrum ve dizlerin arası yastıklarla desteklenmelidir.
- Hastalar 15-20 dakikadan daha uzun, his kaybı yaşanan bölgeler üstüne yatırılmamalıdır.
- Hastalar basıncı azaltan yataklar üzerinde yatırılmalı (havalı, sulu, koyun postu, lateks köpük yataklar) ve kol/bacak bölgeleri için kuştüyü yastıklar, köpük, jel gibi gereçlerle desteklenmelidir.
- Tekerlekli sandalyelerde mobilizasyonla ilgili; hastanın kendi kendine pozisyon değiştirebilme kabiliyeti varsa 15 dakika aralıkla; hareket kısıtlılığı veya his kaybı olan hasta gruplarının pozisyonu her saat değiştirilmeli; sandalyede oturan hastaların ayaklarının altına bir tabure koyularak bacaklar yükseltilmelidir.
- Hastaların hareket edebilme özgürlüğü var ise, yürüyüş yapmaya yönlendirilmeli, eklemlerde kasılmaların oluşumunu engellemek için sekiz saatte bir ROM (Range of Motion) egzersizleri yaptırılmalıdır.

Deri Bakımı

- Basınç yarası açısından risk grubu olan hastaların deri bölgeleri gün içerisinde en az bir sefer gözlemlenmeli, özellikle kemik çıkıntılara dikkat edilmelidir.
- Deri kuru ve temiz bir şekilde tutulmalıdır. Ilık su ve cilt pH'sına uygun (4.5-5.5) yumuşak sabun ile fazla bastırılmadan temizlenmelidir. Derinin temizlik sıklığı gereksinime göre ya da hastanın kend tercihlerine göre yapılması sağlanmalıdır.
- Sürtünmeyi önlemek için deri nemlendirilmelidir. Nemlendirici seçiminde nemlendiricinin alkol içermemesine dikkat edilmelidir.
- Çevre ısı ve nemi ayarlanmalıdır.
- Yatak takımlarının gergin olmasına dikkat edilmelidir. Sentetik giysi ve çarşaflar kullanılmamalıdır.
- İnkontinans değerlendirilmelidir. İnkontinans kontrol altına alınmadığı durumlarda emici özelliği olan bezlerin kullanımı sağlanmalı ve çok sık değişimi sağlanarak kuruluk sağlanmalıdır.

- Yara drenajları kontrol edilmelidir.
- Hastaların kıyafet ve çarşaflarının ıslandığı durumlarda değiştirilmesi sağlanmalı, nemlilik durumu engellenemiyorsa ıslaklığı emen ve cildin kuru tutulmasını sağlayan materyaller tercih edilmelidir.
- Derinin zedelenmesi ve sürtünmesinden kaçınılmalı, sürtünmeyi engellemek için koruyucu film pansumanlar (hidrokolloidler gibi) kullanılabilir.

Beslenme

- Hastaların beslenme ve sıvı gereksinimlerini karşılayabilen bir beslenme düzeni yapılmalı, beslenme yetersizliği varsa, enteral ya da parenteral beslenmeye başlanmalıdır.
- Yüksek kalorili, proteinli diyet ve dehidratasyonu önlemek için yeterli sıvı verilmelidir.
- Hemogloblin, kan şekeri ve hematokrit seviyeleri sık sık kontrol edilmelidir.

Eğitim

- Hastalar, aileleri ve bakım vermekte yükümlü olan kişiler basınç yarasının önlenmesi ve tedavi edilmesine yönelik eğitilmelidir.
- Birey ve ailesi, basınç yaralarına neden olan faktörler, bu faktörlerin önlenmesi, basınç yaralarının erken belirtileri, risk değerlendirme araçları, belirtiler meydana geldiğinde ne yapılması ve nereye başvurulması gerektiği ve önlemede kullanılan araç-gereçler konusunda eğitilmelidir (NPUAP ve EPUAP 2009b; Potter ve Perry 2009; Şendir 2005; Torun 2003; Toth 2003; Walton-Geer 2009).

2.3.1.4. Değerlendirme

Basınç yarası olan bireyin gereksinimleri doğrultusunda uygulanan bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı sonucunda, planlama aşamasında belirlenen amaç/beklenen hasta sonuçlarına ulaşım ulaşılamadığı sürekli olarak değerlendirilmeli ve gerekirse değişen gereksinimlere yönelik yeniden planlamaya gidilmelidir (Biol 2007).

2.3.2. Basınç Yarasının Önlenmesi ve Tedavisinde Bilginin Önemi

Eğitim programlarının basınç yarası görülme sıklığını ve mevcut yaraların tedavisini başarıyla azalttığı belgelenmiştir (Moody ve ark. 1988; Oot-Giromini ve ark. 1989; VanEtten ve ark. 1990; Van Ness 1989). Regan, Byers ve Mayrovitz (1995) kapsamlı bir basınç yarası eğitim programının uygulanması hastane kaynaklı basınç yaralarının görülme sıklığını azalttığını saptamışlardır. Moody ve ark. (1988),

hemşirelere ve doktorlara verilecek eğitim programından önce ve sonra 65 yaş üstü hastalar arasında basınç yarası gelişimi sıklığını belirlemiştir. Sonuçlar eğitimden programında önce basınç yarası olmayan 123 hastanın hastaneye kabulleri sonrasında 18'inde (% 14.6) basınç yarası gelişti. Sağlam deri ile hastaneye giren hastaların eğitim programından sonra 105 hastanın hastanede kaldıkları süre boyunca sadece altısında (% 5.4) basınç yarası gelişti(Moody ve ark. 1988).

65 yaş ve üzeri hastalarda basınç yarası önlenmesi ve tedavisiyle ilgili uluslar arası yapılan çalışmalarda, Yunanistan, Hong Kong ve Hollanda'da hemşirelerin bilgi düzeyleri yeterliydi. önleme ve tedavi konusunda sağlam bir bilgiye sahipti, ancak uygulamalarda tutarsızlıklar saptanmıştır(Hulsenboom, Bours & Halfens, 2007; Panagiotopoulou ve Kerr, 2002; Wilkes, Bostock, Lovet, ve Dennis, 1996). Bu sonuçlar eğitim programlarının basınç yarası üzerindeki etkisini açıkça göstermektedir.

NPUAP'a göre (2010), basınç ülserlerini ve aşamasını belirleyebilecek temel hemşirelik bilgisinin yeterliliğine çok az sayıda hemşire sahiptir(Ayello, Baranoski ve Salanti, 2005; Zulkowski ve Ayello, 2005; Zulkowski, Ayello ve Wexler, 2007).

Literatürde hemşirelerin basınç yarasına ilişkin bilgi düzeylerinin ölçüldüğü yapılan çalışmalar bakıldığında, sıklıkla hemşirelerin düşük puan aldığı saptanmıştır(Pieper & Mattern, 1997; Pieper ve Mott, 1995; Sinclair, Berwiczonek, Thurston, Butler, Bulloch, Ellery, & Giesbrecht, 2004; Smith ve Waugh, 2009). Zulkowski ve arkadaşları (2007) basınç ülseri evreleme bilgisini değerlendirmek için yaptıkları çalışmada hemşirelerin yalnızca % 34'ü (N = 295), yapılan bir basınç yarası testinde % 79'dan daha yüksek puan aldı.

Yapılan çalışmalarda çoğu hastanede eğitim programları hemşirelere yöneliktir. Basınç yarası gelişimi ve önleme bilgisi düzenli aralıklarla yenilenmektedir. Kaliteli bakım sağlamada eğitim, ilk önemli adımdır. Ancak lisans hemşireliği programlarında basınç yarası eğitimi genellikle yetersizdir (Cullen & Cox, 2005; Moore, 2004; Vogelpohl ve Dougherty, 1993). Vogelpohl ve Dougherty tarafından 1993'te yapılan çalışmada hemşirelik ders kitaplarının incelemiştir. Bu araştırma sonucunda kitaptaki bilgilerin yetersiz, genellikle tutarsız ve bazı noktaların da yanlış olduğu saptanmıştır. Ayello ve Meaney (2003), bilgi miktarında ve kalitesinde geniş bir değişiklik olduğunu saptamışlardır.

Yara bakımı bilgisinde tek etken bilgi düzeyinin yeterli veya yetersiz olması değil(Maylor ve Torrance, 1999). Kurumsal veya bireysel olarak algılanan engeller kaliteli bakım eksikliğinin sebebi de olabilir. Petty ve Cacioppo'ya (1996) göre basınç yarasını önlemek, algılanan engellerle hastaların seyrini etkileyebilen çok yönlü bir sorundur. Basınç yarasını önleme çalışmaları için hemşirelere özgü bir literatür taraması sonucunda, potansiyel, algılanan veya bildirilen gerçek engeller müdahalelerle sınırlıydı. Hemşirelerin algıdikları engeller konusuyla ilgili sadece iki adet yayınlanmış çalışmaya ulaşılmıştır. Bunlardan ilki 2004'te Moore ve Price tarafından yapılmıştır. Diğeri ise 2009'da Smith ve Waugh tarafından yapıldı. Moore ve Price (2004) tarafından yapılan çalışmada da Smith ve Waugh tarafından yapılan çalışmada da hemşirelere basınç yarasını önlemede karşılaştıkları engeller sorulmuştur. Her iki çalışmada da ortak olarak personel eksikliği, zaman eksikliği, ekipman yetersizliği, uyumsuz veya ağır hasta ve yardımların eksikliği şeklinde sonuçlara ulaşılmıştır.

Yetersiz personel ve zaman engelleri, ayrıca hasta ve ekipmana özgü konular olmasına rağmen hem araştırma çalışmaları hem de ülser önlenmesinde basınç önleyici bir engel oluşturduğunu ve bildirdiklerini bildirmiştir. Sonuç olarak, bu engeller için herhangi bir öneri içermemiştir. Ek olarak basınç yarasının önlenmesinde karşılaşılan bu spesifik engellerin, kanıta dayalı uygulamaların hemşirelik bakımına entegre edilmesindeki engellerle aynı olduğu saptanmıştır.

3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma yoğun bakım hemşirelerinin basınç yarasına ilişkin bilgi düzeylerini belirlemek amacı ile tanımlayıcı çalışma olarak gerçekleştirildi.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bir Eğitim Araştırma Hastanesi bünyesinde bulunan tüm erişkin düzeyi yoğun bakımlar alınmıştır. Sırasıyla Erişkin Yoğun Bakım, Koroner Yoğun Bakım, Nöroloji Yoğun Bakım, Kardiyovasküler Cerrahi Yoğun Bakım, Beyin Cerrahi Yoğun Bakım, Post-op Cerrahi Yoğun Bakım olmak üzere altı ünite çalışmaya alınmıştır. Bu yoğun bakımların tümünde hemşireler ortalama iki hasta bakmaktadır. Hafta içi günler; gündüz (08-16) ve gece (16-08) olmak üzere iki çalışma mesaisi, hafta sonu (08-08) tek mesai olarak çalışılmaktadır. Tüm hastaların ilk kabulünde ve günde iki kez Braden Risk Skalası ile basınç yarası risk değerlendirilmesi uygulanmaktadır. Hemşirelik bakım planları ve fiziki bakım uygulamaları bilgisayar sistemi üzerinden kayıt edilmektedir. 24 saatlik çalışma mesaisinde hemşireler en az iki kez rutin fiziki genel hasta bakımı uygulamaktadır. Fiziki bakım içeriği olarak hastaların kirlenmiş olan pansumanların değişimi, basınç yarası pansumanı değişimi, yatak takımı değişimi, alt/perine bakımı, hasta yıkama/silme ve vücudun nemlendirilmesi sağlanmaktadır.

Araştırma zamanı: Haziran 2019-Temmuz 2019

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evreni bir Eğitim Araştırma Hastanesi bünyesindeki yoğun bakımlarda aktif olarak çalışan 135 hemşiredir. Araştırma için örneklem seçimine gidilmemiştir. Araştırmaya katılmayı 25 hemşire reddetmiştir. Üç hemşire yıllık izinde ve iki hemşire de ücretsiz izinde olduğundan bu hemşirelere ulaşılamamıştır. Toplamda 105 hemşire örneklem kapsamına alınmıştır.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

3.4.1. Bağımlı Değişkenler: Basınç yarası genel bilgi düzeyi, basınç yarası alt boyutlarının bilgi düzeyleri.

3.4.2. Bağımsız Değişkenler: Yoğun bakım hemşirelerinin yaşı, eğitim durumu, cinsiyeti, mesleki deneyimi, basınç yarası ile ilgili bir eğitime katılıp katılmadığı, en son katıldığı hizmet içi eğitim, çalıştığı yoğun bakım ünitesi.

