

T.C.

MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

**MANİSA İLİNDEKİ AİLE HEKİMLERİNİN KRONİK YARA
KONUSUNDAKİ BİLGİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Erkan ATA

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Hüseyin CAN

Manisa, 2024

ÖNSÖZ

Asistanlığım boyunca bilgi ve tecrübelerini paylaşan saygıdeğer hocam tez danışmanım Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyemiz Sayın Prof. Dr. Hüseyin CAN'a;

Tez sürecimde verdiği değerli katkı ve desteklerinden dolayı sevgili hocam, Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyemiz Sayın Doç. Dr. Hüseyin ELBİ' ye ve Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanımız Sayın Doç. Dr. Fatih ÖZCAN' a;

Rotasyonlarım sırasında bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan tüm hocalarıma, uzman ve asistan meslektaşlarıma;

Uzmanlık eğitimim boyunca birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum Aile Hekimliği Anabilim Dalımızda görevli, uzmanlığını alıp aramızdan ayrılmış ve halen devam eden tüm asistan doktor arkadaşlarıma;

Tüm hayatım boyunca sevgi ve desteklerini daima yanımda hissettiğim, bugünlere gelmemde sonsuz emek, özveri ve fedakarlıkların sahibi canım annem Ayten ATA, kıymetli babam Sadık ATA ve ablalarım Özge ATA ve Gamze UĞUR'a;

Hayatıma girdiği ilk andan itibaren sevgisi, desteği ve yaşam enerjisi ile her daim yanımda olan, varlığı ile beni her zaman daha güçlü kılan değerli eşim, yol arkadaşım Gülseher ATA'ya;

Tüm içtenliğimle ayrı ayrı teşekkürlerimi sunuyorum.

Dr. Erkan ATA

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
Tablo Dizini.....	v
Kısaltmalar	vi
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	2
1.3. Araştırmanın Hipotezleri.....	2
1.4. Araştırmanın Önemi ve Yaygın Etkisi.....	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Kronik Yara Tanımı.....	3
2.2. Kronik Yaraların Epidemiyolojisi	3
2.3. Kronik Yaraların Etyolojisi.....	5
2.4. Diyabetik (Nöropatik) Ayak Yarası	7
2.4.1. Diyabetik (Nöropatik) Ayak Yarasında Korunma ve Tedavi.....	8
2.5. Basınç Yaralanması	9
2.5.1. Basınç Yaralanmasında Korunma ve Tedavi	11
2.6. Venöz Bacak Yarası	12
2.6.1. Venöz Bacak Yarası Korunma ve Tedavi	14
2.7. Arteriyel Yaralar.....	16
2.7.1. Arteriyel Yaralarda Korunma ve Tedavi	17
2.8. Yara Değerlendirmesinde TIMERS Prensipleri.....	17
2.8.1. Doku Yönetimi (Tissue Management)	19
2.8.2. Enfeksiyon veya Enflamasyon Kontrolü (Infection or Inflammation)	20
2.8.3. Nem Dengesizliği (Moisture İmbalance)	22
2.8.4. Yaranın Kenarı (Edge of Wound).....	22
2.8.5. Dokunun Onarımı ve Yenilenmesi (Repair of Tissue and Regeneration).....	23
2.8.6. Sosyal ve Hasta ile İlgili Faktörler (Social and Patient Related Factors)	23
2.9. Kronik Yaralarda Kullanılan Yara Örtüleri	25
2.9.1. Geleneksel Yara Örtüleri	26
2.9.2. Yara Örtüsü Türleri	26
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	32
3.1. Araştırmanın Türü	32

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Zaman ve Yer	32
3.2.1. Araştırmanın Yeri	32
3.2.2. Araştırmanın Zamanı.....	32
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	32
3.4. Araştırmanın Dahil Olma Kriterleri	33
3.5. Araştırmanın Dışlama Kriterleri.....	33
3.6. Araştırmanın Veri Toplama Araçları.....	33
3.7. Araştırmanın Veri Analizi.....	33
3.8. Araştırmanın Etik Kurul İzni	34
4. BULGULAR	35
4.1. Araştırmaya Katılan Aile Hekimlerinin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı	35
4.2. Katılımcıların Kronik Yara ve TIMERS Kriterleri ile İlgili Cevapların Dağılımı	40
4.2.1. Kronik Yara ile İlgili Genel Bilgiler	40
4.2.2. Debridman Yönetimi ile İlgili Cevapların Dağılımı	42
4.2.3. Nem Dengesi ile İlgili Cevapların Dağılımı	45
4.2.4. Enfeksiyon ve İnflamasyon Kontrolü ile İlgili Cevapların Dağılımı	49
4.3. Katılımcıların Yara Bakımı ve Pansuman ile İlgili Verdikleri Cevapların Dağılımı	53
4.4. Katılımcıların Yara Tipleri ile İlgili Verdikleri Cevapların Dağılımı	63
4.4.1. Katılımcıların Bası Yarası ile İlgili Verdikleri Cevapların Dağılımı	63
4.4.2. Katılımcıların İskemik Yaralar ile İlgili Verdikleri Cevapların Dağılımı	66
4.4.3. Katılımcıların Venöz Yara ile İlgili Verdikleri Cevapların Dağılımı	69
4.4.4. Katılımcıların Diyabetik Yara ile İlgili Verdikleri Cevapların Dağılımı	73
5. TARTIŞMA.....	75
5.1. Aile Hekimlerinin Tanıtıcı Özellikleri ve Kronik Yara Bakım Eğitimi Alma Durumlarının Tartışılması	75
5.2. Aile Hekimlerinin Kronik Yara Bakım Bilgilerinin Tartışılması	76
6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER	80
7. ÖZET.....	81
8. ABSTRACT	82
9. KAYNAKLAR	83
10. EKLER	93

Tablo Dizini

Tablo 1: Sosyodemografik verilerin ayrıntılı sunumu

Tablo 2: Değişkenlere Göre Ortalama Doğru Cevap Sayısı

Tablo 3: En Fazla Doğru Cevap Verilen Sorular

Tablo 4: En Az Doğru Cevap Verilen Sorular

Tablo 5: Kronik Yara Hakkındaki Yanıtlar

Tablo 6: Debridman Yönetimi İle İlgili Verilen Yanıtlar

Tablo 7: Nem Dengesi ile İlgili Yanıtlar

Tablo 8: Enfeksiyon ve İnflamasyon Kontrolü ile İlgili Yanıtlar

Tablo 9: Yara Bakımı ve Pansuman ile İlgili Yanıtlar

Tablo 10: Bası Yarası ile İlgili Yanıtlar

Tablo 11: İskemik Yaralar ile İlgili Yanıtlar

Tablo 12: Venöz Yara ile İlgili Yanıtlar

Tablo 13: Diyabetik Yara ile İlgili Yanıtlar

Kısaltmalar

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

NPIAP: National Pressure Injury Advisory Panel (Ulusal Basınç Ülseri Danışma Paneli)

IDF: International Diabetes Federation (Uluslararası Diyabet Federasyonu)

VKİ: Vücut Kitle İndeksi

ABPI: Ankle-Brachial Pressure Index (Ayak Bileği - Kol Basınç İndeksi)

EWMA: European Wound Management Association (Avrupa Yara Yönetimi Derneği)

SPSS: The Statistical Package for Social Sciences

SAHU: Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kronik yara, bireysel, sosyal ve ekonomik açıdan önemli bir sağlık sorunudur. Kronik yaralarla mücadele; zorlayıcı ve uzun solukludur. Farklı uzmanlık alanlarından kişilerin iş birliği içinde çalışmasını gerektirir (1).

Sağlıklı bireylerde, yara kapanması son derece iyi organize edilmiş bir süreçtir. Fakat bu süreçteki aksaklıklar, dünya çapında yaklaşık 40 milyon kronik yara hastasına yol açarak salgın boyutlarına ulaşmaktadır. Bu durum, sağlık sistemleri üzerinde büyük bir yük oluşturmakta ve nihayetinde ülke ekonomilerine de önemli maliyetler getirmektedir (2).

Kronik yaralar, genellikle eşlik eden bir hastalık olarak gizlenir ve dünya nüfusunun büyük bir kısmını etkileyen sessiz bir salgın olarak tanımlanmıştır (3). Kronik yaralar ileri yaşlarda daha sık görülmektedir. Yaşlı nüfus oranındaki artışla birlikte kronik yaralara rastlama sıklığı da artmaktadır (1).

Birinci basamak sağlık hizmeti, sağlığın teşviki, koruyucu sağlık hizmetleri ile teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin bir arada verildiği, bireylerin hizmete kolayca ulaşabildikleri, düşük maliyetle etkin ve yaygın sağlık hizmeti sunumudur. Güçlü bir birinci basamak sağlık hizmet sunumuna sahip ülkelerde toplumun sağlık ihtiyaçlarına daha iyi yanıt verilebileceği, sağlıkta daha eşitlikçi bir hizmet sunumu sağlanacağı ve sağlık harcamalarının daha maliyet etkin olacağı ön görülmektedir (4). Birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcıları, kronik yaraları erkenden teşhis ederek gerekli tedaviye yönlendirebilirler. Hastalara yara bakımı konusunda eğitim verebilir ve pansuman yapabilirler. Kronik yaraların altında yatan diyabet, venöz yetmezlik gibi hastalıkların kontrol altına alınması için hastalara gerekli desteği sağlayabilirler. Birinci basamakta yapılan erken teşhis, tedavi ve hasta eğitimi ile maliyetlerin önemli ölçüde azaltılması mümkündür.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmada aile hekimlerinin kronik yara konusundaki bilgilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

Tıp fakülteleri ve mezuniyet sonrası eğitim müfredatlarında kronik yara konusunun yeterince işlenmemesi nedeniyle aile hekimlerinin kronik yara konusundaki bilgilerinin yeterli düzeyde olmadığı.

1.4. Araştırmanın Önemi ve Yaygın Etkisi

Nüfus ve yaşam beklentisi arttıkça, yara yönetimi ve kronik yaraların küresel sağlık hizmetleri üzerindeki etkisi daha da artacak ve hem hastaları hem de sağlık sistemlerini bu ekonomik ve toplumsal yükten kurtarabilecek terapilerin geliştirilmesini gerektirecektir (5).

Kronik yaralarla yaşamak, hastaların günlük yaşamlarında önemli kısıtlamalara ve yüksek bir yüke yol açabilir. Kronik yaraları olan kişiler, genellikle sağlıkla ilgili yaşam kalitelerinde belirgin bir düşüş yaşarlar. Bu düşüşe, yara kaynaklı ödem, koku ve ağrı gibi semptomların yanı sıra depresyon, anksiyete ve uyku bozuklukları gibi genel ruhsal bozukluklar da neden olabilir. Ayrıca, kronik yaraları olan birçok kişi maddi olarak zor durumda kalabilir ve faaliyetleri kısıtlanabilir, tüm bunlar hastaların sosyal katılımında bozulmalara neden olabilir (6).

Birinci basamakta sağlık hizmeti vermekte olan aile hekimlerinin kronik yaranın tanınması, tedavisi ve önlenmesi konularında bilgi sahibi olmaları, gerek hasta ve hasta yakınları gerekse de sağlık sistemi üzerindeki kronik yara yükünün azalmasını sağlayacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Yara Tanımı

Kronik yaralar, 'iyileşmek için normalde yeterli olması gereken bir süre içinde düzgün bir şekilde iyileşmeyen yaralar' olarak tanımlanmıştır. Bazı çalışmalar iyileşme için 4 hafta ile 3 aydan daha uzun bir süre arasında değişen kesin süreler belirtmiş olsa da süre konusunda net bir fikir birliği yoktur (3).

Akut yaraların yara iyileşmesinin dört aşamasından (hemostaz, inflamasyon, proliferasyon ve yeniden şekillenme/olgunlaşma) sorunsuz bir şekilde geçtiği ve 4-6 hafta içinde iyileştiği yaygın olarak kabul edilmektedir. Buna karşılık, kronik yaralar yara iyileşmesinin aşamalarında normal şekilde ilerlemez, genellikle inflamasyon evresinde takılıp kalmaktadırlar (7).

Kronik yaraların en belirgin özelliği beklenen sürede iyileşememeleridir (8). Yara iyileşme hızında tutarlılık gözlemlenmediğinde (yaklaşık 4 haftada yara yarından fazla küçülmezse veya haftada %10-15'ten daha az küçülürse) yaranın kronik olduğu kabul edilebilir (9). Yaranın süresinin yanı sıra, yara iyileşmesini bozan altta yatan bir durumun varlığı da bir yaranın kronik olarak tanımlanmasına neden olabilir (6).

2.2. Kronik Yaraların Epidemiyolojisi

"Kronik yara" terimi, nedenleri, seyri, tedavisi ve prognozu oldukça değişen birçok durumu kapsar. Bu durum, hangi yaraların kronik olarak sınıflandırılacağına dair net bir tanımın oluşturulmasını zorlaştırmaktadır (10).

Kronik yaraların tanımındaki heterojenlik ve kronik yaraların etiyolojik sınıflandırması ile çalışma sayısı arasındaki dengesizlik, prevalans ve insidansın değerlendirilmesinde karmaşıklık yaratmaktadır (3).

Dünya nüfusunun %1-2'sinin yaşamları boyunca bir kronik yara ile karşılaşacağı tahmin edilmektedir (11). Dünya çapında, kronik yaraların toplam yaygınlığı bin kişi başına 1,67'dir ve özellikle yaşlılarda yüksek

yaygınlık görülür. Yaşın ilerlemesi iyileşmeyi, tekrarlamayı ve tedaviye uyumu olumsuz etkiler (6).

Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD), kronik yaralar 6,5 milyon hastayı etkilemektedir. Her yıl yaklaşık 25 milyar ABD doları kronik yaraların tedavisi için harcanmakta ve sağlık masrafları gittikçe artmaktadır (12).

2019 yılında İngiltere'de tahminen 739.000 bacak ülseri olduğu ve tahmini sağlık bakım maliyetlerinin yılda 3,1 milyar sterlin olduğu raporlanmıştır (3).

65 yaş üstü nüfusun %5'ine kadarında alt ekstremitelerde kronik yaralar görülmektedir. Bu yaralar, tahmini olarak ABD'de 2,4 ila 4,5 milyon insanı etkilemektedir. Ortalama olarak 1 yıl süren bu yaralar, hastaların %60-70'inde tekrarlar ve fonksiyon kaybı ile yaşam kalitesinde düşüşe neden olarak önemli bir morbidite sebebidir (13).

ABD'de venöz ülserler (aktif veya iyileşmiş) nüfusun %1'inde mevcuttur. Bası yaraları nüfusun %0,75'inde görülmektedir. ABD'de 30 milyondan fazla diyabet hastasından yaklaşık 1 milyonu her yıl ayak ülseri geliştirecek ve yaşamları boyunca 6-7 milyonu bu durumu yaşayacaktır. Akut yaralardan kronik yaraların gelişme sıklığı bilinmemektedir (14).

Dünya çapında yapılan 2019 tarihli bir değerlendirmede, basınç yarası prevalansı %3,4 ile %32,4 arasında değiştiği ve ülkelere göre de farklılıklar gösterdiği belirtilmektedir (15).

2019 yılında Portekiz'de yapılan bir çalışma ise bası yarası prevalansının yaşam yerine göre değişkenlik gösterdiği vurgulanmaktadır (Hastanede %5,8; huzurevlerinde %4,0 ve toplumda %0,02) (16).

79 çalışmanın sistematik bir incelemesi, Avrupa genelinde basınç yaralarının prevalansının %10,8 olduğunu göstermektedir. Sonuçlar ülkeler arasında %4,6 ile %27,2 arasında değişiklik göstermiştir. Bası yaralarının neredeyse %35'inin kategori 1 ve bası yaralarının geliştiği en yaygın bölgenin sakrum olduğu belirtilmiştir (3).

Venöz bacak ülserleri alt ekstremitelerdeki kronik ülserlerin yaklaşık %70'inden sorumludur. Venöz bacak ülserlerinin dünya genelinde yetişkin

nüfusun %3'üne kadar ve 65 yaş üzerindeki nüfusta %4'e kadar etkilediği tahmin edilmektedir (3). Venöz bacak ülseri prevalansının dünya genelinde popülasyonun yaklaşık yüzde 4'ü olduğu tahmin edilmektedir (17). Venöz bacak ülseri prevalansı yaşla birlikte artar ve 80 yaş üzerindeki kişilerde yaklaşık olarak 1000 kişide 20 vakaya kadar çıkabilir (18).

Dünya çapında diyabetli bireyler arasında bildirilen diyabetik ayak ülserlerinin insidansı 100 kişide yıl başına 5 ile 41 vaka arasında değişmektedir. Diyabetik bireylerde diyabetik ayak ülserlerinin, hastane ortamında görülme sıklığı %1,2 ile %20 arasında, toplumda ise %0,02 ile %10 arasındadır. Ancak, diyabetik ayak ülserlerinin prevalansı yaşa, diyabetin diğer komplikasyonlarına ve bölgeye göre de değişmektedir (19).

Diyabet hastalarının %10'unun hayatlarının bir noktasında diyabetik ayak ülseri olacağı tahmin edilmektedir. Sistemik bir inceleme ve meta-analiz, diyabetik ayak ülserinin küresel prevalansının %6,3 olduğunu ortaya koymuştur. Erkeklerde (%4,5) kadınlara göre (%3,5) ve tip 2 diyabetli hastalarda (%6,4) tip 1 diyabetli hastalara göre (%5,5) daha yüksek prevalansa sahiptir (3).

2.3. Kronik Yaraların Etyolojisi

Kronik yara, genellikle diyabet, obezite, bağışıklık sistemi yetersizlikleri, periferik vasküler hastalık ve kardiyopulmoner hastalık gibi ek hastalıkları olan hastalarda ortaya çıkar (5).

Yara iyileşmesi, çeşitli hücre tipleri, sitokinler, kemokinler, büyüme faktörleri ve ekstraselüler matriks bileşenlerini içeren karmaşık bir süreçtir ve bu bileşenler iyileşmeyi sağlamak için sinerjistik olarak çalışır. Bu süreç, her biri sonraki aşamanın sorunsuz ve gecikmesiz gerçekleşmesi için değerli bir role sahip olan dört örtüşen aşamadan oluşur: hemostaz, inflamasyon, proliferasyon ve matürasyon/yeniden şekillenme. Bu olaylar dizisi, pıhtı oluşumu ile başlar, ardından büyüme faktörlerinin salınması, kemotaksis, anjiyogenez, kollajen oluşumu ve epitelizasyon gelir.

Akut bir yarada, inflamasyon çözüldükten ve yara kontaminasyondan arandıktan sonra, iyileşme proliferatif aşamaya geçer, burada granülasyon dokusu oluşur (19). Çoğu yara, zamanında onarıcı bir süreç izlediğinde 4-6 hafta içinde iyileşir, ancak devam eden yeniden şekillenme süreçleri birkaç ay sürebilir ve bu durum ya matürasyon ya da skar oluşumu ile sonuçlanır. Yaralar, zamanında onarıcı bir süreç izlemezlerse kronik hale gelir. Kesin mekanizmalar bilinmemekle birlikte hipoksi, bakteriyel kolonizasyon, değişmiş hücresel yanıtlar ve ekstraselüler matrisdeki kusurlar, gecikmiş yara iyileşmesine neden olabilir. Normal bir yaranın mikroortamı, bol miktarda büyüme faktörü, iyi organize edilmiş ekstraselüler matriks, proteazların düzenlenmesi ve duyarlı bir hücre popülasyonu ile karakterize edilir. Bunu, endotel progenitör hücrelerinin toplanması, zamanında anjiyogenez ve fibroblastların çoğalması ile apoptozu izler. Normal yaralar ayrıca düşük bakteriyel yük içerir.

Kronik yaralar çoğunlukla inflamasyon aşamasında takılıp kalır. Aşırı ve sürekli devam eden inflamasyon, yara iyileşmesi için olumsuz bir ortam yaratır. Bu evre; düşük büyüme faktörleri seviyeleri, düzensiz proteaz aktivitesi ve yüksek bakteri yükü ile karakterizedir. İşlevsel reseptörlerin ve progenitor hücrelerin yokluğundan dolayı ekstraselüler matriks oluşumu ve hücre göçü gerçekleşmez. Angiogenesis eksikliği ise oksijen ve besin maddelerinin yetersiz iletimine yol açarak iyileşmeyi daha da kötüleştirir. Yavaş veya iyileşmeyen bir yara enfeksiyon riski taşır. Enfeksiyon meydana gelirse, artan inflamasyon daha da şiddetlenir (5)(13).

Yaraların kronikleşmesine;

■ Alta yatan hastalık süreçleri (örneğin, venöz hipertansiyon, diyabet ve periferik arter hastalığı)

■ Yara yatağının hipoksisi

■ Yara enfeksiyonu

■ Biyofilm varlığı

■ Matriks metalloproteinazlar gibi artmış düzeyde inflamatuvar mediatörler

- Kötü beslenme neden olabilir (7).

Kronik yaraların oluşumunda venöz yetmezlik, arteriyel hastalık, uzayan bası, nöropati veya bunların birlikteliği rol oynar. Alt ekstremitedeki vasküler yaraların çoğunluğunun kaynağının venöz yetmezlik olduğu, ardından arteriyel hastalık geldiği ve yaraların yaklaşık dörtte birinin hem arteriyel hem de venöz hastalığa bağlı karma bir etiyojolojiye sahip olduğu tahmin edilmektedir (13).

Kronik yaralar etiyojisine göre diyabetik ayak ülserleri, bası yaraları, venöz bacak ülserleri, arteriyel bacak ülserleri olarak sınıflandırılabilir.

2.4. Diyabetik (Nöropatik) Ayak Yarası

Diyabetik ayak, diyabetin alt ekstremitte amputasyonu ve ölümlle ilişkili önemli bir komplikasyonudur. Dünya nüfusunun yaşlanmasıyla birlikte, diyabet hastası sayısı her geçen yıl artmaktadır (20). Diyabetli hastaların %19-34'ünün yaşamları boyunca diyabetik ayak ülseri geliştirmesi beklenmektedir. Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF), her yıl 9,1-26,1 milyon kişinin diyabetik ayak ülseri geliştireceğini bildirmektedir (21). Diyabetik ayak ülserlerinin hastane ortamındaki diyabetli bireylerde görülme sıklığı %1,2 ile %20 arasında, toplumdaki diyabetli bireylerde görülme sıklığı ise %0,02 ile %10 arasındadır. Ancak, diyabetik ayak ülserlerinin prevalansı yaşa, diyabetin diğer komplikasyonlarına ve bölgeye göre de farklılık göstermektedir (22).

Diyabetik ayak ülserlerinin küresel yaygınlığı, diyabetik nüfusta yaklaşık %6,4'tür (23). Diyabetik ayak ülserli hastaların yaklaşık %50-60'ı diyabetik ayak enfeksiyonu geliştirmekte ve %15'i amputasyon geçirmektedir. Diyabetik ayak ülserli hastalarda ölüm riski, ülseri olmayan hastalara göre 2,5 kat daha fazladır (24).

2019 yılında diyabetle ilgili küresel bazda doğrudan sağlık harcamaları yaklaşık 700 milyar dolar civarında olup 2030 yılına kadar 825 milyar dolara yükselmesi tahmin edilmektedir. Bu miktarın üçte birinin ise diyabetik ayak ülserlerinin tedavisindeki tıbbi masraflardan oluşması beklenmektedir (25).

Nöropati, travma ve periferik arteriyel hastalık diyabetik ayak ülserlerinin oluşumunda rol oynar (26). Nöropati, kesin sebebi bilinmeyen sinir hasarı durumudur. Glukoz kontrolü, nöropati gelişmesinin önlenmesinde önemli bir faktör olabileceği düşünülmektedir. Çünkü hipergliseminin neden olduğu ödem, sinir iletimine engel olmaktadır. Küçük kan damarlarını hasarlayan mikroangiopati de nöropati oluşmasındaki etkenlerden biridir. Diyabetli hastaların neredeyse %50'sinde nöropati görülmektedir (27). Periferik nöropati, kas atrofisine neden olur. Bu durum fonksiyonel anatomik değişiklikler olarak çekiç ayak parmağı oluşumuna ve ayak tabanında metatarsal başlarda yüksek basınç bölgelerinin gelişmesine yol açar. Yürüme sırasında oluşan tekrarlayan travmalar, azalmış proprioepsiyon hissi, plantar yağ pedlerinin atrofisi ile birlikte uygun olmayan ayakkabı giyilmesi nöropatik ülserasyon gelişmesinde önemli role sahiptir (26).

