

T.C
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BASINÇ ÜLSERLERİNİ ÖNLEMeye YÖNELİK TUTUM ÖLÇEĞİ'NİN
TÜRKÇEYE UYARLANMASI, GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİNİN İNCELENMESİ

HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HAZIRLAYAN
Yasemin ÜSTÜN

DANIŞMAN
YARD. DOÇ. DR. Şebnem ÇINAR YÜCEL

İZMİR
2013

T.C
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BASINÇ ÜLSERLERİNİ ÖNLEMeye YÖNELİK TUTUM ÖLÇEĞİ'NİN
TÜRKÇEYE UYARLANMASI, GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİNİN İNCELENMESİ

HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HAZIRLAYAN
Yasemin ÜSTÜN

DANIŞMAN
YARD. DOÇ. DR. Şebnem ÇINAR YÜCEL

İZMİR
2013

DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

(Adı Soyadı)

(İmza)

Başkan : Yard. Doç. Dr. Şebnem ÇINAR YÜCEL
(Danışman)



Üye : Prof. Dr. İsmet EŞER



Üye : Doç. Dr. Türkan ÖZBAYIR



Yüksek Lisans Tezinin kabul edildiği tarih: 17.09.2013,

ÖNSÖZ

Araştırmamın her aşamasında bilgi, birikim, deneyim ve güler yüzüyle yardımını esirgemeyen değerli danışmanım Sayın Yard. Doç. Dr. Şebnem ÇINAR YÜCEL'e,

Araştırmamın yürütülmesi sırasında önerilerini ve desteklerini gördüğüm Sayın Prof. Dr. İsmet EŞER'e, Doç. Dr. Melek ARDAHAN'a, Prof. Dr. Leyla KHORSHID'e, Doç. Dr. Türkan ÖZBAYIR'a,

Veri toplayabilmem için gerekli izni veren Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimisi Sayın Prof. Dr. Mehmet ÖZKAHYA'ya

Araştırmamın istatistiklerinin yapılması aşamasında danışmanlığını aldığım Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim Anabilim Dalı Yrd. Doç. Dr. Timur KÖSE'ye, Araş. Gör. Hatice ULUER'e,

Araştırmaya katılmayı kabul eden ve soruları içtenlikle yanıtlayan hemşirelere,

Maddi ve manevi destekçim olan aileme,

Araştırmam süresince yardımlarını esirgemeyen arkadaşlarım Gökhan TEKE'ye, Kezban BABADAĞ'a teşekkürlerimi sunarım.

İzmir , Eylül 2013

Yasemin ÜSTÜN

İÇİNDEKİLER

	SAYFA NO
ÖNSÖZ.....	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
TABLolar DİZİNİ	xi
KISALTMALAR.....	xii
BÖLÜM I	
GİRİŞ	
1.1. Problemin Tanımı.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı	6
1.3. Araştırmanın Hipotezleri.....	6
1.4. Araştırmanın Önemi.....	6
1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	8
1.6. Genel Bilgiler.....	8
1.6.1. Deri	8
1.6.1.1. Derinin Anatomik Yapısı ve Fizyolojik Yapısı.....	8
1.6.1.2 .Derinin Görevleri.....	9
1.6.2. Basınç Ülseri Tanımı.....	10
1.6.3. Basınç Ülserinin Tarihçesi.....	11
1.6.4. Basınç Ülserlerinin Epidemiyolojisi.....	13

1.6.5. Basınç Ülserlerinin Fizyopatolojisi.....	14
1.6.5.1. Basınç Ülseri İle Kapiller Kapanma Basıncı Arasındaki İlişki.....	14
1.6.5.2. Basınç Ülseri ile Doku Toleransı Arasındaki İlişki.....	15
1.6.5.3. Basınç Ülserindeki Fizyopatolojik Değişiklikler.....	16
1.6.6. Basınç Ülserlerinin Risk Faktörleri.....	18
1.6.6.1. Birincil Faktörler.....	18
1.6.6.1.1. Basınç.....	18
1.6.6.1.2. Yırtılma (Shear).....	19
1.6.6.1.3. Sürtünme (Friction).....	20
1.6.6.2. İkincil Faktörler.....	21
1.6.6.2.1. Nem.....	21
1.6.6.2.2. Beslenme	21
1.6.6.2.3. Yaş.....	22
1.6.6.2.4. Kan Basıncı ve Vücut Sıcaklığı.....	22
1.6.6.2.5. Duyu Kaybı ve Hareketsizlik.....	22
1.6.6.2.6. Anemi.....	23
1.6.6.2.7. Kaşeksi.....	23
1.6.6.2.8. Şişmanlık.....	24
1.6.6.2.9. Enfeksiyon.....	24
1.6.6.2.10. Periferel Dolaşımda Bozulma.....	24
1.6.6.2.11. Hastalıklar ve Travmalar.....	25
1.6.6.2.12. Psikolojik Faktörler.....	25
1.6.6.2.13. Diğer Faktörler.....	25
1.6.7. Basınç Ülserlerinin Sınıflandırılması.....	25

1.6.8. Basınç Ülserlerinin Sık Karşılaştığı Vücut Bölgeleri.....	29
1.6.9. Basınç Ülserlerini Önlemeye Yönelik Hemşirelik Uygulamaları.....	30
1.6.9.1. Risk Değerlendirme	30
1.6.9.2. Basınç Ülseri Değerlendirmesinde Ölçek Kullanımı.....	32
1.6.9.2.1. Norton Ölçeği.....	32
1.6.9.2.2. Gosnell Ölçeği.....	33
1.6.9.2.3. Knoll Ölçeği.....	33
1.6.9.2.4. Braden Risk Değerlendirme Ölçeği.....	33
1.6.9.2.5. Waterlow Ölçeği.....	34
1.6.9.3. Deri Bakımı ve Koruyucu Önlemler.....	35
1.6.9.3.1. Derinin Temizliği.....	35
1.6.9.3.2. Derinin Kuruluğunun Giderilmesi.....	36
1.6.9.3.3. Masaj.....	36
1.6.9.3.4. Derinin Islak Kalmasının Önlenmesi.....	37
1.6.9.4. Sürtünme ve Yırılmanın Önlenmesi.....	37
1.6.9.5. Yeterli ve Dengeli Beslenmenin Sağlanması.....	38
1.6.9.6. Ağrı Kontrolü.....	39
1.6.9.7. Basıncın Azaltılması ve Destek Yüzeyleri.....	39
1.6.9.7.1. Destek Yüzeyleri.....	39
1.6.9.7.2. Basıncı Azaltıcı Destek Yüzeyleri.....	40
1.6.9.8. Pozisyon Değiştirme.....	41
1.6.10. Basınç Ülserini Önlemede Geliştirilen Öneriler.....	42
1.6.10.1. Basınç Ülserlerini Önlemede Npuap'nin Geliştirdiği Öneriler	43

1.7. Tutum	46
1.7.1. Tutumun Özellikleri.....	47
1.7.2. Tutum Davranış İlişkisi.....	48
1.7.3. Tutumu Oluşturan Temel Öğeleri ve Boyutları.....	49
1.7.4. Tutumun Ölçülmesi.....	50
1.7.5. Tutumların Oluşması.....	52
1.8. Ölçek Uyarlama Çalışmaları.....	52
1.8.1. Psikolinguistik Özelliklerin İncelenmesi.....	53
1.8.2. Psikometrik Özelliklerin İncelenmesi.....	54
1.8.2.1. Güvenirlilik.....	55
1.8.2.1.1. Değişmezlik (Stability).....	56
1.8.2.1.1.1. Test-Tekrar Test (Test-Retest) Güvenirliği.....	56
1.8.2.1.1.2. Paralel Form Güvenirliği.....	57
1.8.2.1.1.3. Ölçümcü Güvenilirliği.....	58
1.8.2.1.2. İç Tutarlılık.....	58
1.8.2.1.2.1. Testi Yarılama Yöntemi (Split Half Tekniği).....	58
1.8.2.1.2.2. Madde-Toplam Puan Korelasyon Katsayısı.....	59
1.8.2.1.2.3. Kuder Richardson 20, 21 Ve Cronbach Alfa Katsayısı.....	59
1.8.2.1.2.4. Güvenirlik Katsayısı.....	60
1.8.2.2. Geçerlilik.....	61
1.8.2.2.1. İçerik/Kapsam Geçerliği.....	61
1.8.2.2.2. Ölçüte Bağlı Geçerlik	62
1.8.2.2.2.1. Yordama-Kestirim Geçerliği.....	62
1.8.2.2.2.2. Eş Zamanlı/ Benzer Ölçek Geçerliği.....	62

1.8.2.2.3. Yapı Geçerliği.....	63
1.8.2.2.3.1. Faktör Analizi.....	63
1.8.2.2.3.2. Bilinen Grup Karşılaştırması.....	64
1.8.2.2.3.3. Hipotez Sınanması/Mantıksal Analiz.....	64
1.8.2.2.3.4. Çok Özellikli-Çok Yöntemli Matriks.....	64
1.8.2.3. Kùltürler Arası Karşılaştırma.....	65

GEREÇ YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tipi.....	66
2.2. Araştırmanın Yeri Ve Zamanı	66
2.3. Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi.....	66
2.4. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları.....	68
2.5. Veri Toplama Aracının Geçerlik-Güvenirlik Çalışmalar.....	71
2.5.1. Geçerlik Analizleri.....	71
2.5.1.1. Dil Uyarlaması/Geçerliği.....	71
2.5.1.2. İçerik (Kapsam) Geçerliği.....	72
2.5.1.3. Ön Deneme Uygulaması	73
2.5.1.4. Yapı Geçerliği.....	74
2.5.2. Güvenirlik Analizleri.....	74
2.5.2.1. Ölçmenin Standart Hatası.....	74
2.5.2.2. İç Tutarlılık.....	74
2.5.2.2.1. Madde Toplam Puan Korelasyon Katsayısı.....	74
2.5.2.2.2 Cronbach Alpha Katsayısı.....	74
2.5.2.2.3. Testi Yarılama Yöntemi (Split Half Tekniği).....	75
2.5.3 Değişmezlik.....	75
2.5.3.1. Test- Tekrar Test (Test-Retest) Güvenirliği.....	75
2.6. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler.....	75
2.7. Verilerin Toplanması.....	76
2.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	76
2.9. Süre ve Olanaklar.....	77
2. 10. Araştırma Etiği.....	78

BULGULAR

3.1. Hemşirelerin Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	79
3.2. Büöytö'nin Geçerlik Analizleri.....	87
3.2.1. Büöytö'nin Dil Uyarlanması.....	87
3.2.2. Büöytö'nin İçerik (Kapsam) Geçerliği.....	88
3.2.3. Büöytö'nin Yapı-Kavram Geçerliği'ne İlişkin Bulgular.....	92
3.2.3.1. Örneklem Büyüklüğünün ve Yeterliliğinin Sınanması.....	92
3.2.3.2. Faktör Analizine İlişkin Bulgular.....	93
3.3. Büöytö'nin Güvenirlik Analizleri.....	98
3.3.1. Büöytö'nin Maddelerine Verilen Yanıtların Standart Hata Sonuçları.....	98
3.3.2. Büöytö'nin İç Tutarlılığına İlişkin Bulgular.....	100
3.3.2.1. Büöytö'nin Cronbach Alpha Katsayısı.....	101
3.3.2.2. Büöytö'nin Madde Analizi.....	103
3.3.2.3. Büöytö'nin Testi Yarılama Analizleri.....	106
3.3.2.4. Büöytö'nin Zamana Karşı Değişmezliğinin İncelenmesi	107

TARTIŞMA

4.1. Büöytö'nin Geçerlik Çalışması Sonuçlarının Tartışılması.....	110
4.1.1. Büöytö'nin Dil Ve Kapsam Geçerliğinin Sonuçlarının Tartışılması.....	111
4.1.2. Büöytö'nin Yapı/Kavram Geçerliği Sonuçlarının Tartışılması.....	114
4.2. Büöytö'nin Güvenirlik Çalışması Sonuçlarının Tartışılması.....	117
4.2.1. Büöytö'nin Madde Puan Ortalamaları Ve Standart Sapma Sonuçlarının Tartışılması.....	117
4.2.2. Büöytö'nin İç Tutarlık Analizi Sonuçlarının Tartışılması.....	118
4.2.3. Büöytö için Zamana Göre Değişmezliğinin Tartışılması.....	120

BÖLÜM V

SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1 Sonuçlar.....	123
5.2. Öneriler.....	126

BÖLÜM VI

ÖZET (TÜRKÇE- İNGİLİZCE).....	127
KAYNAKLAR.....	133

EKLER

EK I Hemşire Tanıtım Formu.....	143
EK II Attitude Towards Pressure Ulcer Prevention Instrument.....	146
EK III Basınç Ülserlerini Önlemeye Yönelik Tutum Ölçeği.....	147
EK IV Dil Geçerliği İçin Görüşleri Alınan Uzmanlar.....	148
EK V Görüşlerine Başvurulan Uzmanlar.....	149
EK VI Ölçek İzin Yazıları.....	151
EK VII Bilimsel Etik Kurul İzni.....	153
EK VIII Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İzin Yazısı.....	154
EK IX Öz Geçmiş.....	155

TABLÖLAR DİZİNİ

	SAYFA NO
Tablo 1. Hemşirelerin Demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	79
Tablo 2. Hemşirelerin Mesleki Özelliklerinin Dağılımı.....	80
Tablo 3. Hemşirelerin Çalışma Şekillerine Göre Dağılımı.....	82
Tablo 4. Hemşirelerin Basınç Ülseri Pansumanı Yapma ve Karşılaşma Durumlarına Göre Dağılımı.....	83
Tablo 5: Hemşirelerin Mezuniyetten Sonra Basınç Ülserleri ile İlgili Eğitim Programına Katılma ve Kaynaklardan Yararlanma Durumuna Göre Dağılımı.....	84
Tablo 6. Hemşirelerin Basınç Ülserlerini Önlemeye Yönelik Kullandıkları Bilgi Kaynaklarının Dağılımı.....	86
Tablo 7. Uzmanların Büöytö’ne Verdikleri Puan, Standart Sapma, En Düşük Ve En Yüksek Puanlara Göre Dağılımları.....	89
Tablo 8. Büöytö Kendall Uyuşum Katsayısı Korelasyon Testi Sonuçları.....	90
Tablo 9. Kaiser-Mayer-Olkin Measure Of Sampling Adequacy (KMO) ve Barlett’s Test Of Sphericity Analizleri Sonuçları.....	92
Tablo 10. Büöytö’nin Faktör Yapısına Göre Dağılımı.....	94

BÖLÜM I

GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı

Günümüzde akut post-travmatik bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin iyileşmesi yaşam süresinin uzamasına, yatağa ve sandalyeye bağımlı bireylerin artması ve bunun sonucunda da basınç ülserlerinde artışa neden olmaktadır. Basınç ülserleri korunma ve tedavilerdeki ilerlemelere rağmen, özellikle duyu bozukluğu olan, uzun süreli immobilize ve ileri yaştaki hastalar için basınç ülserleri başlıca mortalite ve morbidite nedenidir (34).

Ulusal Basınç Ülseri Öneri Paneli (National Pressure Ulcer Advisory Panel NPUAP)'nin tanımına göre; basınç ülserleri, genellikle kemiksi bir bölge üzerinde basınca bağlı olarak sürtünme ve yırtılma ile seyreden deri ve deri altı dokularda oluşan zedelenmedir. Diğer bir tanıma göre; basınç ülserleri, vücudun özellikle kemik çıkıntılarının bulunduğu bölgelerde uzun süreli ya da tekrarlayan basılara bağlı olarak deri ve derialtı dokularda kapillerin tamamen kapanması ve o bölgede dolaşımın durması sonucu ortaya çıkan nekroz ve ülserasyonlardır (42,50).

Basınç ülserleri, hem hasta hem de içinde bulunduğu sağlık bakım sistemi için önemli bir problemdir. Yaygın görülmesinin yanı sıra, bireyin yaşam kalitesini, günlük yaşam aktivitelerini, rehabilitasyonu olumsuz yönde etkileyen, hastanede kalış süresini uzatan, bireyin ağrı yaşamasına yol açan, yara enfeksiyonu gelişmesi durumunda sepsis ve ölümle sonuçlanabilen çok ciddi bir sağlık bakım problemidir. Basınç ülserleri yaşamı tehdit etmesine rağmen önlenabilir ve tedavi edilebilir bir durumdur (39). Basınç ülserlerinin gelişmesini önlemek hemşirelikte üzerinde önemle durulan konulardan biridir. Buna rağmen basınç ülserlerini önlemeye ve tedavi etmeye yönelik uygulamalar sıklıkla göz ardı edilmektedir (39,40). Basınç ülserleri gelişimi önlenmediği takdirde hemşireler gelişen basınç ülserlerini iyileştirmek için yaklaşık olarak zamanlarının %50'sini harcamaktadır. Hemşirelerin basınç ülseri gelişme riski bulunan hastalarda, önleyici hemşirelik uygulamalarını yapması için günlük 29 ile 79 dakika arasında değişen süreye ihtiyaç duydukları tahmin edilmektedir (42).

Mevcut önleyici yöntemlerin uygulanabilmesi ve tedaviden etkin sonuç alınabilmesi için bir sağlık probleminin en erken evrede tanımlanması gerekir. Basınç ülserleri birinci evrede iken yapılacak girişimler diğer evrelere göre daha az zaman almakta ve maliyeti daha düşüktür. Bu nedenlerle birinci evrelerdeki hemşirelik uygulamaları oldukça önemlidir (34).

Pancorbo-Hidalgo ve arkadaşları (2007)'nın basınç ülserlerini önleme ve tedavi etmede hemşirelerin bilgi ve klinik uygulama durumunu belirlemek amacı ile yaptıkları bir çalışmada; hemşirelerin tedavi etmeye yönelik bilgi seviyelerinin %75.9, önlemeye yönelik bilgi seviyelerinin ise %79.1 olduğu belirlenmiştir.

Çalışmada ayrıca hemşirelerin bilgilerini klinik uygulamaya yeterince aktaramadıkları saptanmıştır (55).

Tel ve arkadaşları (2006) nöroloji yoğun bakım, beyin cerrahisi, anestezi yoğun bakım ünitesi'nde serebrovasküler hastalığı olan, yatağa bağımlı hastalarla yaptıkları bir çalışmada; hastalarda basınç ülseri gelişme riski yüksek olmasına karşın bağımsız hemşirelik uygulamalarının düzenli yapılma oranının düşük olduğunu ve hemşirelerin en fazla düzenli olarak yaptıkları uygulamaların hekim isteminde yazılan hidrasyon ve besin desteği sağlama uygulamaları olduğunu saptamışlardır (66).

Basınç ülseri prevalans ve insidansını azaltmada en önemli girişim risk faktörlerini belirlemektir (18). Risk faktörlerini belirlemede hemşirenin üç seçeneği vardır: 1. tüm hastaları risk grubu olarak değerlendirmek, 2. mesleki bilgi ve deneyimlere dayanarak risk grubunu belirlemek, 3. risk değerlendirme aracı kullanmaktır. Basınç ülserlerinin önlenmesine yönelik aktivitelerin maliyeti oldukça yüksektir. Dolayısıyla birinci varsayım sağlık bakımına ayrılan kaynakların etkili kullanılması açısından uygun değildir. Böyle bir yaklaşım sadece nöroloji servisi, fizik tedavi ve rehabilitasyon ünitesi gibi hareket kısıtlılığı olan hastaların fazla olduğu ünitelerde benimsenebilir. İkinci seçenek birincisine göre daha uygulanabilir görünmesine rağmen, değerlendirmeyi yapan kişinin bilgisine ve deneyimine dayalı olduğu için güvenilirliği düşüktür (39). Her ne kadar hemşireler yaygın olarak bu yöntemi kullanmaya eğilimli (Sharp, Burr, Broadbent ve arkadaşları) ve bazı araştırmalar (Gould, Goldstona, Gammon ve arkadaşları) hemşirelerin kendi değerlendirmelerinin risk değerlendirme ölçeklerine göre daha

üstün olduğu sonucunu ortaya koymuş ise de, bu yöntem özellikle işe yeni başlayan hemşireler için uygun değildir. Dolayısıyla basınç ülserlerini önlemede en objektif, güvenilir ve maliyet etkili olan yöntem risk değerlendirme araçlarının kullanılmasıdır (29,39,60). Basınç ülserleri ile ilgili ulusal çalışmaları yürüten iki büyük örgüt olan NPUAP ve EPUAP (2009)'ın birlikte hazırladığı basınç ülserlerini önleme kılavuzunda, risk değerlendirme araçlarının kullanılmasını önermektedir (28,51).

Basınç ülseri risk değerlendirme ölçekleri arasında; Braden, Norton, Waterlow, Cornell, Cubbin ve Gosnell gibi ölçekleri sayılabilir. Bu ölçeklerde; duygusal algılama, nem, aktivite, mobilizasyon, beslenme, sürtünme, predispozan hastalıklar, bilinç durumu, yaş, ağırlık, cinsiyet gibi alt boyutlar bulunmaktadır (28,39,68).

Hemşirelerin basınç ülserlerini önlemeye yönelik risk değerlendirme araçları dışında basınç ülserini önlemede gösterdikleri tutumlar da önemlidir. Hemşirelerin deneyimsizliği ve bilgi eksikliği tutumlarda farklılık yaratmaktadır. Yurt dışında yapılan birçok çalışmada, hemşirelerin basınç ülserlerini önlemeye yönelik tutumları incelenmiştir (14,15).

Moore ve Price (2004) basınç ülserlerini önlemeye yönelik personel ve hemşirelerin tutumlarını değerlendirmek amacıyla yaptıkları literatür taraması sonucunda bir araç geliştirmişlerdir. Bu araç, on altı kişilik küçük bir örneklem grubuna pilot olarak uygulanmış ancak geçerlik çalışması yapılamamıştır (49).

Krause ve arkadaşları (2004) basınç ülserlerine karşı doktor ve hemşirelerin tutumlarının değerlendirilmesi için yarı standartlaştırılmış bir anket

geliştirmişlerdir ancak çalışmada bu aracın geçerliliği ve yöntemi hakkında bilgi verilmemiştir (44).

Ka'llman ve Susered (2009) Moore ve Price (2004)'nin geliştirdiği aracı İsveç'te uygulamışlardır. Bu anketin içerik ve düzeni basınç ülseri alanında uzman üç kişi tarafından gözden geçirilmiştir. Anket dört başhemşire dört yardımcı hemşireden oluşan küçük bir pilot gruba uygulanmış ancak aracın geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğuna dair bilgi verilmemiştir (37,49).

Bu bilgiler doğrultusunda çeşitli araştırmacıların basınç ülserlerini önlemeye yönelik tutumları incelediği, hem niteliksel hem de niceliksel araştırma tasarımları kullanılmış ancak bu çalışmalarda yapı geçerliliği ve güvenilirlik konusu hiç değerlendirilmemiştir. Bu nedenle, bu alandaki boşluğu dolduracak etkin bir değerlendirme aracına gereksinim duyulmaktadır. Beeckman ve arkadaşları (2010a) basınç ülserlerini önlemeye yönelik tutum aracı geliştirmişler ve araştırmalarda etkin olarak kullanılabilen bir araç olduğunu bulmuşlardır (14,15,16).

Türkiye'de hemşirelerin basınç ülserlerini önlemeye yönelik gösterdikleri tutum ile ilgili bir ölçek geliştirilmemiş, yurtdışında geliştirilen herhangi bir aracına Türkiye'de geçerlik ve güvenilirliği incelenmemiştir. Bu doğrultuda hemşirelerin basınç ülserlerini önlemeye yönelik tutumlarını inceleyen geçerlik ve güvenilirliği test edilmiş bir ölçüm aracına gereksinim duyulmaktadır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, Basınç Ülserlerini Önlemeye Yönelik Tutum Ölçeği (BÜÖYTÖ)'nin Türkçeye uyarlanması, geçerlik ve güvenilirliğinin incelenmesidir.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

H1: Basınç Ülserlerini Önlemeye Yönelik Tutum Ölçeği Türk toplumu için geçerliği yüksek bir araçtır.

H2: Basınç Ülserlerini Önlemeye Yönelik Tutum Ölçeği Türk toplumu için güvenilirliği yüksek bir araçtır.

1.4. Araştırmanın Önemi

Geçmişte basınç ülserleri oluşumuna ilişkin birincil sorumluluğun hemşirelere ait olduğu görölmekle birlikte, günümüzde basınç ülserlerinin oluşması sadece hemşirelik hizmetlerinin kalite göstergelerinden biri değil, aynı zamanda hastanede verilen sağlık hizmetinin kalite göstergelerinden biri olarak kullanılmaktadır. Bu nedenle günümüzde basınç ülserlerinin bakım ve sorumluluğu tüm sağlık ekibi tarafından üstlenilmektedir. Basınç ülserlerinin bakım ve tedavi sorumluluğu tüm ekip tarafından üstlenilse de hemşireler, klinikte hastaya 24 saat kesintisiz hizmet veren tek grup olmaları nedeniyle, basınç ülserlerinin önlenmesine yönelik girişimlerin uygulanmasında ve bakımında halen ağırlıklı sorumluluğu taşıması gereken gruptur (39,40,45).

Basınç ülserleri oluşmadan önlenmesi, mücadelede en etkin girişimdir. Bu basamakta verilen hemşirelik bakımı öncelikli öneme sahiptir. Kliniğe yatırılan her hastada, hemşirelik bakım planı kapsamında basınç ülseri oluşma riskinin, geçerli risk değerlendirme araçları yardımıyla belirlenmesi ilk adımdır. Risk oranı yüksek olan hastada basınç ülseri oluşmadan önlenmesi için bireylere özgü gerekli önlemlerin planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi, basınç ülserlerinin kontrolünü mümkün kılmaktadır. Sağlık hizmeti verilen kurumlarda basınç ülseri risk değerlendirmelerinin yapılmaması ya da sonuçlarının doğru olarak yorumlanarak uygun müdahalelerin zamanında yapılamaması, karşı karşıya kalınan sorunun daha da büyümesine neden olmaktadır. Bunun yanı sıra basınç ülserlerinin doğru evrelendirilememesi, oluşan yaranın özelliklerinin doğru olarak tanımlama, yaraya uygun müdahalenin yapılmasını engellemekte ya da doğru olmayan yöntemlerin kullanılması ile sonuçlanmaktadır (39,40,71,72).

Basınç ülserleri risk ölçekleri kullanılarak yapılan girişimler kadar, hemşirelerin basınç ülserini önlemeye yönelik tutumları da oldukça önemlidir. Bu araştırma ile hemşirelerin basınç ülserini önlemede kendi bilgisine olan güveni, basınç ülserini önlemede kendine olan güveni, hastada basınç ülseri oluştuğunda primer olarak kendini sorumlu hissedip hissetmediği, hasta için basınç ülserinin önemli bulup bulmadığı gibi tutumlar incelenecektir.

Beeckman ve arkadaşları (2010a) çalışmaları ile klinik uygulama, eğitim ve araştırmada kullanılabilecek olan kısa bir araç geliştirmişlerdir. Güncel ölçme araçlarının aksine bu ölçme aracı, basınç ülserlerini önlemeye yönelik tutumları daha kapsamlı şekilde ortaya koymaktadır. Uygulama ve puanlama rahatlığının

yanı sıra basınç ülserlerini önlemeye yönelik tutumların değerdendirilmesi ve müdahale programlarının etkinliğini değerdendirmek için araştırmalarda kolaylıkla kullanılabilir olduğu görülmüştür. Bu araç düşük puana sahip alt ölçeklere dayalı öncelikleri belirleyerek basınç ülserlerini önlemeye yönelik stratejiler geliştirmede yardımcı olabilir. Ayrıca bu araç alternatif olarak bireysel tutumların nesnel biçimde değerdendirilmesi için de kullanılabilir (14,15).

1.5. Araştırmanın sınırlılıkları

Bu çalışmada, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliğinden izin alınamayan klinikler araştırma kapsamına alınmamıştır.

1.6. GENEL BİLGİLER

1.6.1. Deri

Deri, tüm vücudu saran, kulaklar, gözler, burun, rektum gibi vücut boşluklarında mukoza ile devam eden içinde birçok sinir uçları, salgı bezleri içeren önemli bir organdır. Derinin kalınlığı vücut bölgelerine göre değişiklikler göstermektedir. Avuç içi ve ayak tabanı 1,5 mm ile derinin en kalın olduğu bölgelerdir (57).

1.6.1.1. Derinin Anatomik Yapısı ve Fizyolojik Yapısı

Deri histolojik olarak üç tabakadan oluşmuştur: Epidermis, dermis (Kutis-Korium), hipodermis (Subkutis, subkutan tabaka, pannikülus). Hücreler epidermisin yüzeyine yaklaştıkça çekirdeklerini kaybederek düzleşmekte ve ölmektedirler. Ortalama epidermis hücrelerinin ömrü 28-30 gündür ve bu sürenin sonunda hücreler dökülerek yerini yeni hücelere bırakmaktadırlar. Kıl folikülleri ve ter bezleri kanalları epidermisten geçmektedirler. Epidermisin en önemli görevi mekanik ve kimyasal yaralanmalara ve mikroorganizmaların vücuda girişine karşı kendinden sonra gelen tabakalar için koruyucu olmasıdır. Dermis, epidermisin altında bulunur ve deriye elastikiyetini veren kollajen lifler içeren kalın bir tabakadır. Duyu sinirleri dermiste sonlanmaktadır ve kan damarı bol miktarda bulunmaktadır. Ayrıca dermiste lenf damarları, ter bezleri ve kanalları, kıl kökleri ve folikülleri, erektör pli kasları ve yağ bezleri de bulunmaktadır. Dermiste sonlanan duyu sinirleri dokunma, ısı, basınç, ağrı gibi duyuları almaktadırlar. Subkutan doku ise derinin üçüncü tabakasıdır. Bu doku gevşek bağ dokusundan

oluşmaktadır. Kan ve lenf damarları, sinirler ve yağ globüllerini içermektedir. Subkutan dokunun görevi deriyi kas tabakasına bağlamaktır(1,2,57).

1.6.1.2. Derinin Görevleri:

- 1- Koruma: Deri dış ortamdaki ısıya (sıcak-soğuk), vücuttaki suyun kaybına, ultraviyoleye, kimyasal maddelere, mikroorganizmalara ve minör travmalara karşı vücudu koruyucudur.
- 2- Duyu: Sıcak, soğuk, dokunma, ağrı
- 3- Termoregülasyon: Terleme, vazodilatasyon, vazokonstriksiyon
- 4- İmmünolojik defans: Langerhans hücreleri aracılığıyla
- 5- Vitamin-D sentezi
- 6- Yara iyileşmesi: Reepitelizasyon, dermal tamir
- 7- Detoksifikasyon: Terleme
- 8- Ruhsal durumun ifadesi, estetik (57).

1.6.2. BASINÇ ÜLSERİ TANIMI

Basınç ülseri, herhangi bir vücut bölgesine, aralıksız ve uzun süren bası sonucu meydana gelen iskemi, hücre ölümü ve doku nekrozudur. Fiziksel bir basınç sonucunda vücut yüzeyindeki sıkışma, sürtünme, yırtılma veya bunların çeşitli derecelerde kombinasyonlarıyla ortaya çıkabilen iskemik doku kayıplarıdır (17,20,21,40).