3.5. Veri Toplama Araçları:

Veri toplama araçları olarak hemşirelerin tanıtıcı anketi ve Modifiye Pieper Basınç Yarası Bilgi Testi kullanılmıştır.

3.5.1. Hemşirelerin tanıtıcı anketi

Anket ilgili literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur. Ankette katılımcıların yaş, cinsiyet, mesleki deneyimi, eğitim durumu, daha önce basınç yarası ile ilgili hizmet içi eğitim alıp almadığı, en son ne zaman hizmet içi eğitim aldığı gibi tanıtıcı özellikler içermektedir (Sarı 2013, Gul ve ark. 2017).

3.5.2. Modifiye Pieper Basınç Yarası Bilgi Testi

Araştırmalar sonucunda Pieper ve Mott tarafından 1995 yılında geliştirilen, Lawrence tarafından modifiye edilen ve 2017 yılında Asiye Gül ve arkadaşları tarafından geçerlilik ve güvenilirliği yapılan Modifiye Pieper Basınç Yarası Bilgi Testi kullanılmıştır. Bu test 49 maddeden oluşmaktadır. Yanıtlar, doğru/ yanlış/ bilmiyorum seçeneklerinden oluşmaktadır. Ölçek üç alt boyutta toplanmıştır. Bu boyutlar, basınç yarası önleme/risk (33 soru), evreleme (9 soru) ve yara tanımlama (7 soru) bilgisinden oluşur. Her doğru cevap için bir puan, yanlış/bilmiyorum cevabı için 0 puan alınır. Verilerin istatistiksel analizleri alınan toplam puanlar üzerinden yapılmıştır. Genel bilgi puanı en fazla 49 puan, önleme bilgi puanı en fazla 33 puan, evreleme bilgi puanı en fazla 9 puan ve yara tanımlama puanı en fazla 7 puan olabilmektedir.

Doğru yanıt sayısı toplam soru sayısına bölünüp, 100 ile çarpılarak doğru yanıt yüzdeleri hesaplanmıştır. Doğru yanıtların %70'i, testin geçme sınırı olarak kabul edilmiştir. Doğru cevap verilen soru sayısı %80'den yüksek ise 'iyi' ve %90'dan yüksek ise 'çok iyi' olarak değerlendirilmiştir. Testin geçerlilik ve güvenilirliği 420 hemşire üzerinden gerçekleştirilmiş. Cronbach-alfa değeri 0,814. Kuder-Richardson ve Kappa istatistikleri geçerliliği test edilmiş, istatistiksel anlamlılık ile iç ve test-tekrar test güvenilirliği $P < .05$ olarak kabul edilmiştir. Testin güvenilirliğini test etmek için hesaplanan Kuder-Richardson 20 değeri, 0,735 olarak bulunmuş, Kappa değeri 0.646 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmadaki Cronbach-alfa değeri 0,746 olarak saptanmıştır.

3.6. Verilerin Toplanması

Veriler araştırmacı tarafından, hemşirelerin çalıştığı alana gidilerek uygulanmıştır. Çalışmanın güvenilirliği açısında hemşireler uygun bir odaya alınarak ve yanlarında durularak anketler toplanmıştır.

3.7. Verileri Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizler için Windows SPSS programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler sayısal değerkenler için ortalama, standart sapma, minimum, maksimum olarak verildi. Bağımsız grupta sayısal değerkenin karşılaştırması normal dağılım koşulu sağlamadığı için ikili gruplarda Mann-Whitney U testi ile gruplarda normal dağılım koşulu sağlanmadığı için ikiden çok grupta Kruskal Wallis ile yapıldı. Alt grup analizleri Mann-Whitney U testi ile yapılıp Bonferroni düzeltmesi ile yorumlandı. Gruplarda oranlar Ki Kare Analizi ile karşılaştırıldı. İstatistiksel alfa anlamlılık seviyesi $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

3.8. Araştırma Etiği

Araştırmada kullanılan ‘‘Pieper Basınç Yarası Bilgi Testi’’ nin kullanılabilmesi için Doç. Dr. Asiye Gl’den gerekli izinler alınmıştır. skdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı’ndan 24.12.2018 tarihli B.08.6.YK.2.S.0.05.0.06/2018/55 sayılı etik kurul onayı alınmıştır. İl Sağlık Müdürlüğü’ne bağlı olarak bir Eğitim ve Araştırma hastanesinden de çalışmanın uygulanabilmesi için 18.06.2019 tarihli 16867222-604.01.01 sayılı kurum izni alınmıştır.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmadan elde edilen bulgular sadece uygulanacağı hastanedeki hemşireleri genellenebileceği için, araştırmanın yapılacağı hastanedeki hemşireler ile sınırlıdır.

4. BULGULAR

Hemşirelerin demografik özellikleri Tablo 1’de yer almaktadır. Araştırmaya katılan bireylerin %66,7’si kadın (n= 70), %45,7’si 25 ve altında (n=48), %80’i Lisans mezunu ve %91,4’ü son bir yıl içerisinde basınç yarası ile ilgili eğitim almıştır. Basınç yarasına ilişkin alınan eğitimlerin %97,4’ünü hizmet içi eğitimler, %45,7’si konferanslara katılım ve %24,8’i ürün tanıtımları oluşturmaktadır. Basınç yarasına her mesaide bakım veren hemşirelerin oranı %69,5 iken haftada bir bakım verenler %19 ve ayda bir ve/veya daha fazla süredir bir verenlerin oranı %11,4 olarak belirlenmiştir.

Tablo 1. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Tanıtıcı Özellikleri Tablosu

		N	%
Cinsiyet	Kadın	70	66,7
	Erkek	35	33,3
Yaş	25 ve altı	48	45,7
	26-28	35	33,3
	29 ve üstü	22	20,9
Eğitim durumu	Lise	6	5,7
	Orta Lisans	3	2,9
	Lisans	84	80,0
	Yüksek Lisans veya üstü	12	11,4
Basınç yarasına ilişkin en son alınan eğitim zamanı	1 yıldan az	96	91,4
	1-2 yıl içinde	7	6,7
	2 yıldan fazla	2	1,9
Mesleki Deneyim	0-5 yıl	94	89,5
	6-10 yıl	11	10,5
Çalıştığı yoğun bakım	Dahili Yoğun Bakım	76	72,4
	Cerrahi Yoğun Bakım	29	27,6
Basınç Yarasına Bakım verme sıklığı	Her MESAİDE	73	69,5
	Haftada bir	20	19,0
	Ayda bir veya daha fazla	12	11,4
Basınç yarasına ilişkin alınan eğitimler*	Hizmet İçi Eğitimler	102	97,1
	Konferanslar	48	45,7
	Ürün Tanıtımları	26	24,8

*Birden fazla seçenekli soru

Yoğun Bakım Hemşirelerinin Modifiye Pieper Basınç Yarası Bilgi Testi Puan Dağılımları Tablo 2’de verilmiştir. Yoğun bakım hemşirelerinin basınç yarası bilgi testi puanı ortalamaları; basınç yarasını önleme bilgi puanı %73,1, evreleme bilgi puanı %71,2, tanımlama bilgi puanı %66.8 ve toplam bilgi puanı % 71,8 olarak saptanmıştır (Tablo 2).

Tablo 2. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Modifiye Pieper Basınç Yarası Bilgi Testi Puan Dağılımları

	Doğru yanıtlar (%)	(Min-Max)	Ort.±SD	Min-Max
Basınç Yarası Önleme Puanı	73,1	15-90	24,1±3,1	5-30
Basınç Yarası Evreleme Puanı	71,2	44-88	6,4±1,2	4-8
Basınç Yarası Tanımlama Puanı	66,8	14-100	4,7±1,3	1-7
Toplam Puan	71,8	28-87	35,2±4,2	14-43

Basınç yarası önleme sorularında yoğun bakım hemşirelerinin doğru/yanlış/bilmiyorum yanıtlarının sayı ve yüzdeleri Tablo 3’te verilmiştir. Bu sonuçlara göre doğru cevap veren yoğun bakım hemşirelerinin oranı %3,8 ve %99,0 arasında değişmektedir.

Tablo 3. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Basınç Yarasını Önleme Sorularına İlişkin Yanıtlarının Dağılımı

Soru No	Anket Soruları *	Doğru		Yanlış		Bilmiyorum	
		n	%	n	%	n	%
2.	Hareketsizlik, inkontinans, yetersiz beslenme ve bilinç düzeyinin değişmesi basınç yaralarının oluşması için bazı risk faktörlerindedir (D)	104	99,0	1	1,0	-	-
13.	Hastanın basınç yarası riski açısından değerlendirilmesi gereklidir. Bir çevirme düzeni belirlenmeli ve yatak başına not edilmelidir. (D)	104	99,0	1	1,0	-	-
47.	Basınç yaralarını önlemek ve tedavi etmek için verilen bakımların tümü kayıt edilmelidir. (D)	104	99,0	1	1,0	-	-
28.	Kemik çıkıntıları olan bölgeler birbirleriyle direkt temas etmemelidir. (D)	102	97,1	2	1,9	1	1,0
10.	Protein ve kalori alımı azalmış hastalarda, basınç yarası gelişme riski artmaz. (Y)	102	97,1	3	2,9		

24.	İnkontinans nedeniyle cildin neme maruz kalmasını azaltmak için, doğru cilt ve kontinans ürünleri uygulanmalıdır. (D)	101	96,2	3	2,9	1	1,0
25.	Hastanın tedavi hedefleri ile tutarlı ise rehabilitasyon başlatılmalıdır. (D)	101	96,2	3	2,9	1	1,0
29.	Basınç yarası gelişme riski olan her birey, basıncı dağıtan yataklar üzerine yatırılmalıdır. (D)	100	95,2	3	2,9	2	1,9
8.	Bütün bireyler basınç ülseri gelişme riski açısından hastaneye ilk yatışta değerlendirilmelidir. (D)	99	94,3	4	3,8	2	1,9
41.	Riskli olarak değerlendirilmeyen bir hastada basınç yarası asla gelişmez. (Y)	99	94,3	4	3,8	2	1,9
39.	Eğitim programları basınç yarası görülme sıklığını azaltmaz. (Y)	98	93,3	7	6,7		
16.	Sandalyeye bağlı kişiler için sandalye üzerine bir sandalye minderi koyulması uygun değildir. (Y)	97	92,4	4	3,8	4	3,8
23.	Basınç yaralarının görülme sıklığı arttığında, basınç yarası riski, önleme ve tedavi çalışmaları için bir komisyon görevlendirilmelidir. (D)	96	91,4	6	5,7	3	2,9
46.	İnkontinansı olan hastalar için, kirlendiği zaman veya rutin aralıklarla cildin temizliği gerekli değildir. (Y)	94	89,5	11	10,5		
19.	Kişi ağırlığını kendi kontrol edemiyorsa en fazla 2 saat sandalyede oturmalıdır. (D)	85	81,0	13	12,4	7	6,7
48.	Sürtünme, hastanın yatak içinde yukarıya çekilmesi sırasında oluşur. (D)	84	80,0	19	18,1	2	1,9
43.	Yırtılma, derinin incelendiği ve vücut çıkıntılarının olduğu alanlara uygulanan güçle meydana gelir.(D).	84	80,0	14	13,3	7	6,7
21.	Epidermisin her zaman temiz ve kuru tutulması gerekli değildir. (Y)	82	78,1	22	21,0	1	1,0
3.	Basınç yarası riski için hastaneye yatan bireylerin tümüne günlük olarak, uzun süreli yatışlarda haftada bir sistematik cilt muayenesi yapılmalıdır. (D)	81	77,1	19	18,1	5	4,8
38.	Topukları askıya alan aletler topukları basınçtan korumaz. (Y)	78	74,3	21	20,0	6	5,7
40.	Topuklardaki basıncı azaltmanın en iyi yolu hafif diz fleksiyonu ile yatağın yükseltilmesidir. (D)	74	70,5	27	25,7	4	3,8
15.	Yan yatar pozisyon, bir kişinin durumunda ve öncelikli diğer bakım ihtiyaçlarında bir değişiklik olmadıkça 30 °C olmalıdır. (D)	71	67,6	30	28,6	4	3,8
33.	Basıncı yeniden dağıtan destek materyaller, yüzeydeki basıncı devamlı olarak kapiller kapanma basıncının altında tutar. (D)	67	63,8	17	16,2	21	20,0
22.	Düşük nemli bir ortam bir kişiyi basınç yaralarına yatkın hale getirmez. (Y)	66	62,9	36	34,3	3	2,9
32.	Nem ile ıslanmış bir deri kolayca yırtılmaz. (Y)	65	61,9	34	32,4	6	5,7
7.	Şeffaf yara örtüleri (Tegaderm, Opsite gibi) ve hidrokolloid yara örtüleri (Duoderm, Restore gibi) sürtünmenin etkilerine karşı korumaz. (Y)	65	61,9	33	31,4	7	6,7
4.	Sıcak su ve sabun cildi kurutabilir fakat basınç yarası gelişimi için riski arttırmaz. (Y)	61	58,1	29	27,6	15	14,3
17.	Yatağın başı tıbbi koşullar ile uyumlu olarak en düşük yükseklikte (ideal olarak 30 °C'den yüksek olmamalı) tutulmalıdır. (D)	55	52,4	49	46,7	1	1,0

11.	Yatağa bağımlı hastalara her 3 saatte bir tekrar pozisyon verilmelidir. (Y)	54	51,4	50	47,6	1	1,0
14.	Simit yastıklar basınç yaralarının önlenmesinde yardımcı olmaz. (D)	24	22,9	79	75,2	2	1,9
1.	Kemik çıkıntılarına masaj yapmak basınç yarasını önlemede önemlidir. (Y)	19	18,1	76	72,4	10	14,5
18.	Kişi sandalyede otururken 60 dakikada bir ağırlığını değiştirmesi gerektiği öğretilmelidir. (Y)	14	13,3	86	81,9	5	4,8
12.	Topuk koruyucular ve jel yastıklar topuklardaki basıncı azaltır. (Y)	4	3,8	10 1	96,2	-	-

*Sorular, doğru yanıtlama oranına göre, yüksekten düşüğe sıralanmıştır.