2.4.1. Diyabetik (Nöropatik) Ayak Yarasında Korunma ve Tedavi

Diyabetik hastalarda nöropati ve dolaşım sorunlarının yol açtığı ayak yaraları ve enfeksiyon riskini azaltmak için düzenli ayak bakımı şarttır. Diyabetik hastaların ayakları kuruyabilir ve çatlaklar oluşabilir. Çatlaklar, bakterilerin nüfuz etmesi ve tekrarlayan enfeksiyonlara yol açarak yaralara neden olabilir. Nöropatili hastalarda ayak yaralarının önlenmesi kritik bir öneme sahiptir. Hastalar ayağa tam oturan, rahat ayakkabılar tercih etmelidir. Yüksek topuklu ayakkabılardan kaçınılmalıdır, çünkü bu tür ayakkabılar ayak önündeki metatarsal kemik başlarına aşırı basınç oluşturur. Travmaları önlemek için her zaman ayakları koruyan ayakkabı veya terlik giyilmelidir. Ayakkabı giymeden önce içini kontrol etmek önemlidir. Herhangi bir yabancı cisim olup olmadığına bakılmalıdır. Banyo yaparken veya duşa girmeden önce su sıcaklığını dirsekle kontrol etmek gerekir. Çok sıcak su, fark edilmeyebilir ve yanık riskini artırır. Her gün temiz çorap giyilmelidir. Çoraplar sıkı olmamalı ve dikişleri dışarıda olacak şekilde tercih edilmelidir. Nöropatili hastaların ayaklarında oluşan yaraları veya enfeksiyonları fark etmeleri zor olabileceğinden, her gün ayakların dikkatlice incelenmesi gerekir. Bu

önlemlere ek olarak, sigara içilmemesi ve düzenli egzersiz yapılması da ayak dolaşımını iyileştirerek ayak yaralarının önlenmesine yardımcı olur (28).

Diyabetik hastalarda ve nöropati gelişen kişilerde sıkı kan şekeri kontrolü ve düzenli doktor muayenelerinin yanı sıra, ayak bakımı uygulamaları hayati önem taşımaktadır. Bu basit önlemlerle ayak yaraları ve enfeksiyonları büyük ölçüde önlenabilir. Nöropatik ülserlerin tedavisinde basınç ve travmanın azaltılması hayati önem taşımaktadır. Kan şekerinin açlık düzeyleri ideal olarak 100 ile 140 g/dL arasında olmalıdır. Hastalar, ülserasyona neden olan ayakkabıları kullanmamalıdır çünkü ayak ülserlerinin %45'ine keskin yaranın kapatılması yara tedavisinin temel basamaklarıdır (29).

Ölü ve yabancı dokuların debride edilmesi, fazla eksüdanın uzaklaştırılarak yarada uygun nem dengesinin sağlanması ve uygun örtüyle yaranın kapatılması yara tedavisinin temel basamaklarıdır (30).

2.5. Basınç Yaralanması

Ulusal Bası Yarası Danışma Panelinin (NPIAP) 2016'da yaptığı tanıma göre basınç yaralanması, genellikle kemik çıkıntısı üzerinde, tıbbi veya başka bir cihazla ilişkili olan ve uzun süreli basınç veya kayma ile birlikte oluşan deri ve deri altındaki dokularda lokalize hasardır. Dünyada 65 yaş üstü nüfus hızla artmaktadır. Bu artışa paralel olarak obezite, diyabet ve kardiyovasküler hastalıkların görülme sıklığı da artmaktadır (31). Bu demografik değişiklikler ve sağlık sorunlarının artması, azalan hareket kabiliyeti nedeniyle günlük yaşam aktivitelerinde destek ihtiyacı duyan bireylerin sayısında artışa sebep olmaktadır. Azalan hareket kabiliyetinin önemli bir yan etkisi ise bası ülseri gelişmesidir. Bası ülserlerinin tedavisi uzun sürelidir ve sağlık sistemine önemli bir mali yük bindirir. ABD'de basınç ülserleri için yılda tahmini 11 milyar dolar harcanmakta olup, tek bir yara için 500 ila 70.000 dolar arasında değişen bir maliyet söz konusudur (32).

Basınç yaralarının oluşumunda üç kritik faktör rol oynar:

1. Basınç Yoğunluğu: Cilde ve alttaki dokulara uygulanan basınç ne kadar fazlaysa, basınç yarası oluşma riski de o kadar yüksektir.
2. Basınç Süresi: Cildin ve dokuların basınç altında kalma süresi de önemlidir. Basınç ne kadar uzun sürerse, basınç yarası oluşma riski de o kadar artar.
3. Doku Uyumu: Derinin ve alttaki dokuların basınca karşı dayanıklılığı da önemlidir. Bazı hastalarda, cildin ve destekleyici yapıların basınca karşı toleransı daha düşüktür ve bu da onları basınç yaralarına karşı daha savunmasız hale getirir.

Bu üç faktörün birlikte etkileşimi, basınç yaralarının oluşumuna yol açar (33).

Bası yaraları, fizyolojik olayların ve dış koşulların bir kombinasyonu sonucunda gelişir. Dokular üzerinde uzun süreli dış basıncın neden olduğu doku iskemisi bası yarası oluşumunun tek nedeni olarak kabul edilmemelidir. Lokal iske mi ve dokularda reperfüzyon hasarının yanı sıra, bozulmuş lenfatik drenajın da bası yarasının oluşmasına neden olduğu gösterilmiştir. Basınç, lenf sıvısının drenajını engeller, bu da artmış interstisyel sıvı ve atık birikimine neden olur ve bası yarası gelişimine katkıda bulunur (34).

Basınç ülserinin gelişme süresi, hastanın fizyolojisi, dokuya uygulanan basınç ve kesme kuvvetinin şiddeti gibi birçok faktöre bağlıdır (35). Basınç ülserleri, hastanın sert yüzeylerle uzun süreli temasında kemik çıkıntıların dokuları sıkıştırma olasılığının daha yüksek olduğu basınç noktalarında oluşur (36). Bası yaraları, uzun süreli basınç nedeniyle yumuşak dokularda oluşan hipoperfüzyondan kaynaklandığı için, bası yaralarının önlenmesi ve tedavisinde altın standart basıncı azaltmaktır (37). Hareket edemeyen hastalar için, yoğun bakımdaki entübe hastalar gibi, her 2 saatte bir pozisyon değişimi yapılması geniş çapta etkili bir önlem olarak kabul edilmiştir (38).

Omurilik yaralanması olan hasta popülasyonu, hareket kısıtlılığı ve his kaybı kombinasyonu nedeniyle en yüksek bası ülseri geliştirme riskine sahiptir (%25-66). Omurilik yaralı hastalar üzerinde yapılan prospektif bir çalışma, beklendiği gibi sakral ve iski al bası yaralarının çok yaygın olduğunu (sırasıyla %43 ve %15), aynı zamanda ikinci en yaygın yerin topuk olduğunu belirtmiştir (%19) (39)(40).

Basınç yaraları genellikle vücudun uzun süreli basınç altında kalan bölgelerinde oluşur. Sakrum, iskiyal tuberositler, topuk, gluteal bölge, torakanter en çok görüldüğü bölgelerdir (41).

Ulusal Basınç Ülseri Tavsiye Panelinin (NPIAP) hazırladığı sınıflandırma basınç yaralarını; evre 1-4, sınıflandırılmayan ve şüpheli derin doku hasarı olmak üzere 6 evreye ayırmıştır.

Evre 1: Bütünlüğü bozulmamış deride basmakla solmayan kızarıklık mevcuttur.

Evre 2: Dermis tabakası kısmi kaybedilmiştir. İçi sıvı dolu veziküller görülebilir.

Evre 3: Deri tüm kalınlığı boyunca hasarlıdır fakat fasya, kas, tendon, kıkırdak veya kemik açıkta kalmaz.

Evre 4: Fasya, kas, tendon, kıkırdak veya kemiğin açıkça görülebildiği veya dokunarak hissedilebildiği tam katmanlı deri kaybı vardır.

Sınıflandırılmayan: Yara tabanının tamamı nekrotik doku ve/veya eskar ile kaplı olduğu için doku hasarı seviyesi belirlenemeyen yaralardır.

Şüpheli Derin Doku Hasarı: Sağlam cilt altında gizli doku hasarı olan basınç yarasını tanımlamak için kullanılır. Koyu renkli bir morarma gibi görünür ve kısa sürede yüksek evreli bir basınç ülserine dönüşme riski yüksektir (42).

2.5.1. Basınç Yaralanmasında Korunma ve Tedavi

Basınç yaralanması tedavisinin temel ilkeleri: yaraya etki eden basıncı ortadan kaldırmak, enfeksiyon olan bölgelerin yeterli drenajı, cansız dokuların debridmanı, iyileşme sürecini desteklemek için düzenli yara bakımı şeklindedir.

Yönetimde ilk adım, yara bölgesinden basıncı kaldırmaktır. Yataktaki hastalar için hastanın düzenli olarak yeniden konumlandırılmasına sıkı sıkıya uyulmalıdır. Basınç ülseri olan bölgeyi korumak için herhangi bir yöntem, henüz kullanılmıyorsa başlatılmalıdır. Alışıl gelmiş örtüler ve pedlerin ötesinde, bazı hastalar basıncı azaltmaya yardımcı olmak için özel yataklara

ihtiyaç duyabilir. Bu yataklar genellikle, basınç noktalarını sürekli olarak kaydırmak için hava kullanır (43). Bu yatakları kullanan hastaların bile düzenli olarak yeniden pozisyonlandırılması gereklidir. Tekerlekli sandalye kullanan hastaların iyileşmesine izin vermek için hareket kabiliyetlerinin sınırlandırılması gerekebilir (44).

Bir bası yarasının başlangıç değerlendirmesinin önemli bir parçası, yetersiz tedavi edilmiş bir enfeksiyonun kanıtlarının olup olmadığını belirlemektir. Bası yarası, çevredeki kızarıklık veya sıvı birikimi varlığı açısından incelenmelidir. Sistemik verilen antibiyotikler yalnızca belirgin selülit veya sistemik enfeksiyon belirtileri olan hastalarda kullanılmalı ve bu belirtiler düzeldiğinde kesilmelidir. Topikal antibiyotiklerin basınç ülserlerinin tedavisinde ise sınırlı bir rolü vardır (45).

Basınç ülserlerinin tedavisinde devitalize dokular debride edilmeli, varsa apsenin drenajı yapılmalıdır. Cerrahi debridman yapılırken, sağlıklı kanayan dokuyla karşılaşılana kadar doku kesilmelidir (46). Tüm bu yaklaşımların amacı, ülser boşluğu boyunca iyi granüle doku yatağı oluşturmaktır. Küçük ve iyi granüle olmuş ülserler yeniden epitelizasyon ile iyileşebilir. Yara pansumanları, tedavi edilen yaraya göre seçilmelidir. Yaranın boyutu, derinliği, konumu, eksuda varlığı ve miktarı, tünel oluşumu, çevredeki cildin durumu göz önüne alınarak pansumanlar seçilebilir. Bası yarasının çevresindeki cilt, maserasyonu önlemek için aşırı nem ve sürtünmeden korunmalıdır. Pansumanlar düzenli olarak değiştirilmeli ve idrar veya dışkı ile kirletildiklerinde derhal değiştirilmelidir. Her pansuman değişiminde, eş zamanlı yaranın yeniden değerlendirmesi yapılmalıdır (47). Yara iyileşmesini desteklemek için beslenme değerlendirmesi yapılmalı ve eksiklikler tespit edilirse vitamin ve mineral takviyesi verilmelidir (37).

2.6. Venöz Bacak Yarası

Venöz ülserler, kronik venöz yetmezlik sonucu ortaya çıktığı düşünülen kronik, tekrarlayıcı bir problemdir. Kronik venöz yetmezliğin temel sebebi venöz hipertansiyondur. Venöz sistemde bulunan kapakçıklar kanın tek yönlü

akışını sağlayan temel yapılardır. Kapaklarda hasar veya derin venöz sistemde tıkanıklık nedeniyle kanın venöz sistemden kalbe dönüşü bozulur ve sonuçta venöz hipertansiyon ortaya çıkar (48).

Venöz damarlarda oluşan yüksek basınç kılcal damarların genişlemesine, damarlarda sıvı yüklenmesine, kapiller sızıntıya ve ardından çevresel ödeme yol açar. Damarlarda biriken venöz kan arterden vene kanın sağlıklı değişimini bozar ve oksijensizleşir. Venöz iskemi ve hipoksiye neden olur (49). Kapiller sızıntı fibrin, plazma ve kırmızı kan hücresinin çevre dokuya ekstrasvazyonuna yol açar. Kırmızı kan hücrelerinin parçalanmasıyla ortaya çıkan hemosiderin birikerek karakteristik lipodermatoskleroz tablosuna yol açar. Bu maddeler kemotaktik etki göstererek lökositlerin interstisyel alana geçmesine neden olur. Tüm bu etkenlerin sonucunda inflamasyon gelişir ve doku hasarı oluşur (50).

Yapılan bir sistematik derlemede ilk venöz bacak ülseri gelişiminde rol oynayan risk faktörleri olarak ileri yaş, venöz reflü, derin ven trombozu öyküsü, artmış vücut kitle indeksi ($VKİ > 25$), düşük fiziksel aktivite, arteriyel hipertansiyon ve ailede venöz bacak ülseri geçirme öyküsü bulunmuştur (51).

Venöz ülserler tüm bacak ülserlerinin %80-90'nını oluşturur. Kronik ülserlerin en yaygın görülen türüdür (27). Genel nüfusun yaklaşık %1'inde açık veya iyileşmiş bir venöz bacak ülseri bulunmaktadır (51). Venöz bacak ülserleri, çoğunlukla bacağın distal kısmında yer alan, deri kusurları olarak tanımlanan kronik yaralardır. Deri hasarı, venöz hipertansiyon ve ekstremitte ödeme nedeniyle gelişir. Venöz ülser oluşmadan önce varisli damarlar, staz dermatiti, kaşıntı, cilt hiperpigmentasyonu ve deri altı fibrozisi gibi ilişkili belirtiler görülebilir (52). Staz dermatiti (venöz dermatit), venöz hipertansiyonun cilt üzerindeki bir görünümüdür. Ödem, pullanma, kaşıntı ve hemosideroz ile karakterizedir. Sürekli yüksek venöz basınç nedeniyle beyaz atrofi, hemosiderin birikimine bağlı renk değişikliği, likenifikasyon (deri kalınlaşması) ve dermatoliposkleroz (deri ve yağ dokusu sertleşmesi) görülebilir. Bu belirtiler venöz ülserin habercisi olabilir (53).

Ülserler genellikle belirgin sınırlara sahiptir ve genellikle ayak bileği çevresinde (perimalleolar bölge) veya kaval kemiğinin alt (distal 1/3) kısmında görülür. Tek veya birden fazla sayıda olabilen ülserlerin genellikle derinliği azdır. Yara kenarları düzensiz olabilir fakat genellikle iyi tanımlanmış sınırlara sahiptir. Yara tabanı eritemlidir, kabuklanma yaygındır ve yara tabanında sarı, ince bir fibrinöz doku bulunabilir. Yara aşırı eksüdatif olabilir. Eksuda genellikle sarımsı beyaz renklidir. Ayak sıcaklığı artmıştır. Günün sonunda kötüleşen ve bacak elevasyonu hafifleyen ağrı görülür. Ağrı hafif, orta veya şiddetli olabilir (54).

2.6.1. Venöz Bacak Yarası Korunma ve Tedavi

Venöz ülserlerin tedavisinde hastanın durumuna göre birçok farklı yöntem kullanılabilir. Bu yöntemlerin arasında bacakların yükseltilmesi, kompresyon terapisi, egzersiz, farmakolojik tedavi, ileri yara tedavisi ve hasarlı damarların cerrahi olarak kapatılması bulunmaktadır. Uygulanacak tedavi yöntemi hastanın yaşı, diyabet durumu, beslenme durumu, ülserin yeri gibi çeşitli faktörlere göre değişkenlik gösterir (55).

Venöz bacak ülserlerinin tedavisinde en sık kullanılan yöntemler kompresyon tedavisi ve egzersizdir. Kompresyon tedavisi öncesi yeterli kan akışını sağlamak amacıyla ayak bileği - kol basınç indeksi (ABPI) ile arteriyel durum değerlendirilmeli ve nabızlar elle muayene edilerek karışık arteriyel ve venöz hastalık olasılığı dışlanmalıdır (56). Kompresyon çorapları, bandajlar veya aralıklı pnömotik pompalar kullanılarak uygulanan bu tedavi, kan akışını iyileştirerek ödemi azaltmaya yardımcı olur. Uygulanan kompresyonun şiddeti ise hastalığın seyrine göre değişmektedir. Genel olarak kompresyon miktarı 20-50 mmHg aralığında seyredir. Venöz staz ülserlerinde optimal kompresyon seviyesi ayak bileğinde en az 30mmHg olmalıdır. Basınç bilekten uyluğa doğru azalmalıdır. Venöz ülserlerde nüks sıktır. Hastalara ömür boyu kompresyon tedavisine devam etmeli, kompresyon tedavisi sürekli ve konforlu olmalıdır (57) (58). Kompresyon tedavisinin etkinliğinin venöz bacak ülserlerinin tekrarlamamasını da azaltabileceği gösterilmiştir. Milic ve arkadaşlarının

yaptığı bir çalışmada farklı basınç seviyelerine sahip elastik çoraplar giyen hastalar nüks bakımından karşılaştırılmış ve 10 yıllık takip süresi boyunca en düşük basınçlı çorapları (18-25 mmHg) giyen grupta %96 oranında tekrarlama görülmüş, orta basınçlı çorapları (25-35 mmHg) giyen grupta bu oran %66,9'a düşmüş, en yüksek basınçlı çorapları (35-50 mmHg) ve çok katmanlı kompresyon sistemi kullanan grupta ise tekrarlama oranı %24,5 olarak en düşük seviyede görülmüş. Bu çalışma, kompresyon basıncı seviyesinin venöz bacak ülserlerinin iyileşme sürecini etkilemesinin yanı sıra, nüks riskini de azaltabileceğini göstermektedir (59).

Egzersiz venöz bacak ülserlerinin iyileşmesi üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu, özellikle de kompresyon tedavisi ile birlikte uygulandığında bu etkinin daha da arttığı gösterilmiştir. Kademeli direnç egzersizleri ile aerobik aktivitenin (örneğin yürüyüş) kombinasyonu en etkili egzersiz programı olabilir. Bu programın içeriği kişiden kişiye göre değişse bile hem kas gücünü artırmaya hem de dolaşımı iyileştirmeye yönelik egzersizlerin bir arada yapılması venöz yetmezlik tedavisinde faydalı olabilir (60).

Pentoksifillin; anti-inflamatuar ve kan akışını iyileştirici özelliklere sahip bir ksantin türevidir. Kan viskozitesini ve trombosit agregasyonunu azaltır. Kompresyon tedavisine ek olarak veya monoterapi olarak önerilebilir (61). Aspirin kullanımının kronik venöz ülser iyileşmesini hızlandırdığına dair bilgiler mevcuttur. Ancak rutin olarak önerilmemektedir (62). Antibiyotik direncini önlemek için çoğu kılavuz, antiseptikler, antimikrobiyal pansumanlar ve antibiyotiklerin yalnızca enfekte yaralarda kullanılmasını önermektedir (63).

Yara bakımında öncelik olarak ölü dokuların debridmanı gereklidir. Yara antiseptik solüsyonla temizlenmelidir. Enfeksiyon ve eksüda kontrol altına alınmalıdır. Nem dengesi sağlanmalıdır (64). Venöz bacak ülserlerini pansumanla örtmek faydalıdır çünkü nemli bir ortam oluşturup yara iyileşmesini destekler. Yara yatağının nemli kalmasını ve kurummasını önlemek için farklı pansuman türleri kullanılabilir: hidrokolloidler, kollajen jeller, hidrojel veya şeffaf filmler örnek verilebilir. Yara örtüsünün üstünden kompresyon tedavisine devam edilmelidir (65).

2.7. Arteriyel Yaralar

Arteriyel veya iskemik yaralar, alt ekstremitelerde periferik vasküler hastalığa bağlı olarak gelişen yaralardır (66). Arteriyel yetmezlik, doku iskemisine ve potansiyel olarak nekroza yol açan arteriyel kan akışının bozulması anlamına gelir. Bu bozukluk akut olarak (örn.; travma, tromboz) veya kronik olarak (örn.; ateroskleroz) ortaya çıkabilir. Hem akut hem de kronik arteriyel yetmezlik, alt ekstremitte ülserlerinin oluşumuna yol açabilir. Arteriyel ülserlerin en yaygın nedeni aterosklerozdur. Ateroskleroz gelişimine yol açan risk faktörleri arasında yaş, sigara içme, diyabetes mellitus, hipertansiyon, dislipidemi, aile öyküsü, obezite ve hareketsiz yaşam tarzı yer alır (67). Sigara içme, hiperlipidemi, hipertansiyon ve diyabet arteriyel yaraların gelişimi için risk faktörleridir (68).

Yaşla birlikte artan vasküler ülserin yaygınlığı ABD'de 500.000 ila 600.000 olarak tahmin edilmektedir. Tüm alt ekstremitte ülserlerinin insidansının yaşlanan nüfus, sigara içme, obezite ve diyabet gibi aterosklerotik tıkanıklık için artan risk faktörleri sonucunda arttığı düşünülmektedir (69).

Arteriyel hastalığın ana semptomlarından biri yürüme veya egzersiz sırasında bacaklarda ağrıdır. Kronik doku iskemisine bağlı nabızlar zayıf veya yok denebilecek kadar azdır. Bacaklarda kıl büyümesi ve ayak tırnaklarının uzaması zayıflamıştır. Cilt ince ve parlaktır, bacağın distal kısmının sıcaklığı azalmıştır. Elevasyona bağlı solgunluk görülür (70).

Bacak ülserlerinin çoğu venöz yetmezlikten kaynaklansa da arteriyel yetmezliğin varlığı dikkatlice değerlendirilmelidir. Venöz ülserlerde olduğu gibi, ilk değerlendirme ayak bileği-kol basınç indeksi (ABI) ölçümü ve nabız muayenesini içermelidir. 0,8'den düşük ABI arteriyel hastalığın bir işareti olabilmektedir (71).

Arteriyel ülserler genellikle distal ekstremitelerde yerleşir ve derin olabilir. Yuvarlak şekilli ve keskin kenarlı yara sınırları ile karakterizedir.

Ülserin tabanı genellikle soluk renkte olup granülasyon dokusu yoktur. Akıntı genellikle az miktardadır. Enfeksiyon yaygındır, ancak zayıflamış kan akışı bağışıklık tepkisini etkilediğinden yara bölgesinde kızarıklık, şişlik, ısı ve cerahatli akıntı gibi enfeksiyon belirtileri göstermeyebilir (72).

2.7.1. Arteriyel Yaralarda Korunma ve Tedavi

Arteriyel ülser tedavisinde amaç; revaskülarizasyon, ilaçlar (antiplatelet, lipid düşürücü ve antitrombotik tedavi) ve kademeli yürüyüş programı yoluyla doku perfüzyonunu iyileştirmektir. Vazokonstriksiyona neden olduğu için sigara bırakmalı ve sıkı giysilerden kaçınılmalıdır. Kanın viskozitesini düşürmek için yeterli hidrasyon önemlidir. Periferik arter hastalığı olan hastalar, iskemik durumları nedeniyle iyileşmeleri gecikeceğinden düşmelerden veya diğer kazalardan kaçınılmalıdır (70).

Revaskülarizasyon için müdahaleler kardiyovasküler cerrahlar tarafından gerçekleştirilebilir ve bypass ameliyatı, stent takılması veya vasküler dilatasyon işlemlerini içerebilir. Yeterli arteriyel dolaşım sağlanana kadar yara bakımının hedefleri enfeksiyonu önlemek ve debridmanı en aza indirmektir. Damarsal girişimden sonra ise TIMERS prensibi uygulanmalıdır (65).

2.8. Yara Değerlendirmesinde TIMERS Prensibi

Yara bakımı, sağlık profesyonelleri için kritik ve zaman alıcı bir görev olmaya devam etmektedir. Uluslararası yara bakım uzmanları tarafından geliştirilen yara değerlendirme çerçeveleri, sadece pratikteki farklılıkları azaltmayı değil, aynı zamanda zaten yüksek hasta yükü ile mücadele eden sağlık profesyonellerini klinik karar verme süreçlerinde desteklemeyi amaçlamaktadır (73).

TIME aracı (Doku yönetimi, Enfeksiyon kontrolü, Nem dengesi ve Yara kenarının değerlendirilmesi), 2003 yılında kullanıma sunulmasından bu yana kapsamlı bir yara değerlendirme aracı olarak yaygın şekilde kullanılmaktadır (74).

2018 yılında Avrupa Yara Yönetimi Derneği (EWMA) tarafından yapılan değerlendirme sonucunda, TIME ilkelerinin dokudaki onarım ve yenilenmeyi etkileyen faktörleri tam olarak ele almadığı ve çeşitli sosyal faktörlerin yara iyileşme sürecini nasıl etkileyebileceği konusundaki anlayışın eksik olduğunu göstermektedir. Bu eksiklik, endişe duyulan alanları ele almak için bir fikir birliği belgesinin hazırlanmasına zemin hazırlamıştır. Bu belgeyle birlikte TIME çerçevesi genişletilerek TIMERS'a dönüştürülmüş ve doku onarım ve yenilenme (R) ile sosyal faktörleri (S) kapsayacak şekilde güncellenmiştir (75).