Basınç ülserlerinin önlenmesi, bakımı, tedavisi ve araştırmalarına yönelik bir organizasyon olarak 1987’de kurulan Amerikan Ulusal basınç ülseri Danışmanlık Paneli (*National Pressure Ulcer Advisory Panel*) (NPUAP) *basınç ülserini*, “sıklıkla bir kemik çıkıntı üzerinde olduğu gibi belirli bir alan üzerinde,

iskemi, hücre ölümü ve doku nekrozuna yol açan, giderilemeyen basınç alanı” olarak açıklamaktadır (28).

Avrupa Basınç Ülserleri Tavsiye Paneli (2009) ise basınç ülserini şöyle tanımlamıştır; basınç, friksiyon, yırtılma ve diğer faktörlerin etkisiyle deri ve deri altındaki dokularda meydana gelen lokalize doku zedelenmesidir (27,28).

Terminolojik olarak basınç ülserleri, günümüze kadar basınç ülseri, dekübit ülseri, dekübit yarası, yatak yarası, bası yarası gibi farklı şekillerde belirtilse de “*Dekübit*” terimi Latince’de “*Decumbere*” yani uzanmak, yatmaktan gelen bir terimdir ve mevcut klinik durumu her zaman tam olarak ifade edememektedir. Basınç ülseri her zaman yatağa bağımlılıkla ilgili olmayabilir. Örneğin, paraplejili bir hastada tekerlekli sandalyeye bağlı görülebilmekte veya hastanın yatağa bağlı olmadığı halde, deri yüzeyindeki geçici bir sıkışma, ezilme sonucunda da ortaya çıkabilmektedir (7,26,69).

Basınç ülserleri sağlık bakım sisteminde kalite göstergelerinden biri olarak ele alınmakta olup, önlenmesi ve tedavisi holistik bakım anlayışına sahip multidisipliner ekip yaklaşımını gerektirmektedir. Bu nedenle birçok ülkede ulusal organizasyonlar ve yara bakım ekipleri oluşturulmuştur (38,39).

1.6.3. BASINÇ ÜLSERİNİN TARİHÇESİ

Antik çağlardan bu yana sorun olmaya devam eden basınç ülseri, özellikle duyu işlevi bozulmuş, uzun süreli immobil ve ileri yaştaki hastalar için başlıca morbidite ve mortalite nedeni olma özelliğini korumaktadır (73).

Yara bakımı insanlık tarihi kadar eskidir. Basınç ülserlerinin klinik tarifleri ve tedavi ilkelerine ilişkin ilk yazılar M.Ö. 2200 yılına aittir. Eski Mısır

mumyalarından birinde basınç ülserlerine ait izlere ve beraberinde bulunan yazılarda da yaranın yıkanıp bandajlanması gerekliliğine ait ifadelere rastlanmıştır. İlk kez Ambroise Pare, 16. yüzyılda basınç ülserlerinde immobilizasyon ve basıncın önemine dikkat çekmiş ayrıca tedavide yumuşak bir yatak kullanılmasının ve yara bakımının öneminden söz etmiştir (74). 1749 – 1940 yılları arasında birçok teori üretilmiş ancak, tedavisi ile ilgili gelişmeler üzerinde pek durulmamıştır (39).

Basınç ülseri varlığı çok eskiden beri bilinmesine karşın, etiyolojisine yönelik ilk görüşler 19.yy.'a aittir. 1853'de Brown-Seguard, paraplejik hayvanlar üzerinde yaptığı çalışmalarda, basınç önlendiğinde ve kuru tutulduğunda yara açılmadığını, açılmış olan yaraların da normal hızda iyileştiklerini gözlemiş ve basınç ülserleri gelişmesinde en önemli etkenlerin basınç ve nem olduğunu ileri sürmüştür. 1873'de Paget ise, basınç ülserinde temel etkenin basınç olduğunu tekrarlamış ve basınç ülserleri, dokunun basınca bağlı olarak "*çürümesi ve dökülmesi*" olarak tanımlamıştır. 1897'de Charcot doku nekrozuna neden olan bir nörotrofik faktörün salınmasının sorumlu olduğunu ileri sürmüştür. 1874'te Leyden, 1940'da Munro, duyu kaybı ve atoninin de bası yaralarının etiyolojisinde önemli faktörler olduklarını açıklamışlardır. 1908'de Van Gehuchten kas istirahati ve duyu kaybının, Küster ise, bakterilerin basınç ülseri gelişiminde önemli faktörler olduğunu iddia etmişlerdir (20,21,45,73). Bu teorilerden sonra Laman, Alexandre ve Cannon 1950'lerde cerrahi girişimle yaraların kapatılmasını ve penisilin ile profilaksiyi yayınlamışlardır. Mulholland beslenme ve pozitif azot dengesine dikkatleri çekmiştir. Bugün basınç ülserinde uygulanan kas – deri

flepleri 1971'den itibaren Ger, Mathes ve Nahai tarafından geliştirilip sınıflandırılmıştır (20,69,73). 1945'de profilaktik antibiyotik tedavisi ile cerrahi olarak kapatılan ilk basınç ülseri olgusu bildirilmiştir. Colliere, 1996'da basınç ülserini *“başka etkenlerle beraber basıncın neden olduğu cilt ülserasyonları”* olarak tanımlamıştır (69,73). Zamanla cerrahi yöntemlerdeki gelişmelerin yanı sıra, basınç ülserleri oluşmasına yol açan nedenler daha iyi anlaşılacak, risk altındaki hastalar tanımlanabilmiş ve korunma yöntemleri belirlenmiştir (7,20,69).

1.6.4. BASINÇ ÜLSERLERİNİN EPİDEMİYOLOJİSİ

Basınç ülserleri çok geniş bir yelpazede karşımıza çıkabilmektedir. Akut ve kronik olarak farklı hastalıklara eşlik edebilen bu sorun, hastanede her servisin hastalarında gelişebildiği gibi, evde bakım hizmeti alan hastalarda da görülebilmektedir. Bu nedenle sağlıklı bir epidemiyoloji veya insidans çalışmasının yapılması oldukça zordur (7). Basınç ülseri vücudun her bölgesinde gelişebilir. Yaklaşık %95'i vücudun alt bölgesinde gelişmekte ve en sık iskiüm, sakrum, trokanterler ve topuk bölgelerinde yerleşmektedir (39,40,71,72). A.B.D.'nde, genel popülasyon üzerinde yapılan çalışmalarda, popülasyonun %0.5-2.2'sinin basınç ülserlerinden etkilendiği ve bunun yıllık maliyetinin yaklaşık 1.335 milyar dolar olduğu saptanmıştır (73).

Omurilik yaralanması olan hastalar, basınç ülseri gelişmesi açısından yüksek risk grubunda yer alırlar ve bu popülasyonda basınç ülseri insidansı %25-66 arasında değişmektedir. Omurilik yaralanması olan hastalarda omurilik hasarının düzeyi yükseldikçe, basınç ülseri gelişme olasılığı da aynı oranda artmaktadır. Paraplejik hastalar ile yapılan çeşitli çalışmalarda %24-85 arasında

insidans verilmekte olup bu vakaların %7-8'inde ülser komplikasyonlarına bağlı ölüm bildirilmektedir (7,39). Basınç ülseri gelişen hastalarda, enfeksiyon sebebi ile mortalite oranı ortalama 4.5 kat daha artmaktadır. En sık; *Proteus mirabilis*, *Escherichia coli*, *Staphylococcus* türleri ve *Pseudomonas*'a rastlanmaktadır. Bu durum özellikle; yaşlı, beslenmesi bozulmuş ve immün yetersizliği olan hastalarda gelişebilen sepsis ve bakteriyemi ile yaşamı yüksek oranda tehdit edebilir. Basınç ülserlerinde genellikle aerobik patojenler mevcuttur, III. Evrede olan derin yaralarda ise, anaerobik patojenler görülür. Bu hastalarda lökositoz, ateş, hipotansiyon, taşikardi ve şuur değişiklikleri gibi sistemik enfeksiyon bulguları izlenmektedir(20,21,56,73).

1.6.5. BASINÇ ÜLSERLERİNİN FİZYOPATOLOJİSİ

1.6.5.1. Basınç ülseri ile Kapiller Kapanma Basıncı Arasındaki İlişki:

Normal kapiller basınç kanın arteriyel kapillerden mid kapiller alana ve oradan venöz kapillere doğru akmasını sağlayan basınçtır. Kapiller basınç arteriyel uçta 30-40 mm Hg, mid kapiller alanda 20-25 mm Hg ve venöz uçta 10-14 mm Hg'dır. Kapiller duvar ince olduğu için dermis içinde uzanan kapillerdeki kan akımı dış basınç ve cilt ısısından etkilenmektedir (32,38). Her hangi bir dokuya olan kan akımının engellemesi için kapiller kapanma basıncının normal kapiller basıncı geçmesi gerekmektedir. Kapiller kapanma basıncının sistemik ya da bölgesel dolaşım yetmezliği olan bireylerde daha düşük olduğu tahmin edilmektedir. Kapiller kapanma eşiği dermisin kollojen yapısından ve mikrodolaşım mekanizmasının otoregülasyonundan da etkilenmektedir (32). Kapiller kapanma basıncını ve kapiller dolaşımı çeşitli faktörler etkilemektedir.

Ülserin oluşmasında kapiller kapanma basıncı bireyler ve vücut bölgeleri arasında farklılık göstermektedir ve çeşitli faktörlerden etkilenmektedir. Hematokrit değeri, kırmızı kan hücrelerinin hareketi, kanın vizkozitesi gibi hemodinamik faktörler ve vücut ısısının düşük olması bu faktörlerin arasında yer alır (38). Kemik çıkıntıları üzerindeki basınç; kemik ve deri arasındaki dokuları sıkıştırarak alttaki dokulara iletilir. Uygulanan basınç kapiller kan basıncından daha fazla olduğu zaman yumuşak dokulara kan akımı engellenir ve lokal doku iskemisi gelişir. Uzun süreli basınca maruz kalan dokularda kan ve lenf dolaşımı bozulması nedeniyle doku beslenmesinde yetersizlik ve atık ürün birikmesi sonucu doku iskemisi ve asidoz meydana gelir (2,38). Trombosit ve polimorfonükleer lökositler basınç altında kalan bölgede birikir. Basınç uygulanmaya devam ederse kapiller geçirgenlik artar lokal ödem ve inflamasyon gelişir böylece lokal dolaşım iyice bozulur. (32). Doku iskemisi 2-6 saat sürekli devam eden basınç sonucu oluşmaktadır. Basınç faktörü ortadan kalktığı zaman dokudaki iskemik değişikliklerin düzelmesi için 36 saat ya da daha uzun bir süreye ihtiyaç vardır. Ancak dokunun maruz kaldığı sürekli basınç süresi 6 saati aşarsa nekroz gelişmekte olup 2 hafta sonra ise enfeksiyonun eşlik ettiği ülserasyon meydana gelmektedir. Bu fizyopatolojik değişiklikler hastalarda düzenli aralıklarla pozisyon değiştirmenin önemini göstermektedir (2,38).

1.6.5.2. Basınç Ülseri ile Doku Toleransı Arasındaki İlişki

Doku toleransı terimi ile, derinin kendisi üzerine uygulanan basıncı dağıtmasını etkileyen cilt ve destek dokuların bütünlüğü, durumu ifade edilmektedir. Doku toleransı, yırtılma, sürtünme, ıslaklık, yaş, diyabet, beslenme

durumu, nörolojik hastalıklar ve ameliyat gibi birçok faktörden etkilenmektedir (32). Doku toleransının iki bileşeni vardır. Bu bileşenlerden ilki dokunun basınca toleransı, diğeri ise dokunun oksijen konsantrasyonundaki değişikliklere toleransıdır. Dokunun basınca toleransını etkileyen faktörler; ileri yaş, doku kütlesinin azalması, protein ve C vitamini yetersizliği, kortikosteroid kullanımı ve streştir. Dokunun oksijen konsantrasyonundaki değişikliklere toleransını etkileyen faktörler ise, oksijen ihtiyacı ve oksijen desteğidir (35,38). Subkütan doku diğerk dokulara destek görevi sağlayarak basıncı dağıtır. Doku kütlesinin azalması basıncın dağılımını olumsuz yönde etkilediğinden dolayibasınç ülseri gelişme riskini artırmaktadır. Bu nedenle karın bölgesi gibi subkütan doku miktarının fazla olduğu vücut bölgeleri basınçtan etkilenmemektedir. Ancak ayak topukları gibi kemik çıkıntıları, hem subkütan doku miktarının az olması hem de yüzey alanının daha dar olmasından dolayı basınçtan daha fazla etkilenmektedir (2,38).

1.6.5.3. Basınç Ülserindeki Fizyopatolojik Değişiklikler

Basınç altında kalan vücut bölgelerinde ve dokularda meydana gelen fizyopatolojik değişiklikler sırasıyla şu şekildedir;

Solukluk: Kan akımının geçici olarak engellenmesi ve lokal doku hipoksisinin bir sonucu olarak derinin solgun görünmesidir (2,38,39).

Reaktif Hiperemi (Tepkisel kızarıklık): Dokuya uygulanan basınç kaldırıldığı zaman deride oluşan kalıcı kızarıklıktır. Basıncın kaldırılmasıyla oksijen ve besin yönünden zengin olan kan, iskemik dokulara dolar ve etkilenen bölgeden atık ürünleri uzaklaştırır (2). Bu durum sağlıklı deride oluşan normal tepkisel yanıt olup, basıncın oluşturduğu hasarın da en erken belirtisidir (32). Deride üzerine

parmakla basıldığında beyazlaşan, parmak kaldırıldığında ise, önceki rengini alan kızarıklık mevcuttur. Reperfüzyon hasarı aynı bölgeye basınç uygulaması devam ettiği zaman meydana gelen doku hasarıdır. Doku hasarı ile birlikte kapillerde mikrotrombüs oluşması yaygın doku hipoksisine yol açar. Hipoksi sonucu dokuda çeşitli metabolitler birikir. Dolaşımdaki bu metabolitlerden en önemlisi olan ksantin oksidaz, damar endotelinde disfonksiyona neden olur (2,38,39).

Tepkisel olmayan kızarıklık: Uzun süre uygulanan basınç ve doku hasarından kaynaklanmaktadır. Zedelenen kan damarları kanın çevre dokulara sızmasına yol açtığı için deride solukluk yoktur. Deri renk değişimi (parlak, koyu kırmızı ya da mor) ve palpasyonla hissedilen sertlik ile karakterizedir. Deride üzerine parmakla basıldığında kaybolmayan kızarıklık mevcuttur (38).

Hipoksi: Uzun süren kapiller tıkanıklık nedeniyle hücrelerin oksijen ve besin gereksiniminin karşılanmamasından kaynaklanmaktadır. Hücre zarının geçirgenliği artar ve hücrel atıklar uzaklaştırılmaz. Bu durum, dokuda ödem, hipoksi ve hücre ölümünün artmasına neden olur. Bu aşamada dokuların iyileşmesi olanaksızdır ve basınç ülseri gelişmesi kaçınılmazdır (2,32,38).

Doku nekrozu (Dokunun ölümü): Basınç ülseri gelişen fizyopatolojik değişikliklerin son evresi doku nekrozudur. Kemik çıkıntıları üzerindeki deride meydana gelen kızarıklık, basınç nedeniyle oluşan doku hasarının erken bir belirtisi olduğu için önemsenmelidir. Ancak, kemik dokuya yakın olan kas ve fasyada, doku basıncı en yüksek düzeyde olduğu için nekroz gelişebilmektedir. Derin dokularda meydana gelen hasar, kas tabakasının basınca deriden daha az dayanıklı olduğunu da göstermektedir (2,38).

1.6.6. BASINÇ ÜLSERLERİNDE RİSK FAKTÖRLERİ

Basınç ülserlerinin önlenmesi ve tedavisine yönelik etkili planlamalar yapabilmek için risk faktörlerinin bilinmesi gerekmektedir. Risk faktörleri birincil faktörler ve ikincil faktörler olmak üzere iki ana gruba ayrılmaktadır (8).

1.6.6.1. Birincil Faktörler

1.6.6.1.1. Basınç

Basınç ülserinin gelişmesinde rol oynayan en önemli faktörün basınç olduğu belirtilmektedir. Bunun tanımlamasını ilk olarak 1873 yılında Sir James Paget yapmıştır. Doku üzerine uygulanan herhangi bir basıncın basınç ülserine yol açıp açmaması basıncın, yoğunluğu, süresi ve dokunun toleransı ile yakından ilişkilidir. Herhangi bir vücut bölgesi üzerine dışarıdan uygulanan basınç ortalama 17 mmHg olan fonksiyonel kapiller basıncı aştığı zaman kapiller kollabe olur ve doku anoksisi gelişir (8). Sağlıklı kişilerde farklı pozisyonlarda iken doku üzerine uygulanan basınç genellikle kapiller basıncın üzerinde olduğu halde basınç ülseri oluşmaması, basıncın süresi ile ilişkilidir. Çünkü hareket etme ve duyuşsal algılama problemi olmayan sağlıklı kişiler kapiller kapandığı zaman ortaya çıkan doku hipoksisinin yol açtığı rahatsızlığı hisseder ve pozisyon değiştirerek basıncı başka noktalara kaydırır (2). Süre ile basıncın yoğunluğu arasında ters bir ilişki vardır. Düşük basınç uzun sürede, yüksek basınç kısa sürede doku hasarı oluşturur. Doku toleransı; derinin kendisi üzerine uygulanan basıncı dağıtmasını etkileyen deri ve destek dokuların bütünlüğünü ifade eder. Dolayısıyla doku toleransını etkileyen tüm faktörler basınç ülserlerinin gelişmesini de etkilemektedir (35).

Landis 1930'da mikroinjeksiyon yöntemi kullanarak kapiller basıncı ölçmüştür. Sonuç olarak basıncı, venöz uçta 12 mmHg, arteriollerde 32 mmHg olarak bulmuştur. Araştırmacılar dış basıncın miktarı ve süresinin basınç ülserini oluşturabilmesi için hangi değerlerde olması gerektiğini araştırmışlar ve sonunda bir diagram elde etmişlerdir. 500 mmHg'lik bir basıncın 2 saat veya 100 mmHg basıncın 10 saat uygulanması, kaslarda nekroz oluşturmaya için yeterlidir. İstisnai olarak deri 600 mmHg değerindeki basınca 11 saat dayanabilmekte ve sonrasında nekroze olmaktadır. Bu da deride nekroz oluşmadan deri altındaki kaslarda nekrozun başlayabileceğini göstermektedir Hasta yatakta tutulursa iskelet ve destekleyici yatak yüzeyi arasındaki dokular basınca maruz kalır. Hastane yatağında yatan bir hasta deri ve dokunun üzerinde en fazla 150 mmHg basınca dayanabilir. Basınç 78 mmHg'nin üstüne çıktığında normalde insan kendisini rahatsız hisseder ve pozisyon değiştirir. Ancak duyu kaybı olan ve bağımsız hareket edemeyen hastalar basınç ülseri riski altındadır (2,20,21).

1.6.6.1.2. Yırtılma (Shear)

Yırtılma, yakın yüzeylerin birbirine karşı ters yönde kaymasıyla oluşan güçtür. Oluşan bu güç derin dokulardaki kan damarlarının uzayıp incelmeye ve hatta yırtılmasına yol açarak doku perfüzyonunu bozar iskemi ve nekroza yol açar. Örneğin, hasta yatak bası yüksek olan bir yatakta yattığında yatağın ayakucuna doğru kayar. Bu durumda deri, vücudu temas ettiği yüzey üzerinde sabit tutmaya çalışırken iskelet, yerçekiminin etkisiyle aşağıya doğru kaymaya eğilimlidir (2,57,71). Bu yırtılma gücü, deri ve derin dokular arasında gerilme ve bükülmeye neden olmaktadır. Bu durumda dokulara kan ve oksijen desteği

azalmakta, doku perfüzyonu bozulmakta ve sonuçta basınç ülseri gelişmektedir. Yırtılma gücü bireyin yatakta yatma pozisyonuna göre değişiklik göstermektedir. Örneğin bireyin önerilen bir pozisyon olan 30'lik açıyla yatması 90'lik açıyla yatmasına göre daha az yırtılma etkisi meydana getirmektedir (56).

1.6.6.1.3. Sürtünme (Friction)

Sürtünme, aralarında yoğunluk farkı olan ve ters yönde hareket eden iki yüzey arasında meydana gelen güç olarak tanımlanmaktadır (56). Örneğin deri ve yatak çarşafı arasında olduğu gibi, deri yüzeyinin bir yüzeye sürtünmesi sonucu ya da hastanın tekerlekli sandalyeden, sedyeden yatağa kaldırılarak değil de sürüklenerek taşınması gibi durumlarda oluşmaktadır. Bireyin sürtünmeye maruz kalması uygun olmayan çevirme, çekme ve kaldırma tekniklerine bağlıdır (35,56). Deri yüzeyinin nemli olması sürtünme kuvvetini artırarak basınç ülseri riskini artırmaktadır. Sürtünme sonucu oluşan yaralanmalara en fazla topuk ve dirsek bölgesinde rastlanmaktadır. Islaklık Derinin ıslak olması basınç ülseri gelişme riskini beş kat artırmaktadır (2). Fekal inkontinans, yara drenajı, terleme gibi faktörler derinin ıslanmasına neden olabilmektedir. Ortamda bulunan aşırı nem, derinin elastikiyetini sağlayan yağı, deri yüzeyinden uzaklaştırarak derinin daha kolay hasar görmesine neden olmaktadır. Aşırı nem ayrıca sürtünme ve yırtılma kuvvetlerini artırarak ve maserasyona sebep olarak deriyi basınç ülserine yatkın hale getirmektedir (38,71).

1.6.6.2. İkincil Faktörler

1.6.6.2.1. Nem:

Sık ve aşırı nem devam ettiği sürece deri basınç ülseri gelişimi açısından risk altındadır. Nem epidermisin dışsal güçlere karşı direncini etkilemektedir. Özellikle derinin sürtünme, yırtılma gibi fiziksel faktörlere karşı direncini azaltır. Uzun süre neme maruz kalan epidermis tabakasında önce yumuşama daha sonra ise doku bütünlüğünde bozulma meydana gelir. İdrar ve dışkı tutulamamasının basınç ülseri gelişiminde belirgin bir etkisinin olduğu ispatlanmıştır (13,19,24). Yatağa bağımlı hastalar, derilerinin sağlam ve kuru kalması için hemşireye bağımlıdır. Bu yüzden hemşirelik bakım planında hijyen önemli bir yer tutar. Deri temiz ve kuru tutulmalıdır. Deri üzerindeki nemlilik; yaradan akıntı, terleme, nemlendirilmiş oksijen uygulama nedeniyle buğu, kusma, dışkı ve idrar kaçırma nedeniyle olabilmektedir. Önemli vücut sıvıları (idrar, dışkı ve yara akıntısı) ortamdaki basınç nedeniyle deri aşınması riskini artırmaktadır (43,46).

1.6.6.2.2. Beslenme

Literatürde beslenme bozukluğunun basınç ülserinin gelişmesinde ve iyileşmesinde önemli bir rol oynadığı belirtilmektedir. Serum albumin düzeyinin düşük olması ve vitamin eksikliği basınç ülserlerinin oluşumunu kolaylaştırmaktadır. Total protein düzeyinin 6,4 g/dl'den ve albümin düzeyinin 3,5 g/dl den az olması ile basınç ülseri oluşumu arasında iliksi bulunmuştur (24). Basınç ülserli hastalarda diyetin kilogram basına 1–1,5 g protein içermesi önerilmektedir. Ayrıca yetersiz sıvı alımı da basınç ülseri gelişimini etkilemektedir (38).

1.6.6.2.3. Yaş

Literatürde basınç ülseri gelişmesinde ileri yaşın risk faktörü olduğu belirtilmektedir. Birey yaşlandıkça kemiklerin üzerinde destek görevi yapan subkütan dokunun azalması, derinin esnekliğini ve gerilme kapasitesini etkileyerek deri elastikiyetini azaltır. Hasar gören dokunun zamanında iyileşmesini yavaşlatır (70). Yaşlanmaya bağlı subkütan doku kütlesinin azalması, kollojen doku elastikiyetinin azalması ve ter bezlerinde oluşan fonksiyonel yetersizlik, sebum üretiminin azalması sonucu derinin kuruması dokunun sürtünme ve basınca karşı direncini azalmaktadır. Ayrıca yaşlı bireylerde nörolojik ve kardiyovasküler problemlerin yaygın olmasından dolayı basınç ülseri gelişme riski gençlere göre daha yüksektir (2).

1.6.6.2.4. Kan Basıncı ve Vücut Sıcaklığı

Diyastolik kan basıncının düşük olması kapiller kapanma basıncının azalmasına yol açmaktadır. Diyastolik kan basıncı 60 mm Hg'nın altında olan hastalarda kapiler kapanma basıncı azaldığı için daha az yoğunlukta bir basınç daha kısa sürede basınç ülserine yol açabilmektedir. Sıcaklık ise hücrelerin oksijen ihtiyacını artırmaktadır. Sıcaklık doku metabolizmasını hızlandırmanın yanı sıra terleme ve deride nem artısına yol açarak basınç ülseri gelişmesini kolaylaştırmaktadır(38).

1.6.6.2.5. Duyu Kaybı ve Hareketsizlik

Basınç ülserinin gelişmesinde hareketin rolü oldukça büyüktür. Sağlıklı bir birey uyku esnasında her 15-20 dakikada bir pozisyon değiştirmektedir. Pozisyon değiştiremeyen ya da gecede 20 kez daha az pozisyon değiştiren bireylerde basınç

ülseri gelişme riskinin yüksek olduğu belirtilmektedir (38,54). Fiziksel hareketleri ve aktiviteleri sınırlı olan hastalar yatak içindeki pozisyonlarını aktif bir şekilde değiştirememektedir. Dolayısıyla basınç noktalarında basıncın yoğunluğu ve süresi artarak basınç ülseri oluşma riskini yükseltmektedir. Duyu kaybı olan bir hasta, basıncın verdiği rahatsızlığı ve ağrıyı hissedemediği için basıncı ortadan kaldırmak için hareket etmemektedir. Bu nedenle spinal kord yaralanması, spina bifida, felç, diyabetes mellitus, üçüncü derece yanık ve periferik nöropati gibi iskeminin ağrısını fark edemeyecek durumu olan hastalar basınç ülseri gelişmesi açısından yüksek riskli grupta yer almaktadır (2).

1.6.6.2.6. Anemi

Anemili hastalar, basınç ülseri gelişmesi açısından risk taşımaktadır. Azalan hemoglobin düzeyi, dokular arası oksijen düzeyini ve kandan oksijen taşınma kapasitesini düşürür. Anemi, hücrel metabolizmayı da değiştirerek yara iyileşmesini yavaşlatmaktadır (24).

1.6.6.2.7. Kaşeksi

Göze çarpan şekilde zayıflık ve aşırı kilo kaybında sağlığın bozulması ve malnütrisyonla genellenmektedir. Genellikle kanser veya kardiyopulmoner hastalıkların son dönemi gibi zor olan durumlarda görülmektedir. Adipoz dokusu kaybolan kaşektik hastada, kemik çıkıntılarının basınçtan korunması önemlidir (38).

1.6.6.2.8. Şişmanlık

Şişmanlık, basınç ülseri gelişimini hızlandırabilmektedir. Yağ dokusu kemik çıkıntılarını basınca karşı az miktarda korumaktadır. Bununla birlikte hafif veya çok şişmanlıkta yağ dokusu damar yönünden fakirdir ve yağ tabakası ve altındaki dokular iskemik hasarlar açısından daha çabuk etkilenmektedir (20,38).

1.6.6.2.9. Enfeksiyon

Enfeksiyon vücuttaki patojen mikroorganizmalar nedeniyle gelişmektedir. Enfeksiyonlu bir hastada genellikle vücut ısısında yükselme görülmektedir. Enfeksiyon ve ateş, vücudun metabolik ihtiyaçlarını arttırmakta ve doku hipoksisine neden olarak dokuları iskemik hasarlara karşı etkilenir hale getirmektedir. Ateş dönemi terlemeyle sonlanarak, deri hasarına yatkınlığı attıran derinin nemliliğine neden olmaktadır. Ayrıca enfeksiyon, basınç ülserli hastanın sağlığında ciddi riskler ortaya çıkarır. 2 ve 4. derecede basınç ülserlerinde görülen deride açılma vücudun enfeksiyona karşı savunmasındaki ilk hattı ortadan kaldırır (2).

1.6.6.2.10. Periferel Dolaşımda Bozulma

Periferel dolaşımda bozulma da basınç ülseri gelişimini arttırmaktadır. Dolaşımın azalması dokularda hipoksi gelişimine neden olmakta ve sonucunda da iskemik hasar meydana gelmektedir. Dolaşım bozukluğunda periferel damar hastalığı, şok veya damar daraltıcı ilaçların etkisi göz önünde bulundurulduğunda bu hastaların basınç ülseri gelişimi açısından dikkatli bir şekilde gözlenmeleri gerekir (38).

1.6.6.2.11. Hastalıklar ve Travmalar:

Hareket kısıtlılığına yol açan, dokulara kan ve oksijen taşınmasını etkileyen hastalıklar basınç ülserinin gelişmesinde rol oynamaktadır. Örneğin yatağa veya tekerlekli sandalyeye bağımlı olan Parapleji, Multiple Skleroz, Parkinson gibi nörolojik hastalıklar, İskemik Kalp Hastalığı, Diabetik hastalarda var olan mikroanjiyopati ve nöropatiden dolayı basınç ülseri için riskli gruplardır. Ayrıca kalça kırığı gelişen hastalarda basınç ülseri gelişme riski yüksektir (2,56).

1.6.6.2.12. Psikolojik Faktörler

Stres durumunda adrenal bezlerden daha fazla salgılanan kortizol, doku toleransında azalmaya yol açar. Kortizol artışı, kollajen oluşumunu baskıladığı için dokular daha kolay zedelenebilir. Ailesel ve çevresel desteğin olmayışı ve maddi sıkıntıların varlığı bireyin stres düzeyini artırdığı için basınç ülseri gelişimini etkileyebilmektedir (38,39).

1.6.6.2.13. Diğer Faktörler

Sigara içme, enfeksiyon, cerrahi girişimler, damar hastalıkları, diyabetes mellitus gibi sistemik hastalıklar ve bazı ilaçlar (steroidler, norepinefrin, dopamin vb.) bireyin doku perfüzyonunu etkilediği için basınç ülseri gelişim açısından risk oluşturan diğer nedenler olarak belirtilmektedir(2).

