



**T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**CERRAHİ BİRİMLERDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN BASINÇ ÜLSERİ
BİLGİ DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Hazırlayan
Emrah KANDEMİR**

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Fatma AZİZOĞLU**

**İSTANBUL
Haziran 2024**



**T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**CERRAHİ BİRİMLERDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN BASINÇ ÜLSERİ
BİLGİ DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Hazırlayan
Emrah KANDEMİR**

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Fatma AZİZOĞLU**

**İSTANBUL
Haziran 2024**



LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Emrah Kandemir tarafından hazırlanan “*Cerrahi Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Basınç Ülseri Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi*” konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 24/06/2024

Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu:

İmzası

Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Fatma Azizoğlu
Haliç Üniversitesi SBF, Hemşirelik Bölümü

Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Derya Kaya
Haliç Üniversitesi Meslek Yüksekokulu

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Yasemin Uslu
İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Bu tez yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Nihat İNANÇ
Müdür

CERRAHİ BİRİMDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN BASINÇ ÜLSERİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ_Emrah Kandemir

ORJİNALLİK RAPORU

% 15	% 13	% 10	% 8
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	% 3
2	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	% 1
3	www.epuap.org İnternet Kaynağı	% 1
4	openaccess.izu.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
5	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	% 1
6	Submitted to Sağlık Bilimleri Üniversitesi Öğrenci Ödevi	% 1
7	dspace.balikesir.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
8	Submitted to Okan Üniversitesi Öğrenci Ödevi	% 1

TEZ ETİK BEYANI

01.06.2024

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Cerrahi Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Basınç Ülseri Bilgi Düzeylerin İncelenmesi” başlıklı bu çalışmayı başından sonuna kadar danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Fatma Azizoğlu’nun sorumluluğunda tamamladığımı, verileri/örnekleri kendim topladığımı, deneyleri/analizleri ilgili laboratuvarlarda yaptığımı/yaptırdığımı, başka kaynaklardan aldığım bilgileri metinde ve kaynakçada eksiksiz olarak gösterdiğimi, çalışma sürecinde bilimsel araştırma ve etik kurallara uygun olarak davrandığımı ve aksinin ortaya çıkması durumunda her türlü yasal sonucu kabul ettiğimi beyan ederim.

Emrah KANDEMİR

ÖNSÖZ

Tez çalışmamın her aşamasında bana rehberlik eden, bilgi ve deneyimiyle desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen değerli danışman hocam

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Fatma AZİZOĞLU'na,

Sonsuz destekleri için eşim Fatma KANDEMİR ve kardeşim Yunus KANDEMİR'e,

Araştırmanın yapılmasına onay veren hastane yönetimine ve araştırmaya katılan meslektaşlarıma

TEŞEKKÜR EDERİM

Haziran 2024

Emrah KANDEMİR

İÇİNDEKİLER

TEZ ETİK BEYANI	i
ÖNSÖZ.....	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMALAR	vi
SEMBOLLER	vii
TABLO LİSTESİ.....	viii
ŞEKİL LİSTESİ.....	ix
ÖZET.....	x
ABSTRACT	xi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Basınç Yaralanması.....	5
2.1.1. Tanım	5
2.1.2. Basınç Yaralanmalarının Sınıflandırılması.....	5
2.1.2.1. Evre 1 basınç yaralanması.....	6
2.1.2.2. Evre 2 basınç yaralanması.....	6
2.1.2.3. Evre 3 basınç yaralanması.....	7
2.1.2.4. Evre 4 basınç yaralanması.....	8
2.1.2.5. Evrelendirimeyen basınç yaralanması.....	8
2.1.2.6. Şüpheli derin doku hasarı riski.....	9
2.1.2.7. Tıbbi cihaz ile ilişkili basınç yaralanması.....	9
2.1.2.8. Mukoz membran basınç yaralanması.....	10

2.1.3. Basınç Yaralanması Oluşumundaki Risk Faktörleri.....	10
2.1.3.1 Ekstresek (dışsal) faktörler.....	10
2.1.3.2 İntrensek (İçsel) faktörler.....	11
2.1.4 Basınç Ülserlerinin Önlenmesi, Bakım ve Tedaviye Yönelik Kanıta Dayalı Uygulamalar.....	13
2.1.4.1. Risk değerlendirmesi ve risk faktörlerinde kanıta dayalı uygulamalar	13
2.1.4.2. Derinin değerlendirilmesi ve bakımında kanıta dayalı uygulamalar .	14
2.1.4.3. Beslenmenin değerlendirilmesi ve bakımında kanıta dayalı öneriler	15
2.1.4.4. Pozisyon verme, mobilizasyon ve destek yüzeylerin kullanımı ile ilgili kanıta dayalı öneriler.....	16
2.1.4.5. Tıbbi cihaz/medikal ekipman ilişkili kanıta dayalı öneriler.....	18
2.1.4.6. Enfeksiyon ve yara örtüleri ile ilgili kanıta dayalı öneriler.....	19
2.1.5. Basınç Yaralanması Risk Değerlendirme Araçları.....	20
2.1.5.1. Braden risk değerlendirme ölçeği	21
2.1.5.2. Norton risk değerlendirme ölçeği.....	21
2.1.5.3. Suriadi ve Sanada risk değerlendirme ölçeği.....	21
2.1.5.4. Waterlow risk değerlendirme ölçeği	22
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	23
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	23
3.2. Araştırmanın Soruları	23
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	23
3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	23
3.5. Araştırmaya Dahil Olma kriterleri	24
3.6. Dışlama Kriterleri.....	24
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	24
3.8. Veri Toplama Yöntemi.....	24
3.9. Veri Toplama Araçları.....	24
3.9.1 Kişisel Bilgi Formu (EK-1): K	24
3.9.2 Basınç Ülseri Bilgi Düzeyi Değerlendirme Aracı (PUKAT 2.0-T) (EK-2):	24
3.10. Etik Yön	25

3.11. Verilerin Değerlendirilmesi.....	25
4. BULGULAR	26
5. TARTIŞMA	42
6. SONUÇ.....	48
KAYNAKLAR	50
EKLER.....	59
ÖZGEÇMİŞ.....	73



KISALTMALAR

EPUAP	:European Pressure Ulcer Advisory Panel
NPUP	:National Pressure Injury Advisory Panel
SİYÖS	:Sağlıkta İndikatör Yönetim Sistemi
ICD	:International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
WHO	:World Health Organization
PH	:Potentia Hydrogenii
GPS	:Good Practice Recommendations
SPSS	:Statistical Package for the Social Sciences
SİYÖS	:Sağlıkta İndikatör Yönetim Sistemi

SEMBOLLER

N	:Evrendeki birey sayısı
n	:Örnekleme alınacak birey sayısı
P	:İncelenen olayın görüş sıklığı
q	:İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı
t	:Bağımsız örneklem t testi
d	:Olayın görüş sıklığına göre yapılmak istenen
F	:Tek yönlü varyans analizi
SS	:Standart sapma

TABLO LİSTESİ

	<u>Sayfa No</u>
Tablo 3.1. Araştırmanın Örneklem Hesabı.....	23
Tablo 4.1. Demografik Özelliklerin Dağılımı.....	26
Tablo 4.2. Çalışılan Servise İlişkin Dağılımlar.....	27
Tablo 4.3. Mesleki Özelliklerin Dağılımı.....	27
Tablo 4.4. Mesleki Özelliklerin Dağılımı.....	28
Tablo 4.5. Basınç Ülseri Bilgi Düzeyi Değerlendirme Aracı 2.0-T Puanlarının Dağılımı.....	29
Tablo 4.6. Demografik Özelliklere Göre Basınç Ülseri Bilgi Düzeyi Temalarının Değerlendirilmesi.....	30
Tablo 4.7. Mesleki Özelliklere Göre Basınç Ülseri Bilgi Düzeyi Temalarının Değerlendirilmesi.....	32
Tablo 4.8. Mesleki Özelliklere Göre Basınç Ülseri Bilgi Düzeyi Temalarının Değerlendirilmesi.....	34
Tablo 4.9. Mesleki Özelliklere Göre Basınç Ülseri Bilgi Düzeyi Temalarının Değerlendirilmesi.....	36
Tablo 4.10. Mesleki Özelliklere Göre Basınç Ülseri Bilgi Düzeyi Temalarının Değerlendirilmesi.....	39

ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa No

Şekil 2.1. Evre 1 Basınç Yaralanması.....	6
Şekil 2.2. Koyu Pigmentli Cilt Evre 1 Basınç Yaralanması.....	6
Şekil 2.3. Evre 2 Basınç Yaralanması	7
Şekil 2.4. Evre 3 Basınç Yaralanması.....	7
Şekil 2.5. Epibol ile Evre 3 Basınç Yaralanması.....	7
Şekil 2.6. Evre 4 Basınç Yaralanması.....	8
Şekil 2.7. Evrelendirilmeyen Basınç Yaralanması.....	8
Şekil 2.8. Şüpheli Derin Doku Basınç Yaralanması Riski.....	9
Şekil 2.9a Termometre Kablosu ile İlişkili.....	9
Şekil 2.9b Santral Kateter ile İlişkili.....	9
Şekil 2.9c Trakiostomi Kanül Tespiti ile İlişkili.....	9
Şekil 2.9d Klemp ile İlişkili.....	10
Şekil 2.9e Nazogastrik Tüp ile İlişkili.....	10
Şekil 2.9f Non-invaziv ventilasyon ile İlişkili	10

ÖZET

CERRAHİ BİRİMLERDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN BASINÇ ÜLSERİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

Bu araştırma bir üniversite hastanesinin cerrahi birimlerinde çalışan hemşirelerin basınç yaralanması bilgi düzeylerini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın örneklemini bir üniversite hastanesinin cerrahi birimlerinde çalışan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 160 hemşire oluşturdu. Veriler “Kişisel Bilgi Formu ve Basınç Ülseri Bilgi Düzeyi Değerlendirme Aracı 2.0-Güncellenmiş Versiyon (PUKAT 2.0-T)” ölçeğinden oluşan anket formu ile toplandı. Araştırma %75,6’sı (n=121) kadın, %24,4’ü (n=39) erkek, Katılımcıların %15’inin (n=24) 25 yaş ve altı, %24,4’ünün (n=39) 25-29 yaş arası, %25’inin (n=40) 30-34 yaş arası, %16,9’unun (n=27) 35-39 yaş arası, %10,6’sının (n=17) 40-44 yaş arası, %8,1’inin (n=13) 45 yaş ve üzeri olduğu, 53,1’inin (n=85) evli olduğu, %84,4’ünün (n=135) eğitim durumunun lisans olduğu gözlenmiştir. Hemşirelerin Basınç Ülseri Bilgi Düzeyi Değerlendirme Aracı “Etiyoloji” temasından aldıkları puan ortalaması 41,98±21,15 olarak, “Sınıflandırma ve Gözlem” teması puan ortalaması 56,41±29,97 olarak, “Risk Değerlendirmesi” teması puanlar ortalaması 72,19±33,53 olarak, “Beslenme” teması puan ortalaması 56,25±26,48 olarak, “Basınç Ülserlerinin Önlenmesi” teması puan ortalaması 33,91±20,43 olarak, “Özel Hasta Grupları” teması puan ortalaması 45,63±37,36 olarak ve ölçek toplam puan ortalaması 46,13±16,68 olarak saptanmıştır. Demografik ve mesleki özelliklere göre yapılan analizlerde, kadın hemşirelerin "Sınıflandırma ve Gözlem" ile "Risk Değerlendirmesi" temalarından daha yüksek puan aldıkları; meslekteki çalışma süresi 1-5 yıl arasında olan hemşirelerin "Risk Değerlendirmesi" temasından daha düşük puan aldıkları; haftalık çalışma süresi 40 saat olan hemşirelerin "Etiyoloji", "Basınç Ülserlerinin Önlenmesi" temaları ve toplam puan ortalamalarında daha yüksek puan aldıkları bulunmuştur. Basınç yaralanmasının önlenmesi eğitimi alan, eğitimi yeterli bulan katılımcıların toplam puan ortalamaları daha yüksek olarak saptanmıştır. Mesleki deneyim, haftalık çalışma süresi, bakım verilen hasta sayısı, eğitim alma ve alınan eğitimi yeterli bulma gibi faktörler hemşirelerin bilgi düzeylerini olumlu yönde etkilemektedir. Eğitim düzeylerinin arttırılmasına yönelik eğitim faaliyetleri önerilir.

Anahtar Kelimeler: Basınç ülseri, Cerrahi Birimler, Hemşire

ABSTRACT

INVESTIGATION OF PRESSURE ULCER KNOWLEDGE LEVELS OF NURSES WORKING IN SURGICAL UNITS

This study was conducted to evaluate the level of pressure injury knowledge of nurses working in the surgical units of a university hospital. The sample of the study consisted of 160 nurses working in the surgical units of a university hospital who volunteered to participate in the study. The data were collected with a questionnaire consisting of "Personal Information Form and Pressure Ulcer Knowledge Level Assessment Tool 2.0-Updated Version (PDAT 2.0-T)" scale. In the study, 75.6% (n=121) were female, 24.4% (n=39) were male, 15% (n=24) of the participants were 25 years of age or younger, 24.4% (n=39) were 25-29 years of age, 25% (n=40) were 30-34 years of age, 16, It was observed that 9% (n=27) were 35-39 years old, 10.6% (n=17) were 40-44 years old, 8.1% (n=13) were 45 years old and above, 53.1% (n=85) were married, and 84.4% (n=135) had undergraduate education. The mean score of the nurses on the "Etiology" theme of the Pressure Ulcer Knowledge Level Assessment Tool was 41.98 ± 21.15 , the mean score on the "Classification and Observation" theme was 56.41 ± 29.97 , and the mean score on the "Risk Assessment" theme was 72.19 ± 33.53 , "Nutrition" theme mean score was 56.25 ± 26.48 , "Prevention of Pressure Ulcers" theme mean score was 33.91 ± 20.43 , "Special Patient Groups" theme mean score was 45.63 ± 37.36 and total scale mean score was 46.13 ± 16.68 . In the analyses performed according to demographic and occupational characteristics, it was found that female nurses scored higher in "Classification and Observation" and "Risk Assessment" themes; nurses with a working period of 1-5 years scored lower in "Risk Assessment" theme; nurses with a weekly working period of 40 hours scored higher in "Etiology", "Prevention of Pressure Ulcers" themes and total mean scores. The total mean scores of the participants who received training on the prevention of pressure ulcers and found the training adequate were found to be higher. Factors such as professional experience, weekly working time, number of patients cared for, receiving training and finding the training adequate positively affect the knowledge levels of nurses. Training activities to increase the level of education are recommended.

Keywords: Nurse, Pressure ulcer, Surgical Unit

1. GİRİŞ

Basınç yaralanması çoğunlukla kemik çıkıntılarının olduğu bölgelerde tek başına basınçla, basınçla beraber sürtünme/yırtılma bağlı olarak ya da kullanılan cihazlarla ilgili ciltte ya da cilt altı dokularda lokalize hasar olarak tanımlamalıdır (Kim and Lee, 2019; EPUAP/NPUAP/PPPIA, 2019).

Basınç yaralanmaları dünya genelinde sağlık kuruluşları için önemli sorunlar teşkil etmektedir. Hastanede oluşmuş basınç yaralanmaları hastane yatış sürelerini uzatmakla beraber basınç yaralanmasının tedavisi ile ilgili giderlerden dolayı sağlık bakım maliyetlerini artırmaktadır. Basınç yaralanmasının oluşması ağrı, enfeksiyonlar ve cerrahi iyileşmenin gecikmesine neden olmakla birlikte basınç yaralanması insidansı hastane kalite sistemleri içerisinde kalite göstergelerinden biri olarak ele alınır. Bilim ve teknolojiye gelişmelere rağmen dünyadaki sağlık bakım kuruluşlarında hastalar ve sağlık çalışanları için güncelliğini koruyan, sık görülen ve önlenebilir sağlık problemidir (Cherry and Moss, 2011; Dealey et al., 2012; Efteli ve Güneş, 2014; Fabbruzzo-Cota et al., 2016; Moya-Suárez et al., 2018; Alderden et al., 2020).

Basınç yaralanmaları Amerika'da sağlık sistemi fatura kayıtlarında ikinci en yaygın tanıdır. Yılda 60.000 ölüme sebep olmakta ve her yıl 1,7 milyon kişinin basınç yaralanmasına maruz kaldığı tahmin edilmektedir. Basınç yaralanmalarının yıllık maliyeti 2,6 milyardan fazladır. Evre 3, evre 4 ve evrelendirilemeyen basınç yaralanmasının tek bir sağlık kuruluşuna maliyeti 75.000-150.000 dolar arasındadır ve ortalama malpraktis talebi 250.00 dolardır (Cowan et al., 2019; Dweekat et al., 2023). Amerika da basınç yaralanması prevalansı %9,2-17 olarak bildirilmiştir (DiVita et al., 2018; Cowan et al., 2019). İngiltere yapılan bir çalışmada, 66 hastanede 8365 hasta değerlendirilmiş ve %8,9 basınç yaralanması saptanmış (Clark et al., 2017).

Türkiye'de basınç yaralanması prevalansı belirlemede yapılan çok merkezli ve prospektif olarak yürütülen 12 bölgedeki 12 hastaneyi kapsayan çalışmada basınç yaralanması prevalansı %9.4 olarak gösterilmiştir ve %65.1'ü hastanede oluşmuştur

(Baykara et al., 2021; Başayar ve Yazıcı, 2022). Türkiye’de cerrahi hastalarda yapılan çalışmalarda basınç yaralanması riski %10.4-54.8 olduğu gösterilmiştir (Karadag ve Gümüşkaya, 2006; Uzun ve Tan, 2007; Başayar ve Yazıcı, 2022).

Amerika Ameliyathane Hemşireler Derneği ameliyat sonrası ilk 48-72 saat içinde oluşan basınç ülserlerini ameliyata bağlı basınç yaralanması olarak değerlendirmektedir (Karayurt ve Çelik, 2017; AORN, 2022). Ameliyat sonrası dönemde oluşan ve maliyetli komplikasyonlardan biri olan basınç yaralanması ameliyat sırası dönemdeki kaliteli bakımın göstergeleri arasında yer almaktadır (Nasiri et al., 2021).

Basınç yaralanmasının oluşmasındaki etken basınç olup bununla beraber basınçsın süresi, yoğunluğu ve dokunun toleransı ile ilişkilidir. Dokuya uygulanan basınçsın 32 mmHg’nın üzerine çıkması kapiller dolaşımın durmasına sebep olur. Dokunun perfüzyonunun bozulması ile doku oksijen ihtiyacını karşılamaz ve iskemi gelişir. Doku üzerine uygulanan uzun süreli yüksek basınçlar basınç yaralanmasının kısa sürede oluşmasına, doku üzerine uygulanan düşük yoğunluklu basınç ise basınç yaralanmasının daha uzun sürede oluşmasına sebep olmaktadır. Kapiller dolaşımın tamamen engellenmesi durumunda basınç ülseri 2 ile 6 saat arasında oluşabilmektedir (Özel, 2014; Qaddumi and Khawaldeh, 2014; Kopuz ve Karaca, 2019; Rashvand et al., 2020).

NPUAP/EPUAP/PPPIA (2019) oluşturdukları Hızlı Başvuru Kılavuzu’na göre evrelendirme sistemi 1 ile 4 arasında aşamaları içerir ve bunlara ek olarak evrelendirilemeyen, şüpheli derin doku hasarı riski, mukoz membran basınç yaralaması ve tıbbi cihazla ilişkili basınç yaralanması kavramları yer alır. Evre 1 basmakla solmayan eritem (kızarıklık), Evre 2 dermisin/epidermisin kısmi kaybını içerir. Evre 3 basınç yaralanması subkutan doku hasarı ile tam kalınlıkta deri kaybını içeren yağ dokusuna ulaşan ülserleşmelerdir. Evre 4 fasya, kemik, ligament, tendon ve eklemlere kadar uzan tam kalınlıkta doku kaybını içerir (Dweekat et al., 2023; NPUAP/EPUAP/PPPIA, 2019).

Basınç yaralanması gelişimi etkileyen risk faktörleri basınç, sürtünme (friksiyon) ve makaslanma (yırılma), kaşeksi ve obezite, nem ve ıslaklık, inkontinans, yetersiz beslenme, duyuşsal algıda azalma ve bilinç durumundaki değişimler, hareketlerde azalma ya da immobilizasyon, ileri yaş, enfeksiyon, periferik dolaşımın

bozulması, kronik hastalıklar ve travmalar, albümin ve hemoglobin değerlerinin normalin altında olması ve kullanılan tıbbi cihazlar/medikal ekipmanlar gösterilebilir (Karadağ ve Karabağ, 2013; Engels et al., 2016; Kıraner ve ark., 2016; Şahin ve ark., 2017; Coyer et al., 2017; Boyko et al., 2018; Sivrikaya ve ark., 2020; Genç ve ark., 2023).

Sağlık Bakanlığının sağlıkta kalite çalışmaları kapsamında Sağlıkta İndikatör Yönetim Sistemi (SİYÖS) (2014) verilerine göre basınç ülserlerinin en sık geliştiği anatomik bölgeler sırası ile sakrum (%66,67), koksiks (%23,18), gluteal bölge (%3,17), topuk (%3,17), omuz ve torakanterik bölge (%1,59) olarak belirtilmiştir. Yapılan bir sistematik derleme ve meta analizde en fazla görülen evreler Evre I (%43,5) ve Evre II (%28,0) basınç yaralanması ve en sık sakral bölge, topuk ve gluteal bölge olduğu belirtilmiştir (Li et al., 2020).

Yoğun bakım hastalarında yapılan bir çalışmada basınç yaralanması prevalansı %14,3 (n = 5995) basınç yaralanması gelişmiş hastalarda sırası ile şüpheli derin doku hasarı riski (%33,6), evre 2 (%28,1), evrelendirilemeyen (%16), evre 1 (%12,8), evre 3 (%4,1), mukoz membran basınç yaralanması (%2,4) ve evre 4 (%1,4) sınıflandırmaları ile en sık sakrum (%33,2), gluteal (%14,8) ve topuk (%12,6) anatomik bölgelerde görülmektedir (Cox et al., 2022).

Basınç yaralanmasında risk değerlendirmesi yapılırken onlarca güvenli ve geçerli ölçüm aracı kullanılmaktadır. Bu ölçme araçları içerisinde en sık kullanılan Braden, Norton, Waterlow ve Gosnell'dir. Bu ölçme araçları belirli risk faktörlerini kapsamaktadır. Tam bir değerlendirme için klinik değerlendirme ile daha anlamlı hale gelir (Shekelle et al., 2001 Kılıç ve Sucudağ, 2017; Adıbelli ve Korkmaz, 2018). Ülkemizde Sağlık Bakanlığının sağlıkta kalite çalışmaları kapsamında SİYÖS (2014) rehberine göre hastanelerin %56,52'sinde Braden, %43,48'inde Norton Risk Değerlendirme ölçekleri ile risk değerlendirmesi yapıldığı bildirilmiştir.

Geçmişten günümüze terminolojiye baktığımız zaman yatak yaralanması, basınç yaralanması, dekübit ülseri gibi tanımlamalar ülkemizde de halen kullanılmaktadır ve tartışma konusudur. Kuzey Amerika ve Avrupa basınç ülseri terimi yaygın olarak kullanırken Avustralya, Yeni Zelanda ve Güneydoğu Asya ülkeleri basınç yaralanması terimini kullanmakta iken 2019 yılında son güncellemesi yapılan Basınç Ülserlerinin/Yaralanmalarının Önlenmesi ve Tedavisi: Klinik

Uygulama Kılavuzu'n da ''Basınç Yaralanması'' terminolojisi kullanılmaktadır. World Health Organization ICD-10 Version:2019 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) da yer alan terminolojide basınç ülseri kullanılmaktadır ([ICD-10 Version:2019 \(who.int\)](https://icd.who.int/)), Erişim Tarihi: 24.04.2024). Bu tez çalışmasında her iki terminoloji kullanılmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Basınç Yaralanması

2.1.1. Tanım

Basınç yaralanması, tekrarlayan uzun süreli basınçlara ya da basınçla birlikte sürtünme/yırtılma ile ortaya çıkan dolaşım bozulması sonucu deri ve/veya deri altı dokuda nekroz ve yaralanmalardır. Özellikle kemik çıkıntılarının olduğu bölgelerde sık görülmekle birlikte vücudun herhangi bir yerinde görülebilir (Jansen et al., 2020). Tıbbi cihaz, alet ve ekipmanların vücut ile doğrudan teması ile de yumuşak doku üzerinde basınç yaralanması oluşabilir. Dokudaki yaralanma genellikle tıbbi cihazın şeklini alır (Clay et al., 2018; EPUAP, NPUAP and PPPIA, 2019). Basınç yaralanmasının bakım ve tedavisinde kullanılmak üzere kanıta dayalı uygulamaları içeren ve sağlık profesyonellerinin kullanımı için, European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), National Pressure Injury Advisory Panel (NPUAP) ve Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA) iş birliği ile kılavuz geliştirilmiştir. Bu klavuzda basınç yaralanması 1-4 arasında evrelendirilir ve “Evrelendirilemeyen Basınç Yaralanması” ve “Şüpheli Derin Doku Hasarı Riski” sınıflandırmaları yapılır (EPUAP, NPUAP and PPPIA, 2019). Yine aynı rehberde tanımlanan Tıbbi Cihaz ile İlişkili Basınç Yaralanması” ve “ Mukoz Membran Basınç Yaralanması” sınıflamaları da yapılır (Edsberg et al, 2016; EPUAP, NPUAP and PPPIA, 2019).