Yoğun bakım hemşirelerinin basınç yarasını önleme sorularına ilişkin yanıtlarının dağılımı (Tablo 3) bölümünde, en yüksek oranda doğru yanıtlanan sorular; “Hareketsizlik, inkontinans, yetersiz beslenme ve bilinç düzeyinin değişmesi basınç yaralarının oluşması için bazı risk faktörlerindedir” (%99), “Hastanın basınç yarası riski açısından değerlendirilmesi gereklidir, bir çevirme düzeni belirlenmeli ve yatak başına not edilmelidir” (%99), “Basınç yaralarını önlemek ve tedavi etmek için verilen bakımların tümü kayıt edilmelidir” (%99), “Kemik çıkıntıları olan bölgeler birbirleriyle direkt temas etmemelidir” (%97.1), “Protein ve kalori alımı azalmış hastalarda, basınç yarası gelişme riski artmaz” (%97.1), “İnkontinans nedeniyle cildin neme maruz kalmasını azaltmak için, doğru cilt ve kontinans ürünleri uygulanmalıdır” (%96,2), Hastanın tedavi hedefleri ile tutarlı ise rehabilitasyon başlatılmalıdır” (%96,2) olarak belirlenmiştir.

Hemşirelerin çok azının doğru yanıtladığı sorular ise; “Topuk koruyucular ve jel yastıklar topuklardaki basıncı azaltır” (%4,8), “Kemik çıkıntılarına masaj yapmak basınç yarasını önlemede önemlidir” (%20’nin altı), “Kişi sandalyede otururken 60 dakikada bir ağırlığını değiştirmesi gerektiği öğretilmelidir” (%20’nin altı) sorularıdır (Tablo 3).

Basınç yarası evreleme bilgisi sorularında yoğun bakım hemşirelerinin doğru/yanlış/bilmiyorum yanıtlarının sayı ve yüzdeleri Tablo 4’te verilmiştir. Bu sonuçlara göre doğru cevap veren yoğun bakım hemşirelerinin oranı %17,1 ve %98,1 arasında saptanmıştır.

Tablo 4. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Basınç Yarasını Evreleme Sorularına İlişkin Yanıtlarının Dağılımı

Soru No	*	Doğru		Yanlış		Bilmiyorum	
		n	%	n	%	N	%
9.	Evre 4 basınç yarası kemik, kas ve tendonları etkileyen tam kat doku kaybıdır. (D)	103	98,1	2	1,9		
5.	Evre 1 basınç yaraları; genellikle kemik çıkıntıları üzerinde lokalize, beyazlaşmayan, derinin bütünlüğü bozulmamış kızarıklık olarak tarif edilir. (D)	100	95,2	4	3,8	1	1,0
37.	Topukta oluşan su kabarcığı endişelenecek bir şey değildir. (Y)	102	97,1	3	2,9		
34.	Basmakla solmayan kızarıklık, kızarıklık olan alana basınç uygulandığında beyazlaşmanın olmaması olarak ifade edilir. (D)	90	85,7	9	8,6	6	5,7
20.	Evre II basınç yaraları kısmi kalınlıklı deri kaybı veya içi su dolu kabarcıklardır. (D)	86	81,9	14	13,3	5	4,8
42.	Sarı nekrotik doku veya eskar evre 4 basınç yaralarında asla görülmez. (Y)	78	74,3	18	17,1	9	8,6
45.	Evre II basınç yaraları ağırlı değildir çünkü sinir uçları açıkta değildir. (Y)	74	70,5	25	23,8	6	5,7
49.	Reaktif hiperemi 45 dakika içinde kaybolur. (Y)	22	21,0	36	34,3	47	44,8
6.	Evre III basınç yarası epidermis ve/veya dermisi içine alan kısmi kalınlıklı deri kaybıdır. (Y)	18	17,1	86	81,9	1	1,0

*Sorular, doğru yanıt oranına göre, yüksekten düşüğe sıralanmıştır.

Yoğun bakım hemşirelerinin basınç yarasını evreleme sorularına ilişkin yanıtlarının dağılımı bölümünde, en yüksek doğru cevap oranı % 98,1 ile “Evre 4 basınç yarası kemik, kas ve tendonları etkileyen tam kat doku kaybıdır” sorusuna aittir. Diğer en yüksekler (%90’ın üstü) “Evre 1 basınç yaraları; genellikle kemik çıkıntıları üzerinde lokalize, beyazlaşmayan, derinin bütünlüğü bozulmamış kızarıklık olarak tarif edilir” ve “Topukta oluşan su kabarcığı endişelenecek bir şey değildir” soruları olarak saptanmıştır (Tablo 4).

En düşük doğru cevap oranı % 17,1 ile “Evre 3 basınç yarası epidermis ve/veya dermisi içine alan kısmi kalınlıklı deri kaybıdır” sorusuna aittir. Diğer en düşük (%25’in altı) “Reaktif hiperemi 45 dakika içinde kaybolur” sorusu olarak saptanmıştır (Tablo 4).

Basınç yarası tanımlama sorularında yoğun bakım hemşirelerinin doğru/yanlış/bilmiyorum yanıtlarının sayı ve yüzdeleri Tablo 5’te verilmiştir. Bu sonuçlara göre doğru cevap veren yoğun bakım hemşirelerinin oranı %35,2 ve %88,6 arasında değişmektedir.

Tablo 5. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Basınç Yarasını Tanımlama Sorularına İlişkin Yanıtlarının Dağılımı

Soru No	Anket Soruları	Doğru		Yanlış		Bilmiyorum	
		n	%	n	%	n	%
36.	Basınç yarası skarı, sağlam bir deriden daha hızlı tahrip olur. (D)	93	88,6	7	6,7	5	4,8
44.	Deri, vücudun en büyük organı değildir. (Y)	89	84,8	14	13,3	2	1,9
30.	Tünelleşme (CEP, oyuk), derinin altında oluşan bir tahribattır. (D)	79	75,2	14	13,3	12	11,4
26.	Sarı nekrotik doku, yara yatağındaki sarı veya kremi dokudur. (D)	75	71,4	18	17,1	12	11,4
35.	Basınç yaraları steril yaradır. (Y)	69	65,7	35	33,3	1	1,0
31.	Eskar sağlıklı bir dokudur. (Y)	49	46,7	36	34,3	20	19,0
27.	Eskarın varlığı yara iyileşmesi için iyidir. (Y)	37	35,2	54	51,4	14	13,3

*Sorular, doğru yanıtlama oranına göre, yüksekten düşüğe sıralanmıştır.

Bu bölümde, en yüksek doğru cevap oranı % 88,6 ile ‘‘Basınç yarası skarı, sağlam bir deriden daha hızlı tahrip olur’’ sorusuna aittir. En düşük doğru cevap oranı % 35,2 ile ‘‘Eskarın varlığı yara iyileşmesi için iyidir’’ sorusu olarak saptanmıştır (Tablo 5).

Yoğun bakım hemşirelerinin basınç yarasını önleme, evreleme ve tanımlama puan ortalamalarının tanımlayıcı özelliklerine göre karşılaştırılması Tablo 6’da verilmiştir.

Tablo 6. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Basınç Yarasını Önleme, Evreleme ve Tanımlama Puan Ortalamalarının Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

		N	Basınç Yarası Bilgi Testi Toplam Puanı		Basınç Yarasını Önleme Bilgisi Puanı		Basınç Yarasını Evreleme Bilgisi Puanı		Basınç Yarasını Tanımlama Bilgisi Puanı	
			Ort.±SD	Test değeri/ p	Ort.±SD	Test değeri/ p	Ort.±SD	Test değeri/ p	Ort.±SD	Test değeri / p
Yaş	25 ve altı	48	35,4±3,4	3,397** 0,183	24,38±2,42	5,673** 0,059	6,33±1,28	0,281** 0,869	4,81±1,25	1,212** 0,546
	26-28	35	35,6±5,1		24,40±4,05		6,51±1,15		4,66±1,19	
	29 ve üstü	22	33,9±3,9		23,18±2,34		6,41±1,01		4,41±1,44	
Cinsiyet	Kadın	70	35,4±3,7	1190,5*	24,17±2,37	1140*	6,47±1,24	1074*	4,76±1,28	1102*
	Erkek	35	34,9±5,1	0,814	24,06±4,15	0,560	6,29±1,05	0,290	4,51±1,25	0,392
Eğitim düzeyi	Lise ve ön lisans	8	33,0±5,0	5,383** 0,068	23,63±2,88	3,370** 0,185	5,63±1,06	4,500 0,105	3,63±1,69	6,823** 0,033
	Lisans	85	35,3±3,5		24,15±2,27		6,44±1,23		4,69±1,17	
	YL ve üstü	12	36,3±7,7		24,33±6,61		6,75±0,45		5,25±1,36	
Deneyim	0-5 yıl	94	35,7±3,3	477*	24,14±3,13	473*	6,37±1,22	448*	4,68±1,25	485*
	6-10 yıl	11	34,0±5,9	0,674	24,09±2,51	0,646	6,73±0,65	0,455	4,64±1,43	0,731
En son alınan eğitim	1 yıl içinde	96	35,1±4,2	297*	24,04±3,09	319*	6,41±1,17	426,5*	4,60±1,28	264,5*
	1 yıldan fazla	9	37,4±4,1	0,121	25,11±2,62	0,192	6,44±1,24	0,948	5,44±0,88	0,049
Çalışılan yoğun bakım	Dahili YB	76	35,7±3,3	901*	24,59±2,22	822*	6,45±1,10	1058*	4,66±1,22	1075*
	Cerrahi YB	29	34,0±5,9	0,148*	22,93±4,42	0,043	6,31±1,37	0,744	4,72±1,41	0,845
Basınç yarası izlem sıklığı	Her Meseaide	73	35,4±3,9	1,126** 0,100	24,49±2,54	3,333** 0,185	6,30±1,17	2,101** 0,350	4,64±1,33	0,528** 0,768
	Haftada bir	20	34,0±5,4		22,75±4,56		6,60±1,10		4,60±0,99	
	Ayda bir / ↑	12	36,0±3,8		24,25±2,45		6,75±1,29		5,00±1,35	
B.Y arasına İlşkn Alınan Eğitim***	HİE	52	34,23±4,70	4,663** 0,097	23,52±3,56	3,117** 0,210	6,08±1,13	9,347** 0,009	4,63±1,34	0,074** 0,964
	HİE+K / HİE+Ü	35	36,29±3,22		24,80±2,36		6,77±1,06		4,71±1,07	
	HİE+K+Ü	18	36,00±4,00		24,61±2,40		6,67±1,28		4,72±1,45	

*Mann Whitney U Test **Kruskal Wallis Testi ***Birden fazla seçenekli soru

Post-Hoc analizler

Eğitim Düzeyi	Basınç yarasını tanımlama bilgisi	Toplam Puan
<i>Lise ve önlisans vs. Lisans</i>	0,026	0,061
<i>Lise ve önlisans vs. Yüksek Lisans veya Üstü</i>	0,028	0,052
<i>Lisans vs. Yüksek Lisans veya Üstü</i>	0,205	0,058

Bonferroni düzeltmesi $p < 0,017$ Koşul sağlanmadığı durumda en küçük p değeri

Basınç Yarasına İlişkin Alınan Eğitim Türü	Basınç yarasını önleme bilgisi
<i>HİE vs. HİE+K veya HİE+ Ü</i>	0,005
<i>HİE vs. HİE+K+Ü</i>	0,047
<i>HİE+K veya HİE+ Ü vs. HİE+K+Ü</i>	0,921

Bonferroni düzeltmesi $p < 0,017$ Koşul sağlanmadığı durumda en küçük p değeri

Basınç yarası tanımlama bilgisi, eğitim düzeyi arttıkça yükselmiştir ($p=0,033$). Basınç yarası ile ilgili alınan eğitimler son bir yıl içerisinde eğitim alanların basınç yarası tanımlama bilgisi daha düşük saptanmıştır ($p=0,049$). Dahili yoğun bakım çalışanlarının basınç yarası önleme bilgisi cerrahi yoğun bakım çalışanlarına oranla daha yüksek saptanmıştır ($p=0,043$). Yoğun bakım hemşirelerinin aldıkları eğitim türüne göre analizlerinde soru seçenekleri “Hizmetiçi Eğitim”, “Konferans” ve “Ürün Tanıtımları” şeklinde çoklu seçenek sorusuydu. Yoğun bakım hemşirelerinin basınç yarası evreleme bilgisi ve aldıkları eğitim türleri arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,009$). Yaş, cinsiyet, mesleki deneyim ve basınç yarasına bakım verme sıklığı verilerinin analizlerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmamıştır (Tablo 6).

