

T.C
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI

**HEMŞİRELERİN DERİN DOKU HASARI VE 1. EVRE BASINÇ
ÜLSERLERİNİN BAKIMINA İLİŞKİN UYGULAMALARININ
BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Arzu KARABAĞ AYDIN

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Ayişe KARADAĞ

ANKARA
Temmuz 2008

**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü**

**Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Programı
çerçevesinde yürütölmüş olan bu çalışma aşağıdaki jüri tarafından
Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.**

Tez Savunma Tarihi : 15/07/2008

**İmza
Doç. Dr. AyiŖe KARADAĞ
Gazi Üniversitesi
Jüri Başkanı**

**İmza
Doç. Dr. Hülya UÇAR
Hacettepe Üniversitesi**

**İmza
Yrd. Doç. Dr. Sevinç KUTLUTÜRKAN
Gazi Üniversitesi**

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
KABUL ve ONAY	II
İÇİNDEKİLER	III
ŞEKİLLER	V
TABLolar	VI
SEMBOLLER, KISALTMALAR	VII
1. GİRİŞ	1
1. 1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1. 2. Araştırmanın Amacı	7
2. GENEL BİLGİLER	8
2. 1. Basınç Ülserinin Tanımı	8
2. 2. Basınç Ülserinin Fizyopatolojisi	9
2. 2. 1. Basınç Ülseri ile Kapiller Kapanma Basıncı Arasındaki İlişki	9
2. 2. 2. Basınç Ülseri İle Doku Toleransı Arasındaki İlişki	10
2. 2. 3. Basınç Ülserindeki Fizyopatolojik Değişiklikler	11
2. 3. Basınç Ülserinde Risk Faktörleri	13
2. 3. 1. Birincil Faktörler	13
2. 3. 2. İkincil Faktörler	16
2. 4. Basınç Ülserlerinin Sınıflandırılması	18
2. 5. Basınç Ülserlerini Önlemeye Yönelik Hemşirelik Uygulamaları	24
2. 5. 1. Risk Değerlendirmesi	24
2. 5. 2. Deri Bakımı ve Koruyucu Önlemler	26
2. 5. 3. Sürtünme ve Yırtılmanın Önlenmesi	29
2. 5. 4. Yeterli ve Dengeli Beslenmenin Sağlanması	29
2. 5. 5. Ağrı Kontrolü	30
2. 5. 6. Basıncın Azaltılması ve Destek Yüzeyleri	30
2. 5. 6. 1. Destek Yüzeyleri	30
2. 5. 6. 2. Pozisyon Değiştirme	32
2. 5. 7. Eğitim	36

2. 5. 8. Kayıt Tutma	36
2. 6. 1. Evre Basınç Ülserlerinde ve Derin Doku Hasarı Şüphesi'nde Tedavi Uygulamaları	37
2.6.1. 1. Evre BÜ'lerde Tedavi Uygulamaları	37
2.6.2. Derin Doku Hasarı Şüphesi'nde Tedavi Uygulamaları	38
3. GEREÇ VE YÖNTEM	40
3.1. Araştırmanın Şekli	40
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	40
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	41
3.4. Verilerin Toplanması	44
3.4.1. Veri Toplama Formlarının Geliştirilmesi	44
3.4.2. Veri Toplama Formlarının Ön Uygulaması	45
3.4.3. Veri Toplama Formlarının Uygulanması	46
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi	46
3.6. Araştırmanın sınırlılıkları	47
4. BULGULAR	48
5. TARTIŞMA	60
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	72
6.1. Sonuçlar	72
6.2. Öneriler	74
7. ÖZET	76
8. SUMMARY	78
9. KAYNAKLAR	80
Ek-Tablo 1. Hemşirelerin Sorulara Verdikleri Cevapların Hastanelere Göre Dağılımı	91
EK-1 Araştırmanın Yapıldığı Hastanelerden Alınan İzin Yazıları	93
EK-2 Veri Toplama Formu	96
Ek-3 Araştırmanın Ön Uygulamasına İlişkin İzin Yazısı	108
Ek-4 Veri Toplama Formu Cevap Anahtarı	109
TEŞEKKÜR	110
ÖZGEÇMİŞ	111

ŞEKİLLER

Şekil No		Sayfa No
Şekil 2.1:	Derin Doku Hasarı Şüphesi	21
Şekil 2.2:	1. Evre BÜ	21
Şekil 2.3:	2. Evre BÜ	22
Şekil 2.4:	3. Evre BÜ	23
Şekil 2.5:	4. Evre BÜ	23
Şekil 2.6:	Yan yatış (lateral) pozisyonu	34
Şekil 2.7:	Sırtüstü yatış (supine) pozisyonu	34
Şekil 2.8:	Sandalyeye bağımlı hastalarda oturma pozisyonu	35

TABLOLAR

Tablo No	Sayfa No
Tablo 3.1: Araştırma Kapsamına Alınan Hastanelerin Servislerindeki Yatak ve Hemşire Sayılarına İlişkin Veriler	43
Tablo 4.1: Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri	48
Tablo 4.2: Hemşirelerin Mezuniyetten Sonra Basınç Ülserleri İle İlgili Eğitim Programına Katılma ve Kaynaklardan Yararlanma Durumu	50
Tablo 4.3: Hemşirelerin BÜ'lerin Önlenmesine/Tedavisine Yönelik Önerileri	51
Tablo 4.4: Hemşirelerin DDHŞ ve 1. Evre Basınç Ülserlerinin Bakımına İlişkin Uygulamalarını Değerlendiren Sorulara Verdikleri Cevapların Dağılımı	52
Tablo 4.5: Hemşirelerin DDHŞ ve 1. Evre Basınç Ülserinin Bakımına İlişkin Uygulama Puan ortalamaları İle Bazı Bağımsız Değişkenler Arasındaki İlişki	55
Tablo 4.6: Hemşirelerin DDHŞ ve 1. Evre Basınç Ülserinin Bakımına İlişkin Uygulama Puan ortalamaları İle Bazı Bağımsız Değişkenler Arasındaki İlişkinin Tukey HSD İle İleri Değerlendirmesi	56
Tablo 4.7: Hemşirelerin DDHŞ ve 1. Evre Basınç Ülserinin Bakımına İlişkin Uygulama Puan ortalamaları İle Sürekli Mesleki Gelişim Aktiviteleri Arasındaki İlişki	58

SEMBOLLER, KISALTMALAR

BÜ:	Basınç Ülseri/Ülserleri
ANA:	American Nurses Association (Amerikan Hemşireler Birliği)
AWMA:	Australian Wound Management Association (Avustralya Yara Yönetimi Derneği)
NPUAP:	National Pressure Ulcer Advisory Panel (Ulusal Basınç Ülseri Tavsiye Paneli)
DDHŞ:	Derin Doku Hasarı Şüphesi
EPUAP:	European Pressure Ulcer Advisory Panel (Avrupa Basınç Ülseri Tavsiye Paneli)
WOCN:	Wound, Ostomy, Continence Nurses' Society (Yara, Ostomi, Kontinans Hemşireler Derneği)
ICN:	International Council of Nurses (Uluslararası Hemşireler Konseyi)
ANEAH:	Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
DYBEAH:	Sağlık Bakanlığı Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi
GÜSAUM:	Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
AFTREAH:	Sağlık Bakanlığı Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi
FTR:	Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Basınç ülserleri (BÜ) dünyada bakımın her aşamasında bireyi etkileyen ve bakımın kalitesinin göstergesi olarak değerlendirilen önemli bir sağlık sorunudur. BÜ'nün gelişmesini önlemek hemşirelikte üzerinde önemle durulan konulardan biridir ^(1, 2, 3, 4, 5, 6). Buna rağmen BÜ'yü önleme ve tedavi etmeye yönelik uygulamalar sıklıkla göz ardı edilmektedir. BÜ'ye hareketsizlik ve hastalığın bir komplikasyonu değil, önlenabilir bir durum olarak bakılmalıdır ⁽⁶⁾. BÜ gelişimi önlenmediği takdirde hemşireler gelişen BÜ'yü iyileştirmek için yaklaşık olarak zamanlarının %50'sini harcamaktadır ⁽⁷⁾. Hemşirelerin BÜ gelişme riski bulunan hastalarda, önleyici hemşirelik uygulamalarını yapması için günlük 29 ile 79 dakika arasında değişen süreye ihtiyaç duydukları tahmin edilmektedir ⁽⁸⁾.

BÜ'yü önleme ve tedavi etmenin etkinliğini değerlendirmede kullanılan yöntemler prevalans ve insidans çalışmalarıdır. Birçok ülkede yapılan çalışmalarda BÜ prevalansının yüksek olduğu gösterilmiştir ^(3, 4). BÜ'nün ABD'deki prevalansı akut bakımda %10–17, evde bakımda %0–29, uzun süreli bakım alanlarında %2.3–28 oranları arasında değişirken, insidansı akut bakımda %0.4–38, evde bakımda %0–17 ve uzun süreli bakımda %2.2–23.9 oranları arasında değişmektedir ⁽⁹⁾. Ayello'nun ⁽¹⁰⁾ belirttiğine göre Amerikan Hemşireler Birliği (American Nurses Association - ANA) tarafından desteklenen ve altı eyalette yapılan bir BÜ çalışmasında; prevalans %8.6 olarak saptanmıştır. Aynı çalışmada BÜ'nün %55'ini 1. evrenin oluşturduğu belirtilmiştir ⁽¹⁰⁾.

Woodbury ve Houghton ⁽¹¹⁾ tarafından Kanada da yapılan bir çalışmada BÜ'ye ilişkin genel prevalans %26.0 olarak saptanmıştır.

Capon ve arkadaşlarının ⁽¹²⁾ İtalya'da, on uzun süreli bakım alanında yaptıkları çalışmada ise BÜ prevalansı %27 olarak belirlenmiştir.

Whittington ve arkadaşları ⁽¹³⁾ 17.560 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada, BÜ prevalansını %15, 1. ve 2. Evre BÜ prevalans oranını yüzde %74 olarak saptamışlardır. Aynı çalışmada BÜ insidansının %7 olduğu, vakaların %73'ünün 65 yaş ve üzerinde bulunduğu 1. ve 2. Evre BÜ insidans oranının %91'e ulaştığı belirlenmiştir.

Lepistö ve arkadaşlarının ⁽⁵⁾ yaptığı çalışmada, BÜ prevalansı %6.4 olarak saptanmıştır. Aynı çalışmada 164 hastada, toplam 257 BÜ gelişmiş olup, bu hastaların %68'inde 1, %18'inde 2, %9'unda 3 ve geri kalan %5'inde 4 ile 9 arasında BÜ geliştiği belirtilmiştir. Ayrıca BÜ gelişen hastaların hastanede kalış süresinin ortalama olarak 14.4 ay olduğu tespit edilmiştir.

BÜ hem hasta hem de içinde bulunduğu sağlık bakım sistemi için önemli bir problemdir ⁽¹⁴⁾. BÜ yaygın görülmesinin yanı sıra, bireyin yaşam kalitesini, günlük yaşam aktivitelerini, rehabilitasyonu olumsuz yönde etkileyen ^(8, 15), hastanede kalış süresini uzatan, bireyin ağrı yaşamasına yol açan, yara enfeksiyonu gelişmesi durumunda sepsis ve ölümle sonuçlanabilen çok ciddi bir sağlık bakım problemdir ^(1, 11, 15, 16, 17, 18). BÜ'ler ölüm oranını 2 ile 4 kat artırmaktadır ⁽⁸⁾. BÜ yaşamı tehdit etmesine rağmen önlenabilir ve tedavi edilebilir bir durumdur ⁽¹⁹⁾.

Basınç ülserleri ayrıca sağlık harcamaları arasında çok önemli bir yere sahiptir ^(4, 20). Avustralya Yara Yönetimi Derneği (Australian

Wound Management Association - AWMA) ⁽²¹⁾ 2. Evre bir BÜ'yü tedavi etmenin maliyetinin yaklaşık olarak her ay \$A586 4. Evre BÜ'leri tedavi etmenin maliyetinin ise £A40.000 olduğunu belirtmiştir ⁽²¹⁾.

Amerika Birleşik Devletleri'nde sadece BÜ tanısı ile hastaneye yatırılan hastaların tedavi giderlerinin her yıl yaklaşık 886 milyon dolar olduğunu belirtilmektedir. Bu rakama başka nedenler ile hastaneye yatırılıp BÜ gelişen hastalar ve bakım evlerindeki hastalar da eklendiğinde harcama miktarı 1 milyar 335 milyon dolara ulaşmaktadır ⁽²²⁾.

Franks ⁽²³⁾ farklı BU evrelerinin iyileşme maliyetini ortalama olarak 1. Evrede 1489 €, 2. Evrede 6.162 €, 3. Evrede 10.238 € ve 4. Evrede 14.771 € olarak hesaplamıştır.

Basınç ülserlerinin birey, sağlık sistemleri, ödeme sistemleri üzerine olan olumsuz etkileri BÜ'nün evresi ile yakından ilişkilidir. BÜ kendi arasında değişik sınıflara ayrılmaktadır. Dünyada en yaygın olarak kullanılan sınıflama sistemi Ulusal Basınç Ülseri Tavsiye Paneli (National Pressure Ulcer Advisory Panel - NPUAP) tarafından yapılan sınıflamadır. 2007 yılında yeniden düzenlene sınıflama sistemine göre BÜ Derin Doku Hasarı Şüphesi (DDHŞ), 1. Evre, 2. Evre, 3. Evre, 4. Evre ve sınıflandırılmayan evre olmak üzere altı evreden oluşmaktadır ⁽¹⁶⁾. Halfens ve arkadaşlarının ⁽²⁴⁾ belirttiğine göre bazı prevalans çalışmalarında tüm BÜ'lerin hemen hemen yarısını 1. Evre BÜ oluşturmaktadır. Hollanda da 1998 ve 1999 yılları arasında yapılan prevalans çalışmaları incelendiğinde, 1. evre olarak sınıflandırılan ülserlerin tüm BÜ'lerin %50'sini oluşturduğu saptanmıştır ⁽²⁴⁾.

Karadağ ve Gümüşkaya ⁽²⁵⁾ genel anestezi altında iki saat veya daha fazla süre ameliyatta kalan 20 yaş ve üzeri 84 hastada yaptıkları bir çalışmada 1. Evre BÜ oranını %54.8 olarak saptamışlardır.

Huq ⁽²²⁾ Türkiye’de bir Tıp Fakültesi Hastanesi’nde 922 yatan hasta üzerinde yaptığı bir çalışmada; BÜ prevalansını %7.2 olarak saptamıştır. Bu çalışmada elde edilen bulgulara göre BÜ’nün evrelere göre dağılımı 1. Evre %69.3, 2. Evre %16.0, 3. Evre %10.2 ve 4. Evre %4.5 şeklindedir.

DDHŞ’de altta bulunan yumuşak dokunun zedelenmesinden dolayı bölgede içi kan dolu kabarcıklar vardır. Deri mor veya kestane rengi görünümündedir. 1. Evre BÜ’de ise deride basıncın ortadan kaldırılması ile geçmeyen kızarıklık mevcuttur. DDHŞ ve 1. Evre BÜ’de deri bütünlüğünde bozulma yoktur ancak bu değişiklikler 3. ve 4. Evre BÜ gelişeceğinin habercisidir ve iyi bir bakım gerektirmektedir ⁽¹⁶⁾.

Mevcut önleyici yöntemlerin uygulanabilmesi ve tedaviden etkin sonuç alınabilmesi için bir sağlık probleminin en erken evrede tanımlanması gerekir ⁽²⁰⁾. Bu yaklaşımdan hareketle, BÜ’nün DDHŞ ve 1. Evre’de iken saptanması hem ülserin ilerlemesini engelleyecek hem de erken tedaviyi kolaylaştıracaktır. DDHŞ ve 1. Evrede yapılacak girişimler diğer evrelere göre daha az zaman almaktadır ve maliyeti daha düşüktür ⁽²⁶⁾ Bu nedenlerle bu evrelerdeki hemşirelik uygulamaları oldukça önemlidir

İlerlemiş BÜ’de doku hasarı kemiğe kadar ulaşabildiğinden BÜ’nün iyileşmesi çok uzun zaman almakta bazen de mümkün olmamaktadır. Ancak deri bütünlüğünün bozulmadığı 1. Evre BÜ ve DDHŞ ile deri bütünlüğünün kısmi olarak bozulduğu 2. Evre BÜ’de basıncın azaltılması ve doku bütünlüğünün sürdürülmesine yönelik önlemlerle BÜ’nün ilerlemesi engellenebilmektedir ^(17, 27). Oysa 3. ve 4. Evre BÜ’de basıncı

azaltmak için alınacak basit önlemler ülserin ilerlemesini tam olarak engellemeyecektir ve alternatif tedavi yöntemlerinin kullanılması gerekecektir ⁽¹⁷⁾. Ayrıca DDHŞ ve 1. Evre BÜ'de yapılan uygulamalar doğrudan hemşirelik bakımı ile ilişkili iken 3. ve 4. Evre'de yara konusunda uzman olan bir cerrah başta olmak üzere yapılacak girişimler multidisipliner bir ekibin ortak planlamasını ve uygulamasını gerektirmektedir ⁽²⁷⁾.

1. Evre BÜ ve DDHŞ en yaygın görülen evre olmasına rağmen doku bütünlüğü bozulmadığı için çoğunlukla hemşirelerin dikkatinden kaçabilmektedir ^(18, 28). Lepistö ve arkadaşları ⁽⁵⁾ BÜ'nün hastanelerde yaygın olarak görülmesinin nedenini 1. Evre BÜ'nün tanımlanma güçlüğünden kaynaklanabileceğini belirtmişlerdir. Schoonhoven ve arkadaşları ⁽¹⁸⁾ dört saatten daha uzun süren ameliyatta kalan hastalarda BÜ oluşmasının ve ilerlemesinin insidansını belirlemeyi amaçladıkları çalışmalarında; ilk iki gün 44 hastada BÜ geliştiğini ve 1. Evre BÜ'nün çoğunun hemşireler tarafından fark edilmediğini saptamışlardır. Halfens ve arkadaşlarının bildirdiklerine göre ⁽²⁴⁾ Derre (1998) yoğun bakım ünitelerinde yaptığı bir çalışmada, 1. Evre BÜ'sü olan hastaların %88'inin ülserlerinin diğer evrelere ilerlediğini göstermiştir. Halfens ve arkadaşları ⁽²⁴⁾ akut bakım ve uzun süreli bakım yerlerinde 1. Evre BÜ'nün klinik seyrine yönelik deneysel bir çalışma yapmışlardır. Bu çalışmada 1. Evre BÜ'nün diğer evrelere ilerleme oranının akut bakım alanlarında %22.1 ve uzun süreli bakım alanlarında %8.7 olarak saptamışlardır. 1. Evre BÜ'nün çoğunda doku hasarı geriye dönebilmektedir. Ancak, bu evre hemşireler ve hastalar için önemli uyarıcı bir işaret olarak yorumlanmalıdır. Çünkü gereken önlemler alınmazsa ülser ilerlemektedir.

Hoeman ⁽⁶⁾'nın belirttiğine göre Allman'ın (1989) 1. Evre BÜ'ye ilişkin çalışmasında BÜ'lü hasta sayısının olduğundan az ya da çok gösterilmesi şeklinde bir sorunla karşılaşılabilirliğini belirtmiştir. Allman'a göre bu durumun nedeni deride görülen, geçmeyen kızarıklıkların bazen BÜ olarak tanımlanmaması ya da özellikle koyu tenli bireylerde kızarıklığı değerlendirmenin güç olmasıdır.

Yukarıda görüldüğü gibi BÜ hem hastayı hem de bakım veren sağlık profesyonellerini oldukça yakından etkileyen bir durumdur. Ayrıca BÜ sağlık bakım sistemlerinde kalite göstergelerinden biri olarak ele alınmaktadır. Bu nedenle akreditasyon çalışmalarını sürdüren birçok sağlık kurumunda, BÜ'nün önleminde hemşirenin rolü ön plana çıkmaktadır.

Ancak gerek gözlemlerimiz gerekse yapılan literatür taramaları BÜ'nün standart bir bakım verilerek önlenebileceğini göstermektedir.

Kurtuluş ve Pınar'ın ⁽²⁹⁾ belirttiklerine göre Oğuz (1997) 20 yaş üzeri 54 hasta ile gerçekleştirdiği çalışmasında, araştırmacı tarafından BÜ'yü önleyici bakım girişimleri uygulanan hastalarda bir haftalık izlem sonunda %14.8, hemşireler tarafından girişim yapılan kontrol grubunda ise %55.6 oranında BÜ geliştiğini saptamıştır.

Tel ve arkadaşları ⁽¹⁾ Nöroloji Yoğun Bakım ve Nöroşüirji-Anestezi Yoğun Bakım Ünitesi'nde Serebrovasküler hastalığı olan, yatağa bağımlı hastalar üzerinde yaptıkları bir çalışmada; hastalarda BÜ gelişme riski yüksek olmasına karşın bağımsız hemşirelik uygulamalarının düzenli yapılma oranının düşük olduğunu ve hemşirelerin en fazla düzenli olarak yaptıkları

uygulamaların hekim isteminde yazılan hidrasyon ve besin desteği sağlama uygulamaları olduğunu saptamışlardır.

Pancorbo-Hidalgo ve arkadaşlarının ⁽³⁰⁾ BÜ'yü önleme ve tedavi etmede hemşirelerin bilgi ve klinik uygulama durumunu belirlemek amacı ile yaptıkları bir çalışmada; hemşirelerin tedavi etmeye yönelik bilgi seviyelerinin %75.9, önlemeye yönelik bilgi seviyelerinin ise %79.1 olduğu belirlenmiştir. Çalışmada ayrıca hemşirelerin bilgilerini klinik uygulamaya yeterince aktarmadıkları saptanmıştır.

Yapılan literatür taramalarına göre ülkemizde BÜ ile ilgili istatistiksel veriler çok sınırlı olup bu durum, BÜ durumunun sayılar ile ortaya konmasını engellemekte ve ülke ekonomisine getirdiği yükün hesaplanmasını güçleştirmektedir. Yine yapılan literatür taramalarında Türkiye'de, DDHŞ ve 1. Evre BÜ'de hemşirelerin uygulamalarına yönelik hiçbir bilimsel çalışmaya rastlanmamıştır. Araştırma bu nedenlerle yapılmıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, hemşirelerin derin doku hasarı ve 1. Evre basınç ülserlerinin bakımına ilişkin uygulamalarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırma sonuçlarının ilgili literatüre ve kurumların BÜ'yü önleme ve tedaviye ilişkin bakım protokollerini geliştirmelerine katkıda bulunacağa düşünülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2. 1. Basınç Ülserinin Tanımı

Basınç Ülserleri yıllardır değişik kavramlar kullanılarak tanımlanmıştır. Yatak yarası (bed sore), dekübit ülseri (decubitus ulcer), basınç yarası (pressure sore) ^(2, 6, 28, 31), basınç ülseri (pressure ulcer) ⁽³²⁾ BÜ'yü tanımlamada kullanılan kavramlardan bazılarıdır. BÜ'nün uzun süre yatmaya bağlı olarak geliştiği düşünüldüğü için başlangıçta yatak yarası ve dekübit ülseri terimleri yaygın olarak kullanılmıştır. Ancak risk faktörlerinin varlığında BÜ 2 saatten daha kısa sürede de gelişebilmektedir. Ayrıca yatağa bağımlı olmayıp, tekerlekli sandalyeye bağımlı olan birçok hastada da BÜ gelişmektedir. Bu nedenle literatürde daha önceden kullanılan terimlerin yerlerini "Basınç Ülseri" terimi almıştır ^(19, 27).

BÜ'lerin gelişmesine neden olan ana faktör özellikle kemik çıkıntıları üzerindeki basıncıdır. Basınç kan ve lenfatik dolaşımı engelleyerek yaygın doku hasarına sebep olmaktadır ^(2, 32, 33).

BÜ çeşitli şekillerde tanımlanmaktadır. Etyolojik faktörlerden yola çıkarak yapılan bu tanımlardan en yaygın kabul gören NPUAP ve Avrupa Basınç Ülseri Tavsiye Paneli (European Pressure Ulcer Advisory Panel - EPUAP) tarafından yapılan tanımlardır.

NPUAP' nin tanımına göre BÜ; basınç, sürtünme, yırtılma ve diğer faktörlerin etkisiyle genellikle kemik çıkıntılarının olduğu deri ve deri altındaki dokularda meydana gelen lokalize doku zedelenmesidir ^(16, 34).

Bu tanıma benzer şekilde EPUAP'ta BÜ'yü; basınç, sürtünme, yırtılma ve diğer faktörlerin etkisiyle deri ve deri altı dokularda meydana gelen lokalize doku zedelenmesi olarak tanımlamıştır ⁽³⁵⁾.

2. 2. Basınç Ülserinin Fizyopatolojisi

2. 2. 1. Basınç Ülseri ile Kapiller Kapanma Basıncı Arasındaki İlişki

Kapiller basınç çoğunlukla sağlıklı yetişkin bir erkekte elde edilen değerlerdir ⁽³³⁾. Normal kapiller basınç kanın arteriyel kapillerden mid kapiller alana ve oradan venöz kapillere doğru akmasını sağlayan basınçtır. Kapiller basınç arteriyel uçta 30-40 mm Hg, mid kapiller alanda 20-25 mm Hg ve venöz uçta 10-14 mm Hg'dır ^(33, 36). Kapiller duvar ince olduğu için dermis içinde uzanan kapillerdeki kan akımı dış basınç ve cilt ısısından etkilenmektedir ⁽³³⁾. Her hangi bir dokuya olan kan akımının engellemesi için kapiller kapanma basıncının normal kapiller basıncı geçmesi gerekmektedir ^(2, 33). Kapiller kapanma basıncının sistemik ya da bölgesel dolaşım yetmezliği olan bireylerde daha düşük olduğu tahmin edilmektedir. Kapiller kapanma eşiği dermisin kollojen yapısından ve mikrodolaşım mekanizmasının otoregülasyonundan da etkilenmektedir ⁽³³⁾.