2.1.2. Basınç Yaralanmalarının Sınıflandırılması

Basınç yaralanmalarında erken dönemde ve doğru sınıflandırma yapmak, bakım ve tedaviye ilişkin planlamaların yapılması sağlık çalışanları, hastalar ve sağlık kurumları açısından oldukça önemlidir. Herhangi bir evreleme ve sınıflandırma sistemi kullanmadan önce hasta ve yara yeri değerlendirilmelidir. Örneğin bir yarayı tanımlarken basınç yaralanması olarak tanımlanması için neden olan faktör basınç ve/veya kesme/makaslanma varlığını doğrulamak önemlidir. Diyabetik ayak ülserleri, venöz bacak ülserleri deri yırtılmaları ve yaralanmaları gibi basınçla ilgili olmayan ülserler farklı sınıflandırma ve evlendirme sistemlerine tabidir. Günümüzde basınç yaralanması evrelendirme sistemi EPUAP, NPUAP ve PPPIA aralarında

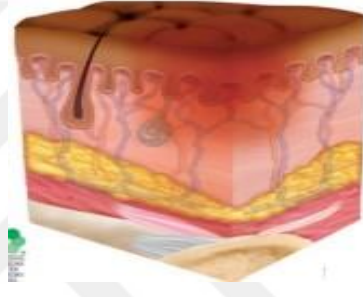
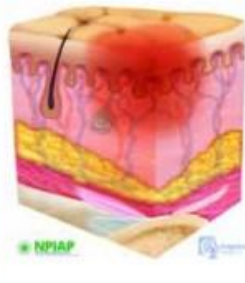
oluşturdukları konsensusla geliştirilen son güncellenmenin 2019’da yapıldığı basınç yaralanması önleme, evrelendirme, bakım ve tedavisini içeren klinik uygulama kılavuzu kullanılmaktadır (Özel, 2014; Edsberg et al, 2016; EPUAP/NPUAP/PPPIA, 2019).

2.1.2.1. Evre 1 basınç yaralanması

En sık kemik çıkıntıları üzerinde olmakla birlikte herhangi bir alanda ortaya çıkan, derinin bütünlüğü bozulmamış eritem alanlardır. Parmakla basıldığında eritem alanda beyazlama olmaz. Bu alanda ısı artışı ya da diğer bölgelere göre daha soğuk, hafif ödemli, sert ya da yumuşak ve ağrılı olabilir. Ten rengi koyu olanlarda eritem alan tam belli olamayabilir (EPUAP/NPUAP/PPPIA., 2019).



Şekil 2.1.Evre 1 Basınç Yaralanması

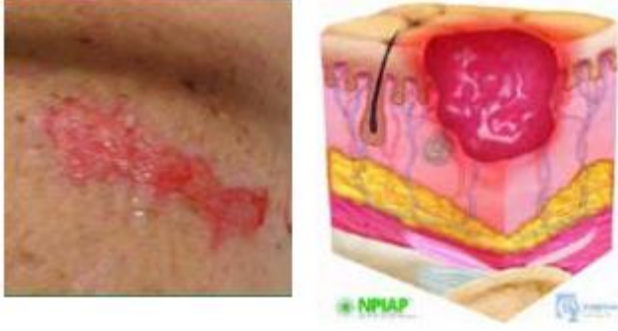


Şekil 2.2. Koyu Pigmentli Cilt
Evre 1 basınç yaralanması

Kaynak: EPUAP/NPUA/PPPIA., (2019)

2.1.2.2. Evre 2 basınç yaralanması

Deri bütünlüğün bozulmasıyla beraber dermisin kısmı kaybı mevcuttur. Ülser alanı canlı kırmızı ya da pembe renkte parlak ve nemlidir. Henüz yırtılmamış içinde sıvı olan vezikül şeklinde de görülebileceği gibi patlamış bül şeklinde de görülebilir. Ülser alanında yağ dokusu, nekrotik doku, eskar ve granüle doku bulunmaz. Bu aşamada inkontinas ve neme bağlı dermatitlerde, travmalarda, yanıklarda ve medikal bant ürünlerinden kaynaklı yaralarda bu sınıflandırma kullanılmaz (EPUAP/NPUAP /PPPIA., 2019).

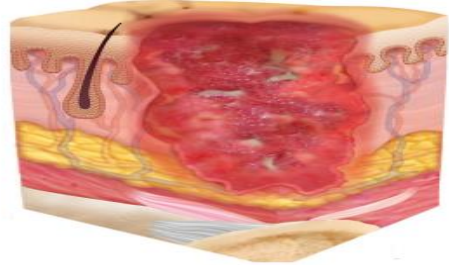


Şekil 2.3. Evre 2 Basınç Yaralanması

Kaynak: EPUAP/NPUAP/ PPPIA., (2019)

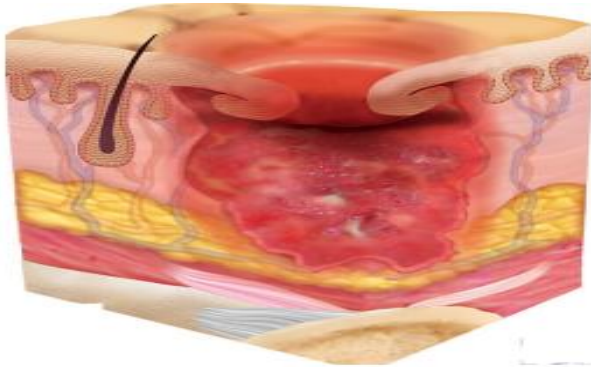
2.1.2.3. Evre 3 basınç yaralanması

Ülser ve granülasyon dokusunda adipozun ve/veya epibolün görüldüğü derinin tam kalınlıkta kaybı mevcuttur. Bu evrede fasya, tendon, kas, ligament, kıkırdak ve kemik görülmez. Tünelleşme görülebilir. Ülser alanında slough (arı, bronz, gri ya da kahverengi fibrinli doku) ve/veya eskar görülebilir. Eğer slough ve eskar dokunun derinliğini gizliyorsa bu evrelendiremeyen basınç yaralanması olur. Yağlanma alanlarının fazla olduğu alanlarda daha derin ülserler olabilir (EPUAP/NPUAP /PPPIA., 2019).



Şekil 2.4. Evre 3 Basınç Yaralanması

Kaynak: EPUAP/NPUAP/PPPIA., (2019)



Şekil 2.5. Epibol ile Evre 3 Basınç Yaralanması

Kaynak: EPUAP/NPUAP/PPPIA., (2019)

2.1.2.4. Evre 4 basınç yaralanması

Derinin tam kalınlıkta kaybı ile birlikte doku kaybının da olduğu doğrudan görülen ve palpe edilebilen tendon, kas, ligament, kıkırdak ve kemik gibi yapıların olduğu ülserleşmelerdir. Epibol ve/veya tünelleşme sıklıkla görülür. Slough veya eskar dokusu doku içeren ülserler doku kaybının boyutunu gizleyebilir. Bu durumda sınıflama değişir ve evrelendirilemeyen basınç yaralanması kabul edilir. Evre 4 basınç yaralanmasında mevcut olabilecek osteomilelit açısından değerlendirme yapılmalıdır (EPUAP/NPUAP/PPPIA., 2019).



Şekil 2.6. Evre 4 Basınç Yaralanması

Kaynak: EPUAP/NPUAP/PPPIA., (2019)

2.1.2.5. Evrelendirimeyen basınç yaralanması

Ülser içindeki doku hasarının boyutunun slough ve/veya eskar dokusu içeren derinin tam kalınlıkta kaybı ve doku kaybı mevcuttur. Slough ve/veya eskar dokusu çıkarılırsa basınç yaralanması evre 3 ya da evre 4 olarak ortaya çıkacaktır. Ekstremitelerde yüzeye tutunmuş, kuru, akıntılı veya eritem olmayan eskar dokusu yumuşatılmasına ve kaldırılmamasına dikkat edilmelidir. Eskar dokusunun kaldırılması halinde vücut enfeksiyona açık hale gelir (EPUAP/NPUAP/PPPIA., 2019).



Şekil 2.7. Evrelendirimeyen basınç yaralanması

Kaynak: EPUAP/NPUAP/PPPIA., (2019)

2.1.2.6. Şüpheli derin doku hasarı riski

Deri bütünlüğü bozulmuş veya bozulmamış kalıcı, koyu kırmızı renkli, mor renk değişikliği ya da içi kan dolu koyu renkte bül ile karakterizedir. Diğer dokularla karşılaştırıldığında ağrılı, daha sıcak ya da daha soğuk olabilir. Travma ya da ilaç etkileri ile oluşmuş morluklarla karıştırılmamalıdır (EPUAP/NPUAP/PPPIA., 2019).



Şekil 2.8. Şüpheli Derin Doku Basınç Yaralanması Riski

Kaynak: EPUAP/NPUAP/PPPIA., (2019)

2.1.2.7. Tıbbi cihaz ile ilişkili basınç yaralanması

Teşhis ve tedavi amacıyla tasarlanan ve kullanılan cihaz ve malzemelerin uygun olmayan kullanımı tıbbi cihazlara bağlı basınç yaralanmalarına sebep olabilmektedir. Basınç yaralanması genellikle cihaz ya da malzemenin şeklini alma eğilimindedir. Basınç yaralanması evreleme sistemi kullanılarak evrelendirilir. Örneğin; Nazogastrik sonda ilişkili burun kökünde ‘evre 4 basınç yaralanması’ gibi ifade edilir (EPUAP/NPUAP/PPPIA., 2019).



Şekil 2.9a: Monitörizasyon kabloları ile ilişkili

Şekil 2.9b: Santral Katater ile ilişkili

Şekil 2.9c: Trakiostomi kanül tespiti ile ilişkili

Kaynak: (www.magonlinelibrary.com/doi/full/10.12968/jowc.2020.29.Sup2a.S1., Erişim tarihi: 30 Aralık 2023).



Şekil 2.9d Klemp ile ilişkili



Şekil 2.9e Nazogastrik tüp ile ilişkili



Şekil 2.9f Non-invaziv ventilasyon ile ilişkili

Kaynak: (www.magonlinelibrary.com/doi/full/10.12968/jowc.2020.29.Sup2a.S1., Erişim tarihi: 30 Aralık 2023).

2.1.2.8. Mukoz membran basınç yaralanması

Yaralanmanın olduğu mukoz membranda endotrakeal tüp, orogastrik, nazogastrik sondalar ve üriner kateter gibi tıbbi ekipmanların kullanımına bağlı mukoz membran doku bütünlüğün bozulması ile oluşan basınç yaralanmasıdır. Yaralanma deride olmadığı için 1 ile 4 arası sınıflama yapılması uygun olmaz. Basınç yaralanmasına sebep olan ekipman ile adlandırılır. Örneğin; Endotrakeal tüp ile ilişkili oral mukoz membranda basınç yaralanması. Kullanılan medikal ekipmanın mukoz membrana basınç yapacak şekilde konumlandırılmamalı ve mümkünse pozisyonu sık sık değiştirilmelidir (EPUAP/NPUAP/PPPIA., 2019).

2.1.3. Basınç Yaralanması Oluşumundaki Risk Faktörleri

Basınç ülserlerinin gelişmesinde birçok neden vardır. Risk faktörlerin bilinmesiyle alınacak önlemler basınç ülserlerinin önlenmesi ve tedavisi için oldukça önemlidir. Bu riskler ekstresek (dışsal) ve intresek (içsel) olarak ikiye ayrılır (Karadağ, 2003).

2.1.3.1 Ekstresek (dışsal) faktörler

Basınç: Doku üzerine var olan basınç yaralanmaların oluşmasında en önemli faktörlerdendir. Dokunun toleranslıda önemli olmakla birlikte dokuya uygulanan basıncın süresi ve yoğunluğu basınç yaralanmasına sebep olmaktadır. Dokuya uygulanan basınç 32 mmHg ve üzerine çıkmaya başladığında kapiller dolaşım ciddi oranda azalmasıyla dokuda iskemi meydana gelir. Doku beslenmesi azalarak basınç yaralanması oluşmasına sebep olur (Bhattacharya and Mishra, 2015; Şahin ve ark., 2017).

Sürtünme (Friksiyon) ve Makaslanma (Yırtılma): Sürtünme, bir cismin yüzeyinin diğer bir cisme temas etmesi ve bu temas sonucunda oluşan kuvvet veya dirençtir. Yer

çekimi ile sürtünme arasında etkileşim ile yırtılma ortaya çıkmaktadır. Derinin bir yüzey üzerinde hareket etmesi dermis tabakası üzerinde derin olmayan yüzeysel hasarlara sebep olan bir durumdur. Hastanın yatakta aşağı yukarı doğru kayması, uygun olmayan çekme ve çevirmeler, yatak içi uygun olmayan pozisyonlar gibi yanlış teknikler sürtünme ve makaslanmaya neden olur. Sürtünme doğrudan basınç gibi derin doku hasarına sebep olabilir. Hastanın çekilerek hareket ettirilmesi yerine çarşafı kaldırılarak hareket ettirilmesi gerekir (Karadağ ve Karabağ, 2013; Jaul, 2014; Orhan, 2017; Sivrikaya ve Sarıkaya, 2020).

Nem ve ıslaklık: Terleme, inkontinans, kusma yara akıntısı gibi ıslaklık ve nem oluşturan durumlar tek başlarına basınç yaralanması oluşturmaz ancak derinin pH'ı bozarak doku toleransını azaltır. Derinin sürtünme ve yırtılmalara karşı dirençsiz hale gelmesiyle basınç yaralanması oluşma riski artar (Karadağ ve Karabağ, 2013; Çakır ve Enginyurt, 2016; Çınar ve ark., 2018; Sivrikaya ve Sarıkaya, 2020).

2.1.3.2 İntrensek (İçsel) faktörler

Beslenme: Doku bütünlüğün tam ve sağlıklı immün sistemin de güçlü olması için yeterli beslenme; basınç yaralanmasının önlenmesi ve tedavisinde önemli bir rol oynar. Yetersiz beslenmenin sebep olduğu kilo kaybı, malnütrisyon, düşük beden kitle indeksi ve serum albümin değerinin düşük olması vücudun yara iyileşme sürecini olumsuz etkileyebilir ve basınç yaralanması oluşma riskini artırabilir. Bu nedenle, dengeli ve yeterli beslenme, basınç yaralanmasının önlenmesi ve tedavisinde kritik bir faktördür. (Karadağ, 2003; Karadağ ve Karabağ, 2013; Efteli ve Gunes, 2013; Kaşıkçı ve ark., 2018; Genç ve ark., 2023).

Beden kitle indeksi yüksek kişilerde kemik çıkıntıları üzerindeki basınç fazla olduğundan ve hastanın yatak içinde hareket ettirilmesi gereken durumlarda sürtünme fazla olacağından basınç yaralanması gelişme riski daha fazladır. Beden kitle indeksi düşük olan kişilerde ise subkutan doku azaldığı için yine kemik çıkıntıları üzerinde basınç artacağından basınç yaralanması gelişme riski artar (Çınar ve ark., 2018; Saghaleini et al., 2018).

Duyusal algıda azalma ve bilinç durumundaki değişimler: Normal duyusal algının azalmasına sebep olan nörolojik hastalıklar, konfüzyon, sedasyon etkili ilaçlar hastanın basıncın verdiği rahatsızlığı hissetseler bile yatak içi hareket edip pozisyon değiştirmekte zorlanırlar. Literatürde bilinç durumunu bozukluğu olan hastalarda

basınç yaralanması gelişme riski daha fazla olarak görülmektedir. Sinir iletimi bozulmuş nörolojik kayıpları olan ve bilinci kapalı yoğun bakım hastalarında hareketsizlik sebebiyle oluşan rahatsızlık ve ağrı hissini algılamadıkları için basınç yaralanması gelişme riski yüksektir (Efteli and Gunes, 2013; Ersoy ve ark., 2013; Coyer et al., 2017).

Hareketlerde azalma ya da immobilizasyon: Yatağa bağımlı hastalarda inme, güçsüzlük ve ağrı gibi hareketin azalmasına ya da tamamen immobilizasyona sebep olan durumlarda hastanın kendi başına basınç bölgesindeki basıncı azaltıcı yönde hareketi kısıtlı ya da olmadığı için basınç yaralanması gelişme riski artar (Karadağ ve Karabağ, 2013; Orhan, 2017).

Yaş: Yaş ilerledikçe deri altı yağ dokusu azalmasıyla birlikte derinin turgoru, perfüzyonu, tolerasyonu ve esnekliği azalır. Yaş ilerledikçe inkontinans, hareketsizlik, kaşeksi, bilinç durumundaki değişiklikler buna ek olarak sistemik hastalıkların başlamasıyla da basınç ülseri gelişme riski genç bireylere oranla daha yüksektir (Karadağ ve Karabağ, 2013; Şahin ve ark., 2017; Sivrikaya ve ark., 2020).

Enfeksiyon: Enfeksiyonla birlikte artan vücut ısısı sebebiyle metabolizmanın hızlanması ile vücudun oksijen ihtiyacının artması vücut direncini düşürür. Vücut ısısı değişimlerinde oluşan terleme ile vücut nemlenir ve doku toleransı azalır ve basınç yaralanması gelişme riski artar. Var olan enfeksiyon basınç ülserlerinin iyileşmesini geciktirir (Karadağ ve Karabağ, 2013; Kıraner ve ark., 2016; Şahin ve ark., 2017).

Basınç yaralanması gelişmiş cerrahi hastalar ile yapılan çalışmada ameliyat süresince vücut ısılarının ortalama 35,4 olduğu ve hipoterminin de basınç yaralanması oluşumunda risk faktörü olduğu gösterilmiştir (Engels et al., 2016).

Periferel dolaşımın bozulması, kronik hastalıklar ve travmalar: Dolaşımın bozulmasına sebep olan diyabet, hipertansiyon, periferel kalp hastalıkları ve periferel damar hastalıkları gibi dokulara kan oksijen taşınmasını etkileyen hastalıklar basınç yaralanması gelişme riskini artırır. Hipotansiyon derinin tolerasyonunu azaltır. Özellikle diyastolik kan basıncındaki 60 mmHg'nın altına düşmesi ile kapiller dolaşımdaki yetersizlikle, kısa sürede ve daha düşük basınçlarda bile basınç yaralanması gelişme riski artar (Karadağ ve Karabağ, 2013; Efteli and Gunes, 2013).

Kronik hastalığı olan kişilerin hastalıklara uyum aşamasında hücrelerinde farklılaşmalar oluşmakta ve bazı bölgedeki oksijenasyon bozulmaktadır. Bu hastaların basınç yaralanması riski yüksektir (Karadağ ve Karabağ, 2013; Efteli ve Gunes, 2013).

Serebrovasküler hastalıklar, spinal kord travmaları ve nörolojik hastalıklara bağlı hareketsizlik ve mobilite kaybı kan dolaşımının etkin sağlanmasını engeller dolayısıyla basınç yaralanması gelişme riskini artırır (Boyko et al., 2018; Zarei et al., 2019).

Tıbbi cihazlar ve medikal ekipmanlar: Kullanılan tıbbi cihaz ve ekipmanların kullanım şekline ve konumuna göre basınç yaralanması gelişme riski artabilir. Cihazın/ekipmanın altında kalan deri ve deri altı dokular basınca maruz kaldıkça cihazın ya da ekipmanın doğrudan basınç yaralanması oluşturma riski yüksektir (Black and Kalowes, 2016).

Endotrakeal tüpler, trakeostomi kanül ve bağları, nazal kanül, oksijen maskeleri, santral-periferel kataterler, üriner katater, periferik oksijen satürasyon probu, ostomi torbaları, boyunluk gibi ekipmanların kullanımı basınç yaralanması risk etmenleridir (Kaşıkçı et al., 2018; Rashvand et al., 2020). Bunun yanında düşük kalite elastikiyeti olmayan sert malzemeler de riski artırmaktadır (Cooper, 2013).

2.1.4 Basınç Ülserlerinin Önlenmesi, Bakım ve Tedaviye Yönelik Kanıta Dayalı Uygulamalar

NPUAP, EPUAP ve PPPIA'nın son güncellemeleri 2019 da yaptıkları ve 2025'te kılavuzun tekrar güncelleneceği "Basınç Ülserlerinin/Yaralarının Önlenmesi ve Tedavisi: Hızlı Referans Kılavuzu" yayınlamıştır. Sağlık profesyonelleri için başvuru kılavuzu olmuştur. Konu başlıkları arasında; Derinin değerlendirilmesi ve bakımı, beslenmenin değerlendirilmesi, pozisyon verme mobilizasyon ve destek yüzeylerin kullanımı, tıbbi cihaz/medikal ekipman kullanımı, enfeksiyon ve yara örtüleri gibi konu başlıkları altında toplanmıştır. Oluşturulan kılavuz basınç yaralanmalarının gelişimini önleme, bakım ve tedavisiyle ilgili kanıta dayalı uygulama önerileri ile sağlık profesyonellerine kılavuzluk etmektedir. Kılavuzun oluşturulmasında kullanılan araştırmalar bilimsel yöntemlerle değerlendirilmiş, bu değerlendirmeler sonucunda ortak bir konsensusla oluşturulmuştur (EPUAP/NPUAP/PPPIA., 2019).

2.1.4.1. Risk değerlendirmesi ve risk faktörlerinde kanıta dayalı uygulamalar

Sınırlı hareket kabiliyeti, sınırlı aktivite ve yüksek sürtünme ile yatak içinde

kayma potansiyeli olan bireyler, basınç yaralanması riski altındadır. Basınç yaralanması olan kişilerde, ek basınç yaralanması oluşturma riskini vardır. Örneğin, Evre I basınç yaralanması olan bireyler, Evre II veya daha ileri bir basınç yaralanması oluşabilir. Cilt durumundaki değişiklikler ve ağrı da basınç yaralanması riskini artırabilir (EPUAP/NPUAP/PPPIA., 2019).

Diyabet, yetersiz dolaşım ve perfüzyon, bozulmuş beslenme durumu, bozulmuş nem dengesi ve oksijen eksikliği gibi faktörler de risk oluşturabilir. Artan vücut sıcaklığı, ileri yaş, duyuşsal ağrı bozukluğu, laboratuvar kan testi sonuçları, genel ve ruhsal sağılık durumu da değerlendirilmelidir (EPUAP/NPUAP/PPPIA., 2019)

Ayrıca, ameliyatla ilişkili faktörler, kritik hasta takipleri ve yenidoğan/çocuklarda özel durumlarda göz önünde bulundurulmalıdır. Basınç yaralanması riski taşıyan kişilerde sağılık kurumuna yatışından ilk sekiz saat içinde ve taburcu olana kadar bir risk değerlendirme aracı kullanılarak kapsamlı bir cilt analizi ve risk faktörlerinin belirlenmesi önerilir. Basınç yaralanması riski taşıyan bireylerin periyodik olarak risk taramasının yapılması ve risk temelli bir önleme planının oluşturulması önemlidir. Bu süreçte, yapılandırılmış bir yaklaşım kullanmak, kapsamlı bir cilt değerlendirmesi yapmak ve ek risk faktörlerini değerlendiren bir risk değerlendirme aracının kullanılması önerilir (Orhan, 2017; Kılıç ve Sucudağ, 2017; EPUAP/NPUAP/PPPIA., 2019).

