TUĞBA YENİ

YATAĞA BAĞIMLI BİREYLERE BAKIM VEREN HEMŞİRELERİN İNKONTİNANS ALAKALI DERMATİT VE BASINÇ YARALANMASI AYRIMINA DAİR FARKINDALIKLARININ İNCELENMESİ

İSTANBUL, 2019

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

YATAĞA BAĞIMLI BİREYLERE BAKIM VEREN HEMŞİRELERİN İNKONTİNANS ALAKALI DERMATİT VE BASINÇ YARALANMASI AYRIMINA DAİR FARKINDALIKLARININ İNCELENMESİ

TUĞBA YENİ

DANIŞMAN
PROF. DR. NURAY ENÇ

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

İSTANBUL-2019

TEZ ONAYI

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

TUĞBA YENİ

İTHAF

Dedem Ahmet Terzioğlu ve Anneannem Hayriye Terzioğlu'na ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans öğrenimim boyunca bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşarak yol göstericim olan saygı değer hocam Prof. Dr. Nuray Enç'e,

Lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca üzerimde emeği olan tüm hocalarıma,

Beykoz Devlet Hastanesi Anestezi ve Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesi'nde çalışan ve çalışmama gönüllü olarak katılan tüm meslektaşlarıma,

Mesleki desteğini ve güvenini hiçbir zaman esirgemeyen iş arkadaşlarım Hem. Emine Yılmaz Çetin ve Uzm.Dr.Soner Altıner'e,

Başta amcam Fatih Ceyhun Yeni olmak üzere, sevgili dostlarım Fulden Başaran, Gamze Uğur, Meryem Yıldız, Yağmur Köktürk, Talat Duymaç, Hamza Arıcı ve Oğuzhan Kodalak'a,

Çıktığım her yolu beraber bitirdiğim, hayatımın en keyifli anlarını paylaştığım sevgili dostum Serim Dinç'e,

Tüm destekleri ile tanıdığım günden beri bakış açımı değiştirmemi sağlayan Eratik ailesine,

İlkokul sıralarından bugüne taşıdığım, hayatım boyunca yanımda olan ve olacaklarını bildiğim kardeşlerim Damla Dönmez Karadeniz ve Ece Uzun Çetinkaya'ya,

Ve en çok, hayatım boyunca desteklerini ve sevgilerini en derinden hissettiğim kıymetli ve emektar ailem; annem Necla Yeni, babam Fahrettin Yeni ve kardeşim Buğra Yeni'ye teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI ..... İİ
BEYAN ..... İİİ
İTHAF ..... İV
TEŞEKKÜR V
İÇİNDEKİLER ..... Vİ
TABLOLAR LİSTESİ ..... İX
ŞEKİLLER LİSTESİ ..... Xİ
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ ..... Xİİ
ÖZET ..... Xİİİ
ABSTRACT ..... XİV
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 5
2.1.İnkontinans Alakalı Dermatit 4
2.1.1.İnkontinans Alakalı Dermatit Etiyopatogenezi 5
2.1.2.İnkontinans Alakalı Dermatit Risk Faktörleri 8
2.1.3.İnkontinans Alakalı Dermatit Değerlendirme Ölçekleri ve Evrelendirme 9
2.1.4.İnkontinans Alakalı Dermatit Önleme ve Tedavi Girişimleri 13
2.2.Basınç Yaralanması 16
2.2.1.Basınç Yaralanmasının Etiyopatogenezi 17
2.2.2.Basınç Yaralanmasında Risk Faktörleri ve Risk Değerlendirme Ölçekleri 19
2.2.3.Basınç Yaralanmasında Evrelendirme ve Yara Değerlendirme Ölçekleri 22
2.2.4.Basınç Yaralanmasında Önleme ve Tedavi Girişimleri 28
2.3. İnkontinans Alakalı Dermatit ve Basınç Yaraları Arasındaki İlişki 31
2.4.İnkontinans Alakalı Dermatit ve Basınç Yaralanmasında Ayırt Edici Özellikler ve Faktörler 31
3. GEREÇ VE YÖNTEM 35
3.1.Araştırma Tipi 35
3.2.Araştırma Yeri ve Zamanı 35
3.3.Araştırma Evren ve Örneklemi 35
3.4.Araştırmanın Soruları 36

3.5.Araştırmanın Sınırlılıkları…… 36
3.6.Araştırma Değişkenleri…… 36
3.7.Verilerin Toplanması…….. 37
3.7.1.Veri Toplama Aracı……. 37
3.7.2.Veri Toplama Formu Ön Uygulaması……..... 37
3.7.3.Veri Toplama Formunun Uygulanması……. 38
3.8.Verilerin Değerlendirmesi……38
3.9.Etik Kurul Onayı……. 38
4.BULGULAR……39
4.1.Hemşirelerin Demografik Özelliklerinin İncelenmesi…….39
4.2.Hemşirelerin İnkontinans Alakalı Dermatit ve Basınç Yaralanması İle İlgili Farkındalık Durumlarının İncelenmesi……40
4.3.Hemşirelerin İnkontinans Alakalı Dermatit İle İlgili Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi……41
4.4.Hemşirelerin Basınç Yaralanması İle İlgili Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi……44
4.5.İnkontinans Alakalı Dermatit ve Basınç Yaralanmasına Dair Ayırıcı Özelliklerin Değerlendirilmesi……47
4.6.İnkontinans Alakalı Dermatit Bilgi Düzeyi Puanlarının Değerlendirilmesi……. 49
4.7.Basınç Yaralanması Bilgi Düzeyi Puanlarının Değerlendirilmesi…….. 51
5. TARTIŞMA……55
5.1.Hemşirelerin İnkontinans Alakalı Dermatite Dair Bilgi Düzeyi Puanlarının Tartışılması…… 55
5.2.Hemşirelerin Basınç Yaralanmasına Dair Bilgi Düzeyi Puanlarının Tartışılması..56
5.3.Hemşirelerin İnkontinans Alakalı Dermatit ve Basınç Yaralanması İle İlgili Farkındalık Durumlarının Tartışılması…… 57
5.4.Hemşirelerin İnkontinans Alakalı Dermatiti Basınç Yaralanmasından Ayırt Edebilme Durumlarının Tartışılması…… 58
6. SONUÇ VE ÖNERİLER…… 60
6.1.Sonuçlar…….. 60
6.2.Öneriler…… 62
KAYNAKLAR……64
FORMLAR……..73

ETİK KURUL KARARI……82
ÖZGEÇMİŞ…… 85

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2-1: İAD Gelişen Hastalarda Cilt Değerlendirmesi
Tablo 2-2: İAD Şiddeti Sınıflandırma Aracı
Tablo 2-3 : GLOBIAD Kategorizasyon Aracı
Tablo 2-4: Basınç Yaralanmalarında Kullanılan Yaralanma Örtüleri
Tablo 2-5: Basınç Yaralanmaları ve İinkontinans Alakalı Dermatit Farklılıkları
Tablo 4-1: Hemşirelerin Demografik Özelliklerin Dağılımı
Tablo 4-2: İnkontinans Alakalı Dermatit İle İlgili Farkındalık Durumlarının Dağılımı
Tablo 4-3: Basınç Yaralanması İle İlgili Farkındalık Durumlarının Dağılımı
Tablo 4-4: İnkontinans Alakalı Dermatit İle İlgili Bilgi Düzeyi Sorularına Verilen Yanıtların Dağılımı
Tablo 4-5: İnkontinans Alakalı Dermatit Bilgi Düzeyi Puanı
Tablo 4-6: Basınç Yaralanması İle İlgili Bilgi Düzeyi Sorularına Verilen Yanıtların Dağılımı
Tablo 4-7: Basınç Yaralanması Bilgi Düzeyi Puanı
Tablo 4-8: İnkontinans Alakalı Dermatit ve Basınç Yaralanmasını Ayırt Edebilme Durumlarının Dağılımı
Tablo 4-9: Görsellerde İnkontinans alakalı Dermatit ve Basınç Yaralanmasını Ayırt Edebilme Durumlarının Dağılımı
Tablo 4-10: Demografik Özelliklere Göre İnkontinans Alakalı Dermatit Bilgi Düzeyi Puanlarının Değerlendirilmesi
Tablo 4-11: İnkontinans Alakalı Dermatit İle İlgili Farkındalık Durumlarına Göre İnkontinans Alakalı Dermatit Bilgi Düzeyi Puanlarının Değerlendirilmesi
Tablo 4-12: Demografik Özelliklere Göre Basınç Yaralanması Bilgi Düzeyi Puanlarının Değerlendirilmesi
Tablo 4-13: Basınç Yaralanması İle İlgili Farkındalık Durumlarına Göre Basınç Yaralanması Bilgi Düzeyi Puanlarının Değerlendirilmesi
Tablo 4-14: İnkontinans Alakalı Dermatiti Doğru Ayırt Edebilme Durumlarına Göre Görselleri Verilen Vakalara Doğru Yanıt Verebilme Oranlarının Değerlendirilmesi

Tablo 4-15: Basınç Yaralanmalarını Doğru Ayırt Edebilme Durumlarına Göre Görselleri Verilen Vakalara Doğru Yanıt Verebilme Oranlarının Değerlendirilmesi

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2-1: İnkontinans alakalı dermatitin etiyopatogenezi
Şekil 2-2: İnkontinansın etkilediği vücut bölgeleri
Şekil 2-3: İAD evreleri görselleri
Şekil 2-4: Basınç yaralanmaları etiyopatogenez mekanizması
Şekil 2-5: Basınç yaralanmalarında risk değerlendirme araçları
Şekil 2-6: Braden risk tanılama ölçeği
Şekil 2-7: Norton risk tanılama ölçeği
Şekil 2-8: Waterlow risk tanılama ölçeği
Şekil 2-9: Basınç Yaralanmaları Evreleri
Şekil 2-10: PUSH ve PSST yara değerlendirme ölçekleri
Şekil 2-10: PWAT ve DESIGN-R yara değerlendirme ölçekleri
Şekil 2-12: Bates Jensen yara değerlendirme ölçeği
Şekil 2-13: TIME ve ASSESMENT prensipleri.
Şekil 4-1: İnkontinans alakalı dermatit bilgi düzeyi puanı dağılımı
Şekil 4-2: Basınç yaralanması bilgi düzeyi puanı dağılımı

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

İAD: İnkontinans Alakalı Dermatit

EPUAP: European Pressure Ulcer Advisory Panel- Avrupa Basınç Ülseri Danışma Paneli

NPUAP: National Pressure Ulcer Advisory Panel- Ulusal Basınç Ülseri Danışma Paneli

Ort: Ortalama

SPSS: Statistical Package For Social Sciences

SS: Standart Sapma

NCSS: Number Cruncher Statistical System

PI: Pressure Injury

PUCLAS: Pressure Ulcers and IAD Classification

MASD: Moisture Associated Skin Damage- Nem İlişkili Cilt Hasarları

NMF: Naturel Moisture Factor- Doğal Nemlendirici Faktör

COF: Destek Sürtünme Katsayısı

RNAO: Registered Nurses' Association of Ontario

WOCNS: Wound, Ostomy and Continence Nurses Society

BWAT: Bates Jensen Yara Değerlendirme Aracı

PUSH: Basınç Ülseri İyileşme Değerlendirme Ölçeği

PSST: Basınç Yarası Durum Aracı

PWAT: Fotografik Yara Değerlendirme Aracı

mm/hg: milimetreciva

ÖZET

Yeni,T. (2019). Yatağa Bağımlı Bireylere Bakım Veren Hemşirelerin İnkontinans Alakalı Dermatit ve Basınç Yaralanması Ayrımına Dair Farkındalıklarının İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Bu araştırma yatağa bağımlı bireylere bakım veren hemşirelerin inkontinans alakalı dermatit(İAD) ve basınç yaralanması ayrımına dair farkındalıklarının incelenmesi amacı ile tanımlayıcı olarak tasarlandı.

Araştırmacı tarafından literatüre dayalı olarak hazırlanan veri toplama formu Mart 2019- Mayıs 2019 tarihlerinde, 235 yoğun bakım hemşiresine, iki devlet hastanesi ve üç eğitim araştırma hastanesinde olmak üzere uygulandı. Veri toplama formu uygulanmadan önce İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Etik Kurul'undan izin alındı. Verilerin analizinde NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007, Kolmogorov-Smirnov, Shapiro-Wilk, Mann Whitney U, Kruskal Wallis, Bonferroni-Dunn, Pearson Ki-Kare testleri kullanıldı.

Araştırmaya katılan hemşirelerin demografik özellikleri, İAD ve basınç yaralanması bilgi düzeyleri değerlendirildi. Hemşirelerin %74,9'u lisans mezunu, %49,4'ü ise 1-5 yıl arası yoğun bakım deneyimlidir. Hemşirelerin İAD bilgi düzeyi puanı ortalama 43.19±27.47, basınç yaralanması bilgi düzeyi puanı ise ortalama 79.26±22.00'dir. Hemşireler, İAD ile ilgili sorularda yüzde oranları sırasıyla %68,1 ve %77,9 olmak üzere en çok İAD patofizyolojisine ve İAD önlenmesine dair yanlış cevap vermişlerdir. Basınç yaralanması ile ilgili sorularda ise doğru yanıtlama oranı yüksektir.

Hemşirelerin İAD bilgi düzeylerinin basınç yaralanması bilgi düzeylerinden oldukça düşük olduğu saptanmış ve İAD ile ilgili eğitimlerin arttırılması ve bilimsel çalışmaların yapılması önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: İnkontinans Alakalı Dermatit, Basınç Yaralanması, Yoğun Bakım, Hemşirelik, Bilgi Düzeyi

ABSTRACT

Yeni,T. (2019). Investigating The Awereness of Nurses Who Care for Bedridden Patients Regarding The Distinction Between Incontinence Associated Dermatitis and Pressure Injury. İstanbul University-Cerrahpasa, Institute of Graduate Studies, Department of Internal Diseases NursingMaster Thesis. Istanbul.

This research was designed as a descriptive study to investigate the awareness of nurses who care about bed-ridden patients about the separation of incontinence associated dermatitis(IAD) and pressure injury(PI).

The data collection form, which was prepared pressure injury the researcher based on the literature, was applied between March 2019 and May 2019 with 235 intensive care nurses. Number Cruncher Statistical System 2007, Kolmogorov-Smirnov, Shapiro-Wilk, Mann Whitney U, Kruskal Wallis, Bonferroni-Dunn, Pearson and Chi Square test have been used for evaluate the data.

Demographic characteristics of the nurses and knowledge of IAD and PI were evaluated. 74.9% of nurses have licence graduated degree and 49.4% have experienced intensive care unit between 1-5 years. The score of İAD knowledge level of is 43.19 ± 27.47, while the score of PI knowledge level is 78.26 ± 22.00. The nurses often gave the wrong answers about the pathophysiology of IAD and the prevention of IAD. PI questions mostly answered correctly.

The knowledge level of İAD of the nurses was significantly lower than the knowledge level of PI. It was suggested to plan the education about IAD and to conduct scientific research.

Key Words: Incontinence Associated Dermatitis, Pressure Injury, Intensive Care Unit, Nursing, Level of knowledge

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Hastaneler sağlığı bozulmuş bireylerin tedavi ve takibinin sağlandığı, uzun süreli yatışların gerçekleştiği kurumlardır. Uzun süreli tedavi gerektiren yataklı birimler içerisinde hasta bireylerin sağlık personeline en çok ihtiyaç duyduğu alanlardan biri yoğun bakım üniteleridir. Yoğun bakım üniteleri uzun süreli yatışların yanı sıra komplike tedavilerin ve hasta bireylerin ağrı ve acı duymasına sebep olan işlemlerin uygulanması ve diğer faktörlerin de eklenmesi ile bireylerin yatağa bağımlılığını artıran tedavi ve bakım birimleridir. Yatağa bağımlılığı artıran bu faktörlerin etkisiyle, yoğun bakımlarda deri ve doku bütünlüğünün bozulması sık görülen problemlerdendir. Yoğun bakım ünitelerinde görülen cilt lezyonları arasında basınç yaralanmaları, cilt kuruluğu(kserozis cutis), inkontinans alakalı dermatit(İAD), aşırı nemli cilt(skin tears) ve cilt yırtıkları sıralanabilir(1).

Basınç yaralanmaları hemşirelik bakımı için bir kalite göstergesi olması sebebiyle oluşan diğer cilt lezyonlarının tanısal ayrımının yapılması gerekmektedir(24). İAD ve basınç yaralanması klinik hemşireler tarafından tanısı konulurken ikilem yaratan önemli ve sık rastlanan cilt problemleridir. Literatür incelendiğinde İAD üzerine yeterli çalışma olmadığı ve yapılan çalışmalarda basınç yaralanmaları ile karıştırıldığı sonuçlarına varılmıştır.

İnkontinans alakalı dermatit cildin gaita ve idrar ile teması sonucu cilt yapısının bozulması ile ilgili olmakla beraber basınç yaralanmaları için uygun zeminin oluşmasına sebep olan risk faktörlerinden sayılabilmektedir. Bu sebep-sonuç ilişkisi kliniklerde İAD ölçeklerinin kullanılmaması ile beraber İAD'nin basınç yaralanması olarak kayıt edilmesine sebebiyet verebilmektedir.

Çin'de dokuz merkezde yapılan prevelans ve insidans çalışmasında 13,176 yatan hasta çalışmaya dahil edilmiş ve bu çalışmada üç farklı cilt problemi incelenmiştir. Yapılan çalışma sonucu 233 hastada basınç yaralanması, 141 hastada aşırı nemli cilt, 97 hastada ise inkontinans alakalı dermatit (İAD) gözlemlenmiştir(2). İAD görülme sıklığı merkezler arasında %5,6 ile %50 arasında büyük farklılık göstermektedir(2,9).

Yapılan diğer bir çalışmada 223 yatağa bağımlı hasta cilt problemleri açısından değerlendirilmiş ve basınç yaralanması prevalansı %9, İAD prevelansı % 35.4 ve cilt

ıslaklığı % 6.3 oranında görülmüştür(1). İAD prevelansı bu çalışmada dikkat çekmektedir.

Ülkemizde yapılan bir çalışmada bir yoğun bakım ünitesinde görülen dermatolojik problemler incelenmiştir. 2008-2013 yılları arasında yoğun bakım ünitesine 1532 hasta kabul edilmiş ve cilt problemleri beş yıl boyunca kayıt altına alınmıştır. Yoğun bakım yatışı sonrasında hastalarda görülen dermatolojik problemler basınç yaralanmaları, inkontinans alakalı dermatit, staz dermatit, kaşıntı, ilaç erüpsiyonu, kandida, fronkül, purpura fulminans ve lökositoklastik vaskülit olmakla beraber, en sık görülen problemler %25 oran ile İAD ve staz dermatit olmuştur(3). Yoğun bakımlarda cilt problemlerinin yönetimi ve tedavisi kritik problemlerin ön planda olması nedeni ile geri planda kalmaktadır. Aynı çalışmada 1532 hastadan sadece %2,2lik bir dilim için dermatoloji uzman görüşüne başvurulduğu tespit edilmiştir(3). Yoğun bakımlarda kritik problemlerin ön planda tutulması deri ve doku bütünlüğünün bozulması problemini arka plana itmektedir. Cilt değerlendirmesinin düzenli yapılması hemşirelerin sorumluluğundadır. Bu noktada yatağa bağımlı bireylerde oluşan cilt problemlerini ayırt edebilmek, doğru bakım protokolleri geliştirmek ve uygulamak ve kayıt altına alabilmek hemşirelik bakımının önemli bir göstergesi olacak ve hasta bireyin hayat kalitesini artırmakta önemli bir yer tutacaktır.

EPUAP 2014 rehberine göre; ‘’basınç yaralanmaları sürekli olarak basınç, sürtünme/makaslanmaya maruz kalan ciltte oluşan, kemik yapıya kadar ilerleyebilen hasarlar’’ olarak tanımlanmıştır(4).

Basınç yaralanmaları evrelendirme sistemi EPUAP(Avrupa Basınç Ülseri Danışma Paneli) ve NPUAP(Ulusal Basınç Ülseri Tavsiye Paneli) tarafından oluşturulmaktadır. Evrelendirme sisteminin en güncel durumu baz alınarak yapılan çalışmalarda hemşirelerin basınç yaralanmalarını doğru evrelendiremediği, evrelendirmelerde zorluklar yaşadıkları görülmektedir(5).

Yapılan bir meta-analiz çalışmasında literatür incelenmiş ve hemşirelerin basınç yaralanmalarını tanımlaması ve evrelendirmesi ile ilgili sonuçlar elde edilmiştir. İncelenmesine karar verilen on çalışmanın sonucuna göre basınç yaralanmaları evrelendirmesinde tutarsızlıklar olduğu, hemşirelerin en çok evre I ve evre II basınç yaralanmalarını ve evre I ile şüpheli derin doku hasarını ayırt etmekte zorluk çektiği, yara bakım hemşirelerinin klinik hemşirelere göre evrelendirmede daha başarılı oldukları ve vardiya değişen hemşirelerin evrelendirmelerinde farklılıklar olduğu

bildirilmiştir(5). Yine aynı çalışmada hemşirelerin cilt yırtıkları ve inkontinans alakalı dermatiti basınç yaralanması olarak kaydettikleri belirtilmiştir(5).

İnkontinans alakalı dermatit ve basınç yaralanmalarını ayırt etmek amacı ile Ghent Üniversitesi'nde PUCLAS(Pressure Ulcers and IAD Classification) modül eğitimi Prof. Dr. Dimitri Beckman ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Bu modül eğitime dayanarak yapılan araştırmada PUCLAS eğitiminin hemşirelerin basınç yaralanması evrelendirme ve inkontinans alakalı dermatitten ayırt edebilme yetenekleri incelenmiştir. Randomize kontrollü yapılan çalışmada 2005-2006 yılları arasında veriler toplanmış ve çalışmaya 1217 hemşire dahil edilmiştir. Çalışma sonuçlarına göre; iki gruba da 20 cilt lezyonuna ait fotoğraflar gösterilmiş ve kontrol grubu ile deney grubu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Fakat verilen eğitim sonrasında evrelendirme ve İAD ile basınç yaralanması arasındaki ayrımı yapabilme oranında %30luk bir artış gözlemlenmiş. İAD tanı ayrımı kontrol grubu cevaplarında %70 oranında doğru iken, deney grubunda doğruluk oranı %35 olarak bildirilmiştir(6).

Ülkemizde 2017 yılında yapılan bir çalışmada hemşirelerin İAD hakkında bilgi düzeyleri incelenmiş ve 126 yoğun bakım hemşiresi çalışmaya dahil edilmiştir. İAD önlenmesi ve tedavisi hakkında bilgi sahibi en yüksek grubun yüksek lisans eğitimi alan hemşireler olduğu görülmüş ve sağlık meslek lisesi eğitim düzeyindeki hemşireler ile aralarında anlamlı fark bulunmuştur(7). Hemşirelerin farklı branşların yoğun bakım ünitelerinde çalışıyor olmaları değerlendirme sorularına verdikleri cevaplar için anlamlı fark yaratmamıştır. Mezuniyet sonrası İAD ile ilgili eğitime katılan hemşirelerin İAD hakkında bilgi düzeylerinin yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Hemşirelerin hakkında bilgi sahibi olmadıklarını belirttikleri ifadeler ise perianal bölgenin temizliğinde su ve sabun kullanımı, deri temizliğinin sık aralıklarla yapılması gerektiği, antimikrobiyal ürünlerin rutin kullanımı hakkında olduğu bu çalışmanın diğer sonuçlarındandır(7).

İnkontinans alakalı dermatit hakkındaki bilgi eksikliği, literatür kaynaklarının az olması, değerlendirme araçlarının kullanılmaması, inkontinans alakalı dermatitin basınç yaralanması olarak kayıt altına alınmasına veya hiç kayıt altına alınmamasına ve hemşirelik bakımının ve tıbbi tedavinin eksik veya hatalı yapılıyor olmasına sebebiyet vermektedir.

Bu araştırma yatağa bağımlı hasta bireylere bakım veren yoğun bakım hemşirelerinin İAD ve basınç yaralanması ayrımına dair farkındalıklarının incelenmesi amacı ile yapıldı. Yapılan çalışma ile hastanelerde sık görülen cilt problemlerine dair

doğru bilgiye sahip olunmasının ve bu problemlerin birbirinden ayırt edilmesinin, hemşirelik bakımının kalitesini yükselteceği, doğru tanı, tedavi ve bakım uygulamalarına yönlendireceği kanılarına varılacağı öngörülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.İnkontinans Alakalı Dermatit

Nem ilişkili cilt hasarları (MASD: Moisture Associated Skin Damage) idrar/dışkı, yara eksudası, mukus, tükürük gibi nem kaynaklarına uzun süre maruz kalma sonucu ortaya çıkan cilt hasarlarıdır (8). İAD, bu problemlerden en sık görülen olmak ile beraber perineal ve perigenital bölgenin uzun süreli, kronik veya tekrar edecek şekilde dışkı/idrara maruz kalması sonucu cildin bariyer görevini kaybetmesi ve ciltte kızarıklık, kabarcık görünümlü erozyon oluşması ile karakterize bir problemdir (8,9). İAD, inkontinansı olan bireylerde görülen kontakt dermatitin bir türüdür(14). Eritem, ödem, eksudası olan bül, ikincil kütanöz enfeksiyonlar İAD ile karakterize diğer belirtilerdir(9). Kimyasal faktörlerin yanında sürtünme ve travma gibi mekanik föktörler de İAD oluşumuna yatkınlığı artırmaktadır(10). İAD oluştuğunda cillte dağınık yerleşmiş kalıcı kızarıklık veya kısmi cilt kaybı gözlemlenir(10). Bu sebeple inkontinans alakalı dermatitin evre I ve evre II basınç yaralanmalarından ayırt edilebilmesinde zorluklar yaşanabilmektedir. İAD ve basınç yaralanmaları birlikte de görülebileceği gibi, sadece İAD tanısı konulurken basınç faktörünün dışlanması gerekmektedir(11).

Açık ten rengine sahip bireylerde İAD gözlemlenen cilt renginde pembeden kırmızıya doğru giden bir renk değişimi görülürken, koyu ten rengine sahip bireylerde koyu kırmızı, mor, kahverengi ve sarı renklerde görülür(9).

İAD terminolojisi incelendiğinde karşımıza; diaper dermatiti, diaper döküntüsü, irritan dermatit, cilt maserasyonu, nem lezyonları, inkontinans lezyonları, perineal dermatit ve perineal döküntü terimleri çıkmaktadır. ICD-10 tanılama sisteminde İAD için ayrı bir tanı yer almamakta ve Diaper Dermatiti tanısı kullanıldığı görülmektedir. Diaper Dermatiti tanısının daha çok bebeklerde görülen bebek bezi dermatitini ifade etmesinden dolayı terminolojiye İAD tanısı eklenmesi öngörülmektedir(9). İAD'nin doğru tanılanması prevelans ve insidans raporlanmalarının doğruluğu açısından birçok ülke için önemli ve ortak bir problemdir(9,12). Literatür incelendiğinde prevelans ve insidans çalışmalarının az olmasına karşılık, elde edilen prevelans oranının %5,6 ile %50 arasında, insidans oranının ise %3,4 ile %25 oranında değişiklik gösterdiği görülmüştür(9,12). Akut bakım hizmeti veren bir sağlık kuruluşunda yapılan çalışmada

ortalama İAD prevelansı %16 olarak hesaplanmış ve 60 yaş ve üstü bireylerde görülme sıklığının artmış olduğu görülmüştür(13). Bu doğrultuda İAD'nin tanılama sisteminin geliştirilmesi, İAD ile ilgili klinik çalışmaların artması ve sağlık bakım çalışanlarının eğitilmesinin önemi görülmektedir.

2.2.1.İnkontinans Alakalı Dermatit Etiyopatogenezi

Deri vücudumuzun en büyük organı olmakla beraber, derinin duyu hariç en önemli fonksiyonu zararlı maddelerin ve patojenlerin vücuda girişini önleyecek bariyeri sağlamasıdır. Bunun yanı sıra ciltteki su tutulumu ve atılımının dengesini sağlayarak nem bariyeri görevini görür(10,14). Bariyer görevi derinin en dış tabakası olan epidermis ve özellikle epidermisin en dış tabakası olan stratum korneum tarafından gerçekleşir(10,15). Stratum corneum yapısında keratin yapıdaki proteinden zengin korneositler bulunmaktadır. Korneositleri bir arada tutan lipitler bir matriks harcı oluşturmaktadır(10). Stratum corneumun yapısı %70 protein, %15 lipit ve su %15 su olmakla beraber korneosit-lipit yapısı açısından tuğla-harç modeline benzetilir(9,10,15,16). Korneositler, doğal nemlendirici faktör (NMF) olarak bilinen çeşitli proteinler, şekerler ve diğer maddeleri içerir. NMF, derinin dengeli hidrasyonunu sağlayarak etkili bariyer görevini yerine getirmesinde önemli rol oynar(17,29).

