



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMŞİRELERİN BASINÇ ÜLSERLERİNİ ÖNLEMeye YÖNELİK
TUTUMLARININ İNCELENMESİ**

CANSU ERCAN EKİM
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK

DANIŞMAN
Prof. Dr. NECMİYE SABUNCU

İSTANBUL-2018



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMŞİRELERİN BASINÇ ÜLSERLERİNİ ÖNLEMeye YÖNELİK
TUTUMLARININ İNCELENMESİ**

CANSU ERCAN EKİM
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK

DANIŞMAN
Prof. Dr. NECMİYE SABUNCU

İSTANBUL-2018

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Hemşirelik Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Cansu ERCAN EKİM tarafından hazırlanan *"Hemşirelerin Basınç Ülserlerini Önlemeye Yönelik Tutumlarının İncelenmesi"* konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 31.05.2018

(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

Jüri Üyesi : Prof.Dr.Necmiye SABUNCU
: Haliç Üniversitesi (Danışman)

Jüri Üyesi : Prof.Dr.Nevin KANAN
: İstanbul Üniv.

Jüri Üyesi : Dr.Öğr.Üy.Makbule BATMAZ
: Haliç Üniversitesi

Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.

Prof.Dr. Nur TUNALI
Vekil Müdür

Urkund Analysis Result

Analysed Document: Cansu ERCAN TEZ.docx (D38952240)
Submitted: 5/21/2018 12:47:00 PM
Submitted By: gulcankendirikiran@halic.edu.tr
Significance: 13 %

Sources included in the report:

Derleme-Elif Kopuz.docx (D27781070)
Genel Bilgiler.docx (D27976360)
Nuray Barış tez bitirme - urkund.docx (D33320063)
ASLI TEZ Son basılacak word.docx (D17319166)
GÖKÇE KAVAK AKTAŞ.docx (D24615379)
İÇİNDEKİLER - Kopya.doc (D26147714)
Neslihan YAYLAGÜLÜ.docx (D34366907)
Bilge Tezcan TEZ.docx (D29551054)
<http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/prevention-and-treatment-of-pressure-ulcers-clinical-practice-guideline>.

Instances where selected sources appear:

I. ÖNSÖZ/TEŞEKKÜR

Çalışmamın ilk gününden itibaren bana desteğini koşulsuz sunan, bilgi ve tecrübesi ile bana rehberlik ederek çalışmama büyük katkı sağlayan değerli tez danışmanım

Prof. Dr. Necmiye Sabuncu'ya

Araştırmaya katılmayı kabul eden ve soruları tüm içtenlikleri ile yanıtlayan
meslektaşlarıma,

Yaşamımın her aşamasında yanımda olan, eğitimimde beni büyük inançla destekleyen
canım aileme,

Varlığı ile bana güç veren ve desteğini esirgemeyen sevgili hayat arkadaşım

Nuri Ekim'e

Tüm içtenliğimle,

Teşekkürlerimi sunarım

Cansu ERCAN EKİM

II. İÇİNDEKİLER

I.	ÖNSÖZ/TEŞEKKÜR	i
II.	İÇİNDEKİLER	ii
III.	KISALTMALAR VE SİMGELER	v
IV.	ŞEKİL, RESİM VE TABLOLARIN LİSTESİ	vi
1.	ÖZET	1
2.	SUMMARY	2
3.	GİRİŞ VE AMAÇ	3
4.	GENEL BİLGİLER.....	5
4.1.	Basınç Ülseri Tanımı.....	5
4.2.	Basınç Ülseri Prevelansı ve İnsidansı	5
4.3.	Basınç Ülseri Etiyolojisi	6
4.4.	Basınç Ülseri Risk Faktörleri	7
4.4.1.	Basınç.....	8
4.4.2.	Yırtılma/Makaslama	8
4.4.3.	Aktivite ve Hareket.....	9
4.4.4.	Yaş	9
4.4.5.	Nem.....	10
4.4.6.	Beslenme.....	10
4.5.	Basınç Yaralarının Sınıflandırılması.....	10
4.5.1.	Evre 1	11
4.5.2.	Evre 2.....	11
4.5.3.	Evre 3.....	11
4.5.4.	Evre 4.....	11
4.5.5.	Evrelendirilemeyen / Sınıflandırılmayan Evre	11

4.5.6.	Şüpheli Derin Doku Hasarı.....	11
4.6.	Basınç Yarasının Önlenmesi.....	12
4.6.1.	Risk Değerlendirme	12
4.6.2.	Cilt Değerlendirmesi ve Bakımı	12
4.6.3.	Beslenme.....	13
4.6.4.	Pozisyon Değişimi ve Destek Yüzeylerin Kullanımı	13
4.7.	Basınç Yarası Risk Değerlendirme	14
4.7.1.	Norton Basınç Yarası Risk Değerlendirme Ölçeği.....	15
4.7.2.	Braden Basınç Yarası Risk Değerlendirme Ölçeği.....	15
4.7.3.	Waterlow Basınç Yarası Risk Değerlendirme Ölçeği	15
4.8.	Tutum	18
4.8.1.	Tutumun Bileşenleri ve Özellikler.....	19
4.8.2.	Basınç Ülserlerini Önlemeye Yönelik Tutum	19
5.	GEREÇ VE YÖNTEM.....	20
5.1.	Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	20
5.3.	Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	20
5.4.	Veri Toplama Araçları	21
5.4.1.	Hemşire Tanıtım Formu.....	21
5.4.2.	Basınç Ülserlerini Önlemeye Yönelik Tutum Ölçeği (BÜÖYTÖ)	21
5.5.	Veri Toplama Yöntemi	23
5.6.	Verilerin Analizi.....	23
5.7.	Araştırmanın Sınırlılıkları	23
5.8.	Araştırmanın Etik Yönü	24
5.9.	Araştırmanın Değişkenleri	24
5.9.1.	Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri.....	24
5.9.2.	Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri	24

6.	BULGULAR.....	25
7.	TARTIŞMA.....	42
8.	SONUÇ VE ÖNERİLER.....	49
8.1.	Sonuçlar.....	49
8.2.	Öneriler	50
9.	KAYNAKLAR	51
10.	EKLER	58
11.	ÖZGEÇMİŞ	66



III. KISALTMALAR VE SİMGELER

BÜÖYTÖ : Basınç Ülserini Önlemeye Yönelik Tutum Ölçeği

Min. : Minimum

Maks. : Maksimum

Ss: : Standart Sapma

SPSS : Statistical Package for Social Sciences



IV. ŞEKİL, RESİM VE TABLOLARIN LİSTESİ

i. Şekillerin listesi

Şekil 1. Basınç, Makaslama ve Sürtünme İlişkisi..... 9

ii. Tabloların listesi

Tablo 1. Basınç Ülseri Risk Değerlendirme Skalalarının Yaygın Risk Faktörlerini İçermesi Açısından Karşılaştırılması (NPUAP)	17
Tablo 2. Basınç Ülserini Önlemeye Yönelik Tutum Ölçeği Güvenilirlik Analizi	22
Tablo 3. Hemşirelerin Kişisel Özelliklerinin Dağılımı (N=131).....	25
Tablo 4. Hemşirelerin Diğer Kişisel Özelliklerinin Dağılımı (N=131).....	27
Tablo 5. Hemşirelerin Basınç Ülserlerini Önlemeye Yönelik Tutumlarına İlişkin Tanımsal Bulgular (N=131).....	28
Tablo 6. Hemşirelerin BÜÖYTÖ Puanlarının Basınç Ülseri Olan Hasta İle Karşılaşma Sıklığına Göre Dağılımı (N=131).....	29
Tablo 7. Hemşirelerin BÜÖYTÖ Puanlarının Bir Ayda Basınç Ülseri Bakımı Yapılan Ortalama Hasta Sayısına Göre Dağılımı (N=131).....	31
Tablo 8. Hemşirelerin BÜÖYTÖ Puanlarının Çalıştığı Bölüme Göre Dağılımı(N=131)32	
Tablo 9. Hemşirelerin BÜÖYTÖ Puanlarının En Son Tamamladığı Hemşirelik Programına Göre Dağılımı (N=131).....	34
Tablo 10. Hemşirelerin BÜÖYTÖ Puanlarının Mezuniyetinden Sonra Basınç Ülserlerine Yönelik Bir Eğitim Alma Durumuna Göre Dağılımı (N=131).....	35
Tablo 11. Hemşirelerin BÜÖYTÖ Puanlarının Cinsiyete Göre Dağılımı (N=131).....	36
Tablo 12. Hemşirelerin BÜÖYTÖ Puanlarının Katıldıkları Eğitimden Aldığı Bilgileri Bakıma Yansıtılabilir Durumuna Göre Dağılımı (N=71).....	37
Tablo 13. Hemşirelerin BÜÖYTÖ Puanlarının Basınç Ülserlerine Yönelik Gelişmeleri Takip Etme Durumlarına Göre Dağılımı (N=131)	38
Tablo 14. Hemşirelerin BÜÖYTÖ Puanlarının Basınç Ülseri Risk Değerlendirmesine Yönelik Bir Araç Kullanma Durumlarına Göre Dağılımı (N=131)	39
Tablo 15. Hemşirelerin BÜÖYTÖ Puanlarının Yaş, Hizmet ve Mezuniyetten Sonra Basınç Ülserine Yönelik Alınan Eğitim Süresi(saatt) ile İlişkisi.....	40

1. ÖZET

Araştırma hemşirelerin basınç ülserlerini önlemeye yönelik tutumlarını ölçmek amacıyla tanımlayıcı olarak planlandı. Araştırmanın örneklemini Kasım 2017- Ocak 2018 tarihleri arasında İstanbul'da özel bir sağlık kuruluşunda çalışan, araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 131 hemşire oluşturdu. Basınç Ülserlerini Önlemeye Yönelik Tutum Ölçeği (BÜÖYTÖ) uygulandı. Veriler, istatistik uzmanı tarafından bilgisayarda, IBM SPSS Statistics 24 (IBM SPSS,Türkiye) programı kullanılarak analiz edildi. Çalışmada veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Frekans, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) yanı sıra normal dağılımın incelenmesi için Kolmogorov - Smirnov dağılım testi kullanıldı. İstatistiksel analizlerde Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis testi ve Spearman Korelasyon Analizi kullanıldı. Çalışmada sürekli BÜÖYTÖ güvenilirlik katsayısı 0,610 olarak bulundu. Araştırmada hemşirelerin %16,8'i (n=22) Genel Yoğun Bakım, %6,9'u (n=9) Kardiyovasküler Cerrahi Yoğun Bakım, %18,3'ü (n=24) Onkoloji Servisi, %42'si (n=55) Cerrahi Servisi, %16'sı (n=21) Dahiliye Servisi'nde çalıştığı, %54,2'ünün (n=71) mezuniyetinden sonra basınç ülserlerine yönelik bir eğitim aldığı, hemşirelerin %61,1'i (n=80) basınç ülseri olan hasta ile "Sık sık" karşılaştığı bulundu. Basınç ülseri ile her zaman karşılaşan hemşirelerin BÜÖYTÖ ölçeği puanlarının daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$). Basınç ülserlerine yönelik mezuniyet sonrası eğitim alma durumunun ve alınan eğitimin süresinin basınç ülserlerini önlemeye yönelik tutumu etkilemediği saptandı ($p>0,05$). Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ile BÜÖYTÖ puanları arasındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($p>0,05$).

Anahtar kelimeler: Basınç ülserini önleme, tutum, hemşirelik

2. SUMMARY

EXAMINATION OF NURSES' ATTITUDES TOWARDS PREVENTION OF PRESSURE ULCERS

The study was designed as a descriptive study to determine the attitudes of nurses to prevent pressure ulcers. The sample of the study consisted of 131 nurses working in a private hospital in Istanbul between November 2017 and January 2018, who agreed with the research criteria and agreed to participate in the research. "Attitude Towards Pressure Ulcer Prevention Instrument" was applied. The data by the statistical experts on computer, were analyzed using the program of IBM SPSS Statistics 24 (IBM SPSS, Turkey). When the data were evaluated in the study, descriptive statistical methods (Frequency, Percentage, Mean, Standard deviation) and Kolmogorov - Smirnov distribution test were used to examine the normal distribution.. Mann Whitney U test, Kruskal Wallis test and Spearman correlation analysis were used for statistical analysis. In the study, the constant Attitudes Towards Pressure Ulcer Prevention Instrument reliability coefficient was found as 0,610. The work areas of nurses in the study: %16,8 (n=22) Intensive Care Unit, 18,3% (n = 24), %6,9 (n=9) Cardiovascular Surgical Intensive Care Unit, %18,3 (n=24) Oncology Service, 42% (n = 55) Surgical Service and %16 (n=21) Internal Disease Service. In the study, 54.2% (n = 71) of the nurses were found to have received training in pressure ulcers after graduation, and 61.1% (n = 80) of the nurses were "frequently" met with patients with pressure ulcers. It was found that the Attitudes Towards Pressure Ulcer Prevention Instrument scale scores of the nurses who always met with the pressure ulcer were higher ($p < 0.05$). It was determined that the post-graduate education for pressure ulcers and the duration of the training did not affect the attitude to prevent pressure ulcers ($p > 0,05$). The relationship between sociodemographic characteristics of nurses and Attitudes Towards Pressure Ulcer Prevention Instrument scale scores was not statistically significant ($p > 0,05$).

Key words: Pressure ulcer prevention, attitude, nursing

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Basınç ülseri hastanede yatan hastalar arasında sık karşılaşılan bir durumdur. Ulusal Basınç Ülseri Önleme Paneli (2014) (National Pressure Ulcer Advisory Panel NPUAP)'nde yapılan tanıma göre basınç ülserleri, "Genellikle kemiksi bir bölge üzerine basınca bağlı olarak sürtünme ve yırtılma ile seyreden deri ve derialtı dokularda oluşan zedelenmedir." Basınç ülseri gelişiminde birçok risk faktörü mevcuttur. Bunlar basınç, sürtünme, hareketsizlik, beslenme bozuklukları ile birlikte; ileri yaş, kronik hastalıkları, sigara kullanımı vb. faktörlerdir. Bu risk faktörlerinin bir kısmı kontrol edilemezken; bir kısmı hemşirelik bakımı ile ortadan kaldırılabilir risk faktörleridir.

Basınç ülserleri gelişen teknoloji, yeni tıbbi cihazlar ve sürekli eğitimler ile önlenbilir olmasına rağmen dünyada ve ülkemizde hem hastalar hem de sağlık çalışanları üzerinde önemli ölçüde yük oluşturmaya devam etmektedir (Waugh, 2014). HealthGrades'in (2011) hasta güvenliği raporunda Amerika'da bir yıl içinde hastaneye yatışı yapılan hastalarda basınç ülseri gelişme insidansının %2,7 olduğu görülmüştür. Bu ülserlerin sağlık harcamalarına yansımalarının ise 2 milyar dolar'ı bulduğu rapor edilmiştir. Yapılmış diğer çalışmalar incelendiğinde basınç ülserlerinin görülme prevalansı Avrupa ülkelerinde %9-18 arasında değişmekte olduğu bulunmuştur (Florin ve ark, 2016). Ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde genel prevalansın %2,5-%8,11 arasında değiştiği görülmektedir (Gencer ve ark. 2015; Aydın Karabağ ve Karadağ, 2008).

Basınç ülserleri yaygın olmasıyla birlikte bireyin yaşam kalitesini, günlük aktivitelerini, konforunu ciddi şekilde etkileyen ve önlemenin tedavisinden çok daha kolay olduğu bir sorundur. Yaşam kalitesini düşürmesinin yanında kişinin sağlığını etkileyerek yaşamını tehdit edecek boyutlarda görülebilmektedir. Basınç ülseri gelişen hastalar ağrı çekmekte, bağımsızlığını kaybetmekte, hastanede yatışları uzamaktadır. Bu nedenle basınç ülserleri hasta ve hastane için ekstra maliyet oluşturmaktadır (Gül, 2014; Karadağ, 2003).

Basınç ülseri insidansının hastanelerde kalite göstergesi olarak takip edildiği bilinmektedir. Basınç ülserleriyle mücadele her ne kadar multidisipliner bir yaklaşım gerektirse de basınç ülserlerini önlemede hemşirelik bakımı her zaman ön planda olmuştur ve 1980'lerden beri yetersiz bakımın göstergesi olarak sunulmaktadır (Lyder ve Ayello, 2012). Basınç ülserlerini önleme ve bakımında hemşirenin bilgi ve klinik becerisi

her zaman sorunu çözmede yeterli değildir. Hemşirelerin bilgi düzeyi ve klinik becerisi kadar basınç ülserlerine yönelik tutumları da önemlidir. Çünkü tutumlar, bir bireyin faaliyetlerinin ve performansının arkasındaki ana itici güç veya motivasyondur. Yani karar verme sürecine yardımcı olurlar ve eylemlerinin mükemmellik seviyesini belirlerler (Gill and Moore, 2013). Hemşirenin yeni bilgileri klinik uygulamaya koyma isteği, basınç ülserini önlemeye yönelik tutumu, yeterli ekipman desteği ve ekip çalışması bu süreci yönetmek için gerekli bileşenlerdir (Aslan ve van Giersbergen 2015). Bu nedenle hemşirelerin sadece bilgi düzeyi değil, basınç ülserlerini önlemeye yönelik tutumları oldukça önemlidir.