1.6.7. BASINÇ ÜLSERİNİN SINIFLANDIRILMASI

Cilt lezyonları arasında en sık karşımıza çıkan, basınç ülseridir ve tanımlamak oldukça zor ve karışıktır. Basınç ülserinin önlenmesi ve zamanında tedavi edilebilmesi için tanımlanması, evrelendirilmesi anlaşılır ve

belirgin olmalıdır. Erken dönemde basınç ülserinin tanısını koymak hem hasta hem de kurum açısından çok önemlidir. Bu nedenle, 1989 yılında A.B.D.'nde ve 1996 yılında da Avrupa'da bası ülseri öneri panelleri yapılmıştır. 1998 yılında Avrupa'da yapılan Avrupa Bası Ülseri Öneri Paneli (*European Pressure Ulcer Advisory Panel*) (EPUAP)'nde, bir basınç ülseri rehberi hazırlanmıştır. Bu rehberin en önemli kısmını basınç ülseri sınıflandırması oluşturmuştur. basınç ülseri EPUAP tarafından; gerilme, sürtünme, bası veya bunların herhangi bir kombinasyonunun cilt ve altındaki dokuda neden olduğu lokalize hasar alanı olarak tanımlanmıştır (38). Basınç ülseri sınıflandırmasının hem avantajları hem de dezavantajları vardır. Avantajları; yaranın ciddiyetini, derinliğini, etkilenen cilt alanının büyüklüğünü ve cilt tabakalarının hasarını göstermesidir. Dezavantajları ise; skorelama sisteminin karışık olması, çok sayıda sınıflama sisteminin bulunması, farklı kullanıcıların (örneğin; hemşire, klinisyen) yaptığı hatalar ve cilt hasarını belirlemede zorluk olarak sayılabilir (39).

Torrance, 1983 yılında yeni bir sınıflandırma sistemi geliştirmiş ancak, ilk uygulandığında güvenilirliği test edilememiştir. Bu sınıflandırma sisteminde parmak basmak ile solan eritem Evre I olarak değerlendirilirken, bütünlüğü bozulmamış ciltte meydana gelen çürükler değerlendirilmemiştir. Basınç ülseri sınıflandırma sisteminde en büyük karışıklık Evre I'ın tanımlanması konusunda olmuştur. Dealey ve arkadaşları, hafif bası ile solan kırmızı alanı Evre I olarak tanımlarken, Yarkony ve arkadaşları ise, Evre I'ı solmayan kalıcı kırmızı alan olarak tanımlamıştır (38,56).

1989'da Ulusal Bası Ülseri Öneri Paneli (*National Pressure Ulcer Advisory Panel*) (NPUAP) tarafından yeni bir sistem geliştirilinceye kadar bu sınıflandırma sistemi kullanılmıştır. NPUAP 1989 yılında A.B.D.'nde yapılmıştır. Shea basınç ülseri sınıflandırması modifiye edilerek yeni bir sınıflandırma sistemi oluşturulmuştur. 1998 yılında Evre I'in tanımlanması tekrar gözden geçirilmiştir. 1989 yılında yapılan sınıflandırma gözleme dayanırken, 1998 yılında deri ısı (sıcak / soğuk), doku yoğunluğu (sert / yumuşak) ve duyarlılık (ağrı, kaşıntı) gibi belirtiler bu sınıflandırmaya eklenmiştir. Ayrıca, koyu tenli kişilerde mor renk, Evre I olarak değerlendirilmiştir. (38).

EPUAP ve NPUAP (2009)'da en son güncelleştirdikleri basınç yarasını önleme klavuzunda basınç yarası sınıflandırılması dört evrede yapılmıştır. NPUAP (2007)'in eklediği “evrelendirilemeyen yara” ve “şüpheli derin doku yaralanması” tanımlaması EPUAP ve NPUAP (2009) sınıflamasında USA (Amerika Birleşik Devletleri) için ek bir sınıflandırma olarak güncelleştirilmiştir (51).

Evre I: Genellikle kemik çıkıntıları üzerinde oluşan, deride geçmeyen kızarıklık olarak tanımlanmaktadır. Deri bütünlüğü bozulmamıştır. Koyu tenli bireylerde renk açılması belirgin olmayabilir ancak dokunun rengi çevre dokulardan farklıdır. Bölge sağlam doku ile karşılaştırıldığında ağrılı, sert ya da yumuşak, daha soğuk ya da daha sıcak olabilir. 1. Evre basınç ülserinin koyu tenli bireylerde belirlenmesi zordur. Bu evre bireylerin risk altında olduğunu gösterir. Bu nedenle gerekli önleyici hemşirelik uygulamaları yapılmalıdır (28,51).

Evre II: Dermis tabakasının kısmi kaybıdır. Ülser yüzeyseldir ve yara yatağı kırmızı ya da pembe renklidir. Derinin sıyrılması ya da büller şeklinde de görülebilmektedir. içi kan dolu büller hasarın dermisten daha derin dokularda olduğunu gösterir ve bu büllerin 2. evre basıncı ülseri olarak sınıflandırılmaması gerekir. Yüzeysel ülser ölü doku ya da ezik/çürük olmaksızın parlak ya da kuru görünümündedir. Ayrıca 2. evrenin deri sıyrılmaları, flaster zedelenmesi, perianal dermatit ve maserasyon gibi cilt sorunları ile karıştırılmaması gerekir (28,51).

Evre III: Epidermis, dermis ve subkütan dokuları içeren tam doku kaybının görüldüğü evredir. Yara yatağında subkütan yağ tabakası görülürken kemik, tendon ve kas tabakası görülmez ya da palpe edilmez. Çünkü ülser fasyanın altına kadar ilerlememiştir. basıncı ülserinin üzeri ölü doku ile olduğu zaman doku kaybının derinliği gözden kaçabilmekte ve tünelleşmeler görülebilmektedir. 3. Evre basıncı ülserinin derinliği anatomik bölgelere göre farklılık gösterir. Burun, kulak, oksiput ve malleollerde subkütan doku olmadığından 3. Evre basıncı ülseri daha yüzeyseldir. Subkütan dokunun daha kalın olduğu bölgelerde ise 3. Evre basıncı ülseri daha derin olabilmektedir (28,51).

Evre IV: Kemik, tendon ya da kaslara kadar ilerleyen tam doku kaybı vardır. Yara içerisinde kemik ve tendonlar görülebilmekte ya da doğrudan palpe edilebilmektedir. Yara yatağının bazı kısımlarında ölü doku ya da skar mevcuttur ve tünelleşmeler 3. evreye göre daha sıklıkla görülmektedir. Subkütan dokusu olmayan anatomik bölgelerde 4. evre basıncı ülseri daha yüzeyseldir (28,51).

EPUAP ve NPUAP (2009) klavuzunda bu sınıflamaya ek olarak;

Evrelendirilemeyen yara: Tam kat doku kaybının olduğu, yara yatağının ölü doku (sarı, gri, yeşil veya kahverengi) ve/veya kabukla (kahverengi veya siyah)dolduğu yaradır. Yara yatağı ölü doku veya kabuktan yeteri kadar temizlenmedikçe yaranın gerçek derinliği saptanamaz ve bu yüzden evreleme belirlenemez. Topuklarda görölen stabil (kuru, yapışık, eritemsiz ve fluktuasyon vermeyen) yara kabuğu vücudun doğal (biyolojik) örtüsüdür ve kaldırılmamalıdır (28,51).

Şüpheli derin doku yaralanması: Bütünlüğu bozulmamış ciltte mor veya koyu kıızıl lokalize bir bölgenin olması veya altta yatan dokunun basınç ve/veya sürtünmeye bağlı hasarlanması sonucu ciltte kanlı bül olmasıdır. Daha öncesinde bölgedeki dokunun çevre dokulara göre daha ağrılı, hassas, yumuşak, sıcak veya soğuk olması gözlenebilir. Derin doku yaralanmasını koyu ciltlerde tanımak zordur. Değerlendirmede koyu yara yatağının üzerinde yer alan ince bül göz önüne alınır. Yara yatağı daha ilerleyebilir ve ince bir yara kabuğu ile örtülebilir. Değerlendirme vakit kaybedilmeden yapılmalı ve etkilenen doku katları ortaya çıkarılarak en uygun tedavi başlanmalıdır (28,51).

1.6.8. BASINÇ ÜLSERİNİN SIK KARŞILAŞILDIĞI VÜCUT BÖLGELERİ

Basınç ülserlerinin hemen hepsi (% 96) göbek altı seviyesindedir. Ülser supine pozisyonu veya oturur pozisyonda gelişmektedir. Patolojiler %75 kadar pelvik bölgede toplanmışlardır. Yaralar hemen her zaman sivri kemikler üzerindeki yumuşak dokularda olmaktadır (%36 sakral, %30 topuk, %10 iskiyal, trokanterik vs.) En yaygın bölgeler sakrum, koksiks, iskiyal, tuberosities, büyük

torokanter, dirsekler, topuklar, skapulalar, kristailiyaka ve lateral ve medial malleolidir. Basınç ülserleri basınca uğrayan herhangi bir deri bölgesinde meydana gelebilir. Genellikle nazogastrik tüp veya oksijen kanülüne bağlı basıncın neden olduğu burun delikleri oksijen kanülünün sonucunda kulaklar veya foley kateter gerilimi sonucunda genital bölgeler gibi kemiksiz bölgelerin de dahil olduğu yerlerde debasınç ülseri meydana gelebilmektedir (38,72).

1.6.9. BASINÇ ÜLSERİNİ ÖNLEMeye YÖNELİK HEMŞİRELİK UYGULAMALARI

Basınç ülserlerini önlemeye yönelik hemşirelik uygulamaları; risk değerlendirmesi, deri bakımı ve koruyucu önlemler, sürtünme ve yırtılmanın önlenmesi, yeterli ve dengeli beslenme, ağrı kontrolü, basıncın azaltılması ve destek yüzeyleri başlıkları altına toplanmaktadır (2,46).

1.6.9.1. Risk Değerlendirmesi

Basınç ülseri oluşmasını önleyici hemşirelik uygulamalarında ilki riskli bireylerin tanımlanmasıdır. Sistemik risk değerlendirmesi için geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış olan ölçeklerin kullanılması önerilmektedir (1,2,19,39,47,51,57,71). Risk değerlendirme ölçeği kullanma, yüksek riskli hastaları önceden tanımlayarak yapılacak uygulamaları planlamayı, bakımın devamlılığını ve uygun olmayan basınç ülseri uygulamalarını azaltmayı sağlar (32). Karabağ (2008) belirttiği üzere risk değerlendirme ölçeklerinin ne zaman ve ne sıklıkta uygulanması gerektiği konusunda RNAO, AWMA, AHCPR gibi uluslar arası örgütler tarafından geliştirilen rehberlerde farklı öneriler yer almaktadır. Ancak rehberlerdeki ortak nokta, bütün hastaların risk grubunda

olduğunun düşünülmesi ve hastaneye ilk kabulde risk değerlendirmesinin yapılması gerektirir. Daha sonra hastanın durumuna bağlı olarak, basınç ülseri gelişmiş ya da basınç ülseri gelişmesi açısından hasta yüksek risk, grubunda ise risk değerlendirme ölçeği düzenli aralıklarla uygulanmalı ve bütün değerlendirmeler kayıt edilmelidir (38). Özdemir'in (2006) risk değerlendirme ölçeğini uygulamanın hemşirenin 30 saniyeden daha fazla zamanını almadığını ifade etmiştir (52). Akut bakım alanlarında: yoğun bakım ünitesi gibi akut bakım ünitesinde hasta ilk kabul edildiğinde değerlendirilmeli, daha sonra her 48 saatte bir ya da hastanın durumu değiştikçe değerlendirme yeniden yapılmalıdır. Uzun süreli bakım alanlarında: Huzur evi gibi uzun süreli bakım alanlarında birey ilk kabul edildiğinde değerlendirilmeli, sonraki 4 hafta boyunca haftada bir, 4 haftadan sonra değerlendirme ayda bir veya üç ayda bir ya da bireyin durumu değiştikçe yapılmalıdır. Evde bakımda: Hasta ile ilk karşılaştığında değerlendirilme yapılmalı, daha sonra ise her ziyarette tekrarlanmalıdır. Pozisyon değiştirme yeteneği bozulan yatağa/sandalyeye bağımlı bireylerde kapsamlı bir değerlendirme yapılmalıdır. Bu değerlendirme, bireyin ayrıntılı hikayesini, fiziksel muayenesini ve risk değerlendirmesini içermelidir. Risk değerlendirmesinde; basınç, sürtünme, yırtılma, ıslaklık, hareket etme düzeyi, deri hijyeni, beslenme durumu, duyu bozukluk, bilinç düzeyi, daha önceden basınç ülseri hikayesinin olup olmadığı, destek yüzeyleri ve ilaç kullanımı gibi faktörler değerlendirilmelidir (51).

1.6.9.2. Basınç Ülseri Değerlendirmesinde Ölçek Kullanımı

Basınç ülseri gelişiminde risk faktörlerini belirlemek, oluşmasını engellemek ve değerlendirmek için yaygın şekilde kullanılan dört ölçek ile yüksek risk taşıyan hastalar kolay bir şekilde tanımlanabilmektedir. Bu ölçeklerden Braden ve Norton ölçekleri basınç ülserinin önlenmesi için Kuzey Amerika Talimatları'nda önerilen araçlardandır. Birleşik Krallık'ta ise Waterlow ve Norton ölçekleri en yaygın kullanılanlardır (38). Bu ölçekler hastanın risklerini tanımlama yeteneğiyle birlikte sağlık bakımının maliyetinin kontrol altında tutulmasına yardım etmektedir. Her bir ölçek numaralandırılarak sıralanmış farklı risk faktörleri içermektedir. Hastanın risk değerlendirme puanı her bir risk faktörüne verilen numaralar toplanarak bulunmaktadır. Risk değerlendirmesi yapılmayan kurumlarda basınç ülseri görülme sıklığının daha yüksek olduğu, risk değerlendirmesinin formal olarak yapılması, risk düzeyi ile ilişkili olarak önleyici bakımın uygulanması durumunda basınç ülseri görülme sıklığının %60 oranında azaldığı ve bakım maliyetinde de önemli miktarda azalma olduğu bildirilmektedir 30. Klinikte çalışan hemşirelerin ölçek kullanması riskli hastayı tanımlarına ve profesyonel hemşirelik bakımı vermelerini sağlayacaktır (38,39).

1.6.9.2.1. Norton Ölçeği

Literatürde yayınlanmış ilk ölçeği Norton ölçeğidir. 5 risk faktörünü puanlamaktadır; fiziksel durum, mental durum, aktivite, hareketlilik ve inkontinanstır. Toplam puan 5 ila 20 arasındadır. Yüksek toplam puan basınç ülseri gelişimi için büyük bir risk taşıdığının göstergesidir. Puan 16 olduğunda yüksek risk taşıdığı düşünülmektedir (38,54).

1.6.9.2.2. Gosnell Ölçeği

Norton ölçeğini temel alan Gosnell ölçeği; evde hemşirelik bakımı alan 30 hasta üzerinde yapılan bir araştırmadan geliştirilmiştir. Norton'un kategorilerinden fiziksel durum yerine, beslenme eklenmiş ve inkontinans yerine kontinans ele alınmıştır. Demografik bilgiler, klinik veriler, öyküdeki önemli ana hatlarda eklenmiştir. Ölçek 5 faktörü puanlamaktadır; mental durum, kontinans, hareketlilik, aktivite ve beslenmedir. Toplam puan 5 ila 20 arasındadır, yüksek toplam puan basınç ülseri gelişimi için büyük bir risk taşıdığının göstergesidir (38,59).

1.6.9.2.3. Knoll Ölçeği

Knoll değerlendirme aracı; hastanede geniş çaplı akut bakım alan hastaların risk faktörleri temel alınarak geliştirilmiştir. Genel sağlık durumuyla ilgili 8 faktörü içermektedir; mental durum, aktivite, hareketlilik, inkontinans, ağızdan beslenme, ağızdan sıvı alımı ve hastalıklara yatkınlıktır. Toplam puan 0 ila 33 arasındadır. Yüksek toplam puan, basınç ülseri gelişimi için büyük bir risk taşıdığını gösterir. Risk puanı 12 veya daha üstüdür (13,54).

1.6.9.2.4. Braden Risk Değerlendirme Ölçeği

Braden ve Bergstrom tarafından 1987 yılında basınç ülseri riskini belirlemek amacıyla ortaya çıkarılmıştır. Birçok dile çevrilip, her kıtada kullanılmıştır Ülkemizde ve yurtdışında Braden Risk Değerlendirme Ölçeği kullanılarak yapılan çalışmalarda, ölçeğin geçerlik ve güvenirliğinin iyi düzeyde olduğu, farklı sayı ve özellikteki örneklem üzerinde yapılan birçok çalışmada ölçeğin basınç ülseri riskini değerlendirmede etkili olduğu anlaşılmıştır.

Geliştirilen bu ölçeğin Türkiye’de ilk güvenilirlik ve geçerlik çalışması 1997 yılında Oğuz tarafından yapılmış; 1998’de Pınar ve Oğuz tarafından Norton ve Braden Risk Değerlendirme Ölçeklerinin tekrar güvenilirlik ve geçerliği incelenmiş; her iki çalışmada da ölçeklerin güvenilirlik ve geçerliği yüksek bulunmuştur (39,46,54,71). Evde bakım verilen hastaların risk faktörleri esas alınarak geliştirilen Braden Risk Değerlendirme Ölçeği; son geliştirilen değerlendirme aracıdır. 6 alt ölçekten oluşmaktadır. Bunlar; duyuşsal algılama, nem, aktivite, hareketlilik, beslenme, sürtünme ve pozisyonudur. Toplam puan 6 ila 23 arasındadır ve düşük bir toplam puanbasınç ülseri gelişimi için büyük bir risk taşıdığını göstermektedir. Bu ölçek basınç ülseri için büyük risk taşıyan hastaların tanınmasında çok güvenilirirdir (13,46,54,71,72).

1.6.9.2.5. Waterlow Ölçeği

Waterlow Ölçeği; dahili ve cerrahi alanlarda kullanılmak üzere geliştirilmiştir. Bu nedenle, hastaları kapsamlı olarak değerlendirme imkanı sunmaktadır. Ayrıca bu ölçeğe ihtiyaca göre yeni ifadeler ve puanlar eklenebilmektedir. Vücut yapısı/ağırlığı, miksiyon ve defekasyon kontrolü, deri tipi, hareket, cinsiyet, yaş, ve beslenme olmak üzere 6 risk faktörünü içermektedir. Ölçekteki ikinci bölüm ise doku malnütrisyonu, nörolojik yetersizlikler, cerrahi girişimler, travma ve bazı ilaçlar gibi risk faktörleri konusunda kullanıcıya uyarılarda bulunmaktadır. Negatif puanlama yapılmakta ve sayı arttıkça karşılaşma riski artmaktadır (13,39).

1.6.9.3. Deri Bakımı ve Koruyucu Önlemler

Derinin değerlendirilmesi basınç ülserinin insidansını azaltmada sistematik, kapsamlı ve rutin deri değerlendirilmesinin önemli rolü vardır. Deri değerlendirmesi, riski azaltmak için planlanan uygulamalara ve bu uygulamaların sonuçlarını değerlendirmeye yönelik bilgiler sağlar. Bu nedenle bütün hastalara günlük deri değerlendirmesi yapılmalı ve sonuçlar kaydedilerek her hasta için bakım planı oluşturulmalıdır. Deri, bastan ayağa gelişimsel değişiklikler, renk, turgor, ısı, kalınlık, nemlilik yumuşaklık gibi özellikleri yönünden değerlendirilir. Derinin bütün bölgeleri her pozisyonda kontrol edilmeli, kemik çıkıntılarının üzerini örten deriye özellikle dikkat edilmelidir. Deriye temas eden kıyafet ve çarşaf gibi yüzeylerin basınç, sürtünme ve yırtılmaya yol açıp açmadığı kontrol edilmelidir (2,57). Ayrıca deriye temas eden hasta isim etiketi, protez, oksijen maskesi, nazogastrik tüp, intravenöz kateter, bantlar ve diğer objelerin altı ve çevresi de değerlendirmeye alınmalıdır (38).

1.6.9.3.1. Derinin Temizliği

Günlük aktiviteler esnasında deride metabolik atıklar ve çevresel kirler birikir. Derinin sağlığını sürdürmek ve doku toleransını artırmak için bu atıkların sık aralıklarla temizlenmesi gereklidir. Deriyi temizleme sıklığı bireyin gereksinim ve tercihiine göre planlamalıdır. Deri her kirlendiğinde ve o klinik için belirlenen aralıklarla temizlenmelidir. Derinin normal pH'sı 4-6.8 arasındadır. Deri pH'sının sürdürülmesi, bakterilerin deriye yerleşmesini ve fırsatçı enfeksiyonların oluşmasını önler. Deri bütünlüğünü korumak için deriyi tahriş edici bütün faktörler uzaklaştırılmalı ya da en aza indirilmelidir. Bu nedenle deri,

uygun pH'da (4.5 – 6.5), alerjik olmayan temizleme ürünü ile deriye en az güç ve sürtünme uygulanarak temizlenmelidir. Alkalen sabunlar derinin asidik yapısını değiştireceği ve sebum miktarını azaltacağı için kullanılmamalıdır. Kuruma ve irritasyonu minimuma indirmek amacıyla deri temizliği yapılırken çok sıcak olmayan suyun kullanılması (suyun ısısı 43- 46°C olmalı) tavsiye edilmektedir (2,57).

1.6.9.3.2. Derinin Kuruluğunun Giderilmesi

Deri hidrasyonunun yeterli olması deriyi mekanik yaralanmalara karşı korur. Deri hidrasyonunun azalması esnekliğin azalmasına sebep olarak deride, yüzeysel tahriş ve çatlamalara yol açar. Bu nedenle düşük nem oranı (%40'dan az) ve soğuğa maruz kalma gibi deri kuruluğuna neden olan çevresel faktörler azaltılmalıdır. Derisi kuru olan bireylerde cilt bakımı yapıldıktan sonra nemlendiriciler kullanılmalıdır. Nemlendiricilerin alkol, parfüm ya da iritan madde içermemesine özen gösterilmelidir (2,57).

1.6.9.3.3. Masaj

Masaj sağlıklı dokularda kan dolaşımını uyarır ve hızlandırır. Ayrıca gerilimi azaltıp gevşemeyi sağlayarak kişiyi sakinleştirir. Ancak doku toleransının az olduğu bireylerde kemik çıkıntıları üzerine ya da hasarlı dokuda sürtünmeyi ve derin doku hasarını artıracığı için masaj yapılmamalıdır. Sürtünmeyi azaltmak için kemik çıkıntıları dışındaki bölgelere masaj yapılırken vücut losyonları kullanılması önerilmektedir (2,57).

1.6.9.3.4. Derinin Islak Kalmasının Önlenmesi

İdrar, feçes, ter ve yara drenajı gibi derinin nem oranını değiştiren durumlar deriyi yaralanmalara karşı hassas hale getirmektedir.. Islak deri, özellikle temizleme esnasında meydana gelen sürtünme ve yırtılma sonucu kolayca zedelenebilmektedir. Ayrıca ıslak deri yatak çarşaflarına tutunmaya daha yatkın olduğu için sürtünmenin etkisi artmaktadır. Islak deride irritasyona bağlı kızarıklık ve *Candida* gibi infeksiyon riski yüksektir. İnkontinansın hastanın derisi üzerine verdiği hasarı önlemek için hemşire öncelikle inkontinans tipini belirlemeli, daha sonra bireye özel mesane/barsak yönetimi programı geliştirmelidir. Üriner inkontinansı kontrol altına alabilmek için temiz aralıklı kateterizasyon, kondom kateter, inkontinans pedi ve bariyer etkili cilt koruyucuları kullanılabilir (38). Fekal inkontinansa yönelik ise beslenmenin düzenlenmesi, irrigasyon, internal/eksternal fekal kollektör uygulaması yapılabilir, inkontinans pedi ve bariyer etkili cilt koruyucuları kullanılabilir. Bireyde cilt bütünlüğünün bozulmasına yol açan ishalin kontrolünde de beslenmenin düzenlenmesi önemlidir. Yara drenajını kontrol altında tutmak ve çevre dokuyu korumak amacıyla uygun pansuman materyali seçilmelidir. Pansuman materyali çevre dokuda maserasyona neden olmamalıdır. Sağlam deriyi yara drenajından korumak amacıyla koruyucu krem, film, merhem, ve hidrokolloidler gibi pansuman materyalleri tercih edilebilir (57).

1.6.9.4. Sürtünme ve Yırtılmanın Önlenmesi

Hastanın, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirirken basınç, sürtünme ve yırtılmalardan korunması basınç ülseri oluşumunu azaltır. Yakın yüzeylerin

birbirine karşı ters yönde kaymasıyla oluşan yırtılma gücü, klinikte özellikle yatak bası yükseltildiği zaman ortaya çıkmaktadır. Yatak başı yükseltildiği zaman, deri ve yüzeysel dokular çarşafa tutunmaya çalışırken fasya ve iskelet ayakucuna doğru kayma eğilimindedir. Bu nedenle hastaya yatak ya da sandalyede pozisyon verirken yardımcı destek yüzeylerinin kullanılması önem kazanmaktadır. basınç ülseri gelişmesine neden olan sürtünme, basınç ve yırtılma risk faktörleri mümkün olduğunca azaltılmalı hatta ortadan kaldırılmalıdır (38). Bireye pozisyon verirken, taşırken ya da çevirirken, yatak veya sandalye üzerinde sürüklemek yırtılma ve sürtünmenin birincil nedenidir. Uluslararası rehberlerde sürtünmeyi azaltmak amacıyla kayganlaştırıcı madde (mısır nişastası ve krem gibi), koruyucu filmler (transparan film pansuman gibi), koruyucu pansuman malzemesi (hidrokolloidler gibi) ve koruyucu yastık kullanılması önerilmektedir (2).

1.6.9.5. Yeterli ve Dengeli Beslenmenin Sağlanması

Deri bütünlüğünün sürdürülmesinde, basınç ülserleri gelişiminin önlenmesinde ve ülserin iyileşmesinde beslenme önemli rol oynamaktadır. Beslenme durumu, hasta ilk hastaneye yattığı zaman ve daha sonra hastanın durumu değiştikçe değerlendirilmelidir. Değerlendirme; hastanın kilosunu, kontrolsüz kilo alma ya da verme hikayesini iştah durumunu, diş sağlığını, çiğneme ve yutma güçlüğü, temel besin öğelerini (protein, kalori, vitamin ve sıvı gibi) alma durumunu, kendi kendine beslenebilme yeteneğini, besin emilimini etkileyebilecek ameliyat olma durumunu, kullanılan ilaçları ve psiko-sosyal faktörleri içermelidir. Dehidratasyonun tanımlanması ve doğrulanması yara

iyileşmesi için önemlidir. Ayrıca protein, A, C ve E vitamini, çinko elementi yara iyileşmesi ile ilişkili faktörler arasında yer almaktadır (56).

1.6.9.6. Ağrı Kontrolü

Ağrı bireyin hareket ve aktivite yeteneğini sınırlayarak lokal doku perfüzyonunu azaltarak ve yara iyileşmesini geciktirerek basınç ülserleri gelişme riskini artırmaktadır. Ayrıca ağrı kontrolüne yönelik analjezik ve sedatif kullanımı merkezi sinir sistemini baskılamaktadır. Bu tür ilaçları kullanan bireylerin iskemik ağrıya yanıt verme düzeyi değişmekte dolayısıyla hareket ve aktivite yeteneğinin azalmaktadır. Bu nedenle ağrının uygun yöntemlerle kontrol altına alınması basınç ülseri gelişimini önlemek açısından önemlidir. Diğer ağrılı durumlarda olduğu gibi basınç ülseri olan bireyin ağrısı kapsamlı bir şekilde değerlendirilmeli ve ağrı giderici yöntemler uygulanmalıdır (2,56).

1.6.9.7. Basıncın Azaltılması ve Destek Yüzeyleri

1.6.9.7.1. Destek Yüzeyleri

Basınç ülserini önlemeye yönelik uygulamalar klinik değerlendirmeye ve bakım planına dayalı olarak gerçekleştirilmelidir. Bakım planında en önemli bölümü basınç ülseri nedenlerini ortadan kaldırmak oluşturmaktadır. Basınç ülserinin en temel nedenlerinden biri kemik çıkıntıları üzerindeki dokularda oluşan yüksek basınçtır. Bu nedenle bakım planında bireyin risk puanına ve genel durumuna uygun basınç azaltıcı ya da basınç giderici destek yüzeylerinin kullanılması yer almalıdır. Hastanın kullanacağı tüm destek yüzeyleri (tekerlekli sandalye, komod, kanepe ve araba koltuğu gibi) basıncı dağıtma özellikleri

açısından değerlendirilmelidir. Destek yüzeyleri basıncı azaltma özellikleri açısından iki temel gruba ayrılmaktadır (2).

1.6.9.7.2. Basıncı Azaltıcı Destek Yüzeyleri

Vücut yüzeyi ile destek yüzeyi arasındaki ara yüzey basıncını azaltan yüzeylerdir. Ancak bu tür destek yüzeyleri basıncı kapiller kapanma basıncı altına düşürmezler. Orta ve yüksek riskli hastalarda basınç ülseri önlemek için basınç azaltıcı yatak kullanılması standart hastane yatağı kullanılmasından daha etkili olmaktadır. Hasta basınç ülseri gelişmesi açısından orta ya da yüksek risk grubunda yer alıyor ise dinamik destek yüzeyleri kullanılmaktadır. Ancak basınç ve sürtünme riskini artırmasından dolayı dinamik destek yüzeyinde pozisyon değiştirmek hasta ve bakım vericiler için çok zor olabilmektedir. Birbirine temas eden kemik çıkıntıları arasına basıncı azaltmak amacıyla yastık ve köpükler konulabilir. Basıncı azaltmak için su dolu eldiven, koyun postu ve simit/halka gibi uygun olmayan araçlar kesinlikle kullanılmamalıdır. Destek yüzeyi seçmeden önce göz önünde bulundurulması gereken bazı faktörler vardır (38).

Bu faktörler şunlardır:

Hasta ile ilgili faktörler

- Hastanın rahatını sağlamalı
- Hareket etme yeteneğini sınırlandırmamalı
- Hastanın risk durumuna uygun olmalı
- Bakımın hedeflerine uygun olmalı
- Spinal kord yaralanmasının varlığı dikkate alınmalı

- Destek yüzeyi ile ilgili faktörler;
- Basıncı azaltma ya da giderme özelliğine göre seçilmeli,
- Yırtılma ve sürtünme kuvvetlerini en aza indirmeli,
- Dokudaki sıcaklığı sabit tutmalı ve nemi kontrol etmeli,
- Hafif, dayanıklı ve maliyeti düşük olmalı,
- Kemik yüzeylerinin altındaki basıncı en aza indirmeli,
- Hastaya uygun pozisyon vermeye engel olmamalı,
- Hareketleri sınırlamamalı,
- Tedavi ve bakım girişimlerini engellememeli,
- Kolay temizlenebilir ve muhafaza edilebilir olmalı (2).