Sağlıklı deri pH oranı 4-6 arasında ve asidik değerlere sahiptir. pH değeri derinin bariyer görevini sürdürebilmesinde ve cilt florasının sağlıklı yapısının korunmasında önemli rol oynar. Cildin asit manto yapısı stratum korneumun bariyer fonksiyonunu sürdürmesi için en önemli faktördür(17,29).

İAD etiyolojisi ve patogenezi ile ilişkili çok az sayıda çalışma bulunmaktadır(18,19). Histopatolojik olarak incelendiğinde İAD tablosunda epidermiste oluşan eritem, sekonder enfeksiyon, dermal ve epidermal hasar, kısmi doku kaybı görülmektedir(19). Bu bulgular cildin dışkı ve idrara maruz kaldığında üst katmanından alt katmanına doğru hasar gördüğünü kanıtlamaktadır(19). İAD oluşmasında rol oynayan etiyolojik ve patofizyolojik faktörler komplekstir ve birbiri ile ilişkili olduğu düşünülmektedir(8,18).

İnkontinans alakalı dermatit etiyolojik faktörleri:

1. Zayıflamış/hassas cilt yapısı
2. İnkontinansa bağlı artan nem

3. Bakteriyel/Fungal kolonizasyon ve Sekonder Kütanöz Enfeksiyon
4. Sürtünme (friksiyon) olarak sıralanmaktadır(8,9).

Bu faktörlerin birbiri ile ilişkisine bakıldığında İAD patofizyolojisinin etiyolojik faktörler ile olan bağlantısı görülmektedir.

Uzun süre irritan maddelere maruz kalan cilt yapısı zayıflayarak bozulur. İdrar ve feçes bulaşının artışı ve cilt yapısındaki bozulmayla meydana gelen pH artışı ciltte maserasyona sebep olur(10).

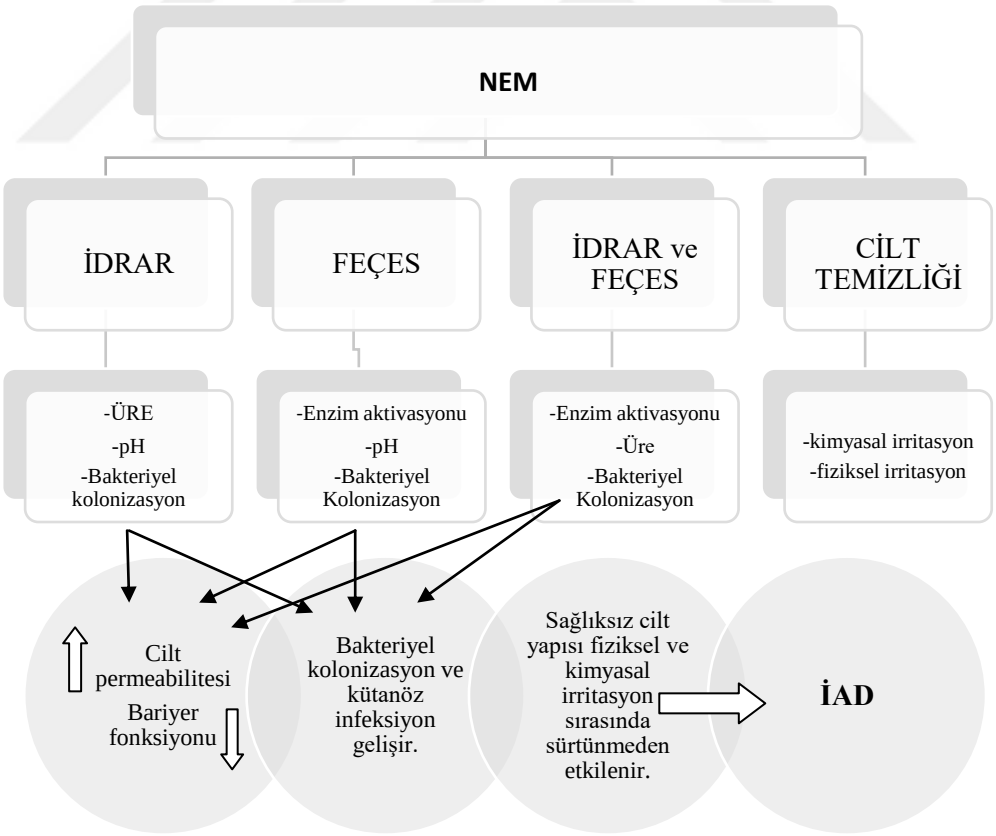
Üriner inkontinans varlığında cildin tahrişine sebep olan madde amonyaktır. Amonyak cilt üzerinde toksik etkiye sahip değildir fakat cilt pH değerini nötral ve alkali değerlere ulaştırarak cildin asit mantosunu bozmaktadır. Asit mantosu bozulan cilt bariyer fonksiyonunu kaybeder ve stratum korneum zarar görür(10). Bozulmuş cilt fonksiyonu ve zayıflamış cilt tabakası ile beraber cilt florasında değişimler görülür ve bakteriyel üreme başlar ve fekal enzimler olan proteaz ve lipazlar aktive olur(9,10,19). Feçes yüksek düzeyde sahip olduğu sindirim enzimleri olan proteaz ve lipazlar sayesinde stratum corneumun yapısını bozar(10). Üriner ve fekal inkontinans mekanizmaları sık periyotlarla devam ederek cildin pH değerini daha da alkali hale getirir. Kısıtlı sayıda araştırma bulunmasına rağmen sıvı feçesin katı feçese oranla cildi daha çok tahriş ettiği klinik deneyimlerle gözlemlenmiştir. Sıvı feçesin bulaş alanın daha fazla olması, pankreatik enzimlere ve safra irritanlarına sahip olması fekal enzimlerin cilt üzerinde daha çok etki etmesine sebep olmaktadır. Sıvı feçes beraberinde düşük moleküllü tahriş edici maddelerin de (amonyak vb) aktivasyonuna sebep olarak deri ve doku bütünlüğünü bozar(19).

Diğer açık yaralarda olduğu gibi İAD kolonizasyon ve enfeksiyona açık bir cilt hasarıdır(10). Artan pH ile bakteriyel ve fungal kolonizasyon ve dolayısıyla enfeksiyon riskleri artmış olur(9). İAD'dan etkilenen cilt bölgelerinin gastrointestinal sistem ve üriner sisteme yakın oluşu kontaminasyon riskini arttırır(10). İAD patogenezinde fungal/bakteriyel kolonizasyonun rolü olduğu düşünülse de tam ilişkisi açıklanamamıştır(19). Klinik deneyimler ve uzman görüşleri İAD tablosunda fungal döküntülere sıklıkla rastlandığını kabul etmektedir(8). Klinik tabloya bakıldığında, ciltte pürülan eksuda ve yeşil renkli yara yatağı varlığı Pseudomonas Aeruginosa, yaygın beyaz püstüllerle kaplı kısmi deri kaybı görülen yara yatağı varlığı Candida Albicans enfeksiyonlarının belirtileridir(10). Bunlar dışında Staphylococcus Aureus,

Corynebacterium ve Proteus Mirabilis inkontinans alakalı dermatit ile ilişkilendirilen diğer enfeksiyonlardır(8).

Aşırı nemli cilt ve artan pH derinin destek sürtünme katsayısını (COF) arttırmaktadır. Bu sebeple hasta hareket halindeyken veya yardımla hareket ettiriliyorken giyisi, inkontinans yönetiminde kullanılan emici bezler, yatak örtüleri ile temas etme ve inkontinans sonrası cilt bakımı yapılırken kullanılan yanlış teknikler sürtünme kat sayısını arttırarak cilt tahrişini destekler(10,19). Aşırı hidrasyonu olan cilt, kuru cilde kıyasla sürtünme ve makaslanma gibi yüklerle karşılaştığında esneklik, sıcaklık ve kan akışında bozulmalar meydana gelir ve bu durum İAD gelişimini hızlandırır(19). İAD tablosunda hem fiziksel hem kimyasal cilt irritasyonu söz konusudur(9).

İAD gelişiminde, sağlıklı yapısı bozulmuş hassas cilt, inkontinansa bağlı aşırı nem/hidrasyon, bakteriyel kolonizasyon ve sürtünme faktörleriyle ilişkisi kısaca Şekil 2.1'deki gibi olmakla beraber, risk faktörleri de önemli yer tutmaktadır.



Şekil 2-1: İnkontinans Alakalı Dermatitin Etiyopatogenezi

2.2.2.İnkontinans Alakalı Dermatit Risk Faktörleri

İnkontinans Alakalı Dermatit gelişmesinde etkili olan birçok risk faktörü vardır. Ve bu faktörler birbirleri ile ilişki içerisindedir.

Literatürde İAD için kanıt değeri yüksek dokuz risk faktörü bildirilmektedir:

- ✓ Üriner inkontinans
- ✓ Fekal inkontinans
- ✓ Miks(double) inkontinans
- ✓ Sağlıksız perineal cilt yapısı
- ✓ İnkontinans sıklığı- tuvalet yeteneği (toileting ability)
- ✓ Doku toleransı
- ✓ Cilt pH değeri
- ✓ Emici ürün (hasta altı bağlama bezleri) kullanımı
- ✓ Yapılandırılmış cilt bakımı uygulanmaması (20).

Kanıt değeri yüksek olan bu risk faktörlerinin yanında İAD gelişmesinde rol oynayan ve İAD ile ilişkisinin belirleneceği çalışmalara ihtiyaç duyulan diğer faktörler; yaş, nem, sürtünme ve makaslanma, bakteriyel kolonizasyon, düşük albümin düzeyi, kısıtlı mobilizasyon ve aktivite, malnutrisyon, bilişsel durumun bozulması, antibiyotik kullanımı, azalmış perfüzyon ve oksijenizasyon, bakım kalitesi, ateş, kronik hastalıklar, kontinans hemşireliği önerisine başvurulmaması olarak sıralanmaktadır(9,20,23).

Yatağa bağımlılık süresinin en uzun olduğu yoğun bakım ünitelerinde hasta bireylerde inkontinans problemi sıkça görülmektedir. Yoğun bakım ünitelerinde üriner kateter kullanımı üriner inkontinans yönetimini çoğu zaman sağlarken, fekal inkontinans yönetiminin daha çok emici bezler ile yapılması İAD riskini artırmaktadır(21). Fekal inkontinans en sık görülen risk faktörü olmakla beraber yapılan bir çalışmada yoğun bakım ünitelerinde İAD'in:

- ✓ APACHE skoru
- ✓ İlaç kullanımına bağlı doku perfüzyonu
  1. *Vasoaktif ilaç kullanılması ve mean arteriyel basınç ≥ 70mm/hg olması*
  2. *Vasoaktif ilaç kullanılmaması ve mean arteriyel basınç < 70mm/hg olması*
  3. *Vasoaktif ilaç kullanımı ve mean arteriyel basınç > 70mm/hg olması*

faktörleri ile ilişkisi incelenmiş fakat anlamlı fark bulunmamıştır(21).

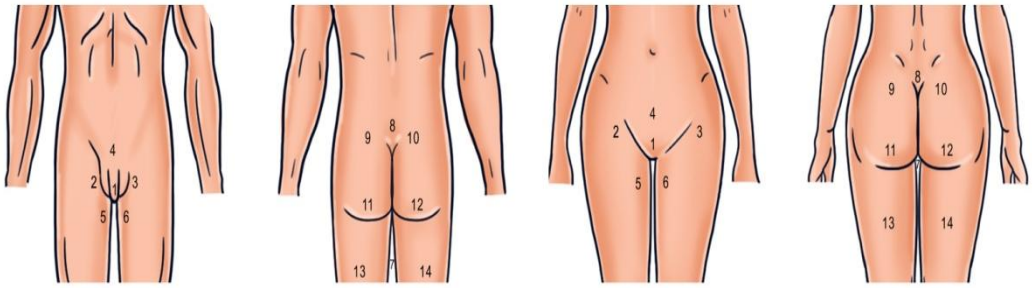
Yatağa bağımlı bireylerde sağlık durumlarını etkileyen faktörler ile İAD arasındaki ilişkinin arandığı araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

2.1.3.İAD Değerlendirme Ölçekleri ve Evrelendirme

Yatağa bağımlı bireylerin cilt değerlendirmesi sağlık profesyonelleri tarafından hastaneye ilk yatış anı ile yapılmaya başlanmalı ve yatış süresi boyunca düzenli olarak günde en az bir kere yapılmalıdır. İnkontinans problemi olan bireylerde cilt değerlendirmesi, inkontinans epizodlarının sıklığına bağlı olarak birden fazla kez yapılmalıdır(9).

Cilt değerlendirmesi yapılırken, cilt kıvrımları ve nemin fazla olduğu bölgeler özellikle daha dikkatli değerlendirilmelidir. Hasta İAD risk faktörlerine sahip ise değerlendirme sırasında daha dikkatli olunmalıdır(9).

İnkontinanstan etkilenen vücut bölgeleri şekil 2-2'de verilmiştir:



Şekil 2-2: İnkontinansın etkilediği vücut bölgeleri. (İllüstrasyon: Oğuzhan Kodalak,2019)

İAD gelişen hastalarda cilt değerlendirmesi yapılırken tablo 2-1'deki adımlar izlenmelidir(9).

Tablo 2-1: İAD gelişen hastalarda cilt değerlendirmesi

1.ADIM	Cilt kıvrımlarının incelenmesi	• Karşılıklı cilt yüzeyleri aşırı hidrasyon ve nem açısından riskli bölgelerdir. Bu bölgeler cilt kıvrımlarından ayırılarak incelenmelidir. • İnflamasyon en çok cilt kıvrımının olduğu bölgede gözlemlenir. • İkincil olarak karşılıklı cilt yüzeyine en yakın bölge incelenir.
2.ADIM	Cilt erozyonunun değerlendirilmesi	• Başlangıçta kısmı kalınlıkta cilt erozyonu şeklinde görülebilir. • Sık aralıklı birden fazla lezyon bulunur. • Ciddi vakalarda tüm dermis erozyona uğrayabilir. • Hasta öyküsünün iyi tanımlanmadığı vakalarda basınç yaralanması ile karıştırılabilir.
3.ADIM	Sekonder deri enfeksiyonunun değerlendirilmesi	• Fırsatçı enfeksiyonlar (candida albicans vb) değerlendirilir. • Ciltte ısı artışı, nem ve stratum corneum hasarı değerlendirilir.

Cilt ve inkontinans değerlendimesinden sonra İAD sınıflandırılması yapılmalıdır. İAD sınıflandırması için geliştirilmiş ölçekler;

- ✓ Perirektal Değerlendirme Aracı (Perirectal Skin Assessment Tool)
- ✓ Deri Değerlendirme Aracı (Skin Assesment Tool)
- ✓ İnkontinans Alakalı Dermatit ve Şiddeti Aracı (The Incontinence Associated Dermatitis and Its Severity Instrument),
- ✓ İnkontinans Alakalı Dermatit Değerlendirme ve Girişim Aracı (Incontinence Associated Dermatitis Intervention Tool),

olmak üzere sıralanabilir. Geliştirilen bu araçların geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları yapılmasına rağmen klinik karar verme ve bakımı geliştirici etkilerine dair kanıt

düzeyinin düşük olması nedeniyle günlük yaşamda aktif olarak kullanılamamaktadır(9,17,22,17).

Uzman görüşüne dayanarak, İAD değerlendirilmesinde basit bir ölçek kullanılması önerilmiştir. 2015 yılında İAD kategorize edilmiştir(Tablo 2-2)(17).

Tablo 2-2: İAD şiddeti sınıflandırma aracı

İAD Şiddeti Sınıflandırma Aracı		
(Risk altındaki deri)	✓ Kızarıklık yok, deri risk altında	✓ İAD belirtisi yoktur. ✓ Deri, vücudun geri kalanına kıyasla normaldir.
EVRE 1	✓ Kızarıklık var, ancak deri bütünlüğü bozulmamış.	✓ Eritem ✓ Ödem +/-
EVRE 2	✓ Kızarık ve deri bütünlüğünde bozulma var.	✓ Vezikül, bül +/- ✓ Deri denuasyonu +/- ✓ Deri enfeksiyonu +/- ✓ Eritem +/- ✓ Ödem +/-

2015 yılında önerilen bu kategorizasyon 2016 yılında geliştirilerek Ghent Global İAD Kategorizasyon Aracı geliştirilmiştir(tablo 2-3) (9). Bu kategorizasyon aracı ile İAD evreleri belirlenmiştir (Tablo 2.3) (25,26).

Tablo2-3 : GLOBIAD kategorizasyon ölçeği

GLOBIAD Kategorizasyon Aracı	A	B
Kategori 1 • Kategori 1A • Kategori 1B	Ayırıcı Kriterler • Enfeksiyon belirtileri olmaksızın kalıcı kızarıklık *Ek Kriterler* • Ciltte belirgin renk değişimi • Parlak görünüm, • Maserasyon • Bozulmamış vezikül veya büller • Palpasyonla hassasiyet ve şişlik hissi • Yanma, kaşıntı, ağrı ve karıncalanma hissi	Ayırıcı Kriterler • Enfeksiyon ile beraber seyreden kalıcı kızarıklık • Enfeksiyon belirtileri; püstül, makülopapüller döküntü, mantar enfeksiyonu görüntüsü Ek Kriterler Kategori 1A ile aynıdır
Kategori 2 • Kategori 2A • Kategori 2B	Ayırıcı Kriterler • Enfeksiyon belirtileri olmaksızın deri kaybı Ek Kriterler • Kalıcı kızarıklık, • Ciltte belirgin renk değişimi • Parlak görünüm, • Maserasyon • Açılmış vezikül veya büller, • Palpasyonla hassasiyet ve şişlik hissi, • Yanma, kaşıntı, ağrı ve karıncalanma.	Ayırıcı Kriterler • Enfeksiyon ile beraber seyreden deri kaybı • Yara yatağında sarı/yeşil/kahvrenegi nekrotik (slough) doku, • Püstül, makülopapüller döküntü, mantar enfeksiyonu • Artan eksuda • Yara yatağında bakteriyel enfeksiyona bağlı yeşilimsi görüntü (pseudomonas aeruginosa) Ek kriterler Kategori 2A ile aynıdır.



Şekil 2-3: İAD evreleri görselleri(25)

2.1.4. İnkontinans Alakalı Dermatit Önleme ve Tedavi Girişimleri

İAD patofizyolojisi komplekstir ve tamamıyla anlaşır yapıda değildir(17). İAD önlenmesi ve yönetimi önerileri En İyi Uygulama Önerileri Rehberi'ne (Best Practise Recommendation) göre Tablo 2-4'te belirtilmiştir(17).

Tablo 2-4: İAD önlenmesi ve yönetimi için öneriler

İAD'nin Önlenmesi Ve Yönetimi İçin Hızlı Başvuru Kılavuzu(2010)(RNAO-WOCNS)	
İAD'ye sebep olan etkeni ortadan kaldır.	1. Hastanın ayrıntılı sağlık öyküsünü öğren ve İAD risk faktörlerini belirle. 2. Yüksek risk altındaki kişileri belirle. 3. İAD önlemlerini al.
Hasta endişelerini gider.	4. Hasta merkezli hemşirelik bakım planının oluşturulmasında hastanın psikolojik ihtiyaçlarının değerlendir ve destekle.
Cilt bakımını sağla.	5. Geçerliliği olan bir kategorizasyon aracı kullanarak İAD derecesini belirle. 6. Optimal cilt iyileşmesini sağla ve destekle.
Yeniden değerlendir. Sağlık profesyonelinden destek sağla.	7. Girişimlerin etkinliğini değerlendir. 8. Hastanın ihtiyaçlarını sağlayacak nitelikte profesyonel bir ekip kur. 9. İAD önlenmesi ve tedavisi konusunda hasta, hasta bakıcı ve sağlık profesyonellerini eğit. RNAO = Registered Nurses' Association of Ontario WOCNS = Wound, Ostomy and Continence Nurses Society

İnkontinans varlığı, İAD gelişmesindeki en önemli faktördür. Bu sebeple inkontinans yönetiminin sağlanması İAD'in önleme, yönetim ve tedavisinde izlenecek ilk adımdır.

İnkontinans Yönetimi

Fekal ve üriner inkontinans yatağa bağımlı bireylerde ve özellikle yoğun bakım ünitelerinde en sık rastlanan sorunlardandır(34,36). Üriner inkontinans ve fekal inkontinans ve miks inkontinans tiplerinden birine sahip olmak ve inkontinans epizodunun sık aralıklı olması İAD gelişmesindeki en önemli faktördür. Bu sebeple inkontinans yönetiminin sağlanması gerekmektedir(9,29).

İnkontinans yönetiminin amacı; idrar ve gaita bulaşını en aza indirmek veya tamamen ortadan kaldırmaktır(9). İnkontinans yönetimi emici inkontinans bezlerinin kullanımı, üriner kateter uygulaması ve fekal yönetim sistemi uygulanması ile sağlanır(42). Üriner kateter uygulaması nozokomiyal enfeksiyon kaynağı olmakla beraber yoğun bakımlarda en sık uygulanan invaziv işlemlerdendir. Sıvı feçes bulaşının önlenmesi fekal yönetim sistemiyle sağlanabilmekle beraber bazı durumlarda barsak travmasına sebep olabilmesi bu sistemin dezavantajıdır(33). Bu sebeplerle, inkontinans yönetimi sağlanırken sıvı ve diyet yönetimin sağlanması da gerekmektedir(12,36). Bireyin beslenme ve hidrasyon durumu cilt bütünlüğü ile yakından ilişkilidir. Yeterli beslenmenin olmadığı durumlarda vücut ciltteki hasar görmüş dokuyu tamir edemez ve mikrobiyal kolonizasyon ve/veya enfeksiyon ile baş edemez. İyileşme sürecinin her aşaması lipit, amino asit ve karbonhidratlara bağlıdır. Optimal beslenme durumunun sağlanması İAD önlenmesi ve iyileşmesine yardımcı olur(17).

İnkontinans yönetimi sağlandıktan sonra uygulanacak ikinci adım ise ‘’Yapılandırılmış Cilt Bakımı’’nın uygulanmasıdır.

Yapılandırılmış Cilt Bakımı

Yapılandırılmış cilt bakımı son yıllarda gündeme gelen ve üç adımdan oluşan bir bakım stratejisidir(9,24,28,29,30,32):

A. **Cilt temizliğinin sağlanması:** Kir, kalıntı ve mikroorganizmaların ortadan kaldırılması, irritan maddelerin ciltten arındırılması amacıyla uygulanacak perianal bakımı içerir(9,24).
   - Cilt temizliğinin, cildin asit manto yapısını bozmayacak, uygun pH değeri(5,4-5,9) sahip ürünlerle yapılması önerilmektedir. Perianal bölge temizliğinde

geleneksel sabun kullanımı pH derecesi sebebi ile uygun görülmemektedir. pH değeri yüksek veya alkali olan ürünlerin kullanımı stratum corneumun yapısını lipit rijiditesini bozarak değiştirir.

- Durulanma gerektirmeyen temizleyiciler önerilir.
- Cilt temizliği esnasında olabildiğince az sürtünme sağlanmalıdır.
- Cilt havlu ile kurutulduğunda ıslak ve nemli kalabilir ve havlu kullanımı sürtünmeyi arttırır. Bu sebeple havlu kullanımı önerilmez.
- İnkontinans gerçekleştikten sonra en kısa zaman içerisinde idrar ve feçes teması ortadan kaldırılmaldır.

B. **Cildin nemlendirilmesi**: Cildin nemlendirilmesi, cilt bariyerinin onarılması ve arttırılması, cildin su içeriğinin korunması ve arttırılması, hücreler arası lipid yapısının restore edilmesi ve sürdürülmesinin amaç edinildiği adımdır(9,31).

- Stratum corneumun lipit yapısı desteklenir.
- Stratum corneumda oluşabilecek su kaybı önlenir.
- Uygun nemlendiricilerin rutin kullanımı cildin bariyer fonksiyonunu destekler.

C. **Cildin korunması**: Cilt üzerine geçirgenliği olmayan veya yarı geçirgen olan koruyucu bariyer ürünlerin kullanılması ile cildin korunması sağlanır. (9,31).

Klinisyenler cildin korunmasında çeşitli temizleyiciler, nemlendiriciler, antifungaller ve nem-bariyer kremleri önermektedir. Bu geniş ürün çeşidi yatağa bağımlı hasta bireylere bakım uygulayan hemşirelerin ürün seçiminde zorluklar yaşamasına sebep olmaktadır. Bu zorluk, İAD şiddeti, cilt tahrişine sebebiyet veren kaynak ve diğer komplikasyonlara uygun ürünler seçerken, ürün isimlerindeki tutarsızlık ve standardize edilmiş bir sınıflandırma ölçeğinin kullanılmaması ile daha da artmaktadır(28).

Ürün seçiminde cilt değerlendirilmesinin yapılması en önemli adımdır ve dolayısıyla bu önemli adım hemşirenin sorumluluğundadır. Kuru, pürüzlü ciltlerde nemlendirici ve yumuşatıcı ürünler tercih edilirken, hidrate olmuş cilt için bu ürünler maserasyonun artışına sebep olarak cilde daha fazla zarar verebilir. Maserasyon gözlenen cilde nemi absorbe edecek özellikteki ürünler kullanılmalıdır. Kandidiyazis tablosu görülen ciltler için ise antifungal ürünler önerilir(28).

2015 yılında konsensus sonucu önerilen en iyi koruma ürünleri aşağıdaki gibidir(9,17):

- **Petrolatum bazlı ürünler(vaselin):** Örtücü bir tabaka oluşturur. Cilt hidrasyonunu arttırır. İnce uygulandığında transparan görünümdedir. Hasta altı bağlama bezlerinin emicilik özelliğini olumsuz etkileyebilir.
- **Zinc-oxide(çinko oksit):** Ciltten temizlenmesi zor ve konforsuzdur. Cilt gözlemlenmesi gerektiği durumlarda tamamen temizlenmesi gerekmektedir.
- **Dimetikone:** Bariyer özelliği yoktur. Transparan görünümde olduğu için cilt rahatlıkla gözlemlenebilir. Emici bezleri etkilemez.
- **Akrilat terpolimer:** Transparan görünümdedir. Temizlenmesine ihtiyaç yoktur. Cilt rahatça gözlemlenebilir.

2.2. Basınç Yaralanmaları

Basınç yaralanmaları yatağa bağımlı bireylerde sıklıkla rastalanan, bireyin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen, tedavi sürecini zorlaştıran, hastanede kalış süresini uzatan, sağlık kurumlarının maddi yükünü arttıran, ölümlere ve inatçı enfeksiyonlara neden olan ve özellikle yoğun bakım ünitelerinde diğer sağlık problemleriyle beraber ortaya çıkması kolaylıkla mümkün olan, önemli cilt problemlerindendir(43). Basınç yaralanmaları iyileşme süreci zor, uzun ve multi disipliner bir yaklaşım gerektirmektedir.

Basınç yaralanması sorununu yönetmek ve önleyebilmek amacıyla kurulmuş olan Avrupa Basınç Ülseri Danışma Panel(EPUAP) ve Ulusal Basınç Ülseri Danışma Paneli(NPUAP) Klinik Uygulamalar Kılavuzu adında bir rehber yayınlamıştır. Bu rehbere göre basınç yaralanması; ‘’Tek başına, basıncın ya da yırtılma ile basıncın bir arada sebep olduğu, genellikle kemik çıkıntılar üzerinde ortaya çıkan lokalize deri ve/veya deri altı doku hasarıdır.’’ şeklinde tanımlanmıştır(4,52).

Literatür incelendiğinde; baskı yarası, dekübit ülseri, yatak yarası, basınç ülseri, basınç ülseri, iskemik ülser terimleri görülmektedir. Basi yaralanmalarında evrelendirmelerin güncellenmesi ve ortak bir terminoloji oluşurulması nedeniyle 2016 yılından itibaren ülser kelimesi yerine yara kelimesinin kullanılmasına karar verilmiştir(4,53,54).