Basınç ülserlerine karşı hemşire tutumlarını belirlemeye yönelik çalışmalar sonucunda Beeckman ve ark. (2010) bir ölçek geliştirmiş ve Üstün ve ark. (2013) bu ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini çalışmıştır. Aslan ve Giersbergen'in (2015) hemşirelerin basınç yarasını önlemeye yönelik tutumlarını araştıran çalışmasında basınç yarası ile ilgili klavuzları okumanın ve alınan eğitimlerin hemşirelerin tutumlarını olumlu yönde etkilediği görülmüştür. Bir başka çalışmada ise katılımcıların basınç ülseri bilgi puan ortalamalarının %71.5 olmasına rağmen tutum puanlarının tatmin edici düzeyde olmadığı görülmüştür (Koddourah et al. 2006).

Basınç ülserleri hasta, hastane ve sağlık hizmeti sunucularına getirdiği yükler açısından incelendiğinde tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de önemli bir sorundur. Basınç ülserlerinin önlenmesinde hemşireler kilit roledir. Bu nedenle hemşirelerin basınç ülserlerine yönelik tutumlarını araştırmak amacıyla bu çalışma planlandı.

Araştırmanın Soruları

Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerinin basınç ülserini önlemeye yönelik tutumları üzerinde etkisi var mıdır?

Hemşirelerin basınç ülserini önlemeye yönelik tutumları yüksek midir?

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Basınç Ülseri Tanımı

Basınç ülseri tüm dünyada hastanın yaşam kalitesini etkileyen ve sağlık bakım maliyetini arttıran önemli bir problem olarak belirtilmektedir.

Basınç ülseri ile ilgili geçmişten günümüze birçok kavram kullanılmıştır. Bu kavramlar, yatak yarası, dekübit, dekübit ülseri, basınç ülseri olmuştur (Gül 2014). Bu kavramlar arasında basıncın oluşturduğu doku travmasını en iyi ifade eden, en yaygın kullanılan ve en son kabul gören “basınç yarası” olmuştur (Gül 2014, Karadağ 2003).

Basınç ülserlerinin etiyojisine yönelik ilk bilgiler 19. Yüzyılda ortaya çıkmıştır. 1853 yılında Brown-Sequard basınç ülseri oluşumunda nem ve basıncın önemli etkenler olduğu görüşünde olduğu, basınç ortadan kaldırılıp cilt kuru tutulduğunda yara açılmadığını ve açılan yaraların normal hızda iyileştiğini bulmuştur. 1879 yılında Charcot doku sinir yaralanması sonucu oluşan paraplejilerde, 1940’da Munro duyuşsal ve otonom kayıpların basınç ülserlerinin kaçınılmaz olduğunu ileri sürmüştür. Birinci Dünya Savaşı yıllarında sadece paraplejilerde değil uzun süren ağır hastalıklarda da geliştiğine dikkat çekilmiştir. 1945’da Mulhollans ve ark. basınç yarasının iyileşmesinde beslenmenin önemini vurgulamıştır. (Yücel 2008, Gül 2014))

Günümüzde en yaygın kullanılan tanım Ulusal Basınç Ülseri Önleme Paneli (2009) (National Pressure Ulcer Advisory Panel NPUAP)’nde yapılan tanımdır. Bu tanıma göre basınç ülserleri, “*Genellikle kemiksi bir bölge üzerine basınca bağlı olarak sürtünme ve yırtılma ile seyreden deri ve derialtı dokularda oluşan zedelenmedir.*”

4.2. Basınç Ülseri Prevelansı ve İnsidansı

Basınç ülserleri gelişen teknoloji, yeni tıbbi cihazlar ve sürekli eğitimler ile önlenabilir olmasına rağmen dünyada ve ülkemizde hem hastalar ve aileleri hem de sağlık çalışanları üzerinde önemli ölçüde yük oluşturmaya devam etmektedir (Waugh 2014).

NPUAP’ın 2014’te yayınladığı rehberine göre 2000 – 2012 yılları arasında taranan literatür kayıtlarında prevelans oranları akut bakım alanlarında %0-%46, yoğun bakım alanlarında %13.1-%45.5, yaşlı bakım alanlarında %4.1-%72.5 olarak bildirilmiştir. Aynı

rapora göre insidans hızı akut bakım alanlarında %0-%12, yoğun bakım alanlarında %3.3-%53.4, yaşlı bakım alanlarında %1.9-%59 olarak bildirilmiştir.

Amerika'da basınç yarası görülme sıklığı 1.3-3 milyon arasında değişmektedir ve yıllık maliyeti 2.2-3.6 milyar dolar arasındadır (NPUAP, 2014). HealthGrades'in (2011) hasta güvenliği raporunda Amerika'da bir yıl içinde hastaneye yatışı yapılan hastalarda basınç ülseri gelişme insidansının %2,7 olduğu görülmüştür.

Yapılmış diğer çalışmalar incelendiğinde basınç ülserlerinin görülme sıklığı Avrupa ülkelerinde %9-18 arasında değişmekte olduğu bulunmuştur (Florin ve ark, 2016).

Farklı ülkelerde yapılan çalışmalar incelendiğinde, prevelans oranları Çin'de 1.58% (Jiang, 2014), İran'da %19 (Sari, 2016), Hindistan'da %3,1 (Babu, 2016), Brezilya'da Yoğun bakımda görülme sıklığı %69 (Medeiros et al., 2017), Endonezya'da %8 (Amir et al., 2017) olarak bildirilmiştir.

Ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde genel prevelansın %2,5-%8,11 arasında değiştiği görülmektedir (Gencer ve ark. 2015; Aydın Karabağ ve Karadağ, 2008).

Hastalıklara göre sınıflandırılarak incelendiğinde kardiyovasküler hastalıkta %41, akut nörolojik bozukluklarda %27, ortopedik yaralanmalar sonrasında %15 sıklıkta basınç ülserleri gözlemlenmiştir (Scott, 2006).

Türkiye'de yapılan çalışmalarda, nöroloji yoğun bakım ve nöroşirurji yoğun bakım ünitelerinde serebrovasküler hastalık tanısıyla yatan hastaların %63'ünde basınç ülseri gelişme riski olduğu, %41'inde basınç ülseri geliştiği görülmüştür (Tel, 2006). İç hastalıkları ve cerrahi kliniği yoğun bakımlarında yatan 404 hasta ile yapılan diğer bir çalışmada basınç ülseri görülme insidansının %10.4 olduğu bulunmuştur (İnan, 2009).

4.3.Basınç Ülseri Etiyolojisi

Basınç ülseri oluşumunda en önemli etken basınçtır. Dokuların basınç altında kalması iskemiye, uzun süre iskemi nedeniyle de nekroz ve ülserasyon meydana gelir.

Basınca eşlik eden dışsal faktörler; doku toleransı, basınç süresi, yoğunluk, sürtünme, yırtılma, nem, maserasyon gerilme ve içsel faktörler; yaşlılık, hareketsizlik,

dehidratasyon, duyuşal algıda ve doku perfüzyonunda bozulma, malnütrisyon, anemi, vücut ısısı dokunun dayanıklılığını azaltarak basınç ülseri gelişimini kolaylaştırır. (Yücel, 2008; Orhan, 2017) Ayrıca vücut ısısında düşme, postoperatif dönemde hareket kısıtlılığı, oral beslenmede yetersizlik, vazokonstrüksiyona neden olan ilaçlar, düşük albümin düzeyi, diyabet hastalığı, periferel damar hastalığı, sigara kullanımı gibi etmenler de kolaylaştırıcı etmenler arasında yer almaktadır (Orhan, 2017).

12-32 mm Hg aralığının normal kapiller basınç olduğu bilinmektedir. Basınç, bu değerlerin üzerine çıktığında dokuda oksijenlenme bozukluğu ortaya çıkar ve iskemi meydana gelir (Yücel, 2008; Özel, 2014; Defloor, 2000). Ancak iskeminin şiddeti maruz kalınan basıncın süresi ile doğrudan ilişkilidir. Basınç miktarı ve basınca maruz kalma süresi arasından ters parabolik bir ilişki vardır (Chung, 2016).

Vücutta basınca en çok maruz kalan bölgeler kemik çıkıntılarının olduğu yerlerdir. Farklı vücut pozisyonlarında basınç bölgelerinde oluşan basınç miktarı sırtüstü pozisyonda; kalça, sakrum ve topuklarda 40-60mmHg, oturur pozisyonda; gluteal bölgede 75-100 mmHg basınç ölçülmüştür (Yücel, 2008; Chung, 2016).

Yumuşak doku bütünlüğünün korunması birçok faktörün etkisindedir. Hücreler, büyüme faktörleri, onların reseptörleri ekstraselüler matriks molekülleri ve çeşitli proteazlar ve inhibitörleri doku bütünlüğü üzerinde etkilidir. Uzun süren aynı miktarda basınç nedeniyle doku hasarlanırsa inflamasyondan sorumlu hücrelerde artış olur. Ardından vazokonstrüksiyon, vazodilatasyon, koagülasyon ve proinflamatuvar hücrelerin yara yerine akışı gerçekleşir. Son olarak matriks olgunlaşması ile iyileşme sağlanır. Ancak kronik yaralarda bu akışta iyileşmeyen yaraya sebep olacak bir kesilme meydana gelmektedir.

Ödem basınç ülserine sebep olabilecek önemli bir etkidir. Yumuşak doku kütleşinin yaklaşık %80'i sıvıdır. Yumuşak dokuda meydana gelen basınç ile plazma ekstavazasyonu artar ve basınç ülseri oluşumuna neden olacak ödem meydana gelir (Orhan, 2017).

4.4.Basınç Ülseri Risk Faktörleri

Basınç ülseri gelişiminde birçok risk faktörü mevcuttur. Bunlar basınç, sürtünme, hareketsizlik, beslenme bozuklukları ile birlikte; ileri yaş, kronik hastalıkları, sigara

kullanımı vb. faktörlerdir. Bu risk faktörlerinin bir kısmı kontrol edilemezken; bir kısmı hemşirelik bakımı ile ortadan kaldırılabilecek risk faktörleridir.

Basınç ülserlerinin başlangıcı genellikle hastaların akut dönemine rastlamaktadır. Akut hastalığı birincil sorun olarak gören sağlık ekibinin basınç ülseri oluşma risklerini de göz ardı etmemesi gerekir (Özel, 2014). Risk faktörleri aşağıdaki gibidir:

4.4.1. Basınç

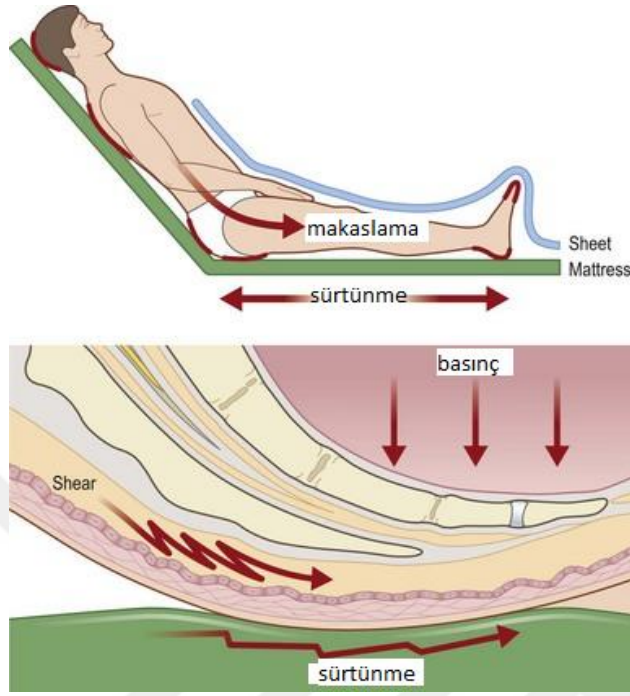
Basınç, bir yüzey üzerine etkide bulunan gücün yüz ölçümü birimine düşen miktarıdır. Basınç ülserlerinin gelişiminin temelinde basınç vardır.

12-32 mm Hg aralığının normal kapiller basınç olduğu bilinmektedir. Bu değerlerin üzerine çıktığında dokuda oksijenlenme bozukluğu ortaya çıkacaktır (Yücel, 2008; Özel, 2014; Defloor, 2000). Ancak basıncın yaralanmaya neden olmasında basıncın süresi, yoğunluğu ve dokunun toleransı da oldukça etkilidir. Örneğin sağlıklı kişilerde farklı pozisyonlardayken dokular üzerinde oluşan basınç kapiller basınçtan fazla olmasına rağmen basınç ülseri oluşmamasının nedeni basıncın süresi ile ilişkilidir. Çünkü duysal algılaması normal olan sağlıklı kişiler kapiller üzerine olan basınç arttığında ve doku anoksisine bağlı rahatsızlık ortaya çıktığında bunu hisseder ve eyleme geçerek pozisyon değişikliğine gider. Basıncın yoğunluğu ve süresine incelendiğinde aralarında ters bir ilişki olduğu görülmektedir. Düşük basınç uzun sürede, yüksek basınç kısa sürede basınç yaralanmasına sebep olmaktadır.

4.4.2. Yırtılma/Makaslama

Dokunun bir yüzey üzerinde (yatak veya tekerlekli sandalye) hareket etmesi sonucu ortaya çıkan sürtünme tek başına sadece epidermis ve dermisin üst tabakasında zedelenmeye yol açar. Ancak sürtünme yerçekiminin etkisi ile birleştiğinde bir makaslama etkisi yaratarak derin dokularda yırtılmalara neden olur (Şekil 1), doku perfüzyonu bozulur ve doku hasarı gelişir (Karadağ, 2003). Cilt devamlı olarak vücudu temas ettiği yüzeyde tutmaya çalışır ancak iskelet yerçekiminin etkisi ile aşağıya doğru eğilimlidir. Ters kuvvetler arasındaki bu ilişki damarlarda yırtılmaya, doku perfüzyonunda bozulmaya ve doku hasarına neden olur. Cilt serbest olarak hareket etmediği için yırtılmanın asıl etkisi kemik çıkıntılarının üzerindeki derin dokularda

görülmektedir. Yırtılma ve makaslama ortadan kaldırmak için hasta pozisyon değişikliklerinde doğrudan çekme yerine çarşaflar ile birlikte çekme önerilmektedir.



Şekil 1 Basınç, Makaslama ve Sürtünme İlişkisi
(<https://plasticsurgerykey.com/pressure-sores/>)

4.4.3. Aktivite ve Hareket

Azalmış fiziksel aktivite basınç yarası gelişimini etkileyen en önemli faktörlerden biridir. Özellikle analjezi ve sedasyon altında olan hastalar duyu ve his kaybı yaşamaktadırlar. Bu nedenle sedasyon ve analjezi altında olan hastaların basınç ülseri gelişme riski artmaktadır (Ersoy, 2013). Hareket kısıtlılığı olan hastalarda vücut pozisyonu değiştirilmedikçe basınca maruz kalan dokularda nekroz gelişir. Hastada gece boyunca 20'den az hareket olması basınç ülseri riskini artırmaktadır (Özel, 2014).

4.4.4. Yaş

Basınç ülserlerinin, diğer risk faktörlerinin bulunduğu bebekler ve yenidoğanlar da dahil olmak üzere her yaştaki bireyleri etkilediği bilinmesine rağmen, araştırmalarda basınç ülserlerinin genellikle ileri yaş ile ilişkili olduğunu tespit edilmiştir. Çok sayıda çalışmada yaş dahil edilmiştir. Artan yaşın basınç ülseri riski üzerinde etkili olduğu birçok çalışmada ortaya çıkmaktadır (Coleman, 2013; Manzano, 2010; Slowikowski,

2010; Webster, 2011). Cildin perfüzyon, oksijenasyon ve turgorunda bozulma, kollejen rejenerasyonu, immün yanıtta azalma, doku elastikiyetinde kayıp, epidermis ve dermis arasındaki bağlantının zayıflaması yaşın artışıyla ilişkili basınç ülseri risk faktörü olarak belirtilmektedir. Dolayısıyla, bireysel düzeyde yaş, cildin duyarlılığı ve toleransının bileşenleri olan dokunun mekanik özellikleri, dokunun geometrisi (morfoloji), fizyolojisi ve onarım, taşıma ve termal özelliklerini etkiler.

4.4.5. Nem

Cildin nemlenmesi fekal ya da idrar inkontinansı, yaranın yıkanması, terleme gibi nedenlerle olabilmektedir. Uzun süre neme maruz kalan ciltte maserasyon kolaylaşır ve dışsal etkilere karşı cildin direncini azalır. Ancak doğru cilt fonksiyonu ve direncini sağlamak için belirli bir seviyede cildin hidrasyonu önemlidir. Dolayısıyla fazla nem, dokunun bariyer ve mekanik özelliklerini etkileyerek cildin basınç ülserine yatkınlığını, toleransını ve basınç ülseri oluşumundan sonra onarımını etkiler.(Coleman, 2013; Bergquist-Beringer, 2011)

4.4.6. Beslenme

Beslenme, beslenme gereksinimlerini karşılamak için karbonhidratları, proteinleri, yağları, vitaminleri, mineralleri ve sıvıları yeterli miktarda sindirme sürecidir. Malnutrisyon beslenme dengesizliği olarak tanımlanır. Bir beslenme yetersizliğinin veya enerji, protein ve diğer besin maddelerinin fazla veya dengesizliğinin doku, vücut yapısı, vücut fonksiyonu ve klinik sonuçlar üzerinde belirgin olumsuz etkilere neden olduğu bilinmektedir.

Yapılan çalışmalarda malnütrisyon, basınç ülserinin gelişimi, basınç ülserinin şiddeti ve basınç ülserinin iyileşmesi ile ilişkili olarak gösterilmektedir (Iizaka, 2010). Bu nedenle basınç ülseri riski olanların kapsamlı bir beslenme değerlendirmesi yapılması gereklidir.

