

**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK TEZLİ YÜKSEK LİSANS
PROGRAMI**

**HEMŞİRELERİN KANITA DAYALI HEMŞİRELİĞE YÖNELİK TUTUMLARI
ile PERİFERAL VENÖZ KATETERE BAĞLI FLEBİTİ ÖNLEMeye YÖNELİK
BİLGİ ve UYGULAMALARI ARASINDAKİ İLİŞKİSİ**

HAZIRLAYAN

NİMET NUR KURUCU

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ANKARA-2021

**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK TEZLİ YÜKSEK LİSANS
PROGRAMI**

**HEMŞİRELERİN KANITA DAYALI HEMŞİRELİĞE YÖNELİK TUTUMLARI
ile PERİFERAL VENÖZ KATETERE BAĞLI FLEBİTİ ÖNLEMeye YÖNELİK
BİLGİ ve UYGULAMALARI ARASINDAKİ İLİŞKİSİ**

HAZIRLAYAN

NİMET NUR KURUCU

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Dr.Öğr.Üyesi BANU ÇEVİK

ANKARA-2021

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı çerçevesinde Nimet Nur Kurucu tarafından hazırlanan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi:29.07.2021

Tez Adı: Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutumları ile Periferal Venöz Katetere Bağlı Flebiti Önlemeye Yönelik Bilgi ve Uygulamaları Arasındaki İlişki

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS / DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

Tarih: 06 / 08 / 2021

Öğrencinin Adı, Soyadı: Nimet Nur KURUCU

Öğrencinin Numarası:21910101

Anabilim Dalı: Hemşirelik Anabilim Dalı

Programı: Tezli Yüksek Lisans.

Danışmanın Unvanı/Adı, Soyadı:

Tez Başlığı: Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutumları ile Periferal Venöz Katetere Bağlı Flebiti Önlemeye Yönelik Bilgi ve Uygulamaları Arasındaki İlişki

Yukarıda başlığı belirtilen Yüksek Lisans/Doktora tez çalışmamın; Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç Bölümünden oluşan, toplam 81 sayfalık kısmına ilişkin, 06 / 08 / 2021 tarihinde şahsım/tez danışmanım tarafından..... adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 16.'dır. Uygulanan filtrelemeler:

1. Kaynakça hariç

2. Alıntılar hariç

3. Beş (5) kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

“Başkent Üniversitesi Enstitüleri Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Usul ve Esaslarını” inceledim ve bu uygulama esaslarında belirtilen azami benzerlik oranlarına tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Öğrenci İmzası:.....

ONAY

Tarih: ... / ... /

Öğrenci Danışmanı Unvan, Ad, Soyad, İmza:

.....

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitim süresince bilimsel ve manevi desteğini esirgemeyen, tez sürecimin her aşamasında bana yol gösteren, sabır, özveri ve titizlikle tezimin yürütülmesini sağlayan, konumun belirlenmesinde, çalışmamın planlanmasında, gerçekleştirilmesinde ve sonuçlanmasında katkı sağlayan değerli hocam ve danışmanım

Kanıtı Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanmış halini kullanmama izin veren

Araştırmamı Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesinde gerçekleşmesinden dolayı
..... ve

Araştırmama gönüllü olarak katılan tüm Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesinde çalışan
HEMŞİRELERE,

Tüm hayatım boyunca yanımda olan, eğitimime her türlü katkı sağlayan, beni her zaman destekleyen sevgili AİLEME sonsuz teşekkür ederim.

Nimet NUR KURUCU

ÖZET

KURUCU NUR NİMET. Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumları ile periferik venöz katetere bağlı flebiti önlemeye yönelik bilgi ve uygulamaları arasındaki ilişki. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı, 2021.

Bu araştırma erişkin yataklı klinik ve erişkin yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumları ile periferik intravenöz katetere bağlı flebiti gelişimini önlenmeye yönelik kanıta dayalı uygulamalara ilişkin bilgileri arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla planlanmış tanımlayıcı bir araştırmadır. Araştırma 15.04.2021- 15.06.2021 tarihleri arasında çalışan 182 hemşire ile yapılmıştır. Örneklemeye çalışmaya katılmaya istekli ve bilgilendirilmiş olur formu onaylayan hemşireler dâhil edilmiştir.

Araştırmanın verileri, Kişisel Bilgi Formu, Periferik Intravenöz Kateter Uygulama Bilgisi ve Flebit Gelişimini Önleme Bilgisine Yönelik Soru Formu, Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği ile toplanmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, Varyans Analizi (ANOVA), pearson ilgileşim analizi kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması 26.09 ± 5.81 , %84.6'sı 21-30 yaş aralığındadır. Hemşirelerin %90.1'i kadın, %76.4'ü bekâr, %54.9'u lisans mezunu ve %65.9'u 1-5 yıl arasında görev yapmaktadır. Hemşirelerin periferik intravenöz katetere bağlı flebiti önleme puan ortalamaları 8.07 ± 1.91 olup bilgi durumlarının yeterli düzeyde olmadığı belirlenmiştir. Hemşirelerden 31-54 yaş aralığında olanların, lisans ve üzeri eğitim seviyesine sahip olanların ve meslekte çalışma süresinin 5 yılın üzerinde olanların periferik intravenöz katetere bağlı flebiti önleme bilgilerinin daha iyi olduğu belirlenmiştir. Flebit hakkında eğitim alan hemşirelerin periferik intravenöz katetere bağlı flebiti önleme bilgi puan ortalamaları (8.28 ± 1.92), eğitim almayan hemşirelerin puan ortalamalarına (6.92 ± 1.43) göre anlamlı olarak yüksektir ($p < 0.05$). Güncel rehberlerden bilgisi olan ve takip eden hemşirelerin periferik intravenöz katetere bağlı flebiti önleme bilgi puan ortalamaları, rehberlerden bilgisi olmayan ve takip etmeyenlere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. ($p < 0.05$).

Araştırmamızda hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği Puan ortalaması 59.26 ± 10.67 'dir. Hemşirelerin periferik intravenöz katetere bağlı flebiti önlemeye İlişkin Bilgi Puanları ile Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği Puanı arasında zayıf yönde pozitif ilişki ($r:0,163, p:0,030$) saptanmıştır. Hemşirelerin bilgi durumları artıkça kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumları daha iyi olabileceği belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Flebit, periferik intravenöz kateter, kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeği, hemşirelik

Bu araştırma için Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu ve Klinik Araştırmalar Etik Kurulu (Onay:27.03.2021 Proje No: KA21/84) tarafından onay alınmıştır. [EK 4-6]

ABSTRACT

KURUCU NUR NİMET, The relationship between nurses' attitudes towards evidence-based nursing and their knowledge and practices to prevent phlebitis due to peripheral venous catheters. Başkent University Graduate School of Health Sciences Nursing Master Program, 2021

This study is a descriptive study designed to evaluate the relationship between the attitudes of nurses working in adult inpatient clinics and adult intensive care units towards evidence-based nursing and their knowledge and practices to prevent phlebitis due to peripheral venous catheters. The research was carried out between 15.04.2021 and 15.06.2021 and the sample of the study consists of 182 nurses. Nurses who were willing to participate in the sample and approved the informed consent form were included.

The data of the study were collected with Personal Information Form, Peripheral Intravenous Catheter (PIC) and Phlebitis Prevention Information and Practice information form, Evidence-Based Attitude towards Nursing Scale. In addition to descriptive statistics, Analysis of Variance, Pearson correlation analysis and multiple regression analysis were performed in the analysis of the data.

In the study, the mean age of the nurses was 26.09 ± 5.81 and, 84.6% of the nurses were in the 21-30 age range. In the study, 90.1% of the nurses were female, 76.4% were single, 54.9% were undergraduate and 65,9% work between at least 1 year and at most 5 years. The mean scores of the nurses for PIC and phlebitis prevention were 8.07 ± 1.91 and their knowledge level was not sufficient. It has been determined that the nurses who are between the ages of 31-54, those with a bachelor's degree or higher education level and those who have worked in the profession for more than 5 years have higher knowledge of PIC and phlebitis prevention. The mean scores of PIC and phlebitis prevention knowledge scores of the nurses who received training on phlebitis (8.28 ± 1.92) were significantly higher than the mean scores of the nurses who did not receive education (6.92 ± 1.43) ($p < 0.05$). The mean scores of PIC and phlebitis prevention knowledge of the nurses who were aware of and followed the current guidelines were found to be significantly higher than those who were aware of but did not follow up and had no knowledge ($p < 0.05$). In our study, the mean score of the nurses on the Nurses' Attitudes towards Evidence-Based Nursing Scale was 59.26 ± 10.67 . A weak positive correlation ($r:0.163, p:0.030$) was found between the Nurses'

Knowledge Scores on Preventing PIC induced phlebitis and the attitude scale towards evidence based nursing. It has been determined that as the knowledge status of nurses increases, their attitudes towards evidence-based nursing may be better.

Keywords: Phlebitis, peripheral intravenous catheter, nurses' attitudes towards evidence-based nursing scale, nursing

This study was approved by Başkent University Medical and Health Sciences Research Board and Başkent University Ethics Committee (Approval: 27.03.2021, Proje No: KA21/84)



İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT.....	iv
İÇİNDEKİLER	vi
TABLOLAR LİSTESİ.....	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ.....	x
1.GİRİŞ.....	1
1.1.Araştırma Soruları.....	3
2.GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Periferik İntravenöz Kateterler.....	4
2.2. Flebit	5
2.2.1. Flebit gelişimine etki eden faktörler	6
2.2.2. Flebit değerlendirilmesi ve sınıflandırılması	11
2.2.3. Flebit tanı ve tedavisi	13
2.3. Kanıta Dayalı Uygulama Kavramı.....	14
2.3.1. Kanıt, kanıta dayalı uygulama kavramı, kanıt düzeyleri... 14	
2.3.2.Kanıta dayalı hemşirelik.....	15
2.4. Flebit Gelişimini Önlemede Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamaları.....	18
3.GEREÇ ve YÖNTEM.....	20
3.1. Araştırmanın Tipi.....	20
3.2. Araştırmanın Yeri.....	20
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	20
3.4. Veri Toplama Araçları	21
3.4.1. Kişisel bilgi formu... ..	21
3.4.2. Periferik intravenöz katetere bağlı flebiti önleme ve uygulamaya yönelik bilgi formu... ..	21
3.4.2. Kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeği	22
3.5. Araştırmanın Ön Uygulaması.....	23
3.6. Araştırmanın Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	23
3.7. Araştırmanın Değişkenleri.....	23
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	24
3.9. Araştırmanın Etik Yönü	24

3.10.Araştırmanın Sınırlılıkları	25
4.BULGULAR.....	26
4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımına Yönelik Bulgular.....	26
4.2. Hemşirelerin PIVK Bağlı Flebiti Önleme ve Uygulamaya İlişkin Klinik Özelliklerine Ait Bulgular... ..	27
4.3. Hemşirelerin PIVK Bağlı Flebiti Önleme Bilgisi Sorularına Verdikleri Cevapların Dağılımına Ait Bulgular... ..	29
4.4. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine göre PIVK Bağlı Flebiti Önleme Bilgi Puan Ortalamalarına Ait Bulgular... ..	31
4.5. Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği Puanlarının Dağılımına Ait Bulgular.....	33
4.6. Hemşirelerin PIVK Bağlı Flebiti Önleme ve Uygulamaya İlişkin Bilgi Puanları ile Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği Puanlarının Dağılımına Ait Bulguları	33
4.7. Hemşirelerin PIVK Bağlı Flebiti Önlemeye İlişkin İzlem ve Girişimleri Klinikte Uygulama Durumu.....	35
4.8. Hemşirelerin PIVK Bağlı Flebiti Önlemeye İlişkin Bilgi Puanları ile Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği Puanları Arasındaki Bulgular... ..	37
5.TARTIŞMA.....	38
6.SONUÇ ve ÖNERİLER.....	45
6.1. Sonuç.....	45
6.2. Öneriler.....	45
KAYNAKLAR	47
EKLER	
EK 1: Kişisel Bilgi Formu	
EK 2: Flebit Gelişimini Önleme Bilgisi ve Uygulamaya Yönelik Soru Formu	
EK 3: Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği	
EK 4:Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu Onayı	
EK 5: Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği Kullanım İzni	
EK 6: Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Anket Uygulama İzni	

TABLolar LİSTESİ

	Sayfa
Tablo 1.İnfiltrasyon skalası	12
Tablo 2.Görsel infüzyon flebit tanılama skalası.....	12
Tablo 3.Joanna Briggs enstitüsü kanıt düzeyi.....	15
Tablo 4.PIVK bağlı flebit gelişimini önlemek için kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları.....	19
Tablo 4.1.Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı	26
Tablo 4.2. Hemşirelerin PIVK bağlı flebiti önleme ve uygulamaya ilişkin klinik özellikleri.....	27
Tablo 4.3. Hemşirelerin PIVK bağlı flebiti önleme bilgisi sorularına verdikleri cevapların dağılımı	29
Tablo 4.4. Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre PIVK bağlı flebiti önleme bilgi puan ortalamaları	31
Tablo 4.5. Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeği (KDHYTÖ) puanlarının dağılımı	33
Tablo 4.6. Hemşirelerin PIVK bağlı flebiti önleme ve uygulamaya ilişkin bilgi puanları ile kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeği puanlarının dağılımı	33
Tablo 4.7. Hemşirelerin PIVK bağlı flebiti önlemeye ilişkin izlem ve girişimleri klinikte uygulama durumu	35
Tablo 4.8. Hemşirelerin PIVK bağlı flebiti önlemeye ilişkin bilgi puanları ile kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeği puanları arasındaki ilişki	37

SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ

CDC	The center for disease control and prevention (hastalık önleme ve kontrol merkezi)
DVT	derin ven trombozu
GİFTS	görsel infüzyon flebit tanılama skalası
INS	infusion nurses society
IV	intravenöz kateter
KDH	kanıta dayalı hemşirelik
KDHYTÖ	kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeği
KDU	kanıta dayalı uygulama
PIVK	periferik intravenöz kateter

1.GİRİŞ

Periferik intravenöz kateterler, ulusal ve küresel olarak en yaygın kullanılan tıbbi malzemedir [1]. Hastanede hastaların %80'ine tıbbi tedavi uygulamak için periferik venöz kateterlere gereksinimleri vardır. Periferik intravenöz kateter (PIVK), hastanelerde sıvıların, besinlerin, ilaçların, kan ürünlerinin uygulanmasında ve tanı amaçlı kan alınmasında gerekli olan vasküler yolu elde etmek için kullanılan, yerleşimi kolay, hızlı ve maliyeti yüksek olmayan malzemedir [1,2]. Amerika Birleşik Devletleri'nde yılda 300 milyondan fazla hastaya ve ülkemizde her yıl 20 milyon hastaya PIVK yerleştirildiği belirtilmektedir [3].

Hastanelerde PIVK kullanımı hastanın güvenliğini ve sağlığını etkileyebilecek komplikasyonlara neden olabilir. Periferik venöz kateterin başarısız yerleştirilmesine bağlı veya PIVK olmasına bağlı hastalarda komplikasyon gelişme oranları yüksektir. Periferik intravenöz kateterleri ilk yerleştirme girişimlerinin yaklaşık yarısında komplikasyon gelişme olasılığı vardır. Ancak bu komplikasyonlar iyi bir bakımla önlenabilir. PIVK kullanımı sırasında sıklıkla, flebit, infiltrasyon, ekstremitasyon, ekimoz, tromboflebit, emboli gibi komplikasyonlar görülebilmektedir [4,5].

Flebit hala tüm dünyada PIVK yerleştirilmesine bağlı gelişen önemli bir sorundur. ABD Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezlerinden elde edilen veriler (2017), flebit insidansının, hastanede kaldıkları süre boyunca hastalarda sıklıkla bulunan bir enfeksiyon olarak dördüncü sırada olduğunu göstermektedir. (3,4) Flebit venin intima tabakasındaki inflamasyon durumudur ve doku hasarına yanıt olarak gelişir. Hastada periferik venöz kateterin olduğu bölgede ağrı, kızarıklık, ödem ve damarda sertleşme ile karakterizedir [3-6].

Flebit mekanik, kimyasal veya bakteri kaynaklı olabilir. Kateterin, giriş bölgesinin, intravenöz sıvıların ve ilaçların kontamine olması, el yıkama, eldiven giyme, kateter girişim bölgesinin temizliği gibi aseptik tekniklere uyulmaması, kullanılan pansuman materyalinin cinsi, ilaç ve sıvıların tedavi saatinden uzun süre önce hazırlanmış olması ve setlerin değişim süresi bakteriyel flebit ile ilişkili faktörler arasındadır [5-7].

Literatürde flebit oranları %2-%80 arasında değişmekte olup bu oran büyük farklılıklar gösterir [4,6-8]. Flebit gelişme oranları hasta gruplarına göre incelendiğinde; acil serviste yatan hastalar üzerinde yapılan araştırmalarda %17.6- %29.8 arasında [1,9], cerrahi kliniğinde yatan hastalar üzerinde yapılan bir araştırmada %44 [10] dahiliye kliniğinde yapılan araştırmalarda %11.09-%16.7 arasında [4,11] olduğu bildirilmektedir.

Son 20 yılda, flebit ile ilgili çalışmalar, risk faktörlerini dört ana gruba ayırmıştır [2,6,8,12]. Bu faktörler hasta özellikleri, uygulanan tedavi, sağlık profesyonellerinin uygulamaları ve kanül özellikleridir. Periferik venöz kateter varlığı ve uygulanan intravenöz tedavi ile ilişkili komplikasyonlar, hastanın sağlığı ve yaşam kalitesi üzerinde yıkıcı bir etkiye sahip olabilir, hastanede kalma ve tedaviyi uzatarak sağlıkla ilişkili maliyeti artırabilir [12]. Ancak flebit, gelişimine neden olan faktörler göz önünde bulundurularak gerekli önlemler alındığında önlenabilir bir komplikasyondur. Bu nedenle PIVK ilişkin komplikasyonların önlenmesinde hemşirelik bakımının planlanması ve uygulanması önemlidir. Birçok çalışma, hemşirelik uygulamalarını temel almak ve komplikasyonları önlemek için hasta bakımının uygulanması amacıyla PIVK ile ilişkili komplikasyonlar, özellikle de flebit için risk faktörlerini değerlendirmiştir. [13-15] Yapılan bu çalışmalar, hemşirelerin katetere bağlı komplikasyonların önlenmesi ile ilgili risk faktörleri, PIVK bakımı hakkındaki bilgilerinin yetersiz olduğunu ve her zaman klinik uygulamaya aktarılmadığını, güncel rehberlere odaklı olmadığını ve bilimsel kanıtları karşılamadığını ortaya koymaktadır [13-15]. Literatürde, PIVK ilişkin komplikasyonların önlenmesi; hemşirelik bakımında hemşirelerin kanıta dayalı rehberlere olan uyumlarının artırılması, kanıt temelli uygulamalara yönlendirilmesi ve kontrol listesi kullanımı önerilmektedir [16-19]. Hemşirelik bakımının, güncel bilimsel bilgiye dayalı ve klinik karar verme sürecinde kanıt temelli olması gereklidir. Kanıta dayalı hemşirelik (KDH), elde edilebilen en iyi kanıtları ve mevcut kaynakları kullanarak, hemşirelerin klinik çalışma alanlarında ve hasta tercihlerini de göz önünde bulundurarak karar almaları sürecidir [16,18]. Bu bilgiler ışığında periferik venöz katetere bağlı flebit gelişimini önlemede önemli sorumluluk üstlenen hemşirelerin, kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarını bilmeleri gerekmektedir. Bu çalışmamızda hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumları ile periferik venöz katetere bağlı flebiti önlemeye yönelik bilgi ve uygulamaların arasındaki ilişkiyi belirlenmesi amaçlanmaktadır.