Kapiller kapanma basıncını ve kapiller dolaşımı çeşitli faktörler etkilemektedir. Ülserin oluşmasında kapiller kapanma basıncı bireyler ve vücut bölgeleri arasında farklılık göstermektedir ve çeşitli faktörlerden etkilenmektedir. Hematokrit değeri, kırmızı kan hücrelerinin hareketi, kanın viskozitesi gibi hemodinamik faktörler ve vücut ısısının düşük olması bu faktörlerin arasında yer alır ⁽¹⁹⁾. Kemik çıkıntıları üzerindeki basınç; kemik ve deri arasındaki dokuları sıkıştırarak alttaki dokulara iletilir. Uygulanan basınç kapiller kan basıncından daha fazla olduğu zaman yumuşak dokulara kan akımı engellenir ve lokal doku iskemisi gelişir ^(2, 6, 19). Uzun süreli basınca maruz kalan dokularda kan ve

lenf dolaşımı bozulması nedeniyle doku beslenmesinde yetersizlik ve atık ürün birikmesi sonucu doku iskemisi ve asidoz meydana gelir ^(6, 8, 14, 19, 33). Trombosit ve polimorfonükleer lökositler basınç altında kalan bölgede birikir ⁽¹⁹⁾. Basınç uygulanmaya devam ederse kapiller geçirgenlik artar lokal ödem ve inflamasyon gelişir böylece lokal dolaşım iyice bozulur. ^(19, 33). Doku iskemisi 2-6 saat sürekli devam eden basınç sonucu oluşmaktadır. Basınç faktörü ortadan kalktığı zaman dokudaki iskemik değişikliklerin düzelmesi için 36 saat ya da daha uzun bir süreye ihtiyaç vardır. Ancak dokunun maruz kaldığı sürekli basınç süresi 6 saati aşarsa nekroz gelişmekte olup 2 hafta sonra ise enfeksiyonun eşlik ettiği ülserasyon meydana gelmektedir ⁽⁸⁾. Bu fizyopatolojik değişiklikler hastalarda düzenli aralıklarla pozisyon değiştirmenin önemini göstermektedir.

2. 2. 2. Basınç Ülseri İle Doku Toleransı Arasındaki İlişki

Doku toleransı terimi ile, derinin kendisi üzerine uygulanan basıncı dağıtmasını etkileyen cilt ve destek dokuların bütünlüğü, durumu ifade edilmektedir. Doku toleransı, yırtılma, sürtünme, ıslaklık, yaş, diyabet, beslenme durumu, nörolojik hastalıklar ve ameliyat gibi birçok faktörden etkilenmektedir ⁽³³⁾.

Doku toleransının iki bileşeni vardır. Bu bileşenlerden ilki dokunun basınca toleransı, diğeri ise dokunun oksijen konsantrasyonundaki değişikliklere toleransıdır. Dokunun basınca toleransını etkileyen faktörler; ileri yaş, doku kütlelerinin azalması, protein ve C vitamini yetersizliği, kortikosteroid kullanımı ve strestir. Dokunun oksijen konsantrasyonundaki değişikliklere toleransını etkileyen faktörler ise, oksijen ihtiyacı ve oksijen desteğidir ⁽³⁷⁾.

Subkütan doku diğer dokulara destek görevi sağlayarak basıncı dağıtır. Doku kütlelerinin azalması basıncın dağılımını olumsuz yönde etkilediğinden dolayı BÜ gelişme riskini artırmaktadır. Bu nedenle karın bölgesi gibi subkütan doku miktarının fazla olduğu vücut bölgeleri basınçtan etkilenmemektedir. Ancak ayak topukları gibi kemik çıkıntıları, hem subkütan doku miktarının az olması hem de yüzey alanının daha dar olmasından dolayı basınçtan daha fazla etkilenmektedir ⁽¹⁹⁾.

2. 2. 3. Basınç Ülserindeki Fizyopatolojik Değişiklikler

Basınç altında kalan vücut bölgelerinde ve dokularda meydana gelen fizyopatolojik değişiklikler sırasıyla şu şekildedir;

Solukluk

Kan akımının geçici olarak engellenmesi ve lokal doku hipoksisinin bir sonucu olarak derinin solgun görünmesidir ⁽³³⁾.

Reaktif Hiperemi (Tepkisel kızarıklık)

Dokuya uygulanan basınç kaldırıldığı zaman deride oluşan kalıcı kızarıklıktır. Basıncın kaldırılmasıyla oksijen ve besin yönünden zengin olan kan, iskemik dokulara dolar ve etkilenen bölgeden atık ürünleri uzaklaştırır ^(19, 33). Bu durum sağlıklı deride oluşan normal tepkisel yanıt olup, basıncın oluşturduğu hasarın da en erken belirtisidir ⁽³³⁾. Deride üzerine parmakla basıldığında beyazlaşan, parmak kaldırıldığında ise, önceki rengini alan kızarıklık mevcuttur ⁽⁶⁾.

Reperfüzyon hasarı

Aynı bölgeye basınç uygulaması devam ettiği zaman meydana gelen doku hasarıdır. Doku hasarı ile birlikte kapillerde mikrotrombüs oluşması yaygın doku hipoksisine yol açar ^(19, 33). Hipoksi sonucu dokuda çeşitli metabolitler birikir. Dolaşımdaki bu metabolitlerden en önemlisi olan ksantin oksidaz, damar endotelinde disfonksiyona neden olur ^(38, 39).

Tepkisel olmayan kızarıklık

Uzun süre uygulanan basınç ve doku hasarından kaynaklanmaktadır. Zedelenen kan damarları kanın çevre dokulara sızmasına yol açtığı için deride solukluk yoktur. Deri renk değişimi (parlak, koyu kırmızı ya da mor) ve palpasyonla hissedilen sertlik ile karakterizedir ⁽³³⁾. Deride üzerine parmakla basıldığında kaybolmayan kızarıklık mevcuttur ^(6, 16, 34).

Hipoksi

Uzun süren kapiller tıkanıklık nedeniyle hücrelerin oksijen ve besin gereksiniminin karşılanmamasından kaynaklanmaktadır. Hücre zarının geçirgenliği artar ve hücrel atıklar uzaklaştırılmaz. Bu durum, dokuda ödem, hipoksi ve hücre ölümünün artmasına neden olur. Bu aşamada dokuların iyileşmesi olanaksızdır ve BÜ gelişmesi kaçınılmazdır ^(33, 37).

Doku nekrozu (Dokunun ölümü)

BÜ'de gelişen fizyopatolojik değişikliklerin son evresi doku nekrozudur. Kemik çıkıntıları üzerindeki deride meydana gelen kızarıklık, basınç nedeniyle oluşan doku hasarının erken bir belirtisi olduğu için

önemsenmelidir. Ancak, kemik dokuya yakın olan kas ve fasyada, doku basıncı en yüksek düzeyde olduğu için nekroz gelişebilmektedir. Derin dokularda meydana gelen hasar, kas tabakasının basınca deriden daha az dayanıklı olduğunu da göstermektedir ^(6, 28, 33).

2. 3. Basıncı Ülserinde Risk Faktörleri

BÜ'nün önlenmesi ve tedavisine yönelik etkili planlamalar yapabilmek için risk faktörlerinin bilinmesi gerekmektedir. Risk faktörleri birincil faktörler ve ikincil faktörler olmak üzere iki ana gruba ayrılmaktadır ^(6, 14, 31).

2. 3. 1. Birincil Faktörler

Basıncı

Basıncı, bir birim alan üzerine uygulanan kuvvettir. BÜ oluşumundaki en önemli faktördür ⁽⁶⁾.

Derideki ortalama basıncı şu formül ile hesaplanmaktadır. Basıncı = Vücut ağırlığı / deri temas yüzeyi ⁽¹⁴⁾.

Ramanelli'nin ⁽¹⁴⁾ belirttiğine göre McClemon (1984) derece derece değişen basıncı koni şeklinde tanımlamıştır. Dış basıncı yüzeyden kemiğe doğru koni biçiminde dağılarak kemik yüzeyinde yoğunlaşmaktadır. Bu nedenle derinin iç tabakalarında basıncı etkisi yüzeydeki etkisinden 3-5 kat daha fazladır ^(6, 14, 40). Örneğin dış yüzeye 50 mm Hg'lık bir basıncı uygulandığında, iskial tuberositler gibi kemik çıkıntılarında 200 mm Hg'lık bir etki yaratmaktadır ⁽¹⁴⁾. Bu bilgi bize epidermal hasar olmaksızın derin dokularda hasar meydana gelebileceğini

göstermektedir. Epidermal zedelenme saptandıktan sonra yaraların kısa sürede kötüleşmesinin nedeni de budur ^(6, 40).

BÜ gelişiminde, basıncın yoğunluğu ⁽³¹⁾, süresi ve şiddeti ile dokunun basınca toleransı rol oynamaktadır ^(6, 40). Doku üzerine 2 saat süreyle basınç uygulandığında dokuda mikro düzeyde iskemik değişiklikler görülürken, aynı basınç 6 saat süreyle uygulandığında kaslarda tam bir dejenerasyon gelişmektedir ⁽⁶⁾. Benzer şekilde basıncın 70 mmHg şiddetinde, iki saatten uzun süreli ve devamlı uygulanmasının doku hasarı oluşturduğu ^(27, 37), basıncın aralıklı olarak uygulanması durumunda ancak 240 mm Hg şiddetindeki basıncın dokuda minimal değişikliklere neden olacağı belirtilmektedir ^(6, 27, 40).

BÜ'lerin oluşmasında, basınç ve zaman arasındaki ilişkiyi birçok faktör etkilemektedir. Bu faktörler hem basınç hem de yırtılma kuvvetlerinin süresi ve yoğunluğu olarak ikiye ayrılmaktadır ⁽³⁷⁾. Basıncın yoğunluğunu; kullanılan destek yüzeylerinin tipi, hastanın bakım esnasındaki pozisyonu ve hastanın vücut yapısı (obez veya kaşektik) belirlemektedir. Basıncın süresi ise, hastanın ağırlı uyarını algılama kapasitesine ve durumdan kurtulabilmesi için gerekli hareket ve aktivite yeteneğine göre değişmektedir ⁽³⁷⁾.

Yırtılma kuvvetinin yoğunluğunu ise destek yüzeyi ve hastanın pozisyonu belirlemektedir. Yırtılma ve basınç kuvvetinin süresini belirleyen diğer iki faktör derinin maserasyonu ve sürtünmedir ⁽³⁷⁾.

Yırtılma (Shear)

Yırtılma, yakın yüzeylerin birbirine karşı ters yönde kaymasıyla oluşan güçtür ^(6, 19, 31, 32, 37, 41, 42). Oluşan bu güç derin

dokulardaki kan damarlarının uzayıp incelmesine ve hatta yırtılmasına yol açarak doku perfüzyonunu bozar iskemi ve nekroza yol açar ^(2, 8, 14, 31). Örneğin, hasta yatak başı yüksek olan bir yatakta yattığında yatağın ayakucuna doğru kayar. Bu durumda deri, vücudu temas ettiği yüzey üzerinde sabit tutmaya çalışırken iskelet, yerçekiminin etkisiyle aşağıya doğru kaymaya eğilimlidir ^(6, 14, 19, 42). Bu yırtılma gücü, deri ve derin dokular arasında gerilme ve bükülmeye neden olmaktadır. Bu durumda dokulara kan ve oksijen desteği azalmakta, doku perfüzyonu bozulmakta ve sonuçta BÜ gelişmektedir ^(6, 19, 42).

Yırtılma gücü bireyin yatakta yatma pozisyonuna göre değişiklik göstermektedir. Örneğin bireyin önerilen bir pozisyon olan 30⁰'lik açıyla yatması 90⁰'lik açıyla yatmasına göre daha az yırtılma etkisi meydana getirmektedir ⁽⁶⁾.

Sürtünme (Friction)

Sürtünme, aralarında yoğunluk farkı olan ve ters yönde hareket eden ^(40, 41) iki yüzey arasında meydana gelen güç olarak tanımlanmaktadır ^(2, 6, 14, 32, 37). Örneğin deri ve yatak çarşafı arasında olduğu gibi, deri yüzeyinin bir yüzeye sürtünmesi sonucu ya da hastanın tekerlekli sandalyeden, sedyeden yatağa kaldırılarak değil de sürüklenerek taşınması gibi durumlarda oluşmaktadır ^(2, 14, 19, 31). Bireyin sürtünmeye maruz kalması uygun olmayan çevirme, çekme ve kaldırma tekniklerine bağlıdır ^(2, 40). Deri yüzeyinin nemli olması sürtünme kuvvetini artırarak BÜ riskini artırmaktadır ⁽¹⁴⁾. Sürtünme sonucu oluşan yaralanmalara en fazla topuk ve dirsek bölgesinde rastlanmaktadır ⁽²⁾.

Islaklık

Derinin ıslak olması BÜ gelişme riskini beş kat artırmaktadır ⁽³⁷⁾. Fekal inkontinans, yara drenajı, terleme gibi faktörler derinin ıslanmasına neden olabilmektedir ⁽³⁷⁾. Ortamda bulunan aşırı nem, derinin elastikiyetini sağlayan yağı, deri yüzeyinden uzaklaştırarak derinin daha kolay hasar görmesine neden olmaktadır ⁽⁸⁾. Aşırı nem ayrıca sürtünme ve yırtılma kuvvetlerini artırarak ve maserasyona sebep olarak deriyi BÜ'ye yatkın hale getirmektedir ⁽¹⁹⁾.

2. 3. 2. İkincil Faktörler

Beslenme

Literatürde beslenme bozukluğunun BÜ'nün gelişmesinde ve iyileşmesinde önemli bir rol oynadığı belirtilmektedir ^(2, 43, 44, 45). Serum albumin düzeyinin düşük olması ve vitamin eksikliği BÜ oluşumunu kolaylaştırmaktadır ^(2, 14, 19, 31). Total protein düzeyinin 6,4 g/dl'den ⁽³²⁾ ve albümin düzeyinin 3,5 g/dl den az olması ile BÜ oluşumu arasında ilişki bulunmuştur ^(8, 32, 37, 44). Basınç ülserli hastalarda diyetin kilogram başına 1–1,5 g protein içermesi önerilmektedir ^(2, 8, 44). Ayrıca yetersiz sıvı alımı da BÜ gelişimini etkilemektedir ^(2, 19). Lepistö ve arkadaşları ⁽⁵⁾ tarafından yapılan bir çalışmada BÜ'sü olan hastalarda, uygun beslenme desteği alan hastaların almayanlara göre daha hızlı iyileştikleri saptanmıştır.

Yaş

Literatürde BÜ'nün gelişmesinde ileri yaşın risk faktörü olduğu belirtilmektedir ^(5, 14, 19). Birey yaşlandıkça kemiklerin üzerinde destek görevi yapan subkütan dokunun azalması, derinin esnekliğini ve gerilme kapasitesini etkileyerek deri elastikiyetini azaltır. Hasar gören

dokunun zamanında iyileşmesini yavaşlatır ⁽³¹⁾. Yaşlanmaya bağlı subkütan doku kütlesinin azalması, kollojen doku elastikiyetinin azalması ve ter bezlerinde oluşan fonksiyonel yetersizlik, sebum üretiminin azalması sonucu derinin kuruması dokunun sürtünme ve basınca karşı direncini azalmaktadır ^(14, 40,). Ayrıca yaşlı bireylerde nörolojik ve kardiyovasküler problemlerin yaygın olmasından dolayı BÜ gelişme riski gençlere göre daha yüksektir ⁽¹⁴⁾.

Kan Basıncı ve Vücut Sıcaklığı

Diyastolik kan basıncının düşük olması kapiller kapanma basıncının azalmasına yol açmaktadır ⁽¹⁹⁾. Diyastolik kan basıncı 60 mm Hg'nin altında olan hastalarda kapiler kapanma basıncı azaldığı için daha az yoğunlukta bir basınç daha kısa sürede BÜ'ye yol açabilmektedir ^(19, 40).

Sıcaklık ise hücrelerin oksijen ihtiyacını artırmaktadır ^(6, 22). Sıcaklık doku metabolizmasını hızlandırmanın yanı sıra terleme ve deride nem artışına yol açarak BÜ gelişmesini kolaylaştırmaktadır ^(6, 22, 42, 46).

Duyu Kaybı ve Hareketsizlik

BÜ'nün gelişmesinde hareketin rolü oldukça büyüktür ^(14, 19). Ramanelli'nin ⁽¹⁴⁾ belirttiğine göre Keane 1978 yılında dokunun sağlığını sürdürmesi için minimum fiziksel hareketin gerekli olduğunu ileri sürmüştür ⁽¹⁴⁾. Sağlıklı bir birey uyku esnasında her 15-20 dakikada bir pozisyon değiştirmektedir ^(14, 19). Pozisyon değiştiremeyen ya da gecede 20 kez daha az pozisyon değiştiren bireylerde BÜ gelişme riskinin yüksek olduğu belirtilmektedir ⁽¹⁹⁾.

Fiziksel hareketleri ve aktiviteleri sınırlı olan hastalar yatak içindeki pozisyonlarını aktif bir şekilde değiştirememektedir. Dolayısıyla basınç noktalarında basıncın yoğunluğu ve süresi artarak BÜ oluşturma riskini yükseltmektedir ⁽³⁷⁾. Duyu kaybı olan bir hasta, basıncın verdiği rahatsızlığı ve ağrıyı hissedemediği için basıncı ortadan kaldırmak için hareket etmemektedir ^(19, 42). Bu nedenle spinal kord yaralanması, spina bifida, felç, diyabetes mellitus, üçüncü derece yanık ve periferik nöropati gibi iskeminin ağrısını fark edemeyecek durumu olan hastalar BÜ gelişmesi açısından yüksek riskli grupta yer almaktadır ⁽¹⁹⁾.

Psikolojik Faktörler

Stres durumunda adrenal bezlerden daha fazla salgılanan kortizol, doku toleransında azalmaya yol açar. Kortizol artışı, kollajen oluşumunu baskıladığı için dokular daha kolay zedelenebilir ^(6, 42). Ailesel ve çevresel desteğin olmayışı ve maddi sıkıntıların varlığı bireyin stres düzeyini artırdığı için BÜ gelişimini etkileyebilmektedir ⁽⁶⁾.

Diğer Faktörler

Sigara içme, enfeksiyon, cerrahi girişimler, kanın viskozitesi, hematokrit değerinin artması, hemoglobin değerinin 10 g/dl'den az olması, damar hastalıkları, diyabetes mellitus gibi sistemik hastalıklar ve bazı ilaçlar (steroidler, norepinefrin, dopamin vb.) bireyin doku perfüzyonunu etkilediği için BÜ gelişim açısından risk oluşturan diğer nedenler olarak belirtilmektedir ^(3, 40, 41, 47).

2. 4. Basınç Ülserlerinin Sınıflandırılması

BÜ'nün insanoğlunun kaydedilen ilk tarihinden itibaren karşılaştığı en önemli sağlık sorunlarından biri olduğu bilinmektedir ⁽¹⁶⁾.

M.Ö. 400 yılında Hipokrat'ın belgelerinde BÜ ile ilgili ilk kayıtlara rastlanmıştır. Black ve arkadaşlarının ⁽¹⁶⁾ belirttiğine göre literatürde yer alan ilk sınıflama sistemi 1955 yılında Guttman tarafından geliştirilmiştir. DDHŞ ilk olarak 1873 yılında Paget tarafından tanımlanmıştır. Yüz yıl sonra 1975 yılında Shea patolojiye dayandırılan sayısal sınıflama sistemini geliştirmiştir. Shea tarafından geliştirilen sınıflama sistemi I'den-IV'e kadar olan 4 dereceyi ve kapalı BÜ olarak adlandırdığı DDHŞ'yi içermektedir. Bu tanımlama NPUAP' nin 2007 yılında güncellediği DDHŞ'yi de içeren evreleme sistemine benzemektedir ^(16, 48).

Black ve arkadaşlarının ⁽¹⁶⁾ belirttiğine göre 1959'da Campbell, 1981'de Barton, 1981 ve 1985'de Daniel tarafından da çeşitli sınıflama sistemleri geliştirilmiştir. Ancak 1980'lerin sonuna kadar en yaygın olarak kullanılan sınıflama sistemi Shea'nın sınıflama sistemi olmuştur. "Yara, Ostomi, Kontinans Hemşireler Derneği" (Wound, Ostomy, Continence Nurses' Society - WOCN) 1988 yılında 4 dereceli sınıflama sistemini geliştirmiştir ⁽¹⁶⁾.

NPUAP ilk olarak 1989 yılında 18 yıl boyunca yaygın olarak kullanılan ve DDHŞ'yi içermeyen 4'lü sınıflama sistemini geliştirmiştir ^(16, 48). Daha sonra belirli aralıklarla güncellenen sınıflama sistemi en son 2007 yılında güncellenmiştir ^(16, 49). EPUAP de 1998'de 4 dereceden oluşan bir sınıflama sistemi geliştirmiştir ⁽¹⁶⁾.

BÜ'nün sınıflandırılması ülserin değerlendirilmesine, uygun tedavi yöntemlerinin seçilmesine ve yapılan girişimlerin etkinliğinin belirlenmesine yardım etmektedir ⁽⁵⁾.

Günümüzde en yaygın olarak kabul gören BÜ sınıflandırması NPUAP'nin 2007 yılında güncellediği 6 evreli sınıflandırmadır. NPUAP

tarafından geliştirilen sınıflama sistemine göre BÜ şu şekilde sınıflandırılmaktadır ⁽¹⁶⁾.

Derin Doku Hasarı Şüphesi (DDHŞ)

Derin doku hasarı Şüphesi (DDHŞ) güncellenen sınıflama sistemi içindeki en yeni BÜ şeklidir ⁽¹⁶⁾. NPUAP 2002 yılında DDHŞ'yi bütünlüğü bozulmamış derinin altındaki subkütan dokunun basınca bağlı olarak zarar görmesi şeklinde tanımlamıştır ⁽⁵⁰⁾.

DDHŞ'nin modern bir olgu olduğu düşünülmesine rağmen 1800'lü yılların sonlarından beri literatürde yer almaktadır. NPUAP bu lezyonları tanımlamak için "sağlam deri altındaki derin doku hasarı" ya da "sağlam deri altındaki basınç ile ilişkili derin doku hasarı" terimlerini kullanmayı önermektedir. 2007 şubat ayı mutabakat toplantısında ve NPUAP Kongresi'nde BÜ'yü önleme ve tedavi etmeye yönelik kurs dökümü çıkarılarak, DDHŞ'nin tanımı doğruluk, açıklık, fayda ve ayırt edilebilme özelliği bakımından güncellenmiştir ⁽⁵⁰⁾.

DDHŞ lezyonları başlangıçta derin bir ezik görünümündedir. Basınç ya da yırtılma nedeniyle alttaki yumuşak dokuların zarar görmesinden dolayı cilt bütünlüğü bozulmamıştır ancak ciltte mor ya da kestane renginde değişiklik ya da içi kan dolu büller mevcuttur. Doku çevre dokular ile karşılaştırıldığında ağırlı, sert, ezik, daha soğuk ya da daha sıcak olabilmektedir. Bu lezyonlar 3. evre ve 4. evre BÜ'nün habercisi olabilmektedir ^(16, 34, 38, 50, 51, 54).

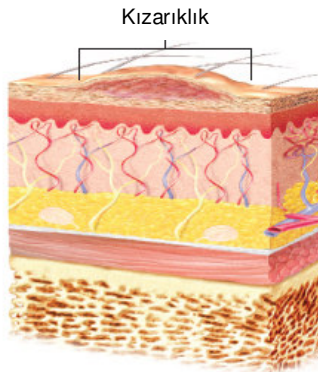
DDHŞ'yi, cilt rengi koyu olan bireylerde belirlemek daha zordur. Bu bireylerdeki değişim, koyu yara yatağı üzerinde ince bir bül içermektedir ^(16, 50,).



Şekil 2.1: Derin Doku Hasarı Şüphesi ⁽⁵⁰⁾

1. Evre BÜ

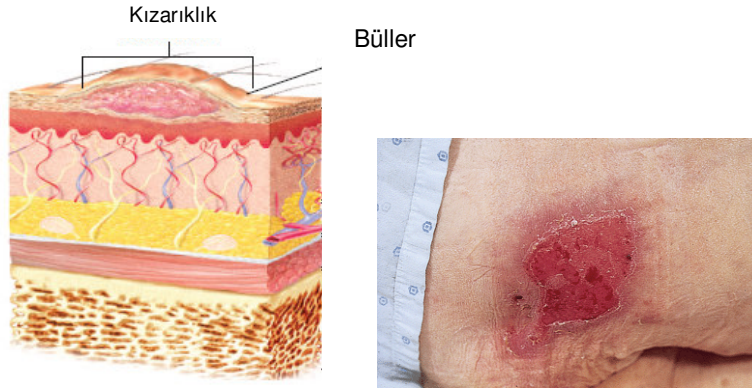
Genellikle kemik çıkıntıları üzerinde oluşan, deride geçmeyen kızarıklık olarak tanımlanmaktadır. Deri bütünlüğü bozulmamıştır. Koyu tenli bireylerde renk açılması belirgin olmayabilir ancak dokunun rengi çevre dokulardan farklıdır. Bölge sağlam doku ile karşılaştırıldığında ağrılı, sert ya da yumuşak, daha soğuk ya da daha sıcak olabilir. 1. Evre BÜ'nün koyu tenli bireylerde belirlenmesi zordur. Bu evre bireylerin risk altında olduğunu gösterir. Bu nedenle gerekli önleyici hemşirelik uygulamaları yapılmalıdır ^(16, 34, 38, 47, 51, 54).



Şekil 2.2: 1. Evre BÜ ^(52, 53)

2. Evre BÜ

Dermis tabakasının kısmi kaybıdır. Ülser yüzeyseldir ve yara yatağı kırmızı ya da pembe renklidir. Derinin sıyrılması ya da büller şeklinde de görülebilmektedir. İçi kan dolu büller hasarın dermisten daha derin dokularda olduğunu gösterir ve bu büllerin 2. evre BÜ olarak sınıflandırılmaması gerekir. Yüzeysel ülser ölü doku ya da ezik/çürük olmaksızın parlak ya da kuru görünümündedir. Ayrıca 2. evrenin deri sıyrılmaları, flaster zedelenmesi, perianal dermatit ve maserasyon gibi cilt sorunları ile karıştırılmaması gerekir (16, 34, 38, 47, 51, 54).

