YARA OSTOMİ İNKONTİNANS HEMŞİRELERİ DERNEĞİ

2008

HUZUREVLERİ VE YAŞLI BAKİM MERKEZLERİNDE DOKU BÜTÜNLÜĞÜ SORUNLARI

Çok Merkezli Araştırma Raporu

YARA OSTOMİ İNKONTİNANS
HEMŞİRELERİ DERNEĞİ

2026

ÖN SÖZ

HUZUREVİ VE YAŞLI BAKIM MERKEZLERİNDE DOKU BÜTÜNLÜĞÜ

Çok merkezli araştırma raporu

PROJE DESTEĞİ

Bu araştırma, Gaziantep İslam Bilim ve Teknoloji Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi (BAP) tarafından desteklenmiştir.

Proje numarası

2024-GAP-SBF-0011

Proje dönemi

10.12.2024–10.12.2025

Bu rapor, huzurevi ve yaşlı bakım merkezlerinde yaşayan yaşlı bireylerde doku bütünlüğü sorunlarının görülme sıklığını ve ilişkili risk faktörlerini ortaya koymak amacıyla yürütülen çok merkezli bir araştırmanın bulgularını sunmaktadır. Araştırmada basınç yaralanmaları, inkontinansla ilişkili dermatit, deri hasarı/sıyrılmaları ve tıbbi cihaz ilişkili basınç yaralanmaları birlikte ele alınmış; katılımcıların demografik ve klinik özellikleri ile mevcut bakım uygulamaları değerlendirilmiştir.

Yara Ostomi İnkontinans Hemşireleri Derneği Araştırma Komisyonu üyeleri tarafından yürütülen çalışma, Ankara ve İstanbul'daki 15 huzurevi ve yaşlı bakım merkezinde yaşayan 1.037 bireyi kapsamaktadır. Rapor, bu kurumlardan elde edilen verileri sağlık profesyonelleri, kurum yöneticileri, araştırmacılar ve bakım hizmetlerinin planlanmasında görev alan paydaşlar için anlaşılır ve kullanılabilir bir biçimde sunmayı amaçlamaktadır.

Araştırma bulgularının, yaşlı bakımında doku bütünlüğünün korunmasına yönelik gereksinimlerin belirlenmesine, koruyucu bakım uygulamalarının geliştirilmesine ve gelecekte yürütülecek araştırmalara katkı sağlaması beklenmektedir. Bulguların değerlendirilmesinde araştırmanın kesitsel tasarımı ve katılımcı kurumlarla sınırlı kapsamı dikkate alınmalıdır.

Araştırmaya katılan yaşlı bireylere ve yakınlarına, kurum yöneticilerine, veri toplama sürecine katkı sağlayan hemşirelere ve araştırmayı destekleyen Gaziantep İslam Bilim ve Teknoloji Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimine teşekkür ederiz.

ÇALIŞMA GRUBU

Prof. Dr. Ayişe Karadağ
Koç Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, İstanbul.

Prof. Dr. Sevil Güler
Gazi Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara.

Doç. Dr. Meryem Kılıç – Proje yürütücüsü
Gaziantep İslam Bilim ve Teknoloji Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Gaziantep.

Doç. Dr. Emel Gülnar
Kırıkkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Kırıkkale.

Doç. Dr. Hatice Yüceler Kaçmaz
Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Kayseri.

Dr. Vildan Kandemir Bütün
Okyanus Yaşlı Bakım Merkezi, İstanbul.

Uzm. Hemşire Elif Lale Pakdil
Isparta Şehir Hastanesi, Kronik Yara Bakım Ünitesi, Isparta.

Uzm. Hemşire Burak Çağrı Ağçay
İstanbul Silivri Devlet Hastanesi, İstanbul.

Başkanın Mesajı

Değerli Meslektaşlarımız ve Paydaşlarımız,

Yaşlı bakımında doku bütünlüğünün korunması, bireyin konforunu, onurunu ve bakım gereksinimlerini birlikte ele alan bir yaklaşımı gerektirir. Yara Ostomi İnkontinans Hemşireleri Derneği olarak bilimsel bilginin bakım uygulamalarına yansımasını ve sağlık profesyonellerinin ortak bir anlayışla çalışmasını önemsiyoruz.

Araştırma Komisyonumuzun yürüttüğü bu çok merkezli çalışma; Ankara ve İstanbul'daki 15 huzurevi ve yaşlı bakım merkezinden elde edilen verilerle basınç yaralanması, inkontinansla ilişkili dermatit, deri sıyrılması ve tıbbi araç ilişkili basınç yaralanmasını birlikte değerlendirmektedir. Raporun, bu sorunların görünürlüğünü artırmasını ve kurumların kendi bakım süreçlerini değerlendirmesine katkı sunmasını amaçlıyoruz.

Araştırma bulgularının uygulamaya aktarılmasında hemşirelerin yanı sıra tüm bakım ekibinin, kurum yöneticilerinin ve politika yapıcıların katkısı önemlidir. Ortak değerlendirme ve kayıt yaklaşımları, eğitim ve bakımın sürekliliği, birlikte geliştirebileceğimiz çalışma alanlarıdır. Raporda sunulan önerilerin bu yöndeki görüş alışverişine ve iş birliğine katkı sağlamasını diliyoruz.

Araştırma ekibine, veri toplama sürecine katkı sağlayan meslektaşlarımıza, katılımcı kurumlara, yaşlı bireylere ve yakınlarına teşekkür ederim. Araştırmayı destekleyen Gaziantep İslam Bilim ve Teknoloji Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimine de katkıları için teşekkürlerimi sunarım.

Bu raporun, yaşlı bireylerin gereksinimlerine duyarlı bakım uygulamalarının geliştirilmesi ve yeni araştırmaların planlanması için yararlı bir kaynak olmasını dilerim.

Saygılarımla,

Yara Ostomi İnkontinans Hemşireleri Derneği Başkanı

Prof.Dr. Zehra Göçman Baykara

İçindekiler

Bölüm listesi

Ön Söz	1
Başkanın Mesajı	2
Bölüm 1. Yönetici Özeti	4
Bölüm 2. Hızlı Bakışta Temel Bulgular	6
Bölüm 3. Giriş	7
Bölüm 4. Yöntem	10
Araştırmadan Kareler	13
Bölüm 5. Katılımcı Profili	14
Bölüm 6. Doku Bütünlüğü Sorunlarının Prevalansı ve Özellikleri	16
Bölüm 7. İlişkili Faktörler ve Regresyon Bulguları	19
Bölüm 8. Mevcut Bakım Uygulamaları	22
Bölüm 9. Tartışma	23
Bölüm 10. Klinik Mesajlar	28
Bölüm 11. YOİHD Önerileri	29
Bölüm 12. Politika Yapıcılar İçin Mesajlar	30
Bölüm 13. Sağlık Profesyonelleri İçin Mesajlar	31
Bölüm 14. Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Sınırlılıkları	32
Bölüm 15. Sonuç	33
Kaynakça	34
Ekler	38
English Executive Summary	39

Bölüm 1. Yönetici Özeti

Araştırmanın kapsamı

Türkiye'de yaşlı nüfusun artması, uzun süreli bakım hizmetlerinde doku bütünlüğünün korunmasını giderek daha önemli bir bakım ve hasta güvenliği alanı hâline getirmektedir. Bu çok merkezli araştırma; huzurevleri ve yaşlı bakım merkezlerinde yaşayan bireylerde basınç yaralanması (BY), inkontinansla ilişkili dermatit (İAD), deri hasarı/sıyrılması (DS) ve tıbbi araç ilişkili basınç yaralanmasını (TAİBY) aynı örneklemde birlikte değerlendirmek, bu sorunların prevalansını belirlemek ve ilişkili faktörleri incelemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırma, Ankara ve İstanbul'daki 15 huzurevi ve yaşlı bakım merkezinde yaşayan 1.037 bireyi kapsamaktadır. Doku bütünlüğü sorunlarının aynı araştırma içerisinde bütüncül olarak değerlendirilmesi, uzun süreli bakım ortamlarında deri sağlığının yalnızca tek bir yara türü üzerinden değil, farklı ve birbiriyle ilişkili sorunlar üzerinden ele alınmasına olanak sağlamıştır.

Araştırma nasıl yürütüldü?

Çok merkezli, tanımlayıcı ve kesitsel tasarımdaki araştırmanın verileri Nisan–Haziran 2025 tarihleri arasında toplanmıştır. Değerlendirmeler; kurum kayıtlarının incelenmesi, yaşlı bireylerle yüz yüze görüşme ve fiziksel muayene yoluyla gerçekleştirilmiş; veri toplama sürecinde uluslararası sınıflandırma sistemleri ve standart değerlendirme araçlarından yararlanılmıştır. Veri toplayıcılar araştırma öncesinde standart bir eğitim programına katılmış, böylece değerlendirme ve kayıt süreçlerinde ortak bir yaklaşım oluşturulması amaçlanmıştır.

Temel bulgular

Araştırmaya katılan 1.037 bireyin 138'inde (%13,3) en az bir doku bütünlüğü sorunu saptanmıştır. En sık görülen sorun İAD (%9,3) olmuş; bunu deri hasarı/sıyrılması (%4,5), BY (%3,0) ve TAİBY (%0,3) izlemiştir. Aynı bireyde birden fazla sorun bulunabildiğinden, sorun türlerine ait prevalanslar birbirinden bağımsız olarak değerlendirilmelidir. Basınç yaralanmalarında en sık Evre III lezyonlar görülmüş ve lezyonların büyük bölümü sakral bölgede yer almıştır. İAD olgularının büyük çoğunluğu Tip 1A olarak sınıflandırılmış ve en sık genital bölgede saptanmıştır. Deri hasarı/sıyrılmalarında ise en sık Tip I – deri kaybı olmayan lezyonlar görülmüş; lezyonların en fazla kol bölgesinde yer aldığı belirlenmiştir.

Bakım süreçlerine ilişkin bulgular

Katılımcıların %46,2'sinde rutin deri değerlendirmesi yapılmakta, %28,2'sinde basınç yaralanması risk değerlendirme aracı kullanılmakta ve %31,2'sinde son 24 saat içinde basınç yaralanmasını önlemeye yönelik bir girişim uygulanmaktadır. Bu oranlar tek başına bakım kalitesinin yeterli ya da yetersiz olduğuna ilişkin bir gösterge olarak değerlendirilmemelidir. Bununla birlikte bulgular; sistematik deri değerlendirmesi, risk değerlendirmesi ve önleyici bakım süreçlerinin kurum düzeyinde izlenmesi ve geliştirilmesi açısından önemli başlangıç göstergeleri sunmaktadır.

Bulgular ne söylüyor?

Araştırmanın temel mesajı, huzurevi ve yaşlı bakım merkezlerinde doku bütünlüğünün yalnızca basınç yaralanması üzerinden değerlendirilmemesi gerektiğidir. İAD'nin araştırmada en sık görülen sorun olması; kontinans yönetimi, deri bariyerinin korunması ve düzenli deri değerlendirmesinin bakım planlarında daha görünür hâle getirilmesinin önemini göstermektedir. Bunun yanında nörolojik durum, bakım bağımlılığı, hareketlilik, beslenme gereksinimleri, deri özellikleri ve tıbbi cihaz kullanımı gibi faktörler, bireyin genel bakım gereksiniminin parçaları olarak birlikte değerlendirilmelidir.

Öncelikli eylem alanları

- Sistematik ve düzenli deri değerlendirmesinin güçlendirilmesi.
- Risk değerlendirme sonuçlarının bireyselleştirilmiş bakım planlarına dönüştürülmesi.
- Kontinans yönetimi ve deri bakımının birlikte planlanması.
- Sağlık ve bakım personelinin ortak terminoloji ve sınıflandırmalar konusunda yetkinliğinin güçlendirilmesi.
- Kurumlar arasında standart kayıt, izlem ve bakım sürekliliği yaklaşımının geliştirilmesi.
- Farklı coğrafi bölgeleri kapsayan çok merkezli ve uzunlamasına çalışmaların sürdürülmesi.

Bu bulgular Ankara ve İstanbul'daki katılımcı kurumlara aittir; Türkiye genelini temsil eden ulusal prevalans tahmini olarak yorumlanmamalıdır.

Bölüm 2. Hızlı Bakışta Temel Bulgular

Quick Facts

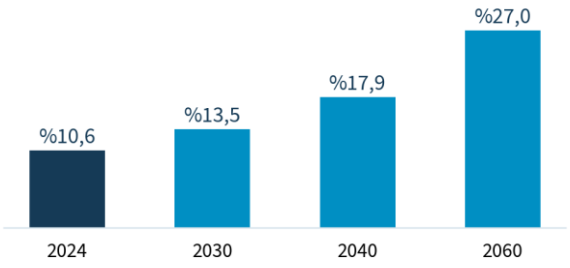


Bölüm 3. Giriş

Dünyada 2015 ile 2050 yılları arasında 60 yaş ve üzeri nüfusun oranının %12'den %22'ye çıkması; 80 yaş ve üzeri nüfusun ise 2020–2050 yılları arasında üç katına çıkarak 426 milyona ulaşması beklenmektedir (1). Türkiye'de 2024 yılında nüfusun %10,6'sını 65 yaş ve üzeri bireyler oluşturmaktadır. Yaşlı nüfus oranının 2030 yılında %13,5, 2040 yılında %17,9, 2060 yılında %27,0, 2080 yılında %33,4 ve 2100 yılında %33,6 olacağı öngörülmüştür (2). Yaşlanma ile bireylerde morfolojik, fizyolojik, biyokimyasal ve mental özellikler gerilemekte ve bakım ihtiyacı ortaya çıkmaktadır. Bu süreçte tüm dünyada olduğu gibi, Türkiye'de de yaşlı bireylerin yaşam alanları kendilerine ve ailelerine ait evlerin yanı sıra huzurevleri ile yaşlı bakım merkezleridir. Türkiye'de yaşlı bakım merkezlerinde yaklaşık 30 bin yaşlı birey bulunmaktadır (3).

Şekil 1. Türkiye'de yaşlı nüfusun payı

Toplam nüfus içinde 65 yaş ve üzeri bireyler



2024: gerçekleşen değer. Diğer yıllar: ana senaryo projeksiyonları. Kaynak: TÜİK, İstatistiklerle Yaşlılar, 2024.

Nüfusun yaşlanması ve yaşa bağlı cilt hastalıklarının giderek yaygınlaşmasıyla birlikte, cilt sağlığının korunması ve iyileştirilmesi, tüm sağlık hizmetleri ortamında en önemli kalite göstergelerinden biri olarak uluslararası düzeyde kabul edilmektedir (4). Huzurevlerinde kalan yaşlı bireylerde kronik, nörolojik hastalıklar, uyku ve beslenme yetersizliği gibi sağlık sorunları sık görülmekte ve bu faktörün birleşmesiyle birlikte doku bütünlüğünün bozulması sorunları da ortaya çıkmaktadır (5).