5. TARTIŞMA

Yoğun bakım hemşirelerinin basınç yarasına ilişkin bilgi düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada, basınç yarası toplam puanı %71,8 olarak saptanmıştır. Ölçeğin alt boyutları olan basınç yarası önleme bilgi puanı %73,1, basınç yarası evreleme bilgi puanı %71,2 ve basınç yarasını tanımlama bilgi puanı %66,8'dir. Bu sonuçlara göre hemşirelerin basınç yarası toplam puanı, basınç yarası önleme ve evreleme bilgi puanı tatmin edici düzeydedir. Ancak, basınç yarası tanımlama bilgi puanı, %70'in altında olduğu için, yetersiz olarak belirlenmiştir. Çalışmanın tartışma bölümü beş başlık altında yazılmıştır.

- ✓ Yoğun Bakım Hemşirelerinin Basınç Yarası Toplam Bilgi Puanlarının Tartışılması
- ✓ Yoğun Bakım Hemşirelerinin Basınç Yarasını Önleme Bilgisinin Tartışılması
- ✓ Yoğun Bakım Hemşirelerinin Basınç Yarasını Evreleme Bilgisinin Tartışılması
- ✓ Yoğun Bakım Hemşirelerinin Basınç Yarasını Tanımlama Bilgisinin Tartışılması
- ✓ Yoğun Bakım Hemşirelerinin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Basınç Yarasını Önleme, Evreleme ve Tanımlama Puanlarının Tartışılması

Yoğun Bakım Hemşirelerinin Basınç Yarası Toplam Bilgi Puanlarının Tartışılması

Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin toplam bilgi düzeylerinin ölçüldüğü çalışmalara bakıldığında, bu çalışmaya benzer ve farklı sonuçlar elde edildiği görülmektedir. Strand ve Lindgren (2010) tarafından, İsveç'te bulunan bir hastanenin yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin bilgi düzeyleri iyi olarak saptanırken, Demarre ve ark. (2011) tarafından, Belçika'da bakım evlerindeki hemşireler ve hemşirelik asistanları üzerinde yapılan çalışmada bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu saptanmıştır. Bu çalışmanın sonucu, yoğun bakım ünitelerinde yapılan çalışma sonucuyla benzerdir.

Yoğun Bakım Hemşirelerinin Basınç Yarasını Önleme Bilgisinin Tartışılması

Yoğun bakım hemşirelerinin basınç yarası önleme bilgi puanı %73,1 ile tatmin edici düzeyde saptanmıştır. Köse ve arkadaşları (2016), Türkiye'de bir araştırma hastanesinde yoğun bakım hemşirelerinin basınç yarasına ilişkin önleyici müdahaleleri ile ilgili bilgi düzeylerini iyi olarak saptamıştır. Aydoğan ve arkadaşları (2017) üç eğitim ve araştırma hastanesindeki yoğun bakım hemşirelerinin basınç yarası önleme bilgi düzeylerini incelemiş ve bilgi düzeyini düşük olarak saptamıştır. Shrestha ve arkadaşları (2017) Nepal'de Yoğun Bakım Hemşirelerinin (n=98) basınç yarası önleme bilgisi

ölçülmüş ve bilgi düzeyi düşük olarak saptanmıştır. Basınç yarası önleme bilgisi sonuçlarındaki bu farklılık, araştırmaların uygulandığı hemşire gruplarının farklı kurumlarda olması ile açıklanabilir.

Basınç yarası önleme sorularının yanıtlanma durumu incelendiğinde; “basınç yarasına yönelik riskler” ve “kayıt tutulmasının önemi” konusundaki sorulara hemşirelerin %99’unun doğru yanıt verdiği saptanmıştır. Aynı ölçeğin kullanıldığı diğer çalışmalar incelendiğinde benzer sonuçlar saptanmıştır. Gül ve arkadaşları (2017) tarafından yapılan çalışmada doğru yanıt oranlarının en yüksek olduğu sorular kayıt tutulması ve basınç yarası risklerine yönelik olduğu saptanmıştır. Hossein ve arkadaşları (2014) da tarafından yapılan çalışmada da benzer doğru yanıt oranları saptanmıştır (%89,9). Yoğun bakım hemşirelerinin kalite standartları gereğince basınç yarasının takibinde ve bakımında yükümlü oldukları uygulamalar vardır. Basınç yarasının risklerini belirlemede kullanılan ölçekler, basınç yarası evrelerinin düzenli olarak kayıt edilmesi, basınç yarasına yönelik kalite formları bunlardan bazılarıdır. Basınç yarası risklerine ve kayıt tutulmasına yönelik sorularda bilgi düzeyinin yüksek olması, yoğun bakım kliniklerinde bu formların zorunlu olarak kullanılması ile açıklanabilir.

Basınç yarasını önleme konusunda, hemşirelerin en düşük oranda doğru yanıtladığı sorular; masaj (%19), tekerlekli sandalyede mobilizasyon (%13.3) ve topuk koruyucuları (%3.8) konusunda sorulardır. Topuk koruyucularla ilgili soruda doğru cevap veren hemşirelerin oranı %3,8 olarak saptanmıştır. Benzer olarak Gül ve arkadaşlarının (2017) yaptığı çalışmada doğru cevap veren hemşirelerin oranı %7,1 olarak saptanmıştır. Soru ile ilgili güncel literatür bilgisine göre topuk koruyucular ve jel yastıklar topuklardaki basıncı azaltmamaktadır (EPUAP, NPUAP ve PPPIA 2014). Avrupa Basınç Yarası Danışma Paneli (EPUAP) ve Ulusal Basınç Yarası Danışma Paneli (NPUAP) (2014) tarafından yayınlanan düzenlemeye göre topukların yüzeyine değen cihazlar değil, topukların havada asılı kalmasını sağlayan cihazlar önerilmektedir. Tekerlekli sandalyede mobilizasyon uygulamasına yönelik soru konusunda da hemşirelerin yetersizliği, önceki yapılan çalışmaları desteklemektedir. Chianca ve ark. (2010) yaptığı çalışmada doğru yanıt veren hemşirelerin oranı %8,49, Hossein ve ark. (2014) yaptığı çalışmada %13,2, Lawrence ve ark. (2015) yaptığı çalışmada ise bu oran %3 olarak saptanmıştır. Kişi/hasta sandalyede otururken 30 dakikada bir ağırlığını değiştirmesi gerekir. Güncel literatür bu süreyi 15 dakikada bir olarak düzenlemiştir (EPUAP, NPUAP ve PPPIA 2014). Yoğun bakım hemşirelerinin basınç yarası önleme bilgisi sorularında doğru yanıt veren hemşire

oranının %20'nin altında olarak saptandığı diğer soru da masaj uygulaması ile ilgilidir. Bu uygulamaya yönelik soruda doğru yanıt veren yoğun bakım hemşirelerinin oranı %18,1 olarak saptanmıştır. Kemik çıkıntılarında masaj yapmak basınç yarasını önlemeye yardımcı olmaz. Literatürde basınç yarasını önlemede masaj kullanımı daha önce araştırılmıştır (Duijmel-Peeters RJG. 2007). Yapılan çalışmaların sonuçlarına göre, masajın altta yatan dokulara zararlı olabileceği saptanmıştır. Basınç yarasına ilişkin yeni rehberlere göre de kemik çıkıntılarında masaj yapmak tavsiye edilmemektedir (EPUAP, NPUAP ve PPPIA 2014). Topuk koruyucuların kullanımı, tekerlekli sandalyede mobilizasyon ve basınç yarasını önlemede masaj uygulaması konusunda soruların hemşireleri çoğu tarafından doğru yanıtlanmaması; güncel literatürün takip izlenmemesi ve/veya izlenememesi ile açıklanabilir.

Yoğun Bakım Hemşirelerinin Basınç Yarasını Evreleme Bilgisinin Tartışılması

Yoğun bakım hemşirelerinin basınç yarası evreleme bilgi puanı %71,2 olarak saptanmıştır. Basınç yarası evreleme sorularında, yoğun bakım hemşirelerinin yüksek oranda doğru yanıtladığı sorulara bakıldığında; Evre I için %95,2, Evre II için %81,9 ve Evre IV için %98,1 olarak saptanmıştır. Fakat Evre III basınç yarasını doğru tanımlayabilen sadece 18 hemşire (%17,1) olmuştur. Benzer sonuçlar daha önceki çalışmalarda da saptanmıştır. Lawrence ve ark. (2015) doğru cevap veren hemşire oranını %18,7, Gul ve arkadaşlarının (2017) yaptığı çalışmada ise doğru cevap veren hemşire oranı %12,3 olarak saptanmıştır. Lawrence ve arkadaşları (2015) Evre III basınç yarasına daha az oranda doğru yanıt verilmesini, Evre III basınç yarasının literatürdeki karmaşıklığından kaynaklanıyor olabileceğini belirtmişlerdir. Evre III basınç yarası 'tam kalınlıklı deri kaybı' olarak tanımlanmaktadır. Tam kalınlıklı deri kaybı ifadesi hemşirelerin deri tabakalarına yönelik bilgi birikimine sahip olmaları gerektiğini göstermektedir. Bilgi birikimi gerektirmesi ve kas-yağ dokularının derinlikleri gözle net olarak belirlenememesi durumu hemşirelerde karışıklığa neden olmuş olabilir.

Farklı sonuçların saptandığı, Chianca ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada, Evre II basınç yarası için doğru cevap veren hemşirelerin oranı %33,9 iken Evre III basınç yarası için bu oran %55,6 olarak saptanmıştır. Diğer çalışmalardan farklı olarak Evre II basınç yarısında doğru yanıt veren hemşire oranının daha yüksek olması, kullanılan anketlerde Evre II basınç yarasının, anlaşılması zor şekilde sorulması ile açıklanabilir.

Yoğun Bakım Hemşirelerinin Basınç Yarasını Tanımlama Bilgisinin Tartışılması

Yoğun bakım hemşirelerinin basınç yarasını tanımlama sorularına ilişkin bilgi düzeyleri, basınç yarası evreleme bilgisi ve önleme bilgisi sorularına oranla daha düşük (%66,8) olarak saptanmıştır. Basınç yarası tanımlama bilgisi sorularının daha az oranda doğru yanıtlanması, bu bölümde yer alan sorularda teorik bilginin daha ön planda olması ile açıklanabilir.