4.5.Basınç Yaralarının Sınıflandırılması

Ulusal Basınç Ülseri Danışma Paneli (NPUAP) ve Avrupa Basınç Ülseri Danışma Paneli (EPUAP)'ın basınç yarası sınıflandırma sistemine göre basınç yaraları; şüpheli derin doku hasarı, birinci, ikinci, üçüncü, dördüncü evre basınç yarası ve

evrelendirilemeyen basınç yarası olmak üzere toplam altı grupta sınıflandırılmıştır (NPUAP, 2014).

4.5.1. Evre 1

Çoğunlukla kemik çıkıntısı olmak üzere citte basmakla solmayan kızarıklık vardır. Deri bütünlüğü bozulmamıştır. Yara yeri çevresindeki dokulara göre ağrılı, sert, yumuşak, daha sıcak ya da daha soğuk olabilir (NPUAP, 2014).

4.5.2. Evre 2

Dermiste kısmi doku kaybı vardır. Yara yatağı pembe kırmızıdır ve ölü dokunun olmadığı yüzeysel bir yara vardır. Ciltte büller görülebilir. Sarı nekrotik doku ya da derin doku hasarı olmayan parlak veya kuru, yüzeysel ülser şeklinde görülebilir (NPUAP, 2014).

4.5.3. Evre 3

Epidermisten başlayıp, üst fasyaya kadar uzanan tam derinlikte bir doku kaybı vardır. Yağ dokusu görülebilir fakat kemik, tendon ya da kas açıkta değildir. Sarı nekrotik doku bulunabilir, sinüs ya da tüneller görülebilir (NPUAP, 2014).

4.5.4. Evre 4

Ciltten kemiğe doğru tam kalınlıkta doku kaybı vardır. Yara bölgesinin bazı kısımlarında sarı nekrotik doku ya da eskar görülebilir. Bu evrede çoğunlukla sinüsler ve tüneller vardır. Kemikler ve tendonlar açıkta görülebilir (NPUAP, 2014).

4.5.5. Evrelendirilemeyen / Sınıflandırılmayan Evre

Ülserin gerçek derinliğinin, yara yatağının sarı nekrotik doku (sarı, sarımsı kahverengi, gri, yeşil ya da kahverengi) ve / veya eskar (sarımsı kahverengi, kahverengi veya siyah) ile tamamen kapanmış olması nedeniyle bilinemediği, tüm tabakalardaki doku kaybının yer aldığı evredir. Topuklarda görülen stabil skarlar vücudun doğal, biyolojik örtüsü olarak düşünülmelidir (NPUAP, 2014).

4.5.6. Şüpheli Derin Doku Hasarı

Bütünlüğü bozulmuş dokunun mor ya da koyu kahverenginde lokalize bir bölgede olduğu veya alttaki yumuşak dokunun basınç ya da sürtünmeye bağlı olarak yaralanması

sonucu gelişen içi kanla dolu veziküldür. Yara yeri çevresindeki dokuyla karşılaştırıldığında ağrılı, sert, peltensi, bataklik hissi veren, ısı farkı olan bir doku bulunabilir (NPUAP, 2014).

4.6.Basınç Yarasının Önlenmesi

Literatürde erken dönemde önleyici hemşirelik girişimleri ile basınç ülseri gelişiminin önemli oranda azaltılabileceği gösterilmektedir.

4.6.1. Risk Değerlendirme

Hastanın hastaneye kabulü ile birlikte basınç yarası riskinin değerlendirilmesi önemlidir. Risk değerlendirmesi ile bireyi bütüncü olarak değerlendirmenin yanında, deri bütünlüğünü bozan mevcut ve olası riskler belirlenir. İlk değerlendirmeden itibaren haftada en az bir kez derinin risk açısından değerlendirilmesi gerekmektedir (Orhan, 2017) Risk değerlendirmeleri düzenli olarak ve hastanın her durum değişikliğinde tekrarlanmalıdır (NPUAP, 2014).

4.6.2. Cilt Değerlendirmesi ve Bakımı

Cilt değerlendirmesi basınç ülserini önlemede kritik öneme sahiptir çünkü cildin durumu basınç ülseri gelişiminde önemli bir göstergedir. Cilt ve doku değerlendirmesi, uygun koruyucu müdahalelerin seçimini de sağlar (NPUAP, 2014).

Cilt değerlendirmesi ve bakımı sağlanırken aynı zamanda sağlık profesyonellerinin kapsamlı bir deri değerlendirmesinin nasıl yapılacağı konusunda bilgi düzeylerinin tam olması gereklidir. Cilt değerlendirmesi ağrı, lokalize sıcaklık, ödem, ciltte sertlik, tıbbi cihaz ve araçların sebep olabileceği basınç açısından yapılmalı ve gözlem sıklığının bireyin durumuna göre artırılmalıdır.

İlk karşılaşmada hastanın cildi baştan ayağa değerlendirilmelidir. Değerlendirme sıklığı günde en az bir kez olmalıdır. Özellikle riskin yüksek olduğu topuk, sakrum, iskiyal çıkıntılar, antiembolik çoraplardan etkilenen vücut kısımları, femoral trokanterler, günlük yaşam aktiviteleri esnasında basınç, sürtünme ve makaslamaya maruz kalan vücut bölgeleri, giysi ve cihazlarla dış güç uygulanan vücut kısımları, dirsekler, kafatası temporal bölgesi, baş arka kısmı ve ayak parmakları gözlenmelidir. Yapılan değerlendirmelerle ilgili hasta yakınlarına da eğitim verilmelidir (Orhan, 2017).

Cildi temizliğinde dikkatli olunmalıdır. Temizlik sırasında cilt yüzeyindeki kir, nem, sebum ve yağları temizlenir. Aşırı temizlik, cildin doğal koruyucu katmanlarının çıkarılması nedeniyle cildin kurummasına neden olabilir. Cildin zarar görmesini önlemek için yumuşak yüzeyle materyaller tercih edilmelidir. Temizlendikten sonra cildin kuru olduğundan emin olunmalı aynı zamanda yeterince nemlenmesi sağlanmalıdır (NPUAP, 2014).

4.6.3. Beslenme

Beslenme durumunun değerlendirilmesi ve izlenmesi basınç yaralarının insidansını ve şiddetini etkilemektedir. Serum albümin seviyesinin düşük olması onkotik basınç değişikliğine sebep olarak ödeme yol açar ve kan dolaşımı azalır. Bunun sonucunda basınç, sürtünme veya travma ile doku bütünlüğü kolayca bozulabilir. Hemoglobün değeri 12 gr/dl'nin altında olduğunda dokuların direnci düşer, kanın oksijen taşıma kapasitesi azalır ve dokunun iyileşmesi gecikir. Bu nedenle yeterli kalori, vitamin, mineraller ve proteinden zengin bir diyet, doku bütünlüğünün bozulmasını önler ve yara gelişmiş ise iyileşmeyi hızlandırır (NPUAP, 2014).

Zayıf bireylerde basınç yarası gelişme riski, obez bireylere göre daha fazladır ancak obez bireyler pozisyon değişikliği sırasında daha fazla friksiyona maruz kaldığı unutulmamalıdır (Orhan, 2017)

4.6.4. Pozisyon Değişimi ve Destek Yüzeylerin Kullanımı

Kemik çıkıntılarının olduğu bölgelerdeki uzun süreli basıncı önleme, birbiri ile temasını engelleme, sürtünme ve makaslamaya bağlı hasarın en alt düzeye indirilmesi için pozisyon değişikliği ve destek yüzey kullanımı çok önemlidir. Pozisyon değişikliği için önerilen aralık yatak içinde 2 saati aşmayacak aralıklarla pozisyon verilmesidir. Bu süre kullanılan destek yüzeye göre ve hastaya göre belirlenir. Hastaya 30 derece lateral pozisyon ya da tıbbi durumu uygunsa prone pozisyonu verilmesi gerekmektedir. 90 derece lateral ya da 30 dereceyi aşan fowler pozisyonları önerilmemektedir. Yatak başı seviyesinin belirlenen değerden daha fazla yükseltilmesi makaslama etkisi ve sürtünmeyi artırarak basınç ülseri riskini artırır. Tekerlekli sandalye veya koltukta oturan hastalar için, 25-30 dakikada bir 30 saniye süre ile ağırlık aktarımı yapılması önerilmektedir.

Tıbbi gereklilikler nedeni ile pozisyon değişikliğinin sık aralıklarla ile yapılamadığı durumlarda aktif bir destek yüzeyi (örtü ya da şilte şeklinde) mutlaka kullanılmalıdır.

Özellikle topukları koruma amacıyla topukların yatak ile temasını kesmek için eleve edilmelidir (NPUAP, 2014; Orhan, 2017).

4.7.Basınç Yarası Risk Değerlendirme

Basınç ülserlerinin önlenmesi için kullanılacak yöntemler hasta güvenliği açısından büyük önem taşır. Risk değerlendirmesi, basınç ülseri oluşumunun önlenmesi için uygun müdahalelerin planlanıp uygulanabilmesini ve duyarlı olan bireyleri tanımlamayı amaçlayan klinik pratiğin önemli bir bileşenidir.

Yapılan çalışmalarda erken dönemde basınç ülseri risk değerlendirme ve önlemede uygulanan girişimlerin basınç ülserini önlemede etkili olduğu gösterilmiştir. (Coleman, 2013). Hastanın servise kabul edildiğinde yapılması gereken basınç ülseri risk değerlendirmesi, verilecek olan bakımın planlanmasını, takibini ve sürekliliğini sağlamaktadır.

Bireyin riskini etkileyen faktörleri tanımlamak için risk değerlendirmesine yapısal bir yaklaşım kullanmak birincil öneme sahiptir. Bu nedenle basınç ülseri riskinin belirlenmesinde kanıta dayalı ve güvenilir bir ölçeğin kullanılması gereklidir (Saleh, 2009; Webster, 2011).

Çoğu risk değerlendirme aracı, risk puanlaması için basit bir ordinal sistem kullanır. Bir risk faktörünün diğerine karşı önemi veya iki ya da daha fazla risk faktörünün kümülatif etkisini değerlendirmek üzere tasarlanmıştır.

Riskini belirlenmesinde klinik kullanım için basit bir tarama aracı oluşturulurken, bireysel ve çevresel faktörlerin karmaşık etkileşimi basit bir skora indirilmiştir. Bu nedenle, hastanın risk puanı ile birlikte diğer risk faktörlerinin etkisi, bireysel ve klinik faktörlerin klinik değerlendirmesi birlikte yapılmalıdır (NPUAP, 2014).

En sık kullanılan basınç ülseri risk değerlendirme skalaları Norton Skalası, Waterlow Skoru ve Braden Skalasıdır (Bergstrom ve ark, 1987; Norton ve ark. 1962; Waterlow, 1985). Bu skalalar, yaygın olarak görülen basınç ülseri risk faktörlerinin bir kısmını içermektedir (Tablo 1).

4.7.1. Norton Basınç Yarası Risk Değerlendirme Ölçeği

1962 yılında Dorean Norton tarafından geliştirilen ölçek, basınç ülseri riski tanılamak için literatürde yer alan ilk ölçektir. Temelde yatan yaşlı hastaların sistematik olarak değerlendirilmesine dayanır. Değerlendirilen kriterler fiziksel durum, mental durum, aktivite durumu, mobilite ve inkontinans olmak üzere toplam 5 tanedir.

Hasta en küçük 5, en yüksek 20 puan alabilir. Her risk faktörü için hasta 1-4 arasında puan alır. 14 puan ve altı alan hasta risk grubunda kabul edilir. Bu ölçekte hastanın beslenme ve ağrı düzeyi değerlendirilemez (Norton, 1962).

4.7.2. Braden Basınç Yarası Risk Değerlendirme Ölçeği

1987 yılında Braden ve Bergstrom tarafından geliştirilmiştir. Ölçek toplam 6 boyuttan oluşmaktadır. Bunlar; aktivite, uyarının algılanması, hareket, nem, beslenme, sürtünme ve tahriştir. Uyarının algılanması, nem, aktivite, hareket, beslenme alt boyutlarının her birinden hasta 1-4 arasında, sürtünme-tahriş alt boyutlarının her birinden 1-3 arasında puan alarak toplamda 6-23 arasında değişen puan elde edilmektedir. Hastalar ölçekten en düşük 6, en yüksek 23 puan alabilirler. Bu skalada Toplam puan azaldıkça risk artar. 12 puan ve altı yüksek riskli, 13-14 puan riskli, 15-16 puan düşük riskli olarak değerlendirilmektedir.

En iyi sensitivite spesifite dengesine sahip risk değerlendirme aracıdır (Fırat Kılıç,2016). Yoğun bakım ünitelerinde ve uzun dönem bakım kuruluşlarında kullanılması önerilmektedir (Bergstrom, 1987).

4.7.3. Waterlow Basınç Yarası Risk Değerlendirme Ölçeği

Waterlow tarafından 1980'lerin sonunda İngiltere'de geliştirilmiştir. Toplam 6 alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar vücut yapısı/kilo, cilt tipi, boşaltım sistemi risk faktörleri, beslenme durumu, yaş/cinsiyet ve bağımlılık derecesi olmak üzere altı risk faktörünü içermektedir. Norton ve Braden araçlarının tersine puan arttıkça bası yarası riski artmaktadır. Waterlow ölçeği ile hastalar en az 10 puan alırlar. 10 puan alan hastanın basınç ülseri gelişme riski olduğu düşünülür. 10-14 puan arası riskli, 15-19 puan arası yüksek riskli, 20 puan ve üzeri ise çok yüksek riskli olarak kabul edilmektedir (Waterlow, 1985).

Yapılan çalışmalarda ölçeğin hastayı beklenenden daha yüksek riskli gösterdiği görülmüştür. Bu durum gereksiz önleme girişimlerinin uygulanmasına neden olabileceği düşünülmektedir. (Anthony, 2008; Balzer, 2007).



Tablo 1. Basınç Ülseri Risk Değerlendirme Skalalarının Yaygın Risk Faktörlerini İçermesi Açısından Karşılaştırılması (NPUAP)

Risk Faktörleri	Braden Skalası	Norton Skalası	Waterlow Skalası
Aktivite ve hareket kısıtı	Hareket Aktivite Sürtünme	Hareket Aktivite	Hareket
Cilt durumu	x	x	Cilt tipi
Dolaşım ve oksijenasyon	x	x	Özel risk (perfüzyonun kısmi ölçümü)
Zayıf nutrisyonel durum	Beslenme	Besin alımı Sıvı Alımı (modifiye skalada)	İştah
Artmış cilt nemi	Nemlilik	İnkontinans	kontinans
Vücut ısısında yükselme	x	x	x
İleri yaş	x	x	Cinsiyetyaş
Duyusal algı	Uyarının algılanması	x	Nörolojik defisit
Hematolojik durum	x	x	x
Genel sağlık durumu	x	Bedensel durum Mental durum	Major cerrahi/travma Medikasyon

4.8.Tutum

Latince “aptus” sözcüğünden türetilen tutum kelimesi “eylem için uygun ve hazır” anlamına gelmektedir.

Tutum, genel olarak bireyin kendine ya da çevresindeki herhangi bir konu, obje veya olaya karşı; motivasyon, deneyim ve bilgilere dayanarak örgütlediği bilişsel, duygusal ve davranışsal tepki eğilimidir. Bireylerin tutumları, deneyimlerinin ve edindiği bilgilerin örgütlenmesiyle oluşur. Bu örgütlenme içinde yer alan inanç, yargı, değer ve kanı gibi özellikler tutumları oluşturur (Tabak, 2003).

Kağıtçıbaşı'nın (2005) tanımına göre tutum; bir bireye atfedilen ve onun bir nesne ile ilgili düşünce, duygu ve davranışlarını düzenli bir biçimde oluşturan psikolojik eğilim olarak tanımlamıştır (Kağıtçıbaşı, 2005).

Bazı kaynaklara göre tutum; “içsel, duygusal, düşünsel ile beraber hareket eden, davranışların yönlendirilmesinde etkili olan gizli ve içten gelen” ifade edilmektedir. Allport (1935) ise tutumlara ilişkin literatürde yapılan tanımları incelemiş, kavramı en iyi ifade eden, yaygın kullanılan ve en çok öne çıkan tanımlamaları birleştirerek tutumu “deneyim yoluyla, bireyin nesnelere ve durumlara yönelik duruşuna yönlendirici veya dinamik etkisi olan zihinsel ve sinirsel bir hazır bulunuşluk” olarak tanımlamıştır (Allport, 1935).

Tanımlardan anlaşılacağı üzere tutum; bireyin davranışlarını şekillendirici, bireyden bireye farklılık gösterebilen bir kavramdır. Doğrudan gözlenemeyen, bir nesne, durum ya da bireylere karşı hissedilenler ve bireyi davranışa hazırlayan, psikolojik bir yapı olarak açıklanabilir.

İnsanın bir nesne, durum ya da kişi hakkında ne hissettiğini ifade eden tutumları gözle görülemezken, insanın davranışları üzerinden gözlemlenmeleri ve yorumlanmaları söz konusudur (Özkalp ve Kirel, 2005). Açıkça gözlemlenemeyen bu tutumlar, insan davranışlarının şekillenmesine etki etmektedir. Bu yüzden belirli durum, kişi ya da nesneye yönelim tutumları keşfetmek, ona yönelik davranışın nedenini anlamada çok önemlidir.

4.8.1. Tutumun Bileşenleri ve Özellikler

Tutum, zihinsel ve bilgisel, duygusal ve davranışsal faktörlerin bileşiminden oluşmaktadır.