Doku bütünlüğü ve doku sağlığı sağlam bir kutanöz yapı ve onu korumak için yeterince yüksek bir fonksiyonel kapasitenin sonucudur (6). "Doku bütünlüğünde bozulma" (DBB) ise, derinin, mukoza zarlarının, korneanın, deri eklerinin, kas fasyasının, kasların, tendonların, kemiklerin, kıkırdakların ve eklem kapsülünün hasar görmesi olarak tanımlanmaktadır (7). Yaşlanma aynı zamanda cildin fonksiyonel kapasitesini azaltarak kuruluk ve kaşıntıya, enfeksiyonlara, cilt sıyrılmalarına veya basınç kaynaklı yaralanmalara karşı yüksek duyarlılığa neden olur. Yaşlanma ile birlikte derinin bariyer fonksiyonunda azalma, epidermis ve dermis tabakalarında incelme, melanosit ve fibroblast sayısında düşüş, yara iyileşmesinde gecikme ve ter–yağ bezlerinin işlevinde kayıp görülmektedir. Bu bağlamda basınç yaralanmaları (BY), inkontinansla ilişkili dermatit (İAD), deri hasarı/sıyrılmaları (skin tears) ve tıbbi araç ilişkili basınç yaralanmaları (TAİBY) yaşlılarda görülen en önemli doku bütünlüğü sorunları arasında yer almaktadır (5,6).

Basınç yaralanmaları (BY), akut ve uzun süreli bakım ortamlarında en sık bildirilen advers olaylardan biridir (8). Yaşlı bireyler "genellikle kemik çıkıntıları üzerinde veya tıbbi veya diğer cihazlarla ilişkili olarak ciltte ve/veya altındaki yumuşak dokuda meydana gelen lokalize hasar" olarak tanımlanan basınç yaralanması riski altındadır (9). Türkiye'de yapılan çalışmalar ise daha çok akut bakım ortamlarına odaklanmış olup BY prevalans %5,5 ila %17,5 arasında bildirilmiştir (10,11,12,13). Evde bakım hizmeti alan hastalarla yapılan bir çalışmada ise BY prevalansı %12 olarak bulunmuştur (14). BY, yalnızca fiziksel etkileriyle değil; bağımlılığa, sosyal

izolasyona, psikolojik sorunlara (15,16), hastanede yatış süresinin uzamasına, mortalite ve morbiditenin artmasına (17) ve sağlık bakım maliyetlerinde yükselmeye yol açan ciddi bir sağlık sorunudur (18,19).

Tıbbi araç ilişkili basınç yaralanmaları (TAİBY), cildin ve dokuların üzerine mekanik yük bindiren araçlardan kaynaklanan basınç yaralanmalarıdır (9). Bu yaralanmalar; nazal kanül, oksijen maskesi, entübasyon tüpü, trakeostomi bağı, CPAP maskesi, kateter, elektrot ve benzeri cihazların uzun süreli kullanımında ortaya çıkabilmektedir (20,21). Ancak, tıbbi olmayan cihazlar da (yatağın üzerinde bulunan telefon, uzaktan kumanda veya çağrı cihazları gibi eşyalar; mobilyalar, takılar ve giysiler dahil ancak bunlarla sınırlı olmamak üzere), genellikle istemeden, cilt ve dokularla ek basınç oluşturacak şekilde temas halinde kaldıklarında TAİBY neden olabilmektedir. Yaş veya klinik ortamdan bağımsız olarak, bir cihaz uygulandığı anda bir birey BY riski altında kabul edilmesi gerektiği bildirilmektedir (9,22). Yirmi altı çalışmayı içeren bir meta-analizde, yetişkinlerde TAİBY insidansı %19,3 olarak bildirilmiştir (22). Literatürde, özellikle yoğun bakım ünitelerinde TAİBY insidansı %12, prevalansı ise %10 civarında rapor edilmiştir (20). Türkiye'de yürütülen çok merkezli bir çalışmada TAİBY prevalansı %10,7 bulunmuş; erişkin yoğun bakım ünitelerinde yapılan tek merkezli çalışmalarda ise oran %18 ile %40,5 arasında değişmektedir (10,23,24,25).

Yaşlı bireylerde görülen bir diğer yaygın doku bütünlüğü sorunu inkontinansla ilişkili dermatittir. İnkontinansla ilişkili dermatit (İAD), idrar veya dışkı ile temas sonucu perineal ya da perigenital bölgede gelişen irritan kontakt dermatit olarak tanımlanmaktadır (26). Önemli bir sağlık sorunu olan İAD prevalansı %5,2 ile %46 arasında değişmektedir (26,27). Türkiye'de akut bakım ortamında yapılan bir çalışmada ise İAD prevalansı %6,89 bulunmuştur (28). İAD'nin önemli risk faktörlerinden biri olan inkontinans, akut bakım ortamlarında oldukça yüksek oranlarda rapor edilmiştir (10). İnkontinans sorunu yaşlı bireylerde İAD için risk oluşmaktadır (29).

Yaşlı bireylerde sık görülen diğer bir doku bütünlüğü sorunu deri hasarı ve sıyrılmaları (skin tears); yapıştırıcıların çıkarılması ve hasta bakımı dahil olmak üzere mekanik kuvvetlerin neden olduğu, derinliği değişebilen (deri altı tabakasına kadar uzanmayan) travmatik bir yara olarak tanımlanmaktadır (30). On üç çalışmayı içeren bir meta-analizde yaşlı bireylerde deri hasarı ve sıyrılması prevalansı %6,0 ve insidansı %11,0 olarak belirlenmiştir (31). Türkiye'de yapılan çok merkezli nokta prevalansı çalışmasında, yoğun bakım ünitelerinde yatan yaşlı hastalarda ST prevalansı %14,5 olarak belirlenmiştir (32).

Doku bütünlüğü sorunları, hemşirelik bakımında hasta güvenliği ve bakım kalitesinin önemli göstergelerinden biridir (33). Bu sorunların sistematik biçimde değerlendirilmesi, risk faktörlerinin tanımlanması ve önleyici hemşirelik girişimlerinin uygulanması, yalnızca komplikasyonları azaltmakla kalmayıp, bakım kalitesini yükseltmekte ve sağlık maliyetlerinin azaltılmasına da katkı sağlamaktadır (34,35).

Doku bütünlüğü sorunları, basınç yaralanması, inkontinansla ilişkili dermatit ve deri sıyrılması (skin tear) gibi durumları kapsar ve bu başlıklar NANDA sınıflamasında ve ICD-11 içinde yer almaktadır (7). Ancak yukarıdaki literatürden anlaşılacağı üzere bu sorunlar genellikle ayrı ayrı sorunlar olarak çalışmalarda ele alınmıştır. Bu çalışmanın önemli bir özelliği tüm önlenebilir doku bütünlüğü sorunlarını bir arada ele alması ve ilişkilerini incelemesidir. Çalışmanın sonuçları, önemli bir boşluk olan Türkiye gibi hızla yaşlanan bir ülkeye ilişkin, hastaneler dışındaki yaşlı bireylerde doku bütünlüğü sorunlarına ilişkin iyi yapılandırılmış bir metotla elde edilen

verileri sağlamasıdır. Bu yaklaşım diğer çalışmalar için de örnek oluşturacaktır.

Araştırmanın amacı

Bu araştırmanın amacı, huzurevi ve yaşlı bakım merkezlerinde yaşayan yaşlı bireylerde doku bütünlüğü sorunlarının (basınç yaralanması, inkontinansla ilişkili dermatit, deri sıyrılması ve tıbbi araç ilişkili basınç yaralanması) görülme sıklığını ve bu sorunlara ilişkin risk faktörlerini ve aralarındaki ilişkileri analiz etmektir.

Araştırma soruları

1. Huzurevi ve yaşlı bakım merkezlerinde yaşayan yaşlı bireylerde basınç yaralanması, inkontinans ilişkili dermatit, deri yırtığı ve tıbbi cihaz ilişkili basınç yaralanmalarının prevalansı nedir?

2. Bu doku bütünlüğü sorunları ile yaşlı bireylerin sosyodemografik ve sağlıkla ilişkili özellikleri arasında anlamlı ilişkiler var mıdır?

3. Basınç yaralanması, inkontinans ilişkili dermatit, deri yırtığı ve tıbbi cihaz ilişkili basınç yaralanmaları için bağımsız risk faktörleri nelerdir?

Bölüm 4. Yöntem

4.1. Araştırma tasarımı ve amacı

Bu çok merkezli, tanımlayıcı ve kesitsel araştırma; huzurevleri ve yaşlı bakım merkezlerinde yaşayan yaşlı bireylerde basınç yaralanmaları, inkontinans ilişkili dermatit, deri hasarı/sıyrılmaları ve tıbbi cihaz ilişkili basınç yaralanmaları dahil olmak üzere doku bütünlüğü bozulmalarının prevalansını belirlemek ve ilişkili risk faktörlerini ortaya koymak amacıyla yürütülmüştür.

4.2. Araştırmanın yeri

Araştırma, Türkiye'de huzurevi ve yaşlı bakım merkezi sayısının en fazla olduğu iki büyük metropolde (Ankara ve İstanbul) gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığına bağlı 8 kamu kurumu ile araştırmaya katılım izni veren 7 özel kurum dahil edilmiştir.

4.3. Evren ve örneklem

Evreni, bu kurumlarda yaşayan toplam 1.657 yaşlı birey oluşturmuştur.

Araştırma bir prevalans çalışması olduğundan örnekleme gidilmemiş, uygunluk kriterlerini karşılayan tüm yaşlı bireyler değerlendirmeye alınmıştır. Güç analizi, doku bütünlüğü sorunlarının beklenen prevalans aralığı ve önceki literatürde bildirilen varyans değerleri dikkate alınarak yapılmıştır. Böylece örneklemin, olası %5 sapma ile istatistiksel olarak güvenilir tahmin üretmesi sağlanmıştır. Minimum örneklem büyüklüğü İAD için 521, BY için 231, ST için 295 olarak belirlenmiştir.

Veri toplama süreci sonunda toplam 1.037 yaşlı birey (8 kamu kurumunda 718, 7 özel kurumda 319 kişi) çalışmaya dahil edilmiştir. Evrene ulaşma oranı %62'dir. Ulaşılamama nedenleri arasında karantina



uygulamaları, çalışmaya katılım reddi ve kurum dışı izinler yer almıştır.

Dahil edilme kriterleri: 65 yaş ve üzeri olmak, araştırma kapsamındaki kurumlardan birinde ikamet etmek ve bireyin ya da ailesinin bilgilendirilmiş onam vermesidir. 65 yaş altında olma veya katılımı reddetme dışlama kriteri olarak kabul edilmiştir.

4.4. Veri toplama araçları

Veri toplama formu, araştırmacılar tarafından literatür ve uzman görüşleri doğrultusunda geliştirilmiştir (10,36,37). Form, veri toplama sürecinde standardizasyonu sağlamak amacıyla iki sayfalık optik okuyucuya uygun formatta hazırlanmıştır. Formların anlaşılabilirliği ve kullanılabilirliğini değerlendirmek amacıyla beş yaşlı birey ile pilot çalışma gerçekleştirilmiş ve elde edilen geri bildirimler doğrultusunda gerekli küçük düzenlemeler yapılmıştır. Veri toplama aracı, yaşlı bireylerin sosyodemografik özelliklerini, genel sağlık durumlarını ve doku bütünlüğü durumlarını kapsamlı biçimde değerlendirebilmek amacıyla üç ana bölümden oluşturulmuştur.

Birinci bölüm, katılımcıların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim düzeyi, kurumda kalış süresi, bakım ihtiyacı ve yatakta kalış süresi gibi sosyodemografik bilgileri içermektedir

İkinci bölüm, yaşlı bireylerin sağlık durumu, tıbbi öyküsü, ilaç kullanımı ve fonksiyonel bağımsızlık düzeylerini değerlendirmeye yönelik çoktan seçmeli ve kapalı uçlu soruları içermektedir. Katılımcıların

boy, kilo ve beden kitle indeksi (BKİ) ölçümleri alınmış; BKİ, Dünya Sağlık Örgütü kriterlerine göre zayıf (<18,5), normal (18,5–24,9), fazla kilolu (25–29,9) ve obez (≥30) olarak sınıflandırılmıştır (38). Ayrıca ek hastalık varlığı ve türleri (örneğin hipertansiyon, diyabet, nörolojik bozukluk, kalp hastalığı, kronik böbrek yetmezliği, malnütrisyon, periferik dolaşım bozukluğu) kaydedilmiştir. Kullanılan ilaçlar (örneğin antikoagülan, sedatif, insülin, vazopressör, antiinflamatuvar ilaçlar) sorgulanmış; bilinç durumu AVPU (Alert, Verbal, Pain, Unresponsive) skalasıyla değerlendirilmiştir. Fonksiyonel bağımsızlık düzeyi Modifiye Barthel İndeksi (MBİ) ile belirlenmiştir (39). Ayrıca beslenme şekli (oral, enteral veya parenteral), yardımcı araç kullanımı (örneğin tekerlekli sandalye, yürüteç) ve mobilite düzeyi de kaydedilmiştir.

Üçüncü bölüm, deri özellikleri, doku bütünlüğü durumu ve deri bakım uygulamalarını değerlendirmek amacıyla fiziksel muayene bulgularına dayalı 10 kapalı uçlu sorudan oluşmaktadır. Deri özellikleri; renk, nem, sıcaklık, turgor ve ödem varlığı açısından değerlendirilmiş, ayrıca deri bütünlüğünü korumaya yönelik bakım uygulamaları kaydedilmiştir.

Bunun yanında formda aşağıdaki standart değerlendirme araçları kullanılmıştır:

Basınç yaralanmaları, Ulusal Basınç Yaralanması Danışma Paneli (NPIAP), Avrupa Basınç Yaralanması Danışma Paneli (EPUAP) ve Pan Pasifik Basınç Yaralanması İttifakı (PPPIA) tarafından geliştirilen uluslararası sınıflandırmaya göre değerlendirilmiştir (9). Yaralanmalar Kategori I–IV, evrelenemeyen (unstageable) ve derin doku yaralanması (deep tissue injury) olarak sınıflandırılmıştır. Lezyonların lokasyonları (sakrum, topuk, kalça, trokanter, dirsek vb.) kaydedilmiş ve her birey için etkilenen vücut bölgesi başına toplam yara sayısı belirlenmiştir.

Braden Basınç Ülseri Risk Değerlendirme Ölçeği, Barbara Braden ve Nancy Bergstrom tarafından geliştirilmiş (40), Ölçek; duyusal algılama, nem, aktivite, hareketlilik, beslenme ve sürtünme/tahriş olmak üzere altı alt boyuttan oluşmakta olup düşük puanlar yüksek BY riskini göstermektedir.