Basınç yarası bilgi testinin tanımlama bilgisi soruları arasında yer alan ‘basınç yarası skarı, sağlam bir deriden daha hızlı tahrip olur’ sorusu en yüksek oranda doğru yanıtlanan soru olarak saptanmıştır (%88,6). En düşük oranda (%35,2) doğru yanıtlanan soru ‘eskar yara iyileşmesi için iyidir’ bilgisini ölçmektedir. Benzer sonuçların saptandığı Gül ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan çalışmada, doğru yanıt veren hemşire oranı %24,4 olarak saptanmıştır. Bu çalışmalardan farklı olarak Lawrence ve arkadaşları (2015) doğru yanıt veren hemşire oranını %68,8 olarak saptamıştır. Soru ile ilgili güncel literatüre göre eskarın varlığı yara iyileşmesi için iyi değildir (EPUAP, NPUAP, PPPIA 2014). Türkiye’de yapılmış çalışmalarda benzer olarak doğru yanıt oranlarının düşük olarak saptanması, hemşirelerin ‘eskar’ kelimesini tam olarak anlayamamış olmaları ile açıklanabilir.

5.5. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Basınç Yarasını Önleme, Evreleme ve Tanımlama Ortalama Puanlarının Tartışılması

Yoğun bakım hemşirelerinde yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma deneyimi, en son alınan hizmet içi eğitimin zamanı, çalışılan yoğun bakım kliniği, basınç yarası izlem sıklığı ve basınç yarasına ilişkin alınan eğitimin türüne göre basınç yarası bilgi testi toplam puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Bununla birlikte, eğitim düzeyi, en son alınan hizmet içi eğitimin zamanı, çalışılan yoğun bakım kliniği ve basınç yarasına ilişkin alınan eğitimin türüne göre basınç yarası önleme, evreleme ve tanımlama bilgi puanları arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir.

Dahili yoğun bakımlarda çalışan hemşirelerin basınç yarası önleme bilgisi puanları, cerrahi yoğun bakımlarda çalışan hemşirelere göre daha yüksek bulunmuştur. Dahili yoğun bakımlarda hastaların yatış süresi genellikle uzun sürelidir ve basınç yarası görülme sıklığı cerrahi yoğun bakımlara göre daha daha yüksektir. Bu nedenle fark, dahili yoğun bakımlarda çalışan hemşirelerin basınç yarası ile daha sık karşılaşmaları ile açıklanabilir.

Yoğun bakım hemşirelerinin basınç yarasına ilişkin aldığı eğitimlere göre basınç yarası evreleme bilgisi puanları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Sadece Hizmet İçi Eğitim (HİE) alan hemşirelerin basınç yarası evreleme bilgisi puanları HİE+Konferans ve HİE+Ürün tanıtımları eğitimi alanlara oranla daha düşük saptanmıştır. Daha fazla sayıda eğitim almanın, hemşirelerin bilgi düzeyinin gelişmesine katkı sağladığı görülmektedir.

Yoğun bakım hemşirelerinin, eğitim düzeyi ve en son aldığı hizmet içi eğitimin zamanına göre, basınç yarasını tanımlama bilgisi puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık olduğu görülmektedir. Eğitim düzeyi arttıkça basınç yarasını tanımlama bilgi düzeyleri de artmıştır. En son bir yıl içerisinde eğitim alanların bilgi düzeyleri, bir yıldan uzun süredir eğitim almayanlara oranla daha düşük saptanmıştır ($p=0,049$). Fulbrook ve arkadaşları (2019) tarafından yapılan çalışmada da, eğitim düzeyi yüksek hemşirelerin basınç yarasını önleme ve yönetimi bilgi puanlarının önemli ölçüde yüksek olduğu belirlenmiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Yoğun bakım hemşirelerinin basınç yarasına ilişkin bilgi düzeyleri ve ilgili faktörleri belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada;

- Yoğun bakım hemşirelerinin basınç yarasına ilişkin toplam bilgi puanının (%71,8), ölçeğin alt boyutları içerisinde yer alan basınç yarası evreleme bilgisi puanı (%71,2) ve önleme bilgisi puanının (%73,1) testin kesme sınırının üstünde olduğu, basınç yarası tanımlama bilgisi puanının (%66,8) ise ölçeğin kesme sınırının altında olduğu,
- Tanıtıcı özelliklere göre; eğitim düzeyi yüksek olan, dahili yoğun bakım kliniklerinde çalışan, bir yıldan daha uzun süredir ve hizmet içi eğitimle birlikte basınç yarası konusunda çeşitli etkinliklere katılan hemşirelerin basınç yarası bilgi puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır.
- Basınç yaralarını önlemek için masaj, tekerlekli sandalyede mobilizasyon ve topuk koruyucuları gibi güncel bilgi gerektiren sorulara yanıt veren hemşirelerin oranı %20'nin altındadır.

Çalışmadan elde edilen bu veriler doğrultusunda;

- Basınç yaralarını önleme, tanımlama ve evreleme konularında hizmet içi eğitimlere ek olarak, hemşirelerin basınç yarasına ilişkin çeşitli etkinliklere katılımları için fırsat sağlanması,
- Hemşirelerin basınç yarası konusunda yetersiz olduğu alanların tanımlanması ve bu konularda hizmet içi eğitimlerin düzenlenmesi,
- Hizmet içi eğitimlerin gereksinimler doğrultusunda düzenli olarak her yıl tekrarlanması.

7. KAYNAKÇA

1. ACAROĞLU, R., ŞENDİR, M. (2005). Pressure ulcer prevention and management strategies in Turkey. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 32 (4): 230-7
2. AGENCY OF HEALTHCARE RESEARCH & QUALITY. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH, & HUMAN SERVICES. (1994). Pressure ulcer treatment. In *Quick reference guide for clinicians (AHQRP Publication No. 95-0653)*. Rockville, Maryland: Public Health Services: Agency for Health Care Policy and Research. Wound, Ostomy and Continence Society. (2010). Pressure ulcer prevention and treatment. Retrieved from [http:// ww.wocn.org](http://ww.wocn.org)
3. AHSAN, H., ALİ, A., ALİ, R. (2003). Oxygen free radicals and systemic autoimmunity. *Clinical & Experimental Immunology*. 131(3):398-404.
4. AKIN, S., KARAN, MA. (2011). Bası yaraları. *İç Hastalıkları Dergisi*. 18: 83-90.
5. ALLMAN, RM., GOODE, PS., BURST, N., BARTOLUCCI, AA., THOMAS, DR. (1999) Pressure ulcers, hospital complications, and disease severity: impact on hospital costs and length of stay. *Adv Wound Care*. 12(1):22–30.
6. AMERİCAN MEDİCAL ASSOCIATION. CPT Code Search for Manhattan, NY Medicare Payment Facility, Codes 11040 and 11044. [Erişim 31/10/2019]. https://catalog.amaassn.org/Catalog/cpt/cpt_search.jsp.
7. ARİN, MJ., ROOP, DR., KOCH, PJ., COSTNER, MI. (2012). Keratinositlerin Biyolojisi *Dermatoloji*' de 1. Cilt Eds. Bologna JL, Lorizzo JL, Rapini RP. Çeviri Ed. Sarıcaoğlu H, Başkan EB. Nobel Tıp, İstanbul, p. 731.
8. AVŞAR, P. (2012). Hemşirelerin Braden ve Waterlow Basınç Ülseri Risk Değerlendirme Ölçekleri'ne İlişkin Görüşleri. *Gazi Üniversitesi Hemşirelik Esasları Ana Bilim Dalı*, Ankara
9. AY FA. (2007) Yara ve Yara Bakımı. Ay FA. *Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar*. 1.Baskı, İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık: 205-221.
10. AYDIN, A. (2008). Hemşirelerin Derin Doku Hasarı ve 1.Evre Basınç Ülserinin Bakımına İlişkin Uygulamalarının Belirlenmesi. *Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Ankara
11. AYDIN, G. (2012). Rehabilitasyon ve Bakım Merkezinde Bakım Alan Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerinin Basınç Yarası Risk Durumuna Etkisi. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Kayseri

12. AYDOGAN, S., CALISKAN, N. (2017). A Descriptive Study of Turkish Intensive Care Nurses' Pressure Ulcer Prevention Knowledge, Attitudes, and Perceived Barriers to Care. *Wound Management & Prevention*. 65(2):39-47
13. AYELLO, E. A., BARANOSKI, S., SALANTI, DS. (2005). A survey of nurses' wound care knowledge. *Advances in Skin & Wound Care*, 18(5), 268-275.
14. AYELLO, EA., & MEANEY, MA. (2003). Replicating a survey of pressure ulcer content in nursing textbooks. *Journal of Wound Ostomy Continence Nurse*, 30(5).
15. BADER, D., OOMENS, C. (2006). Recent advances in pressure ulcer research. In: Romanelli M, editor. *Science and practice of pressure ulcer management*: Springer; p. 11-26.
16. BALCI, A. (2016). Bası Yarası İnfeksiyonları ve Önlenmesi. Florence Nightingale Bilim Günleri-V. İç Hastalıklarında Hastane İnfeksiyonu Kontrolü Sempozyumu. İstanbul. 1-58.
17. BARTON, A., BARTON, M. (1981). *The Management and Prevention of Pressure Sores*. UK, Faber&Faber.
18. BECKER, D., TOZO, TC., BATİSTA, SS., MATTOS, AL., BORTOLAMEDİ SİLVA, MC., RİGON, S., LAYNES, RL., SALOMÃO, EC., HUBNER, KDC., SORBARA, SGB., DUARTE, PAD. (2017). Pressure ulcers in ICU patients: Incidence and clinical and epidemiological features: A multicenter study in southern Brazil. *Intensive Crit Care Nurs*. 42(10): 55-61.
19. BEĞER T. (2004). Yoğun bakımda dekübit ülserleri: risk faktörleri ve önlenmesi. *Yoğun Bakım Dergisi*. 4(4): 244-253.
20. BERGSTRESSER, PR., COSTNER, MI. (2012). *Anatomi ve Fizyoloji Dermatoloji' de 1. Cilt* Eds. Bologna JL, Lorizzo JL, Rapini RP. Çeviri Ed. Sarıcaoğlu H, Başkan EB. Nobel Tıp, İstanbul 2012, pp. 25-35.
21. BERGSTROM N, HORN SD, SMOUT RJ. (2005) The National Pressure Ulcer Long-Term Care Study: outcomes of pressure ulcer treatments in long-term care. *J Am Geriatr Soc*. Oct;53(10):1721–1729.
22. BİROL, L. (2007). *Hemşirelik Süreci*. (7.Baskı). İzmir. Etki Matbaacılık.
23. BLACK, J., BAHARESTANI, MM., CUDDİGAN, J., DORNER, B., EDSBERG, L., LANGEMO, D., POSTHAUER, ME., RATLIFF, C., TALER, G. (2007). National pressure ulcer advisory panle's updated pressure ulcer staging system. *Advances in skin & woundcare*. 20(5): 269-274.

24. BLACK, JM. (2005). Moving toward consensus on deep tissue injury and pressure ulcer staging *Adv Skin Wound Care*; 18: 415-21.
25. BREM, H., LYDER C. (2004). Protocol for the successful treatment of pressure ulcers. *Am J Surg*;188:9–17.
26. CELİK, S., DİRİMEŞE, E., TAŞDEMİR, N., AŞIK, Ş., DEMİRCAN, S., EYİCAN, S., GÜVEN, B. (2017) ‘Pressure sore prevention and treatment knowledge of nurses’. *Medical Journal of Bakirkoy*. Vol. 13 Issue 3, p133-139. 7p.
27. CENTER FOR MEDİCARE & MEDİCAİD SERVİCES (2008) Eliminating Serious, Preventable, and Costly Medical Errors – Never Events. <http://www.cms.hhs.gov/apps/media/press/release.asp?Counter=1863>. [Erişim 31/10/2019].
28. CHIANCA, TCM., REZENDE, JFP., BORGES, EL., NOGUEİRA, VL., CALİRİ, MHL. (2010). Pressure ulcer knowledge among nurses in a Brazilian university hospital. *Ostomy Wound Management*; 56(10):58–64
29. CHU, DH. (2008). Development and Structure of Skin. In: Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrest BA, Paller AS, Leffell DJ, editors. *Fitzpatrick’s Dermatology in General Medicine*. 7th ed. New York: McGraw-Hill pp. 57-73.
30. COYER, F., MİLES, S., GOSLEY, S., FULBROOK, P., SKETCHER-BAKER, K., COOK J-L. (2017). Pressure injury prevalence in intensive care versus non-intensive care patients: A state-wide comparison. *Australian Critical Care*. Volume 30-Issue 5; September 2017, Pages 244-250
31. CRAVEN, RV., HIRNLE, CJ. (2000). *Fundamentals of Nursing Human Health and Function*. (3rd ed). Philadelphia: Lippincott Co, 959-999.
32. CULLEN, M., COX, F. (2005). Developing a wound management orientation program using evidence-based guidelines. *Home Health Care Management & Practice*,77(4), 308-315.
33. ÇINAR ND, SEVGİ F. (2001). Basınç Yaralarının Önlenmesi ve Bakımında Hemşirenin Rolü. *Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi*; 5(2): 87-91.
34. ÇINAR, F., ŞAHİN, SK., ASLAN FA. (2018). Yoğun bakım ünitesinde basınç yaralarının önlenmeye yönelik Türkiye’de yapılmış çalışmaların incelenmesi; sistematik derleme. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*. Cilt:7 Sayı:1