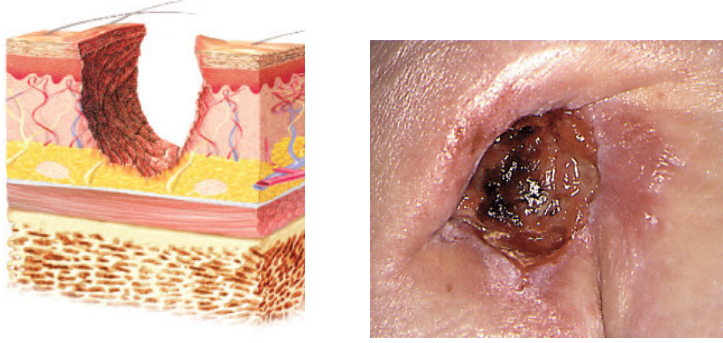


Şekil 2.3: 2. Evre BÜ (52, 53)

3. Evre BÜ

Epidermis, dermis ve subkütan dokuları içeren tam doku kaybının görüldüğü evredir. Yara yatağında subkütan yağ tabakası görülürken kemik, tendon ve kas tabakası görülmez ya da palpe edilmez. Çünkü ülser fasyanın altına kadar ilerlememiştir. BÜ'nün üzeri ölü doku ile kapalı olduğu zaman doku kaybının derinliği gözden kaçabilmekte ve tünelleşmeler görülebilmektedir. 3. Evre BÜ'nün derinliği anatomik bölgelere göre farklılık gösterir. Burun, kulak, oksiput ve malleollerde subkütan doku olmadığından 3. evre BÜ daha yüzeyseldir. Subkütan

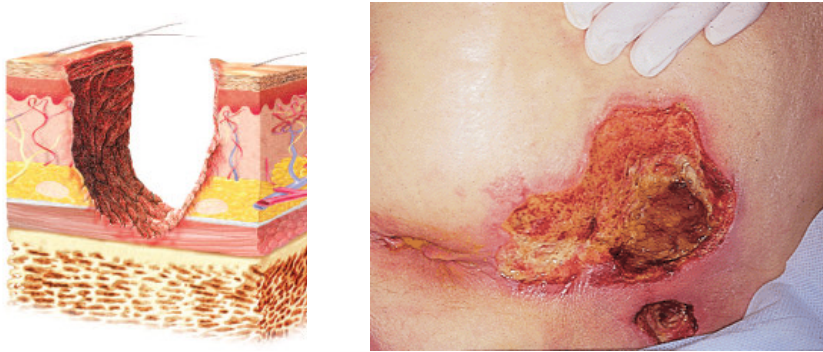
dokunun daha kalın olduğu bölgelerde ise 3. evre BÜ daha derin olabilmektedir (16, 34, 38, 47, 51, 54).



Şekil 2.4: 3. Evre BÜ (52, 53)

4. Evre BÜ

Kemik, tendon ya da kaslara kadar ilerleyen tam doku kaybı vardır. Yara içerisinde kemik ve tendonlar görülebilmekte ya da doğrudan palpe edilebilmektedir. Yara yatağının bazı kısımlarında ölü doku ya da eskar mevcuttur ve tünelleşmeler 3. evreye göre daha sıklıkla görülmektedir. Subkütan dokusu olmayan anatomik bölgelerde 4.evre BÜ daha yüzeyseldir (16, 34, 38, 47, 51, 54).



Şekil 2.5: 4. Evre BÜ (52, 53)

Evrelendirilemeyen BÜ

Ülserin tabanının ölü doku ile (sarı, bronz, gri, yeşil ya da kahverengi) ve/veya eskar doku ile (bronz, kahverengi ya da siyah) kaplı

olduğu, tam kalınlıkta doku kaybının görüldüğü BÜ evresidir. Ölü doku ya da eskar doku uzaklaştırılincaya kadar yaranın gerçek evresi belirlenemez (16, 34, 38, 47, 51, 54).

2. 5. Basınç Ülserlerini Önlemeye Yönelik Hemşirelik Uygulamaları

Basınç ülserlerini önlemeye yönelik hemşirelik uygulamaları; risk değerlendirmesi, deri bakımı ve koruyucu önlemler, sürtünme ve yırtılmanın önlenmesi, yeterli ve dengeli beslenme, ağrı kontrolü, basıncın azaltılması ve destek yüzeyleri, eğitim ve kayıt başlıkları altına toplanmaktadır. Aşağıda bu konu başlıklarına ilişkin detaylı bilgiler verilmiştir.

2. 5. 1. Risk Değerlendirmesi

BÜ'nün oluşmasını önleyici hemşirelik uygulamalarında ilki riskli bireylerin tanımlanmasıdır. Sistematik risk değerlendirmesi için geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmış olan ölçeklerin kullanılması önerilmektedir (1, 2, 6, 41, 42, 43, 44, 45, 55, 56). Risk değerlendirme ölçeği kullanma, yüksek riskli hastaları önceden tanımlayarak yapılacak uygulamaları planlamayı, bakımın devamlılığını ve uygun olmayan BÜ uygulamalarını azaltmayı sağlar (33).

Risk değerlendirme ölçeklerinin ne zaman ve ne sıklıkta uygulanması gerektiği konusunda RNAO (2), AWMA(21), AHCPR(45) gibi uluslar arası örgütler tarafından geliştirilen rehberlerde farklı öneriler yer almaktadır. Ancak rehberlerdeki ortak nokta, bütün hastaların risk grubunda olduğunun düşünülmesi ve hastaneye ilk kabulde risk değerlendirmesinin yapılması gerektiğidir (4, 45, 55). Daha sonra hastanın durumuna bağlı olarak, BÜ gelişmiş ya da BÜ gelişmesi açısından hasta yüksek risk,

grubunda ise risk değerlendirme ölçeği düzenli aralıklarla uygulanmalı ve bütün değerlendirmeler kayıt edilmelidir ^(2, 4, 43, 44, 45).

Özdemir'in ⁽⁴²⁾ belirttiğine göre Bryant (1992) risk değerlendirme ölçeğini uygulamanın hemşirenin 30 saniyeden daha fazla zamanını almadığını ifade etmiştir. Ayello ⁽⁹⁾ risk değerlendirme ölçeklerinin uygulanma sıklığının hemşirenin çalıştığı alana göre farklılık gösterebileceğini belirtmiştir. Buna göre risk değerlendirme ölçeklerinin şu sıklıkta kullanılması önerilmektedir.

Akut bakım alanlarında: yoğun bakım ünitesi gibi akut bakım ünitesinde hasta ilk kabul edildiğinde değerlendirilmeli, daha sonra her 48 saatte bir ya da hastanın durumu değiştiğinde değerlendirme yeniden yapılmalıdır ^(2, 9, 56, 57, 58,).

Uzun süreli bakım alanlarında: Huzur evi gibi uzun süreli bakım alanlarında birey ilk kabul edildiğinde değerlendirilmeli, sonraki 4 hafta boyunca haftada bir, 4 haftadan sonra değerlendirme ayda bir veya üç ayda bir ya da bireyin durumu değiştiğinde yapılmalıdır ^(2, 9, 56, 57, 58,).

Evde bakımda: Hasta ile ilk karşılaşıldığında değerlendirilme yapılmalı, daha sonra ise her ziyarette tekrarlanmalıdır ^(2, 9, 56, 57, 58,)

Pozisyon değiştirme yeteneği bozulan yatağa/sandalyeye bağımlı bireylerde kapsamlı bir değerlendirme yapılmalıdır ^(2, 4, 41, 45). Bu değerlendirme, bireyin ayrıntılı hikayesini, fiziksel muayenesini ve risk değerlendirmesini içermelidir. Risk değerlendirmesinde; basınç, sürtünme, yırtılma, ıslaklık, hareket etme düzeyi, deri hijyeni, beslenme durumu, duyuşal bozukluk, bilinç düzeyi, daha önceden BÜ hikayesinin olup

olmadığı, destek yüzeyleri ve ilaç kullanımı gibi faktörler değerlendirilmelidir ^(2, 4, 6, 27, 43, 45, 56,). Elde edilen veriler, bakım planının oluşturulmasında ve hasta ile ailenin bakım hedeflerinin belirlenmesinde kullanılmalıdır ^(2, 4, 41, 45).

2. 5. 2. Deri Bakımı ve Koruyucu Önlemler

Derinin Değerlendirilmesi

BÜ'nün insidansını azaltmada sistematik, kapsamlı ve rutin deri değerlendirilmesinin önemli rolü vardır ^(2, 43, 45,). Deri değerlendirmesi, riski azaltmak için planlanan uygulamalara ve bu uygulamaların sonuçlarını değerlendirmeye yönelik bilgiler sağlar ⁽⁴⁵⁾. Bu nedenle bütün hastalara günlük deri değerlendirmesi yapılmalı ve sonuçlar kaydedilerek her hasta için bakım planı oluşturulmalıdır ^(4, 27, 43, 45, 55). Deri, baştan ayağa gelişimsel değişiklikler, renk, turgor, ısı, kalınlık, nemlilik yumuşaklık gibi özellikleri yönünden değerlendirilir. Derinin bütün bölgeleri her pozisyonda kontrol edilmeli, kemik çıkıntılarının üzerini örten deriye özellikle dikkat edilmelidir, ^(2, 4, 42, 45). Deriye temas eden kıyafet ve çarşaf gibi yüzeylerin basınç, sürtünme ve yırtılmaya yol açıp açmadığı kontrol edilmelidir ^(4, 42, 45). Ayrıca deriye temas eden hasta isim etiketi, protez, oksijen maskesi, nazogastrik tüp, intravenöz kateter, bantlar ve diğer objelerin altı ve çevresi de değerlendirmeye alınmalıdır ⁽⁴⁾. Elde edilen bütün veriler kaydedilmelidir ⁽⁴⁵⁾.

Derinin Temizliği

Günlük aktiviteler esnasında deride metabolik atıklar ve çevresel kirler birikir. Derinin sağlığını sürdürmek ve doku toleransını artırmak için bu atıkların sık aralıklarla temizlenmesi gereklidir ⁽⁴⁵⁾. Deriyi temizleme sıklığı bireyin gereksinim ve tercihiye göre planlanmalıdır. Deri

her kirlendiğinde ve o klinik için belirlenen aralıklarla temizlenmelidir ^(27, 42, 45). Derinin normal pH'sı 4-6.8 arasındadır. Deri pH'sının sürdürülmesi, bakterilerin deriye yerleşmesini ve fırsatçı enfeksiyonların oluşmasını önler. Deri bütünlüğünü korumak için deriyi tahriş edici bütün faktörler uzaklaştırılmalı ya da en aza indirilmelidir ^(42, 45). Bu nedenle deri, uygun pH'da (4.5 – 6.5), alerjik olmayan temizleme ürünü ile deriye en az güç ve sürtünme uygulanarak temizlenmelidir ^(41, 42, 45, 55, 59). Alkalen sabunlar derinin asidik yapısını değiştireceği ve sebum miktarını azaltacağı için kullanılmamalıdır. Kuruma ve irritasyonu minimuma indirmek amacıyla deri temizliği yapılırken çok sıcak olmayan suyun kullanılması (suyun ısısı 43-46°C olmalı) tavsiye edilmektedir ^(2, 41, 42, 45, 59).

Derinin Kuruluğunun Giderilmesi

Deri hidrasyonunun yeterli olması deriyi mekanik yaralanmalara karşı korur. Deri hidrasyonunun azalması esnekliğin azalmasına sebep olarak deride, yüzeysel tahriş ve çatlamalara yol açar ^(2, 4). Bu nedenle düşük nem oranı (%40'dan az) ve soğuğa maruz kalma gibi deri kuruluğuna neden olan çevresel faktörler azaltılmalıdır ^(27, 42, 45). Derisi kuru olan bireylerde cilt bakımı yapıldıktan sonra nemlendiriciler kullanılmalıdır ^(4, 42, 45). Nemlendiricilerin alkol, parfüm ya da iritan madde içermemesine özen gösterilmelidir ^(2, 4).

Masaj

Masaj sağlıklı dokularda kan dolaşımını uyarır ve hızlandırır. Ayrıca gerilimi azaltıp gevşemeyi sağlayarak kişiyi sakinleştirir ^(42, 45, 60). Ancak doku toleransının az olduğu bireylerde kemik çıkıntıları üzerine ya da hasarlı dokuda sürtünmeyi ve derin doku hasarını artıracığı için masaj yapılmamalıdır ^(2, 27, 33, 45). Sürtünmeyi azaltmak için kemik çıkıntıları

dışındaki bölgelere masaj yapılırken vücut losyonları kullanılması önerilmektedir ^(43, 45, 60).

Derinin Islak Kalmasının Önlenmesi

İdrar, feçes, ter ve yara drenajı gibi derinin nem oranını değiştiren durumlar deriyi yaralanmalara karşı hassas hale getirmektedir ^(2, 41, 45). Islak deri, özellikle temizleme esnasında meydana gelen sürtünme ve yırtılma sonucu kolayca zedelenebilmektedir ^(2, 41). Ayrıca ıslak deri yatak çarşaflarına tutunmaya daha yatkın olduğu için sürtünmenin etkisi artmaktadır ⁽²⁾. Islak deride irritasyona bağlı kızarıklık ve *Candida* gibi enfeksiyon riski yüksektir ^(2, 41).

İnkontinansın hastanın derisi üzerine verdiği hasarı önlemek için hemşire öncelikle inkontinans tipini belirlemeli, daha sonra bireye özel mesane/barsak yönetimi programı geliştirmelidir ^(2, 41, 59). Üriner inkontinansı kontrol altına alabilmek için temiz aralıklı kateterizasyon, kondom kateter, inkontinans pedi ve bariyer etkili cilt koruyucuları kullanılabilir ^(2, 41, 45). Fekal inkontinansa yönelik ise beslenmenin düzenlenmesi, irrigasyon, internal/eksternal fekal kollektör uygulaması yapılabilir, inkontinans pedi ve bariyer etkili cilt koruyucuları kullanılabilir ⁽⁶¹⁾. Bireyde cilt bütünlüğünün bozulmasına yol açan ishalin kontrolünde de beslenmenin düzenlenmesi önemlidir.

Yara drenajını kontrol altında tutmak ve çevre dokuyu korumak amacıyla uygun pansuman materyali seçilmelidir. Pansuman materyali çevre dokuda maserasyona neden olmamalıdır ⁽⁴¹⁾. Sağlam deriyi yara drenajından korumak amacıyla koruyucu krem, film, merhem, ve hidrokolloidler gibi pansuman materyalleri tercih edilebilir ^(41, 59).

2. 5. 3. Sürtünme ve Yırtılmanın Önlenmesi

Hastanın, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirirken basınç, sürtünme ve yırtılmalardan korunması BÜ oluşumunu azaltır ⁽⁴¹⁾. Yakın yüzeylerin birbirine karşı ters yönde kaymasıyla oluşan yırtılma gücü, klinikte özellikle yatak başı yükseltildiği zaman ortaya çıkmaktadır. Yatak başı yükseltildiği zaman, deri ve yüzeysel dokular çarşafa tutunmaya çalışırken fasya ve iskelet ayakucuna doğru kayma eğilimindedir. Bu nedenle hastaya yatak ya da sandalyede pozisyon verirken yardımcı destek yüzeylerinin kullanılması önem kazanmaktadır ^(2, 45).

BÜ'nün gelişmesine neden olan sürtünme, basınç ve yırtılma risk faktörleri mümkün olduğunca azaltılmalı hatta ortadan kaldırılmalıdır ^(4, 56). Bireye pozisyon verirken, taşırken ya da çevirirken, yatak veya sandalye üzerinde sürüklemek yırtılma ve sürtünmenin birincil nedenidir ^(2, 41). Uluslararası rehberlerde sürtünmeyi azaltmak amacıyla kayganlaştırıcı madde (mısır nişastası ve krem gibi), koruyucu filmler (transparan film pansuman gibi), koruyucu pansuman malzemesi (hidrokolloidler gibi) ve koruyucu yastık kullanılması önerilmektedir ^(2, 45).

2. 5. 4. Yeterli ve Dengeli Beslenmenin Sağlanması

Deri bütünlüğünün sürdürülmesinde, BÜ'nün gelişiminin önlenmesinde ve ülserin iyileşmesinde beslenme önemli rol oynamaktadır ^(43, 44, 45,). Beslenme durumu, hasta ilk hastaneye yattığı zaman ve daha sonra hastanın durumu değiştikçe değerlendirilmelidir. Değerlendirme; hastanın kilosunu, kontrolsüz kilo alma ya da verme hikayesini, iştah durumunu, diş sağlığını, çiğneme ve yutma güçlüğü, temel besin öğelerini (protein, kalori, vitamin ve sıvı gibi) alma durumunu, kendi

kendine beslenebilme yeteneğini, besin emilimini etkileyebilecek ameliyat olma durumunu, kullanılan ilaçları ve psiko-sosyal faktörleri içermelidir ⁽²⁾.

Dehidratasyonun tanımlanması ve doğrulanması yara iyileşmesi için önemlidir ^(41, 44). Ayrıca protein, A, C ve E vitamini, çinko elementi yara iyileşmesi ile ilişkili faktörler arasında yer almaktadır ^(41, 44, 45).

2. 5. 5. Ağrı Kontrolü

Ağrı bireyin hareket ve aktivite yeteneğini sınırlayarak lokal doku perfüzyonunu azaltarak ve yara iyileşmesini geciktirerek BÜ gelişme riskini artırmaktadır ^(2, 41, 62). Ayrıca ağrı kontrolüne yönelik analjezik ve sedatif kullanımı merkezi sinir sistemini baskılamaktadır. Bu tür ilaçları kullanan bireylerin iskemik ağrıya yanıt verme düzeyi değişmekte dolayısıyla hareket ve aktivite yeteneğini azalmaktadır ^(2, 41). Bu nedenle ağrının uygun yöntemlerle kontrol altına alınması BÜ gelişimini önlemek açısından önemlidir.

Diğer ağrılı durumlarda olduğu gibi, BÜ'sü olan bireyin ağrısı kapsamlı bir şekilde değerlendirilmeli ve ağrı giderici yöntemler uygulanmalıdır ^(41, 44, 45, 62).

2. 5. 6. Basıncın Azaltılması ve Destek Yüzeyleri

2. 5. 6. 1. Destek Yüzeyleri

BÜ'yü önlemeye yönelik uygulamalar klinik değerlendirmeye ve bakım planına dayalı olarak gerçekleştirilmelidir ^(2, 41). Bakım planında en önemli bölümü BÜ'nün nedenlerini ortadan kaldırmak oluşturmaktadır. BÜ'nün en temel nedenlerinden biri kemik çıkıntıları üzerindeki dokularda oluşan yüksek basıncıdır. Bu nedenle bakım planında bireyin risk puanına

ve genel durumuna uygun basınç azaltıcı ya da basınç giderici destek yüzeylerinin kullanılması yer almalıdır. Hastanın kullanacağı tüm destek yüzeyleri (tekerlekli sandalye, komod, kanep ve araba koltuğu gibi) basıncı dağıtma özellikleri açısından değerlendirilmelidir ⁽⁴¹⁾.

Destek yüzeyleri basıncı azaltma özellikleri açısından iki temel gruba ayrılmaktadır:

Basıncı Azaltıcı Destek Yüzeyleri

Vücut yüzeyi ile destek yüzeyi arasındaki ara yüzey basıncını azaltan yüzeylerdir. Ancak bu tür destek yüzeyleri basıncı kapiller kapanma basıncı altına düşürmezler ⁽²⁾.

Basıncı Giderici Destek Yüzeyleri

Vücut yüzeyi ile destek yüzeyi arasındaki ara yüzey basıncını sürekli olarak kapiller kapanma basıncı altına düşüren özel destek yüzeyleridir ⁽²⁾.

Orta ve yüksek riskli hastalarda BÜ'yü önlemek için basınç azaltıcı yatak kullanılması standart hastane yatağı kullanılmasından daha etkili olmaktadır ^(2, 44).

Hasta BÜ gelişmesi açısından orta ya da yüksek risk grubunda yer alıyor ise dinamik destek yüzeyleri kullanılmaktadır ^(4, 41, 55,). Ancak basınç ve sürtünme riskini artırmasından dolayı dinamik destek yüzeyinde pozisyon değiştirmek hasta ve bakım vericiler için çok zor olabilmektedir ⁽⁴¹⁾. Birbirine temas eden kemik çıkıntıları arasına basıncı azaltmak amacıyla yastık ve köpükler konulabilir. Basıncı azaltmak için su dolu eldiven, koyun

postu ve simit/halka gibi uygun olmayan araçlar kesinlikle kullanılmamalıdır ⁽⁴⁾.

Destek yüzeyi seçmeden önce göz önünde bulundurulması gereken bazı faktörler vardır ^(2, 33, 42, 44). Bu faktörler şunlardır:

Hasta ile ilgili faktörler

- Hastanın rahatını sağlamalı
- Hareket etme yeteneğini sınırlandırmamalı
- Hastanın risk durumuna uygun olmalı
- Bakımın hedeflerine uygun olmalı
- Spinal kord yaralanmasının varlığı dikkate alınmalı

Destek yüzeyi ile ilgili faktörler;

- Basıncı azaltma ya da giderme özelliğine göre seçilmeli,
- Yırtılma ve sürtünme kuvvetlerini en aza indirmeli,
- Dokudaki sıcaklığı sabit tutmalı ve nemi kontrol etmeli,
- Hafif, dayanıklı ve maliyeti düşük olmalı,
- Kemik yüzeylerinin altındaki basıncı en aza indirmeli,
- Hastaya uygun pozisyon vermeye engel olmamalı,
- Hareketleri sınırlamamalı,
- Tedavi ve bakım girişimlerini engellememeli,
- Kolay temizlenebilir ve muhafaza edilebilir olmalı.

2. 5. 6. 2. Pozisyon Değiştirme

Hareket ve aktivite, ağırlık merkezinin değiştirilmesini sağlar, basınç altındaki dokuyu rahatlatır ve dokuya giden kan akımını artırır. Bu nedenle BÜ gelişme riski olan hastalar, sakıncası yoksa hareket etmek için cesaretlendirilmeli, hastanın var olan hareket ve aktivite durumu

geliştirilmelidir ^(42, 45). Basıncın dokudaki etkilerini azaltmak ve aktiviteyi geliştirmek için bireye aktif ve pasif ROM (range of motion) egzersizlerinin yaptırılması da etkili olmaktadır ⁽⁴⁵⁾.

Bireyin tıbbi durumu, rahatı, kullanılan destek yüzeyleri düşünülerek pozisyon değiştirme programı planlanmalıdır ⁽⁴⁾. Hastaya uygun sıklıkta, uygun pozisyonun verilmesinin sağlanması için “pozisyon değiştirme çizelgesinin” kullanılması önerilmektedir ^(2, 41, 43, 45,) Hastanın yatağa ya da tekerlekli sandalyeye bağımlı oluşuna göre pozisyon vermede temel ilkelere uyulmalıdır.

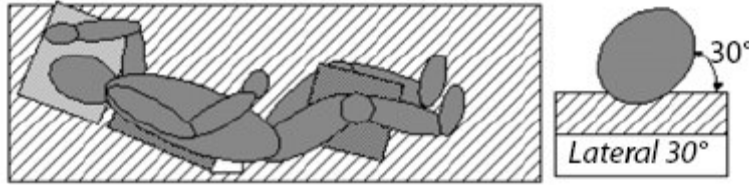
Yatağa Bağımlı Hastalarda Pozisyon Değiştirme

Yatağa bağımlı hastalarda genellikle 2 saatte bir pozisyon değiştirilmesi önerilmektedir. Ancak bu süre bütün hastalar için sabit olamayabilir ^(2, 6, 19, 44, 45). Basıncı altında kalan bölgelerde kızarıklık gelişen ya da aşırı kilosu olan hastalar gibi yüksek risk grubunda yer alan hastalarda bu süre hastanın durumuna göre daha kısa tutulabilir ^(6, 19). Bununla birlikte pozisyon değiştirme sıklığını etkileyen birçok faktör (ağrı, hemodinamik değişkenlik, personel sayısı vb.) bulunmaktadır ⁽⁴²⁾.

Sürtünme ve yırtılma kuvvetinin etkisini en aza indirmek için hastaya pozisyon verirken uygun araç, gereçlerden yararlanılmalıdır. Örneğin pozisyon değiştirme esnasında hemşireye yardımcı olamayan hastalar hareket ettirilirken, trapez ya da çarşaf gibi yardımcı araçlar kullanılmalıdır. ^(2, 45, 56)

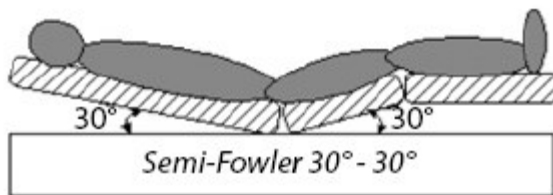
Riskli hastalara yan yatış pozisyonu verilirken doğrudan trokanter üzerine pozisyon vermekten kaçınılmalıdır. Yapılan çalışmalarda doğrudan büyük trokanter üzerine pozisyon verildiği zaman ara yüzey

basıncının daha çok arttığı ve doku oksijen yoğunluğunun azaldığı belirtilmektedir ^(2, 19, 27, 41, 45). Hastaya yan yatış pozisyonu verilirken 30^0 kuralına uyulmalıdır. Bu kurala göre yatak başının yükseltilmesi gerekiyorsa 30^0 yükseltilmeli ve hastaya da 30^0 yan yatış pozisyonu verilmelidir (Şekil 2.6) ^(2, 14, 19, 33, 41,). Ayrıca kemik çıkıntılarının (diz ve ayak bileği gibi) birbirine temasını önlemek amacıyla yastık ya da köpük kullanılması gerekmektedir ^(2, 19, 41, 45, 55).



Şekil 2.6: Yan yatış (lateral) pozisyonu ⁽¹⁴⁾.