1.1. Araştırma Soruları

1. Erişkin yataklı klinik ve erişkin yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin periferel intravenöz kateter bağlı flebiti önlemeye ilişkin bilgi durumları nasıldır?
2. Erişkin yataklı klinik ve erişkin yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin periferel intravenöz katetere bağlı flebiti önlemeye ilişkin bilgilerini klinikte uygulama durumları nasıldır?
3. Erişkin yataklı klinik ve erişkin yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutumları nasıldır?
4. Erişkin yataklı klinik ve erişkin yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinin periferel intravenöz katetere bağlı flebitin gelişimin önlenmesine ilişkin bilgilerine etkisi var mı?
5. Erişkin yataklı klinik ve erişkin yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutumlarının periferel intravenöz katetere bağlı flebit gelişimini önleme bilgileri arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Periferik İntravenöz Kateterler

İntravenöz girişimler kişilerin sağlık durumunun devamlılığının sağlanması için yüz yıllardır uygulanmaktadır. Hastane yatışı yapılan her hastaya tedavi ve/veya tetkik amaçlı sıklıkla intravenöz (IV) kateter yerleştirilir [20, 21]. Günümüzde periferik, santral, arteriyel ve venöz gibi çeşitli kateter prosedürleri farklı amaçlar için kullanılmaktadır. İntravenöz tedavi için en sık kullanılan yöntem periferik kateterlerdir. Genel olarak periferik kateterler, daha kısa süre için IV erişim gerektiğinde, merkezi dolaşıma doğrudan erişim gereksiz olduğunda ve daha küçük ölçülü kateterlerin yeterli olduğu durumlarda tercih edilir. Periferik erişim merkezi erişimden genellikle daha güvenli, elde edilmesi daha kolay ve daha az ağrılıdır [3,8,10]. Hastaneye yatışı yapılan hastaların %33-67'sine damarlarından sıvıların ve ilaçların verilmesi veya kan örneği alınması için en az bir PIVK takılmakta ve ABD'de yılda ortalama 330 milyon IV kateter kullanılmaktadır [3,13,22]. Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (CDC)2017, yılda tahmini 250.000 kateterle ilişkili enfeksiyonun meydana - geldiğini belirtmiştir [3,7]. Ülkemizde ise periferik venöz katetere bağlı flebit gelişme oranının %17-67 arasında olduğu belirtilmektedir [3,8]. Periferik venöz kateter hastane ortamında hastalara sıvıların, besinlerin, ilaçların ve kan ürünlerinin uygulanmasında, acil durumlarda damara ulaşmayı kolaylaştırmada ve poliklinik muayeneleri ya da tedavi için kan alınmasında kullanılan önemli bir malzeme kaynağıdır [2,3,5,21,22].

Periferik venöz kanülasyon, küçük bir içi boş plastik kateterin bir iğne aracılığıyla hastanın derisi üzerinden giriş yapılarak periferik vene yerleştirilmesi işlemidir. Plastik kateterin içinde, çelik iğne bulunur. PIVK yerleştirilmesinde sıklıkla radial, bazilik, ulnar, sefalik venler tercih edilmektedir. Periferik venöz kanülasyon, yalnızca uygun şekilde eğitilmiş sağlık profesyoneller tarafından gerçekleştirilmesi gereken invaziv bir müdahaledir [3,8,11,13].

Periferik venöz kateterler; boylarına göre uzun, orta, kısa; uygulama süresine göre; kısa süreli ve uzun süreli; uygulama yerine göre periferik, santral; takıldığı vene göre; femoral, subklavian, brakial, vb; özelliklerine göre; heparinli, heparinsiz, antibiyotikli, tek lümenli, çok lümenli olarak sınıflandırılmaktadırlar [3,5].

PIVK doğru uygulandığında yaşamı kurtarıcı olmasına karşın, hatalı uygulamalar ve yetersiz bakım durumunda bazı komplikasyonlara yol açabilmektedir. Bu komplikasyonlar; kateterin yerinden çıkması, kateterin bükülmesi, ektravazasyon, ekimoz, hematoma, tromboflebit, emboli, kanama, enfeksiyon, dolaşım yüklenmesi ve akciğer ödemi, sinir zedelenmesi, infiltrasyon ve flebit olarak sayılabilir. Komplikasyonların görülme sıklığı hastanın damar yapısı, uygulanan tedavinin konsantrasyonu ile alakalı iken hemşirenin pratikliği, eğitim düzeyi, bilgi ve deneyimi ile de bağlantılıdır. Bu komplikasyonlardan en sık görülen flebittir [2,3,8,13].

2.1. Flebit

Phlebit kelimesi; “Fleb” ve “itis” kelimelerinin birleşiminden oluşur. Fleb, damar, itis; enfeksiyon anlamına gelerek venin inflamasyonudur. Periferik intravenöz kateter uygulamasına bağlı en sık gelişen komplikasyon flebittir. Flebit, venin tunika intima tabakasının inflamasyonu olup yaygın ve önlenebilir bir komplikasyondur [23]. Başka bir tanımla flebit; intravenöz uygulanan kateter bölgesinin yaklaşık 2 cm çevresinde eritem veya endürasyon belirtileri ile ortaya çıkan kateter yeri enfeksiyonudur [24]. Flebit kalbin dışındaki vücudun damarlarında kan pıhtılarının varlığını tanımlamak için kullanılan genel bir terimdir. Başka bir ifade ile yüzeysel ven trombozu olarak da tanımlanabilir. Kanın damarda pıhtılaşmasını sağlayan üç ana faktör söz konusudur. Bu faktörler; damarın iç zarını oluşturan hücreler olan venöz endotelde hasar; venöz staz veya kan akışında azalma ve hiper pıhtılaşmadır. [3,24,25].

Vücudumuzda venin yapısına baktığımızda; ven tunika intima tabakasında yer alan yoğun bir şekilde endotel hücrelerden meydana gelmiştir. Bu tabakanın irritasyonu ya da yaralanması durumunda histamin, bradikinin ve serotonin açığa çıkmaktadır. Bu maddeler ağrılı cevabı başlatmakta ve venin dilate olması ile bölgeye giden kan akımını artırmaktadır. Venin dilatasyonu ile kapiller permeabilitede artış olmaktadır [10]. Kapiller permeabilitenin artması interstisyel boşluğa sıvı ve protein sızması sonucunda, ödem ve hassasiyet gelişmektedir. Tunika intimanın endotelindeki prokoagülan faktörler, pıhtılaşma için aktive olmaktadır. Hipotalamusu uyaran pirojenlerin serbest kaldığı yara yerinde lökositler çoğalır ve vücut ısısı yükselir. Dolaşan kan, endotelyum prokoagülanlarına karşılık veren dört antikoagülan madde içerir, ancak inflamasyon sürecine etki edemez. Bundan dolayı trombüs oluşumu ve ven duvarında sertleşme gerçekleşir. Sertleşen ven, şerit (kord) olarak adlandırılır [3,4,6,10, 24,25].

Venin sertleşmesi (ele gelen sertlik) nedeniyle hastalar, etkilenen bölgede flebit belirtisi olarak görülen şişlik, hassasiyet ve yanma hissinden şikâyet edeceklerdir. Pıhtı derinin yüzeyinin hemen altındaki damarlarda oluşmuşsa, damarın trombüsle dolu bölümünde sertlik hissedilebilir. Buna yüzeysel flebit adı verilir. Diğer flebit çeşidi derin ven flebitidir. Derin ven flebiti tromboflebit olarakta isimlendirilir ve daha ciddidir. Sıklıkla bacaklarda olmak üzere daha büyük, daha derin damarları etkiler. Bu damarlarda kan pıhtısı damar duvarına sıkıca tutunmadıysa, akciğer içindeki damarlara girmek için kan dolaşımında dolaşabilir ve pulmoner emboli gibi ciddi sorunlara neden olabilir. Akciğere giden bu pıhtılar boyutlarına bağlı olarak akciğerin pulmoner damarlarında çözünebilir veya ana damarları tıkayarak akciğerin o kısmına kan akışını engelleyebilir [4-9]. Özellikle diz üzerindeki bacak damarlarında venöz pıhtı oluşması durumunda pulmoner emboli riskinin daha yüksek olduğu literatürde belirtilmiştir [4,7,8,10].

Periferik intravenöz kateterlere bağlı yüzeysel flebit ve tromboz genellikle kateter çıkarıldıktan sonra kendi kendini sınırlarken, tromboflebit olan hastalarda emboli riski ile birlikte derin ven trombozu (DVT) gelişebilir. Yüzeysel bir flebit durumunda semptomlar ortaya çıkmayabilir ya da genellikle ağrı, hassasiyet, kızarıklık ve damarda şişkinlik belirtileri görülür. Derin ven tromboflebitinin semptomları yüzeysel ven flebiti semptomları ile benzerdir, ancak tüm eklem boyunca ağrı hissedilebilir veya tüm bölgede (kateterin takılı olduğu kol/bacak) aniden şişebilir. Nadirde olsa hastalarda vücut ısısı yükselebilmektedir [3,7-9].

2.1.1. Flebit gelişimini etkileyen faktörler

Flebit gelişimine etki eden pek çok faktör bulunmaktadır. Flebit gelişiminde genel olarak kimyasal, mekanik, bakteriyel ve hasta ile ilişkili faktörler yer almaktadır [3,10,8, 26].

1. Kimyasal faktörler: Kimyasal faktörlere bağlı gelişen flebit, periferik kateterden %10 dekstrozdaki daha yüksek oranda verilen dekstrozlara (%20-%50 dekstroz infüzyonları); yüksek ozmolariteye (>900mOsm/L) sahip infüzyonlar; potasyum klorür, amiodaron ve bazı antibiyotikler gibi bazı ilaçların doz miktarı ve infüzyon süresine, kateterin büyüklüğüne, kateter takılan bölgede kullanılan antiseptik solüsyon veya antiseptik solüsyonun kuruma süresine bağlı olarak gelişebilmektedir [3,10,26]. Bu maddeler venin endotel tabakasını tahriş ederek flebit gelişme riskini artırmaktadırlar.

2. Mekanik faktörler: Venin intima tabakasının mekanik irritasyonu olup, kateterin, veni tahriş etmesi ya da yaralaması sonucunda kateter giriş yerinde veya kateter boyunca oluşmaktadır. Bireyin damar yapısı, kateter hareketi, yerleştirme travması veya kateter malzemesinin yapıldığı madde, kateterin boyutu ile kateter giriş bölgesinin eklem bölgesinde ya da kemiğe yakın bir bölgede olması, kateterin ven duvarı ile temasının artması, kateterin vendede kalış süresi ve sağlık profesyonelinin bilgi ve becerisi ile ilişkili olabilir. Bu etkenlerden bazıları ayrıntılı olarak aşağıda açıklanmıştır;

a. *Kateter malzemesinin yapıldığı madde;* Mekanik irritasyonundan kaynaklı flebit gelişiminde, kateterin yapıldığı maddenin yapısı önemlidir. Yakın zamana kadar IV olarak kaz tüyü, metal, gümüş, iğneler kullanılmaktaydı [13,15]. Teknolojinin ilerlemesi ile IV kateterler poliüretan ve silikon bazlı modeller kullanılmaya başlanmıştır. Çoğu firma IV kateter olarak iğnesi çıkarılabilen, sağlam, yumuşak ve esnek, kimyasallara dirençli, ilaçlarla geçimli, biyouyumlu ve akış gereksinimlerinin hepsini karşılama özelliğine sahip kateter üretmektedir. Yaygın kullanılan kateter malzemeler arasında poliüretan, silikon, polietilen ve teflon kateterler yer almaktadır. Sıklıkla tercih edilen kateter malzemesi poliüretan kateterlerdir. Bu kateterler yüksek derecede biyouyumludur ve birçok kimyasala dirençlidir. Vialon güçlü bir poliüretan kauçuk olup bu madde vialona daha düzgün bir yüzey oluşturmanın yanı sıra, venin içine girdiğinde damarın şeklini daha kolay almasını sağlamaktadır. Teflon daha zayıf bir poliüretandır ve damar içinde düz olarak durmakta bu nedenle tunika intimaya daha kolay dayanmaktadır. Bu durum damar duvarında irritasyona neden olarak flebit riskini artırmaktadır [13,15,24]. Literatürde teflon kateterlerin daha sık flebite neden olduğu belirtilmektedir [27, 28]. Chhugani ve ark. (2015) PIVK yerleştirilmesinde Vialon kanül ve teflon kanül kateteri kullanarak vendede kalış süresi ve komplikasyon gelişimini inceledikleri bir çalışmada; teflon kanüllerin IV komplikasyonlar nedeniyle vialon kanülüne göre daha sık çıkarıldığı saptanmış olup, Vialon kanülün daha düşük flebit oluşumunun neden olduğu belirtilmiştir.

b. *İnfüzyonun akış hızı:* İnfüzyon sıvısı uzun bir süreçte yavaş olarak verilebilir. Sıvının hızlı verilmesi, hemodilüsyonu arttırmasının neden olur ve tunika intima ile konsantre solüsyonun daha çok temas etmesini sağladığı için flebit gelişme riskini arttırdığı belirtilmektedir. [27,28]

c.Kateterin boyutu ve çapı: Kullanılacak kateterin uzunluğu ve ölçüsü (çapı), hastanın türü ve boyutuna, mevcut damarlara ve hastanın ihtiyaçlarına bağlı olmalıdır. Kateterin hem yarıçapı hem de uzunluğu maksimum akış hızını belirler. Periferik kateterlerin boyutları 24 (daha küçük) ile 14 (daha büyük) arasında değişmektedir [17,20,22]. İnfüzyon hızı kateterin uzunluğuna ve sıvının viskozitesine bağlıdır. Böylece, en büyük yarıçapa ve en kısa uzunluğa sahip bir IV kateter, en hızlı infüzyona izin verir. Şiddetli hipovolemik bir hastada olduğu gibi sıvıların hızlı bir şekilde uygulanması gerekiyorsa, büyük çaplı, kısa bir kateter gerekir. Yavaş infüzyon için, küçük çaplı bir kateter uygun olabilir. Ancak damara göre daha küçük bir kateter "damar dostu" olarak kabul edilir. Hastaya daha küçük boyutta bir PIVK takılması ve reçete edilen tedavinin bu yoldan verilmesi flebit riskini en aza indirmektedir. Küçük çaplı bir kateter, etrafında daha yüksek kan akımına olanak sağlayarak uygulanan sıvıların ve ilaçların seyreltimini artırır. İlaçların seyreltiminin artması iritan solüsyonların ven intiması üzerine tahrip edici etkilerini azaltmaktadır. Kateter boyunun flebit gelişimindeki en önemli etkisi; uzun kateterin yerleştirilmesinin daha zor olması ve daha fazla el becerisi gerektirmesi ve buna bağlı olarak lokal travma oluşumuna daha fazla neden olmasıdır. Ek olarak, uzun kateterler damar içerisinde bakteriyel kolonizasyon riskini artırabilmektedir. Bu nedenle küçük boyutta kateter kullanılması ile mekanik irritasyonun ve giriş travması daha aza indirilmekte, bakteriyel kolonizasyon riskide azaltılmaktadır. Literatürde 18 numaralı ya da daha büyük boyuttaki kateterlere göre 20-22 numaralı kateterlerin kullanımının flebit gelişme riskini önemli ölçüde azaltabileceği bildirilmektedir [22, 25-31].

d.Kateterin vende kalış süresi; CDC (2017) göre acil durumlarda takılan kateterin 48 saat içinde, normal durumlarda ise 72- 96 saat içinde değiştirilmesi gerektiğini belirtmiştir. Hastaya uygulanacak olan PIVK tedavisi 6 gün ve 6 günden daha uzun süre kalacak ise santral venöz kateterin takılması önerilmektedir [3, 32, 33].

e. Sıvı gönderme şekli; IV yoldan verilen ilaç ya da sıvılar damar içine infüzyon seti ya da infüzyon pompası ile hastaya verilmektedir. Serbest infüzyonda sıvı akış hızı damla ayar seti ile kontrol edilmektedir. İnfüzyon pompaları istenilen miktardaki sıvı ya da ilacı hastanın damarına güvenli bir şekilde göndermektedir. Literatürde infüzyon pompalarının kullanımının flebit gelişme riskini artırdığına yönelik görüşler mevcuttur [3,4,10,31,32,34]. Ülkemizde yapılan bir çalışmada ilaç ve sıvıların infüzyon pompaları ile verilmesiyle flebit gelişimi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmiştir. [34]. İnfüzyon

pompası ile verilen sıvılar hipertonic ise ilacın verilif hzının 90 ml saatten daha fazla olmaması önerilmektedir [3,10,34].

f. Kateterin takıldığı anatomik bölge: Kateter yerleştirme için seşilen anatomik bölge, flebit gelişme riskini etkiler. PIVK hissedilmesi zor, zedelenmiş, kızarık ya da ağrılı olan venlere takılmamalıdır. Takılan PIVK ucu ve uzantısı kemik çıkıntıların üzerinde, el bileğinde, eklem bölgelerinde ya da venin çatallandığı bölgelerde olmamalıdır [3,24,26,30]. Hareketli eklemler üzerinde bulunan damarlarda flebit gelişme olasılığı daha yüksektir [3,14,15,20,24]. Üst ekstremitede periferel venöz girişim için ön kolda bileğın proksimali, ön kolun radyalindeki venler, antekübitel fossanın distali ve el sırtı; alt ekstremitede medial maleolün üst iç kısmı tercih edilmelidir [3,7,12]. Yaşlı veya ayaktan takip edilen hastalarda elde bulunan venler kullanılmamalıdır. Çocuk hastalarda ayak venleri kullanılabilir ancak yetişkinlerde tromboflebit gelişme riski olduğundan üst ekstremiteler alt ekstremitelere göre daha çok tercih edilmelidir. Genellikle ön kolun radialinde, bileğın proksimalinde subkutan doku tarafından iyi desteklenen düz bir ven bulunmaktadır ve bu ven PIVK takılması için uygundur. Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi erişkinlerde üst ekstremitelerin PIVK takılmasında uygun olduğunu önermekte olup eğer kateter alt ekstremiteye takıldı ise takılan kateterlerin en kısa sürede değiştirilmesini önerir [31,33,34].

3. Bakteriyel faktörler: Acil durumlarda PIVK'ın steril tekniklere dikkat edilmeden ya da acil dışı durumlarda da asepsiye uyulmadan takılan kateterlerle ilişkilidir. Ek olarak setlerin değişim sıklığı, kateter sabitleme materyalinin özelliği, kateterin kalış süresi bakteriyel flebit riskini artırmaktadır [29]. Kateter takılması sırasında kullanılan antiseptiğın özelliği flebit gelişimini önlemede önemli etkisi vardır. Güncel literatür bölgenin %70'lik alkol, povidone-iodine ya da %2'lik klorheksidin ile temizlenmesini önerilmektedir [3,32,35]. PIVK takılmaya başlamadan önce antiseptiğın tam olarak deriye temas etmesi için en az 2 dakika kadar hava ile kuruması beklenmelidir [3]. Kateter yerleştirildikten sonra, potansiyel olarak zararlı IV sıvıların ve ilaçların ekstrasvazasyonuna neden olabilecek yerinden çıkmasını önlemek için kateterin sabitlenmesi gereklidir. Bunun için kateter sabitleyiciler kullanılır. İyi sabitlenmemiş bir kateter flebit dışında tromboflebit riskini de artırır. Kateter sabitleme materyalinin, kateter giriş alanını temiz ve kuru tutup, travmalardan koruyacak özellikte olması gereklidir. Kateterleri tespitlemek için flaster, prefabrik yapışkan sargılar (örn: opsite) ve özel saydam sabitleme materyalleri kullanılmaktadır.

Ancak flasterler veya yapışkan sargılar steril değildir ve hastanede bekledikleri süre içerisinde patojen mikroorganizmalar ile kontamine olabilmektedir. Bu yüzden flasterler kateter giriş alanına doğrudan temas etmemelidir. Flasterlerin altına kateter sabitleme materyali olarak steril gazlı bez, kullanılabilir ya da doğrudan transparan örtüler tercih edilebilir. Bakteriyel flebit nadirde olsa bakteriyemiye neden olabilmektedir. Kateter sabitleme materyalinin kateter değiştirildiğinde, nemli, kirli ya da yerinden oynamış olduğunda değiştirilmesi gereklidir [3,28,29,31,33]. Bakteriyel flebitte kateterin giriş bölgesinde enfeksiyona bağlı olarak pürülan akıntı olabilir. Hastalarda enfeksiyona bağlı olarak ateş semptomu görülebilmektedir [3,12,24].

4. Hasta ile ilişkili faktörler: Flebit, hasta kaynaklı nedenlere bağlı olarak da gelişebilmektedir. Hasta ile ilgili en yaygın risk faktörleri yaş, cinsiyet, hastaneye yatış süresi ve diyabet, malnutrisyon, nötropeni, periferik nöropati immün yetmezlik gibi hastalıklardır [10,22,29,30,33]. Flebit insidansı yaşla doğrusal olarak artar. Çoğu çalışma, 60 yaşın üzerindeki hastaların yaklaşık % 50'sinde belirgin flebit belirtilerinin mevcut olduğunu belirtmektedir [10,22,29,30,33]. Yaş ile birlikte damar duvarlarındaki elastik doku kaybının bir sonucu olarak bacakta bulunan kaslar içindeki ven çapındaki ve venöz sinüzoidlerdeki artışa bağlı olduğu düşünülmektedir. Ven çapı arttıkça venöz akış yavaşlar. Birey yaşlandıkça, bacaklardaki kas kütlesi azalır ve bacak venlerindeki kas tabakası, venöz kanı kalbe doğru hareket ettirmede daha az etkili hale gelir. Bu durum kanın alt ekstremitede birikmesine neden olarak yaşlı hastaları flebit atakları için risk altına sokar. Çoğu çalışma flebitin kadınlarda daha yaygın olduğunu belirtmekte olup bu konuda tam bir fikir birliği bulunmamaktadır [22,34].