İyi bir hemşirelik bakımı uygulanmasına rağmen basınç yaralanması kaçınılmaz bir sorun olarak karşımıza çıkabilir. Ülkemizde 2013 yılında yapılan bir çalışmada basınç yaralanmasına sahip 596 kişi incelenmiş, %15’inde ilk yatış gününde, %32’sinde

2-4 gün arasında, %27'sinde 5-10 gün arasında, %14'ünde 11-15 gün arasında basınç yaralanması geliştiği ve bu kişilerin %41'inin yoğun bakım ünitelerinde yatmakta olduğu tespit edilmiştir(50). Iran'da 216 yılında yapılan bir meta-analiz çalışmasında 19 prevelans çalışması incelenmiş ve post-operatif dönemde görülen evre I, evre II, evre III, evre IV basınç yaralanması bildirimleri yapılmıştır. 10 makalede toplam 1975 kişide %17,02 oranında evre I, 11 makalede 2710 kişide %6,7 oranında evre II, beş makalede 1708 kişide evre III, dört makalede 797 kişide evre IV basınç yaralanması görüldüğü raporlanmıştır(43). Ülkemizde bir üniversite hastanesinde 2010-2014 yılları arasında yapılan bir çalışmada 20.175 hastanın 664'ünde basınç yaralanması gözlemlenmiştir. Hastaların çoğunluğu kanser ve onu takiben alzhemier tanılarıyla tedavi kurumunda yatmaktadır. Evre I basınç yaralanması %49 oranında ve özellikle %54,8 oranında sacrum bölgesinde olmak üzere kayıt edilmiştir(55).

Yapılan insidans ve prevelans çalışmaları incelendiğinde; basınç yaralanmalarının akut ve kronik bakım dönemlerinde, ameliyathanede ve post operatif dönemde, acil servislerde, hastanede yatışın ilk gününde ve hatta ilk saatlerinde, sıklıkla yoğun bakım ünitelerinde, nozokomiyal olarak, yüksek oranda evre I olmak üzere ortaya çıktığı görülmektedir.

Basınç yaralanması, hastaların refah ve konforu açısından önemi yüksek, etiyolojisi kompleks ve multifaktöriyel olan önlenebilir bir problemdir. Bu sebeple basınç yaralanmalarının patofizyolosi, gelişime sebep olan faktörleri bilmek ve doğru evrelendirme sistemini kullanmak gerekmektedir. Sağlık profesyonellerinin bu konudaki eğitimi oldukça önem taşımaktadır.

2.2.1. Basınç Yaralanmalarının Etiyopatogenezi

Doku toleransı, mekanik yük(basınç, yırtılma/makaslanma, sürtünme) ve mikroklima(nem) basınç yaralanması oluşumuna sebep olan etiyolojik faktörlerdir(4,9).

Mekanik yük; cildin katı bir yüzeyle teması sonucunda, ciltte oluşan her türlü kuvveti içerir. Tıbbi cihazlar ve destek yüzeyler de bu kuvvete sebep olan katı/sert yüzeylerdendir. Mekanik yük, cilt üzerine dik şekilde yük veren normal **basınç** kuvveti ve cilt üzerine yatay şekilde yük veren, iki veya daha fazla yüzeyin birbirine zıt yönde kayması ile oluşan **yırtılma/shear** kuvveti olarak cilde etki eder(4).

NPUAP'ın güncel tanımına göre basınç faktörü en önemli etiyolojik faktördür. Basıncın süresi ve şiddeti arasında ters orantı vardır. Kısa süreli, yüksek şiddetli ve süreklilik gösteren basınç kısa zamanda basınç yaralanması oluşumuna, uzun süreli, düşük şiddetli basınç ise uzun zamanda basınç yaralanması oluşumuna sebep olmaktadır(60). Kısa süreli yüksek basınç kılcal damarların tıkanması ile doku nekrozuna ve tromboza neden olarak büyük damarlarda basınç oluşmasına sebebiyet verir(9,60). Bu sebeple kısa süreli yüksek basıncın, uzun süreli düşük basınca göre zararları daha fazla ve daha hızlıdır. Cilt düşük basınca maruz kaldığında hiperemik kompansasyon mekanizması devreye girer ve doku nekrozu gelişmez(60). Basıncın etkisiyle epidermis, dermis, subkütan doku, kas ve fasyada iskemik dejeneratif değişiklikler meydana gelir.

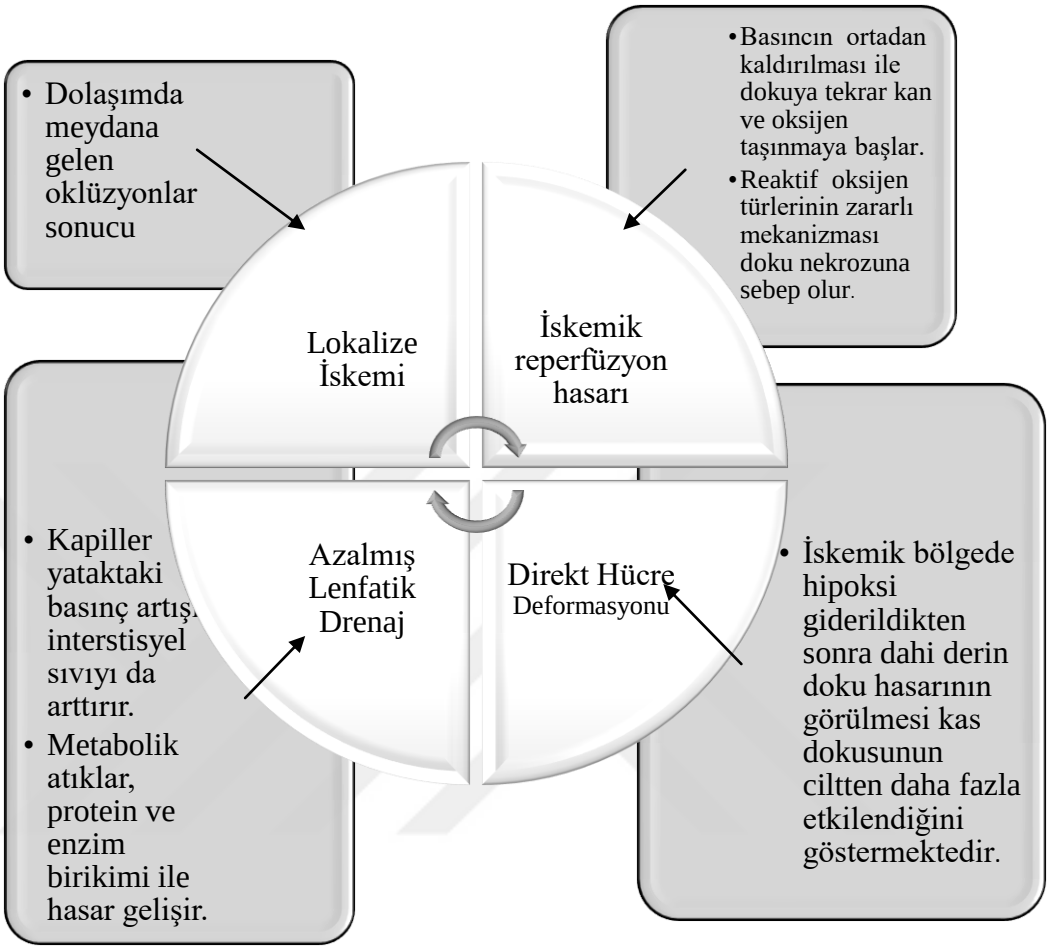
Basınç yaralanmalarının vücudun farklı anatomik bölgelerinde ortaya çıkması, mekanik yükün farklı pozisyonlarda oluşturduğu basınç şiddetinden kaynaklanmaktadır. Oturur pozisyonda 100mm/hg'yı aşan, supine pozisyonda sakral bölgede 40-60mm/hg, lateral pozisyonlarda ise torokanterlerde 70-80mm/hg civarında basınç oluşur(60).

Shearing/Yırtılma basınç yaralanması gelişimi için önemli bir patomekanik faktördür. İki yüzeyin birbirine uyguladığı zıt basınç kuvveti ile perfüzyon azalır, dolaşım durur ve doku nekrozu gelişir(9,60). Basınç ve yırtılma genellikle birlikte görülen faktörlerdir(60).

Friksiyon, cilt ile sabit bir yüzey arasında gelişen sürtünme kuvvetinden doğan mekanik yüktür(9). Friksiyon stratum korneumdaki hasarın başlaması adına önemli bir unsurdur. Stratum korneum hasarı ile derinin bariyer fonksiyonu bozulur ve enfekte derin basınç yaralanmaları gelişebilir(9).

Nem/Mikroklima basınç yaralanmalarının gelişmesinde etkisi olduğu bilinen faktörlerdendir. Cildin mikroklima değişimleri doku tolerasyonunu azaltarak yüzeysel cilt hasarlarına dolayısıyla evre I ve evre II basınç yaralanmalarına sebebiyet vermektedir. friksiyon ve yırtılmanın kuvvetini arttırarak etiyopatojenik mekanizmanın oluşmasına destek olmaktadır(4,60,74). Mikroklima kavramı ele alındığında, ortam sıcaklığı, ciltteki nem oranı ve bu ikisi arasındaki ilişki düşünülmelidir(74).

Etiyolojik faktörler ve risk faktörlerinin bir araya gelmesi ile ortaya çıkan dört anahtar etiyopatogenez mekanizması şekil 2-4'te verilmiştir(4,9).



Şekil 2-4: Basınç Yaralanmaları Etiyopatogenez Mekanizması

2.2.2. Basınç Yaralanmalarında Risk Faktörleri ve Risk Değerlendirme Ölçekleri

Son yıllarda basınç yaralanmaları ile ilgili epidemiyolojik çalışmaların arttığı ve risk faktörleri ile ilgili verilerin çoğalmış olduğu görülmektedir. Epidemiyolojik kanıtların artması bazı risk faktörlerinin önemini ortaya koymaktadır(4).

Basınç yaralanmalarının oluşumunda; basınç, doku tolerasyonu, nem, sürtünme ve yırtılma/makaslanma dışsal risk faktörleri olarak kabul edilmekte ve bunun yanında birçok içsel risk faktörü de bu oluşumu desteklemektedir. Basınç yaralanmalarında önemli ve anahtar içsel risk faktörler; aktivite ve mobilite sınırlılığı, cildin durumu, azalmış perfüzyon ve oksijenizasyon, malnutrisyon, artan cilt nemi, artan vücut ısısı, düşük albumin düzeyi, düşük hematokrit ve hemoglobin düzeyi, zayıflamış duyusal

algılama ve cevap, hipertansiyon ve genel sağlık durumu olarak sıralanabilir(4,9,44,49,56,60).

Genel sağlık durumu değişkenleri; yaşlılık, diyabet, AIDS, travma geçirmek, omurilik hasarı, kalça kırığı, uzun dönem evde bakım hastası olmak, akut ve kritik bakım(yoğun bakım) hastası olmak, hastanede yatış süresinin uzaması, sigara kullanımı vb. sıralanabilir unsurlardır(4,44,45).

Yoğun bakım ünitelerinde hastalarda basınç yaralanması oluşma riski arttıran başka faktörler olduğu kanıtlanmıştır(35,46,48). Vasopressör infüzyon ilaç kullanımı, kardiyovasküler hastalık tanısı olma, post kardiyopulmoner resüsitasyon, mekanik ventilasyon, trakeostomi varlığı, sedaanaljezik tedavi uygulanması, noninvaziv ventilasyon bu faktörlerden bazılarıdır(45,46,47,48). Yoğun bakım ünitelerinde basınç yaralanması gelişmesine sebep olan faktörlerin belirlenmesine dair çalışmalara ihtiyaç vardır.

Risk faktörlerinin basınç yaralanması gelişmesindeki rolünün kanıtlanması için risk değerlendirme ölçekleri kullanılmaktadır. Bu ölçeklerin en sık kullanılanları Waterlow skorlaması (Şekil 2.8), Norton (Şekil 2.7) ve Braden (Şekil 2.6) skalalarıdır(4,61,62,63). Fakat risk değerlendirme araçları her zaman basınç yaralanması gelişimine sebep olan tüm faktörleri içermez. Şekil 2.5'te verilen risk değerlendirme araçları risk unsurlarını tek tek puanlama yöntemiyle kullanılırken, risk unsurlarının birbiri ile ilişkisinin saptanmasına dair bilgi veya puan elde edilmesini sağlayamaz. Bu sebeple klinisyen görüşü her zaman daha önemlidir.(4,9).

Risk Değerlendirme Aracı	Kullanıldığı Alan
Braden Risk Değerlendirme Ölçeği (Tablo 2)	Genel
Norton Risk Değerlendirme Ölçeği (Tablo 4)	Yaşlı Popülasyon / Genel
Bates-Jensen Yara Değerlendirme Ölçeği (BWAT)	Genel
Waterlow Risk Değerlendirme Ölçeği (Tablo 3)	Ortopedi / Genel
Buçh Pediatrik Basınç Yarası Risk Tanılama Aracı	Çocuk
Suriadi ve Sanada Basınç Yarası Risk Değerlendirme Ölçeği	Yoğun Bakım, Erişkin / Yaşlı Popülasyon

Şekil 2-5: Basınç Yaralanmaları Risk Değerlendirme Araçları

Tablo 2. Braden Basınç Yarası Risk Tanılama Ölçeği.

Hastanın Adı:		**Değerlendirenin adı:**		**Değerlendirme Tarihi:**	**Puan**
Duyusal Algılama	1) Tamamen Sınırlı	2) Çok Sınırlı	3) Hafif Sınırlı	4) Bozulma Yok	
Nemlilik	1) Sürekli Nemli	2) Çok Nemli	3) Ara sıra Nemli	4) Nadiren Nemli	
Aktivite	1) Yatağa Bağımlı	2) Sandalyeye Bağımlı	3) Ara sıra Yürüyor	4) Sık sık Yürüyor	
Hareket	1) Tamamen Hareketsiz	2) Çok Sınırlı	3) Hafif Sınırlı	4) Sınırlama Yok	
Beslenme	1) Çok Kötü	2) Olasılıkla Yetersiz	3) Yeterli	4) Kusursuz	
Sürtünme ve Yırtılma	1) Sorun	2) Potansiyel Sorun	3) Sorun Yok		
Toplam Puan					

Şekil 2-6: Braden Risk Tanılama Ölçeği

Fiziksel Durum	**Puan**	**Mental Durum**	**Puan**	**Aktivite**	**Puan**	**Mobilite**	**Puan**	**İnkontinans**	**Puan**	**Toplam**
İyi	4	Açık	4	Yürüyor	4	Tam	4	Yok	4	
Orta	3	Apatik	3	Yardımla yürüyor	3	Hafif kısıtlı	3	Bazen	3	
Zayıf	2	Konfüze	2	Sandalyeye bağımlı	2	Çok kıstlı	2	Genellikle/idrar	2	
Çok kötü	1	Stupor	1	Stupor	1	İmmobil	1	İdrar ve gaita	1	

RİSK ÖLÇÜMÜ		PUANLAMA	YAPILMASI GEREKEN FAALİYET	TOPLAM PUAN	
qRisk yok	12 ve üzeri	Haftada bir kez bası yarası riskini yeniden ölçünüz.			
qYüksek risk	1-11	Her gün bası yarası riskini yeniden ölçünüz.			

Şekil 2-7: Norton Risk Tanılama Ölçeği

Tablo 3. Waterlow Basınç Yarası Risk Tanılama Ölçeği.

Cinsiyet	**Erkek (1)**		**Kadın (2)**	
Büyük ameliyat/travma	Ortopedik - belden aşağı spinal (5)		Ameliyat masasında iki saatten fazla kalış (5)	
İlaçlar	Sitotoksik (4)		Yüksek dozda steroidler ve antienflamatuvar (0)	
Boyuna oranla vücut yapısı/kilosu	Orta (0)	Ortanın üstü (1)	Aşırı şişman (2)	(2) Ortanın altı
Cilt tipi	Sağlıklı (0)	Kuru (1), ince (1), Ödemli (1), Yapışkan (ateş) (1)	Renksiz (2)	Çatlak/Sivilceli (3)
Boşaltım	Tam kontinans/katater bağlı (0)	Ara sıra tutamıyor (idrar/dışkı) (1)	Katatere bağlı/yalnızca dışkısını tutamıyor (2)	Hiç tutamıyor (dışkı ve idrar) (3)
İştah	Orta (0)	Az (1)	Nazogastrik tüp ya da yalnızca sıvı (2)	Anoreksik ya da oral almıyor (3)
Nörolojik bozukluklar	Örneğin diyabet, multipl skleroz (0)	CVA (serebrovasküler kaza) (4)	Motor/duygusal (6)	Parapleji (0)

Mobilite	Tam (0)	Huzursuz/Yerinde duramıyor (1)	Kayıtsız (Apati) (2)	Kısıtlı (3)	Traksiyonda/ Hareketsiz (4)	Oturduğu yerden kalkamıyor (5)

Şekil 2-8: Waterlow Risk Tanılama Ölçeği

Risk değerlendirmesi;

- hastaneye kabulün ilk 2-4 saatlik diliminde,
- pre/per/post operatif dönemde
- bireyin haftalık değerlendirmesi yapılırken ve sağlık durumu değiştiğinde,

basınç noktaları dikkate alınarak, kombin skala(cilt değerlendirme, risk değerlendirme, klinik görüş) kullanımı ile yapılmalıdır(9).

2.2.3. Basınç Yaralanmalarında Evrelendirme ve Yara Değerlendirme Ölçekleri

NPUAP ve EPUAP'ın yayınlamış olduğu güncel evrelendirme sistemi:

- **EVRE I : Basmakla Solmayan Kalıcı Kızarıklık**

Genellikle kemik çıkıntıları üzerinde parmakla basıldığında beyazlamayan eritem/kalıcı kızarıklık söz konusudur. Kızarıklığın olduğu alan, cildin diğer alanlarına göre daha sıcak/soğuk, ödemli, sert/yumuşak olur. Koyu pigmentli ciltlerde gözden kaçma riskine bağlı olarak daha dikkatli cilt değerlendirmesi gerekir(4,9,52,59).

- **EVRE II : Kısmi Kalınlıkta Deri Kaybı**

Dermiste kısmi kalınlıkta deri hasarı söz konusudur. Deri bütünlüğü bozulmuş, pembe veya kırmızı, eksudası olmayan açık yara yatağı görülür. Nekrotik ve sarı/yeşil/kahverengi nekrotik (slough) doku yoktur. İçi seröz sıvı ile dolu, sağlam veya bütünlüğü bozulmuş bül/vezikül şeklinde de görülebilir(4,52,59).

Evre II basınç yaralanmaları tanısı cilt akıntısı, inkontinans alakalı dermatit, medikal bantlara bağlı sıyrılma yaralanmaları ve maserasyon problemleri mutlaka ayırt edilmelidir(9).

- **EVRE III : Tam Kalınlıkta Deri Kaybı**

Bu evrede dermis, epidermis ve subkütan dokunun etkilendiği deri kaybı vardır. Fakat kemik, tendon, kaslar, fasya ve kıkırdak doku etkilenmemiştir. Yara yatağı cepleşmiş veya tünelleşmiş olabilir. Sarı/yeşil/kahverengi nekrotik (slough) veya eskar doku görülebilir fakat yaranın tüm yüzeyini kaplıyorsa evrelendirme evre III olarak değil ve evrelendirilmeyen evre olarak yapılmalıdır(4,9,52,59).

Evre III basınç yaralanmalarında deri kaybı özellikleri bulunduğu anatomik bölgeye göre değişiklik gösterebilir. Burun, kulak ve baş gibi subkütan dokunun bulunmadığı bölgelerde yara derinliği oldukça az iken, subkütan dokunun fazla olduğu bölgelerde derinlik artar.

- **EVRE IV: Tam Kalınlıkta Deri ve Doku Kaybı**

Kemik, tendon ve kasların açıkça görüldüğü, tünelleşmiş derin tam kalınlıkta deri ve doku kaybının gözlemlendiği evredir. Yarada eskar ve eksuda görülebilir. Kas ve kemik dokuya kadar ilerleyen yara yatağı sebebiyle osteomiyolit sıklıkla görülür(4,9,52,59).

- **Evrelendirilemeyen Evre Basınç Yaralanması**

Eskar dokusunun deriyi kapladığı, deri ve dokunun tüm tabakalarında kayıp olan, debride edilene kadar derinliği bilinemeyen evredir. Yara yatağında sarı/yeşil/kahverengi, yumuşak nekrotik (slough)doku veya eskar dokusu(siyah, kahverengi) görülür(4,9,59).

Topukların üzerinde görülen eskar dokusu, vücudun biyolojik örtüsü olarak kabul edilmeli ve çıkarılmamalıdır(4).

- **Şüpheli Derin Doku Hasarı**

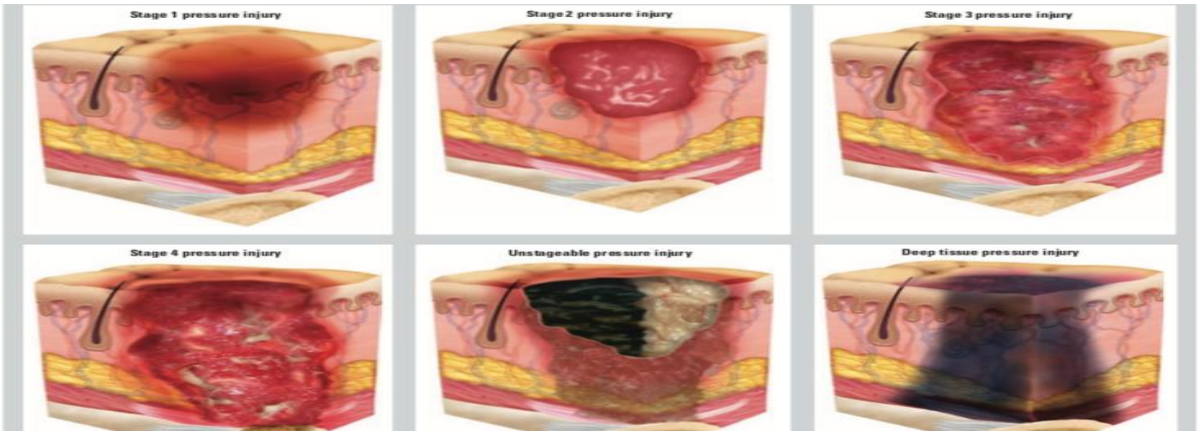
Mor, bordo veya koyu kahverenkli eritemlerin cilt üzerine lokalize olduğu, yara derinliğinin bilinmediği veziküllerdir.Kas ile kemik arasında yoğun ve süreklilik halinde seyreden basınç ve katlanma sonucu oluşur. Veziküllerin içi kanlıdır ve hasarın olduğu bölge ağrılı, sıcak, yumuşak olabilir. Koyu renkli yara yatağının üzerinde ince bir vezikül şeklinde görülebilir. Yaranın üzeri hasar arttıkça ince bir eskar dokusu ile kaplanabilir. Kas ile kemik arasında yoğun ve süreklilik halinde seyreden basınç ve katlanma sonucu oluşur(4,9,52,59)

- **Tıbbi Cihazlara Bağlı Gelişen Basınç Yaralanmaları**

Tıbbi cihazların hasta cilde yaptığı basınç sonucu gelişen yaralardır. Yara yatağı özelliklerine gore evrelendirme sistemi kullanılarak yapılmalıdır. Ayrı bir tanı almamalıdır(9,57).

- **Mukoz Membran Basınç Yaralanmaları**

Tıbbi cihazların mukoz membrana yaptığı basınç sonucu gelişir. Anatomik bölgesi nedeni ile evrelendirme yapılamaz(9,57).



Şekil 2-9: Basınç Yaralanmaları Evreleri(53)

Hızlı Başvuru Kılavuzu'na göre **yara değerlendirmesi** yapılırken;

1. Geçerli bir değerlendirme aracı kullanılmalı(4,57). Bu ölçeklerden bazıları; Bates Jensen Yara Değerlendirme Aracı(BWAT), Basınç Ülseri İyileşme Değerlendirme Ölçeği(PUSH), Basınç Yarası Durum Aracı(PSST), Fotografik Yara Değerlendirme Aracı(PWAT) ve DESIGN/DESIGN-R olarak sıralanabilir (Şekil 2.10) (Şekil 2.11) (Şekil 2.12) (4) .

Tablo 1. "Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH)"

Boy x genişlik cm^2	**0** 0	**1** < 0.3	**2** 0.3-0.6	**3** 0.7-1.0	**4** 1.1-2.0	**5** 2.1-3.0	**Toplam**
		6 3.1-4.0	**7** 4.1-8.0	**8** 8.1-12.0	**9** 12.1-24.0	**10** > 24.0	
Eksüda	**0** Yok	**1** Hafif	**2** Ilımlı	**3** Fazla			**Toplam**
Doku tipi	**0** Kapalı	**1** Epitelyum	**2** Granülasyon	**3** Kabuk	**4** Nekrotizan doku		**Toplam**
						Genel toplam	

Tablo 2. "Pressure Sore Status Tool (PSST)"

Eksüda miktarı	1= Yok 2= Çok az 3= Az miktarda 4= Orta miktarda 5= Çok miktarda
Yara çevresinde cildin rengi	1= Pembe ya da etnik gruba göre normal renkte 2= Parlak kırmızı ve/veya basmakla soluyor 3= Beyaz ya da gri renk değişimi 4= Koyu kırmızı ya da pembe ve/veya basmakla solmayan eritem 5= Siyah veya hipopigmente
Periferal doku ödemi	1= Yara etrafında minimal şişme 2= Yara etrafında < 4 cm gode bırakmayan ödem 3= Yara etrafında 4 cm ya da daha fazla gode bırakmayan ödem 4= Yara etrafında < 4 cm gode bırakan ödem 5= 4 cm ya da daha fazla krepitasyon ve/veya gode bırakan ödem
Periferal dokuda endürasyon	1= Yara etrafında minimal düzensizlik 2= Yara etrafında < 2 cm 3= Yara etrafında < %50 veya daha fazlasına yayılan 2-4 cm 4= Yara etrafında %50 veya daha fazlasına yayılan 2-4 cm 5= Herhangi bir yerde > 4 cm
Granülasyon dokusu	1= Cilt sağlam, parsiyel kalınlık yara 2= Parlak kırmızı yaranın %75-100'ünü dolduruyor 3= Parlak kırmızımsı yaranın %25-75'ini dolduruyor 4= Pembe ya da donuk kırmızı renkli ve/veya yaranın %25 ya da daha azını dolduruyor 5= Granülasyon dokusu yok
Epitelizasyon	1= Yaranın %100'ü kaplıdır ve yüzey sağlamdır 2= Yaranın %75-100'ü kaplıdır ve/veya epitelyal doku yara yatağında > 0.5 cm ilerlemiş 3= Yaranın %50-75'i kaplıdır ve/veya epitelyal doku yara yatağında < 0.5 cm ilerlemiş 4= Yaranın %25-50'si kaplıdır

Şekil 2-10: PUSH ve PSST Yara Değerlendirme Ölçekleri(75)

Item	Assessment			Score
1. Size	0 = wound is closed (skin intact) or nearly closed (<0.3cm^2) 1 = 0.5 – 2.0 cm^2 2 = 2.0 - 10.0 cm^2 3 = 10.0 – 20.0 cm^2 4 > 20.0 cm^2			
2. Depth	0. wound is healed (skin intact) or nearly closed (<0.3cm^2) 1. full thickness 2. unable to judge because majority of wound base is covered by yellow/black eschar 3. full thickness involving underlying tissue layers 4. tendon, joint capsule, bone, visible/ present in wound base			
3. Necrotic Tissue Type	0 = None visible or wound is closed (skin intact) or nearly closed (<0. 3cm^2) 1 = majority of necrotic tissue is thin White/grey or yellow slough 2 = majority of necrotic tissue is thick, adherent white yellow slough or fibrin 3 – majority of necrotic tissue is white/grey devitalized tissue or eschar 4 = majority of necrotic tissue is hard grey to black eschar			
4. Total Amount of Necrotic Tissue	0 = None visible in open wound or wound is closed (skin intact) or nearly closed(0.3cm^2) 1 = < 25% of wound bed covered 2 = 25% to 50% of wound covered 3 = > 50% and < 75% of wound covered 4 = 75% to 100% of wound covered			
5. Granulation Tissue type	0 = Wound is closed (skin intact) or nearly closed (<0.3cm^2) 1 = majority (>50%) of granulation tissue is healthy looking (even bright red appearance) 2 = majority of granulation tissue is unhealthy (eg. pale, dull, dusky, hypergranulation) 3 = majority of granulation tissue is damaged, friable, degrading 4 = there is no granulation tissue present in the base of the open wound (all necrotic)			
6. Total Amount of Granulation Tissue	0 = Wound is closed (skin intact) or nearly closed (<0.3cm^2) 1 =75% to 100% of open wound is covered with granulation tissue 2 = >50% and <75% of open wound is covered with granulation tissue 3 = 25% to 50% of wound bed is covered with granulation tissue 4 = <25% of wound bed is covered with granulation tissue			
7. Edges (directly touching and within 0.5cm of wound edge)	0 = Wound is closed (skin intact) or nearly closed (<0.3cm^2) or edges are indistinct, diffuse, not clearly visible because of re-epithelialization 1 = majority (>50%) of edges are attached with an advancing border of epithelium 2 = majority of edges are attached even with wound base (not advancing) 3 = majority of edges are unattached and/or undermined 4 = majority of edges are rolled, thickened or fibrotic (do not include callus formation)			
8. Periulcer Skin Viability (consider skin visible in photo or within 10 cm of wound edge)	Number of factors affected 0 = None 1 = One only 2 = Two or Three 3 = Four or Five 4 = six or more	- callus - dermatitis - maceration - desiccation or cracking - bright red, erythemic	- edema - excoriation - skin tearing/irritation r/t wound dressing or tape - hypo/hyper pigmentation - other: _____	
TOTAL SCORE				

© Hodgkinson, Bowles, Gordy, Parslow, Houghton, 2010

DESIGN-R assessment of progression towards healing

Chart number : Name of patient : Date / / / / / /

Depth: this should be measured at the deepest point of the wound. If the wound becomes shallower, the decreased depth should be reflected in the assessment					
d	0	No particular skin lesion and no redness	D	3	Lesion extends into the subcutaneous tissue
	1	Persistent redness		4	Lesion extends to muscle, tendon and bone
	2	Lesion extends into dermis		5	Lesion extends into the articular or body cavity
				U	It is impossible to measure the depth
Exudate: amount					
e	0	None	E	6	Heavy: requires dressing change more than twice a day
	1	Slight: Dose not require daily dressing change			
	3	Moderate: requires daily dressing change			
Size: the area of a skin injury (length x width). Longest measurement in the wound is length; width is longest measurement perpendicular to that axis					
s	0	None	S	15	100cm^2 or larger
	3	Smaller than 4cm^2			
	6	4cm^2 or larger, but smaller than 16cm^2			
	8	16 cm^2 or larger, but smaller than 36cm^2			
	9	36cm^2 or larger, but smaller than 64cm^2			
	12	64cm^2 or larger, but smaller than 100cm^2			
Inflammation/Infection					
i	0	None	I	3	Clear signs of local infection (eg, inflammation, pus and foul smell)
	1	Signs of inflammation (fever, redness, swelling, and pain around the wound)		9	Systemic impact, such as fever
Granulation tissue: percentage of healthy granulation					
g	0	Granulation cannot be assessed because the wound is healed or too shallow	G	4	Healthy granulation tissue occupies 10% or more, but less than 50%
	1	Healthy granulation tissue occupies 90% or more		5	Healthy granulation tissue occupies less than 10%
	3	Healthy granulation tissue occupies 50% or more, but less than 90%		6	No healthy granulation tissue exists
Necrotic tissue: when necrotic and non-necrotic tissues are mixed, the dominating condition should be used for assessment					
n	0	None	N	3	Soft necrotic tissue exists
				6	Hard and thick necrotic tissue is attached to the wound
Pocket: the area obtained by subtracting the ulcer from the entire affected area, including the pocket					
p	0	None	P	6	Smaller than 4cm^2
				9	4cm^2 or larger, but smaller than 16cm^2
				12	16 cm^2 or larger, but smaller than 36cm^2
				24	36cm^2 or larger
					Total

Region [sacrum, ischium, trochanter, calcanum, heel, other region]

Figure 1. The DESIGN-R instrument.