2.1.4.2. Derinin değerlendirilmesi ve bakımında kanıta dayalı uygulamalar

Basınç yaralanması riski altındaki tüm bireylerin hasta kabulünden taburcu olana kadar kapsamlı deri ve doku değerlendirmesi yapılmalıdır. Bu değerlendirmeler, bireyin risk durumuna göre periyodik olarak tekrarlanmalıdır. Bireylerin derileri, eritem varlığı açısından incelenmelidir. Parmakla basılınca solan eritemi, basmakla solmayan eritemden ayırmak ve eritemin boyutunu belirlemek önemlidir. Ayrıca derinin ve yumuşak dokunun ısısı da kontrol edilmelidir. Rutin klinik deri değerlendirmesine ek olarak, sub-epidermal nem/ödem ölçüm cihazı kullanılabilir. Koyu renkli derilerde, derinin ısısı ve nemi gibi ek değerlendirme stratejileri göz önünde bulundurulmalıdır. Deri renginin objektif olarak değerlendirilmesi için bir renk skalası kullanılabilir. Deri bakımında, derinin temiz ve uygun hidrasyon sağılanması, inkontinans basınç yaralanması riskini beş kata kadar arttırdığından hemen temizlenmesi, alkol ve alkali temizleyicilerin kullanılmaması ve bariyer

ürünlerin kullanılması önemlidir. Basınç yaralanması riski olan bölgelere kuvvetli masajdan kaçınılmalıdır. Özellikle kızamık ve kemik çıkıntısı olan yerlere masaj yapılmamalıdır. Ayrıca, basınç yaralanması olan veya risk altındaki hastalarda sürtünme katsayısı düşük tekstil ürünleri ve silikon çok katlı yara örtüleri kullanılmalıdır (Özel, 2014; Doğu, 2015; Şahin ve ark., 2017; Tanrikulu ve Dikmen, 2017; EPUAP/NPUAP/PPPIA, 2019; Sivrikaya ve Sarıkaya, 2020).

Preoperatif dönemde hastanın deri bütünlüğünün ayrıntılı bir şekilde değerlendirilmesi büyük önem taşımaktadır. intraoperatif dönemde ise, hastanın üzerindeki medikal ekipmanların uygun şekilde yerleştirilmesi ve hastanın pozisyon değişikliklerinin sağlanması gereklidir. Uygun destek yüzeylerinin kullanılması da basınç yaralanmalarının önlenmesinde kritik rol oynamaktadır. Son olarak, postoperatif dönemde hastanın deri değerlendirmesinin yapılması, herhangi bir sorun olup olmadığının tespit edilmesi açısından önemlidir (Engels et al., 2016; Rızalar, 2020).

2.1.4.3. Beslenmenin değerlendirilmesi ve bakımında kanıta dayalı öneriler

Beslenme durumunda bozulma olan hastalarda basınç yaralanması riski artar bu yüzden basınç yaralanması riski taşıyan bireylere kapsamlı bir beslenme taraması yapılmalıdır. Tarama sonucunda malnütrisyon riski taşıyan, basınç yaralanması riski olan ya da basınç yaralanması olan bireylerde, ayrıntılı bir beslenme değerlendirmesi yapılarak bireyselleştirilmiş bir beslenme bakım planı oluşturulmalı ve uygulanmalıdır. Malnütrisyon riski taşıyan, basınç yaralanması riski olan ya da basınç yaralanması olan bireylerin enerji ve protein alımları optimize edilmelidir. Basınç yaralanması olan ve bununla beraber malnütrisyonu olan ya da malnütrisyon riski taşıyan bireylerin enerji alımı 30-35 kcal/kg/gün, protein alımı ise 1,2-1,5 g/kg/gün olacak şekilde planlanmalıdır. Basınç yaralanması riski olan ancak normal diyetlerinde yetersiz kalori alımı bulunan bireylere, yüksek kalorili, yüksek proteinli ve zenginleştirilmiş gıdalar veya gıda takviyeleri önerilmelidir. Basınç yaralanması olan ve yeterli oral alımı olmayan bireylerde ise beslenme desteği için enteral veya parenteral beslenmenin faydaları ve zararları değerlendirilmesi önerilir. Yetersiz ve dengesiz beslenme kayıt altına alınmalı ve beslenme planlamaları güncellenmelidir (Sivrikaya ve Sarıkaya, 2020; EPUAP/NPUAP/PPPIA, 2019; Bayko et al., 2018; Tanrikulu ve Dikmen, 2017; Özel, 2014).

Travma, yetersiz beslenme, artmış katabolizma, sepsis ve majör cerrahi gibi durumlarda gelişen hipoalbuminemi ve ödem, doku bütünlüğünün bozulmasına ve basınç yaralanmalarının oluşmasına zemin hazırlar. Çalışmalarda serum albümin değeri düşük olanlarda daha sık basınç yaralanması olduğu ve basınç yaralanmalarının iyileşme süreçlerinin uzadığı görülmüştür (Kaşıkçı et al., 2018; Çınar ve ark., 2018; Orhan, 2017; Şahin et al., 2017).

Evre II basınç yaralanması olan ve malnütrisyon ya da malnütrisyon riski taşıyan bireylere, yüksek kalori, yüksek protein, arginin, çinko ve antioksidan içeren oral gıda takviyeleri veya enteral formül sağlanmalıdır. Ayrıca, basınç yaralanması riski veya basınç yaralanması bulunan bireylerde klinik olarak bir engel yoksa yeterli hidrasyon için su/sıvı alımı teşvik edilmelidir. Son olarak, basınç yaralanması riski taşıyan yenidoğan ve çocuklarda da uygun bir beslenme taraması ve değerlendirmesi yapılmalı, yaşa uygun gıda takviyeleri, enteral veya parenteral beslenme desteği planlanmalıdır (EPUAP/NPUAP/PPPIA, 2019).

2.1.4.4. Pozisyon verme, mobilizasyon ve destek yüzeylerin kullanımı ile ilgili kanıta dayalı öneriler

Basınç yaralanması olan veya riski taşıyan tüm bireyler için, kontrendikasyon yoksa, düzenli pozisyon değişikliği yapılmalıdır. Yatağa bağımlı hastalarda en fazla iki saatte bir, tekerlekli sandalye bağımlı hastaların en fazla bir saatte bir pozisyonu değiştirmelidir. Yatak içi sağ yan, sırtüstü, sol yan ve eğer sağlık durumu uygun ise yüzüstü olmak üzere sırasıyla pozisyon değişikliği yapılmalıdır. Pozisyon değişikliği sıklığı, bireyin aktivite düzeyi, mobilite ve kendi kendine pozisyon değiştirme durumu göz önünde bulundurularak belirlenir. Hastalara pozisyon verilirken sürükleyerek çekmek yerine bir ara çarşafı kaldırılarak hareket ettirilir ve basınçtan kaçınılır. Deri/doku toleransı, genel tıbbi durum, tedavi hedefleri, hasta konforu ve ağrı göz önünde bulundurulmalıdır. Pozisyon değişiklikleri, kemik çıkıntılarını basınçtan uzak tutacak şekilde yapılmalı, sürtünme ve yırtılmayı azaltan teknikler kullanılmalıdır. Kritik hastalarda ise pozisyon değişiklikleri, hemodinamik ve oksijenasyon durumuna göre ayarlanmalıdır sık ve küçük hareket değişiklikleriyle başlanmalıdır. Topuklar yastık veya uygun destek yüzeylerle elevasyona alınmalı, diz fleksiyonda tutularak aşıl tendon ve popliteal ven üzerindeki basınç dağıtılmalıdır. Ameliyatlarda da basınç yaralanmasını önlemek için özel pozisyonlandırma teknikleri kullanılmalıdır. Hasta yatakta aşağı doğru kayıp sürtünme ve basıncın artmasını engellemek için yatağın ayak

kısmı bir miktar yükseltilir. Topuklar yastık veya uygun destek yüzeylerle eleve edilmeli, diz fleksiyonda tutularak aşıl tendon ve popliteal ven üzerindeki basınç dağıtılmalıdır. Ayrıca topuk bölgesinin topuk süspansiyon cihazları ile korunması önerilir (EPUAP/NPUAP/PPPIA, 2019; Orhan, 2017; Çakır ve Enginyurt, 2016).

Basınç yaralanması riski taşıyan hastalar, sağlık durumlarına uygun şekilde, hareket etme, egzersiz yapma ve mobilize olma konusunda desteklenmelidir. Engeli ya da kısıtlılığı olmayan hastalar, düzenli olarak yürümeye teşvik edilmeli, günde en az 8 saat aralıklarla aktif veya pasif eklem hareket açıklığı egzersizleri yaptırılmalıdır. Hastanın tolere edebileceği düzeyde hareket etmesi, kas gücünün ve eklem hareketlerinin korunması, basınç yaralanması riskini azaltmak açısından oldukça önemlidir. Sağlık personeli, hastanın bireysel ihtiyaçlarını göz önünde bulundurarak uygun egzersiz programını belirlemeli ve hastayı bu konuda teşvik etmelidir (EPUAP/NPUAP/PPPIA, 2019; Kocaman, 2017).

Yoğun bakım hastalarında, aspirasyon pnömonisi ve ventilatör ilişkili pnömoniye önlemek için yatak başı 30-45 derece yükseltilmelidir. Ancak, bu uygulama sakruma uygulanan basıncı artırabileceğinden dikkatli olunmalıdır (Rızalar, 2020; EPUAP/NPUAP/PPPIA, 2019; Orhan, 2017; Tanrikulu ve Dikmen, 2017; Çakır ve Enginyurt, 2016).

Ameliyathane de 4 saat ten uzun süren operasyonlarda basınç ülseri oluşumunu engellemek için hastaya uygun pozisyon ve uygun destek yüzeyleri kullanılmalıdır. Postoperatif dönemde ilk 72 saatte gelişen basınç yaralanmaları ameliyat sırasında gelişir ve genellikle şüpheli derin doku hasarı riski şeklindedir (EPUAP/NPUAP/PPPIA, 2019; Boyko et al., 2018; Engels et al., 2016).

Basınç yaralarının oluşumunu önlemek için, hastanın ihtiyacına uygun bir destek yüzeyi seçmek önemlidir. Bu seçimde göz önünde bulundurulması gereken faktörler; hastanın immobilité ve inaktivite seviyesi, mikro iklim kontrolü ve yırtılmanın azaltılması, hastanın boyu ve ağırlığı, mevcut basınç yaralarının sayısı, ciddiyeti ve yeri ile yeni basınç yaraları gelişimi riski olarak sıralanabilir. Ayrıca malzemenin maliyeti de göz önünde bulundurulmalıdır. Obezitesi olan hastalarda, basıncı yeniden dağıtan, yırtılmanın önlenmesi ve mikro iklim özellikleri geliştirilmiş destek yüzeyi seçimi önemlidir. Basınç yaralanması riski taşıyan hastalarda, reaktif hava yatağı veya ara yüzey kullanımı da değerlendirilmelidir. Ayrıca, basınç yaraları

riski taşıyan hastalarda, ameliyat masasında basıncı yeniden dağıtan bir destek yüzeyi kullanılmalıdır. Evre III veya IV basınç yaraları olan hastalarda, deri sıcaklığını ve aşırı hidrasyon seviyesini azaltmak amacıyla hava akışlı yatak kullanımı da değerlendirilmelidir. Sandalye veya tekerlekli sandalyede uzun süre oturan yüksek riskli hastalarda, basınç yaralarını önlemek için basıncı yeniden dağıtan minderler kullanılmalıdır. Tıbbi cihazla ilişkili basınç yaralanması riskini azaltmak için, cihazların doku hasarını en aza indiren özellikleri, doğru boyut ve biçimde olması, doğru uygulanabilmesi ve düzenli olarak izlenmesi gerekmektedir (EPUAP/NPUAP/PPPIA, 2019; Charalambous et al., 2019).

Destek yüzeyler vücut üzerindeki basıncın eşit dağılımını sağlar, böylece doku hasarı önlenabilir. Destek yüzeyler statik ve dinamik olmak üzere iki kategoride sınıflandırılmaktadır. Statik destek yüzeyler arasında sünger yataklar, jel, köpük, sıvı veya hava dolu yatak örtüleri ve koyun postu yer almaktadır. Dinamik destek yüzeyler ise, elektrikli hava pompası ile şişen/sönen yataklar, sıvılaştırılmış hava tedavi cihazları, düşük hava kayıplı yataklar ve pozisyon veren yataklar gibi sistemlerdir. Dikkat edilmesi gereken nokta, sentetik koyun postu, su yastıkları veya pamuk bandaj gibi malzemelerin noktasal basıncı artırarak kan dolaşımını azaltması nedeniyle önerilmemesidir. Doğru destek yüzeyinin seçilmesi, basınç yaralarının önlenmesinde kritik rol oynamaktadır. Pozisyon verilirken kemik çıkıntılarındaki basıncı azaltmak ya da ortadan kaldırmak için ve pozisyona destek olmak için yastık, sünger, köpük gibi destek yüzeylerin kullanılması önerilirken simit şeklindeki destek yüzeyleri kullanılmamalıdır. Sentetik koyun postu ve su yastıkları noktasal basıncı arttırdığı için kullanılması önerilmez. Basınç ülseri açısından yüksek riskli olan hastalar ve iyileşmeyen basınç yaralarında enerji ile çalışan dinamik yüzeyler önerilmektedir (Gül, 2011; Çakır ve ark., 2016; EPUAP/NPUAP/PPPIA, 2019; Charalambous et al., 2019; Rızalar, 2020).

2.1.4.5. Tıbbi cihaz/medikal ekipman ilişkili kanıta dayalı öneriler

Hastanın ihtiyacına uygun olmayan boyut, şekil veya özelliklerdeki tıbbi ekipmanların kullanılması, ya da ekipmanların üretici talimatlarına uygun olarak doğru şekilde uygulanmaması, basınç yaralanmalarına neden olabilmektedir. Ayrıca, tıbbi cihazların yerinden çıkması veya yer değiştirmesi de basınç ve sürtünme etkisiyle deri ve dokuda hasara yol açabilir. Örneğin, hastanın vücut ölçülerine uygun olmayan bir endotrakeal tüp, nazal kanül veya oksijen maskesi kullanılması, bu cihazların yanlış

konumlanması veya sabitlenmemesi durumunda, deri ve mukozada basınç ve sürtünme hasarı meydana gelebilir. Benzer şekilde, kateterlerin, dren ya da ostomi cihazlarının doğru şekilde yerleştirilmemesi de basınç yaralanmalarına yol açabilir. Bu nedenle, tıbbi cihazların hasta özelliklerine uygun seçilmesi, üretici talimatlarına göre doğru şekilde uygulanması ve düzenli olarak kontrol edilmesi, basınç yaralanmalarının önlenmesinde önemlidir. Basınç yaralanmasına sebep olabilecek tıbbi ekipman ve malzemeler; Endotrakeal tüpler, trakeostomi tüpleri, nazal kanüller, oksijen maskeleri, santral venöz kateterler, periferik intravenöz kateterler, diyaliz kateteri, epidural kateterler, nazogastrik kateterler, üriner kateterler, periferik oksijen sensörleri, tansiyon ölçüm manşonları, tromboembolik önleyici manşonlar, drenler, nefrostomi tüpleri, ostomi cihazları, boyunluklar, korseler sayılabilir (Black et al., 2013; Cooper, 2013; Tanrıkulu ve Dikmen, 2017; Charalambous et al., 2019; EPUAP/NPUAP/PPPIA, 2019).

Medikal ekipmanların neden olduğu basınç yaralanmalarını önlemek için, düzenli deri değerlendirmeleri yapılmalıdır. Ayrıca, ekipmanların konumu iki saatte bir değiştirilmeli veya sıkı tespit yapılmamalıdır. Ekipmanların deri ile temas eden bölgelere hidrokolloid örtüler uygulanması, basınç yaralanması riskini azaltabilmektedir. Sonuç olarak, hastaya uygun malzemelerden üretilmiş medikal ekipmanların doğru pozisyonlanması, sabitlenmesi ve düzenli kontrol edilmesi, basınç yaralanmalarının önlenmesinde etkilidir (Cooper, 2013; Black et al., 2013; Tanrıkulu ve Dikmen, 2017; EPUAP/NPUAP/PPPIA, 2019; Charalambous et al., 2019).

2.1.4.6. Enfeksiyon ve yara örtüleri ile ilgili kanıta dayalı öneriler

Basınç yaralanmasında geciken iyileşme, uygun tedaviye rağmen iki hafta içinde iyileşme belirtilerinin olmaması, yara boyutunda artış, nekrotik doku varlığı, artan eksüda veya kötü koku gibi bulgular enfeksiyon şüphesini uyandırmalıdır. Biyofilm varlığında ise, uygun tedaviye rağmen iyileşmenin olmaması, granülasyon dokusu bozukluğu ve düşük seviyeli enflamasyon görülebilir. Yara yatağının siyah renkte olması nekrotik doku varlığını gösterir, bu durum temizleme ve debridman gerektirir. Sarı yara yatağındaki fibrin doku temizlenmeli, ancak debride edilmemelidir. Pembe-kırmızı granülasyon dokusu ise iyileşme için korunması gereken sağlıklı bir yara yatağıdır. Basınç yaralanması evresine uygun olarak serum fizyolojik ile temizlenebilir. Enfekte olmuş veya şüphelenilen lezyonlar yüzey aktif maddeler veya antimikrobiyal ajanlarla temizlenebilir ve antibiyotikli pomatlar

kullanılır. Sistemik enfeksiyon bulguları varsa, antibiyotik tedavisi başlanmalıdır. Lokal enfeksiyon veya biyofilm şüphesinde ise, doku biyopsisi ve mikroskopik inceleme ile bu durumun doğrulanması önemlidir. Osteomyelit şüphesi varsa, radyolojik incelemelerle değerlendirilmelidir. (Kurtoğlu ve Karataş, 2009; Çelik ve ark., 2017; Sumarno, 2019; EPUAP/NPUAP/PPPIA, 2019; Çayır, 2020).

Enfekte olmayan Evre II basınç yaraları için, yaranın klinik durumuna göre hidrojel veya polimer yara örtüleri kullanılabilir. Minimal eksüdasyonlu, enfekte olmayan Evre III ve IV basınç yaraları için hidrojel yara örtüleri tercih edilebilir. Aşırı eksüdasyon olan basınç yaralarında ise, yüksek emilim kapasitesine sahip süper emici yara örtüleri kullanılmalıdır. Yara örtüsü seçiminde maliyet, yaranın özellikleri ve hastanın ihtiyaçları göz önünde bulundurulmalıdır. Hidrokolloid yara örtüleri, hidrojel, köpük, silikon, kollojen matriks, gümüş veya bal emdirilmiş farklı yara örtüleri de bulunmaktadır. Yara örtüleri bulunmadığı durumlarda şeffaf yara örtüleri kullanılabilir ya da uygun nemlilikte bir yara ortamını sürdürmek için nemli gaz bezlerin kullanımı önerilir (Kurtoğlu ve Karataş, 2009; Çelik ve ark., 2017; EPUAP/NPUAP/PPPIA, 2019; Sumarno, 2019).

2.1.5. Basınç Yaralanması Risk Değerlendirme Araçları

Basınç yaraları için kullanılan risk değerlendirme ölçekleri, hassasiyet, özgüllük, tahmin edicilik ve kullanım alanları açısından birbirlerinden farklılık gösterir. Güvenilir, ekonomik ve kullanımı kolay olan risk değerlendirme ölçeklerinin kullanımı önerilmektedir. Uygun risk değerlendirme ölçeklerinin uygulanması, basınç yaralanması görülme oranında düşüş ve sağlık bakım maliyetlerinde azalma sağlar. Ayrıca, yüksek riskli hastaların erken ve doğru tespiti ve bakım planlarının oluşturulmasına olanak tanır. Böylece basınç yaralanmalarının önlenmesine yönelik girişimler daha etkin bir şekilde uygulanabilir (Tokgöz ve Demir, 2010; Kılıç ve Sucudağ, 2017).

Sağlık Bakanlığının sağlıkta kalite çalışmaları kapsamında Sağlıkta İndikatör Yönetim Sistemi (SİYÖS) (2014) rehberine göre hastanelerin %56.52'sinde Braden Risk Değerlendirme Ölçeği, %43.48'inde Norton Risk Değerlendirme Ölçeği ile risk değerlendirmesi yapıldığı bildirilmiştir. Çok sayıda risk değerlendirme aracı mevcuttur. Bunlardan bazıları aşağıda açıklanmıştır.

2.1.5.1. Braden risk değerlendirme ölçeği

Braden Risk Değerlendirme Ölçeği, basınç yaralanması gelişme riskini değerlendirmek için sıklıkla kullanılan bir ölçektir. 1987 yılında Nancy Bergstrom, Barbara J. Braden ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Ölçek, duyuşsal algılama, nemlilik, aktivite, hareket, beslenme durumu, sürtünme ve yırtılma olmak üzere 6 tematan oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 6, en yüksek puan ise 23'tür. Hastalar, Braden Ölçeği'ne göre yüksek riskli (12 puan ve altı), orta derecede riskli (13-14 puan), düşük riskli (15-16 puan, 75 yaş üzerindekiiler için 15-18 puan) olarak değerlendirilir. Ülkemizde Oğuz ve Olgun 1997 de, Pınar ve Oğuz tarafından 1998 de Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış, ölçeğin basınç yaralanması gelişme riskinin tanılanmasında geçerli ve güvenilir olduğu bildirilmiştir. Bununla birlikte, Braden Ölçeği'nin Türkiye'de güncel güvenilirlik bulgularına ihtiyaç duyulmaktadır (Oğuz ve Olgun, 1998; Kılıç ve Sucudağ, 2017; Adıbelli ve Korkmaz, 2018).

2.1.5.2. Norton risk değerlendirme ölçeği

Basınç yaralanması riskinin değerlendirilmesinde kullanılan ilk ölçek, 1962 yılında Norton tarafından geliştirilmiştir. Norton Ölçeği, fiziksel durum, mental durum, aktivite, mobilite ve inkontinans olmak üzere 5 risk faktörünü değerlendirmektedir. Her faktör 1-4 arasında puanlandırılır ve toplam puan 5-20 arasında değişir. Hastalar, 14 puan ve altı aldıklarında risk altında, 12 puan ve altı aldıklarında ise yüksek risk grubunda kabul edilir. Pınar ve Oğuz tarafından 1998 yılında nöroloji kliniklerinde yatan hastalar üzerinde Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçeğin geriatrik hasta grubu için geliştirilmesi ve basınç yaralanması riskinde önemli olan beslenme ve ağrı faktörlerini içermemesi, sınırlılıkları arasında yer almaktadır. Ayrıca, fiziksel durum değerlendirmesinin yoruma açık olması, değerlendiriciler arası farklılıklara neden olabilmektedir. Buna rağmen, basınç yaralanması riskinin değerlendirilmesinde ilk standart araç olarak kabul edilmektedir (Karadağ, 2003; Avşar ve Karadağ, 2016; Kılıç ve Sucudağ, 2017).

2.1.5.3. Suriadi ve Sanada risk değerlendirme ölçeği

Suriadi ve Sanada tarafından yoğun bakım hastalarının basınç yaralanması riski için geliştirilmiş başka bir ölçek bulunmaktadır. Bu ölçek, ara yüzey basıncı, vücut sıcaklığı ve sigara kullanımı olmak üzere 3 risk faktörünü değerlendirmektedir. Ara yüzey basıncı, hastanın yattığı yüzeye uyguladığı basıncı ölçen bir cihaz yardımıyla

belirlenmektedir. Bu sayede, basınç yaralanması gelişimi açısından önemli bir risk faktörü olan yüzey basıncı objektif olarak değerlendirilebilmektedir (Suriadi et al., 2008; Kılıç ve Sucudağ, 2017).

Ülkemizde Akman ve Alpar tarafından 2012 yılında yapılan geçerlik ve güvenirlik çalışması, Suriadi ve Sanada Ölçeğinin yoğun bakım hastalarında basınç yaralanması riskini belirlemede güvenilir bir araç olduğunu ortaya koymuştur. Ölçekte, toplam puan 0-9 arasında değişmekte olup, 4 puan ve üzeri riskli kabul edilmektedir. Diğer ölçüm araçlarından farklı olarak, Suriadi ve Sanada Ölçeği'nin basınç ölçüm cihazı kullanımına dayanan yapısı, daha objektif bir değerlendirme sağlaması açısından avantajlı bir ölçme aracıdır (Akman ve Alpar, 2014; Adıbelli ve Korkmaz, 2018).

2.1.5.4. Waterlow risk değerlendirme ölçeği

Judy Waterlow tarafından 1985 yılında cerrahi ve dahili kliniklerdeki hemşireler için geliştirilmiştir. Ölçek 10 temayı değerlendirmektedir. Ölçek, zaman içerisinde güncellenmiş ve 2005 yılından itibaren kullanılan şekliyle risk değerlendirme bölümü beden kitle indeksi, riskli bölgelerdeki deri tipi, cinsiyet-yaş, malnütrisyon tarama aracı, kontinans, hareket, doku malnütrisyonu, nörolojik bozukluk, major cerrahi ya da travma olmak 10 maddeden oluşan bir risk değerlendirme aracı olarak uygulanmaktadır. Ülkemizde 2012 yılında Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. Diğer ölçeklerden (Braden, Norton) farklı olarak, Waterlow Ölçeği'nde puan arttıkça basınç yaralanması riski de artmaktadır. 10 puan, basınç yaralanması riski olduğunu; 10-14 puan, riskli; 15-19 puan, yüksek riskli; 20 puan ve üzeri ise çok yüksek riskli olarak kabul edilmektedir. Braden ve Norton ölçeklerine kıyasla, daha yüksek duyarlılığa ancak daha düşük seçiciliğe sahip olduğu bildirilmiştir. Ölçeğin içeriğinde, basınç yaralarının sınıflandırılması, önlenmesi ve hemşirelik bakımına ilişkin bilgiler de yer almaktadır. Bu özelliği sayesinde, değerlendirme sonrası alınması gereken önlemlere yönelik rehber niteliği taşımaktadır (Waterlow, 1985; Avşar ve Karadağ, 2016).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma, cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin basınç yaralanması bilgi düzeylerini incelemek amacı ile tanımlayıcı ve kesitsel tipte planlandı.

