



**T.C.
ERZİNCAN BİNALI YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN BASINÇ
ÜLSERLERİNİ ÖNLEMeye YÖNELİK BİLGİ,
TUTUM VE VİCDAN ALGILARI ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Asude Nur BİÇER

Danışman: Doç. Dr. Sevinç KÖSE TUNCER

**HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI
HEMŞİRELİK ESASLARI TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**ERZİNCAN
Temmuz 2026
Her Hakkı Saklıdır.**

**T.C.
ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN BASINÇ ÜLSERLERİNİ
ÖNLEMeye YÖNELİK BİLGİ, TUTUM VE VİCDAN
ALGILARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Asude Nur BİÇER

Danışman: Doç. Dr. Sevinç KÖSE TUNCER

**HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI
HEMŞİRELİK ESASLARI TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**ERZİNCAN
Temmuz 2026
Her Hakkı Saklıdır.**



T.C
ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
TEZ KABUL VE ONAY

**HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN BASINÇ ÜLSERLERİNİ
ÖNLEMeye YÖNELİK BİLGİ, TUTUM VE VİCDAN
ALGILARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Doç. Dr. Sevinç KÖSE TUNCER danışmanlığında, Asude Nur BİÇER tarafından hazırlanan bu çalışma 01/07/2026 tarihinde jüri tarafından Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans tezi olarak oybirliği ile kabul edilmiştir.

Başkan : Prof. Dr. Papatya KARAKURT

İmza:

Üye : Doç. Dr. Sevinç KÖSE TUNCER

İmza:

Üye :

İmza:

Doç. Dr. Filiz YANGILAR
Enstitü Müdürü

Yukarıdaki sonuç
Enstitü Yönetim
Kurulu'nun / /
20.... tarih ve
...../..... sayılı
kararı ile onaylanmıştır.

Not: Bu tezde kullanılan özgün ve başka kaynaklardan yapılan bildirişlerin, şekil ve tabloların kaynak olarak kullanımı, 5846 sayılı Fikir ve Sanat Eserleri Kanunundaki hükümlere tabidir.

Bilimsel Etiğe Uygunluk

“Hemşirelik öğrencilerinin basınç ülserlerini önlemeye yönelik bilgi, tutum ve vicdan algıları arasındaki ilişkinin incelenmesi” isimli “Yüksek Lisans” tezım tarafımca intihal tespit programı ile incelenmiştir. Buna göre tezimde bilimsel etik ihlali ve intihal olarak nitelendirilebilecek herhangi bir durum olmadığını taahhüt ederim.

Bu çalışmadaki tüm bilgilerin, akademik ve etik kurallara uygun bir biçimde elde edildiğini; aynı zamanda bu kural ve davranışların gerektirdiğı gibi, bu çalışmanın özünde olmayan tüm materyal ve sonuçları tam olarak aktardığımı ve referans gösterdiğimi beyan ederim. 01/07/2026

Asude Nur BİÇER

ÖZET

Yüksek Lisans Tezi

HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN BASINÇ ÜLSERLERİNİ ÖNLEMeye YÖNELİK BİLGİ, TUTUM VE VİCDAN ALGILARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Asude Nur BİÇER

Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Ana Bilim Dalı Hemşirelik Esasları Tezli Yüksek Lisans Programı

Danışman: Doç. Dr. Sevinç KÖSE TUNCER

Amaç: Bu araştırma, hemşirelik öğrencilerinin basınç ülserlerini önlemeye yönelik bilgi düzeyi, tutumları ve mesleki vicdan algıları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Tanımlayıcı, kesitsel ve ilişki arayıcı tipteki bu araştırmanın evrenini bir üniversitenin Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü 2., 3. ve 4. sınıfta öğrenim gören 420 öğrenci oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş; 302 öğrenci (evrenin %71.9'u) ile yürütülmüştür. Veriler Kişisel Bilgi Formu, Basınç Ülseri Önlemede Bilgi Değerlendirme Ölçeği (PUPKAI-T), Basınç Ülserlerini Önlemeye Yönelik Tutum Ölçeği (BÜÖYTÖ) ve Vicdan Algısı Ölçeği (VAÖ) kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, t testi, tek yönlü varyans analizi, Kruskal-Wallis analizi ile Pearson ve Spearman korelasyon analizleri kullanılmıştır.

Bulgular: Öğrencilerin %91.4'ü 17-24 yaş grubunda, %72.5'i kadındır. Bilgi ölçeği toplam puan ortalaması 11.14 ± 3.56 (~%42.8) ile yeterlilik için kabul edilen %60 eşiğinin altında; tutum ölçeği toplam puan ortalaması 40.48 ± 4.82 (~%77.8) ile olumlu düzeyde; vicdan algısı ölçeği toplam puan ortalaması ise 62.29 ± 11.95 ile orta düzeyin üzerinde bulunmuştur. Öğrencilerin bilgi düzeyi ile tutumları ($r=0.035$; $p>0.05$) ve bilgi düzeyi ile vicdan algıları ($r=0.075$; $p>0.05$) arasında anlamlı bir ilişki saptanmazken; tutum ile vicdan algısı arasında pozitif yönde düşük düzeyde anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($r=0.189$; $p<0.01$).

Sonuç: Hemşirelik öğrencilerinin basınç ülseri önlemeye yönelik bilgi düzeyleri yetersiz, tutumları olumlu ve mesleki vicdan algıları orta düzeyin üzerindedir. Bilgi ile tutum ve vicdan birbirinden bağımsız gelişirken, tutum ile vicdan algısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Bu doğrultuda lisans eğitiminde basınç ülseri önleme içeriğinin güçlendirilmesi ve etik duyarlılığı geliştiren yöntemlerin müfredata eklenmesi önerilmektedir.

2026, 128 Sayfa

Anahtar Kelimeler: Basınç Ülseri, Bilgi, Hemşirelik Öğrencileri, Tutum, Vicdan Algısı

ABSTRACT

MSc Thesis

INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN KNOWLEDGE, ATTITUDES AND CONSCIENCE PERCEPTIONS OF NURSING STUDENTS TOWARDS PRESSURE ULCER PREVENTION

Asude Nur BİÇER

Erzincan Binali Yıldırım University
Graduate School of Health Sciences
Department of Nursing, Fundamentals of Nursing Master's Program with Thesis

Supervisor: Assoc. Prof. Dr. Sevinç KÖSE TUNCER

Aim: This study was conducted to examine the relationship between nursing students' knowledge, attitudes and professional conscience perceptions regarding pressure ulcer prevention.

Material and Method: The population of this descriptive, cross-sectional and correlational study consisted of 420 second-, third- and fourth-year students enrolled in the Nursing Department of the Faculty of Health Sciences at a university. No sampling was performed; the study was conducted with 302 students (71.9% of the population). Data were collected using a Personal Information Form, the Pressure Ulcer Prevention Knowledge Assessment Tool (PUPKAI-T), the Attitude Towards Pressure Ulcer Prevention Scale and the Perception of Conscience Scale. Data were analyzed using descriptive statistics, the t-test, one-way ANOVA, the Kruskal-Wallis test, and Pearson and Spearman correlation analyses.

Results: Of the students, 91.4% were aged 17-24 and 72.5% were female. The mean knowledge score (11.14 ± 3.56 ; ~42.8%) was below the accepted 60% competence threshold; the mean attitude score (40.48 ± 4.82 ; ~77.8%) was positive; and the mean conscience perception score (62.29 ± 11.95) was above the moderate level. No significant relationship was found between knowledge and attitude ($r=0.035$; $p>0.05$) or between knowledge and conscience perception ($r=0.075$; $p>0.05$); however, a low positive significant relationship was found between attitude and conscience perception ($r=0.189$; $p<0.01$).

Conclusion: Nursing students' knowledge of pressure ulcer prevention is insufficient, their attitudes are positive, and their professional conscience perceptions are above moderate. While knowledge develops independently of attitude and conscience, a significant relationship exists between attitude and conscience perception. Accordingly, strengthening pressure ulcer prevention content in undergraduate education and adding methods that enhance ethical sensitivity to the curriculum are recommended.

2026, 128 Pages

Keywords: Attitude, Conscience, Knowledge, Nursing Students, Pressure Ulcer

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez sürecim boyunca bilgisi, deneyimi ve sabrıyla bana yol gösteren, desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, öğrencisi olmaktan onur duyduğum değerli danışmanım Sayın Doç. Dr. Sevinç KÖSE TUNCER'e,

Bilgi ve önerileriyle tez sürecime katkı sunan, desteğini ve yönlendirmelerini esirgemeyen değerli hocam Sayın Prof. Dr. Papatya KARAKURT'a teşekkürlerimi sunarım.

Bugünlere gelmemde en büyük emeğin sahibi olan, aramızdan ayrılan ve her zaman özlem ve rahmetle andığım kıymetli babam Fuat BİÇER'e; varlığıyla bana güç veren, dualarını ve desteğini hiçbir zaman benden esirgemeyen canım annem Fatma BİÇER'e,

Her koşulda yanımda olan, desteğini ve yardımını esirgemeyen sevgili abim Mehmet Suat BİÇER'e; zaman zaman annelik yaparak beni büyüten, şefkatini ve fedakârlığını her daim hissettiğim canım ablam Adalet YİĞİT'e,

Ve bu yorucu süreçte varlığıyla bana huzur veren can dostum kedim Fırtına'ya sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Asude Nur BİÇER

Temmuz, 2026

İÇİNDEKİLER

Sayfa

Tez Kabul ve Onay	i
Bilimsel Etiğe Uygunluk.....	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT.....	iv
TEŞEKKÜR	v
İÇİNDEKİLER	vi
ŞEKİLLER LİSTESİ	ix
TABLolar LİSTESİ	x
SİMGELER ve KISALTMALAR.....	xi
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Basınç Ülserleri.....	4
2.1.1. Tanımı ve Etiyolojisi	4
2.1.2. Görülme Sıklığı ve Maliyeti	6
2.1.3. Sınıflandırılması.....	9
2.1.4. Risk Faktörleri	14
2.2. Basınç Ülserlerini Önlemede Hemşirenin Rolü.....	19
2.2.1. Risk Değerlendirme Ölçekleri (Braden, Norton, Waterlow).....	19
2.2.2. Basınç Ülserini Önlemeye Yönelik Hemşirelik Girişimleri	23
2.3. Hemşirelerde Bilgi, Tutum ve Vicdan Algısı	29
2.3.1. Bilgi ve Tutum Kavramları.....	29
2.3.2. Vicdan Algısı Kavramı ve Hemşirelik Eğitimindeki Yeri.....	32
3. MATERYAL ve METOT	36
3.1. Araştırmanın Türü.....	36
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	36
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	36
3.3.1. Katılımcıların Araştırmaya Dahil Edilme Ölçütleri.....	37
3.3.2. Katılımcıların Araştırmadan Hariç Tutulma Ölçütleri.....	37
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	37

3.4.1. Bağımlı Değişkenler	37
3.4.2. Bağımsız Değişkenler	37
3.5. Veri Toplama Araçları	38
3.5.1. Kişisel Bilgi Formu (Ek-1)	38
3.5.2. Basınç Ülseri Önlemede Bilgi Değerlendirme Ölçeği (PUPKAI-T) (Ek-2)	38
3.5.3. Basınç Ülserlerini Önlemeye Yönelik Tutum Ölçeği (BÜÖYTÖ) (Ek-3) ...	39
3.5.4. Vicdan Algısı Ölçeği (VAÖ) (Ek-4).....	40
3.6. Verilerin Toplanması	40
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	41
3.8. Araştırmanın Etik Yönü.....	43
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	43
4. BULGULAR.....	45
4.1. Hemşirelik Öğrencilerinin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	45
4.2. Kullanılan Ölçeklerin Puan Dağılımlarına İlişkin Bulgular	48
4.3. Demografik Özelliklere Göre Basınç Ülseri Önlemede Bilgi Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	49
4.4. Demografik Özelliklere Göre Basınç Ülserini Önlemeye Yönelik Tutum Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	57
4.5. Demografik Özelliklere Göre Vicdan Algısı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	60
4.6. Ölçekler ile Alt Boyutları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular	65
5. TARTIŞMA.....	67
5.1. Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Bulguların Tartışılması	67
5.2. PUPKAI-T Bilgi Düzeyine İlişkin Bulguların Tartışılması	69
5.3. Tutuma İlişkin Bulguların Tartışılması.....	74
5.4. Vicdan Algısına İlişkin Bulguların Tartışılması	77
5.5. Bilgi Düzeyi ile Tutum Arasındaki İlişkinin Tartışılması	80
5.6. Bilgi Düzeyi ile Vicdan Algısı Arasındaki İlişkinin Tartışılması.....	81
5.7. Tutum ile Vicdan Algısı Arasındaki İlişkinin Tartışılması	82
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	86
KAYNAKLAR	88
EKLER	99

Ek-1. Kişisel Bilgi Formu	100
Ek-2. Basınç Ülseri Önlemede Bilgi Değerlendirme Ölçeği (PUPKAI-T)	102
Ek-3. Basınç Ülserlerini Önlemeye Yönelik Tutum Ölçeği (BÜÖYTÖ).....	105
Ek-4. Vicdan Algısı Ölçeği (VAÖ)	106
Ek-5. Etik Kurul Onayı.....	107
Ek-6. Kurum İzni	109
Ek-7. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (BGOF)	111
Ek-8. Basınç Ülseri Önlemede Bilgi Değerlendirme Ölçeği (PUPKAI-T) Kullanım İzni	113
Ek-9. Basınç Ülserlerini Önlemeye Yönelik Tutum Ölçeği (BÜÖYTÖ) Kullanım İzni	114
Ek-10. Vicdan Algısı Ölçeği (VAÖ) Kullanım İzni	115
ÖZGEÇMİŞ	116

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa

Şekil 2.1.	Basınç Ülseri Evreleme ve Sınıflandırma Sistemi.....	13
Şekil 2.2.	Braden Ölçeği'nin Kavramsal Yapısı.	22
Şekil 2.3.	Risk Değerlendirmesi Temelli SSKIN Bakım Paketi Akışı.	26
Şekil 2.4.	Bilgi–Tutum–Uygulama (KAP) Açığı.....	31
Şekil 2.5.	Bilgi, Tutum ve Mesleki Vicdan Algısı Arasındaki İlişkilere Yönelik Kavramsal Çerçeve	35

TABLolar LİSTESİ

Sayfa

Tablo 3.1.	Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler	41
Tablo 3.2.	Çalışmada Yer Alan Sürekli Değişkenlere Ait Normal Dağılım Tablosu ..	42
Tablo 3.3.	İç Tutarlılık Katsayıları	42
Tablo 4.1.	Hemşirelik Öğrencilerinin Tanıtıcı Özellikleri (n=302)	45
Tablo 4.2.	Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı (n=302).....	48
Tablo 4.3.	Tanıtıcı Özelliklere Göre Basınç Ülseri Önlemede Bilgi Değerlendirme Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması	50
Tablo 4.4.	Tanıtıcı Özelliklere Göre Basınç Ülserini Önlemeye Yönelik Tutum Ölçeği Toplam Puanlarının Karşılaştırılması	58
Tablo 4.5.	Tanıtıcı Özelliklere Göre Vicdan Algısı Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması	61
Tablo 4.6.	Ölçekler ile Alt Boyutlarından Alınan Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki (n=302).....	65

SİMGELELER ve KISALTMALAR

Simgeler

F	Varyans Analizi Test Değeri
n	Örneklem Büyüklüğü
p	Anlamlılık Düzeyi
r	Korelasyon Katsayısı
SS	Standart Sapma
$\bar{X}$	Aritmetik Ortalama
α	Cronbach Alpha Katsayısı

Kısaltmalar

ANOVA	Tek Yönlü Varyans Analizi
APuP	Attitude towards Pressure Ulcer Prevention Instrument
BGOF	Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu
BÜÖYTÖ	Basınç Ülserlerini Önlemeye Yönelik Tutum Ölçeği
CMS	Centers for Medicare and Medicaid Services
EPUAP	European Pressure Ulcer Advisory Panel
GBD	Global Burden of Disease
GNO	Genel Not Ortalaması
ICD	International Classification of Diseases
KAP	Bilgi, Tutum ve Uygulama (Knowledge, Attitude, Practice)
KR-20	Kuder-Richardson 20
LSD	En Küçük Anlamlı Fark Testi
NPIAP	National Pressure Injury Advisory Panel
NPUAP	National Pressure Ulcer Advisory Panel
PPPIA	Pan Pacific Pressure Injury Alliance
PUKAT	Pressure Ulcer Knowledge Assessment Tool
PUPKAI-T	Basınç Ülseri Önlemede Bilgi Değerlendirme Ölçeği
SPIPP	Standardized Pressure Injury Prevention Protocol
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SSKIN	Surface, Skin Inspection, Keep Moving, Incontinence, Nutrition
VAÖ	Vicdan Algısı Ölçeği
YOİHD	Yara Ostomi İnkontinans Hemşireleri Derneği

1. GİRİŞ

Basınç ülserleri (basınç yaralanmaları), deri ve deri altı yumuşak dokuda gelişen lokal hasarlardır. Bu hasarlar çoğunlukla kemik çıkıntıları üzerinde ya da tıbbi cihazların temas ettiği bölgelerde görülür ve uzun süreli ya da yoğun basınç ile yırtılma kuvvetinin etkisiyle gelişmektedir (EPUAP, NPIAP ve PPPIA, 2019; Mervis ve Phillips, 2019). Basınç ülserleri önlenabilir nitelikte olmasına karşın, hastanede yatan erişkinlerde en sık görülen istenmeyen klinik durumlardan biridir. Aynı zamanda hemşirelik bakım kalitesi göstergesi olarak kabul edilmektedir (Li ve ark., 2020; Öner ve ark., 2025).

Hastane temelli meta-analizlerde basınç ülseri prevalansı %12.8 olarak bildirilmiştir (Li ve ark., 2020). Basınç ülserleri, kanser ve kardiyovasküler hastalıklardan sonra en maliyetli üçüncü hastalık grubudur (Afzali Borojeny ve ark., 2020). Türkiye'de yürütülen çalışmalar da benzer bir tablo ortaya koymaktadır; hastane geneli prevalansın yaklaşık %11-14 aralığında değiştiği raporlanmaktadır (Ateşgöz ve ark., 2022; Dalkılıç ve ark., 2025; İnan ve Öztunç, 2012). Küresel nüfusun hızla yaşlanması, bu yükün önümüzdeki dönemde daha da artacağına işaret etmektedir (Lan ve ark., 2025). T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü'nün Verimlilik Yerinde Değerlendirme Rehberi'nde bası yarası ayrı bir başlık altında ele alınmaktadır. Rehberde yoğun bakım hizmetleri için standart bir risk değerlendirme ölçeğinin (Braden, Norton, Waterlow) kullanılması zorunlu tutulmaktadır. Ayrıca yaranın yeri, evresi ve büyüklüğünün kayıt altına alınması ile hastaların en az iki saat aralıkla pozisyonunun değiştirilip kaydedilmesi istenmektedir. Palyatif bakım birimlerinde ise bası yarası gelişen hasta sayısı, aylık olarak izlenmesi gereken yönetici göstergeleri arasında yer almaktadır. Bu düzenleme, basınç ülserinin ülkemizde de hastane bakım kalitesi göstergesi olarak izlendiğini göstermektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019).

Basınç ülserlerinin önlenmesi, hemşirelik mesleğinin temel sorumluluk alanları arasında yer almaktadır (Atabek Aştı ve Karadağ, 2012; Pott ve ark., 2023). Risk değerlendirmesi, cilt bakımı, düzenli pozisyon değişimi ve beslenme desteği gibi kanıta dayalı girişimlerin sistematik biçimde uygulanması, basınç ülseri insidansını anlamlı düzeyde azaltmaktadır

(Chaboyer ve ark., 2024; Karadağ ve Göçmen Baykara, 2024). Bununla birlikte bu girişimlerin etkinliği, büyük ölçüde hemşirelerin ve geleceğin hemşireleri olan öğrencilerin bilgi ve tutum düzeyleriyle ilişkilidir (EPUAP, NPIAP ve PPPIA, 2019).

Basınç ülseri önlemeye yönelik bilgi düzeyini değerlendiren araştırmalar; hem hemşirelerin hem de hemşirelik öğrencilerinin bilgi düzeylerinin çoğunlukla istendik düzeyde olmadığını göstermektedir (Beeckman ve ark., 2011; Simonetti ve ark., 2015). Türkiye'de yürütülen çalışmalar da benzer sonuçlara sahiptir; öğrencilerin ve hemşirelerin bilgi puanlarının düşük seyrettiği saptanmıştır (Dağ Sucu ve Fırat Kılıç, 2022; Gül ve ark., 2017; Kır Bıçer, 2021; Kısacık ve Sönmez, 2020). Bu durum, basınç ülseri içeriğinin lisans eğitiminde gözden geçirilmesi gereksinimini ortaya çıkarmaktadır (Daibes ve ark., 2024). Aynı zamanda bu eğitsel gereksinimin öğrencilerin basınç ülserini önlemeye yönelik tutumlarıyla olan ilişkisinin de ortaya konulması gerekmektedir.

Tutum, kanıta dayalı bir uygulamanın klinik sahaya aktarılmasında belirleyici unsurlardan biridir (Beeckman ve ark., 2010a). Literatürde, bilgi düzeyi istendik düzeyde olmasa dahi hemşirelik öğrencilerinin basınç ülseri önlemeye yönelik tutumlarının çoğunlukla olumlu olduğu bildirilmektedir. Bu durum, tutumun bilgi düzeyinden görece bağımsız geliştiğini düşündürmektedir (Hammad ve ark., 2024; Kısacık ve Sönmez, 2020; Usher ve ark., 2018). Ancak olumlu tutum tek başına yeterli değildir; klinik etkililik, tutumun bilgiyle bütünleşmesiyle sağlanmaktadır (Asiri ve ark., 2025).

Hemşirelik bakımı yalnızca bilgi ve beceriyi değil; aynı zamanda mesleğin ahlaki temelini de gerektirmektedir (Dinç, 2009). Mesleğin ahlaki temelinde yer alan vicdan, bireyin eylemlerinin doğruluğunu sürekli değerlendirdiği içsel bir farkındalık alanı olarak kabul edilmektedir (Lamb ve ark., 2019). Bireyin vicdanıyla kurduğu ilişkiyi ölçülebilir kılan vicdan algısı kavramı ise hemşirenin mesleki davranışını yönlendiren çok boyutlu bir yapı olarak tanımlanmaktadır (Aksoy ve ark., 2019; Yıldırım ve ark., 2022). Nitekim mesleki vicdanın, bakımın niteliğini ve hemşirenin bireyselleştirilmiş bakım sunma kapasitesini doğrudan etkilediği gösterilmiştir (Yıldırım ve ark., 2022).

Literatürde hemşirelik öğrencilerinin basınç ülseri önlemeye yönelik bilgi ve tutumlarının birlikte incelendiği pek çok çalışma bulunmakla birlikte (Dağ Sucu ve Fırat Kılıç, 2022; Hammad ve ark., 2024), bu iki bileşene mesleki vicdanın eklendiği bütüncül

değerlendirmeler oldukça sınırlıdır. Oysa basınç ülserini önleme yetkinliği yalnızca bilgiye dayalı değildir; hemşirenin mesleki vicdanıyla şekillenen etik bir boyut da içermektedir. Bu nedenle bilgi, tutum ve mesleki vicdan algısının bir arada ele alınması, hem hemşirelik eğitimi hem de bakım kalitesi açısından özgün bir katkı sunacaktır.

Bu araştırma, hemşirelik öğrencilerinin basınç ülserlerini önlemeye yönelik bilgi, tutum ve vicdan algıları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Bu doğrultuda araştırmanın soruları:

1. Hemşirelik öğrencilerinin basınç ülseri önlemeye yönelik bilgi düzeyi nedir?
2. Hemşirelik öğrencilerinin basınç ülseri önlemeye yönelik tutumları ne düzeydedir?
3. Hemşirelik öğrencilerinin mesleki vicdan algısı ne düzeydedir?
4. Hemşirelik öğrencilerinin bilgi düzeyi ile basınç ülseri önlemeye yönelik tutumları arasında ilişki var mıdır?
5. Hemşirelik öğrencilerinin bilgi düzeyi ile mesleki vicdan algısı arasında ilişki var mıdır?
6. Hemşirelik öğrencilerinin basınç ülseri önlemeye yönelik tutumları ile mesleki vicdan algısı arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Basınç Ülserleri

2.1.1. Tanımı ve Etiyolojisi

Basınç ülserleri, hareketsizliğe bağlı doku hasarı olarak tıp tarihinin erken dönemlerinden beri bilinmektedir (Mervis ve Phillips, 2019). Bu ülserlerin önlenabilir bir bakım sorunu olarak sistematik biçimde ele alınması ise daha yeni bir yaklaşımdır. On dokuzuncu yüzyılda Paget ve Charcot'nun klinik gözlemleri sürecin temel özelliklerini tarif etmiştir. Bu ülserlerin hem önlenabilir hem de tedavi edilebilir olduğu görüşü ise özellikle Birinci Dünya Savaşı sonrasında, hemşirelik bakımının profesyonelleşmesiyle yerleşmiştir (Mervis ve Phillips, 2019). Lezyonu adlandırmak için uzun süre kullanılan ve Latince “yatmak” kökünden türeyen “dekübit ülseri” terimi, hasarı yalnızca yatış pozisyonuyla ilişkilendirdiği için zamanla yetersiz bulunmuştur. 2016 yılında Ulusal Basınç Ülseri Danışma Paneli (NPUAP) terminolojisini güncellemiştir. Panel, deri bütünlüğünün henüz korunduğu erken evre hasarları da kapsayacak şekilde “basınç yaralanması” terimini benimsemiş; adı da Ulusal Basınç Yaralanması Danışma Paneli (NPIAP) olarak değiştirilmiştir (Edsberg ve ark., 2016). Bu terminolojik güncelleme Türkiye'deki hemşirelik literatürüne de yansımış; NPUAP evreleme sisteminin resmî Türkçe çevirisi Yara Ostomi İnkontinans Hemşireleri Derneği (YOİHD, 2017) tarafından yayımlanmış ve “basınç yaralanması” terimi ulusal hemşirelik kaynaklarında da kullanılmaya başlanmıştır (Kaptan ve Pamuk Cebeci, 2024; Karadağ ve Göçmen Baykara, 2024).

Güncel uluslararası kılavuz basınç yaralanmasını şu şekilde tanımlar: “Basınç yaralanması; genellikle bir kemik çıkıntısı üzerinde ya da bir tıbbi cihaz veya başka bir araçla ilişkili olarak ortaya çıkan, deri ve/veya altındaki yumuşak dokuda görülen lokalize bir hasardır. Bu hasar, yoğun ve/veya uzun süreli basınç ya da basıncın yırtılma kuvvetiyle birleşmesi sonucu gelişir” (EPUAP, NPIAP ve PPPIA, 2019). Aynı tanım Türkiye'deki hemşirelik literatüründe de benimsenmiş; basınç yaralanması, basınç ile sürtünme ve yırtılma kuvvetlerinin ortak etkisi sonucu deri ve deri altı dokuda gelişen

lokalize doku hasarı olarak tanımlanmıştır (Kaptan ve Pamuk Cebeci, 2024). Karadağ (2003) basınç ülserini değerlendirme, önleme ve tedavi boyutlarıyla bütüncül biçimde ele alan kapsamlı bir derleme sunmuş; Atabek Aştı ve Karadağ (2012) ise Hemşirelik Esasları'nda basınç yaralanmasını doku bütünlüğünün korunmasıyla doğrudan ilişkili, hemşirelik bakımına duyarlı bir sonuç göstergesi olarak konumlandırmıştır. Yaralanmanın önlenmesi büyük ölçüde hemşirelik girişimlerinin niteliğine bağlı olduğundan, basınç yaralanması yalnızca bir cilt sorunu değil, aynı zamanda verilen bakımın kalitesini doğrudan yansıtan bir ölçüttür (Karadağ, 2003; Şengül ve Karadağ, 2020).

Basınç ülserlerini tek bir nedene bağlamak yanıltıcıdır; çünkü yaralanma, birbirini güçlendiren dışsal ve içsel etkenlerin eş zamanlı etkileşiminden doğar (Coleman ve ark., 2014; EPUAP, NPIAP ve PPPIA, 2019; Karadağ, 2003). Dışsal etkenlerin başında, hasarı doğrudan başlatan mekanik basınç gelir. Sürtünme, yırtılma kuvveti ve uzun süreli nem teması ise hasarı hızlandıran ikincil etkenlerdir. İçsel etkenler arasında yer alan yetersiz beslenme, anemi ve mikrosirkülasyonu bozan damar işlev kayıpları ise dokunun basınca dayanıklılığını azaltır. Hemşirelik literatüründe en sık bildirilen risk faktörleri hareket kısıtlılığı, deri nemi, beslenme yetersizliği ve duyuşsal algı kaybıdır. İleri yaş, diyabet, periferik damar hastalığı ve inkontinans bu riski belirgin biçimde artırmaktadır (Atabek Aştı ve Karadağ, 2012; Coleman ve ark., 2013; Karadağ, 2003; Mervis ve Phillips, 2019). Risk faktörlerine ilişkin kapsamlı bir sistematik derlemede hareketsizlik, deri/basınç ülseri durumu ve doku perfüzyonu en tutarlı belirleyiciler olarak öne çıkmıştır (Coleman ve ark., 2013).

Patofizyolojik düzeyde basınç ülserinin ortak paydası, doku perfüzyonunun bozulması ve buna bağlı gelişen iskemidir (Karadağ, 2003; Karadağ ve Göçmen Baykara, 2024; Mervis ve Phillips, 2019). Hareketi ve duyusu korunmuş bireylerde uzun süreli basınç, ağrı ve rahatsızlık yaratarak kişiyi konum değiştirmeye yöneltten doğal bir uyarı sağlar; bu koruyucu yanıtın baskılandığı durumlarda doku hasarı gelişme riski artar (Karadağ, 2003; Mervis ve Phillips, 2019). Dokuya uygulanan dış basınç kapiller dolaşımı durduracak düzeye ulaştığında bölgede önce hipoksi, ardından metabolik atık ürünlerin birikmesi ve nihayetinde nekroz gelişir (EPUAP, NPIAP ve PPPIA, 2019; Mervis ve Phillips, 2019). Ayrıca güncel kanıtlar hasarın yalnızca iskeleyle değil, sürdürülen mekanik

deformasyonun hücre düzeyinde dakikalar içinde başlattığı doğrudan zedelenmeyle de ilişkili olduğunu göstermektedir (Gefen ve ark., 2022). İskemik dönemin ardından kan akımının yeniden kurulması da reperfüzyon hasarı yoluyla reaktif oksijen türlerinin açığa çıkmasına ve inflamatuvar yanıtın şiddetlenmesine yol açarak mevcut hasarı derinleştirir (Mervis ve Phillips, 2019).

Basınç, doku katmanları arasında türdeş biçimde dağılmaz. Kemik ile kas arasındaki arayüzde yoğunlaşan kuvvet, derin dokularda hasarı yüzeysel katmanlara kıyasla daha erken başlatır; bunun nedeni, derin yumuşak dokunun yüksek mekanik deformasyona en duyarlı bölge olmasıdır (Gefen ve ark., 2022; Karadağ, 2003; Karadağ ve Göçmen Baykara, 2024). Hipoksiye en duyarlı doku kas olduğu için deri bütünlüğü korunmuş olsa bile yüzeyin altında hasar gelişmiş olabilir. Bu nedenle solmayan eritem gibi erken dönem bulguları dikkatle değerlendirilmelidir (Edsberg ve ark., 2016; Mervis ve Phillips, 2019). Eğimli yatış pozisyonunda ortaya çıkan yırtılma kuvvetleri, deri yerinde kalırken alttaki kas ve kemik dokusunun kaymasıyla küçük damarları gererek bağımsız bir hasar mekanizması oluşturur. Terleme veya inkontinansa bağlı uzun süreli nem ise epidermisin mekanik direncini düşürerek dokuyu sürtünme ve basınca karşı daha savunmasız bırakır (EPUAP, NPIAP ve PPPIA, 2019; Karadağ, 2003; Mervis ve Phillips, 2019).

Özetle basınç ülserleri; mekanik, vasküler, metabolik ve sistemik etkenlerin bir arada işlediği, tek bir nedene indirgenemeyen çok etkenli bir etiyopatogeneze sahiptir. Bu etkenlerin birbirini nasıl güçlendirdiğini kavramak, risk altındaki bireylerin erken dönemde belirlenmesi ve bireye özgü önleyici girişimlerin zamanında başlatılması için temel bir bilgi zemini sağlar (Coleman ve ark., 2014; Gefen ve ark., 2022; Karadağ, 2003). Dolayısıyla etiyolojinin doğru anlaşılması, hemşirelik bakımının önleyici ve kanıta dayalı biçimde planlanabilmesinin ön koşuludur (Atabek Aştı ve Karadağ, 2012; Karadağ, 2003; Şengül ve Karadağ, 2020).

2.1.2. Görülme Sıklığı ve Maliyeti

Basınç ülserleri, hastanede yatan erişkinlerde en sık karşılaşılan istenmeyen olaylardan biridir. Bireyin yaşam kalitesine verdiği zararın yanı sıra sağlık sistemine getirdiği yük nedeniyle de öncelikli bir hasta güvenliği sorunu sayılır (Li ve ark., 2020). Ocak 2008–Aralık 2018 dönemini kapsayan ve 2.579.049 hastayı içeren bir sistematik derleme ve

meta-analizde havuzlanmış prevalans %12.8 (%95 GA: 11.8–13.9), hastanede kazanılmış basınç ülseri oranı ise %8.4 (%95 GA: 7.6–9.3) olarak hesaplanmıştır (Li ve ark., 2020). Farklı servisleri karşılaştıran başka bir meta-analizde de hastane genelinde insidans %12 (%95 GA: 10–14) bulunmuştur (Afzali Borojeny ve ark., 2020). Bu veriler, yatan her on erişkin hastadan birinden fazlasının yatış süreci boyunca basınç ülseriyle karşılaştığını göstermektedir.

Son otuz yıllık veriler incelendiğinde yaşa standardize insidans ve mortalite hızlarının görece gerilediği görülmektedir. Buna karşın mutlak vaka ve ölüm sayıları, demografik büyüme ve yaşlanmaya bağlı olarak artmayı sürdürmektedir (Lan ve ark., 2025). Küresel Hastalık Yüğü (GBD) verilerine dayanan analizler, basınç ülseri vakalarının özellikle 60 yaş ve üzeri bireylerde yoğunlaştığını ortaya koyar; hızla yaşlanan dünya nüfusu düşünüldüğünde sorunun önümüzdeki yıllarda daha da ağırlaşması beklenir (Lan ve ark., 2025). Standardize hızlardaki sınırlı iyileşme, epidemiyolojik yükteki gerçek artışı gizlememektedir.

Görülme sıklığı klinik ortama göre belirgin biçimde değişir. Servisler arası karşılaştırmada en yüksek risk ortopedi (%18.5), onkoloji (%14.5) ve yoğun bakım (%13.7) birimlerinde bildirilmiştir (Afzali Borojeny ve ark., 2020). Erzurum'da yürütülen kesitsel çalışmada prevalans yoğun bakımda %35.3, dahiliye kliniklerinde %10.1, cerrahi kliniklerinde %7.1 bulunmuştur (Kaşıkçı ve ark., 2018). Yoğun bakım, hem yüksek prevalansı hem de geniş hasta kitlesi nedeniyle önleme kaynaklarının önceliklendirilmesi gereken bir alandır. Risk yalnızca hastane ortamıyla da sınırlı değildir; bakım evlerinde yaşayan yaşlılarda herhangi bir evredeki prevalans %11.6 (%95 GA: 9.6–13.7), kümülatif insidans ise %14.3 (%95 GA: 5.5–26.2) olarak ölçülmüş olup bu oranlar hastane verileriyle benzerdir (Sugathapala ve ark., 2023). Bu durum, sistematik önleme yaklaşımlarının yalnızca belirli bir birimi değil, tüm bakım ortamlarını kapsaması gerektiğine işaret eder.

Türkiye'ye özgü çalışmalar da sorunun ulusal ölçekteki önemini ortaya koymaktadır. Karadağ ve Gümüşkaya (2006), cerrahi hastalarla yürüttükleri çalışmada hastaların yarısından fazlasında ameliyatla ilişkili erken evre basınç ülseri geliştiğini ve bu yaralanmaların büyük bölümünün ilk üç gün içinde ortaya çıktığını saptamıştır. İnan ve Öztunç (2012), bir üniversite hastanesindeki nokta prevalans çalışmasıyla Türkiye'de bu

alandaki öncü verilerden birini sunmuştur. Daha güncel olarak Ateşgöz ve arkadaşları (2022), bir eğitim ve araştırma hastanesinde 369 hastayla yürüttükleri nokta prevalans çalışmasında genel prevalansı %14.4, hastane kaynaklı prevalansı %8.94 olarak belirlemiş; yaraların en sık Evre II'de (%41.5) ve sakral bölgede (%34) görüldüğünü bildirmiştir. Çok merkezli veriler de benzer bir tabloya işaret etmektedir; Bursa'da 1.548 hastanın incelendiği nokta prevalans çalışmasında prevalans %11.43 olarak saptanmıştır (Sayan ve ark., 2020). Aynı Erzurum çalışmasında genel prevalans %12.7, Evre I dışlandığında %6.7 olarak bildirilmiştir (Kaşıkçı ve ark., 2018). Basınç yarası oranı, Sağlıkta Kalite Standartları kapsamında hastane geneli ve yoğun bakım için zorunlu kalite göstergesidir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2024). Bu bulgular, Türkiye'deki tablonun uluslararası verilerle uyumlu biçimde önemli bir hasta güvenliği sorununu yansıttığını göstermektedir.

Basınç ülserlerinin yükü ekonomik göstergelerle de somutlaşmaktadır. Maliyeti artıran temel etmen yalnızca malzeme harcamaları değildir; uzayan yatış süreleri, eşlik eden komplikasyonlar ve gerekli ek girişimler de tabloyu ağırlaştırır (Afzali Borojeny ve ark., 2020). Amerika Birleşik Devletleri'nde yalnızca hastanede kazanılmış basınç ülserlerinin yıllık maliyetinin 26.8 milyar doları aştığı ve bu tutarın yarısından fazlasının ileri evre (Evre III–IV) yara tedavisine ayrıldığı hesaplanmıştır (Padula ve Delarmente, 2019). Maliyetin yara şiddetiyle birlikte katlanarak artması, önlemeye yönelik erken yatırımların tedavi odaklı yaklaşımlara kıyasla hem klinik hem de ekonomik açıdan daha avantajlı olduğunu düşündürür (Afzali Borojeny ve ark., 2020; Padula ve Delarmente, 2019). Türkiye'ye ilişkin maliyet verileri de benzer bir eğilim ortaya koymaktadır; konvansiyonel ve modern yara bakımı yaklaşımlarının karşılaştırıldığı maliyet etkililik analizinde vaka başına ortalama tedavi maliyeti yaklaşık 4.615 ABD doları, ulusal düzeydeki tahmini yıllık yük ise yaklaşık 1.4 milyar ABD doları olarak hesaplanmıştır (Gencer ve ark., 2019). Türkiye'ye özgü maliyet verisi tek merkezli tek bir analize dayandığından ulusal ölçekte güncel maliyet çalışmalarına gereksinim sürmektedir.

Doğrudan tedavi giderlerinin ötesinde, basınç ülserlerinin dolaylı maliyetleri de giderek daha fazla dikkat çekmektedir. Bireyin üretkenliği ve bakım verenler üzerindeki ekonomik etkinin yanı sıra, fiziksel kısıtlılık ve ağrıya bağlı yaşam kalitesi kaybı; ruh sağlığı, sosyal işlevsellik ve günlük yaşam aktivitelerine yansıyan geniş bir etki alanı

doğurur (Roussou ve ark., 2023). Basınç ülserleri ayrıca hemşirelik iş yükünü artırarak bakım kalitesini ve personel verimliliğini olumsuz etkiler (Afzali Borojeny ve ark., 2020).

Görülme sıklığı, mortalite, ortama özgü insidans, demografik projeksiyonlar ve ekonomik yük bir bütün olarak ele alındığında, basınç ülserlerinin giderek büyüyen bir sağlık sorunu olduğu açıkça görülmektedir (Lan ve ark., 2025; Li ve ark., 2020). Nüfusun yaşlanması ve kronik hastalık yükünün artması, bu eğilimin kendiliğinden gerilemesini olası kılmamaktadır. Bu yüzden kanıta dayalı önleme stratejilerinin geliştirilmesi, kaynakların bu alana yeterince ayrılması ve hemşirelerin bu alanda yetkinleştirilmesi; hem bireysel hem de sistemik düzeyde sürdürülebilir bir çözümün temelidir (Afzali Borojeny ve ark., 2020; Li ve ark., 2020).

2.1.3. Sınıflandırılması

Basınç ülserleri, deri ve yumuşak dokudaki hasarın derinliğine ve yaygınlığına göre sistematik biçimde sınıflandırılır (EPUAP, NPIAP ve PPPIA, 2019; Karadağ ve Göçmen Baykara, 2024). Sınıflandırmanın amacı, doku kaybını klinik gözleme dayalı olarak derecelendirmek, tedavi planını yönlendirmek ve epidemiyolojik karşılaştırmalar için ortak bir dil kurmaktır. Böylece prevalans/insidans çalışmaları ile kalite göstergeleri tutarlı biçimde izlenebilir (Kottner ve ark., 2020). Doğru sınıflandırma, uygun hemşirelik bakım planının oluşturulmasına ve yaranın evreler arası ilerlemesinin önlenmesine doğrudan katkı sağlar. Ayrıca klinik karar verme, hasta güvenliği göstergelerinin izlenmesi ve kodlama ile geri ödeme süreçleri açısından da temel bir araçtır (EPUAP, NPIAP ve PPPIA, 2019; Kottner ve ark., 2020).

Günümüz sınıflandırma sistemlerinin kökeni 20. yüzyılın ortalarına uzanır. Kottner ve arkadaşlarının (2020) tarihsel değerlendirmesine göre Groth, 1942 yılında basınç yaralarını yüzeysel abrazyon benzeri ve sağlam deri altındaki derin nekrotik ülserler olmak üzere iki grupta tanımlamıştır. Guttman 1955'te patogeneze dayalı üç aşamalı, Shea ise 1975'te yumuşak doku fizyopatolojisine dayanan dört dereceli bir sistem geliştirmiştir (Kottner ve ark., 2020). Modern sistemlerin temeli, 1988 yılında Uluslararası Enterostomal Terapi Derneği'nin görünür klinik belirtileri ve en derin anatomik sınırı esas alan dört kategorili sınıflandırmasıyla atılmıştır (Kottner ve ark., 2020).