5. Sağlık profesyonelleri ile ilişkili faktörler: PIVK takmaktan sorumlu olan sağlık profesyonellerinin bilgi ve yetkinliğinin yeterli olması flebit oluşumunu önlemede etkilidir. Becerisi az olan kişinin damarda mekanik travmaya yol açma ve asepsiye uymama riski, becerisi çok olan kişilere göre daha fazladır [36]. PIVK yerleştirilmesi ve bakımı, tüm hemşireler için gerekli beceriler olarak kabul edilir. Kateter ilişkili enfeksiyonların önemli maliyeti nedeniyle, hemşirelerin PIVK bölgesini sık sık değerlendirmesi; infiltrasyon ve flebit ile ilişkili komplikasyonları belirlemesi giderek daha fazla önem kazanmaktadır [3,5,8,37]. ABD Hastalık önleme ve kontrol merkezi yönergelerine göre [33], PIVK yerleştirilmesi için uygun bilgi, yetişkinlerde bölgeler için üst ekstremitenin kullanılmasını, yerleştirme bölgesinin kızarıklık için günlük olarak değerlendirilmesini, ısı ve hassasiyet için elle muayene edilmesini ve enfeksiyon belirtileri varsa kateterlerin çıkarılmasını içerir.

Yapılan bir çalışmada [37], kateteri takan kişi ile flebit gelişimi arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmiştir. Literatürde hemşirelerin bilgi düzeyinin flebit oluşumunu %50 azalttığı kateterin uzman bir ekip tarafından takılmasının flebit gelişimini en aza indirilebileceği belirtilmektedir [20,36-38]

2.1.2. Flebitin değerlendirilmesi ve sınıflandırılması

Flebit tanısı genellikle hemşireler tarafından konulmaktadır, çünkü periferik venöz erişimin yerleştirilmesi ve yönetimi hemşirelik uygulamalarının önemli bir parçası olarak kabul edilmektedir [38]. Başarılı bir kateterizasyon, herhangi bir komplikasyon oluşmadan periferik venöz tedavinin sürdürülmesinde son derece önemli bir rol oynar. Bu nedenle PIVK olan her hastanın kateter bölgesi her çalışma vardiyasında hemşireler tarafından flebit belirtileri yönünden kontrol edilmeli ve izlenmelidir [39]. Değerlendirme, infüzyon bölgesinde local ağrı, hassasiyet, şişme, endürasyon, eritem benzeri semptomları incelemeyi içerir. Bu semptomlar ve infüzyon bölgesinde palpe edilebilen kord benzeri bir damarın varlığında infüzyonun hemen kesilmesi ve vasküler erişim cihazının çıkarılması gerekmektedir [30,33,38]. Bu değerlendirmeye yardımcı olmak üzere literatürde bir dizi yazılı ve görsel flebit skalası geliştirilmiştir. Bu flebit değerlendirme ölçekleri, sağlık profesyonellerine flebitin ilk aşamalarını ve intravenöz kanüllerin ne zaman değiştirilmesi gerektiğini gösteren klinik uygulama ve karar verme konusunda bilgi vermek için kullanılmaktadır. Özellikle İntravenöz Hemşireler Birliği'nin (The Infusion Nurses Society) [32] yayınlamış olduğu, sıklıkla kullanılan ve kabul edilen infiltrasyon skalasının kullanılmasını önermektedir. İnfiltrasyon skalası kateter bölgesini izleminde 0-4 arasında derecelendirilir. Değerlendirme ile ilgili açıklayıcı ifadeler Tablo1 'de yer almaktadır.

Tablo 1. İnfiltrasyon skalası

DERECE	SEMPTOMLAR
0	Semptom yok
1	Ciltte beyazlaşma, kateter giriş alanında yaygın ödem<2.5cm, ciltte soğukluk, bölgede ağrı olabilir/olmayabilir
2	Ciltte beyazlaşma, bölgede 2.5-15 cm arasında ödem, ciltte soğukluk, bölgede ağrı olabilir / Olmayabilir
3	Ciltte beyazlaşma yarısaydam görüntü, kateter giriş alanında yaygın ödem >15 cm, ciltte soğukluk, hafif-orta derecede ağrı, uyuşukluk olabilir
4	Ciltte beyazlaşma yarısaydam görüntü, gergin, sızıntılı cilt, şişmiş, çürük, renksiz cilt, kateter giriş alanında yaygın ödem >15 cm, derin çukurlar bırakan doku ödemi, dolaşımın zayıflaması, orta, ciddi derecede ağrı, bölgede kan, iritan veya nonvezikan madde infiltrasyonudur

Kaynak: (32): *Infusion Nurses Society. Infusion nursing standards of practice. Journal of Infusion Nursing 2016; 39(1):S96.*

Flebit değerlendirilmesinde kullanılan bir başka değerlendirme aracı İntravenöz Hemşireler Birliği tarafından önerilen ve yaygın olarak kabul edilen “Görsel İnfüzyon Flebit Tanılama Skalası” dır (GİFTS). Ölçeğin Türkçe dil ve kapsam geçerliği Paşalıoğlu ve Kaya [8] tarafından 2014 yılında yapılmıştır. Literatürde GİFTS’nın, hemşireler tarafından flebit belirti bulgularının izleminde geçerli güvenilir bir araç olarak kullanılabileceği önerilmektedir [8,39]. Görsel infüzyon flebit tanılma skalası Tablo 2’de sunulmaktadır.

Tablo 2. Görsel İnfüzyon Flebit Tanılama Skalası

DERECE	BELİRTİLER	BAKIM ve UYGULAMA
I.düzyey	Kızarıklık, ağrı, ödem bulguları yoktur.	Kateter gözlemlenmeli
II. düzey Flebitin erken belir dönemi	Kateter çevresinde 2.5cm’den küçük olan kızarıklık ve palpasyon ile ağrı hissi vardır.	Kateter çıkarılmalı, yeni kateter takılmalı
III. düzey Flebitin orta aşaması	Intravenöz bölgenin etrafında >2.5 cm’den büyük ve <5 cm’den küçük kızarıklık, IV bölge ve etrafında kord bulguları vardır	Kateter çıkarılmalı, yeni kateter takılmalı Hekime bilgi verilerek tedavisi başlanmalı
IV. düzey İleri flebit veya tromboflebit başlangıcı	IV bölgede 5 cm ve üzeri kızarıklık, IV bölge ve etrafında palpasyonla beliren ağrı ve sertlik vardır.	Kateter çıkarılarak, yeni kateter takılır, hekime bildirmek ve tedavisini dikkate almak önerilir
V. düzey Tromboflebitin ileri aşaması	IV bölgede 5 cm ve üzeri kızarıklık, IV bölge ve etrafında palpasyonla beliren ağrı, sertlik ve pürülan drenaj bulguları vardır	

Kaynak: *Paşalıoğlu ve Kaya; 2014; Kuş ve Büyükyılmaz, 2018*

2.1.3. Flebitin tanı ve tedavisi

Flebitin tanısı sıklıkla hemşireler tarafından hastanın sözel şikâyeti, fizik değerlendirme ve flebit değerlendirme skaları ile konulmakta ve doktora bilgi verilmektedir. Eğer tanıda şüphe varsa Doppler ultrasonografi ile içinde pıhtı olan yüzeysel damarla belirlenebilir. Doppler ultrasonografi ile flebit gelişen damardaki pıhtının diğer damarlara ya da derin damarlara ilerleyip ilerlemediği tespit edilir [6,8].

Flebitin tedavisinde genellikle ağrı kesici, nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar, antikoagulan ilaçlar ve antiembolik çorap kullanılmaktadır. Flebit gelişen bölgeye sıcak su ile ıslatılmış havlular erken dönemde uygulanabilir. Eğer enfeksiyon belirtileri varsa hastaya antibiyotik tedavisi başlanır. Yüzeysel damarlarda genişleme/büyüme varsa pıhtılaşmayı durdurmak için ve pulmoner emboli riskini önlemek için antikoagulan ilaçların başlanması önerilmektedir. Eğer flebite neden olan sadece az miktarda pıhtı varsa, enfeksiyonu ve ağrıyı azaltmak için asetilsalisilik asit ya da nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar kullanılmaktadır [20,28,29, 36, 39].

2.2. Kanıta Dayalı Uygulama Kavramı

2.3.1 Kanıt, kanıta dayalı uygulama kavramı ve kanıt düzeyleri

Kanıt kelimesinin etimolojisi, açık ve aşikâr olanla ilgili deneyim kavramına dayanır. Kanıt kelimesinin sözlüklerde “*işaret, kişisel olarak verilmiş veya belgelerden alınmış bilgiler, açıklık, gerçeği ortaya koyma eğiliminde olan bilgiler, belirtmek, tasdik etmek*” gibi bir dizi anlamı bulunmaktadır. [18,19,40] Türk Dil Kurumu kanıt kavramını “*Bir şeyin doğruluğu, gerçekliği konusunda inandırıcı belge, delil, iz,*” olarak tanımlanmaktadır [41]. Bu tanımlara bakıldığında kanıt hukuk alanında vazgeçilmez bir kavramdır. Hukuki açıdan, kanıtlar, eldeki konuyu çürütmek veya doğrulamak için farklı şekillerde kullanılabilir. Buna karşılık, sağlık hizmetlerinde kanıt kavramı, kanıt ve rasyonellik kavramlarıyla ilişkili olarak yorumlanmıştır. Kanıt sağlık alanında yapılan tanımına göre; gerçek olan uzman görüşleri ve deneyimlerinden elde edilen sözsüz bilgi, bir inancı doğrulayan veya çürüten bilgi, bir araştırma sonucunda elde edilen bulgular, metaanaliz ve sistematik inceleme sonucu elde edilen bilgidir [42]. Aslında tüm kanıt tanımlarında birleştirici bir tema; kanıt nasıl yorumlanırsa yorumlansın bağımsız olarak gözlemlenmesi ve doğrulanması gerekmekte olduğudur. Bu tema anlayışı, belirli bir kanıt kaynağının veya çalışma tasarımının diğerinden daha değerli olduğunu varsaymaz, bunun yerine uygulamada kullanılan kanıtın incelemeye tabi olmasını sağlamanın önemini vurgular. [18,40]. Sağlık bakımı bağlamında kanıtın doğası hakkında daha iyi bir anlayış kazanmak için kanıta dayalı uygulamaların sağlık hizmeti hareketine etkisini bilmek önemlidir. Kanıta dayalı uygulama; klinik kararları desteklemek için elde edilebilen en iyi kanıtlarının kullanılmasıdır [43]. Başka bir tanıma göre; kanıta dayalı uygulama “*klinik kararlar vermede mevcut en iyi kanıtların vicdani, açık ve mantıklı kullanımı ve hasta değerleri ile entegrasyonudur.*” Kanıta dayalı uygulamalar bilgiyi uygulamaya dönüştürür [18,19,44].

Kanıta dayalı uygulamalar 1990'larda başlayan ve büyük ölçüde David Sackett'e atfedilen bir hareket olan kanıta dayalı tıbbın daha kapsayıcı bir dalıdır. Sackett ve Rosenberg [44] kanıta dayalı uygulamanın beş adımını tanımladılar. Bu beş adım sırasıyla ‘sorunu tanımla’; “en iyi kanıta eriş”, “kanıtları eleştirel olarak değerlendir”; “kanıtları uygulamada uygula”, “uygulamadaki değişiklikleri değerlendir” olarak açıklanmaktadır. Disiplinlerin en iyi kanıta karar verebilmesi ve bu kanıtın uygulamalara aktarılabilmesi için kanıt düzeylerinin belirlenmesi ve sınıflandırılması gerekmektedir.

Literatürde farklı kanıt düzeyi sınıflamaları kullanılmaktadır. En iyi kanıtlar deneysel ve bilimsel sonuçlardan elde edilen kanıtlardır. Literatürde hemşirelik biliminde kanıt düzeylerinin değerlendirilmesinde 2003 yılında yapılan Joanna Briggs Merkezi'nin kanıt düzeyi sınıflandırılması kabul görmekte olup bu sınıflandırma sistemi 2013 yılında revize edilmiştir [45]. Joanna Briggs Enstitüsü Kanıt Düzeyi Sınıflandırılması Tablo 3'de sunulmaktadır.

Tablo 3. Joanna Briggs Enstitüsü Kanıt Düzeyi Sınıflandırılması (2013)

Düzye	Kanıt düzeylerinin etkinliği
Düzye I Deneyseel tasarımlar	1.a-Randomize kontrollü çalışmaları sistematik incelenmesi (RKÇs). 1.b-RKÇ'ların ve diğer çalışma tasarımlarının sistematik incelenmesi 1.c-RKÇ
Düzye 2. Yarı deneysel tasarımlar	2.a-Yarı deneysel çalışmaları sistematik olarak incelenmesi 2.b-Yarı deneysel ve diğer çalışma tasarımlarının sistematik olarak incelenmesi 2.c-Yarı deneysel prospektif kontrollü çalışma 2.d-Ön test- son test ve geçmişe dönük tarihli yapılan kontrol grubu çalışmaları
Düzye 3 Analitik tasarımlar	3.a-Karşılaştırılabilir kohort çalışmalarının sistematik incelenmesi 3.b- Karşılaştırılabilir kohort ve diğer alt çalışma tasarımlarının sistematik incelenmesi 3.c- Kontrol grubu ile kohort çalışması 3.d-Vaka kontrollü çalışma 3.e-Kontrol grubu olmayan gözlemsel çalışma
Düzye 4 Gözlemsel tanımlayıcı çalışmaları	4.a- Betimsel çalışmaların sistematik olarak incelenmesi 4.b-Kesitsel çalışma 4.c-Vaka serisi 4.d-Vaka çalışması
Düzye 5 Uzman Görüşü	5.a- Uzman görüşlerinin sistematik olarak incelenmesi 5.b-Uzman görüşleri 5.c- Tek uzman görüşleri

Kaynak: Nursing: Evidence-Based Practice: Evidence Levels, Recommendations & Types, 2013
https://guides.pnw.edu/evidence_based_practice/ebp_evidence.

2.3.2. Kanıta Dayalı Hemşirelik

Hemşirelik disiplininde hastanın bakımı sırasında kanıta dayalı uygulamalara karar verme önemli bilgi, beceri ve deneyim gerektirmektedir. Hasta tercihlerinin ve eylemlerinin tanımlanması ve dikkate alınması kanıta dayalı karar vermenin merkezindedir. Hastalar, durumları, kişisel değerleri ve deneyimleri, riskten kaçınma derecesi, sağlık sigortası ve kaynakları, eldeki bilgilerin doğruluğu ve aile gibi faktörlere bağlı olarak sağlık hizmetleri seçenekleri hakkında hiçbir görüşe veya çok güçlü görüşlere sahip olmayabilirler. Tercihleri ne olursa olsun, hastaların eylemleri hem tercihlerinden hem de sağlık profesyonellerinin tavsiyelerinden farklı olabilir. Örneğin, hastalar sigarayı bırakmayı veya fiziksel aktivitelerini artırmayı seçebilirler, ancak daha sonra bu davranışları değiştirmekte zorlanabilirler [46].

Hemşirelik, hemşirelik müdahalelerinin etkinliği ve güvenliği, hemşirelik değerlendirme önlemlerinin doğruluğu, nedensel ilişkilerin gücü, hemşirelik müdahalelerinin maliyet etkinliği ve hastalık veya hasta deneyimlerinin anlamı hakkında metodolojik olarak sağlam, klinik ile ilgili en iyi araştırma kanıtlarına gereksinim duyar. Kanıta dayalı uygulama, klinik karar verme konusunda rehberlik edecek bir kanıt hiyerarşisi gelişmesine öncülük eder. Kanıta dayalı klinik karar vermenin önemli bir unsuru, kanıtları belirli bir hastanın koşullarına uyacak şekilde kişiselleştirmektir [19,46,47]. Bu kanıtları kullanabilmek bütünleştirebilmek için klinik uzmanlık çok önemli bir kavramdır. Klinik uzmanlık, hastaların sağlık durumlarını, risklerini, tercihlerini ve müdahalelerin potansiyel faydalarını belirlemek için klinik becerileri ve geçmiş deneyimlerimizi kullanma yeteneğimizi ifade eder; hastalara ve ailelerine bilgi iletmek ve onlara rahatlatıcı ve destekleyici buldukları bir ortam sağlamayı gerektirir. Hemşireler, öykü, fizik muayene veya ihtiyaç değerlendirmesi sonuçlarını yorumlamak için akıl yürütmeyi kullanırlar. Klinik uzmanlık, bu seçeneklerin beklenen yararları ve riskleri ile ilgili kanıtları incelemeden önce ilgili müdahale seçeneklerini tanımlamak için daha fazla gereklidir [44-48].

Hemşirelik disiplini Florence Nightingale'in öncülüğünde araştırmayı pratikte kullanma konusunda zengin bir geçmişe sahiptir. 1900 yüzyıllarının başlarında ve ortalarında Florence Nightingale klinik araştırma kanıtlarının klinikte uygulanması yoluyla bakımın iyileştirilmesi için büyük bir liderlik sağlamış olup, kanıta dayalı hemşireliğin sadece araştırma bulgularının kullanımı değil, aynı zamanda klinik uzmanlık, hasta değerleri ve kaynaklar gibi klinik karar vermenin diğer boyutlarını da kapsadığını önemsetmiştir [43-46].

Kanıta dayalı hemşirelik uygulaması için hemşirelerde olması gerekli olan beceriler arasında bir hasta problemini tam olarak tanımlama ve sorunu çözmek için hangi bilgilerin gerekli olduğunu belirleme, literatürün verimli bir şekilde araştırılması, ilgili çalışmaların en iyisinin seçilmesi, geçerliliğini belirlemek için kanıt kurallarının uygulanması, hastanın değerlerinin mevcut yönetim seçeneklerinin avantajları ve dezavantajları arasındaki dengeyi nasıl etkilediğinin belirlenmesi yer almaktadır.

Kanıta dayalı hemşireliğin temel ilkesi; tek başına araştırma kanıtının klinik bir karar vermek için asla yeterli olmadığıdır. Hemşireler her zaman alternatif yönetim stratejileriyle ilişkili yararları ve riskleri, rahatsızlıkları ve maliyetleri değerlendirmeli ve bunu yaparken hastanın değerlerini göz önünde bulundurmalıdır [18,43,44,46].

Klinikte çalışan çoğu hemşire kanıta dayalı hemşirelik uygulama konusunda olumlu bir tutum sergiler [43-49]. Ülkemizde kanıta dayalı uygulama ile ilgili olarak 08.03.2010 tarihinde yayınlanan hemşirelik yönetmeliğinin 6. maddesinde “*hemşireler hemşirelik bakımını kanıta dayalı olarak planlar, uygular değerlendirir ve denetler*” ifadesi yer almakta olup bu yönetmelik kanıta dayalı hemşireliğin klinikte kullanımını desteklenmektedir [50]. Uluslararası Hemşireler Birliği 2012 yılı temasını “Kanıttan Eyleme” olarak belirlenmiş, hemşirelerin kanıta dayalı çalışmalarının klinik uzmanlık, beceri ve klinik karar verme yetkinleri ile analiz ederek uygulamaya aktarımda çaba göstermesi gerektiğini vurgulamıştır [51]. Dünya ve ülkemizdeki kanıta dayalı araştırma sonuçlarının kliniğe yansımaları için yapılan çabaların önünde hem bireysel hem de organizasyon düzeyinde önemli engeller vardır. Bu engeller bireysel düzeyde, hemşireler araştırma kalitesini değerlendirme becerisi sınırlı olabilir ve değişimi uygulamak için kendilerine güvenleri olmayabilir ya da destek sistemleri az olabilir. Sağlık hizmetlerinin organizasyonu ve hemşirelerin çalışma koşulları ile ilgili özellikler, hemşireler arasında araştırma kullanımının önündeki en önemli engellerdir [52-54]. Literatürde hemşireler, araştırmalardan elde edilen bulguları okumak veya uygulamak için kütüphaneye gitmek için yeterli zamanları olmadığını belirtmektedir [53]. Yönetimsel destek ve karar verme yetkisinin sınırlı olması hemşirelerin hasta bakımındaki değişiklikleri uygulama yetkisine veya özerkliğine sahip olduklarına inanmadıkları kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarını klinikte kullanmada önemli bir engeldir. Örneğin, bir doktor yeni bir ağrı kesicinin etkinliğini okuyabilir ve hemen reçete etmeye başlayabilir; Ağrı yönetimi için yeni bir etkili hemşirelik müdahalesi tanımlayan hemşireler, uygulamadan önce genellikle hemşirelik yönetiminden onay alması gereklidir.

Kanıta dayalı hemşireliğe örgütsel desteği kolaylaştırmak için çok sayıda strateji önerilmektedir [52-56]. Bunlar;

1. Hemşirelerin kütüphaneye gitme ve kütüphaneden yararlanmaları sağlanmalı
2. Elektronik arama yapmayı öğrenme ve dergi kulübü toplantıları düzenlemede yer almaları
3. Kanıta dayalı uygulamaya teşvik eden etkinlikler için zaman tanımlanmalı
4. Hemşire araştırmacı pozisyonları oluşturma ve hemşirelik araştırma komitelerini resmileştirme,
5. Klinikte çalışan hemşirelerini ve uzman hemşirelerini üniversite öğretim üyeleri araştırmacılarıyla ilişkilendirmedir.