3.2. Araştırmanın Soruları

- Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin basınç ülserlerine yönelik bilgi düzeyleri nedir?
- Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin sosyodemografik ve mesleki özelliklerinin basınç ülseri bilgi düzeyleri üzerinde etkili midir?

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu araştırma, Bursa ilinde bulunan bir üniversite hastanesinin cerrahi birimlerinde çalışan hemşireler ile yapıldı. Çalışma 10.11.23- 31.05.24 tarihleri arasında kapsamakta olup, veriler 01.12.2023-31.03.2024 tarihleri arasında toplandı.

3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırma'nın evreni ilgili hastanenin cerrahi birimlerinde çalışan hemşire ve sorumlu hemşire pozisyonunda çalışan toplam 250 hemşireden oluşmaktadır. Örneklem; evreni bilinen örneklem yöntemi ile hesaplandığında 152 hemşire olarak bulundu. Buna göre örneklem hesaplaması dağılım Tablo 3.1.'de verilmiştir.

Tablo 3.1. Araştırmanın Örneklem Hesabı

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{d^2(N-1) + t^2 \cdot p \cdot q} \quad n = \frac{250 \cdot (1,96)^2 \cdot (0,50 \cdot 0,50)}{(0,05)^2 \cdot (250-1) + (1,96)^2 \cdot (0,50 \cdot 0,50)} \quad n=152$$

Toplam örneklem sayısı= 152

(N= Evrendeki birey sayısı, n=Örneklem alınacak birey sayısı, p=incelenen olayın görüş sıklığı=0.5, q= incelenen olayın görülme sıklığı (1-p)=0.5, t=Belirli Serbestlik Derecesinde ve Saptanan Yanılma düzeyinde bulunan t tablosunda bulunan teorik değer =1.96 d=Olayın görüş sıklığına göre yapılmak istenen). Kayıplar ve eksik doldurulan anketler çıkarıldığında araştırma verileri 160 katılımcıdan elde edilmiştir.

3.5. Araştırmaya Dahil Olma kriterleri

- Çalışmanın yapıldığı kurumda cerrahi birimlerde (Reanimasyon yoğun bakım ünitesi, cerrahi yoğun bakım üniteleri, ameliyathane ve yataklı cerrahi klinikler) hemşire ya da sorumlu hemşire olmak
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak

3.6. Dışlama Kriterleri

- Yalnızca yönetim sorumluluğu bulunmak, Acil servis, Dahiliye servisleri, Poliklinik, Gününbirlik tedavi klinikleri, pediatri servisleri ve eğitim biriminde çalışıyor olmak
- Araştırmanın yapıldığı tarih aralığında raporlu veya izinli olmak

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma bu örneklem grubu ile sınırlıdır.

3.8. Veri Toplama Yöntemi

Verilerin toplanmasında; anket formu kullanılmıştır. Anket formu 17 sorudan oluşan “Kişisel Bilgi Formu” (EK-1) ve 25 sorudan oluşan “Basınç Ülseri Bilgi Düzeyi Değerlendirme Aracından (PUKAT 2.0-T)” (EK-2) oluşmaktadır. Veriler yüz yüze ve çevrimiçi olarak toplanmıştır.

3.9. Veri Toplama Araçları

3.9.1 Kişisel Bilgi Formu (EK-1): Katılımcıların demografik özelliklerinin belirlenmesi amacıyla literatür taranarak 17 sorudan oluşan bir form kullanıldı.

3.9.2 Basınç Ülseri Bilgi Düzeyi Değerlendirme Aracı (PUKAT 2.0-T) (EK-2): Bu değerlendirme aracı, hemşirelerin basınç ülseri ile ilgili bilgi düzeyini belirlemek amacıyla Manderliere ark., (2017) tarafından geliştirilmiştir. Testte basınç ülserlerine ilişkin bilgi düzeyi altı tema çerçevesinde ele alınmıştır bu temalar; Etiyoloji 6 soru, Sınıflandırma ve Gözlem 4 soru, Risk Değerlendirmesi 2 soru, Beslenme 3 soru, Basınç Ülserlerinin Önlenmesi 8 soru ve Özel Hasta Grupları 2 soru olup, toplam 25 adet soru bulunmaktadır. Testten alınacak olan puan 0-25 arasında değişmektedir. Bu tez çalışmasında puan ortalamaları 100 üzerinden hesaplanmıştır. Oran yükseldikçe bilgi düzeyi artmaktadır. Dalli ve ark., (2022) yaptığı çalışmada testin Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması sonuçlarına göre; (1) kapsam geçerlilik indeksi 0.90, (2) test-tekrar test güvenilirliği 0.83 (alt temalar için 0.70–0.92 arası), (3) madde güçlük indeksleri %35–75 arası, (4) madde ayırt edicilik indeksleri 0.44–0.92 arası ve (5) iç tutarlılık (Cronbach alfa) değeri 0,72 olarak saptanmıştır (EK-2).

3.10. Etik Yön

Çalışmanın etik kurul onayı, T.C. Haliç Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alındı (karar numarası: 289). Araştırmanın yapılacağı ilgili kurumdan gerekli izinler etik kurul iznini takiben alındı. Araştırmanın örneklem grubundaki hemşireleri araştırmanın amacı açıklanarak kendilerinden alınacak olan bilgilerin gizliliği esasına uyulacağı beyan edilerek, çalışmaya gönüllü olarak katılımları sağlanmış olup, çalışmaya katılmaya gönüllü olan hemşirelerinin bilgilendirme ve onam formu ile yazılı onamları alındı. Ölçeklerin kullanımına yönelik izin için ölçek sahibinden E-posta yolu ile izin alındı.

3.11. Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizler için SPSS 27 (Statistical Package for the Social Sciences) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodlar (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, yüzde, minimum, maksimum) kullanıldı. Nicel verilerin normal dağılıma uygunlukları Shapiro-Wilk testi ve grafiksel incelemeler ile sınanmıştır. Normal dağılım gösteren nicel değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmalarında Student-t testi, normal dağılım göstermeyen nicel değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmalarında Mann-Whitney U test kullanıldı. Normal dağılım gösteren nicel değişkenlerin ikiden fazla grup arası karşılaştırmalarında Tek yönlü varyans analizi ve Bonferroni düzeltmeli ikili değerlendirmeler kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen nicel değişkenlerin ikiden fazla grup arası karşılaştırmalarında Kruskal-Wallis test ve Dunn-Bonferroni test kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık $p<0,05$ olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

Çalışma 01.12.2023 tarihleri arasında 31.03.2024 toplanmış olup katılımcıların %75,6'sı (n=121) kadın, %24,4'ü (n=39) erkek, toplam 160 hemşire ile yapılmıştır. Çalışmaya katılan hemşirelerin %15'inin (n=24) 25 yaş ve altı, %24,4'ünün (n=39) 25-29 yaş arası, %25'inin (n=40) 30-34 yaş arası, %16,9'unun (n=27) 35-39 yaş arası, %10,6'sının (n=17) 40-44 yaş arası, %8,1'inin (n=13) 45 yaş ve üzeri olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.1. Demografik Özelliklerin Dağılımı

		n (%)
Yaş	<25 yaş	24 (15,0)
	25-29 yaş	39 (24,4)
	30-34 yaş	40 (25,0)
	35-39 yaş	27 (16,9)
	40-44 yaş	17 (10,6)
	≥45 yaş	13 (8,1)
Cinsiyet	Kadın	121 (75,6)
	Erkek	39 (24,4)
Medeni Durum	Bekar	56 (35,0)
	Evli	85 (53,1)
	Dul veya boşanmış	19 (11,9)
Eğitim Durumu	Lisans	135 (84,4)
	Yüksek lisans	25 (15,6)

Hemşirelerin %35'inin (n=56) bekar, 53,1'inin (n=85) evli ve %11,9'unun (n=19) dul veya boşanmış olduğu gözlenmiştir. Çalışmaya katılan hemşirelerin %84,4'ünün (n=135) eğitim durumunun lisans, %15,6'sının (n=25) yüksek lisans olduğu gözlenmiştir (Tablo 4.1).

Tablo 4.2. Çalışılan Servise İlişkin Dağılımlar

		n (%)
Çalışılan servis	Anestezi ve reanimasyon yoğun bakım	54 (33,8)
	Göğüs kalp damar cerrahisi yoğun bakım	8 (5,0)
	Genel cerrahi yoğun bakım	6 (3,8)
	Beyin cerrahisi yoğun bakım	13 (8,1)
	Ameliyathane	14 (8,8)
	Genel cerrahi kliniği	19 (11,9)
	Göğüs cerrahi kliniği	13 (8,1)
	Beyin cerrahisi kliniği	8 (5,0)
	Kulak burun boğaz kliniği	8 (5,0)
	Kalp damar cerrahisi kliniği	3 (1,9)
	Üroloji kliniği	6 (3,8)
	Kadın hastalıkları ve doğum kliniği	3 (1,9)
	Çocuk cerrahisi kliniği	1 (0,6)
	Çocuk cerrahisi yoğun bakım	1 (0,6)
	Ortopedi kliniği	3 (1,9)

Çalışmaya katılan hemşirelerin çalıştıkları servislerin dağılımı Tablo 4.2’de görülmektedir.

Tablo 4.3. Mesleki Özelliklerin Dağılımı

		n (%)
Servis çalışma süresi	<1 yıl	28 (17,5)
	1-5 yıl	50 (31,3)
	6-10 yıl	48 (30,0)
	11-15 yıl	19 (11,9)
	≥16 yıl	15 (9,4)
Mesleki çalışma süresi	<1 yıl	16 (10,0)
	1-5 yıl	33 (20,6)
	6-10 yıl	47 (29,4)
	11-15 yıl	32 (20,0)
	≥16 yıl	32 (20,0)
Çalışılan servisteki görev	Yoğun bakım hemşiresi	72 (45,0)
	Klinik hemşiresi	70 (43,8)
	Sorumlu hemşire	7 (4,4)
	Ameliyathane hemşiresi	11 (6,9)
Haftalık çalışma süresi	40 saat	111 (69,4)
	40 saat ve üzeri	49 (30,6)
Günlük çalışma süresi	Günde 8 saat	23 (14,4)
	Günde 9-12 saat	4 (2,5)
	8 veya 16 saat	133 (83,1)

Hemşirelerin %17,5’inin (n=28) servisteki çalışma süresinin 1 yıldan az olduğu, %31,3’ünün (n=50) 1-5 yıl arasında, %30’unun (n=48) 6-10 yıl arasında, %11,9’unun (n=19) 11-15 yıl arasında, %9,4’ünün (n=15) 16 yıl ve üzerinde olduğu gözlenmiştir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin %10'unun (n=16) meslekteki çalışma süresi 1 yılın altında olduğu gözlenirken, %20,6'sının (n=33) 1-5 yıl arasında, %29,4'ünün (n=47) 6-10 yıl arasında, %20'sinin (n=32) 11-15 yıl arasında, %20'sinin (n=32) 16 yıl ve üzerinde olduğu gözlenmiştir.

Katılımcıların %45'inin (n=72) servisteki görevinin yoğun bakım hemşiresi olduğu, %43,8'inin (n=70) klinik hemşiresi, %4,4'ünün (n=7) sorumlu hemşire ve %6,9'unun (n=11) ameliyathane hemşiresi olduğu gözlenmiştir.

Çalışmaya katılanların %69,4'ünün (n=111) haftalık çalışma süresinin 40 saat olduğu, %30,6'sının (n=49) 40 saat ve üzerinde olduğu gözlenmiştir.

Hemşirelerin %14,4'ünün (n=23) günlük çalışma süresinin 8 saat, %2,5'inin (n=4) 9-12 saat, %83,1'inin (n=133) 8 veya 16 saat arasında olduğu gözlenmiştir (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Mesleki Özelliklerin Dağılımı

		n (%)
Bir şifte bakım verilen hasta sayısı	1-3	91 (56,9)
	4-6	6 (3,8)
	7-9	28 (17,5)
	10 ve üzeri	34 (21,3)
Aynı şifte çalışılan hemşire sayısı	1-2	42 (26,3)
	3-4	63 (39,4)
	5-9	12 (7,5)
	10 ve üzeri	38 (23,8)
Basınç ülseri ve önlenmesi ile ilgili eğitim alınması	Evet	155 (96,9)
	Hayır	5 (3,1)
Basınç ülseri ve önlenmesi ile ilişkin eğitim alınan yer	Okulda	67 (43,2)
	Hizmet içi eğitimde	80 (51,6)
	Kursta	1 (0,6)
	Sertifika programında	5 (3,2)
	Diğer	2 (1,3)
Basınç ülseri ve önlenmesine ilişkin alınan eğitim yeterli bulunuyor mu?	Evet	100 (64,5)
	Hayır	55 (35,5)
Çalışılan serviste basınç ülseri önlemeye yönelik uygulama yapılıyor mu?	Evet	153 (95,6)
	Hayır	7 (4,4)
Basınç ülseri gelişmiş hastaya bakım verme öyküsü	Evet	145 (90,6)
	Hayır	8 (5,0)
	Bakım verilirken gözlem yapılmış	7 (4,4)
Basınç ülser önlemede servis hemşirelerinin uygulamalarını yeterli bulma durumu	Evet	63 (39,4)
	Hayır	97 (60,6)

Hemşirelerin %56,9'u (n=91) bir şifte bakım verdiği hasta sayısının 1-3 arasında olduğunu belirtirken, %3,8'i (n=6) 4-6 arasında olduğunu, %17,5'i (n=28) 7-9 arasında olduğunu, %21,3'ü (n=34) 10 ve üzeri sayıda hastaya bakım verdiğini belirtmiştir.

Hemşirelerin %26,3'ü (n=42) aynı şifftte çalıştığı hemşire sayısının 1-2 hemşire olduğunu, %39,4'ü (n=63) 3-4 hemşirenin, %7,5'i (n=12) 5-9 arasında, %23,8'inin (n=38) 10 ve üzeri sayıda hemşireyle çalıştığını belirtmiştir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin %96,9'u (n=155) basınç ülseri ve önlenmesi ile ilgili eğitim aldığını belirtirken, eğitim alanların %43,2'si (n=67) eğitimi okulda aldığını, %51,6'sı (n=80) hizmet içi eğitimde, %0,6'sı (n=1) kursta, %3,2'si (n=5) sertifika programında ve %1,3'ü (n=2) diğer yerlerde aldığını belirtmiştir.

Hemşirelerin %64,5'i (n=153) basınç ülseri ve önlenmesine ilişkin eğitimi yeterli bulurken, %95,6'sı (n=153) çalıştığı serviste basınç ülseri önlemeye yönelik uygulama yapıldığını belirtmiştir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin %90,6'sı (n=145) basınç ülseri gelişmiş hastaya bakım verdiğini belirtirken, %4,4'ü (n=7) bakım verilirken gözlem yaptığını, %5'i (n=8) ise bakım vermediğini belirtmiştir.

Hemşirelerin %39,4'ü (n=63) basınç ülserini önlemede servis hemşirelerinin uygulamalarını yeterli bulurken, %60,6'sı (n=97) yetersiz bulduğunu belirtmiştir (Tablo 4.4).

Tablo 4.5. Basınç Ülseri Bilgi Düzeyi Değerlendirme Aracı 2.0-T Puanlarının Dağılımı

	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)
Etiyoloji	41,98±21,15	50,0 (0-100)
Sınıflandırma ve Gözlem	56,41±29,97	50,0 (0-100)
Risk Değerlendirmesi	72,19±33,53	100,0 (0-100)
Beslenme	56,25±26,48	66,7 (0-100)
Basınç Ülserlerinin Önlenmesi	33,91±20,43	37,5 (0-100)
Özel Hasta Grupları	45,63±37,36	50,0 (0-100)
Toplam Bilgi Puanı	46,13±16,68	44,0 (0-100)

Hemşirelerin Basınç Ülseri Bilgi Düzeyi Değerlendirme Aracı testi "Etiyoloji" temasından aldıkları puanlar ortalama 41,98±21,15 olarak, "Sınıflandırma ve Gözlem" temasından aldıkları puanlar ortalama 56,41±29,97 olarak, "Risk Değerlendirmesi" temasından aldıkları puanlar ortalama 72,19±33,53 olarak, "Beslenme" temasından aldıkları puanlar ortalama 56,25±26,48 olarak, "Basınç Ülserlerinin Önlenmesi" temasından aldıkları puanlar ortalama 33,91±20,43 olarak, "Özel Hasta Grupları" temasından aldıkları puanlar ortalama 45,63±37,36 olarak ve anket toplamından alınan puan ortalaması 46,13±16,68 olarak saptanmıştır (Tablo 4.5).

Tablo 4.6. Demografik Özelliklere Göre Basınç Ülseri Bilgi Düzeyi Temalarının Değerlendirilmesi

			Etiyoloji	Sınıflandırma ve Gözlem	Risk Değerlendirmesi	Beslenme	Basınç Ülserlerinin Önlenmesi	Özel Hasta Grupları	Toplam Bilgi Puanı
Yaş	<25 yaş (n=24)	Ort±Ss	49,31±25,29	60,42±30,32	64,58±34,51	58,33±32,97	42,71±27,32	52,08±37,53	51,5±23,75
		Medyan (Min-Maks)	50 (0-100)	50 (0-100)	50 (0-100)	66,7 (0-100)	37,5 (0-100)	50 (0-100)	46 (8-100)
	25-29 yaş (n=39)	Ort±Ss	39,32±19,68	50±27,51	75,64±30,07	53,85±24,92	34,94±16,52	42,31±38,96	44,51±12,01
		Medyan (Min-Maks)	50 (0-66,7)	50 (0-100)	100 (0-100)	66,7 (0-100)	37,5 (0-62,5)	50 (0-100)	44 (20-72)
	30-34 yaş (n=40)	Ort±Ss	45,83±19,52	60,63±31,46	73,75±33,94	55,83±27,62	29,38±20,32	51,25±38,38	46,8±17,17
		Medyan (Min-Maks)	50 (16,7-83,3)	50 (0-100)	100 (0-100)	66,7 (0-100)	25 (0-87,5)	50 (0-100)	48 (4-88)
	35-39 yaş (n=27)	Ort±Ss	37,04±17,5	53,7±27,48	74,07±32,14	56,79±20,29	33,8±13,79	37,04±35,61	44±10,35
		Medyan (Min-Maks)	33,3 (0-66,7)	50 (0-100)	100 (0-100)	66,7 (33,3-100)	37,5 (0-62,5)	50 (0-100)	40 (28-68)
	40-44 yaş (n=17)	Ort±Ss	40,2±19,6	51,47±32,44	73,53±35,87	60,78±24,25	33,82±20,14	44,12±34,83	45,41±14,35
		Medyan (Min-Maks)	50 (0-66,7)	50 (0-100)	100 (0-100)	66,7 (0-100)	37,5 (0-75)	50 (0-100)	44 (20-72)
Cinsiyet	Kadın (n=121)	Ort±Ss	41,32±21,95	59,3±30,3	76,03±31,69	56,47±26,12	33,78±19,94	44,63±36,97	46,64±16,29
		Medyan (Min-Maks)	50 (0-100)	50 (0-100)	100 (0-100)	66,7 (0-100)	37,5 (0-100)	50 (0-100)	48 (0-100)
	Erkek (n=39)	Ort±Ss	39±44,02	39±47,44	39±60,26	39±55,56	39±34,29	39±48,72	39±44,51
		Medyan (Min-Maks)	18,5 (50-16,7)	27,4 (50-0)	36,6 (50-0)	27,9 (66,7-0)	22,2 (37,5-0)	38,9 (50-0)	18 (44-4)
	Test Değeri		χ^2 :6,318	χ^2 :6,690	χ^2 :2,107	χ^2 :1,100	χ^2 :7,154	χ^2 :3,371	χ^2 :2,387
	p		^a 0,277	^a 0,245	^a 0,834	^a 0,954	^a 0,209	^a 0,643	^a 0,793
	Medeni Durum	Ort±Ss	41,37±22,47	54,02±29,69	66,07±35,81	55,95±29,89	36,61±23,09	46,43±39,15	46±19,3
		Medyan (Min-Maks)	33,3 (0-100)	50 (0-100)	50 (0-100)	66,7 (0-100)	37,5 (0-100)	50 (0-100)	44 (8-100)
	Evli (n=85)	Ort±Ss	85±40,39	85±55	85±74,71	85±55,69	85±30,88	85±46,47	85±44,75
		Medyan (Min-Maks)	19,8 (50-0)	30,8 (50-0)	31,5 (100-0)	24,9 (66,7-0)	17,2 (37,5-0)	36,8 (50-0)	14,5 (44-0)
Eğitim Durumu	Dul veya boşanmış (n=19)	Ort±Ss	50,88±21,85	69,74±24,41	78,95±34,62	59,65±23,78	39,47±24,03	39,47±35,66	52,63±16,98
		Medyan (Min-Maks)	50 (16,7-100)	75 (25-100)	100 (0-100)	66,7 (33,3-100)	37,5 (0-100)	50 (0-100)	52 (20-100)
	Test Değeri		χ^2 :3,654	χ^2 :4,072	χ^2 :3,178	χ^2 :0,127	χ^2 :2,592	χ^2 :0,560	F:1,750
	p		^a 0,161	^a 0,131	^a 0,204	^a 0,939	^a 0,274	^a 0,756	^a 0,177
	Lisans (n=135)	Ort±Ss	41,73±21,73	56,48±29,76	70,74±33,67	56,3±26,54	33,98±20,58	46,67±37,75	46,07±17,34
		Medyan (Min-Maks)	50 (0-100)	50 (0-100)	100 (0-100)	66,7 (0-100)	37,5 (0-100)	50 (0-100)	44 (0-100)
	Yüksek lisans (n=25)	Ort±Ss	25±43,33	25±56	25±80	25±56	25±33,5	25±40	25±46,4
		Medyan (Min-Maks)	18 (50-0)	31,7 (50-0)	32,3 (100-0)	26,7 (66,7-0)	20 (37,5-0)	35,4 (50-0)	12,9 (48-12)
	Test Değeri		Z:-0,520	Z:-0,082	Z:-1,390	Z:-0,182	Z:-0,185	Z:-0,797	t:-0,089
	p		^b 0,603	^b 0,934	^b 0,164	^b 0,855	^b 0,853	^b 0,426	^b 0,929

^aKruskal Wallis Test^bMann Whitney U Test^cStudent- t Test^dOneway ANOVA

*p<0,05

Yaş gruplarına göre katılımcıların Basınç Ülseri Bilgi Düzeyi Değerlendirme Aracı testi “Etiyoloji”, “Sınıflandırma ve Gözlem”, “Risk Değerlendirmesi”, “Beslenme”, “Basınç Ülserlerinin Önlenmesi”, “Özel Hasta Grupları” temaları ve anket toplamından aldıkları puanlar, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Cinsiyetlere göre katılımcıların Basınç Ülseri Bilgi Düzeyi Değerlendirme Aracı testi “Etiyoloji”, “Beslenme”, “Basınç Ülserlerinin Önlenmesi”, “Özel Hasta Grupları” temalarından ve anket toplamından aldıkları puanlar, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Kadın hemşirelerin Basınç Ülseri Bilgi Düzeyi Değerlendirme Aracı testi “Sınıflandırma ve Gözlem” ve “Risk Değerlendirmesi” temalarından aldıkları puanlar, erkek hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,029$; $p=0,012$; $p<0,05$).

Medeni duruma göre hemşirelerin Basınç Ülseri Bilgi Düzeyi Değerlendirme testi “Etiyoloji”, “Sınıflandırma ve Gözlem”, “Risk Değerlendirmesi”, “Beslenme”, “Basınç Ülserlerinin Önlenmesi”, “Özel Hasta Grupları” temalarından ve anket toplamından aldıkları puanlar, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Eğitim durumlarına göre hemşirelerin Basınç Ülseri Bilgi Düzeyi Değerlendirme Aracı testi “Etiyoloji”, “Sınıflandırma ve Gözlem”, “Risk Değerlendirmesi”, “Beslenme”, “Basınç Ülserlerinin Önlenmesi”, “Özel Hasta Grupları” temalarından ve anket toplamından aldıkları puanlar, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 4.6.).