Zihinsel ve bilgisel bileşen, bireyin bir nesne, durum ya da kişiye yönelik düşünce, bilgi ve inançlarını oluşturmaktadır. Zihinsel ve bilgisel faktörler, tutumun gerçeklere dayalı bilgi kaynağıdır. İnançlar, bu bileşenlerin en önemli belirleyicisidir. Bu bileşen kapsamında, olumlu-olumsuz, iyi-kötü, yeterli-yetersiz şeklinde yargılar oluşmaktadır. Bilişsel faktörler tutumun bir sonraki aşaması olan duygusal faktörler için zemin hazırlamaktadır (Kaya, 2014).

Duygusal bileşen, bireyin bir nesne, durum ya da kişiye yönelik duygularını ifade etmektedir. Duygusal faktörler; tutumun bireyden bireye değişen ve gerçeklerle açıklanamayan, hoşlanma ya da hoşlanmama, sevmeme ya da sevmeme gibi yönlerini oluşturmaktadırlar (Şimşek ve ark, 2011).

Davranışsal bileşen, tutumun sözlü ya da davranışsal ifadesini oluşturmaktadır. Bireyin inanç ve bilgileri sonucunda ortaya çıkan yargısı sonucu bir nesne, durum ya da kişiye karşı olumlu veya olumsuz davranışa eğilimli hale gelmesidir. Duygusal ve bilişsel faktörlere uygun olarak hareket etme eğilimini gösterir.

4.8.2. Basınç Ülserlerini Önlemeye Yönelik Tutum

Son araştırmalar, sağlık çalışanlarının bilgi ve tutumlarını, basınç ülseri önleme ve tedavi stratejilerinin başarıyla uygulanmasını etkileyen faktörler arasında tanımlamaktadır (Strand, 2010; Waugh, 2014).

Sağlık personelinin basınç ülseri önleme ve yönetimi ile ilgili bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi, basınç yarasının önlenmesinde potansiyel engellerin ve kolaylaştırıcıların tanımlanmasına yardımcı olmaktadır. Basınç yarasını önlemede negatif tutum ve bilgi eksikliği, klinik uygulamalarda klavuzların kullanılması konusunda engel ortaya çıkartmaktadır (Strand, 2010; Waugh, 2014).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1.Araştırmanın Amacı ve Tipi

Basınç ülserleri hemşirelik bakımının kalitesini gösteren en önemli faktörlerden biridir. Hemşirelerin basınç ülserleri ile ilgili bilgi düzeyi ve klinik becerisi kadar basınç ülserlerine yönelik tutumları da önemlidir. Çünkü tutumlar, bir bireyin faaliyetlerinin ve performansının arkasındaki ana itici güç veya motivasyondur. Araştırma hemşirelerin basınç ülserlerine yönelik tutumlarını ölçmek amacıyla tanımlayıcı olarak planlandı.

5.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma İstanbul'da özel bir hastanede Kasım 2017- Ocak 2018 tarihleri arasında yapıldı.

5.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini yatan hastalara bakım veren Cerrahi Servisi, Onkoloji Servisi, Dahiliye Servisi, Genel Yoğun Bakım, Kardiyovasküler Yoğun Bakım servislerinde çalışan 200 hemşire oluşturdu. Araştırmada örnekleme "Braden Bası Yarası Risk Tanılama Ölçeği" puanı 16 ve altı, yani basınç yarası riski olan hastalara bakım veren ve çalışma süresi en az 2 ay olan hemşireler oluşturdu. Yapılan istatistiksel inceleme sonucunda örnekleme 131 hemşire oluşturdu.

N:Evren, n: örnekleme alınacak uygulama sıklığı, p:İncelenen olayın görülme sıklığı, q:incelenen olayın görülmemesi sıklığı, d: kabul edilen ± örnekleme hata oranı, t: α anlamlılık düzeyinde, serbestlik derecesine göre t tablosu kritik değeri

$$n=Nt^2pq/(d^2(N-1)+t^2pq)$$

$$n=(200)(1,96)^2(0,50)(0,50)/(0,05)^2(201-1)+ (1,96)^2(0,50)(0,50)$$

$$n=131 \text{ hemşire}$$

5.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler hemşirelerin basınç ülserlerini önlemeye yönelik tutumlarını incelemek amacıyla 14 sorudan oluşan Hemşire Tanıtım Formu (Ek 2) ve 13 sorudan oluşan Basınç Ülserlerini Önlemeye Yönelik Tutum Ölçeği (Ek 3) kullanılarak toplandı.

5.4.1. Hemşire Tanıtım Formu

Form araştırmaya katılan hemşirelerin sosyo-demografik ve basınç ülserlerine yönelik tanıtıcı bilgilerini içeren 14 sorudan oluşmaktadır.

5.4.2. Basınç Ülserlerini Önlemeye Yönelik Tutum Ölçeği (BÜÖYTÖ)

Hemşirelerin basınç ülserlerini önlemeye yönelik tutumlarını belirlemek amacıyla Beeckman ve ark.(2010) tarafından geliştirilen ölçek Belçika ve Hollanda'da 258 hemşire ve 291 hemşirelik öğrencisine uygulanmıştır. Geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu bulunmuştur. Ölçeğin iç tutarlılığın güvenirliği Cronbach Alpha değeri; 0,79 olarak bulunmuştur.

Ölçeğin Türkçe uyarlaması Üstün (2013) tarafından yapılmış, 171 hemşireye uygulanan ölçeğin iç güvenirliği Cronbach Alpha değeri 0,714 bulunmuştur. Araştırmada Tablo 2 'de gösterildiği gibi cronbach Alpha değeri 0,610 bulundu. BÜÖYTÖ 5 alt boyutta toplam 13 madde içermektedir. Ölçeğin alt boyutları; basınç ülserlerini önlemek için bireysel yeterliliğe yönelik tutum (3 madde), basınç ülserlerini önleme önceliğine yönelik tutum (3 madde), basınç ülserlerinin etki boyutu tutum (3 madde), basınç ülserlerini önlemede kişisel sorumluluğa yönelik tutum (2 madde), basınç ülserlerini önlemenin etkinliğine yönelik tutum (2 madde) olmak üzere toplam 13 maddedir. Ölçek maddelerinin 7'si olumsuz 6'sı olumlu ifadelerden oluşmaktadır. Ölçeğin yorumlanmasında tutarlılık olması için negatif ifadeler ters kodlanmıştır. Ters kodlanacak maddeler 3, 5, 7, 8, 9, 10, 13'tür.

Alt grupların Cronbach Alpha değerleri "Yeterlilik boyutu" için 0,634, "Öncelik boyutu" için 0,553, "Etki boyutu" için 0,749, "Sorumluluk boyutu" için 0,520, "Önlemenin etkinliği boyutu" için 0,543 olduğu saptanmıştır.

Araştırmamızda ölçeğin genel ve alt boyutlarının Cronbach Alpha değeri hesaplandı (Tablo 2).

Tablo 2. Basınç Ülserini Önlemeye Yönelik Tutum Ölçeği Güvenilirlik Analizi

	Cronbach's Alpha	Madde sayısı
Toplam Tutum	0,610	13
Yeterlilik boyutu	0,381	3
Öncelik boyutu	0,177	3
Etki boyutu	0,716	3
Sorumluluk boyutu	0,160	2
Önlemenin etkinliği boyutu	0,448	2

Ölçeğin değerlendirilmesinde ölçek maddeleri 1'den 4'e kadar değişen likert tipi puanlama ile derecelendirilmiştir.

Derecelendirme olumlu ifadeler için;

- 1 puan: Kesinlikle katılmıyorum
- 2 puan: Katılmıyorum
- 3 puan: Katılıyorum
- 4puan: Kesinlikle katılıyorum

Derecelendirmede olumsuz ifadeler için;

- 1 puan: Kesinlikle katılıyorum
- 2 puan: Katılıyorum
- 3 puan: Katılmıyorum
- 4 puan: Kesinlikle katılmıyorum

Ölçekten alınacak toplam puan en az 13 iken, en fazla puan 52'dir. BÜÖYTÖ'nin toplam puan ortalamaları yükseldikçe tutumun olumlu olması beklenmektedir.

Ölçeğin kullanım izni Türkçe uyarlamasını yapan Üstün'den e-mail ile alınmıştır.

5.5. Veri Toplama Yöntemi

Veriler etik kurul ve kurum izni alındıktan sonra hemşirelerin çalıştıkları birimlerde araştırmacı tarafından gerekli açıklamalar yapılarak yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulandı. Anketlerin uygulanması her bir katılımcı için 10 dakika sürdü.

5.6. Verilerin Analizi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS 24.0 İstatistik paket programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Frekans, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) yanı sıra normal dağılımın incelenmesi için Kolmogorov - Smirnov dağılım testi kullanıldı. Veriler normal dağılıma sahip olmadığı için parametrik olmayan yöntemler tercih edildi.

Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup durumunda, parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U test kullanıldı. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında ikiden fazla grup durumunda, parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Mann Whitney U test kullanıldı. İki niceliksel verinin karşılaştırılmasında Spearman Korelasyon Analizi kullanıldı.

Sonuçlar % 95 güven aralığında, $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

Genel güvenilirlik ve alt boyutların güvenilirliği için Cronbach's Alpha katsayısı hesaplandı (Tablo 2).

5.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, İstanbul ilinde bulunan özel bir hastane ile sınırlı olup, bu hastanenin Cerrahi Servisi, Onkoloji Servisi, Dahiliye Servisi, Genel Yoğun Bakım, Kardiyovasküler Yoğun Bakım servislerinde çalışan ve basınç ülseri riski olan hastalara bakım veren hemşireler ile sınırlıdır. Örneklem grubunun form ve ölçekleri doğru cevapladığı varsayılmaktadır

5.8.Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için Haliç Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan anket uygulama izin yazısı alındı (Ek 4). Araştırmanın ilgili kurumda yürütülebilmesi için Koç Üniversitesi Sosyal Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu'ndan izin yazısı (EK 5) ile araştırmanın yapılacağı kurumdan anket çalışma izni ile gerekli izinler alındı (Ek 6).

- Araştırma süresince hemşirelere araştırmanın amacı açıklanarak çalışmaya gönüllü olarak katılmaları sağlandı.
- Kendilerinden alınan bireysel bilgilerin araştırmacı dışında başka kimseyle paylaşılmayacağı ya da bilgilere başkalarının ulaşmasına izin verilmeyeceği konusunda güvence verilerek 'sadakat-gizlilik' ilkesine bağlı kalındı.
- Çalışmaya katılma ya da katılmama karar vermede özgür oldukları, katılımdan istedikleri zaman vazgeçebilecekleri, bilgi vermeyi reddetme ve çalışmaya ilişkin hakları konusunda sözel olarak bilgilendirildi ve 'otonomi' ilkesine saygı gösterildi.

5.9.Araştırmanın Değişkenleri

5.9.1. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

Hemşirelerin kişisel özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, mesleki tecrübe, basınç ülseri ile ilgili eğitim alma durumları vb.)

5.9.2. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri:

Hemşirelerin Basınç Ülserini Önlemeye Yönelik Tutum Ölçeği puanları

6. BULGULAR

Bu bölümde, araştırma probleminin çözümü için, araştırmaya katılan hemşirelerin anket ve ölçekler yoluyla toplanan verilerinin analizi sonucunda elde edilen bulgular yer almaktadır. Bulgular aşağıdaki alt başlıklarda gösterilmiştir:

- Hemşirelerin Kişisel Özellikleri Hakkındaki Bilgilerin Dağılımı
- Hemşirelerin Basınç Ülserini Önlemeye Yönelik Tutum Puanlarına Yönelik Bulgular

6.1.Hemşirelerin Kişisel Özellikleri Hakkındaki Bilgilerin Dağılımı

Tablo 3. Hemşirelerin Kişisel Özelliklerinin Dağılımı (N=131)

		n	%
Cinsiyet	Kadın	121	92,4
	Erkek	10	7,6
En Son Tamamladığı Hemşirelik Programı	Lise	3	2,3
	Lisans	124	94,7
	Lisansüstü	4	3,1
Çalıştığı Bölüm	Genel Yoğun Bakım	22	16,8
	Kardiyovasküler Cerrahi Yoğun Bakım	9	6,9
	Onkoloji Servisi	24	18,3
	Cerrahi Servisi	55	42,0
	Dahiliye Servisi	21	16,0
Mezuniyetinden Sonra Basınç ülserlerinin Önlenmesi/bakımına Yönelik Bir Eğitim Alma	Evet	71	54,2
	Hayır	60	45,8
Eğitim aldı ise Katıldığı Eğitim Programında Aldığı Bilgileri Hemşirelik Bakımına Yansıtabilme	Evet	65	91,5
	Hayır	6	8,5

Tablo 3 (devamı). Hemşirelerin Kişisel Özelliklerinin Dağılımı (N=131)

		n	%
Basınç ülserlerini Önlemeye/Tedaviye Yönelik Gelişmeleri Takip Ettiği Herhangi Bir Kaynak Varlığı	Evet	10	7,6
	Hayır	121	92,4
Hemşirelerin Basınç Ülserleri ile İlgili Takip Ettiği Kaynak	Braden	1	10,0
	Epuap	4	40,0
	Makale	2	20,0
	Sağlıkla Dergisi	1	10,0
	Türkiye Klinikleri, Yoğun Bakım Derneği	1	10,0
	Web	1	10,0
Basınç ülseri Olan Hasta İle Karşılaşma Sıklığı	Nadiren	36	27,5
	Sık Sık	80	61,1
	Her Zaman	15	11,5
Bir Ayda Basınç Ülseri Bakımı Yapılan Ortalama Hasta Sayısı	Hiç	2	1,5
	1-3 hasta	69	52,7
	4-6 hasta	38	29,0
	7 ve üzeri hasta	22	16,8
Basınç ülserleri Risk Değerlendirmesine Yönelik Klinikte Herhangi Bir Araç Kullanma	Evet	115	87,8
	Hayır	16	12,2
Toplam		131	100,0

Tablo 3'e göre hemşirelerin %92,4'ü (n=121) kadın, %7,6'sı (n=10) erkek olduğu saptandı.

Hemşirelerin %2,3'ü (n=3) lise, %94,7'si (n=124) Lisans, %3,1'i (n=4) Lisansüstü eğitim seviyesinde olduğu saptandı.

Hemşirelerin %16,8'i (n=22) Genel Yoğun Bakım, %6,9'u (n=9) Kardiyovasküler Cerrahi Yoğun Bakım, %18,3'ü (n=24) Onkoloji Servisi, %42'si (n=55) Cerrahi Servisi, %16'sı (n=21) Dahiliye Servisi'nde çalıştığı saptandı.

Hemşirelerin %54,2'ünün (n=71) mezuniyetinden sonra basınç ülserlerinin önlenmesi/bakımına yönelik bir eğitim aldığı saptandı. Mezuniyetinden sonra basınç ülserlerinin önlenmesi/bakımına yönelik bir eğitim alan hemşirelerin %91,5'si (n=65) katıldığı eğitim programında aldığı bilgileri hemşirelik bakımına yansıtılabildiğini düşündüğü saptandı.

Hemşirelerin %7,6'sının (n=10) basınç ülserlerini önlemeye/tedaviye yönelik gelişmeleri takip ettiği saptandı. Bunlar incelendiğinde hemşirelerin basınç ülserlerini önlemeye/tedaviye yönelik gelişmeleri takip ettiği kaynakların %10'u (n=1) braden, %40'ı (n=4) Epuap, %20'si (n=2) makale, %10'u (n=1) Sağlıkla dergisi, %10'u (n=1) Türkiye klinikleri, yoğun bakım derneği, %10'u (n=1) web olduğu saptandı.

Hemşirelerin %27,5'inin (n=36) Nadiren, %61,1'inin (n=80) Sık sık, %11,5'inin (n=15) Her zaman basınç ülserli hasta ile karşılaştığı saptandı.

Hemşirelerin bir ayda basınç ülseri bakımı yapılan ortalama hasta sayısının %1,5'i (n=2) Hiç, %52,7'i (n=69) 1-3 hasta, %29'u (n=38) 4-6 hasta, %16,8'i (n=22) 7 ve üzeri hasta olduğu saptandı.

Hemşirelerin %87,8'inin (n=115) basınç ülserleri risk değerlendirmesine yönelik klinikte herhangi bir araç kullandığı saptandı.

Tablo 4. Hemşirelerin Diğer Kişisel Özelliklerinin Dağılımı (N=131)

	n	Ort	Ss	Min.	Maks.
Yaş	131	24,350	2,511	22	39
Hemşirelik mesleğindeki toplam hizmet süresi (ay)	131	24,110	34,591	2	231
Mezuniyetinden sonra basınç ülserlerinin önlenmesi/bakımına yönelik alınan eğitim süresi (saat)	71	5,170	11,580	1	72

Hemşirelerin “yaş” ortalaması (24,350 ± 2,511); “hemşirelik mesleğindeki toplam hizmet süresi” ortalaması (24,110 ± 34,591); “mezuniyetinden sonra basınç ülserlerinin önlenmesi/bakımına yönelik alınan eğitim süresi” ortalaması (5,170 ± 11,580) saptandı (Tablo 4).