TIMERS, yeterlilik seviyeleri ne olursa olsun tüm nitelikli sağlık profesyonellerinin her ortamda bakım uygulamasına rehberlik eden genel bir çerçevedir. Kapsamlı bir yara değerlendirme aracı olan TIMERS, hastanın iyileşmesini etkileyen tüm faktörleri belirleyerek zamanında iyileşmeyi içeren bütünsel bir bakım sunmayı amaçlamaktadır. Bu faktörler, doğrudan yarının kendisiyle ilişkili olabileceği gibi hastanın sosyal yönleriyle de bağlantılı olabilir (76).

TIMERS aşağıdakilerin tümünün değerlendirilmesini ve analizini temsil eder:

- **T-Tissue management:** Doku yönetimi
- **I-Infection or inflammation:** Enfeksiyon veya enflamasyon kontrolü
- **M-Moisture imbalance:** Nem dengesinin sağlanması
- **E-Edge of wound:** Epitelizasyon ve yara kenarlarının ilerletilmesi
- **R-Repair of tissue and regeneration:** Dokunun onarımı ve yenilenmesi
- **S-Social factors that impact healing:** Hastanın sosyal çevresinden kaynaklanan ve iyileşmeyi etkileyen faktörler (75).

2.8.1. Doku Yönetimi (Tissue Management)

Yara iyileşmesi için nekrotik dokunun debridmanı ve yabancı cisimlerin uzaklaştırılması gereklidir. Debridman işlemi cerrahi, mekanik, otolitik, enzimatik ve biyolojik yöntemlerle gerçekleştirilebilir (64).

2.8.1.1. Debridman

Debridman, iyi bir yara yatağı hazırlama sürecinde kritik bir adımdır. Kronik yaralarda bulunan nekrotik doku ve yabancı cisimler iyileşmeyi olumsuz etkileyebilir ve keratinositlerin yara yatağı üzerindeki hareketini engelleyebilir. 2013 yılında yapılan ve çeşitli kronik yara tiplerini inceleyen bir çalışma, sık yapılan cerrahi debridmanın iyileşmeyi kolaylaştırdığını ortaya koymuştur (77).

Debridman öncesinde, özellikle alt bacak veya ayaktaki ülserler için vasküler değerlendirme yapılmalıdır. İskemik uzuvlarda ve kemiğe yakın topuk ülserlerinde cerrahi debridmandan kaçınılmalıdır. Cerrahi debridman, makas, neşter veya küret kullanılarak lokal anestezi, genel anestezi veya topikal anestezi altında yapılabilir. Periferik nöropatisi olan hastalarda herhangi bir anesteziye ihtiyaç olmayabilir. Cerrahi debridman hızlı ve etkilidir (78).

Otolitik debridman ise, yaranın nemli tutulduğu ve endojen enzimlerin (örneğin, matriks metalloproteinazlar) yara yatağından ölü dokuyu parçalamasına izin verildiği bir yöntemdir. Bu yöntem daha yavaştır ancak cerrahi debridmana göre daha az ağrılı ve daha seçicidir.

Enzimatik debridmanda *Clostridium histolyticum* bakterisinden elde edilen kolajenaz kullanılır. Özellikle cerrahi yöntemlerin uygun olmadığı durumlarda, iyi granülasyon dokusu olmayan fibrinoz ölü doku içeren kuru yaralar için en etkili yöntemdir. Kolajenazın endotel hücre ve keratinosit göçünü arttırdığı gösterilmiştir. Enzimatik debridman ajanları; bası yaraları, bacak ülserleri ve kısmi kalınlıkta yaralardan nekrotik materyalin temizlenmesi için etkili bir alternatif yöntemdir (79).

Biyolojik debridman, *Lucilia sericata* sineğinin larvaları kullanılarak gerçekleştirilen hızlı ve etkili debridman yöntemidir. Bu yöntem genellikle inatçı fibröz yaralarda kullanılır. Tırtılların salyasında bulunan güçlü enzimler, ölü dokuyu parçalayarak besin olarak tüketir. Larva tedavisinin daha nadir kullanılmasının nedenleri hastalarda ağrı oluşturabilmesi ve hem hasta hem de sağlık çalışanlarında bu yönteme karşı çekincenin olmasıdır (80). Yapılan bir randomize kontrollü çalışma, larva ile tedavi edilen hastaların hidrojel pansumanlarla tedavi edilen hastalara göre daha fazla tedaviden rahatsızlık yaşadığını ortaya koymuştur (81).

Mekanik debridman ölü dokuların ve yabancı maddelerin fiziksel güç kullanılan araçlarla uzaklaştırılmasıdır. Kuru pansuman uygulaması, hidrocerrahi ile yara irrigasyonu, ultrasonografi, yüksek basınçlı yara irrigasyonu gibi yöntemlerle gerçekleştirilebilir. Bu yöntemler seçici değildir ve ağrıya neden olabilir (64).

2.8.2. Enfeksiyon veya Enflamasyon Kontrolü (Infection or Inflammation)

Kronik yaralar önemli bir morbidite nedenidir. Kronik yaralarda, bakteriler iyileşme sürecini bozmadan yara içinde çoğalabilir (kolonizasyon). Bakteri yükü kritik kolonizasyon seviyesine ulaştığında ise yara iyileşmesi engellenir. Lokal enfeksiyon çevre dokulara yayılabilir ve derin enfeksiyona yol açabilir, bu durum da sistemik enfeksiyona dönüşebilir (82). Akut ve yüzeysel yaralarda enfeksiyona genellikle tek bir mikroorganizma, çoğunlukla da aerobik bakteriler yol açarken, kronik yara enfeksiyonlarında sıklıkla aerobik ve anaerobik bakteriler birlikte görülür (83).

Kronik bir yaradaki lokal enfeksiyonu ayırt etmek zor olabilir. Kronik yara enfeksiyonlarını karakterize edebilecek belirtiler arasında kızarıklık, ağrı, şişme, ısı artışı, kolayca kanayan granülasyon dokusu, beklenenden daha uzun süren yara iyileşmesi bulunurken, kötü koku uzman olmayan personel tarafından kolayca tanımlanamayabilir (84).

Kronik yara iyileşmesinde biyofilm önemli bir sorundur. Biyofilm tabaka; hücre dışı polimerik bir matris içinde bir arada bulunan mikroorganizmalar olarak tanımlanmaktadır. Biyofilmin çıplak gözle yapılan bir muayene ile ortaya konması mümkün değildir. Biyofilm varlığı konusunda şüphe uyandıran en önemli klinik bulgu yara iyileşmesinin gecikmesidir. Biyofilm tedavisinde kesin etkili bir yöntem bulunmamakla birlikte destekleyici yöntemler arasında debridman, negatif basınç, antiseptik örtüler, antibiyofilm ajanlar sayılabilir (85).

Yara debridmanı, biyofilmi çıkarmada ilk anahtar adımdır. Debridman, antiseptiklerin ve antibiyotiklerin etkili olabilmesi için 72 saatlik bir dönem terapötik bir "pencere" oluşturur (86). Lokal yara enfeksiyonu, antiseptikler ve topikal antibiyotiklerle giderilerek iyileşme hızlandırılabilir. Derin veya sistemik enfeksiyonlarda ise sistemik tedavi gereklidir.

Seyreltik sirke solüsyonları, özellikle psödomonas bakterisi bulunan kronik yaralarda tekrarlayan bakteri çoğalmasını azaltabilir (64). Gümüş içeren ürünlerin kullanımı ile ilgili 2012 uluslararası konsensüs kılavuzları, enfekte veya yüksek enfeksiyon riski taşıyan yaralarda gümüş pansumanların 2 haftalık deneme süresi boyunca kullanılmasını önermektedir. Eğer 2 hafta sonra gümüş pansuman yeterli etki göstermezse, sistemik antibiyotikler gibi daha agresif tedaviler gerekli olabilir (87). Hipoklorik asit üzerine yapılan çeşitli in vitro çalışmalar, çeşitli mikroplara karşı olumlu mikrobiyal öldürücü etkiler bildirirken, düşük sitotoksosite göstermiş, yara iyileşmesini ve fibrosit gibi hücrelerin fonksiyonunu olumsuz etkilememiştir (88). Bal, uzun yıllardır geleneksel tıpta antimikrobiyal ajan olarak kullanılmaktadır. Yüksek ozmolaritesi ve yüksek hidrojen peroksit konsantrasyonu nedeniyle geniş spektrumlu antimikrobiyal aktiviteye sahiptir. Tıbbi bal ürünleri jel, pasta olarak mevcut olduğu gibi yara örtüsü veya sargılara emdirilmiş formları da mevcuttur (89).

2.8.3. Nem Dengesizliği (Moisture İmbalance)

Yeterli nem dengesi, keratinosit göçünü ve yara iyileşmesini destekler. Nem dengesi, yaranın fazla eksudasını emecek aynı zamanda yaranın nemli kalmasını sağlayacak uygun bir pansumanın seçilmesini içerir (90).

Yara kenarlarının, uzun süre ve fazla miktarda nemle mazuriyeti sonucu yara çevresi derinin yumuşaması ve bozulmasına maserasyon denir. Maserasyon gelişimi yara iyileşmesini geciktirir ve enfeksiyon riskini artırır. Maserasyona bağlı oluşan kötü koku ve sık pansuman değişimi gereksinimi yaşam kalitesinde kayba neden olur. Maserasyonu önlemek ve varsa maserasyonu geriletmek amacıyla yara eksudasını artıran nedenler ortadan kaldırılmalı, nem dengesi sağlanmalı, yara kenarları ve yara çevresi deri korunmalı. Birden fazla kat pansuman yapılmalı ve sık pansuman değiştirilmelidir. Pudra, sentetik polimerler, köpükler, hidrokolloid, aljinat gibi süper absorban örtüler kullanılabilir (91).

2.8.4. Yaranın Kenarı (Edge of Wound)

Birçok büyük yarada, epitelizasyon yara kenarından başlar. Epitelizasyonun ilerlemesi için yara yatağı hazırlığı şarttır. Yüksek eksuda üretimi, altta yatan patoloji, biyofilm ve enfeksiyon ele alınmadan yara kenarlarından epitelizasyon ilerlemesinin gerçekleşmesi oldukça düşük bir ihtimaldir. Öncelikle bu noktalara odaklanılmalıdır (75).

Bir yaranın kenarlarını ilerletmek için aynı zamanda sistemik faktörleri de ele almak gerekir. Yaranın kenarlarının iyileşerek kapanması (reepitelizasyon) için; iyi kan akışına sahip bir yara yatağı, yeterli oksijen ve besin maddeleri, diyabet gibi sistemik hastalıkların kontrol altında olması, kronik venöz yetmezlik veya arteriyel hastalık gibi altta yatan hastalıkların tedavisi gereklidir (64).

2.8.5. Dokunun Onarımı ve Yenilenmesi (Repair of Tissue and Regeneration)

TİME çerçevesine “R”nin eklenmesi, sağlık profesyonellerini yara kapanmasını destekleyen doku yenilenmesi ve onarımına odaklanmaya yönlendirir. Zor iyileşen yaralarda, yara yatağı yeterli şekilde hazırlandıktan sonra doku onarımı ve yenilenmesinin gerçekleşmesi muhtemeldir. Kapsamlı yara bakımı değerlendirmesinde tanımlanan ilişkili risk faktörlerinin ortadan kaldırılması, yara kapanmasını destekleyecek ve teşvik edecektir. İyileşmeyi olumsuz yönde etkileyen bilinen başlıca faktörler şunlardır:

- Biyofilmler
- Enfeksiyon
- Altta yatan patoloji (hastalık)
- Hastaya bağlı faktörler: Sigara içmek ve diyabet gibi eşlik eden durumlar (76).

Kronik ve zor iyileşen yaraların tedavisinde çok çeşitli ileri terapi seçenekleri mevcuttur. Seçilebilecek farklı teknolojiler, yaranın uygunluğuna ve hastanın özelliklerine göre belirlenir. Bu teknolojiler şunları içerir:

- Sistemik olarak verilen oksijen tedavisi
- Büyüme faktörü preparatları
- Nitrik oksit ve sükroz oktasülfat
- Dokuyu taklit eden ürünler
- Negatif basınçlı yara tedavisi
- Sistemik farmakoterapi
- Protein bazlı beslenme takviyeleri (75).

2.8.6. Sosyal ve Hasta ile İlgili Faktörler (Social and Patient Related Factors)

TIMERS çerçevesine “S”nin eklenmesi, T'den R'ye kadar değerlendirmenin her aşamasında yer alması gereken sosyal faktörleri gündeme getirmektedir. Bu sosyal faktörler iyileşme sürecinin tüm aşamalarında kritik öneme sahiptir (76).

Sosyal ve hasta ile ilgili risk faktörleri değerlendirilirken, sağlık profesyonellerinin müdahale edebilecekleri ve edemeyecekleri faktörleri ayırt etmek önemlidir. Yönetilemeyen faktörler kabul edilmeli ve bunlara yönelik olarak destekleyici yaklaşımlar geliştirilmelidir. Klinik olmayan sosyal ve hasta ile ilgili risk faktörleri; psikososyal faktörler, uyumu etkileyen faktörler, fiziksel ve komorbidite faktörleri ve dışsal faktörler olarak sınıflandırılabilir.

Yara bakımının başarılı olması için, sağlık profesyonelleri ve hasta arasında bakım planının uygulanmasına yönelik bir anlaşma gereklidir. Hastanın düşük eğitim düzeyi ve sağlık okuryazarlığı, bakım planını bozabilen hastayla ilgili psikososyal faktörlerdendir. Aile ve arkadaşlardan hastaya sunulan sosyal destek, bakım planının etkili bir şekilde uygulanması için faydalıdır. Demans ve depresyon bakım planını etkileyebilir. Demans, hastanın bakım planını ve yaranın ihtiyaçlarını anlamasını imkansız hale getirebilir ve bu durumda sosyal destek kritik öneme sahiptir.

Sağlık profesyonellerinin yeterince açıklama yapmaması, tıbbi jargonun aşırı kullanımı ve hastanın sosyal durumu ile yapıcı bir şekilde ilgilenmeye isteksiz olma bakım planını bozabilen sağlık profesyonelleri ile ilgili psikososyal faktörlerdendir.

Bakım planının ne kadar iyi takip edildiğine ilişkin "uyumluluk" ve "uygunluk" terimleri kullanılmıştır. "Uyumluluk", bakım planının hasta tarafından ne kadar takip edildiği ile ilgilidir. "Uygunluk", hastanın ve sağlık profesyonellerinin bakım planı üzerinde ne kadar anlaştığı ile ilgilidir. Hastanın bakım planına uyumluluğu için fiziksel ve eşlik eden hastalık faktörleri önemlidir. Hasta hareketliliği özellikle kendi bakımı için gereklidir ve hareketlilik tedavinin etkisine katkıda bulunur. Hastanın, retinopati nedeniyle yarasını veya ayaklarını net bir şekilde görememesi, kendi bakımlarına katılımlarını zorlaştırabilir. Eşlik eden hastalıklar, hastanın yürüme yeteneğini olumsuz etkileyebilir, onları bir sandalyeye veya yatağa hapsedebilir. Yaşlı bir hasta kırılabilir olabilir ve/veya artrit olabilir bu yüzden nesnelere etkili bir şekilde kavrayamaz. Uyku bozuklukları, hastanın bilişini ve günlük aktivitelerini etkileyebilir ve bakım planının etkinliğini azaltabilir.

Hastanın çevresi ve yaşam koşulları, klinik ortama olan mesafesi, yalnız yaşama, sosyal izolasyon ve sağlık hizmetlerine erişim dışı koşullardır. Bunlar, uygulayıcı tarafından kontrol edilemeyen veya ele alınamayan dolaylı faktörlerdir ve genellikle kabul edilmelidir (75).

2.9. Kronik Yaralarda Kullanılan Yara Örtüleri

Kronik yaraların artan yaygınlığı, iyileşmeyi teşvik eden yenilikçi ürünlerin geliştirilmesinin önemini göstermektedir. Klinik bir ortamda, hasta iyileşmeyen bir yara ile başvurduğunda, sağlık profesyonelleri yara etiolojisini anlamalarını sağlayan ve sonraki yara yatağı hazırlığına yardımcı olan TIME'rs ilkelerini uygulurlar. TIMERS yönetimi takip edildiğinde bile bazı yaralar iyileşmez ve iyileşme sürecini yeniden başlatmak için daha ileri müdahaleler gerektirir. Bu kapsamda yara örtüleri, yarayı korumak ve iyileşmesini teşvik etmek için yarayı kaplayan bir tür malzemedir (92).

Yara yönetiminde geçmişte kuru bir ortamın yara iyileşmesini hızlandırdığı düşünülüyordu. Fakat zamanla yapılan araştırmalar, nemli bir ortamın yara iyileşmesi için daha faydalı olduğunu göstermiştir. Bu bilgi değişikliği, kullanılan yara örtüsü türlerindeki değişikliklere de yansımıştır. Yarayı yalnızca kapamayı amaçlayan daha geleneksel yara örtüleri (örneğin gazlı bez, pamuk) artık nemli bir ortam sağlamayı amaçlayan sofistike malzemelerle (örneğin hidrojeller, hidrokolloidler, köpükler, filmler vb.) değiştirilmiştir.

Günümüzde piyasada binlerce yara örtüsü bulunmaktadır, bazıları aynı faydaları iddia etmekte ancak farklı bileşimler sunmaktadır. Uygun bir örtü seçmek, daha hızlı iyileşme sağlamak için esastır ve birçok faktöre bağlıdır. Bunlar arasında yaranın tipi, konumu, eksüda seviyesi, çevreleyen derinin durumu ve yaranın enfekte olup olmadığı yer almaktadır (5).

İdeal bir yara örtüsü yaranın etrafındaki nemi korumalı, gazları iyi bir şekilde iletmeli, fazla eksüdayı uzaklaştırmalı, yarayı enfeksiyonlardan ve mikroorganizmalardan korumalı, yaranın yüzeyindeki nekrozu azaltmalı,

mekanik koruma sağlamalı, kolayca değiştirilip çıkarılabilmeli ve maliyet açısından kabul edilebilir olmalıdır (93).

2.9.1. Geleneksel Yara Örtüleri

Yara örtülerinin yüzlerce yıldır gelişimi ile bugüne kadar çok sayıda yara örtüsü geliştirilmiştir. Geleneksel yara örtüleri, kanamayı kontrol etmeyi ve yara iyileşmesini teşvik etmeyi amaçlar (92).

2.9.2. Yara Örtüsü Türleri

2.9.2.1. Gazlı Bez

En eski ve en yaygın kullanılan yara örtülerinden biridir, ancak birincil örtü olarak kullanıldığında iyi bir örtünün gereklerini yerine getirmez. Gazlı bez, yara yüzeyini hızla kurutur ve bakterilere geçirendir. Ayrıca yapışkan özelliğindedir ve çıkarılırken yaraya zarar verebilir. Bu nedenlerden dolayı, gazlı bez genellikle kısa süreli uygulama için en uygun olanıdır.

Ekonomik bir örtü olarak, gazlı bez sentetik veya pamuk formunda olabilir ve işlevselliği artırmak için farklı gözenek boyutları ve lif yoğunluğu mevcuttur. Sentetik form daha emicidir; ancak, her iki tür gazlı bez de bakterilerin gözeneklere girmesine ve granülasyon dokusunun yapışmasına izin verir. Kuruyan bir yara yatağına nem sağlamak için diğer örtülerle birlikte kullanılabilir (94). Parafinli veya vazelinli katkı yüzeye yapışmayı engeller; klorheksidin, gümüş ve bizmut gibi katkı maddeler antiseptik özellik verir (95).

2.9.2.2. Film Örtüler

Film örtüler yapışkan, gözenekli ve ince saydam poliüretandan oluşur. Oksijen, karbondioksit ve su buharı örtüden geçerken, sıvılar ve bakteriler iyi bir şekilde izole edilir (96). Yüzeysel yaralanmalarda kullanılabilirler. Yaranın üzerine yapıştıkları için uygulamaları kolaydır ve ikinci bir pansuman

gerektirmezler. Absorban özellikleri yoktur. Fazla eksudalı olan her yarada sıvı birikmesine neden olurlar. Sekonder örtü şeklinde diğer örtülerle birlikte kullanılabilirler (97).

2.9.2.3. Hidrokolloidler

Hidrokolloidler karboksimetilselüloz, jelatin, pektin gibi jel oluşturan kolloidal ajanlardan ve elastomerler, aljinatlar ve yapıştırıcılar gibi diğer malzemelerden oluşur (94). Hidrokolloid yara örtüleri su, bakteri ve oksijenin yaraya girmesini engelleyen kapalı yara örtüleridir. Özellikle oksijen gerektiren enfeksiyonlu, daha derin yaralar için uygun değildir (93).

Yara eksudası ile temas ettiklerinde, sıvıyı emer ve bir jel oluşturur. Böylece otolitik debridmanı destekler, mikroorganizmalara karşı bariyer oluşturur ve sızıntıyı da önlerler. Hidrokolloidler, düşük ve orta miktarda eksudayı emebilirler. Ağrısız ve travmasız çıkarılabilmeleri önemli bir avantajdır. Opak yapısı, yaranın görsel olarak izlenmesini zorlaştırır ve oluşan jel kalın, sarı, kötü kokulu olabilir. Sıklıkla enfeksiyonla karıştırılabilir. Epitelizasyon ve granülasyon dokusu aşamasında kullanılabilirler. Hidrokolloid örtüler, doyma oranına bağlı olarak her 2-4 günde bir değiştirilmelidir (97).

2.9.2.4. Köpük Örtüler

Köpük yara örtüleri, çok yönlülüğü, kolay uygulanabilirliği ve maliyet etkinliği nedeniyle en popüler ve yaygın olarak kullanılan yara örtülerinden biridir. Çoğu köpük yara örtüsü üç katmandan oluşur ve ideal yara örtüsü kriterlerini yerine getirir. Hidrofobik yarı geçirgen dış katman bakterileri bloke eder ve gaz değişimine izin verir, emici orta katman sıvıyı tutar ve gözenekli, hidrofilik iç katman sıvıyı yara yatağından orta katmana çeker. Yumuşak malzeme yara yatağını travmadan korur ve yapışmaz (94).

Köpüklerin emici ve otolitik debridman özellikleri, onları bacak ülserleri, granüle yaralar ve orta ila yüksek eksüdatlı yaralar için uygun hale getirir. Özellikle kemik çıkıntıları üzerindeki yaraları yastıklamak için de kullanışlıdır. Köpükler ayrıca antimikrobiyal ajan özellikli gümüş için taşıyıcı olarak kullanılabilir.

Köpüklerin dezavantajları arasında sık pansuman değişiklikleri ve kuru veya düşük eksüdatlı yaraları tedavi etmede zayıf etkinlik bulunmaktadır (96).

2.9.2.5. Hidrojeller

Hidrojeller, su veya gliserin bazlı pansumanlardır. Yaraya nem sağlayarak kuru yaralar için iyi bir alternatif oluştururlar. Her kalınlıkta kuru, hafif veya orta derecede eksüda üreten yaralarda kullanılabilirler (94).

Hidrojellerin yumuşak ve elastik özellikleri, kolay uygulanmalarını ve çıkarılmalarını sağlar. Hidrojellerin şeffaf olması, pansumanın çıkarılmasına gerek kalmadan yaranın gözlemlenmesini mümkün kılar. Ayrıca, algılanan ağrıyı azaltan serinletici ve yatıştırıcı bir etkiye sahiptirler. Hidrojeller, %70-90 oranında su içerdikleri için, eskarların yumuşak kalmasını sağlayan ve nekrotik dokunun otolitik debridmanını kolaylaştıran nemli bir ortam sağlarlar (97).

2.9.2.6. Aljinatlar

Kalsiyum aljinat örtüler, algler veya deniz yosunlarının polisakkaritlerinden elde edilir. Nemli bir yara ile temas ettiğinde, jel haline dönüşürler. Oluşan jel yara ortamının nemli kalmasını sağlar (93).

Klinikte kullanılan sodyum aljinat pansumanlar genellikle levha lifler halinde üretilir ve yaranın şekline göre serbestçe kesilebilirler. Aljinat örtüler ağırlıklarının yaklaşık 20 katı kadar eksüdayı absorbe edebilirler. Orta ve ağır eksüdatlı yaralarda kullanımı uygundur. Kuru veya minimal salgısı olan

yaraların tedavisinde kullanılmamalıdır. Birkaç gün boyunca yara üzerinde kalabilirler, bu nedenle daha az sıklıkta pansuman değışikliği gerektirirler. Aljinatlar genellikle ikincil bir pansuman gerektirir, bu da maliyeti artıracaktır (96).

2.9.2.7. Hidrofiberler

Hidrofiber pansumanlar, karboksimetilselüloz yaprak veya şeritlerinin yüksek emiciliği ile hidrokolloid özelliklerini birleştirir. Eksüdayı emdiklerinde, nemi hapseden ve otolitik debridmanı destekleyen jellere dönüşerek yara çevresine sıvı sızmasını engellerler. Hidrofiberler, aljinalara benzer şekilde çalışırlar ancak üç kat daha fazla emici özelliğe sahiptirler. Şerit halindeki hidrofiberler, derin ve tünelli yaralara yerleştirilebilir. Pansuman jel haline geldiğinde genişleyeceğinden, yara boşluğunun yalnızca %80'i doldurulmalıdır. Yaklaşık 3 günde bir pansuman değıştirilmesi gerekir (97).