Ghent Global İAD Sınıflandırma Aracı (GLOBIAD), inkontinansla ilişkili dermatitin klinik şiddetini belirlemek için geliştirilmiş uluslararası bir ölçektir (41). İAD, iki ana kategori üzerinden değerlendirilir: kalıcı kızarıklık (1A–1B) ve deri kaybı (2A–2B).

ISTAP Skin Tear Sınıflandırma Ölçeği, International Skin Tear Advisory Panel tarafından geliştirilmiş olup ST üç tip (Tip 1–3) üzerinden sınıflandırır. Ölçeğin geçerliliği ve güvenirliği güncel literatürle desteklenmiştir (37).

4.5. Veri toplama süreci

Veri toplama süreci baş araştırmacı tarafından planlanmış ve Nisan–Haziran 2025 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın gerçekleştirileceği kurumlarla önceden iletişime geçilerek veri toplama tarihleri ve saatleri belirlenmiş, böylece kurumların günlük işleyişinin aksatılmaması ve değerlendirmelerin yaşlı bireyler için uygun koşullarda gerçekleştirilmesi sağlanmıştır.

Veriler; yara ve ostomi bakım hemşireleri, hemşirelik alanında lisansüstü eğitimine devam eden 21 hemşire ve proje araştırmacılarından oluşan ekip tarafından toplanmıştır. Veri toplama sürecinde standardizasyonu sağlamak ve ölçüm güvenilirliğini artırmak amacıyla tüm veri toplayıcılar araştırma öncesinde zorunlu bir eğitim programına katılmıştır. Katılımı kolaylaştırmak amacıyla eğitim iki ayrı oturum halinde çevrim içi olarak gerçekleştirilmiş, her oturum yaklaşık iki saat sürmüş ve aynı içerik sunulmuştur. Eğitimler doku bütünlüğü ve yara bakımı alanında uzman dört eğitici tarafından verilmiştir.

Eğitim kapsamında; basınç yaralanmaları, inkontinans ilişkili dermatit, deri yırtıkları ve tıbbi cihaz ilişkili basınç yaralanmalarının tanımları, risk faktörleri, değerlendirme ve sınıflandırma sistemleri, veri toplama prosedürleri, veri toplama formlarının kullanımı ve standart veri kayıt uygulamaları ele alınmıştır. Eğitim sürecinde PowerPoint sunumları, teorik anlatımlar, soru-cevap oturumları ve olgu temelli interaktif tartışmalar kullanılmıştır.

Her kurumda veri toplama süresi, kurumda yaşayan yaşlı birey sayısına bağlı olarak bir ila iki gün arasında değişmiştir. Veriler kurum kayıtlarının incelenmesi, yaşlı bireylerle yüz yüze görüşme yapılması ve fiziksel muayene gerçekleştirilmesi yoluyla elde edilmiştir. Tüm değerlendirmeler bireysel olarak, mahremiyet ve gizlilik ilkelerine uygun şekilde yürütülmüş olup her bir katılımcı için veri toplama süreci yaklaşık 20–30 dakika sürmüştür. Araştırma verileri optik okuyucuya uygun olarak hazırlanmış standart formlara kaydedilmiş, veri toplama sonrasında formlar eksiklik ve tutarlılık açısından kontrol edilmiştir. Gerekli düzeltmeler tamamlandıktan sonra formlar güvenli biçimde paketlenerek baş araştırmacıya ulaştırılmıştır.

4.6. İstatistiksel analiz

Verilerin analizi SPSS 20.0 (Statistical Package for the Social Sciences) paket programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Tanımlayıcı istatistiklerde sürekli değişkenler için ortalama ± standart sapma ile minimum–maksimum değerler hesaplanmış, kategorik değişkenler için ise sayı ve yüzde dağılımları verilmiştir.

Kategorik değişkenler ile doku bütünlüğü sorunları arasındaki ilişkiler Pearson Ki-kare testi kullanılarak incelenmiştir. Sürekli değişkenler arasındaki karşılaştırmalarda bağımsız örneklem t-testi ve uygun durumlarda tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Doku bütünlüğü bozulmasını yordayan bağımsız değişkenleri belirlemek amacıyla lojistik regresyon analizi uygulanmıştır. Tanımlayıcı analizlerde istatistiksel olarak anlamlı bulunan değişkenler regresyon modeline dahil edilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir. Eksik veri örüntüsü değerlendirilmiş ve verilerin Kayıp Verinin Rastgele Olduğu (Missing at Random-MAR) varsayımıyla uyumlu olduğu belirlenmiştir. Olası yanlılığı azaltmak amacıyla beş imputasyon veri seti oluşturularak çoklu atama (multiple imputation) yöntemi uygulanmış ve birleşik tahminler Rubin kuralları kullanılarak elde edilmiştir. Eksik veriler, ilgili tablolarda karşılık gelen örneklem büyüklükleri (n) ve tanımlayıcı istatistiklerle birlikte sunulmuştur.

4.7. Etik ilkeler

Araştırma için Gazi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan onay alınmıştır (Tarih: 12.03.2024, Karar No: 455). Ayrıca Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı ile ilgili kurum yönetimlerinden yazılı izinler alınmıştır. Yaşlı bireylerden veya gerekli durumlarda yasal temsilcilerinden bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Araştırma, Helsinki Bildirgesi ilkelerine uygun olarak yürütülmüştür.

Araştırmadan Kareler

Bu sayfa, veri toplama sürecinden seçilecek saha fotoğrafları için ayrılmıştır. Fotoğrafların araştırma ortamını ve ekip çalışmasını yansıtması; yaşlı bireylerin mahremiyetini koruması ve yalnızca yayın/raporlama izni bulunan görüntülerin kullanılması önerilir.









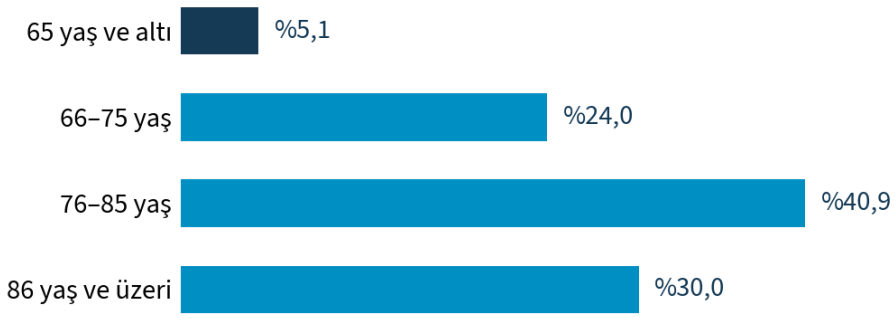
Bölüm 5. Katılımcı Profili

1.037 katılımcı • 15 kurum • 2 il

5.1. Demografik özellikler

Çalışmaya katılan yaşlı bireylerin %39,7'si Ankara'daki, %60,3'ü ise İstanbul'daki kurumlardan araştırmaya katılmıştır. Yaşlı bireylerin %37,5'i erkek, %62,5'i kadındır. Yaş dağılımına göre incelendiğinde, %5,1'i 65 yaş ve altındayken, %24,0'ı 66-75 yaş arasında, %40,9'u ise 76-85 yaş arasında, %30'unun 86 yaş ve üzerindedir. Yaşlı bireylerin eğitim durumuna göre, %8,3'ünün okur yazar olmadığı, %9'unun okur yazar, %29,1'i ilköğretim, %31,2'si ortaöğretim, %20,9'unun lisans ve %1,5'inin lisansüstü eğitim seviyesine sahip olduğu belirlenmiştir. Yaşlı bireylerin %29,8'inin 12 ay ve daha az süredir, %29,8'inin 13 ile 36 ay arasında, %18,2'sinin 37 ila 72 ay arasında ve %22,2'sinin ise 73 ay ve üzerinde huzurevinde ikamet ettiği tespit edilmiştir. Yaşlı bireylerin BKİ ortalaması 26,16±4,60 olup çoğunluğu (%39,2) normal kiloludur.

Şekil 2. Katılımcıların yaş gruplarına göre dağılımı



Katılımcıların %70,9'u 76 yaş ve üzerindedir.

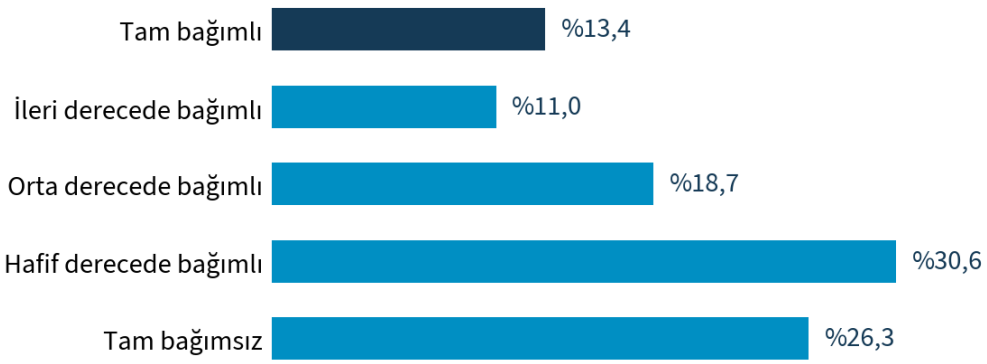
5.2. Sağlık ve deri özellikleri

Yaşlı bireylerin ek hastalık varlığı incelendiğinde, %95,3'ünün ek hastalığının olduğu ve en yaygın üç hastalık; hipertansiyon (%51,0), nörolojik bozukluk (%31,4) ve diyabet (%24,4) olarak belirlenmiştir. Yaşlı bireylerin %77,2'sinin ilaç kullanmakta olduğu ve en yüksek oranda kullanılan ilaçların %46,6 ile antikoagülanlar, %35,2 ile vazopresörler ve %24,0 ile sedatifler olduğu belirlenmiştir.

Yaşlı bireylerin bilinç durumu açısından, %75,1'i tüm uyarılara cevap verirken, %17,9'u sözlü ve gürültülü uyaranlara cevap vermektedir, %4,1'i ağrılı uyaranlara, %2,9'u ise hiçbir uyaranla tepki vermemektedir. Barthel indeksi sonuçları incelendiğinde ise, %13,4'ü tam bağımlı, %11,0'ı ileri derecede bağımlı, %18,7'si orta derecede bağımlı, %30,6'sı hafif derecede bağımlı ve %26,3'ü tam bağımsızdır. Yaşlı bireylerin %43,0'ı yardımcı araç/gereç kullanmakta olup yaşlı bireylerin kullandığı en yaygın yardımcı araç/gereçler ise tekerlekli sandalye (%33,2), baston (%42,2) ve yürüteçtir (%23,1). Beslenme desteği gereksinimi olanların oranı %30,4 iken, %73,0'ı oral, %24,1'i enteral, %2,9'u ise parenteral destek almaktadır. Yaşlı bireylerin %52,8'inde inkontinans mevcut olup çoğunlukla (%63,7) üriner ve fekal inkontinans birlikte görülmektedir. Yaşlı bireylerin %13,4'ünde herhangi bir tıbbi cihaz takılı olup %30,9'unda cihazı sabitlemek için ürün kullanılmaktadır.

Hastalık türlerinin yüzdeleri ek hastalığı olan 988 kişi, ilaç türlerinin yüzdeleri ilaç kullanan 801 kişi üzerinden verilmiştir. Yardımcı araç türleri 446 kişi, beslenme desteği türleri 315 kişi, inkontinans türleri 548 kişi ve cihaz sabitleme ürünü kullanımı cihazı olan 139 kişi üzerinden değerlendirilmiştir.

Şekil 3. Katılımcıların bağımlılık düzeyleri



5.3. Deri özellikleri

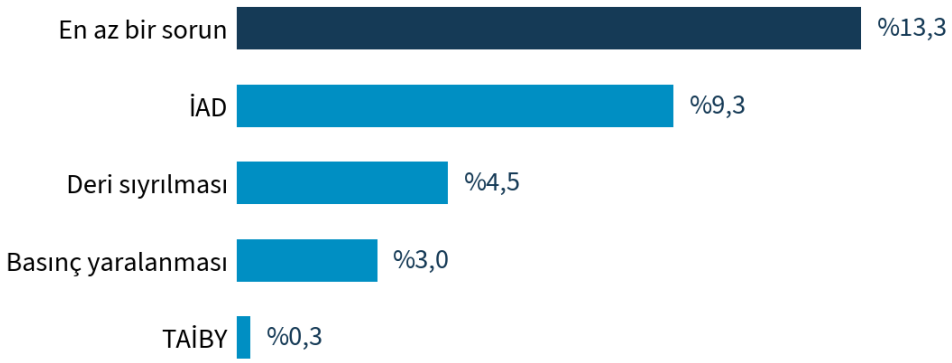
Deri özellikleri bakımından incelendiğinde yaşlı bireylerin %89,8'inin normal cilt rengine sahip olduğu, %42,5'inin kuru cilde sahip olduğu, %92,4'ünün normal deri sıcaklığına sahip olduğu, %54,4'ünün azalmış deri turgoruna sahip olduğu ve %15,6'sında ödem gözlendiği belirlenmiştir. Braden skor ortalamaları 17,61±4,38'dir.

Bölüm 6. Doku Bütünlüğü Sorunlarının Prevalansı ve Özellikleri

6.1. Genel prevalans

Araştırmaya katılan 1.037 bireyin 138'inde (%13,3) en az bir doku bütünlüğü sorunu saptanmıştır. İnkontinansla ilişkili dermatit (İAD) 96 kişide (%9,3), deri sıyrılması (DS) 47 kişide (%4,5), basınç yaralanması (BY) 31 kişide (%3,0) ve tıbbi araç ilişkili basınç yaralanması (TAİBY) 3 kişide (%0,3) görülmüştür.

Şekil 4. Doku bütünlüğü sorunlarının prevalansı



6.2. Basınç yaralanması

BY gelişen 31 bireyde toplam 46 adet BY saptanmıştır. Bunların %21,7'si Evre I (n=10), %26,1'i Evre II (n=12), %30,5'i Evre III (n=14), %13,0'ü Evre IV (n=6) ve %8,7'si (n=4) evrelendirilemeyen BY olarak sınıflandırılmıştır. BY'lerin en sık gözlendiği bölgenin sakrum olduğu (%71,7) tespit edilmiştir.

Tablo 6.1. Basınç yaralanmalarının evre ve bölge dağılımı

Özellik	Sınıflandırma / bölge	n (%)
Evre	I	10 (21,7)
Evre	II	12 (26,1)
Evre	III	14 (30,5)
Evre	IV	6 (13,0)
Evre	Evrelendirilemeyen	4 (8,7)
Bölge	Sakrum	33 (71,7)
Bölge	Ayak	7 (15,2)
Bölge	Bacak	4 (8,7)
Bölge	Gövde	2 (4,4)

6.3. İnkontinansla ilişkili dermatit

Çalışmaya dahil edilen yaşlı bireylerin 96'sında (%9,3) İAD görülmüş olup, bu olguların büyük çoğunluğunun Tip 1A grubunda (%90,6) ve genital bölgede (%82,3) yer aldığı saptanmıştır.