Sonraki yıllarda hasarın yalnızca yüzeyden derine değil, sağlam deri altındaki derin yumuşak dokularda başlayıp yüzeye doğru da ilerleyebileceği gösterilmiştir (Kottner ve ark., 2020; Mervis ve Phillips, 2019). Bu çok yönlü ilerleyiş anlayışının somut bir yansıması olarak NPUAP, 2007 yılında sınıflandırmaya “şüpheli derin doku yaralanması” kategorisini eklemiş ve hasarın hem yüzeyden derine (outside-in) hem de derinden yüzeye (inside-out) ilerleyebileceğine ilişkin kavramsal çerçeveyi kurumsallaştırmıştır (Kottner ve ark., 2020).

Günümüzde en yaygın kullanılan üç sistem şunlardır: EPUAP, NPIAP ve PPPIA iş birliğiyle hazırlanan Uluslararası Sınıflandırma (2009, 2014 ve 2019 baskıları), NPIAP’ın 2016’da revize ettiği evreleme sistemi ve Dünya Sağlık Örgütü’nün ICD-11 (2018) sınıflandırmasıdır (Edsberg ve ark., 2016; EPUAP, NPIAP ve PPPIA, 2019; Kottner ve ark., 2020). Sistemler arasında terminoloji ve ayrıntı düzeyinde farklılıklar bulunsa da kavramsal içerikleri büyük ölçüde örtüşür; mevcut kanıtlar hiçbir sistemin diğerine üstünlüğünü desteklemez (Kottner ve ark., 2020). Önemli bir terminolojik dönüşüm olarak 2016’da NPUAP, açık yara görünümü taşımayan tabloları daha isabetli adlandırmak amacıyla “basınç ülseri (pressure ulcer)” yerine “basınç yarası (pressure injury)” terimini önermiştir (Edsberg ve ark., 2016). Bununla birlikte bu değişiklik uluslararası alan yazında tümüyle benimsenmemiştir; CMS, ICD-10 ve birçok kuruluş “ülser” terimini kullanmayı sürdürmektedir (Gould ve ark., 2024).

EPUAP, NPIAP ve PPPIA (2019) kılavuzu temel alındığında basınç ülserleri altı kategoride ele alınır: Kategori/Evre I, II, III, IV; Evrelendirilemeyen Basınç Yarası ve Derin Doku Basınç Yarası. Türkiye’deki hemşirelik literatüründe evreler örnek görseller eşliğinde tanıtılmakta ve NPIAP’ın 2016 güncellemesiyle sınıflandırmaya tıbbi cihazla ilişkili basınç yaralanması ile mukozal membran basınç yaralanmasının eklendiği, "şüpheli" ifadesinin ise derin doku hasarı tanımından çıkarıldığı bildirilmektedir (Kaptan ve Pamuk Cebeci, 2024). Türkiye’de iki eğitim ve araştırma hastanesinin yoğun bakım ünitelerinde 102 hastayla yürütülen nokta prevalans çalışmasında evrelendirme standart bir Basınç Yaralanması Evrelendirme Formu ile yapılmış ve tıbbi cihazla ilişkili yaralanmalar ayrı olarak kaydedilmiştir (Pamuk Cebeci ve ark., 2024). Sınıflandırmanın NPUAP izniyle hazırlanmış Türkçe çevirisi, ulusal hemşirelik uygulamasında evreleme ölçütü olarak kullanılmaktadır (YOİHD, 2017); aynı ölçütler Türkçe derleme

literatüründe de evre tanımları biçiminde aktarılmaktadır (Orhan, 2017). İyi uygulama açısından, tanı ve belgilemede geçerliliği kabul edilmiş bir sistemin kullanılması ve sınıflandırmadan sorumlu sağlık profesyonelleri arasında klinik görüş birliğinin sağlanması önerilir (EPUAP, NPIAP ve PPPIA, 2019).

Kategori/Evre I — Basmakla solmayan eritem

Bu evrede deri bütünlüğü henüz korunur; lokalize bir alanda, çoğunlukla bir kemik çıkıntısı üzerinde, bastırmakla açılmayan (solmayan) kızarıklıkla tanınır (Karadağ ve Göçmen Baykara, 2024). Koyu ten renginde renk değişikliği her zaman belirgin olmayabileceğinden, çevre dokuya göre ısı farkı, sertlik veya ağrı gibi bulgular değerlendirmede öne çıkar. Koyu pigmentli ciltte eritemli alanların ayırt edilmesi güçleştiğinden Kategori/Evre I yaralanmalar gözden kaçabilmekte; bu nedenle deri sıcaklığının ve subepidermal nemin değerlendirilmesi önerilmektedir (Kaptan ve Pamuk Cebeci, 2024). Hemşirelik açısından bu görünüm, ilerlemiş evrelerin habercisi sayılan erken bir uyarı bulgusudur (EPUAP, NPIAP ve PPPIA, 2019). Hastanede yatan erişkinlerde en sık karşılaşılan evre olması (%43.5), bu aşamada başlatılan önlemlerin önleyici değerine de işaret etmektedir (Li ve ark., 2020).

Kategori/Evre II — Kısmi kalınlıkta deri kaybı

Kısmi kalınlıkta kayıpla seyreden bu evrede dermis açığa çıkar ve yara yatağı kırmızı-pembe, nemli bir görünüm alır; kimi zaman sağlam ya da patlamış, seröz sıvı dolu bir kabarcık biçiminde de görülür (EPUAP, NPIAP ve PPPIA, 2019). Yağ dokusu ve daha derin yapılar henüz görünür değildir. Klinikte karışabilen ama bu kategoriye dâhil edilmemesi gereken tablolar arasında deri yırtıkları, inkontinansla ilişkili dermatit, tıbbi yapışkana bağlı yaralanmalar (MARSI) ve nemle ilişkili deri hasarları (MASD) yer alır (Avşar ve Karadağ, 2018; EPUAP, NPIAP ve PPPIA, 2019). Evre I ile birlikte yüzeysel yaralanmaların tüm olguların yarısından fazlasını oluşturması (Evre II için yaklaşık %28), erken değerlendirmenin önemini pekiştirir (Li ve ark., 2020).

Kategori/Evre III — Tam kalınlıkta deri kaybı

Bu evrede deri tüm kalınlığıyla kaybedilmiştir; subkütan yağ dokusu görülebilir, ancak kemik, tendon ve kas henüz açıkta değildir. Yara yatağında fibrinli doku (slough)

bulunabilir; bu doku kaybın gerçek derinliğini gizlemediği sürece evreleme Evre III olarak korunur. Yara kenarı altında oyuklaşma (undermining) ve tünelleşme eşlik edebilir. Derinlik anatomik bölgeye göre değişir: subkütan dokunun ince olduğu kulak, oksiput ve malleol gibi bölgelerde yara sık kalırken, yağ dokusunun yoğun olduğu bölgelerde belirgin biçimde derinleşebilir (EPUAP, NPIAP ve PPPIA, 2019; Karadağ ve Göçmen Baykara, 2024).

Kategori/Evre IV — Tam kalınlıkta deri ve doku kaybı

En ileri evre olan bu tabloda kayıp; kas, tendon, bağ, kıkırdak ya da kemiği açığa çıkaracak veya doğrudan elle hissedilebilir kılacak ölçüde derindir. Yara yatağının bir bölümü slough ve/veya kabuklaşmış ölü dokuyla (eschar) örtülü olabilir; oyuklaşma, tünelleşme ve kenarların içe kıvrılması (epibol) sık görülür, osteomyelit riski de ciddidir (EPUAP, NPIAP ve PPPIA, 2019; Orhan, 2017). Klinik ve ekonomik yükün evreyle birlikte ağırlaşması, Amerika Birleşik Devletleri’nde hastane kaynaklı yaralanma maliyetinin yarısından fazlasının Evre III–IV tedavisinden kaynaklanmasıyla da somutlaşır (Padula ve Delarmente, 2019).

Evrelendirilemeyen Basınç Yarası — Gizlenmiş tam kalınlıkta doku kaybı

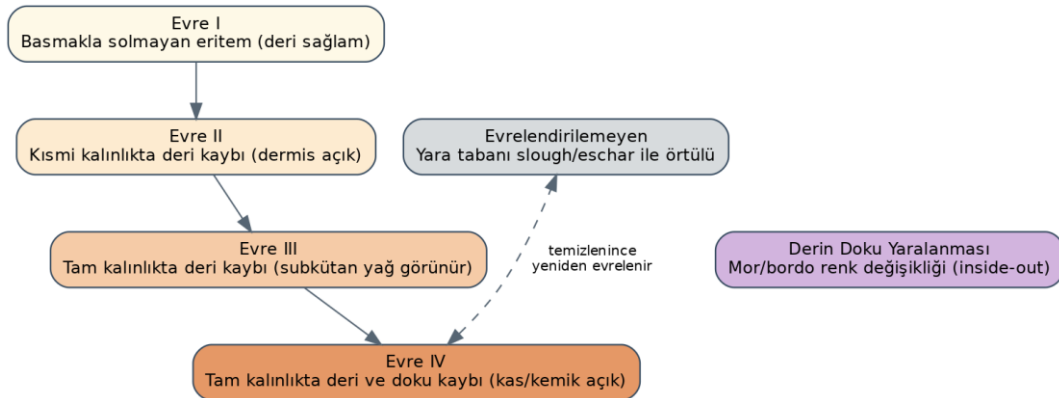
Bu kategori, yara tabanının slough ya da eschar ile örtülü olması nedeniyle gerçek derinliğin görülemediği tam kalınlıkta kayıpları kapsar; ölü doku uzaklaştırıldığında yara, asıl derinliğine göre Evre III veya IV olarak yeniden sınıflandırılır. Önemli bir istisna, topuk ya da iskemik ekstremitedeki stabil, kuru, yapışık ve eritem veya dalgalanma göstermeyen eschardır; bu doku “vücudun doğal biyolojik örtüsü” işlevi gördüğünden yumuşatılmamalı ya da kaldırılmamalıdır (EPUAP, NPIAP ve PPPIA, 2019).

Derin Doku Basınç Yarası

Bu evre, basınç ve/veya makaslamanın alttaki yumuşak dokuda yarattığı, deriden başlamayan derin hasarı yansıtır; mor-bordo renk değişikliği, kan dolu bir kabarcık ya da koyu renkli yara yatağıyla kendini gösterir. Renk değişiminden önce çoğu kez ağrı ve ısı farkı ortaya çıkar; koyu ten renginde erken tanı güçleşir. “Derinden yüzeye” (inside-out) ilerleyiş modelini temsil eden bu kategori 2007’de sınıflamaya eklenmiştir (EPUAP, NPIAP ve PPPIA, 2019; Kottner ve ark., 2020). Optimal bakıma karşın hızla ilerleyip

Evre III/IV ya da evrelendirilemeyen bir yaraya dönüşebilir (EPUAP, NPIAP ve PPPIA, 2019). Yaşam sonu ve kritik hastalardaki cilt bütünlüğü bozulmaları ise çoğunlukla önlenemez “cilt yetmezliği” kapsamında değerlendirilir; ancak bunların basınç yarası kapsamına girip girmediği konusunda henüz tam bir uzlaşa bulunmadığı bildirilmektedir (Gould ve ark., 2024).

Kullanılan sistemden bağımsız olarak doğru evreleme, sağlık profesyonellerinin eğitilmiş olmasını ve klinikte tutarlı bir yaklaşımın benimsenmesini gerektirir; yapılandırılmış eğitim girişimlerinin tanı doğruluğunu artırdığı ve sınıflandırma hatalarını azalttığı uluslararası kanıtlarla gösterilmiştir (Kottner ve ark., 2020). Küresel meta-analiz verileri, hastanede yatan erişkinlerdeki yaraların yaklaşık yarısının Evre I, üçte birinin ise Evre II niteliğinde olduğunu ve en sık sakrum, topuk ve kalçada görüldüğünü ortaya koyar (Li ve ark., 2020). Türkiye’de saptanan 145 yaranın %48.3’ü Evre I, %32.4’sü Evre II’dir; yaralar en sık sakrum (%37.3) ve topukta (%28.3) görülmüştür (Kaşıkçı ve ark., 2018). Bir eğitim ve araştırma hastanesinde 369 hastanın incelendiği çalışmada ise yaralar en sık Evre II (%41.5) ve sakral bölgede (%34) saptanmıştır (Ateşgöz ve ark., 2022). Yüzeysel evreler büyük ölçüde önlenabilir olduğundan, hemşirelerin erken dönem değerlendirme ve sınıflandırma becerileri basınç ülseri önleme programlarının temel bileşenlerinden biridir (EPUAP, NPIAP ve PPPIA, 2019; Li ve ark., 2020). Basınç ülserinin evreleri ve sınıflandırma ölçütleri Şekil 2.1’de özetlenmiştir.



Şekil 2.1. Basınç Ülseri Evreleme ve Sınıflandırma Sistemi.

Not. Şekil, EPUAP, NPIAP ve PPPIA (2019) sınıflandırması temel alınarak Claude (Anthropic, 2026) kullanılarak yazar tarafından oluşturulmuştur.

2.1.4. Risk Faktörleri

Basınç ülseri tek bir nedene bağlanamayan, birbirini besleyen pek çok değişkenin eş zamanlı etkileşimiyle ortaya çıkan karmaşık bir sağlık sorunudur (Coleman ve ark., 2013; Mervis ve Phillips, 2019). Bu değişkenler literatürde iki başlıkta ele alınır: deri ve altındaki dokulara dışarıdan etki eden dış etkenler ile bireyin fizyolojik rezervine, beslenme durumuna ve doku direncine bağlı iç etkenler (EPUAP, NPIAP ve PPPIA, 2019; Mervis ve Phillips, 2019; Tanrıku ve Dikmen, 2017). Aynı çerçeve Türkiye’deki hemşirelik literatüründe de yaygın bir şekilde kullanılmıştır (Atabek Aştı ve Karadağ, 2012; Dalkılıç ve ark., 2025). Türkçe literatürde dış etkenler basıncın yoğunluğu ve süresi, sürtünme, yırtılma ve deri nemi; iç etkenler ileri yaş, hareketsizlik, malnütrisyon, anemi ve perfüzyon bozukluğu olarak sıralanır. Diyabet, periferik damar hastalığı, düşük albümin ve sigara ek etkenlerdir (Orhan, 2017). İki grup birbirinden bağımsız değildir; çoğu klinik tabloda iç içe geçerek dokunun basınca dayanma eşliğini birlikte belirler. Bu alandaki en kapsamlı sistematik derlemelerden birinde hareketsizlik, perfüzyon bozuklukları (diyabet dâhil) ve mevcut bir deri/basınç ülseri durumu üç birincil risk alanı olarak öne çıkmış; nem, beslenme, sürtünme-makaslama ve duyuşsal algı değişiklikleri de bağımsız öngörücüler olarak vurgulanmıştır (Coleman ve ark., 2013). Yoğun bakım, cerrahi ve uzun süreli bakım gibi hareket kısıtlılığının yoğunlaştığı ortamlarda bir hastada eş zamanlı bulunan risk faktörü sayısı arttıkça yaralanma olasılığı da belirgin biçimde yükselir (Cox ve ark., 2022; Efteli ve Yapucu Güneş, 2013).

Dış Faktörler (Basınç, Sürtünme-Makaslama, Nem)

Dış faktörler, deri ve altındaki dokulara mekanik yük bindiren ya da derinin bariyer işlevini zayıflatan etkenleri kapsar (EPUAP, NPIAP ve PPPIA, 2019; Mervis ve Phillips, 2019). Bu etkenler klinikte çoğunlukla ayrı ayrı değil, eş zamanlı ve birbirini güçlendirerek görülür. Bu da yaralanmanın hem daha hızlı hem de daha derin ilerlemesine yol açar (Mervis ve Phillips, 2019).

Basınç

Kemik çıkıntıları üzerine binen ve belirli bir eşiği aşan sürekli dış basınç, basınç ülserinin merkezî tetikleyicisidir (Mervis ve Phillips, 2019). Basınç, yaklaşık 32 mmHg olarak

bildirilen arteriyel kapiller dolum basıncını aştığında küçük damarlardaki akım önce yavaşlar, ardından durur ve bölgede yerel hipoksi gelişir. Hasar genellikle yüzeyde değil derinde başlar; çünkü metabolik gereksinimi en yüksek olan kas dokusu öncelikle etkilenir ve zedelenme buradan deri altı yağ dokusuna, oradan deriye doğru yayılır (Orhan, 2017). Güncel etiyoloji çalışmaları bu süreçte, iskeminin yanı sıra sürdürülen mekanik deformasyonun hücreleri doğrudan zedelemesini de ekler. Bu nedenle yüzeyde bir değişiklik fark edildiğinde altta çoğu zaman ciddi bir doku kaybı çoktan oluşmuş olur (Gefen ve ark., 2022; Mervis ve Phillips, 2019). Basıncın kalkmasıyla başlayan reperfüzyon dönemi de zararsız değildir; reaktif oksijen türlerindeki artış ve inflamatuvar yanıt ek doku hasarına yol açabilir (Mervis ve Phillips, 2019). Cerrahi girişimlerin uzaması ve sakrum, oksiput, topuk gibi bölgelerde kesintisiz basınç birikmesi, ameliyat ilişkili yaralanmaların zeminini hazırlar (EPUAP, NPIAP ve PPPIA, 2019). Amerika Birleşik Devletleri'nde 41.866 kritik hastayı kapsayan geniş çaplı bir prevalans analizinde, uzamış hareketsizlik ve sürekli basınç anlamına gelen mekanik ventilasyon ve vazopresör kullanımı, şiddetli hastane kaynaklı yaralanmaların en sık bildirilen etkenleri arasında yer almıştır (Cox ve ark., 2022).

Sürtünme ve Makaslama

Sürtünme; deri ile çarşaf, giysi veya tekerlekli sandalye gibi bir yüzey arasındaki paralel sürtünme hareketinden doğar ve derinin en dış tabakası olan stratum korneumu örseleyerek yüzeyel aşınmalara zemin hazırlar (Mervis ve Phillips, 2019). Makaslama ise yatak başı yükseltildiğinde ya da hasta hareket ettirilirken derinin yüzeyde sabit kalmasına karşın alttaki dokuların yer çekimiyle kaymasıyla gelişir. Bu kayma, deri altı damarları bükerek mikrodolaşımı büyük ölçüde durdurabilir; yüzeyde hiçbir belirti vermeden derinde ciddi hasara yol açabilir (EPUAP, NPIAP ve PPPIA, 2019; Mervis ve Phillips, 2019). Coleman ve arkadaşlarının (2013) 54 çalışmayı birleştiren sistematik derlemesinde sürtünme-makaslama, çok değişkenli analizlerin bir bölümünde bağımsız bir öngörücü olarak tanımlanmıştır. Mekanizma düzeyinde Hoogendoorn ve arkadaşları (2017), makaslamanın basınca eklendiğinde doku hasarını belirgin biçimde artırdığını göstermiş; Broderick ve Cowan (2021) ise yaşlılarda deri atrofisi ile kolajen-elastin kaybının bu yaralanmalara duyarlılığı artırdığını, uygun destek yüzeyleri ve sürtünme azaltıcı örtülerin ise riski azalttığını bildirmiştir.

Nem

Nem; inkontinans, aşırı terleme veya yara akıntısı kaynaklı olabilir ve deri yüzeyinde uzun süre kaldığında stratum korneumu maserasyonla yumuşatarak derinin gerilmeye karşı direncini azaltır (EPUAP, NPIAP ve PPPIA, 2019; Mervis ve Phillips, 2019). Böylece deri yalnızca basınca değil, sürtünme ve makaslamaya karşı da daha savunmasız hâle gelir. İnkontinansın eşlik ettiği durumlarda idrar ve özellikle dışkıdaki proteolitik-lipolitik enzimler deri bariyerini kimyasal yoldan zayıflatarak inkontinansla ilişkili dermatite (İİD) yol açar. İİD prevalansı çalışmalar arasında %5.6 ile %50 arasında değişmekte ve İİD basınç ülseri gelişiminde ana risk etkenlerinden biri sayılmaktadır (Avşar ve Karadağ, 2018). Gerekli önlem alınmazsa İİD, tam kat yaralanmaların başlangıç noktasına dönüşebilir (EPUAP, NPIAP ve PPPIA, 2019; Mervis ve Phillips, 2019). İİD'nin Evre I ve Evre II basınç ülserinden ayırt edilmesi güçtür (Avşar ve Karadağ, 2018). Bu bağlantı geniş ölçekli verilerle de desteklenmiştir. Kayser ve arkadaşları (2019), Uluslararası Basınç Ülseri Prevalans Anketi verilerinde inkontinansla ilişkili dermatit görülen hastalarda basınç ülseri olasılığının belirgin biçimde yükseldiğini ortaya koymuştur. Türkiye'de 832 hastayla yapılan çalışmada inkontinansı olanların %40.6'sında, olmayanların %7.4'ünde basınç ülseri saptanmıştır (Kaşıkçı ve ark., 2018).

İç Faktörler (Beslenme, Yaş, Hareket Azlığı, Bilinç, Perfüzyon)

İç faktörler; beslenme durumundan yaşa, hareket düzeyinden bilinç açıklığına ve doku perfüzyonuna uzanan geniş bir yelpazeyi kapsar ve dokunun basınca ne kadar dayanabileceğini büyük ölçüde belirler (Coleman ve ark., 2013; EPUAP, NPIAP ve PPPIA, 2019). Bu etkenler çoğu zaman birbirine eşlik eder ve dış faktörlerin oluşturduğu mekanik yüke karşı dokunun tolerans sınırını düşürür (Mervis ve Phillips, 2019). Cinsiyet de risk düzeyini etkilemektedir; Waterlow Ölçeği'nin Türkçe uyarlama çalışmasında kadın hastaların risk puanı erkeklerden anlamlı biçimde yüksek bulunmuş, bu fark kadınlarda üriner inkontinans riskinin yüksekliğiyle ilişkilendirilmiştir (Avşar ve Karadağ, 2016).

Beslenme

Yetersiz beslenme, özellikle protein-enerji malnütrisyonu, en belirleyici iç etkenlerden biridir; doku onarımını, bağışıklık yanıtını ve yara iyileşmesindeki hücresel süreçleri doğrudan etkiler (EPUAP, NPIAP ve PPPIA, 2019). İlerleyen aşamalarda kolajen yapımı, yeni damar oluşumu ve fibroblast etkinliği zayıflar. Bunun yanında C vitamini, çinko ve prealbumin gibi öğelerin eksikliği de iyileşmeyi daha da yavaşlatır (EPUAP, NPIAP ve PPPIA, 2019). Yakın tarihli bir sistematik derlemede malnütrisyon, yaşlı bireylerde başlıca risk faktörlerinden biri olarak tanımlanmış ve yeterli beslenme desteğinin hem koruyucu hem de iyileştirici rol üstlendiği belirtilmiştir (Cangelosi ve ark., 2025). Türkiye’de bir üniversite hastanesinin yoğun bakımında yürütülen çalışmada da düşük serum albümin düzeyi, yaralanmayı bağımsız olarak öngören etkenler arasında bulunmuştur (Efteli ve Yapucu Güneş, 2013). Hipoalbuminemi onkotik basıncı düşürerek ödeme yol açar ve doku kanlanmasını azaltır. Hemogloblin 12 g/dL'nin altına indiğinde doku direnci düşer (Orhan, 2017). Ayrıca Morán ve arkadaşlarının (2025) kontrollü çalışmaları kapsayan meta-analizinde, kalça kırığı hastalarında oral beslenme desteğinin basınç ülseri olasılığını anlamlı düzeyde azalttığı saptanmıştır.

Yaş

İleri yaş bağımsız bir risk etkenidir; yaşlanmayla deride ve deri altı dokularda ortaya çıkan yapısal değişiklikler doku direncini azaltır (EPUAP, NPIAP ve PPPIA, 2019; Mervis ve Phillips, 2019). Epidermal ve dermal incelleme, hücre yenilenme hızının azalması ve dermoepidermal bileşkenin düzleşmesi, deriyi özellikle makaslama kuvvetlerine karşı daha kırılgan kılar (Mervis ve Phillips, 2019). GBD 2021 verilerine dayanan güncel bir trend analizinde 60 yaş ve üzeri bireylerde insidansın artmaya devam edeceği öngörülmüştür (Lan ve ark., 2025). Yaşlı yatan hastalara odaklanan güncel bir meta-analizde de ileri yaş (OR=1.06), hareketsizlik, inkontinans ve beslenme riski başlıca belirleyiciler arasında doğrulanmıştır (Wu ve ark., 2025).

Hareket Azlığı

Hareket kısıtlılığı ve aktivite azalması, literatürde en güçlü ve en tutarlı biçimde kanıtlanmış risk faktörleri arasındadır (Coleman ve ark., 2013; Dalkılıç ve ark., 2025).

Hareketi ve duyusu yerinde olan birey, rahatsızlık hissiyle otomatik küçük pozisyon değişiklikleri yaparak basıncı dağıtır. Bu koruyucu mekanizma bozulduğunda sabit bir noktaya uygulanan basınç iskemiye ve doku ölümüne ilerleyebilir (Mervis ve Phillips, 2019). Spinal kord yaralanması, inme veya travmatik beyin hasarı gibi durumlarda hareket kaybı, bireyi öncelikli risk grubuna taşır (EPUAP, NPIAP ve PPPIA, 2019).

Bilinç

Bilinç düzeyindeki değişiklikler klinik açıdan belirleyici bir iç etkindir; çünkü uzayan bir basıncı fark etme, rahatsızlığı dile getirme ve pozisyon değişikliğine aktif katılma gibi koruyucu davranışların tümü sağlıklı bilinç işlevine dayanır (EPUAP, NPIAP ve PPPIA, 2019; Mervis ve Phillips, 2019). Travmatik beyin hasarı, demans, ensefalopati ve derin sedasyon; bireyin tehlikeyi algılama, iletişim kurma ve bakıma katılma becerisini zayıflatarak hastanın üstlenebileceği aktif rolü büyük ölçüde ortadan kaldırır (Mervis ve Phillips, 2019). Bilişsel bozukluğun çoğu zaman beslenme, hareket ve süregelen hastalıklarla bir arada seyretmesi, bu hasta grubunda risk birikimini artırır ve hemşirelik bakımının bireyselleştirilmesini zorunlu kılar (Coleman ve ark., 2013; EPUAP, NPIAP ve PPPIA, 2019).

Perfüzyon

Doku perfüzyonundaki bozulma, basıncın tetiklediği iskemiye derinleştirerek patogeneizde belirleyici rol oynar (Coleman ve ark., 2013; Mervis ve Phillips, 2019). Periferik arter hastalığı, kalp yetmezliği, diyabet, sigara ve düşük arteriyel basınç gibi durumlarda dokuya ulaşan kan akımı azalır ve derinin basınca direnci düşer (EPUAP, NPIAP ve PPPIA, 2019; Mervis ve Phillips, 2019). Coleman ve arkadaşlarının (2013) derlemesinde perfüzyon bozuklukları ve diyabet, hareketsizlikle birlikte üç birincil risk alanından biri olarak tanımlanmıştır. Amerika Birleşik Devletleri yoğun bakımlarında 41.866 hastayı kapsayan çalışmada diyabet (%17), mekanik ventilasyon (%8), periferik damar hastalığı (%7) ve vazopresör kullanımı (%6.7) en sık risk faktörleri olarak sıralanmıştır (Cox ve ark., 2022). Diyabetin etkisi meta-analizlerle de gösterilmiştir: Nasiri ve arkadaşları (2021), diyabetli hastalarda cerrahi ilişkili basınç ülseri riskinin anlamlı biçimde yüksek olduğunu ($OR \approx 1.52$) saptamıştır. Ödemi olan hastalarda basınç ülseri sıklığı %30.3, olmayanlarda %8.7'dir (Kaşıkçı ve ark., 2018). Türkiye'de palyatif

bakımda izlenen 34 basınç ülserli hastada yatağa bağımlılık süresi ile homosistein düzeyi arasında pozitif ilişki saptanmıştır ($r=0.447$; $p=0.008$); aynı çalışmada diyabet ve ateroskleroz varlığına göre homosistein düzeyi bakımından anlamlı fark bulunmamıştır (Enginyurt ve ark., 2018).

Dış ve iç etkenler birlikte ele alındığında, basınç ülserlerinin etiyolojisinde bu etkenlerin birbirinden yalıtılmış değil, birbirini besleyen bir bütün olarak değerlendirilmesi gerektiği görülür (Coleman ve ark., 2013; EPUAP, NPIAP ve PPPIA, 2019). Yoğun bakım ve cerrahi kliniklerinde çok sayıda risk etkeninin aynı hastada toplanması yaralanma olasılığını kritik düzeyde yükseltir; yaralanmaların önemli bir bölümünün yoğun bakım kabulünden sonraki erken dönemde ortaya çıkması bunun somut bir göstergesidir (Efteli ve Yapucu Güneş, 2013). Waterlow uyarlama çalışmasında da yaralanmalar ortalama altıncı günde gelişmiştir (Avşar ve Karadağ, 2016). Türkiye'de yoğun bakım ünitelerinde basınç yarası görülme oranı %5.9 ile %40.6 arasında değişmekte, on gün ve üzeri yatan hastalarda %95.6'ya ulaşmaktadır (Tanrıku ve Dikmen, 2017). Bu yüzden risk etkenlerinin ilk andan itibaren bireye özgü ve düzenli aralıklarla yeniden değerlendirilmesi gerekmektedir. Ayrıca pozisyon değişimi, uygun destek yüzeyi seçimi, nem ve beslenme yönetimi ile cilt bütünlüğünün korunmasını içeren çok bileşenli girişimlerin eş zamanlı uygulanması, hemşirenin temel sorumlulukları arasındadır (Coleman ve ark., 2013; EPUAP, NPIAP ve PPPIA, 2019; Mervis ve Phillips, 2019).

2.2. Basınç Ülserlerini Önlemede Hemşirenin Rolü

2.2.1. Risk Değerlendirme Ölçekleri (Braden, Norton, Waterlow)

Basınç ülseri gelişimini önlemenin belirleyici adımı, risk altındaki bireyin erken ve doğru biçimde saptanmasıdır. Bu amaçla uluslararası kılavuzlar, sağlık kuruluşuna kabulden sonra mümkün olan en kısa sürede ve klinik tablodaki her değişimde yapılandırılmış bir risk değerlendirmesi yapılmasını önerir. Yapılandırılmış değerlendirmenin üç bileşeni — kapsamlı cilt muayenesi, geçerliği kanıtlanmış bir risk aracı ve hemşirenin klinik kararı— birlikte kullanıldığında hem erken tanılama hem de bireye özgü önleyici girişimlerin planlanması mümkün olur (EPUAP, NPIAP ve PPPIA, 2019). Bu nedenle aracın psikometrik özellikleri kadar, hemşire tarafından doğru uygulanması ve klinik bulgularla birlikte yorumlanması da önemlidir. Türkiye'deki kaynaklarda da risk değerlendirmesi

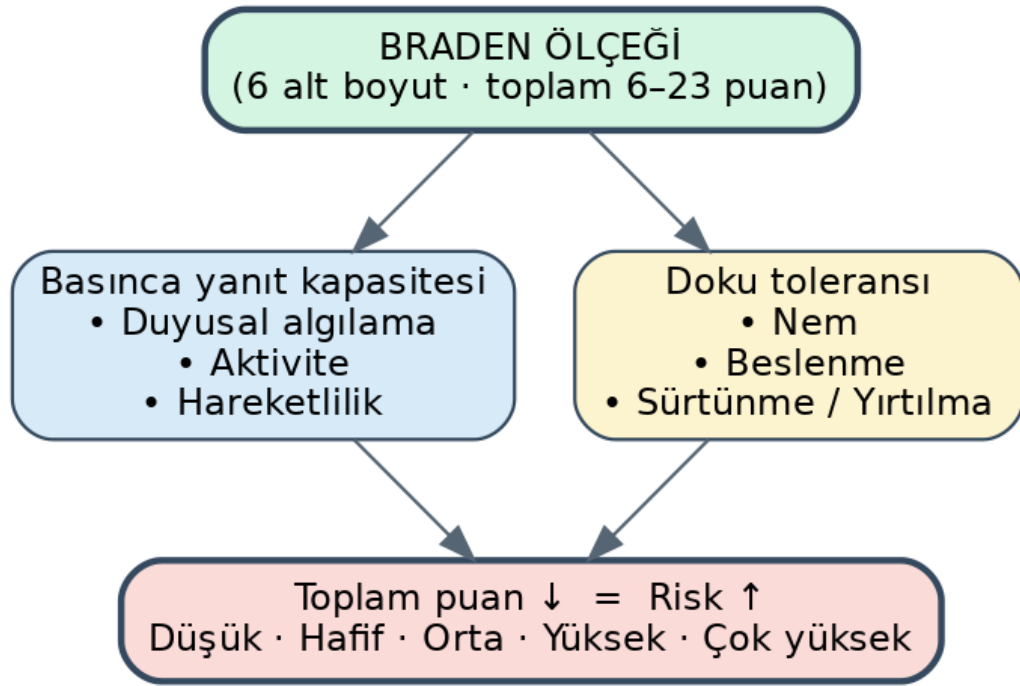
ve cilt bütünlüğünün korunması, hemşirelik bakımının temel sorumluluk alanlarından biri olarak ele alınır (Atabek Aştı ve Karadağ, 2012).

Literatürde farklı hasta grupları için geliştirilmiş kırktan fazla risk değerlendirme aracı bulunsa da (Adıbelli ve Korkmaz, 2018) klinikte en sık tercih edilen ve psikometrik özellikleri en kapsamlı sınanmış ölçekler Norton, Waterlow ve Braden ölçekleridir (Huang ve ark., 2021; Kennerly ve ark., 2022; Tomas ve Mandume, 2024). Bu üç ölçek pek çok ülkenin kılavuzunda ilk sırada önerilir; bununla birlikte hem duyarlılık hem de özgüllük bakımından üstün performansı nedeniyle klinikte en yaygın kullanılan araç Braden Ölçeği'dir (Huang ve ark., 2021; Kennerly ve ark., 2022). Karşılaştırmalı çalışmalarda Waterlow en yüksek duyarlılığa (0.86), Norton en yüksek özgüllüğe (0.75) sahiptir. Yenilenmiş Braden her ikisinde de dengeli sonuç verir (%89 ve %75) (Orhan, 2017).

Bu alandaki ilk yapılandırılmış araç olan Norton Ölçeği, riski beş bileşen üzerinden belirlemektedir. Bunlar: bireyin fiziksel ve zihinsel durumu, hareketlilik ve aktivite düzeyi ile inkontinans varlığı (Huang ve ark., 2021; Tomas ve Mandume, 2024). Sade yapısı ve hızlı uygulanabilmesi sayesinde uzun süre tercih edilmiştir. Ölçekte her risk etkeni 1-4 arasında puanlanmakta ve toplam puan 5-20 arasında değişmekte; 12'nin altındaki puanlar yüksek, 18 ve üzerindeki puanlar düşük risk düzeyini göstermektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Pınar ve Oğuz tarafından nöroloji kliniğinde yatan hastalarda yürütülmüş ve güvenilirlik katsayısı 0.83 bulunmuştur (Adıbelli ve Korkmaz, 2018; Kaptan ve Pamuk Cebeci, 2024). Ancak sürtünme ve yırtılma kuvvetlerini değerlendiren bir bileşenin bulunmaması, tek başına kullanıldığında riski bütünüyle yansıtmakta yetersiz kalmasına yol açan en belirgin sınırlılığıdır (Huang ve ark., 2021). Waterlow Ölçeği ise çok daha geniş bir yelpazeyi tek bir toplam puanda toplar. Ölçek; yaş ve cinsiyetin yanı sıra vücut kütle indeksi, deri tipi, kontinans ve hareketlilik gibi temel ölçütlere doku malnütrisyonu, nörolojik bozukluk ve cerrahi öyküsü başlıklı özel risk kategorilerini de ekleyerek çok boyutlu bir profil oluşturur (Tomas ve Mandume, 2024). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Avşar ve Karadağ tarafından 2016 yılında gerçekleştirilmiş olup, toplam puanı 15 ve üzerinde olan bireyler yüksek, 10 puanın altında olanlar düşük risk grubunda değerlendirilmektedir (Avşar ve Karadağ, 2016; Kaptan ve Pamuk Cebeci, 2024). Buna

karşın özgüllüğünün görece düşük olması, risk altında olmayan bireyleri yeterince ayırt edememesine yol açar. Bu yüzden Waterlow sonuçlarının kapsamlı cilt değerlendirmesi ve hemşire gözlemiyle birlikte yorumlanması önerilir (EPUAP, NPIAP ve PPPIA, 2019; Huang ve ark., 2021).

Bergstrom ve Braden tarafından 1980'lerin sonunda kullanıma sunulan Braden Ölçeği, otuz yılı aşkın süredir en yaygın kullanılan risk değerlendirme aracıdır (Kennerly ve ark., 2022). Ölçeğin Türkiye'deki hasta grubundaki güvenilirliği Oğuz ve Olgun (1998) tarafından yüksek bulunmuş ($r=0.95$) ve ölçek o tarihten bu yana Türkiye'deki hemşirelik uygulamalarında yaygın biçimde kullanılmaktadır (Kaptan ve Pamuk Cebeci, 2024). Ölçeğin kullanımının sürdürülmesi önerilmekle birlikte, farklı kesim noktalarında yordama gücünün sınanması gerekmektedir (Orhan, 2017). Aracın altı bileşeni rastgele seçilmemiş; basıncın yoğunluğu ve süresi ile doku toleransı arasındaki etkileşimi temsil edecek biçimde kurgulanmıştır. Buna göre duyuşsal algılama, aktivite ve hareketlilik bireyin basınca yanıt verme kapasitesini; nem, beslenme ve sürtünme/yırtılma ise dokunun bu yüke dayanma gücünü yansıtır (Huang ve ark., 2021; Kennerly ve ark., 2022). Bileşenlerin beşi birden dörde, sürtünme/yırtılma alt boyutu ise birden üçe kadar puanlandığından toplam puan 6 ile 23 arasında değişir ve puan düştükçe risk yükselir. Elde edilen toplam puan; çok yüksek (≤ 9), yüksek (10-12), orta (13-14), hafif (15-18) ve düşük (19-23) olmak üzere beş düzeye ayrılır (Kennerly ve ark., 2022). Bu yapı, ölçeğin yalnızca genel risk düzeyini değil, hangi boyutta hangi girişimin önceliklendirileceğini de göstermesini sağlayarak onu Norton'dan belirgin biçimde ayırır (Huang ve ark., 2021; Kennerly ve ark., 2022). Ölçeğin altı bileşeni ile basınç yoğunluğu ve doku toleransı arasındaki ilişki Şekil 2.2'de gösterilmiştir.



Şekil 2.2. Braden Ölçeği'nin Kavramsal Yapısı.

Not. Şekil, Huang ve ark. (2021) ile Kennerly ve ark. (2022) temel alınarak Claude (Anthropic, 2026) kullanılarak yazar tarafından oluşturulmuştur.

Braden Ölçeği'nin yordayıcı geçerliliği güçlü kanıtlarla desteklenir. Altmış çalışmayı ve 49.326 bireyi kapsayan bir meta-analizde havuzlanmış duyarlılık 0.78 (%95 GA: 0.74-0.82), özgüllük 0.72 ve eğri altı alan 0.82 olarak bildirilmiş, en uygun kesim noktası 18 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin yordama doğruluğu prospektif tasarımlarda, 60 yaş altı bireylerde ve hastanede yatan hastalarda daha yüksektir (Huang ve ark., 2021). Ölçeğin değeri toplam puanla da sınırlı değildir. 913 huzurevi sakini kapsayan bir çalışmada hemşirelerin Braden hareketlilik ve aktivite alt boyutu puanlarının, ivmeölçerle ölçülen gerçek pozisyon değiştirme hareketleriyle anlamlı düzeyde örtüştüğü gösterilmiştir. Bu da ölçeğin bireyin hareketlilik profiline özgü girişimlerin planlanmasında da güvenilir bir temel sunduğunu göstermiştir (Kennerly ve ark., 2022). Türkiye'de nöroloji kliniğinde yürütülen deneysel çalışmada, Braden ile belirlenen risk düzeyine göre planlanan hemşirelik bakımını alan grupta bası yarası gelişme oranı %14.8, kontrol grubunda %55.6 bulunmuştur (Oğuz ve Olgun, 1998).

Bununla birlikte ölçeklerden alınacak verim, aracın psikometrik özellikleri kadar hemşirenin bilgi düzeyi, iş yükü ve kurumsal koşullarla da ilişkilidir (Tomas ve Mandume, 2024). Namibya'da yürütülen nitel bir çalışmada hemşirelerin ölçekleri etkin

kullanamamasının ardında üç temel sorun belirlenmiştir. Bunlar ölçeklere ilişkin yetersiz bilgi, personel ve ekipman eksikliği ile kurumsal politika/kılavuz yokluğudur (Tomas ve Mandume, 2024). Türkiye’de de benzer engeller bildirilmiştir. Türkiye’de yürütülen ulusal bir çalışmada hemşirelerin basınç ülseri önlemeye ilişkin bilgi düzeyinin yetersiz kaldığı (Şengül ve Karadağ, 2020), iş yükü, ekipman yetersizliği ve hizmet içi eğitim açıklarının da önleme uygulamalarını olumsuz etkilediği gösterilmiştir (Yılmaz ve ark., 2019). Eğitim girişimlerinin bu engelleri azaltmada etkili olduğu bildirilmiştir. Mısır’da bir yoğun bakımda 60 hemşireyle yürütülen yarı deneysel çalışmada öz-öğrenme paketinin hemşirelerin Braden Ölçeği’ne ilişkin bilgi, uygulama ve tutum düzeylerini anlamlı biçimde iyileştirdiği saptanmıştır (Ahmed ve ark., 2025). Sistematik derleme düzeyinde de eğitim programlarının Braden kullanımı ve yara bakımı bilgisini belirgin biçimde artırdığı bildirilmiştir (Kandula, 2025).