2.3.Flebit gelişiminin önlenmesinde kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları

Flebitin gelişimine katkıda bulunan faktörler göz önünde bulundurularak gerekli önlemler alındığında önlenabilir bir komplikasyondur [3,9,12]. Flebitin önlenmesinde hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir. Hemşireler önleyici bakım uygulamalarını benimsemeleri ve komplikasyon gelişmesi durumunda uygun bakımı verebilecek bilgi ve beceriye sahip olmalıdır [9,12,35,40,58,59]. Güncel bir metaanaliz sonucunda; flebitin önlenmesinde asepsiye ilişkin en yüksek dereceli kanıtlar, %70 alkol veya %2 klorheksidin ile >%0,5 klorheksidin preparatının topikal kullanımını, uygun hijyenik el yıkamayı ve infüzyon bağlantıları temiz tutmak ve nonsteril eldiven giyinmeyi içerdiği belirtilmiştir [57]

Flebiti önlemede kanıta dayalı araştırma sonuçlarının kliniğe yansımaları ve hemşireler tarafından klinikte bu kanıtları kullanmaları, kullanmaya özendirilmeleri hasta bakım kalitesi ve maliyet açısından çok önemlidir. PVIK bağlı flebit gelişimini önlemek için aşağıdaki yer alan Tablo 4'deki kanıta dayalı hemşirelik önerilerine uygulamada özen gösterilmesi önerilmektedir [57,61].

Flebit gelişimini önleme yönelik olarak literatürde Ulusal Damar Erişim Rehberi (2019); İnfüzyon terapisi Uygulama Standartları 2016 (Infusion Nurses Society, Journal of Infusion Nursing, 2016); CDC 2017 İntravasküler kateter ilişkili enfeksiyonların önlenmesine yönelik klavuzlar (Centers for Diseases Control and Prevention, 2017); İnfüzyon Tedavisinde Kanıta Dayalı Terapötik Uygulama el kitabı ,2014 (Manual of IV. Therapeutics Evidence Based Practice for İnfüzyon Therapy, 2014) gibi güncel kaynaklar yer almaktadır [3,8,32,33,36].

Tablo 4. PVIK Bağlı Flebit Gelişimini Önlemek için Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamaları

	Önleyici Girişimler
PIVK uygulanacak bölgenin seçimi	-Ven seçimi ekstremitelerin distal bölgelerinden proksimaline doğru yapılmalıdır [37,57,58]. -Ven seçiminde sefalik veya bazilik venler ya da metakarpal venler tercih edilmelidir [37]. -Kateter hareketi ile ilişkili mekanik flebit insidansı daha yüksek olduğundan eklem bölgelerine, bilek ve antekübital fossaya kateteri takmaktan kaçınılmalıdır [37,38,57] -Alt ekstremiteler, kullanılması gerekli olan durumda kateter mümkün olan en kısa sürede üst ekstremiteye takılarak değiştirilmelidir [37,57-60].
PIVK seçimi	-Seçimde hastanın tanısı, tedavide reçete edilen sıvının türü ve ven yapısı göz önünde bulundurulmalıdır [3,8,57]. -En küçük kateter (20-22 numara) tercih edilmelidir, eğer kan transfüzyonu yapılacak ise 18 numara kateter kullanılmalıdır [3,58-61]. -Poliüretan kateterler tercih edilmelidir [58-61]
PIVK pansuman seçimi	-Seffaf, yarı geçirgen poliüretan pansumanlar kullanılmalıdır [57,61] -Pansumanın bütünlüğü bozulmuşsa, kirlenmişse veya ıslanmışsa değiştirilmelidir [3,61]
PIVK takılması ve Uygulaması	- Kurumda uzman vasküler erişim ekibi var ise PIVK uygulaması bu ekip tarafından yapılmalıdır [3,57,59,61] - Kateter sağlık profesyonelleri tarafından bir hasta üzerinde en fazla 2 girişimde bulunulmalı, aynı hastaya toplam 4 defadan fazla girişimde bulunulmamalıdır [58-61] -Kateter takılmadan önce eller su ve sabun ile yıkanmalıdır [37,61] -Kateter takılırken nonsteril eldiven kullanılmalıdır [37,57,61] -PIVK takılacak bölge %2 klorheksidin içeren %70'lik alkol, %70'lik alkol ya da povidon iyodin ile en az 15 sn temizlenmeli ve işlem yapılmadan önce bölgenin kuruması beklenmelidir [60,61]. -PIVK uygulama bölgesine antimikrobiyal krem sürülmemelidir. -Her sıvı veya ilaç uygulamasından önce uzatma setlerinin giriş kısmı %70'lik alkol ile silinmeli ve kuruması beklenmelidir [60]. -Kateter her ilaç uygulanmasından önce ve sonra %0,9 sodyum klorür ile yıkanmalıdır [60-61]. - Kateter sürekli kullanılmıyorsa 24 saatte bir %0,9 sodyum klorür ile yıkanmalıdır [57,60] - Reçete edilen ilaçlar ilaç uygulama yönergesine uygun olarak en az 100 ml %0,9'luk sodyum klorür ile dilüe edilmelidir [57,61]
İnfüzyon setlerinin değişim süreleri	-Sürekli kullanılan infüzyon setleri, 96 saatte bir değiştirilmelidir - Aralıklı infüzyon setleri, aksi bir durum gelişmedikçe 24 saatte bir değiştirilmelidir [57,58]. - Kan ve kan ürünlerinin setleri, transfüzyon tamamlandığında veya her 4 saatte bir değiştirilmelidir. - Parenteral beslenme solüsyonu için kullanılan setler 24 saatte bir değiştirilmelidir [57,58].
PIVK bölgesinin izlemi ve değerlendirilmesi	-Kateter bölgesinin izleminde hemşire kayıtları çok önemlidir Kayıtlar, PIVK takılma tarihini, kullanılan pansumanları, kateteri takan hemşireyi, PIVK'nin değişim tarihini, PIVK takarken delme denemelerinin sayısını, kullanılan intravenöz ilaçları, pansuman değişikliğini ve bir sonraki kontrolü içermelidir [57]. -Hastada flebit (sıcaklık, hassasiyet, eritem veya ele gelen venöz kord), enfeksiyon veya hatalı çalışan bir kateter belirtileri gelişirse periferik venöz kateter hemen çıkarılmalıdır [57,59,61].

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma erişkin yataklı klinik ve erişkin yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumları ile periferal intravenöz katetere bağlı flebiti önlemeye yönelik bilgi ve uygulamaları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yapılmış tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri

Araştırma 15.04.2021- 15.06.2021 tarihleri arasında Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi erişkin yataklı klinikler, erişkin yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşireler ile yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi erişkin yataklı yoğun bakım ve kliniklerde görev yapan 225 hemşire oluşturmuştur. Erişkin yoğun bakım ünitelerinde (kalp damar cerrahisi yoğun bakım, anestezi yoğun bakım, koroner yoğun bakım, dahiliye yoğun bakım, transplantasyon yoğun bakım) toplam 76 hemşire, erişkin kliniklerde (dahiliye hastalıkları servisi, onkoloji servisi, kalp damar cerrahisi servisi, genel cerrahi servisi, kadın doğum hastalıkları servisi, kemik iliği ve kök hücre nakli servisi, acil servisi) toplam 149 hemşire görev yapmaktadır. Araştırma 15.04.2021- 15.06.2021 tarihleri arasında yapılmış olup çalışmanın örneklemi 182 hemşire oluşturmaktadır. Örneklemeye çalışmaya katılmaya istekli ve bilgilendirilmiş olur formu [EK-1] onaylayan hemşireler dâhil edilmiştir. Hemşirelerin çalıştıkları tüm kliniklerde flebiti önlemeye yönelik protokol bulunmaktadır.

Çalışmanın veri toplama aşamasında 5 hemşire yıllık izinde ve 31 hemşire çalışmaya katılmaya gönüllü olmama nedeni ile hemşirelerden veriler toplanamamıştır. Verilerin SPSS programına giriş aşamasında 7 hemşire periferal venöz katetere bağlı flebit gelişimini önleme formundaki bilgi sorularını tam olarak yanıtlamadıkları için, veri girişine kayıt edilememiştir. Örneklem büyüklüğü hesaplanmamış tüm evrene ulaşılması hedeflenmiştir. Çalışmamızda evrenin %81'ne ulaşılmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri, Kişisel Bilgi Formu, PIVK ve Flebit Gelişimini Önleme Bilgisi ve Uygulamaya Yönelik Soru Formu, Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği ile toplanmıştır.

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu:

Kişisel bilgi formu araştırmacı tarafından ilgili literatür [3,7-12,59-61] incelenerek geliştirilmiş olup; hemşirelerin yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni durum, çalıştığı birim, meslekte ve çalıştığı ünite de çalışma yılı, çalıştığı bölüm, flebit gelişimini önleme ile ilgili eğitim/bilgi alma durumu, flebit skalası hakkında bilgisi, güncel rehberleri takip etme durumu ve kanıta dayalı uygulama kullanıp kullanmadığı gibi konu başlıklarını içeren toplam 20 sorudan oluşmaktadır [EK-II]

3.4.2. Periferik İntravenöz Kateter Bağlı Flebiti Önleme ve Uygulamaya Yönelik Bilgi Formu

Flebit gelişimini önlemeye yönelik olarak yer alan sorular kanıta dayalı rehberlerden [3,33] ve literatürden yararlanarak oluşturulmuştur [3,2,4,13,15,17,24,33,59]. Bu form iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm hemşirelerin flebit risk faktörleri ve önlemeye yönelik 17 çoktan seçmeli soruyu içermektedir. İkinci bölüm ise hemşirelerin periferik intravenöz kateter takılması ve flebiti önlemeye ilişkin izlem ve girişimleri klinikte uygulama durumuna ilişkin evet/hayır cevapları içeren 28 maddeden oluşmaktadır [EK-III]. Hemşirelerin flebit risk faktörlerini bilme ve önlemeye yönelik girişimlerde soruların hazırlanmasında literatür temel alınmıştır [8,33,57-61].

Çalışmamızda örnekleme oluşturan hemşirelerin yoğun bakım ve erişkin kliniklerde çalışması nedeniyle güncel literatürde en çok üzerinde durulan flebit gelişimini ve PIVK uygulamasına ve izlemine ilişkin sık kullanılan bilgilere yönelik sorulara yer verilmiştir. Soru formunda flebiti önleme yönelik sorulardan her bir doğru soruya 1 puan, yanlış soruya 0 puan verilmiş ve hemşirelerin doğru cevap sayıları hesaplandıktan sonra aldıkları puan soru sayı üzerinden (minumum 0 puan, maksimum 17 puan) hesaplanarak puanlandırılmıştır. Periferik İntravenöz Katetere Bağlı Flebiti Önlemeye Yönelik Bilgi Formunda bulunan maddelerin kapsam geçerliliğinin değerlendirmek açısından 3 enfeksiyon hemşiresi ve 2 iç hastalıkları alanında uzman öğretim üyesinden uzman görüşü

alınmıştır. Bu uzman görüşündeki ifadeler ‘uygun değil’; ‘biraz uygun’; ‘uygun’; ‘çok uygun’ biçiminde ifadelendirilerek uzmanların değerlendirilmesi istenmiştir.

Bu değerlendirme sonunda bilgi formunun kapsam geçerliliği oranı (kgo)0.89 olarak bulunmuştur.

3.4.3. Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği (KDHHYTÖ)

Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarını ölçmek amacıyla 2011 yılında İspanya’da Ruzafa-Martinez ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş [62] ve ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışması 2015 yılında Ayhan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır [63]. Ölçek, 15 maddeden ve üç alt boyuttan oluşmaktadır [EK-IV]. Maddelerin sekizi olumlu (1, 2, 5, 7, 9, 11, 13 ve 14. maddeler) yedisi olumsuz (3, 4, 6, 8, 10, 12 ve 15. maddeler) ifade içermekte; olumsuz maddeler ters çevrilerek kodlanmaktadır. Beşli likert tipine (1=hiç katılmıyorum, 2=katılmıyorum, 3=biraz katılıyorum, 4=katılıyorum, 5=tamamen katılıyorum) göre hazırlanan ölçekten en düşük 15, en yüksek 75 puan alınmaktadır. Ölçeğin üç alt boyutu;

- a. *Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik İnanç Alt Boyutu*; Klinik uygulamalarında kanıta dayalı hemşireliğin yararları ile ilgili inanç ve beklentilere yönelik maddeleri içerir (1, 2, 7, 9, 11, 13 ve 14. madde).
- b. *Kanıta Dayalı Uygulama Niyeti Alt Boyutu*; Hemşirelerin kanıta dayalı uygulama yapma davranışları veya niyetleri, iş yükü, algılanan engelleri ve eğitime ayrılan sürenin kanıta dayalı hemşirelik için kullanılmasına ilişkin maddeleri içerir (3, 5, 6 ve 12. madde)
- c. *Kanıta Dayalı Hemşirelikle İlgili Duygular Alt Boyutu*; Kanıta dayalı hemşireliğe verilen önemi, kanıta dayalı uygulamaya olan yararları ve hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik duyguları ile ilgili maddeleri içerir (4, 8, 10 ve 15. madde).

Ölçeğin değerlendirilmesinde ölçekten yüksek puan alınması kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumun olumlu olduğunu göstermektedir. Ölçeğin güvenirlik katsayısı $\alpha=0.85$ olup “İnanç” alt boyutunun Cronbach’s Alpha güvenirlik katsayısı 0.86; “Niyet” alt boyutunun Cronbach’s Alpha güvenirlik katsayısı 0.63; ve “Duygular” alt boyutunun Cronbach’s Alpha güvenirlik katsayısı 0.70’dır.[63]Bu araştırmada ölçeğin Cronbach’s Alpha değeri 0,88 bulunmuş olup, “İnanç” alt boyutunun Cronbach’s Alpha güvenirlik katsayısı 0.85; “Niyet” alt boyutunun Cronbach’s Alpha güvenirlik katsayısı 0.66 ve

“Duygular” alt boyutunun Cronbach’s Alpha güvenilirlik katsayısı 0.81 olarak hesaplanmıştır.

3.5.Araştırmanın Ön Uygulaması

Araştırmada alınan uzman görüşleriyle bilgi formunun son hali verilmiştir. Alınan görüş ve öneriler doğrultusunda bilgi formunun uygulama kısmında gerekli düzenlemeler yapıp, ardından Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi’nde görev yapan 5 yoğun bakım ve 5 erişkin servisten olmak üzere evrenin yaklaşık %5’ine ulaşılarak 10 hemşireye ön uygulama yapılmıştır. Hemşirelerin anketi yanıtlamaları 20-25 dakika sürmüştür. Ön uygulama anlaşılmayan bir bölüm olmadığından ön uygulamaya katılan 10 hemşire çalışma verilerine dâhil edilmiştir.

3.6.Araştırmanın Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırma 15.04.2021-15.06.2021 tarihleri arasından Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi’nde gerçekleştirilmiştir. Veri toplama araçlarını hemşirelere uygulanmadan önce her klinik ve yoğun bakım ünitesinin sorumlu hemşireleri ile görüşülmüş, araştırmanın amacı, içeriği hakkında bilgi verilmiştir. Sorumlu hemşireden izin aldıktan sonra araştırmacı 8-20 şiftlerinde görev yapan hemşirelerden randevu almıştır. Randevu saatinde hemşireler ile görüşülmüş ve araştırmanın amacı hakkında bilgi verilmiştir. Hemşirelerin birbirinden etkilenmemesi amacıyla araştırmacının bulunduğu bir ortamda, formların hemşireler tarafından doldurulması sağlanmış ve araştırmacı tarafından formlar geri alınmıştır. Sorumlu hemşireler çalışmaya dâhil edilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelerden onam alınmıştır. Veri toplama formları 20-25 dakikada doldurulmuştur.

3.7.Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkenleri: PIVK ve flebit önleme bilgi puanları ve Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği puanlarıdır.

Araştırmanın Bağımsız Değişkenler: Hemşirelerin yaşı, cinsiyeti, medeni durum, mezun olduğu okul, eğitim durumu, meslekte çalışma süresi, yoğun bakım ve klinikte çalışma süresi, çalıştığı klinik bağımsız değişkenlerini oluşturmaktadır.

3.8.Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS 20 (Statistical Package for the Social Science) paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Periferal intravenöz katetere bağlı flebit gelişimi önleme ve uygulamaya yönelik Bilgi Formunda [EK-II] yer alan bilgi sorularına (17); her bir doğru soruya “1 puan”, yanlış soruya “0 puan” verilmiş ve hemşirelerin doğru cevap sayıları hesaplandıktan sonra aldıkları puan soru sayı üzerinden hesaplanarak puanlandırılmıştır. Bilgi formundan alınabilecek en yüksek puan 17’dir. Doğru cevaplar doğrultusunda elde edilen ortalama değere ($\bar{x} \pm SD$: 8.17 ± 1.94 (min:3-maksimum:12 soruya doğru cevap verilmiştir) göre, kesme noktası belirlenmiştir. Bilgi düzeyini ölçen 17 sorudan 9 ve daha az soruya doğru cevap veren hemşirelerin “ortalamanın altında bilgi düzeyi”, 9 ve daha fazla soruya doğru cevap veren hemşirelerin “ortalamanın üzerinde bilgi düzeyi” şeklinde iki kategori belirlenmiştir.

Araştırmada hemşirelerin uygulamaya dayalı önermeleri evet/hayır şeklinde gruplandırılarak yüzde dağılımları belirtilmiştir. Tanıtıcı özelliklerinin frekans ve yüzde dağılımları verilmiştir. Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinden yer alan veriler; bilgi puan ortalamaları ve KDHHYTÖ puan ortalamaları ile karşılaştırılmıştır. Bütün veriler bilgi puanları ve KDHHYTÖ açısından Kolmogorov-Smirnov’ ve Shapiro-Wilks’ istatistikleri kullanılarak normal dağılımına bakılmış ve veriler normal dağıldığı için parametrik analizler kullanılmıştır. İkili alt gruplara sahip olan bağımsız değişkenlerde Student’s t testi, İkiden fazla alt gruba sahip bağımsız değişkenlerde Varyans Analizi (ANOVA) yapılmıştır. İkili bağımlı değişkenin karşılaştırmasında Pearson korelasyon analizi yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık olarak $p < 0.05$ değeri kabul edilmiştir.

3.9.Araştırmanın Etik Yönü

Bu çalışma Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu tarafından onaylanmıştır (KA21/84 proje numaralı çalışma) [EK-V]. Ayrıca Başkent Üniversitesinin merkez birimi olan Ankara Hastanesi Başhekimliği ve Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü’nden araştırmanın yapılması için izin alınmıştır [EK-V].

Kanıtı dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeğinin araştırmada kullanılması için Ayhan’da izin alınmış olup Ek-VI’da sunulmuştur.

3.10.Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma sadece Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi'nde gerçekleştirildiği için sonuçlar yalnızca bu hastanelere için genellenebilir. Pandemi sürecine bağlı olarak hemşirelerin yoğun çalışması nedeniyle verilerin toplama aşaması zor olmuş, evrenin tamamına ulaşamamıştır.



4.BULGULAR

Bu bölümde erişkin yataklı klinik ve erişkin yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelere ait tanıtıcı bilgiler, periferik venöz katetere bağlı flebit gelişimini önlemeye yönelik bilgi ve uygulamalarına ilişkin bulgular ve kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlara ilişkin bulgular sunulmuştur.

Tablo 4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n=182)

Tanıtıcı özellikler	n	%
Yaş (yıl) $\bar{x} \pm SD$	26.09 $\pm$ 5.81 (min21-mak54)	
Yaş grup aralığı		
21-30 yaş	154	84.6
31-54 yaş	28	15.4
Cinsiyet		
Kadın	164	90.1
Erkek	18	9,9
Medeni Durum		
Evli	43	23.6
Bekâr	139	76.4
Öğrenim Durumu		
Sağlık Meslek Lisesi	62	34.1
Ön Lisans	13	7.2
Lisans	100	54.9
Lisans üstü	7	3,8
Çalıştığı Birim		
Erişkin Klinikler	123	67.6
Yoğun Bakım Üniteleri	59	32.4
Meslekte Çalışma Süresi $\bar{x} \pm SD$	4.80 $\pm$ 5.61 (min1-mak 31)	
<1 yıl	21	11.5
1-5 yıl	120	65.9
>5yıl	41	22.6
Birimde Çalışma Süresi (yıl)	3.26 $\pm$ 2.87 (min1-mak13)	
Hemşirelerin Bölümündeki Görevleri		
Servis Hemşiresi	111	61.0
Yoğun Bakım Hemşiresi	53	29.1
Servis Sorumlusu	18	9.9

Çalışmamızda hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bilgiler Tablo 4.1’de sunulmaktadır. Hemşirelerin yaş ortalaması 26.09 $\pm$ 5.81 olup, %84.6’sı 21-30 yaş aralığındadır. Hemşirelerin %90.1’i kadın, %76.4’ü bekar, %54,9’u lisans mezunudur. Hemşirelerin meslekte çalışma süresi ortalamaları 4.80 $\pm$ 5.61 yıldır. Hemşirelerin %65.9’u

1-5 yıl arasında çalışmaktadır. Birimde çalışma ortalaması 3.26 ± 2.87 yıldır ve %61.0'ı servis hemşiresi olarak görev yapmaktadır.