Tablo 6.2. İAD sınıflandırması ve bölge dağılımı

Sınıflandırma / bölge	n (%)
Tip 1A – Enfeksiyon bulgusunun olmadığı ısrarlı kızarıklık	87 (90,6)
Tip 1B – Enfeksiyon bulgusunun olduğu ısrarlı kızarıklık	4 (4,2)
Tip 2A – Enfeksiyon bulgusunun olmadığı deri kaybı	3 (3,1)
Tip 2B – Enfeksiyon bulgusunun olduğu deri kaybı	2 (2,1)
Genital alan	79 (82,3)
Sakral alan	17 (17,7)

6.4. Deri sıyrılması

Bireylerin %4,5'inde (n=47) toplam 61 adet DS saptanmıştır. DS'lerin %68,8'i (n=42) Tip 1, %21,3'ü (n=13) Tip 2 ve %9,9'u (n=6) Tip 3 olarak belirlenmiştir. Vücut bölgelerine göre dağılım incelendiğinde, DS'lerin en sık kolda görüldüğü (%32,8), bunu bacak (%24,6), el (%21,3), ayak (%16,4) ve sakrumun (%4,9) izlediği bulunmuştur.

Tablo 6.3. Deri sıyrılmalarının tip ve bölge dağılımı

Sınıflandırma / bölge	n (%)
Tip I – Deri kaybı yok	42 (68,8)
Tip II – Kısmi deri kaybı	13 (21,3)
Tip III – Tam deri kaybı	6 (9,9)
Kol	20 (32,8)
El	13 (21,3)
Sakrum	3 (4,9)
Bacak	15 (24,6)
Ayak	10 (16,4)

6.5. Tıbbi araç ilişkili basınç yaralanması

TAİBY 3 bireyde (%0,3) saptanmıştır. Kaynak raporda bu yaralanmaların sınıflandırması ve anatomik bölge dağılımı ayrıca sunulmamıştır.

Bölüm 7. İlişkili Faktörler ve Regresyon Bulguları

Bu bölüm, ikili karşılaştırmaların kısa özetlerini ve çok değişkenli lojistik regresyon sonuçlarını sunmaktadır. OR değerleri olasılık ya da risk oranı olarak değil, odds oranı olarak yorumlanmalıdır. İlişkiler nedensellik göstermez.

7.1. Genel doku bütünlüğü sorunları

İkili karşılaştırmalarda doku bütünlüğü sorunları; cinsiyet, yaş, ilaç kullanımı, bilinç durumu, bağımlılık düzeyi, beslenme desteği, yatak tipi ve rutin deri değerlendirmesi ile ilişkili bulunmuştur ($p<0,05$). Sorun saptananların Braden skoru ortalaması 13,64±3,71, sorun saptanmayanların ise 17,59±3,47'tür ($p<0,001$); BKİ, ek hastalık varlığı ve yardımcı araç kullanımı bakımından anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çok değişkenli modelde BKİ (OR=1,069), Braden skoru (OR=0,832) ve nörolojik bozukluk (OR=2,332) anlamlı bulunmuştur. Braden skorundaki artış, doku bütünlüğü sorununun daha düşük odds değeriyle ilişkilidir.

Tablo 7.1. Lojistik regresyon sonuçları

Değişken	OR	%95 GA	p
Yaş	1,015	0,989–1,042	0,266
BKİ	1,069	1,018–1,121	0,007
Braden skoru	0,832	0,777–0,890	<0,001
Cinsiyet	1,378	0,872–2,177	0,169
İlaç kullanımı	1,335	0,710–2,510	0,369
Bilinç durumu	—	—	0,342
Bilinç durumu (1)	0,485	0,179–1,317	0,156
Bilinç durumu (2-3)	0,595	0,228–1,556	0,290
Barthel indeksi değeri	—	—	0,142
Barthel indeksi değeri (1-2)	1,594	0,699–3,636	0,268
Barthel indeksi değeri (3-4)	0,958	0,467–1,967	0,907
Diyabet	1,185	0,741–1,893	0,478
Nörolojik Bozukluk	2,332	1,451–3,747	<0,001

OR: odds oranı; GA: güven aralığı; BKİ: beden kitle indeksi.

Model uyumu: Hosmer–Lemeshow χ^2=5,994; sd=8; p=0,648. Cox–Snell R^2=0,148; Nagelkerke R^2=0,268. Kaynak: Özgün Tablolar 3 ve 4.

7.2. Basınç yaralanması ile ilişkili faktörler

Basınç yaralanması; cinsiyet, yaş, düzenli ilaç kullanımı, bilinç durumu, bağımlılık düzeyi, beslenme desteği ve yatak tipi ile ilişkili bulunmuştur (p<0,05). BY saptananların Braden skoru ortalaması 10,65±2,24, saptanmayanların 17,83±4,25'tir (p<0,001); BKİ, ek hastalık varlığı ve yardımcı araç kullanımı bakımından anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05).

Regresyonda yaş (OR=1,106), BKİ (OR=1,182), Braden skoru (OR=0,624) ve nörolojik bozukluk (OR=3,572) anlamlıdır. Tüm uyaranlara yanıt veren bireylerin BY odds değeri, tüm uyaranlara tepkisiz bireylere göre daha düşüktür (OR=0,112; p=0,016). Braden skorunun yükselmesi daha düşük BY odds değeriyle ilişkilidir.

Tablo 7.2. Lojistik regresyon sonuçları

Değişken	OR	%95 GA	p
Yaş	1,106	1,030–1,187	0,005
BKİ	1,182	1,043–1,339	0,009
Braden skoru	0,624	0,510–0,764	<0,001
Cinsiyet	0,925	0,242–3,540	0,909
İlaç kullanımı	0,721	0,136–3,826	0,700
Bilinç durumu	—	—	0,022
Bilinç durumu(1)	0,112	0,019–0,664	0,016
Bilinç durumu(2-3)	0,618	0,153–2,497	0,499
Diyabet	0,932	0,301–2,884	0,902
Nörolojik Bozukluk	3,572	1,137–11,224	0,029

OR: odds oranı; GA: güven aralığı; BKİ: beden kitle indeksi.

Model uyumu: Hosmer–Lemeshow χ^2=0,579; sd=8; p=1,000. Cox–Snell R^2=0,127; Nagelkerke R^2=0,520. Kaynak: Özgün Tablolar 5 ve 6.

7.3. Deri sıyrılması ile ilişkili faktörler

Deri sıyrılması; ilaç kullanımı, bilinç durumu, bağımlılık düzeyi, beslenme desteği, yatak tipi, deri rengi ve turgoru ile ilişkili bulunmuştur (p<0,05). Tam bağımlı bireylerde DS sıklığı %11,5, beslenme desteği alanlarda %7,3, almayanlarda ise %3,3'tür. Bu sonuçlar ikili karşılaştırmalara aittir; deri sıyrılması için regresyon analizi yapılmamıştır.

7.4. İnkontinansla ilişkili dermatit ile ilişkili faktörler

İAD; yaş, ilaç kullanımı, bilinç durumu, bağımlılık düzeyi, beslenme desteği, yatak tipi ve deri özellikleri ile ilişkili bulunmuştur (p<0,05). İAD sıklığı tam bağımlı bireylerde %22,3, ileri derecede bağımlılarda %19,3, orta derecede bağımlılarda %12,4 ve hafif derecede bağımlılarda %4,7'dir; İAD saptanmayan bireylerin Braden skorları daha yüksektir (p<0,001).

Regresyonda BKİ (OR=1,101), Braden skoru (OR=0,830) ve nörolojik bozukluk (OR=3,664) anlamlı bulunmuştur. Barthel "4–3" kategorisi karşılaştırması anlamlıdır (p=0,030); bağımlılık değişkeninin genel testi ise p=0,064'tür. Kodların kategori adlarıyla eşleştirilmesi doğrulanmadan bu karşılaştırmaya bağımlılık düzeyi adı verilmemiştir.

Tablo 7.3. Lojistik regresyon sonuçları

Değişken	OR	%95 GA	p
Yaş	0,999	0,969–1,030	0,937
BKİ	1,101	1,040–1,166	0,001
Braden skoru	0,830	0,764–0,902	<0,001
Cinsiyet	1,581	0,924–2,704	0,094
İlaç kullanımı	1,175	0,548–2,520	0,679
Bilinç durumu	—	—	0,551
Bilinç durumu(1)	0,634	0,210–1,912	0,418
Bilinç durumu(2-3)	0,563	0,197–1,612	0,285
Bağımlılık Durumu	—	—	0,064
Barthel indeksi değeri(4-3)	3,767	1,140–12,448	0,030
Barthel indeksi değeri(2-1)	2,305	0,765–6,941	0,138
Diyabet	0,849	0,480–1,499	0,571
Nörolojik Bozukluk	3,664	2,051–6,543	<0,001

OR: odds oranı; GA: güven aralığı; BKİ: beden kitle indeksi.

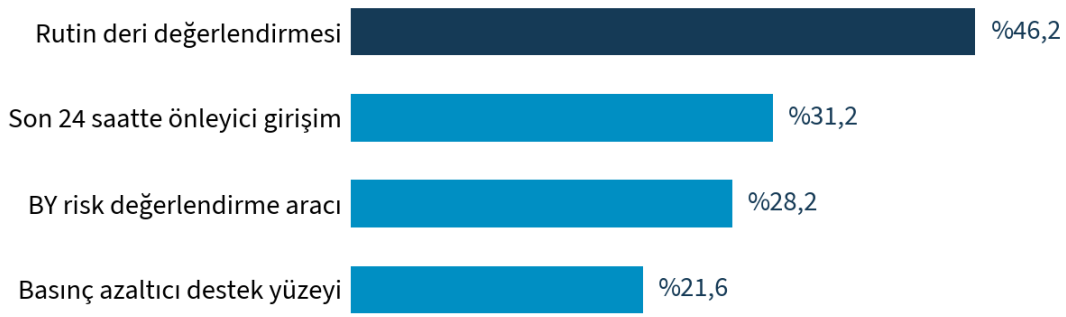
Model uyumu: Hosmer–Lemeshow χ^2=6,375; sd=8; p=0,605. Cox–Snell R^2=0,131; Nagelkerke R^2=0,280. Kaynak: Özgün Tablolar 8 ve 9.

Bölüm 8. Mevcut Bakım Uygulamaları

8.1. Deri ve risk değerlendirmesi

Katılımcıların 479'unda (%46,2) rutin deri değerlendirmesi yapılırken, 558'inde (%53,8) yapılmadığı belirlenmiştir. Basınç yaralanması risk değerlendirme aracı 292 bireyde (%28,2) kullanılmış; 745 bireyde (%71,8) kullanılmamıştır.

Şekil 5. Değerlendirme ve önleyici bakım uygulamaları



8.2. Önleyici girişimler ve destek yüzeyleri

Son 24 saat içinde basınç yaralanmasını önlemeye yönelik girişim uygulanan birey sayısı 324 (%31,2), uygulanmayan birey sayısı 713'tür (%68,8). Katılımcıların 224'ünde (%21,6) basınç azaltıcı destek yüzeyleri kullanılırken, 813'ünde (%78,4) standart hastane yatağı kullanılmıştır.

8.3. Deri bakımı ve pozisyon değişimi

Önleyici girişim uygulanan 324 bireyin 289'unda (%89,2) deri bakımı, 260'ında (%80,2) pozisyon değişimi uygulanmıştır. Pozisyon değişimi uygulanmayan birey sayısı 64'tür (%19,8). Bu oranların paydası tüm katılımcılar değil, önleyici girişim uygulanan 324 bireydir.

Tablo 8.1. Kaynak tabloda bildirilen deri bakım ürünleri

Ürün	Bildirilen sayı	Bildirilen yüzde
Nemlendirici krem	290	73,6
Bariyer sprey / krem	96	24,3
Koruyucu pansuman / giysi	8	2,1

Bölüm 9. Tartışma

Dört doku bütünlüğü sorununun birlikte değerlendirilmesi, bakım önceliklerinin bütüncül biçimde ele alınmasını sağlar.

9.1. Genel doku bütünlüğü sorunları

Bu çalışmada huzurevleri ve yaşlı bakım merkezlerinde yaşayan bireylerin %13,3'ünde en az bir doku bütünlüğü sorunu saptanmıştır. Literatürde BY, TAİBY, İAD ve deri sıyrılmasını birlikte ele alan çalışmaların sınırlı olması, genel prevalansın doğrudan karşılaştırılmasını güçleştirmektedir. Almanya'da yürütülen bir çalışmada BY %9,0, İAD %35,4 ve deri sıyrılması %6,3; diğer bir çalışmada ise sırasıyla %8,0, %21,0 ve %10,5 olarak bildirilmiştir (42,36). Bu oranlar, aynı bireyde birden fazla sorun bulunabileceği için toplanarak genel prevalans olarak yorumlanamaz. Çalışmalar arasındaki farklılıklar değerlendirilirken örneklemin yaşı, bakım bağımlılığı, eşlik eden hastalıklar, değerlendirme yöntemleri ve kullanılan tanımlar dikkate alınmalıdır. Bu etkenler olası açıklamalardır; mevcut araştırmada ülkeler arasındaki farkların nedenleri doğrudan test edilmemiştir.

9.2. Basınç yaralanması

Bu araştırmada BY prevalansı %3,0 olarak belirlenmiştir. Uzun süreli bakım ortamlarına ilişkin küresel derlemede bildirilen oranlar geniş bir dağılım göstermektedir (43). Bir sistematik derleme ve meta-analizde, tüm evreler için birleşik BY prevalansı %11,6, birleşik insidans ise %14,3 olarak bildirilmiştir (44). Prevalans belirli bir zamandaki mevcut olguları, insidans ise bir izlem döneminde ortaya çıkan yeni olguları yansıttığından bu ölçütler birbirinin yerine kullanılmamalıdır. Avrupa'daki araştırmalar da bakım uygulamaları, risk değerlendirmesi, kayıt sistemleri ve tanımlama ölçütleri bakımından farklılıklar göstermektedir (45,46,47). Bu nedenle ülkeler ve bakım ortamları arasında doğrudan karşılaştırma yapılırken yöntemsel farklılıklar göz önünde bulundurulmalıdır.