1.6.9.8. Pozisyon Değiştirme

Hareket ve aktivite, ağırlık merkezinin değiştirilmesini sağlar, basınç altındaki dokuyu rahatlatır ve dokuya giden kan akımını artırır. Bu nedenle basınç ülseri gelişme riski olan hastalar, sakıncası yoksa hareket etmek için cesaretlendirilmeli, hastanın var olan hareket ve aktivite durumu geliştirilmelidir. Basıncın dokudaki etkilerini azaltmak ve aktiviteyi geliştirmek için bireye aktif ve pasif ROM (Range of Motion) egzersizlerinin yaptırılması da etkili olmaktadır (38). Bireyin tıbbi durumu, rahatı, kullanılan destek yüzeyleri düşünülerek pozisyon değiştirme programı planlanmalıdır. Hastaya uygun sıklıkta, uygun pozisyonun verilmesinin sağlanması için “pozisyon değiştirme çizelgesinin” kullanılması önerilmektedir. Hastanın yatağa ya da tekerlekli sandalyeye bağımlı olusuna göre pozisyon vermede temel ilkelere uyulmalıdır. Yatağa bağımlı hastalarda genellikle 2 saatte bir pozisyon değiştirilmesi önerilmektedir. Ancak bu

süre bütün hastalar için sabit olamayabilir. Basınç altında kalan bölgelerde kızarıklık gelişen ya da aşırı kilosu olan hastalar gibi yüksek risk grubunda yer alan hastalarda bu süre hastanın durumuna göre daha kısa tutulabilir. Bununla birlikte pozisyon değiştirme sıklığını etkileyen birçok faktör (ağrı, hemodinamik değişkenlik, personel sayısı vb.) bulunmaktadır (38,39). Sürtünme ve yırtılma kuvvetinin etkisini en aza indirmek için hastaya pozisyon verirken uygun araç, gereçlerden yararlanılmalıdır. Örneğin pozisyon değiştirme esnasında hemşireye yardımcı olamayan hastalar hareket ettirilirken, trapez ya da çarşaf gibi yardımcı araçlar kullanılmalıdır. Riskli hastalara yan yatış pozisyonu verilirken doğrudan trokanter üzerine pozisyon vermekten kaçınılmalıdır. Yapılan çalışmalarda doğrudan büyük trokanter üzerine pozisyon verildiği zaman ara yüzey basıncının daha çok arttığı ve doku oksijen yoğunluğunun azaldığı belirtilmektedir. Hastaya yan yatış pozisyonu verilirken 30 kuralına uyulmalıdır. Bu kurala göre yatak basının yükseltilmesi gerekiyorsa 30 yükseltilmeli ve hastaya da 30 yan yatış pozisyonu verilmelidir (39). Ayrıca kemik çıkıntılarının (diz ve ayak bileği gibi) birbirine temasını önlemek amacıyla yastık ya da köpük kullanılması gerekmektedir. Tıbbi açıdan herhangi bir kısıtlama olmadığı takdirde yatak bası mümkün olan en az seviyede tutulmalıdır. Basınç ülseri riskini azaltan en uygun pozisyon yatak başının 30 ve ayak kısmının 30 derece yükseltildiği sırt üstü yatış pozisyonudur. Sandalyeye bağımlı hastalarda basınç ülseri gelişme riski olan bir birey sürekli sandalyede oturmaktan kaçınmalıdır. Hastaya, yapabiliyorsa her 15 dakikada bir sandalye kenarlarındaki kolçaklardan tutarak basınç bölgelerini değiştirmesi ve 2 saatte bir pozisyon değiştirmesi öğretilmelidir. Kendi kendine

pozisyon değiştirmeyen hastalarda sağlık personeli saat bası basıncı noktaları değiştirilmeli ve hastayı belli aralıklarla yatağa alarak sırtüstü pozisyon vermelidir (39). Sandalyeye bağımlı bireylerde de yatağa bağımlı hastalarda olduğu gibi basınç azaltıcı destek yüzeyleri, pozisyon değiştirme çizelgeleri kullanılmalıdır. Hastaya oturma pozisyonu verilirken ayakların bir tabure üzerine konularak yükseltilmesi basınç ülseri riskini azaltır. Bu pozisyonla hem basıncın, hem de yırtılma ve sürtünme kuvvetlerinin etkisi azaltılmaktadır. Hastaya pozisyon verilirken korunması gereken riskli bölgelerden biri de topuklardır. Ayak topuklarının yüzey alanı küçük olduğundan dolayı basıncı dağıtma yetenekleri azdır. Özellikle alt ekstremitelerini hareket ettiremeyen bireylerde basınç azaltıcı destek yüzeylerinin kullanılması oldukça önemlidir. Ayak topukları yastık ya da yükseltici ile yataktan tamamen kaldırılarak basınç azaltılabilmektedir (2).

1.6.10.BASINÇ ÜLSERİNİ ÖNLEMEDE GELİşTİRİLEN ÖNERİLER

1.6.10.1. Basınç Ülserlerini Önlemede NPUAP'nin Geliştirdiği Öneriler

I. Risk Değerlendirme

1. Yatağa veya sandalyeye bağlı veya tekrar pozisyon alma kabiliyeti zayıf olan bütün insanların basınç ülseri için riskli olarak kabul edin.
2. Bireysel risk faktörlerinin sistematik değerlendirmesini sağlayan risk değerlendirme metodu seçin ve kullanın.
3. Risk grubundaki bütün hastaları sağlık bakım kurumlarına kabullerinde ve bundan sonra düzenli aralıklarla değerlendirin.
4. Belirgin önleyici tedavileri yönetebilmek için bütün bireysel risk faktörlerini belirleyin (28).

II. Deri Bakımı ve Erken Tedavi

1. Deriyi en az günlük olarak değerlendirin ve sonuçlarını kaydedin.
2. Banyo yapma sıklığını bireye göre ayarlayın. Yumuşak temizleme aracı kullanın. Sıcak sudan ve a ırısı ovmadan kaçının.
3. İnkontinansı değerlendirin ve tedavi edin. İnkontinans kontrol edilemediği zaman, deri kirlendiği zaman silin, emici bir ped seçin ve derinin çabuk kurumasına ortam sağlayın.
4. Kuru deri için nemlendirici kullanın. Düşük nem ve soğuk hava gibi derinin kurumasına yol açan çevresel faktörleri en aza indirin.
5. Kemikli bölgelere masajdan kaçının.
6. Sürtünme ve yırtılmaya bağlı deri zedelenmesini en aza indirmek için uygun pozisyon verme, transfer ve döndürme teknikleri kullanın.
7. Sürtünmeye bağlı zedelenmeyi azaltmak için kuru yağlayıcılar veya koruyucu örtüler kullanın.
8. Protein ve kalori alma faktörlerini belirleyin ve düzeltin ve ek besinleri göz önünde bulundurun / beslenme yetersizliği olan bireyleri destekleyin.
9. Mobilite/aktivite durumunu sağlamak ve geliştirmek için bir rehabilitasyon programı oluşturun.
10. Gözlem ve sonuçları kaydedin (28).

III. Mekanik Ağırlıklar ve Destekleyici Yüzeyler

1. Yatağa bağı bireylerin en az 2 saatte bir, sandalyeye bağı bireylerin her saat pozisyonlarını değıştirin.
2. Yazılı bir pozisyon verme çizelgesi kullanın.
3. Risk grubundaki bireyleri basınç azaltıcı şilte/sandalye yastığına yerleştirin.
4. Postural hizayı, ağırlık dağılımı, balans ve stabiliteyi göz önünde bulundurun veya tekerlekli sandalyede pozisyon verirken basınçtan kurtarın.
5. Sandalyeye bağı bireylerde yapabileceklere her 15 dakikada ağırlık değıştirmeyi öğretin.
6. Transfer ve pozisyon değışikliği sırasında bireyleri çekmek yerine hareket ettirmek için taşıyıcı aletler kullanın.
7. Diz ve dirsek gibi kemikli bölgelerin birbiri ile direk temasını engellemek için yastık veya köpük kullanın.
8. Topuklardaki basıncı tamamen ortadan kaldıran aletler kullanın
9. Yan yatar pozisyonu kullanırken torakantere direk pozisyon vermekten kaçının (30 derece lateral eğimli pozisyon kullanın).
10. Yatağın başını az ve kısa süreli yükseltin (maksimum 30 derece) (28).

IV.Eğitim

1. Sağlık bakım sağlayıcıları, hastalar, aile ve bakım verenlere yönelik basınç ülserinin önlenmesi için eğitim programları yürütün.
2. Aşağıdaki bilgileri içermeli:
 - a.basınç ülseri etiyolojisi ve risk faktörleri
 - b. Risk değılendirme araçları
 - c. Deri değılendirme

- d. Destekleyici yüzey seçimi/kullanımı
- e. Bireysel deri bakımı programı geliştirme/yürütme
- f. Doku bozulma riskini azaltma için pozisyon verme demonstrasyonu
- g. İlgili bilginin doğru belgelendirilmesi

3.basınç ülseri önlenmesinin program etkinliğini tartmak için değerlendirme programı içermeli (28).

1.7. TUTUM

Tutum, bir kelime olarak ilk kez Herbert Spencer tarafından 1862’de kullanmaya başlanmıştır. Spencer, tutumu, bireyin zihinsel durumunu ifade etmek için kullanmıştır. Daha sonra 1888 yılında Lange, laboratuvar çalışmalarında tutumu bir kavram olarak ele almış ve incelemiştir. Daha sonraları tutum kavramı psikologlar ve sosyologlar tarafından araştırılan ve tartışılan popüler bir konu haline gelmiştir. 1930’lu yılların sonuna doğru tutum konusu ile ilgili araştırmalar doruk noktasına ulaşmıştır. Günümüzde ise tutum araştırmaları hala güncelliğini korumakta ve araştırmalar çok yönlü olarak devam etmektedir (31). Kağıtçıbaşı’nın (2005) bir bireye atfedilen ve onun bir psikolojik nesne ile ilgili düşünce ve duygu davranışlarını düzenli bir biçimde oluşturan eğilim olarak tanımlamıştır (36). Tutum belirli bir nesne, durum, kurum, kavram ya da diğer insanlara karşı öğrenilmiş olumlu ya da olumsuz tepkide bulunma eğilimidir. Tutum, bireyin kendi algı dünyasının bir yönü ile motivasyon, heyecan, idrak ve öğrenme süreçlerinin devamlı bir organizasyonudur (10). Arslan’ın (2006) tutumu, psikolojik bir objeye yönelen olumlu veya olumsuz bir yoğunluk sıralaması ve derecelemesidir şeklinde tanımlamıştır (10). Arslan’ın (2006)

tutumu bireylerin belirli bir kiřiyi, bir grubu, kurumu veya bir dūřūnceyi kabul ya da reddetme seklinde gōzlenen, duygusal bir hazır oluř hali veya eğilimidir seklinde tanımlamıřtır (10,31). Tutumlar, bizim objelere, fikirlere ve gruplara karsı kabul ya ret meyillerimizi, onlara karsı lehinde ve aleyhinde hislerimizi gōstermektedir (22).

1.7.1. TUTUMUN ÖZELLİKLERİ

Bireyin bir nesneyi olumlu ya da olumsuz değerlendirmesi olarak da tanımlanan tutum, doğuştan gelmez, sonradan yaşanarak kazanılır. Birey toplumsallaşırken kōltōrel olarak kazanır. Dięer bir anlatımla, tutumlar yaşantılar yoluyla ōęrenilmiřtir. Tutumlar geğici değillerdir, belli bir sōre devamlılık gōsterirler. Yani bireyler yaşamlarının belli dōnemlerinde aynı dūřūnceye sahip olurlar (31,62). Tutumlar, birey ve obje arasındaki ilişkide bir dōzenlilik olmasını sağlarlar. Őęrenme sureci içinde derece derece biçimlendiğinden, insanın çevresini anlamasına da yardımcı olurlar. İnsan – obje ilişkisinde tutumların belirlediği bir yanlılık ortaya çıkar. Birey bir objeye iliksin bir tutum oluşturduktan sonra ona yansız bakamaz. Bir objeye ilişkin olumlu ya da olumsuz tutumun oluşması ancak o objenin baksa objelerle karşılaştırılması sonucu mōmkōndōr. Tutum bir tepki sekli değil, daha çok bir tepki gōsterme eğilimidir. Tutumlar olumlu ya da olumsuz davranışlara yol açabilir (48).

1.7.2. TUTUM DAVRANIŞ İLİŞKİSİ

Tutum da birçok psikolojik değişken gibi doğrudan gözlenip ölçülemeyen ancak varlığı sözel ve davranışsal belirtilerden anlaşılabilen bir değişkendir. Bu yönüyle davranışların tutumları içerdiği, bir başka deyişle tutumların davranışlara yön veren bir değişken olduğu sayıtlısı tutumların ölçülmesinin önemini arttırmaktadır. Tutumları ölçmenin olası davranışlar hakkında bir fikir vereceği varsayımı, davranışta istenilen yönde bir değişiklik oluşturulmak istenildiğinde öncelikle tutumları değiştirme fikrine önem katmaktadır. Günümüze dek yapılmış tutum araştırmaları tutum ve davranış arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını ortaya koyma açısından önem taşımaktadır (64). Tutumlarla davranışlar arasında bir ilişkinin olması, ölçülmesi güç olan bir davranışın ölçülmesini kolaylaştırmaktadır. Aynı şekilde belirli düzeyde bir tutum aynı yönde bir davranışın kestirilmesinde bir araç olabilmektedir. Bir tutum objesine yönelik tutumun o objeye ilişkin sadece bir davranışın değil birden çok davranışın göstergesi olabilmesi de tıp bilimciler açısından önemlidir. Bu noktada tutum ve davranış ilişkisi açısından bilim adamları farklı görüşlere sahiptir. Örneğin, Edwards (1957) tutumlar ve davranışların çok yakın ilişkide bulunduklarını söylerken (Morgon 1999) aksini iddia etmektedir; Yetmiş beş yıllık tutum araştırmaların sonunda hala, birinin bir objeye yönelik tutumunun o objeye yönelik davranışını kestirebilecek bir bilgi olduğu yönündeki hipotezi sağlayacak kesin bir kanıt yoktur (48,62).

1.7.3. TUTUMU OLUŞTURAN TEMEL ÖĞELERİ VE BOYUTLARI

Morgan (1961)'a göre tutumların üç bileşeni vardır. Tutum bilişsel, duygusal ve davranışsal öğelerden oluşmaktadır ve bu 3 öge arasında bir iç tutarlılık olduğu varsayılmaktadır. Bilişsel öge bireyin düşünce süreçlerinde kullandığı bir sınıflama olgusudur. Tutumun bilişsel öğeleri, tutum objeleri ile ilgili gerçeklere dayanan bilgi ve inançlardan oluşmaktadır. Tutumlar düşüncelerden daha uzun ömürlü ve köktencidir, bununla beraber inançlar kadar da derinlere saklanmamışlardır. İnançlar ile tutumlar arasında tutarlılık vardır. Tutumlar destekleyici inançlardan doğal ve kaçınılmaz bir şekilde doğar. Bilişsel öge özetle; bir inanç ifadesinin kabul edilmesidir; tutum objeleri hakkındaki inançlarımızı içerir. Bir objeye yönelik olumlu ya da olumsuz bir tutum varsa, o obje hakkında olumlu veya olumsuz inanç da olacaktır (48). Duygusal öge tutumun bireyden bireye değişen ve gerçeklerle açıklanamayan, hoşlanma hoşlanmama yönünü oluşturur. Bazı tutumlar mantıkla açıklanamazlar, bu tutumlar tamamen duygusal ögeye sahiptirler. Tutumların duygusal ögesi bireyin tutuma konu olan olay veya objelere karşı heyecanını içermektedir. Tutuma süreklilik kazandıran, tutumun itici veya şekillendirici olan yönü bu duygusal ögesidir (48). Davranışsal öge bireyin belli bir uyarıcı grubundaki tutum objesine iliksin davranış eğilimini yansıtır. Tutum doğrudan ölçülmez, ancak dolaylı olarak davranış yoluyla ölçülebilir (65). Çünkü tutum davranış tayin edici olduğundan, tutum ölçmesinde de davranıştan hareket edilmektedir. Tutum ölçülmesinde genellikle kullanılan davranış ise, sorulara cevap verme ya da fikir belirtme

sekindeki sözel davranışlardır. Tutumun öğelerini zetleyeceksek olursak; Bireyin bir konu ile ilgili bildikleri o konuya olumlu bakmasını gerektiriyorsa (bilişsel ğ), birey o konuya ilişkin olumludur (duygusal ğ). Bunu sözleri ya da davranışları (davranışsal ğ) ile gösterir. Tutumun öğelerini örnekle açıklayacak olursak; “Portakalda birçok vitamin vardır.” –bilişsel ğ, “Portakala bayılırım.” – duygusal ğ, “Her sabah bir portakal yerim.” davranışsal öğedir (36). Tutumun pozitif, negatif ve notral olarak  yönü vardır. Bu yönlere tutumun dereceleri denir. Tutumun ne denli sabit oluşu onun ne denli güçlü olduğunun belirtisidir (31). Tutumun boyutları; yönelme, derecelendirme, güçlülük, izolasyon, bilinsellik, farklılıktır. Tüm bu boyutlar tutumun kararlılığını etkileyen başlıca etmenlerdir. Tutumun ne denli kolay değiştirilebildiği de bu boyutlara bağlıdır (10,31).

1.7.4. TUTUMUN ÖLÇÜLMESİ

Tutum ölçmede amaç lme konusu olan tutum bakımından birey hakkında değerlendirme yapmak ve elde edilen değerlendirme sonuçlarına dayanarak belli kararlar vermektir. Verilen kararların doğruluğu ve uygunluğu kararların dayandığı lme sonuçlarına bağlıdır. lğin istenen tutumu lme yeteneğine sahip olması için geçerli ve güvenilir olması gerekir. Buradan geçerli ve güvenilir tutum ölçekleri geliştirmek için yapılacak çalışmaların önemi ortaya çıkar. Tutum lekleri açısından belirli bir tekniğe dayalı olarak hazırlanan, yine bu tekniğin kendi kurallarına uygun yollarla hazırlanarak sınanan tutum ifadeleri, ölçülmek istenen tutumla ilişkili olup olmadığı ve tutum boyutu üzerinde değişik

dereceleri birbirinden ayırt edebilme özellikleri bakımından incelenir. Tutumla ilişkisi güçlü veya ayırt edici olanlar ölçeğe konulmak üzere seçilebilir (31).

Tutumun ölçülebilen boyutları;

1. ‘Yönü’ : duygusal niteliği (olumlu / olumsuz)
2. ‘Derecesi’ : duygusal tonun düzeyi (kabul etme / etmeme)
3. ‘Yoğunluğu’ : dışa yönelik bir davranışa dönüşebilme olasılığı (Güllü 2009).

Tutumlar, kişilerin davranışlarını açıklayıcı bir değişken olarak görülmekte ve bu nedenle tutumların ölçülmesi büyük önem taşımaktadır. Tutumların ölçülebilmesi, tanımlanabilmesine bağlıdır. Tutum ölçmede birçok ölçme tekniği geliştirilmiştir.

Bu ölçme teknikleri, doğrudan ölçümler ve dolaylı ölçümler şeklinde iki ana başlık altında toplanılabilir. Dolaylı ölçümlerde başkalarına sorma, gözlem yapma teknikleri ile rapor, arşiv, dergi ve süreli yayınlardan yararlanma gibi teknikler kullanılır. Doğrudan ölçümlerde ise, çeşitli tutum ölçekleri veya sosyometrik yöntemleri kullanılır (31).

1.7.5. TUTUMLARIN OLUŞMASI

Tutumlar zaman içinde yaşanan deneyimler ya da olaylar sonucunda gelişirler ve değişirler. Tutumların kökeni çocukluğa dayanmakta ve genelde doğrudan deneyim, pekiştirme, taklit ve sosyal öğrenme (akranlar, kitle iletişim araçları ve diğer kaynaklardan edinilen bilgi ve eğitim) ile edinilmektedir. Güllü (2009)'ın belirttiğine göre; Oskamp (1977) tutumların oluşmasında başlıca ailenin, çevrenin ve direkt kişisel deneyimlerin etkisinin olduğunu belirtmiştir. Özellikle çocukluk döneminde (6–12 yaşları arası) çoğu tutumlar anne ve babayı taklit ederek oluşur (31). Tutumların oluşmasında, yukarıda belirtilenlerin yanında bireylerin yaşları da önemli rol oynar. özellikle çocukluk döneminde (6–12 yaşları arası) çoğu tutumlar anne ve babayı taklit ederek oluşur. Ergenlik döneminde (12–21 yaşları arası) tutumlar şekillenir. İlk yetişkinlik devresinde (21–30 yaşları arası) ise bu tutumlar giderek kristalleşir veya kemikleşir (11). Morgan'ın (1999) tutumların şekillendiği ve kristalleştiği 12-30 yaşlar arasındaki bu sureye, kritik dönem olarak tanımlamıştır. Bir bireyin tutumlarının büyük kısmı bu dönemde son şeklini almakta ve daha sonra çok az değişmektedir (48).

1.8. ÖLÇEK UYARLAMA ÇALIŞMALARI

Hemşirelik araştırmalarında giderek artan oranda bakım verilen birey, aile ve toplumun sağlıkla ilgili tutum ve davranışlarını değerlendirmek amacıyla geliştirilen ya da uyarlanan ölçekler kullanılmaktadır. Kullanılan ölçeklerin büyük bir çoğunluğu, farklı bir kültürde geliştirilmiş olup ülkemize uyarlanmış ölçeklerdir. Uyarlanan bir ölçek, başkaları tarafından da hazır bir araç olarak

kullanılabileceğinden, ölçek uyarlama büyük bir sorumluluğu da beraberinde getirmektedir (11). Bu bağlamda araştırmacılar, yalnızca kendi kullanımlarından değil, aynı zamanda meslektaşlarının kullanımlarından da sorumluluk duymalı ve gerekli uyarılarda bulunmalıdır. Uyarlama aşamaları, ölçekteki maddelerin eş anlama gelip gelmediğinin denetlenmesinden başlayarak, ölçeğin iç yapısında ve psikometrik özelliklerinde değişimler olup olmadığının ortaya çıkarılmasına kadar giden, bir dizi anlamsal, kültürel ve istatistiksel işlemi içermektedir. Bu aşamalarda, araştırmacının sezgileri kadar, istatistik tekniklerin ustaca kullanılması da önem kazanmaktadır. Bu nedenle uyarlama çalışmaları birinci sınıf araştırma becerilerinin sergilenmesini gerektiren önemli araştırma etkinlikleridir (3,11,53).

Ölçek uyarlaması aşamaları aşağıdaki başlıklar altında özetlenebilmektedir:

- Psikolinguistik özelliklerin incelenmesi/dil uyarlaması
- Psikometrik özelliklerin incelenmesi
- Kültürlerarası özelliklerin karşılaştırılması (3,11,61).

1.8.1. PSİKOLİNGÜİSTİK ÖZELLİKLERİN İNCELENMESİ

Uyarlama çalışmaları ölçeğin Türkçe'ye çevrilip amaçlanan kitle tarafından anlaşılabilir bir dil yapısının kazandırılması ile başlamaktadır. Bir kültürde kullanılan bir ölçeğin başka bir kültürde de kullanılabilmesi için ölçeğin bir dilden başka bir dile çevrilmesi basit bir çeviri işleminden çok daha öte çalışmaları gerektirmektedir. Yapılan işlem “çeviri” işlemi değil “uyarlama” süreci olmalıdır. Çünkü bir ölçeğin başka bir dile çevrilmesi o ölçeğin doğasını bir miktar değiştirir. Bu değişim, kaçınılmaz olarak dilden kaynaklanan

(psikolinguistik) farklılıklardan ortaya çıkmaktadır. Farklılıkların azaltılması ya da en aza indirilmesi ve çevrilen dili kullanan insanlara uygulanarak standardizasyonunun yapılması, ölçek uyarlamasının temel işlemlerini oluşturur (30,33,58).

Geleneksel yaklaşım, ölçek çevirisinde en çok kullanılan yaklaşımlardan biridir. Bu yaklaşım üç ana unsur içermektedir. Birinci adımda, orijinal dilden hedef dile çeviri gelmektedir. İkinci adım, geri çevirme aşamasıdır. Hedef dile çevrilmiş bir ölçeğin orijinal dile geri döndürülmesine geri çevirme denir. Daha sonra, orijinal dildeki ve çevrilmiş olan biçimler birbiriyle karşılaştırılır. Bu süreç genelde iki çevirmen ile yürütülür. Üçüncü adım, her iki dildeki biçimlerin eşitliğinin sağlanma aşamasıdır. Bu eşitlik iki dili de konuşan örneklem kütesi ile çevirilerin sınanması ile sağlanır (33).

1.8.2. PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİN İNCELENMESİ

Psikometrik testler, temel psikometrik çalışmalara tabi tutulmuş ve psikometrik açıdan yeterliliği ortaya konmuş ölçme araçlardır. Bir ölçek geliştirilirken ya da Türkçeye uyarlanırken güvenilirlik ve geçerlik çalışmalarının yapılması temel psikometrik çalışmalardır (12). Yabancı kültürlerde geliştirilmiş bir ölçeğin sonuçlarının tutarlı olup olmadığının (güvenirlik), ölçmek istediği özellikleri ölçüp ölçmediğinin (geçerlik) Türk örneklerle tekrarlanması ölçeğin doğru bir şekilde kullanılabilmesi için ön koşuldur. Bu nedenle yabancı bir ölçeğin Türkçe'ye uyarlanmasında güvenilirlik ve geçerlik çalışmalarının birlikte yapılması gerekmektedir (41,67). Güvenilir olmayan ölçme araçları, hatalarla yüklü, tutarsız sonuçlardır ve geçerli olmamaktadır. Güvenilir olan bir ölçme aracı geçerli

olabilir ya da olmayabilir. Güvenirliğin sağlanması, geçerlik için bir ön koşuldur. Ancak geçerli olduğunu da göstermez (5,12). Ölçme aracının güvenilirliği, aracın geçerliğinin güvencesi değildir. Ancak güvenilir olmayan bir aracın geçerliğine bakmaya gerek yoktur. Bu nedenle ölçme araçlarının geçerli ve güvenilir olması birbirinden bağımsız olarak düşünülemez, her ikisinin bir arada olması ile ölçek anlam bulmaktadır (5,25,41).

1.8.2.1. GÜVENİRLİK

Ölçme aracının önemli teknik özelliklerinden biri olan güvenilirlik, “ölçme aracının ölçtüğü özelliği ya da özellikleri, ne derecede bir kararlılıkta ölçmekte olduğunun göstergesidir” (65). Güvenirlik, bir testin aynı bireylere birden çok kez uygulanması durumunda, uygulama sonuçlarının benzer olmasıdır. Güvenirlik bir ölçüm sürecinde, ölçüm işleminin tekrarlanabilirliği ya da tekrarlardaki tutarlılık olarak tanımlanmaktadır (9). Güvenirlik; bir ölçme aracının duyarlı, birbiriyle tutarlı ve kararlı ölçme sonuçları verme gücüdür. Daha açık bir ifadeyle, bir gruba ya da bireye uygulanan testten bireylerin aldıkları puanların, testin her uygulamasında kararlı, benzer olması beklenir. Test her defa aynı koşullarda uygulandığında elde edilen puanlar önemli düzeyde farklılık gösteriyorsa, testin güvenilirlik derecesinin düşük olduğu anlaşılır (5). Özetle güvenilirlik; değişmezlik, yeterlilik, kestirim, eşdeğerlik ve tutarlılığın sağlanmasını anlatır. Güvenirlik bir testin geçerliğini etkiler. Geçerli bir test mutlaka güvenilir olmalıdır. Ancak, güvenilir bir test geçerli olmayabilir(5,6,30).

Ölçeğin (testin) Güvenirliğini Bulma Yöntemleri

Bir ölçeğin güvenirlilik katsayısının bulunmasında çeşitli yöntemlerden yararlanılmaktadır. Bu yöntemler, hata kaynaklarından hangisinin dikkate alınıp alınmadığına, içinde bulunan koşullara, ölçeğin tekrar uygulama olasılığının bulunup bulunmamasına, ölçeğin paralel formunun varlığına ya da yokluğuna, ölçeğin bir güç ya da hız testi oluşuna göre seçilip kullanılmaktadır (30).

Temelde güvenirlilik hesaplaması, bir ölçeğin kendi kendisiyle (içindeki maddelerin birbirleriyle) olan ilişkisidir. Bu ilişkiyi sınamada kullanılan korelasyon formülleri Pearson momentler çarpımı, Spearman- Brown ve Kuder Richardson 20 ya da Cronbach Alpha (alpha katsayısı ve çift seri (bi-serial) teknikleriyle belirlenmiştir. İlgili kaynaklarda birçok güvenirlilik ölçütünden söz edilmekle birlikte bunlar üç başlık altında toplanmalıdır (5,6,30,61).

1.8.2.1. Değişmezlik (Stability)

Bir ölçeğin değişmezliğinin saptanmasında test-tekrar test ve paralel form güvenirliliği yöntemleri kullanılmaktadır.

1.8.2.1.1.1. Test-tekrar test (test-retest) güvenirliliği; bir ölçme aracının tekrarlayan uygulamalar arasında tutarlı sonuçlar vermesi, zamana göre değişmezlik gösterebilmesi gücüdür (30). Testin aynı gruba belli bir zaman aralığı ile iki kez uygulanması ve bu iki testten elde edilen skorlar arasındaki korelasyon katsayısının hesaplanmasıdır (9,23). Katsayının yüksekliği ölçümün değişmezliğini belirler. Test tekrar test yönteminde, test bir gruba kısa bir dinlenmeden sonra aralıksız uygulanabileceği gibi iki ile dört hafta gibi bir zaman

aralığı bırakarak da uygulanabilir. Bu yöntemde iki ölçme arasındaki zaman aralığının çok kısa olması, yeniden anımsamayı kolaylaştırıp, güvenilirliğin yapay olarak yüksek çıkmasına, zaman aralığının çok uzun olması ise, ölçülen özellikteki bazı değişimler sonucu güvenilirliğin olduğundan düşük çıkmasına neden olabilmektedir (23,30). Bu gibi yanılgıların ortadan kaldırılması için iki uygulama arasında 2 haftadan az 4 haftadan uzun zaman bırakılmaması önerilmektedir (63,64).

1.8.2.1.1.2. Paralel form güvenilirliği; alternatif ya da eşdeğer form güvenilirliği olarak da anılan bu güvenilirlik ölçütü genellikle ölçek oluştururken kullanılan bir yöntem olup; iki form halinde ve eşdeğer nitelikte geliştirilmiş bir ölçeğin aynı gruba bir ya da iki oturumda uygulanmasından elde edilen puanlar arası korelasyon hesaplanarak belirlenir (30,61,63). Eşdeğer iki form aralıksız olarak aynı anda ya da aralıklı olarak farklı iki zamanda uygulanır. Formlar arasındaki korelasyon hesaplanır ve güvenilirlik katsayısı olarak yorumlanır. Eşdeğer formların uygulanışında, aradaki zaman aralığının artması kararlılığı olumsuz yönde etkileyecekse, formlar deneklerin sıkılmalarını ve yorulmalarını engelleyecek kadar ara süre verilerek ard arda uygulanmalıdır (23). İki ölçeğin paralel olabilmesi için aynı değişkeni ölçmenin yanı sıra ortalamalarının, standart sapmalarının, varyanslarının, kovaryanslarının, madde sayılarının ve faktör yapılarının, tiplerinin eşit olması gerekir. Bu özelliklerinden dolayı eşdeğer form ölçütlerini yerine getirebilme araştırmacılar için oldukça zordur (30,65).