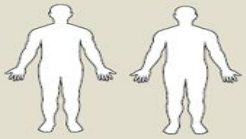
Şekil 2-11: PWAT ve DESIGN-R Yara Değerlendirme Ölçeği(75)

BATES-JENSEN WOUND ASSESSMENT TOOL NAME

Complete the rating sheet to assess wound status. Evaluate each item by picking the response that best describes the wound and entering the score in the item score column for the appropriate date.

Location: Anatomic site. Circle, identify right **(R)** or left **(L)**, and use **"X"** to mark site on body diagrams:

—— Sacrum and coccyx —— Lateral ankle
—— Trochanter —— Medial ankle
—— Ischial tuberosity —— Heel Other Site



Shape: Overall wound pattern; assess by observing perimeter and depth.

Circle and date appropriate description:

—— Irregular —— Linear or elongated
—— Round/oval —— Bowl/boat
—— Square/rectangle —— Butterfly Other Shape

Item	Assessment	Date Score	Date Score	Date Score
1. Size	1 = Length × width <4 sq cm 2 = Length × width 4–<16 sq cm 3 = Length × width 16.1–<36 sq cm 4 = Length × width 36.1–<80 sq cm 5 = Length × width >80 sq cm			
2. Depth	1 = Nonblanchable erythema on intact skin 2 = Partial-thickness skin loss involving epidermis and/or dermis 3 = Full-thickness skin loss involving damage or necrosis of subcutaneous tissue; may extend down to but not through underlying fascia; and/or mixed partial- and full-thickness and/or tissue layers obscured by granulation tissue 4 = Obscured by necrosis 5 = Full-thickness skin loss with extensive destruction, tissue necrosis, or damage to muscle, bone, or supporting structures			
3. Edges	1 = Indistinct, diffuse, none clearly visible 2 = Distinct, outline clearly visible, attached, even with wound base 3 = Well defined not attached to wound base 4 = Well defined not attached to base, rolled under, thickened 5 = Well defined fibrotic, scarred, or hyperkeratotic			
4. Undermining	1 = None present 2 = Undermining <2 cm in any area 3 = Undermining 2–4 cm involving <50% wound margins 4 = Undermining 2–4 cm involving >50% wound margins 5 = Undermining >4 cm or tunneling in any area			
5. Necrotic Tissue Type	1 = None visible 2 = White/gray nonviable tissue and/or nonadherent yellow slough 3 = Loosely adherent yellow slough 4 = Adherent, soft, black eschar 5 = Firmly adherent, hard, black eschar			
6. Necrotic Tissue Amount	1 = None visible 2 = <25% of wound bed covered 3 = 25% to 50% of wound covered 4 = >50% and <75% of wound covered 5 = 75% to 100% of wound covered			
7. Exudate Type	1 = None 2 = Bloody 3 = Serosanguineous: thin, watery, pale red/pink 4 = Serous: thin, watery, clear 5 = Purulent: thin or thick, opaque, tan/yellow, with or without odor			
8. Exudate Amount	1 = None, dry wound 2 = Scant, wound moist but no observable exudate 3 = Small 4 = Moderate 5 = Large			
9. Skin Color Surrounding Wound	1 = Pink or normal for ethnic group 2 = Bright red and/or blanches to touch 3 = White or gray pallor or hypopigmented 4 = Dark red or purple and/or nonblanchable 5 = Black or hyperpigmented			
10. Peripheral Tissue Edema	1 = No swelling or edema 2 = Nonpitting edema extends <4 cm around wound 3 = Nonpitting edema extends ≥4 cm around wound 4 = Pitting edema extends <4 cm around wound 5 = Crepitus and/or pitting edema extends ≥4 cm around wound			
11. Peripheral Tissue Induration	1 = None present 2 = Induration <2 cm around wound 3 = Induration 2–4 cm extending <50% around wound 4 = Induration 2–4 cm extending ≥50% around wound 5 = Induration >4 cm in any area around wound			
12. Granulation Tissue	1 = Skin intact or partial-thickness wound 2 = Bright, beefy red; 75% to 100% of wound filled and/or tissue overgrowth 3 = Bright, beefy red; <75% and >25% of wound filled 4 = Pink, and/or dull, dusky red and/or fills ≤25% of wound 5 = No granulation tissue present			
13. Epithelialization	1 = 100% wound covered, surface intact 2 = 75% to <100% wound covered and/or epithelial tissue extends >0.5 cm into wound bed 3 = 50% to <75% wound covered and/or epithelial tissue extends to <0.5 cm into wound bed 4 = 25% to <50% wound covered 5 = <25% wound covered			
	TOTAL SCORE			
	SIGNATURE			

WOUND STATUS CONTINUUM

1 5 10 **13** 15 20 25 30 35 40 45 50 55 **60**

Tissue Health **Wound Regeneration** **Wound Degeneration**

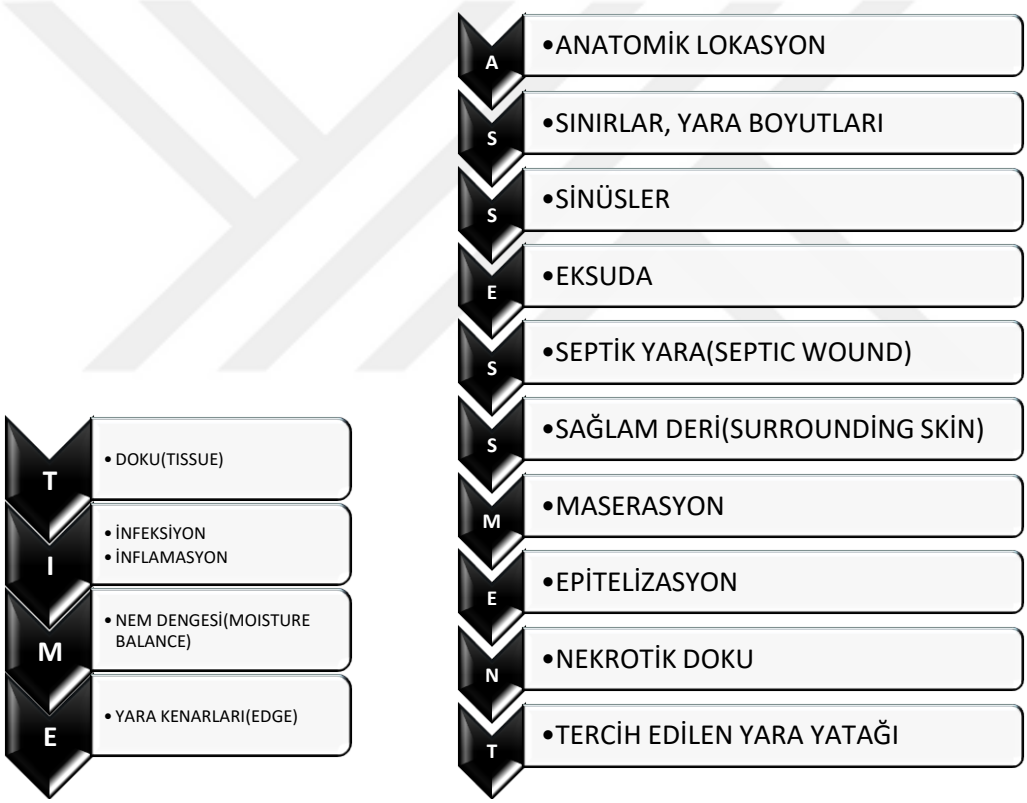
Plot the total score on the Wound Status Continuum by putting an **"X"** on the line and the date beneath the line. Plot multiple scores with their dates to see-at-a-glance regeneration or degeneration of the wound.

© 2001 Barbara Bates-Jensen. Used with permission.

Şekil 2-12: Bates Jensen Yara Değerlendirme Ölçeği(75)

2. Eksuda, yara yatağı ve yara boyutları için klinik gözlem kararı kullanılmalı(4),
3. Başlangıçta ve tedavi süresince fotoğraf çekilerek yara gözlemlenmelidir(4). Fotoğraf ile değerlendirme yapılacaksa hasta veya yakınından onam alınmalı, fotoğraf yara temizlendikten sonra çekilmelidir(64).
4. İki hafta içerisinde iyileşme gözlemlenmemiş ise tedavi tekrar değerlendirilmeli, gerekli ise değiştirilmelidir(4).

Basınç yaralanmaları değerlendirilirken ölçekler dışında TIME ve ASSESMENT prensipleri de yara değerlendirmesinde yol göstericidir(şekil 2-12) (67).



Şekil 2-13: TIME ve ASSESMENT prensipleri.

NPUAP Hızlı Başvuru Kılavuzu'na göre bireyin değerlendirilmesi:

1. **Basınç yaralanması bulunan bireyin ilk değerlendirmesinde**;

- Ayrıntılı tıbbi öykü alınmalı,
- İyileşmeyi olumsuz etkileyecek durumlar gözden geçirilmeli,
- Laboratuar testleri incelenmeli ,
- Ağrı ve beslenme değerlendirmesi mutlaka yapılmalı,
- Başka basınç yaralanması gelişme riski değerlendirilmeli,

- Otururken ve yatarkenki pozisyonlarda destek yüzeylerin uygunluğu kontrol edilmeli,
- Basıncı azaltan girişimler hasta ve yakınlarına veya bakım sağlayan kişilere öğretilmelidir.

2. Lokal yara bakımı ve basıncı önleyici ve dağıtıcı girişimler uygulanıyorsa ve beslenmeye rağmen yara iyileşmiyorsa birey tekrar değerlendirilmelidir(52).

2.2.4. Basınç Yaralanmalarında Önleme ve Tedavi Girişimleri

Basınç yaralanmaları uluslarası tanımlanmış olan önlenebilir problemlerdendir. Önleme girişimlerinde amaç, basıncın vücutta tekrar dağılımını sağlamak ve yırtılma/makaslanma kuvvetini azaltmaktır. Basınç yaralanmaları uygulanabilecek tüm girişimlere rağmen dışsal faktörlere bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir. Basınç yaralanmalarının önlenmesinde ve tedavisinde uygulanacak anahtar girişimler ise:

- Risk değerlendirme,
- Cilt değerlendirme,
- Yara değerlendirme,
- Beslenme desteği,
- Ağrı değerlendirme,
- Pozisyon verme ve mobilizasyon,
- Eğitimdir(4,9,58,60,70).

NPUAP ve EPUAP'ın geliştirmiş olduğu, Yara Ostomi ve Kontinans Hemşireliği Derneği'nin dilimize uyarladığı Basınç Ülserleri Önlenmesi Hızlı Başvuru Kılavuzu sağlık çalışanları için önemli bir kaynak ve yol göstericidir. Kılavuza göre geçerli bir ölçeğe ve klinik kararlara bağlı yapılan risk değerlendirmesinin yanında tam bir cilt değerlendirmesi yapılması basınç yaralanması önlenmesinde önemli adımlardandır(4,65). Sağlık çalışanları doğru bir cilt değerlendirmenin nasıl olacağı konusunda mutlaka eğitilmelidir. Uygun cilt bakımı yapılmalı, hastalara masaj özellikle de kemik çıkıntıları üzerine uygulanmamalıdır. Nemlendirici ve bariyer ürünlerle cilt yapısı desteklenmelidir(65).

Beslenme desteğinin sağlanması basınç yaralanması oluşumunun önlenmesi açısından çok önemli bir adımdır(66). Hastaneye yatışı takiben beslenme taramaları mutlaka yapılmaldır. Beslenme durumu değerlendirilmeli, kalori gereksinimi hesaplanmalı ve uygun beslenme şekli seçilerek beslenmeye mutlaka başlanmalıdır. Protein desteği sağlanmalı ve laboratuvar sonuçları mutlaka

değerlendirilmelidir(4,65,66). Bireyin kilo kaybının olup olmadığı, kendi başına ve yeterli yemek yeme durumu, yeterli sıvı ve kalori alımı değerlendirilmelidir. Oral alımı yetersiz veya hiç olmayan hastalarda parenteral beslenme sağlanmalıdır. Böbrek fonksiyonlarının uygunluğu doğrultusunda protein desteği sağlanmalıdır(4,52,66).

Ağrı değerlendirme, basınç yaralanmasının evrelendirilmesinde ve yara tedavisinin sürdürülmesinde önemli girişimlerden biridir. Tüm hastalarda ağrı değerlendirmesi için geçerli bir ölçek kullanılmalıdır. Pozisyon değişimlerinde sürtünme ve yırtılmanın sebep olacağı ağrıyı önlemek amacı ile transfer çarşafı kullanılmalıdır. Yara bakım tedavisini etkilemeyecek şekilde analjezik uygulaması yapılmalı ve yapışkan olmayan yara bakım ürünleri kullanılmalıdır(4,51,52).

Pozisyon verme basınç yaralanmalarının önlenmesinde kuvvetli rolü olan bir faktördür. Ciltteki mekanik yükün yer değiştirmesi adına riski olan tüm hastalara pozisyon verilmelidir. Basınç yaralanması oluşmasını önlemek için basınç süresi ve şiddeti olabildiğince azaltılmalıdır. Pozisyon değiştirme aralığı hastanın genel durumu, kullanılan destek yüzeylerin özellikleri, cilt durumu ve doku toleransı vb. gibi durumları göz önüne alınarak karar verilmelidir. Pozisyon verirken sürtünmeyi önlemek adına hastanın kaldırılması önerilmektedir(4,65). İşlem sonrasında hastaya bağlı ekipmanların basınç yapmayacak şekilde konumlandırılmasına özen gösterilmelidir. Kontraendike olmadığı sürece hastalara 30°/30-40° yan-düz pozisyon sırayla verilmeli, yatak başları dik olacak kadar kaldırılmamalıdır(9,65). Basınç yaralanmasının olduğu bölgeye doğrudan pozisyon verilmemelidir. Bakım alanına uygun destek yüzey kullanılmalıdır, yüzeylerin etkinliği mutlaka değerlendirilmelidir. Hava bölmeli yatakların kullanılması önerilmemektedir. Koyun postu, içi doldurulmuş eldiven ve simit uygulamalarından kaçınılmalı, doğal koyun postundan faydalanılmalıdır(65). Ameliyata öncesi ve sonrası hastalara işlemde hangi pozisyonda olacağı anlatılmalı ve o pozisyonda yatmaması gerektiği öğretilmelidir(65).

Yara değerlendirmesi, yapılırken geçerliliği ve güvenirliği kanıtlanmış ölçekler kullanılır. Her pansuman değişiminde yara, enfeksiyon bulguları, yara boyutları, eksuda özellikleri, sinüsleri ve tünelleşmeleri, granülasyon ve epitelizasyon gelişimi değerlendirilmeli, uygun yara bakım ürünleri ile pansumanı yenilenmelidir(4,52).

Basınç yaralanması pansumanları yapılırken temizleme işlemi; eğer yara enfekte değilse serum fizyolojik ve içilebilir su ile, enfekte ise sürfaktan ve antimikrobiyal

solüsyonlar ile yapılmalıdır. Yara yatağı yüzeyindeki cansız dokular debridman yöntemiyle yaradan uzaklaştırılmalı, yara pansumanı temizlenen yara yatağı üzerine uygulanmalıdır(4,52). Tablo 2.4'te basınç yaralanmaları pansumanlarında kullanılan yara örtüleri verilmiştir(74).

Tablo 2-4: Basınç Yaralanmalarında Kullanılan Yara Örtüleri

Ürünler	Kullanım amaçları
1.Hidrokolloid örtüler	Minimal eksudası olan I-II-III.evrede kullanılabilir. Sürtünme ve yırtılmayı önler.
2.Aljinat ürünler	Enfekte olan ve olmayan yoğun eksudalı II-III-IV.evre basınç yaralanmalarında kullanılır. Kuru ve az eksudalı yaralarda kullanıldığında iyileşmeyi güçleştirir ve dehidrasyona sebep olur.
3.Hidrofiber ürünler	Yoğun eksudalı II-III-IV.evre yaralarda ve özellikle enfeksiyon riski var ise kullanılmalıdır. Gümüş içeriklidirler.
4.Hidrojel pansumanlar	II-III-IV.evre yaralarda rehidrasyonu sağlar. Ağrıyı azaltır.
5.Şeffaf pansumanlar	I-II-III-IV.evrelerde uygulanabilir. Sürtünme ve yırtılmayı azaltır.
6.Islak-Kuru Pansuman	Mekanik debridman için uygundur.
7.Negatif Basınçlı Sünger Sistemi (VAC)	Yaradaki eksudayı çözer ve kontraksiyonu sağlar.

Sağlık personelinin ve hastaya bakım veren diğer personel ve ailenin bu konulardaki eğitimi basınç yaralanmalarının önlenmesi açısından önemlidir. Kurumlarda risk, cilt ve yara değerlendirme ölçeklerinin kullanılması, önleme ve tedavi stratejilerinin öğretilmesi basınç yaralanmalarının doğru yönetilmesini sağlayacaktır.

2.3. İnkontinans Alakalı Dermatit ve Basınç Yaralanmaları Arasındaki İlişki

İAD ve basınç yaralanmaları patofizyolojik olarak farklılıklar göstermekle beraber birçok ortak risk faktörüne sahiptir. İAD'in cildin üst katmanından alt katmanına doğru, basınç yaralanmalarının ise cildin alt katmanından üst katmanına doğru gelişen cilt hasarları olduğuna inanılmaktadır(9,17). Yoğun bakım ünitelerinde sık rastlanan İAD ve basınç yaralanması problemleri ayrı ayrı ve birlikte görülebilir. Her iki cilt problemi için de kötüye giden sağlık durumu, immobilite ve inkontinans önemli ortak risk faktörlerindendir(24,37). Sakral bölgede basınç yaralanması olan hastalarda immobilite ve inkontinans faktörlerinin etkili olduğu, immobilite faktörü düzeltiğinde dahi inkontinansın tek başına basınç yaralanması için risk faktörü olduğu görülmektedir(37).

İAD şiddeti arttıkça basınç yaralanması gelişme riski de artmaktadır(38). Hastalarda bir kez İAD gözlemlenildiğinde yüksek oranda basınç yaralanması gelişmekle beraber, enfeksiyon ve morbidite riskleri de artmaktadır(9,17).

İAD ile direkt ilişkisi olan inkontinans bulaşı nedeniyle ortaya çıkan mikroklima değişimleri, cildin aşırı nemlenmesi ile gelişen ve artan sürtünme kat sayısı, aşırı nemli ciltte gelişen vazokonstrüksiyonun sebep olduğu bozulmuş doku perfüzyonu ve cilt kırışıklıkları yüzeysel basınç yaralanması gelişiminden de sorumludur(39,53).

2.4. İnkontinans Alakalı Dermatit ve Basınç Yaralanmalarında Ayırt Edici Özellikler ve Faktörler

İAD'in, evre I ve evre II basınç yaralanmalarından ayırt edilmesinde, yara yatağı özelliklerinin sağlık profesyonellerince bilinmesi ve bu konudaki farkındalıklarının artırılması önemli rol oynamaktadır. Tanılamanın doğru yapılması tedavi, bakım ve sağlık kurumlarının geri ödeme sisteminde maddi zarara uğramaması açısından önemlidir(27).

Hemşirelik bakımı bireyin sağlık kalitesini yükselten en önemli uygulamalardan biridir. Yatağa bağımlı bireylerde cilt lezyonunun doğru tanılanması veya evrelendirilmesi uygulanacak bakımın adımları açısından oldukça önem taşımaktadır. Evrelendirme yapılırken birey bir bütün olarak düşünülmelidir.

Yara yatağı özellikleri inkontinans alakalı dermatit ve basınç yaralanmaları için Tablo 2.5'te belirtildiği gibidir(9,27,30,40,41).

Tablo 2-5: Basınç Yaralanması ve İnkontinans Alakalı Dermatit Farklılıkları

	İAD	BASINÇ YARALANMASI
1. Sebep	-Üriner ve/veya Fekal İnkontinans -Fiziksel ve kimyasal tahriş(sürtünme ve temizleme ürünleri)	-Basınç -Katlanma/Makaslanma
2. Lokasyon	-Perineal bölge -Cilt kıvrımları	-Kemik çıkıntıları
3. Şekil	-Yaygın ve geniş bir yara yatağı	-Belirgin bir noktaya sahip yara yatağı
4. Derinlik	-Yüzeysel	-Yüzeysel ve derin
5. Nekroz	-Nekroz doku görülmez.	-Nekroz doku mümkündür.
6. Yara kenarı	-Yaygın ve düzensiz yara yatağı	-Belirgin kenarları olan yara yatağı
7. Yara yatağı rengi	-Kırmızı olmak zorunda değil. -Pembe ve beyaz renkli yara yatağı da gözlemlenebilir.	-Kırmızı -Enfekte ve nekroz dokularda farklı renkler görülür.

İAD lokasyonu, idrar ve feçesin vücudun geniş alanında zarar verici olduğu takdirde kemik çıkıntılarında da gözlemlenebilir. Ancak bu durumda sürtünme ve makaslanma faktörleri dışlanmalıdır. İnkontinans faktörü bulunmuyorsa İAD tanısı konulamaz(9).

Basınç yaralanması lokasyonu, kemik çıkıntısı hariç, nazogastrik sonda, üriner kateter, nazal oksijen kanülünün bulunduğu yumuşak dokularda da gözlemlenebilir. Ancak bu durumda nem faktörü dışlanmalıdır(9).

İAD yara yatağı şekline bakıldığında, inkontinansa bağlı nemin sebep olduğu en az bir yara bulunmalı, yaygın ve farklı bölgelerde yüzeysel yaralar gözlemlenebilir. Birbiri ile örtüşen lezyonlar (kissing ülser, butterfly lezyon) görülebilir. Bu tarz lezyonşar ayırıcı tanı için yardımcıdır(9).

Basınç yaralanması yara yatağı şekline bakıldığında, dairesel veya düzenli bir şekli olan yaralar yüksek orandadır(9).

Yara yatağı dağınık olan durumlarda basınç yaralanması ve İAD birlikte görülebilir(9).

İAD lezyon derinliği enfeksiyon varlığında genişleyip derinleşebilir(9).

Yara yatağında nekroz doku görüntüsü yüzeysel gibi görülür fakat nekroz doku içeri doğru ilerleyen bir hasarın belirleyicisidir. Bu sebeple yüzeysel değildir(9).

Akut ve kronik bakım uygulamalarında basınç yaralanmaları kalite göstergesi olarak bir belirteçtir. Bu sebeple İAD ve basınç yaralanması tanılarının ayırt edici özelliklerinin bilinmesi gerekmektedir(27).

Etiyolojik faktörler ve patofizyolojik mekanizmalar göz önüne alındığında İAD ve basınç yaralanması arasındaki farklılıklar açık şekilde görülmektedir. Buna rağmen kliniklerde her iki lezyonun ayırt edilememesinde çeşitli faktörler rol oynamaktadır. İAD için risk altında olan birçok hastanın basınç yaralanması için de risk altında olması bu faktörlerden biridir ve aynı risk faktörlerine sahip bireylerde İAD ve basınç yaralanmasının bir arada bulunması bu durumu kanıtlar niteliktedir(28).

Sağlık profesyonellerini ikileme düşüren diğer bir faktör hem evre I basınç yaralanmasının, hem hafif-orta dereceli İAD'nin sağlam derinin eritemi şeklinde görülmesidir. Evre I basınç yaralanması ile ilişkilendirilen eritem, subdermal dokuların hasarına karşı oluşan inflamatuvar yanıt iken, İAD ile ilişkilendirilen eritem dermis ve epidermisin irritan maruziyetine (idrar ve feçes bulaşı) karşı oluşan inflamatuvar yanıttır(28).

Cildin hem basınca hem idrar ve/veya feçese maruz kaldığı durumlarda oluşan lezyonlar tanılamada ikilem oluşturur. Böyle bir durumda klinisyenin gözlem ve palpasyonu önem kazanmaktadır. Lezyonun hafifçe üzerine bastırılarak palpe edilmesiyle solmayan kızarıklık tablosu görülmekte ise bu lezyonun basınç yaralanması olduğuna karar verilir(28). Lezyon değerlendirilirken çevresel aydınlatma ve yara yatağının temiz olması önemli faktörlerdir. Koyu cilt rengine sahip bireylerde bu renk

değişimi anlaşılabilir olmayabilir. bu gibi durumlarda ciltte oluşan sertlik ve sıcaklık değerlendirilmedilir(9,28).

İAD ve basınç yaralanmasının doğru tanılanması bakım kalitesi, doğru önlemlerin alınması ve bakım kalitesinin raporlanması açısından önemlidir(32).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma, yatağa bağımlı bireylere bakım veren yoğun bakım hemşirelerinin basınç ülseri ve inkontinans alakalı dermatit ayrımına dair farkındalıklarını araştırmak amacı ile tanımlayıcı olarak yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden alınan izinler dahilinde, 03.2019-05.2019 arasında, Sağlık Bakanlığı'na bağlı Beykoz Devlet Hastanesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Üsküdar Devlet Hastanesi olmak üzere beş sağlık tesisinde çok merkezli olarak yürütüldü.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırma evreni olarak İstanbul Kamu Hastaneleri Başkanlığı'na bağlı hastanelerde görev yapmakta olan yoğun bakım hemşireleri olarak belirlendi. Hemşirelik mesleğinde ekiplerdeki birey sayısının sıklıkla değişime uğrama ihtimalinden ötürü örneklem sayısı hesaplanırken Kamu Hastaneler Başkanlığı'nda o an çalışmakta olan toplam yoğun bakım hemşiresi sayısı göz önünde bulundurularak hesaplanmıştır.

Örneklem hesaplama formülü ile N:1000 olmak üzere n:278 olarak belirlenmiştir.

Örneklem grubu belirlenirken aşağıda belirtilen kriterler göz önünde tutuldu:

1. Kişilerden gönüllü onamı alınması
2. Kişilerin yoğun bakım ünitesinde çalışıyor olması
3. Kişilerin yoğun bakım ünitesinde en az 6 aydır çalışıyor olması
4. Kişilerin hasta bireylere birebir bakım hizmeti veriyor olması.