Türkiye'de BY ile ilgili çalışmaların büyük bölümü akut bakım ortamlarında yürütülmüş olup, bildirilen prevalans oranlarının %6,9 ile %11,4 arasında değiştiği görülmektedir (10,11, 13,48) Bu nedenle, akut bakım kurumları ile uzun süreli bakım kuruluşları arasında bildirilen prevalans oranlarının farklılık göstermesi beklenen bir durumdur. Çünkü bu iki bakım ortamı; hasta profili, bakım yoğunluğu, koruyucu girişimlerin uygulanma biçimi ve risk değerlendirme yaklaşımları açısından birbirinden ayrılmaktadır. Bununla birlikte, bu çalışmada saptanan BY'lerin büyük bölümünün sakral bölgede yer alması ve evre III BY'lerin belirlenmiş olması, uzun süreli bakım ortamlarında risk oluşturan bazı faktörlerin etkisini sürdürdüğünü düşündürmektedir. Özellikle ileri yaş, malnütrisyon, bağımlılık düzeyi ve bakım koşulları gibi etkenlerin yaşlı bireylerde BY gelişimi açısından önemini koruduğu görülmektedir. Bu bulgu, huzurevlerinde erken tanılama uygulamalarının güçlendirilmesinin ve koruyucu bakım girişimlerinin daha sistematik biçimde sürdürülmesinin gerekliliğine işaret etmektedir.

Uzun süreli bakım kurumlarında BY'nin önlenmesine yönelik olarak bilgisayarlı karar destek sistemleri, BY önleme programları, düzenli pozisyon değiştirme uygulamaları, gelişmiş destek yüzeyleri ve beslenme desteği gibi çok sayıda girişim kullanılmaktadır. Bununla birlikte, mevcut literatür incelendiğinde bu girişimlerden herhangi birinin tek başına en etkili yaklaşım olarak tanımlanamadığı görülmektedir. Ayrıca, bu alandaki randomize kontrollü

çalışmalardan elde edilen kanıtların da sınırlı olduğu bildirilmektedir (49).

9.3. Tıbbi araç ilişkili basınç yaralanması

Bu çalışmada TAİBY prevalansı %0,3 olarak belirlenmiştir. Elde edilen bu oran, ağırlıklı olarak akut bakım ve yoğun bakım ünitelerinde yürütülen çalışmalarda bildirilen ve yaklaşık %10–40 arasında değişen TAİBY oranlarından belirgin düzeyde düşüktür (23,24,25,48,50).Yoğun bakım hastalarını kapsayan sistematik derleme ve meta-analizlerden elde edilen bulgular da, tıbbi cihaz ilişkili basınç yaralarının kritik bakım ortamlarında sık karşılaşılan bir komplikasyon olduğunu göstermekte ve yetişkinlerde birleşik insidansın %19,3'e kadar ulaşabildiğini bildirmektedir (22). Bu çerçevede değerlendirildiğinde, mevcut çalışmada gözlenen düşük TAİBY prevalansının; huzurevlerinde invaziv tıbbi cihaz kullanımının daha sınırlı olması, bakım süreçlerinin daha stabil seyretmesi ve yüksek riskli bireylerin ağırlıklı olarak akut bakım ortamlarında izlenmesi ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Bununla birlikte, düşük TAİBY prevalansının riskin olmadığı şeklinde yorumlanmaması gerekmektedir. Uzun süreli bakım ortamlarında yaşayan yaşlı bireyler; deri bütünlüğünün kırılgan olması, kronik komorbidite yükünün yüksekliği ve düşük yoğunluklu da olsa uzun süreli cihaz maruziyetinin devam etmesi nedeniyle risk altında olmaya devam edebilmektedir. Ayrıca TAİBY'nin geç fark edilmesi, lezyonların derin doku hasarına ilerlemesine yol açabilmektedir (20,21). Bu nedenle cihaz ile deri temasının olduğu bölgelerin düzenli olarak değerlendirilmesi, uygun sabitleme yöntemlerinin kullanılması ve koruyucu materyallerden yararlanılması temel bakım uygulamaları arasında yer almalıdır. Öte yandan, huzurevleri ve uzun süreli bakım kuruluşlarında TAİBY'ye ilişkin kanıtların sınırlı olması, bu bakım ortamlarına özgü risk faktörlerinin belirlenmesi ve hedefe yönelik koruyucu stratejilerin geliştirilmesi amacıyla yeni araştırmalara ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

9.4. İnkontinansla ilişkili dermatit

Bu çalışmada İAD prevalansı %9,3 olarak belirlenmiştir. İAD saptanan 96 bireyin %90,6'sında enfeksiyon bulgusunun olmadığı ısrarlı kızarıklıkla tanımlanan Tip 1A, %82,3'ünde genital bölge tutulumu bulunmuştur. Bu dağılım, değerlendirme sırasında deri kaybının bulunmadığı kategorinin baskın olduğunu göstermektedir; tek başına tanının erken konulduğunu ya da bakımın etkili olduğunu kanıtlamaz. Almanya'daki huzurevi araştırmalarında İAD prevalansı %21,0 ve %35,4, İrlanda'daki bir çalışmada ise %11,5 olarak bildirilmiştir (36,42,51). Oranlar karşılaştırılırken tüm katılımcıların mı yoksa yalnızca inkontinansı olan bireylerin mi paydaya alındığı ayrıca dikkate alınmalıdır.

Türkiye'de uzun süreli bakım ortamlarında İAD'ye ilişkin karşılaştırılabilir verilerin sınırlı olması, bu araştırmanın katkısını artırmaktadır. Akut ve yoğun bakım ortamlarındaki çalışmalarda %6,89 ile %29 arasında İAD oranları bildirilmiştir (28,53). Hasta profili, inkontinans yükü ve değerlendirme yöntemleri farklı olduğundan, bu oranlar huzurevi bulgularına doğrudan genellenemez. Örneklem özellikleri, inkontinans ürünlerinin kullanımı ve kayıt uygulamaları olası açıklamalar arasında değerlendirilebilir; mevcut çalışma bu açıklamaları nedensel olarak sınamamıştır.

İAD olgularında Tip 1A'nın baskın olması, kızarıklık ve nemle ilişkili deri değişikliklerinin bakım sırasında dikkatle değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Düzenli ve nazik deri temizliği, uygun koruyucu ürünlerin kullanımı ve bireyselleştirilmiş kontinans yönetimi, yapılandırılmış bakımın bileşenleri olarak ele alınmalıdır (26). İAD'nin gelişiminde rol oynayan

prognostik faktörlerin değerlendirilmesi de önleyici bakımın bireyselleştirilmesine katkı sağlayabilir (54).

9.5. Deri sıyrılması

Bu çalışmada DS prevalansı %4,5 olarak belirlenmiş olup, saptanan lezyonların büyük bölümünün üst ekstremitelerde, özellikle kollarda yer aldığı ve çoğunlukla Tip 1 olarak sınıflandırıldığı görülmüştür. Bu bulgu, huzurevlerinde yaşayan yaşlı bireylerde DS'nin göz ardı edilmemesi gereken bir doku bütünlüğü sorunu olduğunu göstermektedir. Yaşlı bireylerde DS epidemiyolojisini inceleyen güncel bir sistematik derleme ve meta-analizde, birleşik DS prevalansının %6,0 olduğu, uzun süreli bakım ortamlarında ise bu oranın %11,0'a kadar yükseldiği bildirilmiştir (31). Benzer şekilde, Van Tiggelen ve arkadaşlarının 20'den fazla çalışmayı kapsayan derlemesinde, uzun süreli bakım kuruluşlarında DS prevalansının %1,1 ile %41,2 arasında değiştiği ve çalışmalar arasında dikkat çekici düzeyde heterojenite bulunduğu rapor edilmiştir (55). Bu bulgular, DS'nin uzun süreli bakım ortamlarında yaygın olarak görülebilen bir sorun olduğunu, ancak prevalansının farklı çalışma ve bakım ortamlarında önemli ölçüde değişkenlik gösterebildiğini ortaya koymaktadır.

Türkiye'de huzurevlerinde yaşayan yaşlı bireylerde DS prevalansını inceleyen çalışmaların bulunmaması, mevcut sonuçların ulusal düzeyde doğrudan karşılaştırılmasını güçleştirmektedir. Bununla birlikte, akut bakım ortamlarında yürütülen çalışmalarda farklı prevalans oranları bildirilmiştir. Hastanede yatan yaşlı bireylerde DS prevalansının %4,1 olduğu, yoğun bakım ünitelerinde ise bu oranın %11,76 ile %14,5 arasında değiştiği rapor edilmiştir (32,52). Özellikle yoğun bakım ünitelerinde bildirilen yüksek oranların; invaziv girişimlerin daha sık uygulanması, hasta hareketliliğinin kısıtlı olması, tıbbi cihaz kullanımının yaygınlığı ve hastaların daha kırılgan klinik özelliklere sahip olmasıyla ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Buna karşılık, huzurevlerinde bakım süreçlerinin daha stabil olması ve akut hastalık yükünün daha düşük seyretmesi, mevcut çalışmada gözlenen daha düşük prevalans oranını açıklayabilecek etkenler arasında değerlendirilebilir.

Literatürde bildirilen DS prevalans oranları arasındaki geniş değişkenlik, bu sorunun gerçek boyutunun belirlenmesini güçleştiren önemli bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. Çalışmalar arasındaki farklılıkların başlıca nedenleri arasında standart tanım ve sınıflandırma sistemlerinin tutarlı biçimde kullanılmaması, sağlık profesyonellerinin DS tanısına ilişkin farkındalık düzeylerindeki değişkenlik, kayıt ve raporlama uygulamalarındaki farklılıklar ile bakım ortamlarına özgü yöntemsel yaklaşımlar yer almaktadır (30,55,56). Özellikle DS'nin sıklıkla küçük ve yüzeysel bir deri hasarı olarak değerlendirilmesi, bazı olguların fark edilmeden kalmasına veya farklı yara türleri ile karıştırılmasına neden olabilmektedir. Bu durum, DS'nin gerçek prevalansının olduğundan daha düşük raporlanmasına yol açarken, aynı zamanda klinik ve ekonomik etkilerinin de yeterince ortaya konulamamasına neden olmaktadır (31).

Deri sıyrılmalarının çoğunlukla kollarda bulunması ve Tip 1 olarak sınıflandırılması, bakımda ekstremitelerin korunmasına ve mekanik travmanın azaltılmasına dikkat çekmektedir. Tip 1 sınıflaması deri kaybının bulunmadığını ifade eder; yaranın erken tanılandığını tek başına göstermez. Standart değerlendirme ve sınıflandırma araçlarının kullanılması, lezyonların doğru kaydı ve bakım ekibinin eğitimi bu sorunun görünürlüğünü artırabilir (30,37). Bu araştırmada deri sıyrılması için regresyon analizi yapılmadığından, ikili karşılaştırmalarda bulunan ilişkiler bağımsız risk faktörleri olarak yorumlanmamalıdır.

9.6. İlişkili faktörlerin yorumlanması

Genel doku bütünlüğü modelinde BKİ artışı ve nörolojik bozukluk varlığı daha yüksek, Braden skoru

artışı ise daha düşük odds değeriyle ilişkili bulunmuştur. Nörolojik bozukluğu olan bireylerde odds oranı 2,332, BKİ'deki her bir birim artış için 1,069 ve Braden skorundaki her bir puan artış için 0,832'dir. Dolayısıyla koruyucu yöndeki ilişki düşük Braden skoruna değil, skorun yükselmesine aittir. Bu sonuçlar kesitsel ilişkileri göstermekte olup neden–sonuç ilişkisi veya mutlak risk değişimi olarak yorumlanmamalıdır.

BKİ ile doku bütünlüğü sorunları arasındaki ilişkiye yönelik literatürde farklı sonuçlar bildirilmektedir. Anrys ve arkadaşları düşük BKİ'yi önemli bir risk faktörü olarak tanımlarken, mevcut çalışmada BKİ artışının daha yüksek odds değeri ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (46). Çalışmalar arasındaki bu farklılığın, BKİ'nin her iki uç değerinde de farklı mekanizmalar aracılığıyla risk oluşturabilmesi ile açıklanabileceği düşünülmektedir. Düşük BKİ; malnütrisyon ve dokuların yetersiz beslenmesi nedeniyle riski artırırken, yüksek BKİ ise hareket kısıtlılığı ve dokular üzerinde oluşan mekanik basınç nedeniyle doku bütünlüğü sorunlarının gelişimine zemin hazırlayabilmektedir. Bu durum, yalnızca düşük ya da yüksek BKİ'nin değil, genel olarak vücut ağırlığına ilişkin sorunların yaşlı bireylerde deri ve doku sağlığının korunması açısından dikkatle değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir.

Bu çalışmada nörolojik bozukluklar ile doku bütünlüğü sorunları arasında saptanan ilişki, mevcut literatürde bildirilen bulgularla uyumludur. Nörolojik hastalıkların; mobiliteyi, duyu algısını ve bireyin öz bakım kapasitesini olumsuz yönde etkileyerek doku bütünlüğü sorunları açısından önemli bir risk oluşturduğu bilinmektedir (49). Özellikle hareket kabiliyetindeki azalma ve basınca maruziyet süresinin uzaması, bu bireylerde deri hasarı gelişimini kolaylaştırabilmektedir. Bununla birlikte, yaşlı bireylerde deri bariyer fonksiyon bozukluklarını inceleyen güncel sistematik derlemelerde, kanıt düzeyi en yüksek risk faktörlerinin kronik böbrek hastalığı ve kuru deri olduğu bildirilmiştir (57). Bu durum, doku bütünlüğü sorunlarının tek bir nedene bağlı olarak ortaya çıkmadığını, çok sayıda biyolojik ve klinik faktörün birlikte etkisiyle şekillendiğini göstermektedir.

Braden skorunun yükselmesi, genel doku bütünlüğü, BY ve İAD modellerinde daha düşük odds değeriyle ilişkili bulunmuştur. Bununla birlikte, bir ölçek puanının sonuçla ilişkili olması, ölçeğin kullanılmasının tek başına yaralanmaları azalttığını göstermez. Braden Ölçeği basınç yaralanması riskini değerlendirmek için kullanılır; İAD ve deri sıyrılması değerlendirmelerinin yerine geçmez. Risk değerlendirmesi, doğrudan deri incelemesi ve klinik değerlendirmeyle birlikte bakım planına yansıtılmalıdır (9,30,40). İAD modelindeki Barthel kategori karşılaştırması yorumlanırken kategori kodlarının doğrulanması ve değişkenin genel test sonucunun da dikkate alınması gerekir.

9.7. Bakım uygulamaları ve araştırmanın katkısı

Genel doku bütünlüğü sorunlarının rutin deri değerlendirmesi yapılan ve destek yüzeyi kullanılan bireylerde daha sık görülmesi, bakım uygulamalarının zararlı olduğu biçiminde yorumlanmamalıdır. Daha yüksek bakım gereksinimi olan veya sorunu zaten bulunan bireylere bu uygulamaların daha sık sunulması, gözlenen ilişkiyi açıklayabilir (33,42,58). Kesitsel tasarım uygulamanın mı yoksa sorunun mu önce ortaya çıktığını belirleyemez. Tablolara göre rutin deri değerlendirmesi katılımcıların %46,2'sinde, BY risk değerlendirme aracı kullanımı %28,2'sinde ve son 24 saatte önleyici girişim uygulaması %31,2'sinde bildirilmiştir. Bu oranlar bakım süreçlerini incelemek için bir başlangıç sağlar; bireysel endikasyonlar ve uygulamaların sürekliliği bilinmeden bakımın yeterliliğine ilişkin kesin hüküm verilemez.