Tablo 4.2. Hemşirelerin PIVK Bağlı Flebiti Önleme ve Uygulamaya İlişkin Klinik Özellikleri (n=182)

Hemşirelerin PIVK bağlı flebiti önleme ve uygulamaya ilişkin klinik özellikleri	n	%
Flebit gelişimini önleme konusunda eğitim alma durumu		
Evet, aldım	153	84.1
Hayır, almadım	29	15.9
Eğitim alınan yer (n=199) *		
Hemşirelik Eğitimi Sırasında	112	56.2
Hizmet İçi Eğitimler	77	38.7
Kurs-seminer-kongre	10	5.1
Rehberleri takip etme durumu		
Rehberlere ilişkin bilgim var, ancak takip etmiyorum	54	29.7
Rehberlere ilişkin Haberim var ve takip ediyorum	66	36.3
Rehberlere ilişkin bilgim yok	62	34.1
Flebit değerlendirme skalası hakkında bilgi durumu		
Evet	143	78.6
Hayır	39	21.4
Kurumda flebit değerlendirme skalası kullanma durumu		
Evet	140	76.9
Hayır	42	23.1
Flebit oluşumunun hemşirelik kalitesini gösterme durumu		
Evet, gösterir	147	80.8
Hayır, göstermez	6	3.3
Emin değilim	29	15.9
Çalıştığınız klinikte flebiti önlemek için protokol olması durumu		
Evet	170	93.4
Hayır	12	6.6
Flebit önleme konusunda eğitim alma ihtiyacını hissetme durumu		
Evet	72	39.6
Hayır	110	60.4
PIVK takılması ve izleminde kanıta dayalı hemşirelik uygulama durumu		
Kateter uygulama ve kateter bakımında (kateterin yeri, ilaç tedavisi vb) tamamen kanıta dayalı uygulamaları kullanırım.	141	77.5
Kateter uygulama ve kateter bakımında (kateterin yeri, ilaç tedavisi vb.) küçük bir bölümünde kanıta dayalı uygulamaları kullanırım	24	13.2
Kateter uygulama ve kateter bakımında (kateterin yeri, ilaç tedavisi vb) kanıta dayalı uygulamaları kullanıp kullanmadığımı tam olarak bilmiyorum	17	9.3
Son bir yılda flebit konusunda makale okuma durumu		
Evet	35	19.2
Hayır	147	80.8

* Birden fazla yanıt verilmiştir.

Hemşirelerin PIVK uygulamalarına ilişkin bilgi durumları Tablo 4.2’de sunulmaktadır. Flebit gelişimini önleme konusunda hemşirelerin %84.1’i eğitim almıştır. Eğitim alan hemşireler flebit eğitimini hemşirelik eğitimleri sırasında (%56.2), hizmet içi eğitimlerde (%38.7), kurs kongre, seminerlerden (%5.1) aldıklarını belirtmişlerdir. Hemşirelerin %36.3 rehberlerden bilgisi var ve rehberi takip etmektedir.

Flebit değerlendirme skalası hakkında hemşirelerin %78.6’sının bilgisi vardır. %76.9’u kurumda flebit değerlendirme skalasını kullanmaktadır. Hemşirelerin %80.8’i flebit oluşumunun verilen hemşirelik bakımının kalitesini gösterdiğini belirtmiştir. Hemşirelerin % 93.4’ünün çalıştığı klinikte flebiti önlemek için protokol bulunmaktadır. Hemşirelerin % 60.4’ü flebit konusunda eğitim alma ihtiyacını hissetmediklerini belirtmişlerdir.

Hemşirelerin %77.5’i PIVK takılması ve izleminde kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları kullandıklarını belirtmişlerdir. Son bir yılda flebit konusunda hemşirelerin %80.8’si makale okumamıştır.

Tablo 4.3. Hemşirelerin PIVK Bağlı Flebiti Önleme Bilgisi Sorularına Verdikleri Cevapların Dağılımı (n=182)

Hemşirelerin PIVK bağlı flebiti önleme bilgi puanı X±SS:8.07±1.91(Min=3, Max=12)	DOĞRU		YANLIŞ	
	N	%	N	%
PIVK takılmasında öncelikli olarak tercih edilmesi gereken intraket numarasının 16-18 olması gerektiğini bilme	82	45.1	100	54.9
Flebit gelişme riskini önlemek için hangi bölgeye PIVK takılması gerektiğini bilme	68	37.4	114	62.6
PIVK uygulama işleminde bölge temizliğinde kullanılacak solüsyonu bilme	139	76.4	43	23.6
Takılı olan PIVK herhangi bir sorun yoksa değişim sıklığı bilme	112	61.5	70	38.5
Bir hemşirenin bir hastaya en fazla kaç kez PIVK takma girişiminde bulunması gerektiğini bilme	132	72.5	50	27.5
Flebit riskini azaltmak için tahriş edici özelliği olduğu bilinen bir ilacın dilüe edildiği infüzyon sıvısını bilme	166	91.4	16	8.6
PIVK takılması planlanan bölge uygun solüsyon ile en az kaç saniye silinmesi gerektiğini bilme	100	54.9	82	45.1
PIVK aracılığıyla parenteral beslenme solüsyonları uygulanacağı zaman setlerin değişim sıklığını bilme	149	81.9	33	18.1
PIVK giriş bölgesinin değerlendirilme sıklığını bilme	57	31.8	125	68.2
Sıklıkla flebite neden olan bir ilacın infüzyon şeklinde en az verilme hızını bilme	69	37.9	113	62.1
PIVK takılma endikasyonu olmasına rağmen kateterin sürekli kullanılmadığı durumlarda kateterin kaç saatte bir yıkanması gerektiğini bilme	24	13.2	158	86.8
PIVK uygulamasında nonsteril eldiven kullanılması gerektiğini bilme	116	63.7	66	36.3
PIVK pansumanında uygun materyali seçme	58	31.9	124	68.1
PIVK yerleştirme bölgesine antimikrobiyal merhem sürülmesinin flebit gelişimini azaltmadığını bilme	72	39.6	110	60.4
PVIK çıkarılması gereken durumları bilme	28	15.4	154	84.6
PIVK takmak için seçilebilecek tek bölge fleksiyon bölgesi ise bu bölge en az kaç saatte bir kontrol edilmesi gerektiğini bilme	79	43.4	103	56.6
PIVK bölgesinde flebit gelişimini önlemek için flebit skalası ile kaç saatte bir takip edilmesi gerektiğini bilme	21	11.5	161	88.5

Hemşirelerin PIVK ve flebit önleme bilgisi sorularına verdikleri cevapların dağılımı Tablo 4.3’de sunulmaktadır. Hemşirelerin PIVK bağlı flebiti önleme bilgi puanı 8.07 ± 1.9 ’dir. Hemşirelerden PIVK takılmasında öncelikli olarak tercih edilmesi gereken intraket numarasının 16-18 olması gerekmediğini bilenlerin oranı %45.1, flebit gelişme riskini önlemek için hangi bölgeye PIVK takılması gerektiğini bilenlerin oranı %37.4, PIVK uygulama işleminde bölge temizliğinde kullanılacak solüsyonu bilenlerin oranı %76.4, takılı olan PIVK herhangi bir sorun yoksa değişim sıklığını bilenlerin oranı %61.5; bir hemşirenin bir hastaya en fazla kaç kez PIVK takma girişiminde bulunması gerektiğini bilenlerin oranı %72.5; flebit riskini azaltmak için tahriş edici özelliği olduğu bilinen bir ilacın dilüe edildiği infüzyon sıvısını bilenlerin oranı %91.4, PIVK takılması planlanan bölge uygun solüsyon ile en az kaç saniye silinmesi gerektiğini bilenlerin oranı %54.9, PIVK aracılığıyla parenteral beslenme solüsyonları uygulanacağı zaman setlerin değişme sıklığını bilenlerin oranı %81.9, PIVK giriş bölgesinin değerlendirilme sıklığını bilenlerin oranı %31.8, sıklıkla flebite neden olan bir ilacın infüzyon şeklinde en az verilme hızını bilenlerin oranı % 37.9, PIVK takılma endikasyonu olmasına rağmen kateterin sürekli kullanılmadığı durumlarda kateterin kaç saatte bir yıkanması gerektiğini bilenlerin oranı %13.2, PIVK uygulamasında nonsteril eldiven kullanılması gerektiğini bilenler %63.7, PIVK pansumanında uygun materyali seçme hakkında bilgisi olanlar %31.9, PIVK yerleştirme bölgesine antimikrobiyal merhem sürülmesinin flebit gelişimini azaltmadığını bilenler %39.6, PIVK çıkarılması gereken durumları bilme oranı %15.4, PIVK takmak için seçilebilecek tek bölge fleksiyon bölgesi ise bu bölge en az kaç saatte bir kontrol edilmesi gerektiğini bilenlerin oranı %43.4 ve PIVK bölgesinde flebit gelişimini önlemek için flebit skalası ile kaç saatte bir takip edilmesi gerektiğini bilenlerin oranı %11.5 olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.4. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine göre PIVK Bağlı Flebiti Önleme Bilgi Puan Ortalamaları (n=182)

Tanıtıcı Özellikler	$\bar{x} \pm SD$	Test değeri	P
Yaş grupları			
21-30 yaş	7.84±1.83	t:-3,765	0.001
31-54 yaş	9.32±1.92		
Cinsiyet			
Kadın	8.11±1.828	t:0,969	0,337
Erkek	7.64±2.66		
Medeni durum			
Bekar	7.91±1.94	t:1.940	0.054
Evli	8.57±1.76		
Öğrenim durumu			
Sağlık Meslek Lisesi	7.50±1.48 ^a	F:3.852	0.024
Ön Lisans	8.23±2.16 ^{ab}		
Lisans	8.29±1.99 ^{ab}		
Yüksek lisans ve üzeri	9.57±2.63 ^b		
Çalıştığı klinik			
Erişkin klinikler	8.06±1.98	t:-0.070	0,944
Erişkin yoğun bakımlar	8.08±1.78		
Çalışma yılı			
<1 yıl	7.61±1.80 ^a	F:11.602	0.000
1-5 yıl	7.73±1.83 ^b		
>5yıl	9.26±1.76 ^c		
Flebit konusunda eğitim alma			
Evet, aldım	8.28±1.92	t;4.325	0.000
Hayır, almadım	6.92±1.43		
Rehberleri takip etme durumu			
Rehberden bilgim var, ancak takip etmiyorum	7.96±1.96 ^a	F:3.395	0.036
Bilgim var ve takip ediyorum	8.53±2.08 ^b		
Bilgim yok	7.66±1.59 ^a		
Flebit skalası kullanma			
Evet	8.10±1.84	t:0.457	0.648
Hayır	7.94±2.19		

*Student t testi, ANOVA testi, Tukey testi

Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre PIVK bağlı flebiti önleme bilgi puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.4'de sunulmaktadır. Hemşirelerin bilgi puan ortalamalarının cinsiyet (p=0.337), medeni durum (p=0.054) çalışılan klinik (p=0.944) ve flebit skalası kullanma durumuna göre (p=0.648) farklılık göstermediği belirlenmiştir (p>0.05). PIVK ve flebit önleme bilgi puan ortalaması 31-54 yaş grubunda olan hemşirelerin 9.32±1.92, 21-30 yaş grubunda olan hemşirelerin 7.84±1.83 olarak bulunmuştur. Hemşirelerin yaş grup aralığına göre PIVK bağlı flebiti önleme puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (p<0.05).

Hemşirelerin öğrenim durumları ile PIVK bağlı flebiti önleme bilgi puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur. ($p<0.05$). Bu farkın hangi öğrenim grubundan kaynaklandığı belirlemek için yapılan Tukey HSD post-hoc testine göre anlamlı farklılığın sağlık meslek lisesi grubu ortalaması (7.50 ± 1.48) ile yüksek lisans öğrenim (9.57 ± 2.63) grubunun ortalaması kaynaklı olduğu belirlenmiştir.

Hemşirelerin çalışma yıllarına göre ile PIVK bağlı flebiti önleme bilgi puan ortalamaları sırasıyla; 1 yıldan daha az çalışanlarda, 7.61 ± 1.80 ; 1-5 yıl arasında görev yapanlarda 7.73 ± 1.83 ve 5 yıldan daha uzun süre çalışanlarda 9.26 ± 1.76 olup, aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Bu farkın hangi çalışma yılı grubundan kaynaklandığı belirlemek için yapılan Tukey HSD post-hoc testine göre anlamlı farklılığın 1 yıldan daha az çalışan ile 5 yıldan daha fazla çalışan gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir. 1 yıldan daha az çalışan hemşirelerin bilgi puan ortalamaları daha düşük, 5 yıldan daha uzun süre çalışanların bilgi puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur.

Flebit hakkında eğitim alan hemşirelerin PIVK bağlı flebiti önleme bilgi puan ortalamaları 8.28 ± 1.92 , eğitim almayan hemşirelerin puan ortalamalarına 6.92 ± 1.43 göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Güncel rehberlerden haberdar olan ve takip eden hemşirelerin PIVK ve flebit önleme bilgi puan ortalamaları (8.53 ± 2.08), haberdar olup takip etmeyen (7.96 ± 1.96) ve rehberlerden bilgisi olmayanlardan (7.66 ± 1.59) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Yapılan Tukey HSD post-hoc testine göre anlamlı farklılığın rehberlerden haberdar olup ve takip eden gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Tablo 4.5. Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği (KDHYTÖ) Puanlarının Dağılımı (n=182)

Ölçek ve Ölçek Alt Boyutları	$\bar{x} \pm SD$	Min- Mak
KDHYTÖ Toplam Puanı	59.26±10.67	31-75
İnanç alt boyut	29.03±5.13	14-35
Niyet alt boyutu	14.79±3.39	8-20
Duygular alt boyutu	15.43±4.24	4-20

Hemşirelerin KDHYTÖ puanlarının dağılımı Tablo 4.5’da sunulmaktadır. Hemşirelerin KDHYTÖ’den aldıkları toplam puan ortalaması 59.26±10.67 olup, KDHYTÖ’nin alt boyutlarından İnanç alt boyutu ortalaması 29.03±5.13; Niyet alt boyutu ortalaması 14.79±3.39 ve duygular alt boyutu ortalaması 15.43±4.24’dür.

Tablo 4.6. Hemşirelerin PIVK Bağlı Flebiti Önleme ve Uygulamaya İlişkin Bilgi Puanları ile Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği Puanlarının Dağılımı (n=182)

PIVK bağlı flebiti önlemeye yönelik bilgi puan durumu	KDHYTÖ $\bar{x} \pm SD$	KDHYTÖ alt boyut puanları		
		İnanç $\bar{x} \pm SD$	Niyet $\bar{x} \pm SD$	Duygular $\bar{x} \pm SD$
Ortalamanın üzerinde bilgi düzeyi (n=71)	60.47±11.99	29.84±5.10	15.32±3.70	15.66±4.43
Ortalamanın Altında Bilgi Düzeyi (n=111)	58.49±9.65	28.52±5.11	14.47±3.16	15.30±4.14
Test değeri	t:-1.171	t:-1.703	t:-1.202	t:-0.064
p değeri	p:0.244	p:0.090	p:0.231	p:0.094

*Student t testi

Hemşirelerin PIVK bağlı flebiti önlemeye ve uygulamaya ilişkin bilgi puanları ile KDHYTÖ puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.6’de sunulmaktadır. PIVK bağlı flebiti önleme bilgi puanı ortalamanın altında olan hemşirelerin KDHYTÖ toplam puanı 58.49±9.65 iken ortalamanın üzerinde bilgi düzeyine sahip puanı 60.47±11.99’dir. Hemşirelerin PIVK bağlı flebiti önlemeye ilişkin bilgi puan düzeylerine göre KDHYTÖ toplam puanı arasında anlamlı fark yoktur (p >0.05).

PIVK bağlı flebit önlemeye ilişkin bilgi puan ortalamasının altında bilgi düzeyi olan hemşirelerin inanç alt boyutu toplam puanı 28.52 ± 5.11 iken ortalamanın üzerinde bilgi düzeyleri olan hemşirelerin n puanı 29.84 ± 5.10 'dur. Hemşirelerin PIVK bağlı flebiti önlemeye ilişkin bilgi puan ortalamalarına göre inanç alt boyutu puanı ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

PIVK bağlı flebiti önlemeye ilişkin bilgi puanı ortalamasının altında bilgi düzeyi olan hemşirelerin niyet alt boyutu toplam puanı 14.47 ± 3.16 , ortalamanın yeterli düzeyde bilgi puanları olan hemşirelerin puanı 15.32 ± 3.70 'dir. Hemşirelerin PIVK bağlı flebiti önlemeye ilişkin bilgi puan ortalamalarına göre niyet alt boyutu puanı ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

PIVK bağlı flebiti önlemeye ilişkin bilgi puanı ortalamasının altında olan hemşirelerin duygular alt boyutu toplam puanı 15.30 ± 4.14 , yeterli olan hemşirelerin puanı 15.66 ± 4.43 'dir. Hemşirelerin PIVK bağlı flebiti önlemeye ilişkin bilgi puan ortalamalarına göre duygular alt boyutu puanı ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

**Tablo 4.7. Hemşirelerin PIVK Bağlı Flebiti Önlemeye İlişkin İzlem ve Girişimleri
Klinikte Uygulama Durumu (n=182)**

Girişimler	Klinikte uygulama durumu			
	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
Kateter takılması için uygun olan bölgenin seçimi				
Antekubital bölgenin tercih etme	101	55.1	81	44.5
Ön kol bölgesini tercih etme	160	87.9	22	12.1
Alt ekstremitedeki venleri tercih etme	68	37.4	114	62.6
Kateter seçimi				
Hastanın tanısına, uygulanacak tedaviye göre tercih etme	171	94.0	11	6.0
24 Numara kateter tercih etme	105	57.7	77	42.3
Pansuman seçimi				
Yarı geçirgen şeffaf pansuman kullanmayı tercih etme	120	65.9	62	34.1
PIVK takılması ve bakımı				
Kateterin takılmadan önce ellerin yıkanması	174	95.6	8	4.4
Steril eldiven giyinme	46	25.3	134	73.6
Non steril eldiven giyinme	156	85.7	26	14.3
PIVK takılacak bölgenin uygun solüsyon ile silinmesi	173	95.1	9	4.9
Solüsyonla silinen bölgenin kurummasının beklenmesi	173	95.1	9	4.9
Katetere her ilaç uygulamadan önce 5 cc %0,9 Sodyum klorür ile yıkanması	160	87.9	22	12.1
Kullanılmayan PIVK 24 saatte 1 kez 5 cc SF ile yıkanır	159	87.4	23	12.6
Kan transfüzyonu yapılan hastanın kan setleri, tranfüzyon tamamlandıktan sonra değiştirilmeli	163	89.9	19	10.4
PIVK rutin değiştirilmesine gerek yoktur.	146	80.2	36	19.8
Acil durumlarda takılan PIVK 24-48 saat içerisinde değiştirilmeli	109	59.9	73	40.1
PIVK bölgesi, bilinci açık hastalarda 4 saatte bir Flebit Skor Değerlendirme tablosuna göre değerlendirilir	172	94.5	10	5.5
PIVK bölgesi, bilinci kapalı hastalarda saatte bir Flebit Skor Değerlendirme tablosuna göre değerlendirilir	157	86.3	25	13.7
PIVK maksimum 8 saatte bir flebit değerlendirme skalası ile değerlendirilir.	145	79.7	37	20.3
Kateter bölgesinin değerlendirilmesi				
PIVK takılan bölge kızarıklık, ağrı, ödem bulgular yönünden değerlendirilir.	178	97.8	4	2.2
Değerlendirme flebit değerlendirme skalasına göre yapılır	174	95.6	8	4.4
Flebit derecesi 0-1 olduğunda PIVK rutin aralıklar ile gözlenmeye devam edilmeli	173	95.1	9	4.9
Flebit derecesi iki ile üç olduğunda;				
İlaç veya sıvı tedavisi durdurulmalı	176	96.7	6	3.3
Kateter sonlandırılmalı ve diğer ekstremiteye yeni kateter takılmalı	176	96.7	6	3.3
Etkilen bölge ekstremitesi yükseltilmeli	174	95.6	8	4.4
Etkilenen bölgede açık yara yok ise yaş kompres uygulanmalı	174	95.6	8	4.4
Kateterin çekilmesi, etkilenen bölgenin durumu flebitin derecesi ve yapılan uygulamalar hemşirelik formuna kayıt edilmeli	176	96.7	6	3.3

Hemşirelerin PIVK takılması ve flebiti önlemeye ilişkin izlem ve girişimleri klinikte uygulama durumu Tablo 4.7’de sunulmuştur. Hemşirelerin %87.9’u klinik uygulamalarında ön kolu tercih ettikleri belirlenmiştir. Hemşireler %94.0’ü klinikte hastanın tanısına, uygulanacak tedaviye göre kateter tercih etmektedir. Pansuman kullanımında hemşirelerin %65.9’u yarı geçirgen şeffaf pansuman kullanmaktadır. Çalışmada hemşirelerin kateter takılması ve bakımında en çok klinikte uyguladıkları girişimler; kateterin takılmadan önce ellerin yıkanması (%95.6); kateterin takılması planlanan bölgenin uygun solüsyon ile silinmesi (%95.1); solüsyonla silinen bölgenin kurumasının beklenmesi (%95.1); PIVK bölgesi, bilinci açık hastalarda 4 saatte bir Flebit Skor Değerlendirme tablosuna göre değerlendirilmesidir. (%94.5). Hemşirelerin %59.9 acil durumlarda takılan PIVK 24-48 saat içerisinde değiştirdikleri belirlenmiştir.