3.4.Araştırmanın Soruları

Araştırmada aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

1. Yoğun bakım hemşirelerinin İAD patofizyolojisi, risk faktörleri, önleme ve tedavisi hakkındaki bilgi düzeyleri hangi seviyededir?
2. Yoğun bakım hemşirelerinin basınç yaralanması patofizyolojisi, risk faktörleri, önleme ve tedavisi hakkındaki bilgi düzeyleri hangi seviyededir?
3. Yoğun bakım hemşireleri İAD ve basınç yaralanmalarının ayırıcı özelliklerini tanımlayabiliyorlar mu?
4. Yoğun bakım hemşireleri alanda çalışmaya başladıktan sonra basınç yaralanmaları ve İAD ile ilgili eğitim alıyorlar mı?
5. Yoğun bakımdaki hizmet süresinin artışı İAD ve basınç yaralanmaları ayrımını yapabilmede etkili bir faktör mü?
6. Eğitim durumu İAD ve basınç yaralanmaları ayrımını yapabilmede etkili bir faktör mü?

3.5.Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın en büyük sınırlılığı İl Sağlık Müdürlüğü'nün etik kurul izni bulunmadan kurum izinlerini, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Etik Kurulu'nun ise kurum izinleri bulunmadan etik kurul iznini vermeyeceğini beyan etmesinden dolayı araştırma süresinin yaklaşık 4 ay kadar uzamasıdır.

İş yoğunluğu sebebi ile kurum izni alınamayan 3 hastane araştırma kapsamından çıkartıldı.

Kurum izni alınamamasıyla oluşan örneklem kaybının bir kısmı araştırmanın yürütüldüğü diğer hastanelerde görev yapmakta olan hemşire sayılarının artmış olması ile önlendi.

Aynı zamanda kurumlarda 6 aydan az süredir yoğun bakım ünitesinde görev yapmakta olan hemşireler örneklem kapsamına alınmadı.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkenleri: Yoğun bakım hemşirelerinin İAD ve basınç yaralanmaları ayrımına dair farkındalık düzeyleri

Araştırmanın bağımsız değişkenleri: Yaş, eğitim durumu, yoğun bakımdaki hizmet süresi, İAD olan hastaya bakım verme durumu, basınç yaralanması olan hastaya bakım verme durumu, İAD ve basınç yaralanması hakkında eğitim almış olma durumu, İAD ve basınç yaralanması tanılama ölçeği kullanma durumu.

3.7. Verilerin Toplanması

Araştırmanın yürütüleceği kurumların izinleri etik kurul izni alındıktan sonra İl Sağlık Müdürlüğü tarafından verilmiştir (Ek-1). Veriler, uzman görüşü alınarak hazırlanan Veri Toplama Formu'nun araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelere iletilmesi yolu ile toplandı.

3.7.1. Veri Toplama Formunun Geliştirilmesi

Veriler araştırmacı tarafından uzman görüşü alınarak geliştirilen veri toplama formu ile toplandı (Ek-1). Veri toplama formu, konu ile ilgili literatür incelenerek, demografik bilgilerin bulunduğu 10 soruluk birinci bölüm ve İAD ve basınç yaralanmaları bilgi düzeylerini ölçmeye yönelik 16 soruluk ikinci bölüm olmak üzere iki bölümden oluşturuldu. 16 soruluk ikinci bölümde bulunan görseli sunulan vakalar, araştırmacının Ghent Üniversitesi- PUCLAS eğitimini alması sonrası, modül eğitim kaynağından elde edildi.

Veri toplama formu hazırlandıktan sonra ilk hali biri hemşirelik bölümünden, diğeri eğitim bilimlerinden olmak üzere iki uzmana sunuldu. Uzmanların formu değerlendirmesi sonucu bildirlen görüşler doğrultusunda form üzerinde değişiklikler yapılarak son hali oluşturuldu. Son hali oluşturulan veri toplama formu bu kez ikisi hemşirelik bölümü, biri eğitim bilimlerinden olmak üzere üç uzmana sunuldu. Formun oluşturulan son hali uzmanlar tarafından değerlendirilerek uygunluğu onaylandı.

3.7.2. Veri Toplama Formunun Ön Uygulaması

Veri toplama formunun anlaşılırlığını belirlemek amacıyla son uzman görüşünü takiben ön uygulama yapıldı. Ön uygulama; formun anlaşılırlığını incelemek amacıyla Beykoz Devlet Hastanesi anestezi ve reanimasyon yoğun bakım ekibinde görev yapmakta olan 15 hemşire ve daha önce aynı ekiple çalışıp ekipten ayrılmış bulunan 10 hemşire ile yapıldı. Veri toplama formu araştırmacının gözetiminde dolduruldu. Ön uygulama süreci değerlendirilerek veri toplama formunda değişiklikler uygulandı.

3.7.3. Veri Toplama Formunun Uygulanması

Veri toplama formu Mart- Mayıs 2019 tarihleri arasında Beykoz Devlet Hastanesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve

Üsküdar Devlet Hastanesi olmak üzere beş sağlık tesisinde toplandı. Araştırma uygulaması için belirlenen servislere gidilerek, servis sorumlu hemşirelerine bilgi verildi. Gönüllü onam formu(Ek-2) ile beraber yoğun bakım hemşirelerine iletilen veri toplama formları çalışmaya katılmayı kabul eden hemşireler tarafından iş yoğunluğunun az olduğu saatlerde doldurduldu. Veri toplama formunun çözümlenmesi yaklaşık olarak 8-10 dakika olarak hesaplandı. Görsel vaka içeren formun daha anlaşılır nitelikte olması amacı ile alanlara görsellerin bulunduğu posterler bırakıldı. Araştırmaya katılmak istemeyen hemşire sayısı örneklem grubundan çıkarıldı.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verileri toplanarak araştırmacı tarafından SPSS programı kullanılarak bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Her doğru cevap 1, her yanlış cevap 0 olarak kabul edilmiştir.

İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodlar (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, oran, minimum, maksimum) kullanıldı. Nicel verilerin normal dağılıma uygunlukları Kolmogorov-Smirnov, Shapiro-Wilk testi ve grafiksel değerlendirmeler ile sınanmıştır. Normal dağılım göstermeyen verilerin iki grup karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında ise Kruskal Wallis test ve ikili karşılaştırmalarında Bonferroni-Dunn test kullanıldı. Nitel verilerin karşılaştırılmasında ise Pearson Ki-Kare testi kullanıldı. Anlamlılık en az $p<0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

3.9. Etik Kurul Onayı

Araştırmanın etik ilkelere uygunluğu Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Etik Kurul'u tarafından değerlendirildi(Ek-3). Etik kurul izni, gerekli araştırma belgeleri ile beraber İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne iletilerek çok merkezli çalışmanın yürütüleceği hastanelerden izin yazılarının alınması sağlandı. Beykoz Devlet Hastanesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Üsküdar Devlet Hastanesi olmak üzere beş sağlık kurumu çalışmanın yürütülmesi için izin yazısını iletirken, üç diğer sağlık kurumu iş yoğunluğu nedeni ile çalışmanın yürütülmesini uygun görmedi.

4. BULGULAR

Çalışma 03.2019-04.2019 tarihleri arasında Beykoz Devlet Hastanesi, Üsküdar Devlet Hastanesi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çok merkezli olmak üzere, bu hastanelerin yoğun bakım ünitelerinde 235 hemşire ile yapılmıştır.

4.1. Hemşirelerin Demografik Özelliklerinin İncelenmesi

Hemşirelerin demografik özellikleri Tablo 4-.1'de belirtilmiştir.

Tablo 4-1: Demografik Özelliklerin Dağılımı

		n	**%**
Yaş (yıl)	**20-25 yaş**	80	34,0
	26-30 yaş	97	41,4
	31-35 yaş	29	12,3
	≥ 35 yaş	29	12,3
Eğitim durumu	**Sağlık Meslek Lisesi**	18	7,7
	Ön lisans	26	11,0
	Lisans	176	74,9
	Yüksek Lisans	14	6,0
	Doktora	1	0,4
Yoğun bakımdaki hizmet süresi	**6 ay-1 yıl**	56	23,8
	1-5 yıl	116	49,4
	≥ 5 yıl	63	26,8
Çalıştıkları kurum	**Devlet Hastanesi**	114	48,5
	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	121	51,5
	Toplam	**235**	**100,0**

Hemşirelerin yaşları incelendiğinde; %34.0'ü (n=80) 20-25 yaş aralığında, %41.4'ü (n=97) 26-30 yaş, %12.3'ü (n=29) 31-35 yaş aralığında, %12.3'ü (n=29) ise 35 yaş ve üzerindedir.

Hemşirelerin eğitim durumları incelendiğinde; %7.7'sinin (n=18) sağlık meslek lisesi, %11.0'inin (n=26) ön lisans, %74.9'unun (n=176) lisans, %6.0'sının (n=14) yüksek lisans ve %0.4'ünün (n=1) doktora mezunu olduğu görülmektedir.

Hemşirelerin yoğun bakımdaki hizmet süreleri incelendiğinde; %23.8'inin (n=56) 6 ay- 1 yıl, %49.4'ünün (n=116) 1-5 yıl, %26.8'inin (n=63) hizmet süresi 5 yıl ve üzerindedir.

Hemşirelerin çalıştıkları kurumlar incelendiğinde; %48.5'inin (n=114) devlet hastanesinde, %51.5'inin (n=121) ise eğitim ve araştırma hastanesinde çalıştıkları görülmektedir.

4.2. Hemşirelerin İnkontinans Alakalı Dermatit ve Basınç Yaralanmaları İle İlgili Farkındalık Durumlarının İncelenmesi

Tablo 4-2: İnkontinans Alakalı Dermatit (İAD) İle İlgili Farkındalık Durumlarının Dağılımı

İnkontinans Alakalı Dermatit (İAD)		**n**	**%**
Hastalarda inkontinans alakalı dermatit gözlemleme durumu	**Evet**	193	82,1
	Hayır	42	17,9
Çalıştığı kurumda İAD ile ilgili risk değerlendirme ve tanımlama ölçeğini kullanma durumu	**Evet**	0	0
	Hayır	235	100,0
Mezuniyet sonrası İAD önlenmesi ve tedavisi ile ilgili bir eğitim alma durumu	**Evet**	47	20,0
	Hayır	188	80,0
	Toplam	**235**	**100,0**

Hemşirelerin inkontinans alakalı dermatit ile ilgili farkındalık durumları incelendiğinde Ttablo 4.2); hemşirelerin %82.1'i (n=193) hastalarda inkontinans alakalı dermatit gözlemlerken, %17.9'u (n=42) gözlemlememiştir. Hemşirelerin tamamı (n=235) çalıştığı kurumda İAD ile ilgili risk değerlendirme ve tanımlama ölçeğini kullanmamaktadır. Hemşirelerin %20.0'si (n=47) mezuniyet sonrası İAD önlenmesi ve tedavisi ile ilgili bir eğitim alırken, %80.0'i (n=188) eğitim almamıştır.

Tablo 4-3: Basınç Yaralanması İle İlgili Farkındalık Durumlarının Dağılımı

Basınç yaralanması		n	%
Hastalarda basınç yaralanması gözlemleme durumu	**Evet**	232	98,7
	Hayır	3	1,3
Çalıştığı kurumda basınç yaralanması ile ilgili risk değerlendirme ve tanımlama ölçeğini kullanma durumu	**Evet**	235	100,0
	Hayır	0	0
Mezuniyet sonrası basınç yaralanması önlenmesi ve tedavisi ile ilgili bir eğitim alma durumu	**Evet**	168	71,5
	Hayır	67	28,5
	Toplam	**235**	**100,0**

Hemşirelerin basınç yaralanması ile ilgili farkındalık durumları incelendiğinde (Tablo 4.3); hemşirelerin %98.7'si (n=232) hastalarda basınç yaralanması gözlemlerken, %1.3'ü (n=43) gözlemlememiştir. Hemşirelerin tamamı (n=235) çalıştığı kurumda basınç yaralanması ile ilgili risk değerlendirme ve tanımlama ölçeğini kullanmaktadır. Hemşirelerin %71.5'i (n=168) mezuniyet sonrası basınç yaralanması önlenmesi ve tedavisi ile ilgili bir eğitim alırken, %28.5'i (n=67) eğitim almamıştır.

4.3. Hemşirelerin İnkontinans Alakalı Dermatit İle İlgili Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi

Hemşirelerin İAD ile ilgili bilgi düzeyleri belirlenirken sorulara verilen cevapların dağılımı Tablo 4.4'te değerlendirildi.

Hemşirelere İAD ile ilgili bilgi düzeyini ölçmek amacıyla sorulan soruların yanıtları incelendiğinde;

-Hemşirelere "İAD tanımı aşağıdakilerin hangisinde doğru verilmiştir?" diye sorulduğunda, %66.8'i (n=157) doğru yanıt olan "Cildin idrar ve gaitaya kronik bir şekilde maruz kalmasıyla bariyer fonksiyonunu kaybetmesi ve bunun sonucunda ciltte kızarıklık veya doku kaybı gözlemlenmesidir" yanıtını vermiştir.

-Hemşirelere "İAD için hangisi risk faktörü değildir?" diye sorulduğunda, %51.9'u (n=122) doğru yanıt olan "Basınç" yanıtını vermiştir.

-Hemşirelere "İAD patofizyolojisi için doğru olan ifadeyi seçiniz" diye sorulduğunda, %31.9'u (n=75) doğru yanıt olan "Cildin irritan maddelere (idrar ve gaita) sürekli olarak maruz kalması sonucu nem oranı artar ve cilt pH'ı alkali değerlere

ulaşır. Bakteriyel kolonizasyona uygun ciltte lezyonlar oluşmaya başlar.” yanıtını vermiştir.

Hemşirelere “İAD önleme basamakları hangisinde doğru verilmiştir?” diye sorulduğunda, %22.1 (n=52) doğru yanıt olan “pH değeri 5,4-5,9 olan ürünler ile cildin irritanlardan arındırılması- Cildin nemlendirilmesi- Tekrar irritan bulaşının önlenmesi” yanıtını vermiştir.

Tablo 4-4: İnkontinans Alakalı Dermatit İle İlgili Bilgi Düzeyi Sorularına Verilen Yanıtların Dağılımı

	n	**%**
1. İAD tanımı aşağıdakilerin hangisinde doğru verilmiştir?		
a.Cildin basınç ve inkontinansa maruz kalması sonucu, bariyer fonksiyonunu kaybetmesi ve ciltte kızarıklık ve/veya doku kaybı gözlemlenmesidir.	54	23,0
b.Cildin idrar ve gaitaya kronik bir şekilde maruz kalmasıyla bariyer fonksiyonunu kaybetmesi ve bunun sonucunda ciltte kızarıklık veya doku kaybı gözlemlenmesidir.	**157**	**66,8**
c.Cildin sürtünme, basınç ve inkontinans maruziyetleri sonucunda kalıcı kızarık bir görünüm almasıyla karakterize cilt inflamasyonudur.	24	10,2
2. İAD için hangisi risk faktörü değildir?		
a.Basınç	**122**	**51,9**
b.Azalmış doku perfüzyonu ve oksijenizasyonu	80	34,0
c.İnkontinans	33	14,0
3. İAD patofizyolojisi için doğru olan ifadeyi seçiniz.		
a.Cildin sürekli basınca maruz kalması sonucu nem oranı artar ve cilt pH’ı alkali değerlere ulaşır. Bakteriyel kolonizasyona uygun ciltte lezyonlar oluşmaya başlar.	22	9,4
b.Cildin irritan maddelere (idrar ve gaita) sürekli olarak maruz kalması sonucu nem oranı artar ve cilt pH’ı alkali değerlere ulaşır. Bakteriyel kolonizasyona uygun ciltte lezyonlar oluşmaya başlar.	**75**	**31,9**
c.Cildin irritan maddelere (idrar ve gaita) sürekli olarak maruz kalması sonucu nem oranı artar ve cilt pH’ı asidik değerlere ulaşır. Bakteriyel kolonizasyona uygun ciltte lezyonlar oluşmaya başlar	138	58,7
4. İAD önleme basamakları hangisinde doğru verilmiştir?		
a.pH değeri 7,4-7,9 olan ürünler ile cildin irritanlardan arındırılması- Cildin nemlendirilmesi- Tekrar irritan bulaşının önlenmesi	93	39,6
b.Cildin irritanlardan arındırılması- Çinko oksit ile cildin nemlendirilmesi- Tekrar irritan bulaşının önlenmesi	90	38,3
c.pH değeri 5,4-5,9 olan ürünler ile cildin irritanlardan arındırılması- Cildin nemlendirilmesi- Tekrar irritan bulaşının önlenmesi	**52**	**22,1**

İnkontinans Alakalı Dermatit Bilgi Düzeyi Puanının Hesaplanması

Hemşirelerin İnkontinans Alakalı Dermatit (İAD) ile ilgili bilgi düzeylerini ölçmek amacıyla 4 soru sorulmuştur. Her soruya ilişkin tek doğru yanıt bulunmaktadır. Bu sorulardan her biri için doğru yanıt verenlere 1 puan ve yanlış yanıt verenlere 0 puan verilerek, doğru yanıt sayıları belirlenmiştir. Doğru yanıt sayıları 0 ile 4 arasında değişmektedir.

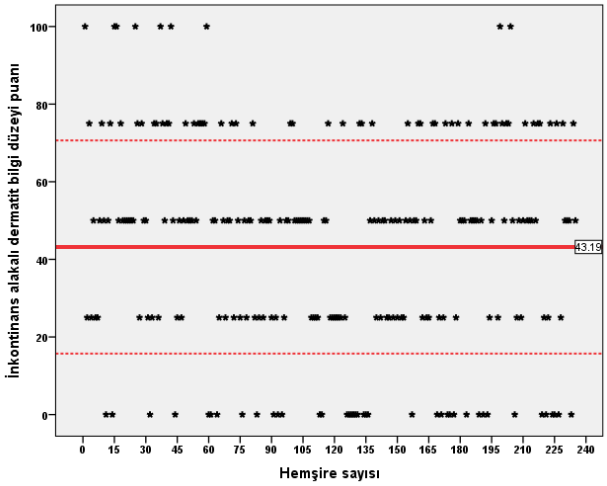
Elde edilen doğru yanıt sayılarından bir bilgi düzeyi puanı oluşturulması düşünüldü. Bu puan 100'lük skalaya çevrilerek, hem yorumlamalarda kolaylık olması hem de bilgi düzeyinin daha anlaşılır olması amaçlanmıştır. Buna göre hiçbir soruya doğru yanıt veremeyenler 0 puan ve tüm sorulara doğru yanıt verenler 100 puan alacak şekilde, İnkontinans Alakalı Dermatit (İAD) bilgi düzeyi puanı hesaplanmıştır(Tablo 4.5).

Tablo 4-5: İnkontinans Alakalı Dermatit (İAD) Bilgi Düzeyi Puanı

İnkontinans Alakalı Dermatit (İAD)		
İnkontinans alakalı dermatit bilgi düzeyi sorularına verilen doğru yanıt sayısı; n (%)	**0 doğru**	40 (17,0)
	1 doğru	53 (22,6)
	2 doğru	82 (34,9)
	3 doğru	51 (21,7)
	4 doğru	9 (3,8)
İnkontinans alakalı dermatit bilgi düzeyi puanı	Min-Mak (Medyan)	0-100 (50)
	Ort±Ss	43,19±27,47

İnkontinans alakalı dermatit bilgi düzeyi sorularına verilen doğru yanıt sayıları incelendiğinde; hemşirelerin %17.0'si (n=40) hiçbir soruya doğru yanıt veremezken, %22.6'sı (n=53) bir soruya, %34.9'u (n=82) iki soruya, %21.7'si (n=51) üç soruya, %3.8'i (n=9) ise dört soruya da doğru yanıt vermiştir.

Hemşirelerin İnkontinans alakalı dermatit bilgi düzeyi puanları 0 ile 100 puan arasında değişmekte olup, ortalama 43.19±27.47 puandır (Şekil 4.1).



Şekil 4-1: İnkontinans alakalı dermatit bilgi düzeyi puanı dağılımı

4.4. Hemşirelerin Basınç Yaralanmaları İle İlgili Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi

Hemşirelerin basınç yaralanmaları ile ilgili bilgi düzeyleri belirlenirken basınç yaralanması ile ilgili sorulara verilen yanıtlar değerlendirildi (Tablo 4.6).

Hemşirelere basınç yaralanması ile ilgili bilgi düzeyini ölçmek amacıyla sorulan soruların yanıtları incelendiğinde:

-Hemşirelere "Basınç yaralanması tanımı hangisinde doğru verilmiştir?" diye sorulduğunda, %89.4'ü (n=210) doğru yanıt olan "Özellikle kemik çıkıntıları üzerinde, dermisten kemik yapıya kadar uzanabilen, basınca ve/veya sürtünme/makaslanmaya maruz kalma ile oluşan cilt hasarıdır." yanıtını vermiştir.

-Hemşirelere "Basınç yaralanması için aşağıdakilerden hangisi risk faktörü değildir?" diye sorulduğunda, %93.2'si (n=219) doğru yanıt olan "Protein destekli beslenme" yanıtını vermiştir.

-Hemşirelere "Basınç yaralanması patofizyolojisi için doğru olan ifadeyi seçiniz." diye sorulduğunda, %73.6'sı (n=173) doğru yanıt olan "Cildin sürekli olarak basınç, sürtünme/makaslanmaya maruz kalması sonucunda doku perfüzyonu bozulur, lenfatik drenaj zayıflar, hücre deformasyonu ve doku iskemisi meydana gelir. Deri ve doku bütünlüğünde bozulma gözlemlenir." yanıtını vermiştir.

-Hemşirelere "Düzenli poziyon değişimi sağlamak basınç yaralanması önlemede en önemli etkenlerden biridir. Aşağıdakilerden hangisi pozisyon verme ile ilgili doğru öneridir?" diye sorulduğunda, %60.9'u (n=143) doğru yanıt olan "30°sağ- 30°düz- 30°sol- 30°sağ- 30°düz- 30°sol" yanıtını vermiştir.

Tablo 4-6: Basınç Yaralanmaları İle İlgili Bilgi Düzeyi Sorularına Verilen Yanıtların Dağılımı

	n	%
1. Basınç yaralanması tanımı hangisinde doğru verilmiştir?		
a.Özellikle kemik çıkıntıları üzerinde, dermisten kemik yapıya kadar uzanabilen, basınca ve/veya sürtünme/makaslanmaya maruz kalma ile oluşan cilt hasarıdır.	**210**	**89,4**
b.Ciltte basınç ve neme bağlı meydana gelen cilt hasarlarıdır.	19	8,1
c.Özellikle kemik çıkıntıları üzerinde cildin inkontinans ve neme maruz kalması ile oluşan cilt hasarlarıdır.	6	2,6
2. Basınç yaralanmaları için aşağıdakilerden hangisi risk faktörü değildir?		
a.İmmobilizasyon	6	2,6
b.Düşük albümin düzeyi	10	4,3
c.Protein destekli beslenme	**219**	**93,2**
3. Basınç yaralanması patofizyolojisi için doğru olan ifadeyi seçiniz.		
a.Cildin sürekli olarak basınç, sürtünme/makaslanmaya maruz kalması sonucunda doku perfüzyonu bozulur, lenfatik drenaj zayıflar, hücre deformasyonu ve doku iskemisi meydana gelir. Deri ve doku bütünlüğünde bozulma gözlemlenir.	**173**	**73,6**
b.Cildin sürekli olarak basınç ve neme maruz kalması sonucunda doku perfüzyonu bozulur, lenfatik drenaj zayıflar, hücre deformasyonu ve doku iskemisi meydana gelir. Deri ve doku bütünlüğünde bozulma gözlemlenir.	53	22,6
c.Cildin sürekli olarak inkontinansa maruz kalması sonucunda doku perfüzyonu bozulur, lenfatik drenaj zayıflar, hücre deformasyonu ve doku iskemisi meydana gelir. Deri ve doku bütünlüğünde bozulma gözlemlenir.	9	3,8
4. Düzenli poziyon değişimi sağlamak basınç yaralanması önlemede en önemli etkenlerden biridir. Aşağıdakilerden hangisi pozisyon verme ile ilgili doğru öneridir?		
a.30°sağ- 30°düz- 30°sol- 30°sağ- 30°düz- 30°sol	**143**	**60,9**
b.60°sağ- 90°düz- 60°sol- 60°sağ- 90°düz- 60°sol	60	25,5
c.30°sağ- 90°düz- 30°sol- 30°sağ- 90°düz- 30°sol	32	13,6

Basınç Yaralanması Bilgi Düzeyi Puanının Hesaplanması

Hemşirelerin basınç yaralanması ile ilgili bilgi düzeylerini ölçmek amacıyla 4 soru sorulmuştur. Her soruya ilişkin tek doğru yanıt bulunmaktadır. Bu sorulardan her biri için doğru yanıt verenlere 1 puan ve yanlış yanıt verenlere 0 puan verilerek, doğru yanıt sayıları belirlenmiştir. Doğru yanıt sayıları 0 ile 4 arasında değişmektedir.

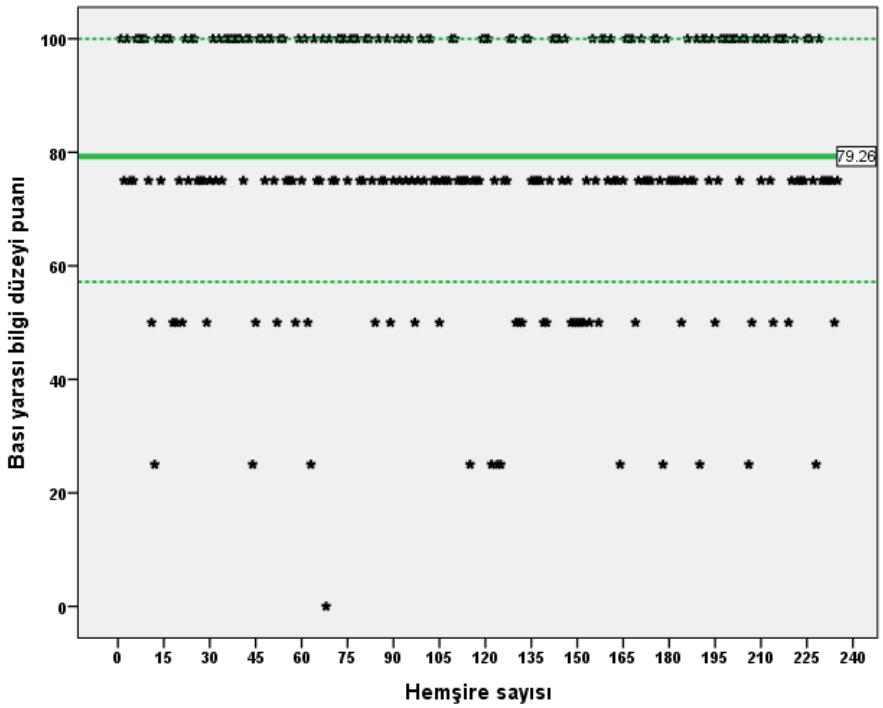
Elde edilen doğru yanıt sayılarından bir bilgi düzeyi puanı oluşturulması düşünüldü. Bu puan 100'lük skalaya çevrilerek, hem yorumlamalarda kolaylık olması hem de bilgi düzeyinin daha anlaşılır olması amaçlanmıştır. Buna göre hiçbir soruya doğru yanıt veremeyenler 0 puan ve tüm sorulara doğru yanıt verenler 100 puan alacak şekilde, basınç yaralanması bilgi düzeyi puanı hesaplanmıştır (Tablo 4.7).

Tablo 4-7: Basınç Yaralanması Bilgi Düzeyi Puanı

Basınç yaralanması		
Basınç yaralanması bilgi düzeyi sorularına verilen doğru yanıt sayısı; n (%)	**0 doğru**	1 (0,4)
	1 doğru	12 (5,1)
	2 doğru	32 (13,6)
	3 doğru	91 (38,8)
	4 doğru	99 (42,1)
Basınç yaralanması bilgi düzeyi puanı	Min-Mak (Medyan)	0-100 (75)
	Ort±Ss	79,26±22,00

Basınç yaralanması bilgi düzeyi sorularına verilen doğru yanıt sayıları incelendiğinde; hemşirelerin %0.4'ü (n=1) hiçbir soruya doğru yanıt veremezken, %5.1'i (n=12) bir soruya, %13.6'sı (n=32) iki soruya, %38.8'i (n=91) üç soruya, %42.1'i (n=99) ise dört soruya da doğru yanıt vermiştir.

Hemşirelerin basınç yaralanması bilgi düzeyi puanları 0 ile 100 puan arasında değişmekte olup, ortalama 79.26±22.00 puandır (Şekil: 4.2).