Tıbbi açıdan herhangi bir kısıtlama olmadığı takdirde yatak başı mümkün olan en az seviyede tutulmalıdır ⁽⁴⁵⁾. BÜ riskini azaltan en uygun pozisyon yatak başının 30^0 ve ayak kısmının 30^0 yükseltildiği sırt üstü yatış pozisyonudur (Şekil 2.7) ^(14, 33).



Şekil 2.7: Sırtüstü yatış (supine) pozisyonu ⁽¹⁴⁾.

Sandalyeye Bağımlı Hastalarda Pozisyon Değiştirme

BÜ gelişme riski olan bir birey sürekli sandalyede oturmaktan kaçınmalıdır. Hastaya, yapabiliyorsa her 15 dakikada bir sandalye kenarlarındaki kolçaklardan tutarak basınç bölgelerini değiştirmesi ve 2 saatte bir pozisyon değiştirmesi öğretilmelidir ^(2, 6, 19, 44, 45). Kendi kendine

pozisyon değiştirmeyen hastalarda sağlık personeli saat başı basınç noktaları değiştirilmeli ve hastayı belli aralıklarla yatağa alarak sırtüstü pozisyon vermelidir ^(42, 45).

Sandalyeye bağımlı bireylerde de yatağa bağımlı hastalarda olduğu gibi basınç azaltıcı destek yüzeyle ^(2, 27, 45), pozisyon değiştirme çizelgeleri kullanılmalıdır.

Hastaya oturma pozisyonu verilirken ayakların bir tabure üzerine konularak yükseltilmesi BÜ riskini azaltır (şekil 2.8). Bu pozisyonla hem basıncın, hem de yırtılma ve sürtünme kuvvetlerinin etkisi azaltılmaktadır ⁽¹⁴⁾. Hastaya pozisyon verilirken korunması gereken riskli bölgelerden biri de topuklardır. Ayak topuklarının yüzey alanı küçük olduğundan dolayı basıncı dağıtma yetenekleri azdır. Özellikle alt ekstremitelerini hareket ettiremeyen bireylerde basınç azaltıcı destek yüzeylelerinin kullanılması oldukça önemlidir ^(27, 45). Ayak topukları yastık ya da yükseltici ile yataktan tamamen kaldırılarak basınç azaltılabilmektedir ^(2, 19, 27, 41, 45).



şekil 2.8: Sandalyeye bağımlı hastalarda oturma pozisyonu ⁽¹⁴⁾.

2. 5. 7. Eğitim

BÜ oranını azaltmak amacıyla eğitim programlarının düzenlenmesi ve bu programların belli aralıklarla güncellenmesi ve tekrarlanması gereklidir ^(27, 41, 45). Sağlık profesyonelleri ve BÜ önleme uygulamalarını evde devam ettiren hasta, hasta ailesi ve diğer bakım vericiler sürekli eğitim programlarına katılmalıdır ^(41, 45).

Bu eğitim programları şu konu başlıklarını kapsamalıdır ^(2, 4, 19, 41).

- Etyoloji ve risk faktörleri,
- BÜ gelişme riskinin yüksek olduğu vücut bölgeleri,
- Derinin değerlendirilmesi ve değişikliklerin tanınması,
- Risk değerlendirme ölçekleri ve kullanımı,
- Bireysel deri bakım programlarını geliştirme ve uygulama,
- Destek yüzeylerinin seçimi ve kullanımı,
- Pozisyon değiştirme ve taşıma teknikleri,
- BÜ sınıflaması,
- Yaşam kalitesi ve ağrı yönetimi,
- Verilerin kaydedilmesi,

2. 5. 8. Kayıt Tutma

Kayıt tutma hemşirenin yasal ve mesleki sorumluluğu olup sağlık personeli arasında iletişimi ve bakımın devamlılığını sağlar ⁽⁴⁵⁾. BÜ kayıtlarında, klinik değerlendirme kanıtları, uygulamalar ve sonuçlar yer almalıdır ^(43, 45).

2. 6. 1. Evre Basınç Ülserlerinde ve Derin Doku Hasarı Şüphesi'nde Tedavi Uygulamaları

BÜ'ler %80 oranında önleyici uygulamalar ile tedavi edilebilmektedir. Önleyici uygulamaların yanı sıra hastanın altta yatan hastalığının da tedavi edilmesi gerekmektedir ⁽²⁷⁾. Etkili bir BÜ tedavi planı, temel hemşirelik uygulamalarına ve aşağıda yer alan ilkelere dayanmaktadır ^(33, 38, 54, 63, 64).

- Hastanın değerlendirilmesi,
- Beslenme durumunun değerlendirilmesi ve düzenlenmesi,
- Diğer sağlık disiplinlerinden gerektiğinde konsultasyon istenmesi,
- Etkili ağrı kontrolünün sağlanması,
- Hastaya güven verilmesi, rahatlatılması,
- BÜ değerlendirilmesi,
- Gerekirse debridman yapılması,
- Enfeksiyonun kontrol edilmesi,
- Yaranın temiz tutulması,
- Yaraya uygun pansuman materyali seçilmesi,
- Basıncı azaltıcı/giderici uygun destek yüzeyi seçilmesi,
- İyileşme sürecinin takip edilmesi,
- Hasta ve bakım vericilerin eğitilmesi,

2.6.1. 1. Evre BÜ'lerde Tedavi Uygulamaları

1. Evre BÜ'nün tedavisinde üç amaç vardır: ıslaklığı, basıncı ve daha ileri hasarı engellemektir ⁽⁶⁵⁾. Bu üç amaca ulaşmak için yapılacak hemşirelik uygulamaları şunlardır ^(43, 55, 57, 63, 64, 65):

- Altta yatan herhangi bir tıbbi sorun varsa tedavi edilir.
- Yeterli sıvı alımı ve dengeli beslenme sağlanır,

- Yatak/sandalye için basıncı azaltıcı uygun destek yüzeyi kullanılır.
- BÜ gelişen alan basınç altında bırakılmaz. Bu nedenle hasta etkilenmeyen vücut bölgesine doğru çevrilir ve pozisyon verilir.
- Çevirme esnasında sürtünmeyi azaltmak amacıyla çarşaf kullanılır.
- Hastaya yapabiliyorsa dönme teknikleri öğretilir.
- Sandalyede oturma süresi en fazla 1 saat ile sınırlandırılır.
- Her pozisyon değiştirmede BÜ bölgesi değerlendirilir.
- Kızarıklık olan bölgeler üzerine masaj yapmaktan kaçınılır.
- Deri pH değeri nötr olan temizleyici ürünler kullanılarak temizlenir.
- Deriyi çatlamalardan korumak amacıyla nemlendirici kremler kullanılır.
- İnkontinans durumu değerlendirilir.
- Perianal bölgenin idrar ve dışkı ile temasını önlemek amacıyla, cildi tahriş etmeyen ve alkol içermeyen bariyer kremler ya da poliüretan filmler kullanılır.
- Kemik çıkıntılarının üzeri ya da ülser gelişen bölgeler film pansuman ile kapatılır. Film pansumanlar bütünlüğü bozulmadığı sürece 4–7 günde bir değiştirilir.

2.6.2. Derin Doku Hasarı Şüphesi'nde Tedavi Uygulamaları

DDHŞ BÜ sınıflama sistemine 2007 yılında dahil edilmesinden dolayı yapılan literatür taramalarında DDHŞ tedavisine yönelik yeterli kaynağa ulaşılamamıştır. Derin ülserler genellikle yüzeysel deri hasarından daha yavaş iyileşir ⁽⁵⁾. Hastaya tıpkı BÜ önleme uygulamalarında olduğu gibi hasarlı bölgeyi basınca maruz kalmaktan koruyacak pozisyon verilir ve pozisyon sık aralıklarla değiştirilir ⁽⁵⁰⁾ Ph'sı deri pH'sına uygun olan temizleyici ürünler kullanılarak iyi bir cilt bakımı yapılmalıdır. Ayrıca hassas vücut bölgeleri çinko oksit, dimethicone ve bazı silikon bileşikler içeren ürünlerle korunmalıdır. Silikon kaplı köpük gibi yapışmayan ve hasarın daha da kötüleşmesini engelleyen pansumanların

faydalı olduğu düşünölmektedir. Uygun destek yüzeyi seçimi, bireyi destekleyici tedavi ve beslenme yetersizliğini düzeltmek gibi uygulamaları içeren planlamalar yapılmalıdır ⁽⁵⁰⁾.

DDHŞ tedavisinde nekrotik dokuyu temizlemek amacıyla debritleman yapılabilir. Ancak nekrotik görünümlü herhangi bir doku parçası çıkarılmadan önce derinin altındaki bñller dikkatli bir şekilde izlenmelidir. DDHŞ'nin olduğu bölgede doku bñtñnlñđü bozularak dışarıya drenaj olabileceği için yatak çarşafı ve hastanın kıyafetleri dikkatlice kontrol edilmelidir. Koku, ağrı, ateş gibi ÷lserin kötüleştini gösteren belirti ve bulgular yakından takip edilmelidir ⁽⁵⁰⁾.

DDHŞ'de diğer kronik yaralarda olduğu gibi bir tedavi seçeneği olarak elektrik uyarısı kullanılabilir. Aguilar ⁽³⁸⁾ üç deney ve bir kontrol grubu üzerinde yaptığı çalışmada elektrik uyarısının dokudaki oksijen miktarını artırdığını ve böylece DDHŞ'yi önlediğini manyetik rezonans görüntölemesi ile göstermiştir ⁽³⁸⁾.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, hemşirelerin Derin Doku Hasarı ve 1. Evre Basınç Ülserlerinin bakımına ilişkin uygulamalarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırmanın ön uygulaması, Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi' nde (ANEAH); uygulaması ise Sağlık Bakanlığı Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi (DYBEAH), Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi (GÜSAUM) ve Sağlık Bakanlığı Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi' nde (AFTREAH) yapılmıştır.

DYBEAH 1982 yılında kurulmuş olup 795 yatak kapasitelidir. Hastane bünyesinde toplam 393 hemşire görev yapmaktadır. Tüm servislerde hemşireler, hafta içi 08:00–17:00 ve 16:00– 8:00 olmak üzere iki vardiya, hafta sonu ise 08:00–08:00 tek vardiya halinde çalışmaktadırlar.

GÜSAUM 1979 yılında kurulmuş olup 975 yatak kapasitelidir. Hastane bünyesinde toplam 490 hemşire görev yapmaktadır. Tüm servislerde hemşireler, 08:00–16:00, 16:00–24:00 ve 24:00–08:00 olmak üzere üç vardiya halinde çalışmaktadırlar.

AFTREAH 200 yatak kapasiteli olup toplam 34 hemşire ile hizmet vermektedir. Tüm servislerde hemşireler, hafta içi 07:30–16:30 ve

16:00–08:00 olmak üzere iki vardiya, hafta sonu 07:30–08:00 tek vardiya halinde çalışmaktadırlar.

Hemşirelik hizmetleri DYBEAH, AFREAH ve ANEAH' de başhemşirelik tarafından, GÜSAUM' de ise hemşirelik hizmetleri müdürlüğü tarafından yönetilmektedir. Araştırmanın yapıldığı hastanelerin hiçbirinde yara bakım ekibi, yara bakım hemşiresi ve yara bakım ünitesi bulunmamaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Ankara Büyükşehir Belediye sınırları içerisinde yer alan Sağlık Bakanlığı Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi (DYBEAH), Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi (GÜSAUM) ve Sağlık Bakanlığı Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi (AFTREAH) yoğun bakım üniteleri, nöroloji, ortopedi ve FTR servislerinde çalışan tüm hemşireler oluşturmuştur.

Evren kapsamına alınacak hastanelerin belirlenmesinde 2006 Yılı Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı verilerinden yararlanılmıştır ⁽⁶⁶⁾. Bu verilere göre üniversite hastaneleri arasından yatan hasta sayısı bakımından en fazla hastaya sahip olan GÜSAUM seçilmiştir. Sağlık Bakanlığı'na bağlı olan hastanelerden yatan hasta sayısı bakımından GÜSAUM' nin hasta sayısına en yakın olan hastane DYBEAH olduğu için bu hastane örneklem kapsamına alınmıştır. Ayrıca Sağlık Bakanlığına bağlı Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon hastanesi'nde hem hastaların hastanede kalış sürelerinin uzun olması (ortalama 32.5 gün) hem de basınç ülseri açısından risk grubu oluşturan hastaların tedavi görmesi nedeniyle AFTREAH de örneklem kapsamına dahil edilmiştir.

Yapılan literatür taramalarında hastanede kalış süresinin basınç ülseri oluşumunu artırdığı belirtilmektedir ⁽⁶⁷⁾. Literatürde ayrıca basınç ülserinin en fazla görüldüğü alanlar yoğun bakım üniteleri, nöroloji, ortopedi, fizik tedavi ve rehabilitasyon bölümü ve yaşlı bakım evleri olarak belirtilmektedir ^(25, 18, 68,). Bu bilgiye dayanılarak araştırmanın yoğun bakım üniteleri, nöroloji, ortopedi ve FTR servislerinde yapılması planlanmıştır.

Bu araştırmada DYBEAH ve GÜSAUM'lerinin Nöroloji servisi, Ortopedi servisi, FTR servisi ve Yoğun Bakım Ünitelerinde ve AFTREAH çalışan tüm hemşireler örneklem kapsamına alınmıştır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş ve araştırmaya katılmayı kabul eden bütün hemşireler araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırmanın örneklemini 272 hemşire oluşturmuştur. Ancak bu hemşirelerden DYBEAH'den 12, GÜSAUM'den 12, AFTREAH'den 5 hemşire olmak üzere toplam 29 hemşire doğrudan hasta bakımı vermedikleri için örneklem kapsamına alınmamıştır. Araştırma 243 hemşire ile yapılmıştır. DYBEAH'den 4 ve GÜSAUM'den 2 hemşire araştırmaya katılmak istememişlerdir. Bu nedenle değerlendirmeler 237 hemşire üzerinden yapılmıştır. Hemşirelerin araştırmaya katılım oranı oldukça yüksek olup %97.5'dir.

Araştırma kapsamına alınan hastanelerin servislerindeki hemşire ve yatak sayıları Tablo 3.1'de verilmiştir.

Tablo 3.1: Araştırma Kapsamına Alınan Hastanelerin Servislerindeki Yatak ve Hemşire Sayılarına İlişkin Veriler

Hastaneler	Yatak kapasitesi	Çalışan hemşire sayısı
S.B. Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi		
Acil Dahiliye Y.B.	14	21
Beyin Cerrahi Y.B.	6	9
Genel Cerrahi Y.B.	5	9
Kalp Damar Cerrahi Y.B.	6	10
Nöroloji Y.B.	7	9
Koroner Y.B.	14	9
Reanimasyon Y.B. I	6	10
Reanimasyon Y.B. II	7	9
1.ve 2. Nöroloji servisi	32	8
1. Ortopedi servisi	28	6
2. Ortopedi servisi ve 3. Nöroloji servisi	32	7
3. Ortopedi servisi	20	6
FTR servisi	43	8
Toplam	220	121
Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi		
Beyin Cerrahi Y.B.	10	10
Genel Cerrahi Y.B.	8	10
Kalp Damar Cerrahi Y.B.	12	8
Nöroloji Y.B.	7	10
Koroner Y.B.	14	11
Reanimasyon Y.B.	18	13
Göğüs Hastalıkları Y.B.	6	9
Dahiliye Y.B.	6	13
Ara Y.B.	18	10
Nöroloji servisi	18	6
Ortopedi servisi	53	15
FTR servisi	31	6
Toplam	177	121
S.B. Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi		
I. FTR Servisi	30	5
II. FTR Servisi	29	5
III. FTR Servisi	37	10
IV. FTR Servisi	30	4
V. FTR Servisi	36	6
Toplam	162	30
Genel Toplam	559	272

3.4. Verilerin Toplanması

Araştırmanın yapıldığı hastanelerden yazılı izin alınarak veri toplama işlemine başlanmıştır (Ek-1). Veriler uzman görüşü alınarak araştırmacı tarafından oluşturulan “Hemşirelerin Derin Doku Hasarı ve 1. Evre Basınç Ülserlerinin Bakımına İlişkin Uygulamalarının Belirlenmesine Yönelik Veri Toplama Formu” kullanılarak toplanmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelere veri toplama formu verilerek araştırmacının gözetiminde yanıtlamaları sağlanmıştır.

3.4.1. Veri Toplama Formlarının Geliştirilmesi

Veriler araştırmacı tarafından geliştirilen veri toplama formu ile toplanmıştır (Ek-2). Veri toplama formu iki bölümden oluşmaktadır. Formun birinci bölümünde hemşirelerin tanıtıcı özelliklerini (yaşı, en son tamamladığı hemşirelik programı... vb.) içeren 14 soru yer almaktadır (Ek-2).

Veri toplama formunun ikinci bölümü, hemşirelerin Derin doku hasarı ve 1. Evre basınç ülserlerinin bakımına ilişkin uygulamalarını sorgulayan soruları içermektedir. Bu bölümde 8 vaka örneği ve her vakaya ilişkin 3 soru olmak üzere toplam 24 soru bulunmaktadır. Vaka örneklerine ilişkin sorular 1. Evre BÜ'yü ve DDHŞ'yi önleme ve tedavi etmeye yönelik hemşirelik davranışlarını sorgulamaktadır (Ek-2). Vaka örneklerinin gerektirdiği hemşirelik uygulamaları uluslararası standartlar temel alınarak belirlenmiştir (2, 17, 33, 41, 43, 44, 45, 59).

Veri toplama formu hazırlandıktan sonra iki kez uzman görüşüne sunulmuştur. Birinci ön uygulamadan önce yapılan ilk uzman değerlendirmesi için form, biri hemşirelik bölümünden, diğeri eğitim bilimlerinden olmak üzere iki uzmana gönderilmiştir. Uzmanlar formu

biçimsellik, soruları ise anlaşılabilirlik, bilimsel içerik ve ölçme değerlendirme kriterleri açısından inceleyerek görüş bildirmişlerdir. Formlar birinci uzman görüşünden sonra ön uygulama ile test edilmiş ve yeniden düzenlenerek ikinci uzman görüşüne sunulmuştur. İkinci uzman görüşü için daha önce görüş veren iki uzmana ilave olarak formlar hemşirelik bölümünden üçüncü bir uzmana daha gönderilmiştir. Her üç uzmandan gelen görüşlere ve önerilere dayanılarak veri toplama formları yeniden düzenlenmiş ve formların son şekli verilmiştir.

3.4.2. Veri Toplama Formlarının Ön Uygulaması

Veri toplama formunun anlaşılabilirliğini belirlemek amacıyla birinci uzman görüşü ve ikinci uzman görüşünden sonra olmak üzere iki kez ön uygulama yapılmıştır.

Birinci ön uygulama: Hazırlanan veri toplama formunun anlaşılabilirliğini tespit etmek amacıyla ANEAH'nde Nöroloji, Ortopedi ve FTR servisleri ile Yoğun Bakım Üniteleri'nde çalışan, ön uygulamaya katılmayı kabul eden ve örneklem hacminin %10'unu oluşturan 21 hemşire ile ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama için kurumdan yazılı izin alınmıştır (Ek-3). Hemşirelere, araştırma hakkında açıklama yapılarak bilgi verilmiş ve sözel izinleri alınmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelere veri toplama formu verilerek doldurmaları sağlanmıştır. Ancak hemşireler arasındaki etkileşimi engellemek amacıyla hemşirelerden veri toplama formunu araştırmacı gözetiminde doldurmaları istenmiştir. Ön uygulamadan elde edilen sonuçlara göre veri toplama formunda gerekli düzeltmeler yapılmıştır.

İkinci ön uygulama: ikinci kez uzman görüşü alındıktan sonra yeniden düzenlenen veri toplama formunun anlaşılabilirliğini saptamak için

ANEAH'nde birinci ön uygulamaya katılmayan 15 hemşire ile tekrar ikinci bir ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sırasında ankete başlama ve bitiş süresi kaydedilmiştir ve bunun sonucunda veri toplama formunun yanıtlanması için gereken ortalama süre 20-30 dakika olarak hesaplanmıştır. İkinci ön uygulama sonrasında hemşirelerden herhangi bir görüş ve düzeltme önerisi gelmediğinden veri toplama formunda herhangi bir değişiklik yapılmamıştır.

3.4.3. Veri Toplama Formlarının Uygulanması

Veriler 17-30 Mart 2008 tarihleri arasında DYBEAH' de, 31 Mart – 02 Nisan 2008 tarihleri arasında AFTREAH' de ve 18 Nisan – 09 Mayıs 2008 tarihleri arasında GÜSAUM' de toplanmıştır. Veri toplama formlarının uygulanması için hemşirelerin daha az yoğun olduğu saatler belirlenmiş ve o saatlerde uygulama yapılmıştır. Araştırmanın uygulaması için belirlenen servislere gidilerek servis sorumlu hemşirelerine bilgi verilmiş ve örneklem kapsamına alınan tüm hemşirelere ulaşıncaya kadar araştırmaya devam edilmiştir. Hemşirelere, araştırma hakkında açıklama yapılarak bilgi verilmiş ve sözel izinleri alınmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelere veri toplama formu verilerek doldurmaları sağlanmıştır. Hemşireler arasındaki etkileşimi önlemek için veri toplama formları doldurulurken araştırmacı hemşireler ile aynı ortamda bulunmuştur. Araştırma süresince görüşülemeyen hemşirelerin çalışma saatleri servis sorumlu hemşiresinden ve / veya hemşire çalışma listelerinden öğrenilmiş ve o tarihlerde tekrar gidilerek hemşirenin veri toplama formunu doldurması sağlanmıştır.

3.5. **Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırmadan elde edilen veriler, araştırmacı tarafından SPSS 15.0 (Statistical Package for Social Science) paket programı

kullanılarak bilgisayara aktarılmış ve değerlendirilmiştir. SPSS paket programında her doğru cevap için “1” her yanlış cevap için “0” kodlaması yapılmıştır.

Hemşirelere ait tanıtıcı özellikleri içeren sorular sınıflandırılarak frekans ve yüzdelikleri hesaplanmıştır. Veri toplama formunun birinci bölümünde yer alan 14. soru açık uçlu soru olup bu soruya hemşireler tarafından toplam 34 farklı cevap verilmiştir. Bu cevaplar 5 grup altında toplanarak frekans dağılımları ve yüzdelikleri hesaplanmıştır. “Hemşirelerin Derin Doku Hasarı ve 1. Evre Basıncı Ülserlerinin Bakımına İlişkin Uygulamalarının Belirlenmesine Yönelik Veri Toplama Formu” toplam 100 puan üzerinden değerlendirilmiştir. Her doğru cevaba (Ek-4) 4.17 puan verilerek yapılan bu değerlendirmenin amacı; istatistiksel analizlerin ve yorumların daha kolay ve anlaşılır olmasını sağlamaktır. Değerlendirmeler bağımsız değişkenler ile doğru cevap puan ortalamaları üzerinden yapılmıştır.

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesinde Kolmogorov-Smirnov, Parametrik testlerden Anova (F) ve t-Testi (t), Non-Parametrik testlerden Kruskal Wallis H Testi ve Mann Whitney U Testi, Tukey HSD ve Ki-Kare (χ^2) testleri kullanılarak istatistiksel analiz ve yorumlamalar yapılmıştır ⁽⁶⁹⁾.

3.6. Araştırmanın sınırlılıkları

- Yoğun bakım ünitelerinde ve servislerde çalıştığı halde primer olarak hasta bakımıyla görevlendirilmeyen sorumlu, sorumlu yardımcısı, malzemelerin bakımı ve sterilizasyonu vb. görevlerde yer alan 29 hemşire araştırma kapsamına alınmamıştır.

4. BULGULAR

Tablo 4.1: Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	%
Hastaneler (n=237)*		
Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hast.	105	44.3
Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi	107	45.2
Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hast.	25	10.5
En Son Tamamlanan Hemşirelik Programı (n=237)*		
Sağlık Meslek Lisesi	83	35.0
Ön Lisans Programı	58	24.5
Lisans Programı	93	39.2
Yüksek Lisans Programı	3	1.3
Hemşirelikteki Hizmet Süresi (yıl) (n=237)*		
1-5	109	46.0
6-10	72	30.4
11-15	34	14.3
16-20	15	6.3
21 ve üzeri	7	3.0
Çalışılan Servis (n=237)*		
Yoğun Bakım Ünitesi	162	68.3
Nöroloji Servisi	12	5.1
Ortopedi Servisi	27	11.4
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Servisi	36	15.2
Daha Önce BÜ Gelişme Riski Yüksek Olan Hastaların Yattığı Bir Serviste Çalışma Durumu (n=237)*		
Çalışan	124	52.3
Çalışmayan	113	47.7
Şu An Çalışılan Serviste BÜ Olan Hastaya Bakım Verme Durumu (n=237)*		
Veren	195	82.3
Vermeyen	42	17.7
Bir hafta içinde Bakım Verdiği Ortalama Basınç Ülserli Hasta Sayısı (n=195)*		
1-2	111	56.9
3-4	44	22.6
5 ve üzeri	40	20.5
Yaş ortalaması $\bar{X} = 29 \pm 4.63$, min= 19 ve max= 45'dir.		

* Yüzdelere "n" üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 4.1’de araştırmaya katılan hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %45.2’si GÜSAUM’de, %44.3’ü DYBEAH’de ve %10.5’i AFTREAH’de görev yapmaktadır. Hemşirelerin %39.2’si Lisans Programından, %35’i Sağlık Meslek Lisesinden mezunudur ve %68.3’ü Yoğun Bakım Ünitesinde çalışmaktadır. Hemşirelerin %82.3’ü çalıştığı klinikte BÜ gelişen hastaya bakım vermekte olup %56.9’u haftada ortalama 1-2 BÜ’sü olan hastaya bakım verdiğini belirtmiştir.