6.2.Hemşirelerin Basınç Ülserini Önlemeye Yönelik Tutum Puanlarına Yönelik Bulgular

Tablo 5. Hemşirelerin Basınç Ülserlerini Önlemeye Yönelik Tutumlarına İlişkin Tanımsal Bulgular (N=131)

	N	Ort	Ss	Min.	Maks.
Toplam Tutum	131	44,687	3,003	37	51
Yeterlilik boyutu	131	8,779	1,230	6	12
Öncelik boyutu	131	10,550	1,009	8	12
Etki boyutu	131	11,428	1,060	8	12
Sorumluluk boyutu	131	6,939	0,892	4	8
Önlemenin etkinliği boyutu	131	6,992	0,873	4	8

Hemşirelerin BÜÖYTÖ puanı ortalaması (44,687 ± 3,003); “yeterlilik boyutu” ortalaması (8,779 ± 1,230); “öncelik boyutu” ortalaması (10,550 ± 1,009); “etki boyutu” ortalaması (11,428 ± 1,060); “sorumluluk boyutu” ortalaması (6,939 ± 0,892); “önlemenin etkinliği boyutu” ortalaması (6,992 ± 0,873) olarak saptandı (Tablo 5). Ölçekten alınabilecek maksimum puan 52’dir. Buna göre alınan puanların ortalaması 100 üzerinden hesaplandığında toplam tutum puanı %85,9, yeterlilik boyutu puanı %73,2, öncelik boyutu puanı %87,9, etki boyutu puanı; %95,2, sorumluluk boyutu puanı %86,7, önlemenin önceliği boyutu puanı %87,4 bulundu.

Tablo 6. Hemşirelerin BÜÖYTÖ Puanlarının Basınç Ülseri Olan Hasta İle Karşılaşma Sıklığına Göre Dağılımı (N=131)

		n	Ort	Ss	KW	p
Toplam Tutum	Nadiren	36	44,639	2,674	8,931	0,012*
	Sık Sık	80	44,275	3,023		
	Her Zaman	15	47,000	2,752		
Yeterlilik boyutu	Nadiren	36	8,611	1,050	4,567	0,102
	Sık Sık	80	8,713	1,265		
	Her Zaman	15	9,533	1,246		
Öncelik boyutu	Nadiren	36	10,472	1,082	5,738	0,057
	Sık Sık	80	10,475	0,993		
	Her Zaman	15	11,133	0,743		
Etki boyutu	Nadiren	36	11,472	0,941	6,317	0,042*
	Sık Sık	80	11,300	1,174		
	Her Zaman	15	12,000	0,000		
Sorumluluk boyutu	Nadiren	36	6,972	0,810	2,422	0,298
	Sık Sık	80	6,863	0,938		
	Her Zaman	15	7,267	0,799		
Önlemenin etkinliği boyutu	Nadiren	36	7,111	0,708	2,601	0,272
	Sık Sık	80	6,925	0,823		
	Her Zaman	15	7,067	1,387		

KW: Kruskal Wallis - H Testi * $p < 0,05$

Hemşirelerin toplam tutum puanları ortalamalarının basınç ülseri olan hasta ile karşılaşma sıklığı değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulundu (KW=8,931; $p=0,012 < 0,05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan Mann Whitney U testine göre; basınç ülseri

olan hasta ile karşılaşma sıklığı “Her zaman” olanların toplam tutum puanları ($47,000 \pm 2,752$), “Nadiren” olanların toplam tutum puanlarından ($44,639 \pm 2,674$) ve “Sık sık” olanların toplam tutum puanlarından ($44,275 \pm 3,023$) yüksek bulundu ($p < 0,012$) (Tablo 6).

Tablo 6’da görüldüğü gibi alt boyutlardan etki boyutu puanları ortalamaları ile basınç ülseri olan hasta ile karşılaşma sıklığı değişkeni arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptandı (KW=6,317; $p=0,042 < 0,05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; basınç ülseri olan hasta ile karşılaşma sıklığı “Her zaman” olanların etki boyutu puanları ($12,000 \pm 0,000$), “Nadiren” olanların etki boyutu puanlarından ($11,472 \pm 0,941$) ve “Sık sık” olanların etki boyutu puanlarından ($11,300 \pm 1,174$) yüksek bulundu.

Hemşirelerin yeterlilik boyutu, öncelik boyutu, sorumluluk boyutu, önlemenin etkinliği boyutu puanları ortalamalarının basınç ülseri olan hasta ile karşılaşma sıklığı değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmadı ($p > 0,05$).

Tablo 7. Hemşirelerin BÜÖYTÖ Puanlarının Bir Ayda Basınç Ülseri Bakımı Yapılan Ortalama Hasta Sayısına Göre Dağılımı (N=131)

		n	Ort	Ss	KW	p
Toplam Tutum	Hiç	2	47,500	0,707	6,850	0,077
	1-3 hasta	69	44,101	3,054		
	4-6 hasta	38	45,105	2,709		
	7 Ve üzeri hasta	22	45,546	3,113		
Yeterlilik boyutu	Hiç	2	8,500	0,707	0,224	0,974
	1-3 hasta	69	8,725	1,110		
	4-6 hasta	38	8,842	1,220		
	7 Ve üzeri hasta	22	8,864	1,642		
Öncelik boyutu	Hiç	2	11,500	0,707	20,135	0,000*
	1-3 hasta	69	10,217	0,983		
	4-6 hasta	38	10,737	0,950		
	7 Ve üzeri hasta	22	11,182	0,795		
Etki boyutu	Hiç	2	12,000	0,000	5,102	0,164
	1-3 hasta	69	11,261	1,171		
	4-6 hasta	38	11,526	0,922		
	7 Ve üzeri hasta	22	11,727	0,883		
Sorumluluk boyutu	Hiç	2	8,000	0,000	3,811	0,283
	1-3 hasta	69	6,913	0,853		
	4-6 hasta	38	7,000	0,959		
	7 Ve üzeri hasta	22	6,818	0,907		
Önlemenin etkinliği boyutu	Hiç	2	7,500	0,707	1,200	0,753
	1-3 hasta	69	6,986	0,738		
	4-6 hasta	38	7,000	1,065		
	7 Ve üzeri hasta	22	6,955	0,950		

KW: Kruskal Wallis - H Testi * $p < 0,001$

Tablo 7’de görüldüğü gibi alt boyutlardan öncelik boyutu puanları ortalamaları ile bir ayda bakım verilen basınç ülserli hasta sayısı değişkeni arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptandı (KW=20,135; p=0,000<0.05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; bir ayda bakım verilen basınç ülserli hasta sayısı “4-6 hasta” olanların öncelik boyutu puanları (10,737 ± 0,950), “1-3 hasta” olanların öncelik boyutu puanlarından (10,217 ± 0,983) yüksek bulundu. Bir ayda bakım verilen basınç ülserli hasta sayısı “7 ve üzeri hasta” olanların öncelik boyutu puanları (11,182 ± 0,795), “1-3 hasta” olanların öncelik boyutu puanlarından (10,217 ± 0,983) yüksek bulundu.

Hemşirelerin toplam tutum, yeterlilik boyutu, etki boyutu, sorumluluk boyutu, önlemenin etkinliği boyutu puanları ortalamalarının bir ayda bakım verilen basınç ülserli hasta sayısı değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmadı(p>0.05).

Tablo 8. Hemşirelerin BÜÖYTÖ Puanlarının Çalıştığı Bölüme Göre Dağılımı (N=131)

		n	Ort	Ss	KW	p
Toplam Tutum	Genel Yoğun Bakım	22	44,455	3,961	2,777	0,596
	Kardiyovasküler Cerrahi Yoğun Bakım	9	43,667	3,674		
	Onkoloji Servisi	24	45,500	2,904		
	Cerrahi Servisi	55	44,636	2,697		
	Dahiliye Servisi	21	44,571	2,461		

Tablo 8 (devam). Hemşirelerin BÜÖYTÖ Puanlarının Çalıştığı Bölümlere Göre Dağılımı (N=131)

		n	Ort	Ss	KW	p
Yeterlilik boyutu	Genel Yoğun Bakım	22	8,818	1,468	0,647	0,958
	Kardiyovasküler Cerrahi Yoğun Bakım	9	8,444	1,236		
	Onkoloji Servisi	24	8,750	1,260		
	Cerrahi Servisi	55	8,800	1,238		
	Dahiliye Servisi	21	8,857	0,964		
Öncelik boyutu	Genel Yoğun Bakım	22	10,773	0,813	6,323	0,176
	Kardiyovasküler Cerrahi Yoğun Bakım	9	10,778	1,394		
	Onkoloji Servisi	24	10,833	0,963		
	Cerrahi Servisi	55	10,309	0,960		
	Dahiliye Servisi	21	10,524	1,123		
Etki boyutu	Genel Yoğun Bakım	22	11,273	1,486	4,185	0,382
	Kardiyovasküler Cerrahi Yoğun Bakım	9	11,111	1,054		
	Onkoloji Servisi	24	11,750	0,532		
	Cerrahi Servisi	55	11,309	1,103		
	Dahiliye Servisi	21	11,667	0,796		
Sorumluluk boyutu	Genel Yoğun Bakım	22	6,955	0,844	5,837	0,212
	Kardiyovasküler Cerrahi Yoğun Bakım	9	6,556	1,014		
	Onkoloji Servisi	24	7,000	1,063		
	Cerrahi Servisi	55	7,073	0,879		
	Dahiliye Servisi	21	6,667	0,658		
Önlemenin etkinliği boyutu	Genel Yoğun Bakım	22	6,636	0,902	7,912	0,095
	Kardiyovasküler Cerrahi Yoğun Bakım	9	6,778	0,833		
	Onkoloji Servisi	24	7,167	1,050		
	Cerrahi Servisi	55	7,146	0,731		
	Dahiliye Servisi	21	6,857	0,910		

KW: Kruskal Wallis – H Testi

Hemşirelerin toplam tutum, yeterlilik boyutu, öncelik boyutu, etki boyutu, sorumluluk boyutu, önlemenin etkinliği boyutu puanları ortalamalarının çalıştığı bölüm değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 8).

Tablo 9. Hemşirelerin BÜÖYTÖ Puanlarının En Son Tamamladığı Hemşirelik Programına Göre Dağılımı (N=131)

		n	Ort	Ss	KW	p
Toplam Tutum	Lise	3	46,000	2,646	0,932	0,628
	Lisans	124	44,669	3,049		
	Lisansüstü	4	44,250	1,708		
Yeterlilik boyutu	Lise	3	9,333	1,528	0,547	0,761
	Lisans	124	8,758	1,239		
	Lisansüstü	4	9,000	0,817		
Öncelik boyutu	Lise	3	11,000	0,000	1,277	0,528
	Lisans	124	10,557	1,007		
	Lisansüstü	4	10,000	1,414		
Etki boyutu	Lise	3	12,000	0,000	1,244	0,537
	Lisans	124	11,403	1,081		
	Lisansüstü	4	11,750	0,500		
Sorumluluk boyutu	Lise	3	6,000	1,732	1,753	0,416
	Lisans	124	6,960	0,869		
	Lisansüstü	4	7,000	0,817		
Önlemenin etkinliği boyutu	Lise	3	7,667	0,577	3,788	0,150
	Lisans	124	6,992	0,879		
	Lisansüstü	4	6,500	0,577		

KW: Kruskal Wallis-H Testi

Hemşirelerin toplam tutum, yeterlilik boyutu, öncelik boyutu, etki boyutu, sorumluluk boyutu, önlemenin etkinliği boyutu puanları ortalamalarının en son tamamladığı hemşirelik programı değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 9).

Tablo 10. Hemşirelerin BÜÖYTÖ Puanlarının Mezuniyetinden Sonra Basınç Ülserlerine Yönelik Bir Eğitim Alma Durumuna Göre Dağılımı (N=131)

		n	Ort	Ss	MW	p
Toplam Tutum	Evet	71	44,873	2,981	1923,000	0,336
	Hayır	60	44,467	3,039		
Yeterlilik boyutu	Evet	71	8,859	1,162	1925,500	0,325
	Hayır	60	8,683	1,308		
Öncelik boyutu	Evet	71	10,704	0,991	1698,500	0,037*
	Hayır	60	10,367	1,008		
Etki boyutu	Evet	71	11,324	1,131	1937,500	0,257
	Hayır	60	11,550	0,964		
Sorumluluk boyutu	Evet	71	6,958	0,901	2117,500	0,951
	Hayır	60	6,917	0,889		
Önlemenin etkinliği boyutu	Evet	71	7,028	0,925	1989,000	0,489
	Hayır	60	6,950	0,811		

MW: Mann-Whitney U Test

* $p<0,05$

Tablo 10'de görüldüğü gibi alt boyutlardan öncelik boyutu puanları ortalamaları ile mezuniyetinden sonra basınç ülserlerinin önlenmesi/bakımına yönelik bir eğitim alma değişkeni arasında yapılan Mann Whitney-U testi sonucuna göre anlamlı bir ilişki olduğu saptandı (Mann Whitney U=1698,500; $p<0,05$). Mezuniyetinden sonra basınç ülserlerinin önlenmesi/bakımına yönelik bir eğitim alan hemşirelerin öncelik boyutu puanları ($x=10,704$), almayanların puanlarından ($x=10,367$) yüksek bulundu.

Hemşirelerin toplam tutum, yeterlilik boyutu, etki boyutu, sorumluluk boyutu, önlemenin etkinliği boyutu puanları ortalamalarının mezuniyetinden sonra basınç ülserlerinin önlenmesi/bakımına yönelik bir eğitim alma değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 11. Hemşirelerin BÜÖYTÖ Puanlarının Cinsiyete Göre Dağılımı (N=131)

		n	Ort	Ss	MW	p
Toplam Tutum	Kadın	121	44,653	3,024	557,500	0,679
	Erkek	10	45,100	2,846		
Yeterlilik boyutu	Kadın	121	8,777	1,248	590,000	0,892
	Erkek	10	8,800	1,033		
Öncelik boyutu	Kadın	121	10,521	1,001	485,500	0,279
	Erkek	10	10,900	1,101		
Etki boyutu	Kadın	121	11,422	1,047	559,500	0,615
	Erkek	10	11,500	1,269		
Sorumluluk boyutu	Kadın	121	6,942	0,878	600,000	0,964
	Erkek	10	6,900	1,101		
Önlemenin etkinliği boyutu	Kadın	121	6,992	0,871	592,000	0,905
	Erkek	10	7,000	0,943		

MW: Mann-Whitney U Testi

Hemşirelerin toplam tutum, yeterlilik boyutu, öncelik boyutu, etki boyutu, sorumluluk boyutu, önlemenin etkinliği boyutu puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 11).

Tablo 12. Hemşirelerin BÜÖYTÖ Puanlarının Katıldıkları Eğitimden Aldığı Bilgileri Bakıma Yansıtılabilir Durumuna Göre Dağılımı

		n	Ort	Ss	MW	p
Toplam Tutum	Evet	65	44,692	2,968	170,000	0,603
	Hayır	6	45,330	3,502		
Yeterlilik boyutu	Evet	65	8,862	1,184	193,500	0,974
	Hayır	6	8,830	0,983		
Öncelik boyutu	Evet	65	10,692	0,983	159,000	0,433
	Hayır	6	10,330	1,211		
Etki boyutu	Evet	65	11,262	1,163	160,500	0,389
	Hayır	6	11,670	0,816		
Sorumluluk boyutu	Evet	65	6,877	0,893	121,500	0,106
	Hayır	6	7,50	0,837		
Önlemenin etkinliği boyutu	Evet	65	7,000	0,952	196,500	0,853
	Hayır	6	7,000	0,632		

MW: Mann-Whitney U Testi

Hemşirelerin toplam tutum, yeterlilik boyutu, öncelik boyutu, etki boyutu, sorumluluk boyutu, önlemenin etkinliği boyutu puanları ortalamalarının evet ise katıldığı eğitim programında aldığı bilgileri hemşirelik bakımına yansıtılabilir değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 12).

Tablo 13. Hemşirelerin BÜÖYTÖ Puanlarının Basınç Ülserlerine Yönelik Gelişmeleri Takip Etme Durumlarına Göre Dağılımı (N=131)

		n	Ort	Ss	MW	p
Toplam Tutum	Evet	10	45,100	3,107	538,000	0,559
	Hayır	121	44,652	3,004		
Yeterlilik boyutu	Evet	10	9,20	1,033	461,500	0,195
	Hayır	121	8,74	1,242		
Öncelik boyutu	Evet	10	10,70	1,160	549,500	0,615
	Hayır	121	10,54	1,000		
Etki boyutu	Evet	10	11,50	0,850	600,000	0,956
	Hayır	121	11,42	1,078		
Sorumluluk boyutu	Evet	10	6,80	0,789	536,000	0,528
	Hayır	121	6,95	0,902		
Önlemenin etkinliği boyutu	Evet	10	6,90	0,876	551,000	0,619
	Hayır	121	7,00	0,876		

MW: Mann-Whitney U Testi

Hemşirelerin toplam tutum, yeterlilik boyutu, öncelik boyutu, etki boyutu, sorumluluk boyutu, önlemenin etkinliği boyutu puanları ortalamalarının basınç ülserlerini önlemeye/tedaviye yönelik gelişmeleri takip ettiğiniz herhangi bir kaynak varlığı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 13).