Tablo 4.7. Mesleki Özelliklere Göre Basınç Ülseri Bilgi Düzeyi Temalarının Değerlendirilmesi

			Etiyoloji	Sınıflandırma ve Gözlem	Risk Değerlendirmesi	Beslenme	Basınç Ülserlerinin Önlenmesi	Özel Hasta Grupları	Toplam Bilgi Puanı
Servisteki çalışma süresi	<1 yıl (n=28)	<i>Ort±Ss</i> <i>Medyan</i> <i>(Min-Maks)</i>	42,26±27,77 50 (0-100)	51,79±30,37 50 (0-100)	66,07±36,14 50 (0-100)	54,76±32,98 66,7 (0-100)	37,95±26,46 37,5 (0-100)	50±36 50 (0-100)	46,43±23,36 44 (0-100)
	1-5 yıl (n=50)	<i>Ort±Ss</i> <i>Medyan</i> <i>(Min-Maks)</i>	38,33±19,42 33,3 (0-83,3)	53±27,96 50 (0-100)	69±31,77 50 (0-100)	56±26,46 66,7 (0-100)	33,75±16,99 37,5 (0-75)	41±35,98 50 (0-100)	44±12,04 44 (20-76)
	6-10 yıl (n=48)	<i>Ort±Ss</i> <i>Medyan</i> <i>(Min-Maks)</i>	45,14±18,5 50 (16,7-83,3)	60,42±31,3 50 (0-100)	75±35,73 100 (0-100)	54,86±26,17 66,7 (0-100)	32,29±20,44 25 (0-87,5)	50±39,95 50 (0-100)	47,42±17,25 48 (4-88)
	11-15 yıl (n=19)	<i>Ort±Ss</i> <i>Medyan</i> <i>(Min-Maks)</i>	41,23±21,06 50 (0-66,7)	52,63±28,74 50 (0-100)	81,58±24,78 100 (50-100)	61,4±16,72 66,7 (33,3-100)	30,92±16,86 37,5 (0-62,5)	28,95±34,62 0 (0-100)	44,42±12,14 44 (20-64)
	≥16 yıl (n=15)	<i>Ort±Ss</i> <i>Medyan</i> <i>(Min-Maks)</i>	44,44±21,52 50 (16,7-100)	68,33±32 75 (0-100)	73,33±37,16 100 (0-100)	57,78±26,63 66,7 (0-100)	35,83±23,56 37,5 (0-100)	60±33,81 50 (0-100)	50,67±19,1 48 (24-100)
		Test Değeri p	χ^2 :2,676 ^a0,613	χ^2 :5,108 ^a0,276	χ^2 :3,566 ^a0,468	χ^2 :0,992 ^a0,911	χ^2 :0,456 ^a0,978	χ^2 :7,879 ^a0,096	F:0,598 ^d0,664
Mesleki çalışma süresi	<1 yıl (n=16)	<i>Ort±Ss</i> <i>Medyan</i> <i>(Min-Maks)</i>	48,96±30,1 50 (0-100)	62,5±28,87 50 (0-100)	62,5±38,73 50 (0-100)	58,33±33,33 66,7 (0-100)	46,09±30,86 37,5 (0-100)	59,38±37,5 50 (0-100)	53,25±26,68 48 (8-100)
	1-5 yıl (n=33)	<i>Ort±Ss</i> <i>Medyan</i> <i>(Min-Maks)</i>	38,89±18,94 33,3 (0-83,3)	51,52±26,47 50 (0-100)	63,64±31,31 50 (0-100)	54,55±24,75 66,7 (0-100)	32,2±17,41 37,5 (0-62,5)	39,39±36,99 50 (0-100)	42,67±12,87 44 (20-76)
	6-10 yıl (n=47)	<i>Ort±Ss</i> <i>Medyan</i> <i>(Min-Maks)</i>	43,97±19,48 50 (0-83,3)	57,45±32,93 50 (0-100)	80,85±30,49 100 (0-100)	56,03±26,1 66,7 (0-100)	32,18±19,11 37,5 (0-87,5)	50±40,38 50 (0-100)	47,23±16,04 48 (4-88)
	11-15 yıl (n=32)	<i>Ort±Ss</i> <i>Medyan</i> <i>(Min-Maks)</i>	42,71±19,37 50 (0-66,7)	56,25±27,68 50 (0-100)	81,25±27,68 100 (0-100)	57,29±22,77 66,7 (0-100)	33,59±16,63 37,5 (0-75)	43,75±35,36 50 (0-100)	46,88±12,66 48 (24-72)
	≥16 yıl (n=32)	<i>Ort±Ss</i> <i>Medyan</i> <i>(Min-Maks)</i>	38,02±22,09 33,3 (0-100)	57,03±32,52 50 (0-100)	64,06±38,59 50 (0-100)	56,25±29,86 66,7 (0-100)	32,42±21,5 37,5 (0-100)	40,63±34,64 50 (0-100)	43,75±17,97 44 (0-100)
		Test Değeri p	χ^2 :4,110 ^a0,391	χ^2 :1,752 ^a0,781	χ^2 :11,162 ^a0,025*	χ^2 :0,406 ^a0,982	χ^2 :2,065 ^a0,724	χ^2 :4,228 ^a0,376	F:1,012 ^d0,409

^aKruskal Wallis Test^bMann Whitney U Test^cStudent- t Test^dOneway ANOVA

*p<0,05

**p<0,01

Serviste çalışma süresine göre hemşirelerin Basınç Ülseri Bilgi Düzeyi Değerlendirme Aracı testi “Etiyoloji”, “Sınıflandırma ve Gözlem”, “Risk Değerlendirmesi”, “Beslenme”, “Basınç Ülserlerinin Önlenmesi”, “Özel Hasta Grupları” temalarından ve anket toplamından aldıkları puanlar, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Meslekteki çalışma süresine göre hemşirelerin Basınç Ülseri Bilgi Düzeyi Değerlendirme Aracı testi “Etiyoloji”, “Sınıflandırma ve Gözlem”, “Beslenme”, “Basınç Ülserlerinin Önlenmesi”, “Özel Hasta Grupları” temalarından ve anket toplamından aldıkları puanlar, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Meslekteki çalışma süresine göre hemşirelerin Basınç Ülseri Bilgi Düzeyi Değerlendirme Aracı testi “Risk Değerlendirmesi” temasından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,025$; $p<0,05$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; Çalışma süresi 1-5 yıl arasında olan hemşirelerin temadan aldıkları puanlar, çalışma süresi 6-10 yıl ve 11-15 yıl arasında olan hemşirelere göre anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ($p=0,011$; $p=0,023$; $p<0,05$) (Tablo 4.7.).

Tablo 4.8. Mesleki Özelliklere Göre Basınç Ülseri Bilgi Düzeyi Temalarının Değerlendirilmesi

			Etiyoloji	Sınıflandırma ve Gözlem	Risk Değerlendirmesi	Beslenme	Basınç Ülserlerinin Önlenmesi	Özel Hasta Grupları	Toplam Bilgi Puanı
Çalışılan servisteki görev	Yoğun bakım hemşiresi (n=72)	Ort±Ss	43,98±21,54	55,56±27,26	73,61±32,47	58,33±27,83	37,33±23,22	50±37,53	48,28±18,32
		Medyan (Min-Maks)	50 (0-100)	50 (0-100)	100 (0-100)	66,7 (0-100)	37,5 (0-100)	50 (0-100)	46 (8-100)
	Klinik hemşiresi (n=70)	Ort±Ss	40,24±21,33	55,71±31,9	70,71±34,57	54,29±26,11	30,71±17,38	39,29±36,01	43,71±14,83
		Medyan (Min-Maks)	50 (0-83,3)	50 (0-100)	100 (0-100)	66,7 (0-100)	25 (0-75)	50 (0-100)	44 (0-76)
	Sorumlu hemşire (n=7)	Ort±Ss	30,95±17,82	60,71±24,4	57,14±34,5	42,86±31,71	28,57±20,04	42,86±34,5	39,43±14,13
		Medyan (Min-Maks)	16,7 (16,7-50)	50 (25-100)	50 (0-100)	66,7 (0-66,7)	37,5 (0-50)	50 (0-100)	36 (24-68)
	Ameliyathane hemşiresi (n=11)	Ort±Ss	46,97±17,98	63,64±39,31	81,82±33,71	63,64±10,05	35,23±17,52	59,09±43,69	51,64±16,34
Medyan (Min-Maks)		50 (16,7-66,7)	75 (0-100)	100 (0-100)	66,7 (33,3-66,7)	37,5 (0-62,5)	50 (0-100)	56 (24-72)	
		Test Değeri	χ ² :3,056	χ ² :1,174	χ ² :3,051	χ ² :3,211	χ ² :3,147	χ ² :4,311	χ ² :5,355
		p	^a 0,383	^a 0,759	^a 0,384	^a 0,360	^a 0,369	^a 0,230	^a 0,148
Haftalık çalışma süresi	40 saat (n=111)	Ort±Ss	45,35±21,92	58,56±31,17	73,42±34,26	58,26±25,61	37,73±21,05	47,75±37,17	49,01±17,03
		Medyan (Min-Maks)	50 (0-100)	50 (0-100)	100 (0-100)	66,7 (0-100)	37,5 (0-100)	50 (0-100)	48 (8-100)
	≥40 saat (n=49)	Ort±Ss	34,35±17,15	51,53±26,72	69,39±31,98	51,7±28,1	25,26±16,03	40,82±37,74	39,59±13,96
		Medyan (Min-Maks)	33,3 (0-66,7)	50 (0-100)	50 (0-100)	66,7 (0-100)	25 (0-62,5)	50 (0-100)	40 (0-72)
		Test Değeri	Z:-3,135	Z:-1,265	Z:-0,954	Z:-1,187	Z:-3,482	Z:-1,096	t:3,399
		p	^b 0,002**	^b 0,206	^b 0,340	^b 0,235	^b 0,001**	^b 0,273	^c 0,001**
Günlük çalışma süresi	Günde 8 saat (n=23)	Ort±Ss	37,68±22,6	55,43±34,51	69,57±39,14	60,87±25,92	32,61±20,2	50±36,93	45,22±19,01
		Medyan (Min-Maks)	33,3 (0-100)	50 (0-100)	100 (0-100)	66,7 (0-100)	37,5 (0-100)	50 (0-100)	40 (8-100)
	•Günde 9-12 saat (n=4)	Ort±Ss	37,5±25	62,5±25	75±28,87	50±33,33	25±22,82	50±0	43±12,81
		Medyan (Min-Maks)	33,3 (16,7-66,7)	75 (25-75)	75 (50-100)	66,7 (0-66,7)	25 (0-50)	50 (50-50)	48 (24-52)
	8 veya 16 saat (n=133)	Ort±Ss	42,86±20,85	56,39±29,46	72,56±32,84	55,64±26,5	34,4±20,49	44,74±38,07	46,38±16,46
		Medyan (Min-Maks)	50 (0-100)	50 (0-100)	100 (0-100)	66,7 (0-100)	37,5 (0-100)	50 (0-100)	44 (0-100)
		Test Değeri	Z:-1,318	Z:-0,116	Z:-0,143	Z:-0,829	Z:-0,477	Z:-0,637	t:-0,305
	p	^b 0,187	^b 0,908	^b 0,886	^b 0,407	^b 0,634	^b 0,524	^c 0,761	

^aKruskal Wallis Test^bMann Whitney U Test^cStudent- t Test^dOneway ANOVA* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

•Kişi sayısı yetersiz olduğundan karşılaştırmaya dahil edilmemiştir.

Çalışılan servisteki göreve göre hemşirelerin Basınç Ülseri Bilgi Düzeyi Değerlendirme Aracı testi “Etiyoloji”, “Sınıflandırma ve Gözlem”, “Risk Değerlendirmesi”, “Beslenme”, “Basınç Ülserlerinin Önlenmesi”, “Özel Hasta Grupları” temalarından ve anket toplamından aldıkları puanlar, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Haftalık çalışma süresine göre hemşirelerin Basınç Ülseri Bilgi Düzeyi Değerlendirme Aracı testi “Sınıflandırma ve Gözlem”, “Risk Değerlendirmesi”, “Beslenme”, “Özel Hasta Grupları” temalarından aldıkları puanlar, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Haftalık çalışma süresi 40 saat olan hemşirelerin Basınç Ülseri Bilgi Düzeyi Değerlendirme Aracı testi “Etiyoloji”, “Basınç Ülserlerinin Önlenmesi” temalarından ve anket toplamından aldıkları puanlar, çalışma süresi 40 saat ve üzeri olan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,002$; $p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Günlük çalışma süresine göre hemşirelerin Basınç Ülseri Bilgi Düzeyi Değerlendirme Aracı testi “Etiyoloji”, “Sınıflandırma ve Gözlem”, “Risk Değerlendirmesi”, “Beslenme”, “Basınç Ülserlerinin Önlenmesi”, “Özel Hasta Grupları” temalarından ve anket toplamından aldıkları puanlar, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 4.8.).

Tablo 4.9. Mesleki Özelliklere Göre Basınç Ülseri Bilgi Düzeyi Temalarının Değerlendirilmesi

			Etiyoloji	Sınıflandırma ve Gözlem	Risk Değerlendirmesi	Beslenme	Basınç Ülserlerinin Önlenmesi	Özel Hasta Grupları	Toplam Bilgi Puanı
Bir şifte bakım verilen hasta sayısı	1-3 hasta (n=91)	Ort±Ss							
		Medyan (Min- Maks)	45,05±21,15	57,69±29,51	75,27±32,81	56,04±27,16	38,6±22,02	52,2±38,67	49,32±17,39
	4-6 hasta (n=6)	Ort±Ss	50 (0-100)	50 (0-100)	100 (0-100)	66,7 (0-100)	37,5 (0-100)	50 (0-100)	48 (8-100)
		Medyan (Min- Maks)	38,89±13,61	41,67±25,82	41,67±37,64	55,56±34,43	25±15,81	33,33±40,82	36,67±10,25
	7-9 hasta (n=28)	Ort±Ss	41,7 (16,7-50)	50 (0-75)	50 (0-100)	66,7 (0-100)	25 (0-50)	25 (0-100)	40 (24-48)
		Medyan (Min- Maks)	36,31±20,31	55,36±33,58	71,43±37,09	51,19±23,1	25±16,32	35,71±32,93	40,29±15,55
	≥10 hasta (n=34)	Ort±Ss	33,3 (0-66,7)	50 (0-100)	100 (0-100)	66,7 (0-100)	25 (0-62,5)	50 (0-100)	42 (4-72)
		Medyan (Min- Maks)	38,24±21,92	56,62±29,71	69,12±30,19	60,78±26,55	29,41±15,66	38,24±34,94	43,53±14,6
		Test Değeri	50 (0-66,7)	62,5 (0-100)	50 (0-100)	66,7 (0-100)	25 (0-62,5)	50 (0-100)	44 (0-76)
		p	χ ² :3,913	χ ² :1,510	χ ² :6,027	χ ² :2,218	χ ² :12,750	χ ² :6,501	χ ² :8,116
		^a 0,271	^a 0,680	^a 0,110	^a 0,528	^a 0,005**	^a 0,090	^a 0,044*	
Aynı şifte çalışan hemşire sayısı	1-2 hemşire (n=42)	Ort±Ss							
		Medyan (Min- Maks)	40,87±22,75	56,55±32,69	70,24±31,35	58,73±24,21	29,17±14,78	50±36,63	44,86±14,61
	3-4 hemşire (n=63)	Ort±Ss	50 (0-83,3)	62,5 (0-100)	50 (0-100)	66,7 (0-100)	25 (0-62,5)	50 (0-100)	44 (0-76)
		Medyan (Min- Maks)	41,27±19,37	55,16±28,81	72,22±35,67	51,85±25,24	34,13±19,47	36,51±33,85	44,57±14,13
	5-9 hemşire (n=12)	Ort±Ss	33,3 (0-66,7)	50 (0-100)	100 (0-100)	66,7 (0-100)	37,5 (0-75)	50 (0-100)	44 (12-72)
		Medyan (Min- Maks)	41,67±13,3	35,42±19,82	79,17±25,75	55,56±29,59	29,17±12,31	41,67±35,89	41,33±8,06
	≥10 hemşire (n=38)	Ort±Ss	41,7 (16,7- 66,7)	25 (0-75)	100 (50-100)	66,7 (0-100)	37,5 (0-37,5)	50 (0-100)	40 (32-52)
		Medyan (Min- Maks)	44,74±25,14	65,79±28,72	73,68±34,36	61,4±28,5	41,78±26,84	59,21±40,03	52,63±22,25
		Test Değeri	50 (0-100)	75 (0-100)	100 (0-100)	66,7 (0-100)	37,5 (0-100)	50 (0-100)	48 (8-100)
		p	χ ² :0,118	χ ² :10,559	χ ² :0,808	χ ² :3,622	χ ² :4,716	χ ² :9,225	χ ² :4,044
		^a 0,990	^a 0,014*	^a 0,847	^a 0,305	^a 0,194	^a 0,026*	^a 0,257	

^aKruskal Wallis Test^bMann Whitney U Test^cStudent- t Test^dOneway ANOVA* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Bir şiftte bakım verilen hasta sayısına göre hemşirelerin Basınç Ülseri Bilgi Düzeyi Değerlendirme Aracı testi “Etiyoloji”, “Sınıflandırma ve Gözlem”, “Risk Değerlendirmesi”, “Beslenme”, “Basınç Ülserlerinin Önlenmesi”, “Özel Hasta Grupları” temalarından aldıkları puanlar, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Bir şiftte bakım verilen hasta sayısına göre hemşirelerin Basınç Ülseri Bilgi Düzeyi Değerlendirme Aracı testi “Basınç Ülserlerinin Önlenmesi” temalarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,005$; $p<0,01$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; Bakım verdiği hasta sayısı 1-3 arasında olan hemşirelerin temadan aldığı puanlar, bakım verdiği hasta sayısı 7-9 arasında olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,011$; $p<0,05$).

Bir şiftte bakım verilen hasta sayısına göre hemşirelerin Basınç Ülseri Bilgi Düzeyi Değerlendirme Aracı testi toplamından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,044$; $p<0,05$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; Bakım verdiği hasta sayısı 1-3 arasında olan hemşirelerin anketten aldığı puanlar, bakım verdiği hasta sayısı 7-9 arasında olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,028$; $p<0,05$).

Aynı şiftte çalışan hemşire sayısına göre hemşirelerin Basınç Ülseri Bilgi Düzeyi Değerlendirme Aracı testi “Etiyoloji”, “Risk Değerlendirmesi”, “Beslenme”, “Basınç Ülserlerinin Önlenmesi” temalarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Aynı şiftte çalışan hemşire sayısına göre hemşirelerin Basınç Ülseri Bilgi Düzeyi Değerlendirme Aracı testi “Sınıflandırma ve Gözlem” temalarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,014$; $p<0,05$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; Hemşire sayısı 10 ve üzeri olan hemşirelerin temadan aldığı puanlar, hemşire sayısı 5-9 arasında olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,009$; $p<0,01$).

Aynı şiftte çalışan hemşire sayısına göre hemşirelerin Basınç Ülseri Bilgi Düzeyi Değerlendirme Aracı testi “Özel Hasta Grupları” temalarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,026$; $p<0,05$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; Hemşire

sayısı 10 ve üzeri olan hemşirelerin temadan aldığı puanlar, hemşire sayısı 3-4 arasında olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,021$; $p<0,05$) (Tablo 4.9.).



Tablo 4.10: Mesleki Özelliklere Göre Basınç Ülseri Bilgi Düzeyi Temalarının Değerlendirilmesi

			Etiyoloji	Sınıflandırma ve Gözlem	Risk Değerlendirmesi	Beslenme	Basınç Ülserlerinin Önlenmesi	Özel Hasta Grupları	Toplam Bilgi Puanı
Basınç ülseri ve önlenmesi ile ilgili eğitim alınması	Evet (n=155)	Ort±Ss	42,69±20,99	56,77±29,92	72,58±32,83	56,13±26,25	34,44±20,46	46,77±37,22	46,63±16,52
		Medyan (Min-Maks)	50 (0-100)	50 (0-100)	100 (0-100)	66,7 (0-100)	37,5 (0-100)	50 (0-100)	44 (0-100)
	Hayır (n=5)	Ort±Ss	20±13,94	45±32,6	60±54,77	60±36,51	17,5±11,18	10±22,36	30,4±15,39
		Medyan (Min-Maks)	16,7 (0-33,3)	50 (0-75)	100 (0-100)	66,7 (0-100)	25 (0-25)	0 (0-50)	32 (8-48)
		Test Değeri	Z:-2,418	Z:-0,752	Z:-0,380	Z:-0,557	Z:-2,136	Z:-2,199	Z:-2,082
		p	^b 0,016*	^b 0,452	^b 0,704	^b 0,577	^b 0,033*	^b 0,028*	^b 0,037*
Basınç ülseri ve önlenmesine ilişkin alınan eğitim yeterli bulunuyor mu?	Evet (n=100)	Ort±Ss	44,5±22,1	60,25±30,59	76±32,16	60,33±25,38	37,63±20,98	49,5±37,94	49,64±17,2
		Medyan (Min-Maks)	50 (0-100)	50 (0-100)	100 (0-100)	66,7 (0-100)	37,5 (0-100)	50 (0-100)	48 (4-100)
	Hayır (n=55)	Ort±Ss	39,39±18,53	50,45±27,84	66,36±33,41	48,48±26,31	28,64±18,27	41,82±35,7	41,16±13,74
		Medyan (Min-Maks)	33,3 (0-66,7)	50 (0-100)	50 (0-100)	33,3 (0-100)	25 (0-75)	50 (0-100)	44 (0-72)
		Test Değeri	Z:-1,449	Z:-1,941	Z:-1,876	Z:-2,814	Z:-2,636	Z:-1,211	t:3,143
		p	^b 0,147	^b 0,052	^b 0,061	^b 0,005**	^b 0,008**	^b 0,226	^c 0,002**
Çalışılan serviste basınç ülseri önlemeye yönelik uygulama yapılıyor mu?	Evet (n=153)	Ort±Ss	43,03±20,56	56,86±30,11	72,55±33,41	56,43±26,57	34,64±20,25	46,73±37,47	46,82±16,4
		Medyan (Min-Maks)	50 (0-100)	50 (0-100)	100 (0-100)	66,7 (0-100)	37,5 (0-100)	50 (0-100)	44 (4-100)
	Hayır (n=7)	Ort±Ss	19,05±22,42	46,43±26,73	64,29±37,8	52,38±26,23	17,86±18,9	21,43±26,73	30,86±16,77
		Medyan (Min-Maks)	16,7 (0-50)	50 (0-75)	50 (0-100)	66,7 (0-66,7)	12,5 (0-50)	0 (0-50)	32 (0-56)
		Test Değeri	Z:-2,581	Z:-0,846	Z:-0,646	Z:-0,237	Z:-2,124	Z:-1,745	Z:-2,470
		p	^b 0,010*	^b 0,398	^b 0,518	^b 0,813	^b 0,034*	^b 0,081	^b 0,013*
Basınç ülseri gelişmiş hastaya bakım verme öyküsü	Evet (n=145)	Ort±Ss	42,64±19,83	56,03±29,36	72,41±32,77	56,09±26,27	33,28±19,5	46,21±36,84	46,07±15,62
		Medyan (Min-Maks)	50 (0-100)	50 (0-100)	100 (0-100)	66,7 (0-100)	37,5 (0-100)	50 (0-100)	44 (4-100)
	Hayır (n=8)	Ort±Ss	27,08±30,78	50±37,8	75±46,29	54,17±24,8	35,94±24,49	31,25±37,2	41±21,78
		Medyan (Min-Maks)	16,7 (0-66,7)	62,5 (0-100)	100 (0-100)	66,7 (0-66,7)	43,8 (0-62,5)	25 (0-100)	40 (0-72)
	Bakım verilirken gözlem yapılmış (n=7)	Ort±Ss	45,24±31,5	71,43±33,63	64,29±37,8	61,9±35,63	44,64±32,96	50±50	53,14±29,55
		Medyan (Min-Maks)	33,3 (16,7-83,3)	75 (25-100)	50 (0-100)	66,7 (0-100)	37,5 (0-100)	50 (0-100)	44 (24-96)
		Test Değeri	χ^2 :2,274	χ^2 :1,872	χ^2 :0,813	χ^2 :0,494	χ^2 :1,099	χ^2 :1,305	χ^2 :0,402
		p	^a 0,321	^a 0,392	^a 0,666	^a 0,781	^a 0,577	^a 0,521	^a 0,818
Basınç ülser önlemede servis hemşirelerinin uygulamalarını yeterli bulma durumu	Evet (n=63)	Ort±Ss	45,24±22,88	57,14±31,57	73,02±35,72	61,9±25,3	37,1±24,38	48,41±35,89	49,02±19,96
		Medyan (Min-Maks)	50 (0-100)	50 (0-100)	100 (0-100)	66,7 (0-100)	37,5 (0-100)	50 (0-100)	48 (8-100)
	Hayır (n=97)	Ort±Ss	39,86±19,77	55,93±29,04	71,65±32,2	52,58±26,72	31,83±17,21	43,81±38,36	44,25±13,95
		Medyan (Min-Maks)	33,3 (0-83,3)	50 (0-100)	100 (0-100)	66,7 (0-100)	37,5 (0-75)	50 (0-100)	44 (0-72)
		Test Değeri	Z:-1,347	Z:-0,385	Z:-0,531	Z:-1,985	Z:-0,956	Z:-0,802	t:1,652
		p	^b 0,178	^b 0,700	^b 0,595	^b 0,047*	^b 0,339	^b 0,423	^c 0,102

^aKruskal Wallis Test^bMann Whitney U Test^cStudent- t Test^dOneway ANOVA* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Basınç ülseri ve önlenmesi ile ilgili eğitim alma durumuna göre hemşirelerin Basınç Ülseri Bilgi Düzeyi Değerlendirme Aracı testi “Sınıflandırma ve Gözlem”, “Risk Değerlendirmesi”, “Beslenme” temalarından aldıkları puanlar, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Basınç ülseri ve önlenmesi ile ilgili eğitim alan hemşirelerin Basınç Ülseri Bilgi Düzeyi Değerlendirme Aracı testi “Etiyoloji”, “Basınç Ülserlerinin Önlenmesi”, “Özel Hasta Grupları” temalarından ve anket toplamından aldıkları puanlar, eğitim almayan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,016$; $p=0,033$; $p=0,028$; $p=0,037$; $p<0,05$).