Genel olarak değerlendirildiğinde Norton, Waterlow ve Braden ölçekleri risk değerlendirmesinde kılavuzlarca önerilen ve en sık başvurulanan araçlar olmayı sürdürmektedir. Ancak klinik etkinlikleri tek başına kullanımla değil; klinik karar verme, kapsamlı cilt değerlendirmesi ve düzenli yeniden değerlendirmeyle birlikte uygulandıklarında en üst düzeye ulaşmaktadır (EPUAP, NPIAP ve PPPIA, 2019; Huang ve ark., 2021; Kennerly ve ark., 2022; Tomas ve Mandume, 2024). Bu nedenle hemşirelerin ölçeklerin yapısını ve sınırlılıklarını iyi tanıması ve sürdürülebilir hizmet içi eğitim programlarına dâhil edilmesi, hem bakımın niteliği hem de önlemedeki başarı açısından büyük önem taşır (Ahmed ve ark., 2025; Kandula, 2025). Bununla birlikte tüm risk değerlendirme araçlarının ortak sınırlılığı, hiçbirinin hekimin ya da deneyimli bir hemşirenin profesyonel değerlendirmesinin yerini alamamasıdır (Kaptan ve Pamuk Cebeci, 2024). Türkiye’de palyatif bakım kliniğinde 566 hastanın incelendiği çalışmada Braden’in duyarlılığı %66.9, özgüllüğü %99.0; Norton’un duyarlılığı %48.9, özgüllüğü %83.2 hesaplanmıştır. Her iki ölçeğin özgüllüğü kabul edilebilir düzeydeyken duyarlılıkları düşük kalmıştır (Zengin ve Taşçı, 2023).

2.2.2. Basınç Ülserini Önlemeye Yönelik Hemşirelik Girişimleri

Basınç ülserleri, hemşirelik bakımının niteliğini doğrudan yansıtan ve büyük ölçüde önlenabilir bir sağlık sorunudur (Öner ve ark., 2025; Pott ve ark., 2023). Hareketsizlik, beslenme durumu, doku perfüzyonu, cilt nemi ve komorbiditeler gibi pek çok etkenin

etkileşiminden doğan bu lezyonların önlenmesi, hemşirelik mesleğinin temel sorumluluk alanlarındandır (Atabek Aştı ve Karadağ, 2012). Riskin hastayla ilk temastan itibaren ele alınması gerektiği, acil servislerde prevalansın başvurudan taburculuğa anlamlı biçimde yükseldiğini gösteren verilerle de desteklenir (Sardo ve ark., 2023). Bu nedenle önleyici girişimlerin kanıta dayalı uygulamalar, güncel kılavuzlar ve standardize protokoller çerçevesinde planlanması, insidansı azaltmada belirleyicidir (Chaboyer ve ark., 2024). Bu girişimler iki ana başlıkta toplanabilir: risk değerlendirmesi temelli çok bileşenli bakım paketi (care bundle) uygulamaları ile pozisyonlama, cilt bakımı, beslenme desteği ve tıbbi cihaz ilişkili yaralanmaların önlenmesini içeren koruyucu girişimler (Çor ve Soysal, 2023; Kaptan ve Pamuk Cebeci, 2024; Orhan, 2017).

Risk Değerlendirmesi ve Bakım Paketi (Care Bundle) Uygulamaları

Önlemenin ilk adımı, hastanın risk düzeyinin sistematik biçimde değerlendirilmesidir; bu, koruyucu girişimleri önceliklendirme ve bakım planını bireyselleştirme olanağı sunar (EPUAP, NPIAP ve PPPIA, 2019; Sardo ve ark., 2023). Braden, Norton ve Waterlow gibi standardize ölçekler bu amaçla yaygın kullanılır ve hemşirelik kararlarına rehberlik eder (Mäki-Turja-Rostedt ve ark., 2021). Ancak risk değerlendirmesi yalnızca yatışta bir kez değil; klinik durum değişikliklerinde, vardiya geçişlerinde ve transferlerde de yinelenmelidir (EPUAP, NPIAP ve PPPIA, 2019). İlk değerlendirmenin ardından derinin haftada en az bir kez yeniden değerlendirilmesi, kurumda yazılı bir risk değerlendirme protokolünün bulunması ve değerlendirmeyi yapacak hemşirelerin bu konuda eğitilmesi önerilmektedir (Orhan, 2017). Türkiye'de ilk değerlendirmenin yatıştan sonraki sekiz saat içinde yapılması ve ölçek puanına göre önlem alınması zorunludur (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2024). On beş sistematik derlemeyi değerlendiren bir şemsiye derlemede, düzenli risk değerlendirmesiyle desteklenen bakım modellerinin insidansı anlamlı düzeyde azalttığı bildirilmiştir (Pott ve ark., 2023). Türkiye'de yoğun bakım hemşireleriyle yapılan araştırmalarda ise risk değerlendirme bilgi ve uygulamalarında önemli yetersizlikler saptanmış (Yılmaz ve ark., 2019). Bu da araçların yalnızca bir kayıt formu olarak değil, klinik karar sürecinin temel bileşeni olarak benimsenmesi gerektiğine işaret etmektedir (Öner ve ark., 2025).

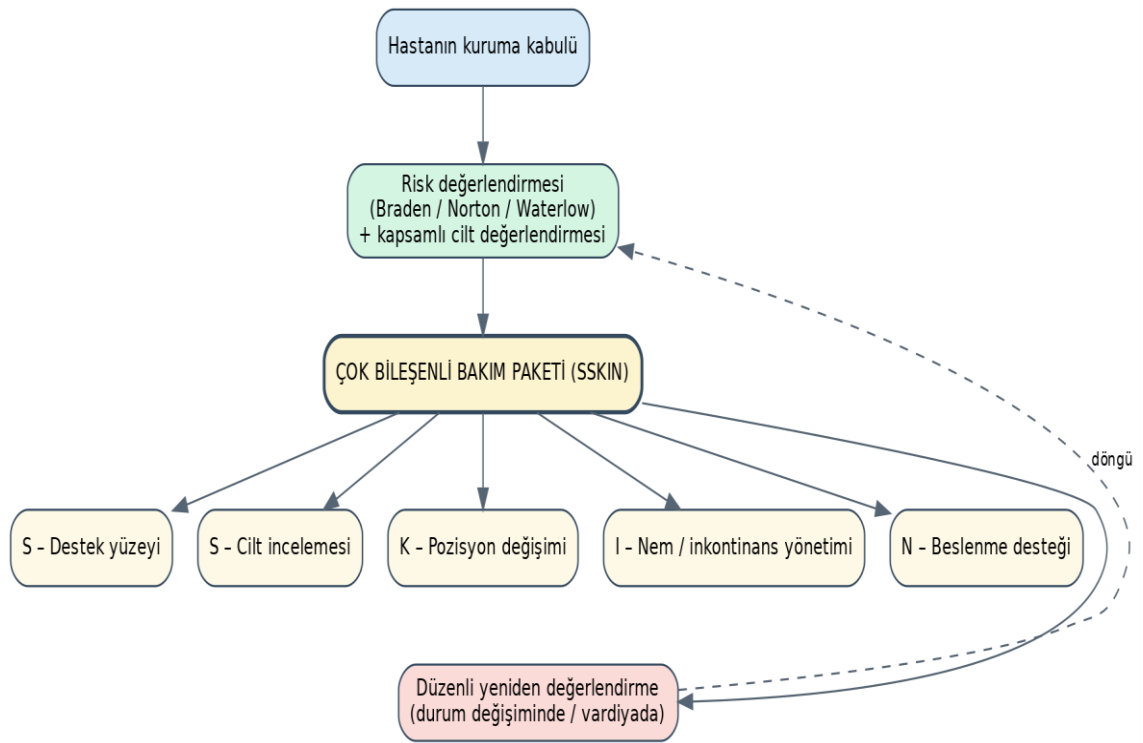
Risk verilerinin etkili kullanımı, ancak çok bileşenli bir bakım paketi (care bundle) yapısında mümkündür. Bakım paketi, kanıta dayalı bireysel girişimlerin standardize bir

protokol kapsamında birbirini tamamlayacak biçimde uygulanmasıdır (Chaboyer ve ark., 2024; Çor ve Soysal, 2023). Temel mantığı ise tek başına sınırlı etkisi olan girişimlerin birlikte uygulandığında riski sinerjik biçimde azaltmasıdır (Alshahrani ve ark., 2021). Yoğun bakım hastalarında yürütülen bir sistematik derlemede önleyici girişimler dört kategoride toplanmıştır: (a) bakım paketi uygulamaları, (b) pozisyon değişimi ve destek yüzeyleri, (c) tıbbi cihaz ilişkili yaralanmaların önlenmesi ve (d) hemşirelik uzmanlığına erişim (Alshahrani ve ark., 2021). Bu dört bileşenli yapının prevalansı anlamlı oranda azalttığı bir sentez çalışmasıyla da doğrulanmıştır (Al-Qudimat ve ark., 2024).

Bakım paketlerinin etkinliğine ilişkin en güçlü kanıtlar güncel meta-analizlerden gelir. Dokuz çalışmayı ve 29.572 hastayı kapsayan bir meta-analizde çok bileşenli paketlerin hastane kaynaklı basınç ülseri oranını standart bakıma kıyasla anlamlı düzeyde azalttığı (RR=0.31) bildirilmiştir. Ancak kanıt kesinliğinin düşük olduğu vurgulanmıştır (Chaboyer ve ark., 2024). Başka bir sistematik derlemede çok yönlü girişimlerin ardından prevalansın %60.9'dan %28.7'ye, hastane kaynaklı yaralanmaların ise %52.9'dan %21.3'e düştüğü belirlenmiştir. Bu azalmanın ise özellikle risk değerlendirmesi, cilt bakımı, pozisyon değişimi ve eğitimin standardize edildiği uygulamalarda belirgin olduğu saptanmıştır (Kandula, 2025). Uzun süreli bakımda 18 çalışmayı kapsayan bir derlemede de altı bileşenli paket (risk değerlendirmesi, cilt bakımı, pozisyon değişimi, destek yüzeyleri, beslenme ve eğitim) en güçlü kanıt düzeyine sahip yapı olarak öne çıkmıştır (Mäki-Turja-Rostedt ve ark., 2019). Uluslararası uygulamada SSKIN ve Standardize Basınç Yaralanması Önleme Protokolü (SPIPP) gibi modeller bu bileşenleri ortak çekirdek olarak içerir ve akut bakımdan yoğun bakıma uzanan ortamlarda uygulanabilir (Alshahrani ve ark., 2021; Warshawsky ve ark., 2025). Türkiye'de bu yaklaşımın uygulanabilirliğini değerlendiren çalışmalarda ise bakım paketinin önündeki başlıca engellerin personel ve zaman yetersizliği olduğu saptanmıştır (Yılmaz ve Tüzer, 2022). On sekiz çalışmayı derleyen kapsam incelemesinde paketler etkili bulunmuş, ancak başarının hemşire eğitimi, uygulamanın yönetimi ve liderliğe bağlı olduğu vurgulanmıştır (Çor ve Soysal, 2023).

Bakım paketlerinin başarısı, hemşireye duyarlı (nursing-sensitive) yapısal göstergelerle de yakından ilişkilidir. 53.923 hastayı kapsayan bir analizde hemşire istihdam düzeyi yükseldikçe hastane kaynaklı yaralanma sıklığının anlamlı biçimde azaldığı gösterilmiştir

(Kim ve ark., 2022). Öner ve arkadaşları (2025) 956 makaleyi tarayarak oluşturdukları kavramsal çerçevede, uzman yara bakımı hemşirelerinin istihdamı ve hemşire eğitimine yapılan kurumsal yatırımın ülser oranlarını düşürmede kritik rol oynadığını vurgulamıştır. Dolayısıyla risk değerlendirmesi temelinde yapılandırılan, multidisipliner ekiple desteklenen ve hemşireye duyarlı göstergelerle izlenen bakım paketleri, önleyici hemşirelik girişimlerinin omurgasını oluşturur (Alshahrani ve ark., 2021; Chaboyer ve ark., 2024; Öner ve ark., 2025). Risk değerlendirmesinden başlayan bakım paketi akışı Şekil 2.3'te şematize edilmiştir.



Şekil 2.3. Risk Değerlendirmesi Temelli SSKIN Bakım Paketi Akışı.

Not. Şekil, Mäki-Turja-Rostedt ve ark. (2019) ile Alshahrani ve ark. (2021) temel alınarak Claude (Anthropic, 2026) kullanılarak yazar tarafından oluşturulmuştur.

Koruyucu Hemşirelik Girişimleri: Pozisyonlama, Cilt Bakımı, Beslenme ve Tıbbi Cihaz İlişkili Yaralanmaların Önlenmesi

Bakım paketinin özünü, basıncın azaltılmasına ve doku perfüzyonunun korunmasına yönelik koruyucu girişimler oluşturur (Alshahrani ve ark., 2021). Bunların ilki düzenli pozisyon değişimidir; kılavuzlar hareketsiz hastalarda pozisyon değişimini önerir. Ancak sürenin bireysel risk, destek yüzeyi ve klinik duruma göre özelleştirilmesi gerektiğini de

vurgular (EPUAP, NPIAP ve PPPIA, 2019). Pozisyon verilirken sırtüstü ve 90 derece lateral pozisyonda sakrum ile trokanter bölgesindeki basıncın arttığı göz önünde bulundurulmalı; bu nedenle 30 derece lateral pozisyon tercih edilmeli ve yatak başı 30 dereceyi aşmamalıdır. Sandalyeye mobilize olabilen hastalarda ise basınç yüzey alanı daraldığından 15-30 dakikada bir hareket sağlanarak doku perfüzyonu desteklenmelidir (Kaptan ve Pamuk Cebeci, 2024; Orhan, 2017). Tekerlekli sandalye ya da koltukta uzun süre oturan hastalarda 25-30 dakikada bir 30 saniyelik ağırlık aktarımı yapılmalıdır. Topuk elevasyonunda bacağın ağırlığı aşıl tendonuna yüklenmeden alt ekstremité boyunca dağıtılmalı ve dizler hafif fleksiyonda tutulmalıdır (Orhan, 2017). Nitekim TEAM-UP çalışmasında, yüksek yoğunluklu köpük yatak kullanılan bireylerde iki, üç ve dört saatlik aralıklar arasında insidans açısından anlamlı fark bulunmamıştır (Yap ve ark., 2022). Destek yüzeyi seçimi de belirleyicidir: sabit düşük basınçlı yüzeyler, alternan basınçlı cihazlar ve viskoelastik köpük yatakların standart yatağa kıyasla riski anlamlı düzeyde azalttığı gösterilmiştir (Mäki-Turja-Rostedt ve ark., 2019; Pott ve ark., 2023). Halka biçimli havalı araçlar, su dolu eldivenler ve sentetik koyun postu ise basıncı çevre dokuda yoğunlaştırdığı için kullanılmamalıdır (Orhan, 2017). Pozisyonlama özellikle cerrahi hastalarda ayrı bir önem taşımaktadır. Ameliyat kaynaklı basınç ülserlerini önlemede risk değerlendirmesi, uygun pozisyon verme, topuk elevasyonu ve basıncı dağıtan destek yüzeylerinin kullanımı kanıt temelli girişimler olarak öne çıkar (Kandemir ve Yüksel, 2021).

İkinci temel girişim, sistematik cilt değerlendirmesi ve bakımındır. Cilt bakımı, temel hemşirelik kaynaklarında bireyin bütüncül bakımının ayrılmaz bir parçası olarak ele alınır (Akça Ay, 2008). Baştan ayağa yapılan cilt değerlendirmesi, basınç noktalarındaki kızarıklık, ısı değişikliği ve bütünlük bozulmasının erken tespitini sağlar (EPUAP, NPIAP ve PPPIA, 2019). Değerlendirme günde en az bir kez yapılmalı; topuk, sakrum, iskial çıkıntılar, femoral trokanterler ve dirsekler gibi riskli bölgeler ayrıca gözlenmelidir (Orhan, 2017). Basınç bölgelerine masaj uygulanmamalıdır; masaj doku hasarını hızlandırır (Orhan, 2017). Akut bakımda yürütülen geniş ölçekli bir çalışmada risk değerlendirmesi, cilt değerlendirmesi, pozisyon değişimi ve nem yönetiminin oranı anlamlı biçimde azaltan dört temel girişim olduğu belirlenmiştir (Warshawsky ve ark., 2025). Cilt bütünlüğünün korunmasında nem yönetimi de kritiktir. Özellikle inkontinansla ilişkili dermatitin önlenmesi için pH dengeli temizleyiciler, bariyer

kremleri ve emici ürünlerin uygun aralıklarla değiştirilmesi önerilir; yoğun bakım ünitelerinde bariyer krem kullanımının basınç yarası gelişimini azalttığı bildirilmiştir (EPUAP, NPIAP ve PPPIA, 2019; Kaptan ve Pamuk Cebeci, 2024; Pott ve ark., 2023). Türkiye’de yoğun bakım hemşireleriyle yapılan çalışmada bu uygulamalar günlük rutinde yer almakla birlikte ilgili bilgi düzeyinin yetersiz kaldığı saptanmıştır. Bu da cilt bakımı bilgisinin hizmet içi eğitimle güçlendirilmesi gerektiğini göstermiştir (Yılmaz ve ark., 2019).

Üçüncü bileşen, beslenme durumunun değerlendirilmesi ve desteklenmesidir; yetersiz protein-enerji alımı, mikrobeyin eksiklikleri ve dehidratasyon doku iyileşmesini bozarak riski artırır (EPUAP, NPIAP ve PPPIA, 2019). Serum albümin düzeyinin 3.5 g/dL’nin altına inmesi yetersiz beslenmenin önemli bir göstergesi kabul edilmekte; böbrek işlevleri normal olan riskli hastalarda günlük 30-35 kcal/kg enerji ile 1.25-1.5 g/kg protein alımının sağlanması önerilmektedir (Kaptan ve Pamuk Cebeci, 2024). Arginin, çinko ve C vitamini ile zenginleştirilmiş oral beslenme desteğinin, özellikle malnütrisyon riski taşıyan hastalarda yaralanma gelişimini ve iyileşme süresini iyileştirdiği (Cangelosi ve ark., 2025); beslenme desteğinin standart diyetle kıyasla insidansı anlamlı düzeyde azalttığı (RR=0.83) bildirilmiştir (Pott ve ark., 2023). Hemşirenin görevi; standardize tarama araçlarıyla riskli hastaları erken belirlemek ve diyetisyen-hekim iş birliğinde planlanan beslenme desteğinin uygulanmasını izlemektir (EPUAP, NPIAP ve PPPIA, 2019).

Dördüncü bileşen, tıbbi cihaz ilişkili basınç ülserlerinin önlenmesidir; endotrakeal tüp, nazogastrik sonda, oksijen maskesi ve CPAP cihazları gibi araçlar cilt ve mukozada lokalize basınç oluşturarak hasara yol açabilir (Al-Qudimat ve ark., 2024). Türkiye’de 102 yoğun bakım hastasıyla yürütülen nokta prevalans çalışmasında hastaların %29.4’ünde tıbbi cihazla ilişkili basınç yaralanması saptanmıştır. Yaralanmalar en sık burun ve burun kenarında (%36.6), kulak çevresinde ve subklavyen bölgede (her biri %20) görülmüştür. Aynı çalışmada albümin ve hematokrit düzeyleriyle yaralanma arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (Pamuk Cebeci ve ark., 2024). Bu kapsamda cihazın doğru boyutta seçilmesi, belirli aralıklarla yeniden konumlandırılması, altındaki cildin sistematik değerlendirilmesi ve koruyucu örtülerin kullanılması etkili girişimlerdir (Al-Qudimat ve ark., 2024; Alshahrani ve ark., 2021).

Koruyucu girişimlerin sürdürülebilirliği; hemşire eğitimini, hasta ve aile eğitimini, multidisipliner ekip iş birliğini ve düzenli denetim-geri bildirim mekanizmalarını da kapsar (Öner ve ark., 2025; Sahay ve ark., 2024). Topluma dayalı bakımda yürütülen bir kapsam incelemesinde, hasta ve bakım verenlere yönelik yapılandırılmış eğitim programlarının farkındalığı ve evde bakım niteliğini anlamlı düzeyde artırdığı belirlenmiştir (Sahay ve ark., 2024). Hemşirelere yönelik düzenli hizmet içi eğitim programlarının ise bakım paketine uyumu ve klinik çıktıları iyileştirdiği gösterilmiştir (Kandula, 2025; Mäki-Turja-Rostedt ve ark., 2019). Sonuç olarak pozisyonlama, cilt bakımı, beslenme desteği ve tıbbi cihaz ilişkili yaralanmaların önlenmesi gibi girişimlerin risk değerlendirmesi temelli bakım paketleri ve multidisipliner ekip yapısı içinde yürütülmesi, basınç ülseri önlemeye yönelik hemşirelik uygulamalarının kanıta dayalı temelini oluşturur (Alshahrani ve ark., 2021; Chaboyer ve ark., 2024; Öner ve ark., 2025).

2.3. Hemşirelerde Bilgi, Tutum ve Vicdan Algısı

2.3.1. Bilgi ve Tutum Kavramları

Bilgi kavramı farklı düşünce okullarında değişik biçimlerde ele alınmıştır. Eğitim bilimlerinde en çok atıf alan yapılardan biri olan Bloom'un bilişsel alan sınıflaması, öğrenme ürünlerini aşamalı bir hiyerarşide sıralar ve ilk basamağı olgu, terminoloji ve yöntem bilgisine ayırır (Adams, 2015). Krathwohl (2002) tarafından güncellenen biçimde bilgi; olgusal, kavramsal, işlemsel ve üstbilişsel olmak üzere dört türe ayrılır ve bu iki boyutlu (bilgi türü × bilişsel süreç) tipoloji öğretim hedeflerinin ve değerlendirme araçlarının tasarımında yaygın bir çerçeve sunar. Kanıta dayalı karar vermenin mesleki kimliğin parçası olduğu hemşirelikte bilgi, basit bir hatırlamanın ötesinde; doğru klinik muhakemeyi ve güvenli uygulamayı mümkün kılan bilişsel zemindir (Adams, 2015). Bununla birlikte bilgi, profesyonel davranışı tek başına öngörmeye yetmeyen sınırlı bir etkileyici faktördür. Bu yüzden uygulamaya dönüşümünde tutum, motivasyon ve çevresel destek gibi değişkenlerle birlikte değerlendirilmelidir (Adams, 2015).

Tutum; bireyin bir nesne ya da duruma olumlu veya olumsuz değer yüklemesini sağlayan, görece sürekli içsel bir yönelimdir ve bilişsel, duyuşsal ve davranışsal olmak üzere üç bileşenden oluşur (Ajzen, 1991; Verplanken ve Orbell, 2022). Tutumun davranışı nasıl yönlendirdiği, Ajzen'in (1991) Planlı Davranış Teorisi'nde ayrıntılı biçimde ele

alınmıştır: bir davranışın yakın öncülü niyettir; niyet ise davranışa yönelik tutum, öznel norm ve algılanan davranışsal kontrolden beslenir. Daha erken bir çalışmada Ajzen ve Fishbein (1977), tutum-davranış bağının ortaya çıkması için iki değişkenin hedef, eylem, bağlam ve zaman boyutlarında örtüşmesi gerektiğini; genel tutumların özgül davranışları kestirmede yetersiz kaldığını savunmuştur. McEachan ve arkadaşları (2016) 237 prospektif çalışmayı sentezledikleri meta-analizde, niyetle en güçlü bağı kuran bileşenlerin kapasite ve deneyimsel tutum olduğunu ve bu bulgunun sağlık davranışı müdahalelerine doğrudan uygulanabileceğini göstermiştir.

Tutumun davranışı yordama gücü koşullara bağlıdır. Glasman ve Albarracín (2006), 128 araştırmayı ve 4.598 katılımcıyı kapsayan meta-analizlerinde, tutumun davranışı yüksek isabetle öngörebilmesinin tutumun kolay hatırlanabilir, istikrarlı ve güçlü bir bilgi tabanı üzerinde biçimlenmiş olmasına bağlı olduğunu; doğrudan deneyimin bu uyumu güçlendirdiğini ortaya koymuştur. Burada bilgi ile tutum arasındaki bağ belirginleşir: bilgi, tutumun biçimlenmesine zemin hazırlayan bilişsel altyapıdır; tutum ise bilgiyi davranışa aktaran aracı yapı olarak işlev görür (Ajzen, 1991; Glasman ve Albarracín, 2006; Verplanken ve Orbell, 2022).

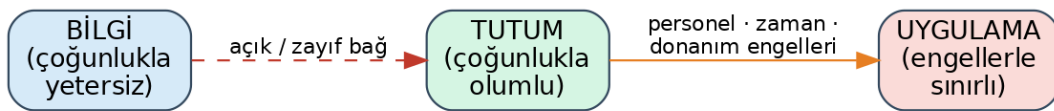
Bu kuramsal yapının klinik sahaya en belirgin yansıdığı uygulamalardan biri, bakım kalitesinin göstergesi olan basınç ülserlerinin önlenmesidir (EPUAP, NPIAP ve PPPIA, 2019). Güncel uluslararası rehber; risk saptama, deri değerlendirmesi, yeterli beslenme, sistematik pozisyon değişimi ve uygun destek yüzeyleri gibi kanıta dayalı önerileri klinik sahaya aktarabilmek için hemşirelerin ve öğrencilerin bilgi ve tutum düzeylerinin yeterli olmasını koşul olarak vurgular. Bu düzeylerin nesnel ölçümü amacıyla geliştirilen araçlardan en yaygın kullanılanlar; Beeckman ve arkadaşları (2010b) tarafından geliştirilen Basınç Ülseri Bilgi Değerlendirme Aracı (PUKAT) ve aynı ekibin (2010a) Basınç Ülseri Önlemeye Yönelik Tutum Ölçeği (APuP) ile Pieper ve Zulkowski (2014) tarafından geliştirilen bilgi testidir.

Farklı ülkelerde yürütülen saha araştırmaları, hemşirelerin basınç ülseri önleme bilgisinin çoğunlukla istenilen eşiğin altında kaldığını tutarlı biçimde ortaya koymaktadır. Belçika’da 553 hemşireyle yapılan çok merkezli çalışmada ortalama bilgi puanı %49.7 (Beeckman ve ark., 2011); Ürdün’de hemşirelerin %73’ünde (Qaddumi ve Khawaldeh, 2014), Etiyopya’da ise %91.5’inde (Ebi ve ark., 2019) yetersiz bilgi saptanmıştır. En

düşük puanlar genellikle etiyoloji, basınç-makaslama kuvvetinin azaltılması ve risk değerlendirme başlıklarında yoğunlaşır. Türkiye’de de benzer sonuçlar bildirilmiştir. ulusal bir çalışmada basınç ülseri önleme bilgisinin yetersiz olduğu saptanmıştır (Şengül ve Karadağ, 2020). Özyürek ve Gürlek Kısacık (2023) ise 140 hemşireyle yürüttükleri çalışmada Basınç Ülseri Önlemede Bilgi Değerlendirme Ölçeği’nden 26 üzerinden ortalama 10.82 puan elde edildiğini ve hemşirelerin yalnızca %8.5’inin kabul edilebilir bilgi düzeyine ulaştığını bildirmiştir (ölçeğin Türkçe geçerliği: Tülek ve ark., 2016).

Hemşirelik öğrencileriyle yapılan araştırmalar da benzer biçimde yetersiz bilgi düzeylerine işaret eder. İtalya’da 742 öğrencide ortalama bilgi puanı %51.1 (Simonetti ve ark., 2015), Avustralya’da %51 (Usher ve ark., 2018) ve Filistin’de %54 (Hammad ve ark., 2024) düzeyinde bulunmuş; akademik yıl, klinik deneyim süresi ve farklı birimlerde bulunma bilgisiyle ilişkili değişkenler olarak öne çıkmıştır. Türkiye örneklemelerinde de benzer sonuçlar bildirilmiş (Daibes ve ark., 2024; Kır Biçer, 2021; Kısacık ve Sönmez, 2020; Dağ Sucu ve Fırat Kılıç, 2022), bu da bilgi yetersizliğinin küresel bir örüntü olduğunu düşündürmektedir.

Tutum düzeyleri ise bilgiye kıyasla belirgin biçimde daha olumlu bir tablo çizer; Belçika’da %71.3 (Beeckman ve ark., 2011), İtalya’da %76.7 (Simonetti ve ark., 2015), Avustralya’da %78 (Usher ve ark., 2018) ve Filistin’de %75.8 (Hammad ve ark., 2024) düzeyinde tutum puanları bildirilmiştir. Bilgi düşük kalsa dahi olumlu tutumun korunabilmesi, tutumun bilgiden belirli ölçüde bağımsız bir güdüsel yapı olabileceğini düşündürür (Beeckman ve ark., 2010a; Glasman ve Albarracín, 2006); Türkiye verileri de bu eğilimi destekler (Dağ Sucu ve Fırat Kılıç, 2022; Kısacık ve Sönmez, 2020). Yara bakımı dersi alan 58 öğrencide BÜÖYTÖ ortalaması 40.51’den 43.92’ye, sekiz hafta sonra 44.18’e yükselmiştir (Karaveli Çakır, 2022). Bilgi, tutum ve uygulama arasında oluşan bu açık Şekil 2.4’te gösterilmiştir.



Şekil 2.4. Bilgi–Tutum–Uygulama (KAP) Açığı.

Not. Şekil, Ajzen (1991), Glasman ve Albarracín (2006) ile Beeckman ve ark. (2011) temel alınarak Claude (Anthropic, 2026) kullanılarak yazar tarafından oluşturulmuştur.

Bilgi ve tutumun klinik uygulamaya ne ölçüde yansıdığı, literatürde merkezî bir tartışma konusudur. Beeckman ve arkadaşları (2011), uygun önleme uygulamasıyla en güçlü bağı kuran etkenin tutum olduğunu; bilginin tek başına uygulamayı yeterince açıklamadığını bildirmiştir. Bu sonuç, tutumun bilgiyi davranışa aktaran aracı yapı işlevi gördüğü kuramsal çerçeveye tutarlıdır (Ajzen, 1991; Glasman ve Albarracín, 2006). Bilgi-tutum ilişkisi çalışmalar arasında zayıftan orta düzeye değişen pozitif korelasyonlar göstermektedir (Hammad ve ark., 2024; Simonetti ve ark., 2015). Asiri ve arkadaşlarının (2025) sistematik derleme ve meta-analizi ise bu ilişkilerin anlamsızdan güçlüye uzanan geniş bir yelpazede dağıldığını ve heterojenliğin sosyo-demografik ve kurumsal değişkenlerin aracılığıyla açıklanabileceğini vurgulamıştır. Saha araştırmaları da yeterli bilgi ve olumlu tutuma karşın uygulamaya geçişte personel eksikliği, ağır iş yükü, donanım yetersizliği ve zaman darlığı gibi engellerle karşılaşıldığını ortaya koyar (Asiri ve ark., 2025; Ebi ve ark., 2019; Qaddumi ve Khawaldeh, 2014).

Bilgi ve tutum, birbirini besleyen ve birbirine bağımlı yapılardır (Ajzen, 1991; Glasman ve Albarracín, 2006; McEachan ve ark., 2016). Çok bileşenli bir uygulama olan basınç ülseri önlemede bilginin yeterli olması kadar tutumun da olumlu, kararlı ve erişilebilir olması bakım kalitesini doğrudan belirler (Beeckman ve ark., 2011; Hammad ve ark., 2024). Bu nedenle hemşirelik eğitiminde bilgi ile tutumun birlikte geliştirilmesi; kanıta dayalı rehberlerle uyumlu müfredatlar, simülasyon temelli öğretim ve sürekli mesleki gelişim, önlemede hem hasta güvenliğine hem de bakım kalitesine katkı sağlar (Asiri ve ark., 2025; EPUAP, NPIAP ve PPPIA, 2019).

2.3.2. Vicdan Algısı Kavramı ve Hemşirelik Eğitimindeki Yeri

Latince “conscientia” kökünden gelen vicdan; bilgi, akıl yürütme ve ahlâki farkındalığın birleşmesiyle ortaya çıkan, bireyin eylemlerinin doğruluğunu sürekli değerlendirdiği içsel bir alandır (Lamb ve ark., 2019). Hemşirelik literatüründe vicdan, bireyin elindeki imkânlarla en nitelikli ahlâki tercihi yapma çabası ve kişinin bütünlüğünü koruyan bir iç tutarlılık olarak betimlenir (Cleary ve Lees, 2019). Türkiye’deki literatürde vicdan; ne yapılması gerektiğini içten hissettiren, değer oluşumuna katılan ve bireysel bütünlüğü sürdüren bir unsur olarak ele alınır (Yıldırım ve ark., 2022). Kavramı din, felsefe ve psikoloji perspektifinden inceleyen derlemede vicdan, kişide iyiyi kötünden ayırt etmeye yarayan içsel bir ölçüt ve geliştirilebilir bir yapı olarak tanımlanır; farklı yaklaşımların

ortak noktası, vicdanın iç dünyadaki ahlâki yargı mercii olmasıdır (Zengin ve Arslan İçöz, 2018). Vicdan kimi zaman bir iç otorite ve değer kaynağı, kimi zaman taşıması zor bir yük olarak deneyimlenebilir; bu da onun yalnızca bir düşünme edimi değil, hissetme ve eylem boyutlarını da kapsayan bütüncül bir yapı olduğuna işaret etmektedir (Lamb ve ark., 2019).

Bu çok yönlü yapı, bireyin vicdanıyla kurduğu ilişkiyi betimleyen vicdan algısı kavramıyla ölçülebilir hâle gelir. Kavram, kişinin vicdanına yüklediği anlamı, ona kulak verme eğilimini ve bunun mesleki davranışa yansımaları bir arada ele alır (Yıldırım ve ark., 2022). Ölçüm, Dahlqvist ve arkadaşlarının (2007) Vicdan Algısı Anketi ile öncülenmiş; Türkçe’de geçerlik-güvenirlilik çalışmaları yapılmıştır (Aksoy ve ark., 2019; Yıldırım ve ark., 2022). Dahlqvist ve arkadaşlarının özgün ölçeği altı boyutlu iken, Yıldırım ve ark. (2022) dört alt boyutlu bir Türkçe form kullanmış; bu tezde ise Aksoy ve ark. (2019) tarafından iki alt boyuta —Duyarlılık ve Otorite— indirgenen geçerli ve güvenilir Türkçe form esas alınmıştır. Duyarlılık alt boyutu, bireyin vicdanının sesine yönelme ve değerlerini içselleştirme eğilimini; Otorite alt boyutu ise vicdanın bağlayıcı bir iç otorite olarak deneyimlenmesini yansıtır (Aksoy ve ark., 2019).

Vicdanın eyleme yansıdığı en belirgin alanlardan biri hemşireliktir. Hastayı savunmayı ve bireyi bütüncül değerlendirmeyi merkeze alan bakım felsefesi nedeniyle meslek, tarihsel kökenlerinden bu yana vicdandan ayrı düşünülmemiştir (Cleary ve Lees, 2019; Kalantari ve ark., 2024). Türkiye’deki hemşirelik etiği literatüründe de bakımın ahlâki boyutu ve hemşirenin etik yükümlülükleri temel sorumluluklar arasında değerlendirilir (Dinç, 2009, 2010). Vicdana dayalı hemşirelik bakımı, Schwartz-Barcott ve Kim’in hibrit modeline dayanan bir kavram analizinde dört özellikle tanımlanmıştır: etik ilkelerin merkeze alınması, bakımı besleyen manevi bir kaynak, vicdanın içsel harekete geçişi ve bunun somut davranışa dönüşmesi (Kalantari ve ark., 2024). Bu yapının sürdürülebilirliği yalnızca bireysel değildir; iş yükü ve kurumsal normlar gibi mesleki ortam etkenleriyle hemşirenin kişisel kaynakları birlikte belirleyicidir (Jasemi ve ark., 2019).

Vicdan yalnızca bir rehberlik kaynağı değil, yoğun ahlâki gerilimlerin de yaşandığı bir alandır (Lamb ve ark., 2019). Olumlu yönüyle hemşirelerin değerleriyle tutarlı davranmasını ve bakım kalitesini yükseltmesini sağlayan güçlü bir güdüleyici kaynaktır (Yıldırım ve ark., 2022). Ancak aşırı iş yükü, yetersiz kaynaklar veya değer çatışmaları

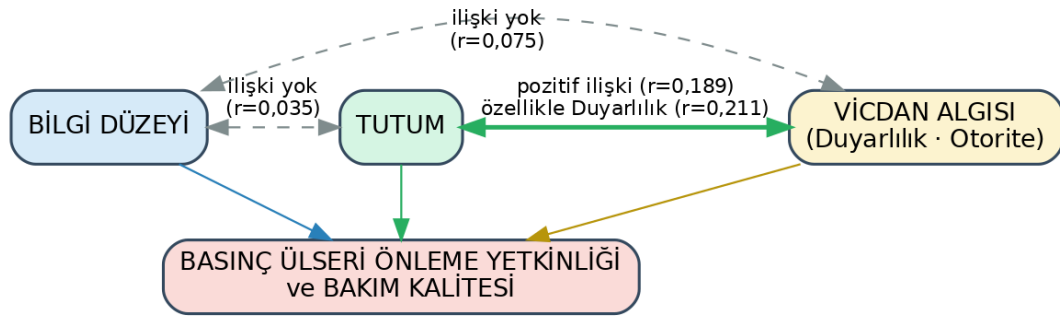
vicdan stresi, ahlâki sıkıntı ve mesleki tükenmişliğe yol açabilir (Cleary ve Lees, 2019; Jasemi ve ark., 2019). Bakımın ahlâki boyutunun göz ardı edilmesinin bakım niteliğini düşürebileceği ulusal etik kaynaklarında da vurgulanır (Dinç, 2009); vicdanına kulak verebilen hemşirelerde ise hem bireysel bütünlük korunur hem de bireye özgü bakım güçlenir (Yıldırım ve ark., 2022).

Vicdanın bu iki yönlü doğası, vicdan algısının mezuniyet öncesi süreçte biçimlenmesini önemli kılar; literatürde hemşirelik eğitiminin öğrencinin ahlâki yönelimlerini ve etik yetkinliğini belirleyen en kritik süreçlerden biri olduğu konusunda uzlaşa vardır (Andersson ve ark., 2022; Çetinkaya, 2020). Bu sürecin temel çıktısı olan ahlâki duyarlılık, bir durumun ahlâki boyutunu kavrama ve uygun bir karşılık üretebilme becerisidir. Shadi ve arkadaşlarının (2024) sistematik derlemesinde bu kavramın şefkat temelli uygulama, sorumluluk farkındalığı ve eleştirel düşünme gibi niteliklerle kavramsallaştığı, öncülünün ise etik bilgi ve uygun eğitsel ortam olduğu ortaya konmuştur. Eğitimin belirleyici rolü deneysel bulgularla da desteklenmektedir. Yılmaz ve Özbek Güven (2025) etik dersi sonrası ölçek puanlarının anlamlı biçimde yükseldiğini göstermiştir. Alnajjar ve Abou Hashish (2021) akademik etik farkındalığın ahlâki duyarlılıktaki varyansın yaklaşık %28.8'ini açıkladığını; Andersson ve arkadaşları (2022) ise simülasyon, vaka analizi ve rehberli klinik yansıma temelli aktif yöntemlerin kuramsal derse kıyasla daha etkili olduğunu göstermiştir.

Türkiye'deki hemşirelik etiği literatüründe etik eğitiminin müfredattaki yeri ve yöntemleri uzun süredir tartışılmaktadır (Görgülü ve Dinç, 2007); bu uluslararası bulguların yerel karşılığı da somut biçimde gözlenebilir. Çetinkaya (2020), 124 programı incelediği araştırmasında etik dersinin çoğunlukla beşinci yarıyıl ve haftada iki saatlik teorik ders biçiminde yürütüldüğünü, programların önemli bir kısmında öğrencilerin bu dersi almadan klinik uygulamaya başladığını ve etik duyarlılık konusunun içerikte yalnızca sınırlı bir paya (yaklaşık %5) sahip olduğunu saptamıştır. Yıldırım ve arkadaşlarının (2022) çalışmasında da mezuniyet sonrası etik etkinliklere katılımın sınırlı kaldığı ve bunun bireyselleştirilmiş bakıma olumsuz yansıdığı bildirilmiştir.

Eğitimle biçimlenen vicdan algısının klinik karşılığı somuttur. Yıldırım ve arkadaşları (2022), 326 hemşireden oluşan örnekleme vicdanın sesi ve temel nitelikleri boyutlarının Bireyselleştirilmiş Bakım Ölçeği ile pozitif, vicdanın dışlandığı durumlar boyutunun ise

negatif yönde ilişkili olduğunu belirlemiştir. Buna göre vicdanını davranışının merkezinde tutan hemşireler hastanın bireyselliğini daha güçlü desteklerken, iş baskısı nedeniyle vicdanını geri plana itenlerde bireyselleştirilmiş bakım zayıflamaktadır. Yoğun bakımda 274 hemşireyle yürütülen çalışmada ahlaki duyarlılık düzeyi yaşam sonu bakıma yönelik tutum ve davranışları etkilemiştir (Türkeköle ve Hakverdioğlu Yönt, 2025). Dolayısıyla vicdan algısı, salt bir kişilik özelliği değil; bakım kalitesinin, hasta güvenliğinin ve etik karar verme yetkinliğinin anlamlı bir belirleyicisi olarak konumlandırılmalıdır. Bu bulgular birlikte değerlendirildiğinde etik içeriklerin hem kuramsal derslere hem de klinik uygulamaya sistemli biçimde ve öğrenci sahaya çıkmadan önce yerleştirilmesi gerekmektedir. Bu yolla vicdan algısı güçlü, ahlâki yönden duyarlı ve etik açıdan yetkin hemşirelerin yetiştirilmesi; bakım niteliğini ve toplumun sağlığa duyduğu güveni yükselten kapsamlı bir kazanımdır (Andersson ve ark., 2022; Çetinkaya, 2020; Kalantari ve ark., 2024; Shadi ve ark., 2024; Yıldırım ve ark., 2022). Bu araştırmanın dayandığı kavramsal çerçeve, bilgi, tutum ve mesleki vicdan algısı arasındaki ilişkileri gösterecek biçimde Şekil 2.5'te sunulmuştur.