Tablo 4.2: Hemşirelerin Mezuniyetten Sonra Basınç Ülserleri İle İlgili Eğitim Programına Katılma ve Kaynaklardan Yararlanma Durumu

BÜ ile İlgili Eğitim Alma ve Kaynaklardan Yararlanma Durumu	Sayı	%
Eğitime Katılma Durumu (n=237)*		
Katılan	103	43.5
Katılmayan	134	56.5
Eğitimin Türü (n= 104)**		
Hizmet İçi Eğitim	99	95.2
Kurs	4	3.8
Firma Tanıtımı	1	1.0
Eğitimin Süresi (n=104)**		
1 – 3 saat	77	74.1
1 gün	22	21.1
1 hafta	3	2.8
2 ay	1	1.0
3 ay	1	1.0
Eğitim Aldığı Kurum (n=104)**		
Hastane	102	98.1
Firma	2	1.9
Alınan Eğitimi Bakıma Yansıtılma Durumu (n=103)*		
Yansıtan	63	61.2
Kısmen Yansıtan	36	35.0
Yansıtmayan	4	3.8
Düzenli Olarak Kaynak Takip Etme Durumu (n= 237)*		
Takip Eden	-	-
Takip Etmeyen	237	100.0
Basınç Ülserlerini Önlemeye/Tedaviye Yönelik Uygulamalarda Yaralanılan Bilgi Kaynakları (n=237)*		
Hemşirelik Eğitimi Sırasında Alınan Bilgiler		
Yararlanan	217	91.6
Yararlanmayan	20	8.4
Deneyimli Hemşirelerin Uygulamaları		
Yararlanan	196	82.7
Yararlanmayan	41	17.3
Hekimlerin Önerileri		
Yararlanan	130	54.9
Yararlanmayan	107	45.1
Konuyla İlgili Dergiler, Kitaplar		
Yararlanan	68	28.7
Yararlanmayan	169	71.3
İnternet, Gazete veya Televizyon		
Yararlanan	64	27.0
Yararlanmayan	173	73.0
Diğer***		
Yararlanan	7	2.9
Yararlanmayan	230	97.1
Hemşirelerin Kendi BÜ Uygulamalarını Yeterli Bulma Durumları (n= 237)*		
Yeterli	58	24.5
Kısmen Yeterli	156	65.8
Yetersiz	23	9.7

* Yüzdele "n" üzerinden hesaplanmıştır.

** Hemşireler birden fazla cevap verdikleri için "n" katlanmıştır. Yüzdele "n" üzerinden hesaplanmıştır.

*** Diğer: Ürün tanıtım broşürleri, seminer.

Tablo 4.2’de hemşirelerin mezuniyetten sonra basınç ülseri ile ilgili eğitim programına katılma ve kaynaklardan yararlanma durumlarına ilişkin bulgular verilmiştir. Hemşirelerin %56.5’i herhangi bir eğitim programına katılmamıştır. Eğitim programına katılanların %95.2’si hizmet içi eğitim aldığını belirtmiştir. Hemşirelerin çoğunluğu (%74.1) 1-3 saat arasında eğitim almış olup %61.2’si aldığı eğitimi yeterli bulmuştur. Çalışmaya katılan hemşireler BÜ’yü önlemeye/tedaviye yönelik olarak birinci sırada hemşirelik eğitimi sırasında alınan bilgilerden (217 hemşire) ikinci sırada deneyimli hemşirelerin uygulamalarından (196 hemşire) üçüncü sırada ise hekimlerin önerilerinden (130 hemşire) yararlandıklarını belirtmişlerdir. Hemşirelerin %24.5’i kendi BÜ uygulamalarını yeterli bulurken %65.8’i kısmen yeterli ve %9.7’si ise yetersiz bulmuştur.

Tablo 4.3: Hemşirelerin BÜ’nün Önlenmesine/Tedavisine Yönelik Önerileri

Öneriler	Sayı	%
Sürekli Mesleki Eğitim Programlarının Geliştirilmesi	108	50.0
Hemşire Sayısının Artırılması	39	18.05
Uygun Malzemelerin Temini	26	12.04
Bakım Protokollerinin Geliştirilmesi	23	10.65
Yara Bakım Ünitelerinin Oluşturulması	20	9.26
Toplam	216	100.0

* Hemşireler birden fazla öneri getirdiği için “n” katlanmıştır.

Tablo 4.3’de hemşirelerin BÜ’nün önlenmesine/tedavisine yönelik önerileri yer almaktadır. Hemşireler tarafından verilen 216 önerinin %50’sini sürekli mesleki eğitim programlarının geliştirilmesi, %18.05’ini ise hemşire sayısının artırılması oluşturmaktadır. Hemşireler %9.26 oranında yara bakım ünitelerinin oluşturulması önerisini ifade etmişlerdir.

Tablo 4.4: Hemşirelerin DDHŞ ve 1. Evre Basınç Ülserlerinin Bakımına İlişkin Uygulamalarını Değerlendiren Sorulara Verdikleri Cevapların Dağılımı

Soru Numarası	Sorgulanan Hemşirelik Uygulaması	Doğru Cevap		Yanlış Cevap		n*
		Sayı	%	Sayı	%	
1	Basıncı azaltmak için uygun olmayan destek malzemesi kullanımından kaçınma	101	43.2	133	56.8	234
2	Yan yatış pozisyonunda doğrudan trokanter üzerine pozisyon vermekten kaçınma	103	44.6	128	55.4	231
3	Kemik çıkıntıları üzerine masaj yapmaktan kaçınma Kemik çıkıntılarının birbirine temas etmesini önleme	162	70.4	68	29.6	230
4	1. Evre BÜ'yü belirleme	146	62.7	87	37.3	233
5	Kendi kendine pozisyon değiştiremeyen bireyleri BÜ risk faktörleri açısından değerlendirme	151	64.3	84	35.7	235
6	Islaklığa karşı bariyer etkili topikal ürün kullanma	146	63.8	83	36.2	229
7	Yapabilen hastaya 15 dakikada bir pozisyonunu değiştirmesini öğretme	47	20.4	183	79.6	230
8	Risk değerlendirme ölçeğini uygun aralıklarla uygulama	79	39.1	123	60.9	202
9	Risk değerlendirme ölçeğinden elde edilen puanı değerlendirme	113	49.1	117	50.9	230
10	DDHŞ'yi belirleme	59	25.2	175	74.8	234
11	Hastanın beslenmesine yardımcı olma	93	40.8	135	59.2	228
12	Basınç altında kalan bölgeleri belirleme	116	50.7	113	49.3	229
13	Derinin ıslak kalmasına neden olan dış etkenlerin kontrol edilemediği durumlarda uygun malzeme kullanma	102	43.8	131	56.2	233
14	Uygun deri bakımı yapma	167	72.0	65	28.0	232
15	Pozisyon değişikliği ya da transfer sırasında yardımcı olamayan bireyleri hareket ettirmeyi sağlayan özel yataklar ya da trapez gibi yardımcı araçlar kullanma	157	68.0	74	32.0	231
16	Yapılan hemşirelik değerlendirmelerini ve uygulamalarını kaydetme	209	88.2	28	11.8	237
17	Uygun pansuman materyali seçme	67	29.3	162	70.7	229
18	Uygun pansuman materyalini uygulama	45	25.3	133	74.7	178

* Soruyu cevaplayan hemşire sayısıdır. Yüzdelere "n" üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 4.4:'ün Devamı

Soru Numarası	Sorgulanan Hemşirelik Uygulaması	Doğru Cevap		Yanlış Cevap		n*
		Sayı	%	Sayı	%	
19	Doku hasarının olduğu bölgeye masaj yapmama Yatağa bağımlı ve hareketsiz hastalarda topuklardaki basıncı azaltma	91	38.9	143	61.1	234
20	DDHŞ'yi tedavi etmeye yardımcı olma	115	50.4	113	49.6	228
21	Uygun destek yüzeyini seçme	92	38.8	145	61.2	237
22	Hastaya uygun aralıklarla pozisyon verme	166	70.0	71	30.0	237
23	Hasta yakınına BÜ'leri önlemeye/tedaviye yönelik eğitim/bilgi verme	144	64.0	81	36.0	225
24	Yatak başını 30° den fazla yükseltmekten kaçınma	108	46.0	127	54.0	235
$\bar{X}^{**} = 48.85 \pm 11.99$, min = 20.83 ve max = 75.00						

* Soruyu cevaplayan hemşire sayısıdır. Yüzdelere "n" üzerinden hesaplanmıştır.

** $\bar{X}$ Doğru cevap puan ortalaması.

Tablo 4.4’de hemşirelerin DDHş ve 1. Evre BÜ’lerin bakımına ilişkin uygulamalarını değerlendiren sorulara verdikleri cevapların dağılımı yer almaktadır. Hemşirelerin en düşük oranda doğru cevap verdikleri ilk üç soru 7, 10 ve 18 nolu sorulardır. “Yapabilen hastaya 15 dakikada bir pozisyonunu değiştirmesini öğretmeyi” sorgulayan 7 nolu soruya cevap veren hemşirelerin %20.4’ü, “DDHş’yi belirlemeyi” sorgulayan 10 nolu soruya cevap veren hemşirelerin %25.2’si ve “uygun pansuman materyalini uygulamayı” sorgulayan 18 nolu soruya cevap veren hemşirelerin %25.3’ü doğru cevap vermiştir.

Hemşirelerin en yüksek oranda doğru cevap verdikleri ilk üç soru ise 3, 14 ve 16 nolu sorulardır. “Kemik çıkıntılarını üzerine masaj yapmaktan kaçınma ve kemik çıkıntılarının birbirine temas etmesini önlemeyi” sorgulayan 3 nolu soruya cevap veren hemşirelerin %70.4’ü, “uygun deri bakımı yapmayı” sorgulayan 14 nolu soruya cevap veren hemşirelerin %72.0’si ve “yapılan hemşirelik değerlendirmelerini ve uygulamalarını kaydetmeyi” sorgulayan 16 nolu soruya cevap veren hemşirelerin %88.2’si doğru cevap vermiştir.

Hemşirelerin sorulara verdikleri doğru cevapların puan ortalaması 100 üzerinden 48.85 ± 11.99 ’dur.

Tablo 4.5: Hemşirelerin DDHŞ ve 1. Evre Basınç Ülserinin Bakımına İlişkin Uygulama Puan ortalamaları İle Bazı Bağımsız Değişkenler Arasındaki İlişki

Değişkenler	Min. Puan	Max. Puan	$\bar{X}$ *	SS	F	P
Hastaneler (n=237)						
DYBEAH	20.83	75.00	47.10	12.02	3.088	0.047
AFTREAH	20.83	66.67	47.16	11.95		
GÜSAUM	20.83	75.00	50.97	11.75		
En Son Tamamlanan Hemşirelik Programı (n= 237)					F	P
Sağlık Meslek Lisesi	20.83	70.83	45.98	11.52	5.537	0.004
Ön Lisans	20.83	75.00	48.13	12.70		
Lisans ve Üstü**	25.00	75.00	51.77	11.40		
Hemşirelikteki Hizmet Süresi (yıl) (n=237)					F	P
1-5	20.83	75.00	50.15	11.23	1.654	0.162
6-10	20.83	75.00	46.70	11.78		
11-15	29.17	70.83	51.22	11.58		
16-20	20.83	75.00	46.66	16.75		
21 ve üzeri	33.33	75.00	44.04	13.99		
Çalışılan Servis (n=237)					F	P
Yoğun Bakım Ünitesi	20.83	75.00	49.20	11.97	0.262	0.852
Nöroloji Servisi	29.17	75.00	50.00	14.10		
Ortopedi Servisi	20.83	66.67	47.53	11.33		
Fizik Tedavi ve Rehabilit.	20.83	70.83	47.91	12.25		
Daha Önce BÜ'lü Hastaların Yattığı Bir Serviste Çalışma Durumu (n= 237)					t	P
Çalışan	20.83	75.00	50.80	12.63	2.653	0.009
Çalışmayan	20.83	75.00	46.71	10.91		
Şu An Çalışılan Serviste BÜ Olan Hastaya Bakım Verme Durumu (n= 237)					t	P
Veren	20.83	75.00	49.44	12.23	1.629	0.105
Vermeyen	25.00	66.67	46.13	10.54		
Bir hafta içinde Bakım Verilen Ortalama BÜ'lü Hasta Sayısı (n=195)					F	P
1-2	20.83	75.00	50.33	11.87	0.784	0.458
3-4	20.83	75.00	47.63	12.94		
5 ve üzeri	25.00	75.00	49.16	12.52		

* $\bar{X}$ = Doğru cevap puan ortalaması.

**Yüksek lisansı tamamlayan üç hemşire bu gruba dahil edilmiştir.

Tablo 4.6: Hemşirelerin DDHŞ ve 1. Evre Basınç Ülserinin Bakımına İlişkin Uygulama Puan ortalamaları İle Bazı Bağımsız Değişkenler Arasındaki İlişkinin Tukey HSD İle İleri Değerlendirmesi

Değişkenler		SS	P
Hastaneler (n=237)			
DYBEAH	AFTREAH	2.64	1.000
	GÜSAUM	1.63	0.049
AFTREAH	GÜSAUM	2.64	0.356
En Son Tamamlanan Hemşirelik Programı (n= 237)			
Sağlık Meslek Lisesi	Ön Lisans	2.01	0.536
	Lisans ve Üstü*	1.76	0.003
Ön Lisans	Lisans ve Üstü*	1.95	0.152

* Yüksek lisansı tamamlayan üç hemşire bu gruba dahil edilmiştir.

Tablo 4.5’de hemşirelerin DDHŞ ve 1. Evre basınç ülserindeki hemşirelik uygulama puanları ile bazı bağımsız değişkenler arasındaki ilişki sonuçları yer almaktadır. Tablo 4.5’de de görüldüğü gibi hastanelerin doğru cevap puan ortalamaları DYBEAH’de 47.10 ± 12.02 , AFTREAH 47.16 ± 11.95 ve GÜSAUM 50.97 ± 11.75 ’dir. Hemşirelerin çalıştıkları hastaneler ile testten alınan doğru cevap puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p=0.047<0.05$). Yapılan ileri değerlendirmede bu farkın DYBEAH ile GÜSAUM arasından kaynaklandığı saptanmıştır ($p=0.049<0.05$) (Tablo 4.6).

Hemşirelerin doğru cevap puan ortalamaları ile en son tamamlanan hemşirelik programı arasındaki ilişkiye bakıldığında doğru cevap puan ortalaması Sağlık Meslek Lisesi grubunda 45.98 ± 11.52 , Ön Lisans grubunda 48.13 ± 12.70 , Lisans ve lisansüstü grubunda ise 51.77 ± 11.40 ’dir. Testten alınan doğru cevap puan ortalamaları ile en son tamamlanan hemşirelik programı arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p=0.004<0.05$) (Tablo 4.5). Yapılan ileri değerlendirmede bu farklılığın sağlık meslek lisesi ile lisans ve üstü eğitim programından mezun olan hemşireler arasında olduğu saptanmıştır ($p=0.003<0.05$) (Tablo 4.6).

Hemşirelerin hizmet süresi ile testten alınan doğru cevap puan ortalaması arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($P=0.162>0.05$) (Tablo 4.5).

Hemşirelerin çalıştıkları servislere göre aldıkları doğru cevap puan ortalamaları Nöroloji Servisinde 50.00 ± 14.10 ve Yoğun Bakım Ünitesinde 49.20 ± 11.97 'dir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede hemşirelerin çalıştıkları servisler ile testten alınan doğru cevap puan ortalaması arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p= 0.852>0.05$) (Tablo 4.5).

Daha önce BÜ'lü hastaların yattığı bir serviste çalışan hemşirelerin doğru cevap puan ortalaması 50.80 ± 12.63 iken çalışmayan hemşirelerin doğru cevap puan ortalaması 46.71 ± 10.91 'dir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p= 0.009<0.05$) (Tablo 4.5).

Çalıştığı serviste BÜ'lü hastaya bakım veren hemşirelerin doğru cevap puan ortalaması 49.44 ± 12.23 , bakım vermeyen hemşirelerin doğru cevap puan ortalaması ise 46.13 ± 10.54 'dir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede BÜ'lü hastaya bakım veren ve vermeyen hemşirelerin doğru cevap puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p= 0.105>0.05$) (Tablo 4.5).

Bir haftada ortalama olarak 1–2 hastaya bakım veren hemşirelerin testten aldıkları doğru cevap puan ortalaması 50.33 ± 11.87 , 3–4 hastaya bakım veren hemşirelerin aldıkları doğru cevap puan ortalaması 47.63 ± 12.94 , 5 ve üzeri hastaya bakım veren hemşirelerin aldıkları doğru cevap puan ortalaması ise 49.16 ± 12.52 'dir. Bir haftada bakım verilen BÜ' lü hasta sayısı ile testten alınan toplam puan açısından

gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p= 0.458>0.05$) (Tablo 4.5).

Tablo 4.7: Hemşirelerin DDHŞ ve 1. Evre Basınç Ülserinin Bakımına İlişkin Uygulama Puan ortalamaları İle Sürekli Mesleki Gelişim Aktiviteleri Arasındaki İlişki

	Min. Puan	Max. Puan	$\bar{X}$ *	SS	t	P
Mezuniyetten Sonra BÜ'nün Önlenmesi/Tedavisi İle İlgili Eğitime Katılma Durumu (n=237)						
Katılan	20.83	75.00	51.09	12.52	2.543	0.012
Katılmayan	20.83	75.00	47.13	11.32		
Mezuniyetten Sonra Aldığı Eğitimi Bakıma Yansıtabilme Durumu (n=103)					F	P
Yansıtan	20.83	75.00	52.18	13.06	1.291	0.279
Kısmen Yansıtan	20.83	70.83	48.61	11.35		
Yansıtmayan	41.67	70.83	56.25	12.95		
Hemşirelerin Kendi BÜ Uygulamalarını Yeterli Bulma Durumları (n=237)					F	P
Yeterli	20.83	75.00	48.49	13.28	0.356	0.701
Kısmen Yeterli	20.83	75.00	49.25	11.63		
Yetersiz	29.17	70.83	47.10	11.33		

* $\bar{X}$ Doğru cevap puan ortalaması.

Tablo 4.7'da hemşirelerin DDHŞ ve 1. Evre basınç ülserlerindeki hemşirelik uygulama puanları ile sürekli mesleki gelişim aktiviteleri arasındaki ilişki sonuçları yer almaktadır.

Mezuniyetten sonra BÜ'nün önlenmesi/tedavisi ile ilgili eğitime katılan hemşirelerin doğru cevap puan ortalaması 51.09 ± 12.52 iken katılmayan hemşirelerin doğru cevap puan ortalaması 47.13 ± 11.32 'dür. Hemşirelerin mezuniyetten sonra eğitime katılma durumları ile doğru cevap puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p= 0.012<0.05$).

Mezuniyetten sonra aldığı eğitimi bakıma yansıttığını ifade eden hemşirelerin testten aldıkları doğru cevap puan ortalaması 52.18 ± 13.06 , kısmen yansıttığını belirten hemşirelerin aldıkları doğru cevap puan

ortalaması 48.61 ± 11.35 iken yansıtmadığını belirten hemşirelerin aldıkları doğru cevap puan ortalaması ise 56.25 ± 12.95 'dir. Alınan eğitimi bakıma yansıtabilme durumu ile doğru cevap puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($p = 0.279 > 0.05$).

Yaptıkları BÜ uygulamalarını yeterli bulan hemşirelerin testten aldıkları doğru cevap puan ortalaması 48.49 ± 13.28 , kısmen yeterli bulan hemşirelerin aldıkları doğru cevap puan ortalaması 49.25 ± 11.63 iken yetersiz bulan hemşirelerin aldıkları doğru cevap puan ortalaması ise 47.10 ± 11.33 'dur. Yapılan istatistiksel değerlendirmede kendi BÜ uygulamalarını yeterli bulma durumları ile doğru cevap puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p = 0.701 > 0.05$).

5. TARTIŞMA

Bu çalışma, hemşirelerin deri bütünlüğünün bozulmadığı DDHŞ ve 1. Evre BÜ'nin bakımına ilişkin uygulamalarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmaya toplam 237 hemşire katılmıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %39.2'si lisans programından ve %35'i sağlık meslek lisesinden mezundur. Hemşirelerin yarısına yakınının (%46.0) hizmet süresi 1-5 yıl arasında değişmektedir. Hemşirelerin hemen hemen yarısı (%47.7) daha önce BÜ gelişme riski yüksek olan hastaların yattığı herhangi bir serviste çalışmamıştır. Ancak çoğunluğu şu anda çalıştığı serviste BÜ'sü olan hastaya bakım vermektedir (Tablo 4.1). Daha önce BÜ'lü hastaların yattığı bir serviste, çalışan hemşirelerin BÜ'ye yönelik önleme/tedavi etme uygulamalarına ilişkin doğru cevap puan ortalaması çalışmayan hemşirelere göre daha yüksektir (Tablo 4.5). Doğru cevap puan ortalaması sağlık meslek lisesi mezunu olan grupta en düşük lisans ve üstü eğitim grubunda ise en yüksektir (Tablo 4.5).

Bu çalışmada hemşirelerin mezun oldukları eğitim programının BÜ'ye ilişkin uygulamalarını etkilediği saptanmıştır. Bu bulgu profesyonel bir kimlik için gerekli olan lisans ve üstü eğitimin derinlemesine bilgi ve beceri kazandırmasının bir göstergesi şeklinde yorumlanabilir. Literatürde bulgularımızı destekleyen pek çok çalışmaya rastlanmaktadır. Pancorbo-Hidalgo ve arkadaşları⁽³⁰⁾ İspanya'da, BÜ'nün önlenmesine/tedavisine ilişkin hemşirelerin bilgi düzeyini ve bilginin klinik alanda kullanım durumunu belirlemek amacıyla 740 hemşire üzerinde yaptıkları bir çalışmada; lisans mezunu hemşirelerin önlemeye yönelik bilgi düzeylerinin %80.3, tedaviye yönelik bilgi düzeylerinin %81.2, önlisans mezunu

hemşirelerin ise önlemeye yönelik bilgi düzeylerinin %71.7, tedaviye yönelik bilgi düzeylerinin %64.4 olduğunu saptamışlardır.

Sinclair ve arkadaşlarının ⁽⁷⁰⁾ mezuniyet sonrası bir eğitim programını uygulamak ve değerlendirmek amacıyla 595 lisans mezunu hemşire ve 59 önlisans mezunu hemşire ile yaptıkları BÜ ile ilgili bir çalışmada eğitimden önce 1 test, eğitimden sonra 2 test uygulamış ve değerlendirmişlerdir. Eğitimden önce lisans mezunu hemşirelerin aldıkları bilgi puan ortalaması 22.41, eğitimden sonra 1. testten alınan puan ortalaması 36.83 iken 2. testten alınan puan ortalaması 31.89'dur. Önlisans mezunu hemşirelerin eğitimden önce aldıkları puan ortalaması 18.51, eğitimden sonra 1.test puan ortalaması 32.55, 2. test puan ortalaması 29.85 olarak saptamışlardır. Bu çalışmada hem eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık olduğu hem de mezuniyet sonrasında alınan eğitimin etkisi ortaya konulmuştur.

Çalışmanın yapıldığı yoğun bakım ünitesi, nöroloji servisi, ortopedi servisi, fizik tedavi ve rehabilitasyon servisinde yatan hastalarda hareket kısıtlılığı başta olmak üzere birçok faktör nedeniyle BÜ gelişme riski oldukça yüksektir ^(18, 25, 68). Dolayısıyla bu özelleşmiş ünitelerde çalışan hemşirelerin BÜ önlemeye ilişkin uygulamalarının yeterli düzeyde olması önemlidir ve gereklidir. Bir hemşirelik uygulamasına ilişkin yeterlik, temel hemşirelik eğitiminin yanı sıra mezuniyet sonrası sürekli eğitim programları, kongre ve sempozyum gibi bilimsel faaliyetlere katılma ve mesleki yayınları takip etme yoluyla kazanılır ve geliştirilir. Uluslararası Hemşireler Birliği Hemşirelik Etik Kodu'nda, hemşirenin mesleki gelişimini sağmaya yönelik çabalarda bulunması ve sürekli eğitim ile yeterliliğini sürdürme sorumluluğu taşıması gerektiği belirtilmektedir ⁽⁷¹⁾. Ancak bu araştırmada, hemşirelerin %43.5'i mezuniyetten sonra BÜ'nün önlenmesi/tedavisi ile ilgili bir eğitim programına katılmıştır. Eğitime katılan hemşirelerin hemen hemen tamamı hizmet içi eğitim programına katılmış

olup çoğunlukla 1-3 saat arasında eğitim almışlardır (Tablo 4.2). Mezuniyet sonrasında herhangi bir eğitim programına katılan hemşirelerin DDHŞ ve 1. Evre BÜ'nün bakımına ilişkin doğru cevap puan ortalaması katılmayan hemşirelere göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.7). Mezuniyet sonrası sürekli eğitimler hemşirelerin bilgi ve davranışlarında farklılık oluşturmaktadır. Araştırmada hemşirelerin çoğunluğunun kısa süreli eğitim almasına rağmen bu farklılık ortaya konulmuştur. Ancak hemşirelerin çoğunluğunun BÜ'ye ilişkin bir eğitime katılmamasının BÜ insidansının yüksek olduğu bu ünitelerde bakımın kalitesini olumsuz yönde etkileyeceği düşünülmektedir. Hemşireler de bu eksikliğin farkında olup BÜ'nün önlenmesine/tedavisine ilişkin önerileri arasında ilk sırada (%50.0) sürekli mesleki eğitim programlarının geliştirilmesini ifade etmişlerdir (Tablo 4.3). Zulkowski ve Ayello'nun ⁽⁷²⁾ hemşirelerin BÜ'ye yönelik bilgi düzeylerinin saptanmasına yönelik çalışmasından elde edilen sonuçlar benzer problemlerin farklı ülkelerde çalışan hemşirelerde de yaşandığını göstermektedir. Zulkowski ve Ayello araştırmaya katılan 241 hemşirenin %71'inin son üç yıl içinde BÜ'ye yönelik bilimsel bir toplantıya katılmadığını, %87'sinin ise son üç yıldan beri BÜ ile ilgili kitap veya makale okumadığını saptamışlardır ⁽⁷²⁾. Pancorbo-Hidalgo ve arkadaşları ⁽³⁰⁾ tarafından yapılan araştırmada, mezuniyet sonrası BÜ'ye yönelik eğitim alan grubun hem önlemeye hem de tedaviye ilişkin bilgi oranlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Sinclair ve arkadaşları ⁽⁷⁰⁾ tarafından yapılan bir başka çalışmada ise lisans mezunu hemşirelerin %49.7'si, ön lisans mezunu hemşirelerin ise %60'ı, son bir yıl içinde BÜ ile ilgili makale okuduklarını belirtmişlerdir. Panagiotopoulou ve Kerr'i ⁽⁶⁸⁾ tarafından yapılan çalışmada hemşirelerin %17.1'inin son bir yılda hemşirelikle ilgili, %13.7'sinin ise BÜ ile ilgili hiç araştırma makalesi okumadığını saptamışlardır.