Basınç ülseri ve önlenmesine ilişkin alınan eğitimin yeterli bulunma durumuna göre hemşirelerin Basınç Ülseri Bilgi Düzeyi Değerlendirme Aracı testi “Etiyoloji”, “Sınıflandırma ve Gözlem”, “Risk Değerlendirmesi”, “Özel Hasta Grupları” temalarından aldıkları puanlar, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Basınç ülseri ve önlenmesine ilişkin alınan eğitimi yeterli bulan hemşirelerin Basınç Ülseri Bilgi Düzeyi Değerlendirme Aracı testi “Beslenme”, “Basınç Ülserlerinin Önlenmesi” temalarından ve anket toplamından aldıkları puanlar, eğitimi yeterli bulmayan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,005$; $p=0,008$; $p=0,002$; $p<0,01$).

Çalışılan serviste basınç ülserini önlemeye yönelik uygulama yapılma durumuna göre hemşirelerin Basınç Ülseri Bilgi Düzeyi Değerlendirme Aracı testi “Sınıflandırma ve Gözlem”, “Risk Değerlendirmesi”, “Beslenme”, “Özel Hasta Grupları” temalarından aldıkları puanlar, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Çalıştığı serviste basınç ülserini önlemeye yönelik uygulama yapıldığını belirten hemşirelerin Basınç Ülseri Bilgi Düzeyi Değerlendirme Aracı testi “Etiyoloji”, “Basınç Ülserlerinin Önlenmesi” temalarından ve anket toplamından aldıkları puanlar, uygulama yapılmadığını belirten hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,010$; $p=0,034$; $p=0,013$; $p<0,05$).

Basınç ülseri gelişmiş hastaya/hastalara bakım verme durumuna göre hemşirelerin Basınç Ülseri Bilgi Düzeyi Değerlendirme Aracı testi “Etiyoloji”, “Sınıflandırma ve Gözlem”, “Risk Değerlendirmesi”, “Beslenme”, “Basınç Ülserlerinin Önlenmesi”, “Özel Hasta Grupları” temalarından ve anket toplamından aldıkları puanlar, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Basınç ülserini önlemeye yönelik servis hemşirelerinin uygulamalarını yeterli bulma durumuna göre hemşirelerin Basınç Ülseri Bilgi Düzeyi Değerlendirme Aracı testi “Etiyoloji”, “Sınıflandırma ve Gözlem”, “Risk Değerlendirmesi”, “Basınç Ülserlerinin Önlenmesi”, “Özel Hasta Grupları” temalarından ve anket toplamından aldıkları puanlar, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Basınç ülserini önlemeye yönelik servis hemşirelerinin uygulamalarını yeterli bulan hemşirelerin Basınç Ülseri Bilgi Düzeyi Değerlendirme Aracı testi “Beslenme” temasından aldıkları puanlar, yeterli bulmayan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,047$; $p<0,05$) (Tablo 4.10.).

5. TARTIŞMA

Bu çalışmanın amacı, cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin basınç ülseri bilgi düzeylerini ölçmektir. Geçerli, güvenilir ve güncel PUKAT 2.0-T ölçme aracının basınç ülserlerine ilişkin bilgi düzeyi altı tema çerçevesinde ele alınmış olup, toplam 25 adet soru bulunmaktadır. Çalışmamızdaki ölçme testinden alınan toplam puan ortalama $46,13 \pm 16,68$ olarak saplanmıştır. Temalardan alınan puanlar sırası ile ‘‘Etiyoloji’’ $41,98 \pm 21,15$, ‘‘Sınıflandırma ve Gözlem’’ $56,41 \pm 29,97$, ‘‘Risk Değerlendirmesi’’ $72,19 \pm 33,53$, ‘‘Beslenme’’ $56,25 \pm 26,48$, ‘‘ Basınç Ülserlerinin Önlenmesi’’ $33,91 \pm 20,43$ ve ‘‘Özel Hasta Grupları’’ $45,63 \pm 37,36$ olarak saptanmıştır (Tablo 4.1.). Alınan puanlar 100 üzerinden değerlendirildiğinde 50 puandan az alanlar yetersiz bilgi düzeyi, 70 üstü puan alanlar yeterli seviyede bilgi düzeyi, 50-70 puan alan katılımcılar da orta düzeyde bilgi seviyesi olarak kabul edilmiştir.

De Meyer et al. (2019) yaptıkları çalışmada katılımcıların ($n=474$) aldığı toplam puan 50,7 olarak saptamıştır. ‘‘Basınç Ülserlerin Önlemesi’, ‘Etiyoloji’ ve ‘Özel Hasta Grupları’ temalarıyla ilgili bilgilerinin yetersiz olduğunu göstermiştir. Risk değerlendirme teması yüksek bilgi puanları önceki araştırmalarla uyumludur (Gunningberg et al., 2015; Kaddourah et al., 2016; Barakat-Johnson et al., 2018; Rostamvand et al., 2022; Dalli et al., 2022). Hemşirelerin risk değerlendirme araçlarını kullanması bu konudaki bilgi düzeylerine olumlu katkıları olduğu şeklinde açıklanabilir. Diğer yapılan çalışmalarda alınan toplam puanlar sırası ile Gunningberg et al. (2015) 58,9, Manderlier et al. (2017) 41,6 ve Barakat Johnson et al. (2018) 35,21 ile literatürdeki çalışmalara baktığımızda teorik bilgi seviyesi orta ve düşük olup bu araştırma ile benzerlik göstermektedir. Basınç yaralanması bilgi düzeylerinin yeterli seviyede olmaması altında çeşitli sebepler olabilir bunlar arasında; hemşirelik eğitimi alırken müfredatta bu konuya yeterince yer verilmemiş olabilir. Kliniklerde basınç yaralanmalarının önlenmesine yönelik uygulamaların yeterince yapılmaması da hemşirelerin bilgi düzeylerini etkileyebilmektedir. Güncel rehberlerin takip edilmemesi hemşirelerin bilgi düzeylerinin güncel kalmasını zorlaştırmaktadır. Ayrıca; sağlık

kurumlarının basınç ülserlerinin önlenmesine yönelik protokol, rehber ve eğitimleri yeterince geliştirmemiş olması da bilgi düzeyinin yetersiz kalmasına sebep olabilir.

5.1 Demografik Özelliklere Göre Basınç Ülseri Bilgi Düzeyi Temalarının Değerlendirilmesi

Yaş gruplarına göre temalar ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Literatüre bakıldığında <25 yaş grubunda anlamlı olarak daha yüksek puan ortalamalarına sahiptirler (De Meyer et al., 2019). Kaddourah et al. (2016) yaptıkları çalışmada genç yaş grubunun toplam puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Bu durum meslek yaşamana başlama ile mezuniyet arasında daha kısa zaman olması ve teorik bilgilerin henüz yüksek olması ile açıklanabilir. Bunun yanında Risk Değerlendirmesi teması ile ilgili olarak 35-50 yaş kategorisindeki katılımcıların diğer yaş grupları ile önemli ölçüde daha yüksek puanlara sahipti (De Meyer et al., 2019). Literatürdeki bazı çalışmalarda da yaş değişkeni bilgi düzeyini anlamlı olarak etkilemediği bulunmuştur (Barakat-Johnson et al., 2018; Lotfi et al., 2019; Khong et al., 2020). Yaş değişkeniyle ilgili literatürde farklı kanıtlar mevcuttur. Bu çalışma literatürdeki yaş değişkeni ile ilgili fark görülmeyen çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Cinsiyete göre kadın hemşirelerin “Sınıflandırma ve Gözlem” ve “Risk Değerlendirmesi” temalarından alınan puanlar, erkek hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur. Toplam alınan puanlar arasında fark olmada sınıflandırma ve gözlem ile risk değerlendirmesi temasından alınan puanların yüksek olması kadın hemşirelerin erkek hemşirelerden görece daha deneyimli olması olarak açıklanabilir. Literatüre bakıldığında cinsiyetlere göre toplan aldıkları puanlar arasında ve cinsiyetler arasında anlamlı bir fark görülmedi (Tirgari et al., 2018; Chen et al., 2022). De Meyer et al., (2019) 16 ayrı hastane ve 473 hemşire ve hemşire asistanları ile yaptıkları çalışmada cinsiyetler arasında anlamlı bir fark saptamadılar. Kadın hemşirelerin “Sınıflandırma ve Gözlem” ve “Risk Değerlendirmesi” temalarında bilgi düzeylerinin yüksek olması literatürle benzerlik göstermemektedir.

Eğitim durumuna göre temalar ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. 248 hemşire ile yapılan kesitsel çalışmada lisans mezunlarının bilgi düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (Nuru et al., 2015). Özyürek ve Kısacık

(2023) 140 hemşire ile yaptıkları çalışmada lisans mezunları bilgi düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Çalışmalardaki yüksek lisans mezunu katılımcı sayısı az olduğu için böyle bir sonuç çıktığı düşünülmektedir. Görece daha eski çalışmalarda yüksek öğrenime sahip hemşireler daha yüksek puan ortalamalarına sahip olduğu bulunmuştur. (Pancorbo et al., 2007; Karabag ve Karadag 2010; Beeckman et al., 2011). Bu anlamda çalışmamız literatürle benzerlik göstermemektedir.

5.2 Mesleki Özelliklere Göre Basınç Ülseri Bilgi Düzeyi Temalarının Değerlendirilmesi

Mesleki deneyime göre toplam puanlar arasında fark olmamasına rağmen çalışma süresi 1-5 yıl arası olan katılımcılar diğer yaş grubundaki katılımcılara göre “Risk Değerlendirmesi” temasından aldıkları puanlar düşük bulunmuştur.

Farklı bir değerlendirme aracının kullanıldığı Charalambous et al., (2019) yaptıkları çalışmada 29 yaşından büyük hemşirelerin diğer meslektaşlarına oranla daha yüksek puan aldıkları görülmüş çalışmadaki 6 yıl ve üzerinde deneyimi olanlar 29 yaşından büyük olduklarından böyle bir sonuç elde edilmiştir. Parisod et al. (2022) yaptıkları çalışmada mesleki deneyim arttıkça bilgi düzeylerinin de daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Çelik ve ark. (2017) yaptıkları çalışmada mesleki deneyim ile bilgi düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanamadı. Literatürde deneyimin bilgi düzeyinde fark olmadığını gösterildiği çalışmalarda mevcuttur (Pieper and Mott 1995; Pieper and Mattern 1997; Kontrová et al., 2005; Smith and Waugh 2009; Sezgünsay ve ark., 2023). Literatürdeki bu farklılıkların genç hemşirelerin bilgi seviyelerinin yüksek olması yakın zamanda mezun olmaları ve teorik bilgilerinin henüz unutulmamış olması şeklinde açıklanacağı gibi mesleki deneyimin artması ile bilgi seviyesinin artmasındaki kolerasyon da çalışılan bölümlerde basınç ülseri ile sık karşılaşan ve aktif bir şekilde basınç ülseri takip ve tedavisinde bulunulması olarak açıklanabilir.

Yoğun bakım hemşiresi, klinik hemşiresi, sorumlu hemşire ve ameliyathane hemşirelerinin aldıkları toplam puan ve temalardan aldıkları puanlar arasında anlamlı fark görülmemiştir. De Meyer et al. (2019) yaptıkları çalışmada katılımcıların (n=474) yoğun bakım, geriatri ve rehabilitasyon bölümlerinde çalışan hemşire ve/veya hemşire asistanların “Toplam Puan”, “Önleme”, “Risk Değerlendirmesi” ve “Özel Hasta

Grupları” temalarında anlamlı farklar buldu. Geriatri servislerinde ve yoğun bakım servislerinde çalışan katılımcıların rehabilitasyon servislerine göre daha yüksek toplam puan elde edildi. “Önleme” teması için geriatri servisi katılımcıları rehabilitasyon servisindeki katılımcılardan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek puan aldı. “Risk değerlendirmesi” teması için de aynı durum geçerlidir. Yoğun bakım servisleri, geriatrik servislere ve rehabilitasyon servislerine kıyasla “Özel Hasta Grupları” temasında anlamlı olarak daha yüksek puan aldı. Başka bir çalışmada Iranmanesh et al. (2013) İran'da hemşirelerin basınç ülseri ile ilgili bilgilerini değerlendirmişler ve yoğun bakım hemşirelerinin ortopedi hemşirelerine göre daha yüksek bilgi düzeyine sahip olduklarını bildirmişlerdir. Chianca et al. (2010) Brezilyalı hemşirelerin farklı bölümlerin basınç ülserleri hakkındaki bilgilerini inceledi ve kliniklerde çalışan hemşirelerin önemli ölçüde daha iyi puanlara sahip olduğunu belirledi. Ünlü ve Andsoy (2021) farklı bir değerlendirme aracı kullanarak yaptıkları çalışmada (n=245), yoğun bakım hemşireleri, cerrahi klinik hemşireleri ve ameliyathane hemşireleri “Önleme” ve “Risk Değerlendirmesi” ile “yara tanımından” aldıkları puanlar arasında anlamlı fark saptanmıştır. Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin “önleme” ’risk değerlendirmesi” ve “yara tanımına” temalarından alınan puan ortalamaları cerrahi klinik hemşirelerine göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Literatürde çalışılan birimler arasında bilgi düzeyi karşılaştırmalarında farklı kanıtlar vardır. Çalışmamız literatürdeki bazı çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Haftalık 40 saat çalışan hemşirelerin, haftalık 40 saat ve üzeri çalışan hemşirelere göre “Etiyoloji”, “Basınç Ülserlerinin Önlenmesi” temalarından ve test toplamından aldıkları puanlar, çalışma süresi 40 saat ve üzeri olan hemşirelere göre bilgi düzeyleri daha yüksek saptanmıştır. Çalışmanın yapıldığı kurumda 40 saat çalışan hemşireler mesleki deneyimi fazla olduğundan bilgi düzeyleri daha yüksek olduğu düşünülmektedir. Literatürde hemşirelerin uzun çalışma saatlerinin tükenmişlik düzeylerini artırdığı, hasta memnuniyetini olumsuz etkilediği, iş doyumunu azalttığı ve işten ayrılma niyetlerinin arttığını gösteren çalışmalar olsa da bilgi düzeylerini etkileyen çalışmalara rastlanmamıştır (Stimpfel et al., 2012; Dall'Orta et al., 2015).

Bakım verdiği hasta sayısı 1-3 arasında olan hemşirelerin anket toplamından aldığı puanlar, bakım verdiği hasta sayısı 7-9 arasında olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu farklılığın sebebi 1-3 hasta bakan hemşirelerin yoğun bakımda çalışıyor olması, hastalarına daha çok zaman ayırabilmeleri, yoğun bakımlardaki basınç ülseri insidansının yüksek olması (Keller et al., 2002) ve bu sebeple daha sık basınç ülseri bakım ve tedavisinde görev almaları gösterilebilir. Farklı bir değerlendirme aracı kullanılarak yapılan bir tez çalışmasında göre hemşirelerin bilgi puan ortalamalarına bakıldığında, 1-3 hastaya bakan hemşirelerin, evrelendirme ve yara tanılama temalarında daha yüksek puan ortalamaları olduğu ve alınan toplam puan ortalamaların da daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ancak hemşirelerin bilgi testi temaları ve toplam puan ortalamaları arasındaki fark olarak anlamlı bulunmamıştır (Harberlioğlu, 2021). Hemşire başına düşen hasta sayısının artması ya da hemşire yetersizliği hastaya ayrılan zamanın azalması, basınç yaralanması nleme ve bakımına yeterince odaklanamamalarına neden olabilir. Hemşire başına düşen hasta sayısının artması ve hasta bakımına ayırdıkları srenin azalması, basınç yaralanması riskini yükseltmektedir (Cho et al., 2003; Gunningberg and Stotts, 2008). Bu durum hemşirelerin bu konudaki bilgi ve uygulamalarını olumsuz yönde etkileyebilir.

Basınç lseri ve önlenmesi ile ilgili eğitim alma durumuna göre eğitim alan hemşireler eğitim almayan hemşirelere göre etiyoloji, basınç ülserlerin önlenmesi, özel hasta grupları temalarından ve toplam puan ortalamaları anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır. Aydemir ve Esenkaya (2023) farklı bir değerlendirme aracı kullandıkları çalışmalarında basınç ülseri ve önlemeye yönelik eğitim alan katılımcıların eğitim almayanlara göre “basınç yaralarının etkisi” tema bilgi düzeyi anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bazı temalarda da eğitim almayanların bilgi düzeyleri yüksek bulunmuştur, bu farklılığın sebebi deneyime bağlanmıştır. nceki araştırmalar, basınç ülseri nleme konusunda resmi eğitime sahip hemşirelerin daha iyi bilgiye sahip olma olasılığının daha yüksek olduğunu bulmuştur (Qaddumi and Khawaldeh, 2014; Nuru et al., 2015; Bredesen et al., 2016). Benzer şekilde yara bakımı konusunda sertifikalı hemşireler ile olmayan hemşireler arasında sertifika alan hemşirelerin bilgi puanları daha yüksek bulunmuştur (Zulkowski et al., 2007).

Basınç yaralanması ve önlenmesine ilişkin alınan eğitimi yeterli bulan katılımcıların test toplamından aldıkları puanlar, eğitimi yeterli bulmayan hemşirelere göre anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır. Bu konuda eğitim alıp ve eğitimin yeterli bulunması beklenen bir durumdur ve literatür tarafından da desteklenmektedir (Källman and Suserud, 2009; Qaddumi and Khawaldeh, 2014; Bredesen et al., 2016).



6. SONUÇ

Basınç ülserleri ve bilgi düzeyini değerlendiren bu çalışmaya toplam 160 hemşire katıldı, bunların %75,6'sı (n=121) kadın, %24,4'ü (n=39) erkektir. Hemşirelerin yaş dağılımı, medeni durumu, eğitim düzeyi, mesleki deneyimleri, servis deneyimleri, çalışma düzenleri ve hasta yükleri gibi özellikler ayrıntılı olarak incelenmiştir.

Hemşirelerin basınç ülseri bilgi düzeylerini değerlendirmek için kullanılan "Basınç Ülseri Bilgi Düzeyi Değerlendirme Aracında yer alan temalardan alınan puanlar analiz edilmiştir. Buna göre;

- Hemşirelerin cinsiyetlerine göre "Sınıflandırma ve Gözlem" ile "Risk Değerlendirmesi" temalarından alınan puanlar, kadın hemşirelerde erkek hemşirelere göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.
- Meslekteki çalışma süresine göre "Risk Değerlendirmesi" teması puanları incelendiğinde, 1-5 yıl arası deneyime sahip hemşirelerin puanlarının 6-10 yıl ve 11-15 yıl arası deneyime sahip hemşirelere göre anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır.
- Haftalık çalışma süresi 40 saat olan hemşirelerin "Etiyoloji", "Basınç Ülserlerinin Önlenmesi" temaları ve toplam puan ortalamaları, 40 saat üzeri çalışan hemşirelere göre anlamlı derecede yüksektir.
- Bakım verilen hasta sayısına göre, 1-3 hasta bakımı yapan hemşirelerin "Basınç Ülserlerinin Önlenmesi" teması puanları, 7-9 hasta bakımı yapan hemşirelere göre anlamlı derecede yüksektir.
- Basınç ülseri ve önlenmesi eğitimi alan hemşirelerin "Etiyoloji", "Basınç Ülserlerinin Önlenmesi" ve "Özel Hasta Grupları" temaları ile toplam puan, eğitim almayan hemşirelere göre anlamlı derecede yüksek saptanmıştır.

Sonuç olarak, hemşirelerin basınç ülserlerinin bilgi düzeylerinin çeşitli demografik ve mesleki özelliklerine göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Mesleki deneyim, haftalık çalışma süresi, bakım verilen hasta sayısı, eğitim alma ve alınan eğitimi yeterli bulma gibi faktörler hemşirelerin bilgi düzeylerini olumlu yönde etkilemektedir.

7. ÖNERİLER

Bu araştırma sonuçları doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

- Hemşirelerin bilgi testinin toplam puanlarının düşük olması sebebi ile basınç ülserlerinin önlenmesi, bakım ve tedavisine ilişkin eğitimlerin organize edilmesi (interaktif grup eğitimi, vaka tartışmaları gibi), değerlendirilmesi ve değerlendirme sonucunun eğitim içeriğinin belirlenmesinde kullanılması eksik notlar üzerinde daha fazla durulması önerilir.
- Kılavuz güncellemeleri ve güncel bilgilerin duyurulmasında bülten, bilgi kitapçığı, e- duyuru gibi araçlarla eğitim etkinlikleri artırılması önerilir.
- Basınç ülseri önleme, tedavi, bakım ve kanıta dayalı uygulamaların etkinliğinin, hemşirelerin bu konudaki bilgi düzeyi ile değerlendirildiği araştırmaların artırılabilir.
- Sonraki araştırmalar için; Geniş örneklemlili ve uzun vade sonuçlarının değerlendirildiği, bilginin tutum ve beceri üzerine olan etkisinin incelendiği çalışmalar önerilir.

KAYNAKLAR

- Adıbelli, Ş., & Korkmaz, F.** (2018). Yetişkin hastalarda basınç yaralanması gelişme riskini değerlendirmede kullanılan ölçekler. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(2), 136-140.
- Akman, M. Ö., & Alpar, Ş. E.** (2014). Suriadi ve Sanada basınç yaralanması risk değerlendirme ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenirliği. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 16(1), 1-11.
- Alderden, J., Cummins, M., Zaratkiewicz, S., 'Lucy' Zhao, Y., Drake, K., & Yap, T. L.** (2020). Hospital-acquired pressure injury development among surgical critical care patients admitted with community-acquired pressure injury: a retrospective cohort study. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing : Official Publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society*, 47(5), 470–476. <https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000691>
- AORN position statement on prevention of perioperative pressure injury.** (2022). *AORN journal*, 115(5), 458–461. <https://doi.org/10.1002/aorn.13672>
- Avşar, P., & Karadağ, A.** (2016). Waterlow basınç ülseri risk değerlendirme ölçeği'nin türkçeye uyarlanması, geçerlik-güvenirlik çalışması. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 3(3), 1-15.
- Aydemir, A., & Esenkaya, D.** (2023). Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin bası yaralanmasını önlemeye yönelik tutumları. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 10(1), 8-18.
- Barakat-Johnson, M., Barnett, C., Wand, T., & White, K.** (2018). Knowledge and attitudes of nurses toward pressure injury prevention: a cross-sectional multisite study. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 45(3), 233-237.
- Başayar, Z., & Yazıcı, G.** (2022). Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin basınç yaralanmalarını önlemeye yönelik bilgi düzeylerinin belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 9(2), 216-224.
- Baykara, Z. G., Karadag, A., Celik, S. S., Guler, S., Ay, A., Gul, S., ... & Avsar, P.** (2021). Impact of tailored training about pressure injuries on nurses' knowledge levels and pressure injury point prevalence: The case of Turkey. *Journal of tissue viability*, 30(4), 552-558.
- Beeckman, D., Defloor, T., Schoonhoven, 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), 166-176.