Özgün kavramsal çerçeve (araştırma bulgularına dayalı)

Şekil 2.5. Bilgi, Tutum ve Mesleki Vicdan Algısı Arasındaki İlişkilere Yönelik Kavramsal Çerçeve

Not. Şekil, Claude (Anthropic, 2026) kullanılarak yazar tarafından oluşturulmuştur.

3. MATERYAL ve METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, nicel araştırma yöntemlerinden tanımlayıcı, kesitsel ve ilişki arayıcı tasarımda planlanmış ve yürütülmüş bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nde Mart 2026 – Haziran 2026 tarihleri arasında öğrenim görmekte olan 2., 3. ve 4. sınıf hemşirelik öğrencileri ile yürütülmüştür. Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nde lisans eğitimi dört yıl olarak verilmektedir. Birinci sınıfta ağırlıklı olarak teorik temel dersler verilmekte olup öğrenciler ikinci sınıftan itibaren klinik uygulamalarına çıkmakta ve teorik bilgilerini klinik alanda uygulayarak deneyim kazanmaktadır. Bölümde 2., 3. ve 4. sınıflarda toplam 420 hemşirelik öğrencisi öğrenim görmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, ilgili kurumun hemşirelik bölümüne kayıtlı 2., 3. ve 4. sınıf 420 hemşirelik öğrencisi oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş, evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Birinci sınıf öğrencileri henüz klinik uygulamaya başlamadıkları ve klinik deneyim kazanmadıkları için araştırma kapsamı dışında tutulmuştur. Bunun nedeni, öğrencilerin basınç ülserlerini önlemeye yönelik bilgi, tutum ve vicdan algılarının değerlendirilebilmesi için klinik uygulamaya çıkıp deneyim kazanmış olmalarının gerekli görülmesidir. Araştırmaya dahil edilme ölçütlerini karşılayan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan toplam 302 hemşirelik öğrencisine ulaşılmış olup, evrenin %71.9'u örneklemeye dahil edilmiştir. Bu ulaşım oranı, evren tabanlı (population-based) çalışmalar için yeterli temsil gücü olarak değerlendirilmiştir. Anket temelli araştırmalarda %60 ve üzerindeki yanıt oranlarının hedeflenmesi gerektiği; bunun altında kalan oranlarda ise yanıtsızlık yanlılığının (nonresponse bias) örneklem

evreni temsil gücünü, dolayısıyla bulguların geçerlik ve güvenilirliğini zayıflattığı bildirilmektedir (Fincham, 2008).

3.3.1. Katılımcıların Araştırmaya Dahil Edilme Ölçütleri

- Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nde 2., 3. veya 4. sınıfta öğrenim görüyor olmak
- Hastane/klinik uygulamasına çıkıyor olmak
- Çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmek

3.3.2. Katılımcıların Araştırmadan Hariç Tutulma Ölçütleri

- Hemşirelik Bölümü 1. sınıf öğrencisi olmak
- Veri toplama tarihlerinde herhangi bir nedenle (sağlık sorunu, kayıt dondurma, mazeret izni vb.) eğitime aktif olarak devam etmemek
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmamak
- Veri toplama formlarını eksik doldurmuş ya da yarım bırakmış olmak

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

3.4.1. Bağımlı Değişkenler

Hemşirelik öğrencilerinin Basınç Ülseri Önlemede Bilgi Değerlendirme Ölçeği (PUPKAI-T), Basınç Ülserlerini Önlemeye Yönelik Tutum Ölçeği (BÜÖYTÖ) ve Vicdan Algısı Ölçeği (VAÖ) toplam ve alt boyut puan ortalamaları araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmaktadır.

3.4.2. Bağımsız Değişkenler

Yaş, cinsiyet, sınıf, hemşire olarak çalışma durumu, genel not ortalaması (GNO), basınç ülseriyle ilgili eğitim alma durumu, eğitimin alındığı kaynak, basınç ülseri ile karşılaşma durumu, klinikte basınç ülseri bakımına katılma durumu, basınç ülseri bakımında kullanılan malzemeleri tanıma durumu, basınç ülserini önlemeye yönelik girişim yapma

durumu, basınç ülseri evrelerini ayırt edebilme durumu, basınç ülserini önlemeye yönelik uygulamalar, basınç ülserini önlemede klinikte karşılaşılan engeller ve klinikte vicdani ikilem yaşama durumu araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmaktadır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri; “Kişisel Bilgi Formu (Ek-1)”, “Basınç Ülseri Önlemede Bilgi Değerlendirme Ölçeği (PUPKAI-T) (Ek-2)”, “Basınç Ülserlerini Önlemeye Yönelik Tutum Ölçeği (BÜÖYTÖ) (Ek-3)” ve “Vicdan Algısı Ölçeği (VAÖ) (Ek-4)” kullanılarak toplanmıştır.

3.5.1. Kişisel Bilgi Formu (Ek-1)

Kişisel Bilgi Formu, araştırmacılar tarafından konuyla ilgili literatür (Kır Biçer, 2021; Özyürek ve Gürlek Kısacık, 2023; Karaveli Çakır ve Özel, 2024) incelenerek hazırlanmış olup katılımcıların demografik niteliklerini sorgulayan toplam 15 sorudan oluşmaktadır. Form beş ana bölümden oluşmaktadır: (A) Demografik bilgiler bölümünde yaş, cinsiyet, sınıf ve hemşire olarak çalışma durumu; (B) Akademik bilgi bölümünde genel not ortalaması (GNO), basınç ülseriyle ilgili eğitim alma durumu ve eğitimin alındığı kaynak; (C) Klinik deneyim bölümünde basınç ülseri ile karşılaşma durumu, klinikte basınç ülseri bakımına katılma durumu, basınç ülseri bakımında kullanılan malzemeleri tanıma durumu, basınç ülserini önlemeye yönelik girişim yapma ve basınç ülseri evrelerini ayırt edebilme durumu; (D) Uygulamalar ve engeller bölümünde basınç ülserini önlemeye yönelik uygulamalar ile basınç ülserini önlemede klinikte karşılaşılan engeller; (E) Etik/vicdan algısı bölümünde ise klinikte vicdani ikilem yaşama durumu sorgulanmaktadır.

3.5.2. Basınç Ülseri Önlemede Bilgi Değerlendirme Ölçeği (PUPKAI-T) (Ek-2)

Ölçek, Beeckman ve arkadaşları (2010b) tarafından hemşirelerin basınç ülseri önlemeye ilişkin bilgi düzeylerini saptamak amacıyla geliştirilmiş; üç seçenekli çoktan seçmeli 26 maddeden ve altı alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar; etiyoloji-gelişim, sınıflama-gözlem, risk değerlendirme, beslenme, basınç/makaslama miktarını azaltmaya yönelik girişimler ve basınç/makaslamamanın süresini azaltmaya yönelik girişimler şeklindedir. Her doğru yanıt 1 puan, her yanlış yanıt 0 puan olarak değerlendirilmektedir. Ölçekten

alınabilecek toplam puan 0–26 arasında değişmekte olup, 16 ve üzerinde alınan puan (≥ 60) yeterli bilgi düzeyi olarak kabul edilmektedir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Tülek ve arkadaşları (2016) tarafından 150 hemşirede yapılmış; ileri-geri çeviriyle dil geçerliği sağlanmış, kapsam geçerlik indeksi 0.94, iç tutarlılık KR-20=0.803, test-tekrar test sınıf-içi korelasyon katsayıları 0.37–0.80, madde güçlük indeksleri 0.21–0.88 ve madde ayırt edicilik değerleri 0.20–0.78 bulunmuştur. Bu bulgular, PUPKAI-T'nin basınç ülseri önleme bilgisini değerlendirmede geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğunu göstermektedir. Bu araştırmada PUPKAI-T toplam puanı için Cronbach Alpha katsayısı 0.568 olarak bulunmuştur.

3.5.3. Basınç Ülserlerini Önlemeye Yönelik Tutum Ölçeği (BÜÖYTÖ) (Ek-3)

Ölçek, Beeckman ve arkadaşları (2010a) tarafından hemşirelerin basınç ülserlerini önlemeye yönelik tutumlarını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş; Üstün (2013) tarafından Türkçeye uyarlanarak geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek 13 maddeden ve üç alt boyuttan oluşmaktadır: basınç ülserlerini önlemenin önemi, basınç ülserlerini önlemede hemşirenin rolüne güven ve basınç ülseri gelişimini önlemede sorumluluk algısı. Ölçek 4'lü Likert tipinde olup yanıtlar 1 ile 4 arasında puanlanmaktadır. Ölçekte 6 madde olumlu, 7 madde (3, 5, 7, 8, 9, 10, 13. maddeler) olumsuz ifade içermekte ve olumsuz maddeler ters kodlanmaktadır. Olumlu ifadelerde puanlama “Kesinlikle katılmıyorum” (1), “Katılmıyorum” (2), “Katılıyorum” (3), “Kesinlikle katılıyorum” (4) şeklindedir; olumsuz (ters kodlanan) maddelerde ise “Kesinlikle katılıyorum” (1), “Katılıyorum” (2), “Katılmıyorum” (3), “Kesinlikle katılmıyorum” (4) olarak kodlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 13, en yüksek puan 52'dir. Toplam puan ortalaması yükseldikçe basınç ülserlerini önlemeye yönelik tutumun olumlu yönde geliştiği kabul edilmektedir. Ortalama tutum puanının %75 ve üzerinde olması yeterli tutum düzeyi olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin Türkçe uyarlamasında iç tutarlılık katsayısı (Cronbach Alpha) 0.714 olarak bulunmuştur (Üstün, 2013). Bu araştırmada BÜÖYTÖ için Cronbach Alpha katsayısı 0.743 olarak bulunmuştur.

3.5.4. Vicdan Algısı Ölçeği (VAÖ) (Ek-4)

Ölçek, Dahlqvist ve arkadaşları tarafından 2007 yılında geliştirilmiş; Ahlin ve arkadaşları tarafından 2012’de bir madde eklenerek 16 maddelik hâle getirilmiştir. Türkiye’de geçerlik ve güvenirlik çalışması Aksoy ve ark. (2019) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin orijinali 6 alt boyut (otorite, uyarı işareti, adanmış duyarlılık, değer, yük, kültüre bağlılık) içerirken, Türkçe geçerlik çalışmasında 3 madde çıkarılmış ve ölçek 13 maddelik hâle gelmiştir. Açıklayıcı faktör analizi sonucunda ölçek iki faktörlü yapı (Duyarlılık ve Otorite) ile toplam varyansın %52.5’ini açıklamaktadır. Birinci alt boyut olan Duyarlılık 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 12 ve 13. maddeleri; ikinci alt boyut olan Otorite ise 9 ve 11. maddeleri kapsamaktadır. Ölçek 6’lı Likert tipinde olup yanıtlar “Hayır, kesinlikle katılmıyorum” (1) ile “Evet, tamamen katılıyorum” (6) arasında puanlanmaktadır. Ölçekte ters kodlanan madde bulunmamaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 13, en yüksek puan 78’dir. Yüksek puan, bireyin vicdan algısının yüksek olduğunu göstermektedir. Türkçe geçerlik çalışmasında ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0.84, test-tekrar test korelasyon katsayısı $r=0.97$ olarak bulunmuştur (Aksoy ve ark., 2019). Bu çalışmada VAÖ toplam puanı için Cronbach Alpha katsayısı 0.914; Duyarlılık alt boyutu için 0.901 ve Otorite alt boyutu için 0.672 olarak bulunmuştur.

3.6. Verilerin Toplanması

Veriler, çalışmaya katılmayı kabul eden öğrencilerden basılı veri toplama formları aracılığıyla, yüz yüze görüşme yöntemiyle araştırmacı tarafından toplanmıştır. Veri toplama sürecinde araştırmacı, katılımcılara araştırmanın amacı, kapsamı ve veri toplama süreci hakkında ayrıntılı bilgi vermiş; çalışmaya katılmayı kabul eden öğrencilerden Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (BGOF) ile yazılı onamları alınmıştır. Veriler ders saatleri dışında, öğrencilerin uygun olduğu zaman dilimlerinde toplanmıştır. Katılımcılar veri toplama formlarını tamamlayana kadar araştırmacı kendilerine eşlik etmiştir. Anketin doldurulması yaklaşık 10 dakika sürmüştür. Veri toplama formunu eksik dolduran ya da yarım bırakan öğrencilerin verileri analize dahil edilmemiştir.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler, IBM SPSS for Windows 22 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin normallik varsayımına uygunlukları “Skewness” (çarpıklık) ve “Kurtosis” (basıklık) katsayıları (± 2) ile değerlendirilmiştir (Büyüköztürk, 2014). Normal dağılım koşulu için pratik kural olarak çarpıklık ve basıklık değerlerinin ± 2 aralığında olması önerildiğinden, ilgili değerler incelendiğinde değişkenlere ait çarpıklık ve basıklık değerlerinin normal veya normale yakın dağılım sergilediği görülmüştür.

Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiklerin sunumunda nitel değişkenler için sayı (n) ve yüzde (%); nicel değişkenler için ise ortalama (X) ve standart sapma (SS) değerleri kullanılmıştır. Ölçeklerin iç tutarlılık güvenirliklerinin değerlendirilmesinde Cronbach Alpha (α) katsayısı kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Çalışmada kullanılan istatistiksel testler Tablo 3.1’de, verilerin normallik dağılımına ilişkin analizler Tablo 3.2’de ve ölçeklere ait iç tutarlılık (Cronbach alfa) katsayıları ise Tablo 3.3’te sunulmuştur.

Tablo 3.1. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler

	Normal dağılan ölçümlerde	Normal dağılmayan ölçümlerde
İkili grupların karşılaştırılmasında	Bağımsız Gruplarda t Testi	Mann Whitney U Analizi
Çoklu grupların karşılaştırılmasında	Varyans Analizi (İleri analiz olarak varyansların homojen olduğu durumlarda LSD, olmadığı durumlarda Dunnett C kullanılmıştır).	Kruskal-Wallis Analizi (İleri analiz olarak Mann Whitney U kullanılmıştır).
İlişkisel Çıkarımlarda	Pearson Korelasyon Analizi	Spearman Korelasyon Analizi
İç Tutarlılık	Cronbach α kat sayısı	
Verilerin normallik dağılımı	Kurtosis ve Skewness kat sayıları*	

* Büyüköztürk, Ş. (2014). *Sosyal Bilimler için Veri Analizi El Kitabı* (20 ed.) Ankara: Pegem Akademi Yayınları.

Tablo 3.2. Çalışmada Yer Alan Sürekli Değişkenlere Ait Normal Dağılım Tablosu

Sürekli Değişkenler	n	Skewness		Kurtosis	
		Kat Sayısı		Kat Sayısı	
		İstatistik	Standart Hata	İstatistik	Standart Hata
Etiyoloji ve Gelişme	302	0.580	0.140	0.752	0.280
Sınıflama ve Gözlem	302	0.343	0.140	-0.264	0.280
Risk Değerlendirmesi	302	0.046	0.140	-1.903	0.280
Nutrisyon/Beslenme	302	-0.941	0.140	-1.123	0.280
Basınç/Makaslama Miktarını Azaltan Önleyici Girişimler	302	0.475	0.140	0.191	0.280
Basınç/Yırtılmanın Süresini Azaltmak İçin Önleyici Girişimler	302	0.673	0.140	-0.095	0.280
Basınç Ülseri Önlemede Bilgi Değerlendirme Ölçeği	302	0.378	0.140	-0.305	0.280
Basınç Ülserini Önlemeye Yönelik Tutum Ölçeği	302	-0.401	0.140	-0.724	0.280
Duyarlılık	302	-0.588	0.140	-0.254	0.280
Otorite	302	-0.525	0.140	-0.452	0.280
Vicdan Algısı Ölçeği	302	-0.524	0.140	-0.368	0.280

* Tüm sürekli değişkenlerin çarpıklık ve basıklık değerleri ± 2 aralığında olup normal ya da normale yakın dağılım göstermektedir; grup büyüklüğünün yetersiz kaldığı karşılaştırmalarda parametrik olmayan testler tercih edilmiştir.

Tablo 3.3. İç Tutarlılık Katsayıları

Ölçek	Cronbach α
Etiyoloji ve Gelişme	0.509
Sınıflama ve Gözlem	0.516
Risk Değerlendirmesi	0.896
Nutrisyon/Beslenme	-
Basınç/Makaslama Miktarını Azaltan Önleyici Girişimler	0.520
Basınç/Yırtılmanın Süresini Azaltmak İçin Önleyici Girişimler	0.525
Basınç Ülseri Önlemede Bilgi Değerlendirme Ölçeği	0.568
Basınç Ülserini Önlemeye Yönelik Tutum Ölçeği	0.743
Duyarlılık	0.901
Otorite	0.672
Vicdan Algısı Ölçeği	0.914

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yürütülebilmesi için Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi İnsan Araştırmaları Sağlık ve Spor Bilimleri Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı alınmıştır (Tarih: 30/09/2025, Karar No: 09/08, Sayı: E-88012460-050.04-488771) (Ek-5). Etik kurul onayının alınmasının ardından araştırmanın yürütüleceği Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı'ndan kurum izni alınmıştır (Ek-6). Araştırmaya katılan hemşirelik öğrencilerine araştırmanın amacı, niteliği, veri toplama süreci, verilerin gizliliğinin sağlanma şekli ile olası risk ve sorunları hakkında yeterince açık ve anlaşılabilir bilgi verilmiş; katılımcılardan alınacak bilgilerin gizliliği esasına uyulacağı beyan edilerek çalışmaya gönüllü olarak katılımları sağlanmıştır. Çalışmaya katılmaya gönüllü olan öğrencilerden Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (BGOF) ile yazılı onamları alınmıştır (Ek-7). Katılımcılara, çalışmadan istedikleri an herhangi bir gerekçe sunmaksızın çekilebilecekleri belirtilmiş; çekildikleri takdirde kendilerine ait verilerin çalışmadan çıkarılarak imha edileceği bildirilmiştir. Katılımcılardan özel kimlik bilgileri alınmamış; toplanan verilerde kişisel veriler gizli olacak şekilde numaralandırılarak araştırmacı tarafından muhafaza edilmiştir. Elde edilen bilgilerin yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılacağı, başka bir çalışmada kullanılmayacağı ve yazılı izin olmaksızın üçüncü kişilerle paylaşılmayacağı taahhüt edilmiştir. Araştırma süresince Helsinki Bildirgesi ilkelerine uyulmuştur. Ayrıca çalışmada kullanılan ölçeklerin uygulanmasına ilişkin izinler, ölçek sahiplerinden e-posta yoluyla alınmıştır (Ek-8, Ek-9, Ek-10).

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırma, Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nde 2., 3. ve 4. sınıfta öğrenim gören ve araştırmaya dahil edilme ölçütlerini karşılayan hemşirelik öğrencileri ile sınırlandırılmıştır. Araştırma yalnızca tek bir kurumda yürütüldüğünden, elde edilen sonuçlar yalnızca bu araştırma grubuna genellenebilir; tüm hemşirelik öğrencilerini ya da farklı kurumlardaki hemşirelik öğrencilerini kapsayacak şekilde genelleme yapılması mümkün değildir. Bunun yanı sıra verilerin öz bildirime dayalı veri toplama araçları ile toplanmış olması, katılımcıların yanıtlarını sosyal beğenirlik etkisi altında verme olasılığını barındırmakta olup bu durum araştırmanın bir diğer sınırlılığını oluşturmaktadır. Bunun yanı sıra, bu çalışmada

PUPKAI-T toplam puanı için hesaplanan Cronbach Alpha katsayısının (0.568) genel kabul gören 0.70 eşiğinin altında kalması, bilgi ölçümünün iç tutarlılığı açısından bir sınırlılık oluşturmaktadır; bu durum, doğru-yanlış biçiminde puanlanan bilgi testlerinde beklenen bir bulgu olmakla birlikte bilgi puanlarına ilişkin çıkarımların dikkatle yorumlanmasını gerektirmektedir. Ayrıca araştırmanın kesitsel tasarımda yürütülmesi nedeniyle değişkenler arasında saptanan ilişkilerden neden-sonuç çıkarımı yapılması mümkün değildir. Bunun yanında bu ölçeğin hemşireler üzerinde geçerlilik güvenilirlik yapılmış olup, veriler öğrenciler üzerinde toplanmıştır. Ölçeğin hemşirelik öğrencilerinde de geçerlik ve güvenilirliğinin sınanması önerilir. Ölçeğin alt boyutlarına ait alfa katsayıları — Risk Değerlendirmesi alt boyutu ($\alpha=0.896$) dışında — 0.509–0.525 aralığında kalmış; tutum ölçeği ($\alpha=0.743$) ve Vicdan Algısı Ölçeği ($\alpha=0.914$) ise yüksek iç tutarlılık göstermiştir. Öğrencilerin klinik performansları doğrudan gözlenmemiş, kavramlar yalnızca öz bildirime dayalı ölçeklerle değerlendirilmiştir. Örneklemde ikinci sınıf öğrencilerinin oransal payının yüksek olması sınıflar arası karşılaştırmaların yorumunu, kurs/seminer yoluyla eğitim alan grubun küçüklüğü ($n=6$) ise bu gruba ilişkin bulgunun genellenebilirliğini sınırlandırmaktadır.

4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırmaya katılan 302 hemşirelik öğrencisinden elde edilen verilerin analizine ilişkin bulgular sunulmuştur. Bulgular; öğrencilerin tanıtıcı özellikleri, kullanılan ölçeklerden alınan puanların dağılımı, demografik ve mesleki değişkenlere göre Basınç Ülseri Önlemede Bilgi Değerlendirme Ölçeği, Basınç Ülserini Önlemeye Yönelik Tutum Ölçeği ile Vicdan Algısı Ölçeği puanlarının karşılaştırılması ve ölçekler arasındaki ilişki olmak üzere altı alt başlık altında ele alınmıştır. Veriler tablolar hâlinde sunulmuş, anlamlı çıkan farklılıklar ileri analizler ile desteklenerek açıklanmıştır.

4.1. Hemşirelik Öğrencilerinin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan hemşirelik öğrencilerinin sosyodemografik özellikleri ile basınç ülseri konusundaki eğitim, klinik deneyim ve uygulama durumlarına ilişkin bulgular Tablo 4.1’de sunulmuştur.

Tablo 4.1. Hemşirelik Öğrencilerinin Tanıtıcı Özellikleri (n=302)

Değişken	Kategori	n	%
Yaş	17-24	276	91.4
	25-29	26	8.6
Cinsiyet	Kadın	219	72.5
	Erkek	83	27.5
Sınıf	2. Sınıf	110	36.4
	3. Sınıf	107	35.4
	4. Sınıf	85	28.2
Hemşire Unvanı Olarak Çalışma	Çalışıyor	12	4.0
	Çalışmıyor	290	96.0
Genel Not Ortalaması	2.00'ın Altında	8	2.6
	2.00–2.49	56	18.5
	2.50–2.99	119	39.4
	3.00–3.49	82	27.2
	3.50–4.00	37	12.3

Tablo 4.1. Hemşirelik Öğrencilerinin Tanıtıcı Özellikleri (n=302) (Devamı)

Değişken	Kategori	n	%
Basınç Ülseriyle İlgili	Var	179	59.3
Eğitim Alma	Yok	123	40.7
Eğitimin Alındığı	Ders	266	88.1
Kaynak*	Klinik uygulama	97	32.1
	Kurs/seminer	6	2.0
	İnternet/kitap	46	15.2
Basınç Ülseri ile	Evet	191	63.2
Karşılaşma	Hayır	111	36.8
Klinikte Bakıma Katılma	Evet	154	51.0
	Hayır	148	49.0
Basınç Ülseri Bakımında	Farkında değilim/bilmiyorum	46	15.2
Kullanılan Malzemeleri	Basınç noktalarını destekleme (pozisyon, havalı yatak vb.)	221	73.2
Tanıma*	Pansuman (serum fizyolojik, povidon iyot vb.)	152	50.3
	Antibiyotik krem/merhem vb.	172	57.0
	Gümüş içerikli örtü	42	13.9
	Parafinli örtü	29	9.6
Basınç Ülserini Önlemeye	Yaptım	115	38.1
Yönelik Girişim	Yapmadım/hatırlamıyorum	187	61.9
Basınç Ülseri Evrelerini	Evet	100	33.1
Tanımlayabilme	Hayır	49	16.2
	Emin değilim	153	50.7
Basınç Ülserini Önlemeye	Pozisyon verme	282	93.4
Yönelik Uygulamalar*	Basınç azaltıcı yatak kullanma	232	76.8
	Cilt bakımı/hijyen	232	76.8
	Yatak çarşaflarını değiştirme	205	67.9
	Eğitim verme	184	60.9
Basınç Ülserini Önlemede	Yetersiz hemşire/personel sayısı	199	65.9
Klinikte Uygulamaya	Bilgi eksikliği	208	68.9
Yönelik Karşılaşılan	İlgisiz ortam (hasta/hasta yakını)	194	64.2
Engeller*	Fiziksel koşulların yetersizliği	145	48.0
	Zaman yetersizliği	148	49.0
	Ekipman/materyal eksikliği	137	45.4
	Protokol/standart olmaması	58	19.2
Klinikte Vicdani İkilem	Evet	179	59.3
Yaşama	Hayır	123	40.7

* Bu değişkenlerde katılımcılar birden fazla seçenek işaretleyebilmiştir; yüzdeler her seçenek için tüm katılımcılar (N=302) üzerinden ayrı ayrı hesaplanmıştır.

Tablo 4.1'e göre, araştırmaya katılan öğrencilerin %91.4'ü 17-24 yaş aralığında, %72.5'i kadındır. Öğrencilerin yalnızca %4'ü hemşire unvanıyla çalışmaktadır. Sınıf dağılımı incelendiğinde katılımcıların %36.4'ünün 2. sınıf, %35.4'ünün 3. sınıf ve %28.2'sinin 4. sınıf öğrencisi olduğu, genel not ortalamalarının ise büyük ölçüde 2.50-2.99 (%39.4) ve 3.00-3.49 (%27.2) aralıklarında yoğunlaştığı görülmektedir.

Basınç ülseri ile ilgili eğitim alma durumu açısından öğrencilerin %59.3'ünün konuya yönelik herhangi bir eğitim aldığı, eğitim alanların ise %88.1'inin bu eğitimi ders kapsamında edindiği saptanmıştır. Klinik uygulamadan eğitim aldığını belirtenlerin oranı %32.1, internet/kitaptan yararlananların oranı %15.2, kurs/seminerden yararlananların oranı ise yalnızca %2.0 olarak elde edilmiştir. Klinik deneyim açısından bakıldığında, katılımcıların %63.2'sinin basınç ülseri olan bir hasta ile karşılaştığı, %51'inin klinikte basınç ülseri bakımına katıldığı ancak %61.9'unun bu konuda herhangi bir önleyici girişimde bulunmadığını ya da hatırlamadığını ifade ettiği belirlenmiştir.

Basınç ülseri bakımında kullanılan malzemeleri tanıma durumu değerlendirildiğinde öğrencilerin en yüksek oranda basınç noktalarını destekleme uygulamasını (%73.2) ardından antibiyotik krem/merhem (%57.0) ve pansumanı (%50.3) işaretledikleri; gümüş içerikli örtü (%13.9) ile parafinli örtüye (%9.6) ise oldukça söz konusu malzemeleri düşük oranda tanıdıkları görülmektedir. Katılımcıların %50.7'si basınç ülseri evrelerini ayırt edebileceğinden emin olmadığını, %16.2'si ise ayırt edemeyeceğini bildirmiştir. Önlemeye yönelik uygulamalar arasında en sık tercih edilenler pozisyon verme (%93.4), basınç azaltıcı yatak kullanma (%76.8), cilt bakımı/hijyen (%76.8) ve yatak çarşaflarını değiştirme (%67.9) olmuştur.

Öğrencilerin klinikte karşılaştıkları engeller açısından en sık ifade ettikleri sorunlar bilgi eksikliği (%68.9), yetersiz hemşire/personel sayısı (%65.9) ve ilgisiz ortam (%64.2) olarak sıralanmaktadır; bunları zaman yetersizliği (%49.0), fiziksel koşulların yetersizliği (%48.0) ve ekipman/materyal eksikliği (%45.4) izlemektedir. Klinik uygulamalar sırasında basınç ülseri bakımına ilişkin vicdani ikilem yaşadığını belirten öğrencilerin oranı ise %59.3 olarak tespit edilmiştir.

4.2. Kullanılan Ölçeklerin Puan Dağılımlarına İlişkin Bulgular

Öğrencilerin Basınç Ülseri Önlemede Bilgi Değerlendirme Ölçeği, Basınç Ülserini Önlemeye Yönelik Tutum Ölçeği ve Vicdan Algısı Ölçeği ile bu ölçeklerin alt boyutlarından aldıkları puanların minimum, maksimum, ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 4.2’de sunulmuştur.

Tablo 4.2. Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı (n=302)

Ölçek / Alt Boyut	n	Min.	Max.	Ort.	SS
Etiyoloji ve Gelişme	302	0	6	2.29	1.46
Sınıflama ve Gözlem	302	0	5	1.96	1.34
Risk Değerlendirmesi	302	0	2	0.98	0.95
Nutrisyon/Beslenme	302	0	1	0.71	0.45
Basınç/Makaslama Miktarını Azaltan Önleyici Girişimler	302	0	7	3.17	1.72
Basınç/Yırtılmanın Süresini Azaltmak İçin Önleyici Girişimler	302	0	5	2.03	1.38
Basınç Ülseri Önlemede Bilgi Değerlendirme Ölçeği (Toplam)	302	4	21	11.14	3.56
Basınç Ülserini Önlemeye Yönelik Tutum Ölçeği (Toplam)	302	29	50	40.48	4.82
Duyarlılık	302	17	66	53.30	9.97
Otorite	302	2	12	8.99	2.54
Vicdan Algısı Ölçeği (Toplam)	302	21	78	62.29	11.95

Tablo 4.2’ye göre öğrenciler, PUPKAI-T’nin alt boyutlarından sırasıyla; Etiyoloji ve Gelişme alt boyutundan 2.29 ± 1.46 , Sınıflama ve Gözlem alt boyutundan 1.96 ± 1.34 , Risk Değerlendirmesi alt boyutundan 0.98 ± 0.95 , Nutrisyon/Beslenme alt boyutundan 0.71 ± 0.45 , Basınç/Makaslama Miktarını Azaltan Önleyici Girişimler alt boyutundan 3.17 ± 1.72 ve Basınç/Yırtılmanın Süresini Azaltmak İçin Önleyici Girişimler alt boyutundan 2.03 ± 1.38 puan almışlardır. Ölçek toplamından alınan puan ortalaması ise 11.14 ± 3.56 olarak elde edilmiştir; ölçekten alınabilecek en yüksek puan dikkate alındığında bu değer öğrencilerin basınç ülseri önlemeye ilişkin bilgi düzeylerinin düşük düzeyde olduğunu işaret etmektedir.

Öğrenciler Basınç Ülserini Önlemeye Yönelik Tutum Ölçeği toplamından 40.48 ± 4.82 puan almışlar; bu sonuç, katılımcıların basınç ülserini önlemeye yönelik tutumlarının olumlu yönde olduğunu göstermektedir. Vicdan Algısı Ölçeği’nin Duyarlılık alt

boyutundan 53.30 ± 9.97 , Otorite alt boyutundan 8.99 ± 2.54 ve ölçek toplamından 62.29 ± 11.95 puan elde edilmiştir.

4.3. Demografik Özelliklere Göre Basınç Ülseri Önlemede Bilgi Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Hemşirelik öğrencilerinin tanıtıcı özelliklerine göre Basınç Ülseri Önlemede Bilgi Değerlendirme Ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 4.3'te sunulmuştur.

Tablo 4.3. Tanıtıcı Özelliklere Göre Basıncı Ülseri Önlemede Bilgi Değerlendirme Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Değişken	Kategori	n	Etiyoloji ve Gelişme Ort.±SS	Sınıflama ve Gözlem Ort.±SS	Risk Değerlendirmesi Ort.±SS	Nutrisyon/ Beslenme Ort.±SS	Basıncı/ Makaslama Ort.±SS	Basıncı/ Yırtılma Ort.±SS	Bilgi Toplam Ort.±SS
Yaş	17-24	276	2.28±1.44	1.97±1.34	0.98±0.95	0.71±0.45	3.18±1.75	2.04±1.35	11.16±3.53
	25-29	26	2.50±1.61	1.77±1.37	0.92±0.98	0.73±0.45	3.12±1.48	1.96±1.68	11.00±3.88
	Test/p		t=-0.751 p=0.453	t=0.744 p=0.457	t=0.301 p=0.764	t=-0.221 p=0.825	t=0.175 p=0.861	t=0.264 p=0.792	t=0.213 p=0.831
Cinsiyet	Kadın	219	2.23±1.42	1.92±1.32	1.04±0.95	0.72±0.45	3.23±1.75	2.08±1.37	11.21±3.62
	Erkek	83	2.47±1.55	2.06±1.40	0.82±0.94	0.70±0.46	3.01±1.66	1.90±1.40	10.96±3.38
	Test/p		t=-1.288 p=0.199	t=-0.821 p=0.412	t=1.777 p=0.077	t=0.309 p=0.757	t=0.993 p=0.321	t=0.979 p=0.329	t=0.537 p=0.592
Sınıf	2. Sınıf	110	2.71±1.59	1.98±1.23	0.99±0.93	0.79±0.41	3.39±1.96	1.93±1.25	11.79±3.69
	3. Sınıf	107	2.01±1.31	1.94±1.45	0.85±0.94	0.72±0.45	2.97±1.65	2.16±1.47	10.65±3.61
	4. Sınıf	85	2.12±1.34	1.94±1.37	1.12±0.98	0.60±0.49	3.14±1.47	2.00±1.42	10.92±3.21
Hemşire Olarak Çalışma	Test/p		F=7.436 p=0.001	F=0.029 p=0.971	F=1.895 p=0.152	F=4.366 p=0.014	F=1.627 p=0.198	F=0.791 p=0.454	F=3.049 p=0.049
	Çalışıyor	12	3.17±1.90	1.67±0.78	1.00±0.95	0.50±0.52	3.58±2.19	1.50±1.24	11.42±4.25
	Çalışmıyor	290	2.26±1.43	1.97±1.36	0.98±0.95	0.72±0.45	3.16±1.70	2.05±1.38	11.13±3.53
Genel Not Ortalaması	Test/p		t=2.128 p=0.034	t=-0.762 p=0.446	t=0.086 p=0.932	t=-1.656 p=0.099	t=0.842 p=0.400	t=-1.360 p=0.175	t=0.272 p=0.786
	2.00'ın Altında	8	1.88±0.99	2.38±1.06	0.63±0.92	0.50±0.53	2.50±0.76	0.88±0.83	8.75±2.25
	2.00-2.49	56	2.32±1.66	2.13±1.38	0.84±0.95	0.75±0.44	2.86±1.73	2.02±1.24	10.91±3.51
Eğitim Alma	2.50-2.99	119	2.10±1.50	1.63±1.29	0.98±0.96	0.72±0.45	3.00±1.70	1.86±1.40	10.29±3.26
	3.00-3.49	82	2.51±1.31	2.23±1.30	1.09±0.95	0.70±0.46	3.79±1.86	2.34±1.46	12.66±3.94
	3.50-4.00	37	2.49±1.33	2.05±1.45	1.00±0.97	0.70±0.46	2.97±1.28	2.16±1.24	11.38±2.65
Eğitim Alma	Test/p		F=1.320 p=0.262	F=3.159 p=0.015	F=0.837 p=0.503	F=0.581 p=0.677	F=3.999 p=0.004	F=3.084 p=0.016	F=6.934 p<0.001
	Var	179	2.28±1.41	1.96±1.31	1.03±0.95	0.72±0.45	3.26±1.81	2.19±1.43	11.44±3.70
	Yok	123	2.31±1.53	1.96±1.40	0.89±0.96	0.71±0.46	3.04±1.59	1.80±1.28	10.71±3.31
Eğitim Alma	Test/p		t=-0.141 p=0.888	t=-0.026 p=0.980	t=1.250 p=0.212	t=0.146 p=0.884	t=1.126 p=0.261	t=2.454 p=0.015	t=1.769 p=0.078

Tablo 4.3. Tanıtıcı Özelliklere Göre Basınç Ülseri Önlemede Bilgi Değerlendirme Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (Devamı)

Değişken	Kategori	n	Etiyoloji ve Gelişme Ort.±SS	Sınıflama ve Gözlem Ort.±SS	Risk Değerlendirmesi Ort.±SS	Nutrisyon/ Beslenme Ort.±SS	Basınç/ Makaslama Ort.±SS	Basınç/ Yırtılma Ort.±SS	Bilgi Toplam Ort.±SS
Ders Kaynağı	Hayır	36	2.28±1.30	1.86±1.69	1.17±0.97	0.67±0.48	2.92±1.61	2.00±1.35	10.89±4.03
	Evet	266	2.30±1.48	1.97±1.29	0.95±0.95	0.72±0.45	3.21±1.74	2.03±1.39	11.18±3.49
	Test/p		t=-0.074 p=0.941	t=-0.371 p=0.712	t=1.276 p=0.203	t=-0.637 p=0.525	t=-0.947 p=0.344	t=-0.138 p=0.890	t=-0.455 p=0.649
Klinik Uygulama Kaynağı	Hayır	205	2.30±1.45	1.88±1.22	0.99±0.95	0.70±0.46	3.10±1.70	1.99±1.40	10.96±3.53
	Evet	97	2.28±1.48	2.11±1.57	0.96±0.97	0.74±0.44	3.33±1.77	2.11±1.34	11.54±3.59
	Test/p		t=0.134 p=0.894	t=-1.276 p=0.204	t=0.226 p=0.821	t=-0.799 p=0.425	t=-1.094 p=0.275	t=-0.724 p=0.470	t=-1.325 p=0.186
Kurs/ Seminer Kaynağı	Hayır	296	2.29±1.45	1.93±1.33	0.98±0.95	0.71±0.45	3.18±1.73	2.03±1.39	11.12±3.57
	Evet	6	2.50±1.97	3.33±1.37	0.83±0.98	0.67±0.52	2.83±1.33	2.00±0.63	12.17±2.79
	Test/p		t=-0.348 p=0.728	t=-2.555 p=0.011	t=0.372 p=0.710	t=0.246 p=0.806	t=0.486 p=0.628	t=0.112 p=0.914	t=-0.712 p=0.477
İnternet/ Kitap Kaynağı	Hayır	256	2.27±1.48	1.93±1.31	0.98±0.96	0.70±0.46	3.10±1.72	2.03±1.39	11.01±3.50
	Evet	46	2.46±1.31	2.09±1.53	0.98±0.91	0.76±0.43	3.57±1.72	2.04±1.32	11.89±3.78
	Test/p		t=-0.818 p=0.414	t=-0.711 p=0.477	t=-0.012 p=0.991	t=-0.794 p=0.428	t=-1.684 p=0.093	t=-0.073 p=0.942	t=-1.555 p=0.121
Basınç Ülseri ile Karşılaşma	Evet	191	2.25±1.45	1.94±1.39	0.98±0.95	0.71±0.45	3.36±1.81	2.07±1.34	11.31±3.58
	Hayır	111	2.38±1.47	1.99±1.27	0.96±0.95	0.71±0.46	2.85±1.51	1.96±1.45	10.86±3.51
	Test/p		t=-0.760 p=0.448	t=-0.335 p=0.738	t=0.179 p=0.858	t=0.006 p=0.995	t=2.643 p=0.009	t=0.632 p=0.528	t=1.068 p=0.286
Klinikte Bakıma Katılma	Evet	154	2.23±1.43	2.00±1.41	1.01±0.97	0.68±0.47	3.31±1.81	2.07±1.32	11.30±3.45
	Hayır	148	2.36±1.49	1.91±1.28	0.95±0.93	0.74±0.44	3.03±1.62	1.99±1.44	10.98±3.67
	Test/p		t=-0.741 p=0.459	t=0.567 p=0.571	t=0.552 p=0.581	t=-1.179 p=0.239	t=1.369 p=0.172	t=0.534 p=0.594	t=0.779 p=0.437
Farkında Değilim/ Bilmiyorum	Hayır	256	2.30±1.44	1.98±1.40	0.99±0.96	0.71±0.45	3.19±1.75	2.11±1.38	11.28±3.59
	Evet	46	2.24±1.55	1.85±0.99	0.91±0.94	0.70±0.47	3.07±1.57	1.61±1.34	10.37±3.27
	Test/p		t=0.281 p=0.779	t=0.758 p=0.451	t=0.493 p=0.622	t=0.264 p=0.792	t=0.456 p=0.648	t=2.264 p=0.024	t=1.605 p=0.109
Basınç Noktalarını Destekleme	Hayır	81	2.25±1.52	1.75±1.32	0.83±0.95	0.68±0.47	3.07±1.59	1.81±1.31	10.40±3.61
	Evet	221	2.31±1.44	2.03±1.35	1.03±0.95	0.72±0.45	3.21±1.77	2.11±1.40	11.42±3.50
	Test/p		t=-0.345 p=0.731	t=-1.599 p=0.111	t=-1.659 p=0.098	t=-0.763 p=0.446	t=-0.598 p=0.550	t=-1.644 p=0.101	t=-2.226 p=0.027

Tablo 4.3. Tanıtıcı Özelliklere Göre Basınç Ülseri Önlemede Bilgi Değerlendirme Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (Devamı)