Bu çalışmanın katkısı, BY, İAD, deri sıyrılması ve TAİBY'yi aynı örneklemde birlikte değerlendirerek uzun süreli bakım ortamlarına ilişkin bütüncül veri sunmasıdır. Genel prevalansın %13,3 olması ve en sık sorunun İAD (%9,3) olarak belirlenmesi, önleyici bakımın yalnızca basınç yaralanmasına odaklanmaması gerektiğine işaret etmektedir. Bulgular uluslararası karşılaştırmalara ve ulusal yaşlı bakım hizmetlerinin planlanmasına katkı sunabilir; ancak iki ilde elde edilen sonuçlar Türkiye genelini temsil eden tahminler olarak değerlendirilmemelidir. Sistematik değerlendirme, beslenme ve hareketlilik desteği, kontinans yönetimi ve bakım personelinin hedefe yönelik eğitimi, araştırma bulguları ile mevcut rehberlerin birlikte ele alınmasıyla geliştirilecek bakımın temel alanlarıdır (9,26,30,33).

Bölüm 10. Klinik Mesajlar

Risk değerlendirmesini bireye özgü bakım planına dönüştürün.

Bu bölümdeki mesajlar, araştırmanın bulguları ve mevcut rehberler doğrultusunda hemşirelik bakımına yönelik önerilerdir. Çalışmada bu girişimlerin etkinliği deneysel olarak değerlendirilmemiştir.

10.1. Deriyi bütüncül değerlendirin

Bakım planında basınç yaralanması, İAD, deri sıyrılması ve cihazla ilişkili hasarı birlikte ele alın. Deri değerlendirmesini kurumun izlem planına yerleştirin; bireyin durumu veya bakım gereksinimi değiştiğinde yeniden değerlendirin. Bulguları lezyon türü, sınıflandırması ve anatomik bölgesiyle kaydedin (9,30,41).

10.2. Risk puanını klinik bulgularla birlikte yorumlayın

Düşük Braden puanını daha fazla dikkat gerektiren bir bulgu olarak değerlendirin. Nörolojik bozukluk, hareket kısıtlılığı, bakım bağımlılığı ve beslenme gereksinimlerini bakım planında birlikte inceleyin. Yüksek BKİ'yi tek başına beslenmenin yeterli olduğunun göstergesi olarak kabul etmeyin (9,40).

10.3. Kontinans ve deri bakımını birlikte planlayın

İdrar veya dışkıyla temas eden deriyi değerlendirin; nazik temizlik, uygun kurutma ve gereksinime göre bariyer ürün kullanımını bakım planına alın. Kontinans ürünlerinin uygunluğunu ve değiştirilmesini bireysel gereksinimlere göre düzenleyin. Kızarıklık ile deri kaybını ayırt ederek kaydedin (9,26,41).

10.4. Basıncı ve mekanik travmayı azaltın

Pozisyon değişimi ve destek yüzeyi seçimini hareketlilik, deri toleransı, klinik durum ve konforla birlikte planlayın. Bakım ve transfer sırasında sürtünme ve kaymayı azaltın; kırılgan deriyi ve özellikle ekstremiteleri travmadan koruyun. Yapışkan ürünlerin uygulanması ve çıkarılmasında deri hasarını önleyen yöntemleri kullanın (9,30).

10.5. Cihaz temas bölgelerini izleyin

Cihazın deriyle temas ettiği alanları ve sabitleme ürünlerini bakım sırasında değerlendirin. Cihazın işlevini ve güvenliğini koruyarak uygun yerleşim ve sabitlemeyi sağlayın. Yeni hasar saptandığında değerlendirmeyi kaydedin ve sorumlu sağlık profesyoneline bildirin (9,20,21).

10.6. Bakımın sonucunu takip edin

Uygulanan girişimi, bireyin toleransını ve deri bulgularındaki değişimi kayıt altına alın. Yeni veya ilerleyen hasarda bakım planını gözden geçirin; gerektiğinde yara bakımında uzman hemşire ve ilgili disiplinlerden değerlendirme isteyin. Beslenme ve mobilite desteğini ekip ile birlikte yürütün (9,30,33).

Bölüm 11. YOİHD Önerileri

Bu bölüm, araştırma bulguları temelinde YOİHD'nin değerlendirmesine sunulan önerileri içermektedir. Önerilerin kurumsal görüş niteliği kazanması, derneğin değerlendirme ve onay sürecine bağlıdır.

11.1. Bütüncül bakım rehberi geliştirilmesi

Huzurevleri ve yaşlı bakım merkezleri için BY, İAD, deri sıyrılması ve TAİBY'yi birlikte ele alan uygulama rehberi hazırlanması önerilmektedir. Rehber; değerlendirme, sınıflandırma, önleme, kayıt, izlem ve uzman değerlendirmesine yönlendirme basamaklarını kapsamalı; mevcut kanıtlar ve kurumların uygulama koşullarıyla uyumlu olmalıdır (9,26,30,33).

11.2. Eğitim ve yetkinliğin güçlendirilmesi

Hemşireler ve bakım personeli için görev kapsamlarına uygun eğitim programları geliştirilmelidir. Olgu ve görsel örneklerle yara türlerinin ayırt edilmesi, doğru sınıflandırma ve koruyucu bakım uygulamaları ele alınmalıdır. Eğitimin yalnızca katılım üzerinden değil, bilgi ve uygulama yetkinliği ile değerlendirilmesi önerilmektedir.

11.3. Ortak kayıt ve izlem dili oluşturulması

Kurumlar arasında karşılaştırılabilir veri üretilmesi için ortak tanımlar, sınıflandırmalar ve veri toplama formları önerilmelidir. Kişi sayısı ile lezyon sayısı ayrı kaydedilmeli; prevalans hesaplarında payda açıkça belirtilmelidir. Kurumların dönemsel bulgularını paylaşabileceği bir araştırma ve kalite geliştirme ağı oluşturulması değerlendirilebilir.

11.4. Araştırma önceliklerinin belirlenmesi

Farklı bölgelerde çok merkezli çalışmaların yürütülmesi, uzunlamasına tasarımlarla yeni olguların ve iyileşme süreçlerinin izlenmesi önerilmektedir. Bakım ortamlarını karşılaştıran araştırmaların yanı sıra eğitim ve bütüncül bakım protokollerinin etkinliğini değerlendiren girişimsel çalışmalar desteklenmelidir. Maliyet ve yaşam kalitesi sonuçları sonraki araştırmalarda ayrıca ölçülmelidir.

11.5. Uygulama ve yaygınlaştırma

Rehber ve eğitim materyallerinin kurum temsilcileri, sağlık profesyonelleri ve yaşlı bireylerin bakım gereksinimleri dikkate alınarak geliştirilmesi önerilmektedir. Pilot uygulama, geri bildirim ve güncelleme süreçleri tanımlanmalı; önerilerin uygulanabilirliği farklı kurum türlerinde değerlendirilmelidir.

Bölüm 12. Politika Yapıcılar İçin Mesajlar

Önleyici bakım için standartların yanı sıra uygulama koşulları da güçlendirilmelidir.

Araştırma, ulusal yaşlı bakım hizmetlerinin planlanmasında yararlanılabilecek iki ile ait çok merkezli veriler sunmaktadır. Bu veriler ulusal prevalans tahmini olarak kullanılmadan, daha kapsamlı izlem ve iyileştirme çalışmalarının başlangıç noktası olarak değerlendirilmelidir.

12.1. Ortak değerlendirme ve raporlama standartları

İlgili bakanlıklar ve kurum yöneticileri, doku bütünlüğü değerlendirmesinin yaşlı bakım hizmetlerinde ortak bir kayıt ve izlem yapısıyla yürütülmesini desteklemelidir. Huzurevine kabulde mevcut olan lezyonlar ile kurumda yeni ortaya çıkan lezyonların ayrılması, hizmetlerin zaman içinde değerlendirilmesini kolaylaştıracaktır.

12.2. Önleyici bakıma erişim

Personel eğitimi, deri bakımı ve kontinans ürünleri, uygun destek yüzeyleri ve güvenli transfer olanakları bakım gereksinimine göre planlanmalıdır. Kurumların bu kaynaklara erişimi ve sürekliliği değerlendirilmelidir. Bu çalışmada personel yeterliliği veya kaynak eksikliğinin etkisi doğrudan ölçülmediğinden, kaynak planlaması ayrıca yapılacak gereksinim analizleriyle desteklenmelidir.

12.3. Kalite göstergelerinin izlenmesi

Doku bütünlüğü sorunlarının prevalansına ek olarak değerlendirme ve bakım planlarının kaydı gibi süreç göstergeleri izlenmelidir. Kurumlar karşılaştırılırken katılımcıların klinik profili, bakım bağımlılığı, tanım ve payda farklılıkları dikkate alınmalıdır. Tek bir prevalans ölçümü üzerinden kurumların bakım kalitesi sıralanmamalıdır.

12.4. Kurumlar arası bakım sürekliliği

Huzurevi, hastane ve diğer bakım ortamları arasındaki geçişlerde deri bulgularının ve bakım planının aktarılmasını sağlayan ortak bilgi alanları oluşturulmalıdır. Uzman yara bakımına erişim ve gerektiğinde konsültasyon yolları kurum düzeyinde tanımlanmalıdır.

12.5. Ulusal kanıt üretimi

Farklı coğrafi bölgeleri ve bakım ortamlarını kapsayan izlem çalışmalarının desteklenmesi önerilmektedir. Önleyici bakım programlarının etkisi, uygulanabilirliği ve maliyeti birlikte araştırılmalıdır. Bu araştırmanın sonuçları, ölçülmemiş maliyet tasarrufu veya yaşam kalitesi kazanımı varmış gibi sunulmamalıdır.

Bölüm 13. Sağlık Profesyonelleri İçin Mesajlar

Doku bütünlüğünü korumak ortak bir bakım sorumluluğudur.

Hemşireler, hekimler, diyetisyenler, fizyoterapistler ve bakım personeli; yaşlı bireyin gereksinimleri, tercihleri ve bakım hedefleri doğrultusunda birlikte çalışmalıdır.

01

DEĞERLENDİR

Ortak terminoloji kullanın, bireyi bütüncül değerlendirin.

Basınç yaralanması, inkontinansla ilişkili dermatit, deri sıyrılması ve tıbbi araç ilişkili basınç yaralanmasını birbirinden ayırt edin. Lezyonun türünü, sınıflandırmasını ve anatomik bölgesini kaydedin; belirsiz durumlarda uzman değerlendirmesi isteyin. Deri bulgularını beslenme, hareketlilik, kontinans ve eşlik eden hastalıklarla birlikte ele alın (9,30,41).

02

PLANLA

Disiplinlerin değerlendirmelerini ortak bakım planında birleştirin.

Hemşirelik gözlemlerini tıbbi değerlendirme, beslenme planı ve hareketlilik desteğiyle bütünleştirin. Öncelikleri ve ekip üyelerinin sorumluluklarını belirleyin. Bakımı yaşlı bireyin klinik durumu, konforu ve tercihleri doğrultusunda bireyselleştirin (9,33).

03

PAYLAŞ

Bakım bilgisinin ekip ve kurumlar arasında sürekliliğini sağlayın.

Yeni veya ilerleyen deri hasarını, uygulanan girişimleri ve bireyin yanıtını ilgili ekip üyelerine aktarın. Nöbet değişimi ve kurumlar arası transferlerde mevcut lezyonları, riskleri ve bakım planını yazılı olarak paylaşın. Yaşlı bireyin ve bakım verenlerin gözlemlerini de değerlendirmeye katın.

04

İZLE

Deri bulgularındaki değişimi bakım planına yansıtın.

Uygulamaların gerçekleştirilmesini, bireyin toleransını ve lezyonların seyrini izleyin. Gereksinimler değiştiğinde bakım planını ekip ile birlikte güncelleyin. Devam eden veya kötüleşen sorunlarda yeniden değerlendirme ve uzman desteği sağlayın.

Her aşamada: Yaşlı bireyin katılımını, mahremiyetini ve onurunu koruyun.

Bölüm 14. Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Sınırlılıkları

14.1. Araştırmanın güçlü yönleri

Araştırmanın 8 kamu ve 7 özel kurumda, toplam 1.037 katılımcıyla yürütülmesi, farklı kurum yapılarından veri elde edilmesini sağlamıştır. BY, İAD, deri sıyrılması ve TAİBY'nin aynı araştırmada birlikte ele alınması, doku bütünlüğü sorunlarının bütüncül değerlendirilmesine katkı sunmaktadır. Bu yaklaşım, uzun süreli bakım hizmetlerinde değerlendirme ve önleme önceliklerinin belirlenmesi açısından yararlıdır.

Deri değerlendirmelerinin eğitim almış araştırmacılar tarafından standart bir yaklaşımla yapılması, ortak değerlendirme ve sınıflandırma araçlarının kullanılması, veri toplama sürecinde optik formlardan yararlanılması ve çok merkezli yapı çalışmanın yöntemsel güçlü yönleridir. Bu önlemler gözlemci ve ölçüm yanlılığını azaltmayı amaçlamaktadır; yanlılığın ne ölçüde azaldığı ayrıca ölçülmemiştir.

14.2. Araştırmanın sınırlılıkları

Araştırmanın kesitsel tasarımda yürütülmesi nedeniyle doku bütünlüğü sorunları ile ilişkili faktörler arasında nedensel ilişki kurulamaz. Risk faktörleri, mevcut lezyonlar ve bakım uygulamaları aynı değerlendirme döneminde incelendiğinden, bunların zamansal sıralaması belirlenememiştir. Özellikle deri değerlendirmesi ve destek yüzeyi kullanımı ile sorun varlığı arasındaki ilişkiler yorumlanırken bu sınırlılık dikkate alınmalıdır.

Deri değerlendirmeleri standartlaştırılmış biçimde yapılmış olsa da tıbbi öykü ve demografik verilerin bir bölümü kurum kayıtlarından elde edilmiştir. Kayıt sistemleri arasındaki farklılıklar ve eksik bilgiler, verilerin doğruluğunu kısmen sınırlamış olabilir. Standart veri toplama yaklaşımı, kaynak kayıtlardaki olası eksiklikleri bütünüyle ortadan kaldırmaz.

Belirlenen ölçütleri karşılamayan veya katılmayı kabul etmeyen bireylerin araştırmaya alınmaması, örneklemin temsil gücünü azaltmış olabilir. Araştırmanın yalnızca Ankara ve İstanbul'daki huzurevleri ve yaşlı bakım merkezlerinde yürütülmesi, sonuçların Türkiye'deki tüm yaşlı bireylere ve diğer bakım ortamlarına genellenmesini sınırlandırmaktadır.