1.8.2.1.1.3. Ölçümcü Güvenilirliği

Gözlemciler arası uyum: Araştırmacının bağımsız ölçümler arasında eşitlik aradığı durumlar için uygulanmaktadır. Gözlemciler arasındaki uyumu belirleyen güvenilirlik ölçütü, özellikle verilerin gözleme dayalı olarak toplandığı ve birden çok gözlemcinin, önceden eğitilerek ve birbirinden bağımsız olarak, aynı durumu, aynı zamanda, aynı ölçüm aracı ile ölçmeye çalıştıkları durumlarda uygulanır. Birden fazla ölçümcü arasında % 70 ve daha yüksek tutarlılık, güvenilirlik sınaması için uygundur (6,30,41).

Gözlemciler içi uyum: İki ya da daha fazla gözlemin, aynı gözlemci tarafından yapılarak puanlanması söz konusudur. Burada ölçümler arası tutarlılığın yüzdesi güvenilirlik sınanması için en çok kullanılan istatistik yöntemidir (30).

1.8.2.1.2. İç Tutarlılık

İç tutarlılık, her ölçme aracının belli bir amacı gerçekleştirmek üzere, birbirinden bağımsız ünitelerden oluştuğu ve bunların bir bütün içinde, bilinen ve birbirine eşit ağırlıklara sahip olduğu varsayımdır (30).

1.8.2.1.2.1. Testi yarılama yöntemi (split half tekniği): Bir testin iki yarıya bölünmesi yöntemidir. Bu yöntemde test, iki eşdeğer yarıya bölünerek her iki yarıdaki maddelerin toplamından oluşan iki değişken arasındaki korelasyon katsayısı bulunduğundan sonra Spearman-Brown formülü yardımıyla testin bütününe ilişkin güvenilirlik katsayısı hesaplanır. Ölçek mükemmel derecede güvenilirse, her iki yarıdaki maddelerin toplanmasından elde edilen iki değişken arasındaki korelasyon katsayısı 1 ya da 1'e çok yakın olmaktadır (9).

1.8.2.1.2.2. Madde-toplam puan korelasyon katsayısı: Madde toplam korelasyon katsayısı ile bütün arasındaki ilişkinin bulunması yoluyla tutarlılık belirlenmektedir. Madde analizi olarak anılan bu teknikle tutum maddelerinin ölçülmek istenen tutumla ilişkili olup olmadığı incelenmiş olur. Bir maddenin toplam puanla korelasyonu düşük ise, bu o maddenin diğer maddelerden farklı bir özelliği ölçtüğü şeklinde yorumlanır. Madde toplam korelasyonunun düşük olması güvenirliği düşürücü etki yaptığından, o maddeler ölçekten çıkarılır. Madde toplam korelasyon katsayısının negatif olmaması gerekir. Kabul edilebilir olması için en az 0.20 olması gerekmektedir. Fakat bir maddenin ölçekten çıkarılması için madde silindiğinde alfa katsayısındaki ve ortalamadaki değişime bakmak gerekir (3,30). Eğer, madde ölçekten çıkarıldığında alfa katsayısı yükseliyorsa o madde güvenirliği azaltan bir sorudur ve ölçekten çıkarılmalıdır. Güvenirliği değiştirmeyen maddeler ise, ölçeği destekleyen maddelerdir ve bu maddelerin ölçekten çıkarılmaması gerekmektedir (30).

1.8.2.1.2.3. Kuder Richardson 20, 21 ve Cronbach alfa katsayısı: Bir ölçeğin iç tutarlılığı Kuder ve Richardson tarafından geliştirilen ve KR-20, 21 ve Cronbach tarafından geliştirilen Cronbach Alfa formülleri ile hesaplanabilir. KR-20 ve 21 ile Cronbach Alfa tekniği, parçalar arasında ortak ilişkiyi dikkate alarak bütün için tek bir tutarlılık katsayısı hesaplamaktadır. Ölçtüğü özelliğin homojen olduğu varsayımı altında geçerlidir ve KR-20 ve 21 in başarıyı ölçen test gibi, maddelerin doğru ve yanlış şeklinde puanlanabildiği ölçeklerde kullanılması uygundur. Likert ölçeği gibi derecelendirilmiş ölçeklerde ise Cronbach Alfa katsayısı hesaplanır (67). Alfa katsayısı ölçek içinde bulunan maddelerin iç tutarlılığının

(homojenliğinin) bir ölçüsüdür. Ölçekte yer alan maddelerin türdeş bir yapıyı açıklamak ya da sorgulamak üzere bir bütün oluşturup oluşturmadıklarının sorgulanması hakkında bilgi elde edilir. Ölçeğin alfa katsayısı ne kadar yüksek olursa bu ölçekte bulunan maddelerin o ölçüde birbiri ile tutarlı ve aynı özelliğin öğelerini yoklayan maddelerden oluştuğu ya da tüm maddelerin o ölçüde birlikte çalıştığı yorumu yapılır (9).

Cronbach Alpha katsayısının değeriendirilmesinde uyulan değeriendirme ölçütünün aşağıda verilen şekilde olduğu belirtilmektedir;

$0.00 \leq \alpha \leq 0.40$ ise ölçek güvenilir değildir

$0.40 \leq \alpha \leq 0.60$ ise ölçek güvenilirliği düşüktür

$0.60 \leq \alpha \leq 0.80$ ise ölçek oldukça güveniliridir

$0.80 \leq \alpha \leq 1.00$ ölçek yüksek güvenilirliğe sahiptir (9,67).

Alfa katsayısı, toplam puanlar üzerine kurulu likert tipi bir ölççeğin güvenilirliğinin hesaplanmasında sıklıkla kullanılır. Bu tür çalışmalarda birbiri ile yüksek ilişki gösteren maddelerden oluşan ölççeklerin alfa katsayısı daha yüksek bulunur (9).

1.8.2.1.2.4. Güvenirlik katsayısı: Güvenirlik katsayısı korelasyon hesaplamaları ile bulunur ve korelasyon katsayısı (r) olarak ifade edilir. Korelasyon katsayısı, iki değişken arasındaki ilişkinin “derecesi” ve “yönü” hakkında bilgi vermekte, -1 ile +1 arasında değerler almaktadır. Bir ölççmenin güvenilirlik katsayısı değeriendirilirken bu değerin pozitif sınırlar içinde ve oldukça yüksek olması arzu edilir. Değer +1’e yaklaştıkça güvenilirliğin yüksek olduğu kabul edilir. Fizyolojik ölççümlerde 0.90 ve üzeri, tutum ölççeklerinde 0.70 kabul edilebilir düzeydir. Bir ölççeğin güvenilirlik katsayısı 0.70 ise bu, ölççeği cevaplayanlar arasındaki

değişkenliğin %70'inin ölçülen özellikle ilgili gerçek değişkenliğe, kalan %30'unun rastgele hatalara ait olduğunu gösterir (30,58,67).

1.8.2.2. GEÇERLİK

Geçerlilik, bir ölçme aracının ölçülmek üzere hazırlandığı amacı ya da değişkeni ölçme derecesidir (30,64). Bir ölçeğin “neyi”, ne denli “isabetli/doğru” olarak ölçtüğü ile ilgili bir kavramdır. Bir ölçmenin geçerli sayılabilmesinin ilk koşulu güvenilir olmasına karşın, güvenilirlik hiçbir zaman geçerliği garanti edemez. Geçerlilik bir ölçüm aracı için yapılması zorunlu olan ancak, ölçümün her zaman ve her durum için geçerli olduğunu söylemeyi engelleyen ve asla sonu olmayan bir süreçtir, yani ölçeğin her kullanımında yeniden sınanması demektir (30,65). Bir ölçeğin geçerliği, onun belli bir amaca hizmet etme, belli bir amaçla işe yarama derecesidir. Bir ölçme aracının geçerliğini saptamak için içerik geçerliliği, ölçüt bağımlı geçerlilik ve yapı geçerliliği çalışmalarının yapılması gerekmektedir (30).

1.8.2.2.1. İçerik/Kapsam Geçerliği

Kapsam geçerliği daha çok yazılı testler için anlamlı olup, motor performans testleri için fazla bir değer taşımaktadır (9). İçerik/kapsam geçerliği; ölçeğin bütününe ve alt boyutlarının ölçülmek istenen alanı ölçüp ölçmediğini ve ölçülecek alan dışında farklı kavramları barındırıp barındırmadığını değerlendirmek amacıyla yapılır (30). Geliştirilen test incelenen konuların tüm önemli alt konularını içeriyorsa testin kapsam geçerliğinin olduğu söylenebilir (9). Geçerlilik yönteminin amacı, ölçme aracında bulunan maddelerin ölçülmek istenen alanı temsil edip etmediğini hem ölçeğin hazırlandığı bilim alanını iyi

bilen ve hem de ölçek sorusu hazırlama teknik ve yöntemlerini bilen bir uzman gruba inceleterek anlamlı maddelerden oluşan bütünü oluşturmaktır (41). İnceleme sonunda en az uyum sınırı altına düşen maddeler araçtan çıkarılmalı ya da yeniden düzenlenmelidir. Uzmanların öneri ve eleştirileri doğrultusunda ölçek yeniden yapılandırılır (30,41).

1.8.2.2.2. Ölçüte Bağlı Geçerlik

Ölçek puanlarının bazı dış ölçütlerle ilişkisi aranır. Bir testin diğer bir testle elde edilen sonuçları verme yeteneğidir. Ölçüte bağlı geçerlik sınamadaki tek gereklilik, gerçekten karşılaştırmaya uygun ve geçerli bir ölçütün var olmasıdır. Ölçüte bağlı geçerlik sınamada iki yaklaşım bulunmaktadır (30).

1.8.2.2.2.1. Yordama-kestirim geçerliği: Geliştirilen ölçme aracından elde edilen puanlarla gelecekte gözlenecek, ölçülecek davranış arasındaki korelasyon hesaplanır. Böylece ölçme aracının ölçmek istediği davranışı ne düzeyde yordayabildiği hesaplanır. Eğer bireylerin test puanı bireyin ilerdeki performansını yordamak, bir başka ifade ile ileride ne olacağına karar vermek amacıyla kullanılacak ise ya da ölçütle ilgili puanlar ilerideki bir zamanda elde edilmek zorundaysa testin yordama geçerliğine bakılır (64).

1.8.2.2.2.2 Eş zamanlı/ benzer ölçek geçerliği: Puanlar o anda var olan bir ölçütle karşılaştırılmaktadır. Üzerinde çalışılan ölçme aracından elde edilen puanların daha önce geliştirilmiş olan ve geçerlik güvenirliği test edilmiş olan aynı özelliği ölçen bir başka ölçme aracının puanları ile arasındaki korelasyon hesaplanır. Burada önemli nokta, karşılaştırılacak ölçeğin geçerlik güvenirliği yapılmış bir ölçek olması gerekliliğidir (65). Aracın ölçüm değeri ile, diğer ölçüt arasında

yüksek korelasyon kurulursa, bu sonuç sınıadığımız aracın geçerli ölçüm yaptığı anlamına gelir (30).

1.8.2.2.3. Yapı Geçerliği

Ölçeğin, ilgili kavram ya da kavramsal yapının tümünü ölçme yeteneğini gösterir Bir ölçeğin yapı geçerliğini değerlendirmede çok değişkenli- çok yöntemli matris, faktör analizi ve bilinen grup ile karşılaştırma yöntemleri kullanılmaktadır (30). Bu yöntemlerin içinde en sık kullanılan faktör analizidir. Değişken sayısını azaltmak, değişkenler arasındaki ilişkilerden yararlanarak bazı yeni yapılar ortaya çıkarmak, ve çok sayıda değişkeni birkaç başlık altında toplamak faktör analizinin temelini oluşturmaktadır (6,33).

1.8.2.2.3.1. Faktör analizi: Ölçekteki maddelerin farklı boyutlar altında toplanıp toplanmayacağını değerlendirmek üzere yapılan bir işlemdir. Faktör analizi, açıklayıcı (exploratory) veya doğrulayıcı (confirmatory) olabilir (30,65). Faktör analizi uygulanırken örneklemin tutarlığı ve yeterliliği dikkate alınması gereken konulardandır. Küçük örneklemelerden hesaplanan korelasyon katsayıları daha az güvenilir olma eğilimindedir. Örneklem büyüklüğünün korelasyonun güvenilirliğini sağlayacak kadar büyük olması önemlidir. Örneklemelerden elde edilen verilerin yeterliliğinin sağlanması için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi yapılmaktadır. Kaiser bulunan değer 1' e yaklaştıkça mükemmel, 0.50' nin altında ise, kabul edilemez, 0.90' larda mükemmel, 0.80' lerde çok iyi, 0.70' lerde ve 0.60' larda vasat ve 0.50' lerde kötü olduğunu göstermektedir. Comrey örneklem büyüklüğü olarak 50' yi çok zayıf, 100' ü zayıf, 200' ü orta, 300' ü iyi, 500' ü çok iyi ve 1000' i mükemmel olarak nitelemektedir (6,64).

1.8.2.2.3.2. Bilinen grup karşılaştırması: Bu yöntemle ölçmek istenilen özellik açısından birbirine benzemediği düşünülen iki ayrı gruba geliştirilen araç uygulanır ve sonuçlar karşılaştırılır. Bu yönteme zıt gruplar geçerliğide denilmektedir (30).

1.8.2.2.3.3. Hipotez sınanması/mantıksal analiz: Yapı geçerliğinde sık kullanılan bir tekniktir. Eldeki testten çıkacak sonuçlara yönelik hipotezler geliştirilir. Bu hipotezler araştırma sonuçları ile desteklendiği zaman testin yapı geçerliği hakkında veri elde edilmiş olur. Hipotezler, ölçme aracından elde edilen puanı etkileyen deneysel ve gelişimsel değişkenler, başka ölçüm aracından elde edilen puanlarla olumlu ya da olumsuz ilişkileri ile ilgili olabilir (65). Bilinen grup karşılaştırmasına benzer bir yöntemdir. Burada araştırmacı ilgili kaynaklar doğrultusunda önceden aralarında ilişki olacağı varsayımı kurduğu ilişkilerin yönünü ve düzeyini korelasyon analizi ile değerlendirirken test eder. Bu geçerlik ölçütü uyarlanan ölçeğin yapısal durumunun açıklanmasına önemli katkı sağlayan bir yöntemdir. Ölçekle ilgili yapılan her korelasyonel araştırma aynı zamanda mantıksal geçerliğe yönelik bulgular da sağlar. Araştırmacı açısından ölçek puanlarının ilişkili olduğu yapının ortaya konması ya da ölçek puanlarının ilişkili olduğu düşünülen yapının varlığına ilişkin kanıtlar ölçme aracının ölçme amacı doğrultusunda çalıştığını göstermek açısından önem taşır (6,30).

1.8.2.2.3.4. Çok özellikli-çok yöntemli matriks: Bir testin ölçtüğü değişkenlerin yanında ölçmediği değişkenlerin belirlenmesi de önemlidir. İlgilenilen iki ya da fazla, farklı kavramın ölçümleri arasındaki korelasyon katsayısı düşük ise ayırt edici geçerlilik, her kavram için iki ya da fazla farklı ölçüm yolundan elde edilen

puanlar yüksek korelasyon gösterirse benzer sonuç geçerlik doğrulanmış olur. Bunun için grubun bir oturumda dört ya da fazla testi doldurmaya gönüllü olması gerekir (67).

1.8.3. KÜLTÜRLER ARASI KARŞILAŞTIRMA

Ölçek uyarlama çalışmalarının bu aşamasında uyarlanan ölçeğin normları saptanır ve diğer dildeki ölçek normları ile karşılaştırılır. Bu aşamada aşağıdaki soruların yanıtları aranır;

- Uyarlanan ölçeğin puan ortalamaları, standart sapmaları, ve kesme noktası gibi özellikleri orijinal ölçeğin norm değerlerine benziyor mu?
- Uygulanan ölçeğin ölçme hatası, orijinal ölçeğin ölçme hatasına yakın mı?
- Uyarlanan ve orijinal ölçeğin faktör yapıları benziyor mu?
- Faktör-madde yükü her iki ölçekte de benzer değerde mi? (61).

BÖLÜM II

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1 Araştırmanın Tipi

Araştırma, “Attitude Towards Pressure Ulcer Prevention Instrument (ATPUPI)”, “Basınç Ülserlerini Önlemeye Yönelik Tutum Ölçeği (BÜÖYTÖ)”nin Türk toplumu için güvenilirliği ve geçerliğini test etmek amacı ile planlanmış metodolojik tipte bir araştırmadır.

2.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Organ Nakli Araştırma ve Uygulama Merkezi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon, Beyin ve Sinir Cerrahisi, Göğüs Hastalıkları, Kalp Damar Cerrahisi, Nöroloji, Gastroenteroloji, Kardiyoloji Anabilim Dalı servis ve yoğun bakım ünitelerinde 1 Mart – 30 Mayıs 2013 tarihleri arasında yürütülmüştür.

2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Organ Nakli Araştırma ve Uygulama Merkezi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon, Beyin ve Sinir Cerrahisi, Göğüs Hastalıkları, Kalp Damar Cerrahisi, Nöroloji,

Gastroenteroloji, Kardiyoloji Anabilim Dalı servis ve yoğun bakım ünitelerinde çalışan tüm hemşireler oluşturmuştur.

Hemşirelerin çalışma alanları ve çalışan sayısı incelendiğinde; Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği 57, Beyin ve Sinir Cerrahisi 34, Organ Nakli 32, Göğüs Hastalıkları Kliniği 42, Kalp Damar Cerrahisi 57, Nöroloji Kliniği 35, Gastroenteroloji Kliniği 37 ve Kardiyoloji Kliniği 54 hemşire çalışmaktadır.

Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş, evrenin tamamı örneklemini oluşturmuştur. Çalışmanın yapıldığı tarihlerde raporlu, izinli ve araştırmaya katılmak istemeyen hemşireler araştırma kapsamına alınmamıştır. Araştırma kapsamına alınan 348 hemşireden; 41 hemşirenin raporlu olmaları, ve senelik izinlerini kullanmaları, 136 hemşirenin ise araştırmaya katılmayı red etmesi nedeniyle toplam 177 hemşire araştırmaya dahil edilmemiştir.

Araştırmanın örneklemini 171 hemşire oluşturmuştur. Ölçek geçerlik ve güvenirlik çalışmalarında faktör analizi yapabilmek için örneklem büyüklüğünün ölçekteki madde sayısının en az beş katı, ideal olarak on katı olması gerektiği bilgisine dayanılarak 13 maddeli ölçek için madde sayısının on katı olan en az 130 kişilik örneklem büyüklüğü gerekmektedir (30,53,67). Bu sonuçlar doğrultusunda hedeflenen 130 kişilik örnekleme ulaşılmıştır.

2.4. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Araştırma için gerekli verileri toplamak amacıyla aşağıdaki veri toplama araçları kullanılmıştır.

1. “Hemşire Tanıtım Formu” (EK I)
2. “Basınç Ülserlerini Önlemeye Tutum Ölçeği”(BÜÖYTÖ) kullanılacaktır (EK II, III)

1. Hemşire Tanıtım Formu (EK I)

Bu form hemşirelerin tanıtıcı özelliklerini yansıtmayı amaçlayan toplam 16 sorudan oluşmaktadır. Demografik özellikler olarak, yaş, eğitim durumu, medeni durumu, çalıştığı klinik, çalışma yılı, çalıştığı klinikte statüsü, çalışma şekli gibi maddelerin yer aldığı 7 soru bulunmaktadır. Anket formundaki diğer sorular ise, mezuniyet sonrası basınç ülserine ilişkin eğitim alma durumu, kliniklerde basınç ülseri bakımının kimin tarafından yapıldığı, basınç ülseri olan hasta ile karşılaşma sıklığı, basınç ülseri pansumanı yapma sıklığı, katılmış oldukları eğitim programında edindikleri bilgileri hemşirelik bakımına yansıtma durumu, basınç ülserlerini önlemeye/tedaviye yönelik gelişmeleri takip etme gibi basınç ülserlerini önlemeye yönelik tutumlarını etkileyebilecek olan 9 soru yer almaktadır.

2. Basınç Ülserlerini Önlemeye Yönelik Tutum Ölçeği (BÜÖYTÖ)

Bu ölçek Beeckman ve arkadaşları (2010a) tarafından Belçika ve Hollanda’da çalışılmış ve bugünkü şeklini almıştır. “Basınç Ülserlerini Önlemeye Yönelik Tutum Ölçeği (BÜÖYTÖ)” Basınç ülserlerini önlemek için bireysel yeterliliğe yönelik tutum (3 madde), basınç ülserlerini önleme önceliğine yönelik tutum (3 madde) basınç ülserlerinin etkisine yönelik tutum (3 madde), basınç ülserlerini önlemede kişisel sorumluluğa yönelik tutum (2 madde), basınç ülserlerini önlemenin etkinliğine yönelik tutum (2 madde) olmak üzere 5 alt boyut ve toplam 13 maddeden oluşmaktadır. Ölçek maddelerinin yarısı olumlu yarısı olumsuzdur. Ölçek Belçika ve Hollanda’da 258 hemşire ve 291 hemşirelik öğrencisine uygulanmış, geçerli ve güvenilir olduğu bulunmuştur. İç tutarlılığın güvenilirliği Cronbach Alpha değeri; 0.79, alt boyutları Cronbach Alpha değeri ise 0.70- 0.90 arasında bulunmuştur.

Ölçeğin Alt Boyutları	Cronbach Alfa Değerleri
Yeterlilik boyutu	0.81 (1,2,3)
Öncelik boyutu	0.75 (4,5,6)
Etki boyutu	0.79 (7,8,9)
Sorumluluk boyutu	0.82 (10,11)
Önlemenin etkinliği boyutu	0.76 (12,13)

Beeckman ve arkadaşları (2010a) geliştirdiği ölçekte ters kodlanacak ifadeler mevcuttur. Araştırmacı ölçeğin orijinalinde ters kodlanacak ifadeleri

belirtmiştir. Ölçekteki 13 maddenin 6 tanesi olumlu, 7 tanesi olumsuz ifadelerden oluşmaktadır. Ters kullanılacak maddeler 3,5,7,8,9,10,13'dir. Ölçeğin yorumlanmasında tutarlılık olması için negatif ifadeler ters kodlanmıştır.

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

Derecelendirme *olumlu* ifadeler için;

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

Derecelendirme *olumsuz* ifadeler için

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

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

2.5. Veri Toplama Aracının Geçerlik Güvenirlik Çalışmaları

Öncelikli araştırmada kullanılmak üzere, ölçeğin yazarı olan Beeckman ile iletişime geçilerek ölçeği orijinal formu elde edilmiş ve Türkiye’de ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapmak amacıyla kullanım izni istenmiştir. Daha sonra Türk toplumuna uyarlamak için dil uyarlaması ile geçerlik ve güvenirlik çalışması yürütülmüştür.

2.5.1. Geçerlik Analizleri

2.5.1.1. Dil Uyarlaması/Geçerliği

Bir ölçme aracının geçerli kabul edilebilmesi için öncelikle dil geçerliği sağlanmalıdır. Başka bir dilde geliştirilmiş bir ölçme aracının bir dile çevrilirken kavramlaştırma ve anlatım farklılıklarını en aza indirerek ölçeğin doğasını değiştirmeden veya en az düzeyde değişiklik yaparak, çevrilen dilde anlamlı olması, o dilin normlarına göre standardize edilmesidir (30).

Araştırmanın ilk aşmasında BÜÖYTÖ’nin dil geçerliğine ilişkin çalışmalar yapılmıştır. Ölçeğin çeviri çalışması için BÜÖYTÖ’nin İngilizce metni, 5 kişilik (EK IV) hemşirelikte doktora ünvanı almış akademik bir gruba verilip Türkçeye çevirmeleri istenmiştir. Daha sonra, ölçeğin İngilizce metnini daha önce görmemiş, ana dili Türkçe olan 2 dilbilimci (EK IV) tarafından tekrar Türkçeden İngilizceye çevirisi yapılmıştır. İngilizceye çevirisi yapılan ölçek yeniden iki kişi (EK IV) tarafından Türkçeye çevrilmiştir. Türkçeden İngilizceye çevrilen ölçeğin maddeleri, orijinal ölçeğin maddeleri ile karşılaştırılarak ve

gerekli düzeltmeler yapılmış, uygun olmayan ifadeler gözden geçirilerek dil geçerliği sağlanmıştır.

2.5.1.2. İçerik (Kapsam) Geçerliği

Ölçeğin kapsam geçerliğine ilişkin uygulamanın ilk aşamasında kendi alanında uzman 10 kişiden (EK V), ölçek maddelerinin kapsamı, Türk toplumuna dil uygunluğu, açıklığı, anlaşılabilirliği yönünden değerlendirmeleri istenmiştir. Uzman görüşü değerlendirmesi için Waltz ve Bausell (1981) tarafından geliştirilen Content Validity Index (CVI) kullanılmıştır. Uzmanlar tarafından ölçekteki her maddenin bir maddenin ölçme derecesi: 1: Uygun değil, 2: Maddenin uyum şekilde değiştirilmesi gerekiyor, 3: Ufak değişiklik gerekiyor, 4: Çok uygun şeklinde ifadeler kullanılarak, her maddenin değerlendirilmesi istenmiştir (4,5).

Değerlendiriciler tarafından verilerin puanlarının ortalama, standart sapma, medyan, en düşük ve en yüksek puan değerleri, değerlendiricilerin verdikleri puanların uyumunu, ölçmek için Kendal Uyuşum Katsayısı(W) hesaplanmıştır. Değerlendiricilerin önerileri doğrultusunda ölçek maddelerinde gerekli düzeltmeler yapılmıştır.

Uzmanlardan alınan geribildirimler doğrultusunda maddeler tekrar gözden geçirilerek bazı ifadeler değiştirilmiştir:

Madde 9- “Basınç ülserlerinin toplum üzerine ekonomik etkisi abartılmamalıdır” ifadesi “Basınç ülserlerinin toplum üzerine olan ekonomik etkisi abartılmamalıdır.” şeklinde değiştirilmiştir.

Madde 10- “Hastamda basınç ülseri gelişirse bireysel olarak kendimi sorumlu hissetmem” ifadesi “hastamda basınç ülseri gelişirse kendimi sorumlu hissetmem” şeklinde,

Madde 11- “Yüksek riskli hastalarda basınç ülserlerini önlemede bireysel olarak önemli bir role sahibim” ifadesi “Yüksek riskli hastalarda basınç ülserlerini önlemede önemli bir role sahibim” şeklinde değiştirilmiştir.

Madde 13- “ Basınç ülserleri asla önlenemez” ifadesi “ Basınç ülserleri asla önlenemez” şeklinde değiştirilmiştir.

Çalışmanın başlangıcında uzman görüşlerinin değerlendirilmesinde en düşük kabul edilebilir puan ortalaması olan “3” puanın altında puan ortalamasının olmadığı görülmüş, ölçekten madde çıkartılmamıştır.

2.5.1.3. Ön Deneme Uygulaması

Uzman görüşünden sonra 13 madde olarak son hali verilen ölçek, araştırma kapsamına dahil edilmeyecek olan 15 hemşireye ön uygulama şeklinde uygulanmıştır. Ön uygulamada, ölçekte yer alan her madde hemşire tarafından okunduktan sonra bu maddelere ilişkin düşünceleri ve maddelerin anlaşılıp anlaşılmadığı sorulmuştur. Hemşirelerin verdikleri yanıtlar değerlendirilmiştir. Ön uygulama kapsamına giren hemşirelerin 13 maddeyi anlama ile ilgili olarak bir sorun yaşamadıkları saptanmıştır.

2.5.1.4. Yapı Geçerliği

Faktör modelin kullanılmasının uygunluğuna karar vermek için Barlett testi, örneklem büyüklüğünün yeterliliği için Kaiser- Mayer Olkin (KMO) indeksi kullanılmıştır. Faktör yapısının belirlenmesinde (Açıklayıcı Faktör Analizi)(AFA) temel bileşenler tekniği Ortogonal Varimax rotasyonu kullanılmıştır. Korelasyon matrisinin birim matris olup olmadığını test etmek ve sonucuna göre maddelerin belirlenen alt boyutlarda yeterince temsil edilip edilmediğini, belirlenen alt yapıların ölçeğin orijinal yapısını açıklamakta yeterli olup olmadığını sınamak amacıyla Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) kullanılmıştır

2.5.2. Güvenirlik Analizleri

2.5.2.1.Ölçmenin Standart Hatası

Ölçekten elde edilen puanların arasındaki farkların güvenirliliği konusunda yapılan yargılar için standart hata değeri hesaplanmıştır.

2.5.2.2. İç Tutarlılık

2.5.2.2.1. Madde Toplam Puan Korelasyon Katsayısı

Madde toplam korelasyon katsayısı için pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı hesaplanmıştır.

2.5.2.2.2 Cronbach Alpha Katsayısı

Ölçeğin iç tutarlılık güvenirlilik ölçek bütünün cronbach alfa katsayısı hesaplanmıştır. Bu katsayının yüksekliği ölçeğin güvenirliliği açısından önemlidir.

2.5.2.2.3. Testi Yarılama Yöntemi (Split Half Tekniği)

Ölçeğin tümü ve alt boyutları için korelasyon katsayısı, Guttman Split-Half Güvenirlik, Spearman Brown, ilk yarı ve ikinci yarı Cronbach Alpha katsayıları hesaplanmıştır.

2.5.3 Değişmezlik

2.5.3.1. Test- Tekrar Test (Test-Retest) Güvenirliği

Ölçeğin zamana göre değişmezliği test-tekrar test güvenirliliği ölçümü ile değerlendirilmiştir. Ölçümler arasındaki sürenin bellek etkisini kaldırarak uzun, denek değişikliğine neden olmayacak kadar kısa, örneğin 2 haftadan bir aya kadar bir süre şeklinde belirlenmesi önerilmektedir. Ayrıca literatürde test tekrar test uygulanacak birey sayısının 30'dan aşağı olmaması önerilmektedir (5,30). Bu nedenle test tekrar test için ikinci defa anketi doldurmayı kabul eden 30 kişiye ilk uygulamadan 2 hafta sonra ölçek yeniden uygulanarak, her iki testten elde edilen puan ortalamaları karşılaştırılarak iki uygulama arasında fark olup olmadığı değerlendirilmiştir. Test tekrar test yöntemi ile ölçek bütünü ve alt boyutları için pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı hesaplanmıştır.

2.6. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

Araştırmanın bağımlı değişkeni: Yoğun bakım hemşirelerinin BÜÖYTÖ puan ortalamalarıdır.