Tablo 14. Hemşirelerin BÜÖYTÖ Puanlarının Basınç Ülseri Risk Değerlendirmesine Yönelik Bir Araç Kullanma Durumlarına Göre Dağılımı (N=131)

		n	Ort	Ss	MW	p
Toplam Tutum	Evet	115	44,678	2,919	908,500	0,935
	Hayır	16	44,750	3,661		
Yeterlilik boyutu	Evet	115	8,757	1,189	901,000	0,889
	Hayır	16	8,938	1,526		
Öncelik boyutu	Evet	115	10,504	1,012	721,000	0,144
	Hayır	16	10,875	0,957		
Etki boyutu	Evet	115	11,452	1,078	772,000	0,185
	Hayır	16	11,250	0,931		
Sorumluluk boyutu	Evet	115	6,965	0,907	775,500	0,284
	Hayır	16	6,750	0,775		
Önlemenin etkinliği boyutu	Evet	115	7,000	0,869	866,000	0,687
	Hayır	16	6,938	0,929		

MW: Mann-Whitney U Testi

Hemşirelerin toplam tutum, yeterlilik boyutu, öncelik boyutu, etki boyutu, sorumluluk boyutu, önlemenin etkinliği boyutu puanları ortalamalarının basınç ülserleri risk değerlendirmesine yönelik klinikte herhangi bir araç kullanma değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 14).

Tablo 15. Hemşirelerin BÜÖYTÖ Puanlarının Yaş, Hizmet ve Mezuniyetten Sonra Basınç Ülserine Yönelik Alınan Eğitim Süresi(saat) ile İlişkisi

		Yaş	Hemşirelik mesleğindeki toplam hizmet süresi	Mezuniyet Sonrası Aldığı eğitim süresi (saat)
Toplam Tutum	r	0,100	0,101	0,165
	p	0,254	0,251	0,169
	N	131	131	71
Yeterlilik boyutu	r	0,117	0,043	0,265
	p	0,185	0,628	0,025*
	N	131	131	71
Öncelik boyutu	r	0,066	0,039	0,240
	p	0,453	0,662	0,043*
	N	131	131	71
Etki boyutu	r	0,066	0,127	-0,054
	p	0,451	0,147	0,653
	N	131	131	71
Sorumluluk boyutu	r	-0,004	0,115	-0,104
	p	0,961	0,191	0,390
	N	131	131	71
Önlemenin etkinliği boyutu	r	0,081	0,107	0,068
	p	0,359	0,225	0,576
	N	131	131	71

Pearson Korelasyon Analizi * $p < 0,05$

Yaş ile toplam tutum puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmadı ($r=0,100$; $p=0,254>0,05$). Alt boyutlar incelendiğinde yaş ile yeterlilik boyutu arasındaki ilişki ($r=0,117$; $p=0,185>0,05$), öncelik boyutu arasındaki ilişki ($r=0,066$; $p=0,453>0,05$), etki boyutu arasındaki ilişki ($r=0,066$; $p=0,451>0,05$), sorumluluk boyutu arasındaki ilişki ($r=-0,004$; $p=0,961>0,05$) ve önlemenin etkinliği boyutu arasındaki ilişki ($r=0,081$; $p=0,359>0,05$) istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı.

Hemşirelik mesleğindeki toplam hizmet süresi ile toplam tutum puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmadı ($r=0,101$; $p=0,251>0,05$). Alt boyutlar incelendiğinde hemşirelik mesleğindeki toplam hizmet süresi ile yeterlilik boyutu arasındaki ilişki ($r=0,043$; $p=0,628>0,05$), öncelik boyutu arasındaki ilişki ($r=0,039$; $p=0,662>0,05$), etki boyutu arasındaki ilişki ($r=0,127$; $p=0,147>0,05$), sorumluluk boyutu arasındaki ilişki ($r=0,115$; $p=0,191>0,05$) ve önlemenin etkinliği boyutu arasındaki ilişki ($r=0,107$; $p=0,225>0,05$) istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı.

Mezuniyetten sonra aldığı eğitim süresi (saat) ile yeterlilik boyutu arasında %26,5 pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu. ($r=0,265$; $p=0,025 <0,05$). Buna göre; mezuniyetten sonra alınan eğitimin süresi (saat) arttıkça yeterlilik boyutu puanı da artmaktadır.

Mezuniyetten sonra aldığı eğitim süresi (saat) ile öncelik boyutu arasında %24,0 pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu. ($r=0,240$; $p=0,043 <0,05$). Buna göre; mezuniyetten sonra alınan eğitimin süresi (saat) arttıkça öncelik boyutu puanı da artmaktadır.

Mezuniyetten sonra aldığı eğitim süresi (saat) ile etki boyutu arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmadı. ($r=-0,054$; $p=0,653>0,05$).

Mezuniyetten sonra aldığı eğitim süresi (saat) ile sorumluluk boyutu arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmadı. ($r=-0,104$; $p=0,390>0,05$).

Hemşirelik mesleğindeki toplam hizmet süresi ile önlemenin etkinliği boyutu arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmadı. ($r=0,107$; $p=0,225>0,05$).

Mezuniyetten sonra aldığı eğitim süresi (saat) ile önlemenin etkinliği boyutu arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmadı. ($r=0,068$; $p=0,576>0,05$).

7. TARTIŞMA

7.1.Hemşirelerin Kişisel Özelliklerinin Tartışılması

Hemşirelerin basınç ülserini önlemeye yönelik tutumlarını incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanan araştırma, 131 hemşirenin katılımıyla gerçekleştirildi. Veri toplamak amacıyla, Basınç Ülserini Önlemeye Yönelik Tutum Ölçeği kullanıldı ve veriler literatür ile tartışıldı.

Çalışmamızdaki hemşirelerin %92,4'ü (n=121) kadındır. Benzer çalışmalarda da kadın katılımcıların oranı yüksektir (Ünver, 2017; Aslan, 2014). Türkiye'de çalışan erkek hemşire sayısına dair literatürde net bir bilgi olmamakla birlikte gelişmiş ülkelere oranla düşük olduğu bilinmektedir (TÜİK, 2015; Başçı ve Yılmazel, 2016). Türkiye'de 1999 yılı itibariyle üniversitelere erkek öğrenci alınmaya başlanmış ve 2007 yılında "Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun" ile hemşirelik mesleğindeki cinsiyet ayrımı ortadan kalkmıştır. 2007 yılından itibaren erkekler yasal olarak hemşirelik mesleğinin üyeleridir (T.C: Resmi Gazete, 2.5.2007, sayı:26510).

Hemşirelerin %94,2 (n=124) lisans mezunu, yaş ortalaması $24,35 \pm 2,511$ yıl, meslekte hizmet süresi ortalamaları $24,11 \pm 34,59$ aydır. Hemşirelerin %16,8'i (n=22) Genel Yoğun Bakım, %6,9'u (n=9) Kardiyovasküler Cerrahi Yoğun Bakım, %18,3'ü (n=24) Onkoloji Servisi, %42'si (n=55) Cerrahi Servisi, %16'sı (n=21) Dahiliye Servisi'nde çalıştığı belirlendi. Bu servislerin çalışmada seçilmesinin nedeni, diğer servislere göre yatan hastaların sayısının daha çok olmasıdır.

Sağlık çalışanının eğitim altyapısı, basınç ülseri tedavisi ile ilgili bilgi düzeyiyle önemli bir ilişkiye sahiptir. Basınç ülserlerine yönelik bir eğitimi tasarlarken sağlık çalışanlarının geçmiş bilgi düzeyi dikkate almak önemlidir (Beeckman ve ark, 2008; Demarre ve ark, 2012). Çalışmada hemşirelerin %54,2'sinin (n= 71) mezuniyetten sonra basınç yarası ile ilgili bir eğitim aldıkları saptandı (Tablo 3). Organ Nakli Araştırma ve Uygulama Merkezi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon, Beyin ve Sinir Cerrahisi, Göğüs Hastalıkları, Kalp Damar Cerrahisi, Nöroloji, Gastroenteroloji, Kardiyoloji Anabilim Dalı servis ve yoğun bakım ünitelerinde çalışan 171 hemşire ile gerçekleştirilen Üstün'ün (2011) çalışmasında okul dışında basınç ülserine ilişkin eğitim alma oranı %27.5 bulunmuştur. Ünver ve ark. (2017) cerrahi ünitelerinde çalışan 153 hemşire ile yaptığı

çalışmasında hemşirelerin %40,6'sinin (n=41) basınç ülserleri ile ilgili eğitim aldığı saptanmıştır. Çalışmada mezuniyet sonrası eğitim alma oranının yüksek çıkması çalışılan kurumun bu konuya önem vermesi ile ilişkilendirilebilir.

Eğitimlerin amacı verilen eğitimlerdeki bilgilerin davranışa dönüştürülmesidir. Çalışmamızda mezuniyetten sonra basınç yarası ile ilgili eğitim alan hemşirelerin %97'sinin (n=65) eğitimden aldıkları bilgileri hemşirelik bakımına yansıtabildiklerini düşünmektedirler. Bu oran geçmiş çalışmalar ile karşılaştırıldığında oldukça yüksektir. Aslan'ın (2014) 426 hemşire ile gerçekleştirdiği çalışmasında bu oran hemşirelerin %58,9'unun aldıkları eğitimi bakımlarına yansıttığı bulunmuştur. Üstün'ün (2013) çalışmasında ise hemşirelerin %66'sı aldıkları eğitimi bakımlarına yansıttıklarını ifade etmişlerdir.

Literatürde bir çok çalışmada basınç yarası ile ilgili rehberlerin takip oranı düşük bulunmuştur (Aslan, 2014; Kallman ve Suserud, 2009; Moore ve Price, 2004). Çalışmamızda da bu oran literatürle paralel şekilde düşük bulundu. Çalışmaya katılan hemşirelerin %91,6'sının (n=120) basınç ülserini önlemeye/tedaviye yönelik gelişmeleri takip ettiği herhangi bir kaynak kullanmadığını belirtti (Tablo 3). Basınç ülserini önlemeye/tedaviye yönelik gelişmeleri takip eden %8,4 (n=11) hemşirenin ise "EPUAP", "web", "makale", Sağlıkla Dergisi", "Türkiye Klinikleri Dergisi" ile gelişmeleri takip ettiği bulundu (Tablo 3). Aslan (2014) çalışmasında da hemşirelerin yalnızca %12,2'sinin EPUAP ve NPUAP klavuzları hakkında bilgi sahibi olduğu ve %8,7'sinin klavuzu okuduğunu saptamıştır.

Basınç Ülseri risk değerlendirmesi, uygun bakım planını oluşturmak ve basınç ülseri gelişimini önlemek için, basınç ülserine duyarlı bireyleri tanımlamayı amaçlar. Epidemiyolojik araştırmalar ile her bir birey için basınç ülserlerinin gelişiminde önemli olan risk faktörleri daha iyi anlaşılmış ve önemi artmıştır (Coleman, 2013). NPUAP (2014) kılavuzu basınç ülseri geliştirme riski taşıyan bireyleri tanımlamak için mümkün olan en kısa zamanda (kabulden sonra en fazla sekiz saat içinde) yapısal bir risk değerlendirmesi yapılmasını önerir. Tablo 3'e göre çalışmaya katılan hemşirelerin %87,8'i (n=115) basınç ülseri risk değerlendirmesinde bir araç kullandığı saptandı ve bu aracın "Braden Basınç Yarası Risk Değerlendirme Ölçeği" olduğu belirlendi. Literatürde

basınç ülseri kılavuzlarının klinikte uygulanması düşük olmasına rağmen (NPUAP, 2014) araştırmamızda yüksek bulundu.

Çalışmada hemşirelerin basınç ülseri olan hasta ile karşılaşma sıklığı %27,5'i (n=36) Nadiren, %61,1'i (n=80) Sık sık, %11,5'i (n=15) Her zaman olduğu saptandı. Aslan'ın (2014) çalışmasında hemşirelerin %10,8'i hemen hemen hiç, %44,6'sı bazen, %33,1'i sıklıkla ve %11,5'i hemen hemen her zaman basınç ülseri olan hasta ile karşılaşmaktadır. Çalışmamızdaki dağılım Aslan'ın çalışması ile benzerlik göstermektedir.

7.2.Hemşirelerin Basınç Ülserini Önlemeye Yönelik Tutumları ile İlgili Bulguların Tartışılması

Hemşirelerin “Basınç Ülserini Önlemeye Yönelik Tutum Ölçeği” puanı 13-52 puan arasında değişmektedir. Tablo 5'e göre hemşirelerin ölçekten aldıkları minimum puan 37, maksimum puan 51 bulunmuştur. Hemşirelerin ölçek puan ortalaması $44,68 \pm 3,003$ 'tür. Hemşirelerin basınç ülserini önlemeye yönelik tutumları yüksek bulundu.

Hemşirelerin “Basınç Ülserini Önlemeye Yönelik Tutum Ölçeği” puan ortalamaları yüzdelerle incelendiğinde toplam puan ortalaması %85,9 bulundu. Literatürde hemşirelerin basınç yarasını önlemeye yönelik tutumlarını inceleyen diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında çalışmamızda hemşirelerin tutum puanlarının daha yüksek olduğu görüldü. Bu yüksekliğin araştırmanın yapıldığı, hemşirelik mesleğinde uygulamalara, araştırmalara, eğitime ve bilgi birikimine büyük destek veren bir gelenekten gelen, kurum ile ilişkili olduğu düşünüldü. Üstün (2013) çalışmasında hemşirelerin tutum puanı ortalaması $39,49 \pm 2,77$ puan, yüzdelerle incelendiğinde %75,94 tutumun olumlu olduğu şeklinde yorumlanmıştır. Literatürdeki diğer araştırmalar incelendiğinde “Basınç Ülserini Önlemeye Yönelik Tutum Ölçeği” tutum puan ortalamaları Belçika'daki hemşireler ile yapılan (Beeckman ve ark., 2011) çalışmada %71,3 (37,1) Aslan ve Yavuz van Giersbergen (2015) çalışmasında %84,12 ($43,74 \pm 4,29$), Belçika'da bakım evlerinde çalışan 145 hemşire ile yapılan Demarre ve ark. (2012) çalışmasında %74,5, Ünver ve ark. (2017) çalışmasında %80,59 bulunmuştur.

Basınç ülserini önlemeye yönelik tutumu ölçen çalışmalar hemşirelik öğrencileri ile de yapılmıştır Buna göre; Avusturalya’da 7 üniversitenin toplam 2949 hemşirelik öğrencisinin katılımıyla yapılan Usher ve ark. (2018) çalışmasında tutum puanı %78,46 (40,8±3,9), İtalya’da 742 hemşirelik öğrencileri ile yapılan Simotti ve ark. (2015) çalışmasında tutum puanı 76,7% (39,9) bulunmuştur.

Hemşirelerin “Basınç Ülserini Önlemeye Yönelik Tutum Ölçeği” alt boyutlarının puanları incelendiğinde hemşirelerin en yüksek puanı “Etki boyutu”ndan aldığı, en düşük puanı ise “Yeterlilik Boyutundan” aldığı saptandı (Tablo 5). Bulguların Aslan ve van Giersbergen (2015) ve Üstün’ün (2013) araştırmaları ile uyumlu olduğu görüldü. Kişisel yeterliliğe yönelik tutum puan ortalamasının düşük bulunması, hemşirelerin aldıkları eğitim ya da aldıkları eğitimi sindirememesi ve bakımına yansıtamaması ile ilişkili olarak yorumlanabilir.

Basınç yaralanmasının önlenmesi ile ilgili yeterliliğin düşük olduğu hemşirelik öğrencileri ile gerçekleştirilen Usher (2018) ve Simonetti ve ark. (2015) çalışmaları ile de desteklenmektedir. Çalışmalarda hemşire adaylarının, basınç yaralanmasını önlemek için yeteneklerine veya eğitimlerine güven duymadıklarını gösterilmiştir.

İsveç’te Athlin ve ark (2009) tarafından hemşirelerin (n = 30) basınç ülserini önleme ve bakımını etkileyen değişkenlere yönelik algılarını tanımlamak için derinlemesine bireysel görüşme yöntemi ile niteliksel bir çalışma gerçekleştirilmiştir. Araştırma sonucunda hemşireler arasında basınç ülserini önlemeye yönelik girişimlerin daha düşük olduğu, hemşirelerin mevcut hastalığın tedavisi ve hasta bakımı ile daha çok ilgilendiği, bulunmuştur.

Hemşirelerin basınç ülseri olan hasta ile karşılaşma sıklığının %27,5’i (n=36) Nadiren, %61,1’i (n=80) Sık sık, %11,5’i (n=15) Her zaman olduğu ve basınç ülseri ile “her zaman” karşılaşanların tutum puanlarının “sık sık” ve “nadiren” karşılaşanlara göre BÜÖYTÖ puanlarının daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 6). Basınç ülserli hasta ile her zaman karşılaşan hemşireler basınç ülseri tedavisinin, önlemeye göre daha yoğun iş gücü, daha çok maliyet ve hasta açısından da olumsuz sonuçları olduğunu bilmeleri nedeniyle basınç ülserini önlemeye yönelik tutumlarının olumlu olduğunun yansımaları olarak düşünülebilir.

Hemşirelerin BÜÖYTÖ puanı, son bir ayda basınç ülseri bakımı yapılan hasta sayısı ile ilişkili bulunmadı. Alt boyutlar incelendiğinde bir ayda bakım verilen basınç ülserli hasta sayısı 4-6 olanların öncelik boyutu puanları ($10,737 \pm 0,950$), bir ayda bakım verilen basınç ülserli hasta sayısı 1-3 olanların öncelik boyutu puanlarından ($10,217 \pm 0,983$) ve bir ayda bakım verilen basınç ülserli hasta sayısı 7 ve üzeri olanların öncelik boyutu puanları ($11,182 \pm 0,795$), bir ayda bakım verilen basınç ülserli hasta sayısı 1-3 olanların öncelik boyutu puanlarından ($10,217 \pm 0,983$) yüksek bulundu (Tablo 6). Sonuçlar basınç ülserlerine yönelik deneyim arttıkça basınç ülserini önlemeye yönelik tutumun da geliştiğini göstermektedir. Usher'ın (2018) çalışmasında da daha fazla sayıda klinikte deneyimi olan öğrencilerin tutum puanlarının yüksek olduğu bulunmuştur.