Değişken	Kategori	n	Etiyoloji ve Gelişme Ort.±SS	Sınıflama ve Gözlem Ort.±SS	Risk Değerlendirmesi Ort.±SS	Nutrisyon/ Beslenme Ort.±SS	Basınç/ Makaslama Ort.±SS	Basınç/ Yırtılma Ort.±SS	Bilgi Toplam Ort.±SS
Pansuman	Hayır	150	2.33±1.56	1.93±1.39	0.91±0.96	0.71±0.46	2.87±1.72	2.06±1.38	10.81±3.53
	Evet	152	2.26±1.35	1.99±1.30	1.05±0.94	0.72±0.45	3.47±1.68	2.00±1.38	11.47±3.56
	Test/p		t=0.457 p=0.648	t=-0.388 p=0.698	t=-1.273 p=0.204	t=-0.200 p=0.842	t=-3.032 p=0.003	t=0.377 p=0.706	t=-1.635 p=0.103
Antibiyotik Krem/ Merhem	Hayır	130	2.35±1.56	1.99±1.19	0.86±0.95	0.74±0.44	2.90±1.73	1.87±1.40	10.72±3.70
	Evet	172	2.25±1.37	1.93±1.45	1.06±0.94	0.69±0.46	3.38±1.70	2.15±1.36	11.47±3.41
	Test/p		t=0.613 p=0.541	t=0.408 p=0.684	t=-1.837 p=0.067	t=0.884 p=0.387	t=-2.404 p=0.017	t=-1.765 p=0.079	t=-1.821 p=0.070
Gümüş İçerikli Örtü	Hayır	260	2.35±1.48	1.92±1.33	0.94±0.95	0.74±0.44	3.20±1.68	2.01±1.39	11.16±3.66
	Evet	42	1.95±1.29	2.21±1.42	1.21±0.92	0.52±0.51	3.00±1.99	2.14±1.35	11.05±2.90
	Test/p		t=1.646 p=0.101	t=-1.338 p=0.182	t=-1.748 p=0.081	t=2.645 p=0.011	t=0.697 p=0.486	t=-0.572 p=0.568	t=0.186 p=0.853
Parafinli Örtü	Hayır	273	2.36±1.47	1.97±1.36	0.97±0.95	0.73±0.44	3.11±1.72	2.06±1.40	11.20±3.61
	Evet	29	1.72±1.22	1.83±1.26	1.03±0.94	0.52±0.51	3.76±1.72	1.72±1.19	10.59±2.96
	Test/p		t=2.233 p=0.026	t=0.544 p=0.587	t=-0.343 p=0.732	t=2.194 p=0.035	t=-1.935 p=0.054	t=1.256 p=0.210	t=0.886 p=0.376
Basınç Ülserini Önemeye Yönelik Girişim	Yaptım	115	2.33±1.48	1.92±1.43	1.03±0.96	0.66±0.48	3.28±1.71	2.17±1.40	11.40±3.22
	Yapmadım/hatırlamıyorum	187	2.27±1.45	1.98±1.29	0.94±0.95	0.74±0.44	3.11±1.73	1.94±1.36	10.98±3.75
	Test/p		t=0.334 p=0.739	t=-0.356 p=0.722	t=0.829 p=0.408	t=-1.507 p=0.133	t=0.838 p=0.403	t=1.426 p=0.155	t=0.987 p=0.324
Evreleri Ayırt Etme	Evet	100	2.16±1.40	2.24±1.36	1.02±0.96	0.70±0.46	3.31±1.73	2.13±1.44	11.56±3.46
	Hayır	49	2.24±1.48	1.88±1.38	0.78±0.96	0.69±0.47	2.76±1.63	1.78±1.26	10.12±3.50
	Emin değilim	153	2.40±1.49	1.80±1.30	1.01±0.94	0.73±0.45	3.22±1.74	2.05±1.37	11.20±3.59
	Test/p		F=0.845 p=0.431	F=3.431 p=0.034	F=1.312 p=0.271	F=0.141 p=0.869	F=1.811 p=0.165	F=1.107 p=0.332	F=2.755 p=0.065
Pozisyon Verme	Hayır	20	2.05±1.10	2.10±1.74	0.80±1.01	0.70±0.47	3.00±1.59	2.25±1.41	10.90±4.00
	Evet	282	2.31±1.48	1.95±1.32	0.99±0.95	0.71±0.45	3.18±1.74	2.01±1.38	11.16±3.53
	Test/p		t=-0.777 p=0.438	t=0.385 p=0.704	t=-0.859 p=0.391	t=-0.121 p=0.903	t=-0.462 p=0.645	t=0.738 p=0.461	t=-0.315 p=0.753

Tablo 4.3. Tanıtıcı Özelliklere Göre Basınç Ülseri Önlemede Bilgi Değerlendirme Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (Devamı)

Değişken	Kategori	n	Etiyoloji ve Gelişme Ort.±SS	Sınıflama ve Gözlem Ort.±SS	Risk Değerlendirmesi Ort.±SS	Nutrisyon/ Beslenme Ort.±SS	Basınç/ Makaslama Ort.±SS	Basınç/ Yırtılma Ort.±SS	Bilgi Toplam Ort.±SS
Basınç Azaltıcı Yatak	Hayır	70	2.47±1.69	1.71±1.33	0.81±0.97	0.77±0.42	3.13±1.91	1.70±1.20	10.60±3.32
	Evet	232	2.24±1.38	2.03±1.34	1.03±0.94	0.69±0.46	3.19±1.67	2.13±1.42	11.31±3.62
	Test/p		t=1.039 p=0.302	t=-1.728 p=0.085	t=-1.634 p=0.103	t=1.314 p=0.191	t=-0.241 p=0.810	t=-2.298 p=0.022	t=-1.459 p=0.146
Cilt Bakımı/Hijyen	Hayır	70	2.37±1.51	1.74±1.37	0.87±0.98	0.70±0.46	3.07±1.74	2.00±1.30	10.76±3.61
	Evet	232	2.27±1.44	2.02±1.33	1.01±0.94	0.72±0.45	3.20±1.72	2.04±1.41	11.26±3.54
	Test/p		t=0.502 p=0.616	t=-1.523 p=0.129	t=-1.057 p=0.291	t=-0.250 p=0.802	t=-0.557 p=0.578	t=-0.206 p=0.837	t=-1.034 p=0.302
Yatak Çarşafı Değiştirme	Hayır	97	2.37±1.44	1.73±1.33	0.95±0.97	0.73±0.45	2.87±1.82	1.80±1.19	10.45±3.59
	Evet	205	2.26±1.47	2.06±1.34	0.99±0.94	0.70±0.46	3.32±1.66	2.14±1.45	11.47±3.50
	Test/p		t=0.627 p=0.531	t=-2.010 p=0.045	t=-0.356 p=0.722	t=0.527 p=0.598	t=-2.135 p=0.034	t=-2.111 p=0.036	t=-2.333 p=0.020
Eğitim Verme	Hayır	118	2.43±1.47	1.81±1.37	0.90±0.97	0.72±0.45	3.18±1.85	2.14±1.44	11.18±3.71
	Evet	184	2.21±1.45	2.05±1.32	1.03±0.94	0.71±0.46	3.17±1.65	1.96±1.34	11.12±3.46
	Test/p		t=1.315 p=0.189	t=-1.487 p=0.138	t=-1.148 p=0.252	t=0.258 p=0.797	t=0.047 p=0.963	t=1.068 p=0.287	t=0.139 p=0.890
Yetersiz Personel	Hayır	103	2.22±1.52	1.79±1.37	0.95±0.96	0.64±0.48	3.08±1.90	1.93±1.23	10.61±3.92
	Evet	199	2.33±1.43	2.05±1.33	0.99±0.95	0.75±0.44	3.22±1.63	2.08±1.45	11.42±3.33
	Test/p		t=-0.612 p=0.541	t=-1.589 p=0.113	t=-0.333 p=0.740	t=-1.907 p=0.058	t=-0.685 p=0.494	t=-0.886 p=0.376	t=-1.780 p=0.077
Bilgi Eksikliği	Hayır	94	2.28±1.46	1.88±1.36	0.84±0.97	0.68±0.47	3.32±1.77	1.99±1.42	10.99±3.64
	Evet	208	2.30±1.46	1.99±1.34	1.04±0.94	0.73±0.45	3.11±1.70	2.05±1.36	11.21±3.52
	Test/p		t=-0.145 p=0.885	t=-0.642 p=0.521	t=-1.679 p=0.094	t=-0.800 p=0.425	t=0.996 p=0.320	t=-0.342 p=0.733	t=-0.502 p=0.616
İlgisiz Ortam	Hayır	108	2.16±1.52	1.82±1.30	0.91±0.96	0.75±0.44	3.01±1.56	2.20±1.48	10.85±3.53
	Evet	194	2.37±1.42	2.03±1.37	1.02±0.95	0.69±0.46	3.26±1.81	1.93±1.31	11.30±3.57
	Test/p		t=-1.223 p=0.222	t=-1.282 p=0.201	t=-0.945 p=0.345	t=1.109 p=0.269	t=-1.226 p=0.221	t=1.639 p=0.102	t=-1.060 p=0.290
Fiziksel Koşul Yetersizliği	Hayır	157	2.37±1.43	2.03±1.39	0.87±0.96	0.72±0.45	3.39±1.77	1.95±1.39	11.32±3.66
	Evet	145	2.21±1.48	1.88±1.30	1.09±0.93	0.70±0.46	2.94±1.65	2.12±1.37	10.94±3.45
	Test/p		t=0.927 p=0.354	t=0.921 p=0.358	t=-1.989 p=0.048	t=0.311 p=0.756	t=2.285 p=0.023	t=-1.059 p=0.291	t=0.928 p=0.354

Tablo 4.3. Tanıtıcı Özelliklere Göre Basınç Ülseri Önlemede Bilgi Değerlendirme Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (Devamı)

Değişken	Kategori	n	Etiyoloji ve Gelişme Ort.±SS	Sınıflama ve Gözlem Ort.±SS	Risk Değerlendirmesi Ort.±SS	Nutrisyon/ Beslenme Ort.±SS	Basınç/ Makaslama Ort.±SS	Basınç/ Yırtılma Ort.±SS	Bilgi Toplam Ort.±SS
Zaman Yetersizliği	Hayır	154	2.31±1.43	1.95±1.39	0.94±0.95	0.72±0.45	3.22±1.76	2.06±1.38	11.19±3.64
	Evet	148	2.28±1.48	1.97±1.30	1.02±0.95	0.70±0.46	3.12±1.69	2.00±1.38	11.09±3.48
	Test/p		t=0.127 p=0.899	t=-0.117 p=0.907	t=-0.777 p=0.438	t=0.346 p=0.730	t=0.499 p=0.618	t=0.368 p=0.713	t=0.229 p=0.819
Ekipman/Mate- ryal Eksikliği	Hayır	165	2.38±1.49	1.96±1.31	0.88±0.94	0.70±0.46	3.22±1.91	1.98±1.34	11.13±3.67
	Evet	137	2.19±1.42	1.95±1.39	1.09±0.95	0.72±0.45	3.11±1.47	2.09±1.43	11.16±3.43
	Test/p		t=1.141 p=0.255	t=0.095 p=0.925	t=-1.973 p=0.049	t=-0.373 p=0.709	t=0.589 p=0.556	t=-0.747 p=0.456	t=-0.081 p=0.936
Protokol/Stand- art Olmaması	Hayır	244	2.26±1.46	1.92±1.39	0.94±0.95	0.71±0.45	3.13±1.71	2.02±1.39	10.98±3.47
	Evet	58	2.45±1.47	2.10±1.13	1.12±0.94	0.71±0.46	3.36±1.78	2.07±1.35	11.81±3.86
	Test/p		t=-0.893 p=0.373	t=-0.923 p=0.357	t=-1.282 p=0.201	t=0.094 p=0.925	t=-0.933 p=0.352	t=-0.240 p=0.810	t=-1.596 p=0.112
Vicdani İkilem	Evet	179	2.30±1.44	1.93±1.35	1.02±0.94	0.73±0.44	3.18±1.65	2.00±1.34	11.17±3.37
	Hayır	123	2.28±1.49	1.99±1.35	0.92±0.96	0.68±0.47	3.15±1.83	2.07±1.44	11.11±3.82
	Test/p		t=0.100 p=0.920	t=-0.373 p=0.709	t=0.879 p=0.380	t=0.921 p=0.358	t=0.148 p=0.883	t=-0.452 p=0.651	t=0.148 p=0.882

t: Bağımsız gruplarda t testi, F: Varyans analizi.

Etiyoloji ve Gelişme alt boyutu için;

Tablo 4.3'te görüldüğü üzere sınıf ve hemşire olarak çalışma durumuna göre Etiyoloji ve Gelişme alt boyutundan alınan puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Sınıfa göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); 2. sınıf öğrencilerinin (2.71 ± 1.59) puan ortalamalarının, hem 3. sınıf (2.01 ± 1.31) hem de 4. sınıf (2.12 ± 1.34) öğrencilerinden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Hemşire olarak çalışan öğrencilerin puan ortalamasının (3.17 ± 1.90), çalışmayanlardan (2.26 ± 1.43) yüksek olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Diğer tanıtıcı değişkenlere göre Etiyoloji ve Gelişme alt boyutundan alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Sınıflama ve Gözlem alt boyutu için;

Genel not ortalaması, kurs/seminer yoluyla eğitim alma, basınç ülseri evrelerini ayırt edebilme durumu ve yatak çarşaflarını değiştirme uygulaması açısından Sınıflama ve Gözlem alt boyutundan alınan puanlar arasında anlamlı farklılıklar saptanmıştır ($p<0.05$). Genel not ortalamasına göre yapılan LSD ileri analizinde, genel not ortalaması 2.50-2.99 olan öğrencilerin puanlarının (1.63 ± 1.29) hem 2.00-2.49 (2.13 ± 1.38) hem de 3.00-3.49 (2.23 ± 1.30) gruplarından düşük olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Kurs/seminer yoluyla eğitim alanların puan ortalamasının (3.33 ± 1.37), almayanlardan (1.93 ± 1.33) belirgin biçimde yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Basınç ülseri evrelerini ayırt edebildiğini ifade eden öğrencilerin (2.24 ± 1.36), emin olmayanlardan (1.80 ± 1.30) daha yüksek puan aldığı saptanmıştır ($p<0.05$). Bunun yanı sıra önleyici uygulamalar arasında yatak çarşaflarını değiştirenlerin puan ortalamasının (2.06 ± 1.34), değiştirmeyenlerden (1.73 ± 1.33) yüksek olduğu elde edilmiştir ($p<0.05$). Diğer değişkenlere göre alt boyut puanları arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir ($p>0.05$).

Risk Değerlendirmesi alt boyutu için;

Klinikte karşılaşılan engellerden fiziksel koşulların yetersizliği ve ekipman/materyal eksikliği değişkenleri ile Risk Değerlendirmesi alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($p<0.05$). Fiziksel koşulların yetersizliğini engel olarak belirten öğrencilerin puan ortalamasının (1.09 ± 0.93), belirtmeyenlerden

(0.87 ± 0.96); ekipman/materyal eksikliğini belirtenlerin (1.09 ± 0.95), belirtmeyenlerden (0.88 ± 0.94) yüksek olduğu tespit edilmiştir. Diğer tanıtıcı değişkenlere göre Risk Değerlendirmesi alt boyutu puanlarında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Nutrisyon/Beslenme alt boyutu için;

Sınıf değişkeni açısından Nutrisyon/Beslenme alt boyutundan alınan puanlar arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Sınıfa göre yapılan Dunnett C ileri analizinde, 2. sınıf öğrencilerinin puanlarının (0.79 ± 0.41), 4. sınıf öğrencilerinden (0.60 ± 0.49) yüksek olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Diğer değişkenlere göre alt boyut puanlarında anlamlı bir farka rastlanmamıştır ($p>0.05$).

Basınç/Makaslama Miktarını Azaltan Önleyici Girişimler alt boyutu için;

Genel not ortalaması, basınç ülseri ile karşılaşma, pansumana aşinalık, antibiyotik krem/merhem aşinalığı, yatak çarşaflarını değiştirme uygulaması ve fiziksel koşulların yetersizliği engeline göre Basınç/Makaslama Miktarını Azaltan Önleyici Girişimler alt boyutundan alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). Genel not ortalamasına göre yapılan LSD ileri analizinde, genel not ortalaması 3.00-3.49 olan öğrencilerin puan ortalamasının (3.79 ± 1.86); 2.00'ın altında (2.50 ± 0.76), 2.00-2.49 (2.86 ± 1.73) ve 3.50-4.00 (2.97 ± 1.28) gruplarından yüksek olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Basınç ülseri ile karşılaşan (3.36 ± 1.81), pansumana (3.47 ± 1.68) ve antibiyotik krem/merheme (3.38 ± 1.70) aşına olan ve yatak çarşaflarını değiştiren (3.32 ± 1.66) öğrencilerin puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Buna karşın klinikte fiziksel koşulların yetersizliğini engel olarak belirten öğrencilerin puanlarının (2.94 ± 1.65), belirtmeyenlerden (3.39 ± 1.77) düşük olduğu saptanmıştır. Diğer değişkenlere göre alt boyut puanlarında anlamlı bir fark gözlenmemiştir ($p>0.05$).

Basınç/Yırtılmanın Süresini Azaltmak İçin Önleyici Girişimler alt boyutu için;

Genel not ortalaması, eğitim alma durumu, basınç ülseri bakımında kullanılan malzemelere yönelik “farkında değilim/bilmiyorum” yanıtı, basınç azaltıcı yatak kullanma ve yatak çarşaflarını değiştirme uygulamasına göre Basınç/Yırtılmanın Süresini Azaltmak İçin Önleyici Girişimler alt boyutu puanları arasında anlamlı bir farkın olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Yapılan LSD ileri analizinde genel not ortalaması 2.00'ın altında

olan öğrencilerin puan ortalamasının (0.88 ± 0.83), diğer tüm not gruplarından düşük olduğu görülmüştür ($p < 0.05$). Eğitim aldığı (2.19 ± 1.43), basınç azaltıcı yatak kullandığını (2.13 ± 1.42) ve yatak çarşaflarını değiştirdiğini (2.14 ± 1.45) belirten öğrencilerin puanlarının yüksek; basınç ülseri bakımında kullanılan malzemelere ilişkin “farkında değilim/bilmiyorum” yanıtını verenlerin puanlarının (1.61 ± 1.34) ise düşük olduğu tespit edilmiştir. Diğer değişkenlere göre alt boyut puanlarında anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($p > 0.05$).

Basınç Ülseri Önlemede Bilgi Değerlendirme Ölçeği toplam puanı için;

Sınıf, genel not ortalaması, basınç noktalarını destekleme uygulamasına aşinalık ve yatak çarşaflarını değiştirme uygulamasına göre ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0.05$). Sınıfa göre yapılan LSD ileri analizinde, 2. sınıf öğrencilerinin puan ortalamasının (11.79 ± 3.69), 3. sınıf öğrencilerinden (10.65 ± 3.61) yüksek olduğu görülmüştür ($p < 0.05$). Genel not ortalamasına göre yapılan Dunnett C ileri analizinde, genel not ortalaması 3.00-3.49 olan öğrencilerin puan ortalamasının (12.66 ± 3.94), 2.00’ın altı (8.75 ± 2.25) ve 2.50-2.99 (10.29 ± 3.26) gruplarından yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Basınç noktalarını destekleme uygulamasına aşina olan (11.42 ± 3.50) ve yatak çarşaflarını değiştirme uygulamasını tercih eden (11.47 ± 3.50) öğrencilerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu elde edilmiştir. Diğer değişkenlere göre Basınç Ülseri Önlemede Bilgi Değerlendirme Ölçeği toplam puanları arasında anlamlı bir fark görülmemiştir ($p > 0.05$).

4.4. Demografik Özelliklere Göre Basınç Ülserini Önlemeye Yönelik Tutum Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Hemşirelik öğrencilerinin tanıtıcı özelliklerine göre Basınç Ülserini Önlemeye Yönelik Tutum Ölçeği toplam puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 4.4’te sunulmuştur.

Tablo 4.4. Tanıtıcı Özelliklere Göre Basınç Ülserini Önlemeye Yönelik Tutum Ölçeği Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Değişken	Kategori	n	Ort.±SS	Test	p
Yaş	17-24	276	40.69±4.74	t=2.508	0.013
	25-29	26	38.23±5.20		
Cinsiyet	Kadın	219	40.94±4.53	t=2.497	0.014
	Erkek	83	39.28±5.37		
Sınıf	2. Sınıf	110	40.68±4.36	F=1.737	0.178
	3. Sınıf	107	40.92±5.33		
	4. Sınıf	85	39.67±4.69		
Hemşire Olarak Çalışma	Çalışıyor	12	38.75±5.01	t=-1.269	0.205
	Çalışmıyor	290	40.55±4.81		
Genel Not Ortalaması	2.00'ın Altında	8	39.63±5.73	F=2.508	0.042
	2.00-2.49	56	40.07±5.06		
	2.50-2.99	119	39.92±5.03		
	3.00-3.49	82	40.67±4.23		
	3.50-4.00	37	42.65±4.42		
	Var	179	41.12±4.66		
Eğitim Alma	Yok	123	39.55±4.92	t=2.800	0.005
	Hayır	36	40.17±4.43		
Ders Kaynağı	Evet	266	40.52±4.88	t=-0.415	0.679
	Hayır	205	40.67±4.70		
Klinik Uygulama Kaynağı	Evet	97	40.07±5.09	t=1.011	0.313
	Hayır	296	40.40±4.83		
Kurs/Seminer Kaynağı	Evet	6	44.67±1.63	t=-5.905	0.001
	Hayır	256	40.46±4.78		
İnternet/Kitap Kaynağı	Evet	46	40.57±5.11	t=-0.130	0.897
	Hayır	191	40.51±4.79		
Basınç Ülseri ile Karşılaşma	Evet	111	40.42±4.90	t=0.155	0.877
	Hayır	154	40.46±5.05		
Klinikte Bakıma Katılma	Evet	154	40.46±5.05	t=-0.070	0.944
	Hayır	148	40.50±4.59		
Farkında Değilim/Bilmiyorum	Hayır	256	40.52±4.81	t=0.367	0.714
	Evet	46	40.24±4.93		
Basınç Noktalarını Destekleme	Hayır	81	39.65±5.12	t=-1.807	0.072
	Evet	221	40.78±4.69		
Pansuman	Hayır	150	40.16±4.75	t=-1.146	0.253
	Evet	152	40.80±4.89		
Antibiyotik Krem/Merhem	Hayır	130	40.41±4.93	t=-0.226	0.821
	Evet	172	40.53±4.75		
Gümüş İçerikli Örtü	Hayır	260	40.39±4.83	t=-0.787	0.432
	Evet	42	41.02±4.79		
Parafinli Örtü	Hayır	273	40.42±4.85	t=-0.650	0.516
	Evet	29	41.03±4.63		

Tablo 4.4. Tanıtıcı Özelliklere Göre Basınç Ülserini Önlemeye Yönelik Tutum Ölçeği Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (Devamı)

Değişken	Kategori	n	Ort.±SS	Test	p
Basınç Ülserini	Yaptım	115	41.03±4.79	t=1.546	0.123
Önlemeye Yönelik	Yapmadım/	187	40.14±4.83		
Girişim	hatırlamıyorum				
Evreleri Ayırt Etme	Evet	100	41.37±5.00	F=4.811	0.009
	Hayır	49	38.80±4.89		
	Emin değilim	153	40.44±4.56		
Pozisyon Verme	Hayır	20	38.85±4.76	t=-1.567	0.118
	Evet	282	40.60±4.82		
Basınç Azaltıcı Yatak	Hayır	70	40.07±4.65	t=-0.808	0.420
	Evet	232	40.60±4.88		
Cilt Bakımı/Hijyen	Hayır	70	39.97±4.85	t=-1.006	0.315
	Evet	232	40.63±4.82		
Yatak Çarşafı	Hayır	97	40.23±4.73	t=-0.627	0.531
Değiştirme	Evet	205	40.60±4.88		
Eğitim Verme	Hayır	118	39.89±4.58	t=-1.708	0.089
	Evet	184	40.86±4.95		
Yetersiz Personel	Hayır	103	39.76±4.94	t=-1.881	0.061
	Evet	199	40.85±4.73		
Bilgi Eksikliği	Hayır	94	40.21±4.99	t=-0.647	0.518
	Evet	208	40.60±4.76		
İlgisiz Ortam	Hayır	108	40.04±4.90	t=-1.192	0.234
	Evet	194	40.73±4.78		
Fiziksel Koşul	Hayır	157	39.87±4.81	t=-2.293	0.023
Yetersizliği	Evet	145	41.14±4.77		
Zaman Yetersizliği	Hayır	154	40.68±4.79	t=0.740	0.460
	Evet	148	40.27±4.87		
Ekipman/Materyal	Hayır	165	39.93±4.76	t=-2.175	0.030
Eksikliği	Evet	137	41.14±4.84		
Protokol/Standart	Hayır	244	40.33±4.83	t=-1.095	0.274
Olmaması	Evet	58	41.10±4.80		
Vicdani İkilem	Evet	179	40.49±4.56	t=0.025	0.980
	Hayır	123	40.47±5.20		

t: Bağımsız gruplarda t testi, F: Varyans analizi.

Tablo 4.4'te görüldüğü üzere yaş, cinsiyet, genel not ortalaması, basınç ülseri ile ilgili eğitim alma, kurs/seminer yoluyla eğitim alma, basınç ülseri evrelerini ayırt edebilme, fiziksel koşulların yetersizliği ve ekipman/materyal eksikliği engellerine göre Basınç Ülserini Önlemeye Yönelik Tutum Ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır ($p<0.05$).

Yaş değişkeni açısından 17-24 yaş aralığındaki öğrencilerin puan ortalamasının (40.69 ± 4.74), 25-29 yaş aralığındakilerden (38.23 ± 5.20) yüksek olduğu görülmüştür

($p<0.05$). Cinsiyet değişkeni açısından kadın öğrencilerin (40.94 ± 4.53) puan ortalamasının erkek öğrencilerden (39.28 ± 5.37) yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Genel not ortalamasına göre yapılan LSD ileri analizinde, genel not ortalaması 3.50-4.00 olan öğrencilerin puan ortalamasının (42.65 ± 4.42), diğer üç not grubunun tümünden yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Eğitim alma durumuna bakıldığında, basınç ülseri ile ilgili eğitim almış olan öğrencilerin puan ortalamasının (41.12 ± 4.66), almayanlardan (39.55 ± 4.92); kurs/seminer yoluyla eğitim alanların puan ortalamasının ise (44.67 ± 1.63), almayanlardan (40.40 ± 4.83) belirgin biçimde yüksek olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Basınç ülseri evrelerini ayırt edebilme durumuna göre yapılan LSD ileri analizinde; evrelerini “evet” (41.37 ± 5.00) ve “emin değilim” (40.44 ± 4.56) yanıtıyla değerlendiren öğrencilerin puan ortalamalarının, “hayır” yanıtı verenlerden (38.80 ± 4.89) yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Klinikte karşılaşılan engellerden fiziksel koşulların yetersizliğini (41.14 ± 4.77) ve ekipman/materyal eksikliğini (41.14 ± 4.84) belirten öğrencilerin puan ortalamalarının, belirtmeyenlerden daha yüksek olduğu elde edilmiştir ($p<0.05$). Bu bulgu, klinikte yapısal sorun yaşadığını ifade eden öğrencilerin önleme tutumunun aksine zayıflamadığı, tam tersine güçlendiğini düşündürmektedir. Diğer değişkenlere göre Tutum Ölçeği toplam puanları arasında anlamlı bir fark görülmemiştir ($p>0.05$).

4.5. Demografik Özelliklere Göre Vicdan Algısı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Hemşirelik öğrencilerinin tanıtıcı özelliklerine göre Vicdan Algısı Ölçeği ve alt boyutlarından (Duyarlılık, Otorite) aldıkları puanların karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 4.5’te sunulmuştur.

Tablo 4.5. Tanıtıcı Özelliklere Göre Vicdan Algısı Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Değişken	Kategori	n	Duyarlılık Ort.±SS	Otorite Ort.±SS	Vicdan Algısı Toplam Ort.±SS
Yaş	17-24	276	53.13±9.97	8.97±2.54	62.11±11.93
	25-29	26	55.04±9.97	9.15±2.60	64.19±12.27
	Test/p		t=-0.931 p=0.353	t=-0.343 p=0.732	t=-0.850 p=0.396
Cinsiyet	Kadın	219	54.01±9.62	9.11±2.54	63.12±11.59
	Erkek	83	51.42±10.68	8.67±2.54	60.10±12.67
	Test/p		t=2.024 p=0.044	t=1.330 p=0.185	t=1.972 p=0.050
Sınıf	2. Sınıf	110	52.25±10.92	8.87±2.63	61.13±12.88
	3. Sınıf	107	53.18±9.12	8.76±2.53	61.93±11.08
	4. Sınıf	85	54.80±9.62	9.44±2.40	64.24±11.65
	Test/p		F=1.581 p=0.208	F=1.884 p=0.154	F=1.703 p=0.184
Hemşire Olarak Çalışma	Çalışıyor	12	53.25±10.23	8.92±2.39	62.17±12.17
	Çalışmıyor	290	53.30±9.98	8.99±2.55	62.29±11.96
	Test/p		t=-0.017 p=0.986	t=-0.102 p=0.919	t=-0.036 p=0.971
Genel Not Ortalaması	2.00'ın Altında	8	45.13±11.86	7.50±1.85	52.63±13.32
	2.00-2.49	56	54.38±9.59	9.30±2.53	63.68±11.48
	2.50-2.99	119	52.45±10.21	8.86±2.54	61.31±12.24
	3.00-3.49	82	53.37±9.14	8.84±2.60	62.21±11.11
	3.50-4.00	37	56.00±10.33	9.59±2.47	65.59±12.29
	Test/p		F=2.448 p=0.046	F=1.589 p=0.177	F=2.452 p=0.046
Eğitim Alma	Var	179	54.17±9.85	9.03±2.64	63.20±11.82
	Yok	123	52.02±10.05	8.93±2.40	60.96±12.05
	Test/p		t=1.848 p=0.066	t=0.312 p=0.755	t=1.606 p=0.196
Ders Kaynağı	Hayır	36	53.69±11.09	9.33±2.35	63.03±13.14
	Evet	266	53.24±9.83	8.94±2.57	62.19±11.80
	Test/p		t=0.254 p=0.800	t=0.863 p=0.389	t=0.395 p=0.693
Klinik Uygulama Kaynağı	Hayır	205	52.99±10.17	8.89±2.60	61.88±12.15
	Evet	97	53.95±9.56	9.21±2.41	63.15±11.52
	Test/p		t=-0.779 p=0.436	t=-1.017 p=0.310	t=-0.867 p=0.387
Kurs/ Seminer Kaynağı	Hayır	296	53.24±10.01	8.97±2.55	62.21±12.01
	Evet	6	56.17±7.57	10.00±1.67	66.17±8.30
	Test/p		t=-0.711 p=0.477	t=-0.983 p=0.326	t=-0.803 p=0.423
İnternet/ Kitap Kaynağı	Hayır	256	53.00±10.01	8.93±2.56	61.93±12.00
	Evet	46	54.96±9.68	9.33±2.40	64.28±11.57
	Test/p		t=-1.227 p=0.221	t=-0.974 p=0.331	t=-1.231 p=0.219

Tablo 4.5. Tanıtıcı Özelliklere Göre Vicdan Algısı Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (Devamı)

Değişken	Kategori	n	Duyarlılık Ort.±SS	Otorite Ort.±SS	Vicdan Algısı Toplam Ort.±SS
Basınç Ülseri ile Karşılaşma	Evet	191	53.32±10.10	8.97±2.54	62.29±12.06
	Hayır	111	53.26±9.79	9.02±2.55	62.28±11.80
	Test/p		t=0.049 p=0.961	t=-0.146 p=0.884	t=0.010 p=0.992
Klinikte Bakıma Katılma	Evet	154	53.61±9.98	9.11±2.53	62.72±11.91
	Hayır	148	52.97±9.98	8.86±2.55	61.84±12.01
	Test/p		t=0.555 p=0.579	t=0.839 p=0.402	t=0.641 p=0.522
Farkında Değilim/ Bilmiyorum	Hayır	256	53.66±9.91	9.04±2.54	62.70±11.90
	Evet	46	51.30±10.15	8.70±2.57	60.00±12.10
	Test/p		t=1.476 p=0.141	t=0.853 p=0.394	t=1.413 p=0.159
Basınç Noktalarını Destekleme	Hayır	81	51.89±9.67	9.00±2.39	60.89±11.56
	Evet	221	53.81±10.05	8.99±2.60	62.80±12.07
	Test/p		t=-1.490 p=0.137	t=0.041 p=0.967	t=-1.233 p=0.219
Pansuman	Hayır	150	53.23±9.29	9.04±2.50	62.27±11.27
	Evet	152	53.37±10.63	8.94±2.58	62.31±12.62
	Test/p		t=-0.123 p=0.902	t=0.339 p=0.735	t=-0.031 p=0.975
Antibiyotik Krem/ Merhem	Hayır	130	52.75±9.60	9.01±2.41	61.76±11.49
	Evet	172	53.71±10.25	8.98±2.64	62.69±12.30
	Test/p		t=-0.824 p=0.410	t=0.105 p=0.917	t=-0.665 p=0.506
Gümüş İçerikli Örtü	Hayır	260	52.98±9.81	8.98±2.53	61.97±11.79
	Evet	42	55.24±10.84	9.02±2.65	64.26±12.85
	Test/p		t=-1.361 p=0.174	t=-0.093 p=0.926	t=-1.154 p=0.249
Parafinli Örtü	Hayır	273	53.17±10.01	8.98±2.54	62.15±11.97
	Evet	29	54.48±9.64	9.07±2.56	63.55±11.89
	Test/p		t=-0.673 p=0.502	t=-0.176 p=0.861	t=-0.598 p=0.550
Basınç Ülserini Önlemeye Yönelik Girişim	Yaptım	115	53.64±10.16	9.08±2.44	62.72±12.06
	Yapmadım/ hatırlamıyorum	187	53.09±9.87	8.94±2.61	62.02±11.91
	Test/p		t=0.472 p=0.638	t=0.472 p=0.637	t=0.494 p=0.622
Evreleri Ayırt Etme	Evet	100	54.22±9.17	8.94±2.55	63.16±11.06
	Hayır	49	50.39±10.79	8.33±2.88	58.71±13.11
	Emin değilim	153	53.63±10.09	9.24±2.39	62.86±11.99
	Test/p		F=2.627 p=0.074	F=2.426 p=0.090	F=2.664 p=0.071
Pozisyon Verme	Hayır	20	51.60±10.59	7.90±3.04	59.50±12.85
	Evet	282	53.42±9.93	9.07±2.49	62.49±11.88
	Test/p		t=-0.788 p=0.431	t=-1.995 p=0.047	t=-1.080 p=0.281

Tablo 4.5. Tanıtıcı Özelliklere Göre Vicdan Algısı Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (Devamı)

Değişken	Kategori	n	Duyarlılık Ort.±SS	Otorite Ort.±SS	Vicdan Algısı Toplam Ort.±SS
Basınç Azaltıcı Yatak	Hayır	70	51.61±10.04	8.56±2.67	60.17±12.10
	Evet	232	53.81±9.91	9.12±2.49	62.93±11.85
	Test/p		t=-1.617 p=0.107	t=-1.631 p=0.104	t=-1.696 p=0.091
Cilt Bakımı/ Hijyen	Hayır	70	52.94±9.65	8.99±2.57	61.93±11.55
	Evet	232	53.41±10.08	8.99±2.54	62.40±12.09
	Test/p		t=-0.340 p=0.734	t=-0.016 p=0.987	t=-0.287 p=0.774
Yatak Çarşafı Değiştirme	Hayır	97	52.33±9.58	8.67±2.50	61.00±11.53
	Evet	205	53.76±10.14	9.14±2.55	62.90±12.12
	Test/p		t=-1.162 p=0.246	t=-1.509 p=0.132	t=-1.290 p=0.198
Eğitim Verme	Hayır	118	52.53±9.77	8.80±2.48	61.32±11.83
	Evet	184	53.79±10.09	9.11±2.58	62.91±12.01
	Test/p		t=-1.079 p=0.282	t=-1.060 p=0.290	t=-1.126 p=0.261
Yetersiz Personel	Hayır	103	51.27±10.24	8.72±2.40	59.99±12.07
	Evet	199	54.35±9.68	9.13±2.61	63.48±11.74
	Test/p		t=-2.565 p=0.011	t=-1.338 p=0.182	t=-2.424 p=0.016
Bilgi Eksikliği	Hayır	94	53.07±10.24	8.65±2.67	61.72±12.27
	Evet	208	53.40±9.87	9.14±2.47	62.54±11.82
	Test/p		t=-0.262 p=0.794	t=-1.572 p=0.117	t=-0.551 p=0.582
İlgisiz Ortam	Hayır	108	52.42±9.42	8.88±2.41	61.30±11.31
	Evet	194	53.79±10.25	9.05±2.62	62.84±12.28
	Test/p		t=-1.147 p=0.252	t=-0.563 p=0.574	t=-1.077 p=0.283
Fiziksel Koşul Yetersizliği	Hayır	157	53.21±10.36	9.01±2.57	62.22±12.41
	Evet	145	53.39±9.57	8.97±2.52	62.36±11.47
	Test/p		t=-0.159 p=0.874	t=0.161 p=0.872	t=-0.098 p=0.922
Zaman Yetersizliği	Hayır	154	52.78±10.29	8.81±2.53	61.58±12.28
	Evet	148	53.84±9.63	9.18±2.54	63.02±11.59
	Test/p		t=-0.922 p=0.357	t=-1.291 p=0.198	t=-1.044 p=0.297
Ekipman/ Materyal Eksikliği	Hayır	165	52.61±10.57	8.90±2.48	61.51±12.52
	Evet	137	54.12±9.16	9.10±2.61	63.23±11.19
	Test/p		t=-1.314 p=0.190	t=-0.698 p=0.486	t=-1.245 p=0.214
Protokol/ Standart Olmaması	Hayır	244	52.97±10.19	8.87±2.57	61.84±12.20
	Evet	58	54.69±8.94	9.48±2.36	64.17±10.71
	Test/p		t=-1.184 p=0.238	t=-1.648 p=0.100	t=-1.338 p=0.182

Tablo 4.5. Tanıtıcı Özelliklere Göre Vicdan Algısı Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (Devamı)

Değişken	Kategori	n	Duyarlılık Ort.±SS	Otorite Ort.±SS	Vicdan Algısı Toplam Ort.±SS
Vicdani İkilem	Evet	179	54.28±9.76	9.28±2.50	63.57±11.80
	Hayır	123	51.86±10.13	8.56±2.55	60.42±11.97
	Test/p		t=2.087 p=0.038	t=2.453 p=0.015	t=2.264 p=0.024

t: Bağımsız gruplarda t testi, F: Varyans analizi.

Duyarlılık alt boyutu için;

Cinsiyet, genel not ortalaması, basınç ülserini önlemede klinikte karşılaşılan engellerden yetersiz hemşire/personel sayısı ve klinikte vicdani ikilem yaşama durumuna göre Vicdan Algısı Ölçeği Duyarlılık alt boyutundan alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar elde edilmiştir ($p<0.05$). Kadın öğrencilerin puan ortalamasının (54.01 ± 9.62), erkek öğrencilerden (51.42 ± 10.68) yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Genel not ortalamasına göre yapılan LSD ileri analizinde, genel not ortalaması 2.00'in altında olan öğrencilerin puan ortalamasının (45.13 ± 11.86), diğer tüm not gruplarından düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Yetersiz hemşire/personel sayısını engel olarak belirten (54.35 ± 9.68) ve klinikte vicdani ikilem yaşadığını ifade eden (54.28 ± 9.76) öğrencilerin puan ortalamalarının, belirtmeyenlerden daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Diğer değişkenlere göre Duyarlılık alt boyutu puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Otorite alt boyutu için;

Klinikte vicdani ikilem yaşama durumuna göre Otorite alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). Klinikte vicdani ikilem yaşadığını belirten öğrencilerin puan ortalamasının (9.28 ± 2.50), yaşamayanlardan (8.56 ± 2.55) yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Diğer değişkenlere göre Otorite alt boyutu puanları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Vicdan Algısı Ölçeği toplam puanı için;

Genel not ortalaması, yetersiz hemşire/personel sayısı engeli ve klinikte vicdani ikilem yaşama durumuna göre Vicdan Algısı Ölçeği toplam puanları arasında anlamlı farklılıklar

elde edilmiştir ($p<0.05$). Genel not ortalamasına göre yapılan LSD ileri analizinde, genel not ortalaması 2.00'in altında olan öğrencilerin puan ortalamasının (52.63 ± 13.32), diğer dört not grubunun tümünden düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Yetersiz hemşire/personel sayısını engel olarak belirten öğrencilerin puan ortalamasının (63.48 ± 11.74), belirtmeyenlerden (59.99 ± 12.07); klinikte vicdani ikilem yaşadığını ifade eden öğrencilerin puan ortalamasının (63.57 ± 11.80) ise yaşamayanlardan (60.42 ± 11.97) yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Diğer değişkenlere göre Vicdan Algısı Ölçeği toplam puanları arasında anlamlı bir fark görülmemiştir ($p>0.05$).

4.6. Ölçekler ile Alt Boyutları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Hemşirelik öğrencilerinin Basınç Ülseri Önlemede Bilgi Değerlendirme Ölçeği, Basınç Ülserini Önlemeye Yönelik Tutum Ölçeği ve Vicdan Algısı Ölçeği ile bu ölçeklerin alt boyutlarından aldıkları puanlar arasındaki ilişkinin Pearson korelasyon analizi ile incelenmesine yönelik bulgular Tablo 4.6'da sunulmuştur.

Tablo 4.6. Ölçekler ile Alt Boyutlarından Alınan Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki (n=302)

	Tutum Toplam	Duyarlılık	Otorite	Vicdan Algısı Toplam
Etiyoloji ve Gelişme	$r=-0.036$ $p=0.535$	$r=-0.042$ $p=0.470$	$r=0.047$ $p=0.411$	$r=-0.025$ $p=0.668$
Sınıflama ve Gözlem	$r=0.087$ $p=0.131$	$r=0.088$ $p=0.127$	$r=0.044$ $p=0.450$	$r=0.083$ $p=0.152$
Risk Değerlendirmesi	$r=0.060$ $p=0.296$	$r=0.048$ $p=0.409$	$r=0.108$ $p=0.060$	$r=0.063$ $p=0.277$
Nutrisyon/Beslenme	$r=0.012$ $p=0.838$	$r=0.075$ $p=0.194$	$r=0.000$ $p=0.995$	$r=0.063$ $p=0.278$
Basınç/Makaslama	$r=-0.047$ $p=0.419$	$r=0.014$ $p=0.803$	$r=0.006$ $p=0.921$	$r=0.013$ $p=0.819$
Basınç/Yırtılma	$r=0.055$ $p=0.339$	$r=0.068$ $p=0.241$	$r=0.011$ $p=0.856$	$r=0.059$ $p=0.309$
Bilgi Toplam	$r=0.035$ $p=0.548$	$r=0.072$ $p=0.214$	$r=0.075$ $p=0.213$	$r=0.076$ $p=0.193$
Tutum Toplam	$r=1$ $p=—$	$r=0.211$ $p<0.001$	$r=0.060$ $p=0.299$	$r=0.189$ $p=0.001$

r: Pearson korelasyon katsayısı.