Hemşirelerin tamamı BÜ ile ilgili düzenli bir kaynak takip etmediğini belirtmiştir. Ancak hemşireler, BÜ'yü önlemeye/tedaviye ilişkin

uygulamalarında bilgi kaynağı olarak çoğunlukla temel hemşirelik eğitimi sırasında edindikleri bilgiden, deneyimli hemşirelerin uygulamalarından ve hekimlerin önerilerinden yararlandıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.2). Bulgularımız Özdemir'in ⁽⁴²⁾ yoğun bakım ünitelerinde BÜ gelişme riski bulunan hastalara bakım veren hemşireler üzerinde yaptığı çalışmadan elde edilen sonuçlarla benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda hemşireler birinci sırada bilgi kaynağı olarak çoğunlukla temel hemşirelik eğitimi sırasında edindikleri bilgiden yararlandıklarını belirtmektedirler. Oysa Ayello ve Meaney ⁽⁷³⁾ yaptıkları literatür taramasında temel hemşirelik eğitimi sırasında kullanılan kaynaklarda BÜ'ye yönelik bilgilerin oldukça sınırlı ve yetersiz olduğunu saptanmışlardır ⁽⁷³⁾.

Hemşirelerin sadece %24.5'i BÜ'yü önlemeye/tedaviye yönelik uygulamalarını yeterli bulmuştur (Tablo 4.2). Hemşirelerin DDHŞ ve 1. Evre BÜ bakımına ilişkin doğru cevap puan ortalamasının düşük ($\bar{x} = 48.85 \pm 11.99$) (Tablo 4.4) olmasına rağmen çok az bir hemşire grubunun bu konu hakkındaki uygulamalarını yetersiz bulması doğru uygulamalar konusunda bilgi gereksinimleri olduğunu düşündürmektedir. Benzer şekilde Özdemir'in ⁽⁴²⁾ çalışmasında hemşirelerin %13.3'ü BÜ'yü önlemeye yönelik uygulamalarını yeterli bulmuştur. Ayello ve arkadaşları ⁽⁷⁴⁾ tarafından yapılan bir araştırmanın sonuçları bulgularımızı destekler niteliktedir. 692 hemşire üzerinde yapılan bu çalışmada, hemşirelerin %70'inin temel hemşirelik eğitiminde kronik yara bakımı konusunda aldıkları bilgiler konusunda kendilerini yetersiz hissettikleri saptanmıştır.

Çalışmada, hemşirelerin BÜ'nün önlenmesine/tedavisine yönelik önerileri arasında ilk sırada (%50.0) sürekli mesleki eğitim programlarının geliştirilmesi, ikinci sırada (%18.05) hemşire sayısının artırılması önerileri yer almaktadır. Hemşireler diğer çalışmalardan farklı olarak yara bakım ünitelerinin oluşturulması önerisini getirmişlerdir (Tablo

4.3). Panagiotopoulou ve Kerr'i ⁽⁶⁸⁾ tarafından yapılan çalışmada hemşireler ilk sırada personel sayısının artırılması önerisinde bulunmuşlardır.

Bu araştırmada hemşirelerin DDHŞ ve 1. Evre BÜ'nün bakımına ilişkin uygulamalarını sorgulayan sorulardan aldıkları doğru cevap puan ortalaması düşük bulunmuştur. Hemşireler, BÜ'yü önlemeye yönelik hemşirelik uygulamalarını sorgulayan sorulara (1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 19, 22, 23, 24) tedaviye yönelik hazırlanan sorulara (4, 10, 11, 17, 18, 20, 21) göre daha yüksek oranda doğru cevap vermişlerdir (Tablo 4.4). Bu sonuç temel hemşirelik eğitiminde BÜ'nün önlenabilir bir sorun olduğunun vurgulanması ve önlemeye ilişkin hemşirelik uygulamalarının daha fazla anlatılması ile ilişkili olabilir. Pancorbo-Hidalgo ve arkadaşları ⁽³⁰⁾ tarafından yapılan araştırma sonuçları da bulgularımızı destekler niteliktedir.

Literatürde venöz konjesyon ve ödeme sebep olduğundan dolayı halka/simit tipi araçların kullanılması önerilmemektedir ^(27, 45). Buna rağmen "Basıncı azaltmak için uygun olmayan destek malzemesi kullanımından kaçınma" davranışını sorgulayan soruya (1. soru) hemşirelerin yarısından fazlası (%56.8) yanlış cevap vermiştir (Tablo 4.4). Literatürde bulgularımızı destekleyen çok sayıda çalışma vardır. Panagiotopoulou ve Kerr'inin ⁽⁶⁸⁾ çalışmasında uygun olmayan destek yüzeyi kullanımına verilen doğru cevap oranı %21.7'dir. Pancorbo-Hidalgo ve arkadaşlarının ⁽³⁰⁾ çalışmasında ise doğru cevap oranı %20.4'tür. Hulsenboom ve arkadaşları ⁽⁷⁵⁾ tarafından yapılan bir çalışmada; halka/simit ya da içi su dolu eldiven gibi uygun olmayan destek yüzeyi kullanma davranışına "yararlıdır" diyen hemşire oranı %48.6'dır. Sinclair ve arkadaşlarının ⁽⁷⁰⁾ çalışmasında uygun olmayan destek yüzeyi

kullanımına eğitim öncesi, lisans mezunu hemşirelerin %58'i, önlisans mezunu hemşirelerin ise %34'ü doğru cevap vermişlerdir.

“Uygun destek yüzeyini seçme” davranışını sorgulayan soruya (21. soru) hemşirelerin çoğunluğu (%61.2) yanlış cevap vermiştir (Tablo 4.4). Hulsenboom ve arkadaşları ⁽⁷⁵⁾ çalışmalarında, hemşirelerin %68.1'inin havalı yatak ve yastık kullanmanın BÜ'yü önlemede yararlı olduğunu düşündüklerini saptamıştır.

Yan yatış pozisyonunda hasta doğrudan trokanter üzerine yatacak şekilde dik yan pozisyon verilmesi BÜ riskini artırmaktadır. Literatürde hastaya pozisyon verilirken 30⁰ kuralına uyulması önerilmektedir ^(2, 14, 19, 33, 41). Bu kural sürtünme, yırtılma kuvvetlerinin etkisini azaltmakta ve trokanterler üzerindeki dokuları basıncın etkisinden korumaktadır. Bu kural ile ilgili sorulara (2, 24. sorular) hemşirelerin yarısından fazlası yanlış cevap vermişlerdir (Tablo 4.4). Hulsenboom ve arkadaşlarının ⁽⁷⁵⁾ yaptıkları çalışmada hemşirelerin %68.1'i “her dört saatte bir hastayı 90⁰ yan yatış pozisyonuna çevirme” davranışına “faydalıdır” cevabını vermişlerdir. Aynı çalışmada “en az her dört saatte bir hastayı 30⁰ yan yatış pozisyonuna çevirme” davranışına hemşirelerin %48.9'u “faydalıdır” cevabını vermişlerdir. Zulkowski ve Ayello'nun ⁽⁷²⁾ yaptıkları çalışmada 30⁰ yan yatış pozisyonuna kentsel alanda çalışan hemşirelerin %65'i, kırsal alandaki hemşirelerin ise %42'si doğru bir uygulamadır cevabını vermiştir.

Uluslararası rehberlerde sürtünmeye yol açacağı ve doku hasarını artıracığı için kemik çıkıntılarının üzerine ve hasarlı dokuya masaj yapılmaması önerilmektedir ^(2, 27, 33, 45). “Kemik çıkıntıları üzerine masaj yapmaktan kaçınma ve kemik çıkıntılarının birbirine temas etmesini önleme” davranışlarını sorgulayan soruya (3. soru) hemşirelerin üçte ikisi (%70.4) doğru cevap vermiştir (Tablo 4.4). Zulkowski ve Ayello'nun ⁽⁷²⁾

kırsal ve kentsel alanda toplam 241 hemşire ile yaptıkları çalışmada “kemik çıkıntılarına masaj yapmak önemlidir” sorusuna kırsal alanda çalışan hemşirelerin %61’i, kentsel alanda çalışan hemşirelerin ise %30’u yanlış cevap olan “doğrudur” cevabını vermiştir. Duimel-Peeters ve arkadaşlarının ⁽⁷⁶⁾ BÜ’yü önlemeye yönelik masaj uygulaması ile ilgili yaptıkları bir çalışmada 1991 yılında hemşirelerin %67.3’ü masaj daima “faydalı bir uygulamadır” cevabını verirken 2003 yılında hemşirelerin sadece %18.1’i “masaj uygulamasının daima faydalı” olduğu cevabını vermiştir.

“Doku hasarının olduğu bölgeye masaj yapmama” ve “Yatağa bağımlı ve hareketsiz hastalarda topuklardaki basıncı azaltma” davranışlarını sorgulayan soruya (19. soru) hemşirelerin çoğunluğu (%61.1) yanlış cevap vermiştir (Tablo 4.4). Panagiotopoulou ve Kerr’inin ⁽⁶⁸⁾ 116 hemşire üzerinde yaptıkları çalışmada hemşirelerin %56.9’u masaj yapma davranışına “daima faydalı bir uygulamadır” cevabını vermiştir. Hulsenboom ve arkadaşlarının ⁽⁷⁵⁾ çalışmasında ise masaj uygulaması için hemşirelerin %18.3’ü “daima faydalıdır”, %40’ı ise “bazen faydalıdır” cevabını vermiştir. Zulkowski ve Ayello ⁽⁷²⁾ çalışmalarında “topuklardaki basıncı azaltmada koruyucular kullanma” sorusuna hem kırsal alandan (%28) hem de kentsel alandan (%12) oldukça düşük oranda doğru cevap verilmiştir. Ancak aynı çalışmada kırsal alanda çalışan hemşirelerin %98’i, kentsel alanda çalışan hemşirelerin %88’i topukları yataktan kaldırarak basıncı azaltmanın iyi bir uygulama olduğunu belirtmişlerdir. Bulgularımız literatürle uygunluk göstermektedir.

“1. Evre BÜ’yü belirleme” davranışını sorgulayan soruya (4. soru) hemşirelerin çoğunluğu doğru cevap vermiştir. Ancak 87 hemşirenin yanlış cevap vermesi de önemli bir sonuçtur (Tablo 4.4). Bulgularımız Odierna ve Zeleznik’in ⁽⁷⁷⁾ yaptıkları çalışma ile benzerlik göstermektedir. Odierna ve Zeleznik’in çalışmasında 1. Evre BÜ %67 oranında doğru

olarak tanımlanmıştır. Ayello ve arkadaşlarının ⁽⁷⁴⁾ yaptıkları bir çalışmada “1.Evre BÜ koyu tenli bireylerde kolaylıkla tanımlanır” sorusuna %93 oranında yanlış cevap verilmiştir. Bu bulgular bize 1. Evre BÜ’nün belirlenmesinde sıkıntı yaşandığını ya da diğer evrelerle veya inkontinans lezyonları ile karıştırılma olasılığının yüksek olduğunu göstermektedir.

Araştırmada, hemşirelerin DDHŞ’yi belirlemeye yönelik soruyu (10. soru) doğru cevaplama oranı (%25.2) oldukça düşüktür (Tablo 4.4). DDHŞ, NPUAP tarafından 2007 yılında sınıflama sistemine dahil edilmiştir (16). Hem çalışmamıza hem de yurt dışında yapılan çalışmalara bakıldığında hemşirelerin güncel kaynak ve araştırma makalesi takip etme oranları oldukça düşük olduğundan BÜ ile ilgili güncel bilgileri öğrenip uygulamaya geçirme oranı da düşüktür. Çalışmamızda hemşireler, BÜ’yü önlemeye/tedaviye ilişkin uygulamalarında bilgi kaynağı olarak çoğunlukla temel hemşirelik eğitimi sırasında edindikleri bilgiden, deneyimli hemşirelerin uygulamalarından ve hekimlerin önerilerinden yararlandıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.2). Dolayısıyla bu araştırmada hemşirelerin DDHŞ’yi tanımlama oranlarının çok düşük olması bilgilerini güncellememeleri ile ilişkili olabilir. Ek tablo 1’de görüldüğü gibi GÜSAUM’de çalışan hemşirelerin bu soruya doğru cevap verme oranları diğer hastanelerden anlamlı ölçüde yüksektir. Araştırmacının uygulamayı gerçekleştirme sürecinde elde ettiği bilgiye göre, GÜSAUM’nin yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşireler kendilerine verilen bir günlük eğitimde BÜ’nün 2007 yılında yapılan sınıflamasına ve DDHŞ’ye ilişkin bilgi almışlardır. “DDHŞ’yi tedavi etmeye yardımcı olma” davranışını sorgulayan soruya (20. soru) hemşirelerin yaklaşık yarısı (%49.6) yanlış cevap vermiştir (Tablo 4.4). Yapılan literatür taramasında DDHŞ’nin tedavisi ile ilgili yeteri sayıda çalışmaya rastlanmamıştır.

Uluslararası rehberlerde derinin idrar ve dışkı ile temasını önlemek için bariyer etkili kremler, filmler kullanılması önerilmektedir ^{(2, 4, 43,}

55, 56, 59). “Islaklığa karşı bariyer etkili topikal ürün kullanma” davranışını sorgulayan soruya (6. soru) hemşirelerin yarısından fazlası (%63.8) doğru cevap vermiştir. Hulsenboom ve arkadaşlarının ⁽⁷⁵⁾ çalışmasında bariyer etkili topikal ürün kullanmaya hemşirelerin %52’si “faydalı bir uygulamadır” cevabını vermiştir. “Derinin ıslak kalmasına neden olan dış etkenlerin kontrol edilemediği durumlarda uygun malzeme kullanma” davranışını sorgulayan soruya (13. soru) hemşirelerin yarısından fazlası (%56.2) yanlış cevap vermiştir (Tablo 4.4). Zulkowski ve Ayello ⁽⁷²⁾ çalışmalarında “derinin inkontinans nedeniyle ıslaklığa maruz kalmasını önlemek amacıyla hasta alt bezi kullanılmalıdır” sorusuna kırsal alanda çalışan hemşirelerin %85’i, kentsel alanda hemşirelerin ise %70’i “doğru bir uygulamadır” cevabını vermiştir.

Ramanelli’nin ⁽¹⁴⁾ belirttiğine göre pozisyon değiştirme sıklığı ile ilgili ilk çalışma 1962 yılında yapılmış olmasına rağmen bu konu ile ilgili çok sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Norton ve arkadaşları yaşlı iki grup arasında BÜ insidansını karşılaştırmak amacıyla 1975 yılında yaptıkları bir çalışmada pozisyon değiştirdikleri birinci grupta BÜ insidansını %9, değiştirmedikleri ikinci grupta ise BÜ insidansını %26 olarak tespit etmişlerdir ⁽¹⁴⁾. “Yapabilen hastaya 15 dakikada bir pozisyonunu değiştirmesini öğretme” davranışını sorgulayan soru (7. soru) hemşirelerin en düşük oranda (%20.4) doğru cevap verdikleri sorudur (Tablo 4.4). Oysaki BÜ önlemeye/tedaviye yönelik standartların yer aldığı uluslararası rehberlerde belirtildiği gibi sandalyeye bağımlı bireylere yapabiliyorsa her 15 dakikada bir ellerinden destek alarak ağırlığını sağa sola aktarması basıncı dağıtarak BÜ riskini azaltacaktır. Hastaya bu davranışın öğretilmesi hemşirenin eğitim hedefleri arasında yer almalıdır ^(2, 6, 19, 44, 45). “Pozisyon değişikliği ya da transfer sırasında yardımcı olamayan bireyleri hareket ettirmeyi sağlayan özel yataklar ya da trapez gibi yardımcı araçlar kullanma” davranışını sorgulayan soruya (15. soru) hemşirelerin çoğunluğu (%68.0) doğru cevap vermiştir (Tablo 4.4).

“Hastaya uygun aralıklarla pozisyon verme” davranışını sorgulayan soruya (22. soru) hemşirelerin üçte ikisi (%70.0) doğru cevap vermiştir (Tablo 4.4). hemşirelerin bu cevabı sevindirici olmakla beraber %30 gibi bir hemşire oranının çok klasik bir bilgi olan “en az 2 saatte bir pozisyonun değiştirilmesini” bilmemeleri bu grubun eğitim gereksinimi olduğunu düşündürmektedir. Pancorbo-Hidalgo ve arkadaşlarının ⁽³⁰⁾ yaptıkları çalışmada “en az üç saatte bir pozisyon değiştirme” davranışına hemşirelerin %82.7’si doğrudur cevabını verirken hemşirelerin yalnızca %58.9’u bu uygulamayı yaptığını belirtmiştir.

“Risk değerlendirme ölçeğini uygun aralıklarla uygulama” davranışını sorgulayan soruya (8.soru) hemşirelerin %60.9’u doğru cevap vermiştir (Tablo 4.4). Ayrıca bu soru 35 hemşire tarafından cevaplanmamıştır. AHCPR ⁽⁴⁵⁾ tarafından geliştirilen rehberde BÜ risk değerlendirme ölçeği kullanma davranışı A düzeyde güvenilir bir kanıt olarak sunulmaktadır. Gunningberg ve arkadaşlarının ⁽⁷⁸⁾ yaptığı çalışmaya 41 lisans mezunu ve 44 hemşire yardımcısı olmak üzere toplam 85 hemşire katılmıştır. Risk değerlendirme uygulamasını lisans mezunu hemşirelerden 26’sı (%63) sürekli, 15’i ise (%37) bazen yaparken, hemşire yardımcılarının 33’ü (%75) sürekli, 10’u (%23) bazen ve 1’i (%2) ise hiç yapmadığını belirtmiştir. “Risk değerlendirme ölçeğinden elde edilen puanı değerlendirme” davranışını sorgulayan soruya (9. soru) hemşirelerin yarısından fazlası (%50.9) yanlış cevap vermiştir (Tablo 4.4). Araştırmacı uygulama esnasında çok az hemşirenin risk değerlendirme ölçeğinden elde edilen puan ile ilgili bilgi sahibi olduğunu gözlemlemiştir. Hemşireler bu soruyu cevaplarken genellikle risk puanını değil verilen vakanın genel durumunu dikkate alarak cevaplamışlardır.

DDHŞ ve 1. Evre BÜ’de hemşirelik uygulamalarının çoğu önleme programları üzerine yoğunlaşmakla birlikte yeterli sıvı alımı ve

dengeli beslenme gibi tedavi girişimleri doku toleransının sürdürülmesinde ve bireyin genel durumunun iyileştirilmesinde önemlidir (2, 43, 44, 45). “Hastanın beslenmesine yardımcı olma” davranışını sorgulayan soruya (11. soru) hemşirelerin yarıdan fazlası yanlış cevap vermiştir (Tablo 4.4). Bulgularımızın tersine Özdemir ⁽⁴²⁾ çalışmasında; “hastanın beslenmesine yardımcı olma” davranışı hemşirelerin çoğunluğu tarafından yerine getirilmiştir.

“Uygun deri bakımı yapma” davranışını sorgulayan soruya (14. soru) hemşirelerin çoğunluğu (%72.0) doğru cevap vermiştir (Tablo 4.4). Pancorbo-Hidalgo ve arkadaşlarının ⁽³⁰⁾ yaptıkları çalışmada hemşireler “deri temizliğini yapma ve deriyi kurulama” davranışına %78.2 oranında “uygulamada yapıyorum” cevabını vermiştir.

“Yapılan hemşirelik değerlendirmelerini ve uygulamalarını kaydetme” davranışını sorgulayan soruya (16. soru) hemşirelerin çoğunluğunun (%88.2) doğru cevap vermesi sevindirici bir bulgudur (Tablo 4.4). Çünkü kayıt sağlık personeli ve sağlık kuruluşları arasında iletişimi ve bakımın devamlılığını sağlamaktadır ⁽⁴⁵⁾. Ancak bu soruda kaydın niteliği sorgulanmamıştır. Kayıta önemli olan tüm bilgileri içermesi, tam, doğru ve zamanında tutulmasıdır.

“Uygun pansuman materyali seçme” davranışını sorgulayan soruya (17. soru) hemşirelerin çoğunluğu (%70.7) yanlış cevap vermiştir (Tablo 4.4). Pancorbo-Hidalgo ve arkadaşlarının ⁽³⁰⁾ çalışmasında hemşireler “ülserin özelliğine göre pansuman materyali seçme” davranışına %61.4 oranında “uygulamalarımda kullanıyorum” cevabını vermiştir.

Hasta yakınına BÜ'leri önlemeye/tedaviye yönelik eğitim/bilgi verme" davranışını sorgulayan soruya (23. soru) hemşirelerin çoğunluğu (%64.0) doğru cevap vermiştir (Tablo 4.4). Pancorbo-Hidalgo ve arkadaşları ⁽³⁰⁾ tarafından yapılan araştırmada hasta yakınına BÜ'yü önlemeye yönelik eğitim verme davranışına hemşirelerin %33.2'si, tedaviye yönelik eğitim verme davranışına ise %14.5'i "uygulamalarımda kullanıyorum" cevabını vermiştir. Özdemir'in ⁽⁴²⁾ yaptığı çalışmada "hasta yakınına BÜ'yü önlemeye yönelik eğitim/bilgi verme" davranışını 1. ve 2. gözlemlerde hiçbir hemşirenin yapmadığı görülürken 3. gözlemde sadece 1 hemşirenin bu davranışı yaptığı saptanmıştır. Bulgularımız ve Özdemir'in sonuçları bir arada düşünüldüğünde, hemşirelerin BÜ'ye yönelik verilecek eğitimin içeriğine ve eğitimin kendi sorumlulukları olduğuna ilişkin bilgilendirilmeye ihtiyaç duydukları söylenebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu araştırma, hemşirelerin derin doku hasarı ve 1. Evre basınç ülserlerinin bakımına ilişkin uygulamalarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıdaki gibidir:

1. Araştırmaya katılan hemşirelerin %39.2'si lisans programından ve %35'i sağlık meslek lisesinden mezundur. Hemşirelerin %46.0'sının hizmet süresi 1-5 yıl arasında değişmektedir. Hemşirelerin %47.7'si daha önce BÜ gelişme riski yüksek olan hastaların yattığı herhangi bir serviste çalışmamıştır. Ancak çoğunluğu şu anda çalıştığı serviste BÜ'sü olan hastaya bakım vermektedir (Tablo 4.1).
2. Hemşirelerin %56.5'i mezuniyetten sonra BÜ ile ilgili herhangi bir eğitim programına katılmamıştır. Eğitim programına katılanların %95.2'si hizmet içi eğitim aldığını belirtmiştir. Hemşirelerin %74.1'i 1-3 saat arasında eğitim almış olup %61.2'si aldığı eğitimi yeterli bulmuştur. Çalışmaya katılan hemşireler BÜ'yü önlemeye/tedaviye yönelik olarak birinci sırada hemşirelik eğitimi sırasında alınan bilgilerden, ikinci sırada deneyimli hemşirelerin uygulamalarından ve üçüncü sırada ise hekimlerin önerilerinden yararlandıklarını belirtmişlerdir. Hemşirelerin %24.5'i kendi BÜ uygulamalarını yeterli, %65.8'i ise kısmen yeterli bulmuştur (Tablo 4.2).
3. BÜ'nün önlenmesine/tedavisine yönelik hemşirelerin önerilerinin %50'sini sürekli mesleki eğitim programlarının geliştirilmesi, %18.05'ini ise hemşire sayısının artırılması oluşturmaktadır. Hemşireler %9.26 oranında yara bakım ünitelerinin oluşturulmasını ifade etmişlerdir (Tablo 4.3).

4. Hemşirelerin en düşük oranda doğru cevap verdikleri ilk üç soru sırası ile “yapabilen hastaya 15 dakikada bir pozisyonunu değiştirmesini öğretmeyi” sorgulayan 7 nolu (%20.4), “DDHŞ’yi belirlemeyi” sorgulayan 10 nolu (%25.2) ve “uygun pansuman materyalini uygulamayı” sorgulayan 18 nolu (%25.3) sorularıdır (Tablo 4.4).
5. Hemşirelerin en yüksek oranda doğru cevap verdikleri ilk üç soru ise “yapılan hemşirelik değerlendirmelerini ve uygulamalarını kaydetmeyi” sorgulayan 16 nolu (%88.2), “uygun deri bakımı yapmayı” sorgulayan 14 nolu (%72.0) ve “kemik çıkıntıları üzerine masaj yapmaktan kaçınma ve kemik çıkıntılarının birbirine temas etmesini önlemeyi” sorgulayan 3 nolu (%70.4) sorulardır (Tablo 4.4).
6. Hemşirelerin sorulara verdikleri doğru cevapların puan ortalaması 100 üzerinden 48.85 ± 11.99 ’dur (Tablo 4.4).
7. Hemşirelerin doğru cevap puan ortalamalarının hastanelere göre dağılımına bakıldığında doğru cevap puan ortalaması DYBEAH’de 47.10, AFTREAH 47.16 ve GÜSAUM 50.97’dir. Hemşirelerin çalıştıkları hastaneler ile testten alınan doğru cevap puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p=0.047<0.05$). Yapılan ileri değerlendirmede bu farkın DYBEAH ile GÜSAUM arasından kaynaklandığı saptanmıştır ($p=0.049<0.05$) (Tablo 4.5).
8. Hemşirelerin doğru cevap puan ortalamaları ile en son tamamlanan hemşirelik programı arasındaki ilişkiye bakıldığında doğru cevap puan ortalaması Sağlık Meslek Lisesi grubunda 45.98, Ön Lisans grubunda 48.13, Lisans ve üstü grupta 51.77’dir. Testten alınan doğru cevap puan ortalamaları ile en son tamamlanan hemşirelik

programı arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p=0.004<0.05$). Yapılan ileri değerlendirmede bu farklılığın sağlık meslek lisesi ile lisans ve üstü eğitim programından mezun olan hemşireler arasında olduğu saptanmıştır ($p=0.003<0.05$) (Tablo 4.5).