Hemşirelerin toplam tutum, yeterlilik boyutu, öncelik boyutu, etki boyutu, sorumluluk boyutu, önlemenin etkinliği boyutu puanları ortalamalarının çalıştığı bölüm değişkeni açısından anlamlı bir farklılık bulunmadı (tablo 8). Yoğun bakım ünitelerinde yatan hastalardaki hareket kısıtlılığı başta olmak üzere birçok faktör nedeniyle basınç yarası gelişme riski oldukça yüksektir (Aslan 2014). Yoğun bakım hemşireleri ile yapılan farklı çalışmalarda katılımcıların çoğunluğu, basınç ülserinin önlenmesinin bakımın önemli bir parçası olduğunu, günlük bakımda bir öncelik olduğunu ve çoğu basınç ülserinin önlenebileceğini belirtmişlerdir (Strand ve ark 2010, Kalman ve Suserud). Bu nedenle bu bölümlerde çalışan hemşirelerin basınç ülserini önleme ile ilgili tutumlarının yeterli düzeyde olması beklenmektedir. Çalışmamızda hemşirelerin çalıştığı bölümler arasında fark olmaması grubun homojen olduğunu göstermektedir.

Hemşirelerin tutum puan ortalamalarının en son tamamladığı hemşirelik programı (tablo 9), cinsiyet (tablo 11), yaş ve meslekteki hizmet süresi (tablo 15) ile ilişkili olmadığı bulundu. Yapılan çalışmalarda da bu değişkenlerin tutum ortalaması ile ilişkisi bulunmamıştır (Kaddourah, 2016; Ünver, 2017; Aslan, 2014). Bu durum hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerinin basınç ülserini önlemeye yönelik tutum üzerine etkisinin olmadığını göstermektedir.

Hemşirelerin toplam tutum puan ortalamaları ile mezuniyetinden sonra basınç ülserlerinin önlenmesi/bakımına yönelik bir eğitim alma değişkeni arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı (Tablo 10). Ancak alt boyutlardan Öncelik boyutu puanı mezuniyet sonrası eğitim alan hemşirelerde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu

(Tablo 10). Basınç ülserleri ile ilgili eğitim alanların hemşirelik bakımlarında basınç ülserini önlemeye yönelik girişimlerini önceliklendirmede daha olumlu bir tutuma sahip olduğunu göstermektedir.

Beeckman ve ark. (2011) Belçika hastanelerindeki 553 hemşire ile yaptığı çalışmada ortalama tutum puanlarının basınç ülseri eğitimi ile ilişkili olmadığını, ancak eğitim alanların bilgi puanlarının anlamlı düzeyde arttığını bildirmişlerdir. Araştırmaya katılanların klinikte önlemeye yönelik performansları da gözlenmiştir. Bilgi puanı ile önleme performansı arasında da bir ilişki saptanmamıştır.

Avustralya'da McCluskey ve Lovarini (2005), hedeflenen eğitimlerin davranış üzerindeki etkisinin sınırlı olduğunu, ancak bireylerin bilgilerinin geliştirilebileceğini bulmuşlardır. Gunningberg (2004) çalışmasında İsveçli hemşirelerin basınç ülseri önleme konusunda eğitim programı almaları, klinik uygulamalarını değiştirmesi için cesaretlendirdiği görülmüştür. Kalman ve Suserun (2009) araştırmasında basınç ülserini önleme ile ilgili alınan eğitimin bilgi düzeyini etkilediği bulunmuştur.

Eğitimin tutuma etkisinin zayıf olduğunu gösteren çalışmaların aksine basınç ülseri ile ilgili eğitimin tutumu olumlu yönde etkilediğini gösteren kanıtlar da mevcuttur (Aslan 2014, Ünver ve ark, 2017). Dört yoğun bakım ünitesinde yapılan bir çalışmada Strand ve ark. (2010), hemşirelerin basınç ülseri önleme ile ilgili tutumlarını ve bilgilerini değerlendirmiştir. Araştırmacılar, daha yüksek eğitim düzeyine sahip hemşirelerin, basınç ülserinin önlenmesinde daha fazla ilgiye sahip olduklarını saptamıştır ($p = 0.009$). Hemşirelerin üçte birinden fazlası (% 38) çalışanların bilgi düzeylerini basınç ülserini önlemek için bir kolaylaştırıcı olarak tanımlamıştır. Athlin (2009) nitel yöntem ile yaptığı çalışmasında hemşirelerin basınç ülserini önlemeye yönelik bilgilerinin yeterli olduğu ancak bu bilgileri nadiren pratiğe yansıttıkları bulunmuştur.

Bu, farklı sonuçların basınç yarasını önlemeye yönelik verilen eğitimin içeriği ile ilgili olabileceği düşünülmektedir. Eğitim eksikliğinin, basınç ülserlerini önlemenin bir engeli olduğu ancak tutumunu etkileyip etkilemediği konusu eğitim içerikleri incelenerek daha fazla araştırılmalıdır.

Çalışmada hemşirelerin basınç ülserinin önlenmesi/tedavisine yönelik herhangi bir kaynak takip eden ve etmeyenlerin tutum puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık

saptanmadı (Tablo12). Aslan (2014) çalışmasında EPUAP ve NPUAP Basınç Ülserlerinin Önlenmesi Hızlı Başvuru Kılavuzunu okuyan hemşirelerin basınç ülserini önlemeye yönelik tutumlarının daha olumlu olduğunu saptamıştır.

Çalışmada hemşirelerin tutum puan ortalamaları ile aldıkları eğitim süresi(saat) arasında bir ilişki bulunmazken, aldıkları eğitim süresi (saat) arttıkça “bireysel yeterlilik” ve “önleme önceliği” alt boyutları ortalama puanların anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı (Tablo 15). Bu sonuçlara göre alınan eğitimin süresi arttıkça, bireysel yeterlilik ve önleme önceliğinde artış olabileceği kanısında varıldı.



8. SONUÇ VE ÖNERİLER

8.1.Sonuçlar

- Çalışmaya katılan hemşirelerin %92,4'ü (n=121) kadın, “yaş” ortalaması (24,350 ± 2,511), hemşirelik mesleğindeki toplam hizmet süresi” ortalaması (24,110 ± 34,591), %94,7'si (n=124) Lisans mezunudur.
- Hemşirelerin %16,8'i (n=22) Genel Yoğun Bakım, %6,9'u (n=9) Kardiyovasküler Cerrahi Yoğun Bakım, %18,3'ü (n=24) Onkoloji Servisi, %42'si (n=55) Cerrahi Servisi, %16'sı (n=21) Dahiliye Servisi'nde çalıştığı saptandı.
- Hemşirelerin %54,2'ünün (n=71) mezuniyetinden sonra basınç ülserlerinin önlenmesi/bakımına yönelik bir eğitim aldığı saptandı. Eğitim alan hemşirelerin %97'si (n=65) bu bilgilerini hemşirelik bakımına yansıtıldığını düşündüğü saptandı.
- Hemşirelerin %61,1'i (n=80) basınç ülseri olan hasta ile karşılaşma sıklığının “Sık sık” olduğu saptandı.
- Hemşirelerin %52,7'i (n=69) bir ayda 1-3 hastaya basınç ülseri bakımı verdiği saptandı.
- Hemşirelerin %87,8'inin (n=115) basınç ülserleri risk değerlendirmesine yönelik klinikte bir araç kullandığı saptandı.
- Hemşirelerin Basınç Ülserini Önlemeye Yönelik Tutum Ölçeği puan ortalaması yüksek saptandı.
- Basınç ülseri ile her zaman karşılaşan hemşirelerin BÜÖYTÖ puanlarının daha yüksek olduğu saptandı.
- Bir ayda 4-6 hasta ve 7 ve üzeri basınç ülserli hasta bakan hemşirelerin basınç ülserlerini önlemeye yönelik girişimleri önceliklendirmeye yönelik tutum puanlarının daha yüksek olduğu saptandı.
- Basınç ülserlerine yönelik mezuniyet sonrası eğitim alma durumunun basınç ülserlerini önlemeye yönelik tutumu etkilemediği ancak eğitim alanların basınç ülserlerini önlemeye yönelik girişimleri önceliklendirmedeki tutumunun yüksek olduğu saptandı.

- Cinsiyet, eğitim düzeyi, çalışma yılı değişkenlerinin basınç ülserlerini önlemeye yönelik tutumu etkilemediği saptandı.

8.2.Öneriler

- Basınç ülseri ile ilgili verilen eğitimlerin önlemeye yönelik olumlu tutum geliştirme üzerine etkisinin gözden geçirilmesi
- Eğitimlerde basınç yarasının önlenmesi ile ilgili yayınlanan uluslararası klavuzların anlatılması ve dağıtılması
- Hemşirelerin basınç ülserini önlemeye yönelik bilgi düzeyleriyle tutumlarının karşılaştırıldığı çalışmaların yapılması
- Araştırmanın farklı hastanelerde çalışan hemşire gruplarında da uygulanması.

9. KAYNAKLAR

Allport G.W. (1935) Attitudes. İçinde: Handbook of Sosyal Psychology. Ed: Murchison C. Worcester, MA: Clark University Press, s: 810-820.

Anthony D, Parboteeah S, Saleh M, Papanikolaou P. Norton. (2008). Waterlow and Braden scores: A Review Of The Literature And A Comparison Between The Scores And Clinical Judgement. Journal of Clinical Nursing, 17(5): 646-53.

Aslan A., van Giersbergen M. (2016). Nurses' Attitudes Towards Pressure Ulcer Prevention in Turkey. Journal of Tissue Viability, 25: 66-73.

Athlin E., Idvall E., Jernfält M., Johansson, I. (2009). Factors Of Importance To The Development Of Pressure Ulcers İn The Care Trajectory: Perceptions Of Hospital And Community Care Nurses. Journal of Clinical Nursing, 19: 2252-2258.

Aydın Karabağ A. (2008). Hemşirelerin Derin Doku Hasarı ve 1. Evre Basınç Ülserlerinin Bakımına İlişkin Uygulamalarının Belirlenmesi. Gazi Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Programı, Ankara, (Danışman: Doç. Dr. Ayişe Karadağ)

Babu A, Madhavan K, Singhal M, Sagar S, Ranjan P. (2016). Pressure Ulcer Surveillance in Neurotrauma Patients at a Level One Trauma Centre in India. Oman Med J., 30(6):441-6.

Balzer K, Pohl C, Dassen T, Halfens R. (2007). The Norton, Waterlow, Braden, And Care Dependency Scales: Comparing Their Validity When Identifying Patients' Pressure Sore Risk. Journal of Wound Ostomy Continence Nursing, 34(4): 389-98.

Başçı AB, Yılmazel G. (2016). Genç Erişkinlerin Erkek Hemşirelere Bakış Açısı.G.O.P. Taksim EAH. Jaren, 2(2):68-74.

Beeckman D., Defloor T., Schoomhoven L., Vanderwee K., (2011). Knowledge and Attitudes of Nurses on Pressure Ulcer Prevention: A Cross- Sectional Multicenter Study in Belgian Hospitals. Worldviews on Evidence Based Nursing, 8(3):166-76.

Beeckman D., Vanderwee K., Demarre L., Paquay L., Van Hecke A., Defloor T. (2010). Pressure Ulcer Prevention: Development and Psychometric Evaluation of the

Attitude Towards Pressure Ulcer Prevention Instrument. *International Journal of Nursing Studies*, 47(11):1432-1441.

Beeckman, D., Defloor, T., Demarré, L., Van Hecke, A., Vanderwee, K. (2010). Pressure ulcers: Development And Psychometric Evaluation of The Attitude Towards Pressure Ulcer Prevention Instrument (APuP). *International Journal of Nursing Studies*, 47: 1432-1441.

Bergquist-Beringer S, Gajewski BJ. (2011). Outcome and assessment information set data that predict pressure ulcer development in older adult home health patients. *Advances in Skin & Wound Care*, 24(9): 404-14.

Bergstrom N, Braden BJ, Laguzza A, Holman V. (1987). The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk. *Nursing Research*, 36(4):205-10.

Chung KC., Gosain A., Gurtner GC., Mehrara BJ., Rubin JP., Spear SL..(2016) Grabb ve Smith Plastik Cerrahi. Çeviren: Özmen S. Güneş Tıp Kitabevi.

Coleman S., Gorecki C., Nelson A., Closs SJ., Defloor T., Halfens R., Farrin A., Brown J., Schoonhoven L., Nixon J. (2013) Patient risk factors for pressure ulcer development: Systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 50(7): 974-1003.

Defloor T. (2000). The Effect of Posirion and Mattress on Interface Pressure. *Applied Nursing Research*, 13(1): 2,11.

Demarré L, Vanderwee K, Defloor T, Verhaeghe S, Schoonhoven L, Beeckman D. (2012).Pressure ulcers: knowledge and attitude of nurses and nursing assistants in Belgian nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 21(9/10):1425-34.

European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide 2009. <http://www.epuap.org/> (Erişim tarihi: 18.11.2016)

Fırat Kılıç H., Sucudağ G. (2017). Basınç Yarası Değerlendirmesinde Sık Kullanılan Ölçekler. *G.O.P Taksim E.A.H. Jaren*, 3(1):49-54.

Florin J., Baath C., Gunningberh L., Martensson G. (2016). Attitutes Toward Pressure Ulcer Prevention: A Psychometric Evaluation Of The Swedish Version of the ApuP Instrument. *International Wound Journal*, 655-662

Gencer ZE., Özkan Ö. (2015). Basınç Ülserleri Sürveyans Raporu. *Türk Yoğun Bakım Dergisi*, 13:26-30.

Gill EC., Moore Z. (2013). An Exploration of Forth-Year Undergraduate Nurses' Knowledge of and Attitude Towards Pressure Ulcer Prevention. *Journal of Wound Care*, 22(11): 618-625.

Gunningberg L. (2004). Pressure Ulcer Prevention: Evaluation Of An Education Programme For Swedish Nurses. *J Wound Care*, 13(3):85-9.

Gül Ş. (2014). Cerrahi Girişim Uygulanan Hastalarda Basınç Ülseri Gelişiminin Önlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 54-61.

HealthGrades (2011). HealthGrades Patient Safety in American Hospitals Study. <https://www.hospitals.healthgrades.com/CPM/assets/File/HealthGradesPatientSafetyInAmericanHospitalsStudy2011.pdf> (Erişim tarihi:15.11.2016)

Iizaka S, Okuwa M, Sugama J, Sanada H. (2010). The impact of malnutrition and nutrition-related factors on the development and severity of pressure ulcers in older patients receiving home care. *Clinical Nutrition*, 29(1):47-53.

İnan D. Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesinde Yatan Hastalarda Basınç Ülseri Prevalansı. (2009). Adana, Çukurova Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı Programı, (Danışman: Doç. Dr. Gürsel Öztunç)

Jiang Q, Li X, Qu X, Liu Y, Zhang L, Su C. (2017) The Incidence, Risk Factors And Characteristics Of Pressure Ulcers İn Hospitalized Patients İn China. *International Journal of Clinical Experimental Pathology*, 7(5):2587-94.

Kaddourah B., Shaheen A., Al-Tannir M. (2016). Knowledge and Attitutes of Health Professionals Towards Pessure Ulcers at a Rehabilitation Hospital. *BMC Nursing*, 15:17.

Kağıtçıbaşı, C. (2005). Yeni insan ve insanlar, Evrim Yayınevi, İstanbul, 10. Baskı, s.32-92.

Kalman U., Suserud B. (2009). Knowledge, Attitudes And Practice Among Nursing Staff Concerning Pressure Ulcer Prevention And Treatment – A Survey In A Swedish Healthcare Setting. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23:334-341.

Kaya F. (2014). Paydaşların Şehir Markasına Yönelik Tutum ve Davranışlarının İncelenmesi: Muğla İli Örneği. Muğla, Sıtkı Koçman Üniversitesi, İşletme Anabilim Dalı Programı, (Danışman: Prof. Dr. Mehmet Marangoz)

Lyder C., Ayello A. (2012). Pressure Ulcer Care and Public Policy: Exploring the Past to Inform the Future. *Advances in Skin&Wound Care Journal*, 25(2): 72-77.

Manzano F, Navarro MJ, Roldán D, Moral MA, Leyva I, Guerrero C, Sanchez MA, Colmenero M, Fernández-Mondejar E. (2010). Pressure Ulcer Incidence And Risk Factors In Ventilated Intensive Care Patients. *Journal of Critical Care*, 25(3):469-76.

McCluskey A, Lovarini M. (2005). Providing Education On Evidence-Based Practice Improved Knowledge But Did Not Change Behaviour: A Before And After Study. *BMC Med Educ*, 5(40):5-12.

Medeiros L., Silva D., Guedes C., Souza T., Neta B. (2017). Prevalence of Pressure Ulcers in Intensive Care Units. *Journal of Nursing*, 11(7):697-703.

National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). NEW 2014 prevention and treatment of pressure ulcers: clinical practice guideline. Availbale from <http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/prevention-and-treatment-of-pressure-ulcers-clinical-practice-guideline>. (Erşim tarihi: 12.01.2018)

Norton D, Exton-Smith AN, McLaren R. (1962). An Investigation of Geriatric Nursing Problems in Hospital. London: National Corporation For The Care of Old People, 77(5): 317.