Kateter bölgesinin değerlendirilmesinde klinikte sıklıkla yapılan uygulamalar; PIVK takılan bölge kızarıklık, ağrı, ödem bulgular yönünden değerlendirilmesi (%97.8); değerlendirme flebit değerlendirme skalasına göre yapılması (%95.6); Flebit derecesi 0-1 olduğunda PIVK rutin aralıklar ile gözlenmeye devam edilmesidir (%95.1). Flebit derecesinin iki ile üç olduğunda; hemşirelerin tamamına yakınının ilaç veya sıvı tedavisi durdurma, kateter sonlandırma ve diğer ekstremiteye yeni kateter takma, etkilen bölge ekstremitesi yükselme etkilenen bölgede açık yara yok ise kompres uygulama girişimlerini yaptıkları belirlenmiştir.

Araştırmada tabloda yer almamakla birlikte hemşirelerin PIVK bağlı flebiti önlemeye yönelik girişimlerinin gerekli görme durumlar sorgulanmış, yukarıdaki tabloda yer alan tüm girişimlerinin hemşirelerin tamamı ve tamamına yakını gerekli gördüğü nü belirtilmiştir.

Tablo 4.8. Hemşirelerin PIVK Bağlı Flebiti Önlemeye İlişkin Bilgi Puanları ile Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki (n=182)

	KDHYTÖ	İnanç	Niyet	Duygular
PIVK ve Flebit önleme bilgisi Puan ortalaması				
R	0.163*	0.181*	0.168*	0.074
P	0.030	0.016	0.025	0.328

* $p<0.05$; ** $p<0.001$

Hemşirelerin PIVK bağlı Flebiti önlemeye İlişkin Bilgi Puanları ile Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki Tablo 4.8’da sunulmaktadır. Araştırmamızda PIVK bağlı Flebiti önlemeye İlişkin Bilgi Puanları ile KDHYTÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. ($p<0.05$). PIVK bağlı Flebiti önlemeye İlişkin Bilgi Puanları ile KDHYTÖ arasında zayıf yönde pozitif ilişki vardır. Hemşirelerin bilgi durumları artıkça kanıta dayalı hemşireliğe tutumları daha iyi olmaktadır. KDHYTÖ ölçeğinin niyet, inanç ve duygular alt boyutu ile pozitif yönde güçlü anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0.05$).

5.TARTIŞMA

Araştırmamızda hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumları ile PIVK bağlı flebiti önlemeye yönelik bilgi ve uygulamaları arasındaki ilişkiye ait bulgular mevcut literatür altında tartışılmıştır.

Flebit, intravenöz uygulamanın en sık görülen komplikasyonu olup tedavi maliyetleri ve daha uzun hastanede kalış süreleri, hasta memnuniyetsizliği dahil olmak üzere birçok soruna yol açabilmektedir. Bilgi ve beceri ile donanımlı hemşireler başarılı kateter uygulamaları ile flebit oranının azaltılabileceği çalışmalar ile kanıtlanmıştır [37,47,61-66,69]. Bu nedenle mezuniyet sonrası süreçte hemşirelerin PIVK uygulaması ve izlemine yönelik eğitimler önem kazanmaktadır. PIVK'yi yerleştirme, izleme ve değerlendirme süreci devam eden bir hemşirelik faaliyeti olmalıdır. Bu konuda yapılan çok sayıda çalışmada hemşirelerin PIVK yönelik bilgi ve uygulamalarında eksiklikleri olduğu belirlenmiş hemşirelerin bilgilerinin artırılması gerekli olduğu ve kanıta dayalı rehberleri kullanmaları için teşvik edilmeleri önerilmiştir. [24,65-69]. Grady ve ark. [70] hayatı tehdit eden sonuçları önlemek için hemşirelerin flebit ile ilişkili komplikasyonları belirleme, sık izleme, kontrol ve tanımlama becerisine ek olarak hemşirelik uygulamaları konusunda bilgi ve becerilere sahip olmasının önemli olduğunu belirtmiştir. Aydın ve Arslan [24] hemşirelerin PIVK ile ilgili bilgi düzeylerinin orta düzeyde olduğunu belirtmiştir. Helm ve ark. [66] klinik hemşirelerinin PIVK uygulama bilgi düzeyini %35-50 oranında olduğunu ifade etmiş ve hemşirelerin bilgilerini yetersiz olarak değerlendirmiştir. Vizcarra ve ark. [67] yaptıkları çalışmada hemşirelerin %71'inin PIVK uygulama bilgilerinin yetersiz düzeyde olduğu belirtilmiştir. Li ve ark. [71] çalışmalarında deneyimli hemşirelerde dahil olmak üzere flebitin gelişme risk faktörleri hakkında bilgi düzeylerinin yeterli olmadığını belirtmiştir. Araştırmamızda hemşirelerin PIVK bilgi formunda yer alan her bir soru ayrı ayrı değerlendirildiğinde hemşirelerin çoğunluğunun bilgi durumlarının ortalamanın altında olduğu görülmüş olup, literatürdeki çalışmalar ile benzer olduğu düşünülmektedir. Ayrıca çalışmamızda hemşirelerin %70.4'ü PIVK uygulamasına yönelik güncel rehberlerden bilgisinin olmadığını ve takip etmediklerini aberdar olmadıklarını (Tablo 4.2) ifade etmişlerdir. Literatürde özellikle güncel kılavuz ve rehberleri takip etmenin PIVK uygulaması ve flebiti önlemede etkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur [30,70,72].

Do Rego [31], flebit gelişimini hemşirelerin kılavuzlara uymaması, kateter yerleştirme tekniği ve hemşirelik bakımı ile ilişkilendirilmiştir. Araştırmamızda hemşirelerin PIVK bağlı flebiti önleme puanının düşük olmasının bir nedeninin rehber ve kılavuzları takip etmemeleri olduğu düşünmekteyiz.

Araştırmada hemşirelerin yaş grup aralığına göre PIVK bağlı flebiti önleme bilgi ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0.05$). Yaşla uyumlu olarak hemşirelerin deneyimi arttıkça PIVK bağlı flebit önleme bilgi ve uygulama düzeylerinin arttığı belirlenmiştir. Araştırmamıza benzer şekilde, Jacobson ve Winslow [72] ileri yaşta ve daha uzun yıllara dayanan deneyime sahip hemşirelerin, daha genç ve daha az deneyimli ve daha az yetenekli meslektaşlarına göre önemli ölçüde daha başarılı PIVK hastaya taktıklarını ve bilgilerinin daha yeterli olduğunu belirtmiştir. Ho ve arkadaşları [73] çalışma süresi beş yıldan fazla olan deneyimli hemşirelerin PIVK ile ilgili daha yüksek bilgi ve uygulama düzeyine sahip olduklarını, Larsen ve ark. [69] hemşire deneyiminin başarılı bir PIVK yerleştirmede etkili olduğunu belirtmiştir. Carr ve ark. [74] PIVK yerleştirmedeki başarısızlıkların azaltılmasında deneyim kazanmanın önemini vurgulamıştır. Li ve ark. [71] tarafından yapılan araştırmada hemşirelerin çoğunluğunun periferik venöz kateterin hastaya deneyimli bir kişi tarafından uygulanmasının flebit riskini azaltacağı algısına sahip olduklarını belirtmişlerdir.

Araştırmamıza literatürle uyumlu olarak cinsiyete göre PIVK bağlı flebiti önleme konusundaki bilgi düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir. Aydın ve Arslan [24]; Larsen ve ark. [69]; İbil ve Uysal [75] yaptıkları çalışmada benzer olarak hemşirelerin cinsiyetinin PIVK bilgi düzeyi üzerinde etkisi olmadığını bildirmiştir.

Hemşirelerin çalıştığı kliniğe göre PIVK bağlı flebiti önleme konusundaki bilgi düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir. Araştırmamıza benzer olarak başka bir çalışmada da hemşirelerin çalıştıkları klinik ile flebit bilgi düzeyi arasında anlamlı bir fark görülmemiştir [75]. Çalışma sonucumuzdan farklı olarak Ho ve ark [73] çalışmalarında özellikle uzmanlık gerektiren alanlarda çalışan hemşirelerin flebit hakkındaki bilgi durumlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Aydın ve Arslan [24] dahiliye kliniklerinde çalışan hemşirelerin PIVK bilgi düzeyinin, cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerden daha yüksek olduğunu bildirmiştir.

Hemşirelikte lisans ve lisansüstü eğitim alan hemşirelerin bilgi puan ortalamaları diğer mezunlara göre daha yüksek olmakla beraber sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Literatürde araştırmamızda benzer sonuçların [24,72,73,76] olmasının dışında, İbil ve Uysal'ın çalışmasında lisans ve lisansüstü eğitim alanların flebit bilgi puanları ile diğer mezunlara arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır [75].

Flebit hakkında eğitim aldığını belirten hemşirelerin PIVK bağlı flebiti önleme bilgi puan ortalamaları ile eğitim almadıklarını ifade eden hemşirelerin puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı ve daha yüksek bulunmuştur. ($p<0.05$). Keleekai ve ark. [75] farklı öğrenme yöntemleri kullanarak yaptıkları eğitimler sonrasında eğitim alan gruptaki hemşirelerin almayanlara göre PIVK uygulama beceri ve bilgilerinin daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Perferal intravasküler kateter yerleştirme ve flebiti önlemek için yayınlanan kılavuzlar hemşirelerin PIVK kullanım endikasyonlarını, intravasküler kateterlerin yerleştirilmesi ve bakımı için uygun prosedürler, flebitin komplikasyonları ve flebiti önlemek için yapılan tüm uygulamaları bilmeleri ve belirli aralıklarla eğitim almaları gerektiği vurgulanmaktadır [3,32,33,38]. Lyons ve Kasker [77] deneyimli hemşirelere verilen PIVK uygulamaları eğitiminin hemşirelerin bilgi ve becerilerini arttırmada etkili olduğunu belirlemiştir.

Araştırmada hemşirelerin PIVK bağlı flebiti önleme bilgisi sorularına en yüksek doğru cevap yüzdesinin “*Flebit riskini azaltmak için tahriş edici özelliği olduğu bilinen bir ilacın dilüe edildiği infüzyon sıvısını bilme*” ($n=166$, %91.4); *PIVK aracılığıyla parenteral beslenme solüsyonları uygulanacağı zaman setlerin değişme sıklığını bilme* ($n=149$, %81.9); *PIVK uygulama işleminde bölge temizliğinde kullanılacak solüsyonu bilme* ($n=139$, %76.4) ve “*bir hemşirenin bir hastaya en fazla kaç kez PIVK takma girişiminde bulunması gerektiğini bilme*” ($n=132$, %72.5) hemşirelerin çoğunluğu tarafından doğru yanıtlanmıştır. Çalışmamızda en az bilinen sorular “*PIVK bölgesinde flebit gelişimini önlemek için flebit skalası ile kaç saatte bir takip edilmesi gerektiğini bilme*” ($n=21$; %11.5); *PIVK takılma endikasyonu olmasına rağmen kateterin sürekli kullanılmadığı durumlarda kateterin kaç saatte bir yıkanması gerektiğini bilme* ($n=24$, %13.2) ve “*PVIK çıkarılması gereken durumları bilme*” ($n=28$, %15.4)’dür. Çalışmada 17 bilgi sorusundan 10 soruya hemşirelerin %50’den azı cevap verebilmiştir. Bu sonuç hemşirelerin bilgilerini güncellemelerine ve eğitime ihtiyacı olduklarını düşündürmektedir.

Periferik intravenöz yolun seçilmesi, katetere yerleştirilecek bölgenin belirlenmesi ve uygun boyutta kateterin seçilmesi PIVK uygulamasına bağlı gelişen komplikasyonları ve enfeksiyonunu önlemede en önemli faktörlerdir [3,6,7,33,61,63]. Bu çalışmada, hemşirelerin %37.4'ü kateterin tercih edilmesi gereken bölge hakkında bilgi sahibidir. PIVK girişimi için en uygun bölgeler üst ekstremitelerde el sırtı, ön kolun radyalindeki venler, antekübital fossanın distali, alt ekstremitelerde ise medial medullanın üst iç kısmıdır. Ayak damarları periferik dolaşım durgunluğundan, emboli ve tromboflebit gibi komplikasyonlar yönünden risk taşıdığından dolayı diğer damarlar uygun olduğu sürece tercih edilmemelidir [3,6,7,32,33]. Yapılan birçok çalışmada hemşirelerin PIVK uygulaması yaparken alt ekstremiteler yerine üst ekstremiteleri tercih etmesi büyük oranda flebit insidansını azalttığı bildirilmiştir [6, 30,33,34,78]. Başka araştırma sonuçları incelendiğinde PIVK bölgesinin seçimi için antekübital fossa ve ön kol venlerinin kullanılması flebit gelişimi riskini minimize ettiği bildirilmektedir [13,78,79].

CDC (2017) antibiyotik direncine neden olduğu için PIVK'nin giriş yerinde antibiyotik merhem uygulamalarından kaçınılmasını önermektedir [3,32,33]. Bu kılavuz doğrultusunda, diğer araştırma çalışmalarına [69,80] benzer şekilde çalışmamızda hemşirelerin %39.6'sı antibakteriyel kremlerin sürülmemesi gerektiğini bildiği saptanmıştır.

Flebit insidansını azaltmak için yeni kateter malzemeleri ve kateteri sabitlemek için yenilikçi yöntemler dahil olmak üzere birçok müdahale geliştirilmiştir, ancak en yaygın olarak uygulanan müdahale kateterin rutin olarak değiştirilmesidir. CDC (2017) kılavuzları ayrıca tromboflebit gibi komplikasyonlardan kaçınmak için PIVK her 12-72 saatte bir değiştirilmesini önermektedir. Bu çalışmada hemşirelerin %61.5'i IV kanülü yerleştirmeden sonra ne zaman değiştirmesi gerektiğini bilmektedir.

Flebitin önlenmesi için asepsi ile ilgili olarak çalışmalar, alkol veya %2 klorheksidin ile >%0,5 klorheksidin preparatı kullanmak, hijyenik el yıkama yapmak ve bağlantıları ve kateter giriş yerlerini temiz tutmayı önermektedirler Bu çalışma sonuçları kateter giriş yerlerini kirlenmedikçe 4-7 gün arasında değiştirilmemesini ve mutlaka kateterin ucuna üç yollu musluk kullanılması gerektiğini önermektedir [60-62]. Çalışmamızda hemşirelerin %76.4'unun kateterin takılacağı bölgede uygun solüsyonu bildiği ve %63.7'si nonsteril eldiven kullanılması gerektiğini belirtmiştir.

Periferal venöz kateter takarken hemşireler palpasyon ve görsel inceleme yoluyla damarın kalite kontrolünü yaparlar bu durum hemşirenin el hijyeni süresini kısaltabilir. Bu nedenle asepsiye korumada klinik deneyim çok önemlidir.

Güncel kanıtlar periferal yoldan verilen sıvıların daha hızlı akış hızında verilmesinin daha sık flebite neden olduğu, herhangi bir endikasyon söz konusu değilse sıvıların yavaş ve uzun sürede verilmesi gerektiği belirtmektedir. [3,32,61]. Çalışmada hemşirelerin bu konuda yeterli bilgiye sahip olmadıkları, doğru yanıt verenlerin oranının %37.9 olduğu görülmektedir.

Periferal kateter takılı olan hastaların kateter bölgelerin takibi, izlemi ve flebit gelişimini önlemede flebit ile ilgili bir skala kullanılması, kateter giriş bölgesinin düzenli olarak değerlendirilmesi ve flebiti tanılama ve erken dönemde önlem alma açısından çok önemlidir. Literatürde flebit skalası kullanmanın flebiti erken dönemde saptamaya da katkı vereceği vurgulanmakta olup yapılan pek çok çalışmada flebit skalası ile yapılan değerlendirmelerde flebitlerin genellikle 1. derecede saptandığı ve ilerlemesinin önüne geçildiği vurgulanmaktadır [7, 39,57,81,82]. Çalışmamızda hemşirelerin çoğunluğu (%88.5) PIVK bölgesinde flebit gelişimini önlemek için flebit skalası ile kaç saatte bir takip edilmesi gerektiğini bilmediği belirlenmiştir. Bu sonuçlar hemşirelerin bu konuda algısının oldukça düşük olduğunu göstermektedir.

Kanıt dayalı uygulamaların klinikte kullanımı bilgiyi yönetme, maliyeti azaltma ve hasta bakımını en iyi düzeye getirmeyi sağlar. Yapılan araştırmaların sonuçları incelendiğinde kanıt dayalı uygulamanın hastanede kalma süresini ve hastane maliyetlerini azalttığı, hasta sonuçlarının iyileştiğini, hasta bakımının kalitesinin yükselttiği gösterilmiştir. Kanıt dayalı uygulamaların hemşireler tarafından benimsenip kliniğe yansıtılması hasta güvenliğini artırır, oluşabilecek komplikasyonların önüne geçer [43,47,49]. Dünyada sağlık bakım ortamlarında hemşireler tarafından sıklıkla periferal intravenöz kateterler hastalara takılmaktadır. Bir PIVK'in yerleştirilmesi sıklıkla sağlık alanında "basit" bir prosedür olarak görülür. Ancak bu uygulamadaki aseptik koşullar, kateterin boyutu, hemşirenin bilgisi, deneyimi, kullanılan pansuman gibi birçok başarısız faktörler hastaların sağlığını riske atacak sonuçlara neden olabilmektedir [3,33,57,59,61]. Güncel rehberlerin ve kanıt dayalı araştırma sonuçlarının flebiti önlemede etkili sonuçları vardır, bu kanıtların kliniklerde görev yapan hemşireleri takip etmesi, iyi bilmesi, tanımlaması ve klinikte hasta üzerinde uygulaması beklenmektedir [58,63,65-67].

Araştırmada hemşirelerin %77.5'i PIVK takılımı ve izlemi yaparken kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarını kullandıkları ifade etmiştir. Ancak hemşirelerin PIVK takılması ve flebiti önlemeye ilişkin izlem ve girişimleri klinikte kullanma durumlarına (Tablo 4.8) bakıldığında; kateter için uygun bölgenin seçimi, kateter seçimi, PIVK takılması ve bakımı, kateter bölgesinin değerlendirilmesinde hemen hemen tamamına yakını literatür ve rehberlerde yer alan kanıtlanmış girişimleri kullandıkları görülmektedir. Burada çok büyük bir çelişki olduğunu düşünmekteyiz. PIVK bağlı flebit gelişimini önlemeye yönelik bilgileri ortalamanın altında olan hemşirelerin klinik uygulamada olması gerektiği gibi girişimlerin yapıldığı görülmektedir. Bu sonuç hemşirelerin klinikte hemşire formlarında yer alan flebiti önleme girişimlerini uyguladıkları ve kayıt ettiklerinden kaynaklandığı, ancak gerçekte yeterli bilgiye sahip olmadıklarını düşündürmektedir.

Hemşirelerin bakım süreçlerinde kanıta dayalı uygulamaları yansıtabilmeleri için kanıta dayalı uygulamalara yönelik olumlu tutum geliştirmeleri oldukça önemlidir [62]. Araştırmamızda hemşirelerin kanıta dayalı tutum ölçeği sonuçları değerlendirildiğinde aldıkları puan ortalama 59.26 ± 10.67 olarak belirlenmiştir. Ölçekten alınabilecek minimum ve maksimum puanların 15-75 olduğu göz önünde bulundurulduğunda hemşirelerin kanıta dayalı hemşirelere yönelik tutumlarının pozitif (olumlu) ve orta düzeyde olduğu söylenebilir. Daştan ve Hintistan [83] dahiliye kliniklerinde yaptıkları çalışmada hemşirelerin KDHYTÖ toplam puan ortalamasının 57.35 ± 9.45 olduğu ve tutumların orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Ayhan ve ark. [24] hemşirelerin KDHYTÖ puan ortalamasının 61.87 ± 9.44 ; Dikmen ve ark [42] tarafından yapılan araştırmada hemşirelerin KDHYTÖ puan ortalamasının 57.20 ± 9.06 ; Sevgi Doğan ve ark. [84] hemşirelerin KDHYTÖ puan ortalaması 61.46 ± 8.08 olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre hemşirelerin KDHYTÖ puan ortalamalarının literatürle uyumlu olduğu sonucuna varılmaktadır.