35. DELMORE, B., COX, J., ROLNITZKY, L., CHU, A., STOLFİ, A. (2015). Differentiating a pressure ulcer from acute skin failure in the adult critical care patient. *Adv Skin Wound Care*. 28(11):514–24.
36. DOLEY J. Nutrition management of pressure ulcers. *Nutr Clin Pract*. 2010;25:50-60.
37. EFTELİ, EÜ., GÜNES, GÜ. (2013). A prospective, descriptive study of risk factors related to pressure ulcer development among patients in intensive care units. *Ostomy Wound Manage*. 59 (7):22–27.
38. ELKİN, MK., PERRY, AG., POTTER, PA. (2000). *Nursing Interventions & Clinical Skills*. Mosby, St Louis: 2nd Ed., USA: 565-600.
39. EL-MARSİ, J., ZEİN-EL-DİNE, S., ZEİN B., DOUMİT, R., BADR, LK. (2018) Predictors of pressure injuries in a critical care unit in Lebanon: Prevalence, characteristics, and associated factors. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*. 45(2):131-6.
40. ERSOY, E., ÖCAL, S., ÖZ, A., YILMAZ, P., ARSAVA, B., TOPELİ, A. (2013). Yoğun bakım hastalarında bası yarası gelişiminde rol oynayabilecek risk faktörlerinin değerlendirmesi. *Yoğun Bakım Derg*. 4: 9-12.
41. FRANKS, PJ., WİNTERBERG, H., MOFFATT, CJ. (2002) Health-related quality of life and pressure ulceration assessment in patients treated in the community. *Wound Repair Regen*. 10(3):133–140.
42. FULBROOK, P., LAWRENCE, P., MİLES, S. (2019). Australian Nurses' knowledge of Pressure Injury Prevention and Management. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 46(2):106-112.
43. GARBER, SL., RİNTALA, DH. (2003) Pressure ulcers in veterans with spinal cord injury: a retrospective study. *J Rehabil Res Dev*. 40(5):433–441.
44. GENCER, Z., ÖZKAN, Ö. (2015) Basınç ülserleri sürveyans raporu. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*. 13: 26-30
45. GRAUMLİCH, JF., BLOUGH, LS., MCLAUGHLİN, RG. (2003) Healing pressure ulcers with collagen or hydrocolloid: a randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc*. 2003 Feb;51(2):147–154.
46. GUL, A., ANDSOY, İL., OZKAYA, B., ZEYDAN, A. (2017). 'A Descriptive, Cross-sectional Survey of Turkish Nurses' Knowledge of Pressure Ulcer Risk, Prevention, and Staging'. *Ostomy/wound Management*, Jun 2017, 63(6):40-46

47. GÜRSOY, K., ORUÇ, M., ÖZER, K., GÖKTAŞ BERNA, F., TURAN, A., KOÇER, U. (2015). Cerrahi müdahale edilen evre III - IV bası ülserleri olgularının geriye dönük değerlendirilmesi. *Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Dergisi*. 23(3): 108-115.
48. HAMPTON, S., COLLINS, F. (2005). Reducing Pressure Ulcer Incidence in a Long-term Setting. *British Journal of Nursing*, Volume14 Sup3
49. HAN, H., LEWIS VL, JR., WIEDRICH, TA., PATEL, PK. (2002) The value of Jamshidi core needle bone biopsy in predicting postoperative osteomyelitis in grade IV pressure ulcer patients. *Plast Reconstr Surg*. 110(1):118–122.
50. HOSSEIN, R., IRANMANESH, S., ABDAR, ME., LALEGANI, H., SAFDARI, A., DEHKORDI, AH. (2014). Knowledge about pressure ulcer prevention, classification and management: A survey of registered nurses working with trauma patients in the emergency department. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 18 (3). pp. 135-142.
51. HUG, E., ÜNALAN, H., KARAMEHMETOĞLU, SS., TÜZÜN, S., GÜR GÖZE, M., TÜZÜN, F. (2001). Bir Eğitim Hastanesinde Bası Yarası Prevelansı ve Bası Yarası Gelişiminde Etkili Risk Faktörleri. *Türkiye Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon Dergisi*; 47(6):3-11.
52. HULSENBOOM, MA., BOURS, GJ., HALFENS, RJ. (2007). Knowledge of pressure ulcer prevention: a cross-sectional and comparative study among nurses. *BioMed Central Nurs*. 6 (2): 1-11.
53. JENKINS, ML., O'NEAL, E. (2010). Pressure ulcer prevalence and incidence in acute care. *Advances in Skin & Wound Care*. 23(12):556-9.
54. KARADAĞ, A. (2003). Basınç Ülserleri: Değerlendirme, Önleme ve Tedavi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*; 7 (2): 41-46.
55. KARAKAYA, D. (2016). Basınç Ülserleri Tedavi ve Bakımı. *Yara Ostomi İnkontinans Hemşireleri Derneği. Palyatif Bakım Hizmet İçi Eğitimi*. 1-63.
56. KATRAN, HB. (2015). Bir cerrahi yoğun bakım ünitesinde bası yarası görülme sıklığı ve bası yarası gelişimini etkileyen risk faktörlerinin irdelenmesi. *G.O.P. Taksim E.A.H. JAREN*. 1(1): 8-14.
57. KELLER, BP., WILE, J., VANRAMSHORST, B. (2002). Pressure ulcers in intensive care patients: a review of risks and prevention. *Intensive Care Med*; 28:1379-88.

58. KÖSE, I., YESİL, P., ÖZTUNC, G., ESKİMEZ, Z. (2016). Knowledge of Nurses Working in Intensive Care Units in Relation to Preventive Interventions for Pressure Ulcer. *International Journal of Caring Sciences* 9 (2). 677-686.
59. KURTULUŞ, Z. (2010). Yoğun Bakım Ünitelerinde Bası Yarası Prevalansı ve Bası Azaltıcı Araç Kullanımına İlişkin Mevcut Durum. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
60. LAWRENCE, P., FULBROOK, P., MİLES, S. (2015). A survey of Australian nurses' knowledge of pressure injury/pressure ulcer management. *J Wound Ostomy Continence Nurs.*;42(5):450-460.
61. LEBLECİ B, TURHAN N, ADAM M, AKMAN MN. (2007). Clinical And Epidemiologic Evaluation Of Pressure Ulcers İn Patients At A University Hospital İn Turkey. *J.Wound Ostomy Continence Nurs.*; 34(4): 407-11.
62. LİNDEMAN, CA., MCATHIE, M. (1999). *Fundamentals of Contemporary Nursing Practice*. 1st Ed., USA:W.B. Saunders Company: 825-856.
63. MAYLOR, M., TORRANCE, C. (1999). Pressure sore survey part 2: nurses' knowledge. *Journal of Wound Care*, ii(8), 49-52.
64. MEEHAN, M. (2000) Beyond the pressure ulcer blame game: reflections for the future. *Ostomy Wound Manage.* 46(5):46-52.
65. MEHTA, C., GEORGE, JV., MEHTA, Y., WANGMO, N. (2015). Pressure ulcer and patient characteristics—A point prevalence study in a tertiary hospital of India based on the European Pressure Ulcer Advisory Panel minimum data set. *Journal of Tissue Viability*. 3(24):123-30.
66. MİNİSTRY OF HEALTH (MOH). Prediction and Prevention of Pressure Ulcers in Adults. MOH Nursing Clinical Practice Guidelines 1/2001.
67. MOODY, BL., FANALE, JE., THOMPSON, M., VAİUANCOURT, D., SYMONDS, G., BONASORA, C. (1988). Impact of staff education on pressure sore development in elderly hospitalized patients. *Archives of Internal Medicine*, 148(10), 2241-2243.
68. MOORE, Z. (2004). Pressure ulcer prevention: nurses' knowledge, attitudes and behavior. *Journal of Wound Care*, 13(8), 330-334.
69. MOORE, Z., PRİCE, P. (2004). Nurses' attitudes, behaviors and perceived barrier towards pressure ulcer prevention. *Journal of Clinical Nursing* 13, 942-951

70. MUTLU, S. (2012). Açık Kalp Ameliyatı Uygulanan Hastalarda Basınç Yarası Oluşumunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir
71. NASSAJİ, M., ASKARİ, Z., GHORBANİ, R. (2014). Cigarette smoking and risk of pressure ulcer in adult intensive care unit patients. *Int J Nurs Pract.* 20(4): 418-23.
72. NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL. (2012) PRESSURE ULCER STAGES REVISED BY NPUAP.
73. NIEZGODA, J., MENDEZ-EASTMAN, S. (2006). The effective management of pressure ulcers. *Adv Skin Wound Care*; 19:3–15.
74. NİJS, N., TOPPETS, A., DEFLOOR, T., BERNAERTS, K., MİLİSEN, K., VAN DEN BERGHE, G. (2009). Incidence and risk factors for pressure ulcers in the intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing.*18(9):1258
75. NOLA, GT., VİSTNES, LM. (1980). Differential response of skin and muscle in the experimental production of pressure sores. *Plast Reconstr Surg*; 66:728–33.
76. NPUAP/EPUAP. (2009). Prevention and treatment of pressure ulcers: clinical practice guidelines. Washington, DC: European Pressure Ulcer Advisory Panel & National Pressure Ulcer Advisory Panel.
77. OOT-GİROMİNİ, B., BİDWELL, FC, HELLER, NB., PARKS, ML., WİCKS, P., WİLLİAMS, PM. (1989). Evolution of skin care: Pressure ulcer prevalence rates pre/post interventions. *Decubitus*, 2, 54-55.
78. ÖZGENEL, GY., KAHVECİ, R., AKIN, S., ÖZBEK, S., ÖZCAN, M. (2002) Bası Yaralarında Tedavi Prensiplerimiz ve Sonuçlarımız. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*; 28(2): 27-32.
79. PANAGİOTOPOULOU, K., KERR, S. (2002). Pressure area care: An exploration of Greek nurses' knowledge and practice. *Journal of Advanced Nurses*, 40(3), 285-296.
80. PARİSH, LC., LOWTHIAN, P., WİTKOWSKI, JA. (2007) The decubitus ulcer: many questions but few definitive answers. *Clin Dermatol.* 25:101–8.
81. PERRY, AG., POTTER, PA. (2003). *Basic Nursing Essentials for Practice.* 5th Ed.,USA: Mosby, 842-885.
82. PERRY, AG., POTTER, PA. (2006). *Clinical Nursing Skills & Techniques.* 6th Ed., USA: Mosby, 431-461.

83. PETTY, R., CACIOPPO, J. (1996) Introduction to attitude and persuasion. In Attitudes and Persuasion: Classic and Contemporary Approaches, Westview Press, Boulder, CO, USA, 3-37.
84. PİEPER, B., MATTERN, JC. (1997). Critical care nurses' knowledge of pressure ulcer prevention, staging and description. *Ostomy/wound Management*, 43(2), 22-31.
85. PİEPER, B., MOTT, M. (1995). Nurses's knowledge of pressure ulcer prevention, staging and description. *Advances in Wound Care*, 5(3), 34-48.
86. POTTER, PA., PERRY, AG. (2009). *Fundamentals of Nursing*.(7th ed.) Missouri: Mosby, 1278-1308.
87. RAPP, MP., BERGSTROM, N., PADHYE, NS. (2009). Contribution of skin temperature regularity to the risk of developing pressure ulcers in nursing facility residents, *Adv Skin Wound Care* 22 (11): 506 – 513.
88. REDELİNGS, MD., LEE, NE., SORVİLLO, F. (2005) Pressure ulcers: more lethal than we thought? *Adv Skin Wound Care*;18(7):367–372.
89. REGAN, MB., BYERS, PH., MAYROVİTZ, HN. (1995). Efficacy of a comprehensive pressure ulcer prevention program in an extended care facility. *Advances in Wound Care*, 5(3), 49-55.
90. RUSSO, A., ELİXHAUSER, A. (2006) Hospitalizations Related to Pressure Sores, 2003. Healthcare Cost and Utilization Project, Agency for Healthcare Research and Quality.
91. RUSSO, CA., STEİNER, C., SPECTOR, W. (2008) HCUP Statistical Brief #64. Agency for Healthcare Research and Quality; Rockville, MD: [Erişim 31/10/2019]. Hospitalizations Related to Pressure Ulcers Online]. <http://www.hcupus.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb64.pdf>
92. SAÇAR, Ç., ÖZTÜRK, C., BEKTAŞ, M. (2013). Glamorgan pediatrik basınç ülseri risk tanılama ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 17(2): 45-51.
93. SARI, E. (2013). Yoğun bakım hemşirelerinin basınç ülseri hakkındaki bilgi düzeyleri. *Akad Geriatri*; 5: 73-79.
94. SAYAR, S., TURGUT, S., DOĞAN, H., EKİCİ, A., YURTSEVER, S., DEMİRKAN, F., DORUK, N., TAŞDELEN, B. (2009). Incidence Of Pressure Ulcers İn İntensive Care Unit Patients At Risk According To The Waterlow Scale And Factors İnfluencing The Development Ulcers. *J.Clin Nurs.*;18(5):765-74.