Tablo 4.6'da görüldüğü üzere Basınç Ülseri Önlemede Bilgi Değerlendirme Ölçeği'nin alt boyutlarından (Etiyoloji ve Gelişme, Sınıflama ve Gözlem, Risk Değerlendirmesi, Nutrisyon/Beslenme, Basınç/Makaslama Miktarını Azaltan Önleyici Girişimler ve

Basınç/Yırtılmanın Süresini Azaltmak İçin Önleyici Girişimler) ve ölçek toplamından alınan puanlar ile Basınç Ülserini Önlemeye Yönelik Tutum Ölçeği toplam puanı, Vicdan Algısı Ölçeği Duyarlılık ve Otorite alt boyutları ile ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Diğer yandan Basınç Ülserini Önlemeye Yönelik Tutum Ölçeği toplam puanı ile Vicdan Algısı Ölçeği Duyarlılık alt boyut puanı ($r=0.211$, $p<0.001$) ve Vicdan Algısı Ölçeği toplam puanı ($r=0.189$, $p=0.001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Buna göre öğrencilerin Basınç Ülserini Önlemeye Yönelik Tutum Ölçeği puanları arttıkça Vicdan Algısı Ölçeği Duyarlılık alt boyut ve ölçek toplam puanları da artış göstermektedir. Buna karşın Tutum Ölçeği toplam puanı ile Vicdan Algısı Ölçeği Otorite alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki elde edilmemiştir ($p>0.05$).

5. TARTIŞMA

Hemşirelik öğrencilerinin basınç ülseri önlemeye yönelik bilgi düzeyi, tutum yönelimi ve mesleki vicdan algısı arasındaki ilişkileri belirlemek amacıyla yürütülen bu kesitsel araştırmanın verileri, bilgi, tutum ve vicdan algısının birbirine bağlı ama farklı düzlemlerde işleyen yapılar olduğunu göstermiştir. Basınç ülseri önlenabilir bir sorundur; buna rağmen bakım kalitesini doğrudan yansıtan önemli bir gösterge olmayı sürdürür ve sağlık kurumlarındaki hemşirelik bakımının başlıca ölçütlerinden biri olarak kabul edilir. Dolayısıyla önleme süreci yalnızca doğru klinik kararlarla değil, hemşirenin mesleki sorumluluk bilinciyle de yakından ilgilidir.

Hemşirelik öğrencilerinin basınç ülseri bilgi ve tutumlarını birlikte ele alan çok sayıda çalışma bulunmaktadır (Hammad ve ark., 2024; Dağ Sucu ve Firat Kılıç, 2022; Tian ve ark., 2023; Yoltay ve Özşaker, 2024); ancak bu iki bileşene mesleki vicdanın eklendiği bütüncül bir değerlendirme oldukça sınırlıdır. Oysa hemşirelik etiği araştırmalarında vicdan, bireyin ahlaki muhakemesini ve mesleki davranışlarını yönlendiren çok katmanlı bir kavram olarak konumlanır (Aksoy ve ark., 2019; Dahlqvist ve ark., 2007) ve bakımın niteliği üzerinde belirleyici bir rol üstlenir.

Bu araştırma; bilgi, tutum ve vicdan algısını birlikte ele alarak basınç ülseri önleme yetkinliğinin yalnızca bilişsel bir donanım olmadığını, aynı zamanda mesleki vicdan tarafından şekillenen etik-duygusal bir boyut taşıdığını göstermeyi amaçlamıştır. Araştırmadan elde edilen bulgular aşağıdaki başlıklar altında değerlendirilmiştir.

5.1. Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Bulguların Tartışılması

Katılımcıların %88.1'i basınç ülseri ile ilgili bilgiyi ders ortamından, %32.1'i klinik uygulamadan, %15.2'si internet ya da kitap kaynaklarından edindiğini bildirmiş; kurs veya seminer türü yapılandırılmış etkinliklerden öğrendiğini belirtenlerin oranı ise yalnızca %2.0'de kalmıştır. Bu dağılım, öğrencilerin bilgi kaynaklarının ağırlıklı olarak müfredatla sınırlı kaldığını göstermektedir. Benzer bulgular bildirilmiştir. Daibes ve ark. (2024), Türkiye’li ve Ürdünlü hemşirelik öğrencilerini karşılaştırdıkları kesitsel

çalışmalarında genel bilgi düzeyinin düşük kaldığını saptamış ve basınç ülseri önleme eğitiminin müfredata daha sistematik biçimde entegre edilmesi gerektiğini vurgulamıştır. Ulusal düzeyde ise Kır Bıçer (2021), son sınıf hemşirelik öğrencileriyle yürüttüğü çalışmada öğrencilerin %75.8'inin basınç ülseri önlemeye yönelik eğitim almak istediğini, buna karşın yalnızca %25.3'ünün alandaki güncel gelişmeleri takip ettiğini bildirmiştir. Bu sonuç, araştırmada sürekli öğrenme alışkanlığının yeterince yerleşmediğine ilişkin bulguyu desteklemektedir.

Katılımcıların yalnızca %33.1'i basınç ülseri evrelerini ayırt edebildiğini ifade etmiş; %50.7'si bu konuda kararsız kalmıştır. Öğrencilerin yarısından fazlasının evre ayırımında kararsız kalması, basınç ülseri sınıflama bilgisinin zayıf olduğuna işaret eder; bu tablo ulusal ve uluslararası bulgularla örtüşmektedir. Dağ Sucu ve Fırat Kılıç (2022), hemşirelik öğrencileri ile yaptığı çalışmada hemşirelik öğrencilerinde en düşük doğru yanıt oranlarının etiyoloji (%32.3) ve sınıflama-gözlem (%33.5) alt boyutlarında toplandığını ortaya koymuştur. Daibes ve ark. (2024) ise hem Türkiyeli hem Ürdünlü öğrencilerde genel bilgi düzeyinin düşük kaldığını (sırasıyla %46.9 ve %32.8) bildirmiştir. Bu sonuç, bu araştırmada Sınıflama ve Gözlem alt boyutu puanının düşük kalmasıyla (beş maddelik bu alt boyutta ortalama doğru yanıt oranı %39.2) tutarlıdır. Böylece öğrencilerin bildirdiği evre ayırt etme güçlüğü ölçek puanlarıyla da doğrulanmaktadır. Klinikte karşılaşılan engeller arasında en sık bildirilen sorun %68.9 ile bilgi eksikliği olmuş; bunu yetersiz personel sayısı (%65.9), ilgisiz çevre (%64.2), zaman yetersizliği (%49.0), fiziksel koşulların yetersizliği (%48.0) ve materyal eksikliği (%45.4) izlemiştir. Bu bulgu, basınç ülseri önlemenin bireysel bilgi kadar kurumsal koşullara da bağlı olduğunu göstermektedir. Türkiye'de bu alandaki bilgi birikiminin görece sınırlı kaldığı, Ata ve ark. (2021)'nin 2003–2020 yılları arasında basınç yaralanmasına ilişkin yürütülen hemşirelik araştırmalarını inceledikleri sistematik derlemede de görülmektedir; anılan derleme, mevcut çalışmaların çoğunlukla tanımlayıcı desende kaldığını ve girişimsel araştırmaların yetersiz olduğunu ortaya koymuştur. Klinik düzeydeki yapısal engellere ise Hwu ve Pai (2025) dikkat çeker. Hemşireler ve hemşirelik öğrencileriyle yürüttükleri odak grup çalışmasında yetersiz personel sayısı, ağır iş yükü ve zaman kısıtlılığı gibi yapısal etkenlerin bakım kalitesini doğrudan sınırlandırıdığını ve etik gerilim doğurduğunu bulmuşlardır. Bu bulgular birlikte değerlendirildiğinde, basınç

ülserini önlemede klinikte karşılaşılan engellerin yalnızca bireysel değil kurumsal düzeyde de ele alınması gerektiği görülmektedir.

Bu araştırmanın dikkat çekici bulgularından biri, katılımcıların yarıdan fazlasının klinik uygulama sürecinde vicdani ikilem yaşadığını bildirmesidir. Bu oran, hemşirelik öğrencilerinin daha mezuniyet öncesinde etik gerilimle yüksek sıklıkta karşılaştığını gösterir. Hakbilen ve ark. (2023), dört sınıf düzeyindeki öğrencileri kesitsel olarak karşılaştırdıkları çalışmada, klinik uygulamanın yoğunlaştığı üst sınıflara doğru etik ikilemlerle karşılaşma sıklığının belirgin biçimde arttığını ortaya koymuştur. Bu durum, mesleki sosyalleşme kuramının öngördüğü tipik gelişim çizgisiyle uyumludur (Salisu ve ark., 2019). Vabo ve ark. (2022) da klinik karşılaşmaların, öğrencinin mesleki kimliğini sürekli yeniden biçimlendiren temel deneyim alanı olduğunu vurgular. Bu durumun eğitimle değiştirilebildiğini gösteren iki yarı-deneysel çalışma bulunmaktadır. Yılmaz ve Özbek Güven (2025), lisans öğrencilerine uyguladıkları Hemşirelik Etiği dersi temelli müdahale sonrasında Hemşirelik Öğrencileri için Etik Duyarlılık Ölçeği toplam puanının 4.93'ten 5.62'ye yükseldiğini bildirmiştir. Benzer biçimde Yüksel Kaçan (2022), 100 öğrenciyle (deney=36; kontrol=64) yürüttüğü Kültürlerarası Hemşirelik dersi temelli müdahalede, deney grubunun ahlaki duyarlılık puanlarının kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde arttığını raporlamıştır. Her iki müdahale de lisans müfredatı içinde uygulanmıştır. Bu durum, etik eğitiminin erken dönemde verilmesinin öğrencileri klinik karşılaşmalara daha hazırlıklı kılabileceğini düşündürmektedir. Bu bulgular, etik kuramların aktarılmasının yanı sıra örnek olay tartışmalarına ve yansıtıcı düşünmeye yer veren bir lisans eğitimine gereksinim olduğunu göstermektedir.

5.2. PUPKAI-T Bilgi Düzeyine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmada hemşirelik öğrencilerinin Basınç Ülseri Önlemede Bilgi Değerlendirme Ölçeği toplam puan ortalaması 11.14 ± 3.56 olarak belirlenmiştir. Bu değer, ölçeğin alınabilecek en yüksek puanının (26) yaklaşık %42.8'ine karşılık gelir. Yetkinlik için kabul gören %60 kesim noktasıyla karşılaştırıldığında öğrencilerin bilgi düzeyinin düşük kaldığı görülmektedir. Bu sonuç hem ulusal hem de uluslararası literatürle benzerlik gösterir. Türkiye'de yapılan çalışmalarla karşılaştırıldığında bu araştırmada elde edilen bilgi puanı literatürle uyumludur. Kır Biçer (2021) Düzce Üniversitesi'nde 99 son sınıf öğrenciyle yürüttüğü çalışmada bilgi puanını 9.46 ± 3.08 olarak; Dağ Sucu ve Firat Kılıç

(2022) Kuzey Kıbrıs'ta 259 öğrenciyle PUPKAI-T puanını 10.16 ± 2.44 olarak; Yoltay ve Özşaker (2024) ise Ege bölgesindeki son sınıf öğrencileriyle gerçekleştirdiği çalışmada 13.06 ± 2.94 olarak raporlamıştır. Uluslararası karşılaştırmaya bakıldığında Hammad ve ark. (2024) Filistin'de 455 öğrenciyle yürüttüğü çalışmada PUKAT puanının %54, Daibes ve ark. (2024) karşılaştırmalı çalışmasında Türkiyeli öğrencilerde %46.9, Ürdünlü öğrencilerde %32.8 düzeyinde kaldığını bildirmiştir. Tian ve ark. (2023) tarafından dokuz ülkeden 13 çalışmayı içeren meta-analizde hemşirelik öğrencilerinin bilgi yüzdesi %48.9 (%95 GA: 42.5–55.2) olarak hesaplanmıştır. Bu araştırmadaki %42.8'lik bilgi düzeyi, söz konusu güven aralığının alt sınırına yakındır.

Bilgi ölçeğinin alt boyutları incelendiğinde, puanların belirgin biçimde farklı düzeylerde sıralandığı görülmektedir. En yüksek puan Basınç ve Makaslama Miktarını Azaltan Önleyici Girişimler alt boyutundan alınmakta (3.17 ± 1.72); bunu sırasıyla Etiyoloji ve Gelişme (2.29 ± 1.46) ile Basınç ve Yırtılmanın Süresini Azaltmaya Yönelik Önleyici Girişimler (2.03 ± 1.38) alt boyutları izlemektedir. Buna karşılık Sınıflama ve Gözlem (1.96 ± 1.34), Risk Değerlendirmesi (0.98 ± 0.95) ve özellikle Nutrisyon/Beslenme (0.71 ± 0.45) alt boyutlarındaki puanların oldukça düşük kalması kayda değer bir bulgudur. Beeckman ve ark. (2010b) tarafından geliştirilen ölçeğin altı alt boyutu, kanıta dayalı önleme uygulamasının birbirini tamamlayan bilgi alanlarını kapsar. Yalnızca bir alt boyuttan yüksek puan alınması, yetkin bir önleme uygulaması için yeterli değildir. Bu bulgular, öğrencilerin basınç ülseri önlemeyi pozisyon değiştirme ve mekanik destek gibi uygulamalar üzerinden öğrendiğini göstermektedir. Risk değerlendirme, sınıflama ve beslenme gibi kavramsal alanlarda ise geride kaldıkları saptanmıştır. Bu bulgu, klinik öğrenmenin ağırlıklı olarak prosedürel düzeyde ilerlediğini ve kanıta dayalı önleme yaklaşımının kavramsal boyutlarının yeterince ele alınmadığını göstermektedir. Dağ Sucu ve Firat Kılıç (2022), etiyoloji ve sınıflama alt boyutlarında en düşük doğru yanıt oranlarını saptayarak bu bulguyu desteklemektedir. Bununla birlikte uluslararası verilerle karşılaştırıldığında kayda değer bir farklılık göze çarpar. Wu ve ark. (2022)'nin yirmi çalışmayı kapsayan PUKAT temelli sistematik derleme ve meta-analizinde hemşirelik öğrencilerinin en yüksek puanı beslenme (%74.9; %95 GA: 54.7–95.1) alt boyutundan, en düşük puanı ise basınç/makaslama miktarını azaltıcı önleyici girişimler (%40.2; %95 GA: 35.8–44.6) alt boyutundan aldıkları belirlenmiştir; yani bu araştırmadaki bulgu uluslararası verilerin tam tersi yönde seyretmektedir. Bu karşıt tablo; ulusal hemşirelik

müfredatlarındaki içerik vurgusunun, klinik uygulama kültürünün ve eğitim materyallerinin alt boyut bilgisi üzerinde belirleyici olduğunu düşündürmektedir. Benzer bir gözlem Daibes ve ark. (2024)'nın Türkiye-Ürdün karşılaştırmalı çalışmasında da yapılmış; her iki ülkede etiyoloji ve sınıflama alt boyutu puanlarının diğer boyutlara kıyasla anlamlı düzeyde geride kaldığı raporlanmıştır. Bu bulgular, basınç ülseri içeriğinin hemşirelik müfredatında özellikle beslenme, risk değerlendirme ve sınıflama konuları açısından gözden geçirilmesi gerektiğini göstermektedir. EPUAP, NPIAP ve PPPIA (2019) rehberinde tanımlanan önleme alanlarının dengeli biçimde işlenmesi önerilmektedir.

Bağımsız değişkenler arasında yalnızca sınıf değişkeni bilgi puanı üzerinde anlamlı bir etki göstermiştir ($p<0.05$); ileri karşılaştırmalarda ikinci sınıf öğrencilerinin puan ortalaması (11.79), üçüncü sınıf öğrencilerinkinden (10.65) anlamlı biçimde yüksek bulunmuştur. İlk bakışta beklenmedik görünen bu bulgu, basınç ülseri konusunun ikinci sınıf güz döneminde Hemşirelik Esasları dersi kapsamında yoğun biçimde işlenmesi, ancak üst sınıflarda sistematik olarak tekrar edilmemesiyle açıklanabilir. Konuyu en yakın zamanda çalışmış olan ikinci sınıf grubu bilgiyi henüz tazeyken ortaya koymuş; üçüncü sınıf öğrencileri ise yeterli aralıklı tekrar (spaced repetition) ve dikey müfredat bütünleşmesi sağlanmadığında bilgilerinin bir bölümünü yitirmiş olabilir (Neumeier ve Narnaware, 2024). Hemşirelik öğrencilerinde eğitim sonrası bilgi kalıcılığını izleyen çalışmalar da bu yönde kanıt sunmaktadır; Madden (2006), eğitimin hemen ardından öğrencilerin bilgi ve beceri puanlarının yükseldiğini, ancak eğitimden on hafta sonra her iki alanda da gerileme yaşandığını – puanlar eğitim öncesi düzeyin üzerinde kalmakla birlikte – saptamıştır. Bu yorum, bilişsel psikolojide Ebbinghaus'tan bu yana güçlü ampirik kanıtlarla desteklenen unutma eğrisi mekanizmasıyla tutarlıdır. Neumeier ve Narnaware (2024), 80 hemşirelik öğrencisini birinci sınıftan dördüncü sınıfa kadar izledikleri çalışmada, tekrar edilmeyen bilginin ikinci sınıfta %33.5, üçüncü sınıfta %31.8 ve dördüncü sınıfta %29.6 oranında yitirildiğini saptamıştır. Bu araştırmadaki sınıf temelli farkın yorumlanmasında, akademik yıl ilerlemesinin tek başına bilgi açığını kapatmaya yetmediğini gösteren çalışmalar yol göstericidir. Yoltay ve Özşaker (2024), son sınıf öğrencilerinde dahi bilgi açığının kapanmadığını göstermiş; Wu ve ark. (2022)'nin güncel meta-analizi ise hemşirelik öğrencilerinin basınç ülseri bilgi düzeyinin ortalama %48.9 (%95 GA: 42.5–55.2) ile yetkinlik için kabul edilen %60 eşiğinin altında

kaldığını ve sınıf ilerlemesinin bu açığı tek başına kapatmadığını ortaya koymuştur. Benzer biçimde Hammad ve ark. (2024), 455 Filistinli hemşirelik öğrencisinde bilgi puanının akademik yıl, klinik deneyim süresi ve klinik eğitimde geçilen birim sayısı gibi deneyimsel değişkenlerle anlamlı biçimde ilişkili olduğunu; özellikle üç yıl klinik deneyimi bulunan öğrencilerin (15.69) iki yıl deneyimi olanlardan (11.98) belirgin biçimde yüksek puan aldığını göstermiştir ($p<0.001$). Bu kanıtlar birlikte, bu araştırmada gözlenen sınıf farkının yalnızca öğrenim yılının ilerlemesiyle açıklanabilecek bir durum olmaktan çok, içeriğin nerede ve ne sıklıkla pekiştirildiğiyle ilgili bir müfredat tasarımı meselesi olduğunu düşündürür. Buna göre basınç ülseri içeriğinin tek bir derse sıkıştırılmaması; iç hastalıkları, cerrahi, yoğun bakım ve geriatri gibi ilerleyen yıllarda işlenen klinik derslerle dikey biçimde bütünleştirilmesi ve aralıklı tekrar ilkesinin müfredata etkin biçimde yerleştirilmesi kritik önemdedir.

Genel not ortalamasına göre yapılan karşılaştırmada, 3.00–3.49 aralığındaki öğrencilerin puan ortalamasının (12.66), 2'nin altında olanlardan (8.75) ve 2.50–2.99 aralığında (10.29) yer alanlardan anlamlı düzeyde yüksek çıkması ($p<0.001$), akademik başarı ile bilgi düzeyi arasında pozitif bir bağ bulunduğunu gösterir. Bu pozitif ilişki, akademik bağlanma ve düzenli çalışma alışkanlıklarının yalnızca genel başarıyı değil, konuya özgü bilgi edinimini de güçlendirdiği biçiminde yorumlanabilir. Akademik başarı ile mesleki değer yönelimi arasındaki ilişkiyi Türkiye'deki hemşirelik öğrencilerinde gösteren bulgular da bu yorumu desteklemektedir (Kırca ve ark., 2020). Klinik uygulamada basınç ülseri ile karşılaşmış olma, basınç noktalarını destekleme uygulamasına aşinalık ve yatak çarşafı değiştirme gibi pratik deneyimlerin bilgi puanını anlamlı biçimde artırması ise klinik öğrenmenin yalnızca beceri kazandırmadığını, aynı zamanda kavramsal öğrenmeyi de pekiştirdiğini gösterir. Bulgumuz, Hammad ve ark. (2024)'nın klinik deneyim süresinin bilgi puanını yükselttiği yönündeki bulgusu ve Kır Biçer (2021)'in basınç ülserli hastayla karşılaşmış olmanın bilgi düzeyine olumlu etkisi yönündeki gözlemiyle paralellik taşımaktadır.

Bu araştırmada yaş, cinsiyet, hemşire olarak çalışma durumu, basınç ülseri eğitimi alma, eğitim kaynağı, klinikte bakıma katılma, evre ayırt edebilme ve klinikte vicdani ikilem yaşama gibi sosyodemografik ve klinik değişkenler bilgi puanında anlamlı bir farka yol açmamıştır ($p>0.05$). Bu sonuç, bilgi düzeyinin demografik özelliklerden çok

yapılandırılmış öğretim, vaka temelli öğrenme, simülasyon ve klinik geri bildirim gibi eğitsel uygulamalarla geliştiğini düşündürmektedir. Gerçekten de katılımcıların %59.3'ü basınç ülseri eğitimi aldığını bildirmesine rağmen bilgi puanlarının yalnızca %42.8 düzeyinde kalması, mevcut eğitimin biçimsel düzeyde sürdüğünü ve bilginin kalıcı kavramsal şemalara dönüştürülemediğini düşündürür. Bu noktada öğretimin biçimini ve zamanlamasını test eden kontrollü çalışmalar yol göstericidir. Khalafi ve ark. (2024), 64 öğrenciyle yürüttükleri randomize kontrollü çalışmada aralıklı öğretim uygulanan grubun bilgi kazanımı ve kalıcılık puanlarını geleneksel ders yöntemiyle öğretilen kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek bulmuş; etkinin büyüklüğünü de belirgin olarak raporlamıştır ($p<0.001$, $\eta^2=0.576$). Erdem Onder ve Sari (2025), 84 son sınıf öğrenciyle yürüttükleri üç kollu randomize kontrollü çalışmada, moulaj ile zenginleştirilmiş in-situ simülasyonun bilgi puanını kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde artırdığını (Kruskal-Wallis $KW=9.052$, $p<0.05$) ortaya koymuş; aynı çalışmada klinik ortamda doğru sınıflandırma oranı kontrol grubunda %57.1 iken in-situ simülasyon grubunda %92.9'a yükselmiştir. Bu bulguyu destekleyen bir başka kontrollü çalışmada Raurell-Torredà ve ark. (2015), vaka temelli öğrenme uygulanan öğrencilerin standardize hasta üzerinden yürütülen OSCE değerlendirme puanlarının (7.5 ± 1.4), geleneksel ders yöntemiyle öğretilen kontrol grubundan (6.3 ± 2.3) anlamlı biçimde yüksek olduğunu bildirmiştir ($p=0.04$). Bu sonuçlar bir bütün olarak, bilgi ile tutum arasında doğrudan bir bağ kurulamadığı durumlarda dahi deneyim temelli pedagojik müdahalelerin bilişsel açığı kapatmada etkili olabileceğini gösterir; simülasyon, moulaj, vaka temelli öğretim ve geri bildirim (debriefing) temelli yansıtıcı tartışmaların müfredata sistematik biçimde entegre edilmesi önem kazanmaktadır.

Toplam puanda fark yaratmayan bazı değişkenler alt boyut düzeyinde anlamlı farklara yol açmıştır. Kurs veya seminer yoluyla eğitim alan öğrencilerin Sınıflama ve Gözlem puanı almayanların yaklaşık iki katıdır (3.33'e karşı 1.93); evreleme bilgisinin görsel materyal ve yapılandırılmış oturum gerektirdiği kontrollü çalışmalarla desteklenmektedir (Erdem Onder ve Sari, 2025). Pansuman ve antibiyotik krem/merhem gibi malzemelere aşinalık Basınç/Makaslama Miktarını Azaltan Önleyici Girişimler puanını yükseltmiştir; malzeme düzeyindeki klinik temas prosedürel bilgiyi pekiştirmektedir. Klinikte fiziksel koşulların yetersizliğini ve ekipman eksikliğini engel olarak belirten öğrencilerin Risk

Değerlendirmesi puanı daha yüksek bulunmuştur; engelleri fark etme, risk değerlendirme sürecine ilişkin farkındalıkla birlikte artmaktadır (Asiri ve ark., 2025).

5.3. Tutuma İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu araştırmada BÜÖYTÖ toplam puan ortalaması 40.48 ± 4.82 olarak saptanmıştır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puana (52) oranlandığında bu değer yaklaşık %77.8'lik bir katılım anlamına gelir ve hemşirelik öğrencilerinin basınç ülseri önlemeye yönelik tutumlarının pozitif düzeyde olduğunu gösterir. Bununla birlikte bu pozitif tutum tablosunun, çalışmada saptanan yetersiz bilgi düzeyi (%42.8) ile birlikte değerlendirilmesi gerekir. Öğrencilerin bilgi düzeyi ile tutumları arasındaki bu fark, hemşirelik eğitiminde bilgi ile değer verme arasındaki mesafeyi göstermektedir.

Bu araştırmada saptanan olumlu tutum, ulusal ve uluslararası çalışmalarla uyumludur. Dağ Sucu ve Firat Kılıç (2022) tutum puanını 44.62 ± 3.54 , Yoltay ve Özşaker (2024) 39.38 ± 2.73 (%75.7) ve Hammad ve ark. (2024) 39.42 (%75.8) olarak raporlamıştır. Tian ve ark. (2023)'nın farklı kıtalardaki çalışmaları bir araya getiren meta-analizi de hemşire ve hemşirelik öğrencilerinin basınç ülseri önlemeye yönelik tutumlarının bilgi düzeylerine kıyasla daha olumlu olduğunu ortaya koymuştur. Tutumun ölçekte tutarlı biçimde yüksek çıkması, mesleğin sahip olduğu değer dünyasının (bakım, koruma, zarar vermeme) öğrencilerce erken dönemde içselleştirildiğine işaret eder.

Yaş değişkeni açısından değerlendirildiğinde, 17–24 yaş grubundaki öğrencilerin tutum puan ortalamasının (40.69 ± 4.74) 25–29 yaş grubundakilerin ortalamasından (38.23 ± 5.20) anlamlı biçimde yüksek olduğu belirlenmiştir ($t=2.508$, $p=0.013$). Bu sonuç, erken yaş döneminde mesleki idealizmin daha güçlü benimsendiğini düşündürmektedir. İlerleyen yaşlarda iş ve yaşam sorumluluklarının etkisiyle bu yönelimin daha gerçekçi bir tutuma dönüşmesi olasıdır. Mesleki sosyalleşme literatürü, bu yönelim değişimini açıklamak için "idealizmin gerçeklikle törpülenmesi" kavramını kullanır (Salisu ve ark., 2019). Benzer biçimde Vabo ve ark. (2022), hemşirelik öğrencilerinin mesleki kimliğinin klinik karşılaşmalar yoluyla yeniden inşa edildiğini ve ifadeci-değer odaklı boyutun zaman içinde araçsal-prosedürel boyutla denge kurduğunu ortaya koymuştur. Bu bulguyla aynı yönde, Bordignon ve ark. (2019)'nın 499 Brezilyalı hemşirelik öğrencisiyle yürüttüğü çalışmasında ileri sınıflara doğru ahlaki sıkıntı

puanlarının anlamlı biçimde artması ve Hakkbilen ve ark. (2023)'nın dört yıllık lisans müfredatı boyunca etik duyarlılığın klinik karşılaşmalarla biçim değiştirdiğini saptaması, tutarlı kanıtlar oluşturur. Bununla birlikte 25–29 yaş grubundaki öğrenci sayısının az olması (n=26), yorumlamada dikkatli olmayı ve bulgunun farklı bölgelerden alınan daha büyük örneklemelerle yeniden sınanmasını gerektirir. Eğitsel düzlemde bu bulgu; özellikle ileri yaştaki öğrencilerin mesleki idealizmlerinin korunmasına yönelik mentörlük, koçluk ve değer odaklı eğitsel destek programlarının önemini öne çıkarır.

Kadın öğrencilerin tutum puanı ortalamasının (40.94 ± 4.53) erkek öğrencilerinkinden (39.28 ± 5.37) anlamlı düzeyde yüksek olması ($t=2.497$, $p=0.014$); hemşirelik mesleğinin tarihsel olarak kadın yönelimli yapısı, mesleki sosyalleşme süreçleri ve bakım odaklı tutumların kadın öğrencilerde daha güçlü içselleşmesiyle ilişkilendirilebilir. Türkiye'de 753 hemşirelik öğrencisiyle yürütülen çalışmada da tutum cinsiyete göre farklılaşmıştır (Kısacık ve Sönmez, 2020). Bu bulguyla uyumlu olarak, hemşirelik literatüründe etik duyarlılığı inceleyen araştırmalarda da benzer sonuçlar bildirilmektedir. Tuveşson ve Lützen (2017) kadın öğrencilerin daha yüksek ahlaki duyarlılık gösterdiğini; Utli ve Zengin Aydın (2021) ise kadın öğrencilerin vicdan algısı puanlarının erkeklerden anlamlı düzeyde yüksek olduğunu (ortanca 67.50'ye karşı 59.00; $p<0.001$) saptamıştır. Bazı çalışmalarda ise anlamlı cinsiyet farkı saptanmamıştır. Bulgu biyolojik bir üstünlüğe değil, toplumsal cinsiyet temelli mesleki sosyalleşmeye işaret etmektedir. Bu nedenle erkek öğrencilere yönelik eğitsel müdahaleler önem kazanmaktadır.

Genel not ortalamasının tutum üzerindeki etkisi de anlamlı bulunmuş ($F=2.508$, $p=0.042$); akademik ortalaması 3.50–4.00 aralığında olan öğrencilerin tutum puanı (42.65 ± 4.42) diğer akademik gruplardan yüksek çıkmıştır. Kırca ve ark. (2020), 603 hemşirelik öğrencisiyle yürüttükleri çalışmada etik değerlere yatkınlık düzeyini 80 puan üzerinden ortanca 68 ile orta noktanın belirgin biçimde üzerinde saptamış ve öğrencilerde mesleki değer tabanının güçlü olduğunu göstermiştir. Basınç ülseri özelinde ise Kısacık ve Sönmez (2020), 753 hemşirelik öğrencisiyle yürüttükleri çalışmada tutum puanlarının akademik yıl, cinsiyet ve basınç ülserli hastaya bakım deneyimi gibi akademik-deneyimsel değişkenlere göre anlamlı biçimde farklılaştığını ortaya koymuştur; bu çalışmada genel not ortalaması bir değişken olarak incelenmemiştir. Akademik bağlanma bilişsel donanıyla sınırlı kalmayıp mesleki değer yönelimini de güçlendirmektedir.

Akademik başarı ile etik/ahlaki yönelim arasındaki bu bağ, ahlaki duyarlılık çalışmalarında da görülür. Alnajjar ve Abou Hashish (2021), 246 öğrencilik örneklemede akademik etik farkındalığın ahlaki duyarlılıktaki varyansın %28.8'ini açıkladığını ($R^2=0.288$; $p<0.001$) göstermiş; Nezhad Hoseini ve ark. (2024) ise 265 öğrenciyle yürüttükleri çalışmada akademik motivasyon ile ahlaki duyarlılık arasında tüm alt boyutlarda anlamlı pozitif ilişki bulmuştur ($p<0.001$). Bu örüntü kuramsal olarak Bandura (1997)'nin sosyal-bilişsel kuramıyla açıklanabilir: akademik başarının temelindeki öz-yeterlik inancı, öğrencinin yalnızca akademik göreve değil mesleki sorumluluğa yönelik motivasyonunu da güçlendiren içsel bir kaynak işlevi görür. Bu bulgular, akademik başarısı düşük öğrencilerin akademik desteğin yanı sıra mesleki değer eğitimi ve öz-yeterlik temelli rehberliğe de gereksinim duyduğunu düşündürmektedir.

Basınç ülseri konusunda eğitim almış olmanın tutum puanlarını anlamlı düzeyde etkilediği bulunmuştur (Var: 41.12 ± 4.66 , Yok: 39.55 ± 4.92 ; $t=2.800$, $p=0.005$). Eğitim kaynakları içerisinde özellikle dikkat çeken sonuç, kurs ya da seminer türü yapılandırılmış kaynaklardan eğitim alan öğrencilerin ($n=6$) puan ortalamasının 44.67 ± 1.63 düzeyine ulaşmasıdır ($t=-5.905$, $p<0.001$). Örneklem küçük olduğundan bulgu genellenemez; yine de müfredat dışı mesleki gelişim etkinliklerinin tutuma katkı sağladığını düşündürmektedir. Bu nedenle bulgunun daha büyük örneklemelerde sınanması gerekmektedir. Yara bakımı dersi alan 58 hemşirelik öğrencisinde BÜÖYTÖ ortalamasının 40.51'den 43.92'ye, sekiz hafta sonra 44.18'e yükselmesi bu yorumu doğrudan desteklemektedir (Karaveli Çakır, 2022). Bu bulgu, yapılandırılmış ve etkileşimli eğitim etkinliklerinin yalnızca bilgi aktarmakla kalmayıp öğrencinin mesleki değer yönelimini de pekiştirdiğini göstermektedir. Olumlu tutum, biçimsel ders içeriğinden çok sürekli mesleki gelişim deneyimleriyle güçlenmektedir.

Basınç ülseri evrelerini ayırt edebilme durumunun tutum puanı üzerinde anlamlı bir fark yaratması ($F=4.811$, $p=0.009$), öğrencinin öz-yeterlik algısının mesleki değer yönelimi üzerindeki belirleyici rolüne işaret eder. "Hayır" yanıtı verenlerin puan ortalamasının (38.80 ± 4.89), "emin değilim" (40.44 ± 4.56) ve "evet" (41.37 ± 5.00) yanıtlarını verenlerden düşük çıkması, öğrencinin kendini yetersiz hissetmesinin tutumuna olumsuz biçimde yansıdığını gösterir. Bandura (1997)'nin öz-yeterlik kuramı bu örüntüyü açıklamada güçlü bir kavramsal çerçeve sunar: konuya ilişkin yeterli hissedilen öğrencinin

bakım sorumluluğuna yönelik tutumu daha olumlu bir seyir izlerken, kendini yetersiz hisseden öğrenci bu sorumluluğa karşı geri çekilen bir tutum geliştirebilmektedir. Klinik uygulamada karşılaşılan engellerden fiziksel koşulların yetersizliği ve ekipman/materyal eksikliği bildiren öğrencilerin tutum puanlarının daha yüksek çıkması ise ilk bakışta beklentiyle bağdaşmaz görünse de kuramsal olarak anlamlı bir örüntüye karşılık gelir. Yapısal yoksunluk koşullarında bakım vermek zorunda kalan öğrenciler, basınç ülseri önlemenin değerini soyut bir ideal olarak değil; kıt kaynaklı klinik uygulama koşullarında dahi sürdürülmesi gereken somut bir mesleki sorumluluk olarak içselleştirir. Bu değerlendirme, Rushton (2017)'nin ahlaki dayanıklılık (moral resilience) modelinde tarif edildiği biçimde, etik güçlüklerin bireyin değer yönelimini söndürmek yerine yeniden yapılandırarak güçlendirebileceğini ortaya koyar. Tuveşson ve Lützen (2017) de klinik gerilimin etik duyarlı tutumları harekete geçirdiğini belirtmiştir.

Tutum puanları açısından sınıf, hemşire olarak çalışma durumu, klinikte basınç ülseri bakımına katılma, malzeme aşinalığı ve klinikte vicdani ikilem yaşama gibi değişkenlerin anlamlı bir farka yol açmaması ($p>0.05$) da kendi içinde anlamlı bir bulgudur. Bu sonuç, basınç ülseri önlemeye yönelik olumlu tutumun belirli bir öğrenci alt grubuna özgü olmaktan çok, mesleğin bakım, koruma ve zarar vermeme değerleri çevresinde geniş biçimde paylaşılan ortak bir tabana yaslandığına işaret eder. Tutumun demografik ve deneyimsel değişkenlerden görece bağımsız biçimde yüksek seyretmesi, Tian ve ark. (2023)'nin hemşire ve hemşirelik öğrencilerinde tutumun bilgi düzeyine kıyasla daha olumlu seyrettiği yönündeki meta-analiz bulgusuyla tutarlıdır. Bununla birlikte tutum ölçeğinin sosyal beğenirliğe açık yapısı ve olası tavan etkisi bu değişkenlerin gerçek etkisini maskeliyor olabileceğinden, bulgunun daha büyük ve çok merkezli örneklemelerde yeniden sınanması yerinde olacaktır.

5.4. Vicdan Algısına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu araştırmada hemşirelik öğrencilerinin Vicdan Algısı Ölçeği toplam puan ortalaması 62.29 ± 11.95 olarak bulunmuş; Duyarlılık alt boyutu 53.30 ± 9.97 , Otorite alt boyutu ise 8.99 ± 2.54 olarak hesaplanmıştır. Bu değerler, Türkiye'deki hemşirelik öğrencilerinin vicdan algılarının orta üzeri bir düzeyde konumlandığını gösterir. Bu değerler, Utli ve Zengin Aydın (2021)'in 286 hemşirelik öğrencisiyle yürüttüğü çalışmada bildirilen değerlerle (toplam 62.52 ± 12.87 ; Duyarlılık 53.40 ± 11.02 ; Otorite 9.12 ± 2.48) neredeyse

birebir örtüşmesidir. Farklı zaman ve bölgelerde elde edilen bu benzerlik, Aksoy ve ark. (2019) tarafından Türkçeye uyarlanan Vicdan Algısı Ölçeği'nin hemşirelik öğrencilerinde tutarlı ölçüm sağladığını göstermektedir.

Dahlqvist ve ark. (2007) tarafından geliştirilen orijinal ölçek, vicdanı altı ayrı boyutta kavramsallaştırır. Aksoy ve ark. (2019) tarafından gerçekleştirilen Türkçe uyarlamada bu yapı iki ana faktöre indirgenmiştir: Duyarlılık ve Otorite. Bu indirgeme, vicdan kavramının kültürel bağlama göre yeniden biçimlendiğine ilişkin somut bir kanıt sunar. Duyarlılık alt boyutunun Otorite alt boyutundan yüksek olması, öğrencilerin vicdanı denetleyici bir yargı kaynağından çok duygusal duyarlılık olarak deneyimlediğini düşündürmektedir. Bu durum, hemşirelik etiği eğitiminde kural–temelli yaklaşımların yanına bakım etiği temelli; etik duyarlılığı, ilişkiselliği ve hassasiyeti merkeze alan yöntemlerin eklenmesinin yerinde olacağını gösterir.

Vicdan algısıyla yakın bir kavram olan etik/ahlaki duyarlılık alanındaki çalışmalar da bu araştırmanın bulgularıyla tutarlıdır. Hemşirelik öğrencilerinde ahlaki duyarlılığın orta-üst düzeyde seyrettiği farklı örneklemelerde bildirilmiştir. Hakbilen ve ark. (2023) Modifiye Ahlaki Duyarlılık Anketi puanını 4.93 ± 0.49 ; Serçe ve Kacaroglu Vicdan (2025) 404 öğrencilik örnekleme Hemşirelik Öğrencileri için Uyarlanmış Etik Duyarlılık Ölçeği puanını 149.70 ± 19.84 ; Kılıç Akça ve ark. (2017) ise ahlaki duyarlılık ölçeği puanını 90.1 ± 22.2 olarak raporlamıştır. Uluslararası düzlemde Alnajjar ve Abou Hashish (2021), Suudi Arabistan'da 246 öğrenciyle yürüttükleri çalışmada akademik etik farkındalığın ahlaki duyarlılığı anlamlı biçimde yordadığını ($R^2=0.288$; $p<0.001$) göstermiştir. Bu çalışmaların ortak vurgusu, hemşirelik öğrencilerinde etik-vicdani gelişimin lisans eğitimi süresince tamamlanmadığı; süreklilik gösteren ve aktif eğitsel müdahalelerle hızlandırılabilen bir süreç olduğudur. Bu nedenle hemşirelerin yalnızca öğrencilik döneminde değil, mesleki yaşamları boyunca hizmet içi eğitimlerle etik ve vicdani gelişimlerinin desteklenmesi önerilir.

Bağımsız değişkenlere göre yapılan analizlerde kadın öğrencilerin Duyarlılık alt boyut puanı (54.01) erkek öğrencilerinkinden (51.42) anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır ($t=2.024$, $p=0.044$). Bu bulgu literatürle uyumludur. Utli ve Zengin Aydın (2021) kadın öğrencilerin Vicdan Algısı toplam puanını (67.50) erkeklerden (59.00) yüksek bulmuş ($p<0.001$), Kılıç Akça ve ark. (2017) benzer bir cinsiyet farkı saptamıştır. Tuveson ve

Lützén (2017) ise İsveç örnekleminde cinsiyetin ahlaki duyarlılığı yordadığını bildirmiştir (OR=3.32). Bulgu, kadın öğrencilerin etik duyarlılık alanındaki avantajının biyolojik olmaktan çok, toplumsal cinsiyet temelli sosyalleşmenin ve hemşirelik mesleğinin tarihsel kadın yönelimliliğinin ortak ürünü olduğunu akla getirir.