Kanıta dayalı hemşireliğe ile ilişkili birçok bireysel faktörler bulunmaktadır. Alınan eğitim, kişinin inancı yaşadığı klinik deneyimler, hastane ortamındaki örgütsel durumlar, eldeki kanıtlara ulaşma gibi birçok faktörler KDU etkilemektedir. Araştırmaya katılan bireylerin KDHYTÖ alt boyutlarından aldıkları puanların ortalamaları incelendiğinde en yüksek puanı “*kanıta dayalı hemşireliğe yönelik inanç*” alt boyutunda, en düşük puanın ise “*kanıta dayalı hemşireliği uygulama niyeti*” alt boyutunda olduğu görülmekte olup literatür [83-85] ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda KDHYTÖ ölçeğinin niyet, inanç ve duygular alt boyutu ile pozitif yönde güçlü anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Melnyk ve ark [86] hemşirelerin KDU'ya yönelik inançlarının ortalama puanlarının yüksek olmasının kliniklerde KDU'nın daha fazla uygulandığını gösterdiğini ifade etmiştir. Ancak niyet, davranışa dönüştürmede önemli bir belirleyicidir. Bu çalışmada hemşirelerin inanç alt boyutların yüksek olması ve olumlu tutum sergilemeleri hemşirelerin KDU için hazır olduklarının gösterdiğini düşünmekteyiz. Ancak hemşirelerin niyetlerinin düşük olması, hemşirelerin çoğunun güncel rehber ve klavuzları takip etmemeleri, çoğunun bu konuda çalıştıkları kurumdan eğitim almadıkları, tamamına yakınının son bir yılda flebit konusunda makale okumadıkları, hemen hemen yarısının lisans mezunu olmama gibi durumların bu sonucu etkilemiş olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumları olumlu oldukça PIVK bağlı flebiti önleme bilgi puan ortalamasının arttığı görülmüştür ($p<0.05$). Ek olarak KDHYTÖ alt boyutlarından kanıta dayalı hemşireliğe yönelik inanç ve niyet olumlu oldukça PIVK bağlı flebiti önleme puan ortalaması arttığı belirlenmiştir ($p<0.05$). İnanç ve niyet edinilen bilgilerin uygulamaya geçirilmesinde çok önemlidir. İnanç ve niyet alt boyutu, hemşirelerin klinik çalışmalarda kanıta dayalı hemşireliğin yararları ile ilgili inanç ve niyetlerini içermektedir. Bu nedenle çalışmamızda hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumları ve inanç ve niyet alt boyutlarının olumlu olması, hemşirelerin klinikte flebiti önlemeye yönelik bilgilerini geliştirmeye ve uygulamaya aktarmaya niyetli olduğunudüşündürmektedir.

6.SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesinde erişkin klinik ve yoğun bakımda çalışan hemşireler üzerinde yapılan, hemşirelerin flebit gelişmesinin önlenmesinde kanıta dayalı tutumları ile kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının bilgileri üzerine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada aşağıda belirtilen sonuçlara ulaşılmıştır;

Hemşirelerin PIVK bağlı flebiti önleme bilgi sorularına verdikleri cevap değerlendirildiğinde, bilgi düzeylerinin yeterli olmadığı görülmüştür

Yaşla beraber deneyim artıkça PIVK bağlı flebiti önleme bilgi düzeylerinin arttığı belirlenmiştir.

Hemşireleri eğitim düzeyi artıkça PIVK bağlı flebiti önleme bilgi düzeyleri arttığı saptanmıştır.

Hemşirelerin çoğunluğunun PIVK bölgesinde flebiti önlemek için flebit skalası ile kaç saatte bir takip edilmesi gerektiğini bilmediği belirlenmiştir.

Hemşirelerin hemen hemen tamamına yakınının PIVK bağlı flebiti önlemeye ilişkin literatür ve rehberlerde yer alan kanıtlanmış girişimleri kullanmadıkları belirlenmiştir.

Hemşirelerin KDHYTÖ puan ortalamalarının pozitif ve orta düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Hemşirelerin KDHYT ölçeği inanç alt boyut puan ortalamaları yüksek, niyet alt boyut puan ortalamaları düşük olduğu belirlenmiştir.

Hemşirelerin PIVK bağlı flebiti önleme bilgi puanı ile KDHYTÖ arasında zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur.

6.2. Öneriler

Çalışmada elde edilen veriler doğrultusunda öneriler;

Hastanelerde hemşirelerin PIVK bağlı flebiti önleme ile ilgili bilgi durumlarını artırmak için hizmet içi eğitim programları düzenlenmesi ve bu programların sürekliliğinin sağlanması,

Hemşirelerin PIVK uygulamasına ilişkin eğitim hemşirleri ve sorumlu hemşireler tarafından sürekli takip edilmesi,

Kurum politikalarının PIVK bağlı flebiti önleme üzerinde etkili olabileceği, bu nedenle PIVK uygulamaya ilişkin yazılı prosedürlerin güncel kanıta dayalı rehberlere göre hazırlanması ve her yıl revize edilmesi,

Hemşirelerin PIVK bağlı flebit gelişimini belirlemeye yönelik daha büyük örneklem gruplarıyla çalışmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Abolfotouh MA, Salam M, Bani-Mustafa A, White D, Balkhy HH. Prospective study of incidence and predictors of peripheral intravenous catheter-induced complications. *Ther Clin Risk Manag*. 2014;10, 993-1001.
2. Hadaway LC. Short peripheral catheters and infections. *Journal of Infusion Nursing*. 2012;35 (4), 230-240.
3. Türk Hastane İnfeksiyonları ve Kontrolü Derneği. Ulusal Damar Erişimi Yönetimi Rehberi. (2019) *Hastane İnfeksiyonları Dergisi*. 2019; 23(1), 1-54.
4. Braga LM, Parreira PM, Oliveira ASS, Mónico LSM, Arreguy-Sena C, Henriques, MA. Phlebitis and infiltration: vascular trauma associated with the peripheral venous catheter. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2018; 26, 3000-3002.
5. Fernández-Ruiz M, Carretero A, Díaz D, Fuentes C, González JI, García-Reyne AG, et al. Hospital-wide survey of the adequacy in the number of vascular catheters and catheter lumens. *Journal of Hospital Medicine*. 2014;9(1), 35-41.
6. Chiu PC, Lee YH, Hsu HT, Feng YT, Lu IC, Chiu SL, et al. Establish a perioperative check forum for peripheral intravenous access to prevent the occurrence of phlebitis. *Kaohsiung. J Med Sci*. 2012;31(4), 215-21.
7. Urbanetto JS, Peixoto CG, May TA. Incidence of phlebitis associated with the use of peripheral IV catheter and following catheter removal. *Rev. Latino- Am. Enfermagem*. 2014;24: 2746.
8. Pasalioglu K, Kaya H. Catheter indwell time and phlebitis development during peripheral intravenous catheter administration. *Pak J Med Sci*. 2014;30: 34.
9. Saini R, Agnihotri M, Gupta A, Walia I. Epidemiology of infiltration and phlebitis. *Nursing and Midwifery Research Journal*. 2011;7(1), 22-33.
10. Abadi P, Etemadi SU, Abed Saeedi ZH. Investigating role of mechanical and chemical factors in the creation of peripheral vein inflammation in hospitalized patients in hospital in Zahedan, Iran. *Life Science Journal*. 2013; 10(1), 379-383.
11. Lind J, Danski MTR, Lenzi L, Pedrolo E, Schwanke AA, Johann DA. Peripheral catheter with closed infusion system: technology implementation. *Journal of Nursing*. 2019;13(5), 1208-1215.

12. Milutinović D, Simin D, Zec D. Risk factor for phlebitis: a questionnaire study of nurses' perception. *Rev Lat Am Enfermagem*.2015;23(4), 677-84.
13. Cicolini G, Simonetti V, Comparcini D, Labeau S, Stijn B, Pelusi G, et al. Nurses' knowledge of evidence-based guidelines on the prevention of peripheral venous catheter-related infections: a multicentre survey. *J Clin Nurs*.2014; 23 (17), 2578-2588.
14. Hossain A, Arif IA, Haque M. Assessment of the level of knowledge and practice on intravenous cannulization among staff nurses of selected tertiary care hospital in Dhaka city. *MOJ Public Health*.2016;4(5):156-9.
15. Simin D, Milutinović D, Turkulov V, Brkić S. Incidence, severity and risk factors of peripheral intravenous cannula-induced complications: An observational prospective study. *Journal of Clinical Nursing*.2019;28 (9- 10), 1-15.
16. Güneş Ü. Hemşirelikte kanıta dayalı uygulama sürecinin adımları. *Uluslararası Hakemli Hemşire Araştırma Dergisi*.2017;9:171–87
17. Gorski LA, Hadaway L, Hagle M, McGoldrick M, Orr M, Doellman D. Infusion therapy standards of practice. *J Infus Nurs*.2016;39(1):150-159.
18. Leufer T, Cleary-Holdforth J. Evidence-based practice: improving patient outcomes. *Nurs Stand*.2009;23:35–39.
19. Melynck BM, Fineout-Overholt E, Stillwell SB, Williamson KM. Evidence-based practice: step by step-igniting a spirit of inquiry and essential foundation for evidence-based practice. *Am J Nurs*.2009;109:49–52.
20. Carr PJ, Rippey JCR, Cooke ML, Higgins NS, Trevenen ML, Foale A. Derivation of a clinical decision-making aid to improve the insertion of clinically indicated peripheral intravenous catheters and promote vessel health preservation. An observational study.2019;14(3): 3.
21. Sabuncu N, Ay FA. Klinik beceriler sağlığın değerlendirilmesi hasta bakım ve takibi. Nobel Tıp Kitabevi, Ankara.2009
22. Wallis M, McGrail M, Webster J, Marsh N, Gowardman J. et al. Risk factors for peripheral intravenous catheter failure: a multivariate analysis of data from a randomized controlled trial. *Infection Control and Hospital Epidemiology*. 2014;35(1): 63-67
23. Beccaria LM, Contrin LM, Werneck AL, Machado BD, Sanches EB. Incidence of phlebitis in adult patients. *Journal of Nursing*.2018; 12(3):745-52.

24. Aydın S, Arslan GG. Hemşirelerin periferik intravenöz kateter girişimlerine ilişkin bilgi düzeylerinin İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2018;11(4):290-299.
25. Fernández-Ruiz M, Carretero A, Díaz D, Fuentes C, González JI, García-Reyne A.G. et al. Hospital-wide survey of the adequacy in the number of vascular catheters and catheter lumens. Journal of Hospital Medicine. 2014;9(1): 35-41.
26. Spiering M. Peripheral amiodarone-related phlebitis: an institutional nursing guideline to reduce patient harm. J Infus Nurs. 2014;37(6):453-460.
27. Chhugani M, James MM, Thokchom S. A randomized controlled trial to assess the effectiveness of vialon™ cannula versus polytetrafluoroethylene (ptfe) cannula in terms of indwelling time and complications in patients requiring peripheral intravenous cannulation. International Journal of Science and Research. 2015; 4(12), 1075-1080.
28. Hasselberg D, Ivorsson B, Andersson R, Tingstedt B. The handling of peripheral venous catheters-from non-compliance to evidence-based needs. J Clinical Nursing. 2010;19: 3358-3363.
29. Özşarac M, Dolek M, Sarsılmaz M, Sever M, Sener S, Kıyan S, Yılmaz G. The effect of cannula material on the pain of peripheral intravenous cannulation in the emergency department: A prospective, randomized controlled study. Türkiye Acil Tıp Dergisi, 2012;12(4), 151-156.
30. Sarı D, Eşer İ. A. Periferik intravenöz kateterle ilişkili flebit ve hemşirelik bakımı. Journal of Human Sciences. 2016;13(2), 2905-2920.
31. Do Rego F, Luís C. Incidence and Predisposing Factors of Phlebitis in a Surgery Department. British Journal of Nursing. 2011;20 (7): S16–25.
32. Infusion Nurses Society. Infusion nursing standards of practice (The official publication of the Infusion Nurses Society). Journal of Infusion Nursing. 2016 ;39(1):S 96.
<https://source.yiboshi.com/20170417/1492425631944540325.pdf>. Erişim: 02.07.2021
33. Centers for Diseases Control and Prevention (CDC). Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter Related Infections. 2017.
<https://www.cdc.gov/hai/pdfs/bsiguideelines.pdf> . Erişim : 30.06.2021
34. Uslusoy E, Samiye M. Predisposing Factors to Phlebitis in Patients with Peripheral Intravenous Catheters: A Descriptive Study. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners. 2008;20(4): 172–80.

35. Forni C. et al. Cohort Study of Peripheral Catheter Related Complications and Identification of Predictive Factors in a Population of Orthopedic Patients. *Assistenza infermieristica e ricerca: AIR*.2010; 29,(4): 166–7.
36. Phillips DL, Gorski L.Manual of I.V. Therapeutics, evidence-based practice for infusion therapy. 6 nd Ed. Philadelphia: F.A. Davis Company.2014;p.545- 561.
37. Woody G, Davis BA.Increasing nurse competence in peripheral intravenous therapy. *Journal of Infusion Nursing*.2013;36(6): 413–419.
38. Webster J, Mcgrail M, Marsh N, Wallis MC, Ray-barruel G, Rickard CM. Postinfusion phlebitis: Incidence and risk factors. *Nursing Research and Practice*.2015;p.1– 3.
39. Kuş B, Büyükyılmaz F.Periferik İntravenöz Kateter Uygulamalarında Komplikasyonların Önlenmesinde Güncel Kanıtlar: Sistematik İnceleme. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*.2017; 25(3), 209-217.
40. Bucknall T.The clinical landscape of critical care: nurses’ decision-making.*Journal of Advanced Nursing*.2003; 43(3), 310–319.
41. Türk dil Kurumu (TDK).2021 <https://www.tdk.gov.tr/>. Erişim: 02.06.2021
42. Dikmen Y, Gündoğdu H. Kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları.Temel Hemşirelik Esaslar, Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar.2021;sayfa 50-51.İstanbul kitapevi.
43. Yurtsever S, Altınok M.Kanıta dayalı uygulamalar ve hemşirelik F. Ü. Sağlık bilimleri dergisi.2006;20(2);159-166.
44. Sackett DL, Rosenberg WMC.The need for evidence based medicine. *J R Soc Med*.1995;88:620-624.
45. Nursing: Evidence-Based Practice: Evidence Levels, Recommendations & Types,2013 https://guides.pnw.edu/evidence_based_practice/ebp_evidence. Erişim: 01.06.2021
46. Haynes RB, Devereaux PJ, Guyatt GH.Clinical expertise in the era of evidence-based medicine and patient choice. *ACP J Club*.2002;136(2):A11-A14.
47. Newhouse R, Dearholt S, Poe S, Pugh LC,White KM.Evidence- based practice: a practical approach to implementation. *Journal of Nursing Administration*.2005; 35 (1), 35–40.

48. Gerrish K, Ashworth P, Lacey A, Bailey J, Cooke J, Kendall S, McNeilly E. Factors influencing the development of evidence-based practice: a research tool. *J Adv Nurs*.2007;57:328–38.
49. Upton D,Upton P. Development of an evidence-based practice questionnaire for nurses. *J Adv Nurs*.2006;54:454–8.
50. T.C. Resmi Gazete, Türkiye Sağlık Bakanlığı Hemşirelik Yönetmeliği, 8 Mart 2010, Sayı: 27515. Erişim: 01.05.2021
51. International Council of Nurses.Closing The Gap: From Evidence to Action. 2012 <http://www.icn.ch/publications/2012-closing-the-gap-from-evidence-to-action/> Erişim Tarihi: 01.05.2021
52. Fink R, Thompson CJ, Bonnes D.Overcoming barriers and promoting the use of research in practice. *Journal of Nursing Administration*.2005;35 (3), 121–129.
53. Camargo FC,Iwamoto HH,Galveo CM,Pereira G,Andrade RB,Masso GC.Competences and Barriers for the Evidence-Based Practice in Nursing: an integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*.2018;71(4) 2030-2038.
54. Azmoude E, Aradmehr M, Dehghani F.Midwives' Attitude and Barriers of Evidence Based Practice in Maternity Care. *Malays J Med Sci*.2018;25(3):120-128.
55. Wallis L.Barriers to Implementing Evidence-Based Practice Remain Highfor U.S. Nurses, *AJN, American Journal of Nursing*.2012;(112):12;15-17.
56. Heydari A, Zeydi AE. Barriers to and Facilitators of Research Utilization among Iranian Nurses: A Literature Review. *Journal of Caring Sciences*.2014;3(4), 265-275.
57. Guanche-Sicilia A,Sánchez-Gómez MB.Castro-Peraza M E.Rodríguez- Gómez JÁ.; Gómez-Salgado J. Duarte-Clíments G.Prevention and Treatment of Phlebitis Secondary to the Insertion of a Peripheral Venous Catheter: A Scoping Review from a Nursing Perspective *Healthcare*.2021;9, 611.
58. Webster J,Osborne S, Rickard CM.Marsh N.Clinically-indicated replacement versus routine replacement of peripheral venous catheters. *Cochrane Database Syst. Rev*.2019; 23, CD007798.
59. Gilton L,Seymour A,Baker RB. Changing Peripheral Intravenous Catheter Sites When Clinically Indicated: An Evidence-Based Practice Journey. *Worldviews Evid. Based Nurs*.2019;16, 418–420.

60. Osti C, Khadka M, Wosti D, Gurung G, Zhao Q. Knowledge and practice towards care and maintenance of peripheral intravenous cannula among nurses in Chitwan Medical College Teaching Hospital, Nepal. *Nurs.* 2019;6, 1006–1012.
61. Ruzafa-Martínez M, López-Iborra L, Madrigal-Torres M. Attitude towards Evidence-Based Nursing Questionnaire: Development and psychometric testing in Spanish community nurses. *Journal of Evaluation in Clinical Practice.* 2011;17(4):664–670.
62. Ayhan Y, Kocaman G, Bektaş M. Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi.* 2015; 17(2–3): 21–35.
63. Stetler CB. Updating the Stetler Model of Research Utilization to Facilitate Evidence-Based Practice. *Nursing Outlook.* 2011; 49: 272–279.
64. Dencso A, Ciliska DK, Guyatt G. Introduction to evidence-based nursing. In A. Dencso, G. Guyatt, D. K. Ciliska (Eds.), *Evidence-based nursing: A guide to clinical practice.* St. Louis, MO: Elsevier/Mosby. 2011; 40-50.
65. Helm R, Klausner J, Klemperer J, Flint L, Huang E. Accepted but unacceptable: Peripheral IV catheter failure, *Infusion Nurses Society.* 2015.38, 3, 189- 203.
66. Vizcarra C, Cassutt C, Corbitt N, Richardso D, Runde D, Stafford K. Recommendations for improving safety practices with short peripheral catheters. *Journal of Infusion Nursing,* 2014; 37(2), 121-124.
67. DeVries M, Valentine M, Mancos P. Protected clinical indication of peripheral intravenous lines: Successful implementation, *Journal of the Association for Vascular Access.* 2016;21(2), 89-92.
68. Larsen P, Eldridge D, Brinkley J, Newton D, Goff D, Hartzog T, et al. Pediatric peripheral intravenous access: does nursing experience and competence really make a difference? *Journal of Infusion Nursing.* 2013; 33(4), 226-235.
69. O'Grady NP, Alexander M, Burns LA, Dellinger EP, Garland J, Heard SO, et al. The Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). Guidelines for the Prevention of intravascular catheter-related infections. *Am J Infect Contro.* 2011;l 39(4 Suppl 1), S1-34.

70. Li XF, Liu W, Qin Y. Nurses' perception of risk factors for infusion phlebitis: A cross-sectional survey Chinese Nursing Research. 2016; 3, 37-40.
71. Jacobson AF, Winslow EH. Variables influencing intravenous catheter insertion difficulty and failure: an analysis of 339 intravenous catheter insertions. Heart & Lung. 2005; 34(5), 345-359.
72. Ho SE, Liew LS, Tang WM. Nurses' knowledge and practice in relation to peripheral intravenous catheter care. Med & Health. 2016; 11(2): 181-188.
73. Carr PJ, Rippey JC, Budgeon CA, Cooke ML, Higgins N, Rickard CM. Insertion of peripheral intravenous cannulae in the emergency department: factors associated with first-time insertion success. Journal of Vascular Access. 2016; 17, 182– 90.
74. İbil N, Uysal N. Hemşirelerin flebite ilişkin bilgi düzeylerinin periferik intravenöz kateter değişimine etkisinin incelenmesi. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2021; 8(1); 84-90.
75. Keleekai N, Schuster C, Murray C, King M, Stahl B, Labrozzi L, Gallucci S. Improving nurses' peripheral intravenous catheter insertion knowledge confidence, and skills using a simulation-based blended learning program, Simulation in healthcare. 2016; 11, 376–384.
76. Lyons MG, Kasker J. Outcomes of a continuing education course on intravenous catheter insertion for experienced registered nurses, The Journal of Continuing Education in Nursing. 2012; 43(4), 177-181.
77. Koyuncu A, Yava A, Demirkılıç U. Bir eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin flebit konusundaki bilgi ve tutumları. Damar Cerrahi Dergisi. 2013; 22(2), 217-224.
78. Cornely OA, Bethe U, Pauls R, Waldschmidt D. Peripheral Teflon Catheters: Factors Determining Incidence of Phlebitis and Duration of Cannulation... Infection control hospital epidemiology. 2002; 23(5): 249-53.
79. Al Qadire M. Oncology nurses' knowledge of guidelines for preventing catheter-related bloodstream infections. American journal of infection control. 2017; 45(9), 95–97.
80. Erdoğan B, Denat Y. The Development of Phlebitis and Infiltration in Patients with Peripheral Intravenous Catheters in the Neurosurgery Clinic and Affecting Factors. International Journal of Caring Sciences. 2019; 9(2), 619-629.