Aljinat ve hidrofiber örtüler, çıkarma sırasında pansumanın yapışmasını azaltmak ve yara yüzeyinde oluşabilecek travmayı en aza indirmek için salin ve steril su ile ıslatılması gerekebilir (98).

2.9.2.8. Polimer Membran Örtüler

Polimer membran pansumanlar, son yıllarda geliştirilmiş, hem enfeksiyonlu hem de enfeksiyonsuz yaralarda kullanıma uygun, yüksek adaptasyon sağlayan bir pansuman çeşididir. Çok katmanlı yapısı ile köpük pansumanlara benzerlik gösterse de polimer membran pansumanlar daha geniş bir sıvı yönetim yeteneğine sahiptir. Az miktardan yoğun akıntıya kadar her türlü eksüda seviyesine sahip yaralarda kullanılabilir. İç katmanın nemlendirici özelliği sayesinde kuru yaraların desteklenmesini ve kurumunun önlenmesini sağlar. Aynı zamanda yara temizleyici bir yüzey aktif madde içerir. Bu madde sayesinde ölü doku parçacıklarının parçalanması ve emilimi gerçekeşir,

granüloma oluşumu ve enfeksiyon riski minimize edilir. Orta katman, eksüdayı toplar ve yarı geçirgen dış katman ise gaz değişimine izin verir (94).

Aşırı eksüdalı yaralarda, yara çevresinde maserasyon gibi komplikasyonlar gelişebilir. Bu komplikasyonları önlemek için yara çevresine bariyer kremler ve bariyer filmler uygulanabilir.

Derin ve tünelli yaralarda, yaranın anatomik yapısına uygun şekilde tünel ve poşları dolduracak pansuman yapılması gereklidir. Bu amaçla polimer membran örtüler, aljinatlar, hidrofiberler, hidrojeller kullanılabilir (99).

2.9.2.9. Kollajen ve Hyalüronik Asit İçeren Ürünler

Kollajen ve hyalüronik asit içeren ürünler, yara iyileşmesinde kritik bir rol oynayarak granülasyon dokusu oluşumunu teşvik eder, fazla eksüdayı emer ve iyileşme sürecini hızlandırır (99).

2.9.2.10. Negatif Basıncı Yara Tedavisi

Negatif basınçlı yara tedavisi, 40 yıl önce kronik yara tedavisi için rutin klinik uygulamaya girmiştir. Vakum destekli kapama sistemi şu anda negatif basınçlı yara tedavisinin en yaygın kullanılan yöntemidir. Vakum destekli kapama; katı köpük, yarı geçirgen bir membran, kapalı bir tüp, bir giriş tüpü ve bir negatif basınç cihazından oluşur. Son yıllarda, negatif basınçlı yara tedavisinin lokal toksinleri ve bakterileri azalttığı, yara çevresi kan akışını artırdığı, lenfatik drenağı artırdığı, interstisyel ödemi azalttığı ve lokal hücrel proliferasyonu uyardığı gösterilmiştir (100).

Uygulanacak basınç seviyesi yaranın karakterine ve hasta toleransına bağlı olmakla beraber genel olarak 75-125 mmHg'dir. Tedavi devamlı veya aralıklı olarak uygulanabilir. Yeni, derin, geniş ve bol akıntılı yaralarda yüksek basınç ve devamlı modda kullanmak daha uygunken, yüzeysel ve/veya granülasyon dokusunun oluşmaya başladığı, akıntısı azalmış yaralarda ise

düşük basınç ve aralıklı modda kullanım daha uygundur. Negatif basınçlı yara tedavisi ile mikroorganizma ve diğer istenmeyen bileşenler yaradan uzaklaştırılır, aşırı eksuda absorbe edilir, nem dengesi sağlanır. Pansuman değişimleri 48-72 saat ara ile yapılabilir (62).



3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma kesitsel ve tanımlayıcı tipte tasarlandı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Zaman ve Yer

3.2.1. Araştırmanın Yeri

Manisa ilinde aktif olarak aile hekimliği yapmakta olan hekimler üzerinde yapıldı.

3.2.2. Araştırmanın Zamanı

Araştırma verileri 01.12.2023-01.06.2024 tarihleri arasında toplandı. Veri analizi ve rapor yazımına Haziran 2024'te başlamış olup Eylül 2024'de sonlandı.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Manisa ilinde çalışan 470 sözleşmeli aile hekimi çalışmanın evrenini oluşturmaktadır. Araştırma tanımlayıcı türde olduğu için çalışmaya katılmayı kabul eden ve dahil edilme kriterlerine uyan maksimum aile hekimine ulaşılması hedeflendi. Verilerin belirli bir tarih aralığında toplanması planlandı. Örneklem hesabında Epi İno programı kullanılmış olup, %50 beklenen sıklık, 1,0 desen etkisi ve %95 güven aralığında 211 olarak hesaplandı. %10'luk hata payı ile toplamda 232 kişiye ulaşılması planlanmıştır. 232 katılımcıya ulaşılmış olup 32 kişi katılmak istememiştir. 200 katılımcı ile çalışma (%86,2 katılım oranı) sonlandırılmıştır.

3.4. Araştırmanın Dahil Olma Kriterleri

Manisa ilinde sözleşmeli aile hekimi olarak çalışmak.

Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak.

3.5. Araştırmanın Dışlama Kriterleri

Araştırmaya katılmayı kabul etmemek.

3.6. Araştırmanın Veri Toplama Araçları

Araştırmacılar tarafından uygun literatür taraması yapılarak oluşturulan tanıtıcı bilgi formu ve anket formu veri toplama aracı olarak kullanıldı. Tanıtıcı bilgi formu 15 sorudan oluşmaktadır. Kronik yara konusundaki bilgilerin değerlendirildiği anket formu; katılmıyorum, fikrim yok, katılıyorum olarak işaretlenebilen 93 sorudan oluşmaktadır. Testte soruların katılıyorum olarak işaretlenmesi katılımcıların bilgilerinin doğru olduğunu göstermektedir. Testteki sorular 3 kategoriden oluşmaktadır ve dağılımları şu şekildedir;

- Kronik yara ve TIMERS kriterleri ile ilgili sorular (1-35),
- Yara bakımı ve pansuman ile ilgili sorular (36-63),
- Yara tipleri ile ilgili sorular (64-93).

Anket, çalışmaya katılmayı kabul eden 200 aile hekimine elektronik posta yöntemiyle ve yüz yüze görüşme tekniğiyle uygulandı. Her katılımcıya araştırmanın kapsamı hakkında bilgi verilerek imzalı onam formu alındı.

3.7. Araştırmanın Veri Analizi

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesinde ve analizinde IBM The Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 15.0 istatistik paket programı kullanıldı. Çalışmada yer alan kategorik değişkenler hastaların dağılımını göstermek amacıyla sayı (n) ve yüzde (%), sayısal veriler ortalama ve standart sapma olarak verildi. Değişkenlerin dağılımlarının normal olup olmadığı Skewness-Kurtosis değerleri ile belirlendi. Gruplar arası

karşılaştırmalarda Ki-kare testi kullanıldı. Elde edilen veriler istatistiksel olarak anlamlılık düzeyi p değeri ile yorumlandı. $P < 0,05$ olan değerler istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Normal dağılıma uygun ölçüm değerleri için parametrik yöntemler kullanıldı. Parametrik yöntemlere uygun şekilde, iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Independent Sample-t” test (t-tablo değeri) yöntemi kullanıldı.

Normal dağılıma uygun olmayan ölçüm değerleri için parametrik olmayan yöntemler kullanıldı. Parametrik olmayan yöntemlere uygun şekilde, iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri) yöntemi kullanıldı.

3.8. Araştırmanın Etik Kurul İzni

6 Eylül 2023 tarihinde Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu’ndan izin alındı (Karar tarih-Evrak no:06.09.2023-20.478.486/987).

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmaya katılmayı kabul eden 200 kişiden elde edilen verilerin analizi sonucunda ortaya çıkan bulgular sunuldu.

4.1. Araştırmaya Katılan Aile Hekimlerinin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Çalışma 1 Aralık 2023 - 1 Haziran 2024 tarihleri arasında Manisa ilinde çalışan 200 aile hekiminin katılımıyla yapıldı. Çalışmaya dahil edilenlerin 77'si (%38,5) kadın, 123'ü (%61,5) erkek olup, 146'sı (%73) evli, 150'si (%75) çocuk sahibi, 156'sı (%78) eş veya çocukları ile yaşamakta, 94'ünün (%47) geliri gidere denk, 157'si (%78,5) pratisyen aile hekimi, 13'ü (%6,5) sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık eğitimi (SAHU) öğrencisi, 30'u (%15) aile hekimliği uzmanıydı. Uzmanlık eğitimi yeniden düzenlenerek pratisyen aile hekimi ve aile hekimliği uzmanı şeklinde yeniden düzenlendi. Çalışmaya katılanlardan 170'i pratisyen aile hekimi, 30'u ise aile hekimliği uzmanıydı. Katılımcıların sadece 26'sı (%13) yara eğitimi almıştı. Sosyodemografik verilerin ayrıntıları Tablo 1'de verildi.

Meslekte çalıştığı yıl yeniden sınıflandırılarak “20 yıl ve altı” ve “20 yıl üstü” şeklinde iki yeni grup oluşturularak değerlendirmeye alındı. Katılımcıların 100'ü (%50) 20 yıl ve altı, kalanı 20 yıl üstü süredir meslekte çalışmakta olduğunu belirtti.

Aile hekimi olarak çalışma süresi yeniden sınıflandırılarak “10 yıl ve altı” ve “10 yıl üstü” şeklinde iki yeni grup oluşturularak değerlendirmeye alındı. Katılımcıların 93'ü (%46,5) 10 yıl ve altı, 107'si (%53,5) 10 yıl üstü süredir aile hekimi olarak çalışmakta olduklarını belirttiler.

Tablo 1: Sosyodemografik verilerin ayrıntılı sunumu

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	77	38,5
	Erkek	123	61,5
Gelir Durumu	Gelir Giderden Az	35	17,5
	Gelir Gidere Denk	94	47
	Gelir Giderden Fazla	71	35,5
Medeni Hal	Evli	146	73
	Evli Değil	54	27
Çocuk Sahibi Olma	Evet	150	75
	Hayır	50	25
Eğitim Durumu	Lisans	170	85
	Uzmanlık	30	15
Meslekte Çalıştığı Yıl	20 Yıl ve Altı	100	50
	20 Yıl Üstü	100	50
Aile Hekimi Olarak Çalışma	10 Yıl ve Altı	93	46,5
	10 Yıl Üstü	107	53,5
Çalıştığı Bölge	Şehir Merkezi	80	40
	İlçe	114	57
	Kırsal	6	3
Kronik Yara Eğitimi Alma	Evet	26	13
	Hayır	174	87
Toplam		200	100

Katılımcıların cevapları 6 değişken açısından incelendi:

Cinsiyet açısından bakıldığında kadınlar ortalama $61,25 \pm 18,41$ soruya, erkekler ortalama $56,93 \pm 21,26$ soruya doğru cevap vermişti. Cinsiyet açısından verilen cevaplara bakıldığında anlamlılık bulunamadı ($p=0,236$).

Uzmanlık eğitimi alma durumuna göre bakıldığında; lisans eğitimi alanlar $57,81 \pm 20,32$ soruya, uzmanlık eğitimi alanlar $63,03 \pm 19,73$ soruya doğru cevap vermişti. Eğitim durumu açısından verilen cevaplara bakıldığında anlamlılık bulunamadı ($p=0,095$).

Çalıştığı yere göre bakıldığında; şehir merkezinde çalışanlar $56,56 \pm 20,40$ soruya, ilçe ve kırsalda çalışanlar $59,95 \pm 20,16$ soruya doğru cevap vermişti. Çalıştığı yer açısından verilen cevaplara bakıldığında anlamlılık bulunamadı ($p=0,484$).

Meslek yılına göre “20 yıl ve altı” çalışanlar; $59,31 \pm 20,04$ soruya, “20 yıl üstü” çalışanlar $57,89 \pm 20,57$ soruya doğru cevap vermişti. Meslekte çalışılan yıl açısından verilen cevaplara bakıldığında anlamlılık bulunamadı ($p=0,656$).

Aile hekimliğinde çalışma yılına göre; “10 yıl ve altı çalışanlar” $57,87 \pm 21,66$ soruya, “10 yıl üstü çalışanlar” $59,23 \pm 19,07$ soruya doğru cevap vermişti. Aile hekimliğinde çalışma yılı açısından verilen cevaplara bakıldığında anlamlılık bulunamadı ($p=0,773$).

Kronik yara bakımı eğitimi alma durumuna göre bakıldığında; eğitim alanlar $72,53 \pm 18,96$ soruya, eğitim almayanlar $56,51 \pm 19,68$ soruya doğru cevap vermişti. Yara eğitimi açısından verilen cevaplara bakıldığında kronik yara eğitimi alanlar lehine anlamlı çıkmıştır ($p<0,001$).

Tablo 2: Değişkenlere Göre Ortalama Doğru Cevap Sayısı

		Ortalama	P
Cinsiyet	Kadın	$61,25 \pm 18,41$	0,236
	Erkek	$56,93 \pm 21,26$	
	Evet	$63,03 \pm 19,73$	0,095

Uzmanlık Eğitimi Alma	Hayır	57,81 ± 20,32	
Çalıştığı Yer	Şehir Merkezi	56,56 ± 20,40	0,484
	İlçe-Kırsal	59,95 ± 20,16	
Meslekte Yılı	20 Yıl ve Altı	59,31 ± 20,04	0,656
	20 Yıl Üstü	57,89 ± 20,57	
Aile Hekimliği Yılı	10 Yıl ve Altı	57,87 ± 21,66	0,773
	10 Yıl Üstü	59,23 ± 19,07	
Kronik Yara Eğitimi Alma	Evet	72,53 ± 18,96	<0,001
	Hayır	56,51 ± 19,68	

Yara yeri enfeksiyonu göstergeleriyle ilgili 26. soru 185 doğru yanıtla en fazla doğru cevaplanan soru olmuştur. Onun ardından debridman uygulamasının amacıyla ilgili 8. soru 184 doğru yanıtla en fazla doğru cevap verilen ikinci soru olmuştur. Yara iyileşmesinin evreleriyle ilgili olan 2. soru 181 doğru yanıtla en fazla doğru cevaplanan 3. soru olmuştur (Tablo 3).

Tablo 3: En Fazla Doğru Cevap Verilen Sorular*

En Fazla Doğru Cevap Verilen Sorular	Doğru Sayısı	%
1: Yara etrafında eritemin ve endurasyonun artmış olması, ısı artışı ve pürülan kötü kokulu akıntı olması yara yeri enfeksiyonuna işaret eder (Soru-26)	185	92,5
2: Debridman uygulamasında yara yatağındaki hiperkeratotik epidermisin, nekrotik dermal dokunun, yara yatağındaki yabancı cisimlerin ve bakteriyel yükün ortamdan uzaklaştırılması amaçlanır (Soru-8)	184	92
3: Yara iyileşmesinin evreleri; hemostaz, inflamasyon, proliferasyon ve maturasyon olmak üzere 4 evre şeklindedir (Soru-2)	181	90,5
4: İdeal yara pansumanı yaradaki aşırı eksudayı absorbe etmeli ancak nem dengesini sağlayarak yaranın kurummasını önlemeli, yara yatağını tam kaplamalı, yaraya yapışmamalı, ağrıyı ve kokuyu azaltmalı, klinikte kolayca temin edilebilir ve kullanımı kolay öğrenilebilir olmalıdır (Soru-36)	181	90,5
5: Diyabetik nöropatisi olan hastalar ayaklarını herhangi bir lezyon açısından her gün kontrol etmelidir (Soru-93)	177	88,5

*n= 200

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde yapılabilecek debridman türleriyle ilgili 6. soru 60 doğru cevapla en az doğru cevap verilen soru olmuştur. 60 doğru cevap ile en az doğru cevap verilen soru olmuştur. Enzimatik debridman için en yaygın kullanılan ajan ile ilgili 11. soru 65 doğru cevap ile ikinci en az doğru cevap verilen soru olmuştur. Aljinaların değişim süresiyle ilgili 50. soru 75 doğru cevap ile 3. en az doğru cevap verilen soru olmuştur (Tablo 4).

Tablo 4: En Az Doğru Cevap Verilen Sorular*

En Az Doğru Cevap Verilen Sorular	Doğru Sayısı	%
1: Birinci basamak sağlık hizmetlerinde mekanik debridman, otolitik debridman ve enzimatik debridman yapılabilir (Soru-6).	60	30
2: Sağlıklı dokuya zarar vermeyen Clostridial kollejenaz içerikli merhem enzimatik debridman için kullanılan en yaygın ajandır (Soru-11).	65	32,5
3: Aljinalar günlerce yara üzerinde kalabildiklerinden daha az sıklıkta pansuman değişimi gerektirirler (Soru-50).	75	37,5
4: Hidrofiberler aljinalara göre yaklaşık 3 kat daha fazla sıvı tutarlar. Orta ve ağır eksudalı yaralarda kullanımı önerilir (Soru-52).	78	39
5: Bol eksudalı yaralarda kalın olan polimerik membran örtülerin kullanımı uygundur (Soru-56).	79	39

*s= 200

4.2. Katılımcıların Kronik Yara ve TIMERS Kriterleri ile İlgili Cevapların Dağılımı

4.2.1. Kronik Yara ile İlgili Genel Bilgiler

Kronik yara ile ilgili genel bilgiler katılımcıların cinsiyeti, uzmanlık eğitimi alma ve kronik yara eğitimi alma değişkenleri değerlendirildiğinde verilen yanıtlarda anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir. İlgili sorulara verilen yanıt yüzdeleri tüm değişkenler için genel olarak benzer oranlarda izlenmiştir (Tablo 5).

Tablo 5: Kronik Yara Hakkındaki Yanıtlar

	Cinsiyet			Uzmanlık Eğitimi Alma			Kronik Yara Eğitimi Alma		
	Erkek	Kadın	p	Evet	Hayır	p	Evet	Hayır	p
1. 4 hafta içinde yara hacminde %50'den daha az, haftada %10-15'ten daha az küçülme olması yarannın kronikleştigiğine işaret eder.									
Katılıyorum	76(%61,8)	42(%54,5)	0,311	20(%66,7)	98(%57,6)	0,354	18(%69,2)	100(%57,5)	0,255
Katılmıyorum/ Fikrim yok	47(%38,2)	35(%45,5)		10(%33,3)	72(%42,4)		8(%30,8)	74(%42,5)	
2. Yara iyileşmesinin evreleri; hemostaz, inflamasyon, proliferasyon ve maturasyon olmak üzere 4 evre şeklindedir.									
Katılıyorum	111(%90,2)	70(%90,9)	0,876	29(%96,7)	152(%89,4)	0,318*	23(%88,5)	158(%90,8)	0,719*
Katılmıyorum/ Fikrim yok	12(%9,8)	7(%9,1)		1(%3,3)	18(%10,6)		3(%11,5)	16(%9,2)	
3. Yara yatağının yönetiminde doku yönetimi (Tissue management), İnflamasyon ve enfeksiyon kontrolü (Infection or Inflammation), nem dengesi (Moisture balance), epitelyal ilerleme (Epithelial (edge) advancement)(TIME) prensibi kullanılır.									
Katılıyorum	99(%80,5)	69(%89,6)	0,087	29(%96,7)	139(%81,8)	0,055*	24(%92,3)	144(%82,8)	0,266*
Katılmıyorum/Fikrim yok	24(%19,5)	8(%10,4)		1(%3,3)	31(%18,2)		2(%7,7)	30(%17,2)	

*Fisher Exact test kullanılmıştır.

Kronik yara ile ilgili genel bilgiler katılımcıların çalıştığı bölge, meslekteki yılı, aile hekimliği yılı değişkenleri açısından değerlendirildiğinde verilen yanıtlarda anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir (Tablo 5).

(Tablo 5): Kronik Yara Hakkındaki Yanıtlar

	Çalıştığı bölge		p	Meslek yılı		p	Aile hekimliği yılı		p
	Şehir merkezi	İlçe		≤ 20 yıl	> 20 yıl		≤ 10 yıl	> 10 yıl	
1. 4 hafta içinde yara hacminde %50'den daha az, haftada %10-15'ten daha az küçülme olması yaranın kronikleştğine işaret eder.									
Katılıyorum	45(%56,3)	73(%60,8)	0,519	63(%63)	55(%55)	0,250	59(%63,4)	59(%55,1)	0,234
Katılmıyorum/ Fikrim yok	35(%43,8)	47(%39,2)		37(%37)	45(%45)		34(%36,6)	48(44,9)	
2. Yara iyileşmesinin evreleri; hemostaz, inflamasyon, proliferasyon ve maturasyon olmak üzere 4 evre şeklindedir.									
Katılıyorum	69(%86,3)	112(%93,3)	0,094	90(%90)	91(%91)	0,809	81(%87,1)	100(%93,5)	0,126
Katılmıyorum/ Fikrim yok	11(%13,7)	8(%6,7)		10(%10)	9(%9)		12(%12,9)	7(%6,5)	
3. Yara yatağının yönetiminde doku yönetimi (Tissue management), İnflamasyon ve enfeksiyon kontrolü (Infection or Inflammation), nem dengesi (Moisture balance), epitelyal ilerleme (Epithelial (edge) advancement)(TIME) prensibi kullanılır.									
Katılıyorum	63(%78,8)	105(%87,5)	0,098	86(%86)	82(%82)	0,440	77(%82,8)	91(%85)	0,665
Katılmıyorum/Fikrim yok	17(%21,3)	15(%12,5)		14(%14)	18(%18)		16(%17,2)	16(%15)	

4.2.2. Debridman Yönetimi ile İlgili Cevapların Dağılımı

Katılımcıların doku yönetimi aşamalarından olan debridman süreci hakkındaki bilgi düzeyleri değerlendirildiğinde kronik yara eğitimi alanlarda debridmanın tipleri (9), enzimatik debridman için kullanılabilir ürün (11), otolitik debridmanın tanımı (12) ve faydası (13) başlıklarında anlamlı düzeyde pozitif farklılık görülmüştür. Bakılan diğer değişkenler açısından debridman yönetimi hakkında anlamlı farklılık görülmemiştir (Tablo 6).