Akademik başarı bakımından genel not ortalaması 2'nin altında olan öğrencilerin Vicdan Algısı toplam puanlarının (52.63), diğer tüm gruplardan (61.31–65.59) anlamlı biçimde düşük çıkması ($p=0.011$), akademik risk altındaki öğrencilerde etik-vicdani duyarlılığın da zayıflayabileceğini düşündürmektedir. Türkiye'de bu alana ışık tutan çalışmalardan Kırca ve ark. (2020), öğrenci hemşirelerde etik değerlere yatkınlığın genel olarak ortalamanın üzerinde olduğunu (80 üzerinden ortanca 68) saptamıştır; bununla birlikte akademik başarı ile etik-vicdani yönelim arasındaki ilişkiyi doğrudan inceleyen çalışmaların sınırlı olması, bulgumuzun bu yönüyle ulusal literatüre özgün bir katkı sunduğunu düşündürür. Bu bulgu; motivasyon literatüründe akademik bağlanma ile değer-temelli öz-düzenlemenin paralel seyrettiğine ilişkin bulgularla tutarlıdır. Alnajjar ve Abou Hashish (2021)'in 246 hemşirelik öğrencisiyle yürüttüğü çalışmasında daha yüksek genel not ortalamasına sahip olan ve mesleğine güçlü ilgi duyduğunu bildiren öğrencilerin ahlaki duyarlılık puanlarının anlamlı biçimde yüksek bulunması bu yorumu doğrulamaktadır. Nezhadhoseini ve ark. (2024) ise 265 öğrencilik örnekleimde akademik motivasyon ile ahlaki duyarlılık arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğunu ($p<0.001$) raporlamıştır. Bu bulgular birlikte değerlendirildiğinde, akademik risk altındaki öğrencilerin yalnızca akademik destek değil; mesleki değer ve etik gelişim açısından da kapsayıcı bir rehberlik yapısına gereksinim duyduğu anlaşılır. Bu nedenle üniversitelerde akademik danışmanlık ile etik destek hizmetlerinin birlikte sunulması önerilir.

Buna karşın yaş, sınıf, hemşire olarak çalışma durumu, basınç ülseri eğitimi alma, eğitim kaynağı ve diğer engellerin büyük bölümüne göre vicdan algısı puanları anlamlı düzeyde farklılaşmamıştır ($p>0.05$). Bu sonuç, vicdan algısının demografik ve eğitsel değişkenlerden görece bağımsız, istikrarlı bir yapı olduğunu düşündürmektedir. Vicdan algısının konuya özgü bilişsel girdiler karşısında değişmemesi; bu yapının tek seferlik eğitim etkinliklerinden çok yaşam deneyimleri ve klinik karşılaşmaların birikimli etkisiyle şekillendiğini düşündürmektedir. Türkiye'deki hemşirelik öğrencilerinde

personel/iş yükü algısı ile vicdan algısı arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların sınırlı sayıda olması, gelecekteki araştırmaların bu kavramsal boşluğu boylamsal ve çok merkezli desenlerle doldurmasını gerekli kılar. Ayrıca etik iklim, ahlaki dayanıklılık ve mesleki sosyalleşme gibi aracı değişkenleri modele dahil ederek kurumsal koşulların etik gelişim üzerindeki etkisini nitel ve karma yöntemli desenlerle derinleştirmek de önemli bir araştırma gündemidir.

5.5. Bilgi Düzeyi ile Tutum Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Bilgi puanı ile tutum puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($r=0.035$; $p=0.548$). Bu bulgu, öğrencilerin basınç ülseri önlemeye ilişkin bilgi düzeylerinin tutumları üzerinde doğrudan ölçülebilir bir etki yaratmadığını düşündürmektedir. Elde edilen korelasyon katsayısı, literatürde kabul gören etki büyüklüğü ölçütlerine göre ihmal edilebilir düzeydedir. Bulgu yalnızca toplam puanlar arasında değil, bilgi ölçeğinin altı alt boyutunun her birinin tutum toplam puanı ile kurduğu ilişkide de tutarlıdır; hiçbir alt boyut tutum puanı ile anlamlı bir korelasyon sergilememektedir. Bu sonuç, bilgi ile tutumun bu örnekleme birbirinden bağımsız değişkenler olarak işlediğini göstermektedir.

Literatürdeki bilgi-tutum bağı tartışmalıdır. Dağ Sucu ve Firat Kılıç (2022) Kuzey Kıbrıs örnekleminde zayıf düzeyde pozitif anlamlı bir ilişki bildirirken ($r=0.131$; $p=0.034$), Hammad ve ark. (2024) Filistinli öğrencilerde orta-güçlü düzeyde anlamlı bir ilişki saptamıştır ($r=0.567$; $p<0.001$). Türkiye'de Kısacık ve Sönmez (2020) de hemşirelik öğrencilerinde bilgi ile tutum arasında düşük düzeyde pozitif anlamlı bir ilişki ($r=0.22$; $p<0.001$) bildirmiştir. Buna karşın Yoltay ve Özşaker (2024) Türkiye'nin batısındaki son sınıf öğrencilerinde böyle bir ilişkiyi gözlememiştir; aynı durum Türkiye'deki yoğun bakım hemşireleriyle yürütülen başka bir çalışmada da gözlenmiştir. Bu araştırmanın bulguları, Yoltay ve Özşaker (2024) ile yoğun bakım hemşireleriyle yürütülen çalışmanın sonuçlarıyla uyumludur; diğer çalışmalardan ise farklılaşmakla birlikte etkinin zayıf düzeyde olması bulgumuzu destekler niteliktedir.

Bu farklılaşmanın olası kaynakları birkaç eksen üzerinden değerlendirilebilir. İlk olarak, örnekleme ikinci sınıf öğrencilerinin oranının yüksek olması ve bu grubun klinik deneyiminin sınırlı kalması, bilgi ile tutum ilişkisinin henüz uygulamaya yansımamış

olabileceğini düşündürmektedir. İkinci olarak, hemşirelik mesleğinin değer dünyasının pozitif tutumu otomatik biçimde beslediği bilinmekte; bu durum bilgi düzeyinden bağımsız bir tutum tabanı oluşturmaktadır (Tian ve ark., 2023). Üçüncü olarak, kullanılan tutum ölçeği 13 maddeden oluşmakta ve sosyal beğenirlik etkisine açık bulunmaktadır; bu durum puanlarda tavan etkisi yaratarak ilişki kestiriminin gücünü düşürebilir. Son olarak bilgi ve tutum farklı bilişsel düzeylerde konumlanmakta; eğitsel müdahalelerle birbirinden bağımsız yörüngelerde gelişebilmektedir. Bu araştırmada kurs veya seminer alan grubun tutum puanı yüksek olmasına karşın bilgi puanlarının genel ortalamaya yakın kalması da bu yorumu desteklemektedir.

Bu bulgular, bilgi açığı kapatılmadığı sürece olumlu tutumun tek başına önleme uygulamalarına dönüşmeyeceğini göstermektedir. Bu nedenle kuramsal bilgi ile değer eğitiminin birlikte verilmesi gerekir. Simülasyon, mülaj, vaka temelli öğrenme ve klinik mentörlük gibi yenilikçi yöntemlerin bu açığı kapatmaya katkı sağlayacağı söylenebilir.

5.6. Bilgi Düzeyi ile Vicdan Algısı Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Bilgi ölçeği toplam puanı ile Vicdan Algısı Ölçeği toplam puanı ($r=0.075$; $p=0.193$), Duyarlılık alt boyutu ($r=0.072$; $p=0.214$) ve Otorite alt boyutu ($r=0.072$; $p=0.213$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bilgi ölçeğinin altı alt boyutunun hiçbirisi Vicdan Algısı Ölçeği ve alt boyutlarıyla anlamlı korelasyon sergilememekte; bu anlamsızlık örüntüsü ölçeğin geneline yayılan tutarlı bir biçim göstermektedir. Literatür incelendiğinde basınç ülseri önleme bilgisi ile vicdan algısı arasındaki ilişkiyi doğrudan inceleyen başka bir çalışmaya rastlanmamış olup bu boşluğun doldurulması, bu araştırmanın özgün katkılarından birini oluşturur.

Etik farkındalık ve etik duyarlılık ile bilgi/farkındalık temelli yapılar arasındaki ilişkilere yönelik çalışmalar bu bulgunun yorumlanmasında bir referans çerçevesi sunar. Alnajjar ve Abou Hashish (2021) akademik etik farkındalığın ahlaki duyarlılığı anlamlı düzeyde yordadığını ($R^2=0.288$), Danacı ve Erdoğan (2025) etik prensiplere yönelik tutumun etik duyarlılığın %19'unu açıkladığını bildirmiştir. Bu çalışmaların ortak özelliği, bilgi tarafındaki değişkenin konuya özgü teknik bir bilgi değil; etik farkındalık ya da etik prensiplere yönelik tutum gibi kavramsal ve değer tabanlı yapılar olmasıdır. Bu fark, bu araştırmada anlamlı ilişki bulunmamasını açıklamaktadır. Vicdan algısı değer temelli

yapılarla ilişki gösterirken basınç ülseri önleme bilgisi gibi teknik bir alanla ilişki göstermemektedir.

Bu bulgu, basınç ülseri önleme bilgisinin bilişsel, vicdan algısının ise duyuşsal alanda yer almasıyla açıklanabilir. Bu iki alan arasındaki transferin ancak yapılandırılmış pedagojik tasarımla, örneğin etik vaka tartışmaları, simülasyon-debriefing ya da yansıtıcı yazma çalışmalarıyla sağlanabildiği bilinmektedir. Hemşirelik öğrencileri etik bir ikilemle karşılaştıklarında vicdani uyarıyı, konuya ne ölçüde hakim olduklarından bağımsız biçimde deneyimleyebilmektedir (Aksoy ve ark., 2019; Dahlqvist ve ark., 2007). Başka bir deyişle basınç ülseri evrelerini bilmek ile basınç ülseri gelişmiş bir hastayı görmenin oluşturduğu vicdani tepki, farklı kaynaklardan beslenen iki ayrı süreçtir.

Bu yorum, bu araştırmada klinikte vicdani ikilem yaşayan öğrencilerin Vicdan Algısı puanlarının yaşamayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olmasıyla içsel bir tutarlılık taşır; vicdan algısı, konu bilgisiyle değil etik karşılaşma deneyimiyle aktive olur. Buna göre basınç ülseri önleme bilgisini artırmaya yönelik girişimlerin etik–vicdani gelişimi otomatik olarak destekleyemeyeceği; iki bileşenin müfredatta ayrı ama paralel hatlarda ele alınması gerektiği değerlendirilmektedir. Bilgi aktarımının yanı sıra etik vaka tartışmaları, yansıtıcı yazma çalışmaları, klinik denetim ve etik dilemma analizi gibi yöntemlerin sistematik biçimde müfredata eklenmesi; hem bilgi hem de etik gelişim için bütünlük bir yol sunabilir (Hakbilen ve ark., 2023; Tuveşson ve Lützén, 2017; Yüksel Kaçan, 2022).

5.7. Tutum ile Vicdan Algısı Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Bu başlık altında, araştırmada anlamlı ilişki saptanan tek değişken çifti ele alınmaktadır. Basınç Ülserini Önlemeye Yönelik Tutum Ölçeği toplam puanı ile Vicdan Algısı Ölçeği toplam puanı ($r=0.189$; $p=0.001$) ve Duyarlılık alt boyut puanı ($r=0.211$; $p<0.001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki saptanmıştır. Tutum ile Otorite alt boyutu arasında ise anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($r=0.060$; $p=0.299$). Etki büyüklüğü açısından bakıldığında Duyarlılık ile elde edilen $r=0.211$ değeri küçük etki aralığında, toplam vicdan algısı ile elde edilen $r=0.189$ değeri ise küçük etkinin alt eşiğine yakın bir konumdadır. Bu katsayılar zayıf görünmekle birlikte; bu araştırmanın bilgi-tutum ($r=0.035$) ve bilgi-vicdan ($r=0.075$) korelasyonlarının anlamsız çıktığı

dikkate alındığında, tutum-vicdan ilişkisinin elde edilebilen tek anlamlı bağ olması bulgunun görece kuramsal değerini önemli ölçüde artırmaktadır.

Bu bulgular birlikte değerlendirildiğinde: Vicdan algısı bilgi düzeyiyle bir ilişki kurmazken, tutum düzeyiyle pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki kurar. Diğer bir deyişle hemşirelik öğrencilerinin vicdan algıları yükseldikçe basınç ülseri önlemeye yönelik tutumları da yükselmekte; ancak vicdan algıları bilişsel donanımları üzerinde benzer bir etki üretmemektedir. Bu bulgu, vicdan algısının bilgi düzeyini doğrudan etkilemediğini; mesleki değerleri ve motivasyonu destekleyen bir etken olarak işlediğini düşündürmektedir.

Bu bulgunun hemşirelik eğitimi açısından önemli bir çıkarımı vardır: vicdan temelli pedagojik müdahaleler, doğrudan bilgi açığını kapatmaya değil; var olan bilginin değer temelli olarak içselleştirilmesine ve klinik uygulamaya aktarılmasına hizmet etmelidir. Bu çıkarım, sosyal psikolojideki üç bileşenli tutum modeliyle kuramsal olarak temellendirilebilir. Modele göre tutum; bilişsel, duyuşsal ve davranışsal olmak üzere birbirinden ayrışabilen ancak ilişkili üç bileşenden oluşur. Breckler (1984), bu üç bileşenin farklı ölçüm yöntemleriyle (sözel ve sözel olmayan ölçümler) birbirinden ayrışabildiğini, aynı zamanda anlamlı biçimde ilişkili kaldığını ampirik olarak göstermiştir. Buna göre vicdan algısı doğası gereği tutumun duyuşsal bileşeniyle doğrudan etkileşim hâlindeyken; bilgi, tutumun bilişsel bileşeniyle eşleşen ayrı bir yapı olarak konumlanır. Dolayısıyla bu araştırmada bilgi ile tutum arasında anlamlı bir bağ kurulamamasına karşın vicdan ile tutum arasında anlamlı bir ilişki bulunması, üç bileşenli tutum modelinin öngörülerıyla uyumlu bir bulgu olarak değerlendirilebilir: vicdan, tutumun duygusal bileşeni üzerinden ona bağlanırken bilgi, bilişsel bileşen üzerinden görece bağımsız bir yörünge izler.

Vicdanın iki alt boyutu içinden yalnızca Duyarlılık'ın tutumla anlamlı ilişki kurması ve Otorite'nin böyle bir ilişki sergilememesi, kavramın iç yapısı açısından açıklayıcıdır. Duyarlılık, vicdanın etik karşılaşmaya verilen duygusal–deneyimsel yanıt boyutu olup tutumun duyuşsal bileşeniyle doğrudan eşleşir. Otorite ise vicdanın yargılayıcı, dışsal kurallarla kuşatılmış ve suçluluk üretici boyutudur; bu yön bireysel bir motivasyon aracı olmaktan çok dışsal bir kontrol mekanizması olarak işler ve tutumdan bağımsız kalır. Bu bulgu, vicdan ile tutum arasındaki ilişkinin suçluluk duygusundan çok duygusal

duyarlılık üzerinden kurulduğunu düşündürmektedir. Kılıç Akça ve ark. (2017), Hakbilen ve ark. (2023), Yüksel Kaçan (2022) ve Yılmaz ve Özbek Güven (2025) tarafından yapılan çalışmalar; hemşirelik öğrencilerinde etik gelişimin duygusal-empati temelli boyut üzerinden ilerlediği yönünde tutarlı kanıtlar sunar.

Tutum ile vicdan algısı arasındaki ilişkiyi doğrudan inceleyen çalışmalar sınırlı olsa da, etik tutum ile etik duyarlılık üzerine yürütülen araştırmalar bu bulguyu desteklemektedir. Danacı ve Erdoğan (2025), 313 öğrencilik örneklemede Etik Prensiplere Yönelik Tutum Ölçeği ile Hemşirelik Öğrencileri için Etik Duyarlılık Ölçeği arasında orta düzeyde, pozitif ve anlamlı bir ilişki ($r=0.443$) saptamış; etik tutumun etik duyarlılıktaki toplam değişkenliğin %19'unu açıkladığını bildirmiştir. Serçe ve Kacaroglu Vicdan (2025), etik duyarlılık ile bakım davranışı algıları arasında ölçeğin alt boyutları düzeyinde pozitif ve anlamlı ilişkiler bulmuştur. Türkiye'de yürütülen bir başka çalışmada Göçmen Baykara, Gündüz ve Eyüboğlu (2019), 528 hemşirelik öğrencisiyle ahlaki duyarlılığın profesyonellik tutumunu anlamlı biçimde etkilediğini; özerklik, yarar sağlama ve bütüncül yaklaşım alt boyutlarındaki duyarlılık arttıkça profesyonellik tutumunun da yükseldiğini göstermiştir. Bu çalışmaların ortak vurgusu, etik tutum ile etik duyarlılığın birbirini besleyen, ancak aralarındaki nedensellik yönü kesin olarak belirlenemeyen iki bileşen olduğudur. Bu nedenle bu araştırmada saptanan tutum-vicdan ilişkisi tek yönlü bir neden-sonuç bağı olarak değil, karşılıklı etkileşim olarak yorumlanmalıdır.

Bulgumuzdaki ilişkinin orta ya da güçlü değil düşük düzeyde kalması üç olası nedenle açıklanabilir. İlk olarak tutum ve vicdan algısı içselleştirilmiş değerlerle beslenmekle birlikte farklı bilişsel ve duygusal süreçlerin ürünüdür. Tutum, basınç ülseri önlemenin değerine ilişkin motivasyonel bir yönelim iken; vicdan algısı bu yönelimin etik-duygusal arka planını oluşturan içsel bir uyarıcıdır. İkinci olarak bu araştırmadaki tutum ölçeği konuya özel (basınç ülseri önleme), vicdan algısı ölçeği ise mesleğin geneline yönelik bir yapıdadır; bu kapsam farkı korelasyon büyüklüğünü doğal olarak sınırlandırır. Üçüncü olarak tutumun yalnızca Duyarlılık alt boyutuyla anlamlı ilişki kurması; bu boyutun duyuşsal bileşenle daha doğrudan etkileşim kurabildiğini, Otorite boyutunun ise daha çok dışsal/kurumsal yaptırım algısıyla ilişkili olduğunu gösterir.

Bu bulgular hemşirelik eğitimi açısından somut bir çıkarımı beraberinde getirir: tutum geliştirmeye yönelik girişimler yalnızca bilgi aktarımıyla sınırlı kalmamalı, etik–

duygusal duyarlılığı doğrudan hedef alan deneyim temelli pedagojik yaklaşımlarla desteklenmelidir. Klinik gözlem, vaka tartışmaları, simülasyon temelli senaryolar, yansıtıcı yazma çalışmaları ve etik süpervizyon gibi yöntemler hem bilgi-tutum açığını kapatmada hem de tutum-vicdan etkileşimini güçlendirmede etkili olabilir (Yılmaz ve Özbek Güven, 2025; Yüksel Kaçan, 2022). Bu araştırma, basınç ülseri önleme yetkinliğinin bilişsel ve davranışsal boyutların yanı sıra etik-duygusal bir boyut da taşıdığını göstermektedir.

Bulgular bütün olarak değerlendirildiğinde mesleki vicdan, hemşirelik eğitiminde ikincil bir değişken değil, tutumu besleyen kurucu bileşenlerden biridir. Bilgi ile tutum ve bilgi ile vicdan algısı arasında anlamlı ilişki bulunmaması, lisans eğitiminde bilişsel, duyuşsal ve etik gelişimin bütünsel biçimde planlanmasını gerektirir. Tutum ile vicdan algısı arasındaki anlamlı ilişki ise tutum değişiminin bilgi aktarımıyla sınırlı kalmadığını, etik gelişimi destekleyen deneyim temelli öğretimle desteklenmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Hemşirelik öğrencilerinin basınç ülseri önlemeye yönelik bilgi düzeyi, tutum yönelimi ve mesleki vicdan algısı arasındaki ilişkinin incelendiği bu araştırmadan elde edilen bulgulara göre aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

Öğrencilerin Basınç Ülseri Önlemede Bilgi Değerlendirme Ölçeği toplam puan ortalamasının düşük olduğu ve yetkinlik için kabul edilen %60 eşiğinin altında kaldığı; en düşük puanların beslenme, risk değerlendirme ve sınıflama alt boyutlarında alındığı;

Basınç Ülserini Önlemeye Yönelik Tutum Ölçeği toplam puan ortalamasının yüksek düzeyde olduğu;

Vicdan Algısı Ölçeği toplam puan ortalamasının orta düzeyin üzerinde olduğu ve Duyarlılık alt boyutunun Otorite alt boyutundan yüksek olduğu;

Sınıf, genel not ortalaması ve klinik deneyime ilişkin değişkenlerin (basınç ülserli hastayla karşılaşma, malzemeleri tanıma, yatak çarşafı değiştirme) öğrencilerin **bilgi düzeyini etkilediği**;

Yaş, cinsiyet, hemşire olarak çalışma durumu, basınç ülseri eğitimi alma, eğitim kaynağı, klinikte bakıma katılma, evre ayırt edebilme ve klinikte vicdani ikilem yaşama durumunun öğrencilerin **bilgi düzeyini etkilemediği**;

Yaş, cinsiyet, genel not ortalaması, basınç ülseri eğitimi alma durumu, eğitimin kurs/seminer gibi yapılandırılmış kaynaklardan alınması, evre ayırt edebilme ve klinikte karşılaşılan bazı engellerin (fiziksel koşulların ve ekipman/materyalin yetersizliği) öğrencilerin **tutumunu etkilediği**; kadın öğrencilerin, genç yaş grubunun ve akademik başarısı yüksek öğrencilerin tutum puanlarının daha yüksek olduğu;

Sınıf, hemşire olarak çalışma durumu, eğitim kaynağının türü (ders/klinik/internet), basınç ülseriyle karşılaşma, klinikte bakıma katılma, malzemeleri tanıma ve klinikte vicdani ikilem yaşama durumunun öğrencilerin **tutumunu etkilemediği**;

Cinsiyet (Duyarlılık alt boyutu), genel not ortalaması, klinikte yetersiz hemşire/personel sayısı engelini bildirme ve klinikte vicdani ikilem yaşama durumunun öğrencilerin **vicdan algısını etkilediği**; kadın öğrencilerin, akademik başarısı yüksek öğrencilerin ve yapısal engel ya da vicdani ikilem deneyimleyen öğrencilerin vicdan algısı puanlarının daha yüksek olduğu;

Yaş, sınıf, hemşire olarak çalışma durumu, basınç ülseri eğitimi alma, eğitim kaynağı, basınç ülseriyle karşılaşma, klinikte bakıma katılma, malzemeleri tanıma ve evre ayırt edebilme durumunun öğrencilerin **vicdan algısını etkilemediği**;

Öğrencilerin bilgi düzeyi ile tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığı;

Öğrencilerin bilgi düzeyi ile vicdan algıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığı;

Öğrencilerin tutumları ile vicdan algıları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde düşük düzeyde bir ilişki bulunduğu, bu ilişkinin Duyarlılık alt boyutuyla kurulduğu, Otorite alt boyutuyla kurulmadığı belirlenmiştir.

Bu sonuçlara göre aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir;

Basınç ülseri önleme içeriği tek bir derse sıkıştırılmadan iç hastalıkları, cerrahi, yoğun bakım ve geriatri gibi klinik derslerle dikey biçimde bütünleştirilmeli ve aralıklı tekrarlarla pekiştirilmelidir. Beslenme, risk değerlendirme ve sınıflama gibi zayıf kalan alt boyutlar simülasyon, mülaj, vaka temelli öğrenme ve yapılandırılmış klinik geri bildirimle güçlendirilmelidir. Bilgi ile tutum birbirinden bağımsız geliştiği için kuramsal bilgi ile değer ve etik eğitimi birlikte planlanmalıdır. Tutum ile vicdan algısı arasındaki ilişki nedeniyle etik vaka tartışmaları, yansıtıcı yazma çalışmaları ve klinik süpervizyon gibi yöntemler müfredata eklenmelidir. Akademik başarısı düşük öğrenciler ile erkek öğrencilere yönelik mentörlük ve öz-yeterlik temelli destek programları geliştirilmelidir. Klinik uygulama alanlarında personel, zaman ve materyal yetersizliği azaltılmalı, olumlu etik iklim desteklenmelidir. Mezuniyet sonrasında hizmet içi eğitimlerle mesleki ve etik gelişim sürdürülmelidir. Değişkenler arasındaki nedensellik ilişkileri boylamsal, çok merkezli ve deneysel desenlerle; klinik davranış ise gözlemsel ve simülasyon temelli ölçümlerle incelenmelidir.

KAYNAKLAR

- Adams, N. E. (2015). Bloom's Taxonomy of Cognitive Learning Objectives. *Journal of the Medical Library Association*, 103(3), 152–153.
- Adıbelli, Ş. ve Korkmaz, F. (2018). Yetişkin Hastalarda Basınç Yarası Gelişme Riskini Değerlendirmede Kullanılan Ölçekler. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(2), 136–140.
- Afzali Borojeny, L., Albatineh, A. N., Hasanpour Dehkordi, A. and Ghanei Gheshlagh, R. (2020). The Incidence of Pressure Ulcers and its Associations in Different Wards of the Hospital: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Preventive Medicine*, 11, 171.
- Ahmed, S. R., Kotp, M. H., Hafez, A. A., Aly, M. A., Ismail, H. A., Bassiony, H. A., Attia, A. S., Mekdad, A. K., and Ahmed, R. K. (2025). Nurses' Performance Regarding use of Braden Scale for Predicting Pressure Ulcers Among Critically Ill Patients: Self Learning Package. *BMC Nursing*, 24(1), 940-940.
- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211.
- Ajzen, I., and Fishbein, M. (1977). Attitude–Behavior Relations: A Theoretical Analysis and Review of Empirical Research. *Psychological Bulletin*, 84(5), 888–918.
- Akça Ay, F. (2008). *Temel Hemşirelik: Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar*. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık.
- Aksoy, S. D., Mert, K., ve Çetin, İ. (2019). Vicdan Algısı Ölçeği'nin Türkçe Geçerlilik Güvenilirliği. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 6(3), 148-153.
- Al-Qudimat, A. R., Maabreh, A. H., Shtayat, H., Khaleel, M. A., Allatayfeh, J. M., and Iblasi, A. S. (2024). Prevention of Pressure Injuries and Nursing Interventions in Critical Care Settings: A Synthesis Without Meta-analysis (SWiM). *Chronic Wound Care Management and Research*, 11, 13–30.
- Alnajjar, H. A., and Abou Hashish, E. A. (2021). Academic Ethical Awareness and Moral Sensitivity of Undergraduate Nursing Students: Assessment and Influencing Factors. *SAGE Open Nursing*, 7, 23779608211026715.
- Alshahrani, B., Sim, J., and Middleton, R. (2021). Nursing Interventions for Pressure Injury Prevention Among Critically Ill Patients: A Systematic Review. *Journal of Clinical Nursing*, 30(15–16), 2151–2168.
- Andersson, H., Svensson, A., Frank, C., Rantala, A., Holmberg, M., and Bremer, A. (2022). Ethics education to support ethical competence learning in healthcare: An integrative systematic review. *BMC Medical Ethics*, 23(1), 29.
- Anthropic. (2026). *Claude [Büyük dil modeli]*. Erişim Adresi: <https://claude.ai> (Erişim Tarihi: 16.04.2026).

- Asiri, M. Y., Baker, O. G., Alanazi, H. I., Alenazy, B. A., Alghareeb, S. A., Alghamdi, H. M., Alamri, S. B., Almutairi, T., Alshumrani, H. M., and Alnassar, M. (2025). Nurses' Knowledge, Attitudes and Practices in Pressure Injury Prevention: A Systematic Review and Meta-analysis. *Healthcare*, 13(11), 1220.
- Ata, K., Üstünkaya, E., Başalan Dönmez, M., Marhan, Ö. ve Demircan, B. (2021). Türkiye'de 2003-2020 Yılları Arasında Basınç Yaralanmasına İlişkin Yapılan Hemşirelik Araştırmalarının İncelenmesi: Sistematiik Derleme. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(2), 106-119.
- Atabek Aştı, T., ve Karadağ, A., (2012). *Hemşirelik Esasları: Hemşirelik Bilimi ve Sanatı*. Ankara: Akademi Basın ve Yayıncılık.
- Ateşgöz, F., Köse, G., Seki, Z., Sağlık, S., Kulaksızoğlu, N., Ülgen, N., ve İnci, Ö. (2022). Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesindeki Basınç Yarası Prevalansı ve Risk Faktörlerinin Belirlenmesi: Nokta Prevalans Çalışması. *Karya Journal of Health Science*, 3(1), 6–12.
- Avşar, P., ve Karadağ, A. (2016). Waterlow Basınç Ülseri Risk Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlanması, Geçerlik-Güvenirlik Çalışması. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 3(3), 1–15.
- Avşar, P., ve Karadağ, A. (2018). İnkontinansa Bağlı Dermatit: Değerlendirme, Önleme ve Tedavi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 5(1), 69–77.
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York: W. H. Freeman.
- Beeckman, D., Defloor, T., Demarré, L., Van Hecke, A., and Vanderwee, K. (2010a). Pressure Ulcers: Development and Psychometric Evaluation of the Attitude Towards Pressure Ulcer Prevention Instrument (APuP). *International Journal of Nursing Studies*, 47(11), 1432–1441.
- Beeckman, D., Vanderwee, K., Demarré, L., Paquay, L., Van Hecke, A., and Defloor, T. (2010b). Pressure Ulcer Prevention: Development and Psychometric Validation of a Knowledge Assessment Instrument. *International Journal of Nursing Studies*, 47(4), 399-410.
- Beeckman, D., Defloor, T., Schoonhoven, L., and Vanderwee, K. (2011). Knowledge and Attitudes of Nurses on Pressure Ulcer Prevention: A Cross-Sectional Multicenter Study in Belgian Hospitals. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 8(3), 166–176.
- Bordignon, S. S., Lunardi, V. L., Barlem, E. L. D., Dalmolin, G. L., Silveira, R. S., Ramos, F. R. S., and Tomaschewski Barlem, J. G. (2019). Moral Distress in Undergraduate Nursing Students. *Nursing Ethics*, 26(7-8), 2325-2339.
- Breckler, S. J. (1984). Empirical Validation of Affect, Behavior, and Cognition as Distinct Components of Attitude. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47(6), 1191-1205.
- Broderick, V. V., and Cowan, L. J. (2021). Pressure Injury Related to Friction and Shearing Forces in Older Adults. *Journal of Dermatology and Skin Science*, 3(2), 9–12.
- Büyüköztürk, Ş. (2014). *Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı* (20. baskı). Ankara: Pegem Akademi Yayınları.

- Cangelosi, G., Sacchini, F., Biondini, F., Mancin, S., Morales Palomares, S., Ferrara, G., Caggianelli, G., Sguanci, M., and Petrelli, F. (2025). Nutritional Support in the Prevention and Treatment of Pressure Ulcers in Healthy Aging: A Systematic Review of Nursing Interventions in Community Care. *Geriatrics*, 10(1), 17.
- Chaboyer, W., Latimer, S., Priyadarshani, U., Harbeck, E., Patton, D., Sim, J., Moore, Z., Deakin, J., Carlini, J., Lovegrove, J., Jahandideh, S., and Gillespie, B. M. (2024). The Effect of Pressure Injury Prevention Care Bundles on Pressure Injuries in Hospital Patients: A Complex Intervention Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 155, 104768.
- Cleary, M. and Lees, D. (2019). The Role of Conscience in Nursing Practice. *Issues in Mental Health Nursing*, 40(3), 281–283. (Not: Makale dili İngilizce olduğu için yazar bağlacı "and" olarak düzeltilmiştir).
- Coleman, S., Gorecki, C., Nelson, E. A., Closs, S. J., Defloor, T., Halfens, R., Farrin, A., Brown, J., Schoonhoven, L., and Nixon, J. (2013). Patient Risk Factors for Pressure Ulcer Development: Systematic Review. *International Journal of Nursing Studies*, 50(7), 974–1003.
- Coleman, S., Nixon, J., Keen, J., Wilson, L., McGinnis, E., Dealey, C., Stubbs, N., Farrin, A., Dowding, D., Schols, J. M. G. A., Cuddigan, J., Berlowitz, D., Jude, E., Vowden, P., Bader, D. L., Gefen, A., Oomens, C. W. J., Schoonhoven, L., and Nelson, E. A. (2014). A New Pressure Ulcer Conceptual Framework. *Journal of Advanced Nursing*, 70(10), 2222–2234.
- Cox, J., Edsberg, L. E., Koloms, K., and VanGilder, C. A. (2022). Pressure Injuries in Critical Care Patients in US Hospitals: Results of the International Pressure Ulcer Prevalence Survey. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 49(1), 21–28.
- Çetinkaya, B. (2020). Ethics in the Curriculum of Undergraduate Nursing Programs in Turkey. *International Archives of Nursing and Health Care*, 6(2), 141-141.
- Çor, Z., ve Soysal, G. E. (2023). Basınç Yaralarına Yönelik Yapılan Bakım Paketi Çalışmaları: Kapsam İncelemesi. *Sağlık, Bakım ve Rehabilitasyon Dergisi*, 3(1), 26–39.
- Dağ Sucu, G., ve Fırat Kılıç, H. (2022). Knowledge and Attitudes of Turkish Nursing Students Towards Pressure Injury Prevention. *Journal of Tissue Viability*, 31(1), 16–23.
- Dahlqvist, V., Eriksson, S., Glasberg, A. L., Lindahl, E., Lützén, K., Strandberg, G., Söderberg, A., Sørli, V., and Norberg, A. (2007). Development of the Perceptions of Conscience Questionnaire. *Nursing Ethics*, 14(2), 181–193.
- Daibes, M. A., Iblasi, A. S., Demir Korkmaz, F., Oden, T. N., and Elagoz, I. (2024). Assessing Pressure Injury Knowledge Among Jordanian and Turkish Nursing Students: A Cross-Cultural Comparison. *Journal of Tissue Viability*, 33(4), 706–711.
- Dalkılıç, M., Kalaycı Emek, F., ve Bilik, Ö. (2025). Yoğun Bakım Hastalarında Basınç Yaralanmalarının Önlenmesinde Hemşirenin Rolü: Risk Faktörleri, Girişimler ve Klinik Uygulamalar. *Bingöl Üniversitesi Sağlık Dergisi*, 6(2), 273–281.

- Danacı, E., and Erdoğan, T. K. (2025). Ethical Principles, Sensitivity, and Caring Behaviors Among Nursing Students: A Cross-Sectional Study. *BMC Nursing*, 24, 970.
- Dinç, L. (2009). Hemşirelik Hizmetlerinde Etik Yükümlülükler. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 40(2), 113–119.
- Dinç, L. (2010). Bakım Kavramı ve Ahlaki Boyutu. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 17(2), 74–82.
- Ebi, W. E., Hirko, G. F., and Mijena, D. A. (2019). Nurses' Knowledge to Pressure Ulcer Prevention in Public Hospitals in Wollega: A Cross-Sectional Study Design. *BMC Nursing*, 18, 20–36.
- Edsberg, L. E., Black, J. M., Goldberg, M., McNichol, L., Moore, L., and Sieggreen, M. (2016). Revised National Pressure Ulcer Advisory Panel Pressure Injury Staging System. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 43(6), 585–597.
- Efteli, E. U., and Yapucu Güneş, Ü. (2013). A Prospective, Descriptive Study of Risk Factors Related to Pressure Ulcer Development Among Patients in Intensive Care Units. *Ostomy/Wound Management*, 59(7), 22–27.
- Enginyurt, Ö., Uzun Kurucu, H., Kocataş, Y., ve Çankaya, S. (2018). Homosistein Düzeyinin Bası Yarası, Ateroskleroz ve Diabetes Mellitus ile İlişisinin Değerlendirilmesi. *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi*, 10(2), 5–10.
- Erdem Onder, H., and Sari, D. (2025). Improving Pressure Injury Assessment Skills of Nursing Students' Using In-situ Simulation and Moulage: A Randomized Controlled Trial. *BMC Nursing*, 24(1), Article 1373.
- European Pressure Ulcer Advisory Panel [EPUAP], National Pressure Injury Advisory Panel [NPIAP], ve Pan Pacific Pressure Injury Alliance [PPPIA]. (2019). *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline. The International Guideline* (3rd ed.). New York: EPUAP/NPIAP/PPPIA.
- Fincham, J. E. (2008). Response Rates and Responsiveness for Surveys, Standards, and the Journal. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 72(2), Article 43.
- Gefen, A., Brienza, D. M., Cuddigan, J., Haesler, E., and Kottner, J. (2022). Our Contemporary Understanding of the Aetiology of Pressure Ulcers/Pressure Injuries. *International Wound Journal*, 19(3), 692–704.
- Gencer, Z. E., Ünal, E., ve Özkan, Ö. (2019). Basınç Ülserleri Tedavi Maliyetleri Etkililik Analizi: Konvansiyonel ve Modern Yara Bakım Tedavi Maliyetlerinin Karşılaştırılması. *Akdeniz Tıp Dergisi*, 5(2), 201–208.
- Glasman, L. R., and Albarracín, D. (2006). Forming Attitudes That Predict Future Behavior: A Meta-Analysis of the Attitude–Behavior Relation. *Psychological Bulletin*, 132(5), 778–822.
- Gould, L. J., Alderden, J., Aslam, R., Barbul, A., Bogie, K. M., El Masry, M., Graves, L. Y., White-Chu, E. F., Ahmed, A., Boanca, K. A., Brash, J., Brooks, K. R., Cockron, W., Kennerly, S. M., Livingston, A. K., Page, J., Stephens, C., West, V., and Yap, T. L. (2024). WHS Guidelines for the Treatment of Pressure Ulcers – 2023 Update. *Wound Repair and Regeneration*, 32(1), 6–33.

- Göçmen Baykara, Z., Gündüz, C. S., ve Eyüboğlu, G. (2019). Hemşirelik Öğrencilerinin Ahlakî Duyarlılıklarının Profesyonellik Tutum Düzeylerine Etkisi. *Çukurova Medical Journal*, 44(3), 712-722.
- Görgülü, R. S., and Dinç, L. (2007). Ethics in Turkish Nursing Education Programs. *Nursing Ethics*, 14(6), 741-752.
- Gül, A., Andsoy, I. I., Özkaya, B., and Zeydan, A. (2017). A Descriptive, Cross-Sectional Survey of Turkish Nurses' Knowledge of Pressure Ulcer Risk, Prevention, and Staging. *Ostomy/Wound Management*, 63(6), 40-46.
- Hakbilen, H. G., İnce, S., and Özgönül, M. L. (2023). Ethical Sensitivity of Nursing Students During a 4-Year Nursing Curriculum in Turkey. *Journal of Academic Ethics*, 21(1), 41-51.
- Hammad, B. M., Eqtait, F. A., Ayed, A. J., Salameh, B. S., Fashafsheh, I. H., and Saleh, M. Y. N. (2024). Insights Into Pressure Injury Prevention: Assessing the Knowledge, Attitudes, and Practices of Palestinian Nursing Students. *Journal of Tissue Viability*, 33(2), 254-261.
- Hoogendoorn, I., Reenalda, J., Koopman, B. F. J. M., and Rietman, J. S. (2017). The Effect of Pressure and Shear on Tissue Viability of Human Skin in Relation to the Development of Pressure Ulcers: A Systematic Review. *Journal of Tissue Viability*, 26(3), 157-171.
- Huang, C., Ma, Y., Wang, C., Jiang, M., Yuet Foon, L., Lv, L., and Han, L. (2021). Predictive Validity of the Braden Scale for Pressure Injury Risk Assessment in Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *Nursing Open*, 8(5), 2194-2207.
- Hwu, L. J., and Pai, H. C. (2025). Exploring Ethical Dilemmas and Coping Strategies in Nursing: A Focus Group Study of Nurses and Nursing Students. *Nursing & Health Sciences*, 27(2), e70082.
- İnan, D. G., ve Öztunç, G. (2012). Pressure Ulcer Prevalence in Turkey: A Sample From a University Hospital. *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing*, 39(4), 409-413.
- Jasemi, M., Aazami, S., Hemmati Maslak Pak, M., Habibzadeh, H., and Esmaeili Zabihi, R. (2019). Factors Affecting Conscience-based Nursing Practices: A Qualitative Study. *Nursing Ethics*, 26(5), 1350-1360.
- Kalantari, S., Modanloo, M., Ebadi, A., and Khoddam, H. (2024). Concept Analysis of Conscience-Based Nursing Care: A Hybrid Approach of Schwartz-Barcott and Kim's Hybrid Model. *BMC Medical Ethics*, 25(1), 70-81.
- Kandemir, D., ve Yüksel, S. (2021). Ameliyat Kaynaklı Basınç Yaralanmalarını Önlemede Etkili Kanıt Temelli Girişimler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 8(1), 85-92.
- Kandula, U. R. (2025). Impact of Multifaceted Interventions on Pressure Injury Prevention: A Systematic Review. *BMC Nursing*, 24(1), 11.
- Kaptan, Z., ve Pamuk Cebeci, S. (2024). Örnek Görseller Eşliğinde Basınç Yarası Evrelendirme ve Koruyucu Bakım Davranışları: Geleneksel Derleme. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 16(3), 930-942.

- Karadağ, A. (2003). Basınç Ülserleri: Değerlendirme, Önleme ve Tedavi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7(2), 41–48.
- Karadağ, A., ve Göçmen Baykara, Z. (2024). *Basınç Yaralanmalarını Önleme ve İyileştirme* (2. baskı). Ankara: Yara Ostomi İnkontinans Hemşireleri Derneği Yayınları.
- Karadağ, M., and Gümüşkaya, N. (2006). The Incidence of Pressure Ulcers in Surgical Patients: A Sample Hospital in Turkey. *Journal of Clinical Nursing*, 15(4), 413–421.
- Karaveli Çakır, S. (2022). Yara Dersi Alan Hemşirelik Öğrencilerinin Basınç Yarasını Önlemeye Yönelik Tutumu. *Sağlık Akademisi Kastamonu*, 7(2), 236–245.
- Karaveli Çakır, S., ve Özel, F. (2024). Yeni Mezun Hemşirelerin Basınç Yarasını Önlemeye Yönelik Bilgi ve Tutumları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(2), 524–531.
- Kaşıkcı, M., Aksoy, M., and Ay, E. (2018). Investigation of the Prevalence of Pressure Ulcers and Patient-Related Risk Factors in Hospitals in the Province of Erzurum: A Cross-Sectional Study. *Journal of Tissue Viability*, 27(3), 135–140.
- Kayser, S. A., Phipps, L., VanGilder, C. A., and Lachenbruch, C. (2019). Examining Prevalence and Risk Factors of Incontinence-Associated Dermatitis Using the International Pressure Ulcer Prevalence Survey. *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing*, 46(4), 285–290.
- Kennerly, S. M., Sharkey, P. D., Horn, S. D., Alderden, J., and Yap, T. L. (2022). Nursing Assessment of Pressure Injury Risk with the Braden Scale Validated Against Sensor-Based Measurement of Movement. *Healthcare*, 10(11), 2330.
- Khalafi, A., Fallah, Z., and Sharif-Nia, H. (2024). The Effect of Spaced Learning on the Learning Outcome and Retention of Nurse Anesthesia Students: A Randomized-Controlled Study. *BMC Medical Education*, 24, Article 322.
- Kılıç Akça, N., Şimşek, N., Efe Arslan, D., Şentürk, S., and Akça, D. (2017). Moral Sensitivity Among Senior Nursing Students in Turkey. *International Journal of Caring Sciences*, 10(2), 1031-1039.
- Kır Biçer, E. (2021). Hemşirelik Öğrencilerinin Basınç Ülseri Önlemeye Yönelik Bilgi ve Uygulamaları. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 11(1), 1–7.
- Kırca, N., Bademli, K., ve Özgönül, M. L. (2020). Öğrenci Hemşirelerin Etik Değerlere Yatkınlık Durumlarının Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 23(3), 410-417.
- Kısacık, Ö. G., and Sönmez, M. (2020). Pressure Ulcers Prevention: Turkish Nursing Students' Knowledge and Attitudes and Influencing Factors. *Journal of Tissue Viability*, 29(1), 24–31.
- Kim, J., Lee, J.-Y., and Lee, E. (2022). Risk Factors for Newly Acquired Pressure Ulcer and the Impact of Nurse Staffing on Pressure Ulcer Incidence. *Journal of Nursing Management*, 30(5), 1–9.