Orhan B. (2017). Basın. Yaralarını Önleme Kılavuzu: Kanıta Dayalı Uygulamalar. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 26(4):427:440.

Özel B. (2014). Basınç Yarası Olan Hastanın Yönetimi. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 13(3):492-505.

Özkalp Ö., Kirel Ç. (2005) Örgütsel Davranış. 8. Baskı. Ekin Kitabevi Yayınları, İstanbul.

Powers KL., Phillips LG. (2016) *Pressure Sores. In: Grabb and Smith Plastic Surgery.* Eds: Charles T., Chung, K.C., Gosain A., Guntner G.C., Mehrara BJ., Rubin JB., Scott S., Grabb ve Smith Plastik Cerrahi. p:989-997.

Saleh M, Anthony D, Parboteeah S. (2009). The Impact Of Pressure Ulcer Risk Assessment On Patient Outcomes Among Hospitalised Patients. Journal of Clinical Nursing, 18(13):1923-29.

Sari AA, Doshmanghir L, Neghaban Z, Ghiasipour M, Beheshtizavareh Z. (2016) Rate of Pressure Ulcers in Intensive Units and General Wards of Iranian Hospitals and Methods for Their Detection. Iran Journal of Public Health, 43(6):787-92.

Scott JR., Girban NS., Engrav LH., Mark CD., Rivara FP. (2006). Incidence and Characteristics of Hospitalized Patients with Pressure Ulcers: State of Washington, 1987 to 2000. Plastic and Reconstructive Surgery, 117(2):630-634.

Simonetti V., Comparcini D., Flacco ME., Di Giovanni P. (2015). Nursing Students' Knowledge And Attitude On Pressure Ulcer Prevention Evidence-Based Guidelines: A Multicenter Cross-Sectional Study, Nurse Education Today. 35:573-579.

Slowikowski G, Funk M. (2010). Factors Associated With Pressure Ulcers In Patients In A Surgical Intensive Care Unit. Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing, 37(6):619-26.

Strand T., Lindgren M. (2010). Knowledge, Attitudes And Barriers Towards Prevention Of Pressure Ulcers In Intensive Care Units: A Descriptive Cross-Sectional Study. Intensive and Critical Care Nursing, 26: 335-342.

Şimşek Ş., Akgemci T., Çelik A. (2011). Davranış Bilimlerine Giriş ve Örgütlerde Davranış. Gazi Kitabevi, Ankara.

Tabak R.H. (2003). Sağlık İletişimi. Literatür Yayınları, No:32, İstanbul.

T.C. Resmi Gazete. Hemşirelik Kanunu. 2.5.2007. Sayı:26510, Başbakanlık Basımevi, Ankara.

Tel H, Özden D, Çetin P. (2006). Yatağa Bağımlı Hastalarda Basınç Yarası Gelişme Riski ve Hemşirelerin Bu Hastalara Uyguladıkları Önleyici Bakım. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 1:35-45.

Thomas D.R. (2014). Role of Nutrition in the Treatment and Prevention of Pressure Ulcers. Nutrition in Clinical Practice, 29(4): 466-472.

TÜİK (2015). Türkiye İstatistik Kurumu Rakamlar Ne Diyor? http://www.tuik.gov.tr/Kitap.do?metod=KitapDetay&KT_ID=0&KITAP_ID=4 (Erişim Tarihi: 20.4.2018)

Usher K., Woods C., Brown J., Power T., Lea J., Hutchinson M., Mather V., Miller A., Saunders A., Mills J., Zhao L., Yates K., Bodak M., Southern J., Jackson D. (2018). Australian nursing students' knowledge and attitudes towards pressure Injury Prevention: A Cross-Sectional Study. International Journal of Nursing Studies, 81:14-20.

Ünver S., Yıldız Fındık Ü., Kızılcık Özkan Z., Sürücü Ç. (2017) Attitudes of Surgical Nurses Towards Pressure Ulcer Prevention. Journal of Tissue Viability, 26: 277-281.

Üstün Y. (2013). Basınç Ülserlerini Önlemeye Yönelik Tutum Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması, Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Programı, İzmir, (Danışman: Yard. Doç. Dr.Şebnem Çınar Yücel).

Waterlow J. (1985). A Risk Assessment Card. Nursing Times, 81:24-7.

Waugh S. (2014). Attitudes of Nurses Toward Pressure Ulcer Prevention: A Literature Review. Medsurg Nursing, 23(5): 350-357.

Webster J, Coleman K, Mudge A, Marquart L, Gardner G, Stankiewicz M, Kirby J, Vellacott C, Horton-Breshears M, McClymont A. (2011). Pressure Ulcers:

Effectiveness of Risk-Assessment Tools. A Randomised Controlled Trial (The Ulcer Trial). *British Medical Journal Quality & Safety*. 20(4):297-306.

Wioletta M., Sebastian D., Andrzej B. (2016) Perception of Barriers to Postoperative Pain Management in Elderly Patients in Polish Hospitals-A Multicentre Study. *Journal of Nursing Management*, 24(8):1049-1059.



10. EKLER

EK 1. AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Hemşirelerin Basınç Ülserlerini Önlemeye Yönelik Tutumlarının İncelenmesi başlıklı araştırmaya katılımınız rica olunmaktadır. Bu araştırmaya tamamen kendi iradenizle, herhangi bir zorlama veya mecburiyet olmadan gönüllü olarak katılımınız esastır. Lütfen aşağıdaki bilgileri okuyunuz ve katılmaya karar vermeden önce anlamadığınız her hangi bir husus varsa çekinmeden sorunuz.

14 sorudan oluşan Hemşire Tanıtım Formu ve 13 sorudan oluşan Basınç Ülserlerini Önlemeye Yönelik Tutum Ölçeğini doldurmanız istenecektir. Anketlerin uygulanması her bir katılımcı için 10 dakika sürmektedir.

Hemşirelerin basınç ülserlerine yönelik tutumlarının incelenmesi olası davranışların anlaşılmasına yardımcı olacaktır. Çalışma sonucunda elde edilen verilerin, planlanan basınç ülseri eğitimlerine yol göstereceği düşünülmektedir.

Bu çalışmayla bağlantılı olarak elde edilen ve sizinle özdeşleşmiş her bilgi gizli kalacak, 3. kişilerle paylaşılmayacak ve yalnızca sizin izniniz ile ifşa edilecektir. Olgulara ait kimlik bilgilerine yalnızca araştırmacı erişim hakkına sahiptir. Tüm belgeler araştırmacıya ait kilitli dolaplarda saklanacaktır.

Bu çalışmanın içinde olmak isteyip istemediğinize tamamen kendi iradenizle ve etki altında kalmadan karar vermeniz önemlidir. Katılmaya karar verdikten sonra, herhangi bir anda sahip olduğunuz herhangi bir hakkı kaybetmeden veya herhangi bir müeyyideye maruz kalmadan istediğiniz zaman ayrılabilirsiniz.

Yukarıda yapılan açıklamaları anladım. Sorularım tatmin olacağım şekilde yanıtlandı. Dilediğim zaman ayrılma hakkım saklı kalmak koşulu ile bu çalışmaya katılmayı onaylıyorum. Bu formun bir kopyası da bana verildi.

Katılımcı Adı-Soyadı

Katılımcı İmzası

Tarih

Araştırmacının İmzası

Tarih

EK 2. HEMŞİRE TANITIM FORMU

Aşağıda katılmış olduğunuz araştırmaya katkı sağlayacağı düşünülen bazı sorular yer almaktadır. Kişisel bilgilerinizin tümü gizli tutulup vereceğiniz tüm cevaplar sadece araştırmayı raporlandırmak amacıyla kullanılacaktır. Bu nedenle form üzerine isminizi yazmayınız. Bütün soruların eksiksiz ve en doğru biçimde cevaplandırılması çalışma için büyük önem taşımaktadır. Zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz.

Araştırmacı: Cansu Ercan Ekim
Danışman: Prof. Dr. Necmiye Sabuncu

1. Cinsiyetiniz nedir?

Kadın Erkek

2. Yaşınız:.....

3. En son tamamladığınız hemşirelik programı nedir?

Lise Önlisans Lisans Lisansüstü Doktora

4. Hemşirelik mesleğindeki toplam hizmet süreniz:(ay / yıl)

5. Çalıştığınız bölüm hangisidir?

Genel Yoğun Bakım Cerrahi Servisi
 Kardiyovasküler Cerrahi Yoğun Bakım Dahiliye Servisi
 Onkoloji Servisi Diğer.....

6. Mezuniyetinizden sonra basınç ülserlerinin önlenmesi/bakımına yönelik bir eğitim aldınız mı?

Evet Hayır

6.1. Cevabınız Evet ise; aldığınız eğitim süresi: saat

6.2. Cevabını Evet ise; katıldığınız eğitim programında aldığınız bilgileri hemşirelik bakımımıza yansıtılabildiniz mi?

Evet Hayır

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

Evet Hayır

7.1. Cevabınız Evet ise; takip ettiğiniz kaynağı belirtiniz.....

8. Basınç ülseri olan hasta ile hangi sıklıkta karşılaşırsınız?

Hiçbir zaman Nadiren Sık sık Her zaman

9. Bir ayda ortalama olarak basınç ülseri olan kaç hastaya bakım veriyorsunuz?

Hiç 1-3 4-6 7 ve üzeri

10. Basınç ülserleri risk değerlendirmesine yönelik klinikte herhangi bir araç kullanıyor musunuz?

Evet Hayır

10.1. Cevabınız Evet ise; kullandığınız aracı belirtiniz.....

EK 3. BASINÇ ÜLSERLERİNİ ÖNLEMeye YÖNELİK TUTUM ÖLÇEĞİ

	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1. Basınç ülserlerini önlemeye yönelik becerilerime güveniyorum.				
2. Basınç ülserlerini önlemek konusunda iyi eğitimliyim.				
3. Basınç ülserlerinin önlenmesi oldukça zordur.				
4. Basınç ülserlerini önlemek çok fazla dikkat gerektirir.				
5. Basınç ülserlerinin önlenmesi o kadar önemli değildir.				
6. Basınç ülserlerinin önlenmesi bir öncelik olmalıdır.				
7. Basınç ülseri hastaya neredeyse hiç rahatsızlık vermez.				
8. Basınç ülserinin hasta üzerine olan etkisi abartılmamalıdır.				
9. Basınç ülserinin toplum üzerine olan etkisi abartılmamalıdır.				
10. Hastamda basınç ülseri gelişirse kendimi sorumlu hissetmem.				
11. Yüksek riskli hastalarda basınç ülserleri önlemede önemli bir role sahibim.				
12. Yüksek riskli hastalarda basınç ülserleri önlenebilir.				
13. Basınç ülserleri asla önlenemez.				

EK 4.



**T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

**SAYI : 17
KONU: Etik Kurul İzni**

29.12.2016

Sayın; Cansu ERCAN

Haliç Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından yapılmış olduğunuz başvuru incelenmiş olup Prof. Dr. Necmiye SABUNCU'nun danışmanlığında araştırmayı planladığınız "**Hemşirelerin Basınç Ülserlerini Önlemeye Yönelik Tutumları ve Tutumlarını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi**" isimli araştırma kurulumuzun 29.12.2016 tarihli toplantısında etik yönden uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

Prof. Dr. Abdurrahman EREN
Etik Kurul Başkanı

EK.Etik Kurul Kararı

Sütlüce Mah. İmrahor Cad. No:82 Beyoğlu- İSTANBUL
Tel: 0212 924 24 44/2704 Faks: 0212 343 08 78
etikkurul@halic.edu.tr İnternet www.halic.edu.tr



TC
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK
KURULU

Yayın Tarihi :10.12.2015
Revizyon Tarihi :25.01.2016
Revizyon No : 01
Sayfa No : 1 / 1

KARARLAR

Tarih: 29 Aralık 2016

Karar No :03

Toplantı Sayısı:08

Cansu ERCAN' ın Prof. Dr. Necmiye SABUNCU danışmanlığında araştırmayı planladığı "Hemşirelerin Basınç Ülserlerini Önlemeye Yönelik Tutumları ve Tutumlarını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi" konulu çalışması incelendi, yapılan inceleme sonucunda araştırmannın etik yönden uygun olduğuna karar verildi.

ÜYELER

Adı-Soyadı	Alanı	Kurumu	Araştırma ile ilişkisi	Toplantıya Katılma	İmza
Prof. Dr. Abdurrahman EREN (Başkan)	Hukuk	Haliç Üniversitesi Rektör Vekili	Var <input type="checkbox"/> Yok <input checked="" type="checkbox"/>	Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Güneş YAVUZER	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu	Var <input type="checkbox"/> Yok <input checked="" type="checkbox"/>	Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Kut SARPİYENER	Antrenörlük	Haliç Üniversitesi Beden Eğt. ve Spor Yük. Okulu	Var <input type="checkbox"/> Yok <input checked="" type="checkbox"/>	Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Filiz AÇKURT	Beslenme ve Diyetetik	Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu	Var <input type="checkbox"/> Yok <input checked="" type="checkbox"/>	Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Feridun VURAL	Tıp Fakültesi	Haliç Üniversitesi Tıp Fakültesi	Var <input type="checkbox"/> Yok <input checked="" type="checkbox"/>	Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Burcu İrmak YAZICIOĞLU	Moleküler Biyoloji ve Genetik	Haliç Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Moleküler Biyoloji ve Genetik Bölümü	Var <input type="checkbox"/> Yok <input checked="" type="checkbox"/>	Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Leman KUTLU (Yürütücü Sekreter)	Ebelik	Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu	Var <input type="checkbox"/> Yok <input checked="" type="checkbox"/>	Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. İlhan ODABAŞ	Spor Yöneticiliği	Haliç Üniversitesi Beden Eğt. ve Spor Yük. Okulu	Var <input type="checkbox"/> Yok <input checked="" type="checkbox"/>	Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Atilla TEKİN	Psikoloji	Haliç Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi	Var <input type="checkbox"/> Yok <input checked="" type="checkbox"/>	Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	

ETKU:4

EK 5.

Rumelifeneri Yolu Sarıyer 34450 İstanbul T: 0212 338 10 00 F: 0212 338 12 05 www.ku.edu.tr



**KOÇ
ÜNİVERSİTESİ**

ETİK KURUL KARARI

Toplantı Tarihi:	15.11.2017
Karar No:	2017.007.IRB3.003
Sorumlu Araştırmacı:	Cansu Ercan
Araştırma Başlığı:	Hemşirelerin Basınç Ülserlerini Önlemeye Yönelik Tutumları Ve Tutumlarını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi
Başlangıç tarihi:	20.11.2017
Etik Kurul izninin süresi:	1 yıl (Uzatma hakkı mevcut olarak)

Koç Üniversitesi Etik Kurulu'na değerlendirilmek üzere başvuruda bulunduğunuz yukarıda künyesi yazılı projenizin başvuru dosyası ve ilgili belgeleri, Üniversitemiz "**Sosyal Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu**" tarafından araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiştir.

Yapılan inceleme sonucunda çalışmanın gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına karar verilmiştir.

Notlar:

- Araştırma başlangıç tarihinin 6 aydan daha fazla gecikmesi durumunda Etik Kurul'a başvurularak tarihlerin değiştirilmesi gereklidir.
- Etik Kurul incelemesi ve onayı olmadan bu araştırmada kullanılan prosedürler, formlar ya da protokollerde herhangi bir değişiklik yapılamaz.
- Etik bakımdan sorun çıkması ya da şüpheli bir olay/beklenmeyen etki görülmesi durumunda derhal etik kurul bilgilendirilmelidir.
- Araştırmanın gerçekleştirileceği birimlerin yöneticilerinden de ayrıca izin alınması gerekli olabilir.

Saygılarımla,

Hakan S. Orer
Başkan

EK 6.

Davutpaşa Caddesi No:4 Topkapı 34010 İstanbul T:0850 250 8 250 F:0212 311 34 10 www.ku.h.ku.edu.tr



17.11.2017

T.C. HALIÇ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
ÖĞRENCİ HİZMETLERİ DAİRE BAŞKANLIĞI

İlgi: 30.01.2017 Tarih, 65782820-304.03-175 Sayılı, "Cansu Ercan'ın Araştırma İzni hk."
Konulu Yazınız Hk.

Sayı : 1392

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı'nda öğrenim gören Cansu Ercan'ın "Hemşirelerin Basınç Ülserlerini Önlemeye Yönelik Tutumları ve Tutumlarını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi" konulu tez çalışmasının, Koç Üniversitesi Hastanesi'nde yapabilmesi konusunda tarafımıza iletilen izin isteği uygun görülmüştür.

Konuyu bilgilerinize sunarım.

Saygılarımla,

Dr. Erdal M. Aksoy

Başhekim/Medikal Direktör

EMA/ek/1392/2017

 **Vehbi Koç Vakfı**

0027100

11. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı : Cansu ERCAN EKİM
Doğum Yeri ve Tarihi : Bergama / 22.07.1990
Medeni Hali : Evli
Yabancı Dil : İngilizce
E-posta Adresi : cansuercan2@gmail.com
Tel : 5072066165

Eğitim ve Akademik Durumu

	Mezun Olduğu Kurum	Mezuniyet Yılı
Lisans	Koç Üniversitesi	2012
Lise	Alp Oğuz Anadolu Lisesi	2008

İş Tecrübesi

Kurum	Görev	Süre
Amerikan Hastanesi	Hemşire	Ağustos 2012 – Eylül 2015
Koç Üniversitesi Hastanesi	Hemşire	Eylül 2015 – Aralık 2015
Koç Üniversitesi Hastanesi	Eğitim Hemşiresi	Aralık 2015 - ...