- Bhattacharya, S., & Mishra, R. K.** (2015). Pressure ulcers: Current understanding and newer modalities of treatment. *Indian journal of plastic surgery : official publication of the Association of Plastic Surgeons of India*, 48(1), 4–16. <https://doi.org/10.4103/0970-0358.155260>
- Black, J. M., & Kalowes, P.** (2016). Medical device-related pressure ulcers. *Chronic Wound Care Management and Boyko, T. V., Longaker, M. T., & Yang, G. P.* (2018). Review of the Current Management of Pressure Ulcers. *Advances in wound care*, 7(2), 57–67. <https://doi.org/10.1089/wound.2016.0697>
- Black, J., Alves, P., Brindle, C. T., Dealey, C., Santamaria, N., Call, E., & Clark, M.** (2013). Use of wound dressings to enhance prevention of pressure ulcers caused by medical devices. *International Wound Journal*, 12(3), 322-327.
- Boyko, T. V., Longaker, M. T., & Yang, G. P.** (2018). Review of the Current Management of Pressure Ulcers. *Advances in Wound Care*, 7(2), 57-67.
- Charalambous, C., Koulouri, A., Roupa, Z., Vasilopoulos, A., Kyriakou, M., & Vasiliou, M.** (2019). Knowledge and attitudes of nurses in a major public hospital in Cyprus towards pressure ulcer prevention. *Journal of tissue viability*, 28(1), 40-45.
- Chen, G., Wang, T., Zhong, L., He, X., Huang, C., Wang, Y., & Li, K.** (2022). Telemedicine for preventing and treating pressure injury after spinal cord injury: systematic review and meta-analysis. *Journal of medical Internet research*, 24(9), e37618.
- Cherry, C., & Moss, J.** (2011). Best practices for preventing hospital-acquired pressure injuries in surgical patients. *ACORN: The Journal of Perioperative Nursing in Australia*, 24(2).
- Chianca, T. C., Rezende, J. F., Borges, E. L., Nogueira, V. L., & Caliri, M. H.** (2010). Pressure ulcer knowledge among nurses in a Brazilian university hospital. *Ostomy/wound management*, 56(10), 58-64.
- Cho, S. H., Ketefian, S., Barkauskas, V. H., & Smith, D. G.** (2003). The effects of nurse staffing on adverse events, morbidity, mortality, and medical costs. *Nursing research*, 52(2), 71-79.
- Clark, M., Semple, M. J., Ivins, N., Mahoney, K., & Harding, K.** (2017). National audit of pressure ulcers and incontinence-associated dermatitis in hospitals across Wales: a cross-sectional study. *BMJ open*, 7(8), e015616.
- Clay, P., Cruz, C., Ayotte, K., Jones, J., & Fowler, S. B.** (2018). Device Related Pressure Ulcers Pre and Post Identification and Intervention. *Journal of pediatric nursing*, 41, 77–79. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.01.018>
- Cooper, K. L.** (2013). Evidence-based prevention of pressure ulcers in the intensive care unit. *Critical care nurse*, 33(6), 57-66.

- Cowan, L. J., Ahn, H., Flores, M., Yarrow, J., Barks, L. S., Garvan, C., ... & Stechmiller, J. (2019).** Pressure ulcer prevalence by level of paralysis in patients with spinal cord injury in long-term care. *Advances in skin & wound care*, 32(3), 122-130.
- Cox, J., Edsberg, L. E., Koloms, K., & VanGilder, C. A. (2022).** Pressure injuries in critical care patients in US hospitals: results of the International Pressure Ulcer Prevalence Survey. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 49(1), 21-28.
- Coyer, F., Miles, S., Gosley, S., Fulbrook, P., Sketcher-Baker, K., Cook, J. L., & Whitmore, J. (2017).** Pressure injury prevalence in intensive care versus non-intensive care patients: a state-wide comparison. *Australian Critical Care*, 30(5), 244-250.
- Çakır, L., & Enginyurt, Ö. (2016).** Palyatif bakım ve bası yaralanması. *Klinik Tıp Aile Hekimliği*, 8(3), 19-25.
- Çayır Y. (2020).** Evde sağlık hizmetleri. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 14(1):147-52.
- Çelik, S., Dirimeşe, E., Taşdemir, N., Aşık, Ş., Demircan, S., Eyican, S., & Güven, B. (2017).** Hemşirelerin Bası Yaralanmasını Önleme ve Yönetme Bilgisi. *Medical Journal of Bakirkoy*, 13(3).
- Çınar, F., Kula Şahin, S., & Eti Aslan, F. (2018).** Yoğun bakım ünitesi'nde basınç yaralanmasının önlenmeye yönelik Türkiye'de yapılmış çalışmaların incelenmesi; sistematik derleme. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1), 42-50.
- Dalli, Ö. E., Yildirim, Y., Çalışkan, G., & Girgin, N. K. (2022).** Reliability and validity of the Turkish version of pressure ulcer knowledge assessment tool-updated version (PUKAT 2.0). *Journal of Tissue Viability*, 31(1), 52-57.
- Dall'Ora, C., Griffiths, P., Ball, J., Simon, M., & Aiken, L. H. (2015).** Association of 12 h shifts and nurses' job satisfaction, burnout and intention to leave: findings from a cross-sectional study of 12 European countries. *BMJ open*, 5(9), e008331.
- De Meyer, D., Verhaeghe, S., Van Hecke, A., & Beeckman, D. (2019).** Knowledge of nurses and nursing assistants about pressure ulcer prevention: A survey in 16 Belgian hospitals using the PUKAT 2.0 tool. *Journal of tissue viability*, 28(2), 59-69.
- Dealey, C., Posnett, J., & Walker, A. (2012).** The cost of pressure ulcers in the United Kingdom. *Journal of wound care*, 21(6), 261-266.
- Device-related pressure ulcers: SECURE prevention(2020).** Erişim tarihi: 30 Aralık 2023, <https://www.magonlinelibrary.com/doi/epub/10.12968/jowc.2020.29.Sup2a.S1> adresinden erişildi.
- DiVita, M. A., Granger, C. V., Goldstein, R., Niewczyk, P. M., & Freudenheim, J. L. (2018).** Mandated quality of care metrics for Medicare patients: examining new or worsened pressure ulcers and rehabilitation outcomes in

United States inpatient rehabilitation facilities. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 99(8), 1514-1524.

Doğu, Ö. (2015). Yoğun bakım hemşirelerinin bası yaralanması, bakımı ve bakım ürünleri kullanımına ilişkin bilgi ve uygulamalarının değerlendirilmesi. *Journal of Human Rhythm*, 1(3), 95-100.

Dweekat, O. Y., Lam, S. S., & McGrath, L. (2023). An Integrated System of Braden Scale and Random Forest Using Real-Time Diagnoses to Predict When Hospital-Acquired Pressure Injuries (Bedsore) Occur. *International journal of environmental research and public health*, 20(6), 4911. <https://doi.org/10.3390/ijerph20064911>

Edsberg, L. E., Black, J. M., Goldberg, M., McNichol, L., Moore, L., & Sieggreen, M. (2016). Revised National Pressure Ulcer Advisory Panel Pressure Injury Staging System: Revised Pressure Injury Staging System. *Journal of wound, ostomy, and continence nursing : official publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society*, 43(6), 585–597. <https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000281>

Efteli, E. U., & Gunes, U. Y. (2013). A prospective, descriptive study of risk factors related to pressure ulcer development among patients in intensive care units. *Ostomy Wound Manage*, 59(7), 22-7.

Efteli, E. Ü., & Güneş, Ü. (2014). Basınç Yaralarının Gelişiminde Perfüzyon Değerlerinin Etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(3), 140-144.

Engels, D., Austin, M., McNichol, L., Fencl, J., Gupta, S., & Kazi, H. (2016). Pressure Ulcers: Factors Contributing to Their Development in the OR. *AORN journal*, 103(3), 271–281. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2016.01.008>

EPUAP, NPUAP and PPPIA (2019), Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline (<https://internationalguideline.com> erişim tarihi: 24 Aralık 2023).

Ersoy, E. O., Öcal, S., Öz, A., Yılmaz, P., Arsava, B., & Topeli, A. (2013). Yoğun bakım hastalarında bası yaralanması gelişiminde rol oynayabilecek risk faktörlerinin değerlendirmesi. *Yoğun Bakım Dergisi*, 4(1), 9-12.

Fabbruzzo-Cota, C., Frecea, M., Kozell, K., Pere, K., Thompson, T., Thomas, J. T., & Wong, A. (2016). A clinical nurse specialist–led interprofessional quality improvement project to reduce hospital-acquired pressure ulcers. *Clinical Nurse Specialist*, 30(2), 110-116.

Genç, Z., Yıldırım, D., Akyüz Özdemir, F., Gülmez, Z., & Gülbeyez, C. (2023). Beslenme Desteği Alan Kanser Hastalarının Beslenme Profiline Belirlenmesi: Retrospektif Çalışma. *Izmir Democracy University Health Sciences Journal*, 6(3), 460-470. <https://doi.org/10.52538/iduhes.1328485>.

Gunningberg, L., & Stotts, N. A. (2008). Tracking quality over time: what do pressure ulcer data show?. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(4), 246-253.

- Gunningberg, L., Mårtensson, G., Mamhidir, A. G., Florin, J., Muntlin Athlin, Å., & Baath, C. (2015).** Pressure ulcer knowledge of registered nurses, assistant nurses and student nurses: a descriptive, comparative multicentre study in Sweden. *International wound journal*, 12(4), 462-468.
- Gül, Ş. (2011).** *Ameliyathanede sıvı dolgulu destek yüzeyi kullanmanın basınç ülserini önlemeye etkisi*. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Iranmanesh, S., Tafti, A. A., Rafiei, H., Dehghan, M., & Razban, F. (2013).** Orthopaedic nurses' knowledge about pressure ulcers in Iran: a cross-sectional study. *Journal of wound care*, 22(3), 138-143.
- Jansen, R. C. S., Silva, K. B. A., & Moura, M. E. S. (2020).** Braden Scale in pressure ulcer risk assessment. *Revista brasileira de enfermagem*, 73(6), e20190413. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0413>
- Jaul E. (2014).** Cohort study of atypical pressure ulcers development. *International wound journal*, 11(6), 696-700. <https://doi.org/10.1111/iwj.12033>
- Kaddourah, B., Abu-Shaheen, A. K., & Al-Tannir, M. (2016).** Knowledge and attitudes of health professionals towards pressure ulcers at a rehabilitation hospital: a cross-sectional study. *BMC nursing*, 15, 1-6.
- Källman, U., & Suserud, B. O. (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(2), 334-341.
- Karabag, A. A., & Karadag, A. (2010).** Assessment of nurses' knowledge and practice in prevention and management of deep tissue injury and stage I pressure ulcer. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 37(5), 487-494.
- Karadag, M., & Gümüşkaya, N. (2006).** The incidence of pressure ulcers in surgical patients: a sample hospital in Turkey. *Journal of Clinical Nursing*, 15(4), 413-421.
- Karadağ, A. (2003).** Basınç ülserleri: değerlendirme, önleme ve tedavi. *CÜ Hemşirelik Yüksek Okulu*, 7(2), 41-48.
- Karadağ, A., & Karabağ, A. A. (2013).** Basınç ülserlerinde etiyoloji ve fizyopatoloji. *Kronik Yarada Güncel Yaklaşımlar*, 1, 116-37.
- Karayurt, Ö., & Çelik, B. (2017).** Ameliyata bağlı basınç yaralanması ve hemşirelik bakımı. *Türkiye Klinikleri Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği-Özel Konular*, 3(3), 176-182.
- Kaşıkcı, M., Aksoy, M., & Ay, E. (2018).** Investigation of the prevalence of pressure ulcers and patient-related risk factors in hospitals in the province of Erzurum: A cross-sectional study. *Journal of tissue viability*, 27(3), 135-140. <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2018.05.001>

- Keller, P. B., Wille, J., van Ramshorst, B., & van der Werken, C.** (2002). Pressure ulcers in intensive care patients: a review of risks and prevention. *Intensive care medicine*, 28, 1379-1388.
- Khong, B. P. C., Goh, B. C., Phang, L. Y., & David, T.** (2020). Operating room nurses' self-reported knowledge and attitude on perioperative pressure injury. *International Wound Journal*, 17(2), 455-465.
- Kılıç, H. F., & Sucudağ, G.** (2017). Basınç yaralanması değerlendirilmesinde sık kullanılan ölçekler. *JAREN*, 3(1), 49-54.
- Kıraner, E., Terzi, B., Ekinci, A. U., & Tunalı, B.** (2016). Yoğun bakım ünitemizdeki basınç yaralanması insidansı ve risk faktörlerinin belirlenmesi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 20(2), 78-83.
- Kim, J. Y., & Lee, Y. J.** (2019). A study on the nursing knowledge, attitude, and performance towards pressure ulcer prevention among nurses in Korea long-term care facilities. *International wound journal*, 16, 29-35.
- Kocaman, G.** (2017). Kanıta dayalı rehberlerin hemşirelik uygulamalarında kullanımı. *Türkiye Klinikleri Public Health Nursing-Special Topics*, 3(1), 1-9.
- Kopuz, E., & Karaca, A.** (2019). Evaluation of nurses' knowledge about risk monitoring and risk prevention for pressure ulcers. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 9(2), 157-165.
- Li, Z., Lin, F., Thalib, L., & Chaboyer, W.** (2020). Global prevalence and incidence of pressure injuries in hospitalised adult patients: a systematic review and meta-analysis. *International journal of nursing studies*, 105, 103546.
- Lotfi, M., Aghazadeh, A. M., Asgarpour, H., & Nobakht, A.** (2019). Iranian nurses' knowledge, attitude and behaviour on skin care, prevention and management of pressure injury: A descriptive cross-sectional study. *Nursing Open*, 6(4), 1600-1605.
- Manderlier, B., Van Damme, N., Vanderwee, K., Verhaeghe, S., Van Hecke, A., & Beeckman, D.** (2017). Development and psychometric validation of PUKAT 2·0, a knowledge assessment tool for pressure ulcer prevention. *International Wound Journal*, 14(6), 1041-1051.
- Moya-Suárez, A. B., Canca-Sánchez, J. C., de Luna-Rodríguez, M. E., Aranda-Gallardo, M., & Morales-Asencio, J. M.** (2018). Factors associated with variability in the prevention of pressure ulcers. *Journal of tissue viability*, 27(4), 211-216.
- Nasiri, E., Mollaei, A., Birami, M., Lotfi, M., & Rafiei, M. H.** (2021). The risk of surgery-related pressure ulcer in diabetics: A systematic review and meta-analysis. *Annals of Medicine and Surgery*, 65, 102336.
- Nuru, N., Zewdu, F., Amsalu, S., & Mehretie, Y.** (2015). Knowledge and practice of nurses towards prevention of pressure ulcer and associated factors in Gondar University Hospital, Northwest Ethiopia. *BMC nursing*, 14, 1-8.

- Oğuz, S., & Olgun, N.,** (1997). Braden Ölçeği ile hastaların risklerinin belirlenmesi ve planlı hemşirelik bakımının bası yaralarının önlenmesindeki etkinliğinin saptanması. *Hemşirelik Forumu*, vol.1, no.3, 131-135.
- Orhan, B.** (2017). Basınç yaralarını önleme kılavuzu: Kanıta dayalı uygulamalar. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 26(4), 427-440.
- Özel, B.** (2014). Bası yaralanması olan hastaların yönetimi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 23(3), 492-505.
- Özyürek, P., & Kısacık, Ö. G.** (2023). Hemşirelerin basınç yaralanmalarını önlemeye yönelik bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 6(2), 340-353.
- Pancorbo, H., P., & Garcia F., F. Opez, M., I. & López, O., J.** (2007). Pressure ulcer care in Spain: Nurses' knowledge and clinical practice. *Journal of Advanced Nursing*, 58(4), 327-238.
- Parisod, H., Holopainen, A., Kielo-Viljamaa, E., Puukka, P., Beeckman, D., & Haavisto, E.** (2022). Attitudes of nursing staff towards pressure ulcer prevention in primary and specialised health care: A correlational cross-sectional study. *International wound journal*, 19(2), 399-410.
- Pieper, B., & Mott, M.** (1995). Nurses' knowledge of pressure ulcer prevention, staging, and description. *Advances in wound care: the journal for prevention and healing*, 8(3), 34-38.
- Qaddumi, J., & Khawaldeh, A.** (2014). Pressure ulcer prevention knowledge among Jordanian nurses: a cross-sectional study. *BMC nursing*, 13, 1-8.
- Rashvand, F., Shamekhi, L., Rafiei, H., & Nosrataghaei, M.** (2020). Incidence and risk factors for medical device-related pressure ulcers: The first report in this regard in Iran. *International wound journal*, 17(2), 436-442. <https://doi.org/10.1111/iwj.13290>
- Rızalar, S.** (2020). Ameliyat geçiren hastalarda basınç yaralanmasının önlenmesi. *Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi*, 3(1), 88-97.
- Rostamvand, M., Abdi, K., Gheshlagh, R. G., Khaki, S., Dehvan, F., & Barzgaran, R.** (2022). Nurses' attitude on pressure injury prevention: A systematic review and meta-analysis based on the pressure ulcer prevention instrument (APuP). *Journal of Tissue Viability*, 31(2), 346-352.
- Saghaleini, S. H., Dehghan, K., Shadvar, K., Sanaie, S., Mahmoodpoor, A., & Ostadi, Z.** (2018). Pressure ulcer and nutrition. *Indian journal of critical care medicine: peer-reviewed, official publication of Indian Society of Critical Care Medicine*, 22(4), 283.
- Sezgünsay, E., Başak, T., Şıvgın, N., & Öksüz, S.** (2023). Hemşirelerin basınç yaralanmasına yönelik bilgi düzeyleri. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 8(2), 257-263.
- Shekelle, P. G., Ortiz, E., Rhodes, S., Morton, S. C., Eccles, M. P., Grimshaw, J. M., & Woolf, S. H.** (2001). Validity of the agency for healthcare research and quality clinical practice guidelines: how quickly do guidelines become outdated?. *Jama*, 286(12), 1461-1467.

- Sivrikaya, S. K., & Sarıkaya, S. (2020).** Yoğun bakım hastalarında bası ülseri, önleme ve hemşirelik bakımı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 24(2), 139-149.
- Smith, D., & Waugh, S. (2009).** Research study: an assessment of registered nurses' knowledge of pressure ulcers prevention and treatment. *Kansas Nurse*, 84(1), 3.
- Stimpfel, A. W., Sloane, D. M., & Aiken, L. H. (2012).** The longer the shifts for hospital nurses, the higher the levels of burnout and patient dissatisfaction. *Health affairs (Project Hope)*, 31(11), 2501–2509. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.1377>
- Sumarno A. S. (2019).** Pressure ulcers: the core, care and cure approach. *British journal of community nursing*, 24(12), S38–S42. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2019.24.Sup12.S38>
- Suriadi, Sanada, H., Sugama, J., Thigpen, B., & Subuh, M. (2008).** Development of a new risk assessment scale for predicting pressure ulcers in an intensive care unit. *Nursing in critical care*, 13(1), 34-43.
- Şahin, A. D., Seyrek, S., Ertürk, A., & Artantaş, A. B. (2017).** Evde bakım hastalarında bası yaraları ve hastaların demografik özellikleri. *Konuralp Medical Journal/Konuralp Tıp Dergisi*, 9(1).
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. (2014).** Sağlıkta İndikatör Yönetim Sistemi (SİYÖS) <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/Eklenti/6087/0/indikatorler-ve-siyos-2014pdf.pdf>. Adresinden erişildi
- Tanrikulu, F., & Dikmen, Y. (2017).** Yoğun bakım hastalarında basınç yaraları: risk faktörleri ve önlemler. *Journal of Human Rhythm*, 3(4), 177-182.
- Tirgari, B., Mirshekari, L., & Forouzi, M. A. (2018).** Pressure injury prevention: knowledge and attitudes of Iranian intensive care nurses. *Advances in Skin & Wound Care*, 31(4), 1-8.
- Tokgöz, O. S., & Demir, O. (2010).** Nöroloji yoğun bakım ünitesinde bası yara insidansı ve risk faktörleri. *Selçuk Üniversitesi. Tıp Dergisi*, 26(3), 95-98.
- Uzun, O., & Tan, M. (2007).** A prospective, descriptive pressure ulcer risk factor and prevalence study at a university hospital in Turkey. *Ostomy/wound Management*, 53(2), 44-56.
- Ünlü, A. A., & Andsoy, I. I. (2021).** Cerrahi hemşirelerin basınç yaralanması, risk faktörleri ve önlenmeye ilişkin bilgilerin incelenmesi. *Genel Tıp Dergisi*, 31(2), 168-174.
- Ünver, S., Yıldırım, M., Akyolcu, N., & Kanan, N. (2016).** Doğru Sözcüklerden Doğru Bakıma Hemşireler Arasında Basınç Yaralanması Teriminin Kullanılma Durumu. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 24(3), 127-132.
- Waterlow, J. A. (1985).** A risk assessment card. *Nursing Times*, 81, 51-55.

World Health Organization. ICD-10 Version:2019. [ICD-10 Version:2019 \(who.int\)](https://www.who.int/publications-detail/11-i10m-icd-10-2019) adresinden erişildi.

Zarei, E., Madarshahian, E., Nikkhah, A., & Khodakarim, S. (2019). Incidence of pressure ulcers in intensive care units and direct costs of treatment: Evidence from Iran. *Journal of Tissue Viability*, 28(2), 70–74. <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2019.02.001>

Zulkowski, K., Ayello, E. A., & Wexler, S. (2007). Certification and Education: Do They Affect Pressure Ulcer Knowledge in Nursing?. *Advances in Skin & Wound Care*, 20(1), 34-38.



EKLER

EK1: KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. Yaşınız ☐ 25' ten az ☐ 25-29 ☐ 30-34 ☐ 35-39 ☐ 40-44 ☐ 45 ve üzeri
2. Cinsiyetiniz ☐ Erkek ☐ Kadın
3. Medeni durumunuz ☐ Evli ☐ Bekâr ☐ Boşanmış ☐ Ayrı
4. Eğitim durumunuz ☐ Lise ☐ Ön lisans ☐ Lisans ☐ Yüksek Lisans ☐ Doktora
5. Şu anda çalıştığınız birim ☐ Servis ☐ Yoğun Bakım ☐ Ameliyathane ☐ (Poliklinik) ☐ Özel Birim/Ünite
6. Meslekte çalışma süreniz ☐ 1 yıldan az ☐ 1-5 yıl ☐ 6-10 yıl ☐ 11 yıl ve üstü
7. Şu an çalıştığınız serviste çalışma süreniz ☐ 1 yıldan az ☐ 1-5 yıl ☐ 6-10 yıl ☐ 11 yıl ve üstü
8. Kurumda çalışma süreniz ☐ 1 yıldan az ☐ 1-5 yıl ☐ 6-10 yıl ☐ 11 yıl ve üst
9. Haftalık çalışma süreniz ☐ 40 saat ☐ 50 saat ☐ 50 saat ve üstü
10. Çalışma şekliniz ☐ Vardiya ☐ Devamlı gündüz ☐ Nöbet ☐ Devamlı gece
11. Çalıştığınız vardiyada sorumlu olduğunuz hasta sayısı ☐ 1-5 ☐ 6-10 ☐ 11-15 ☐ 16 ve üzeri
12. Basınç ülserleri ve önlenmesine ilişkin eğitim aldınız mı? (Cevabınız hayır ise 15. soruya geçiniz).
☐ Evet ☐ Hayır
13. Basınç ülseri ve önlenmesine ilişkin eğitimi nerede aldınız?
☐ Okulda ☐ Hizmet içi eğitimde ☐ Kursta ☐ Sertifika programında ☐ Diğer.....
14. Basınç ülseri ve önlenmesine ilişkin aldığınız eğitimi yeterli buluyor musunuz?
☐ Evet ☐ Hayır
15. Çalıştığınız birimde basınç ülseri önlemeye yönelik uygulama yapıyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır
16. Bugüne kadar basınç ülseri gelişmiş hastaya/hastalara bakım verdiniz mi?
☐ Evet, bakım verdim ☐ Hayır, bakım vermedim ☐ Bakım verilirken gözlem yaptım
17. Basınç ülser önlemeye yönelik hemşirelerin uygulamalarını yeterli buluyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Kısmen ☐ Fikrim yok

EK-2: Basınç Ülseri Bilgi Düzeyi Değerlendirme Aracı 2.0-Güncellenmiş Versiyon (PUKAT 2.0-T)

TEMA: ETİYOLOJİ

1. Basınç ülserlerinin gelişiminde etkili birçok faktör vardır. Aşağıdaki faktörlerden hangisi bunlardan biridir?

- a. Diyabet.
- b. İnkontinans.
- c. Ateş.
- d. Düşük aktivite seviyesi.†
- e. Cevabı bilmiyorum.

2. Bir hasta, yatağın başı 60° yükseltilmiş olarak oturmaktadır. Yatakta aşağı doğru kayarken cildi yatak yüzeyine yapışır ne olur?