Şekil 4-2: Basınç yaralanması bilgi düzeyi puanı dağılımı

4.5. İnkontinans Alakalı Dermatit ve Basınç Yaralanması Ayırıcı Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Tablo 4-8: İnkontinans Alakalı Dermatit (İAD) ve Basınç Yaralanmasını Ayırt Edebilme Durumlarının Dağılımı

	N	**%**
Yatağa bağımlı hastanın koksiks bölgesinde belirgin kenarları olan, kas dokusunun gözle görüldüğü tünelleşmiş, eksudası olan bir yara yatağı gözlemlediniz. Aşağıdakilerden hangisi doğrudur?		
a. Hastanın yara yatağı özellikleri İAD tanısı için uygundur.	10	4,3
b. Hastanın yara yatağı özellikleri basınç yaralanması tanısı için uygundur.	**147**	**62,6**
c. Yara yatağı özellikleri her iki tanı için de uygundur.	78	33,2
Yatağa bağımlı hastanın perianal bölgesinde kızarık, eksudası olan, derinliği yüzeysel, kenarlı düzensiz, yaygın bir yara yatağı gözlemlediniz. Aşağıdakilerden hangisi doğrudur?		
a. Hastanın yara yatağı özellikleri İAD tanısı için uygundur.	**173**	**73,6**
b. Hastanın yara yatağı özellikleri basınç yaralanması tanısı için uygundur.	16	6,8
c. Yara yatağı özellikleri her iki tanı için de uygundur.	46	19,6

Hemşirelere "Yatağa bağımlı hastanın koksiks bölgesinde belirgin kenarları olan, kas dokusunun gözle görüldüğü tünelleşmiş, eksudası olan bir yara yatağı gözlemlediniz. Aşağıdakilerden hangisi doğrudur?" diye sorulduğunda, %62.6'sı (n=147) doğru yanıt olan "Hastanın yara yatağı özellikleri basınç yaralanması tanısı için uygundur." yanıtını vermiştir (Tablo 4.8).

Hemşirelere "Yatağa bağımlı hastanın perianal bölgesinde kızarık, eksudası olan, derinliği yüzeysel, kenarlı düzensiz, yaygın bir yara yatağı gözlemlediniz. Aşağıdakilerden hangisi doğrudur?" diye sorulduğunda, %73.6'sı (n=173) doğru yanıt olan "Hastanın yara yatağı özellikleri İAD tanısı için uygundur." yanıtını vermiştir (Tablo 4.8).

Tablo 4-9: Görsellerde İnkontinans Alakalı Dermatit (İAD) ve Basınç Yaralanmasını Ayırt Edebilme Durumlarının dağılımı

	n	**%**
Görsel 1		
a. Basınç yaralanması	76	32,3
b. İnkontinans alakalı dermatit	**159**	**67,7**
Görsel 2		
a. Basınç yaralanması	**208**	**88,5**
b. İnkontinans alakalı dermatit	27	11,5
Görsel 3		
a. Basınç yaralanması	56	23,8
b. İnkontinans alakalı dermatit	**179**	**76,2**
Görsel 4		
a. Basınç yaralanması	26	11,1
b. İnkontinans alakalı dermatit	**209**	**88,9**
Görsel 5		
a. Basınç yaralanması	**137**	**58,3**
b. İnkontinans alakalı dermatit	98	41,7
Görsel 6		
a. Basınç yaralanması	**220**	**93,6**
b. İnkontinans alakalı dermatit	15	6,4

Soruların doğru yanıtları koyu renkli (bold) olarak belirtilmiştir

Tablo 4.9'da hemşirelerin görsel şekilleri verilen vakaları tanılamaları istenmiştir. Hemşirelerin %67.7'si (n=159) Görsel 1'in inkontinans alakalı dermatit olduğunu doğru olarak yanıtlamıştır.

Hemşirelerin %88.5'i (n=208) Görsel 2'nin basınç yaralanması olduğunu doğru olarak yanıtlamıştır.

Hemşirelerin %76.2'si (n=179) Görsel 3'ün inkontinans alakalı dermatit olduğunu doğru olarak yanıtlamıştır.

Hemşirelerin %88.9'u (n=209) Görsel 4'ün inkontinans alakalı dermatit olduğunu doğru olarak yanıtlamıştır.

Hemşirelerin %58.3'ü (n=137) Görsel 5'in basınç yaralanması olduğunu doğru olarak yanıtlamıştır. Hemşirelerin %93.6'sı (n=220)

Görsel 6'nın basınç yaralanması olduğunu doğru olarak yanıtlamıştır.

4.6. İnkontinans Alakalı Dermatit Bilgi Düzeyi Puanlarının Değerlendirilmesi

Tablo 4-10: Demografik Özelliklere Göre İnkontinans Alakalı Dermatit (İAD) Bilgi Düzeyi Puanlarının Değerlendirilmesi

			IAD puanı		
		n	**Min-Mak (Medyan)**	**Ort±Ss**	**P**
Eğitim durumu	**Sağlık Meslek Lisesi**	18	0-50 (25)	29,17±21,44	**[a]0,007****
	Ön lisans	26	0-100 (62,5)	56,73±27,89	
	Lisans	176	0-100 (50)	43,04±26,68	
	Yüksek lisans ve üzeri	15	0-100 (50)	38,33±33,89	
Yoğun bakımdaki hizmet süresi	**6 ay-1 yıl**	56	0-100 (25)	33,48±28,71	**[a]0,013***
	1-5 yıl	116	0-100 (50)	45,26±26,77	
	≥ 5 yıl	63	0-100 (50)	48,02±25,91	
Çalıştıkları kurum	**Devlet hastanesi**	114	0-100 (50)	47,37±30,19	**[b]0,030***
	EAH	121	0-75 (50)	39,26±24,11	

[a]Kruskal Wallis Test [b]Mann Whitney U Test **p<0.01 *p<0.05

Hemşirelerin eğitim düzeylerine göre inkontinans alakalı dermatit bilgi düzeyi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0.007; p<0.01).

Farklılığı yaratan grubu belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; ön lisans mezunu hemşirelerin inkontinans alakalı dermatit bilgi düzeyi puanları, sağlık meslek lisesi mezunlarından daha yüksektir (p=0.005; p<0.01). Diğer grupların inkontinans alakalı dermatit bilgi düzeyi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 4.10) (p>0.05).

Hemşirelerin yoğun bakımdaki hizmet sürelerine göre inkontinans alakalı dermatit bilgi düzeyi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0.013; p<0.05). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; yoğun bakımdaki hizmet süresi 1-5 yıl ile 5 yıl ve üzeri olan hemşirelerin inkontinans alakalı dermatit bilgi düzeyi puanları, yoğun bakımdaki hizmet süresi 6 ay-1 yıl olanlardan daha yüksektir (Tablo 4.10) (sırasıyla p=0.031; p=0.022; p<0.05). Yoğun bakımdaki hizmet süresi 1-5 yıl ile 5 yıl ve üzeri olan hemşirelerin inkontinans alakalı dermatit bilgi düzeyi puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 4.10) (p>0.05).

Hemşirelerin çalıştıkları kurumlara göre inkontinans alakalı dermatit bilgi düzeyi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0.030; p<0.05). Devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin inkontinans alakalı dermatit bilgi düzeyi puanları, eğitim ve araştırma hastanesinde çalışanlardan daha yüksektir (Tablo 4.10).

Tablo 4-11: İnkontinans Alakalı Dermatit İle İlgili Farkındalık Durumlarına Göre İnkontinans Alakalı Dermatit Bilgi Düzeyi Puanlarının Değerlendirilmesi

		IAD puanı			
İnkontinans Alakalı Dermatit (İAD)		**n**	**Min-Mak (Medyan)**	**Ort±Ss**	**[b]p**
Hastalarda inkontinans alakalı dermatit gözlemleme durumu	**Evet**	193	0-100 (50)	41,45±26,48	**0,059**
	Hayır	42	0-100 (50)	51,19±30,72	
Mezuniyet sonrası İAD önlenmesi ve tedavisi ile ilgili bir eğitim alma durumu	**Evet**	47	0-75 (50)	42,02±26,63	**0,881**
	Hayır	188	0-100 (50)	43,48±27,74	

[b]Mann Whitney U Test

Hemşirelerin hastalarda inkontinans alakalı dermatit gözlemleme durumlarına göre inkontinans alakalı dermatit bilgi düzeyi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmazken (p=0.059; p>0.05); İAD gözlemlemeyen hemşirelerin bilgi düzeyi puanlarının, İAD gözleyenlerden yüksek olması dikkat çekici düzeydedir (Tablo 4.11).

Hemşirelerin mezuniyet sonrası İAD önlenmesi ve tedavisi ile ilgili bir eğitim alma durumlarına göre inkontinans alakalı dermatit bilgi düzeyi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 4.11) (p>0.05).

4.7. Basınç Yaralanması Bilgi Düzeyi Puanlarının Değerlendirilmesi

Hemşirelerin eğitim durumlarına, yoğun bakımdaki hizmet sürelerine ve çalıştıkları kurumlara göre basınç yaralanması bilgi düzeyi puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (Tablo 4.12) (p>0.05).

Tablo 4-12: Demografik Özelliklere Göre Basınç Yaralanması Bilgi Düzeyi Puanlarının Değerlendirilmesi

		Basınç yaralanması puanı			
		n	**Min-Mak (Medyan)**	**Ort±Ss**	**P**
Eğitim durumu	**Sağlık Meslek Lisesi**	18	25-100 (75)	68,06±25,45	**[a]0,062**
	Ön lisans	26	50-100 (100)	87,50±14,58	
	Lisans	176	0-100 (75)	79,40±21,84	
	Yüksek lisans ve üzeri	15	25-100 (75)	76,67±25,82	
Yoğun bakımdaki hizmet süresi	**6 ay-1 yıl**	56	25-100 (75)	80,36±19,49	**[a]0,995**
	1-5 yıl	116	0-100 (75)	79,74±20,57	
	≥ 5 yıl	63	25-100 (75)	77,38±26,46	
Çalıştıkları kurum	**Devlet hastanesi**	114	25-100 (75)	80,48±22,74	**[b]0,227**
	EAH	121	0-100 (75)	78,10±21,30	

[a]Kruskal Wallis Test [b]Mann Whitney U Test

Tablo 4-13: Basınç Yaralanması İle İlgili Farkındalık Durumlarına Göre Basınç Yaralanması Bilgi Düzeyi Puanlarının Değerlendirilmesi

		Basınç yaralanması puanı			
Basınç yaralanması		**n**	**Min-Mak (Medyan)**	**Ort±Ss**	**P**
Hastalarda basınç yaralanması gözlemleme durumu	**Evet**	232	0-100 (75)	79,63±21,76	-
	•Hayır	3	25-75 (50)	50,00±25,00	
Mezuniyet sonrası önlenmesi ve tedavisi ile ilgili bir eğitim alma durumu	**Evet**	168	0-100 (75)	77,38±22,43	**0,030***
	Hayır	67	25-100 (100)	83,96±20,27	

[b]Mann Whitney U Test *p<0.05

•Kişi sayısının az olmasından dolayı istatistiksel değerlendirme yapılmamıştır

Hemşirelerin hastalarda basınç yaralanması gözlemleme durumlarına göre basınç yaralanması bilgi düzeyi puanları Tablo 4.13'de görülmekte olup, kişi sayısının gruplarda az olmasından dolayı istatistiksel olarak değerlendirilememiştir.

Hemşirelerin mezuniyet sonrası basınç yaralanmalarının önlenmesi ve tedavisi ile ilgili bir eğitim alma durumlarına göre basınç yaralanması bilgi düzeyi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0.030; p<0.05). Mezuniyet sonrası basınç yaralanmalarının önlenmesi ve tedavisi ile ilgili eğitim alanların basınç yaralanması bilgi düzeyi puanları, eğitim almayanlardan daha düşüktür (Tablo 4.13).

Tablo 4-14: İAD Doğru Ayırt Edebilme Durumlarına Göre Görselleri Verilen Vakalara Doğru Yanıt Verebilme Oranlarının Değerlendirilmesi

		İAD ayırt edebilme		
		Yanlış (n=62)	**Doğru (n=173)**	
		n (%)	**n (%)**	**[c]p**
Görsel 1	**Yanlış**	26 (41,9)	50 (28,9)	**0,060**
	Doğru	36 (58,1)	123 (71,1)	
Görsel 3	**Yanlış**	22 (35,5)	34 (19,7)	**0,012***
	Doğru	40 (64,5)	139 (80,3)	
Görsel 4	**Yanlış**	13 (21,0)	13 (7,5)	**0,004****
	Doğru	49 (79,0)	160 (92,5)	

[c]Pearson Ki-kare Test *p<0.05 **p<0.01

İAD doğru ayırt edebilme durumlarına göre hemşirelerin Görsel 1'e doğru yanıt verme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 4.14) (p>0.05).

İAD doğru ayırt edebilme durumlarına göre hemşirelerin Görsel 3'e doğru yanıt verme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (Tablo 4.14) (p=0.012; p<0.05). İAD doğru ayırt edebilenlerin Görsel 3'e doğru yanıt verme oranı daha yüksektir.

İAD doğru ayırt edebilme durumlarına göre hemşirelerin Görsel 4'e doğru yanıt verme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (Tablo 4.14) (p=0.004; p<0.01). İAD doğru ayırt edebilenlerin Görsel 4'e doğru yanıt verme oranı daha yüksektir.

Tablo 4-15: Basınç Yaralanmasını Doğru Ayırt Edebilme Durumlarına Göre Görselleri Verilen Vakalara Doğru Yanıt Verebilme Oranlarının Değerlendirilmesi

		Basınç yaralanması ayırt edebilme		
		Yanlış (n=88)	**Doğru (n=147)**	
		n (%)	**n (%)**	**[c]p**
Görsel 2	**Yanlış**	18 (20,5)	9 (6,1)	**0,001****
	Doğru	70 (79,5)	138 (93,9)	
Görsel 5	**Yanlış**	53 (60,2)	84 (57,1)	**0,643**
	Doğru	35 (39,8)	63 (42,9)	
Görsel 6	**Yanlış**	10 (11,4)	5 (3,4)	**0,016***
	Doğru	78 (88,6)	142 (96,6)	

[c]Pearson Ki-kare Test *p<0.05 **p<0.01

Basınç yaralanması doğru ayırt edebilme durumlarına göre hemşirelerin Görsel 2'ye doğru yanıt verme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (Tablo 4.15) (p=0.001; p<0.01). Basınç yaralanması doğru ayırt edebilenlerin Görsel 2'ye doğru yanıt verme oranı daha yüksektir.

Basınç yaralanması doğru ayırt edebilme durumlarına göre hemşirelerin Görsel 5'e doğru yanıt verme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 4.15) (p>0.05).

Basınç yaralanması doğru ayırt edebilme durumlarına göre hemşirelerin Görsel 6'ya doğru yanıt verme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.016$; $p<0.051$). Basınç yaralanması doğru ayırt edebilenlerin Görsel 6'ya doğru yanıt verme oranı daha yüksektir (Tablo 4.15).

5. TARTIŞMA

Bu çalışma, yatağa bağımlı bireylere bakım veren hemşirelerin(n=235) İAD ve basınç yaralanması farkındalık düzeylerinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Çalışma alanı olarak kurum izni alınan hastanelerin yoğun bakım üniteleri tercih edilmiştir.

5.1. Hemşirelerin İnkontinans Alakalı Dermatite Dair Bilgi Düzeyi Puanlarının Tartışılması

Yoğun bakım hemşirelerinin İAD bilgi düzeyi puanı değerlendirilmiş ve ortalama 43,19±27,47 olarak hesaplanmıştır.

Sosyo-demografik özellikler incelendiğinde çalışmaya katılan ön lisans programı ile sağlık meslek lisesi programı mezunu hemşirelerin bilgi düzeyi puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur($p=0.007$; $p<0.01$). Lisans ve lisans üstü programlardan mezun olan hemşirelerin bilgi puan düzeyleri ile ön lisans programlarından mezun olan hemşirelerin bilgi puan düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmaması dikkat çekicidir(Tablo 4.10). Bu bulgu, hemşirelilk eğitiminde inkontinans alakalı dermatit konusuna yer verilmemesi ile ilişkilendirilebilir.

Ülkemizde yapılan bir diğer çalışmada hemşirelerin İAD'ye dair bilgi düzeyleri değerlendirilmiş ve çalışma sonucunda önleme ve tedaviye dair puanlamalarda ön lisans programından mezun olan hemşirelerin puanlarının sağlık meslek lisesi programlarından mezun olan hemşirelere oranla daha yüksek puan aldıkları görülmüştür(7). Elde edilen bu sonuç eğitim düzeyine dair bulguyu destekler niteliktedir. Aynı çalışmada toplam puan değerlendirmesinde yüksek lisans mezunu hemşirelerin puan düzeyleri daha yüksek iken çalışmamızda en yüksek puanı ön lisans mezunu hemşirelerin almış olduğu görülmektedir.

Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin deneyim sürelerinin bilgi düzeyi puanını önemli ölçüde etkilediği, çalışma süresi 5yıl ve üzeri olan örneklem gurubunun puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır($p=0.030$; $p<0.05$)(Tablo 4.10). Bu bulgu bilgi düzeyinin deneyimlenen vaka sayısı ile doğru orantılı olarak artmış olabileceğini kanıtlar niteliktedir. Hemşirelerin İAD bilgi düzeyinin ölçüldüğü çalışmada da yoğun bakımda hizmet süresi arttıkça doğru cevap verme oranının arttığı görülmektedir(7). Saptanan bu bulguya rağmen, hastalarında İAD gözlemlediğini belirten hemşirelerin,

İAD gözlemlemediğini belirten hemşirelere göre daha düşük bilgi düzeyi puanına sahip olmaları dikkat çekicidir((p=0.059; p>0,05)(Tablo 4.11).

Hemşirelerin İAD ile ilgili bilgi düzeyi sorularına verdikleri cevaplar incelendiğinde; İAD tanımına yüksek oranda doğru yanıt verdikleri gözlemlenmekle beraber(n=157), İAD patofizyolosini yüksek oranda yanlış yanıtladıkları(n=138) görülmektedir(Tablo 4.4). Hemşireler, İAD'nin cildin idrar ve gaitaya maruz kalması sonucu geliştiğini bilmektedirler. Fakat cildin genel yapısına dair bilgi düzeylerinin düşük olduğu görülmektedir. Hemşireler, idrar ve gaita bulaşıyla cildin pH değerinin asidik düzeye ulaştığını düşünerek, İAD patofizyolojisi ile ilgili soruya yanlış cevap vermişlerdir. Bu bulgu, cildin genel anatomik ve fizyolojik yapısına dair bilgi eksikliğini destekler niteliktedir.

Hemşirelerin, İAD önlenme protokolünün sorgulandığı soruya düşük oranda doğru cevap vermişlerdir(n=52). Hemşireler çoğunlukla cilt temizliğinde pH değeri 7,4-7,9 olan temizleme ürünlerinin kullanımını savunmuştur(n=93)(Tablo 4.4). Bu bulgu, hemşirelerin cildin asit-manto yapısını bilmediklerini tekrar destekler niteliktedir.

Tüm bu bulgular İAD hakkında eksik ve yanlış bilgiye sahip olunduğunu göstermekte ve bilgi düzeyi puanını destekler düzeydedir.

5.2. Hemşirelerin Basınç Yaralanmalarına Dair Bilgi Düzeyi Puanlarının Tartışılması

Yoğun bakım hemşirelerinin basınç yaralanmalarına dair bilgi düzeyi puanı değerlendirilmiş ve ortalama 79.26±22.00 puan olarak tespit edilmiştir (Şekil: 4.2).

Hemşirelerin eğitim durumları, yoğun bakımdaki hizmet süreleri ve çalıştıkları kurumlara göre basınç yaralanması bilgi düzeyi puanlarında anlamlı fark bulunamamıştır. Bu bulgu, basınç yaralanmalarının hemşirelik eğitimi dahilinde olması, mezuniyet sonrası eğitimlerinin devam etmesi ve çalışılan kurumların çoğunlukla basınç yaralanmalarına dair standart prosedürler uyguluyor olması ile ilişkilendirilebilir. Hemşirelerin, basınç yaralanması tanımı, patofizyolojisi, risk faktörleri ve önleme stratejileri ile ilgili soruların hepsine çoğunlukla doğru yanıt vermiştir (Tablo 4.6). Fakat hemşirelerin, poziyon değişimi ile ilgili güncel önerinin verildiği soruya diğer sorulara oranla yanlış cevap verdikleri görülmektedir. Bu bulgu hemşirelerin basınç yaralanması önlemleri ile ilgili bilgi eksikliğini kanıtlamaktadır.

2017 yılında Amerika'da yapılan bir çalışmada, yoğun bakım hemşirelerinin basınç yaralanması bilgi düzeyleri incelenmiştir. Yoğun bakım deneyimi 5-10 yıl olan hemşirelerin puanlarının 20 yıl ve üzeri olanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiş fakat anlamlı fark bulunamamıştır. Hemşirelerin evrelendirme sistemi ile ilgili sorulara önleme stratejileri ile ilgili sorulardan daha fazla doğru yanıt vermişlerdir(72).

2018 yılında İran'da yapılan bir çalışmada, öğrenci hemşireler, asistan hemşireler ve hemşirelerin basınç yaralanmalarının önlenmesine dair bilgi düzeyi puanları hesaplanmış ve hemşirelerin, öğrenci ve asistan öğrencilerden daha yüksek puan aldığı görülmüştür. Fakat her üç örneklem grubunun da basınç yaralanması önlenmesine dair puanlarının beklenen ve önerilen puandan düşük olduğu görülmüştür((70).

Üç çalışma da basınç yaralanması önlenmesine dair bilgi eksikliğini kanıtlar niteliktedir. Hemşirelik eğitim programlarının ve sağlık kurumlarının basınç yaralanması önleme prosedürlerinin güncellenmesi basınç yaralanmasına dair bilgi düzeyinin artmasını sağlayacaktır.

5.3. Hemşirelerin İnkontinans Alakalı Dermatit ve Basınç Yaralanması İle İlgili Farkındalık Durumlarının Tartışılması

İAD farkındalık durumları incelendiğinde; hemşirelerin(n=193) hastalarında İAD gözlemledikleri fakat çalıştıkları kurumlarda İAD risk değerlendirme ve/veya tanılama ölçeği kullanmadıkları ve mezuniyet sonrası İAD ile ilgili eğitim alma oranının oldukça düşük olduğu görülmektedir(Tablo 4.2). Bu durum hemşirelik eğitim sürecinde İAD'nin yer almaması dışında, meslek hayatında da kurumların İAD ile ilgili prosedürlerinin olmadığını gösterir niteliktedir.

Basınç yaralanması farkındalık durumları incelendiğinde ise İAD farkındalık durumunun tam tersine, hemşireler(n=232) hastalarında basınç yaralanması gözlemledikleri ve çalışmanın yapıldığı tüm hastanelerde basınç yaralanması risk değerlendirme ve/veya tanılama ölçeği kullandıkları ve mezuniyet sonrası basınç yaralanması ile ilgili eğitim alma durumunun oldukça yüksek olduğu görülmektedir.

2016 yılında Avustralya'da, yoğun bakımda çalışan hemşirelerin bilgi düzeylerini ölçmek ve İAD tanımlanması ve önlenmesini sağlamak amacıyla yapılan bir çalışmada, çalışmanın yürütüldüğü sağlık kurumunun standart olarak izlemekte olduğu İAD önleme politikasının ve İAD'ye özel bir tanılama aracının olmadığı

belirtilmiştir(73). Verilen eğitim, oluşturulan standart önlem politikası ve cilt bakım ürünlerinin belirlenmesi ile hemşirelerin İAD'yi ayırt edebilme yeteneklerinin %40 oranında artmış olduğu belirtilmiştir(73). Araştırmanın bu sonucu İAD farkındalık durumuna dair bulguları destekler niteliktedir.

2018 yılında Avustralya'da yapılan prevelans çalışmasında İAD ve basınç yaralanması gözlemleyen hemşirelerin bakım uygulamaları incelenmiş ve hemşirelerin kanıtı hiç olmayan ve kanıt gücü düşük uygulamaları tercih ettiği belirtilmiştir(69). Kurumların İAD'ye dair standart prosedürler oluşturmalarıyla, İAD ve basınç yaralanmalarına dair doğru bakım uygulamalarının ve İAD ve basınç yaralanması ayrımına dair farkındalığın artacağı öngörülmektedir.

5.4. Hemşirelerin İnkontinans Alakalı Dermatiti Basınç Yaralanmasından Ayırt Edebilme Durumlarının Tartışılması

Hemşirelere basınç yaralanması ve inkontinans alakalı dermatit cilt problemlerine dair yara yatağı özelliklerinin sorulduğu iki soru ve görselleri verilmiş olan altı vaka sorusu sorulmuştur. Hemşireler basınç yaralanmasının yara yatağı özelliklerinin verildiği soruya %62.6 oranında doğru yanıt verirken, inkontinans dermatiti yara yatağı özelliklerinin verildiği soruya %73.6 oranında doğru yanıt vermişlerdir. İAD yara yatağı özelliklerinin daha yüksek oranda doğru biliniyor olması çalışma bulguları için dikkat çekicidir.

Vaka çalışmalarına verilen yanıtlarda hemşireler, GLOBIAD aracına göre 1A kategorisinde kabul edilen İAD vakasına en az oranda doğru yanıt vermişlerdir. Bu bulgu 1A evresi ile evre I basınç yaralanmasının tanılanmasında yaşanan ikilem zorluklarını destekler niteliktedir. 13 ve 14. sorularda görselleri sunulan İAD vakalarını ise yüksek oranda doğru yanıtlamışlardır (Tablo4.9).

Hemşirelerin en az doğru yanıt verdiği basınç yaralanması görseli ise şüpheli derin doku hasarı evrelendirmesine sahip vakadır. Hemşireler 12 ve 16.sorularda verilen evre III ve evre IV basınç yaralanmalarına yüksek oranda doğru yanıt vermişlerdir. Bu bulgu hemşirelerin güncel basınç yaralanması evrelendirme sistemine veya şüpheli derin doku hasarına dair bilgi eksikliğini düşündürmektedir.

2010 yılında Türkiye'de yapılan bir çalışmada hemşirelerin şüpheli derin doku hasarı ve evre I basınç yaralanmalarını birbirinden ayırt edebilmelerine dair bir çalışma

yapılmış ve hemşirelerin şüpheli derin doku hasarına dair bilgi düzeylerinin eksik olduğu tespit edilmiştir(68).

2016 yılında Kore'de yapılan bir çalışmada hemşirelerden basınç yaralanmalarını ve inkontinans alakalı dermatiti evrelendirme yeteneklerini tespit etmek amacıyla 21 cilt lezyonunu değerlendirmeleri istenmiştir. Çalışmaya 407 hemşire dahil edilmiş ve ön test – son test uygulaması yapılarak hemşirelere eğitim verilmiştir. Eğitim programı sonucunda hemşirelerin evrelendirme yetenekleri anlamlı derecede artmıştır. Fakat inkontinans alakalı dermatit, evre III, şüpheli derin doku hasarı ve evrelendirilemeyen evre basınç yaralanmalarına dair ayırıcı tanı yeteneklerinin oldukça zayıf olduğu belirlenmiştir(71).