Tablo 6: Debridman Yönetimi İle İlgili Verilen Yanıtlar

	Cinsiyet		p	Uzman Eğitimi Alma		p	Kronik Yara Eğitimi Alma		p
	Erkek	Kadın		Evet	Hayır		Evet	Hayır	
4. Yara türüne bakılmaksızın mümkünse her yarada nekrotik doku yara yerinden uzaklaştırılmalıdır.									
Katılıyorum	86(%69,9)	54(%70,1)	0,975	21(%70)	119(%70)	1	18(%69,2)	122(%70,1)	0,927
Katılmıyorum/ Fikrim yok	37(%30,1)	23(%29,9)		9(%30)	51(%30)		8(%30,8)	52(%29,9)	
5. Debridman yara temizlenene ve sağlıklı granülasyon dokusu oluşana kadar her tedavi ziyaretinde yapılmalıdır.									
Katılıyorum	88(%71,5)	57(%74)	0,702	21(%70)	124(%72,9)	0,739	22(%84,6)	123(%70,7)	0,163*
Katılmıyorum/ Fikrim yok	35(%28,5)	20(%26)		9(%30)	46(%27,1)		4(%15,4)	51(%29,3)	
6. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde mekanik debridman, otolitik debridman ve enzimatik debridman yapılabilir.									
Katılıyorum	33(%26,8)	27(%35,1)	0,216	10(%33,3)	50(%29,4)	0,666	12(%46,2)	48(%27,6)	0,054
Katılmıyorum/ Fikrim yok	90(%73,2)	50(%64,9)		20(%66,7)	120(%70,6)		14(%53,8)	126(%72,4)	
7. Debridman uygulamasının amacı sağlıklı bir yara yatağı elde edip akut yara iyileşmesini taklit edebilmektir.									
Katılıyorum	109(%88,6)	68(%88,3)	0,947	29(%96,7)	148(%87,1)	0,0211*	24(%92,3)	153(%87,9)	0,745*
Katılmıyorum/ Fikrim yok	14(%11,4)	9(%11,7)		1(%3,3)	22(%12,9)		2(%7,7)	21(%12,1)	

8. Debridman uygulamasında yara yatağındaki hiperkeratotik epidermisin, nekrotik dermal dokunun, yara yatağındaki yabancı cisimlerin ve bakteriyel yükün ortamdan uzaklaştırılması amaçlanır.									
Katılıyorum	113(%91,9)	71(%92,2)	0,932	29(%96,7)	155(%91,2)	0,475*	26(%100)	158(%90,8)	0,234*
Katılmıyorum/ Fikrim yok	10(%8,1)	6(%7,8)		1(%3,3)	15(%8,8)		0(%0)	16(%9,2)	
9. Debridman; keskin cerrahi, mekanik, ultrasonik, enzimatik, otolitik, kimyasal, biyolojik debridman şeklinde tiplendirilebilir.									
Katılıyorum	91(%74)	60(%77,9)	0,529	25(%83,3)	126(%74,1)	0,360*	25(%96,2)	126(%72,4)	0,006*
Katılmıyorum/ Fikrim yok	32(%26)	17(%22,1)		5(%16,)	44(%25,9)		1(%3,8)	48(%27,6)	
10. Keskin cerrahi debridman kallus dahil iyileşme ile uyumlu olmayan tüm nekrotik ve devitalize dokuların çıkarılmasını içerir. Öncelikli tercih edilen debridman yöntemidir.									
Katılıyorum	53(%43,1)	33(%42,9)	0,974	13(%43,3)	73(%42,9)	0,968	13(%50)	73(%42)	0,440
Katılmıyorum/ Fikrim yok	70(%56,9)	44(%57,1)		17(%56,7)	97(%57,1)		13(%50)	101(%58)	
11. Sağlıklı dokuya zarar vermeyen Clostridial kollejenaz içerikli merhem enzimatik debridman için kullanılan en yaygın ajandır.									
Katılıyorum	38(%30,9)	27(%35,1)	0,540	9(%30)	56(%32,9)	0,751	17(%65,4)	48(%27,6)	0,000
Katılmıyorum/ Fikrim yok	85(%69,1)	50(%64,9)		21(%70)	114(%67,1)		9(%34,6)	126(%72,4)	
12. Otolitik debridman endojen fagositik hücrelerin ve proteolitik enzimlerin sadece nekrotik dokuyu parçaladığı, oldukça seçici debridman türüdür.									
Katılıyorum	61(%49,6)	48(%62,3)	0,078	14(%46,7)	95(%55,9)	0,350	20(%76,9)	89(%51,1)	0,014
Katılmıyorum/ Fikrim yok	62(%50,4)	29(%37,7)		16(%53,3)	75(%44,1)		6(%23,1)	85(%48,9)	
13. Otolitik debridman nekrotik dokunun yumuşamasını ve yara yatağından ayrılmasını sağlar.									
Katılıyorum	66(%53,7)	54(%70,1)	0,021	20(%66,7)	100(%58,8)	0,419	23(%88,5)	97(%55,7)	0,001*
Katılmıyorum/ Fikrim yok	57(%46,3)	23(%29,9)		10(%33,3)	70(%41,2)		3(%11,5)	77(%44,3)	
14. Yara çevresinde kallus varlığı, aşırı ve anormal keratotik hücre aktivitesine işaret eder, bozulmuş epitelizasyon için bir göstergedir.									
Katılıyorum	75(%61)	53(%68,8)	0,260	21(%70)	107(%62,9)	0,458	19(%73,1)	109(%62,6)	0,301
Katılmıyorum/ Fikrim yok	48(%39)	24(%31,2)		9(%30)	63(%37,1)		7(%26,9)	65(%37,4)	

*Fisher Exact test kullanılmıştır.

Debridman yönetimi ile ilgili katılımcıların çalıştığı bölge, meslekteki yılı, aile hekimliği yılı değişkenleri değerlendirildiğinde verilen yanıtlarda anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir. İlgili sorulara verilen yanıt yüzdeleri tüm değişkenler için genel olarak benzer oranlarda izlenmiştir (Tablo 6).

Tablo 6: Debridman Yönetimi İle İlgili Verilen Yanıtlar

	Çalıştığı bölge		P	Meslek yılı		p	Aile hekimliği yılı		p
	Şehir merkezi	İlçe		≤ 20 yıl	> 20 yıl		≤ 10 yıl	> 10 yıl	
4. Yara türüne bakılmaksızın mümkünse her yarada nekrotik doku yara yerinden uzaklaştırılmalıdır.									
Katılıyorum	57(%71,3)	83(%69,2)	0,753	65(%65)	75(%75)	0,123	64(%68,8)	76(%71)	0,734
Katılmıyorum/Fikrim yok	23(%28,7)	37(%30,8)		35(%35)	25(%25)		29(%31,2)	31(%29)	
5. Debridman yara temizlenene ve sağlıklı granülasyon dokusu oluşana kadar her tedavi ziyaretinde yapılmalıdır.									
Katılıyorum	57(%71,3)	88(%73,3)	0,747	71(%71)	74(%74)	0,635	65(%69,9)	80(%74,8)	0,441
Katılmıyorum/Fikrim yok	23(%28,7)	32(%26,7)		29(%29)	26(%26)		28(%30,1)	27(%25,2)	
6. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde mekanik debridman, otolitik debridman ve enzimatik debridman yapılabilir.									
Katılıyorum	23(%28,7)	37(%30,8)	0,753	28(%28)	32(%32)	0,537	27(%29)	33(%30,8)	0,781
Katılmıyorum/Fikrim yok	57(%71,3)	83(%69,2)		72(%72)	68(%68)		66(%71)	74(%69,2)	
7. Debridman uygulamasının amacı sağlıklı bir yara yatağı elde edip akut yara iyileşmesini taklit edebilmektir.									
Katılıyorum	69(%86,3)	108(%90)	0,415	89(%89)	88(%88)	0,825	81(%87,1)	96(%89,7)	0,562
Katılmıyorum/Fikrim yok	11(%13,7)	12(%10)		11(%11)	12(%12)		12(%12,9)	11(%10,3)	
8. Debridman uygulamasında yara yatağındaki hiperkeratotik epidermisin, nekrotik dermal dokunun, yara yatağındaki yabancı cisimlerin ve bakteriyel yükün ortamdaki uzaklaştırılması amaçlanır.									
Katılıyorum	72(%90)	112(%93,3)	0,395	92(%92)	92(%92)	1,000	86(%92,5)	98(%91,6)	0,818

Katılmıyorum/Fikrim yok	8(%10)	8(%6,7)		8(%8)	8(%8)		7(%7,5)	9(%8,4)	
9. Debridman; keskin cerrahi, mekanik, ultrasonik, enzimatik, otolitik, kimyasal, biyolojik debridman şeklinde tiplendirilebilir.									
Katılıyorum	59(%73,8)	92(%76,7)	0,638	75(%75)	76(%76)	0,869	66(%71)	85(%79,4)	0,165
Katılmıyorum/Fikrim yok	21(%26,2)	28(%23,3)		25(%25)	24(%24)		27(%29)	22(%20,6)	
10. Keskin cerrahi debridman kallus dahil iyileşme ile uyumlu olmayan tüm nekrotik ve devitalize dokuların çıkarılmasını içerir. Öncelikli tercih edilen debridman yöntemidir.									
Katılıyorum	35(%43,8)	51(%42,5)	0,861	40(%40)	46(%46)	0,391	38(%40,9)	48(%44,9)	0,569
Katılmıyorum/Fikrim yok	45(%56,3)	69(%57,5)		60(%60)	54(%54)		55(%59,1)	59(%55,1)	
11. Sağlıklı dokuya zarar vermeyen Clostridial kollejenaz içerikli merhem enzimatik debridman için kullanılan en yaygın ajandır.									
Katılıyorum	22(%27,5)	43(%35,8)	0,218	28(%28)	37(%37)	0,174	28(%30,1)	37(%34,6)	0,501
Katılmıyorum/Fikrim yok	58(%72,5)	77(%64,2)		72(%72)	63(%63)		65(%69,9)	70(%65,4)	
12. Otolitik debridman endojen fagositik hücrelerin ve proteolitik enzimlerin sadece nekrotik dokuyu parçaladığı, oldukça seçici debridman türüdür.									
Katılıyorum	38(%47,5)	71(%59,2)	0,105	56(%56)	53(%53)	0,670	53(%57)	56(%52,3)	0,510
Katılmıyorum/Fikrim yok	42(%52,5)	49(%40,8)		44(%44)	47(%47)		40(%43)	51(%47,7)	
13. Otolitik debridman nekrotik dokunun yumuşamasını ve yara yatağından ayrılmasını sağlar.									
Katılıyorum	45(%56,3)	75(%62,5)	0,377	62(%62)	58(%58)	0,564	58(%62,4)	62(%57,9)	0,524
Katılmıyorum/Fikrim yok	35(%43,7)	45(%37,5)		38(%38)	42(%42)		35(%37,6)	45(%42,1)	
14. Yara çevresinde kallus varlığı, aşırı ve anormal keratolitik hücre aktivitesine işaret eder, bozulmuş epitelizasyon için bir göstergedir.									
Katılıyorum	47(%58,8)	81(%67,5)	0,207	67(%67)	61(%61)	0,377	59(%63,4)	69(%64,5)	0,878
Katılmıyorum/Fikrim yok	33(%41,2)	39(%32,5)		33(%33)	39(%39)		34(%36,6)	38(%35,5)	

4.2.3. Nem Dengesi ile İlgili Cevapların Dağılımı

Katılımcıların doku yönetimi aşamalarından olan nem dengesi süreci hakkındaki bilgi düzeyleri değerlendirildiğinde cinsiyete göre; maserasyonun tanımı (16), maserasyon gelişen yara kenarında koruma ve tedavi için yapılabilecekler (21) başlıklarında kadınlar

lehine anlamlı düzeyde pozitif farklılık görülmüştür (p?). Uzmanlık eğitimi alma durumuna göre; aşırı eksüdalı yaralarda kullanılabilir pansumanlar (18) başlığında anlamlı düzeyde pozitif farklılık görülmüştür. Kronik yara eğitimi alma durumuna göre; nemli yara yüzeyi bakımının faydaları (15), aşırı eksüdalı yaralarda kullanılabilir pansumanlar (18), negatif basınçlı yara tedavisinin faydaları (23), kuru ve hafif eksüdalı yaralarda kullanılabilir pansuman türleri (24) başlıklarında anlamlı düzeyde pozitif farklılık görülmüştür (Tablo 7).

Tablo 7: Nem Dengesi ile İlgili Yanıtlar

	Cinsiyet		p	Uzman Eğitimi Alma		P	Kronik Yara Eğitimi Alma		p
	Erkek	Kadın		Evet	Hayır		Evet	Hayır	
15. Nemli bir yara yüzeyi bakımı, hücre göçünü ve yara iyileşmesini teşvik ettiği için önemlidir.									
Katılıyorum	85(%69,1)	60(%77,9)	0,174	23(%76,7)	122(%71,8)	0,579	24(%92,3)	121(%69,5)	0,017*
Katılmıyorum/ Fikrim yok	38(%30,9)	17(%22,1)		7(%23,3)	48(%28,2)		2(%7,7)	53(%30,5)	
16. Maserasyon sıklıkla artmış eksüdanın bir sonucu olarak yara kenarlarında meydana gelen renk değişikliği, yumuşama ve soyulmayı tanımlar.									
Katılıyorum	90(%73,2)	68(%88,3)	0,011	25(%83,3)	133(%78,2)	0,633*	23(%88,5)	135(%77,6)	0,302*
Katılmıyorum/ Fikrim yok	33(%26,8)	9(%11,7)		5(%16,7)	37(%21,8)		3(%11,5)	39(%22,4)	
17. Yara yerinde nemin fazla artması ya da eksüdanın fazla oluşumu maserasyona neden olur ve bakteriyel kolonizasyon için kolaylaştırıcı bir faktördür.									
Katılıyorum	103(%83,7)	67(%87)	0,528	27(%90)	143(%84,1)	0,581*	25(%96,2)	145(%83,3)	0,137*
Katılmıyorum/ Fikrim yok	20(%16,3)	10(%13)		3(%10)	27(%15,9)		1(%3,8)	29(%16,7)	
18. Aşırı eksüdalı yara temiz su ile temizlendikten sonra aşırı eksüdayı absorbe edecek, aljinat hidrofiber, karboksimetiselüloz, yüksek emme kapasiteli polimer veya köpük içerikli bir ürünle pansuman yapılmalıdır.									
Katılıyorum	79(%64,2)	56(%72,7)	0,212	26(%86,7)	109(%64,1)	0,019*	26(%100)	109(%62,6)	0,000*
Katılmıyorum/ Fikrim yok	44(%35,8)	21(%27,3)		4(%13,3)	61(%35,9)		0(%0)	65(%37,4)	
19. Pansuman yarayı tam kapatacak ve yara kenarlarını koruyacak şekilde yapılmalıdır. Bu amaçla bariyer olarak parafin gibi petrol bazlı ürünler, çinko									

oksite, dimetikon gibi silikon bazlı ürünler, su ya da organik çözücüde film örtü oluşturan polimerler ya da siyanoakrilat formülasyonları olabilir.									
Katılıyorum	83(%67,5)	48(%62,3)	0,457	20(%66,7)	111(%65,3)	0,884	21(%80,8)	110(%63,2)	0,120*
Katılmıyorum/ Fikrim yok	40(%32,5)	29(%37,7)		10(%33,3)	59(%34,7)		5(%19,2)	65(%36,8)	
20. Eksuda nedeni ile maserasyon gelişmesini önlemek veya mevcutsa azaltmak amacıyla birden fazla kat pansuman yapılmalı, sık pansuman değiştirilmeli, daha emici özellikte ürünler pansumanda kullanılmalıdır.									
Katılıyorum	95(%77,2)	56(%72,7)	0,471	24(%80)	127(%74,7)	0,534	23(%88,5)	128(%73,6)	0,141*
Katılmıyorum/ Fikrim yok	28(%22,8)	21(%27,3)		6(%20)	43(%25,3)		3(%11,5)	46(%26,4)	
21. Masere olmuş yara kenarlarında koruma ve maserasyonu geriletme amacıyla pudra, sentetik polimer, poliüretan veya silikon köpükler, hidrofiber köpük örtüler, hidrokolloid, alginat veya pokiakrilat polimerleri gibi süper absorban polimerler kullanılabilir.									
Katılıyorum	45(%36,6)	43(%55,8)	0,008	14(%46,7)	74(%43,5)	0,750	16(%61,5)	72(%41,4)	0,053
Katılmıyorum/ Fikrim yok	78(%63,4)	34(%44,2)		16(%53,3)	96(%56,5)		10(%38,5)	102(%58,6)	
22. Aşırı eksudalı yaralarda negatif basıçlı yara tedavisi uygulanabilir.									
Katılıyorum	61(%49,6)	44(%57,1)	0,298	15(%50)	90(%52,9)	0,766	17(%65,4)	88(%50,6)	0,158
Katılmıyorum/ Fikrim yok	62(%50,4)	33(%42,9)		15(%50)	80(%47,1)		9(%34,6)	86(%49,4)	
23. Negatif basınçlı yara tedavisi ile mikroorganizma ve diğer istenmeyen bileşenler yaradan uzaklaştırılır, eksternal kontaminasyon önlenir, aşırı eksuda absorbe edilir, nem dengesi sağlanır.									
Katılıyorum	84(%68,3)	55(%71,4)	0,639	25(%83,3)	114(%67,1)	0,087*	23(%88,5)	116(%66,7)	0,023*
Katılmıyorum/ Fikrim yok	39(%31,7)	22(%28,6)		5(%16,7)	56(%32,9)		3(%11,5)	58(%33,3)	
24. Kuru veya hafif eksudalı yaralarda pansuman amacıyla yarı geçirgen film, hidrojel veya hidrokolloid gibi ürünler kullanılmalıdır.									
Katılıyorum	69(%56,1)	48(%62,3)	0,383	16(%53,3)	101(%59,4)	0,533	20(%76,9)	97(%55,7)	0,041
Katılmıyorum/ Fikrim yok	54(%43,9)	29(%37,7)		14(%46,7)	69(%40,6)		6(%23,1)	77(%44,3)	

*Fisher Exact test kullanılmıştır.

Katılımcıların verdiği cevaplar çalıştığı bölge açısından değerlendirildiğinde; pansumanda yapılması gerekenler (19) ve maserasyon gelişen yara kenarında koruma ve tedavi için yapılabilecekler (21) başlıklarında ilçede çalışanlar lehine anlamlı düzeyde pozitif farklılık görülmüştür. Meslek yılına göre değerlendirildiğinde maserasyon gelişen yara kenarında koruma ve tedavi için

yapılabilecekler (21) başlığında ≤ 20 yıl çalışanlar açısından anlamlı düzeyde pozitif farklılık görülmüştür. Aile hekimliği yılına göre değerlendirildiğinde verilen yanıtlarda anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir. İlgili sorulara verilen yanıt yüzdeleri tüm değişkenler için genel olarak benzer oranlarda izlenmiştir (Tablo 7).

Tablo 7: Nem Dengesi ile İlgili Yanıtlar

	Çalıştığı bölge		p	Meslek yılı		p	Aile hekimliği yılı		p
	Şehir merkezi	İlçe		≤ 20 yıl	> 20 yıl		≤ 10 yıl	> 10 yıl	
15. Nemli bir yara yüzeyi bakımı, hücre göçünü ve yara iyileşmesini teşvik ettiği için önemlidir.									
Katılıyorum	61(%76,3)	84(%70)	0,332	73(%73)	72(%72)	0,874	69(%74,2)	76(%71)	0,617
Katılmıyorum/Fikrim yok	19(%23,7)	36(%30)		27(%27)	28(%28)		24(%25,8)	31(%29)	
16. Maserasyon sıklıkla artmış eksudanın bir sonucu olarak yara kenarlarında meydana gelen renk değişikliği, yumuşama ve soyulmayı tanımlar.									
Katılıyorum	62(%77,5)	96(%80)	0,671	77(%77)	81(%81)	0,487	69(%74,2)	89(%83,2)	0,120
Katılmıyorum/Fikrim yok	18(%22,5)	24(%20)		23(%23)	19(%19)		24(%25,8)	18(%16,8)	
17. Yara yerinde nemin fazla artması ya da eksudanın fazla oluşumu maserasyona neden olur ve bakteriyel kolonizasyon için kolaylaştırıcı bir faktördür.									
Katılıyorum	65(%81,3)	105(%87,5)	0,225	83(%83)	87(%87)	0,428	76(%81,7)	94(%87,9)	0,226
Katılmıyorum/Fikrim yok	15(%18,7)	15(%12,5)		17(%17)	13(%13)		17(%18,3)	13(%12,1)	
18. Aşırı eksudalı yara temiz su ile temizlendikten sonra aşırı eksudayı absorbe edecek, aljinat hidrofiber, karboksümetiselüloz, yüksek emme kapasiteli polimer veya köpük içerikli bir ürünle pansuman yapılmalıdır.									
Katılıyorum	52(%65)	83(%69,2)	0,538	67(%67)	68(%68)	0,880	60(%64,5)	75(%70,1)	0,401
Katılmıyorum/Fikrim yok	28(%35)	37(%30,8)		33(%33)	32(%32)		33(%35,5)	32(%29,9)	
19. Pansuman yarayı tam kapatacak ve yara kenarlarını koruyacak şekilde yapılmalıdır. Bu amaçla bariyer olarak parafin gibi petrol bazlı ürünler, çinko oksit, dimetikon gibi silikon bazlı ürünler, su ya da organik çözücüde film örtü oluşturan polimerler ya da siyanoakrilat formülasyonları olabilir.									

Katılıyorum	45(%56,3)	86(%71,7)	0,025	67(%67)	64(%64)	0,655	57(%61,3)	74(%69,2)	0,243
Katılmıyorum/Fikrim yok	35(%43,7)	34(%28,3)		33(%33)	36(%36)		36(%38,7)	33(%30,8)	
20. Eksuda nedeni ile maserasyon gelişmesini önlemek veya mevcutsa azaltmak amacıyla birden fazla kat pansuman yapılmalı, sık pansuman değiştirilmeli, daha emici özellikte ürünler pansumanda kullanılmalıdır.									
Katılıyorum	58(%72,5)	93(%77,5)	0,421	78(%78)	73(%73)	0,411	68(%73,1)	83(%77,6)	0,465
Katılmıyorum/Fikrim yok	22(%27,5)	27(%22,5)		22(%22)	27(%27)		25(%26,9)	24(%22,4)	
21. Masere olmuş yara kenarlarında koruma ve maserasyonu geriletme amacıyla pudra, sentetik polimer, poliüretan veya silikon köpükler, hidrofiber köpük örtüler, hidrokolloid, alginat veya pokiakrilat polimerleri gibi süper absorban polimerler kullanılabilir.									
Katılıyorum	28(%35)	60(%50)	0,036	52(%52)	36(%36)	0,023	44(%47,3)	44(%41,1)	0,379
Katılmıyorum/Fikrim yok	52(%65)	60(%50)		48(%48)	64(%64)		49(%52,7)	63(%58,9)	
22. Aşırı eksudalı yaralarda negatif basınçlı yara tedavisi uygulanabilir.									
Katılıyorum	42(%52,5)	63(%52,5)	1,000	52(%52)	53(%53)	0,887	51(%54,8)	54(%50,5)	0,537
Katılmıyorum/Fikrim yok	38(%47,5)	57(%47,5)		48(%48)	47(%47)		42(%45,2)	53(%49,5)	
23. Negatif basınçlı yara tedavisi ile mikroorganizma ve diğer istenmeyen bileşenler yaradan uzaklaştırılır, eksternal kontaminasyon önlenir, aşırı eksuda absorbe edilir, nem dengesi sağlanır.									
Katılıyorum	55(%68,8)	84(%70)	0,851	70(%70)	69(%69)	0,878	65(%69,9)	74(%69,2)	0,911
Katılmıyorum/Fikrim yok	25(%31,2)	36(%30)		30(%30)	31(%31)		28(%30,1)	33(%30,8)	
24. Kuru veya hafif eksudalı yaralarda pansuman amacıyla yarı geçirgen film, hidrojel veya hidrokolloid gibi ürünler kullanılmalıdır.									
Katılıyorum	45(%56,3)	72(%60)	0,598	54(%54)	63(%63)	0,196	49(%52,7)	68(%63,6)	0,120
Katılmıyorum/Fikrim yok	35(%43,7)	48(%40)		46(%46)	37(%37)		44(%47,3)	39(%36,4)	

4.2.4. Enfeksiyon ve İnflamasyon Kontrolü ile İlgili Cevapların Dağılımı

Katılımcıların doku yönetimi aşamalarından olan enfeksiyon ve inflamasyon kontrolü hakkındaki bilgi düzeyleri değerlendirildiğinde cinsiyete göre; tıbbi bal ve gümüş içeren örtülerin kullanımı (28), biyofilm tabakanın tanımı (33) ve biyofilm

tabakanın tedavisinde debridmanın yeri (35) başlıklarında kadınlar lehine anlamlı düzeyde pozitif farklılık görülmüştür. Kronik yara eğitimi alma durumuna göre; yara enfeksiyonlarında sık görülen mikroorganizmalar (27), tıbbi bal ve gümüş içeren örtülerin kullanımı (28) ve hipoklorik asitin faydaları (32) başlıklarında anlamlı düzeyde pozitif farklılık görülmüştür.

Uzmanlık eğitimi alma durumuna göre değerlendirildiğinde verilen yanıtlarda anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir (Tablo 8).