81. Tosun B, Arslan B, Özen N.Periferik Venöz Kateter Kaynaklı Flebit Gelişme Durumu ve Hemşirelerin Kanıta Dayalı Uygulamalara İlişkin Bilgi Düzeyleri: Nokta Prevalans Çalışması Türkiye Klinikleri J Nurs Sci. 2020;12(1):72-82.
82. Daştan B, Hintistan S.Dahiliye kliniklerinde çalışan hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının belirlenmesi: Kırsal bölge örneği. Ordu University Journal of Nursing Studies.2018; 1(1),1-9.
83. Sevgi Doğan E, Cin A, Demirağ H, Fidan Uçan M. Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamalarına Yönelik Tutumlarının İncelenmesi. Uluslararası Anadolu Sosyal Bilimler Dergisi.2021;5(2):612-62.
84. Yılmaz D, Düzgün F, Dikmen Y.Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının incelenmesi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.2018; S. 10(4), 713- 719.
85. Melnyk BM, Fineou E, Stillwell SB, Williamson KM.Evidence- based practice: Step by step: The seven steps of evidence-based practice. Am J Nurs.2010;S110: 51-53.

EK 1: KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Değerli meslektaşlarım;

Bu araştırma Başkent Üniversitesi tarafından desteklenen bir yüksek lisans çalışmasıdır. Bu araştırmanın amacı bir üniversite hastanesinin erişkin klinik ve erişkin yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumları ile flebitin önlenmesinde kanıta dayalı uygulamalara ilişkin bilgileri arasındaki ilişkinin belirlenmesidir.

Vereceğiniz cevaplar gizlilik ve etik ilkeler doğrultusunda konu ile ilgili bilimsel bilgi olarak kullanılacaktır. Soruları doğru ve eksiksiz cevaplamanız önemlidir. Cevaplarınız gizli kalacak, araştırmacı dışında kimseyle paylaşılmayacaktır. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmakta olup; araştırma sonrasında herhangi bir sorunuz olduğu takdirde aşağıdaki adresten araştırmacı ile irtibatageçebilirsiniz.

İginiz ve katılımınız için sonsuz teşekkürler.

Araştırmacı: Nimet Kurucu
Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Enstitüsü Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı

1. Cinsiyet

() Kadın () Erkek

2. Yaş:

3. Medeni durum

() Evli () Bekar

4. Öğrenim durumu:

() Sağlık Meslek Lisesi () Önlisans () Lisans () Yüksek lisans ve üzeri

5. Çalıştığınız birim:

() Erişkin Servis () Yoğun Bakım Ünitesi

6. Çalıştığınız yoğun bakım veya kliniğin adını yazar mısınız?

.....

7. Meslekte çalışma süreniz?

.....

8. Bulunduğunuz birimdeki çalışma süreniz?

.....

9. Çalıştığınız bölümdeki göreviniz?

() Servis/ yoğun bakım hemşiresi()

Servis sorumlusu

10. Flebit gelişimini önleme konusunda eğitim aldınız mı?

() Evet, aldım () Hayır, almadım

11. Eğitim aldınız ise bu eğitimi nerede aldınız?

() Hizmet içi eğitimlerde(

)Kurs- Seminer- kongre

() Hemşirelik eğitimi sırasında()

Diğer

12. Periferik venöz kateter uygulamalarında flebit riskini azaltmaya yönelik hazırlanan güncel rehberi takip ediyor musunuz?

() Rehberlerden haberim var, ancak takip etmiyorum

()Rehberlerden haberim var ve takip ediyorum

() Rehberlerden haberim yok

13. Flebit Skalası hakkında bilginiz var mı?

() Evet () Hayır

14. Kurumunuzda flebit skalasını kullanıyor musunuz?

() Evet () Hayır

15. Sizce, flebit oluşumu verilen hemşirelik bakımının kalite göstergesi midir?

() . Evet, gösterir () Hayır, göstermez () Emin Değilim.

16. Çalıştığınız klinikte Periferi Kateter uygulaması ve komplikasyonları önleme yönelik protokol varmı ?

() Evet () Hayır

17. Son bir yılda perferik venöz ilişkili flebit konusunda bilimsel bir makale okudunuz mu?

() Evet () Hayır

18. Flebit konusunda eğitim almaya ihtiyacınız olduğunu düşünüyor musunuz?

() Evet () Hayır

19. Kanıta Dayalı Hemşirelik ne demektir? kısaca yazınız.

.....
.....

20. Periverik katter takılması ve kateter izlemindeki uygulamalarınızdaki kanıta dayalı hemşirelik uygulama oranı nedir?

- () Kateter uygulama ve kateter bakımında (kateterin yeri, ilaç tedavis vb..) tamamen kanıta dayalı uygulamaları kullanırım. .
- () Kateter uygulama ve kateter bakımında (kateterin yeri, ilaç tedavis vb..) küçük bir bölümünde kanıta dayalı uygulamaları kullanırım
- () Kateter uygulama ve kateter bakımında (kateterin yeri, ilaç tedavis vb..) kanıta dayalı uygulamaları kullanıp kullanmadığımı tam olarak bilmiyorum



EK 2: FLEBİT GELİŞİMİNİ ÖNLEME BİLGİSİ ve UYGULAMAYA YÖNELİK SORU FORMU

1. Bilgi Durumunu Belirlemeye Yönelik Sorular

Aşağıda flebit gelişimini önleme ile ilgili 16 tane çoktan seçmeli soru bulunmaktadır.
Sorularda tek bir cevap işaretleyiniz.

- 1. Periferik kateter bölgesi flebit gelişimini önlemek için flebit skalası ile kaç saatte bir değerlendirilmelidir?**
a. 4 saat b. 8 saat c. 24 saat d. 72 saat e. Bilmiyorum
- 2. Aşağıdakilerden hangisi kateter seçiminde dikkat edilmesi gereken önemli noktalar arasında yer almaz?**
a. Hastanın tanısı göz önünde bulundurulmalı
b. İstem yapılan sıvının türüne uygun kateter tercih edilmeli
c. Ven yapısı göz önünde bulundurulmalı
d. Öncelikle 16 veya 18 numaralı kateterler tercih edilmeli
e. Poliüretan kateterler tercih edilmeli
- 3. Periferik intravenöz kateter uygulama işleminde bölge temizliğinde kullanılacak solüsyonlar aşağıdakilerden hangisinde doğru olarak verilmiştir?**
I. >%0.5 klorheksidin içeren alkol
II. % 70'lik alkol
III. % 0,9 sodyum klorür
IV. . Povidon iyodin
a. I-II-III b. I-II- IV c. I- III- IV d. II-III-IV e. I- II-III-IV
- 4. Hastanda gelişebilecek flebit riskini azaltmak için tahriş edici özelliği olduğu bilinen bir ilacı siz hangi infüzyon sıvısı ile dilüe edersiniz?**
a. %5 Dekstroz b. Serum Fizyolojik c. Steril Su d. Diğer..... e. Bilmiyorum
- 5. Flebit gelişme riskini önlemek için hangi bölgeye PVK takılması tercih edilmelidir?**
a. El üstü
b. Ön kol
c. Antikübital bölge
d. Bacak
e. Ayak

- 6. Periferik intravenöz kateterde herhangi bir sorun yoksa değişimi ile ilgili hangi bilgi doğrudur?**
- a. Kateterin rutin aralıklarla değiştirilmesine gerek yoktur.
 - b. Kateter 24 saatte bir değiştirilmelidir.
 - c. Kateter 48 saatte bir değiştirilmelidir.
 - d. Kateter 72 saatte bir değiştirilmelidir.
 - e. Kateter 96 saatte bir değiştirilmelidir.
- 7. Periferik venöz kateter takan bir hemşire bir hastaya en fazla kaç kez kateter takma girişiminde bulunabilir.**
- a. 2 kez uygulayabilir
 - b. Kateteri takıncaya kadar uygulayabilir
 - c. 1 kez uygulayabilir
 - d. 3 kez uygulayabilir
 - e. 5 kez uygulayabilir
- 8. Kateterin takılması planlanan bölge uygun solüsyon ile en az kaç saniye silinmelidir?**
- a. 15 saniye
 - b. 30 saniye
 - c. 5 saniye
 - d. 35 saniye
 - e. 40 saniye
- 9. Periferik venöz kateter aracılığıyla parenteral beslenme solüsyonları uygulanacağı zaman setler ne zaman tekrar değiştirilmelidir?**
- a. 72 saat içerisinde
 - b. 24 saat içerisinde
 - c. 48 saat içerisinde
 - d. 96 saat içerisinde
 - e. Bilmiyorum

10. Periferik kateter giriş bölgesinin değerlendirilmesi ne kadar sıklıkla olmalıdır?

- a. Sekiz saatte bir
- b. 24 saatte bir
- c. 48 saatte bir
- d. 72 saatte bir
- e. Bilmiyorum

11. Sıklıkla flebite neden olan bir ilaç infüzyon şeklinde en az hangi hızda verilmesi gereklidir?

- a. 100 ml/0-15 dk
- b. 100 ml 16-30 dk
- c. 100 ml 31-60 dk
- d. 100 ml >60 dk.
- e. Bilmiyorum

12. Periferik venöz kateter endikasyonu olmasına rağmen kateterin sürekli kullanılmadığı durumlarda kateter kaç saatte bir yıkanması uygundur?

- a. 12 saate bir
- b. 24 saate bir
- c. 48 saatte bir
- d. 72 saatte bir
- e. Bilmiyorum

13. Flebit gelişiminin önlenmesine yönelik periferik kateter uygulamasında aşağıdakilerden hangisine dikkat edilmelidir?

- a. PVK takılması sırasında steril eldiven kullanılmalıdır.
- b. PVK takılması sırasında nonsteril eldiven kullanılmalıdır
- c. PVK takılması sırasında steril ya da nonsteril eldiven kullanmanın bir etkisi yoktur.
- d. Bilmiyorum

14. Periferik intravenöz kateterin pansumanda öncelikli olarak aşağıdaki pansumlanlardan hangisi tercih edilmelidir?

- a. Hipoallerjenik flaster
- b. Bez flaster
- c. Beyaz ipek flaster
- d. Esnek sabitleme bandı
- e. Şeffaf pansumanlar

15. Periferik intravenöz kateter uygulamasında uyulması sırasında kateteri yerleştirme bölgesine antimikrobiyal merhem sürülmesi flebit gelişim riskini azaltır mı?

- a. Evet azaltır
- b. Hayır, bir etkisi olmaz
- c. Bilmiyorum

16. Aşağıdakilerden hangileri periferik venöz kateterin çıkarılma nedenlerindendir?

- 1. Kateter pansumanının bir kısmının açılmış olması
 - 2. İnfiltrasyon derecelendirmesinin 1 puan alması
 - 3. Kateter yerleştirme bölgesi etrafına kan veya sıvı sızıntısının olması
 - 4. Flebit derecelendirmesinin 1 puan alması
- a. 1-2 b. 1-4 c. 2-3 d. 1-3-4 e. 2-3-4

17. Eğer hastaya periferik venöz kateter takmak için seçilebilecek tek bölge fleksiyon bölgesi ise bu bölge en az kaç saatte bir kontrol edilmelidir?

- a. 1-2 saatte bir kontrol edilmeli
- b. 3-5 saatte bir kontrol edilmeli
- c. 7 saatte bir kontrol edilmeli
- d. 12 saatte bir kontrol edilmeli
- e. Bilmiyorum

2. Periferik Venöz Kateter Takılma İşlemi ve İzlemi Sırasında Gerekli Girişimler ve Uygulama Durumlarına İlişkin Sorular

PERİFERİK KATETER TAKILMA İŞLEMİ VE İZLEMİ	Gerekli Görme Durumunuz		Uygulama Durumunuz	
	Evet	Hayır	Evet	Hayır
1. Kateter takılması için uygun olan bölgenin seçimi				
a. Antekubital bölgenin tercih etme				
b. Ön kol bölgesini tercih etme				
c. Alt ekstremitedeki venleri tercih etme				
2. Kateter seçimi				
a. Hastanın tanısına, uygulanacak tedaviye göre tercih etme				
b. 24 Numara kateter tercih etme				
3. Pansuman kullanımı				
a. Yarı geçirgen şeffaf pansuman kullanmayı tercih etme				
4. Kateter takılması ve bakımı				
a. Kateterin takılmadan önceceğinin yıkanması				
b. Steril eldiven giyinme				
c. Non steril eldiven giyinme				
d. Kateterin takılması planlanan bölgenin uygun solüsyon ile silinmesi (en az 15 saniye)				
e. Solüsyonla silinen bölgenin kurummasının beklenmesi				
f. Katetere her ilaç uygulamadan önce 5 cc %0,9 Sodyum klorür ile yıkanması				
d. Katetere her ilaç uygulamadan sonra 5 cc %0,9 Sodyum klorür ile yıkanması				
e. Kullanılmayan periferik venözkateterleri 24 saatte 1 kez 5 cc SF ile yıkanır				
f. Kan transfüzyonu yapılan hastanın kan setleri, tranfüzyon tamamlandıktan sonra değiştirilmeli				
g. Periferik venöz kateterlerin rutin değiştirilmesine gerek yoktur.				
h. Acil durumlarda takılan periferik venöz kateter 24-48 saat içerisinde değiştirilmesidir.				
i. Periferik venöz kateter bölgesi, bilinci açık hastalarda 4 saatte bir Flebit Skor Değerlendirme tablosuna göre değerlendirilir				
j. Periferik venöz kateter bölgesi, bilinci kapalı hastalarda saatte bir Flebit Skor Değerlendirme tablosuna göre değerlendirilir				
k. Periferik venöz kateter maksimum 8 saatte bir flebit değerlendirme skalası ile değerlendirilir.				

5. Kateter bölgesinin değerlendirilmesi				
a.	Periferik kateter takılan bölge kızarıklık, ağrı, ödem vb bulgular yönünden değerlendirilir.			
b.	Değerlendirme flebit değerlendirme skalasına göre yapılır			
c.	Flebit derecesi 0-1 olduğunda periferik venöz kateter rutin aralıklar ile gözlenmeye devam edilir			
d.	Flebit derecesi iki ile üç olduğunda;			
i.	İlaç veya sıvı tedavisi durdurulur			
ii.	Kateter sonlandırılmalı ve diğer ekstremiteye yeni kateter takılır			
iii.	Etkilen bölge ekstremitesi yükseltilir			
iv.	Etkilenen bölgede açık yara yok ise yaş kompres (borik asit) uygulanır			
v.	Kateterin çekilmesi, etkilenen bölgenin durumu flebitin derecesi ve yapılan uygulamalar hemşirelik formuna kayıt edilir.			

EK 3: KANITA DAYALI HEMŞİRELİĞE YÖNELİK TUTUM ÖLÇEĞİ

(1= Hiç katılmıyorum, 2= Katılmıyorum, 3= Biraz katılıyorum, 4= Katılıyorum, 5=Tamamen katılıyorum)

No	MADDE	HIÇ KATILMIYORUM	KATILMIYORUM	BIRAZ KATILYORUM	KATILYORUM	TAMAMEN KATILYORUM
1.	Kanıt dayalı hemşireliğin, hemşireliğin günlük uygulamalarının önemli bir parçası olmasından memnun olurum.	1	2	3	4	5
2	Uyguladığım bakımla ilgili güçlü bilimsel kanıt bulmaktan memnun olurum.	1	2	3	4	5
3	Kanıt dayalı bakım vermek, günlük çalışmalarımı olumsuz etkiler.	1	2	3	4	5
4	Kanıt dayalı hemşireliği uygulamak, profesyonel/mesleki önceliklerim arasında değildir.	1	2	3	4	5
5	İşimde/mesleğimde, kanıt dayalı hemşireliği uygulamak için çaba göstermeye hazırım.	1	2	3	4	5
6	Boş zamanımı, kanıt dayalı hemşireliği öğrenmek için harcamaya karşıyım.	1	2	3	4	5
7	Kanıt dayalı hemşireliğin kullanılması sağlık bakım sonuçlarını iyileştirir.	1	2	3	4	5
8	Hemşirelik araştırmalarının sonuçlarından öğrendiğim bilgiyi dikkate almam	1	2	3	4	5
9	Kanıt dayalı hemşireliği çalışmalarımda kullanmak istiyorum/isterdim.	1	2	3	4	5
10	Sağlık bilimlerindeki araştırmalar, klinik hemşirelik uygulamaları için önemli değildir.	1	2	3	4	5
11	Klinik kanıt dayalı hemşirelik rehberlerinin özenli bir şekilde oluşturulması için işbirliği yapmaya hazırım.	1	2	3	4	5
12	Bilimsel makaleleri okumaktan sıkılırım.	1	2	3	4	5
13	Kanıt dayalı hemşireliğin klinik hemşirelik uygulamalarında önemli bir rolü olmalıdır.	1	2	3	4	5
14	Kanıt dayalı hemşirelik uygulamaları, verilen bakımın standartlaşmasına yardım eder.	1	2	3	4	5
15	Kanıt dayalı hemşirelik uygulamalarını, çalışmalarım entegre etmekten hoşlanmam	1	2	3	4	5

EK 4: BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP ve SAĞLIK BİLİMLERİ ARAŞTIRMA KURULU ONAYI

Evrak Tarih ve Sayısı: 31.03.2021-23279



Sayı : E-85878037-604.01.02-23279
Konu : Nimet Nur Kurucu'nun Proje Onayı Hk.

31.03.2021

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALINA

Anabilim Dalınız Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Nimet Nur Kurucu tarafından yürütülecek olan KA21/84 nolu "Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumları ve flebiti önleme bilgileri arasındaki ilişki" başlıklı araştırma projesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu tarafından uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi rica ederim.

Ek:Proje Onayı Yazısı



1993

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ

GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARI

PROJE NO	KARAR SAYISI	KARAR TARİHİ
KA21/84	21/43	17/03/2021

Sağlık Bilimleri Enstitüsü / Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Nimet Nur Kurucu tarafından yürütülecek olan KA21/84 nolu "Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumları ve flebiti önleme bilgileri arasındaki ilişki" başlıklı araştırma projesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından incelendi ve etik açıdan uygun olduğuna karar verildi.

EK 5: KANITA DAYALI HEMŞİRELİĞE YÖNELİK TUTUM ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ

06.07.2021

Gmail - Kanita Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği



Kanita Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği

3 ileti

Nimet Kurucu <

Alien-us.sahand@i

17 Ocak 2021 08:59

Yasemin hanım merhaba,
ben Nimet KURUCU. Başkent Üniversitesinde yüksek lisans öğrencisiyim. Çalışmamda sizin geçerlilik ve güvenirliğini
yapmış olduğunuz 'Kanita Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeğini' kullanmak istiyorum.
İlgilendığınız için teşekkür ederim. Saygılarımla.

Sayın Nimet Kurucu,
Kanita Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği ve Kullanım belgeleri ektedir.
İyi Çalışmalar.
Saygılarımla.

Nimet Kurucu

, 17 Oca 2021 Paz, 10:02 tarihinde şunu yazdı:

2 eklenti

KDHYTÖ İzin Belgesi.doc
48K

KDHYTÖ Kullanım.docx
22K

EK 6: BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ ANKARA HASTANESİ ANKET UYGULAMA İZNİ

Evrak Tarih ve Sayısı: 13.07.2021-47503



BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
Ankara Hastanesi Başhekimliği

Sayı : E-31220125-020-47503
Konu : Nimet Nur Kurucu'nun Anket Uygulama
İzni Hk.

13.07.2021

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 06.04.2021 tarih ve 24653-sayılı yazınız.

Enstitünüz Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı 21910101 numaralı öğrencisi Nimet Nur Kurucu'nun "Hemşirelerin Kaına Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutumları ve Flebiti Önleme Bilgileri Arasındaki İlişki" başlıklı anketini hastanemiz erişkin klinik hemşireleri ve erişkin yoğun bakım hemşirelerine yapma isteğiniz uygundur.

Gereği için bilgilerinizi rica ederim.