95. SCHOLS, JMGA., JAGER, VD., ENDE, MA. (2004). Nutritional Intervention in Pressure Ulcer Guidelines: An Inventory. *Nutrition*; 20(6): 548-553.
96. SCIVOLETTO, G., FUOCO, U., MORGANTI, B., COSENTINO, E., MOLINARI, M. (2004) Pressure sores and blood and serum dysmetabolism in spinal cord injury patients. *Spinal Cord*. 42(8):473–476.
97. SCOTT, JR., GIBRAN, NS., ENGRAV, LH., MACK, CD., RIVARA, FP. (2006) Incidence and characteristics of hospitalized patients with pressure ulcers: State of Washington, 1987 to 2000. *Plast Reconstr Surg*. 117(2):630–634.
98. SHRESTHA, AA., MANEEWAT, K., KRITPRACHA, C.(2017). Nepalese Critical Care Nurses' Competency Towards Pressure Ulcer Prevention. *GSTF Journal of Nursing and Health Care (JNHC) Vol.5 No.1*
99. SINCLAIR, L., BERWICZONEK, H., THURSTON, N., BUTLER, S., BULLOCH, G., ELLERY, C, GIESBRECHT, G. (2004). Evaluation of an evidence-based education program for pressure ulcer prevention. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 31(1), 43-50.
100. SMITH, D., WAUGH, S. (2009). Research study: An assessment of registered nurses' knowledge of pressure ulcers prevention and treatment. *The Kansas Nurse*, 84(1),3-5.
101. STOJADINOVIC, O., BREM, H., VOUTHOUNIS, C. (2005) Molecular pathogenesis of chronic wounds: the role of beta-catenin and c-myc in the inhibition of epithelialization and wound healing. *Am J Pathol*.167(1):59–69.
102. STRAND, T., LINDGREN, M. (2010). Knowledge, attitudes and barriers towards prevention of pressure ulcers in intensive care units: a descriptive cross-sectional study. *Intensive Crit Care Nurs*. 26: 335–342.
103. SUR, Ü., ÖZKUL, S., ÇİFÇİLİ, S. (2015). Basınç ülserlerine tedavi yaklaşımlarının olgu eşliğinde gözden geçirilmesi. *Turkish Family Physician*. 6 (2): 77-83.
104. ŞENDİR, M. (2005). Basınç yaralarının önlenmesi ve bakımı. *İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 13, 53-63.
105. TANNEN, A., DASSEN, T., HALFENS, R. (2008) Differences in prevalence of pressure ulcers between the Netherlands and Germany--associations between risk, prevention and occurrence of pressure ulcers in hospitals and nursing homes. *J Clin Nurs*; 17(9):1237–1244.

106. TAYLOR, C., LİLLİS, C., LEMONE, P. (2001). The Art and Science, Fundamentals of Nursing. 4. Edition, Philadelphia Lipincott Company, 79-91.
107. TEL, H., ÖZDEN, D., GÜNEŞ, ÇP. (2006). Yatağa bağımlı hastalarda basınç yarası gelişme riski ve hemşirelerin bu hastalara uyguladıkları önleyici bakım. Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi; 1: 35-45.
108. TEREKECİ, H., KUCUKARDALI, Y., TOP, C., ÖNEM, Y., ÇELİK, S., ÖKTENLİ, Ç. (2009). Risk Assesment Study Of The Pressure Ulcers İn İntensive Care Unit Patients. Eur J Internal Med.; 20(4): 394-7.
109. THOMAS, DR. (2001). Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: What Works? What Doesn't? pressure ulcer prevention protocol be implemented in the emergency department? J. Wound Ostomy Continence Nurs. 37 (1), 35-38.
110. TOKGÖZ, OS., DEMİR, O. (2010) Nöroloji Yoğun Bakım Ünitesinde Bası Yara İnsidansı Ve Risk Faktörleri. Selçuk Üniv. Tıp Dergisi; 26(3): 95-8.
111. TORUN, S., ÖZTUNÇ, G. (2003). Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Basınç Yarası Oluşumunu Önleyici ve Tedavi Edici Hemşirelik Girişimlerine İlişkin Bilgi ve Uygulamalarının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, I.Uluslararası Katılımlı TSK Hemşirelik Kongresi, Ankara.
112. TOTH, EP. (2003). Wound Care R. B. Turnbull, Jr. School of Enterostomal Therapy/ Wound Ostomy Continence Nursing at The Cleveland Clinic Foundation, July- August Cleveland.
113. UÇAR, H. (2005). Basınç Ülserinin Önlenmesi ve Tedavisi. Çukurova Kolo-Protokoloji & Stoma Terapi Sempozyumu. Adana, 14-16 Nisan 2005: 181.
114. UZUN, O., TAN, M. (2007). A Prospective, Descriptive Pressure Ulcer Risk Factor And Prevalence Study At A University Hospital İn Turkey. Ostomy Wound Manage.; 53(2): 44-56.
115. VAN NESS, C. (1989). The implementation of a quality assurance study and program to reduce the incidence of hospital-acquired pressure ulcers. Journal of Enterostomal Therapy, 16, 61-64.
116. VANETTEN, NK., SEXTON, P., SMİTH, R. (1990). Development and implementation of a skin care program. Ostomy/wound Management, 27, 40-50.
117. VANGİLDER, C., LACHENBRUCH, C., ALGRİM-BOYLE, C., MEYER, S. (2017). The international pressure ulcer prevalence™ survey: 2006-2015: A 10-

- year pressure injury prevalence and demographic trend analysis by care setting. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*. 44(1):20-8.
118. VARGA, MA., & HOLLOWAY, SL. (2016). The lived experience of the wound care nurse in caring for patients with pressure ulcers. *International Wound Journal*, 2016(13), 243-251.
 119. VOGELPOHL, TS., DOUGHERTY, J. (1993). What do nursing students learn about pressure ulcers? A survey of content on pressure ulcers in nursing schools. *Decubitus*, 6(2),48-51.
 120. WALTON-GEER, PS. (2009). Prevention of pressure ulcers in the surgical patient. *Association of Perioperative Registered Nurses Journal*, 89, 538-551.
 121. WHITTINGTON, K., PATRICK, M., ROBERTS, JL. (2000). A national study of pressure ulcer prevalence and incidence in acute care hospitals. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*. 27(4):209-15.
 122. WHITTINGTON, KT., BRIONES, R. (2004). National prevalence and incidence study: 6- year sequential acute care data. *Advances in Skin & Wound Care*. 17(9):490-4.
 123. WILKES, L., BOSTOCK, E., LOVET, L., DENNIS, G. (1996). Nurses' knowledge of pressure ulcer management in elderly people. *British Journal of Nursing*, 5, 858-865.
 124. WOLERTON, CL., HOBBS, LA., BEESON, T. (2005). Nosocomial pressure ulcer rates in critical care: performance improvement Project. *J NursCareQual*; 20:56-62.
 125. Xu, X., MA, Y., Yao, Z., Zhao, Y. (2019). Prevalence and Risk Factors for Pressure Ulcers in Patients with Enterocutaneous Fistula: A Retrospective Single-Center Study in China. *Med. Sci. Monit*. 2019; 25: 2591–2598
 126. ZASTOCKI, DK., ROVINSKI-WAGNER, C. (2000). *Home Care Patients and Family Instructions*. 2nd Ed., USA: W.B. Saunders Company: 195-196.
 127. ZULKOWSKI, K., AYELLO, E. (2005). Urban and rural nurses' knowledge of pressure ulcers in the USA. *WCET Journal*, 25(3), 24-30.
 128. ZULKOWSKI, K., AYELLO, E., WEXLER, S. (2007). Certification and education: Do they effect pressure ulcer knowledge in nursing? *Advances in Skin & Wound Care*, 20(1), 34-38.
 129. ZULKOWSKI, K., LANGEMO, D., POSTHAUSER, ME. (2005). Coming to consensus on deep tissue injury. *Advances in Skin and Wound Care*, 18, 28-29

130. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance (2014). Prevention and Treatment of Pressure Ulcers. www.epuap.org. (Erişim 23.08.2019)
131. DUİMEL-PEETERS, IG., J G HALFENS, R., AMBERGEN, AW., HOUWİNG, RH., PF BERGER, M., SNOECKX, LH. (2007). The effectiveness of massage with and without dimethyl sulfoxide in preventing pressure ulcers: a randomized, double-blind cross-over trial in patients prone to pressure ulcers. *Int J Nurs Stud* 44 1285-95
132. DEMARRÉ, L., VAN, LANCKER A., VAN HECKE, A., VERHAEGHE, S., GRYPDONCK, M., LEMEY, J., ANNEMANS, L & BEECKMAN, D. (2015) The cost of prevention and treatment of pressure ulcers: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 52, 1754-1774.
133. BREM, H., MAGGİ, J., NİERMAN, D., ROLNİTZKY, L., BELL, D., RENNERT, R. (2010). High cost of stage IV pressure ulcers. *Am J Surg*. 200(4):473-477
134. ÖZDİNÇLER, A., İNAL, S., ZENGİN, A., TEKEOĞLU, A. (2009). Bası yaraları ve önleme yolları. *Özürölüler Vakfı Kitağçığı*. 2009, 1-32.
135. İNAN, DG. (2009). Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi'nde Yatan Hastalarda Basınç Ülseri Prevalansı. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Adana
136. KÜÇÜKER, H. (2013) T.C. Sağlık Bakanlığı Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yara Bakım Hemşireliğı Rehberi. İzmir, 08-14.
137. PANCORBO-HİDALGO, PL., GARCİA-FERNANDEZ, FP., LOPEZ-MEDİNA, IM., NİETO-ALVAREZ, C. (2006) Risk assessment scales for pressure ulcer prevention: a systematic review. *54(1): 94-110*.
138. NPUAP (2016) NPUAP announces a change in terminology from pressure ulcer to pressure injury and updates the stages of pressure injury. Available online: www.npuap.org (erişim 19 Eylül 2019).
139. Yara Dökümanları [internet]. Yara Ostomi İnkontinans Hemşireleri Derneğı. Available from: <http://www.yoihd.org.tr> (erişim 19 Eylül 2019).
140. ACAR, K., AYGİN, D. (2015). Yaşlılarda yara gelişimi risk faktörleri, önleme ve bakım yaklaşımları. *Yoğun Bakım Hemşireliğı Dergisi*. 19 (2): 54-59.

7. EKLER

Ek-1 Bilgilendirilmiş Onam Formu

Çalışmaya Katılım Formu

ÇALIŞMANIN ADI:

YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN BASINÇ YARASINA İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

Basınç yarasına ilişkin bilgi düzeylerinizin inceleneceği bu çalışmaya katılımınız istenmektedir. Bu bilimsel çalışmaya katılma kararı size aittir. Çalışmaya katılmak istiyorsanız sayfanın altına imza atmanız istenmektedir. Çalışmadan istediğiniz soruda ayrılabilirsiniz. Çalışmaya katılmanız dahilinde sizden maddi katkı istenmeyecektir.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI:

Basınç yaraları önlenebilir olmasına rağmen sağlık bakım sisteminde önemli bir problem olarak devam etmektedir. Bu çalışmada basınç yaraları ile sık karşılaşan, yoğun bakım hemşireleri grubunun basınç yarası konusunda bilgi düzeyleri ve bilgi düzeyleriyle ilgili faktörleri incelemek amacıyla planlanmıştır.

ÇALIŞMADA UYGULANACAK İŞLEMLER:

Bu çalışmada size iki adet form uygulanacaktır. İlk doldurmanız gereken form bazı demografik verilerinize yönelik sorular içermektedir. Bu ilk form çalışmacı tarafından hazırlanmıştır. Diğer doldurmanız gereken form ise standardize edilmiş bir ölçektir. Basınç yarası evreleme, bakım ve takibinizi sorgulamaktadır. Bu iki formu eksiksiz bir şekilde doldurmanız istenmektedir.