Tablo 8: Enfeksiyon ve İnflamasyon Kontrolü ile İlgili Yanıtlar

	Cinsiyet		p	Uzman Eğitimi Alma		p	Kr. Yara Eğitimi Alma Durumu		p
	Erkek	Kadın		Evet	Hayır		Evet	Hayır	
25. Yara iyileşmesi, kritik kolonizasyon ve enfeksiyonla bozulabilir ve tedavi gerektirir.									
Katılıyorum	105(%85,4)	70(%90,9)	0,249	26(%86,7)	149(%87,6)	0,773*	25(%96,2)	150(%86,2)	0,211*
Katılmıyorum/ Fikrim yok	18(%14,6)	7(%9,1)		4(%13,3)	21(%12,4)		1(%3,8)	24(%13,8)	
26. Yara etrafında eritemin ve endurasyonun artmış olması, ısı artışı ve pürülan kötü kokulu akıntı olması yara yeri enfeksiyonuna işaret eder.									
Katılıyorum	116(%94,3)	69(%89,6)	0,220	28(%93,3)	157(%92,4)	1*	26(%100)	159(%91,4)	0,226*
Katılmıyorum/ Fikrim yok	7(%5,7)	8(%10,4)		2(%6,7)	13(%7,6)		0(%0)	15(%8,6)	
27. Akut ve yüzeysel yara enfeksiyonlarında sıklıkla tek tip mikroorganizma (özellikle aerobik bakteriler) etken olurken, kronik yara enfeksiyonlarında sıklıkla aerobik ve anaerobik bakteriler birlikte görülür.									
Katılıyorum	99(%80,5)	63(%81,8)	0,815	24(%80)	138(%81,2)	0,880	25(%96,2)	137(%78,7)	0,033*
Katılmıyorum/ Fikrim yok	24(%19,5)	14(%18,2)		6(%20)	32(%18,8)		1(%3,8)	37(%21,3)	
28. Tıbbi bal ve gümüş içeren yara örtüleri antibakteriyel özelliklere sahip olduklarından enfekte yaralarda kullanımı önerilir.									
Katılıyorum	57(%46,3)	50(%64,9)	0,010	15(%50)	92(%54,1)	0,677	20(%76,9)	87(%50)	0,010
Katılmıyorum/ Fikrim yok	66(%53,7)	27(%35,1)		15(%50)	78(%45,9)		6(%23,1)	87(%50)	

29. Tıbbi bal yüksek ozmolaritesi ve yüksek hidrojen peroksit konsantrasyonu sayesinde 2 spektrumlu antimikrobiyal aktiviteye sahiptir.									
Katılıyorum	65(%52,8)	49(%63,6)	0,134	13(%43,3)	101(%59,4)	0,101	18(%69,2)	96(%55,2)	0,177
Katılmıyorum/ Fikrim yok	58(%47,2)	28(%36,4)		17(%56,7)	69(%40,6)		8(%30,8)	78(%44,8)	
30. Mupirasin, klindamisin, fusidik asit gibi lokal kullanılabilen antibiyotiklerin kronik yarada yaygın kullanımı, bu antibiyotiklere karşı direnç gelişiminde artışa neden olmuştur."									
Katılıyorum	93(%75,6)	52(%67,5)	0,213	25(%83,3)	120(%70,6)	0,186*	21(%80,8)	124(%71,3)	0,357*
Katılmıyorum/ Fikrim yok	30(%24,4)	25(%32,5)		5(%16,7)	50(%29,4)		5(%19,2)	50(%28,7)	
31. Klorheksidin, iyot veya gümüşlü yara örtüleri mikroorganizma yükünü azaltır.									
Katılıyorum	91(%74)	58(%75,3)	0,832	23(%76,7)	126(%74,1)	0,768	23(%88,5)	126(%72,4)	0,094*
Katılmıyorum/ Fikrim yok	32(%26)	19(%24,7)		7(%23,3)	44(%25,9)		3(%11,5)	46(%27,6)	
32. Hipoklorik asit yüksek bakterisid etkilidir ve asit yapıdadır buna rağmen yara iyileşmesini ve fibrosit gibi hücrelerin fonksiyonunu olumsuz yönde etkilemez.									
Katılıyorum	47(%38,2)	33(%42,9)	0,514	12(%40)	68(%40)	1	16(%61,5)	64(%36,8)	0,016
Katılmıyorum/ Fikrim yok	76(%61,8)	44(%57,1)		18(%60)	102(%60)		10(%38,5)	110(%63,2)	
33. Biyofilm tabaka; hücre dışı polimerik bir matris içinde bir arada bulunan mikroorganizmalar olarak tanımlanmaktadır.									
Katılıyorum	53(%43,1)	45(%58,4)	0,035	16(%53,3)	82(%48,2)	0,607	16(%61,5)	82(%47,1)	0,170
Katılmıyorum/ Fikrim yok	70(%56,9)	32(%41,6)		14(%46,7)	88(%51,8)		10(%38,5)	92(%52,9)	
34. Biyofilm debridman ile bozulmadığı sürece topikal ve sistemik antibakteriyel bileşiklere karşı oldukça dayanıklıdır.									
Katılıyorum	57(%46,3)	43(%55,8)	0,191	18(%60)	82(%48,2)	0,235	14(%53,8)	86(%49,4)	0,674
Katılmıyorum/ Fikrim yok	66(%53,7)	34(%44,2)		12(%40)	88(%51,8)		12(%46,2)	88(%50,6)	
35. Debridman biyofilm tabaka tedavisindeki en önemli yöntemlerden biridir. Biyofilm tabaka tekrarlayan debridmanlarla uzaklaştırılmalıdır.									
Katılıyorum	49(%39,8)	42(%54,5)	0,042	16(%53,3)	75(%44,1)	0,350	15(%57,7)	76(%43,7)	0,181
Katılmıyorum/ Fikrim yok	74(%60,2)	35(%45,5)		14(%46,7)	95(%55,9)		11(%42,3)	98(%56,7)	

*Fisher Exact test kullanılmıştır.

Katılımcıların verdiği cevaplar aile hekimliği yılı açısından değerlendirildiğinde; tıbbi balın faydaları (29) ve hipoklorik asitin faydaları (32) başlıklarında >10 yıl çalışanlar lehine anlamlı düzeyde pozitif farklılık görülmüştür. Çalıştığı bölge ve meslekteki yılı değişkenleri değerlendirildiğinde verilen yanıtlarda anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir (Tablo 8).

Tablo 8: Enfeksiyon ve İnflamasyon Kontrolü ile İlgili Yanıtlar

	Çalıştığı bölge		p	Meslek yılı		p	Aile hekimliği yılı		p
	Şehir merkezi	İlçe		≤ 20 yıl	> 20 yıl		≤ 10 yıl	> 10 yıl	
25. Yara iyileşmesi, kritik kolonizasyon ve enfeksiyonla bozulabilir ve tedavi gerektirir.									
Katılıyorum	69(%86,3)	106(%88,3)	0,663	89(%89)	86(%86)	0,521	84(%90,3)	91(%85)	0,260
Katılmıyorum/Fikrim yok	11(%13,7)	14(%11,7)		11(%11)	14(%14)		9(%9,7)	16(%15)	
26. Yara etrafında eritemin ve endurasyonun artmış olması, ısı artışı ve pürülan kötü kokulu akıntı olması yara yeri enfeksiyonuna işaret eder.									
Katılıyorum	75(%93,8)	110(%91,7)	0,785*	93(%93)	92(%92)	0,788	85(%91,4)	100(%93,5)	0,581
Katılmıyorum/Fikrim yok	5(%6,2)	10(%8,2)		7(%7)	8(%8)		8(%8,6)	7(%6,5)	
27. Akut ve yüzeysel yara enfeksiyonlarında sıklıkla tek tip mikroorganizma (özellikle aerobik bakteriler) etken olurken, kronik yara enfeksiyonlarında sıklıkla aerobik ve anaerobik bakteriler birlikte görülür.									
Katılıyorum	68(%85)	94(%78,3)	0,239	77(%77)	85(%85)	0,149	72(%77,4)	90(%84,1)	0,229
Katılmıyorum/Fikrim yok	12(%15)	26(%21,7)		23(%23)	15(%15)		21(%22,6)	17(%15,9)	
28. Tıbbi bal ve gümüş içeren yara örtüleri antibakteriyel özelliklere sahip olduklarından enfekte yaralarda kullanımı önerilir.									
Katılıyorum	39(%48,8)	68(%56,7)	0,271	57(%57)	50(%50)	0,321	49(%52,7)	58(%54,2)	0,830
Katılmıyorum/Fikrim yok	41(%51,2)	52(%43,3)		43(%43)	50(%50)		44(%47,3)	49(%45,8)	
29. Tıbbi bal yüksek ozmolaritesi ve yüksek hidrojen peroksit konsantrasyonu sayesinde 2 spektrumlu antimikrobiyal aktiviteye sahiptir.									
Katılıyorum	42(%52,5)	72(%60)	0,294	55(%55)	59(%59)	0,568	46(%49,5)	68(%63,6)	0,045

Katılmıyorum/Fikrim yok	38(%47,5)	48(%40)		45(%45)	41(%41)		47(%50,5)	39(%36,4)	
30. Mupirasin, klindamisin, fusidik asit gibi lokal kullanilabilen antibiyotiklerin kronik yarada yaygın kullanımı, bu antibiyotiklere karşı direnç gelişiminde artışa neden olmuştur.									
Katılıyorum	60(%75)	85(%70,8)	0,518	72(%72)	73(%73)	0,874	69(%74,2)	76(%71)	0,617
Katılmıyorum/Fikrim yok	20(%25)	35(%29,2)		28(%28)	27(%27)		24(%25,8)	31(%29)	
31. Klorheksidin, iyot veya gümüşlü yara örtüleri mikroorganizma yükünü azaltır.									
Katılıyorum	56(%70)	93(%77,5)	0,233	77(%77)	72(%72)	0,417	70(%75,3)	79(%73,8)	0,816
Katılmıyorum/Fikrim yok	24(%30)	27(%22,5)		23(%23)	28(%28)		23(%24,7)	28(%26,2)	
32. Hipoklorik asit yüksek bakterisid etkilidir ve asit yapıdadır buna rağmen yara iyileşmesini ve fibrosit gibi hücrelerin fonksiyonunu olumsuz yönde etkilemez.									
Katılıyorum	31(%38,8)	49(%40,8)	0,768	35(%35)	45(%45)	0,149	30(%32,3)	50(%46,7)	0,037
Katılmıyorum/Fikrim yok	49(%61,2)	71(%59,2)		65(%65)	55(%55)		63(%67,7)	57(%53,3)	
33. Biyofilm tabaka; hücre dışı polimerik bir matris içinde bir arada bulunan mikroorganizmalar olarak tanımlanmaktadır.									
Katılıyorum	33(%41,3)	65(%54,2)	0,073	52(%52)	46(%46)	0,396	45(%48,4)	53(%49,5)	0,872
Katılmıyorum/Fikrim yok	47(%58,7)	55(%45,8)		48(%48)	54(%54)		48(%51,6)	54(%50,5)	
34. Biyofilm debridman ile bozulmadığı sürece topikal ve sistemik antibakteriyel bileşiklere karşı oldukça dayanıklıdır.									
Katılıyorum	42(%52,5)	58(%48,3)	0,564	53(%53)	47(%47)	0,396	48(%51,6)	52(%48,6)	0,671
Katılmıyorum/Fikrim yok	38(%47,5)	62(%51,7)		47(%47)	53(%53)		45(%48,4)	55(%51,4)	
35. Debridman biyofilm tabaka tedavisindeki en önemli yöntemlerden biridir. Biyofilm tabaka tekrarlayan debridmanlarla uzaklaştırılmalıdır.									
Katılıyorum	39(%48,8)	52(%43,3)	0,451	46(%46)	45(%45)	0,887	44(%47,3)	47(%43,9)	0,631
Katılmıyorum/Fikrim yok	41(%51,2)	68(%56,7)		54(%54)	55(%55)		49(%52,7)	60(%56,1)	

*Fisher Exact test kullanılmıştır.

4.3. Katılımcıların Yara Bakımı ve Pansuman ile İlgili Verdikleri Cevapların Dağılımı

Katılımcıların yara bakımı ve pansuman hakkındaki bilgi düzeyleri değerlendirildiğinde cinsiyete göre; polimerik membran örtülerin yapısı (55) başlığında kadınlar lehine anlamlı düzeyde pozitif farklılık görülmüştür. Uzmanlık eğitimi alma durumuna göre; yüzeysel yaralarda kullanılacak örtüler (38) başlığında uzmanlık eğitimi almayanlar lehine, film örtülerin kullanımı (39) başlığında uzmanlık eğitimi alanlar lehine anlamlı düzeyde pozitif farklılık görülmüştür. Kronik yara eğitimi alma durumuna göre; yüzeysel yaraların tanımı (37), film örtülerin kullanımı (39), hidrokolloid örtülerin çalışma mekanizması (40), granülasyon dokusu oluşmuş yaralarda kullanılacak örtüler (42), hidrokolloid örtülerin faydaları (43), eksudalı yaralarda hidrokolloid örtülerin kullanımı (44), eskar içeren yaralar (46), bol eksuda içeren yaralarda kullanılacak örtüler (48), kalsiyum aljinat örtülerin mekanizması (49), kullanım alanları (50) ve faydaları (51), hidrofiberlerin aljinatlardan farkı (52), aljinat ve hidrofiber örtülerin çıkarılması (53), eksuda miktarına göre kullanılacak örtüler (54), polimerik membran örtülerin yapısı (55) ve kullanım alanları (56), transparan yara örtülerinin avantajları ve kullanımı (59), kollajen ve hyalüronik asit içeren ürünlerin faydaları (60) başlıklarında anlamlı düzeyde pozitif farklılık görülmüştür (Tablo 9).

Tablo 9: Yara Bakımı ve Pansuman ile İlgili Yanıtlar

	Cinsiyet			Uzman Eğitimi Alma			Kr. Yara Eğitimi Alma Durumu		
	Erkek	Kadın	p	Evet	Hayır	p	Evet	Hayır	p
36. İdeal yara pansumanı yaradaki aşırı eksudayı absorbe etmeli ancak nem dengesini sağlayarak yaranın kurumasını önlemeli, yara yatağını tam kaplamalı, yaraya yapışmamalı, ağrıyı ve kokuyu azaltmalı, klinikte kolayca temin edilebilir ve kullanımı kolay öğrenilebilir olmalıdır."									
Katılıyorum	113(%91,9)	68(%88,3)	0,404	26(%86,7)	155(%91,2)	0,496*	23(%88,5)	158(%90,8)	0,719*
Katılmıyorum/ Fikrim yok	10(%8,1)	9(%11,7)		4(%13,3)	15(%8,8)		3(%11,5)	16(%9,2)	
37. Yüzeysel yaralanmalarda (yanık, katater yarası vb.) genellikle hasar epidermise sınırlı olup nem koruyucu örtüler (okluzif veya yarı okluzif) reepitelizasyonun sağlanmasına yardımcı olur.									

Katılıyorum	100(%81,3)	61(%79,2)	0,718	24(%80)	137(%80,6)	0,940	25(%96,2)	136(%78,2)	0,032*
Katılmıyorum/ Fikrim yok	23(%18,7)	16(%20,8)		6(%20)	33(%19,4)		1(%3,8)	38(%21,8)	
38. Yüzeysel yaralanmalarda film örtüler, hidrokolloidler, polimerik membran örtüler tercih edilebilir.									
Katılıyorum	70(%56,9)	41(%53,2)	0,612	11(%36,7)	100(%58,8)	0,024	18(%69,2)	93(%53,4)	0,131
Katılmıyorum/ Fikrim yok	53(%43,1)	36(%46,8)		19(%63,3)	70(%41,2)		8(%30,8)	81(%46,6)	
39. Film örtülerin suyu absorbe edememesinden dolayı bol eksudası olan yaralarda tek başına kullanımı önerilmez.									
Katılıyorum	73(%59,3)	47(%61)	0,812	23(%76,7)	97(%57,1)	0,043	22(%84,6)	98(%56,3)	0,005*
Katılmıyorum/ Fikrim yok	50(%40,7)	30(%39)		7(%23,3)	73(%42,9)		4(%15,4)	76(%43,7)	
40. Hidrokolloid örtüler yara eksudası ile karşılaşınca jel haline gelerek eksudayı absorbe eder ve mikroorganizmalara karşı bariyer oluştururlar.									
Katılıyorum	66(%53,7)	45(%58,4)	0,508	19(%63,3)	92(%54,1)	0,349	21(%80,8)	90(%51,7)	0,006*
Katılmıyorum/ Fikrim yok	57(%46,3)	32(%41,6)		11(%36,7)	78(%45,9)		5(%19,2)	84(%48,3)	
41. Hidrokolloid örtülerin epitelizasyon ve granülasyon dokusu aşamasında kullanımları uygundur.									
Katılıyorum	59(%48)	44(%57,1)	0,206	15(%50)	88(%51,8)	0,858	18(%69,2)	85(%48,9)	0,052
Katılmıyorum/ Fikrim yok	64(%52)	33(%42,9)		15(%50)	82(%48,2)		8(%30,8)	89(%51,1)	
42. Granülasyon dokusu oluşmuş ancak hafif düzeyde eksuda bulunduran yaralarda hidrokolloid örtülerin kullanımı iyi bir seçenektir.									
Katılıyorum	62(%50,4)	38(%49,4)	0,884	12(%40)	88(%51,8)	0,235	18(%69,2)	82(%47,1)	0,036
Katılmıyorum/ Fikrim yok	61(%49,6)	39(%50,6)		18(%60)	82(%48,2)		8(%30,8)	92(%52,9)	
43. Hidrokolloid örtüler granülasyon dokusunun oluşumunu destekler, epitelizasyonun başlamasına yardımcı olur aynı zamanda yara üzerindeki eksudayı sıvı emici özelliği ile ortadan kaldırır.									
Katılıyorum	61(%49,6)	41(%53,2)	0,615	19(%63,3)	83(%48,8)	0,143	19(%73,1)	83(%47,7)	0,016
Katılmıyorum/ Fikrim yok	62(%50,4)	36(%46,8)		11(%36,7)	87(%51,2)		7(%26,9)	91(%52,3)	
44. Hidrokolloidler düşük ve orta derecede eksudayı absorbe eder ve otolitik debridmana yardımcıdır. Granülasyon dokusu ve epitelizasyon oluşumu aşamasında haftada 3 kez değiştirilerek kullanılması önerilir.									
Katılıyorum	49(%39,8)	32(%41,6)	0,809	12(%40)	69(%40,6)	0,952	19(%73,1)	62(%35,6)	0,000
Katılmıyorum/ Fikrim yok	74(%60,2)	45(%58,4)		18(%60)	101(%59,4)		7(%26,9)	112(%64,4)	

45. Tül yara örtülerinde vazelinli veya parafinli katkı yüzeye yapışmayı engeller; bizmut, klorheksidin veya gümüş katkı maddeleri antiseptik özellik verir.									
Katılıyorum	89(%72,4)	54(%70,1)	0,734	22(%73,3)	121(%71,2)	0,809	23(%88,5)	120(%69)	0,060*
Katılmıyorum/ Fikrim yok	34(%27,6)	23(%29,9)		8(%26,7)	49(%28,8)		3(%11,5)	54(%31)	
46. Eskar içeren yaraların eksuda üretimi beklenmez, ideal iyileşme süreci için hidrojel gibi yara etrafında sudan zengin ortam yaratan örtüler kullanılmalıdır.									
Katılıyorum	59(%48)	41(%53,2)	0,467	18(%60)	82(%48,2)	0,235	18(%69,2)	82(%47,1)	0,036
Katılmıyorum/ Fikrim yok	64(%52)	36(%46,8)		12(%40)	88(%51,8)		8(%30,8)	92(%52,9)	
47. Hidrojel örtüler %60-90 oranında su içerirler, yara etrafında nemli ortam oluşturarak yara kabuğunun yumuşamasını ve nekrotik dokuları uzaklaştırılmasını sağlarlar. Otolitik debridmanı kolaylaştırırlar.									
Katılıyorum	75(%61)	51(%66,2)	0,454	21(%70)	105(%61,8)	0,389	21(%80,8)	105(%60,3)	0,051*
Katılmıyorum/ Fikrim yok	48(%39)	26(%33,8)		9(%30)	65(%38,2)		5(%19,2)	69(%39,7)	
48. Bol miktarda eksuda içeren yaraların varlığında aljinat, hidrofiberler, köpükler ve polimerik membran örtüler gibi absorpsiyon kapasitesi yüksek ürünlerin kullanımı önerilir.									
Katılıyorum	74(%60,2)	51(%66,2)	0,388	17(%56,7)	108(%63,5)	0,474	23(%88,5)	102(%58,6)	0,004*
Katılmıyorum/ Fikrim yok	49(%39,8)	26(%33,8)		13(%43,3)	62(%36,5)		3(%11,5)	72(%41,4)	
49. Kalsiyum aljinat örtüler ağırlıklarının yaklaşık 20 katı kadar sıvı absorbe edebildikleri için orta ve ağır eksudalı yaralarda kullanımı uygundur.									
Katılıyorum	58(%47,2)	39(%50,6)	0,630	16(%53,3)	81(%47,6)	0,566	22(%84,6)	99(%56,9)	0,000*
Katılmıyorum/ Fikrim yok	65(%52,8)	38(%49,4)		14(%46,7)	89(%52,4)		4(%15,4)	75(%43,1)	
50. Aljinatlar günlerce yara üzerinde kalabildiklerinden daha az sıklıkta pansuman değişimi gerektirirler.									
Katılıyorum	44(%35,8)	31(%40,3)	0,524	12(%40)	63(%37,1)	0,759	15(%57,7)	60(%34,5)	0,023
Katılmıyorum/ Fikrim yok	79(%64,2)	46(%59,7)		18(%60)	107(%62,9)		11(%42,3)	114(%65,5)	
51. Aljinatlar hidrofilik jel formu ile yara yatağındaki eksudayı azaltarak nemli bir ortam sağlarlar.									
Katılıyorum	51(%41,5)	38(%49,4)	0,275	14(%46,7)	75(%44,1)	0,796	20(%76,9)	69(%39,7)	0,000
Katılmıyorum/ Fikrim yok	72(%58,5)	39(%50,6)		16(%53,3)	95(%55,9)		6(%23,1)	105(%60,3)	
52. Hidrofiberler aljinatlara göre yaklaşık 3 kat daha fazla sıvı tutarlar. Orta ve ağır eksudalı yaralarda kullanımı önerilir.									
Katılıyorum	44(%35,8)	34(%44,2)	0,237	11(%36,7)	67(%39,4)	0,776	16(%61,5)	62(%35,6)	0,012

Katılmıyorum/ Fikrim yok	79(%64,2)	43(%55,8)		19(%63,3)	103(%60,6)		10(%38,5)	112(%64,4)	
53. Aljinat ve hidrofiber örtüler çıkarılırken travmayı azaltmak için salin veya steril su ile ıslatılarak çıkarılmalıdır.									
Katılıyorum	65(%52,8)	41(%53,2)	0,956	14(%46,7)	92(%54,1)	0,451	20(%76,9)	86(%49,4)	0,009
Katılmıyorum/ Fikrim yok	58(%47,2)	36(%46,8)		16(%53,3)	78(%45,9)		6(%23,1)	88(%50,6)	
54. Aljinat ve köpükler orta ila büyük miktarda drenajı emerken, hidrokolloidler az miktarda drenajı olan yaralarda kullanılır.									
Katılıyorum	49(%39,8)	34(%44,2)	0,546	11(%36,7)	72(%42,4)	0,560	16(%61,5)	67(%38,5)	0,026
Katılmıyorum/ Fikrim yok	74(%60,2)	43(%55,8)		19(%63,3)	98(%57,6)		10(%38,5)	107(%61,5)	
55. Polimerik membran örtüler çeşitli kalınlıkta ve boyutlarda yarı geçirgen poliüretan film yapısında örtülerdir.									
Katılıyorum	51(%41,5)	43(%55,8)	0,047	16(%53,3)	78(%45,9)	0,451	18(%69,2)	76(%43,7)	0,015
Katılmıyorum/ Fikrim yok	72(%58,5)	34(%44,2)		14(%46,7)	92(%54,1)		8(%30,8)	98(%56,3)	
56. Bol eksudalı yaralarda kalın olan polimerik membran örtülerin kullanımı uygundur.									
Katılıyorum	49(%39,8)	30(%39)	0,902	12(%40)	67(%39,4)	0,952	15(%57,7)	64(%36,8)	0,042
Katılmıyorum/ Fikrim yok	74(%60,2)	47(%61)		18(%60)	103(%60,6)		11(%42,3)	110(%63,2)	
57. Aşırı eksudalı yaralarda yara çevresinde gelişebilecek maserasyonu ve sağlıklı derinin yeniden yaralanmasını önlemek amacıyla yara çevresine bariyer kremler, bariyer film tabakaları uygulanmalıdır.									
Katılıyorum	72(%58,5)	48(%62,3)	0,593	20(%66,7)	100(%58,8)	0,419	20(%76,9)	100(%57,5)	0,059
Katılmıyorum/ Fikrim yok	51(%41,5)	29(%37,7)		10(%33,3)	70(%41,2)		6(%23,1)	74(%42,5)	
58. Kompozit örtüler tek bir örtü üzerine fiziksel ilavelerle yapılmış ürünlerdir, aljinat sünger, hidrokolloid veya hidrojen tabakaları içerebilir. Bariyer tabakası oluşturur ve yapışmaz.									
Katılıyorum	56(%45,5)	34(%44,2)	0,849	16(%53,3)	74(%43,5)	0,320	14(%53,8)	76(%43,7)	0,331
Katılmıyorum/ Fikrim yok	67(%54,5)	43(%55,8)		14(%46,7)	96(%56,5)		12(%46,2)	98(%56,3)	
59. Transparan yara örtüleri yarı geçirgen olup yarayı nemli tutar, bakteriyel kontaminasyona engel olur ve nekrotik doku otolizine yardımcı olurlar.									
Katılıyorum	66(%53,7)	39(%50,6)	0,678	18(%60)	87(%51,2)	0,372	20(%76,9)	85(%48,9)	0,008
Katılmıyorum/ Fikrim yok	57(%46,3)	38(%49,4)		12(%40)	83(%48,8)		6(%23,1)	89(%51,1)	
60. Kollajen ve hyalüronik asit içeren ürünler granülasyon dokusu oluşumunda hücreler için kemotaksikdir ve eksuda emici özellikleri vardır.									