Araştırmanın Bağımsız Değişkeni: Hemşirelerin birey tanıtım formundaki yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalıştıkları klinik, pozisyonları, çalışma yılı,

Çalışma saati, okul eğitimi dışında basınç ülserine ilişkin bir eğitim alma durumu, basınç ülseri bakımını kimin tarafında yapıldığı, basınç ülseri olan hasta ile karşılaşma sıklığı, basınç ülseri pansumanı yapma sıklığı, katılmış oldukları eğitim programında edindikleri bilgileri hemşirelik bakımına yansıtma durumu, basınç ülserlerini önlemeye/tedaviye yönelik gelişmeleri takip etme durumlarıdır.

2.7. Verilerin Toplanması

Veri toplama araçlarının uygulanabilmesi amacıyla 1Mart - 31 Mayıs 2013 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Başhekimliği’nden yazılı izin alınmıştır. Çalışmaya katılacak hemşirelere çalışma ile ilgili gerekli açıklamalar yapılarak, sözel izinleri alındıktan sonra, anket formu ve diğer veri toplama araçları araştırmacı tarafından hemşirelerle yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır.

2.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Geçerlilik çalışmasına yönelik olarak;

- İçerik geçerliliğinin belirlenmesinde uzman görüşleri “Kendall Uyuşum Katsayısı” ile incelenmiştir.
- Yapı geçerliliği “Temel Bileşenler Analizi”, “Kaiser-Meyer-Olkin Testi”, “Barlett’s Testi” ve “Doğrulayıcı Faktör Analizi” ile değerlendirilmiştir.

Güvenilirlik çalışmasına yönelik olarak;

- İ tutarlılığın (internal consistency) belirlenmesinde “Cronbach Alpha” Güvenilirlik Katsayısı” hesaplanmıştır.

- Madde-toplam ölçek çözümlemesi “Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Analizi” ile yapılmıştır.
- Test-tekrar test güvenilirliği test ve tekrar test puanları arasındaki ilişkinin belirlenmesinde “Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Analizi” kullanılmıştır.

2.9. Süre ve Olanaklar

Zamanlama Tablosu

Ocak – Haziran 2012	Araştırma konusu belirleme literatür tarama tez önerisi hazırlama
Temmuz 2012	Tez önerisi sunma
Ocak 2013	Etik kurul ve kurum izinlerinin alınması
Mart-Mayıs 2013	Veri toplama
Haziran-Ağustos 2013	Verilerin analizi, tez yazımı
Eylül 2013	Tez savunması

2.10. Araştırma Etiği

BÜÖYTÖ'nin araştırmada kullanılabilmesi için ölçek geliştiren Dimitri Beeckman'dan izin alınmıştır (EK VI).

- Araştırmaya başlayabilmek için Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakóltesi Bilimsel Etik Kurulu'ndan yazılı izin alınmıştır.
- Araştırmanın uygulanabilmesi için Ege Üniversitesi Tıp Fakóltesi Hastanesi Bařhekimlięi'nden onay alınmıştır.

BÖLÜM III

BULGULAR

Araştırmanın bulguları araştırma kapsamına alınan hemşirelerin demografik bulguları, BÜÖYTÖ'nin güvenirlik ve geçerlik analizlerine yönelik bulgular olmak üzere üç bölümde incelenmiştir.

3.1. HEMŞİRELERİN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 1. Hemşirelerin Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Yaş	Sayı	Yüzde
22-28	92	53.8
29-35	66	38.6
36-42	13	7.6
Eğitim Durumu		
Ön lisans+ sağlık meslek lisesi	6	3.6
Lisan	160	93.6
Yüksek lisans	5	2.9
Medeni durum		
Evli	74	43.9
Bekar/dul/boşanmış	97	56.1
TOPLAM	171	100.0

Tablo1’de araştırmaya katılan hemşirelerin demografik özellikleri verilmektedir. Hemşirelerin (%53.8)’i 22-28 yaş grubundadır, yaş ortalaması 28.52±4.24’dir. Hemşirelerin %93.6’sı lisans mezunudur. Araştırmaya katılan hemşirelerin %56.1’i bekar, %43.9’u evlidir.

Tablo 2. Hemşirelerin Mesleki Özelliklerinin Dağılımı

Çalıştığınız Kurumdaki Pozisyonunuz	Sayı	Yüzde
Sorumlu hemşire	4	2.3
Servis hemşiresi	49	28.7
Yoğun bakım hemşiresi	118	69
Çalışılan Klinik		
Anestezi ve Reanimasyon Kliniği	54	31.6
Gastroenteroloji Kliniği	15	8.8
Organ nakli Araştırma ve Uygulama Merkezi	10	5.8
Kardiyoloji Kliniği	17	9.9
Göğüs Hastalıkları Kliniği	15	8.8
Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği	25	14.6
Kalp Damar Cerrahisi Kliniği	20	11.7
Nöroloji Kliniği	15	8.8
TOPLAM	171	100.0

Tablo 2’de araştırmaya alınan hemşirelerin mesleki özellikleri incelendiğinde; çoğunluğunun (%69) yoğun bakım hemşiresi, % 2.3’ünün sorumlu hemşire, %28.7’ sinin ise servis hemşiresi olarak çalıştığı saptanmıştır.

Hemşirelerin çalıştıkları kliniklerin dağılımına bakıldığında; %31.6'sının anestezi ve reanimasyon kliniğinde, %14.6'sının beyin ve sinir cerrahisi kliniğinde, %11.7'sinin kalp damar cerrahisi kliniğinde, % 9.9'unun kardioloji kliniğinde, %8.8'inin göğüs hastalıkları kliniğinde, %8.8'inin gastroenteroloji kliniğinde, % 8.8'inin nöroloji kliniği ve %5.8 'inin organ nakli araştırma ve uygulama merkezinde çalıştıkları saptanmıştır (Tablo 2).

Tablo 3. Hemşirelerin Çalışma Şekillerine Göre Dağılımı

Çalışma Yılı	SAYI	YÜZDE
1 ay 3 yıl arası	62	36.3
3 yıl 6 yıl arası	34	19.9
6 yıl 9 yıl arası	47	27.5
9 yıl ve üzeri	28	16.4
Çalışma Şekli		
Sürekli gündüz	11	6.4
Sürekli gece	32	18.7
Gece ve gündüz değişen vardiya sistemi	128	74.9
TOPLAM	171	100.0

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin çalışma yılları incelendiğinde; %36.3'ünün 1ay-3 yıl, %19.9'unun 3-6 yıl ve %27.5'inin 6-9 yıl, % 16.4'ünün 9 yıl ve üzeri çalıştığı saptanmıştır. Hemşirelerin çalışma şekli incelendiğinde %6.4'ünün sürekli gündüz, %18.7'sinin sürekli gece ve %74.9'unun gece gündüz değişen vardiya sisteminde çalıştığı bulunmuştur (Tablo 3).

Tablo 4. Hemşirelerin Basınç Ülseri Pansumanı Yapma ve Karşılaşma Durumlarına Göre Dağılımı

Basınç Ülseri Kim Tarafından Yapılıyor	Sayı	Yüzde
Hemşire	157	91.8
Doktor/ intern doktor/ personel	14	8.2
Basınç Ülseri İle Karşılaşma Sıklığı		
Hemen hemen hiç	3	1.8
Bazen	60	35.1
Sıklıkla	69	40.4
Herzaman	39	22.8
Bugüne Kadar Ortalama Basınç Ülseri Pansumanı Yapma Durumu		
10 dan az	16	9.4
20-50 arası	50	29.2
Sayısını hatırlamadığım kadar	105	61.4
TOPLAM	171	100.0

Araştırmaya katılan hemşirelere kliniğinizde basınç ülseri pansumanı kim yapar?"sorusu sorulduğunda, %91.8 oranında hemşire, hemşireler yanıtını vermiştir. Basınç ülseri ile karşılaşma durumu incelendiğinde hemşirelerin %40.4'unun sıklıkla, basınç ülseri ile karşılaştığı belirlenmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin %61.4'ünün sayısını hatırlamadığı kadar basınç ülseri pansumanı yaptığı saptanmıştır (Tablo 4).

Tablo 5: Hemşirelerin Mezuniyetten Sonra Basınç Ülserleri ile ilgili Eğitim Programına Katılma ve Kaynaklardan Yararlanma Durumuna Göre Dağılımı

Okul dışında basınç ülserine ilişkin eğitim alma durumu (n: 171)	SAYI	YÜZDE
Evet	47	27.5
Hayır	124	72.5
Alınan eğitim (n* : 54)		
Hizmet içi eğitim	41	75.9
Kurs	2	3.7
Kongre	6	11.1
Seminer	5	9.3
Bilgiyi hemşirelik bakımına yansıtma durumu (n:47)		
Evet	31	66
Kısmen	16	34

(*n katlanmıştır)

Tablo 5 ‘te hemşirelerin mezuniyetten sonra basınç ülseri ile ilgili eğitim programına katılma ve kaynaklardan yararlanma durumlarına ilişkin bulgular

verilmiştir. Hemşirelerin %72.5'i herhangi bir eğitim programına katılmamıştır. Eğitim programına katılanların %75.9'u hizmet içi eğitim aldığını belirtmiştir. Hemşirelerin çoğunluğu (%66) almış oldukları eğitimi hemşirelik bakımına yansıtmıştır.

Tablo 6. Hemşirelerin Basınç Ülserlerini Önlemeye Yönelik Kullandıkları Bilgi Kaynaklarının Dağılımı

Kullanılan Bilgi Kaynakları (*n:386)	SAYI	YÜZDE
Hemşirelik eğitimi sırasında aldıkları bilgiler	118	30.6
Deneyimli hemşirelerin uygulamaları	156	40.4
Hekim önerileri	80	20.7
Dergiler kitaplar, internet, gazete ve tv	32	8.3
Basınç Ülserlerini Önlemeye Yönelik Olarak Yapılmış Hemşirelik Uygulamalarının Yeterli Olma Durumu (n:171)		
Yeterli	50	29.2
Kısmen yeterli	113	66.1
Yetersiz	8	4.7

(*n katlanmıştır)

Araştırmaya katılan hemşirelerin basınç ülserlerini önlemeye yönelik bilgi kaynakları incelendiğinde, %40.4'ü deneyimli hemşirelerin uygulamaları, %30.6'sı hemşirelik eğitimi sırasında aldıkları bilgiler, %20.7'si hekim önerileri, %8.3'ü konuyla ilgili kitap, dergi, internet olduğunu belirtmişlerdir. Hemşirelerin %29.2'si basınç ülseri önlenmede yeterli olduklarını belirtmişlerdir (Tablo 6).

3.2. BÜÖYTÖ’NİN GEÇERLİK ANALİZLERİ

3.2.1. BÜÖYTÖ’nin Dil Uyarlanması

Ölçeğin dil uyarlaması için araştırmacı tarafından ölçek öncelikle Türkçeye çevrilmiştir. Daha sonra anadili Türkçe olan İngilizceyi iyi bilen beş uzman tarafından İngilizce’den Türkçe’ye bağımsız olarak çevirisi yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe çevirilerinden en uygun ifadeler seçilerek oluşturulan son hali, ana dili Türkçe olan ve anketin İngilizce formunu görmeyen iki dil uzmanı tarafından tekrar Türkçe’den İngilizce’ye çevrilmiştir. İngilizceye çevrilen ölçek yeniden hemşirelikte doktora unvanı almış iki kişi tarafından Türkçeye çevrilmiştir. Türkçeye çevrilen son metnin uzmanların ilk metinleriyle aynı olup olmadığının değerlendirilmesi yapılmıştır. Türkçe’den İngilizce’ye çevrilen ölçeğin İngilizce ifadeleri, orijinal ölçeğin ifadeleri ile karşılaştırılmış ve gerekli düzeltmeler yapılmıştır. Gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra Türkçeleştirilen form içerik/kapsam geçerliği açısından on kişilik uzman görüşüne sunulmuştur. Alınan öneriler sonucunda daha anlaşılır hale getirilen ifadelerle ölçeğe son şekli verilmiştir.

3.2.2. BÜÖYTÖ'nin İçerik (Kapsam) Geçerliği

Basınç Ülserlerini Önlemeye Yönelik Tutum Ölçeği'nin Türkçe formu, kapsam geçerliliği açısından değerlendirmeleri için konu ile ilgili 10 uzman öğretim üyesine verilmiştir. Uzman görüşlerinin değerlendirilmesi için kapsam geçerliği indeksi kullanılmıştır.

Tablo 7. Uzmanların BÜÖYTÖ'ne Verdikleri Puan, Standart Sapma, En Düşük ve En Yüksek Puanlara Göre Dağılımları

Ölçek Maddeleri	Minimum	Maximum	Ortalama $\pm$ Standart sapma
Madde 1	4.00	4.00	4.00 $\pm$ 0
Madde 2	4.00	4.00	4.00 $\pm$ 0
Madde 3	4.00	4.00	4.00 $\pm$ 0
Madde 4	4.00	4.00	4.00 $\pm$ 0
Madde 5	4.00	4.00	4.00 $\pm$ 0
Madde 6	4.00	4.00	4.00 $\pm$ 0
Madde 7	4.00	4.00	4.00 $\pm$ 0
Madde 8	4.00	4.00	4.00 $\pm$ 0
Madde 9	3.00	4.00	3.90 $\pm$ 0.31
Madde 10	3.00	4.00	3.90 $\pm$ 0.31
Madde 11	3.00	4.00	3.90 $\pm$ 0.31
Madde 12	4.00	4.00	4.00 $\pm$ 0
Madde 13	3.00	4.00	3.90 $\pm$ 0.31

Tablo 7’de uzmanların (10 uzman) ölçeğin iç geçerliği için verdikleri puan ortalamaları, standart sapmaları en düşük ve en yüksek puan dağılımları

görülmektedir. Uzmanların ölçek maddelerine puan olarak 3 ve 4 vermişlerdir. Puanların ortalamaları ise 3.90 ± 0.31 ile 4.00 arasında değişmektedir (Tablo 7).

Tablo 8. BÜÖYTÖ Kendall Uyuşum Katsayısı Korelasyon Testi Sonuçları

n	W	P
10	0.078	0.669

Tablo 8’de BÜÖYTÖ’nin maddeleri için alınan uzman görüşleri arasındaki uyumun değerlendirilmesi amacıyla yapılan Kendall Uyuşum Katsayısı (W) korelasyon testi uygulanmış ve sonucunda uzman görüşleri arasında ki uyumun anlamlı olduğu saptanmıştır (W:0.078, p: 0.669 $p > 0.05$)(Tablo 8).

Uzmanlardan alınan geribildirimler doğrultusunda maddeler tekrar gözden geçirilerek bazı ifadeler değiştirilmiştir.

Madde 9- “Basınç ülserlerinin toplum üzerine ekonomik etkisi abartılmamalıdır” ifadesi “Basınç ülserlerinin toplum üzerine olan ekonomik etkisi abartılmamalıdır” şeklinde,

Madde 10- “Hastamda basınç ülseri gelişirse bireysel olarak kendimi sorumlu hissetmem” ifadesi “hastamda basınç ülseri gelişirse kendimi sorumlu hissetmem” şeklinde,

Madde 11- “Yüksek riskli hastalarda basınç ülserlerini önlemede bireysel olarak önemli bir role sahibim” ifadesi “Yüksek riskli hastalarda basınç ülserlerini önlemede önemli bir role sahibim” şeklinde,

Madde 13- “ Basınç ülserleri asla önlenebilir değildir” ifadesi “ Basınç ülserleri asla önlemez” şeklinde değiştirilmiştir.

Çalışmanın başlangıcında uzman görüşlerinin değerlendirilmesinde en düşük kabul edilebilir puan ortalaması olan “3” puanın altında puan ortalamasının olmadığı görülmüş, ölçekten madde çıkartılmamıştır.

3.2.3. BÜÖYTÖ'nin Yapı-Kavram Geçerliği'ne İlişkin Bulgular

3.2.3.1. Örneklem Büyüklüğünün ve Yeterliliğinin Sınanması

Tablo 9. Kaiser-Mayer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO) ve Barlett's Test of Sphericity Analizleri Sonuçları

Testler (n:171)	Sonuçlar
Kaiser-Meyer Olkin (KMO) Measure of Sampling Adequacy	0.63
Barlett's Test of Sphericity x2	553.722
Sd	78
P	0.00

Araştırmada KMO değeri olarak hesaplanan örneklem yeterliliği (0.63) ve Bartlett's Test of Sphericity ($X^2=553.722$, $p<0.001$) örneklem sınama büyüklüğü analizi değerinin faktör analizi için oldukça yeterli olduğu bulunmuştur (Tablo 9).

3.2.3.2. Faktör Analizine İlişkin Bulgular

BÜÖYTÖ'nin yapı kavram geçerliği, faktör analizi yapılarak değerlendirilmiştir. Faktör yapısının incelenmesinde açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi kullanılmıştır.

Açıklayıcı faktör analizinde Temel Bileşenler Analizi (Principal Components Analysis) ve Varimax rotasyon yöntemi kullanılmıştır. Tablo 10'da ölçeğin faktör örüntüleri, özdeğeri ve açıkladıkları varyans yüzdeleri görülmektedir.

Tablo 11'de maddelerin hangi faktör altında toplandığı görülmektedir.

Tablo 12'de Doğrulayıcı Faktör Analizinde (DFA) maddelerin faktörler ile ne kadar uyumlu olduğu incelenmiştir.

Tablo 10. BÜÖYTÖ'nin Faktör Yapısına Göre Dağılımı

Ölçek Alt Boyutları	Maddeler	Maddelerin Faktör Yükü	Özdeğer	Faktörlerin Açıkladığı Varyans %
Faktör 1 <i>Yeterlilik</i>	M1	0.784	3.119	15.666
	M2	0.809		
	M3	0.546		
Faktör 2 <i>Öncelik</i>	M4	0.473	1.842	14.447
	M5	0.791		
	M6	0.435		
Faktör 3 <i>Etki</i>	M7	0.662	1.501	13.016
	M8	0.894		
	M9	0.871		
Faktör 4 <i>Sorumluluk</i>	M10	0.499	1.136	12.627
	M11	0.697		
Faktör 5 <i>Önlemenin etkinliği</i>	M12	0.581	1.050	10.767
	M13	0.606		

Temel bileşenler analizi sonucunda ölçek maddelerinin 5 faktör altında toplandığı görülmektedir. Her faktörün öz değeri 1'in üzerinde bulunmuştur. 5 faktörlü ölçeğin çözümlemesinde öz değerler sırasıyla **Faktör 1; 3.119, Faktör 2; 1.842, Faktör 3; 1.501, Faktör 4; 1.136** ve **Faktör 5; 1.050** olarak bulunmuştur (Tablo 10).

Beş faktör, toplam varyansın %66.523'nü açıklamaktadır. Faktörlerin açıkladıkları varyans yükleri sırasıyla; **Faktör 1** için; 15.666, **Faktör 2** için;

14.447, **Faktör 3** için; 13.016, **Faktör 4** için; 12.627 ve **Faktör 5** için; 10.767 olarak hesaplanmıştır. Maddelerin faktör yükleri 0.44 ile 0.89 arasında değişmektedir (Tablo 10).

Tablo 11. BÜÖYTÖ'nin Açıklayıcı Faktör Analizi- Varimax Rotasyon Sonucu

Rotated Component Matrix					
	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4	Faktör 5
Madde 1	0.112	0.030	0.830	0.095	0.269
Madde 2	-0.022	-0.064	0.891	0.087	0.062
Madde 3	-0.82	0.132	0.287	0.160	0.643
Madde 4	0.183	-0.034	0.124	0.089	0.644
Madde 5	0.117	0.014	0.087	0.872	0.098
Madde 6	0.511	0.057	0.015	0.182	0.371
Madde 7	0.148	0.327	0.103	0.689	0.220
Madde 8	0.061	0.937	-0.007	0.082	0.068
Madde 9	0.174	0.911	0.030	0.102	0.004
Madde 10	0.685	0.086	0.019	0.142	-0.040
Madde 11	0.766	0.102	-0.026	0.174	0.263
Madde 12	0.589	0.135	0.227	0.370	-0.162
Madde 13	0.501	0.012	0.199	0.344	-0.445

Tablo 11'de değişkenlerin negatif ve düşük değerler alması nedeniyle değişkenler farklı faktörlerin altında toplandığı görülmektedir. Analiz sonucunda, anlamlı bir sonuç çıkmamıştır (Tablo 11).

Tablo 12. BÜÖYTÖ'nin Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları

Faktör Modeli	X^2/sd
5 Faktörlü Yapı	202.686/55 3.6852

BÜÖYTÖ'nin faktör yapısı inceleyen DFA sonucunda ölçeğin 5 faktörlü yapısı olduğu saptanmış, maddelerin faktörlerle uyumunu gösteren değeri X^2/sd : 3.6852 olarak bulunmuştur. Basınç ülserlerini önlemeye yönelik tutum ölçeğinin X^2/sd değeri sonucuna göre, faktörlerin maddeler ile uyum içinde olduğu saptanmıştır (Tablo 12).

3.3. BÜÖYTÖ'NİN GÜVENİRLİK ANALİZLERİ

BÜÖYTÖ'nin güvenilirlik çalışmalarına yönelik olarak ölçeğin bütününe, faktörlerine ve maddelerine verilen puanların dağılımı aşağıda yer almaktadır.

3.3.1. BÜÖYTÖ'nin Maddelerine Verilen Yanıtların Standart Hata Sonuçları

Tablo 13. BÜÖYTÖ'nin Madde Puanlarının Tanımlayıcı Özellikleri

Maddeler	Min-Max	X±SD
M1. Basınç ülserlerini önlemeye yönelik becerilerime güveniyorum.	1-4	3.19±0.48
M2. Basınç ülserlerini önlemek konusunda iyi eğitimliyim.	1-4	2.95±0.63
M3. Basınç ülserlerinin önlenmesi oldukça zordur. Diğer hemşireler bu konuda benden daha iyidir.	1-4	3.04±0.60
M4. Basınç ülserlerini önlemek çok fazla dikkat gerektirir.	1-4	3.18±0.36
M5. Basınç ülserlerinin önlenmesi o kadar da önemli değildir.	1-4	3.73±0.48
M6. Basınç ülserlerinin önlenmesi bir öncelik olmalıdır.	1-4	3.32±0.56
M7. Basınç ülserleri hastaya neredeyse hiç rahatsızlık vermez.	1-4	3.79±0.45
M8. Basınç ülserlerinin hasta üzerine olan etkisi abartılmamalıdır.	1-4	3.64±0.70
M9. Basınç ülserlerinin toplum üzerine olan ekonomik etkisi abartılmamalıdır.	1-4	3.50±0.59
M10. Hastamda basınç ülseri gelişirse kendimi sorumlu hissetmem.	1-4	3.08±0.68

M11. Yüksek riskli hastalarda basınç ülserlerini önlemede önemli bir role sahibim.	1-4	3.11±0.58
M12. Yüksek riskli hastalarda basınç ülserleri önlenabilir.	1-4	2.99±0.51
M13. Basınç ülserleri asla önlenemez.	1-4	3.28±0.66

Tablo 13’te BÜÖYTÖ’nin 13 maddesine hemşirelerin verdikleri yanıtların en düşük, en yüksek değerleri, puan ortalamaları ve standart sapma değerleri verilmiştir (Tablo 13). Ölçek maddelerinin puan ortalaması 2.95 ile 3.79 arasında değişmektedir. En düşük puan ortalamasına (2.95 ± 0.63) “*Basınç ülserlerini önlemek konusunda iyi eğitimliyim.*” maddesi, en yüksek puan ortalamasına (3.79 ± 0.45) ise “*Basınç ülserleri hastaya neredeyse hiç rahatsızlık vermez.*” maddesi sahiptir (Tablo 13).

Tablo 14. BÜÖYTÖ'nin Toplam Puan ve Alt Boyutları Puanlarının Tanımlayıcı Özellikleri

Basınç ülserlerini önlemeye yönelik tutum ölçeği faktörleri	min	max	X±SD
Faktör 1 “Yeterlilik Boyutu”	3	12	9.18±1.31
Faktör 2 “Öncelik Boyutu”	3	12	10.23±1.00
Faktör 3 “Etki Boyutu”	3	12	10.94±1.54
Faktör 4 “Sorumluluk Boyutu”	2	8	6.19±1.04
Faktör 5 “Önlemenin Etkinliği Boyutu”	2	8	6.27±0.98
Ölçek Toplam Puan	13	52	39.48±2.77

Tablo 14’te BÜÖYTÖ puan ortalamaları verilmiştir. BÜÖYTÖ toplam puanı maksimum 52, minimum 13 puan üzerinden değerlendirilmiş, BÜÖYTÖ toplam puan ortalama puanının 39.48±2.77 olduğu görülmektedir (Tablo 14).

3.3.2. BÜÖYTÖ'nin İç Tutarlılığına İlişkin Bulgular

BÜÖYTÖ'nin iç tutarlılığını belirlemek için Cronbach alpha katsayısının hesaplanması, madde analizleri, test-tekrar test ve iki yarı test güvenilirlik analizi yönteminden yararlanılmıştır.

3.3.2.1. BÜÖYTÖ'nin Cronbach Alpha Katsayısı

Tablo 15. BÜÖYTÖ'nin Alt Boyutlarının ve Tüm Ölçeğin Cronbach Alpha Katsayıları

Ölçek Alt Boyutları	Madde Sayısı	Cronbach Alpha Değeri
Faktör 1 “ <i>Yeterlilik boyutu</i> ”	3	0.634
Faktör 2 “ <i>Öncelik boyutu</i> ”	3	0.553
Faktör 3 “ <i>Etki boyutu</i> ”	3	0.749
Faktör 4 “ <i>Sorumluluk boyutu</i> ”	2	0.520
Faktör 5 “ <i>Önlemenin etkinliğini boyutu</i> ”	2	0.543
Tüm Ölçek	13	0.714

Tablo 15’te BÜÖYTÖ’nin iç tutarlılığını belirlemek için yapılan cronbach alpha güvenirlik analizi sonuçları verilmiştir. İç güvenirlik katsayısı tüm ölçek için 0.714, alt gruplar için sırayla “*yeterlilik*” için 0.634, “*öncelik*” için 0.553, “*etki*” için 0.749, “*sorumluluk*” için 0.520, “*önlemenin etkinliği*” için 0.543 olarak bulunmuştur (Tablo 15).

Tablo 16 BÜÖYTÖ'nün Maddelerinin Cronbach Alpha Katsayıları

Maddeler	Madde		Madde	
	Madde çıktığında ölçek ortalaması	Çıktığında ölçek varyansı	Madde toplam korelasyonu	Madde Çıktığında Cronbach Alpha Değeri
M1	39.63	12.43	0.424	0.703
M2	39.87	12.38	0.371	0.715
M3	39.78	12.24	0.418	0.709
M4	39.63	12.60	0.414	0.707
M5	39.09	12.35	0.443	0.700
M6	39.49	11.89	0.522	0.693
M7	39.02	11.82	0.618	0.681
M8	39.18	11.32	0.496	0.690
M9	39.34	11.78	0.555	0.685
M10	39.73	12.51	0.508	0.694
M11	39.71	12.85	0.492	0.694
M12	39.83	11.71	0.580	0.682
M13	39.54	12.01	0.416	0.708

Tablo 16'da BÜÖYTÖ'nün madde ölçek toplam korelasyonları verilmiştir. Ölçeğin madde ölçek toplam korelasyonları incelendiğinde, korelasyon değerlerinin 0.371 ile 0.618 arasında olduğu belirlenmiştir. Toplam korelasyon puanı 0.20'nin altında olan madde bulunmamış, ölçekten madde çıkartılmamıştır (Tablo 16).

3.3.2.2. BÜÖYTÖ'nin Madde Analizi

BÜÖYTÖ'nin madde analizi; ölçekteki maddelerin toplam puan korelasyonları ve ölçeğin alt boyut toplam puanı ile ölçek toplam puan korelasyonu olarak iki bölümde incelenmiştir.

Tablo 17. BÜÖYTÖ'nin Madde Toplam Puan Korelasyonları

Maddeler	R	P
M1. Basınç ülserlerini önlemeye yönelik becerilerime güveniyorum.	0.424	
M2. Basınç ülserlerini önlemek konusunda iyi eğitimliyim.	0.371	
M3. Basınç ülserlerinin önlenmesi oldukça zordur. Diğer hemşireler bu konuda benden daha iyidir.	0.418	
M4. Basınç ülserlerini önlemek çok fazla dikkat gerektirir.	0.414	
M5. Basınç ülserlerinin önlenmesi o kadar da önemli değildir.	0.443	<i>p:0.00</i>
M6. Basınç ülserlerinin önlenmesi bir öncelik olmalıdır.	0.522	<i>p<0.05</i>
M7. Basınç ülserleri hastaya neredeyse hiç rahatsızlık vermez.	0.618	
M8. Basınç ülserlerinin hasta üzerine olan etkisi abartılmamalıdır.	0.496	
M9. Basınç ülserlerinin toplum üzerine olan ekonomik etkisi abartılmamalıdır.	0.555	
M10. Hastamda basınç ülseri gelişirse kendimi	0.508	

sorumlu hissetmem.		
M11. Yüksek riskli hastalarda basınç ülserlerini önlemede önemli bir role sahibim.	0.492	
M12. Yüksek riskli hastalarda basınç ülserleri önlenabilir.	0.580	
M13. Basınç ülserleri asla önlenemez.	0.416	

Tablo 17’de BÜÖYTÖ’ndeki her bir maddenin, ölçeğin toplam puanı ile korelasyonu verilmiştir. Ölçekte, en düşük madde toplam puan korelasyonuna sahip olan madde 0.371 ile 2. madde (Basınç ülserlerini önlemek konusunda iyi eğitimliyim), en yüksek madde toplam puan korelasyonuna sahip olan madde ise 0.618 ile 7. Maddedir (Basınç ülseri hastaya neredeyse hiç rahatsızlık vermez) (Tablo 17).

Tablo 18. BÜÖYTÖ'nin Alt Boyut Toplam Puanı İle Ölçek Toplam Puan Korelasyonu

Ölçek Alt Boyutları	r	p
Faktör 1 <i>Yeterlilik boyutu</i>	0.53	
Faktör 2 <i>Öncelik boyutu</i>	0.70	<i>p:0.00</i>
Faktör 3 <i>Etki boyutu</i>	0.69	<i>p<0.05</i>
Faktör 4 <i>Sorumluluk boyutu</i>	0.60	
Faktör 5 <i>Önlemenin etkinliği boyutu</i>	0.65	

Tablo 18’de ölçeğin her alt boyut toplam puanı ile ölçek toplam puan korelasyonunun sonuçları verilmiştir. “*Yeterlilik*” alt boyutunun toplam puanlarının ölçek toplam puanları ile korelasyonu sonucu elde edilen korelasyon katsayısı 0.53, “*Öncelik*” alt boyutunun toplam puanlarının ölçek toplam puanları ile korelasyonu sonucu elde edilen korelasyon katsayısı 0.70, “*Etki*” alt boyutunun toplam puanlarının ölçek toplam puanları ile korelasyon katsayısı 0.69, “*Sorumluluk*” alt boyutunun toplam puanlarının ölçek toplam puanları ile korelasyonu sonucu elde edilen korelasyon katsayısı 0.60, “*Önlemenin etkinliği*” alt boyutunun toplam puanlarının ölçek toplam puanları ile korelasyonu sonucu elde edilen korelasyon katsayısı 0.65 olarak bulunmuştur ($p<0.05$)(Tablo 18).