9. Daha önce BÜ'lü hastaların yattığı bir serviste çalışan hemşirelerin doğru cevap puan ortalaması 50.80 iken çalışmayan hemşirelerin doğru cevap puan ortalaması 46.71'dir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p= 0.009<0.05$) (Tablo 4.5).
10. Mezuniyetten sonra BÜ'nün önlenmesi/tedavisi ile ilgili eğitime katılan hemşirelerin doğru cevap puan ortalaması 51.09 iken katılmayan hemşirelerin doğru cevap puan ortalaması 47.13'dür. Hemşirelerin mezuniyetten sonra eğitime katılma durumları ile doğru cevap puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p= 0.012<0.05$) (Tablo 4.7).

6.2. Öneriler

1. Hemşirelerin 1. Evre BÜ ve DDHŞ'ye ilişkin doğru cevap puan ortalamaları düşük bulunmuştur. Bu nedenle hemşirelere yönelik sürekli eğitim programlarının geliştirilmesi ve hemşirelerin düzenli olarak programlara katılımlarının sağlanması.
Eğitim programlarının risk değerlendirme araçları ve risk faktörleri, deri bakımı ve koruyucu önlemler, basıncın azaltılması ve destek yüzeyleri temel konu başlıklarını içermesi.
2. Araştırmanın uygulaması sırasında hemşireler veri toplama formunda yer alan vaka örneklerini oldukça öğretici bulduklarını belirtmişlerdir. Bu nedenle hemşirelere yönelik eğitim programlarında önlemeye/tedaviye yönelik her bir hemşirelik

uygulamasına özgü vaka örneklerinin yer aldığı bakım planlarının sunulması ve tartışılması.

3. Hemşirelerin kongre, sempozyum gibi bilimsel faaliyetlere katılımlarının sağlanması ve desteklenmesi.
4. BÜ'nün önlenmesine/tedavisine yönelik bakım protokollerinin geliştirilmesi ve hemşirelerin bilgi kaynağı olarak bu protokolleri ve kitapları kullanmaları açısından teşvik edilmesi, desteklenmesi.
5. BÜ evrelerini ve risk değerlendirme skalasını içeren posterlerin geliştirilmesi ve servislerde tüm hemşirelerin görebileceği bir yere asılması.
6. Hemşirelerin önerileri dikkate alınarak yara bakım ünitelerinin oluşturulması ve kurumlarda yara bakım hemşireliğinin yerleştirilmesi.
7. BÜ'yü önleyici/tedavi edici uygulamaların hemşirenin çalışma saatinin önemli bir bölümünü aldığı düşünüldüğünde hemşire sayısının artırılması.
8. Doğru cevap puan ortalaması lisans ve üstü eğitim grubunda daha yüksek bulunmuştur. Bu nedenle temel hemşirelik eğitiminin en az lisans düzeyinde devam ettirilmesi.

7. ÖZET

KARABAĞ AYDIN A., Hemşirelerin Derin Doku Hasarı ve 1. Evre Basınç Ülserlerinin Bakımına İlişkin Uygulamalarının Belirlenmesi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2008.

Araştırma, hemşirelerin Derin Doku Hasarı ve 1. Evre basınç ülserlerinin bakımına ilişkin uygulamalarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırma, Ankara Büyükşehir Belediyesi sınırları içerisinde yer alan ikisi Sağlık Bakanlığı'na, biri Üniversiteye bağlı üç ayrı hastanede, BÜ gelişme riski yüksek olan Nöroloji, Ortopedi ve FTR servisleri ile Yoğun Bakım Ünitelerinde yapılmıştır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş, araştırma 243 hemşire üzerinde yapılmıştır.

Veriler uzman görüşü alınarak araştırmacı tarafından oluşturulan “Hemşirelerin Derin Doku Hasarı ve 1. Evre Basınç Ülserlerinin Bakımına İlişkin Uygulamalarının Belirlenmesine Yönelik Veri Toplama Formu” kullanılarak toplanmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelere veri toplama formu verilerek araştırmacının gözetiminde doldurmaları sağlanmıştır.

Veri toplama formu iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde hemşirelerin tanıtıcı özelliklerini içeren 14 soru, ikinci bölümde ise 8 vaka örneği ve her vakaya ilişkin 3 soru olmak üzere toplam 24 soru yer almaktadır.

Verilerin kodlama ve değerlendirme işlemleri SPSS 15.0 programı kullanılarak yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde Anova, t-

Testi, Kruskal Wallis H Testi, Mann Whitney U Testi, Tukey HSD, Ki-Kare testleri, sayı ve yüzdelik hesapları kullanılmıştır

Araştırmada, hemşirelerin sorulara verdikleri doğru cevapların puan ortalaması 100 üzerinden $\bar{x} = 48.85 \pm 11.99$ 'dur. Hemşirelerin testten aldıkları doğru cevap puan ortalamaları ile çalıştıkları hastaneler, en son tamamladıkları hemşirelik programı, daha önce BÜ' lü hastaların yattığı bir serviste çalışma durumları ve mezuniyetten sonra eğitime katılma durumları arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Basınç Ülserleri, DDHŞ, 1. Evre BÜ, Önleme, Tedavi, Hemşirelik Bakımı.

8. SUMMARY

KARABAĞ AYDIN A., The Determination of Nursing Care Practices Concerning Deep Tissue Injury and Stage 1 Pressure Ulcer, Gazi University Health Sciences Institute Nursing Program, Master's Thesis, Ankara, 2008.

The purpose of this descriptive study was to determine the nursing care practices concerning deep tissue injury and stage 1 pressure ulcer.

The study was conducted in places that have patients with high risk of developing pressure ulcer such as neurology, orthopedics, physio-theraphy, rehabilitation and intensive care units of the three hospitals, two of them are state hospitals and the other is a university hospital located in Ankara. The sample was consisted of 243 nurses. No sampling method was used and participation was voluntary.

Data gathered by using questionnaire form entitled "The Questionnaire for the Identification of Nursing Care Practices Concerning Deep Tissue Injury and Stage 1 Pressure Ulcer" which was developed by the opinions of specialist. The questionnaire was provided to the nurses , who accepted to be in the study, and were filled under the supervision of the researcher.

The questionnaire was consisted of two parts. 14 questions related to demographic information of the participants were included in the first part, The second part with 24 questions included 8 cases and 3 questions for each cases.

The analysis of the data were done by using SPSS 15.0 software. The statistical tests were ANOVA, t-test, Kruskal Wallis H Test,

Mann Whitney U Test, Tukey HSD, and Chi-square test, number and percentage.

The mean score of the correct answers was $\bar{x} = 48.85 \pm 11.99$ out of 100. Significant differences were found between the scores of correct answers taken and for the variables such as the hospital where the nurse works, the latest nursing program she was in, whether she previously worked in a service where patients with pressure ulcer were treated, and participation in in-service training activities.

Recommendations were made according to the results of the study.

Key Words: Pressure ulcers, DTI, stage 1 pressure ulcer, prevention, treatment, nursing care.

9. KAYNAKLAR

1. Tel H, Özden D, Güneş Çetin P, Yatağa Bağımlı Hastalarda Basınç Yarası Gelişme Riski ve Hemşirelerin Bu Hastalara Uyguladıkları Önleyici Bakım, Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2006; 1(2): 35–45.
2. RNAO Nursing Best Practice Guidelines Program. Risk Assessment & Prevention of Pressure Ulcers. Revised March 2005 [online]. [10 Haziran 2008]. Elektronik adresi: <http://www.rnao.org/Storage/12/638 BPG Pressure Ulcers v2.pdf>
3. Lindgren M, Unosson M, Fredrikson M, Ek A-C, Immobility – a major risk factor for development of pressure ulcers among adult hospitalized patients: a prospective study, Scand J Caring Sci 2004; 18: 57–64.
4. Lewis M, Pearson A, Ward C, Pressure ulcer prevention and treatment: transforming research findings into consensus based clinical guidelines, International Journal of Nursing Practice 2003; 9: 92–102.
5. Lepistö M, Erikson E, Hietanen H, Asko-Seljavaara S. Patients with Pressure Ulcers in Finnish Hospitals. International Journal of Nursing Practice. 2001; 7: 280–287.
6. Hoeman SP. Rehabilitation Nursing Process and Application. Chapter 15. 2 nd ed. Mosby. America. 1996; 273-306.

7. Clarke HF, Bradley C, Whytock S, Handfield S, Van Der Wal R, Gundry S, Pressure ulcers: implementation of evidence-based nursing practice, *Journal of Advanced Nursing* 2005; 49: 578–590.
8. Takahashi PY, Kiemele LJ, Jones JP. Wound Care for Elderly Patients: Advances and Clinical Applications for Practicing Physicians. *Mayo Clin. Proc.* 2004; 79: 260–267.
9. Ayello EA, Braden B. How and Why to Do Pressure Ulcer Risk Assessment. *Advances in Skin & Wound Care.* 2002; 15(3): 125–133.
10. Ayolle EA, Pressure Ulcer Benchmarking. *WCET Journal.* 2004; 24: 17-19.
11. Woodbury MG, Houghton PE, Prevalence of Pressure Ulcers in Canadian Healthcare Settings, *Ostomy/ Wound Management* 2004; 50: 22–38.
12. Capon A, Pavoni N, Mastromattei A, Di Lallo D, Pressure Ulcer Risk in Long-Term Units: Prevalence and Associated Factors, *Journal of Advanced Nursing*, 2007; 58: 263–272.
13. Whittington K, Patrick M, CWOON, Roberts JL. A National Study of Pressure Ulcer Prevalence and Incidence in Acute Care Hospitals. *JWOON.* 2000; 27: 209–215.
14. Ramanelli M. Science and Practice of Pressure Ulcer Management. Chapter 4 and Chapter 8. Springer-Verlag London Limited 2006.
15. Stekelenburg, A., C. W. J. Oomens, G. J. Strijkers, K. Nicolay, and D. L. Bader. Compression-induced Deep Tissue injury Examined With

Magnetic Resonance imaging and Histology. J Appl Physiol. 2006; 100: 1946–1954.

16. Black J, Baharestani MM, Cuddigan J, Dorner B, Edsberg L, Langemo D, Posthauer ME, Ratliff C, Taler G and The National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). National Pressure Ulcer Advisory Panel's Updated Pressure Ulcer Staging System. *Advances in Skin & Wound Care*. 2007; 269–274.
17. National Institute for Clinical Excellence. Pressure Ulcer Prevention. Developed by the National Collaborating Centre for Nursing and Supportive Care. Clinical Guideline 7. October 2003.
18. Schoonhoven L, Defloor T, Grypdonck MHF, Incidence of pressure ulcers due to surgery, *Journal of Clinical Nursing*. 2002; 11: 479–487.
19. Myers BA. *Wound Management Principles and Practice*. Chapter 12. 1st ed. United States of America. Upper Saddle River, New Jersey 07458. 2004; 260-296.
20. Lindgren M, Unosson M, Krantz A-M, Ek A-C, A risk assessment scale for the prediction of pressure sore development: reliability and validity, *Journal of Advanced Nursing* 2002; 38: 190–199.
21. For the Prediction and Prevention of Pressure Ulcers. Clinical Practice Guidelines. Australian Wound Management Association Inc. Published by Cambridge Publishing. 2001. [online]. [10 Mayis 2008]. Elektronik adresi:
[http://www.awma.com.au/publications/2007/cpgpppu_v_abridged.pdf#search= "For the Prediction and Prevention of Pressure Ulcers"](http://www.awma.com.au/publications/2007/cpgpppu_v_abridged.pdf#search= \)

22. HUQ EAKM. Bir Eğitim Hastanesinde Bası Yarası Prevalansı ve Bası Yarası Gelişiminde Etkili Risk Faktörleri. Uzmanlık Tezi. İstanbul. İstanbul Üniversitesi; 2001.
23. Franks P.J. The Cost of Pressure Ulceration. EWMA Journal. 2007; 7 (2): 15–17.
24. Halfens RJG, Bours GJJW, Van Ast W, Relevance of The Diagnosis “Stage I Pressure Ulcer”: An Empirical Study of The Clinical Course of Stage I Ulcers in Acute Care And Long-Term Care Hospital Populations. Journal of Clinical Nursing. 2001; 10: 748–757.
25. Karadağ M, Gümüşkaya N, The Incidence Of Pressure Ulcers in Surgical Patients: A Sample Hospital in Turkey. Journal of Clinical Nursing. 2006; 15: 413–421.
26. Bennet G, Dealey C, Posnett J. The Cost of Pressure Ulcers in the UK. Age and Ageing. 2004; 33 (3): 230–235.
27. Kurt N. Akut ve Kronik Yara Bakımı. Nobel Tıp Kitapevleri. 2003; 285-308.
28. Ceelen K.K. Aetiology of Pressure Ulcers. Part I of MSc-Thesis. Eindhoven University of Technology Faculty of Biomedical Engineering. BMTE03.10. 2003.
29. Kurtuluş Z, Pınar R, Braden Skalası İle Belirlenen Yüksek Riskli Hasta Grubunda Albümin Düzeyleri İle Bası Yaraları Arasındaki İlişki, C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2003; 7: 1–10.

30. Pancorbo-Hidalgo PL, Garcí'a-Ferna'ndez FP, Lo'pez-Medina IM, Lo'pez-Ortega J, Pressure Ulcer Care in Spain: Nurses' Knowledge and Clinical Practice. Journal of Advanced Nursing, 2007; 58: 327–338.
31. Mitchell H. A Review of The Lowthian Pressure Sore Prediction Score for Risk Assessment in The Orthopaedic Setting. Journal of Orthopaedic Nursing. 2004; 8: 142–150.
32. Erhan B. Bası Yaraları. FTR Bil. Derg. 2006; 9: 64–68.
33. Templeton S. Wound Care Nursing A Guide to Practice. Chapter 12. 1 nd ed. Asumed Publications. Melbourne – Seattle Australia. 2005; 189-209.
34. Pressure Ulcer Stages. NPUAP [online] 2007. [03 Ocak 2008] Elektronik adresi: http://www.npuap.org/documents/NPUAP2007_PU_Def_and_Descriptions.pdf
35. European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP): Pressure Ulcers Classification [online]. [23 Mayıs 2008] Elektronik adresi: <http://www.puclas.ugent.be/puclas/e/page54.html>
36. Guyton AC, Hall JE. Tıbbi Fizyoloji. 10. baskı. Yüce Yayınları A.Ş. ile Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti. Artak yayını. 2001; 144-151.
37. Keller JA, Wille J, Ramshorst B, Werken C. Pressure Ulcers in Intensive Care Patients: A Review of Risks and Prevention. Intensive Care Med. 2002; 28: 1379–1388.

38. Aguilar LRS. A Functional Electrical Stimulation Technique for the Prevention of Deep Tissue Injury. Thesis Master of Science. University of Alberta. Department of Biomedical Engineering. 2007.
39. Sert G. Sıçanlarda Bası Yarası Oluşumuna Bağlı Olarak Gelişen Oksidan Hasarın Belirlenmesi ve Bu Hasara Karşı Bazı İlaçların Koruyucu Etkileri. Doktora Tezi. İstanbul. Marmara Üniversitesi. 2005.
40. Pınar R. Yaşlılarda Bası Yaraları: Önleme, Tedavi ve Bakım. Klinik Gelişim. 2004; 17(2): 130–137.
41. Keast DH, Parslow N, Houghton PE, Norton L, Fraser C. Best Practice Recommendations for the Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Update 2006. Advances in Skin & Wound Care. 2007; 20: 447–460.
42. ÖZDEMİR H. Basınç Ülseri Gelişme Riski Bulunan Hastalara Bakım Veren Hemşirelerin Basınç Ülseri Gelişimini Önlemeye Yönelik Davranışları. Yüksek Lisans. Ankara. Gazi Üniversitesi. 2006.
43. NPUAP Pressure Ulcer Prevention [online]. 2001 [04 Haziran 2008] Elektronik adresi: <http://www.npuap.org/PDF/prevcurr.pdf>.
44. Dolynchuk K, Keast D, Campbell K, Houghton P, Orsted H, Sibbald G, Atkinson A. Best Practices for the Prevention and Treatment of Pressure Ulcers. Ostomy Wound Management. 2000; 46 (11): 38–52.
45. Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) Supported Clinical Practice Guidelines. Pressure Ulcers in Adults: Prediction

and Prevention [online]. 1992 [13 Mart 2008] Elektronik adresi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?rid=hstat2.section.4521>.

46. Porter PA, Perry AG. Skin Integrity in "Fundamentals of Nursing, Concepts, Process and Practice", 6 th ed. Mosby Yearbook, Printed in the United States of America, 2005;
47. Baranoski S. Raising Awareness of Pressure Ulcer Prevention and Treatment. *Advances in Skin & Wound Care*. 2006; 19 (7): 398–405.
48. Ankrom MA, Bennett RG, Sprigle S, Langemo D, Black JM, Berlowitz DR, Lyder CH ve The National Pressure Ulcer Advisory Panel. Pressure-Related Deep Tissue Injury under Intact Skin and the Current Pressure Ulcer Staging Systems. *Advances in Skin & Wound Care*. 2005; 18(1): 35–42.
49. Black JM. ve The National Pressure Ulcer Advisory Panel. Moving Toward Consensus on Deep Tissue Injury and Pressure Ulcer Staging. *Advances in Skin & Wound Care*. 2005; 18(8): 415–421.
50. Fleck CA. Suspected Deep Tissue Injury. *Advances in Skin & Wound Care*. 2007; July. : 413–415.
51. Ayello EA, Lyder CH. A New Era of Pressure Ulcer Accountability in Acute Care. *Advances in Skin & Wound Care*. 2008; 21: 134–140.
52. BALDWIN KM. Preventing and Treating Pressure Ulcers. *Nursing made Incredibly Easy!*. 2006; 4 (1): 12 – 27.
53. Prevention of Skin Breakdown. [online] [06 Temmuz 2008] Elektronik adresi: <http://hab.hrsa.gov/tools/palliative/chap25.html>

54. RNAO Nursing Best Practice Guidelines Program. Assessment & Management of Stage I to IV Pressure Ulcers Revised March 2007. [online] [04 Nisan 2008] Elektronik adresi: http://www.rnao.org/Storage/29/2371_BPG_Pressure_Ulcers_I_to_IV.pdf
55. Tucker P. Pressure Ulcer Management. MSc-Thesis. Northern Kentucky University. 2006.
56. Wound, Ostomy and Continence Nurses Society (WOCN), Guideline for Prevention and Management of Pressure Ulcers. Glenview: WOCN Clinical Practice Guideline [online]. 2003. [04 Nisan 2008] Elektronik adresi: http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=3860&nbr=003071&string=pressure+AND+ulcer
57. Ratliff CR. WOCN's Evidence-Based Pressure Ulcer Guideline. *Advances in Skin & Wound Care*. 2005; 18: 204–208.
58. Karadağ A. Basınç Ülserleri: Değerlendirme, Önleme ve Tedavi, C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2003; 7 (2): 41–46.
59. Ripley K. Skin Care in Patients with Urinary or Faecal Incontinence. *Primary Health Care*. 2007; 17(4): 29–34.
60. Duimel-Peeters IGP. Preventing Pressure Ulcers with Massage? *American Journal of Nursing*. 2005; 105(8): 31–32.
61. Faecal incontinence: the management of faecal incontinence in adults. NICE clinical guideline 49 Developed by the National Collaborating Centre for Acute Care. [online] 2007. [17 Haziran 2008]

Elektronik adresi: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG49NICEGuidance.pdf>.

62. Pediani R. What has pain relief to do with acute surgical wound healing? [online]. 2001. [14 Haziran 2008] Elektronik adresi: <http://www.worldwidewounds.com/2001/march/Pediani/Pain-relief-surgical-wounds.html>.
63. Pressure Ulcer Prevention and Management Resource Guidelines. The State of Queensland, Queensland Health [online]. 2004. [12 Haziran 2008] Elektronik adresi: http://www.health.qld.gov.au/quality/Publication/pressure_mgt2004.pdf.
64. Pressure Ulcer Treatment: A Competency-based Curriculum. NPUAP [online]. 2001. [22 Mayıs 2008] Elektronik adresi: http://www.npuap.org/PDF/treatment_curriculum.pdf.
65. Stage 1 Pressure Ulcer. Tyco Healthcare [online]. [10 Haziran 2008] Elektronik adresi: <http://www.dhphomedelivery.com/wound-care-pressure-ulcers.pdf>.
66. Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı [online]. 2006 [06 Temmuz 2007] Elektronik adresi: <http://www.saglik.gov.tr/TR/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFFAC8287D72AD903BEFFB31DDACD1CE3B0>
67. Graves N, Birrell F, Whitby M. Effect of Pressure Ulcers on Length of Hospital Stay, Infect Control Hosp Epidemiol, 2005; 26(3): 293–297.

68. Panagiotopoulou K, Kerr SM. Pressure Area Care: An Exploration of Grek Nurses' Knowledge and Practice. *Journal of Advanced Nursing*. 2002; 40(3): 285–296.
69. Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V. Biyoistatistik. 11.Baskı. Ankara: Hatiboğlu Yayınevi. 2005.
70. Sinclair L, Berwiczonek H, Thurston N, Butler S, Bulloch G, Ellery C, Giesbrecht G. Evaluation of an Evidence-Based Education Program for Pressure Ulcer Prevention. *J WOCN*. 2004; 31(1): 43–50.
71. The ICN Code of Ethics for Nurses [online]. 2006. [26 Haziran 2008] Elektronik adresi: <http://www.icn.ch/icncode.pdf>
72. Zulkowski K, Ayello EA. Urban and Rural Nurses' Knowledge of Pressure Ulcers in the USA. *WCET*. 2005; 25(3): 24–28.
73. Ayello EA, Meaney G. Replicating a Survey of Pressure Ulcer Content in Nursing Textbooks. *J WOCN*. 2003;30: 266–271.
74. Ayello EA, Baranoski S, Salati DS. A Survey of Nurses' Wound Care Knowledge. *Advances in Skin & Wound Care*. 2005; 18(5): 268–275.
75. Hulsenboom MA, Bours GJ, Halfens RJ, Knowledge of Pressure Ulcer Prevention: a Cross-Sectional and Comparative Study Among Nurses, *BMC Nursing*, 2007; 6:2.
76. Duimel-Peeters IGP, Hulsenboom MA, Berger MPF, Snoeckx LHEH, Halfens RJG. Massage to Prevent Pressure Ulcers: Knowledge, Beliefs and Practice. a Cross-Sectional Study Among Nurses in The

Netherlands in 1991 and 2003. *Journal of Clinical Nursing*. 2006; 15: 428–435.

77. Odierna E, Zeleznik J. Pressure Ulcer Education: A Pilot Study of the Knowledge and Clinical Confidence of Geriatric Fellows. *Advances in Skin & Wound Care*. 2003; 16(1): 26–30.
78. Gunningberg L, Lindholm C, Carlsson M, Sjöden P. Risk Prevention and Treatment of Pressure Ulcers – Nursing Staff Knowledge and Documentation. *Scand J Caring Sci*. 2001; 15: 257–263.

Ek Tablo 1. Hemşirelerin Sorulara Verdikleri Cevapların Hastanelere Göre Dağılımı (n= 237)

Hastaneler	Soru 1				Soru 2				Soru 3				Soru 4			
	Doğru		Yanlış		Doğru		Yanlış		Doğru		Yanlış		Doğru		Yanlış	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
DYBEAH	42	40.4	62	59.6	45	42.9	60	57.1	79	78.2	22	21.8	67	64.4	37	35.6
AFTREAH	11	44.0	14	56.0	11	45.8	13	54.2	13	52.0	12	48.0	17	68.0	8	32.0
GÜSAUM	48	45.7	57	54.3	47	46.1	55	53.9	70	67.3	34	32.7	62	59.6	42	40.4
P Değeri	P= 0.736				P= 0.890				P= 0.023*				P= 0.652			
	Soru 5				Soru 6				Soru 7				Soru 8			
	Doğru		Yanlış		Doğru		Yanlış		Doğru		Yanlış		Doğru		Yanlış	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
DYBEAH	53	51.5	50	48.5	60	61.2	38	38.8	18	17.6	84	82.4	43	46.7	49	53.3
AFTREAH	18	72.0	7	28.0	9	36.0	16	64.0	9	39.1	14	60.9	11	73.3	4	26.7
GÜSAUM	80	74.8	27	25.2	77	72.6	29	27.4	20	19.0	85	81.0	25	26.3	70	73.7
P Değeri	P= 0.001*				P= 0.002*				P= 0.062				P= 0.000*			
	Soru 9				Soru 10				Soru 11				Soru 12			
	Doğru		Yanlış		Doğru		Yanlış		Doğru		Yanlış		Doğru		Yanlış	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
DYBEAH	52	51.5	49	48.5	17	16.3	87	83.7	37	36.6	64	63.4	59	57.3	44	42.7
AFTREAH	13	56.5	10	43.5	4	16.0	21	84.0	8	33.3	16	66.7	11	45.8	13	54.2
GÜSAUM	48	45.3	58	54.7	38	36.2	67	63.8	48	46.6	55	53.4	46	45.1	56	54.9
P Değeri	P= 0.508				P= 0.002*				P= 0.257				P= 0.193			

* İstatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Ek Tablo 1.'in Devamı

Hastaneler	Soru 13				Soru 14				Soru 15				Soru 16			
	Doğru		Yanlış		Doğru		Yanlış		Doğru		Yanlış		Doğru		Yanlış	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
DYBEAH	42	40.4	62	59.6	79	76.7	24	23.3	65	63.1	38	36.9	91	86.7	14	13.3
AFTREAH	13	52.0	12	48.0	17	70.8	7	29.2	15	65.2	8	34.8	20	80.0	5	20.0
GÜSAUM	47	45.2	57	54.8	71	67.6	34	32.4	77	73.3	28	26.7	98	91.6	9	8.4
P Değeri	P= 0.533				P= 0.342				P= 0.274				P= 0.220			
	Soru 17				Soru 18				Soru 19				Soru 20			
	Doğru		Yanlış		Doğru		Yanlış		Doğru		Yanlış		Doğru		Yanlış	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
DYBEAH	31	30.7	70	69.3	20	23.3	66	76.7	42	40.0	63	60.0	43	41.7	60	58.3
AFTREAH	6	25.0	18	75.0	5	31.3	11	68.8	7	29.2	17	70.8	9	39.1	14	60.9
GÜSAUM	30	28.8	74	71.2	20	26.3	56	73.7	42	40.0	63	60.0	63	61.8	39	38.2
P Değeri	P= 0.852				P= 0.767				P= 0.588				P= 0.009*			
	Soru 21				Soru 22				Soru 23				Soru 24			
	Doğru		Yanlış		Doğru		Yanlış		Doğru		Yanlış		Doğru		Yanlış	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
DYBEAH	41	39.0	64	61.0	58	55.2	47	44.8	59	60.2	39	39.8	44	41.9	61	58.1
AFTREAH	11	44.0	14	56.0	20	80.0	5	20.0	17	73.9	6	26.1	8	33.3	16	66.7
GÜSAUM	40	37.4	67	62.6	88	82.2	19	17.8	68	65.4	36	34.6	56	52.8	50	47.2
P Değeri	P= 0.828				P= 0.000*				P= 0.432				P= 0.119			

* İstatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

EK-1 ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI HASTANELERDEN ALINAN İZİN YAZILARI



Sayı : B.10.4.İSM.4.06.00.09./773-99
Konu: Tez Çalışması

008890 04.03.2008

GAZİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE (Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü)

İlgi: 13.02.2008 tarih ve 240 sayılı yazımız.