Katılıyorum	58(%47,2)	42(%54,5)	0,309	18(%60)	82(%48,2)	0,235	18(%69,2)	82(%47,1)	0,036
Katılmıyorum/ Fikrim yok	65(%52,8)	35(%45,5)		12(%40)	88(%51,8)		8(%30,8)	92(%52,9)	
61. Derin veya tünelli yaralarda, derinliğe uygun şekilde tünel ve poşları dolduracak pansuman yapılması gereklidir.									
Katılıyorum	82(%66,7)	56(%72,7)	0,367	23(%76,7)	115(%67,6)	0,325	21(%80,8)	117(%67,2)	0,182*
Katılmıyorum/ Fikrim yok	41(%33,3)	21(%27,3)		7(%23,3)	55(%32,4)		5(%19,2)	57(%32,8)	
62. Polimerik membran örtüler, aljinatlar, hidrofiberler, hidrojel derin yaraların pansumanı için kullanılabilir.									
Katılıyorum	51(%41,5)	33(%42,9)	0,846	17(%56,7)	67(%39,4)	0,077	14(%53,8)	70(%40,2)	0,189
Katılmıyorum/ Fikrim yok	72(%58,5)	44(%57,1)		13(%43,3)	103(%60,6)		12(%46,2)	104(%59,8)	
63. Antibakteriyel örtüler yarada kritik bakteri kolonizasyonu aşamasından itibaren kullanılabilirler.									
Katılıyorum	73(%59,3)	52(%67,5)	0,245	18(%60)	107(%62,9)	0,759	17(%65,4)	108(%62,1)	0,745
Katılmıyorum/ Fikrim yok	50(%40,7)	25(%32,5)		12(%40)	63(%37,1)		9(%34,6)	66(%37,9)	

*Fisher Exact test kullanılmıştır.

Katılımcıların verdiği cevaplar çalıştığı bölge açısından değerlendirildiğinde; bol eksudalı yaralarda maserasyonu önlemek amacıyla yapılabilecekler (57) başlığında ilçede çalışanlar lehine anlamlı düzeyde pozitif farklılık görülmüştür. Meslek yılına göre değerlendirildiğinde; kollajen ve hyalüronik asit içeren ürünlerin faydaları (60) başlığında ≤ 20 yıl çalışanlar lehine anlamlı düzeyde pozitif farklılık görülmüştür. Aile hekimliği yılına göre değerlendirildiğinde kompozit örtülerin yapısı (58) başlığında >10 yıl çalışanlar lehine anlamlı düzeyde pozitif farklılık görülmüştür (Tablo 9).

Tablo 9: Yara Bakımı ve Pansuman ile İlgili Yanıtlar

	Çalıştığı bölge			Meslek yılı			Aile hekimliği yılı		
	Şehir merkezi	İlçe	p	≤ 20 yıl	> 20 yıl	p	≤ 10 yıl	> 10 yıl	p

36. İdeal yara pansumanı yaradaki aşırı eksudayı absorbe etmeli ancak nem dengesini sağlayarak yaranın kurumasını önlemeli, yara yatağını tam kaplamalı, yaraya yapışmamalı, ağrıyı ve kokuyu azaltmalı, klinikte kolayca temin edilebilir ve kullanımı kolay öğrenilebilir olmalıdır.									
Katılıyorum	71(%88,8)	110(%91,7)	0,491	89(%89)	92(%92)	0,469	81(%87,1)	100(%93,5)	0,126
Katılmıyorum/Fikrim yok	9(%11,2)	10(%8,3)		11(%11)	8(%8)		12(%12,9)	7(%6,5)	
37. Yüzeysel yaralanmalarda (yanık, katater yarası vb.) genellikle hasar epidermise sınırlı olup nem koruyucu örtüler (okluzif veya yarı okluzif) reepitelizasyonun sağlanmasına yardımcı olur.									
Katılıyorum	61(%76,3)	100(%83,3)	0,215	80(%80)	81(%81)	0,858	72(%77,4)	89(%83,2)	0,305
Katılmıyorum/Fikrim yok	19(%23,7)	20(%16,7)		20(%20)	19(%19)		21(%22,6)	18(%16,8)	
38. Yüzeysel yaralanmalarda film örtüler, hidrokolloidler, polimerik membran örtüler tercih edilebilir.									
Katılıyorum	42(%52,5)	69(%57,5)	0,486	55(%55)	56(%56)	0,887	51(%54,8)	60(%56,1)	0,861
Katılmıyorum/Fikrim yok	38(%47,5)	51(%42,5)		45(%45)	44(%44)		42(%45,2)	47(%43,9)	
39. Film örtülerin suyu absorbe edememesinden dolayı bol eksudası olan yaralarda tek başına kullanımı önerilmez.									
Katılıyorum	44(%55)	76(%63,3)	0,239	64(%64)	56(%56)	0,248	57(%61,3)	63(%58,9)	0,728
Katılmıyorum/Fikrim yok	36(%45)	44(%36,7)		36(%36)	44(%44)		36(%38,7)	44(%41,1)	
40. Hidrokolloid örtüler yara eksudası ile karşılaşınca jel haline gelerek eksudayı absorbe eder ve mikroorganizmalara karşı bariyer oluştururlar.									
Katılıyorum	46(%57,5)	65(%54,2)	0,642	55(%55)	56(%56)	0,887	53(%57)	58(%54,2)	0,693
Katılmıyorum/Fikrim yok	34(%42,5)	55(%45,8)		45(%45)	44(%44)		40(%43)	49(%45,8)	
41. Hidrokolloid örtülerin epitelizasyon ve granülasyon dokusu aşamasında kullanımları uygundur.									
Katılıyorum	37(%46,3)	66(%55)	0,225	53(%53)	50(%50)	0,671	43(%46,2)	60(%56,1)	0,165
Katılmıyorum/Fikrim yok	43(%53,7)	54(%45)		47(%47)	50(%50)		50(%53,8)	47(%43,9)	
42. Granülasyon dokusu oluşmuş ancak hafif düzeyde eksuda bulunduran yaralarda hidrokolloid örtülerin kullanımı iyi bir seçenektir.									
Katılıyorum	35(%43,8)	65(%54,2)	0,149	46(%46)	54(%54)	0,258	42(%45,2)	58(%54,2)	0,202
Katılmıyorum/Fikrim yok	45(%56,2)	55(%45,8)		54(%54)	46(%46)		51(%54,8)	49(%45,8)	
43. Hidrokolloid örtüler granülasyon dokusunun oluşumunu destekler, epitelizasyonun başlamasına yardımcı olur aynı zamanda yara üzerindeki eksudayı sıvı emici özelliği ile ortadan kaldırır.									

Katılıyorum	38(%47,5)	64(%53,3)	0,419	54(%54)	48(%48)	0,396	48(%51,6)	54(%50,5)	0,872
Katılmıyorum/Fikrim yok	42(%52,5)	56(%46,7)		46(%46)	52(%52)		45(%48,4)	53(%49,5)	
44. Hidrokolloidler düşük ve orta derecede eksudayı absorbe eder ve otolitik debridmana yardımcıdır. Granülasyon dokusu ve epitelizasyon oluşumu aşamasında haftada 3 kez değiştirilerek kullanılması önerilir.									
Katılıyorum	33(%41,3)	48(%40)	0,860	39(%39)	42(%42)	0,666	37(%39,8)	44(%41,1)	0,848
Katılmıyorum/Fikrim yok	47(%58,7)	72(%60)		61(%61)	58(%58)		56(%60,2)	63(%58,9)	
45. Tül yara örtülerinde vazelinli veya parafinli katkı yüzeye yapışmayı engeller; bizmut, klorheksidin veya gümüş katkı maddeleri antiseptik özellik verir.									
Katılıyorum	60(%75)	83(%69,2)	0,371	69(%69)	74(%74)	0,434	65(%69,9)	78(%72,9)	0,639
Katılmıyorum/Fikrim yok	20(%25)	37(%30,8)		31(%31)	26(%26)		28(%30,1)	29(%27,1)	
46. Eskar içeren yaraların eksuda üretimi beklenmez, ideal iyileşme süreci için hidrojel gibi yara etrafında sudan zengin ortam yaratan örtüler kullanılmalıdır.									
Katılıyorum	34(%42,5)	66(%55)	0,083	54(%54)	46(%46)	0,258	48(%51,6)	52(%48,6)	0,671
Katılmıyorum/Fikrim yok	46(%57,5)	54(%45)		46(%46)	54(%54)		45(%48,4)	55(%51,4)	
47. Hidrojel örtüler %60-90 oranında su içerirler, yara etrafında nemli ortam oluşturarak yara kabuğunun yumuşamasını ve nekrotik dokuları uzaklaştırılmasını sağlarlar. Otolitik debridmanı kolaylaştırırlar.									
Katılıyorum	49(%61,3)	77(%64,2)	0,676	69(%69)	57(%57)	0,079	61(%65,6)	65(%60,7)	0,479
Katılmıyorum/Fikrim yok	31(%38,7)	43(%35,8)		31(%31)	43(%43)		32(%34,4)	42(%39,3)	
48. Bol miktarda eksuda içeren yaraların varlığında aljinat, hidrofiberler, köpükler ve polimerik membran örtüler gibi absorpsiyon kapasitesi yüksek ürünlerin kullanımı önerilir.									
Katılıyorum	50(%62,5)	75(%62,5)	1,000	66(%66)	59(%59)	0,307	61(%65,6)	64(%59,8)	0,400
Katılmıyorum/Fikrim yok	30(%37,5)	45(%37,5)		34(%34)	41(%41)		32(%34,4)	43(%40,2)	
49. Kalsiyum aljinat örtüler ağırlıklarının yaklaşık 20 katı kadar sıvı absorbe edebildikleri için orta ve ağır eksudalı yaralarda kullanımı uygundur.									
Katılıyorum	36(%45)	61(%50,8)	0,419	51(%51)	46(%46)	0,479	49(%52,7)	48(%44,9)	0,269
Katılmıyorum/Fikrim yok	44(%55)	59(%49,2)		49(%49)	54(%54)		44(%47,3)	59(%55,1)	

50. Aljınatlar günlerce yara üzerinde kalabildiklerinden daha az sıklıkta pansuman değişimi gerektirirler.									
Katılıyorum	27(%33,8)	48(%40)	0,371	39(%39)	36(%36)	0,661	40(%43)	35(%32,7)	0,133
Katılmıyorum/Fikrim yok	53(%66,2)	72(%60)		61(%61)	64(%64)		53(%57)	72(%67,3)	
51. Aljınatlar hidrofilik jel formu ile yara yatağındaki eksudayı azaltarak nemli bir ortam sağlarlar.									
Katılıyorum	34(%42,5)	55(%45,8)	0,642	43(%43)	46(%46)	0,669	39(%41,9)	50(%46,7)	0,496
Katılmıyorum/Fikrim yok	46(%57,5)	65(%54,2)		57(%57)	54(%54)		54(%58,1)	57(%53,3)	
52. Hidrofiberler aljınatlara göre yaklaşık 3 kat daha fazla sıvı tutarlar. Orta ve ağır eksudalı yaralarda kullanımı önerilir.									
Katılıyorum	26(%32,5)	52(%43,3)	0,124	37(%37)	41(%41)	0,562	34(%36,6)	44(%41,1)	0,509
Katılmıyorum/Fikrim yok	54(%67,5)	68(%56,7)		63(%63)	59(%59)		59(%63,4)	63(%58,9)	
53. Aljınat ve hidrofiber örtüler çıkarılırken travmayı azaltmak için salin veya steril su ile ıslatılarak çıkarılmalıdır.									
Katılıyorum	37(%46,3)	69(%57,5)	0,118	53(%53)	53(%53)	1,000	44(%47,3)	62(%57,9)	0,133
Katılmıyorum/Fikrim yok	43(%53,7)	51(%42,5)		47(%47)	47(%47)		49(%52,7)	45(%42,1)	
54. Aljınat ve köpükler orta ila büyük miktarda drenajı emerken, hidrokolloidler az miktarda drenajı olan yaralarda kullanılır.									
Katılıyorum	31(%38,8)	52(%43,3)	0,519	46(%46)	37(%37)	0,196	40(%43)	43(%40,2)	0,686
Katılmıyorum/Fikrim yok	49(%61,2)	68(%56,7)		54(%54)	63(%63)		53(%57)	64(%59,8)	
55. Polimerik membran örtüler çeşitli kalınlıkta ve boyutlarda yarı geçirgen poliüretan film yapısında örtülerdir.									
Katılıyorum	34(%42,5)	60(%50)	0,298	53(%53)	41(%41)	0,089	42(%45,2)	52(%48,6)	0,627
Katılmıyorum/Fikrim yok	46(%57,5)	60(%50)		47(%47)	59(%59)		51(%54,8)	55(%51,4)	
56. Bol eksudalı yaralarda kalın olan polimerik membran örtülerin kullanımı uygundur.									
Katılıyorum	30(%37,5)	49(%40,8)	0,637	37(%37)	42(%42)	0,470	31(%33,3)	48(%44,9)	0,096
Katılmıyorum/Fikrim yok	50(%62,5)	71(%59,2)		63(%63)	58(%58)		62(%66,7)	59(%55,1)	
57. Aşırı eksudalı yaralarda yara çevresinde gelişebilecek maserasyonu ve sağlıklı derinin yeniden yaralanmasını önlemek amacıyla yara çevresine bariyer kremler, bariyer film tabakaları uygulanmalıdır.									
Katılıyorum	39(%48,8)	81(%67,5)	0,008	64(%64)	56(%56)	0,248	56(%60,2)	64(%59,8)	0,954
Katılmıyorum/Fikrim yok	41(%51,2)	39(%32,5)		36(%36)	44(%44)		37(%39,8)	43(%40,2)	

58. Kompozit örtüler tek bir örtü üzerine fiziksel ilavelerle yapılmış ürünlerdir, aljinat sünger, hidrokolloid veya hidrojen tabakaları içerebilir. Bariyer tabakası oluşturur ve yapışmaz.									
Katılıyorum	37(%46,3)	53(%44,2)	0,772	41(%41)	49(%49)	0,256	34(%36,6)	56(%52,3)	0,025
Katılmıyorum/Fikrim yok	43(%53,7)	67(%55,8)		59(%59)	51(%51)		59(%63,4)	51(%47,7)	
59. Transparan yara örtüleri yarı geçirgen olup yarayı nemli tutar, bakteriyel kontaminasyona engel olur ve nekrotik doku otolizine yardımcı olurlar.									
Katılıyorum	41(%51,2)	64(%53,3)	0,773	56(%56)	49(%49)	0,322	45(%48,4)	60(%56,1)	0,278
Katılmıyorum/Fikrim yok	39(%48,8)	56(%46,7)		44(%44)	51(%51)		48(%51,6)	47(%43,9)	
60. Kollajen ve hyalüronik asit içeren ürünler granülasyon dokusu oluşumunda hücreler için kemotaksiktir ve eksuda emici özellikleri vardır.									
Katılıyorum	38(%47,5)	62(%51,7)	0,564	57(%57)	43(%43)	0,048	51(%54,8)	49(%45,8)	0,202
Katılmıyorum/Fikrim yok	42(%52,5)	58(%48,3)		43(%43)	57(%57)		42(%45,2)	58(%54,2)	
61. Derin veya tünelli yaralarda, derinliğe uygun şekilde tünel ve poşları dolduracak pansuman yapılması gereklidir.									
Katılıyorum	54(%67,5)	84(%70)	0,708	71(%71)	67(%67)	0,541	66(%71)	72(%67,3)	0,575
Katılmıyorum/Fikrim yok	26(%32,5)	36(%30)		29(%29)	33(%33)		27(%29)	35(%32,7)	
62. Polimerik membran örtüler, aljinatlar, hidrofiberler, hidrojeller derin yaraların pansumanı için kullanılabilir.									
Katılıyorum	32(%40)	52(%43,3)	0,640	42(%42)	42(%42)	1,000	39(%41,9)	45(%42,1)	0,986
Katılmıyorum/Fikrim yok	48(%60)	68(%56,7)		58(%58)	58(%58)		54(%58,1)	62(%57,9)	
63. Antibakteriyel örtüler yarada kritik bakteri kolonizasyonu aşamasından itibaren kullanılabilirler.									
Katılıyorum	43(%53,8)	82(%68,3)	0,037	67(%67)	58(%58)	0,189	58(%62,4)	67(%62,6)	0,971
Katılmıyorum/Fikrim yok	37(%46,2)	38(%31,7)		33(%33)	42(%42)		35(%37,6)	40(%37,4)	

4.4. Katılımcıların Yara Tipleri ile İlgili Verdikleri Cevapların Dağılımı

4.4.1. Katılımcıların Bası Yarası ile İlgili Verdikleri Cevapların Dağılımı

Katılımcıların bası yarası hakkındaki bilgi düzeyleri değerlendirildiğinde; uzmanlık eğitimi alma durumuna göre evre 2 bası yarası tanımı (65), evre 4 bası yarası tanımı (67), derecelendirilemeyen bası yarası (68) başlıklarında anlamlı düzeyde pozitif farklılık görülmüştür. Kronik yara eğitimi alma durumuna göre; derecelendirilemeyen bası yarası (68) başlığında anlamlı düzeyde pozitif farklılık görülmüştür (Tablo 10).

Tablo 10: Bası Yarası ile İlgili Yanıtlar

	Cinsiyet		P	Uzman Eğitimi Alma		p	Kr. Yara Eğitimi Alma Durumu		p
	Erkek	Kadın		Evet	Hayır		Evet	Hayır	
64. Evre 1 basınç yarasında cilt sağlamdır ancak baskı uygulandığında rengi değişmeyen kızarıklık mevcuttur.									
Katılıyorum	90(%73,2)	61(%79,2)	0,333	25(%83,3)	126(%74,1)	0,360*	23(%88,5)	128(%73,6)	0,141*
Katılmıyorum/ Fikrim yok	33(%26,8)	16(%20,8)		5(%16,7)	44(%25,9)		3(%11,5)	46(%26,4)	
65. Evre 2 bası yarasında cilt kısmi kaybedilmiş ve dermis açığa çıkmıştır.									
Katılıyorum	90(%73,2)	60(%77,9)	0,450	27(%90)	123(%72,4)	0,041*	23(%88,5)	127(%73)	0,143*
Katılmıyorum/ Fikrim yok	33(%26,8)	17(%22,1)		3(%10)	47(%27,6)		3(%11,5)	47(%27)	
66. Evre 3 basınç yarasında cildin tam kat kaybı mevcuttur ancak fasya, kas, tendon, ligament, kıkırdak veya kemik açıkta kalmaz.									
Katılıyorum	84(%68,3)	61(%79,2)	0,092	26(%86,7)	119(%70)	0,075*	23(%88,5)	122(%70,1)	0,060*
Katılmıyorum/ Fikrim yok	39(%31,7)	16(%20,8)		4(%13,3)	51(%30)		3(%11,5)	52(%29,9)	
67. Evre 4 bası yarasında fasya, kas, tendon, ligament, kıkırdak veya kemiğin açıkça görülebildiği veya dokunarak hissedilebildiği tam katmanlı deri ve doku									

kaybı vardır.									
Katılıyorum	88(%71,5)	60(%77,9)	0,317	27(%90)	121(%71,2)	0,040*	23(%88,5)	125(%71,8)	0,093*
Katılmıyorum/ Fikrim yok	35(%28,5)	17(%22,1)		3(%10)	49(%28,8)		3(%11,5)	49(%28,2)	
68. Derecelendirilemeyen bası yarasında nekrotik materyal çıkarılırsa 3. veya 4. derece bası yarası ortaya çıkacaktır.									
Katılıyorum	66(%53,7)	46(%59,7)	0,399	25(%83,3)	87(%51,2)	0,001*	21(%80,8)	91(%52,3)	0,006*
Katılmıyorum/ Fikrim yok	57(%46,3)	31(%40,3)		5(%16,7)	83(%48,8)		5(%19,2)	83(%47,7)	
69. Bası yarası olan hastalar kemik çıkıntıları üzerindeki basıncı önlemek için sık sık pozisyon değiştirmelidir.									
Katılıyorum	97(%78,9)	64(%83,1)	0,460	28(%93,3)	133(%78,2)	0,077*	24(%92,3)	137(%78,7)	0,119*
Katılmıyorum/ Fikrim yok	26(%21,1)	13(%16,9)		2(%6,7)	37(%21,8)		2(%7,7)	37(%21,3)	
70. Bası yarasında yara örtüleri iyileşmeyi teşvik etmek için uygulanmalıdır.									
Katılıyorum	78(%63,4)	48(%62,3)	0,878	21(%70)	105(%61,8)	0,389	19(%73,1)	107(%61,5)	0,254
Katılmıyorum/ Fikrim yok	45(%36,6)	29(%37,7)		9(%30)	65(%38,2)		7(%26,9)	67(%38,5)	

*Fisher Exact test kullanılmıştır.

Bası yarası bilgisi ile ilgili cevaplar katılımcıların çalıştığı bölge, meslekteki yılı, aile hekimliği yılı değişkenleri açısından değerlendirildiğinde anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir. İlgili sorulara verilen yanıt yüzdeleri tüm değişkenler için genel olarak benzer oranlarda izlenmiştir (Tablo 10).

Tablo 10: Bası Yarası ile İlgili Yanıtlar

	Çalıştığı bölge		p	Meslek yılı		p	Aile hekimliği yılı		p
	Şehir merkezi	İlçe		≤ 20 yıl	> 20 yıl		≤ 10 yıl	> 10 yıl	
64. Evre 1 basınç yarasında cilt sağlamdır ancak bası uygulandığında rengi değişmeyen kızarıklık mevcuttur.									
Katılıyorum	58(%72,5)	93(%77,5)	0,421	74(%74)	77(%77)	0,622	68(%73,1)	83(%77,6)	0,465

Katılmıyorum/Fikrim yok	22(%27,5)	27(%22,5)		26(%26)	23(%23)		25(%26,9)	24(%22,4)	
65. Evre 2 bası yarasında cilt kısmi kaybedilmiş ve dermis açığa çıkmıştır.									
Katılıyorum	58(%72,5)	92(%76,7)	0,505	71(%71)	79(%79)	0,191	65(%69,9)	85(%79,4)	0,120
Katılmıyorum/Fikrim yok	22(%27,5)	28(%23,3)		29(%29)	21(%21)		28(%30,1)	22(%20,6)	
66. Evre 3 basınç yarasında cildin tam kat kaybı mevcuttur ancak fasya, kas, tendon, ligament, kırıldak veya kemik açıkta kalmaz.									
Katılıyorum	57(%71,3)	88(%73,3)	0,747	76(%76)	69(%69)	0,268	66(%71)	79(%73,8)	0,651
Katılmıyorum/Fikrim yok	23(%28,7)	32(%26,7)		24(%24)	31(%31)		27(%29)	28(%26,2)	
67. Evre 4 bası yarasında fasya, kas, tendon, ligament, kırıldak veya kemiğin açıkça görülebildiği veya dokunarak hissedilebildiği tam katmanlı deri ve doku kaybı vardır.									
Katılıyorum	57(%71,3)	91(%75,8)	0,469	75(%75)	73(%73)	0,747	68(%73,1)	80(%74,8)	0,791
Katılmıyorum/Fikrim yok	23(%28,7)	29(%24,2)		25(%25)	27(%27)		25(%26,9)	27(%25,2)	
68. Derecelendirilemeyen bası yarasında nekrotik materyal çıkarılırsa 3. veya 4. derece bası yarası ortaya çıkacaktır.									
Katılıyorum	47(%58,8)	65(%54,2)	0,522	60(%60)	52(%52)	0,254	58(%62,4)	54(%50,5)	0,091
Katılmıyorum/Fikrim yok	33(%41,2)	55(%45,8)		40(%40)	48(%48)		35(%37,6)	53(%49,5)	
69. Bası yarası olan hastalar kemik çıkıntıları üzerindeki basıncı önlemek için sık sık pozisyon değiştirmelidir.									
Katılıyorum	62(%77,5)	99(%82,5)	0,382	83(%83)	78(%78)	0,372	77(%82,8)	84(%78,5)	0,445
Katılmıyorum/Fikrim yok	18(%22,5)	21(%17,5)		17(%17)	22(%22)		16(%17,2)	23(%21,5)	
70. Bası yarasında yara örtüleri iyileşmeyi teşvik etmek için uygulanmalıdır.									
Katılıyorum	51(%63,7)	75(%62,5)	0,858	68(%68)	58(%58)	0,143	64(%68,8)	62(%57,9)	0,112
Katılmıyorum/Fikrim yok	29(%36,3)	45(%37,5)		32(%32)	42(%42)		29(%31,2)	45(%42,1)	

4.4.2. Katılımcıların İskemik Yaralar ile İlgili Verdikleri Cevapların Dağılımı

Katılımcıların iskemik yaralar hakkındaki bilgi düzeyleri değerlendirildiğinde kronik yara eğitimi alanlarda; iskemik yaraların etkilediği bölgeler (77) başlığında anlamlı düzeyde pozitif farklılık görülmüştür. Bakılan diğer değişkenler açısından iskemik yaralar hakkında anlamlı farklılık görülmemiştir (Tablo 11).