Yapılan çalışamalarda hemşirelerin evrelendirme yeteneklerinin ve bilgi düzeylerinin arttırılması gerektiği görüşü desteklenmektedir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1.Sonuçlar

Bu araştırma yatağa bağımlı bireylere bakım veren yoğun bakım hemşirelerinin inkontinans alakalı dermatit ve basınç yaralanmaları ayrımına dair farkındalıklarının incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıdaki gibidir:

1. Araştırmaya katılan hemşirelerin %7,7'si sağlık meslek lisesi, %11'i ön lisans, %74,9'u lisans, %6'sı yüksek lisans, %0,4'ü doktora programından mezundur. Hemşirelerin %23,8'i 6ay-1yıl, %49,4'ü 1-5 yıl, %26,8'i ise 5 yıldan fazla sürelerle %48,5'i devlet hastanelerinde, %51,5'i eğitim ve araştırma hastanelerinde bulunan yoğun bakım ünitelerinde çalışmaktadır.
2. Hemşirelerin %80'i mezuniyet sonrası İAD önlenmesi ve tedavisi ile ilgili eğitim almadığını, %100'ü İAD ile ilgili bir değerlendirme ölçeği kullanmadığını ve %82,1'i hastalarında İAD gözlemlediğini bildirmiştir.
3. Hemşirelerin %28,5'i mezuniyet sonrası basınç yaralanması önlenmesi ile ilgili eğitim almadığını,%100'ü çalıştığı kurumda basınç yaralanması ile ilgili değerlendirme ölçeği kullandığını , %98,7'si hastalarında basınç yaralanması gözlemlediğini bildirmiştir.
4. Hemşirelerin İAD ile ilgili bilgi düzeyleri 100 puanlık bir sistem oluşturularak ölçülmüş ve ortalama puanları 43,19±27,47 olarak hesaplanmıştır. Hemşireler en çok İAD tanımlanmasını doğru cevaplandırmışlardır. Hemşirelerin %66,8'i İAD'nin inkontinans ürünlerine kronik bir şekilde maruz kalmanın sonucu geliştiğini bildirip İAD'yi doğru tanımlarken, %23'ü İAD'nin basınç ve inkontinans sonucu oluştuğunu, %10,2'si sürtünme, basınç ve inkontinans sonucu oluştuğunu düşünmektedirler. İAD için risk faktörünün değerlendirildiği soruya hemşirelerin %51,9'unun basınç, %34'ünün azalmış doku perfüzyonu ve oksijenizasyonu, %14'ünün ise inkontinans cevaplarını verdiği görülmektedir. İAD patofizyolojisini hemşirelerin %31,9'unun doğru yanıtladığı, %58,7'sinin inkontinans maruziyeti sonucu cilt pH'ının asidik değerlere ulaştığının belirtildiği c şıkkını işaretlediği görülmektedir. İAD önlenmesine yönelik soruya hemşirelerin %22,1'inin cildin pH değeri 5,4-5,9 olan ürünlerle temizlenmesi gerektiği belirtilen şıkkı işaretleyerek

doğru yanıt verdiği, %39,6'sının cilt temizliğinin pH değeri 7,4-7,9 olan ürünler ile yapılması gerektiğini belirtmişlerdir.

5. Hemşirelerin basınç yaralanmalarına ilişkin bilgi düzeyleri aynı 10lük sistemle ölçülmüş ve ortalama puanları 79,26±22,00 olarak hesaplanmıştır. Basınç yaralanmaları ile ilgili tüm sorulara İAD'ye ilişkin sorulara verilen cevapların aksine hemşirelerin yüksek oranda doğru yanıt verdiği görülmektedir.
6. Hemşireler basınç yaralanması tanımına %89,4 oranda doğru cevap verirken, %8,1'i nemin, %2,6'sı inkontinansın basınç yaralanması oluşmasında temel faktör olduğunu düşünerek yanlış cevap vermiştir. Hemşireler, basınç yaralanması patofizyolojisi için basınç faktörünün yanında sürtünme/makaslanma faktörlerinin önemli rol oynadığını belirterek %73,6 oranında doğru yanıt verirken, %22,6 oranında basınç ve nem faktörlerinin patofizyolojik süreci başlattığını, %3,8'i ise sadece inkontinans varlığının basınç yaralanması oluşması için yeterli olduğunu belirtmiştir. Hemşireler risk faktörlerinin değerlendirildiği soruya %93,2 oranında doğru yanıt vermişlerdir. Basınç yaralanmalarının önlenmesinde önemli rol oynayan pozisyon değiştirme girişimi için hemşireler %60,9 oranında doğru yanıt vermişlerdir.
7. Hemşirelerin İAD ve basınç yaralanması lezyonlarında yara yatağı özelliklerine dair bilgi durumları ölçülmüştür. Hemşireler basınç yaralanmalarında yara yatağı özelliklerinin verildiği soruya %62,6 oranında doğru cevap verirken, %33,2 oranında bu özelliklerin aynı zamanda İAD için de uygun olduğunu, %4,3 oranında ise bu özelliklerin sadece İAD için uygun olduğunu belirtmişlerdir.
8. Hemşireler İAD yara yatağı özelliklerinin verildiği %73,6 oranında doğru yanıt verirken, %19,6 oranında bu özelliklerin aynı zamanda basınç yaralanması için uygun olduğunu, %6,8'i ise bu özelliklerin sadece basınç yaralanması için uygun olduğunu belirtmişlerdir.
9. Hemşirelerde 11-16. sorularda İAD ve basınç yaralanması tanılarını görsellere uygun şekilde işaretlemeleri istenmiştir. Hemşireler çoğunlukla görsel vaka sorularına doğru yanıt vermişlerdir.

10. İAD bilgi düzeyi puanlamasının sağlık meslek lisesi, ön lisans, lisans ve lisans üstü programlardan mezun olunması durumları ile karşılaştırılmış ve sağlık meslek lisesi ile ön lisans grubu arasında anlamlı fark bulunmuştur($p<0,01$).
11. Hemşirelerin yoğun bakımda hizmet verme süreleri ile İAD bilgi düzeyi puanları karşılaştırıldığında; 1-5 yıl ve 5 yıl üzeri hizmet veren hemşirelerin 6 ay-1 yıl süre ile hizmet veren hemşirelerden daha yüksek puan aldığı görülmüştür($p<0,05$).
12. Devlet hastanelerinde çalışan hemşirelerin İAD bilgi düzeyi puanlarının eğitim araştırma hastanelerinde çalışan hemşirelerinkinden daha yüksek olduğu saptanmıştır.
13. Hastalarında İAD gözlemlemediğini belirten hemşirelerin bilgi düzey puanları, hastalarında İAD gözlemlediğini bildiren hemşirelerden daha yüksektir.
14. Basınç yaralanması bilgi düzeyi puanı hemşirelerin eğitim durumu, yoğun bakımdaki hizmet süreleri ve çalıştıkları kuruma göre değişiklik göstermemiştir.
15. Basınç yaralanması önlenmesi ile ilgili mezuniyet sonrası eğitim almayan hemşirelerin bilgi düzey puanlarının, eğitim alan hemşirelere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır($p<0,05$).
16. İAD yara yatağı özelliklerinin test edildiği soruya doğru yanıt veren hemşirelerin 13. ve 14.soruda görseli verilen, GLOBIAD tanılama ölçeğine göre 2A ve 2B kategorizasyonuna sahip İAD vakalarına yüksek oranda doğru tanılama yaptığı saptanmıştır(sırasıyla; $p<0,05$ ve $p<0,01$). İAD yara yatağı özelliklerine doğru yanıt veren hemşirelerin 11.soruda görseli verilen GLOBIAD tanılama ölçeğine göre 1A kategorizasyonuna sahip İAD vakasına doğru yanıt vermeleri arasında anlamlı fark bulunamamıştır.
17. Basınç yaralanması yara yatağı özelliklerinin test edildiği soruya doğru yanıt veren hemşirelerin 12. ve 16. soruda görseli verilen basınç yaralarına yüksek oranda doğru yanıt verdiği saptanmıştır(sırasıyla; $p<0,01$ ve $p<0,05$).

6.2.Öneriler

Hemşirelerin, basınç yaralanması bilgi düzey puanları inkontinans alakalı dermatit bilgi düzey puanlarına göre yüksek olarak tespit edilmesine rağmen her iki

problem hakkında da bilgi eksikliklerinin olduğu ve tanılamada zorluklar yaşandığı çalışmamızda tespit edilmiştir. Bu sebeple:

1. Hemşirelerin basınç yaralanması ve İAD konuları hakkında mezuniyet öncesi ve sonrası bilgi düzeylerini arttırıcı eğitimler düzenlenmesi,

2. Klinisyen ve akademisyen hemşirelerin basınç yaralanması ve özellikle İAD konuları üzerinde bilimsel çalışmalar yapması,

3. Doğru evrelendirme ve doğru bakım uygulamalarının sağlanması adına bakım protokollerinin geliştirilmesi, tanılama ölçeklerinin kullanılması, güncel evrelendirme kararlarının takip edilmesi ve evrelendirme posterlerinin hazırlanması, yapılan yara bakımlarının mutlaka kayıt altına alınması,

4. Hastanelerde yara bakımı hemşireliği alanında kadroların oluşturulması ve hemşirelerin bu konuda kapsamlı eğitimler alarak alanlarında uzmanlaşması,

5. Yara bakımı ile ilişkili bilimsel faaliyetlere katılınması ve bilimsel faaliyetlerin düzenlenmesi,

6. Cildin anatomik ve fizyolojik yapısının doğru öğrenilmesinin sağlanması ve bu doğrultuda cilt temizleme ve yara bakım ürünlerinin doğru kullanımı hakkında hemşirelerin bilinçlendirilmesi,

7. Bilimsel derneklere üye olunması konusunda hemşirelerin bilgilendirilmesi önerilir.

KAYNAKLAR

1. Feng, H., Wu, Y., Su, C., Li, G., Xu, C., & Ju, C. (2018). Skin injury prevalence and incidence in China: a multicentre investigation. *Journal of Wound Care, 27*(Sup10), S4-S9. https://doi.org/10.12968/jowc.2018.27.Sup10.S4
2. Hahnel, E., Blume-Peytavi, U., Trojahn, C., & Kottner, J. (2017). Associations between skin barrier characteristics, skin conditions and health of aged nursing home residents: a multi-center prevalence and correlational study. *BMC Geriatrics*, *17*(1). https://doi.org/10.1186/s12877-017-0655-5
3. Kara, A., Ortac, E., Hapa, A., Ocal, S., & Topeli, A. (2015). Dermatological Problems and Dermatology Consultations in Intensive Care Units. *Turkish Journal of Medical and Surgical Intensive Care*, *6*(1), 1-3. https://doi.org/10.5152/dcbybd.2015.541
4. NPUAP. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Clinical Practise Guideline (İnternette) 2014, Eylül. Erişim:10.02.2019, http://internationalguideline.com/guideline
5. Bruce, T. A., Shever, L. L., Tschannen, D., & Gombert, J. (2012). Reliability of Pressure Ulcer Staging: A Review of Literature and 1 Institution's Strategy. *Critical Care Nursing Quarterly*, *35*(1), 85-101. https://doi.org/10.1097/CNQ.0b013e31823b1f22
6. Beeckman, D., Schoonhoven, L., Fletcher, J., Furtado, K., Heyman, H., Paquay, L., … Defloor, T. (2010). Pressure ulcers and incontinence-associated dermatitis: effectiveness of the Pressure Ulcer Classification education tool on classification by nurses. *BMJ Quality & Safety*, *19*(5), e3-e3. https://doi.org/10.1136/qshc.2008.028415
7. Şahin, F. *Hemşirelerin İnkontinans Alakalı Dermatit'e İlişkin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Koç Üniversitesi, 2017.
8. Gray, M., Black, J. M., Baharestani, M. M., Bliss, D. Z., Colwell, J. C., Goldberg, M., … Ratliff, C. R. (2011). Moisture-Associated Skin Damage: Overview and Pathophysiology. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, *38*(3), 233-241. https://doi.org/10.1097/WON.0b013e318215f798
9. Beeckman,D. *PuClas4:Pressure Ulcers and IAD Classification eLearning*

Module [web page on the Internet]. Erişim:24.04.2018, University Centre for Nursing & Midwifery 2017, Ghent University, Belgium: https://puclas4.ucvvgent.be/

10. Beele, H., Smet, S., Van Damme, N., & Beeckman, D. (2018). Incontinence-Associated Dermatitis: Pathogenesis, Contributing Factors, Prevention and Management Options. *Drugs & Aging*, *35*(1), 1-10. https://doi.org/10.1007/s40266-017-0507-1
11. Voegeli, D. (2012). Moisture-associated skin damage: aetiology, prevention and treatment. *British Journal of Nursing*, *21*(9), 517-521. https://doi.org/10.12968/bjon.2012.21.9.517
12. Gray, M. Incontinence Associated Dermatitis in The Elderly Patient: Assesment, Prevention and Management [web page on the Internet] 2014. Erişim Tarihi: 18.12.218. https://www.aginglifecarejournal.org/incontinence-associated-dermatitis-in-the-elderly-patient-assessment-prevention-and-management/
13. Gray, M., & Giuliano, K. K. (2017). Incontinence-Associated Dermatitis and Immobility as Pressure Injury Risk Factors: A Multisite Epidemiologic Analysis. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 1. https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000390
14. Voegeli, D. (2013). Moisture-associated skin damage: an overview for community nurses. *British Journal of Community Nursing*, *18*(1), 6-12. https://doi.org/10.12968/bjcn.2013.18.1.6
15. Güngör, S., Erdal, M. S., & Özdin, D. (2011). Derinin Yapısının Aydınlatılması ve Geçirgenliğinin Değerlendirilmesinde Kullanılan Biyofiziksel Yöntemler. *Türkiye Klinikleri Journal of Dermatology*, 21(1), 25-39.
16. Menon, G. K., Cleary, G. W., & Lane, M. E. (2012). The structure and function of the stratum corneum. *International Journal of Pharmaceutics*, *435*(1), 3-9. https://doi.org/10.1016/j.ijpharm.2012.06.005
17. Beeckman, D. Incontinence Associated Dermatitis: Moving Prevention Forward. [web page on the Internet] (2015) Erişim tarihi:11.01.2019 https://www.woundsinternational.com/
18. Zulkowski, K. (2012). Diagnosing and Treating Moisture Associated Skin Damage *Advances Skin & Wound Care*, *25*, 231-6, quiz 237-8.

19. Gray, M., Beeckman, D., Bliss, D. Z., Fader, M., Logan, S., Junkin, J., … Kurz, P. (2012). Incontinence-Associated Dermatitis: A Comprehensive Review and Update. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, *39*(1), 61-74. https://doi.org/10.1097/WON.0b013e31823fe246
20. Heywood, N., Holloway, S. (2014). Risk Factor for Incontinence Dermatitis: An Evidence-Based Review. *Wounds UK, 10*(4).
21. Bliss, D. Z., Savik, K., Thorson, M. A. L., Ehman, S. J., Lebak, K., & Beilman, G. (2011). Incontinence-Associated Dermatitis in Critically Ill Adults: Time to Development, Severity, and Risk Factors. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, *38*(4), 433-445. https://doi.org/10.1097/WON.0b013e318220b703
22. Borchert, K., Bliss, D. Z., Savik, K., & Radosevich, D. M. (2010). The Incontinence-Associated Dermatitis and Its Severity Instrument: Development and Validation. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, *37*(5), 527-535. https://doi.org/10.1097/WON.0b013e3181edac3e
23. Larner, J., Matar, H., Goldman, V. S., & Chilcott, R. P. (2015). Development of a cumulative irritation model for incontinence-associated dermatitis. *Archives of Dermatological Research*, *307*(1), 39-48. https://doi.org/10.1007/s00403-014-1526-y
24. Beeckman, Dimitri, Schoonhoven, L., Verhaeghe, S., Heyneman, A., & Defloor, T. (2009). Prevention and treatment of incontinence-associated dermatitis: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, *65*(6), 1141-1154. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.04986.x
25. Kottner, J., & Berlin, C.-U. (2017). *HOW TO CITE THIS DOCUMENT*. 7.
26. Beeckman, D., Van den Bussche, K., Alves, P., Arnold Long, M. C., Beele, H., Ciprandi, G. ve ark. (2018). Towards an international language for incontinence-associated dermatitis (IAD): design and evaluation of psychometric properties of the Ghent Global IAD Categorization Tool (GLOBIAD) in 30 countries. *British Journal of Dermatology*, *178*(6), 1331-1340. https://doi.org/10.1111/bjd.16327
27. Langemo, D., Hansone, D., Hunter, S., Thompson, P., Oh, I.E. (2011). Incontinence and Incontinence Associated Dermatitis. *Advances Skin & Wound Care, 24*, 126-40; quiz 141-2.

28. Doughty, D., Junkin, J., Kurz, P., Selekof, J., Gray, M., Fader, M. ve ark. (2012). Incontinence-Associated Dermatitis: Consensus Statements, Evidence-Based Guidelines for Prevention and Treatment, and Current Challenges. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, *39*(3), 303-315. https://doi.org/10.1097/WON.0b013e3182549118
29. McNichol, L. L., Ayello, E. A., Phearman, L. A., Pezzella, P. A., & Culver, E. A. (2018). *Incontinence-Associated Dermatitis: State of the Science and Knowledge Translation*. *31*(11), 12.
30. Beeckman, Dimitri, Woodward, S., & Gray, M. (2011). Incontinence-associated dermatitis: step-by-step prevention and treatment. *British Journal of Community Nursing*, *16*(8), 382-389. https://doi.org/10.12968/bjcn.2011.16.8.382
31. Beeckman, D., Van Damme, N., Schoonhoven, L., Van Lancker, A., Kottner, J., Beele, H. ve ark. (2016). Interventions for preventing and treating incontinence-associated dermatitis in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. https://doi.org/10.1002/14651858.CD011627.pub2
32. Beeckman, D. (2017). A decade of research on Incontinence-Associated Dermatitis (IAD): Evidence, knowledge gaps and next steps. *Journal of Tissue Viability*, *26*(1), 47-56. https://doi.org/10.1016/j.jtv.2016.02.004
33. Çel, S. (2009). Yoğun Bakım Hastalarında Fekal İnkontinans Yönetim Sistemlerinin Etkinliği: Hemşirelik Açısından Anlamı. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 17*(2), 137-143.
34. Gray, M., & Giuliano, K. K. (2017a). Incontinence-Associated Dermatitis and Immobility as Pressure Injury Risk Factors: A Multisite Epidemiologic Analysis. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 1. https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000390
35. Park, K. H. (2014a). The Effect of a Silicone Border Foam Dressing for Prevention of Pressure Ulcers and Incontinence-Associated Dermatitis in Intensive Care Unit Patients: *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, *41*(5), 424-429. https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000046
36. Beitz, J.M. (2006). Fecal Incontinence in Acutely and Critically III Patient: Option in Management. *Ostomy Wound Manage*, *52*(12), 56-66.
37. Coyer, F., & Tayyib, N. (2017). Risk factors for pressure injury development in

critically ill patients in the intensive care unit: a systematic review protocol. *Systematic Reviews, 6*(1). https://doi.org/10.1186/s13643-017-0451-5

38. Krause, J. S., Vines, C. L., Farley, T. L., Sniezek, J., & Coker, J. (2001). An exploratory study of pressure ulcers after spinal cord injury: Relationship to protective behaviors and risk factors. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 82*(1), 107-113. https://doi.org/10.1053/apmr.2001.18050
39. Gefen, A. (2014). From incontinence associated dermatitis to pressure ulcers. *Journal of Wound Care, 23*(7), 345-345. https://doi.org/10.12968/jowc.2014.23.7.345
40. Defloor, T., Schoonhoven, L., Fletcher, J., Furtado, K., Heyman, H., Lubbers, M. ve ark. (2005). Statement of the European Pressure Ulcer Advisory Panel—Pressure Ulcer Classification: Differentiation Between Pressure Ulcers and Moisture Lesions. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing, 32*(5), 302-306. https://doi.org/10.1097/00152192-200509000-00006
41. Houwing, R. H., Arends, J. W., Dijk, M. R. C., Koopman, E., & Haalboom, J. R. E. (2007). Is the Distinction Between Superficial Pressure Ulcers and Moisture Lesions Justifiable? A Clinical-Pathologic Study. *SKINmed, 6*(3), 113-117. https://doi.org/10.1111/j.1540-9740.2007.06357.x
42. Ousey, K., Gillibrand, W., & Lui, S. (2010). Effective management of acute faecal incontinence in hospital: review of continence management systems. *Frontline Gastroenterology, 1*(2), 94-97. https://doi.org/10.1136/fg.2009.001206
43. Shafipour, V., Ramezanpour, E., Heidari Gorji, M. A., & Moosazadeh, M. (2016). Prevalence of postoperative pressure ulcer: A systematic meta-analytic review. *Electronic Physician, 8*(11), 3170-3176. https://doi.org/10.19082/3170
44. Lima Serrano, M., González Méndez, M. I., Carrasco Cebollero, F. M., & Lima Rodríguez, J. S. (2017). Risk factors for pressure ulcer development in Intensive Care Units: A systematic review. *Medicina Intensiva (English Edition), 41*(6), 339-346. https://doi.org/10.1016/j.medine.2017.04.006
45. González-Méndez, M. I., Lima-Serrano, M., Martín-Castaño, C., Alonso-Araujo, I., & Lima-Rodríguez, J. S. (2018). Incidence and risk factors associated with the development of pressure ulcers in an intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing, 27*(5-6), 1028-1037. https://doi.org/10.1111/jocn.14091
46. Alderden, J., Rondinelli, J., Pepper, G., Cummins, M., & Whitney, J. (2017).

Risk factors for pressure injuries among critical care patients: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies, 71*, 97-114. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.03.012

47. Cox, J., & Roche, S. (2015). Vasopressors and Development of Pressure Ulcers in Adult Critical Care Patients. *American Journal of Critical Care, 24*(6), 501-510. https://doi.org/10.4037/ajcc2015123
48. Smit, I., Harrison, L., Letskuz, L., Quatrara, B. (2016). What Factors Are Associated with The Development of Pressure Ulcer in a Medical Intensive Care Unit. *Dimensions of Critical Care Nursing 35*(1).
49. Bly, D., Schallom, M., Sona, C., & Klinkenberg, D. (2016). A Model of Pressure, Oxygenation, and Perfusion Risk Factors for Pressure Ulcers in the Intensive Care Unit. *American Journal of Critical Care, 25*(2), 156-164. https://doi.org/10.4037/ajcc2016840
50. Gencer, Z. E., & Özkan, Ö. (2015). Pressure Ulcers Surveillance Report. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi, 13*(1), 26-30. https://doi.org/10.4274/tybdd.81300
51. Doğu, Ö. (2015). Yoğun Bakım Hemşirelerinin Bası Yarası, Bakımı ve Bakım Ürünleri Kullanımına İlişkin Bilgi ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi. *Journal of Human Rhyt, 1*(3), 95-100.
52. YOİHD. *Basınç Ülserlerinin Tedavisi: Hızlı Başvuru Kılavuzu*. Ankara : YOİHD (internette) 2010, Aralık. Erişim: 18.01.2019 http://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/qrg_treatment_in_turkish.pdf
53. Pressure ulcers get new terminology and staging definitions: (2017). *Nursing, 47*(3), 68-69. https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000512498.50808.2b
54. Webb, R. (2017). Pressure ulcer over pressure injury. *British Journal of Nursing, 26*(6), S4-S4. https://doi.org/10.12968/bjon.2017.26.6.S4
55. Biçer, E., Güçlüel, Y., Türker,M., Kepiçoğlu, N., Say, A. (2019). Pressure Ulcer Prevalence, Incidence, Risk, Clinical Features, and Outcomes Among Patients in a Turkish Hospital: A Cross Sectional, Retrospective Study. *Wound Management and Prevention, 65*(2), 20-28.
56. Karadağ, A. (2003). Basınç Ülserleri: Değerlendirme, Önleme ve Tedavi. *C.Ü.*

Hemşirelik Yüksek Okulu, 7(2).

57. NPUAP. *NPUAP Position Statement on Staging- 2017 Clarifications* (İnternette) 2017, Ocak. Erişim tarihi: 13.12.2018, https://www.npuap.org/resources/position-statements/
58. NPUAP. *Pressure Injury Prevention Points.*(İnternette) 2016, Nisan. Erişim tarihi: 15.12.2018, https://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/pressure-injury-prevention-points/
59. Edsberg, L. E., Black, J. M., Goldberg, M., McNichol, L., Moore, L., & Sieggreen, M. (2016). Revised National Pressure Ulcer Advisory Panel Pressure Injury Staging System: Revised Pressure Injury Staging System. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing, 43*(6), 585-597. https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000281
60. Agrawal, K, Chauhan N. (2012). Pressure Ulcers: Back to Basics. *Indian Journal Of Plastic Surgery 45*(2), 244-254.
61. Gul, Y. G., Koprulu, A. S., Haspolat, A., Uzman, S., Toptas, M., & Kurtulus, I. (2016). Is Braden Scale Reliable and Sufficient to Evaluate the Risk of Pressure Ulcer Occurrence in Level 3 Intensive Care Unit Patients? *Journal of Academic Research in Medicine, 6*(2), 98-104. https://doi.org/10.5152/jarem.2016.969
62. Fırat Kılıç, H., & Sucu Dağ, G. (2017a). Scales Used Frequently in the Assessment of Pressure Sores. *Journal of Academic Research in Nursing*. https://doi.org/10.5222/jaren.2017.049
63. Webster, P. J., Gavin, N., Nicholas, C., Coleman, K., & Gardner, G. (2010). Validity of the Waterlow scale and risk of pressure injury in acute care. *British Journal of Nursing, 19*(Sup2), S14-S22. https://doi.org/10.12968/bjon.2010.19.Sup2.47246
64. Çelik, S. *Dahili ve Cerrahi Hemşireliği.* Ankara: Nobel; 2015.
65. YOİHD. *Basınç Ülserlerini Önleme: Hızlı Başvuru Kılavuzu*. Ankara : YOİHD (internette) 2010, Aralık. Erişim: 24.01.2019 http://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/qrg_prevention_in_turkish.pdf
66. Cox, J., & Rasmussen, L. (2014). Enteral Nutrition in the Prevention and Treatment of Pressure Ulcers in Adult Critical Care Patients. *Critical Care*

Nurse, *34*(6), 15-27. https://doi.org/10.4037/ccn2014950

67. Dowsett, C. (2009). Use of TIME to improve community nurses' wound care knowledge and practice. *Wounds UK*, *5*(3).
68. Aydin, A. K., & Karadağ, A. (2010). Assessment of Nurses' Knowledge and Practice in Prevention and Management of Deep Tissue Injury and Stage I Pressure Ulcer: *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, *37*(5), 487-494. https://doi.org/10.1097/WON.0b013e3181edec0b
69. Barakat-Johnson, M., Barnett, C., Lai, M., Wand, T., & White, K. (2018). Incontinence, Incontinence-Associated Dermatitis, and Pressure Injuries in a Health District in Australia: A Mixed-Methods Study. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, *45*(4), 349-355. https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000446
70. Dalvand, S., Ebadi, A., & Ghanei Gheshlagh, R. (2018). Nurses’ knowledge on pressure injury prevention: a systematic review and meta-analysis based on the Pressure Ulcer Knowledge Assessment Tool. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology*, *Volume 11*, 613-620. https://doi.org/10.2147/CCID.S186381
71. Lee, Y. J., Kim, J. Y., & Korean Association of Wound Ostomy Continence Nurses. (2016). Effects of pressure ulcer classification system education programme on knowledge and visual differential diagnostic ability of pressure ulcer classification and incontinence-associated dermatitis for clinical nurses in Korea: Pressure ulcer education programme, nurses' knowledge and visual differential diagnostic ability. *International Wound Journal*, *13*, 26-32. https://doi.org/10.1111/iwj.12546
72. Miller, D. M., Neelon, L., Kish-Smith, K., Whitney, L., & Burant, C. J. (2017). Pressure Injury Knowledge in Critical Care Nurses: *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, *44*(5), 455-457. https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000350
73. Pather, Priscilla, ve Sonia Hines. "Best Practice Nursing Care for ICU Patients with Incontinence-Associated Dermatitis and Skin Complications Resulting from Faecal Incontinence and Diarrhoea": *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, c. 14, sy 1, Mart 2016, ss. 15-23. *Crossref*, doi:10.1097/XEB.0000000000000067.

74. Yusuf, S., Okuwa, M., Shigeta, Y., Dai, M., Iuchi, T., Rahman, S., … Sanada, H. (2015). Microclimate and development of pressure ulcers and superficial skin changes: Role of microclimate in pressure ulcers. *International Wound Journal*, *12*(1), 40-46. https://doi.org/10.1111/iwj.12048

75. Şahin, S., Akçiçek, F. Yaşlı Hastada Bası Yaraları Önleme, Tanı ve Tedavisi. (İnternette) 2009. Erişim tarihi: 05.05.2019 http://www.akadgeriatri.org/managete/fu_folder/2009-03/html/2009-1-3-139-146.htm

FORMLAR

Ek 1: Veri Toplama Formu

VERİ TOPLAMA FORMU

Değerli Meslektaşım;

İnkontinans Alakalı Dermatit (İAD), yatağa bağımlı bireylerde en sık rastlanan ve hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen cilt problemlerinden biridir. Çalışma alanlarında İAD çoğunlukla Basınç Yaralanması (BY) olarak tanılanmakta ve raporlanmaktadır.

Bu çalışma ile yoğun bakım hemşirelerinin yatağa bağımlı hasta bireylerde gelişen basınç yaralanması ve inkontinans alakalı dermatit problemlerini ayırt edebilmesi konusundaki farkındalık durumlarının incelenmesi amaçlanmıştır. Elde edeceğimiz sonuçların bakım uygulama protokollerine olumlu yönde etki edeceği öngörülmektedir. Bu nedenle, tüm soruları eksiksiz cevaplamanız araştırmanın sağlıklı sonuçlar verebilmesi için önemlidir. Değerlendirme soruları hazırlanmadan önce araştırmacı Ghent Üniversitesi – PUCLAS4 modül eğitim kursunu tamamlamış ve görsel kaynaklara modül eğitimden ulaşmıştır.