ÇALIŞMALARA KATILMAMIN YARARI?

Bilimsel çalışmaya katılmanız literatüre bu konu ile ilgili verilerin eklenmesine yardımcı olacaksınız.

İsim-soy isim veya kimliğinizi açığa çıkaracak herhangi bir bilgi kullanılmayacaktır.

BASVURULACAK KİŞİ: HAMZA TABARU

Ek-2 Hemşirelin Tanıtıcı Anketi

ANKET FORMU

1) Yaşınız.....

2) Cinsiyetiniz

Kadın

Erkek

3) Eğitim Durumunuz

Lise

Ön Lisans

Lisans

Yüksek Lisans ve üstü

4) Yoğun Bakım Deneyim Yılıınız

0-5 yıl

6-10 yıl

11-15 yıl

16-40 yıl

5) Basınç Yarasına İlişkin Alınan Eğitimleriniz

Hizmet içi eğitimler

Konferans

Ürün Tanıtımları

6) Basınç yarası konusunda en son alınan hizmet içi eğitimleriniz

Hiç almadı

1 yıl içinde

1-2 yıl içinde

2 yıldan fazla

7) Hangi yoğun bakımda çalışmaktasınız?

Dahili yoğun bakım

Cerrahi yoğun bakım

Ek-3 Pieper Basınç Yarası Bilgi Testi

Lütfen aşağıdaki her bir ifade için size uygun olanı işaretleyiniz.

ModifiyePieper Basınç Yarası Bilgi Testi			
	Doğru	Yanlış	Bilmiyorum
1.Kemik çıkıntılarına masaj yapmak basınç yarasını önlemede önemlidir		X	PR
2. Hareketsizlik, inkontinans, yetersiz beslenme ve bilinç düzeyinin değişmesi basınç yaralarının oluşması için bazı risk faktörlerindedir	X		PR
3. Basınç yarası riski için hastaneye yatan bireylerin tümüne günlük olarak, uzun süreli yatışlarda haftada bir sistematik cilt muayenesi yapılmalıdır.	X		PR
4.Sıcak su ve sabun cildi kurutabilir fakat basınç yarası gelişimi için riski arttırmaz.		X	PR
5.Evre 1 basınç yaraları; genellikle kemik çıkıntıları üzerinde lokalize, beyazlaşmayan, derinin bütünlüğü bozulmamış kızarıklık olarak tarif edilir.	X		U
6.Evre 3 basınç yarası epidermis ve/veya dermisi içine alan kısmi kalınlıklı deri kaybıdır.		X	U
7.Şeffaf yara örtüleri (Tegaderm, Opsite gibi) ve hidrokolloid yara örtüleri (Duoderm, Restore gibi) sürtünmenin etkilerine karşı korumaz.		X	PR
8.Bütün bireyler basınç ülseri gelişme riski açısından hastaneye ilk yatışta değerlendirilmelidir.	X		PR
9.Evre 4 basınç yarası kemik, kas ve tendonları etkileyen tam kat doku kaybıdır.	X		U
10.Protein ve kalori alımı azalmış hastalarda, basınç yarası gelişme riski artmaz.		X	PR
11.Yatağa bağımlı hastalara her 3 saatte bir tekrar pozisyon verilmelidir.		X	PR
12.Topuk koruyucular ve jel yastıklar topuklardaki basıncı azaltır.		X	PR
13. Hastanın basınç yarası riski açısından değerlendirilmesi gereklidir. Bir çevirme düzeni belirlenmeli ve yatak başına not edilmelidir.	X		PR
14. Simit yastıklar basınç yaralarının önlenmesinde yardımcı olmaz.	X		PR
15. Yan yatar pozisyon, bir kişinin durumunda ve öncelikli diğer bakım ihtiyaçlarında bir değişiklik olmadıkça 30 °C olmalıdır.	X		PR
16. Sandalyeye bağlı kişiler için sandalye üzerine bir sandalye minderi koyulması uygun değildir.		X	PR
17. Yatağın başı tıbbi koşullar ile uyumlu olarak en düşük yükseklikte (ideal olarak 30 °C'den yüksek olmamalı) tutulmalıdır.	X		PR
18. Kişi sandalyede otururken 60 dakikada bir ağırlığını değiştirmesi gerektiği öğretilmelidir.		X	PR
19. Kişi ağırlığını kendi kontrol edemiyorsa en fazla 2 saat sandalyede oturmalıdır.	X		PR
20. Evre II basınç yaraları kısmi kalınlıklı deri kaybı veya içi su dolu kabarcıklardır.	X		U
21. Epidermisi her zaman temiz ve kuru tutulması gerekli değildir.		X	PR
22. Düşük nemli bir ortam bir kişiyi basınç yaralarına yatkın hale getirmez.		X	PR
23. Basınç yaralarının görülme sıklığı arttığında, basınç yarası riski, önleme ve tedavi çalışmaları için bir komisyon görevlendirilmelidir.	X		PR
24. İnkontinans nedeniye cildin neme maruz kalmasını azaltmak için, doğru cilt ve kontinans ürünleri uygulanmalıdır.	X		PR
25. Hastanın tedavi hedefleri ile tutarlı ise rehabilitasyon başlatılmalıdır.	X		PR
26. Sarı nekrotik doku, yara yatağındaki sarı veya kremi dokudur.	X		W

27. Eskarın varlığı yara iyileşmesi için iyidir.		X	W
28. Kemik çıkıntıları olan bölgeler birbirleriyle direkt temas etmemelidir.	X		PR
29. Basınç yarası gelişme riski olan her birey, basıncı dağıtan yataklar üzerine yatırılmalıdır.	X		PR
30. Tünelleşme (CEP, oyuk), derinin altında oluşan bir tahribattır.	X		W
31. Eskar sağlıklı bir dokudur.		X	W
32. Nem ile ıslanmış bir deri kolayca yırtılmaz.		X	PR
33. Basıncı yeniden dağıtan destek materyaller, yüzeydeki basıncı devamlı olarak kapiller kapanma basıncının altında tutar.	X		PR
34. Basmakla solmayan kızarıklık, kızarıklık olan alana basınç uygulandığında beyazlaşmanın olmaması olarak ifade edilir.	X		U
35. Basınç yaraları steril yaradır.		X	W
36. Basınç yarası skarı, sağlam bir deriden daha hızlı tahrip olur.	X		W
37. Topukta oluşan su kabarcığı endişelenecek bir şey değildir.		X	U
38. Topukları askıya alan aletler topukları basınçtan korumaz.		X	PR
39. Eğitim programları basınç yarası görülme sıklığını azaltmaz.		X	PR
40. Topuklardaki basıncı azaltmanın en iyi yolu hafif diz fleksiyonu ile yatağın yükseltilmesidir.	X		PR
41. Riskli olarak değerlendirilmeyen bir hastada basınç yarası asla gelişmez.		X	PR
42. Sarı nekrotik doku veya eskar evre 4 basınç yaralarında asla görülmez.		X	U
43. Yırtılma, derinin incelendiği ve vücut çıkıntılarının olduğu alanlara uygulanan güçle meydana gelir.	X		PR
44. Deri, vücudun en büyük organı değildir.		X	W
45. Evre II basınç yaraları ağrılı değildir çünkü sinir uçları açıkta değildir.		X	U
46. İnkontinansı olan hastalar için, kirlendiği zaman veya rutin aralıklarla cildin temizliği gerekli değildir.		X	PR
47. Basınç yaralarını önlemek ve tedavi etmek için verilen bakımların tümü kayıt edilmelidir.	X		PR
48. Sürtünme, hastanın yatak içinde yukarıya çekilmesi sırasında oluşur.	X		PR
49. Reaktif hiperemi 45 dakika içinde kaybolur.		X	U

Ek-4 Etik Kurul İzni



Altunizade Mahallesi Haluk Türksoy Sokak No:14 34662 Üsküdar/İSTANBUL
T: 0216 400 22 22 F: 0216 474 12 56 bilgi@uskudar.edu.tr

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

SAYI: B.08.6.YÖK.2.ÜS.0.05.0.06 /2018/1055

24/12/2018

Sayın Doç.Dr.Sevgi KIZILCI
(Hamza TABARU)

Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulunun 24/12/2018 tarihinde yapılan 13 No.lu toplantısında “Yoğun Bakım Hemşirelerinin Basınç Yarasına İlişkin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi” adlı araştırma projenizin kurum izni getirmek koşulu ile şerhli olarak etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Camhur YAŞ
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik
Kurulu Başkanı

Ek-5 Kurum İzni



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İSTANBUL
SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ BİRİMİ
2006/2019 89-42 - 16867222 - 604.01.01 - E.2248



Sayı : 16867222-604.01.01
Konu : Hamza TABARU(Anket Çalışması)

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü)
(Altunizade Mah.Haluk Türksoy Sk.No:14 PK:34662 Üsküdar/ İst)

İlgi : a) 27/03/2019 tarihli ve 71211201-1435 sayılı yazı,
b) 18/06/2019 tarihli ve 79341859-799-15068 sayılı yazı.

İlgi a) sayılı yazıda yer alan Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Hamza TABARU'nun " Yoğun bakım hemşirelerinin basınç yarası bilgi düzeylerinin belirlenmesi" başlıklı tez çalışmasını, Hamidiye Etfal Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde yapma talebi Birimimize iletilmiştir.

Söz konusu araştırma hastanenin ilgi b) sayılı yazısı ile uygun görülmüş olup, çalışmanın sonrasında elektronik ortamda ve döküman halinde müdürlüğümüze teslim edilmesi ve konunun çalışmada adı geçen kişiye tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır.
Op. Dr. Kemal TEKEŞİN
Müdür a.
Başkan

Seyitnizam Mah. Mevlana Cad.No:85 Zeytinburnu-İstanbul Sağlıkın Geliştirilmesi
Birimi
Telefon: Faks No:
e-Posta:sinan.kavzan@saglik.gov.tr İnt.Adresi: www.istanbulisaglik.gov.tr

Bilgi için:Sinan KAVZAN

SÜREKLİ İŞÇİ

Telefon No:0212 638 33 99-3059

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 2c420f1-2c36-4ee6-b815-05e9987e7099 koda ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

9-ÖZGEÇMİŞ

1. **Adı Soyadı** : Hamza TABARU
2. **Doğum Tarihi** : 15.07.1992
3. **Unvanı** : Hemşire-Öğretim Görevlisi
4. **Öğrenim Durumu** : Yüksek Lisans
5. **Çalıştığı Kurum** :Şişli Hamidiye Etfal EAH, Yeni Yüzyıl Üniversitesi

Derece	Alan	Üniversite	Yıl
Lisans	Hemşirelik	İnönü Üniversitesi	2010-2014
Y. Lisans	İç Hastalıkları Hemşireliği	Üsküdar Üniversitesi	2017-...
Doktora			

6. Yayınlar

6.1. Hemşirelik öğrencilerin damar içi kateter enfeksiyonlarını önlemeye ilişkin bilgi düzeyleri

7. Kongreler

- 7.1. 13. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi
- 7.2. 2016 İç Hastalıkları Kongresi
- 7.3. 2017 Ulusal Hipertansiyon Kongresi

8. Bilimsel ve Mesleki Kuruluşlara Üyelikler

- 8.1. Türk Hemşireler Derneği

9. Mesleki Deneyimler

- 9.1. Fulya Acıbadem Hastanesi – Genel Yoğun Bakım Ünitesi Hemşire (2014-2015)
- 9.2. Şişli Hamidiye Etfal EAH - Gastroenteroloji Endoskopi Ünitesi Hemşire (2015-2017)
- 9.3. Şişli Hamidiye Etfal EAH – Erişkin Yoğun Bakım Ünitesi Hemşire (2017- ...)
- 9.4. Haliç Üniversitesi- Öğr. Görv. (Ocak 2018-Haziran 2018)
- 9.5. Yeni Yüzyıl Üniversitesi- Öğr. Görv. (Eylül 2018-...)

10. Mesleki Eğitim ve Sertifikalar

- 10.1. Acıbadem Üniversitesi- Çocuk Yetişkin İleri Yaşam Desteği Simülasyon Eğitimi ve uygulamalar
- 10.2 Acıbadem Üniversitesi- Hasta Değerlendirme ve Temel uygulamalar
- 10.3 Acıbadem Üniversitesi- İleri Düzey CPR Simülasyon Eğitimi