3.3.2.3. BÜÖYTÖ'nin Testi Yarılama Analizleri

Tablo 19'da BÜÖYTÖ'nin iç tutarlığını belirlemede iki-yarı test güvenirlik analizi sonuçları verilmiştir.

Tablo 19 BÜÖYTÖ'nin Testi Yarılama Analizleri

Guttman Split-Half Güvenirlik Katsayısı	0.67
Spearman Brown Katsayısı	0.66
İlk yarı Cronbach Alpha Katsayısı	0.63
İkinci yarı Cronbach Alpha Katsayısı	0.62
İki Yarı Arasındaki Korelasyon	0.69
N	171
Madde sayısı	13

Tablo 19'da BÜÖYTÖ'nin iki-yarı testi yarılama analizleri ve Cronbach Alpha katsayıları sonuçları verilmiştir. Toplam 13 maddelik ölçeğin ilk yarı (6 madde) Cronbach Alpha katsayısı 0.63, ikinci yarı (7 madde) Cronbach Alpha katsayısı 0.62, iki yarı arasındaki korelasyonu 0.69, Spearman-Brown katsayısı 0.66 ve Guttman Split- Half katsayısı 0.67 olarak hesaplanmıştır (Tablo 19).

3.3.2.4. BÜÖYTÖ'nin Zamana Karşı Değişmezliğinin İncelenmesi

Ölçeğin zamana karşı değişmezliği test- tekrar test güvenirliği ölçümü ile değerlendirilmiştir. 30 hemşire ile 2 hafta sonra tekrar görüşülmüş ve ölçek tekrar uygulanmıştır. Ölçeğin zamana karşı değişmezliğinin test edilmesinde, test-tekrar test güvenirlik katsayısı pearson momentler çarpımı korelasyonu hesaplanmıştır.

Tablo 20. BÜÖYTÖ'nin Test-Tekrar Test Puanlarının Korelasyon Analizi Sonuçları

Test-Tekrar Test Uygulamaları	Test-Tekrar Test Puanlarının Korelasyonu		
	R	p	N
İlk Uygulama	0.957	0.00	30
İkinci Uygulama			

Tablo 20'de BÜÖYTÖ'nin test-tekrar test analizlerinin sonuçları verilmiştir. Ölçeğin 15 gün ara ile 30 hemşireye tekrar uygulanması sonucu elde edilen sonuçların istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($r=0.957$, $p<0.01$)(Tablo 20).

Tablo 21. BÜÖYTÖ'nin Tümünün ve Alt Boyutlarının Test- Tekrar Test Sonucundaki Korelasyon Katsayıları

	Soru Sayısı	Uygulanan Kişi Sayısı	Korelasyon Katsayısı
<i>Ölçeğin Tümü</i>	13	30	0.96
<i>“Yeterlilik boyutu”</i>	3	30	0.93
<i>“Öncelik boyutu”</i>	3	30	0.95
<i>“Etki boyutu”</i>	3	30	0.95
<i>“Sorumluluk boyutu”</i>	2	30	0.86
<i>“Önlemenin etkinliği boyutu”</i>	2	30	0.95

Tablo 21’de görüldüğü gibi BÜÖYTÖ’nin tümünün pearson momentler çarpımı sonucu elde edilen test-tekrar test korelasyon katsayısı 0.96 bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutları değerlendirildiğinde *“yeterlilik”* alt boyutunun pearson momentler çarpımı sonucu elde edilen test-tekrar test korelasyon katsayısı 0.93, *“öncelik”* alt boyutunun pearson momentler çarpımı sonucu elde edilen test-tekrar test korelasyon katsayısı 0.95, *“etki”* alt boyutunun pearson momentler çarpımı sonucu elde edilen test-tekrar test korelasyon katsayısı 0.95, *“sorumluluk”* alt boyutunun pearson momentler çarpımı sonucu elde edilen test-tekrar test korelasyon katsayısı 0.86, *“önlemenin etkinliği”* alt boyutunun pearson momentler çarpımı sonucu elde edilen test-tekrar test korelasyon katsayısı 0.95 olarak bulunmuştur (Tablo 21).

Test tekrar test sonucunda ölçeğin alt boyutlarından elde edilen korelasyon katsayılarından en yüksek korelasyon katsayısı **“öncelik”**, **“etki”** ve **“önlemenin etkinliği”** alt boyutları iken, en düşük korelasyon katsayısı **“sorumluluk”** alt boyutu olarak bulunmuştur (Tablo 21).

BÖLÜM IV

TARTIŞMA

Bu çalışma, “Basınç Ülserlerini Önlemeye Yönelik Tutum Ölçeği”ni Türkçeye Uyarlamak, Geçerliğini ve Güvenirliğini İncelemek” amacıyla metodolojik tipte yapılmıştır. BÜÖYTÖ’nin geçerliği ve güvenirligi iki bölüm halinde tartışılacaktır.

4.1. BÜÖYTÖ’NİN GEÇERLİK ÇALIŞMASI SONUÇLARININ TARTIŞILMASI

Bir ölçme aracının güvenirlik (reliability) ile birlikte önemli teknik özelliklerinden biri de geçerliğidir. Geçerlik, ölçeğin araştırmacının ölçmeyi düşündüğü değişkeni gerçekten ölçüp ölçmediğini, diğer bir deyişle testin neyi ne denli doğru ölçtüğünü gösterir (41,67). Bir ölçme aracının geçerli olabilmesi güvenirliğine bağlı olmasına rağmen, güvenilir olup da geçerli olmayan bir ölçme aracı, pratikte pek bir öneme sahip değildir (30). Geçerlik derecesi korelasyon (ilişki) katsayısı ile ifade edilir. Katsayının 1’e yaklaşması amaca ulaşma derecesini, 0’ yaklaşması ise amaçtan uzaklaşma derecesini gösterir. Geçerlik bir

ölçüm aracı için yapılması zorunlu ancak, ölçümün her zaman ve her durum için geçerli olduğunu söylemeyi engelleyen ve asla sonu olmayan bir süreçtir (65).

BÜÖYTÖ'nin geçerlik analizine yönelik çalışmalar aşağıda yer almaktadır.

4.1.1. BÜÖYTÖ'nin Dil Ve Kapsam Geçerliğinin Sonuçlarının Tartışılması

Bir ölçeğin başka bir dile çevrilmesi, o ölçeğin doğasını değiştirir. Bu kaçınılmaz değişim, kavramlaştırma ve anlatım farklılıklarından ileri gelir. Farklılıkların en aza indirilebilmesi için ölçek maddelerinin çevrilen dilde anlamlı olması için gereken dönüşümlerin yapılması ve çevrilen dili kullanan bireylerin normlarına göre standardize edilmesi, uyarlama işleminin temelini oluşturur. Çevirinin başarısı büyük ölçüde çevirmenlerin bilgi ve deneyimine bağlıdır. Orijinal dildeki bir ölçeği hedeflenen dile çevirirken kullanılan yaklaşımlardan biri geri çeviri yöntemidir. Geri çeviri yöntemi ekonomik olmayan ve daha fazla zaman gerektiren bir yol olmasına rağmen, ölçeğin kültürel eşitliğini sağlamak için dünyada en çok seçilen yöntemdir (30). Bu çalışmada ölçeğin çeviri-tekrar çeviri ve ön uygulama süreçleri gerçekleştirilmiştir.

Ölçek uyarlama ve ölçek geçerlik güvenirlik çalışmalarına ilişkin literatüre göre; ölçeğin öncelikle güvenirliğinin olması gerekmektedir. Güvenilir olmayan bir aracın geçerliğinin de test edilmesine gerek yoktur. Ancak, geçerlik analizi olan dil ve kapsam geçerliği ölçeğin güvenirlik analizlerinden önce yapılmaktadır (25, 61). Bu nedenle, ölçeğin dil ve kapsam geçerliği güvenirlik analizinden önce yapılmıştır. “Basınç Ülserlerini Önlemeye Yönelik Tutum Ölçeği”nin Türk

toplumuna uyarlanmasına yönelik olarak geçerliğini test etmek için araştırmanın ilk aşamasında ölçeğin dil geçerliğine yönelik çalışmalar yürütülmüştür.

Ölçeğin dil geçerliğine yönelik çalışmasında, çeviri ilk adımında; ölçeğin aslı (Attitude Towards Pressure Ulcer Prevention Instrument) (EK II) öncelikle araştırmacı tarafından Türkçeye çevrilmiştir. Daha sonra çevirisi yapılan ölçek İngilizceyi iyi bilen ve ana dili Türkçe olan 5 uzman tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir. Ölçeğin Türkçe çevirilerinden en uygun ifadeler seçilerek oluşturulan son hali ana dili Türkçe olan ve anketin İngilizce formunu görmeyen iki dil uzmanı tarafından tekrar Türkçe den İngilizceye çevrilmiştir. İngilizceye çevrilen ölçek yeniden iki uzman tarafından Türkçeye çevrilmiştir. Türkçeye çevrilen son metnin kişilerin ilk metinleriyle aynı olup olmadığının değerlendirilmesi yapılmıştır. Türkçe den İngilizceye çevrilen ölçeğin İngilizce ifadeleri, orijinal ölçeğin ifadeleri ile karşılaştırılmış ve gerekli düzeltmeler yapılmıştır. Gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra Türkçeleştirilen form içerik geçerliği açısından 10 kişilik uzman görüşüne sunulmuştur.

Uzmanlardan gelen öneriler sonucunda;

Madde 9- “Basınç ülserlerinin toplum üzerine ekonomik etkisi abartılmamalıdır” ifadesi “ basınç ülserlerinin toplum üzerine olan ekonomik etkisi abartılmamalıdır” Şeklinde,

Madde 10- “Hastamda basınç ülseri gelişirse bireysel olarak kendimi sorumlu hissetmem” ifadesi “hastamda basınç ülseri gelişirse kendimi sorumlu hissetmem” şeklinde,

Madde 11- “Yüksek riskli hastalarda basınç ülserlerini önlemede bireysel olarak önemli bir role sahibim” ifadesi “Yüksek riskli hastalarda basınç ülserlerini önlemede önemli bir role sahibim” şeklinde,

Madde 13- “ Basınç ülserleri asla önlenabilir değildir” ifadesi “ Basınç ülserleri asla önlemez” şeklinde değiştirilmiştir.

Uzmanlardan alınan geribildirimler doğrultusunda maddeler tekrar gözden geçirilerek bazı ifadeler değiştirilmiştir. Uzman görüşleri sonucunda ortalama 3’ ün altında hiçbir madde bulunmadığından madde çıkarılma işlemi yapılmamıştır (Tablo 7).

Kendall uyum katsayısı (W) korelasyon testi uygulanarak ölçekteki 13 maddenin kapsam/içerik geçerliği için 10 uzmanın verdiği puanlara göre yapılan istatistiksel analizde, uzmanların puanlarının istatistiksel olarak farklı olmadığı, maddenin içeriği konusunda görüş birliğine vardıkları görülmüştür (Kendall’s W: 0.078, p: p: 0.669) (Tablo 8).

4.1.2. BÜÖYTÖ'nin Yapı/Kavram Geçerliği Sonuçlarının Tartışılması

BÜÖYTÖ'nin faktör yapısı incelenmeden önce örneklemin faktör analizi için yeterli olup olmadığını değerlendirmek amacıyla Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy Analizi (KMO- örneklem yeterliliği) ve örneklemin faktör analizi için uygun olup olmadığını değerlendirmek amacıyla Bartlett's Test of Sphericity Analizi (örneklem sına büyüklüğü) yapılmıştır. Araştırmada KMO değeri olarak hesaplanan örneklem yeterliliği 0.63 ve Bartlett's Test of Sphericity ($X^2=553.722$, $p<0.001$) örneklem sına büyüklüğü analizi değerinin faktör analizi için oldukça yeterli olduğu bulunmuştur (Tablo 9).

Kaiser, bulunan değerin 1'e yaklaştıkça mükemmel, 0.50'nin altında ise, kabul edilemez olduğunu belirtmektedir (12). Bu çalışmada KMO değeri istenilen düzeydedir. Bu bulgular, verilerin normal dağılım gösterdiği, ölçüm sonuçlarının örneklem büyüklüğünden etkilenmediği ve örneklemin faktör analizi için yeterli ve uygun olduğu anlamındadır.

Beeckman ve ark. (2010a), 13 maddeli Basınç Ülserlerini Önlemeye Yönelik Tutum Ölçeğinin psikometrik özelliklerini değerlendirdiklerinde; KMO katsayısı 0.72, Bartlett's Test of Sphericity ($X^2=1062.6$, $p<0.001$) olarak bulmuşlardır. Yapı geçerliği için faktör analizi sonucunda ise bizim çalışmamızda da olduğu gibi ölçeğin 5 faktörlü (yeterlilik, öncelik, etki, sorumluluk ve önlemenin etkinliğine duyulan güven) yapıya sahip olduğunu belirlemişlerdir.

BÜÖYTÖ'nin faktörel yapısını belirlemek amacıyla Temel Bileşenler Analizi (Principal Component) yöntemi kullanılmış ve Varimax dönüştürmesine

(Rotasyon) göre analizler yapılmıştır. Temel bileşenler analizi sonucunda özdeğeri 1'den büyük birbiriyle ilişkili beş faktör altında toplanmıştır, ve bunun kümülatif olarak toplam varyansın %66.523'ünü açıkladığı saptanmıştır. Beş faktörlü ölçeğin çözümlemesinde açıkladığı varyanslar sırasıyla Faktör 1 için; 15.666, Faktör 2 için; 14.447, Faktör 3 için; 13.016, Faktör 4 için; 12.627 ve Faktör 5 için; 10.767 olarak bulunmuştur (Tablo 10).

Beeckman ve arkadaşları (2010a), BÜÖYTÖ'nin temel bileşenler analizi sonucunda; 1'den büyük birbiriyle ilişkili beş faktörün toplandığı ve toplam varyansın %61.4'ünü açıkladığını belirlemişlerdir. Beş faktörlü ölçeğin çözümlemesinde açıkladığı varyanslar sırasıyla faktör 1 için; 14.6, faktör 2 için; %14, faktör 3 için; %11.5, faktör 4 için; %10.8 ve faktör 5 için; %10.5 olarak bulmuşlardır. Bu sonuçlar bizim sonuçlarla benzerlik göstermektedir.

Yapılan faktör analizi sonucunda beş faktör ortaya çıksa da, bu faktörlere ilişkin yapılan varyans ve varimax rotasyon analizi sonucu anlamlı bir veri elde edilememiştir. Tüm değişkenlerin elde edilen değeri 0.50'nin üzerindedir (tablo 19). Bu değer 0.30'un üzerinde olması gerekir. 0.50'nin üzerinde ağırlıklar oldukça iyi kabul edilir (12). Varimax rotasyon analizi sonucunda da değişkenlerin negatif ve düşük değerler alması nedeniyle faktörlerin altında toplanamamıştır. Analiz sonucunda, anlamlı bir sonuç çıkmamıştır (Tablo 11).

Basınç ülserlerini önlemeye yönelik tutum ölçeğinin faktör yapısı incelendiğinde açıklayıcı faktör analizi sonuçlarına göre maddelerin faktörlerle ne kadar uyumlu olduğu ile ilgili anlamlı sonuçlar elde edilememiştir ve ileri analizi

olan doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. DFA sonucunda ölçeğin 5 faktörlü olduğu saptanmış, maddelerin faktörlerle uyumunu gösteren değer X^2/sd : 3.6852 olarak bulunmuştur. Maddelerin faktörler uyumunu gösteren X^2/sd değerinin anlamlı olabilmesi için $0.05 < X^2/sd < 4$ arasında bir değer alması gerekmektedir. Basınç ülserlerini önlemeye yönelik tutum ölçeğinin X^2/sd değerine göre, faktörlerin maddeler ile uyum içinde olduğu belirlenmiştir (Tablo 12).

Yapılan açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi sonucunda, elde edilen faktör yapısının “yapı-kavram geçerliği”ne sahip olduğu saptanmıştır.

Literatürde kültürel uyarlama çalışmalarında ölçeklerin orijinal formlarına karşın madde çıkarma, madde ilave etme, madde ifadelerini değiştirme, faktör azaltma, soruların likert yapısını değiştirme gibi yöntemlerin uygulandığı görölmektedir (2,57). Psikometrik açıdan ise doğru olan ölçeğin aslının mümkün olduğuca değiştirilmemesine özen gösterilmesidir (57).

4.2. BÜÖYTÖ’NİN GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI SONUÇLARININ TARTIŞILMASI

Bir değerlendirme aracının kullanılabilmesi için mutlaka bulunması gereken bir özelliği de güvenirliktir. Güvenirlik ölçme aracının hatalardan arınık olarak ölçme yapabilme yeteneğidir. Aracın verileri doğru topladığı ve yinelenebilir olduğunu bu özelliği belirler (32). Güvenilir bir aracın sağladığı ölçüm değerleri içinde yanlgı değerlerinin olmaması istenir (5). Güvenirlik katsayısı yükseldikçe, testle ölçülen farkların gerçek farkları yansıttığı düşünülür (77).

4.2.1. BÜÖYTÖ’nin Madde Puan Ortalamaları ve Standart Sapma Sonuçlarının Değerlendirilmesi

BÜÖYTÖ’nin güvenirlik çalışmasında öncelikle madde puan ortalama ve standart sapma değerleri incelenmiştir. Ölçek maddelerinin puan ortalaması; 2.95 ile 3.79 arasında değişmektedir. En düşük puan ortalamasına 2.95 ± 0.63 ile “*Basınç ülserlerini önlemek konusunda iyi eğitimliyim.*” maddesi, en yüksek puan ortalamasına ise 3.79 ± 0.45 ile “*Basınç ülserleri hastaya neredeyse hiç rahatsızlık vermez.*” maddesi sahiptir (Tablo 13).

Araştırmaya katılan hemşirelerin BÜÖYTÖ ‘i toplam puan ortalaması 39.49 ± 2.77 olarak bulunmuştur (Tablo 14). Hemşirelerin basınç ülserlerini önlemeye yönelik olumlu bir tutuma sahip oldukları görülmektedir. Beeckman ve arkadaşları (2010b), çalışmasında sağlık çalışanlarının BÜÖYTÖ toplam puan

ortalamasını 37.1 ± 0.52 olarak bulmuşlardır. Bu sonuç bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

4.2.2. BÜÖYTÖ'nin İç Tutarlık Analizi Sonuçlarının Tartışılması

İç tutarlılığın dayandığı temel görüş, her ölçme aracının belli bir amacı gerçekleştirmek (bir bütün oluşturmak) üzere, birbirinden deneysel olarak bağımsız ünitelerden oluştuğu ve bunların bir bütün içinde, bilinen ve birbirine eşit ağırlıklara sahip olduğu varsayımdır (30).

Ölçeğin değerlendirme ölçütü yine kendisi olduğu için, ölçeğin kendi içinde tutarlı olması çok önemlidir. Birbiriyle yüksek ilişki gösteren maddelerden oluşan ölçeğin Alpha katsayıları yüksek olmaktadır. Cronbach Alpha katsayısı ölçek içinde bulunan maddelerin iç tutarlılığının, homojenliğinin bir ölçütüdür. Ölçeğin Alfa katsayısı ne kadar yüksek olursa, bu ölçekte yer alan maddelerin o ölçüde birbirleri ile tutarlı ve aynı özelliğin öğelerini yoklayan maddelerden oluştuğu varsayılır (67).

Değerlendirme ölçütüne göre Cronbach Alpha değeri; $.00 \leq \alpha < 0.40$ ise ölçek güvenilir değildir; $0.40 \leq \alpha < 0.60$ ise ölçek düşük güvenilirliktedir; $0.60 \leq \alpha < 0.80$ ise ölçek oldukça güvenilirdir; $0.80 \leq \alpha < 1.00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilirdir (16). Bazı profesyoneller ölçme aracının 0.70 ve daha üstünde iç tutarlılık güvenilirlik katsayısına sahip olması gerektiğini bildirmektedir (30,41,67).

BÜÖYTÖ'nin Cronbach Alpha değeri 0.714 olarak saptanmıştır (Tablo 15). BÜÖYTÖ'nin Cronbach Alpha değeri; $0.60 \leq \alpha < 0.80$ arasında olduğundan, güvenilir bir ölçek olduğu saptanmıştır.

İç tutarlılığı ölçmek için kullanılan diğer yöntem olarak madde analizi kullanılmıştır. BÜÖYTÖ'nin madde ölçek toplam korelasyonları incelendiğinde korelasyon değerlerinin 0.371 ile 0.618 arasında olduğu belirlenmiştir. Ölçekte en düşük madde toplam puan korelasyonuna sahip olan madde 0.371 ile 2. *madde* (Basınç ülserlerini önlemek konusunda iyi eğitimliyim), en yüksek madde toplam puan korelasyonuna sahip olan madde ise 0.618 ile 7. *maddedir* (Basınç ülseri hastaya neredeyse hiç rahatsızlık vermez). Basınç ülserlerini önlemeye yönelik tutum ölçeği madde-toplam puan korelasyonları ise $p < 0.05$ düzeyinde ileri düzeyde anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 12).

Madde ölçek toplam korelasyon puanı yükseldikçe sorunun etkililiği artmaktadır. Korelasyonun 0.15-0.20 arasında olması değersiz, 0.20-0.35 aşağı bir derece, 0.35-0.60 iyi bir derece, 0.60 ve üstü ise yüksek bir derece olarak kabul edilmektedir. Madde toplam korelasyonlarının negatif olmaması, en az 0.20 olması beklenir. Korelasyon değerinin 0.20 olması durumu, minimum etkinlik derecesi olarak kabul edilmektedir. Maddelerin korelasyon değerinin 0.20'nin altında olması halinde, maddelerin ölçekten çıkarılmasına karar verirken, alfa katsayısının ve ortalamaların değişimine bakmak gerekmektedir (3,4,9,12).

Elde edilen sonuçlara göre; ölçeğin hiçbir maddesinin korelasyon katsayısının 0.20'nin altında olmaması ve Cronbach Alpha değerinin 0.714

olmasından kaynaklı ölçekten herhangi bir madde çıkartılmamıştır (Tablo 15, Tablo 17).

Beeckman ve arkadaşları (2010a) BÜÖYTÖ'nin Cronbach Alpha katsayısı 0.79 olarak saptanmışlardır. Beeckman ve arkadaşları (2010b) yaptığı diğer bir çalışmada ise basınç ülserlerini önlemeye yönelik tutum ölçeğinin Cronbach Alpha katsayısını 0.76 ile 0.81 arasında değiştiğini bulmuşlardır. Bu sonuçlar bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

BÜÖYTÖ'ü İki Yarı Test Güvenirlilik Analizlerinde, ölçeğin iki yarısı arasındaki korelasyon 0.69 olarak saptanmıştır. Birinci yarının (6 madde) Cronbach Alpha katsayısı 0.63; ikinci yarının (7 madde) Cronbach Alpha katsayısı 0.62; Spearman-Brown katsayısı 0.66 ve Guttman Split-Half katsayısı 0.67 olarak bulunmuştur (Tablo 14). Bu sonuçlar ölçeğin kabul edilebilir iç tutarlılığa sahip ve güvenilir bir ölçek olduğunu göstermektedir.

4.2.3. BÜÖYTÖ İçin Zamana Göre Değişmezliğin Tartışılması

Zamana göre değişmezlik, aracın değişik zamanlardaki yinelemeli ölçümlerde benzer ölçüm değerlerini sağlama özelliği ile ilgilenir. Değişmezlik güvenilirliğini için önceki ve sonraki ölçümler arasındaki korelasyon katsayısı belirler. Katsayının yüksekliği ölçümün değişmezliğini gösterir. Ölçümler arasındaki sürenin ise bellek etkisini kaldıracak kadar uzun, denek değişikliğine neden olmayacak kadar kısa, örneğin 2 haftadan bir aya kadar bir süre şeklinde belirlenmesi önerilmektedir (3,4,30).

Bu araştırmada “test-tekrar test güvenirlik” lt için çalışmaya katılan 30 kişiye ilk test uygulamasından 2 hafta sonra ölçek tekrar uygulanmıştır.

BYT’nin tümünün pearson momentler çarpımı sonucu elde edilen test-tekrar test korelasyon katsayısı 0.96 olarak bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutları değerlendirildiğinde “*yeterlilik*” alt boyutunun pearson momentler çarpımı sonucu elde edilen test-tekrar test korelasyon katsayısı; 0.93, “*ncelik*” alt boyutunun; 0.95, “*etki*” alt boyutunun; 0.95, “*sorumluluk*” alt boyutunun; 0.86, “*nlemenin etkinliği*” alt boyutunun pearson momentler çarpımı sonucu elde edilen test-tekrar test korelasyon katsayısı 0.95 olarak bulunmuştur (Tablo 21). BYT’nin bütünü ve tüm alt boyutlarının korelasyon katsayıları oldukça iyi bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 20). Ölçeğin zamana göre değişmezliğinin oldukça iyi olduğu bulunmuştur.

Beeckman ve arkadaşları (2010a) alışmalarında, BYT’nin tümünün pearson momentler çarpımı sonucu elde edilen test-tekrar test korelasyon katsayısını 0.70 olarak bulmuşlardır. Beeckman ve ark. (2010a) alışmasına göre bizim çalışmamızda güvenirlik daha yüksek olarak bulunmuştur.

BYT’nin bütünü için bulunan korelasyon katsayısının karesi r^2 : 0.92 olarak saptanmıştır. Bu sonucun anlamı; BYT’nin puan ortalamasının test-tekrar test sonucu puan ortalamasının %92’lik bölümünü tanımlayabilmiştir. edilen bu bulguya göre BYT’nin zamana göre kararlılığı yüksek düzeyde sağladığı görülmektedir.

Beeckman ve arkadaşları (2010a), BÜÖYTÖ'nin bütünü için bulunan korelasyon katsayısının karesi alındığında r^2 : 049 olarak bulmuşlardır. Test-tekrar test sonucunda ise %49'luk bölümünü tanımlayabilmişlerdir. Beeckman'ın çalışmasına göre bizim çalışmamız test-tekrar test sonucu daha yüksek bölümü tanımlamıştır.

BÖLÜM V

SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1 SONUÇLAR

Hemşirelerin basınç ülserlerini önlemeye yönelik tutumlarını belirlemek amacıyla 2010 yılında Beeckman ve arkadaşları tarafından geliştirilen “Attitude Towards Pressure Ulcer Prevention Instrument” “Basınç Ülserlerini Önlemeye Yönelik Tutum Ölçeği”nin Türk toplumuna uyarlama çalışmasında elde edilen sonuçlar şöyle sıralanabilir:

Geçerlik Analizi Sonuçları

- BÜÖYTÖ’nin dil uyarlaması için beş uzman tarafından ölçek Türkçe’ye daha sonra iki uzman tarafından geri çevirisi yapılarak İngilizce’ye çevrilmiştir. İngilizce’ye çevrilen ölçek yeniden iki kişi tarafından Türkçe’ye çevrilmiştir.
- BÜÖYTÖ’nin kapsam geçerliğinin sağlanması için on kişilik uzmanın görüşü alınmıştır. Uzmanlar maddelerin uygunluğu konusunda görüş birliğine varmışlardır.
- Ölçeğin yapı-kavram geçerliği için yapılan “faktör analizi” sonucunda, orijinal faktör yapısındaki gibi beş faktör içerdiği ve faktörlerin altında yer alan maddelerin orijinal ölçek ile benzer faktörlerin altında yer aldığı bulunmuştur. her bir faktör tarafından açıklanan varyans

yüzdeleri 10.76 ile 15.66 arasında değişmekte olup ölçek toplam varyansın %66.523'ünü açıklamaktadır.

Güvenirlik Analizi Sonuçları

- BÜÖYTÖ'nin tümünden alınan toplam puanlara bakıldığında ölçeğin minimum puanı 13, maximum puanı 52'dir. Ölçeğin tümünün toplam puan ortalaması ve standart hatası 39.48 ± 2.77 'dir.
- Ölçeğin tümünün Cronbach alpha değeri; 0.714 olarak bulunmuştur.
- Ölçeğe uygulanan madde analizi sonuçlarına göre ölçek maddelerinin madde toplam korelasyon katsayısı 0.371 ile 0.618 arasındadır.
- BÜÖYTÖ'nin tek ve çift sayılı maddelerinden oluşan iki yarı test güvenilirlik sonuçlarına göre; ölçeğin iki yarısı arasındaki korelasyon 0.69'dur. 7 maddeden oluşan birinci yarının Cronbach Alphası 0.63, 6 maddeden oluşan ikinci yarının Cronbach Alphası 0.62'dir. Ölçeğin Guttman Split-Half katsayısı 0.67, Spearman-Brown katsayısı ise 0.66 olarak bulunmuştur.
- BÜÖYTÖ'nin zamana göre değişmezliği'ni test edebilmek için test tekrar test tekniği kullanmıştır. Test tekrar test analizi sonucu iki ölçüm arasında korelasyon katsayısı 0.957 olarak bulunmuştur. Ölçeğin bütünü ve alt boyutlarının önce-sonra ölçümleri arasındaki ilişkiyi gösteren korelasyon katsayısı istatistiksel açıdan anlamlı çıkmıştır.

BÜÖYTÖ'nin puan ortalaması test-tekrar test sonucu puan ortalamasının % 92'lik bölümü tanımlayabilmektedir ($r^2:92$).

Yapılan analizlerden elde edilen tüm bu verilere dayanarak, hemşirelere uygulanan “Basınç Ülserlerini Önlemeye Yönelik Tutum Ölçeği'nin Türk toplumunda kullanılmak üzere oldukça yüksek güvenirlik ve geçerlik göstergelerine sahip bir ölçme aracı olduğu sonucuna varılmıştır.

5.2. ÖNERİLER

* “Basınç Ülserlerini Önlemeye Yönelik Tutum Ölçeği”nin farklı kültürleri temsil eden hemşirelere uygulanması,

* Hemşireler ile yürütülen basınç ülserlerini önlemeye yönelik tutumları belirleyen çalışmalarda, Türk toplumuna uyarlanan “Basınç Ülserlerini Önlemeye Yönelik Tutum Ölçeği”nin kullanılması,

* “Basınç Ülserlerini Önlemeye Yönelik Tutum Ölçeği”nin Türk Toplumı için geçerlik ve güvenirlik düzeylerinin oldukça yüksek olduğu kanıtlanmış olmasına rağmen, ölçekle ilgili benzer çalışmaların sürdürülmesi gerektiği önerilmektedir.

BÖLÜM VI

ÖZET

BASINÇ ÜLSERLERİNİ ÖNLEMeye YÖNELİK TUTUM ÖLÇEĞİ’NİN TÜRKÇEYE UYARLANMASI, GEÇERLİĞİ VE GÜVENİRLİĞİNİN İNCELENMESİ

Bu araştırma, hemşirelerin basınç ülserlerini önlemeye yönelik tutumlarını belirlemek amacıyla 2010 yılında Beeckman ve arkadaşları tarafından geliştirilen “Attitude Towards Pressure Ulcer Prevention Instrument (ATPUPI)” “Basınç Ülserlerini Önlemeye Yönelik Tutum Ölçeği (BÜÖYTÖ)”nin Türk toplumu için geçerlik ve güvenirliğini belirlemek amacıyla planlanmış metodolojik tipte bir çalışmadır.