Enstitünüz Hemşirelik Yüksek Lisans programı öğrencisi Arzu KARABAĞ AYDIN' ın, Doç. Dr.Ayişe KARADAĞ Danışmanlığında "Hemşirelerin Derin Doku Hasarı ve 1. Evre Basınç Ülserlerinin Bakımına İlişkin Uygulamalarının Belirlenmesi" konulu tez çalışmasını İlimiz Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi (Yoğun Bakım Ünitesi, Nöroloji Servisi, Ortopedi Servisi, Fizik Tedavi Rehabilitasyon Servisi) ve Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapabilmesi ile ilgili Valilik Makamının 28.02.2008 tarih ve 8166 sayılı oluru ekte gönderilmiştir.

Gereğini rica ederim.

Dr. A.Çiğdem ŞİMŞEK
Vali a.
Sağlık Müdür Yardımcısı

EK: Valilik Oluru (1 sayfa)
Anket Örneği (7 sayfa)

EK-1 ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI HASTANELERDEN ALINAN İZİN YAZILARI

T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı: B.10.4.İSM.4.06.00.09/773-99
Konu : Tez Çalışması

008166 28.02.2008

VALİLİK MAKAMINA

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans programı öğrencisi Arzu KARABAĞ AYDIN' ın, Doç. Dr.Ayişe KARADAĞ Danışmanlığında "Hemşirelerin Derin Doku Hasarı ve 1. Evre Basınç Ülserlerinin Bakımına İlişkin Uygulamalarının Belirlenmesi" konulu tez çalışmasını İlimiz Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi (Yoğun Bakım Ünitesi, Nöroloji Servisi, Ortopedi Servisi, Fizik Tedavi Rehabilitasyon Servisi) ve Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapabilmesi Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünün 13.02.2008 tarih ve 240 sayılı yazısı ile talep edilmektedir.

Söz konusu çalışma ile ilgili anket formu yazımız ekinde olup, Yüksek Lisans Öğrencisi Arzu KARABAĞ AYDIN' ın tez çalışmasını belirtilen kurumlarda yapılabilmesi hususunu;

Tensiplerinize arz ederim.

Uz.Dr. Mustafa AKSOY
Sağlık Müdürü

OLUR
26.2.2008
Hakkı LOĞOĞLU
Vali a.
Vali Yardımcısı

EK: Anket Formu (4 sayfa)

EK-1 ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI HASTANELERDEN ALINAN İZİN YAZILARI



T.C.
Gazi Üniversitesi
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
Gazi Hastanesi Başhekimliği



Sayı : B.30.2.GÜN 0.1.H.00.01 / 510
Konu :

05.03/2008
ANKARA

T.C. GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

İlgi: 13.02.2008 tarih ve 240 sayılı yazınız.

İlgi yazınızla bildirilen, Arzu KARABAĞ AYDIN'ın Doç.Dr.Ayişe KARADAĞ danışmanlığında *"Hemşirelerin Derin Doku Hasarı ve 1.Evre Basınç Ülserlerinin Bakımına ilişkin Uygulamalarının Belirlenmesi"* konulu tezi ile ilgili anket çalışmasının Hastanemizde yapma talebiniz Başhekimliğimizce uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof.Dr.Mustafa ŞARE
Başhekim

Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
06510 Beşevler / ANKARA

Tel : 0 312 202 50 90
Fax : 0 312 223 05 28

Gazi.Form.016.00

1403/00

EK-2 VERİ TOPLAMA FORMU

HEMŞİRELERİN DERİN DOKU HASARI VE 1. EVRE BASINÇ ÜLSERLERİNİN BAKIMINA İLİŞKİN UYGULAMALARININ BELİRLENMESİNE YÖNELİK SORU FORMU

Değerli Meslektaşım;

Basınç ülserleri (yatak yaraları) hasta bakımının her aşamasında bireyi etkileyen ve bakımın kalitesinin göstergesi olarak değerlendirilen önemli bir sağlık sorunudur. Hemşireler zamanlarının yaklaşık olarak %50'sini gelişen basınç ülserini iyileştirmek için harcamaktadır.

Bu araştırma; Hemşirelerin Derin Doku Hasarı ve 1. Evre Basınç Ülserlerinin Bakımına İlişkin Uygulamalarının Belirlenmesi amacıyla planlanmıştır. Araştırmadan elde edilen sonuçlar sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır. Elde edilecek sonuçların hemşireliğin bilimsel bilgi birikimine ve basınç ülserlerinin azaltılmasına yönelik planlamalara katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu nedenle tüm soruları eksiksiz cevaplamanız önemlidir.

Bu anket formu sizi bireysel olarak değerlendirmeye yönelik olmadığından formun üzerine isminizi yazmayınız. Anket formunu cevaplandırarak hemşirelik bilimine katkıda bulunduğunuz için teşekkür ederim.

Arzu KARABAĞ AYDIN

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Öğrencisi

BÖLÜM I

KİŞİSEL BİLGİLER

Lütfen aşağıdaki kişisel bilgilerinize uygun olan seçeneği (X) şeklinde işaretleyiniz.

- 1) Yaşınız _____
- 2) En son tamamladığınız **hemşirelik programı**:
 - ☐ Sağlık Meslek Lisesi
 - ☐ Ön Lisans Programı
 - ☐ Lisans Programı
 - ☐ Yüksek Lisans Programı
 - ☐ Doktora Programı
- 3) Hemşirelikteki hizmet süreniz _____ (yıl).
- 4) Çalıştığınız servis :
 - ☐ Yoğun bakım ünitesi
 - ☐ Nöroloji servisi
 - ☐ Ortopedi servisi
 - ☐ Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon servisi
- 5) Daha önce basınç ülseri gelişme riski yüksek olan hastaların yattığı bir serviste çalıştınız mı?
 - ☐ Evet
 - ☐ Hayır
- 6) Şu anda çalıştığınız serviste basınç ülseri olan hastaya bakım veriyor musunuz? (Cevabınız “Hayır” ise 8. soruya geçiniz)
 - ☐ Evet
 - ☐ Hayır
- 7) Bir haftada ortalama olarak basınç ülseri olan kaç hastaya bakım veriyorsunuz?
 - ☐ Hiç
 - ☐ 1-2
 - ☐ 3-4
 - ☐ 5 ve üzeri
- 8) Mezuniyetinizden sonra basınç ülserlerinin önlenmesi/tedavisi ile ilgili bir eğitim programına katıldınız mı? (Cevabınız “Hayır” ise 11. soruya geçiniz)
 - ☐ Evet
 - ☐ Hayır

- 9) Basınç ülserlerinin önlenmesine/tedavisine ilişkin en son katılmış olduğunuz eğitim programının özelliklerine ilişkin aşağıdaki tabloyu doldurunuz.

	Katılım tarihi	Program süresi	Eğitim veren kurum
Hizmet içi eğitim			
Kurs			
Firma tanıtımı			
Diğer (.....)			

- 10) Katılmış olduğunuz eğitim programında edindiğiniz bilgileri hemşirelik bakımına yansıtabildiniz mi?

☐ Evet ☐ Kısmen ☐ Hayır

- 11) Basınç ülserlerini önlemeye/tedaviye yönelik gelişmeleri takip ettiğiniz herhangi bir kaynak (kitap, dergi, vb.) var mı?

☐ Evet (Belirtiniz.....)
☐ Hayır

- 12) Basınç ülserlerini önlemeye/tedaviye yönelik uygulamalarınızda aşağıdaki bilgi kaynaklarından hangisi/hangilerini kullanıyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).

☐ Hemşirelik eğitimi sırasında alınan bilgiler
☐ Birlikte çalışılan deneyimli hemşirelerin uygulamaları
☐ Hekimlerin önerileri
☐ Konuyla ilgili dergiler, kitaplar
☐ İnternet, gazete veya televizyon
☐ Diğer (açıklayınız.....)

- 13) Basınç ülserinin önlenmesine/tedavisine yönelik hemşirelik uygulamalarınızı yeterlilik açısından nasıl değerlendirirsiniz?

☐ Yeterli
☐ Kısmen yeterli
☐ Yetersiz

- 14) Basınç ülserlerinin önlenmesine/tedavisine yönelik hemşirelik uygulamalarının niteliğini artırmak için sizce neler yapılabilir.

-
-

BÖLÜM 2

Açıklama: Aşağıda “Derin Doku Hasarı Şüphesi (DDHŞ)” ve “1. Evre Basınç Ülseri ” olan 8 vaka örneği ve her vakaya ilişkin 3 soru olmak üzere toplam 24 soru yer almaktadır. Her bir vakayı dikkatlice okuduktan sonra vakanın altında verilen soruları o vakaya ilişkin olarak cevaplandırınız.

Her sorunun tek bir doğru cevabı vardır. Lütfen her soruda sadece bir seçenek işaretleyiniz.

VAKA 1

62 yaşında olan bay K.A. iki gün önce düşme nedeni ile hastaneye getirilmiştir. Sağ kalçasında kırık olduğu tespit edilen bay K.A. kırık nedeniyle ameliyat edilmiştir. Yatak içinde bağımsız hareketlerinin çok azını yerine getirebilmektedir. Baş kısmının yükseltilmesinde herhangi bir sakınca olmayan hastanın cildi oldukça kurudur.

Aşağıdaki 1 2 ve 3. soruları vaka 1'deki bilgileri dikkate alarak cevaplandırınız.

1. Bay K.A' da basıncı azaltmaya yöne-lik olarak yapılan aşağıdaki uygulama-larından hangisi uygun değildir?

- A) Hastanın en az iki saat aralıklarla çevrilmesi
- B) Pozisyon değiştirme ve çevirme çizelgesinin kullanılması
- C) Basıncı azaltmak amacıyla halka/simit kullanılması
- D) Ayak topuklarının yataktan kaldırarak basıncın azaltılması

2. Bay K.A.'ya aşağıdaki yatış pozisyonlarından hangisini verirsiniz derin dokularda yırtılmayı önlersiniz?

- A) Sol yan pozisyon ve yatak başı 45° yukarıda
- B) Sırtüstü pozisyon ve yatak başı 30° yukarıda
- C) Sağ yan pozisyon ve yatak başı 45° yukarıda
- D) Sırtüstü pozisyon ve yatak başı 60° yukarıda

3. Bay K.A.'nın deri bütünlüğünü korumaya yönelik olarak aşağıdaki hemşirelik uygulamalarından hangisi yanlıştır?

- A) Kemik çıkıntılarının birbirine temasını önleme
- B) Hastayı sınırları ölçüsünde aktif tutma
- C) Nemlendirici krem veya losyon kullanma
- D) Kemik çıkıntıları üzerine masaj yapma

VAKA 2

54 yaşında olan bayan B.D. geçirdiği trafik kazası sonucu spinal kord yaralanması nedeniyle yoğun bakım ünitesinde yatmaktadır. İnkontinans nedeni ile derisi ıslak olan hastanın yatak çarşafının her nöbette en az bir kez değiştirilmesi gerekmektedir. Hastanın hastaneye kabulünden iki gün sonra yapılan günlük deri değerlendirmesinde skapula ve sakrum bölgesinde üzerine basmakla kaybolmayan kızarıklık gelişmiştir, ancak deri bütünlüğü bozulmamıştır.

Aşağıdaki 4 5 ve 6. soruları vaka 2' deki bilgileri dikkate alarak cevaplandırınız.

4. Bayan B.D.'de basınç ülserinin (BÜ) gelişme durumuna ilişkin aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- A) BÜ gelişmemiştir.
- B) I. Evre BÜ gelişmiştir.
- C) II. Evre BÜ gelişmiştir.
- D) DDHŞ(Derin Doku Hasarı Şüphesi) gelişmiştir.

5. Aşağıdakilerden hangisi bayan B.D.'nin deri bütünlüğünün bozulmasına yol açabilecek faktörler arasında yer alır?

- I. Yaş
 - II. Spinal kord yaralanması
 - III. Hareketsizlik
 - IV. İnkontinans
- A) I, II ve III
B) II, III ve IV
C) I, II ve IV
D) I, II, III ve IV

6. Bayan B.D.'nin deri bakımında aşağıdaki hemşirelik uygulamalarından hangisinin yapılması gerekir?

- A) Deri temizliğinde sıcak su kullanılması
- B) Deri temizliğinde alkali sabunların tercih edilmesi
- C) Bariyer etkili kremler kullanılması
- D) Derinin güç uygulanarak temizlenmesi

VAKA 3

Bayan F.Y. 78 yaşında, 1,5 ay önce serebrovasküler olay nedeni ile nöroloji kliniğine yatırılmıştır. Sandalyeye bağımlı olarak yaşayan ve inkontinant olan bayan F.Y. ellerinden destek alarak kalçasını sağa sola kaydırma gibi küçük vücut hareketlerini yapabilmektedir. Bayan F.Y.'nin basınç ülseri yönünden değerlendirilmesi Braden risk değerlendirme ölçeği kullanılarak yapılmaktadır. Bu ölçekten elde edilen risk puanı 13 puandır.

Aşağıdaki 7 8 ve 9. soruları vaka 3'deki bilgileri dikkate alarak cevaplandırınız.

7. Sandalyeye bağımlı olan Bayan F.Y.'nin küçük vücut hareketlerini kaç dakikada bir yapmasını önerirsiniz?

- A) 15
- B) 30
- C) 45
- D) 60

8. Bayan F.Y.'yi değerlendirirken kullanılan braden risk değerlendirme skalasını hangi sıklıkla uygularsınız?

- A) Her şifte bir
- B) Günde bir
- C) İki günde bir
- D) Haftada bir

9. Bayan F.Y. basınç ülseri gelişme riski açısından aşağıdaki grupların hangisinde yer alır?

- A) Düşük
- B) Orta
- C) Yüksek
- D) Çok yüksek

VAKA 4

İki hafta önce kaza geçiren ve kırıkları nedeni ile serbest hareket edemeyen bay D.H. 58 yaşındadır. Günlük 2400 cal'lık diyeti olan bay D.H. nazogastrik sonda ile beslenmektedir. Bay D.H.'da besin intoleransına bağlı ishal gelişmiştir. Yapılan cilt değerlendirilmesinde iskiyum bölgesinde mor renkli değişiklikler saptanmıştır. Değişikliklerin görüldüğü bölgeler çevre dokular ile karşılaştırıldığında sert ve sıcaktır. Ancak cilt bütünlüğü bozulmamıştır.

Aşağıdaki 10 11 ve 12. soruları vaka 4'deki bilgileri dikkate alarak cevaplandırınız.

10. Bay D. H' de basınç ülserinin (BÜ) gelişme durumuna ilişkin aşağıdaki-lerden hangisi doğrudur?

- A) BÜ gelişmemiştir.
- B) I. Evre BÜ gelişmiştir.
- C) II. Evre BÜ gelişmiştir.
- D) DDHŞ(Derin Doku Hasarı Şüphesi) gelişmiştir.

11. Bay D.H.'nın cilt bütünlüğünün sürdürülmesine yönelik aşağıdaki hemşirelik uygulamalarından hangisi gereklidir ?

- A) Beslenmenin düzenlenmesi
- B) Hidrojel pansuman uygulanması
- C) Mor renkli alanlara soğuk uygulama yapılması
- D) İskiyum bölgesine masaj yapılması

12. Bay D.H.'nın aşağıda verilen vücut bölümlerinin hangisinde basınç ülseri gelişme riski en düşüktür?

- A) Burun
- B) Sakrum
- C) Çene
- D) Skapula

VAKA 5

Bayan S.O. 17 yaşında olup 15 gün önce yaptığı bisiklet kazası sonucu beyin hasarı nedeni ile yoğun bakım ünitesine yatırılmıştır. Bilinci kapalı olan hastanın sol üst bacağına femur kırığı mevcuttur. İdrar inkontinansı olan hasta total parenteral (TPN) yolla beslenmektedir.

Aşağıdaki 13 14 ve 15. soruları vaka 5'deki bilgileri dikkate alarak cevaplandırınız.

13. Bayan S.O' da idrar inkontinansına yönelik aşağıdaki hemşirelik uygulamalardan hangisini yaparsınız?

- A) Hasta alt bezi kullanılması
- B) Kegel egzersizinin yaptırılması
- C) Sıvı alımının kısıtlanması
- D) Basınç azaltıcı yatak kullanılması

14. Bayan S.O'nun deri bütünlüğünü sürdürmeye yönelik olarak aşağıdaki hemşirelik uygulamalarından hangisini ya da hangilerini yaparsınız?

- I. Sistemik deri değerlendirme-sinin yapılması
- II. Deri temizliğinde ılık su kullanılması
- III. Kemik çıkıntılara masaj yapılması
- IV. Nemlendirici krem uygulaması
- V. Deriye uygulanan kuvvetin en aza indirilmesi

- A) Yalnız II
- B) I ve III
- C) I, II ve V
- D) III, IV ve V

15. Bayan S.O'da basınç ülserini önlemeye yönelik aşağıdaki uygulamalardan hangisi uygun değildir?

- A) Basınç ülseri riskini değerlendirme
- B) Pozisyon değiştirirken trapez kullanma
- C) Basınç azaltıcı yatak kullanma
- D) Beslenmesini düzenleme

VAKA 6

45 yaşında olan bay E.A. geçirdiği kaza sonucu nöroloji servisinde yatmaktadır. Günlük yapılan deri değerlendirmesi sonucunda Oksiput ve Skapula bölgesinde 1. Evre basınç ülseri olan hastanın bilinç düzeyi açıktır.

Aşağıdaki 16 17 ve 18. soruları vaka 6'deki bilgileri dikkate alarak cevaplandırınız.

16. Bay E.A.'nın günlük deri değerlendirmesi aşağıda verilen amaçların hangisi ya da hangileri için yapılır?

- I. Basınç ülserinin ilerlemesini önlemek
- II. Verilen bakımın etkinliğini artırmak
- III. Kayıt tutulmasını sağlamak
- IV. Tedavinin planlanmasını kolaylaştırmak

- A) I ve III
- B) III ve IV
- C) II, III ve IV
- D) I, II, III ve IV

17. Bay E.A.'nın basınç ülserini tedavi etmek için kullanacağınız pansuman materyalinin aşağıdaki özelliklerden hangisini taşıması gerekli değildir?

- A) Eksudayı absorbe etmesi
- B) Gaz geçişine izin vermesi
- C) Bakteriyel engel oluşturması
- D) Yapışmaz olması

18. Bay E.A.'nın basınç ülserini tedavi etmeye yönelik aşağıdaki pansuman materyallerinden hangisini kullanırsınız?

- A) Hidrokolloid
- B) Hidrojel
- C) Transparan film
- D) Hydrofoam

VAKA 7

Bir iş kazası sonucunda sol bacağı ve sağ el bileğini kıran bay G.K kırıkları alçıya alındıktan sonra ortopedi servisine yatırılmıştır. Hastaneye yatışından bir hafta sonra topuklarında Derin Doku Hasarı gözlenen bay G.K.'nın alt ekstremitelerinde ödem (++) ve cilt kuruluğu mevcuttur.

Aşağıdaki 19 20 ve 21. soruları vaka 7'deki bilgileri dikkate alarak cevaplandırınız.

19. Bay G.K.'nın cilt ve ayak bakımında aşağıdaki hemşirelik uygulamalarından hangisi yanlıştır?

- A) İskiyum değerlendirmesi yapma
- B) Yastık ile topukları yükseltme
- C) Nemlendirici krem kullanma
- D) Topuklara masaj yapma

20. Bay G.K.'nın DDHŞ'sini tedavi etmeye yönelik olarak yapılan aşağıdaki uygulamalardan hangisi uygun bir hemşirelik girişimi değildir?

- A) Ölü dokuyu uzaklaştırma
- B) Hastayı ve ülseri değerlendirme
- C) Ağrıyı hafifletme
- D) Düzenli cilt bakımı yapma

21. Bay G.K.'nın basınç ülserini tedavi etmek amacıyla aşağıdaki destek yüzeylerinden hangisini ya da hangilerini kullanmayı öncelikli olarak tercih edersiniz?

- I. Basıncı azaltıcı
- II. Basıncı giderici
- III. Basıncı dağıtıcı
- IV. Basıncı toplayıcı

- A) Yalnız I
- B) I. ve II
- C) I ve III
- D) II ve IV

VAKA 8

48 yaşında olan bay S.T. kol ve bacaklarındaki kas güçsüzlüğü nedeni ile nöroloji servisine yatırılmıştır. Alt ve üst ekstremitelerini hareket ettiremeyen bay S.T. hastalığından dolayı yatağa bağımlı olarak yaşamak zorundadır. Hastaneye yatışından iki gün sonra her iki skapula ve sakral bölgede 1. Evre basınç ülserinin olduğu görülünce hasta basınç azaltıcı yatağa alınmıştır.

Aşağıdaki 22 23 ve 24. soruları vaka 8'deki bilgileri dikkate alarak cevaplandırınız.

22. Bay S.T.'nin pozisyonunu en az hangi süre aralığıyla değiştirirsiniz?

- A) 2 saat
- B) 1 saat
- C) 45 dakika
- D) 30 dakika

23. Birinci evre basınç ülseri olan bay S.T.'yi taburcu ederken hasta yakınına pozisyon vermeye yönelik aşağıdaki uygulamalardan hangisi ya da hangileri hakkında bilgilendirmeniz gerekir?

- I. Çarşaf yardımı ile çevirme
- II. Film pansuman kullanma
- III. Yağlayıcı krem kullanma
- IV. ROM egzersizlerini yaptırma

- A) I ve II
- B) I ve III
- C) I, II ve III
- D) I, II, III ve IV

24. Bay S.T.'ye yan yatış pozisyonu verirken yatak başı sizce kaç derece yükseltilmelidir?

- A) 15⁰
- B) 30⁰
- C) 45⁰
- D) 60⁰

Ek-3 ARAŞTIRMANIN ÖN UYGULAMASINA İLİŞKİN İZİN YAZISI

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

SAYI : B.30.2.GÜN.0.A1.00.01/ 32
KONU : Tez Çalışma İzni

14.01.2008

SAĞLIK BAKANLIĞI
ANKARA NUMUNE EĞİTİM ve ARAŞTIRMA
HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ'NE
ANKARA

Enstitümüz Hemşirelik Programı Yüksek Lisans öğrencisi Arzu KARABAĞ AYDIN'ın yürütmekte olduğu "Derin Doku Hasarı ve 1.Evre Basınç Ülseri Olan Hastalara Verilen Hemşirelik Uygulamalarının Belirlenmesi " konulu tezi ile ilgili yapacağı ön uygulama ve anket çalışması için gerekli iznin verilmesi saygı ile arz olunur.


Prof.Dr. Semra KUŞTİMUR
ENSTİTÜ MÜDÜRÜ

EKİ: Anket Formu

EK-4 VERİ TOPLAMA FORMU CEVAP ANAHTARI

Soru No	Doğru Cevap
1	C
2	B
3	D
4	B
5	D
6	C
7	A
8	B
9	B
10	D
11	A
12	C
13	A
14	C
15	B
16	D
17	A
18	C
19	D
20	A
21	B
22	A
23	D
24	B

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın gerçekleşmesinde; tez danışmanım olarak çalışmanın her aşamasında katkılarından dolayı Doç. Dr. Ayişe KARADAĞ' a,

Veri toplama formunun oluşturulması aşamasındaki katkılarından dolayı Doç. Dr. Hülya UÇAR, Yrd. Doç. Dr. Hülya DENİZ BULUT ve Arş. Gör. Dr. Feridun SEZGİN' e,

Araştırmadan elde edilen bulguların istatistiksel değerlendirmesindeki katkılarından dolayı Yrd. Doç. Dr. Bülent ALTUNKAYNAK,

Sağlık Bakanlığı Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi, Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi ve Sağlık Bakanlığı Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi' nde araştırmanın yürütülmesine izin veren kurum yöneticilerine ve gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul eden tüm hemşirelere,

Çalışmanın her aşamasındaki maddi ve manevi desteği, anlayış ve bilimsel katkısından dolayı eşim Arş. Gör. Erol AYDIN' a,

teşekkür ederim.

Arzu KARABAĞ AYDIN

2008

ÖZGEÇMİŞ

Adı: Arzu

Soyadı: KARABAĞ AYDIN

Doğum Yeri ve Tarihi: KARS / 28.06.1980

Eğitimi:

2006 Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Mikrobiyoloji Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Programı,

2002 Kafkas Üniversitesi Kars Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü,

1998 Kars Cumhuriyet Yabancı Dil Ağırlıklı Lisesi.

Yabancı Dili: İngilizce

Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar: Türk Hemşireler Derneği

E-mail adresi: akarabag_aydn@yahoo.com.tr