TAİBY yalnızca üç bireyde saptandığından, bu soruna ilişkin yorumlar sınırlı sayıdaki olguya dayanmaktadır. Deri sıyrılması için regresyon analizi yapılmamış olması nedeniyle bağımsız olarak ilişkili faktörler bu çalışma kapsamında belirlenmemiştir. Ayrıca önleyici bakım protokollerinin etkinliği, yaşam kalitesi ve ekonomik sonuçlar bu araştırmada doğrudan değerlendirilmemiştir.

14.3. Bulguların kullanım alanı

Bulgular, araştırmaya katılan kurumlarda doku bütünlüğü sorunlarının mevcut durumunu tanımlamak, bakım önceliklerini tartışmak ve sonraki araştırmaları planlamak için kullanılabilir. Uzunlamasına araştırmalar, bakım ortamları arasındaki karşılaştırmalar ve girişimlerin etkinliğini inceleyen çalışmalar, bu bulguların geliştirilmesine katkı sağlayacaktır.

Bölüm 15. Sonuç

Bu çok merkezli araştırma, Ankara ve İstanbul'daki 15 huzurevi ve yaşlı bakım merkezinde yaşayan 1.037 yaşlı bireyde doku bütünlüğü sorunlarını aynı değerlendirme çerçevesinde ele alarak uzun süreli bakım ortamlarına ilişkin kapsamlı bir görünüm sunmuştur. Katılımcıların %13,3'ünde en az bir doku bütünlüğü sorunu saptanmış; en sık görülen sorun İAD (%9,3) olmuş, bunu deri hasarı/sıyrılması (%4,5), BY (%3,0) ve TAİBY (%0,3) izlemiştir.

Bulgular, yaşlı bireylerde doku bütünlüğünün korunmasının yalnızca basınç yaralanmasının önlenmesine indirgenmemesi gerektiğini göstermektedir. İnkontinans, kırılgan deri, hareket ve bakım bağımlılığı, nörolojik durum, beslenme gereksinimi, tıbbi cihaz kullanımı ve basınç/mekanik yük birlikte değerlendirilmelidir. Regresyon analizlerinde BKİ, Braden skoru ve nörolojik bozukluk genel doku bütünlüğü sorunu ile bağımsız olarak ilişkili bulunmuş; BY ve İAD modellerinde de benzer belirleyicilerin öne çıkması, risk değerlendirmesinin doğrudan deri incelemesi ve klinik gözlemle birlikte ele alınmasının önemini desteklemiştir.

Araştırmada rutin deri değerlendirmesi, risk değerlendirme aracı kullanımı ve son 24 saatte önleyici girişim uygulanmasına ilişkin oranlar, bakım süreçlerinin standardizasyonu ve izlenmesi için geliştirilebilecek alanlara işaret etmektedir. Bununla birlikte, kesitsel tasarım nedeniyle bakım uygulamaları ile doku bütünlüğü sorunları arasındaki ilişkilerin yönü ve nedenselliği belirlenemez; bu göstergeler kurumların bakım kalitesini tek başına sıralamak amacıyla kullanılmamalıdır.

Yaşlı bakımında sürdürülebilir iyileşme için ortak terminoloji ve sınıflandırma sistemlerinin kullanılması, düzenli ve bütüncül deri değerlendirmesi, bireye özgü risk temelli bakım planı, kontinans ve beslenme yönetimi, basıncı ve mekanik travmayı azaltan girişimler, cihaz temas bölgelerinin izlenmesi ve ekipler arası bakım sürekliliğinin güçlendirilmesi temel önceliklerdir. Kurumlar arası karşılaştırılabilir veri üretimi ve ulusal izlem için standart kayıt sistemleri ve periyodik çok merkezli çalışmaların geliştirilmesi önem taşımaktadır.

Bu çalışma, Türkiye'de hastane dışı yaşlı bakım ortamlarında doku bütünlüğü sorunlarının görünürlüğünü artıran ve gelecekteki kalite geliştirme, eğitim, politika ve araştırma çalışmalarına başlangıç verisi sağlayan bir çerçeve sunmaktadır. Bulguların, daha geniş coğrafi temsile sahip izlem çalışmaları ve önleyici bakım programlarının uygulanabilirlik, klinik etki ve maliyet boyutlarını değerlendiren araştırmalarla desteklenmesi önerilmektedir.

Raporun Ana Mesajı



Kaynakça

(1) WHO, 2025. Ageing and health. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health. Erişim tarihi: 10.10.2025

(2) Türkiye İstatistik Kurumu, 2024. Aktif Yaşlanma Endeksi. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Aktif-Yaslanma-Endeksi-2024-57937. Erişim tarihi 10.10.2025.

(3) T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. (2024). Engelli ve Yaşlı İstatistik Bülteni 2024. https://www.aile.gov.tr/media/120191/eyhgm_istatistik_bulteni_Aralık.pdf (Erişim tarihi: 07 Ekim 2035)

(4) Lichterfeld A, Lahmann N, Blume-Peytavi U, Kottner J. Dry skin in nursing care receivers: a multi-centre cross-sectional prevalence study in hospitals and nursing homes. Int J Nurs Stud. 2016;56:37–44. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.01.003.

(5) Murphree R. W. (2017). Impairments in Skin Integrity. The Nursing clinics of North America, 52(3), 405–417.

(6) Lichterfeld-Kottner, A., El Genedy, M., Lahmann, N., Blume-Peytavi, U., Büscher, A., & Kottner, J. (2020). Maintaining skin integrity in the aged: A systematic review. International Journal of Nursing Studies, 103, 103509. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103509

(7) Herdman, T. H., Kamitsuru, S., and Lopes, C. (Eds.). (2024). NANDA-I international nursing diagnoses: Definitions & classification, 2024-2026 (13th ed.). Thieme.

(8) Slawomirski, L., Auraaen, A., Klazinga, N. The economics of patient safety: strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level [Internet]. 2017 [cited 2023 Aug 30]. Available from: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/the-economics-of-patient-safety_5a9858cd-en

(9) National Pressure Injury Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel, and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. 2025. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline: The International Guideline. E. Haesler. EPUAP/NPUAP/ PPPIA. https://internationalguideline.com/the-international-guideline.

(10) Baykara, Z. G., Karadağ, A., Bulut, H., Duluklu, B., Karabulut, H., Aktaş, D., Çelik, S. Ş., Güler, S., Ay, A., Gül, S., Öztürk, D., Irmak, B., Aydoğan, S., Cebeci, F., Karakaya, D., & Avşar, P. (2023). Pressure injury prevalence and risk factors: A national multicenter analytical study. Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing, 50(4), 289–295. https://doi.org/10.1097/WON.0000000000001025

(11) İnan, D. G., ve Oztunç, G. (2012). Pressure ulcer prevalence in Turkey: a sample from a university hospital. Journal of wound, ostomy, and continence nursing : official publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society, 39(4), 409–413.

(12) Uzun, O., ve Tan, M. (2007). A prospective, descriptive pressure ulcer risk factor and prevalence study at a university hospital in Turkey. Ostomy/wound management, 53(2), 44–56.

(13) Kaşıkçı, M., Aksoy, M., ve Ay, E. (2018). Investigation of the prevalence of pressure ulcers and patient-related risk factors in hospitals in the province of Erzurum: A cross-sectional study. Journal of tissue viability, 27(3), 135–140.

(14) Güdük, Ö. Güdük, Ö.Sertbaş, Y.Evde Sağlık Hizmetlerinden Yararlanan Hastaların Karakteristik Özellikleri ve Hizmet Talebinin İncelenmesi Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi. 2021;8(1):78-83.

(15) Gorecki, C., Brown, J. M., Nelson, E. A., Briggs, M., Schoonhoven, L., Dealey, C., Defloor, T., Nixon, J., ve European Quality of Life Pressure Ulcer Project group (2009). Impact of pressure ulcers on quality of life in older patients: a systematic review. Journal of the American Geriatrics Society, 57(7), 1175–1183.

(16) Esson L. (2007). Inpatients felt that pressure ulcers had emotional, mental, physical, and social effects on quality of life because nurses did not adequately treat or manage their pain or discomfort. Evidence-based nursing, 10(4), 128.

(17) Jaul, E., ve Calderon-Margalit, R. (2015). Systemic factors and mortality in elderly patients with pressure ulcers. International wound journal, 12(3), 254–259.

(18) Bennett, G., Dealey, C., ve Posnett, J. (2004). The cost of pressure ulcers in the UK. Age and ageing, 33(3), 230–235.

(19) Demarré, L., Van Lancker, A., Van Hecke, A., Verhaeghe, S., Grypdonck, M., Lemey, J., Annemans, L., ve Beeckman, D. (2015). The cost of prevention and treatment of pressure ulcers: A systematic review. International journal of nursing studies, 52(11), 1754–1774.

(20) Jackson, D., Sarki, A. M., Betteridge, R., ve Brooke, J. (2019). Medical device-related pressure ulcers: A systematic review and meta-analysis. International journal of nursing studies, 92, 109–120.

(21) Pittman, J., ve Gillespie, C. (2020). Medical Device-Related Pressure Injuries. Critical care nursing clinics of North America, 32(4), 533–542.

(22) Zhang N, Li Y, Li X, Li F, Jin Z, Li T, ve ark. Incidence of medical device-related pressure injuries: a meta-analysis. Eur J Med Res. 2024;29(1):425.

(23) Hanonu, S., ve Karadag, A. (2016). A Prospective, Descriptive Study to Determine the Rate and Characteristics of and Risk Factors for the Development of Medical Device-related Pressure Ulcers in Intensive Care Units. Ostomy/wound management, 62(2), 12–22.

(24) Karacabay, K., Savci, A., Dalkılıç, M., ve Kabu Hergül, F. (2023). Determining the incidence and risk factors of medical device-related pressure injury in intensive care patients. Journal of tissue viability, 32(4), 596–600.

(25) Yalçin, M., ve Güneş, Ü. (2023). A point prevalence study of medical device-associated pressure injuries: A cross-sectional study. Journal of clinical nursing, 32(19-20), 7618–7625.

(26) Chen Y, Gao Y, Zhang J, ve ark. Quality and clinical applicability of recommendations for incontinence-associated dermatitis: a systematic review of guidelines and consensus statements. J Clin Nurs 2023;32(11–12):2371–82.

(27) Gray M, Giuliano KK. Incontinence-associated dermatitis, characteristics and relationship to pressure injury: a multisite epidemiologic analysis. J Wound, Ostomy Cont Nurs 2018;45(1):63.

(28) Yüceler Kaçmaz, H. (2020). Yoğun bakım hastalarında inkontinans ilişkili dermatit prevalansı ve ilişkili faktörler. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 24(2), 145–153.

(29) Kottner, J., & Dissemond, J. (2025). Incontinence-Associated Dermatitis in Older Adults: A Critical Review of Risk Factors, Prevention and Management. Drugs & Aging, 42(8), 745.

(30) Nokaneng, E., LeBlanc, K., Woo, K., Campbell, K., & International Skin Tear Advisory Panel (ISTAP). (2025). Best practice recommendations for the prevention and management of skin tears in aged skin (2nd ed.). Wounds International.

(31) Yang S, Liang X, She J, Tian J, Wen Z, Tao Y, Wang H, Zhang X. Prevalence and incidence of skin tear in older adults：A systematic review and meta-analysis. J Tissue Viability. 2024 Nov;33(4):1017-1024. doi: 10.1016/j.jtv.2024.06.010. Epub 2024 Jul 2. PMID: 38971682.

(32) Yüceler Kaçmaz, H., Kahraman, H., Topal Hancer, A., Uzgor, F., Gur, S., Kalkan, N., Ceyhan, O., Yilmaz, M., & Temel, S. (2025). Skin tears in older patients in intensive care units: A multicentre point prevalence study. Nursing in Critical Care, 30(2), e13131. https://doi.org/10.1111/nicc.13131

(33) Fastner, A., Hauss, A., & Kottner, J. (2023). Skin assessments and interventions for maintaining skin integrity in nursing practice: An umbrella review. International Journal of Nursing Studies, 143, 104495. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2023.104495

(34) Avşar, P., ve Karadağ, A. (2018). Efficacy and Cost-Effectiveness Analysis of Evidence-Based Nursing Interventions to Maintain Tissue Integrity to Prevent Pressure Ulcers and Incontinence-Associated Dermatitis. Worldviews on evidence-based nursing, 15(1), 54–61.

(35) Hall, K. D., & Clark, R. C. (2015). A Prospective, Descriptive, Quality Improvement Study to Decrease Incontinence-Associated Dermatitis and Hospital-Acquired Pressure Ulcers. Ostomy/wound management, 61(7), 26–30.

(36) Völzer, B., El Genedy-Kalyoncu, M., Fastner, A., Tomova-Simitchieva, T., Neumann, K., Sill, J., Balzer, K., & Kottner, J. (2023). Prevalence and associations of xerosis cutis, incontinence-associated dermatitis, skin tears, pressure ulcers, and intertrigo in aged nursing home residents: A representative prevalence study. International journal of nursing studies, 141, 104472. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2023.104472

(37) Van Tiggelen, H., LeBlanc, K., Campbell, K., Woo, K., Baranoski, S., Chang, Y. Y., Dunk, A. M., Gloeckner, M., Hevia, H., Holloway, S., Idensohn, P., Karadağ, A., Koren, E., Kottner, J., Langemo, D., Ousey, K., Pokorná, A., Romanelli, M., Santos, V. L. C. G., Smet, S., … Beeckman, D. (2020). Standardizing the classification of skin tears: validity and reliability testing of the International Skin Tear Advisory Panel Classification System in 44 countries. The British journal of dermatology, 183(1), 146–154.

(38) World Health Organization (2020). Body mass index – BMI: Classification of adults according to BMI. Geneva: WHO.
(Kaynak adresi: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight)

(39) Küçükdeveci, AA., Yavuzer, G., Tennant, A., Süldü,r N., Sonel, B., Arasil, T. (2000). Adaptation of the Modified Barthel Index for Use in Physical Medicine and Rehabilitation in Turkey. Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine, 32(2):87-92.

(40) Bergstrom, N., Braden, B., Laguzza, A., & Holman, V. (1987). The Braden Scale for predicting pressure sore risk. Nursing Research, 36(4), 205–210.

(41) Beeckman, D., Van den Bussche, K., Alves, P., Arnold Long, M. C., Beele, H., Ciprandi, G., Coyer, F., de Groot, T., De Meyer, D., Deschepper, E., Dunk, A. M., Fourie, A., García-Molina, P., Gray, M., Iblasi, A., Jelnes, R., Johansen, E., Karadağ, A., Leblanc, K., Kis Dadara, Z., … Kottner, J. (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. The British journal of dermatology, 178(6), 1331–1340.