- a. Basınç artar.
- b. Mikroiklimle ilgili sorunlar ortaya çıkar (sıcaklık ve bağıl nem).
- c. Makaslama (yırtılma) artar.†
- d. Sürtme/sürtünme artar.
- e. Cevabı bilmiyorum.

3. Avrupa'daki hastanelerde basınç ülserli hastaların ortalama yüzdesi nedir?

- a. %1 ile %5 arasında.
- b. %5 ile %10 arasında.
- c. %10 ile %15 arasında.†
- d. %15 ile %20 arasında.
- e. Cevabı bilmiyorum.

4. Artan vücut sıcaklığı ile birlikte aşırı nemli cilt (örneğin inkontinans veya yara yerindeki eksüdaya bağlı olarak) basınç ülseri gelişimi ile ilişkilidir. Bu ifade doğru mudur?

- a. Evet, aşırı nemli cilt ve yüksek vücut sıcaklığı, basınç ülserlerine neden olur.
- b. Evet, aşırı nemli cilt ve yüksek vücut sıcaklığı, basınç ülseri gelişimi için risk faktörleridir.†
- c. Hayır, nemli ve sıcak bir ortamda oluşan yaralar her zaman inkontinansla ilişkili dermatit (İİD) olarak tanımlanır.
- d. Hayır, artan sıcaklık daha iyi kan akışına neden olur ve dolayısıyla basınç ülseririskini azaltır.
- e. Cevabı bilmiyorum.

5. OLGU: Bir hasta sabah ve öğleden sonra her seferinde 2 saat olmak üzere bir sandalyede oturmaktadır. Günün geri kalanını yatakta geçirmektedir. Kendi başına mobilize olamamaktadır. Bu hastanın basınç ülseri geliştirme riski ne zaman en yüksektir (herhangi bir önlem alınmazsa)?

- a. Sandalyede oturma ile yatakta yatma pozisyonu birlikte uygulandığı için basınç ülseri gelişme riski daha yüksek değildir.

- b. Sandalyede oturduğunda kısa bir sürede yüksek basınç uygulandığından, basınç ülseri gelişme riski en yüksektir.
- c. Yatakta yatarken uzun bir sürede daha düşük basınç uygulandığından, basınç ülseri gelişme riski en yüksektir.
- d. Bu durumda hem sandalyede otururken hem de yatakta yatarken basınç ülseri geliştirme riski yüksektir. Kısa süreli yüksek basınç, uzun süreli düşük basınçla aynı etkiye sahip olabilir.†
- e. Cevabı bilmiyorum.

6. Aşağıdaki ifadelerden hangisi doğrudur?

- a. Nem emici pedlerin kullanımı basınç ülseri riskini azaltır.
- b. Su ve sabun kullanımı cilt bariyerini aşındırarak yüzeysel cilt hasarı riskini artırabilir.†
- c. Cilde masaj yapmak (yıkama ve kurulama sırasında) basınç ülserlerini önlemede etkilidir.
- d. Topukları (bandajla) sarmak topukta basınç ülseri gelişme riskini azaltır.
- e. Cevabı bilmiyorum.

TEMA: SINIFLANDIRMA VE GÖZLEM

7. OLGU: Yatakta kendisi yer değiştirebilen bir hastanın topuğunda yeni bir bül görmektesiniz. Dosyasına göz attınız, ama çalışma arkadaşlarınız herhangi bir basmakla solmayan eritem (kızarıklık) veya yara bildirmemiştir. Buna göre aşağıdaki ifadelerden hangisi doğrudur?

- a. Bül, basınç ülseri değildir.
- b. Bül, Evre II basınç ülseridir.
- c. Bül bozulmadan kaldığı sürece Evre I basınç ülseridir.
- d. Bunun bir basınç ülseri olup olmadığını bilmek için yeterli bilgi yoktur.†
- e. Cevabı bilmiyorum.

8. Aşağıdaki resimlerden hangisi Evre I basınç ülseridir?



- a. Basmakla solan eritem.
- b. Basmakla solmayan eritem.†
- c. Sağlam bül.
- d. Açık bül.

e. Cevabı bilmiyorum

9. Aşağıdaki evrelerden hangisinde nekrotik doku bulunabilir?

- a. Evre I, II, III ve IV.
- b. Evre II, III ve IV.
- c. Evre III ve IV.†
- d. Yalnızca Evre IV.
- e. Cevabı bilmiyorum.

10. OLGU: Hemşire bir yarada kemiksi bir yapı gözlemlemektedir. Bu basınç ülserini hangi evre olarak sınıflandırabilirsiniz?

- a. Evre IV.†
- b. Bitişik dokuya zarar verme belirtileri varsa Evre IV.
- c. Nekroz varsa Evre IV.
- d. Dokunun kanlanması azalma belirtileri varsa Evre IV.
- e. Cevabı bilmiyorum.

TEMA: RİSK DEĞERLENDİRMESİ

11. VAKA: Bakım ünitenize/kliniğinize yakın zamanda bir hasta Kabul edilmiştir. Hastanın cildinde (basmakla solan veya solmayan) kızarıklık belirtisi yoktur, ancak yatağa bağımlı bir hastadır. Braden Risk Değerlendirme Aracı'nı uyguladığınızda elde edilen skor, basınç ülseri gelişimi için herhangi bir risk olmadığını göstermektedir. Herhangi bir önlem ihtiyacı yoktur. Ancak bu durum sizi şaşırtmaktadır, çünkü klinik deneyiminiz size bu hastanın risk altında olduğunu söylemektedir. Bu durumda ne yaparsınız?

- a. Herhangi bir önleme planı uygulamazsınız çünkü hem cilt değerlendirmesi hem de skora aracı yüksek risk olmadığını gösterdi.
- b. Herhangi bir önleme planı uygulamazsınız çünkü risk değerlendirme araçları klinik kararın yerini almak için geliştirilmiştir.
- c. Önleyici tedbirler alırsınız çünkü klinik değerlendirmeniz, değerlendirme aracı kullanarak yapılan risk taramasının sonucu kadar önemlidir.†
- d. Hastayı her gün (değerlendirme aracı kullanarak) yeniden değerlendirirsiniz ve Braden Risk Değerlendirme Aracı basınç ülseri gelişme riskinin arttığını gösterirse önlem almaya karar verirsiniz.
- e. Cevabı bilmiyorum.

12. Hastanelerde basınç noktaları için cilt değerlendirme sıklığına ilişkin aşağıdaki ifadelerden hangisi doğrudur?

- a. Cilt değerlendirme sıklığı tıbbi bir karardır (bir doktor tarafından verilir).
- b. Basınç ülseri gelişimi için yüksek risk taşıyan cilt bölgeleri en az haftada bir kontrol edilmelidir.
- c. Risk altındaki hastaların cildi haftada en az iki kez kontrol edilmelidir.
- d. Tüm hastaların cildi en az günlük olarak kontrol edilmelidir.†
- e. Cevabı bilmiyorum.

TEMA: BESLENME

13. OLGU: 23 yaşında, daha önce sağlık sorunu olmayan bir erkek, kısa süre önce spinal kord yaralanması (trafik kazası) nedeniyle hastaneye kaldırılmıştır. Hasta hareketsizdir ve yeme-içme ile ilgili hiçbir sorunu yoktur. Basınç ülseri riskini azaltmak için besin desteği gerekli midir?

- a. Evet, basınç ülserlerini önlemek için besin takviyeleri (vitamin tabletleri) sağlarım.
- b. Evet, basınç ülserlerini önlemek için besin takviyeleri (arjinin amino asidi ile zenginleştirilmiş içecekler) sağlarım.
- c. Hayır, herhangi bir basınç ülseri belirtisi (kızarıklık veya cilt bütünlüğünün bozulması) görülmedikçe bu hastanın beslenmesini değiştirmem.
- d. Hayır, besin alımı yeterli olduğu sürece bu hastanın beslenmesini değiştirmem. †
- e. Cevabı bilmiyorum.

14. Basınç ülserlerini önlemek için en gerekli besin öğeleri hangileridir?

- a. Karbonhidratlar, yağlar ve proteinler.
- b. Proteinler ve sıvılar.†
- c. Karbonhidratlar ve proteinler.
- d. Yağlar, sıvılar ve proteinler
- e. Cevabı bilmiyorum.

15. Hangi tip hastalarda (vücut ağırlığı yönünden) basınç ülseri geliştirme riski yüksektir?

- a. Son derece zayıf hastalar.
- b. Obez hastalar.
- c. Hem aşırı derecede zayıf hem de obez hastalar.†
- d. Vücut ağırlığı ve beden kitle indeksi, basınç ülseri riski ile ilişkili değildir.
- e. Cevabı bilmiyorum.

TEMA: BASINÇ ÜLSERLERİNİN ÖNLENMESİ

16. Hastanelerde sandalyede ve yatakta yeterli koruma önlemleri uygulandığında, basınç ülseri geliştirme riski yüzdesi nedir?

- a. %20'nin altında. †
- b. %20 ile %50 arasında.
- c. %50 ile %70 arasında.
- d. %70'in üstünde.
- e. Cevabı bilmiyorum.

17. OLGU: Çalışma arkadaşınız, hastasını yatağa semi fowler pozisyonunda yerleştirdiğini söyledi. Bunun anlamı nedir?

- a. Hasta 30°'lik bir açıyla yan yatırılmıştır.
- b. Hasta 45°'lik bir açıyla yan yatırılmıştır.

- c. Hasta, hem yatağın başı hem de üst bacakları 30° 'lik bir açıya kadar yükseltilmiş şekilde sırtüstü pozisyonda yatırılmıştır.†
- d. Hasta, yatağın başı 45° 'lik bir açıyla yükseltilmiş şekilde sırtüstü pozisyonda yatırılmıştır.
- e. Cevabı bilmiyorum.

18. Basınç ülserlerini önlemek için hastayı en etkili yeniden konumlandırma protokolü hangisidir? Hastaya sırt üstü pozisyondaki konumundan başlayıp, sonra...

- a. Sol yan 30° – Sırt üstü – Sağ yan 30° – Sırt üstü – Sol yan 30° –.....†
- b. Sol yan 90° – Sırt üstü – Sağ yan 90° – Sırt üstü – Sol yan 90° –.....
- c. Sol yan 30° – Sırt üstü – Sağ yan 30° – Sırt üstü – Sol yan 90° – Sırt üstü – Sağ yan 90° –.....
- d. Sol yan 30° – Sol yan 90° – Sırt üstü – Sağ yan 30° – Sağ yan 90° – Sırt üstü –.....
- e. Cevabı bilmiyorum.

19. Halka (donut) yastık kullanımı, hastalar tekerlekli sandalyede otururken basınç ülserlerini önlemede etkilidir. Bu ifade doğru mudur?

- a. Evet, çünkü kemikli çıkıntıya yakın yerde basınç azalır.
- b. Evet, çünkü risk altındaki alan çevresinde basıncı ve makaslamayı etkili bir şekilde dağıtır.
- c. Hayır, çünkü hastanın cildi ile yüzey arasındaki temas alanı daha küçüktür.†
- d. Hayır, sadece hastada geçmişte basınç ülseri varsa etkilidir.
- e. Cevabı bilmiyorum

20. Basınç ülserlerini önlemek için nevresimler nasıl kullanılmalıdır?

- a. Çarşafı şiltenin altına sabitlemeyin, böylece hasta ile birlikte hareket edebilsin.
- b. Battaniyeyi şiltenin altına sabitlemeyin, böylece hastayla birlikte hareket edebilsin.†
- c. Çarşafların sıkı bir şekilde gerildiğinden emin olunmalıdır.
- d. Hastanın altına nem emici pedler koyulmalıdır.
- e. Cevabı bilmiyorum

21. Hastayı otururken konumlandırmak için en etkili teknik hangisidir?

- a. Dizler 90° açı oluşturacak ve ayaklar yere değmeyecek şekilde dik pozisyonda.
- b. Dizlerde 90°'den fazla bir açı oluşturacak şekilde bacakların desteklendiği dik pozisyonda.
- c. Dizler 90° açıyla ve ayaklar yere değmeyecek şekilde yarı yatar pozisyonda.
- d. Dizlerde 90°'den fazla bir açı oluşturacak şekilde bacakların desteklendiği yarı yatar pozisyonda.†
- e. Cevabı bilmiyorum.

22. OLGU: Hastanız, basıncı dağıtan bir köpük şilte üzerinde yatmaktadır.Topuklarda basınç ülserlerini önlemek için başka önlemler alır mısınız?

- a. Hayır. Basıncı dağıtan köpük şilte yeterlidir.
- b. Hayır. Yeniden konumlandırma ile birlikte basıncı dağıtan köpük şilte yeterlidir.
- c. Evet. Topukların yükünü azaltmak için dizden aşıl tendonuna kadar bir yastık koyarım.†
- d. Evet. Topukların yükünü azaltmak için aşıl tendonunun altına bir yastık koyarım.
- e. Cevabı bilmiyorum.

23. Yeniden konumlandırma basınç ülserini nasıl önler?

- a. Basınç ve makaslanma miktarını azaltır.
- b. Basınç ve makaslanma miktarı ile süresini azaltır.
- c. Basınç ve makaslanma süresini azaltır.†
- d. Kemikli çıkıntılarda sürtünmeyi azaltır.
- e. Cevabı bilmiyorum.

TEMA: ÖZEL HASTA GRUPLARI

24. Ameliyathanede basınç ülseri gelişimi konusunda aşağıdaki ifadelerden hangisi doğrudur?

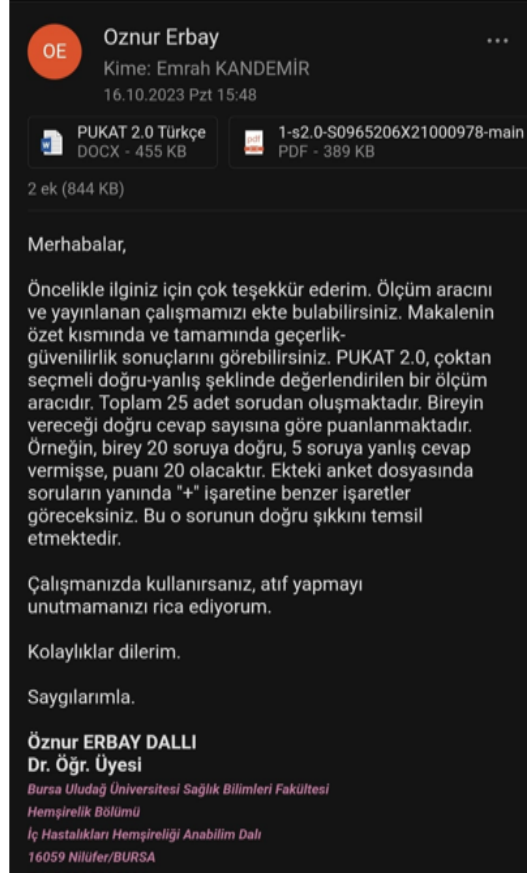
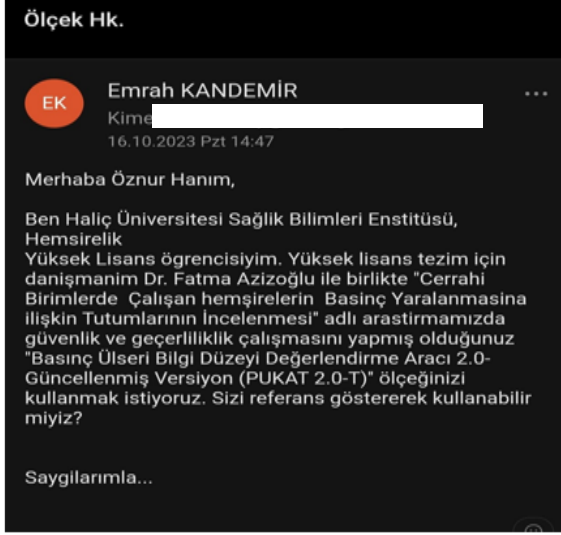
- a. Ameliyat sırasında basınç ülseri oluşması muhtemel değildir. Ameliyattan hemen sonra bir kızarıklık görülürse, büyük olasılıkla yanık yaralanmasıdır.
- b. Ameliyat sırasında hareketsiz kalmak değil, ameliyat sonrası hareketsizlik basınç ülserlerinin gelişmesine neden olur.
- c. Ameliyat sırasında basınç ülseri geliştiğinde, ilk görünür belirtiler birkaç gün sonra ortaya çıkar ve bu durum insanlara basınç ülserinin ameliyattan sonra geliştiğini düşündürür.†
- d. Ameliyat sonrası ortaya çıkan basınç ülseri, her zaman ameliyat sırasında hareketsiz kalmanın bir sonucudur.
- e. Cevabı bilmiyorum.

25. Bebeklerin vücudunda basınç ülseri gelişme riskinin en yüksek olduğu bölge neresidir?

- a. Oksiput.†
- b. Topuklar.
- c. Omuzlar.
- d. Sakrum.
- e. Cevabı bilmiyorum.

† işareti doğru cevabı göstermektedir.

EK-3 ÖLÇEK KULLANIM İZNİ



Ek-4 Gönüllü Bilgilendirme ve Onay Formu

Değerli Meslektaşım;

Değerli Meslektaşım; Sizi, Emrah Kandemir tarafından yürütülen “Cerrahi Birimde Çalışan Hemşirelerin Basınç Ülseri/Yaralanması Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi” başlıklı kesitsel araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırma; Haliç Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı kapsamında, cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin basınç ülseri bilgi düzeylerini incelemek amacı ile tez çalışması olarak planlanmıştır. Araştırmaya katılmanız dahilinde, Haliç Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsünde görevli Dr. Öğr. Üyesi Fatma Azizoğlu ve enstitü öğrencisi Emrah Kandemir tarafından değerlendirilmeniz yapılacaktır. Araştırma sırasında ortaya çıkabilecek risk/istenmeyen durum bulunmamaktadır. Araştırmaya sizinle beraber minimum 152 kişi katılacaktır. Araştırma sırasında sizden doldurmanızı isteneceği “**Kişisel Bilgi Formu**” ve “**Basınç Ülseri Bilgi Düzeyi Değerlendirme Aracı (PUKAT 2.0-T)**” bulunmaktadır. Araştırma 10.11.2023-31.05.2024 tarihleri arasını kapsamakta olup çalışmanın verileri etik kurul ve kurum iznini takiben 11.12.2023-31.03.2024 tarihleri arasında toplanacaktır. Araştırma için anket formu, yazılı veya online uygulanacaktır. Araştırmada 15 dakikanızı ayırmanız istenmektedir. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya e-posta adresine ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz. Katılımlarınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Emrah Kandemir

Haliç Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi

EK.5 Katılımcı Beyanı

Sayın Emrah Kandemir ve danışmanı Dr. Öğr. Üyesi Fatma Azizoğlu tarafından Haliç Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda araştırma yapılacağı bilgisi verilip, araştırma ile ilgili gerekli bilgiler tarafıma iletilmiştir. Bu Araştırmaya “katılımcı” (denek) olarak davet edildim. Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıyı zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağının bilincindeyim). Araştırma için yapılacak harcamalarda herhangi bir sorumluluk altına girmiyorum. Tarafıma bir ödeme yapılmayacaktır. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” (denek) olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

EK.6 Gönüllü Onay Formu

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken metni okudum. Bana gerekli yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarda klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama yapılmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı-soyadı, İmzası, Adresi

Velayet veya vesayet altında bulunanalar için veli veya vasisinin Adı-soyadı, İmzası,

Adresi Açıklamayı yapan araştırmacının Adı-soyadı, İmzası

Emrah Kandemir

Rıza alma işleminin başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı-soyadı, İmzası, Görevi

Ek-7: Haliç Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzni



T.C.

HALIÇ ÜNİVERSİTESİ

GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Tarih: 26.12.2023

Sayı: 289

Konu: Etik Kurul İzni

Sayın Emrah Kandemir,

Yapmış olduğunuz başvuru Haliç Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu tarafından incelenmiş olup Dr. Öğr. Üyesi Fatma Azizoğlu danışmanlığında planladığınız "Cerrahi Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Basınç Ülseri Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi" isimli yüksek lisans tez çalışmanız kurulumuzun 26.12.2023 tarihli toplantısında etik yönden uygun bulunmuştur. Bilgilerinize sunarım.

Prof. Dr. Melek Güneş Yavuzer
Haliç Üniversitesi Girişimsel Olmayan
Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Ek: Etik Kurulu Kararı

Güzeltepe Mahallesi, 15 Temmuz Şehitler Caddesi, No:14/12 34060 Eyüpsultan – İstanbul
Tel: (0 212)-924-24-44 | Faks: (0 212)-999-78-52

e-mail: etikkurul@halic.edu.tr

www.halic.edu.tr

		T.C. HALIÇ ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU		Yayın Tarihi : 10.12.2015 Revizyon Tarihi : 16.09.2020 Revizyon No : 02 Sayfa No : 1/1	
Tarih: 26.12.2023		Karar No: 289			
Toplantı Sayısı:		Emrah Kandemir' in Dr Öğrt Üyesi Fatma Azizoğlu danışmanlığında yürüteceği "Cerrahi Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Basınç Ülseri Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi" isimli yüksek lisans tez çalışması			
Adı-Soyadı	Alanı	Kurumu	Araştırma ile ilişkisi	Toplantıya Katılma	İmza
Prof. Dr. Melek Güneş YAVUZER (Başkan)	Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	Var ☐ Yok ☒	Evet ☒ Hayır ☐	
Doç. Dr. Hatice İlhan Odabaş	Spor Yöneticiliği	Haliç Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu	Var ☐ Yok ☐	Evet ☐ Hayır ☐	
Doç. Dr. Nevra Alkanlı	Biyofizik	Haliç Üniversitesi Tıp Fakültesi	Var ☐ Yok ☐	Evet ☐ Hayır ☐	
Dr.Öğr.Üy. Burcu Türk	Psikoloji	Haliç Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi	Var ☐ Yok ☐	Evet ☐ Hayır ☐	
Dr.Öğr.Üy. Gülcan Kendirkıran	Hemşirelik	Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	Var ☐ Yok ☒	Evet ☒ Hayır ☐	
Dr.Öğr.Üy. Seda Saka	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	Var ☐ Yok ☐	Evet ☐ Hayır ☐	
Dr.Öğr.Üy. Çiğdem Yıldırım Maviş	Gıda Mühendisliği	Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	Var ☐ Yok ☐	Evet ☐ Hayır ☐	
Dr.Öğr.Üy. Maral Törenli Çakıroğlu	Hukuk	Haliç Üniversitesi İşletme Fakültesi	Var ☐ Yok ☐	Evet ☐ Hayır ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Pınar Köroğlu Aydın	Histoloji-Embriyoloji	Haliç Üniversitesi Tıp Fakültesi	Var ☐ Yok ☐	Evet ☐ Hayır ☐	
ETKU:10					

Ek-8: Kurum İzni

	T.C. BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğü	
Sayı: E-73115338-819-123780		30.01.2024
Konu: Emrah KANDEMİR araştırma izni		
Sayın Emrah KANDEMİR Hemşire Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesi		
İlgi : 10.01.2024 tarihli yazınız.		
İlgi yazınızda belirtmiş etmiş olduğunuz "Cerrahi Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Basınç Ülseri Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi" konulu araştırma izni talebiniz, uygun bulunmuştur. Bilgilerinize rica ederim.		
Prof. Dr. Bedrettin AKOVA Başhekim a. Başhekim Yardımcısı		
Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.		
Belge Doğrulama Kodu:ucJcU-710kmbIMeKjNwyFQ	Belge Doğrulama Adresi: https://udos.uludag.edu.tr/Teyit/	
BUÜ SUAM Görükle Kampüsü	Faks No: 0224 295 00 99	Bilgi için: Aylin MENEKŞE GÜNDAY
Telefon No: 0224 295 00 00	İnternet Adresi: www.suam.edu.tr	Memur
e-Posta: yzisleri@uludag.edu.tr		
Kep Adresi: uludag.suam@hs03.kep.tr		
Bu belge UDOS ile hazırlanmıştır.		Telefon No: 0224 295 01 43

1/1

ÖZGEÇMİŞ

Ad-Soyad: Emrah KANDEMİR

ÖĞRENİM DURUMU:

- **Lisans:** Uludağ Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu
- **Yüksek Lisans:** Haliç Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı (Halen)

MESLEKİ DENEYİMLER:

- 2015 Femme Plast Cerrahi Tıp Merkezi
- 2015-Halen Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı
Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesi

DİĞER YAYINLAR:

- Kandemir, E., Azizoğlu, F., & Terzi, B. (2023). Yaşam için mavi kod sistemi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 27(2), 109-117.
- Kandemir, E., Azizoğlu, F. (2024). Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin basınç ülseri bilgi düzeylerin incelenmesi. *1.International Iyonya Scientific Resarch Congres*, May, 18-20, 2024 İzmir, Turkey.