- Kottner, J., Cuddigan, J., Carville, K., Balzer, K., Berlowitz, D., Law, S., Litchford, M., Mitchell, P., Moore, Z., Pittman, J., Sigaud-Roussel, D., Chang, Y. Y., and Haesler, E. (2020). Pressure Ulcer/Injury Classification Today: An International Perspective. *Journal of Tissue Viability*, 29(3), 197–203.
- Krathwohl, D. R. (2002). A Revision of Bloom's Taxonomy: An Overview. *Theory Into Practice*, 41(4), 212–218.
- Lamb, C., Evans, M., Babenko-Mould, Y., Wong, C. A., and Kirkwood, K. (2019). Conscience, Conscientious Objection, and Nursing: A Concept Analysis. *Nursing Ethics*, 26(1), 37–49.
- Lan, X., Tang, Y., Huang, Z., Zhou, T., Wang, C., Ma, Y., Li, D., Huang, Z., and Huang, Y. (2025). Global, Regional, and National Burden of Pressure Ulcers From 1990 to 2021 and Projections Over the Next Decade: Results From the 2021 GBD Study. *Wound Repair and Regeneration*, 33(4), e70064.
- Li, Z., Lin, F., Thalib, L., and Chaboyer, W. (2020). Global Prevalence and Incidence of Pressure Injuries in Hospitalised Adult Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 105, 103546.
- Madden, C. (2006). Undergraduate Nursing Students' Acquisition and Retention of CPR Knowledge and Skills. *Nurse Education Today*, 26(3), 218–227.
- Mäki-Turja-Rostedt, S., Leino-Kilpi, H., Korhonen, T., Vahlberg, T., and Haavisto, E. (2021). Consistent Practice for Pressure Ulcer Prevention in Long-Term Older People Care: A Quasi-Experimental Intervention Study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 35(3), 962–978.
- Mäki-Turja-Rostedt, S., Stolt, M., Leino-Kilpi, H., and Haavisto, E. (2019). Preventive Interventions for Pressure Ulcers in Long-Term Older People Care Facilities: A Systematic Review. *Journal of Clinical Nursing*, 28(13–14), 2420–2442.
- McEachan, R., Taylor, N., Harrison, R., Lawton, R., Gardner, P., and Conner, M. (2016). Meta-Analysis of the Reasoned Action Approach (RAA) to Understanding Health Behaviors. *Annals of Behavioral Medicine*, 50(4), 592–612.
- Mervis, J. S., and Phillips, T. J. (2019). Pressure Ulcers: Pathophysiology, Epidemiology, Risk Factors, and Presentation. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 81(4), 881–890.
- Morán, J. M., Trigo-Navarro, L., Diestre-Morcillo, E., Pastor-Ramón, E., and Puerto-Parejo, L. M. (2025). Nutritional Interventions for Pressure Ulcer Prevention in Hip Fracture Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis of Controlled Trials. *Nutrients*, 17(4), 644.
- Nasiri, E., Mollaei, A., Birami, M., Lotfi, M., and Rafiei, M. H. (2021). The Risk of Surgery-Related Pressure Ulcer in Diabetics: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Annals of Medicine and Surgery*, 65, 102336.
- Neumeier, M., and Narnaware, Y. (2024). Evaluating Knowledge Loss Over Multiple Retention Intervals Can Identify Deficiencies and Inform Curricular Development. *Anatomical Sciences Education*, 17(2), 337–342.

- Nezhadhosseini, P., Mousavi, S. K., and Javadzadeh, A. (2024). The Relationship Between Academic Motivation and Moral Sensitivity in Nursing Students. *BMC Medical Education*, 24, 1487.
- Oğuz, S., ve Olgun, N. (1998). Braden Ölçeği ile Hastaların Risklerinin Belirlenmesi ve Planlı Hemşirelik Bakımının Bası Yaralarının Önlenmesindeki Etkinliğinin Saptanması. *Hemşirelik Forumu*, 1(3), 131–135.
- Orhan, B. (2017). Basınç Yaralarını Önleme Kılavuzu: Kanıta Dayalı Uygulamalar. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 26(4), 427–440.
- Öner, B., Kılıç, M., Çakar, V., and Karadağ, A. (2025). Identification of Nursing-Sensitive Indicators on Pressure Injuries/Ulcers: A Systematic Review. *Nursing Inquiry*, 32(2), e70007.
- Özyürek, P., ve Gürlek Kısacık, Ö. (2023). Hemşirelerin Basınç Yaralanmalarını Önlemeye Yönelik Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 6(2), 340–353.
- Padula, W. V., and Delarmente, B. A. (2019). The National Cost of Hospital-Acquired Pressure Injuries in the United States. *International Wound Journal*, 16(3), 634–640.
- Pamuk Cebeci, S., Çobanoğlu, A., ve Oğuzhan, H. (2024). Yoğun Bakım Hastalarında Tıbbi Cihazla İlişkili Basınç Yaralanması Gelişimi ve Etkileyen Faktörler: Nokta Prevalans Çalışması. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 6(1), 57–64.
- Pieper, B., and Zulkowski, K. (2014). The Pieper–Zulkowski Pressure Ulcer Knowledge Test. *Advances in Skin & Wound Care*, 27(9), 413–419.
- Pott, F. S., Meier, M. J., Stocco, J. G. D., Petz, F. F. C., Roehrs, H., and Ziegelmann, P. K. (2023). Pressure Injury Prevention Measures: Overview of Systematic Reviews. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 57, e20230039.
- Qaddumi, J., and Khawaldeh, A. (2014). Pressure Ulcer Prevention Knowledge Among Jordanian Nurses: A Cross-Sectional Study. *BMC Nursing*, 13(1), 6.
- Raurell-Torredà, M., Olivet-Pujol, J., Romero-Collado, Á., Malagon-Aguilera, M. C., Patiño-Masó, J., and Baltasar-Bagué, A. (2015). Case-Based Learning and Simulation: Useful Tools to Enhance Nurses' Education? Nonrandomized Controlled Trial. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(1), 34–42.
- Roussou, E., Faso, G., Stavropoulou, A., Kelesi, M., Vasilopoulos, G., Gerogianni, G., and Alikari, V. (2023). Quality of Life of Patients with Pressure Ulcers: A Systematic Review. *Medicine and Pharmacy Reports*, 96(2), 123–130.
- Rushton, C. H. (2017). Cultivating Moral Resilience: Shifting the Narrative From Powerlessness to Possibility. *American Journal of Nursing*, 117(2), 11–15.
- Sahay, A., Willis, E., and Yu, S. (2024). Pressure Injury Education for Older Adults and Carers Living in Community Settings: A Scoping Review. *International Wound Journal*, 21(5), e14894.

- Salisu, W. J., Dehghan Nayeri, N., Yakubu, I., and Ebrahimpour, F. (2019). Challenges and Facilitators of Professional Socialization: A Systematic Review. *Nursing Open*, 6(4), 1289-1298.
- Sardo, P. M. G., Teixeira, J. P. F., Machado, A. M. S. F., Oliveira, B. F., and Alves, I. M. (2023). A Systematic Review of Prevalence and Incidence of Pressure Ulcers/Injuries in Hospital Emergency Services. *Journal of Tissue Viability*, 32(2), 179–187.
- Sayan, H. E., Girgin, N. K., and Asan, A. (2020). Prevalence of Pressure Ulcers in Hospitalized Adult Patients in Bursa, Turkey: A Multicentre, Point Prevalence Study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 26(6), 1669–1676.
- Serçe, A. K., ve Kacaroglu Vicdan, A. (2025). Hemşirelik Öğrencilerinin Etik Duyarlılıkları ile Bakım Davranış Algıları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. *Value in Health Sciences*, 15(1), 119-126.
- Shadi, A. Z., Vanaki, Z., Mohammadi, E., and Kazemnejad, A. (2024). Moral Sensitivity of Nursing Students: A Systematic Review. *BMC Nursing*, 23(1), 99.
- Simonetti, V., Comparcini, D., Flacco, M. E., Di Giovanni, P., and Cicolini, G. (2015). Nursing Students' Knowledge and Attitude on Pressure Ulcer Prevention Evidence-Based Guidelines: A Multicenter Cross-Sectional Study. *Nurse Education Today*, 35(4), 573–579.
- Sugathapala, R. D. U. P., Latimer, S., Balasuriya, A., Chaboyer, W., Thalib, L., and Gillespie, B. M. (2023). Prevalence and Incidence of Pressure Injuries Among Older People Living in Nursing Homes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 148, 104605.
- Şengül, T., and Karadağ, A. (2020). Determination of Nurses' Level of Knowledge on the Prevention of Pressure Ulcers: The Case of Turkey. *Journal of Tissue Viability*, 29(4), 337–341.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2019). *Verimlilik Yerinde Değerlendirme Rehberi: Şehir Hastaneleri, A ve B Rolü Hastaneler*. Ankara: Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, Verimlilik ve Kalite Uygulamaları Dairesi Başkanlığı Yayınları.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2024). *SKS Gösterge Yönetimi Rehberi (Sürüm 3)*. Ankara: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayınları.
- Tanrikulu, F., ve Dikmen, Y. (2017). Yoğun Bakım Hastalarında Basınç Yaraları: Risk Faktörleri ve Önlemler. *Journal of Human Rhythm*, 3(4), 177–182.
- Tian, J., Liang, X. L., Wang, H. Y., Peng, S. H., Cao, J., Liu, S., Tao, Y. M., and Zhang, X. G. (2023). Nurses' and Nursing Students' Knowledge and Attitudes to Pressure Injury Prevention: A Meta-Analysis Based on APUP and PUKAT. *Nurse Education Today*, 128, 105885.
- Tomas, N., and Mandume, A. M. (2024). Nurses' Barriers to the Pressure Ulcer Risk Assessment Scales Implementation: A Phenomenological Study. *Nursing Open*, 11(1), e2079.
- Turesson, H., and Lützén, K. (2017). Demographic Factors Associated with Moral Sensitivity Among Nursing Students. *Nursing Ethics*, 24(7), 847-855.

- Tülek, Z., Polat, C., Özkan, İ., Theofanidis, D., and Toğrol, R. E. (2016). Validity and Reliability of the Turkish Version of the Pressure Ulcer Prevention Knowledge Assessment Instrument. *Journal of Tissue Viability*, 25(4), 201–208.
- Türkeköle, S., ve Hakverdioğlu Yönt, G. (2025). Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ahlaki Duyarlılık Düzeylerinin Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Tutum ve Davranışlarına Etkisi: Tanımlayıcı ve Kesitsel Bir Çalışma. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 29(3), 220–230.
- Usher, K., Woods, C., Brown, J., Power, T., Lea, J., Hutchinson, M., Mather, C., Miller, A., Saunders, A., Mills, J., Zhao, L., Yates, K., Bodak, M., Southern, J., and Jackson, D. (2018). Australian Nursing Students' Knowledge and Attitudes Towards Pressure Injury Prevention: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Nursing Studies*, 81, 14–20.
- Utli, H., and Zengin Aydın, L. (2021). Perceptions of Conscience of Nursing Students According to Empathy Levels. *International Journal of Health Services Research and Policy*, 6(2), 219-228.
- Üstün, Y. (2013). *Basınç Ülserlerini Önlemeye Yönelik Tutum Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması, Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
- Vabo, G., Slettebø, Å., and Fossum, M. (2022). Nursing Students' Professional Identity Development: An Integrative Review. *Nordic Journal of Nursing Research*, 42(2), 62-75.
- Verplanken, B., and Orbell, S. (2022). Attitudes, Habits, and Behavior Change. *Annual Review of Psychology*, 73, 327–352.
- Warshawsky, N., Pascale, A., Cox, J., Capasso, V., and Edsberg, L. E. (2025). Utilization of Pressure Injury Prevention Interventions in Acute Care Hospitals. *AJN, American Journal of Nursing*, 125(7), 38–43.
- Wu, J., Wang, B., Zhu, L., and Jia, X. (2022). Nurses' Knowledge on Pressure Ulcer Prevention: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis Based on the Pressure Ulcer Knowledge Assessment Tool. *Frontiers in Public Health*, 10, Article 964680.
- Wu, Q., Cheng, N., Cao, F., Wen, H., and Sun, M. (2025). Risk Factors of Pressure Injury in Elderly Inpatients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *BMC Geriatrics*, 25, 874.
- Yap, T. L., Horn, S. D., Sharkey, P. D., Zheng, T., Bergstrom, N., Colon-Emeric, C., Sabol, V. K., Alderden, J., Yap, W., and Kennerly, S. M. (2022). Effect of Varying Repositioning Frequency on Pressure Injury Prevention in Nursing Home Residents: TEAM-UP Trial Results. *Advances in Skin & Wound Care*, 35(6), 315–325.
- Yara Ostomi İnkontinans Hemşireleri Derneği [YOİHD]. (2017). *Basınç Yaralanması ve Aşamaları (Ulusal Basınç Ülseri Danışma Paneli İzniyle Türkçe Çeviri)*. Erişim Adresi: <https://www.yoihd.org.tr/files/document/basinc-yaralanmasi-ve-asamala-ri-62e3dc3413f29.pdf> (Erişim Tarihi: 13.05.2026).

- Yıldırım, G., Kaya, N., and Altunbas, N. (2022). Relationship Between Nurses' Perceptions of Conscience and Perceptions of Individualized Nursing Care: A Cross-Sectional Study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 58(4), 1564–1575.
- Yılmaz, Ş., and Özbek Güven, G. (2025). Does Education Increase Ethical Sensitivity? A Semi-Experimental Study. *Scientific Reports*, 15, Article 1473.
- Yılmazer, T., ve Tüzer, H. (2022). Basınç Yaralanması Önleme Bakım Paketinin Uygulanmasındaki Engellerin Belirlenmesi: Yoğun Bakım Hemşirelerinin Görüşleri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 21(1–2), 1–11.
- Yılmazer, T., Tüzer, H., and Erciyas, A. (2019). Knowledge and Attitudes Towards Prevention of Pressure Ulcer: Intensive Care Units Sample in Turkey. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 11(2), 140–147.
- Yoltay, H. E., and Özşaker, E. (2024). Pressure Injury Knowledge and Attitudes of Senior Nursing Students. *Advances in Skin and Wound Care*, 37(1), 1-5.
- Yüksel Kaçan, C. (2022). The Effect of Transcultural Nursing Course on Students' Moral Sensitivity: A Quasi-Experimental Study. *Journal of Transcultural Nursing*, 33(3), 427-436.
- Zengin, H., ve Taşçı, İ. (2023). Palyatif Bakım Kliniğine Kabulde Tespit Edilen Basınç Yarası ile Norton ve Braden Skalası Skorlarının Uyumu. *Turkish Journal of Intensive Care*, 21(4), 306–312.
- Zengin, M., ve Arslan İçöz, E. (2018). Dini, Felsefi, Psikolojik Boyutlarıyla Vicdan ve Değerler Eğitimindeki Yeri. *Amasya Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 6(10), 323–345.

EKLER

Ek-1. Kişisel Bilgi Formu

<u>A. Demografik Bilgiler</u>
Yaş: ☐ 17–24 ☐ 25–29 ☐ 30–34 ☐ 35–39 ☐ 40 ve üzeri
Cinsiyet: ☐ Kadın ☐ Erkek
Sınıf: ☐ 2. sınıf ☐ 3. sınıf ☐ 4. sınıf
Hemşire ünvanı olarak çalışma durumu: ☐ Çalışıyor ☐ Çalışmıyor

<u>B. Akademik Bilgi</u>
Genel Not Ortalaması (GNO): ☐ 2.00’ın altında ☐ 2.00–2.49 ☐ 2.50–2.99 ☐ 3.00–3.49 ☐ 3.50–4.00
Basınç ülseriyle ilgili eğitim alma durumu: ☐ Var ☐ Yok
Eğitimin alındığı kaynak(birden fazla işaretlenebilir): ☐ Ders ☐ Klinik uygulama ☐ Kurs/seminer ☐ İnternet/kitap

<u>C. Klinik Deneyim</u>
Basınç ülseri ile karşılaşma durumu: ☐ Evet ☐ Hayır
Klinikte basınç ülseri bakımına katılma: ☐ Evet ☐ Hayır
Basınç ülseri bakımında kullanılan malzemelere aşinalık (birden fazla işaretlenebilir): ☐ Farkında değilim/bilmiyorum ☐ Basınç noktalarını destekleme (pozisyon, havalı yatak vb.) ☐ Pansuman (serum fizyolojik, povidon iyot vb.) ☐ Pansuman (antibiyotik krem/merhem vb.) ☐ Gümüş içerikli örtü ☐ Parafinli örtü
Basınç ülserini önlemeye yönelik girişim yapma: ☐ Yaptım ☐ Yapmadım/hatırlamıyorum
Basınç ülseri evrelerini ayırt edebilme durumu: ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Emin değilim

Ek-1 (Devam). Kişisel Bilgi Formu

<u>D. Uygulamalar ve Engeller</u>
Basınç ülserini önlemeye yönelik uygulamalar (birden fazla işaretlenebilir): ☐ Pozisyon verme ☐ Basınç azaltıcı yatak kullanma ☐ Cilt bakımı/hijyen ☐ Yatak çarşaflarını değiştirme ☐ Eğitim verme
Klinikte karşılaşılan engeller (birden fazla işaretlenebilir): ☐ Yetersiz hemşire/personel sayısı ☐ Bilgi eksikliği ☐ İlgisiz ortam (hasta/hasta yakını) ☐ Fiziksel koşulların yetersizliği ☐ Zaman yetersizliği ☐ Ekipman/materyal eksikliği ☐ Protokol/standart olmaması
E. Etik / Vicdan Algısı ile İlgili
Klinikte vicdani ikilem yaşama ☐ Evet ☐ Hayır

Ek-2. Basınç Ülseri Önlemede Bilgi Değerlendirme Ölçeği (PUPKAI-T)

(Not: Ölçekte doğru yanıtlar yıldız (*) ile işaretlenmiştir; öğrencilere uygulanan veri toplama formlarında bu işaretler kaldırılmıştır.)

BASINÇ ÜLSERİ ÖNLEMEDE BİLGİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

TEMA 1: Etiyoloji ve Gelişme
1. Aşağıdaki ifadelerden hangisi doğrudur? a) Malnütrisyon basınç ülserlerine neden olur. b) Oksijen yetersizliği basınç ülserlerine neden olur. * c) Nem basınç ülserlerine neden olur.
2. Çok zayıf hastalar obez hastalara göre basınç ülseri gelişimi açısından daha fazla risk altındadır. a) Doğru: Temas alanı küçüldükçe basınç miktarı artar. * b) Yanlış: Bu kişilerin ağırlığı obez hastalara göre daha az olduğu için basınç daha azdır. c) Yanlış: Obez hastalarda vasküler hastalık gelişme riski daha fazladır, bu da basınç ülseri gelişme riskini artırır.
3. Yatakta yarı oturur pozisyonda (60°) oturan hasta kaydığı zaman neler olur? a) Deri yüzeye tutunduğu zaman basınç artar. b) Deri yüzeye tutunduğu zaman sürtünme artar. c) Deri yüzeye tutunduğu zaman yırtılma artar. *
4. Aşağıdaki ifadelerden hangisi doğrudur? a) Sabun cildi dehidrate edebilir ve böylece basınç ülseri riskini artırır. b) İdrar, feçes ve yara drenajından kaynaklanan nem basınç ülserlerine neden olur. c) Yırtılma, hasta yataktan kaydığı anda derinin yatak yüzeyine yapışmasıyla oluşan kuvvettir. *
5. Aşağıdaki ifadelerden hangisi doğrudur? a) Yakın zamanda hastayı ideal kilosunun altına düşüren kilo kaybı basınç ülseri riskini artırır. * b) Periferik kan dolaşımını azaltan ilaç kullanan çok obez hastalar basınç ülseri açısından risk altında değildir. c) Yetersiz beslenme ve yaş, hastanın kilosunun normal olduğu durumlarda doku toleransı üzerinde etkili değildir.
6. Basınç ülseri riski ve arasında ilişki yoktur. a) Yaş b) Dehidratasyon c) Hipertansiyon *
TEMA 2: Sınıflama ve Gözlem
1. Aşağıdaki ifadelerden hangisi doğrudur? a) Fasyaya kadar inen bir basınç ülseri, 3. derece basınç ülseridir. * b) Fasyayı da aşan basınç ülseri, 3. derece basınç ülseridir. c) Üçüncü derece basınç ülserinden önce her zaman 2. derece basınç ülseri olur.
2. Aşağıdaki ifadelerden hangisi doğrudur? a) Hastanın topuğundaki bül her zaman 2. derece basınç ülseridir. b) Hangi evre olursa olsun (1,2,3,4) basınç ülserlerinde cilt tabakasında kayıp görülür. c) Nekroz oluştuğunda basınç ülseri 3. veya 4.derecedir. *
3. Aşağıdaki ifadelerden hangisi doğrudur? a) Hasta yatak içinde hareket ettirildiği zaman yırtılma ve sürtünme oluşabilir. * b) Yüzeyel bir lezyon, öncesinde basmakla solmayan bir eritem varsa muhtemelen sürtünme lezyonudur. c) Kissing ülser (birbiriyle temas eden ülser odakları) basınç ve yırtılma ile oluşur.

Ek-2 (Devam). Basınç Ülseri Önlemede Bilgi Değerlendirme Ölçeği (PUPKAI-T)

4. Oturma pozisyonunda basınç ülserlerinin gelişebileceği alanlar... a) Pelvik alan, dirsek ve topuk* b) Diz, ayak bileği ve kalça c) Kalça, omuz ve topuk
5. Aşağıdaki ifadelerden hangisi doğrudur? a) Basınç ülseri riski olan tüm hastalarda haftada bir sistematik cilt değerlendirmesi yapılmalıdır. b) Kendi başına hareket edemeyen, sandalyede oturan hastanın cildi her 2-3 saatte bir gözlenmelidir. c) Basıncı eşit dağıtmayan bir yüzeyde yatan hastaların topukları günde en az 1 defa gözlenmelidir.*
TEMA 3: Risk Değerlendirmesi
1. Aşağıdaki ifadelerden hangisi doğrudur? a) Risk değerlendirme araçları önlem alınması gereken yüksek riskli hastaların belirlenmesini sağlar. b) Risk değerlendirme ölçeklerinin kullanımı önleyici girişimlerin maliyetini artırır. c) Basınç ülseri riskini doğru olarak tahmin etmek için risk değerlendirme ölçeği yeterli olmayabilir, mutlaka klinik durum da göz önüne alınmalıdır.*
2. Aşağıdaki ifadelerden hangisi doğrudur? a) Bakım evi hastalarının tümünde basınç ülseri gelişme riski günlük olarak değerlendirilmelidir. b) Basınç ülseri gelişimini en aza indirmek için hastanın altına emici pedler yerleştirilmelidir. c) Basınç ülseri öyküsü olan bir hastada yeni basınç ülseri gelişme riski yüksektir.*
TEMA 4: Beslenme/ Beslenme
1. Aşağıdaki ifadelerden hangisi doğrudur? a) Malnütrisyon basınç ülserlerine neden olur. b) Pahalı önleyici girişimler yerine nutrisyonel destek gıdalardan yararlanılabilir. c) Dengeli beslenme, hastanın genel fiziksel durumunu olumlu yönde etkileyerek basınç ülseri riskinin azalmasına katkıda bulunabilir.*
TEMA 5: Basınç/ Makaslama Miktarını Azaltan Önleyici Girişimler
1. Vücut ile oturulan yer arasında en az temas basıncı oluşturan oturma pozisyonu; a) Dik oturma pozisyonu, her iki ayak elevasyonda b) Dik oturma pozisyonu, her iki ayak yere basıyor c) Arkaya doğru oturma pozisyonu, her iki bacak elevasyonda*
2. Hangi pozisyon değiştirme şeması basınç ülseri riskini en çok azaltır? a) Sırt üstü pozisyon - 90°lateral pozisyon - Sırt üstü pozisyon - 90°lateral pozisyon ... b) Sırt üstü pozisyon - 30° lateral pozisyon - 30° lateral pozisyon - Sırt üstü pozisyon...* c) Sırt üstü pozisyon - 30° lateral pozisyon - Oturur pozisyon - 30° lateral pozisyon - Sırt üstü pozisyon
3. Aşağıdaki ifadelerden hangisi doğrudur? a) Pozisyonunu değiştirebilen hastalara, sandalyede otururken minimum her 60 dakikada bir ağırlıklarını değiştirmeleri öğretilmelidir.* b) Yan yatış pozisyonunda hasta yatak ile 90° açıda olmalıdır. c) Yatak başı pozisyonu 30° olduğunda, yırtılma kuvveti hastanın sakrumunu maksimum derecede etkiler.

Ek-2 (Devam). Basınç Ülseri Önlemede Bilgi Değerlendirme Ölçeği (PUPKAI-T)

4. Eğer hasta sandalyede kayıyorsa, oturulan alandaki basıncın büyüklüğü..... ile azaltılır. a) İnce bir havalı minder * b) Simit şekilli köpüklü minder c) Jelli minder
5. Basınç ülseri gelişme riski olan hastada, bir viskoelastik köpük şilte..... a) Basınç ülserini azaltmada etkilidir ve beraberinde pozisyon vermeye gerek yoktur. b) Her iki saatte bir pozisyon değiştirme ile birlikte kullanılmalıdır. c) Her 4 saatte bir pozisyon değiştirme ile birlikte kullanılmalıdır.*
6. Sulu şiltenin bir dezavantajı..... a) Kalçadaki yırtılmanın artmasıdır. b) Topuktaki basıncın artmasıdır. c) Spontan küçük vücut hareketlerinin azalmasıdır.*
7. Hasta basınç azaltıcı köpük şilte üzerine yattığı zaman; a) Topuk elevasyonu gerekli değildir. b) Topuk elevasyonu önemlidir.* c) Şilte üzerindeki çöküklük günde en az iki defa kontrol edilmelidir.
TEMA 6 : Basınç/ Yırtılmanın Süresini Azaltmak için Önleyici Girişimler
1. Pozisyon değişikliği kesin önleyici bir yöntemdir. Çünkü a) Basınç ve yırtılmanın büyüklüğü azalacaktır. b) Basınç ve yırtılmanın miktarı ve süresi azalacaktır. c) Basınç ve yırtılmanın süresi azalacaktır.*
2. Eğer daha az hastada basınç ülseri gelişecektir. a) Destek yiyecekler sağlanırsa b) Riskli alanlara masaj yapılırsa c) Hastalar mobilize edilirse*
3. Aşağıdaki ifadelerden hangisi doğrudur? a) Basınç azaltmayan köpük şiltede yatan riskli hastalara her iki saatte bir pozisyon verilmelidir.* b) Hava akımlı şiltede yatan riskli hastalarda her 4 saatte bir pozisyon değişikliği yapılmalıdır. c) Viskoelastik köpük şiltede yatan riskli hastalarda her 2 saatte bir pozisyon değişikliği yapılmalıdır.
4. Değişen hava akımlı şiltede yatan hastada topukta basınç ülserinin önlenmesi için; a) Özel bir önleyici önlem yoktur. b) Topukların altına basınç azaltıcı minder yerleştirilir. c) Bacakların alt kısmına topuklar yükselecek şekilde minder yerleştirilir.*
5. Pozisyon verilemeyen yatağa bağımlı hastalarda basınç ülseri önlemede en uygun yöntem a) Basınç dağıtan köpük şilte b) Değişen hava akımlı şilte * c) Riskli alanların çinko-oksit kremle lokal tedavisi

Ek-3. Basınç Ülserlerini Önlemeye Yönelik Tutum Ölçeği (BÜÖYTÖ)

	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.				

Ek-4. Vicdan Algısı Ölçeği (VAÖ)

Açıklama: Aşağıda yer alan maddeleri olması gerektiği gibi değil kendiniz nasıl hissediyorsanız bu doğrultuda işaretleyiniz. (1: hayır, kesinlikle katılmıyorum. 6: evet, tamamen katılıyorum)

		1: hayır, kesinlikle katılmıyorum	2	3	4	5	6: evet, tamamen katılıyorum
1	Vicdanın sesi dinlenmelidir.	1	2	3	4	5	6
2	Vicdanın sesini duyabilmek için iç huzur gerekir.	1	2	3	4	5	6
3	Vicdanımızın sesinden kaçamayız.	1	2	3	4	5	6
4	Vicdanımız, kendimize zarar vermemize engel olur.	1	2	3	4	5	6
5	Vicdanımız başkalarına zarar vermeye karşı bizi uyarır.	1	2	3	4	5	6
6	İnsanların ne düşündüklerine bakmaksızın vicdanımızın sesini dinlemeliyiz.	1	2	3	4	5	6
7	Çalışma hayatımda vicdanım ne söylüyorsa onu ifade edebilirim.	1	2	3	4	5	6
8	Çalışma hayatımda vicdanımın sesini dinlerim.	1	2	3	4	5	6
9	Eğer vicdanımızın sesini dinlemezsek, vicdanımız zayıflar.	1	2	3	4	5	6
10	Vicdanımız sosyal değerlerimizi ifade eder.	1	2	3	4	5	6
11	Tanrı, vicdanımız vasıtasıyla bizimle konuşur.	1	2	3	4	5	6
12	Vicdanımı dinlediğimde bir insan olarak olgunlaşıyorum.	1	2	3	4	5	6
13	Yapmam gerekenleri yapamadığımda vicdanen kendimi kötü hissediyorum.	1	2	3	4	5	6

Ölçeğin değerlendirmesinde “Hayır, Tamamen katılmıyorum” (1 puan); “Evet, tamamen katılıyorum” (6 puan) olarak puanlandırılmaktadır. Ölçekte ters madde puanlaması yoktur. Ölçek iki faktörden oluşmaktadır. Faktör 1 Duyarlılık (Madde 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 12, 13), Faktör 2 Otorite (Madde 9, 11) şeklindedir. Ölçekten alınan en düşük puan 13, en yüksek puan 78’dir. Yüksek puan vicdan algısının yüksek olduğunu gösterir.

Ek-5. Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 07.10.2025-488771



T.C.
ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık ve Spor Bilimleri Etik Kurulu



Sayı : E-88012460-050.04-488771
Konu : Etik Kurul Kararı (Asude Nur BİÇER)

07.10.2025

DAĞITIM YERLERİNE

Üniversitemiz İnsan Araştırmaları Sağlık ve Spor Bilimleri Etik Kurulunun **30 Eylül 2025** tarihli ve **09** sayılı oturumunda alınan 09/08 sayılı kararı yazımız ekinde gönderilmiştir.
Bilgilerini rica ederim.

Doç.Dr. Duygu SEVİNÇ YILMAZ
Sağlık ve Spor Bilimleri Etik Kurulu
Başkanı

Ek:Karar 08 (1 Sayfa)

Dağıtım:
Gereği:
Asude Nur BİÇER

Bilgi:
Doç.Dr. Sevinç KÖSE TUNCER

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSLKSJF6T5

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/ebys>

Adres:Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Rektörlüğü Yalnızbağ yerleşkesi Erzincan Sivas
karayolu 12. km 24002 Erzincan
Telefon:444 8 024 – (0446) 226 66 66 Faks:(0446) 226 66 65
e-Posta:rektorluk@erzincan.edu.tr Web:<https://ebysu.edu.tr/>
Kep Adresi:erzincanuniv@hs02.kep.tr

Bilgi için: Şehriban GAZİ
Unvanı: Birim Evrak Sorumlusu
Tel No: (0446) 226 6666 - 10058



Ek-5 (Devam). Etik Kurul Onayı



T.C
ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ
İNSAN ARAŞTIRMALARI SAĞLIK VE SPOR BİLİMLERİ
ETİK KURULU KARARI

Etik Kurul Toplantı Tarihi	30/09/2025
Protokol No	09/08
Araştırma Başlığı	Hemşirelik Öğrencilerinin Basınç Ülserlerini Önlemeye Yönelik Bilgi, Tutum Ve Vicdan Algıları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi
Araştırma Türü	Nicel-Tarama (tanımlayıcı)
Araştırmacılar	Asude Nur BİÇER (Sorumlu Araştırmacı) Doç. Dr. Sevinç KÖSE TUNCER (Danışman)
Karar	Başvuru dosyanıza ait araştırmanız etik açıdan uygun bulunmuştur.
Açıklama: 1. Etik Kurul Onayı, uygulama ve/veya veri toplama için araştırmacının ilgili kurum veya kuruluşlardan izin alma sorumluluğunu ortadan kaldırmaz. 2. Kurul üyelerine ait araştırma önerileri görüşülürken, ilgili yönerge gereğince, öneri sahibi üye görüşmelere katılmamış ve oy kullanmamıştır.	

e-imzalıdır

Doç. Dr. Duygu SEVİNÇ YILMAZ
İnsan Araştırmaları Sağlık ve Spor Bilimleri
Etik Kurul Başkanı

Ek-6. Kurum İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 18.02.2026-526467



T.C.
ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü



Sayı : E-68867550-300-526467
Konu : Çalışma İzni Cevap (Asude Nur BİÇER)

18.02.2026

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığının 17.02.2026 tarihli ,85748827-044-E.525959 sayılı yazısı.

Anabilim Dalınız yüksek lisans programında Doç. Dr. Sevinç KÖSE TUNCER'in danışmanlığını yürüttüğü 237801007 numaralı Asude Nur BİÇER'in çalışma iznine ilişkin Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığının 17.02.2026 tarih ve 525959 sayılı yazısı ekte gönderilmiştir.
Gereğini rica ederim.

Doç.Dr. Filiz YANGILAR
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

Ek:Çalışma İzni (Asude Nur BİÇER)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BS4LLAZ257

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/eby-ebys>

Adres:Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü 24100 Erzincan

Telefon:0 446 224 29 10 Faks:(0446) 226 66 65

e-Posta:sagbe_yazi@erzincan.edu.tr Web:<https://ebyu.edu.tr/tr/>

Kep Adresi:erzincanunv@hs02.kep.tr

Bilgi için: Akın İŞLER

Unvanı: Bilgisayar İşletmeni



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek-6 (Devam). Kurum İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 17.02.2026-525959



T.C.
ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı



Sayı :E-85748827-044-525959
Konu :Çalışma İzni (Asude Nur BİÇER)

17.02.2026

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : Üniversitemiz Öğrenci İşleri Daire Başkanlığının 16.02.2026 tarihli ve E.93368059-044-525527 sayılı yazısı.

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Hemşirelik Esasları tezli yüksek lisans programı öğrencisi Asude Nur BİÇER, "Hemşirelik Öğrencilerinin Basınç Yarası Önlemeye Yönelik Bilgi Düzeyi, Tutumları ve Vicdan Algıları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" konulu tez çalışmasını Fakültemizde uygulama talebi uygun görülmüştür.

Bilgilerini ve gereğini arz ederim.

Prof.Dr. Esra DİLEK
Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı V.

Dağıtım:
Gereği:
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

Bilgi:
Öğrenci İşleri Dairesi Başkanlığına

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSULL5CFHT

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/eby-ebys>

Adres:Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı Başbağlar Mahallesi
1410. Sokak Erzincan
Telefon:444 8 024 – (0446) 226 66 66 Faks:(0446) 226 66 65
e-Posta:rektorluk@erzincan.edu.tr Web:<https://ebyu.edu.tr/tr/>
Kep Adresi:erzincanunv@hs02.kep.tr

Bilgi için: Nazlıcan ULUCA
Unvanı: Bilgisayar İşletmeni



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek-7. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (BGOF)

T. C.

ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ

İnsan Araştırmaları Sağlık ve Spor Bilimleri Etik Kurulu

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (BGOF)

“Hemşirelik Öğrencilerinin Basınç Yarası Önlemeye Yönelik Bilgi Düzeyi, Tutumları ve Vicdan Algıları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” başlıklı bu çalışma, Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı yüksek lisans programı kapsamında yürütülmektedir. Söz konusu çalışma, hemşirelik öğrencilerinin basınç yarası (bası yarası / basınç ülseri) önlemeye yönelik bilgi düzeylerini, basınç yarası önlemeye ilişkin tutumlarını ve vicdan algı düzeylerini belirlemeyi ve bu değişkenler arasındaki ilişkiyi değerlendirmeyi hedeflemektedir. Araştırma 23 Şubat 2026 – 31 Mayıs 2026 tarihleri arasında yapılması planlanmaktadır. Çalışma nicel, ilişkisel ve kesitsel bir çalışma tasarımı ile yürütülecektir. Çalışmaya katılma kriteri, Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü’nde öğrenim gören ve araştırmanın yürütüldüğü dönemde 2., 3. veya 4. sınıfta bulunan hemşirelik öğrencisi olmak şeklindedir.

Veri toplama aracı olarak Kişisel Bilgi Formu, Basınç Ülseri Önleme Bilgi Değerlendirme Aracı (PUKAT 2.0), Basınç Ülseri Önlemeye Yönelik Tutum Ölçeği (Attitude towards Pressure Ulcer Prevention Scale / APuP) ve Vicdan Ölçeği gibi veri toplama araçları kullanılacaktır. Çalışmanın veri toplama süreci yaklaşık 3 ay (98 gün) olarak öngörülmektedir. Anket sorularını tamamlamanız için sizden yaklaşık 10-15 dakika ayırmanız beklenmektedir. Bu çalışmaya katılımınız gönüllülük esasına dayanmaktadır. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır. Araştırma kapsamında toplanan veriler, sadece bilimsel amaçlar doğrultusunda kullanılacak, araştırmanın amacı dışında ya da bir başka araştırmada kullanılmayacak ve gerekmesi halinde, sizin (yazılı) izniniz olmadan başkalarıyla paylaşılmayacaktır. Sizden toplanan veriler araştırma bitiminde arşivlenecek veya imha edilecektir. Ankete katılım serbesttir ve katılımcılar anketi

Ek-7 (Devamı). Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (BGOF)

tamamlamadan çıkma imkânına sahiptirler. Çalışmadan ayrılmanız durumunda sizden toplanan veriler çalışmadan çıkarılacak ve imha edilecektir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız verilen iletişim bilgileri üzerinden araştırmacılarla iletişime geçebilirsiniz.

“Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu”ndaki tüm açıklamaları okudum. Bana, konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama, aşağıda adı belirtilen kişiler tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum. Gönüllü katılım formunu okumak ve değerlendirmek üzere zaman ayırdığınız zaman için teşekkür ederim.

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı / Soyadı / İmzası ASUDE NUR BİÇER
Gönüllünün Adı / Soyadı / İmzası / Tarih
Gerekliyse Olur İşlemine Tanık Olan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Ek-8. Basınç Ülseri Önlemede Bilgi Değerlendirme Ölçeği (PUPKAI-T) Kullanım İzni



ZELİHA TULEK

Kime: Asude Nur Biçer >

13.09.2025



Ynt: PUKAT-TR kullanım izni talebi

Merhaba Asude,

Olcegimizi kullanmanizdan memnuniyet duyariz. Olcek
ektedir.

Skorlamasi dogru yanitlarin (her biri 1 puan) toplanmasi ile
yapilmaktadir.

Not: Dogru cevaplar asteriks ile isaretlenmistir.

Formlari hazirlarken silmeyi unutmayiniz

Calismanizda basarilar dileriz.

--

Prof.Dr. Zeliha Tülek

Asude Nur Biçer

, 12 Eyl 2025

Cum, 20:48 tarihinde şunu yazdı:

Ek-9. Basınç Ülserlerini Önlemeye Yönelik Tutum Ölçeği (BÜÖYTÖ) Kullanım İzni



Şebnem ÇINAR YÜCEL

Kime: Asude Nur Biçer >

4.02.2026

Merhaba,
Ölçeği tabi ki kullanabilirsiniz.
Çalışmalarınızda kolaylıklar dilerim.
Prof. Dr. Şebnem ÇINAR YÜCEL

Asude Nur Biçer

, 27 Oca 2026

Sal, 12:35 tarihinde şunu yazdı:

[Daha Fazlasını Gör](#)

Ek-10. Vicdan Algısı Ölçeği (VAÖ) Kullanım İzni



Kime: Asude Nur Biçer >

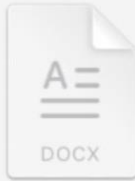
17.09.2025



Sayın Biçer,
Vicdan Algısı Ölçeği'ni yapacağınız
çalışmada kullanabilirsiniz.
Ekte Ölçeğin son hali ve kullanım yönergesi
yer almaktadır.
Çalışmanızda başarılar dilerim.

Doç. Dr. Sena Dilek AKSOY

2025-09-17 00:07, Asude Nur Biçer yazmış:



**vicdan algısı ölçeği ve
kull..docx**
18 KB



[Daha Fazlasını Gör](#)



ÖZGEÇMİŞ

Asude Nur Biçer, ilkokul, ortaokul ve lise öğrenimini Erzincan'da tamamladı. 2022 yılında Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nden mezun oldu. 2025 yılından bu yana Erzincan Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yoğun bakım hemşiresi olarak çalışmaktadır. Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Esasları Tezli Yüksek Lisans Programı'nda yüksek lisans eğitimine başladı.