(42) 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), 263. https://doi.org/10.1186/s12877-017-0655-5

(43) Anthony D, Alosoumi D, Safari R. Prevalence of pressure ulcers in long-term care: a global review. J Wound Care. 2019;28(11):702-709. doi:10.12968/jowc.2019.28.11.702

(44) Sugathapala RDUP, Latimer S, Balasuriya A, Chaboyer W, Thalib L, Gillespie BM. Prevalence and incidence of pressure injuries among older people living in nursing homes: a systematic review and meta-analysis. Int J Nurs Stud. 2023;148:104605. doi:10.1016/j.ijnurstu.2023.104605.

(45) Anker-Hansen, C., Grøndahl, V. A., Helgesen, A. K., Olsen, L. B., Rummelhoff, G., Halvorsrud, L., & Bååth, C. (2024). Pressure ulcer point prevalence, classification, locations, and preventive measures: Insights from a Norwegian nursing home survey. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 38(2), 409–416. https://doi.org/10.1111/scs.13245

(46) Anrys, C., Van Tiggelen, H., Verhaeghe, S., Van Hecke, A., & Beeckman, D. (2019). Independent risk factors for pressure ulcer development in a high-risk nursing home population receiving evidence-based pressure ulcer prevention: Results from a study in 26 nursing homes in Belgium. International Wound Journal, 16(2), 325–333. https://doi.org/10.1111/iwj.13032

(47) Courvoisier, D. S., Righi, L., Béné, N., Rae, A. C., & Chopard, P. (2018). Variation in pressure ulcer prevalence and prevention in nursing homes: A multicenter study. Applied nursing research : ANR, 42, 45–50. https://doi.org/10.1016/j.apnr.2018.06.001

(48) Göçmen Baykara, Z., Karadağ, A., Şenol Çelik, S., Güler, S., Ay, A., Gül, S., Öztürk, D., Bulut, H., Duluklu, B., Karabulut, H., Irmak, B., Aktaş, D., Aydoğan, S., Cebeci, F., Karakaya, D., & Avşar, P. (2021). Impact of tailored training about pressure injuries on nurses' knowledge levels and pressure injury point prevalence: The case of Turkey. Journal of Tissue Viability, 30(4), 552–558. https://doi.org/10.1016/j.jtv.2021.07.009

(49) Mäki-Turja-Rostedt, S., Stolt, M., Leino-Kilpi, H., & Haavisto, E. (2019). Preventive interventions for pressure ulcers in long-term older people care facilities: A systematic review. Journal of clinical nursing, 28(13-14), 2420–2442. https://doi.org/10.1111/jocn.14767

(50) Tezcan B, Ecevit Alpar Ş, Gülseven Karabacak B. Medical device-related pressure injuries in intensive care patients: A prospective and descriptive study. J Tissue Viability. 2024;33(2):275-283. doi:10.1016/j.jtv.2024.03.003

(51) Wall B, Kelly AM, White P, McCann M. Incontinence-associated dermatitis in older adults in residential care settings: a point prevalence study. Br J Nurs. 2024;33(9):S16-S28. doi:10.12968/bjon.2024.33.9.S16

(52) Kaçmaz, HY., Karadağ, A., Kahraman, H., Döner, A., Ödek, Ö., Akın, S. (2022). The prevalence and factors associated with skin tears in hospitalized older adults: A point prevalence study. Journal of Tissue Viability, 31(3), 387-394.

(53) Karpuz H, Güneş Ü. Prevalence of incontinence-associated dermatitis and evaluation of nurses' knowledge, attitudes, and practices in intensive care units. Nurs Crit Care. 2025;30(6):e70199. doi:10.1111/nicc.70199.

(54) Deprez, J., Ohde, N., Eilegård Wallin, A., Bååth, C., Hommel, A., Hultin, L., Josefson, A., Kottner, J., & Beeckman, D. (2024). Prognostic factors for the development of incontinence-associated dermatitis (IAD): A systematic review. International Wound Journal, 21(7), e14962. https://doi.org/10.1111/iwj.14962

(55) Van Tiggelen H, Beeckman D. Skin tears anno 2022: An update on definition, epidemiology, classification, aetiology, prevention and treatment. J Wound Manag. 2022;23(2):38–51.

(56) Savine L, Snelson K. Medical adhesive-related skin injury (MARSI): Preventing patient harm. Wounds Int. 2024;15(3):28–36.

(57) Konya, I., Shishido, I., Nemoto, M., & Yano, R. (2024). Risk factors of skin barrier dysfunction in older adults: A systematic review. Japan Journal of Nursing Science, 21(3), e12597. https://doi.org/10.1111/jjns.12597

(58) Sethuraman, K. N., Leekha, S., Adediran, T., & Roghmann, M. C. (2021). Association of Pressure injury with body care activities in nursing homes. Wound repair and regeneration : official publication of the Wound Healing Society [and] the European Tissue Repair Society, 29(1), 53–59. https://doi.org/10.1111/wrr.12861

(59) Kottner, J., Hahnel, E., El Genedy, M., Neumann, K., & Balzer, K. (2019). Enhancing SKIN health and safety in aged CARE (SKINCARE trial): A study protocol for an exploratory cluster-randomized pragmatic trial. Trials, 20(1), 302. https://doi.org/10.1186/s13063-019-3375-7

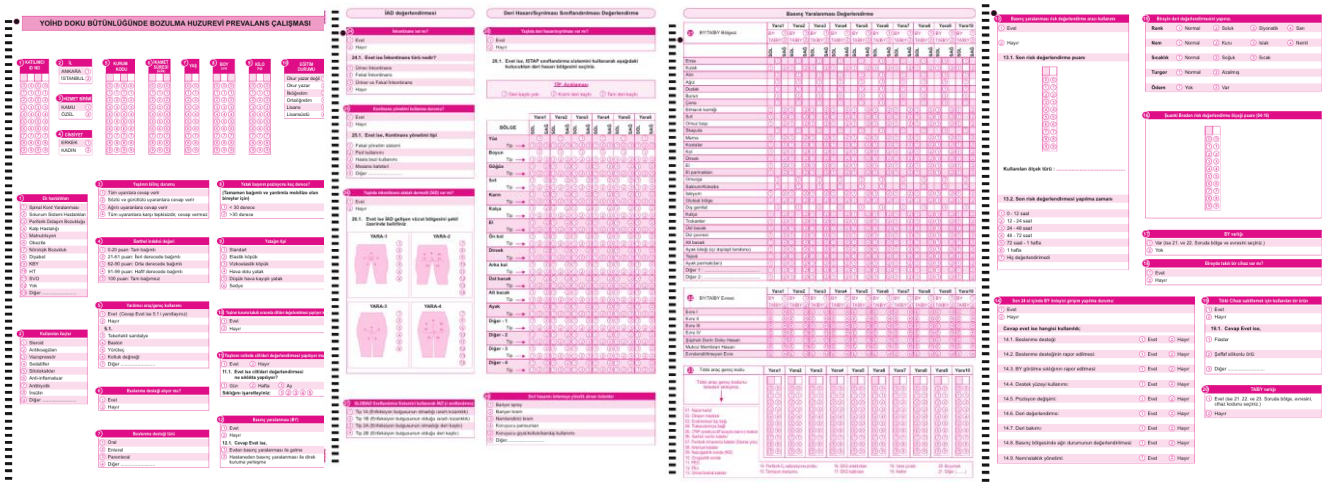
Ekler

Ek 1. Veri Toplama Formunun Kapsamı

Araştırmada kullanılan veri toplama formu, değerlendirmelerin standart biçimde kaydedilmesini sağlamak üzere optik okuyucuya uygun çok sayfalı bir yapı olarak hazırlanmıştır. Web'de yayımlanacak raporda formun dört sayfalık tam görüntüsünü küçülterek vermek yerine, okunabilirliği korumak amacıyla aşağıdaki kapsam özeti sunulmaktadır. Tam formun paylaşım ve yeniden kullanım koşulları YOİHD ve araştırma ekibinin belirleyeceği erişim/izin çerçevesine göre ayrıca duyurulabilir.

Değerlendirme alanı	Formda kapsanan başlıca bilgiler
Katılımcı ve kurum bilgileri	İl, kurum türü/kodu, yaş, cinsiyet, eğitim, kurumda kalış süresi, boy, kilo ve temel tanımlayıcı bilgiler.
Sağlık ve işlevsel durum	Ek hastalıklar, kullanılan ilaçlar, bilinç durumu, Modifiye Barthel İndeksi, yardımcı araç kullanımı, beslenme desteği ve yatak tipi.
Deri ve risk değerlendirmesi	Deri rengi, nemi, sıcaklığı, turgoru ve ödem; Braden risk değerlendirmesi; risk değerlendirme zamanlaması.
Basınç yaralanması ve TAİBY	BY/TAİBY varlığı, anatomik bölge, evre, tıbbi araç kodu ve cihaz sabitlemede kullanılan ürünler.
Önleyici bakım uygulamaları	Beslenme desteği, destek yüzeyi, pozisyon değişimi, deri bakımı, ağrı değerlendirmesi ve nem/ıslaklık yönetimi.
İnkontinans ve İAD	İnkontinans türü ve yönetimi, İAD varlığı ve bölgesi, GLOBIAD sınıflandırması.
Deri hasarı/sıyrılması	Lezyon varlığı, anatomik bölge ve ISTAP sınıflandırmasına göre tip.

Not: Bu ek, veri toplama aracının kapsamını açıklar; formun kendisi değildir. Ölçeklerin ve sınıflandırma sistemlerinin kullanımı ilgili telif, lisans ve atıf koşullarına tabidir.



Ek 2. Çıkar Çatışması ve Veri Erişimi Açıklamaları

Çıkar çatışması	Nihai yayımdan önce araştırma ekibinin ortak beyanı bu alana eklenecektir.

Ek 3. Teşekkür

Bu çok merkezli araştırmanın veri toplama sürecinde görev alan çalışma arkadaşlarımıza; katılımcıların değerlendirilmesi, verilerin özenle kaydedilmesi ve saha çalışmalarının yürütülmesindeki emekleri için içtenlikle teşekkür ederiz. Gösterdikleri titizlik, özveri ve iş birliği, araştırmanın tamamlanmasına değerli katkılar sağlamıştır.

Araştırmanın yürütülmesine izin veren ve veri toplama sürecini destekleyen tüm katılımcı huzurevi ve yaşlı bakım merkezlerinin yöneticilerine ve çalışanlarına; ayrıca araştırmaya katılan yaşlı bireylere ve yakınlarına iş birliği ve katkıları için teşekkür ederiz.

Veri Toplama Sürecine Katkı Sağlayan Meslektaşlarımız (Alfabetik sıra ile yazılmıştır)

Aleyna Uçanbelen
Ayşe Sılanur Demir
Çisem Meteris
Döndü Nur Kılıç
Döne Büşra Gül
Ecem Eren
Enes Şimşek
Gizem Boyacı
Handenur Arslan
Havvanur Kılıç
İrem Ağıral
Medine Sertkaya
Mehmet Avcul
Melek Aksüt Öztürk
Melis Haliloğlu
Merve Denizer
Neslihan Bıyık
Nilüfer Ertürk
Özge Melda Sancar
Rabia Çibik
Sümeyye Kuzucu
Tuğçe Keskin
Vildan Kandemir Bütün
Zeynep Mete Mardin

YOİHD Araştırma Komisyonu
Çalışma Grubu

English Executive Summary

Scope of the Study

Population ageing is increasing the importance of maintaining skin and tissue integrity in long-term care. This multicentre study assessed pressure injuries (PI), incontinence-associated dermatitis (IAD), skin tears (ST), and medical device-related pressure injuries (MDRPI) within the same resident population, with the aim of estimating their prevalence and examining associated factors. The study included 1,037 residents from 15 nursing homes and long-term care centres in Ankara and Istanbul, Türkiye. Assessing these conditions together provides a broader view of tissue integrity than a pressure-injury-only approach.

How the Study Was Conducted

A multicentre, descriptive cross-sectional prevalence study was conducted between April and June 2025. Data were obtained through review of institutional records, face-to-face assessment, and physical examination. Data collectors completed a standardised training programme before fieldwork. International classification and assessment tools were used, including the PI classification system, the Braden Scale, GLOBIAD for IAD, the ISTAP classification for skin tears, and the Modified Barthel Index for functional independence.

Key Findings

At least one tissue integrity problem was identified in 138 of 1,037 participants (13.3%). IAD was the most frequent condition (9.3%), followed by skin tears (4.5%), PI (3.0%), and MDRPI (0.3%). Because more than one condition could occur in the same resident, condition-specific prevalence estimates should not be summed. Among PI lesions, Stage III was the most frequent stage and the sacral region was the most common anatomical site. Most IAD cases were classified as GLOBIAD Category 1A and were most frequently located in the genital area. For skin tears, Type I lesions were most common and the arm was the most frequently affected site.

Key Factors Associated with Tissue Integrity Problems

In multivariable analysis, body mass index, Braden score, and neurological disorder were independently associated with the presence of an overall tissue integrity problem. A higher Braden score was associated with lower odds of a tissue integrity problem. In the PI model, age and consciousness status were also important factors; in the IAD model, body mass index, Braden score, and neurological disorder remained significant. These findings describe statistical associations and should not be interpreted as evidence of causality because of the cross-sectional design.

Findings on Care Processes

Routine skin assessment was reported for 46.2% of participants, use of a PI risk assessment tool for 28.2%, and a PI preventive intervention within the previous 24 hours for 31.2%. These measures should not be interpreted in isolation as indicators of adequate or inadequate quality of care. They provide baseline information that may support institutional review of assessment, prevention, documentation, and follow-up processes.

What Do These Findings Mean?

The central finding is that tissue integrity in long-term care should not be framed solely around pressure injury prevention. The prominence of IAD highlights the need to integrate continence management, protection of the skin barrier, and regular skin assessment into routine care. Neurological status, dependency, mobility, nutritional needs, skin characteristics, and medical device use should be considered together as components of an individual resident's overall care needs.

Priority Areas for Action

- ✓ Strengthen systematic and regular skin assessment across long-term care settings.
- ✓ Translate risk assessment findings into individualised care plans.
- ✓ Integrate continence management and skin care rather than treating them as separate processes.
- ✓ Strengthen staff competency in shared terminology, classification, prevention, and documentation.
- ✓ Develop standardised documentation, monitoring, and transfer-of-care communication across institutions.
- ✓ Expand multicentre and longitudinal research across wider geographical regions, including implementation and economic evaluations.

Key Message

Protecting tissue integrity in long-term care requires an integrated approach that addresses pressure injuries, incontinence-associated dermatitis, skin tears and device-related injuries alongside mobility, continence, nutrition, neurological status and individual care needs.

The findings are based on participating institutions in Ankara and Istanbul and should not be interpreted as nationally representative prevalence estimates or as evidence of causality.