Araştırma, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Organ Nakli Araştırma ve Uygulama Merkezi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon, Beyin ve Sinir Cerrahisi, Göğüs Hastalıkları, Kalp Damar Cerrahisi, Nöroloji, Gastroenteroloji, Kardiyoloji Anabilim Dalı servis ve yoğun bakım ünitelerinde 1 Mart - 30 Mayıs 2013 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın örneklemini 171 hemşire oluşturmuştur.

BÜÖYTÖ 13 maddeden oluşmaktadır. Dil uyarlaması için beş uzman tarafından ölçek Türkçe’ye daha sonra iki uzman tarafından geri çevirisi yapılarak

İngilizceye çevrilmiştir. İngilizce'ye çevrilen ölçek iki uzman tarafından Türkçe'ye çevrilmiş, gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra ölçeğin kapsam geçerliğinin sınanmasında 10 uzmandan görüş alınmıştır. Öneriler doğrultusunda ölçeğe son şekli verilmiştir.

Ölçeğe uygulanan faktör analizi sonucunda toplam varyansın %66.523'ünü açıklayan 5 faktör elde edilmiş ve bu faktörler “yeterlilik”, “öncelik”, “etki”, “sorumluluk”, “önlemenin etkinliği” şeklinde orijinal ölçekteki gibi adlandırılmıştır.

Ölçekten alınabilecek minimum puanı 13 iken, maximum puanı 52'dir. Ölçeğin toplam puan ortalaması ve standart sapması 39.49 ± 2.77 olarak saptanmıştır. İç tutarlılığı test etmek için yapılan “madde analizi” sonucunda 13 maddenin madde toplam korelasyon katsayısı 0.37 ile 0.618 arasında saptanmıştır. Hiçbir maddenin madde toplam korelasyon katsayısı 0.20'nin altında olmadığı için ölçekten madde çıkartılmamıştır. Ölçeğin tümü için elde edilen Cronbach Alpha katsayısı 0.714 olarak saptanmıştır. Ölçeğin yarı test güvenilirlik sonuçlarına göre; ölçeğin iki yarısı arasındaki korelasyon değeri 0.69, Spearman-Brown katsayısı 0.66 ve Guttman Split-Half katsayısı 0.67 olarak oldukça güvenilir bulunmuştur. Ölçeğin zamana göre değişmezliğinde yapılan iki ölçüm arasında doğrusal ve kuvvetli bir ilişki saptanmış ($r:0.957$), zamana göre kararlılığı yüksek düzeyde bulunmuştur.

Sonuç olarak “Basınç Ülserlerini Önlemeye Yönelik Tutum Ölçeği”nin Türk toplumu için oldukça yeterli güvenilirlik ve geçerlik göstergelerine sahip bir ölçme aracı olduğu saptanmıştır. Bu sonuca göre; hemşireler ile yürütülen basınç

ülserlerini önlemeye yönelik tutumları belirleyen çalışmalarda, Türk toplumuna uyarlanan BÜÖYTÖ'nin kullanılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: basınç ülseri, önleme, tutum, geçerlik, güvenirlik, hemşirelik

ABSTRACT

ADAPTING THE “ATTITUDE TOWARDS PRESSURE ULCER PREVENTION INSTRUMENT” INTO TURKISH AND STUDYING ITS VALIDITY AND RELIABILITY

This research is a methodological study designed to determine the validity and reliability of the “Attitude Towards Pressure Prevention Instrument” (ATPUPI) in Turkish population, which was developed by Beeckman et al. in 2010 in order to measure nurses’ attitudes toward preventing pressure ulcers.

This research was carried out in the intensive care units and services of Department of Anesthesiology and Reanimation; Department of Neurosurgery; Organ Transplantation Research and Application Center; Department of Thoracic Diseases; Department of Cardio-Vascular Surgery; Department of Neurology; Department of Gastroenterology; and Department of Cardiology, Ege University Medical Faculty Hospital between 1 March and 30 May 2013. 171 nurses comprised the sampling of research.

ATPUPI is comprised of 13 items. Instrument was translated into Turkish by five experts and then retranslated back into English by two experts. The instrument retranslated into English was translated into Turkish by two experts, after necessary corrections were made opinions of 10 experts were obtained

during testing the scope validity of the instrument. According to recommendations the final shape was given to the instrument.

As a result of factor analysis applied to instrument, 5 factors explaining 66.523 % of the total variance were obtained and these factors were named as in the original scale; “sufficiency”, “priority”, “effect”, “responsibility” and “effectiveness of prevention”.

The minimum score obtainable from scale is 13 and the maximum score is 52. The mean total scores of the scale and the standard deviation were found as 39.49 ± 2.77 . As a result of “item analysis” performed to test the internal consistency, the mean total correlation coefficient of 13 items was detected between 0.37 and 0.618. No item was removed from the instrument since none of the items had total item correlation coefficient less than 0.20. The Cronbach Alpha coefficient obtained for the whole scale was 0.714. According to scale’s semi-test reliability results, the correlation value between two halves of the scale was 0.69, Spearman-Brown coefficient was 0.66 and Guttman Split-Half coefficient was 0.67 (highly reliable). A linear and strong relationship was established between two measurements made on the scale’s invariability according to time ($r=0.957$), whereas its stability according to time was higher.

Consequently, the “Attitude Towards Pressure Prevention Instrument” was found to be a measurement tool with very sufficient reliability and validity indicators for Turkish population. Accordingly, use of “ATPPI” adapted to Turkish population is recommended in studies carried out with nurses to determine the attitudes toward preventing pressure ulcers.

Key Words: Pressure ulcers, prevention, attitude, validity, reliability,
nursing

KAYNAKLAR

- 1) Akça, F. (2007). Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler ve Uygulamalar, Medikal Yayıncılık, İstanbul, 1. Baskı, s.205-221.
- 2) Akça, F. (2012). Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler, Nobel Tıp Kitabevleri, İzmir, 4. Baskı, s.266-310.
- 3) Aksayan, S., Bahar, Z., Bayık, A. ve ark. (2002). (Ed: İnci Erefe). Hemşirelikte Araştırma İlke, Süreç ve Yöntemleri, Araştırma ve Geliştirme Derneği, Odak Ofset, İstanbul, 1. Basım, s.169-187.
- 4) Aksayan, S., Gözüm, S. (2002a). Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması İçin Rehber I, Ölçek Uyarlama Aşamaları ve Dil Uyarlaması, *Hemşirelik Araştırma Dergisi*, 4(1):9-14.
- 5) Aksayan S., Gözüm S. (2002b). Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması İçin Rehber II, Psikometrik Özellikler ve Kültürler Arası Karşılaştırma, *Hemşirelik Araştırma Geliştirme Dergisi*, 4(2):9-20.
- 6) Akgül, A. (1997). Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri, Yükseköğretim Kurulu Matbaası, Ankara, s.169–178, 492–586.
- 7) Aköz, T., Mısırlıoğlu, A. (2003). (Ed. Nemci Kurt). Akut ve Kronik Yara Bakımı, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, s.285-308.
- 8) Akyol, A.D. (2006). Intervention Studies for Prevention of Ulcer in Turkey, A Literature Review, *International Nursing Review*, 5(3):308-316.

- 9) Alpar, R. (2001). Spor Bilimlerinde Uygulamalı İstatistik, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, s.87-95.
- 10) Arslan, A. (2006). Bilgisayar Destekli Eğitim Yapmaya İlişkin Tutum Ölçeği, *Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, Aralık, 3(2):34-43.
- 11) Atılğan, H. (2007). Değerlendirme ve Not Verme, Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme, Anı Yayıncılık, Ankara, 2. Baskı, s.23-81.
- 12) Aydemir, Ö. (2004). Değerlendirme Araçlarının Psikometrik Özellikleri, I. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu, Özet Kitabı, s.7-9.
- 13) Aydın, A., Kaplan, S. ve ark. (2007). Bası Ülseri Tarama ve Risk Değerlendirme Çalışması, *Yoğun Bakım Dergisi*, 7 (3):403.
- 14) Beeckman, D., Vanderwee, K., Demarre, L., Paquay, L., Van Hecke, A., Defloor, T. (2010a). Pressure Ulcer Prevention: Development and Psychometric Evaluation of the Attitude Towards Pressure Ulcer Prevention Instrument, *International Journal of Nursing Studies*, 47(11):1432-1441.
- 15) Beeckman, ve ark (2010b). Pressure Ulcer Prevention: Development and Psychometric Validation of a Knowledge Assessment Instrument, *International Journal of Nursing Studies* 47(4):399-410.

- 16) Beeckman, ve ark (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.
- 17) Beğer, T. (2004). Yoğun Bakımda Dekübit Ülserleri, Risk Faktörleri ve Önlenmesi, *Yoğun Bakım Dergisi*, 4 (4):244-253.
- 18) Cox, K.R., Laird, M., Brown, J. (1998). Predicting and Preventing Pressure Ulcers in Adults, *Nursing Management*,3(2):41-45.
- 19) Çakırcalı, E. (2000). Hasta Bakımı ve Tedavisinde Temel İlke ve Uygulamalar, Ege Üniversitesi Basım Evi, İzmir, 3.Baskı, s.2000.
- 20) Çizmeci, O., Emekli, U. (1999). Bası Yaraları, *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 45(4):45-80.
- 21) Çizmeci, O., Emekli, U. (2002). Bası Yaraları, *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 28(2):27-32.
- 22) Er, M. (2006). Çocuk, Hastalık, Anne-Babalar, Kardeşler, *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 49: 155-168.
- 23) Ercan, İ., Kan, İ. (2004). Ölçeklerde Güvenirlik ve Geçerlik, *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 30:211-216.
- 24) Erhan, B. (2006). Bası Yaraları, *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 9:64-68.

- 25) Erkuş, A. (2003). Psikometri Üzerine Yazılar, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara, 1. Basım, s.50-121.
- 26) Ermiş, İ. (2000). Plastik Cerrahi, İstanbul Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, s.299-312.
- 27) EPUAP. (1998). Pressure Ulcers Preventing Guidelines, <https://uhra.herts.ac.uk/dspace/bitstream/2299/189/1/100362.pdf> , Erişim Tarihi 01.05.2013.
- 28) Doksat, A., Uzun, Ö., Yavuz, M., Terzioğlu, F., Karadağ, A., Karagözoğlu, Ş., Dicle, A., Yalçın, S.D., Öztürk, D. (2010). Avrupa Basınç Ülseri Danışma Paneli (EPUAP) ve Ulusal Basınç Ülseri Danışma Paneli (NPUP) Basınç Ülserlerinin Tedavisi Hızlı Başvuru Kılavuzu, http://www.yoihd.org.tr/images/cust_files/110418091525.pdf, Erişim Tarihi 01.05.2013.
- 29) Gould, D., Goldstona, L., Gammon, J., ve ark. (2002). Establishing the Validity of Pressure Ulcer Risk Assessment Scales, a Novel Approach Using Illustrated Patients Scenarios, *International Journal of Nursing Studies*, 39:215-228.
- 30) Gözüm, S., Aksayan, S. (2003). Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması İçin Rehber II, Psikometrik Özellikler ve Kültürlerarası Karşılaştırma, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 5(1):3-14.

- 31) Güllü, M., Güçlü, M. (2009). Ortaöğretim Öğrencileri için Beden Eğitimi Dersi Tutum Ölçeği Geliştirilmesi, *Niğde Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 3(2):138-151.
- 32) Guyton, A.C., Hall, J.E. (2001). Tıbbi Fizyoloji, Nobel Tıp Kitapevleri, Artak Yayını, 10. Baskı, s.144-151.
- 33) Hançer, M. (2005). Ölçeklerin Yazım Dilinden Başka Bir Dile Çevirileri ve Kullanılan Değişik Yaklaşımlar, *Sosyal Bilimler Dergisi*, 5:47-59.
- 34) Hug, A.E., Karamahmetoğlu, Ş.S., Tüzün, Ş., Gürgöze, M., Tüzün, F. (2001). Bir Eğitim Hastanesinde Bası Yarası Prevalansı ve Bası Yarası Gelişiminde Etkili Risk Faktörleri, *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 47(6):1-10.
- 35) İnan, G.D. (2009). Çukurova Üniversitesi Balçalı Hastanesinde Yatan Hastalarda Basınç Ülseri Prevalansı, Çukurova Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları A.B.D, Adana.
- 36) Kağıtcıbaşı, C. (2005). Yeni insan ve insanlar, Evrim Yayınevi, İstanbul, 10. Baskı, s.32-92.
- 37) Ka'llman, U., Suserud, B. (2009). Knowledge, Attitudes and Practice Among Nursing Staff Concerning Pressure Ulcer Prevention and Treatment a Survey in a Swedish Healthcare Setting, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(2):334-341.

- 38) Karabağ, A.A. (2008). Hemşirelerin Derin Doku Hasarı ve 1. Evre Basınç Ülserlerinin Bakımına İlişkin Uygulamalarının Belirlenmesi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- 39) Karadağ, A. (2003). Basınç Ülserleri: Değerlendirme, Önleme ve Tedavi, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 7 (2):41-46
- 40) Karadağ, A.A., Karadağ, A. (2010). Assessment of Nurses' Knowledge and Practice in Prevention and Management of Deep Tissue Injury and Stage I Pressure Ulcer, *Journal of Wound Ostomy Continence Nursing*, 37(5):487-494.
- 41) Karasar, N. (2000). Bilimsel Araştırma Yöntemleri, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, 9. Baskı.
- 42) Kelebek, N., Kurhan, G. (2007). Bası Yarası Bakımı, III. Ulusal Yoğun Bakım İnfeksiyonları Simpozyumu 11-13, <http://www.yogunbakimderg.com/sayilar/23/buyuk/11-13.pdf>, Erişim Tarihi: 02.04.2013.
- 43) Köşlü, A. (2006). Yara iyileşmesinde tarihsel gelişmeler, www.dermaneturk.com/yara_online/tarihsel.doc erişim tarihi: 08.04.2012
- 44) Krause, T., Anders, J., Von Renteln-Kruse, W. (2004). Pressure Sores: Knowledge of Risk Factors and Awareness of Problems with Quality of Care as Reflected by Questionnaire Answers by Nursing Staff and Physicians, *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 37(2):86–91.

- 45) Kurt, N. (2003). (Ed. Nemci Kurt). Yara Tedavisinin Tarihçesi, Akut ve Kronik Yara Bakımı, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, s.285-308.
- 46) Kurtuluş, Z., Pınar, R. (2003). Braden Skalası ile Belirlenen Yüksek Riskli Hasta Grubunda Albümin Düzeyleri ile Bası Yaraları Arasındaki ilişki, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7(2):45-49.
- 47) Lindgren, M., Unosson, M., Krantz, M.A. ve ark. (2002). A Risk Assessment Scale for the Prediction of Pressure Sores Development: Reliability and Validity, *Journal of Advanced Nursing*, 38(2):190-199.
- 48) Morgan, C.T. (1999). (Çeviri ve Yayın Sorumlusu Karataş S.). Psikolojiye Giriş, Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Yayınları, 1:18-24.
- 49) Moore, Z., Price, P. (2004). Nurses' Attitudes, Behaviours and Perceived Barriers Towards Pressure Ulcer Prevention, *Journal of Clinical Nursing*, 13(8):942-951.
- 50) NPUAP. (2001). Pressure Ulcers in America: Prevalence, Incidence, and Implication for the Future, <http://www.npuap.org/wp-content/uploads/2001/04/april-01-revised.pdf>, Erişim Tarihi: 09.03.2013.
- 51) NPUAP., EPUAP. (2009). Pressure Ulcer Prevention Quick Reference Guide, www.Npuap.org/guidelines/final_Quick_Prevention.pdf, Erişim Tarihi 01.02.2013.

- 52) Özdemir, H., Karadag, A., (2008). Prevention of Pressure Ulcers: A Descriptive Study in 3 Intensive Care Units in Turkey, *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing (JWOCN)*, 35(3): 293-300.
- 53) Erkin, Ö. (2010). Sağlık Çalışanlarının Grip Aşısı Olma Durumları ve Gripten Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir
- 54) Öztaş, M.O. (2007). (Ed: Arman, D., Baksan, S.). Bası Yaralarında Epidemiyoloji ve Risk faktörleri, Bilimsel Tıp Yayınevi, Ankara, s.9-13.
- 55) Pancorbo-Hidalgo, P.L., Garcı'a-Ferna'ndez, F.P., Lo'pez-Medina, I.M., Lo'pez-Ortega, J. (2007). Pressure Ulcer Care in Spain: Nurses' Knowledge and Clinical Practice, *Journal of Advanced Nursing*, 58:327–338.
- 56) Pınar, R. (2004). Yaşlılarda Bası Yaraları: Önleme, Tedavi ve Bakım, *Klinik Gelişim Dergisi*, 17(2):130–137.
- 57) Sabuncu, N., Akça, A.F. (2010). Klinik Beceriler: Sağlığın Değerlendirilmesi, Hasta Bakım ve Takibi, Nobel Tıp Kitabevleri, s.404-412.
- 58) Savaşır, I. (1994). Ölçek Uyarlamasındaki Sorunlar ve Bazı Çözüm Yolları, *Türk Psikoloji Dergisi*, 9(33): 27-32.
- 59) Sarper, B., Akyol, A. (2004). Basınç Ülserlerinde Risk Değerlendirmesi ve Koruyucu Önlemler, *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 8(2):89-96.

- 60) Sharp, C., Burr, G., Broadbent, M. ve ark. (2000). Pressure Ulcer Prevention and Care: a Survey of Current Practice, *Journal of Quality in Clinical Practice*, 20:150-157.
- 61) Sümbüloğlu, V., Sümbüloğlu, K. (1997). Biyoistatistik Kitabı, Hatiboğlu Yayınları, Ankara, 10. Baskı, s.245-267.
- 62) Őencan, H. (2005). Sosyal ve Davranışsal lęmlerde Güvenilirlik ve Geçerlilik, Seğkin Kitapevi, Ankara, s.23-29.
- 63).Taşkın, L. (2002). Kltrlerasarı lęek Uyarlaması İçin Rehber, Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi, 4(2):16-20.
- 64) Tavşancıl, E. (2002). Tutumların lęlmesi ve SPSS ile Veri Analizi, Nobel Yayın, Ankara.
- 65) Tavşancıl, E. (2005). Tutumların lęlmesi ve SPSS İle Veri Analizleri, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, 2. Baskı, s.3-58.
- 66) Tel, H., zden, D., etin, P.G. (2006). Yatağa Bağımlı Hastalarda Basıncı Yarası Gelişme Riski ve Hemşirelerin Bu Hastalara Uyguladıkları nleyici Bakım, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 1(2):35-44.
- 67) Tezbaşaran, A. (1996). Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testler, *Türk Psikoloji Bülteni Dergisi*, 2(4):58-60.
- 68) Törüner, K.E, Büyükgönenç, L, Altay, N. (2011). Çocuklarda Basıncı lseri, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergi, 4(4):182-188.

- 69) Totur, B., Dramalı, A. (2011). Basınç Yaralarının Önlenmesinde %100 Pamuklu Havlu ile Havalı Yatak Kullanımı Etkinliği, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 27:35-44.
- 70) Uçar, H. (2005). Basınç Ülserinin Önlenmesi ve Tedavisi, *Çukurova Kolo-Protokoloji & Stoma Terapi Sempozyumu*, Adana, 14-181.
- 71) Yapucu Güneş, Ü. (2004). Balın Yara Bakımındaki Etkinliği, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(2):35-39.
- 72) Yapucu Güneş, Ü. (2007). Kronik Yaraların Değerlendirilmesi, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(3):38-42.
- 73) Yücel, A. (2001). Bası Yaraları, İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Cilt Hastalıkları ve Yara Bakımı Sempozyumu, 18-19 Ekim, İstanbul, s.131-50.
- 74) <http://www.dermaneturb.com/Yaraiyileşmesindetarihselgelişmeler/>, erişim tarihi: 02.06.2012)

EK I

HEMŞİRE TANITIM FORMU

1) Yaşınız _____

2) En son tamamladığınız hemşirelik programı:

- ☐ Sağlık Meslek Lisesi
- ☐ Ön Lisans Programı
- ☐ Lisans Programı
- ☐ Yüksek Lisans Programı
- ☐ Doktora Programı

3) Medeni durumunuz?

- ☐ Evli
- ☐ Bekar
- ☐ Dul/ boşanmış

4) Çalıştığınız yer.....

5) Klinikte çalışma statünüz nedir?

- ☐ Sorumlu hemşire
- ☐ Servis hemşiresi
- ☐ Yoğun bakım hemşiresi

6) Çalışma şekliniz nedir?

- ☐ Sürekli gündüz
- ☐ Sürekli gece
- ☐ Gece ve gündüz değişen vardiya sistemi

7) Hemşirelikteki hizmet süreniz _____ (ay/ yıl)

8) Kliniğinizde basınç ülseri bakımını kim/kimler tarafından yapılmaktadır?

- ☐ Hemşire
- ☐ Doktor
- ☐ İntern Dr
- ☐ Personel
- ☐ Diğer(yazınız)

9) Basınç ülseri olan hasta ile karşılaşma sıklığınız nedir?

- ☐ Hemen hemen hiç
- ☐ Bazen
- ☐ Sıklıkla
- ☐ Hemen her zaman

10) Bugüne kadar ortalama kaç hastaya basınç ülseri pansumanı yaptınız?

- ☐ Hiç yapmadım
- ☐ 10'dan az
- ☐ 20 – 50 arası
- ☐ Sayısını hatırlamadığım kadar

11) Daha önce okul eğitiminiz dışında basınç ülserine ilişkin bir eğitim aldınız mı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

12) Cevabınız evet ise nasıl bir eğitimdi?

- ☐ Hizmet içi eğitim
- ☐ Kurs
- ☐ Kongre
- ☐ Seminer

13) Katılmış olduğunuz eğitim programında edindiğiniz bilgileri hemşirelik bakımına yansıtabildiniz mi?

- ☐ Evet ☐ Kısmen ☐ Hayır

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

- ☐ Evet (Belirtiniz.....)
- ☐ Hayır

15) Basınç ülserlerini önlemeye/tedaviye yönelik uygulamalarınızda aşağıdaki bilgi kaynaklarından hangisi/hangilerini kullanıyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).

- ☐ Hemşirelik eğitimi sırasında alınan bilgiler
- ☐ Birlikte çalışılan deneyimli hemşirelerin uygulamaları
- ☐ Hekimlerin önerileri
- ☐ Konuyla ilgili dergiler, kitaplar
- ☐ İnternet, gazete veya televizyon
- ☐ Diğer (açıklayınız.....)

16) Basınç ülserinin önlenmesine/tedavisine yönelik hemşirelik uygulamalarınızı yeterlilik açısından nasıl değerlendirirsiniz?

- ☐ Yeterli
- ☐ Kısmen yeterli
- ☐ Yetersiz

EK II**ATTITUDE TOWARDS PRESSURE ULCER PREVENTION
INSTRUMENT**

	Strongly agree	Agree	Disagree	Strongly disagree
1. I feel confident in my ability to prevent pressure ulcers.				
2. I am well trained to prevent pressure ulcers.				
3. Pressure ulcer prevention is too difficult. Others are better than I am.				
4. Too much attention goes to the prevention of pressure ulcers.				
5. Pressure ulcer prevention is not that important.				
6. Pressure ulcer prevention should be a priority.				
7. A pressure ulcer almost never causes discomfort for a patient.				
8. The impact of pressure ulcers on a patient should not be exaggerated.				
9. The financial impact of pressure ulcers on society should not be exaggerated.				
10. I personally feel not responsible if a pressure ulcer develops in my patient.				
11. I personally have an important task in pressure ulcer prevention.				
12. Pressure ulcers are preventable in high risk patients.				
13. Pressure ulcers are never preventable.				

EK III

BASINÇ ÜLSERLERİNİ ÖNLEMeye YÖNELİK TUTUM ÖLÇEĞİ

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

EK IV

DİL GEÇERLİĞİ İÇİN GÖRÜŞLERİ ALINAN UZMANLAR

İNGİLİZCE'DEN TÜRKÇE'YE ÇEVİRİSİ	
İSİM	ÇALIŞTIĞI KURUM VE BÖLÜM
1.Doç. Dr. Yasemin TOKEM	İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı
2. Doç. Dr. Hatice MERT	Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
3. Doç. Dr. Hatice YILDIRIM SARI	İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
4. Yrd. Doç. Dr. Hanife ÖZÇELİK	Niğde Üniversitesi Zübeyde Hanım Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
5. Dr. Hülya GÜLYÜZ DEMİR	Yeditepe Üniversitesi Hastanesi, Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü Sorumlu Hemşire

EK IV

DİL GEÇERLİĞİ İÇİN GÖRÜŞLERİ ALINAN UZMANLAR

TÜRKÇEDEN İNGİLİZCEYE ÇEVİRİSİ	
İSİM	ÇALIŞTIĞI KURUM VE BÖLÜM
1. Emekli Öğretim Gör. Hülya BATI	Ege Üniversitesi Yabancı Diller Bölümü
2. Öğretim Görevlisi Melek SEÇER	Ege Üniversitesi Yabancı Diller Bölümü
İNGİLİZCEDEN TEKRAR TÜRKÇEYE ÇEVİRİSİ	
1. Doç. Dr. Öznur USTA YEŞİLBALKAN	Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
2. Yrd. Doç. Dr. Ayşe DEMİRAY	Düzce Üniversitesi, Sağlık Yüksek Okulu, Hemşirelik Bölümü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

EK V**GÖRÜŞLERİNE BAŞVURULAN UZMANLAR**

İSİM	ÇALIŞTIĞI KURUM VE BÖLÜM
1. Doç. Dr. Yasemin KUZEYLİ YILDIRIM	Ege Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
2.Doç. Dr. Ayşegül İŞLER	Akdeniz Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
3.Doç. Dr. Yasemin TOKEM	İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı
4. Yrd. Doç. Dr. Güलगün TÜRK	Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Başkanı
5.Yrd. Doç. Dr. Yıldız DENAT	Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı
6. Yrd. Doç Dr. Leyla BAYSAN ARABACI	İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı
7. Yrd. Doç.Dr. Tülay SAĞKAL	Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı
8. Öğr. Gör. Dr. Nazike DURUK	Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı
9. Öğr. Gör. Dr. Semra AY	Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu
10. Öğr. Gör .Dr. Aynur ÇETİNKAYA	Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Yüksek Okulu Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

EK VI

ÖLÇEK İZİN YAZILARI

----- Forwarded message -----

From: **Dimitri Beeckman** <Dimitri.Beeckman@ugent.be>

Date: 2012/3/2

Subject: RE: Attitude towards Pressure ulcer Prevention instrument

To: Şebnem ÇINAR YÜCEL <sebnemcinar@gmail.com>

Dear colleague

Many thanks for the update.

Please find attached the article per your request.

Kind regards,

Dimitri

Van: YASEMİN ÜSTÜN [mailto:yaseminustun_@hotmail.com]

Verzonden: donderdag 10 mei 2012 15:14

Aan: Dimitri Beeckman

Onderwerp: FW: Attitude towards Pressure ulcer Prevention instrument

Dear Beeckman

I'm master student at Ege University school of nursing in İzmir/ Turkey.

I and Şebnem ÇINAR YÜCEL studies Attitude Towards Pressure Ulcer Prevention Instrument (APUP) for validity and reliability your index in Turkey.

May you send Attitude Pressure Ulcer Prevention Instrument (APUP) original form and instrument's scoring by e-mail, please?

Thank you so much

Yours sincerely

Yasemin ÜSTÜN

EK VI

RE: Attitude towards Pressure ulcer Prevention instrument

Bununla ilgili iletileri görmek için, [iletileri konuşmaya göre gruplandırın](#).

□ Dimitri Beeckman

Kime: YASEMİN ÜSTÜN



1 ek (662,4 KB)



D. Beeckm...pdf

[Karşıdan yükle](#) (662,4 KB)

Zip olarak karşıdan yükle

Dear Yasemin

Please find attached the article.

The final instrument is included (Table 5).

Good luck!

Kind regards,
Dimitri Beeckman

EK VII

BİLİMSEL ETİK KURULU İZNİ



**T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
(BİLİMSEL ETİK KURULU)**

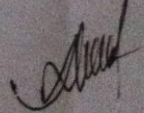
SAYI : 2013 -11
KONU : Araştırma Kararı hk.

Bornova /İZMİR
25.01.2013

E.Ü. HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Fakültemiz Hemşirelik Esasları Anabilim Dalında yüksek lisans öğrencisi Yasemin ÜSTÜN ve Yard.Doç.Dr.Şebnem ÇINAR YÜCEL'in sorumluluğunda Şubat 2013 – Mayıs 2013 tarihleri arasında yapılması planlanan "Basına Ülserlerini Önlemeye Yönelik Tutum Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi" konulu araştırma 25.01.2013 tarihinde Bilimsel Etik Kurulu tarafından incelenmiş ve "Araştırmanın Yürütülmesi Uygun" bulunmuştur.

Gereğinin yapılmasını arz ederim.



Doç.Dr.Asiye AKYOL
Bilimsel Etik Kurulu Başkanı

EK VIII

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ İZİN YAZISI

	T.C. EGE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi	
SAYI : 69631334 - 700 - 4127 KONU: Tez çalışması Hk.		02.03/2013
EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA		
İLGİ: 222 sayılı ve 01.02.2013 tarihli yazınız.		
Fakülteniz Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğretim Üyelerinden Yard.Doç.Dr.Şebnem ÇINAR YÜCEL sorumluluğunda Yüksek Lisans öğrencisi Yasemin ÜSTÜN'ün "Basınç Ülserlerini Önlemeye Yönelik Tutum Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi" konulu tez çalışmasını 01 Şubat 2013 - 01 Mayıs 2013 tarihleri arasında Çocuk Cerrahisi, Üroloji, Nöroloji, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İç Hastalıkları, Genel Cerrahi, Kardiyoloji, Kalp Damar Cerrahisi, Beyin ve Sinir Cerrahisi, Göğüs Hastalıkları Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Organ Nakli Uygulama ve Araştırma Merkezinde yapmaları uygun görülmüş olup, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalında Prof.Dr.Fatih ŞENDAĞ danışmanlığında yapmaları Başbekimliğimizce uygun görülmüştür.		
Gereğini ve bilgilerinizi arz ederim.		
Prof.Dr.Mehmet ÖZKAHYA Başbekim		
Ek: Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalından gelen 235 sayılı yazı.		

EK XI

ÖZ GEÇMİŞ

1986 tarihinde Kayseri’de doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini Kayseri’de tamamladı. 2005 yılında Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi’nde lisans öğrenimine başladı. 2010 yılında mezun olup, 2011 yılında Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı’nda yüksek lisans programına başladı. Şubat 2011’de Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı’nda yoğun bakım hemşiresi olarak göreve başlayan araştırmacı, halen aynı kurumda görevine devam etmektedir.

Yasemin ÜSTÜN