Verdiğiniz yanıtlar kesinlikle gizli kalacaktır. Hemşirelik bilimine katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

Tuğba YENİ

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi

Prof. Dr. Nuray ENÇ

İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa

Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı

BÖLÜM 1

DEMOGRAFİK BİLGİLER

1. Yaşınız _____
2. Eğitim durumunuz
   ( ) Sağlık Meslek Lisesi
   ( ) Ön Lisans Programı
   ( ) Lisans Programı
   ( ) Yüksek Lisans Programı
   ( ) Doktora Programı

3. Yoğun bakımdaki hizmet süreniz _____
4. Çalıştığınız kurumun adını belirtiniz. _____

5. Hastalarınızda inkontinans alakalı dermatit gözlemliyor musunuz?
   ( ) Evet ( ) Hayır
6. Çalıştığınız kurumda İAD ile ilgili risk değerlendirme ve tanılama ölçeği kullanıyor musunuz?
   ( ) Evet ( ) Hayır
7. Mezuniyetinizden sonra İAD önlenmesi ve tedavisi ile ilgili bir eğitim aldınız mı?
   ( ) Evet ( ) Hayır
8. Hastalarınızda BY gözlemliyor musunuz?
   ( ) Evet ( ) Hayır
9. Çalıştığınız kurumda BY risk değerlendirme ölçeği ve tanılama ölçeği kullanıyor musunuz?
   ( ) Evet ( ) Hayır
10. Mezuniyetinizden sonra basınç yaralanmalarının önlenmesi ve tedavisi ile ilgili bir eğitim aldınız mı?
    ( ) Evet ( ) Hayır

BÖLÜM 2

Bu bölümde İnkontinans Alakalı Dermatit(İAD) ve Basınç Yaralanmaları(BY) ile ilgili teorik bilgi ve vaka çalışmaları içeren 16 soru bulunmaktadır.

1. İAD tanımı aşağıdakilerin hangisinde doğru verilmiştir?

   a. Cildin basınç ve inkontinansa maruz kalması sonucu, bariyer fonksiyonunu kaybetmesi ve ciltte kızarıklık ve/veya doku kaybı gözlemlenmesidir.
   b. Cildin idrar ve gaitaya kronik bir şekilde maruz kalmasıyla bariyer fonksiyonunu kaybetmesi ve bunun sonucunda ciltte kızarıklık veya doku kaybı gözlemlenmesidir.
   c. Cildin sürtünme, basınç ve inkontinans maruziyetleri sonucunda kalıcı kızarık bir görünüm almasıyla karakterize cilt inflamasyonudur.

2. İAD için hangisi risk faktörü değildir?

   a. Basınç
   b. Azalmış doku perfüzyonu ve oksijenizasyonu
   c. İnkontinans

3. İAD patofizyolojisi için doğru olan ifadeyi seçiniz.

    a. Cildin sürekli basınca maruz kalması sonucu nem oranı artar ve cilt pH'ı alkali değerlere ulaşır. Bakteriyel kolonizasyona uygun ciltte lezyonlar oluşmaya başlar.
    b. Cildin irritan maddelere (idrar ve gaita) sürekli olarak maruz kalması sonucu nem oranı artar ve cilt pH'ı alkali değerlere ulaşır. Bakteriyel kolonizasyona uygun ciltte lezyonlar oluşmaya başlar.
    c. Cildin irritan maddelere (idrar ve gaita) sürekli olarak maruz kalması sonucu nem oranı artar ve cilt pH'ı asidik değerlere ulaşır. Bakteriyel kolonizasyona uygun ciltte lezyonlar oluşmaya başlar.

4. İAD önleme basamakları hangisinde doğru verilmiştir?

    a. pH değeri 7,4-7,9 olan ürünler ile cildin irritanlardan arındırılması- Cildin nemlendirilmesi- Tekrar irritan bulaşının önlenmesi
    b. Cildin irritanlardan arındırılması- Çinko oksit ile cildin nemlendirilmesi- Tekrar irritan bulaşının önlenmesi
    c. pH değeri 5,4-5,9 olan ürünler ile cildin irritanlardan arındırılması- Cildin nemlendirilmesi- Tekrar irritan bulaşının önlenmesi

5. BY tanımı hangisinde doğru verilmiştir?

    a. Özellikle kemik çıkıntıları üzerinde, dermisten kemik yapıya kadar uzanabilen, basınca ve/veya sürtünme/makaslanmaya maruz kalma ile oluşan cilt hasarıdır.
    b. Ciltte basınç ve neme bağlı meydana gelen cilt hasarlarıdır.
    c. Özellikle kemik çıkıntıları üzerinde cildin inkontinans ve neme maruz kalması ile oluşan cilt hasarlarıdır.

6. BY için aşağıdakilerden hangisi risk faktörü değildir?

    a. İmmobilizasyon
    b. Düşük albümin düzeyi
    c. Protein destekli beslenme

7. BY patofizyolojisi için doğru olan ifadeyi seçiniz.

    a. Cildin sürekli olarak basınç, sürtünme/makaslanmaya maruz kalması sonucunda doku perfüzyonu bozulur, lenfatik drenaj zayıflar, hücre deformasyonu ve doku iskemisi meydana gelir. Deri ve doku bütünlüğünde bozulma gözlemlenir.
    b. Cildin sürekli olarak basınç ve neme maruz kalması sonucunda doku perfüzyonu bozulur, lenfatik drenaj zayıflar, hücre deformasyonu ve doku iskemisi meydana gelir. Deri ve doku bütünlüğünde bozulma gözlemlenir.
    c. Cildin sürekli olarak inkontinansa maruz kalması sonucunda doku perfüzyonu bozulur, lenfatik drenaj zayıflar, hücre deformasyonu ve

doku iskemisi meydana gelir. Deri ve doku bütünlüğünde bozulma gözlemlenir.

8. Düzenli poziyon değişimi sağlamak basınç yaralanmalarını önlemede en önemli etkenlerden biridir. Aşağıdakilerden hangisi pozisyon verme ile ilgili güncel öneridir?

   a. 30°sağ- 30°düz- 30°sol- 30°sağ- 30°düz- 30°sol…
   b. 60°sağ- 90°düz- 60°sol- 60°sağ- 90°düz- 60°sol…
   c. 30°sağ- 90°düz- 30°sol- 30°sağ- 90°düz- 30°sol…

9. Yatağa bağımlı hastanızın koksiks bölgesinde belirgin kenarları olan, kas dokusunun gözle görüldüğü tünelleşmiş, eksudası olan bir yara yatağı gözlemlediniz. Aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

   a. Hastanın yara yatağı özellikleri İAD tanısı için uygundur.
   b. Hastanın yara yatağı özellikleri BY tanısı için uygundur.
   c. Yara yatağı özellikleri her iki tanı için de uygundur.

10. Yatağa bağımlı hastanızın perianal bölgesinde kızarık, eksudası olan, derinliği yüzeysel, kenarlı düzensiz, yaygın bir yara yatağı gözlemlediniz. Aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

    a. Hastanın yara yatağı özellikleri İAD tanısı için uygundur.
    b. Hastanın yara yatağı özellikleri BY tanısı için uygundur.
    c. Yara yatağı özellikleri her iki tanı için de uygundur.

11-16. sorular için görsele uygun gördüğünüz şıkkı işaretleyiniz.

11.



   a. Basınç Yaralanması
   b. İnkontinans Alakalı Dermatit

12.



a. Basınç Yaralanması
b. İnkontinans Alakalı Dermatit

13.



.

a. Basınç Yaralanması
b. İnkontinans Alakalı Dermatit

14.



a. Basınç Yaralanması
b. İnkontinans Alakalı Dermatit

15.



a. Basınç Yaralanması
b. İnkontinans Alakalı Dermatit

16.



a. Basınç Yaralanması
b. İnkontinans Alakalı Dermatit

Ek 2: Gönüllü Onam Formu

GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Bu bilgilendirilmiş gönüllü onam formu yoğun bakım hemşirelerini ‘’Yatağa Bağımlı Bireylere Bakım Veren Hemşirelerin İnkontinans Alakalı Dermatit ve Basınç Yaralanması Ayrımına Dair Farkındalıklarının İncelenmesi’’ adlı çalışmaya davet etmek amacı ile hazırlanmıştır.

Sorumlu Araştırmacı: Tuğba Yeni

Araştırmanın Bağlı Olduğu Kurum: İstanbul Üniversitesi- Sağlık Bilimleri Enstitüsü- İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Araştırmanın adı: Yatağa Bağımlı Bireylere Bakım Veren Hemşirelerin İnkontinans Alakalı Dermatit ve Basınç Yaralanması Ayrımına Dair Farkındalıklarının İncelenmesi

Araştırma Bilgisi

Sayın meslektaşım ‘’Yatağa Bağımlı Bireylere Bakım Veren Hemşirelerin İnkontinans Alakalı Dermatit ve Basınç Yaralanması Ayrımına Dair Farkındalıklarının İncelenmesi’’ adını vermiş olduğumuz çalışmamıza katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Çalışmada yer almadan önce bu çalışmanın ne amaçla ve nasıl yapılacağını anlamanız ve katılıp katılmama kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Araştırma hakkındaki sözlü olarak aktaracağım bilgiler yazılı olarak bu onam formunda bulunmaktadır. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz. Onam formunun son bölümü onay işlemleri ile ilgilidir. Araştırmaya katılmayı kabul ederseniz lütfen formun son bölümü imzalayınız.

Yoğun bakım üniteleri uzun süreli yatağa bağımlılığın gerektiği tedavi birimleridir. Uzun süre yatağa bağımlılık bireylerde cilt bütünlüğünü tehtid eden bir unsurdur. Yoğun bakım ünitelerinde gözlemlenen deri ve doku bütünlüğü hasarlarının başında cilt kuruluğu(kserozis cutis), üriner/fekal inkontinans alakalı dermatit, basınç yaralanmaları ve cilt yırtılmaları gelmekle beraber, yoğun bakım hemşireleri hastaların cilt bütünlüğünü korumak ve gözlemlemek ile sorumludur. İnkontinans alakalı dermatit problemi hasta bireylerde sık görülmesine rağmen sıklıkla yanlış tanılanmakta ve basınç yaralanması olarak kayıt edilmektedir. Bu çalışma yoğun bakım hemşirelerinin inkontinans alakalı dermatit ve basınç yaralanması ayrımına dair farkındalıklarının incelenmesi ve farkındalığın yaratılması amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmaktadır.

Katılımcının Beyanı

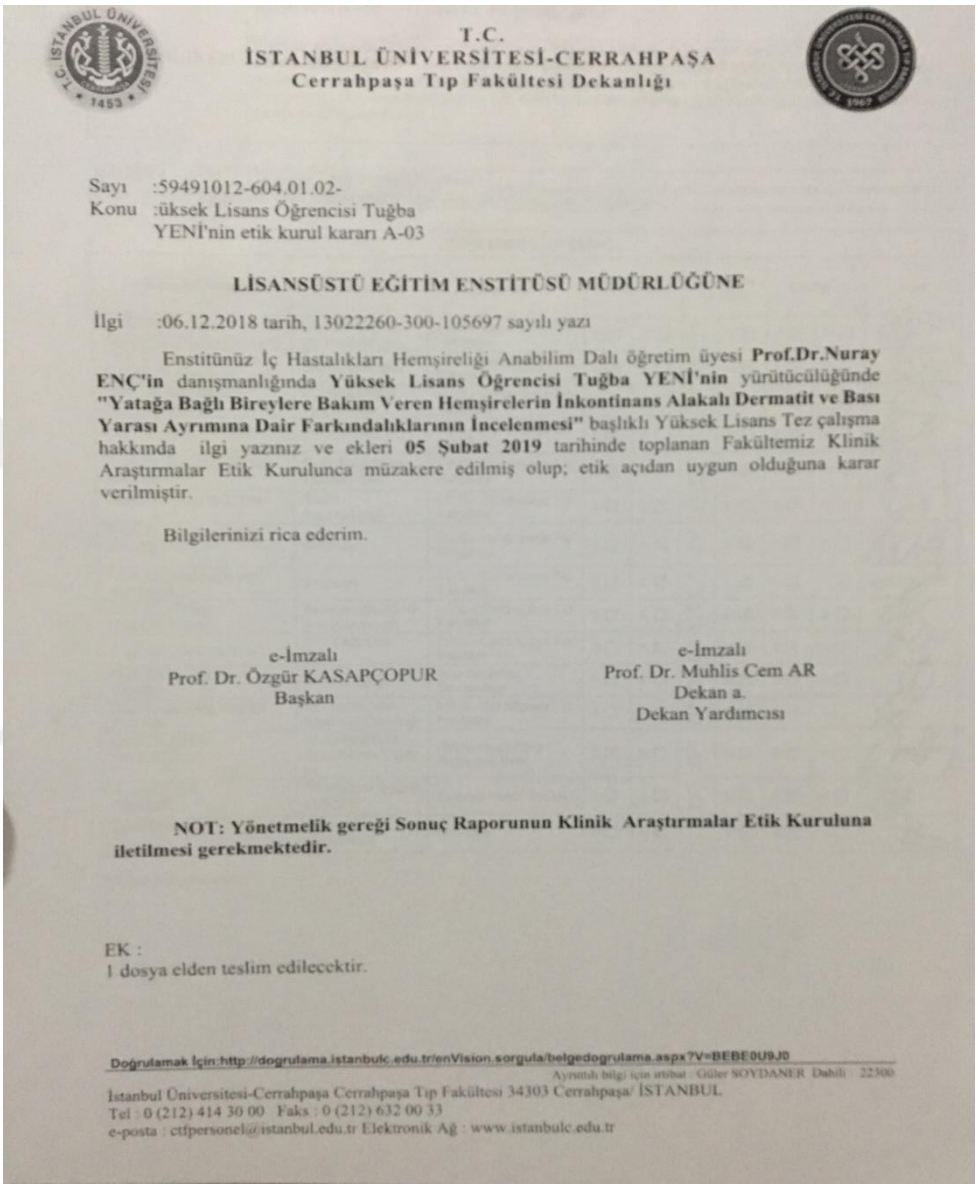
Araştırmacı Tuğba Yeni tarafından ’Yatağa Bağımlı Bireylere Bakım Veren Hemşirelerin İnkontinans Alakalı Dermatit ve Basınç Yaralanması Ayrımına Dair Farkındalıklarının İncelenmesi’’ adlı yüksek lisans tez çalışması hakkında bilgilendirilip, çalışmaya dahil edilmek üzere gönüllü olarak davet edildim. Araştırma sonuçlarının hemşirelik bilimi için kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin korunacağına dair bana güven veirldi. Araştırma sürecinde istediğim zaman araştırmadan çekilebilirim. Araştırma için hiçbir maddi sorumluluk altına girmemekteyim. Araştırmacıya ulaşabileceğim iletişim bilgileri tarafıma bildirildi.

Araştırma hakkında verilen tüm bilgileri anlamış bulunup, onam formunun bir örneğini alıp, kendi irademle araştırmaya katılmaya gönüllü olmaya karar verdim.

Gönüllü Bilgileri	Araştırmacı bilgileri
Ad Soyad:	Ad Soyad:
İmza ve tarih:	İmza ve tarih:
İletişim bilgileri:	İletişim bilgileri:

ETİK KURUL KARARI

EK 3 : Etik Kurul Kararı



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı :59491012-604.01.02-
Konu :üksek Lisans Öğrencisi Tuğba YENİ'nin etik kurul kararı A-03

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi :06.12.2018 tarih, 13022260-300-105697 sayılı yazı

Enstitünüz İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyesi **Prof.Dr.Nuray ENÇ'in** danışmanlığında **Yüksek Lisans Öğrencisi Tuğba YENİ'nin** yürütücülüğünde **"Yatağa Bağlı Bireylere Bakım Veren Hemşirelerin İnkontinans Alakalı Dermatit ve Bası Yarası Ayrımına Dair Farkındalıklarının İncelenmesi"** başlıklı Yüksek Lisans Tez çalışma hakkında ilgi yazınız ve ekleri **05 Şubat 2019** tarihinde toplanan Fakültemiz Klinik Araştırmalar Etik Kurulunca müzakere edilmiş olup; etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-İmzalı
Prof. Dr. Özgür KASAPÇOPUR
Başkan

e-İmzalı
Prof. Dr. Muhlis Cem AR
Dekan a.
Dekan Yardımcısı

NOT: Yönetmelik gereği Sonuç Raporunun Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna iletilmesi gerekmektedir.

EK :
1 dosya elden teslim edilecektir.

Doğrulamak İçin:http://dogrulama.istanbulc.edu.tr/enVision.sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BEBE0U9J0

Ayrıntılı bilgi için irtibat : Güler SOYDANER Dahili : 22300

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi 34303 Cerrahpaşa/ İSTANBUL
Tel : 0 (212) 414 30 00 Faks : 0 (212) 632 00 33
e-posta : ctfpersonel@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ : www.istanbulc.edu.tr

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: A-03	Tarih: 05 Şubat 2019
	Prof.Dr.Nuray ENÇ'in danışmanlığında Yüksek Lisans Öğrencisi Tuğba YENİ'nin sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	

ÇALIŞMA ESASI İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu

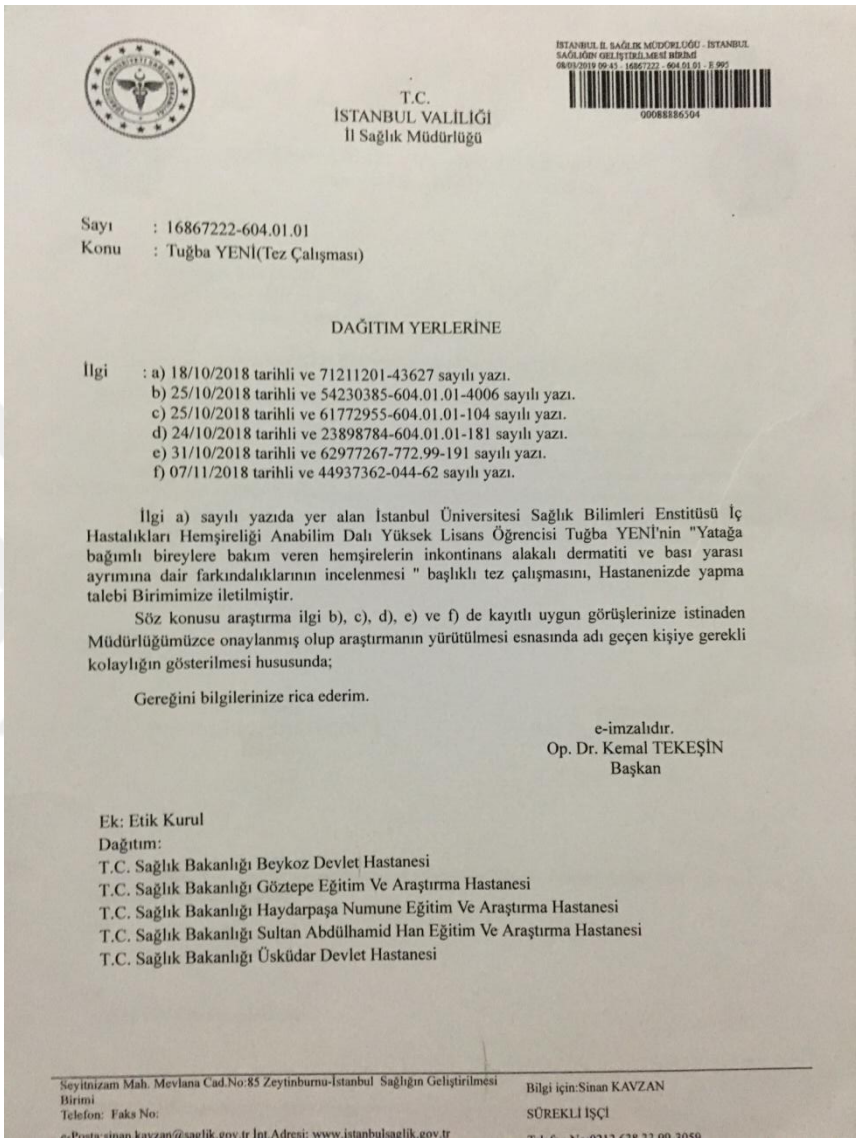
ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI: Prof. Dr. Özgür KASAPÇOPUR

ETİK KURUL ÜYELERİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Özgür KASAPÇOPUR (Başkan)	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	İ.Ü.C.- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Mehmet Faik ÖZÇELİK (Başkan Yard.)	Genel Cerrahi	İ.Ü.C.- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Muhlis Cem AR (Raportör)	İç Hastalıkları Hematoloji	İ.Ü.C.- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Zeki ÖNGEN	Kardiyoloji	İ.Ü.C.- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Mahmut Reha BAYAR	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	İ.Ü.C.- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Öner SÜZER	Tıbbi Farmakoloji	İ.Ü.C.- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Nurten Uzun ADATEPE	Nöroloji	İ.Ü.C.- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Hakkı Oktay SEYMEN	Fizyoloji	İ.Ü.C.- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	MAZERETLİ
Prof. Dr. Oktay DEMİRKIRAN	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	İ.Ü.C.- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr.Gülten DİNÇ	Tıp Tarihi ve Etik	İ.Ü.C.- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Suphi VEHİD	Halk Sağlığı	İstanbul Bilim Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç.Dr.Zeynep Hande TURNA	İç Hastalıkları Medikal Onkoloji	İ.Ü.C.- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Mutlu NİYAZOĞLU	İç Hastalıkları End./Metb./Diabet	Haydarpaşa Eğitim Araştırma Hast.	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Avukat Ayfer DİKMEN	Ticaret ve Sağlık Hukuku	Serbest Hukuk Bürosu	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Zümrüt GAMLI	Emekli Öğretmen	Sivil Üye	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	

*:Toplantıda Bulunma

Ek 4: İl Sağlık Müdürlüğü İizn Yazısı



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İSTANBUL SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ BİRİMİ 08/03/2019 09:43 - 16867222 - 604.01.01 - E.995
000888886504

Sayı : 16867222-604.01.01
Konu : Tuğba YENİ(Tez Çalışması)

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : a) 18/10/2018 tarihli ve 71211201-43627 sayılı yazı.
b) 25/10/2018 tarihli ve 54230385-604.01.01-4006 sayılı yazı.
c) 25/10/2018 tarihli ve 61772955-604.01.01-104 sayılı yazı.
d) 24/10/2018 tarihli ve 23898784-604.01.01-181 sayılı yazı.
e) 31/10/2018 tarihli ve 62977267-772.99-191 sayılı yazı.
f) 07/11/2018 tarihli ve 44937362-044-62 sayılı yazı.

İlgi a) sayılı yazıda yer alan İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Tuğba YENİ'nin "Yatağa bağımlı bireylere bakım veren hemşirelerin inkontinans alakalı dermatiti ve bası yarası ayrımına dair farkındalıklarının incelenmesi " başlıklı tez çalışmasını, Hastanenizde yapma talebi Birimimize iletilmiştir.

Söz konusu araştırma ilgi b), c), d), e) ve f) de kayıtlı uygun görüşlerinize istinaden Müdürlüğümüzce onaylanmış olup araştırmanın yürütülmesi esnasında adı geçen kişiye gerekli kolaylığın gösterilmesi hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

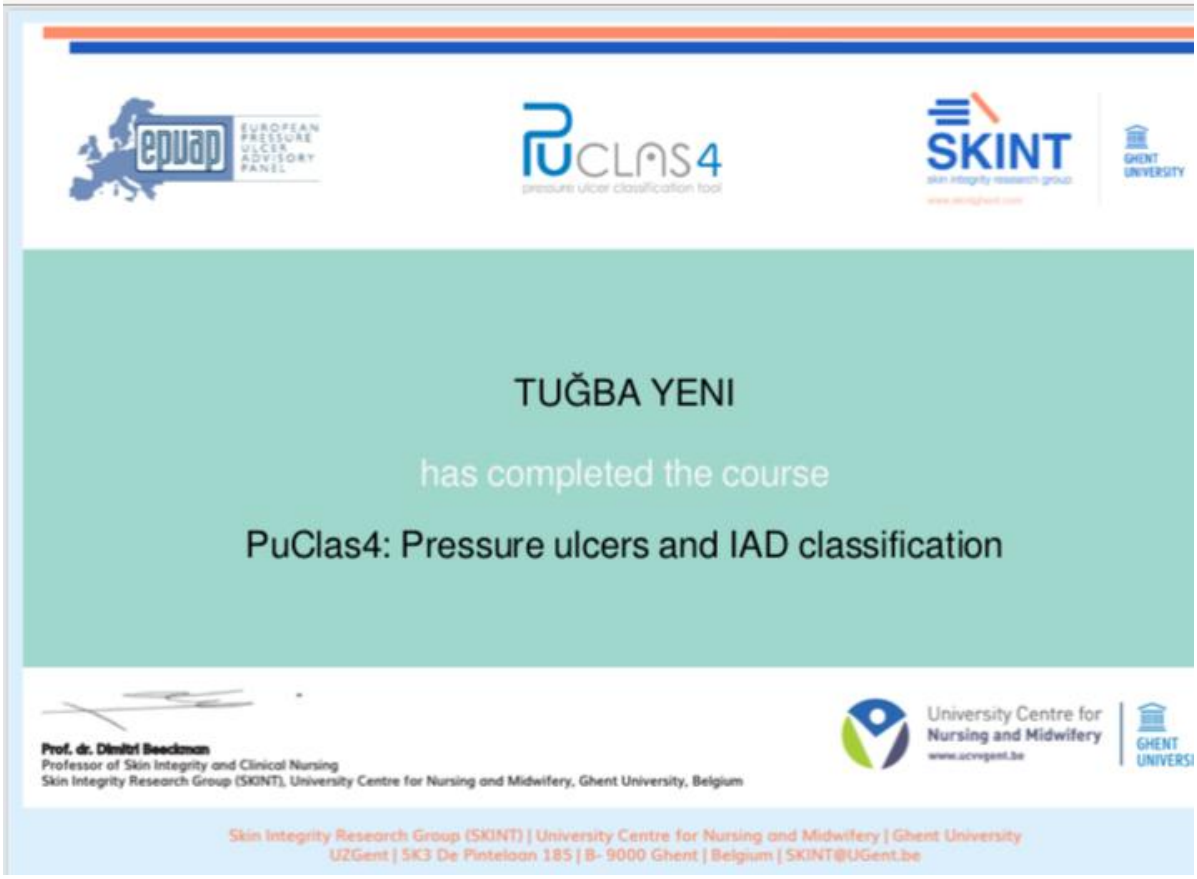
e-imzalıdır.
Op. Dr. Kemal TEKEŞİN
Başkan

Ek: Etik Kurul
Dağıtım:
T.C. Sağlık Bakanlığı Beykoz Devlet Hastanesi
T.C. Sağlık Bakanlığı Göztepe Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
T.C. Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
T.C. Sağlık Bakanlığı Sultan Abdülhamid Han Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
T.C. Sağlık Bakanlığı Üsküdar Devlet Hastanesi

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

Bilgi için:Sinan KAVZAN
SÜREKLİ İŞÇİ

Ek 5: PuCLAS Sertifikasyonu



ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	TUĞBA	**Soyadı**	YENİ
Doğ.Yeri	ÜSKÜDAR	**Doğ.Tar.**	12.08.1989
Uyruğu	TC	**TC Kim No**	32473107726
Email	tgbyeni@gmail.com	**Tel**	5327391501

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	**Mez. Yılı**
Doktora		
Yük.Lis.	İstanbul Üniversitesi	(Devam ediyor)
Lisans	Maltepe Üniversitesi	2012
Lise	Kandilli Kız Yabancı Dil Ağırlıklı Lisesi	2007

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	**Kurum**	**Süre (Yıl - Yıl)**
1.	Yoğun Bakım Hemşiresi	Beykoz Devlet Hastanesi	2014-devam
2.	Yoğun Bakım Hemşiresi	Universal Hospital Grup	2012-2014

Yabancı Dilleri	**Okuduğunu Anlama***	**Konuşma***	**Yazma***	**KPDS/ÜDS Puanı**	**(Diğer) Puanı**
İngilizce	İYİ	ORTA	İYİ	62,75	

***Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	**Eşit Ağırlık**	**Sözel**
LES Puanı	77,34	77,44	76,43
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	**Kullanma becerisi**
EXCELL	İYİ
SPSS	ORTA
WORD	İYİ

Yayınları/Tebligleri Sertifikaları/Ödülleri

1. Sağlık Bakanlığı Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifikasyonu
2. SANERC Yara Bakım Hemşireliği Sertifikasyonu
3. Ghent Üniversitesi PUCLAS Sertifikasyonu

Özel İlgi Alanları (Hobileri):

- İleri düzey Lindy Hop dansçısı
- Tiyatro ve sinema izlemek, kitap okumak,
- Spor yapmak,
- Trekking yapmak.