Tablo 11: İskemik Yaralar ile İlgili Yanıtlar

	Cinsiyet		P	Uzman Eğitimi Alma		p	Kr. Yara Eğitimi Alma Durumu		p
	Erkek	Kadın		Evet	Hayır		Evet	Hayır	
71. Arteriyel yaralarda eksüda (akıntı) azdır.									
Katılıyorum	52(%42,3)	35(%45,5)	0,659	11(%36,7)	76(%44,7)	0,413	10(%38,5)	77(%44,3)	0,578
Katılmıyorum/ Fikrim yok	71(%57,7)	42(%54,5)		19(%63,3)	94(%55,3)		16(%61,5)	97(%55,7)	
72. Arteriyel hastalıkta ayak sıcaklığı genellikle düşüktür.									
Katılıyorum	88(%71,5)	57(%74)	0,702	21(%70)	124(%72,9)	0,739	22(%84,6)	123(%70,7)	0,163*
Katılmıyorum/ Fikrim yok	35(%28,5)	20(%26)		9(%30)	46(%27,1)		4(%15,4)	51(%29,3)	
73. Arteriyel hastalıklarda yürüme ve egzersizle artan ağrı görülür.									
Katılıyorum	98(%79,7)	56(%72,7)	0,256	24(%80)	130(%76,5)	0,672	22(%84,6)	132(%75,9)	0,455*
Katılmıyorum/ Fikrim yok	25(%20,3)	21(%27,3)		6(%20)	40(%23,5)		4(%15,4)	42(%24,1)	
74. Arteriyel hastalıklarda cilt ince ve parlak, kıl büyümesi azıftır.									
Katılıyorum	87(%70,7)	59(%76,6)	0,361	25(%83,3)	121(%71,2)	0,189*	22(%84,6)	124(%71,3)	0,235*
Katılmıyorum/ Fikrim yok	36(%29,3)	18(%23,4)		5(%16,7)	49(%28,8)		4(%15,4)	50(%28,7)	
75. Arteriyel ülserlerin tabanı genellikle soluktur ve akıntı azdır.									

Katılıyorum	70(%56,9)	43(%55,8)	0,882	16(%53,3)	97(%57,1)	0,704	18(%69,2)	95(%54,6)	0,160
Katılmıyorum/ Fikrim yok	53(%43,1)	34(%44,2)		14(%46,7)	73(%42,9)		8(%30,8)	79(%45,4)	
76. İskemik ülserlerde sıkı kıyafetlerden kaçınmak önerilir.									
Katılıyorum	103(%83,7)	61(%79,2)	0,418	26(%86,7)	138(%81,2)	0,610*	24(%92,3)	140(%80,5)	0,178*
Katılmıyorum/ Fikrim yok	20(%16,3)	16(%20,8)		4(%13,3)	32(%18,8)		2(%7,7)	34(%19,5)	
77. Arteriyel ülserler sıklıkla ekstremitelerin uç kısmını etkileyen derin, yuvarlak şekilli ve keskin yara sınırları ile karakterizedir.									
Katılıyorum	73(%59,3)	48(%62,3)	0,674	22(%73,3)	99(%58,2)	0,119	21(%80,8)	100(%57,5)	0,030*
Katılmıyorum/ Fikrim yok	50(%40,7)	29(%37,7)		8(%26,7)	71(%41,8)		5(%19,2)	74(%42,5)	
78. Arteriyel ülserlerde yaradan kaynaklanan septik bir durum olmadıkça nekrotik ve fibrin dokuları içeren cansız dokuların debridmanı, revaskülarizasyon sonrasında yapılmalıdır.									
Katılıyorum	62(%50,4)	42(%54,5)	0,569	16(%53,3)	88(%51,8)	0,874	16(%61,5)	88(%50,6)	0,297
Katılmıyorum/ Fikrim yok	61(%49,6)	35(%45,5)		14(%46,7)	82(%48,2)		10(%38,5)	86(%49,4)	

*Fisher Exact

Katılımcıların iskemik yaralar hakkındaki bilgi düzeyleri çalıştığı bölge, meslekteki yılı, aile hekimliği yılı değişkenleri açısından değerlendirildiğinde verilen yanıtlarda anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir (Tablo 11).

Tablo 11: İskemik Yaralar ile İlgili Yanıtlar

	Çalıştığı bölge		p	Meslek yılı		p	Aile hekimliği yılı		p
	Şehir merkezi	İlçe		≤ 20 yıl	> 20 yıl		≤ 10 yıl	> 10 yıl	
71. Arteriyel yaralarda eksüda (akıntı) azdır.									
Katılıyorum	35(%43,8)	52(%43,3)	0,954	39(%39)	48(%48)	0,199	39(%41,9)	48(%44,9)	0,677
Katılmıyorum/Fikrim yok	45(%56,2)	68(%56,7)		61(%61)	52(%52)		54(%58,1)	59(%55,1)	

72. Arteriyel hastalıkta ayak sıcaklığı genellikle düşüktür.									
Katılıyorum	57(%71,3)	88(%73,3)	0,747	75(%75)	70(%70)	0,428	69(%74,2)	76(%71)	0,617
Katılmıyorum/Fikrim yok	23(%28,7)	32(%26,7)		25(%25)	30(%30)		24(%25,8)	31(%29)	
73. Arteriyel hastalıklarda yürüme ve egzersizle artan ağrı görülür.									
Katılıyorum	61(%76,3)	93(%77,5)	0,837	72(%72)	82(%82)	0,093	68(%73,1)	86(%80,4)	0,224
Katılmıyorum/Fikrim yok	19(%23,7)	27(%22,5)		28(%28)	18(%18)		25(%26,9)	21(%19,6)	
74. Arteriyel hastalıklarda cilt ince ve parlak, kıl büyümesi azıftır.									
Katılıyorum	57(%71,3)	89(%74,2)	0,649	73(%73)	73(%73)	1,000	64(%68,8)	82(%76,6)	0,214
Katılmıyorum/Fikrim yok	23(%28,7)	31(%25,8)		27(%27)	27(%27)		29(%31,2)	25(%23,4)	
75. Arteriyel ülserlerin tabanı genellikle soluktur ve akıntı azdır.									
Katılıyorum	44(%55)	69(%57,5)	0,727	55(%55)	58(%58)	0,669	48(%51,6)	65(%60,7)	0,194
Katılmıyorum/Fikrim yok	36(%45)	51(%42,5)		45(%45)	42(%42)		45(%48,4)	42(%39,3)	
76. İskemik ülserlerde sıkı kıyafetlerden kaçınmak önerilir.									
Katılıyorum	68(%85)	94(%80)	0,367	78(%78)	86(%86)	0,141	75(%80,6)	89(%83,2)	0,642
Katılmıyorum/Fikrim yok	12(%15)	24(%20)		22(%22)	14(%14)		18(%19,4)	18(%16,8)	
77. Arteriyel ülserler sıklıkla ekstremitelerin uç kısmını etkileyen derin, yuvarlak şekilli ve keskin yara sınırları ile karakterizedir.									
Katılıyorum	53(%66,3)	68(%56,7)	0,174	62(%62)	59(%59)	0,664	55(%59,1)	66(%61,7)	0,714
Katılmıyorum/Fikrim yok	27(%33,7)	52(%43,3)		38(%38)	41(%41)		38(%40,9)	41(%38,3)	
78. Arteriyel ülserlerde yaradan kaynaklanan septik bir durum olmadıkça nekrotik ve fibrin dokuları içeren cansız dokuların debridmanı, revaskülarizasyon sonrasında yapılmalıdır.									
Katılıyorum	39(%48,8)	65(%54,2)	0,453	53(%53)	51(%51)	0,777	49(%52,7)	55(%51,4)	0,856
Katılmıyorum/Fikrim yok	41(%51,2)	55(%45,8)		47(%47)	49(%49)		44(%47,3)	52(%48,6)	

4.4.3. Katılımcıların Venöz Yara ile İlgili Verdikleri Cevapların Dağılımı

Katılımcıların venöz yaralar hakkındaki bilgi düzeyleri değerlendirildiğinde uzmanlık eğitimi alma durumuna göre venöz yaralarda nüksü önlemek için dikkat edilmesi gerekenler (82), venöz yaraların görünümü (84) ve uygun kompresyon tedavisi (85) başlıklarında anlamlı düzeyde pozitif farklılık görülmüştür. . Kronik yara eğitimi alma durumuna göre; uygun kompresyon tedavisi (85), kompresyon tedavisinde kullanılacak ürünler (86) ve venöz yaralarda eksuda durumuna göre kullanılacak örtüler (90) başlıklarında anlamlı düzeyde pozitif farklılık görülmüştür (Tablo 12).

Tablo 12: Venöz Yara ile İlgili Yanıtlar

	Cinsiyet		P	Uzman Eğitimi Alma			p	Kr. Yara Eğitimi Alma Durumu		p
	Erkek	Kadın		Evet	Hayır	Evet		Hayır		
79. Venöz staz, venöz ülserasyonun önde gelen risk faktörlerindedir.										
Katılıyorum	94(%76,4)	67(%87)	0,066	26(%86,7)	135(%79,4)	0,458*	23(%88,5)	138(%79,3)	0,425*	
Katılmıyorum/ Fikrim yok	29(%23,6)	10(%13)		4(%13,3)	35(%20,6)		3(%11,5)	36(%20,7)		
80. Venöz ülserler genellikle yüzeyledir ve eksüdasyon (akıntı) çoktur.										
Katılıyorum	79(%64,2)	54(%70,1)	0,389	23(%76,7)	110(%64,7)	0,201	20(%76,9)	113(%64,9)	0,227	
Katılmıyorum/ Fikrim yok	44(%35,8)	23(%29,9)		7(%23,3)	60(%35,3)		6(%23,1)	61(%35,1)		
81. Venöz hastalıkta ayak sıcaklığı genellikle artmıştır.										
Katılıyorum	82(%66,7)	59(%76,6)	0,133	24(%80)	117(%68,8)	0,216	22(%84,6)	119(%68,4)	0,109*	
Katılmıyorum/ Fikrim yok	41(%33,3)	18(%23,4)		6(%20)	53(%31,2)		4(%15,4)	55(%31,6)		
82. Venöz ülserasyonun nüks oranı yüksek olduğundan hastaların sürekli sıkıştırma/kompresyon tedavisi yapması ve bacakları yüksekte tutması gerekmektedir.										
Katılıyorum	87(%70,7)	58(%75,3)	0,479	27(%90)	118(%69,4)	0,025*	23(%88,5)	122(%70,1)	0,060*	

Katılmıyorum/ Fikrim yok	36(%29,3)	19(%24,7)		3(%10)	52(%30,6)		3(%11,5)	52(%29,9)	
83. Venöz hastalıkta nabızlar palpe edilebilir.									
Katılıyorum	84(%68,3)	59(%76,6)	0,204	25(%83,3)	118(%69,4)	0,131*	22(%84,6)	121(%69,5)	0,161*
Katılmıyorum/ Fikrim yok	39(%31,7)	18(%23,4)		5(%16,7)	52(%30,6)		4(%15,4)	53(%30,5)	
84. Venöz ülserlerde yara tabanı kırmızıdır ve çok eksüdatiftir (akıntılı).									
Katılıyorum	69(%56,1)	53(%68,8)	0,072	24(%80)	98(%57,6)	0,021	19(%73,1)	103(%59,2)	0,176
Katılmıyorum/ Fikrim yok	54(%43,9)	24(%31,2)		6(%20)	72(%42,4)		7(%26,9)	71(%40,8)	
85. Kompresyon tedavisi sürekli, tutarlı ve konforlu olmalıdır.									
Katılıyorum	95(%77,2)	63(%81,8)	0,439	29(%96,7)	129(%75,9)	0,007*	26(%100)	132(%75,9)	0,002*
Katılmıyorum/ Fikrim yok	28(%22,8)	14(%18,2)		1(%3,3)	41(%24,1)		0(%0)	42(%24,1)	
86. Kompresyon tedavisi bandajlar, basınçlı çoraplar ve aralıklı pnömotik pompalar ile yapılabilir.									
Katılıyorum	92(%74,8)	61(%79,2)	0,473	26(%86,7)	127(%74,7)	0,241*	24(%92,3)	129(%74,1)	0,047*
Katılmıyorum/ Fikrim yok	31(%25,2)	16(%20,8)		4(%13,3)	43(%25,3)		2(%7,7)	45(%25,9)	
87. Kompresyon çoraplarının basınçları bilekten uyluğa doğru azalmalıdır.									
Katılıyorum	76(%61,8)	57(%74)	0,074	22(%73,3)	111(%65,3)	0,390	18(%69,2)	115(%66,1)	0,752
Katılmıyorum/ Fikrim yok	47(%38,2)	20(%26)		8(%26,7)	59(%34,7)		8(%30,8)	59(%33,9)	
88. Kompresyon tedavisi uygulanan hastada venöz ülser kompresyon çorabı veya bandajının altında uygun pasif örtü ile kapatılmalıdır.									
Katılıyorum	72(%58,5)	54(%70,1)	0,098	21(%70)	105(%61,8)	0,389	16(%61,5)	110(%63,2)	0,869
Katılmıyorum/ Fikrim yok	51(%41,5)	23(%29,9)		9(%30)	65(%38,2)		10(%38,5)	64(%36,8)	
89. Yaranın karakterine göre venöz ülserlerde hidrokolloid, köpük, aljinat, hidrojel veya kadoksimer iodin ürünler kullanılmaktadır.									
Katılıyorum	65(%52,8)	40(%51,9)	0,902	15(%50)	90(%52,9)	0,766	16(%61,5)	89(%51,1)	0,322
Katılmıyorum/ Fikrim yok	58(%47,2)	37(%48,1)		15(%50)	80(%47,1)		10(%38,5)	85(%48,9)	
90. Venöz ülserlerde eksuda az ise hidrokolloid, orta eksudalı ve granüle ise köpük, ağır eksudalı olgularda ise aljinat veya hidrofiber pansuman malzemesi seçilmelidir.									
Katılıyorum	60(%48,8)	44(%57,1)	0,249	15(%50)	89(%52,4)	0,812	21(%80,8)	83(%47,7)	0,002*

Katılmıyorum/ Fikrim yok	63(%51,2)	33(%42,9)		15(%50)	81(%47,6)		5(%19,2)	91(%52,3)	
--------------------------	-----------	-----------	--	---------	-----------	--	----------	-----------	--

*Fisher Exact test kullanılmıştır.

Katılımcıların verdiği cevaplar çalıştığı bölge açısından değerlendirildiğinde; venöz yaraların karakterine göre kullanılabilir ürünler (89) başlığında ilçede çalışanlar lehine anlamlı düzeyde pozitif farklılık görülmüştür. Meslek yılına göre değerlendirildiğinde; venöz hastalıkta nabızların palpasyonu (83) başlığında ≤ 20 yıl çalışanlarda anlamlı düzeyde pozitif farklılık görülmüştür. Aile hekimliği yılına göre değerlendirildiğinde verilen yanıtlarda anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir (Tablo 12).

Tablo 12: Venöz Yara ile İlgili Yanıtlar

	Çalıştığı bölge		p	Meslek yılı		p	Aile hekimliği yılı		p
	Şehir merkezi	İlçe		≤ 20 yıl	> 20 yıl		≤ 10 yıl	> 10 yıl	
79. Venöz staz, venöz ülserasyonun önde gelen risk faktörlerindedir.									
Katılıyorum	63(%78,8)	98(%81,7)	0,610	85(%85)	76(%76)	0,108	77(%82,8)	84(%78,5)	0,445
Katılmıyorum/Fikrim yok	17(%21,2)	22(%18,3)		15(%15)	24(%24)		16(%17,2)	23(%21,5)	
80. Venöz ülserler genellikle yüzeyledir ve eksüstasyon (akıntı) çoktur.									
Katılıyorum	51(%63,7)	82(%68,3)	0,501	66(%66)	67(%67)	0,881	58(%62,4)	75(%70,1)	0,248
Katılmıyorum/Fikrim yok	29(%36,3)	38(%31,7)		34(%34)	33(%33)		35(%37,6)	32(%29,9)	
81. Venöz hastalıkta ayak sıcaklığı genellikle artmıştır.									
Katılıyorum	56(%70)	85(%70,8)	0,899	73(%73)	68(%68)	0,438	62(%66,7)	79(%73,8)	0,268
Katılmıyorum/Fikrim yok	24(%30)	35(%29,2)		27(%27)	32(%32)		31(%33,3)	28(%26,2)	
82. Venöz ülserasyonun nüks oranı yüksek olduğundan hastaların sürekli sıkıştırma/kompresyon tedavisi yapması ve bacakları yüksekte tutması gerekmektedir.									
Katılıyorum	62(%77,5)	83(%69,2)	0,196	76(%76)	69(%69)	0,268	69(%74,2)	76(%71)	0,617
Katılmıyorum/Fikrim yok	18(%22,5)	37(%30,8)		24(%24)	31(%31)		24(%25,8)	31(%29)	
83. Venöz hastalıkta nabızlar palpe edilebilir.									

Katılıyorum	55(%68,8)	88(%73,3)	0,482	79(%79)	64(%64)	0,019	70(%75,3)	73(%68,2)	0,271
Katılmıyorum/Fikrim yok	25(%31,2)	32(%26,7)		21(%21)	36(%36)		23(%24,7)	34(%31,8)	
84. Venöz ülserlerde yara tabanı kırmızıdır ve çok eksüdatiftir (akıntılı).									
Katılıyorum	48(%60)	74(%61,7)	0,813	62(%62)	60(%60)	0,772	53(%57)	69(%64,5)	0,278
Katılmıyorum/Fikrim yok	32(%40)	46(%38,3)		38(%38)	40(%40)		40(%43)	38(%35,5)	
85. Kompresyon tedavisi sürekli, tutarlı ve konforlu olmalıdır.									
Katılıyorum	63(%78,8)	95(%79,2)	0,943	79(%79)	79(%79)	1,000	75(%80,6)	83(%77,6)	0,594
Katılmıyorum/Fikrim yok	17(%21,2)	25(%20,8)		21(%21)	21(%21)		18(%19,4)	24(%22,4)	
86. Kompresyon tedavisi bandajlar, basınçlı çoraplar ve aralıklı pnömotik pompalar ile yapılabilir.									
Katılıyorum	57(%71,3)	96(%80)	0,153	75(%75)	78(%78)	0,617	73(%78,5)	80(%74,8)	0,535
Katılmıyorum/Fikrim yok	23(%28,7)	24(%20)		25(%25)	22(%22)		20(%21,5)	27(%25,2)	
87. Kompresyon çoraplarının basınçları bilekten uyluğa doğru azalmalıdır.									
Katılıyorum	49(%61,3)	84(%70)	0,199	67(%67)	66(%66)	0,881	63(%67,7)	70(%65,4)	0,729
Katılmıyorum/Fikrim yok	31(%38,7)	36(%30)		33(%33)	34(%34)		30(%32,3)	37(%34,6)	
88. Kompresyon tedavisi uygulanan hastada venöz ülser kompresyon çorabı veya bandajının altında uygun pasif örtü ile kapatılmalıdır.									
Katılıyorum	48(%60)	78(%65)	0,473	69(%69)	57(%57)	0,079	57(%61,3)	69(%64,5)	0,641
Katılmıyorum/Fikrim yok	32(%40)	42(%35)		31(%31)	43(%43)		36(%38,7)	38(%35,5)	
89. Yaranın karakterine göre venöz ülserlerde hidrokolloid, köpük, aljinat, hidrojel veya kadoksimer iodin ürünler kullanılmaktadır.									
Katılıyorum	35(%43,8)	70(%58,3)	0,043	56(%56)	49(%49)	0,322	50(%53,8)	55(%51,4)	0,739
Katılmıyorum/Fikrim yok	45(%56,2)	50(%41,7)		44(%44)	51(%51)		43(%46,2)	52(%48,6)	
90. Venöz ülserlerde eksuda az ise hidrokolloid, orta eksudalı ve granüle ise köpük, ağır eksudalı olgularda ise aljinat veya hidrofiber pansuman malzemesi seçilmelidir.									
Katılıyorum	39(%48,8)	65(%54,2)	0,453	52(%52)	52(%52)	1,000	49(%52,7)	55(%51,4)	0,856
Katılmıyorum/Fikrim yok	41(%51,2)	55(%45,8)		48(%48)	48(%48)		44(%47,3)	52(%48,6)	

4.4.4. Katılımcıların Diyabetik Yara ile İlgili Verdikleri Cevapların Dağılımı

Katılımcıların diyabetik yara hakkındaki bilgi düzeyleri değerlendirildiğinde diyabetik nöropatisi olan hastalarda korunma (93) başlığında kadınlar, uzmanlık eğitimi alanlar, kronik yara eğitimi alanlar lehine anlamlı düzeyde pozitif farklılık görülmüştür (Tablo 13).

Tablo 13: Diyabetik Yara ile İlgili Yanıtlar

	Cinsiyet			Uzman Eğitimi Alma			Kr. Yara Eğitimi Alma Durumu		
	Erkek	Kadın	p	Evet	Hayır	P	Evet	Hayır	p
91. Diyabetik nöropatisi olan hastalar sıkı olmayan ve dikişleri dışı doğru olan çorapları giymelidirler.									
Katılıyorum	95(%77,2)	66(%85,7)	0,141	27(%90)	134(%78,8)	0,212*	24(%92,3)	137(%78,7)	0,119*
Katılmıyorum/ Fikrim yok	28(%22,8)	11(%14,3)		3(%10)	36(%21,2)		2(%7,7)	37(%21,3)	
92. Otonom nöropati terlemeyi azaltarak ayağın kurummasına ve çatlaklara neden olur.									
Katılıyorum	79(%64,2)	48(%62,3)	0,787	21(%70)	106(%62,4)	0,422	20(%76,9)	107(%61,5)	0,127
Katılmıyorum/ Fikrim yok	44(%35,8)	29(%37,7)		9(%30)	64(%37,6)		6(%23,1)	67(%38,5)	
93. Diyabetik nöropatisi olan hastalar ayaklarını herhangi bir lezyon açısından her gün kontrol etmelidir.									
Katılıyorum	104(%84,6)	73(%94,8)	0,039*	30(%100)	147(%86,5)	0,029*	26(%100)	151(%86,8)	0,049*
Katılmıyorum/ Fikrim yok	19(%15,4)	4(%5,2)		0(%0)	23(%13,5)		0(%0)	23(%13,2)	

*Fisher Exact test kullanılmıştır.

Diyabetik yara bilgisi ile ilgili katılımcıların çalıştığı bölge, meslekteki yılı, aile hekimliği yılı değişkenleri değerlendirildiğinde verilen yanıtlarda anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir. İlgili sorulara verilen yanıt yüzdeleri tüm değişkenler için genel olarak benzer oranlarda izlenmiştir (Tablo 13).

Tablo 13: Diyabetik Yara ile İlgili Yanıtlar

	Çalıştığı bölge		p	Meslek yılı		p	Aile hekimliği yılı		p
	Şehir merkezi	İlçe		≤ 20 yıl	> 20 yıl		≤ 10 yıl	> 10 yıl	
91. Diyabetik nöropatisi olan hastalar sıkı olmayan ve dikişleri dışı doğru olan çorapları giymelidirler.									
Katılıyorum	63(%78,8)	98(%81,7)	0,610	84(%84)	77(%77)	0,212	76(%81,7)	85(%79,4)	0,685
Katılmıyorum/Fikrim yok	17(%21,2)	22(%18,3)		16(%16)	23(%23)		17(%18,3)	22(%20,6)	
92. Otonom nöropati terlemeyi azaltarak ayağın kurummasına ve çatlaklara neden olur.									
Katılıyorum	54(%67,5)	73(%60,8)	0,337	63(%63)	64(%64)	0,883	58(%62,4)	69(%64,5)	0,756
Katılmıyorum/Fikrim yok	26(%32,5)	47(%39,2)		37(%37)	36(%36)		35(%37,6)	38(%35,5)	
93. Diyabetik nöropatisi olan hastalar ayaklarını herhangi bir lezyon açısından her gün kontrol etmelidir.									
Katılıyorum	71(%88,8)	106(%88,3)	0,928	90(%90)	87(%87)	0,506	80(%86)	97(%90,7)	0,306
Katılmıyorum/Fikrim yok	9(%11,2)	14(%11,7)		10(%10)	13(%13)		13(%14)	10(%9,3)	

5. TARTIŞMA

Kronik yaralar sağlık sistemi için bir yük oluşturmakta ve hastaların yaşamlarını etkilemektedir. Kronik yaraların tedavisinden sorumlu belirli bir tıbbi uzmanlık alanı olmadığından, sorumluluk tüm birimler arasında paylaşılmaktadır.

Aile hekimliği, cinsiyet ayırmadan, tüm yaş gruplarını içine alan; sistemleri ve hastalıkları bir bütün olarak inceleyen, bireysel ve ailesel olmak üzere sürekli ve çok yönlü sağlık hizmeti veren, bireylerin yaşamını sürdürdükleri yerden kolaylıkla ulaşabileceği, klinik bilimler ve davranış bilimlerinin birlikteliğinden oluşan uzmanlık alanıdır (101).

Aile hekimliği uygulaması, hastaların ilk başvuru noktası olduğu için kronik yara değerlendirmesinde kritik bir role sahiptir. Birinci basamaktaki bu gereksinim, eğitim programlarının geliştirilmesini zorunlu kılmaktadır.

Bu bilgiler doğrultusunda Manisa ilindeki aile hekimlerinin kronik yara konusundaki bilgilerinin değerlendirilmesini amaçladık.

5.1. Aile Hekimlerinin Tanıtıcı Özellikleri ve Kronik Yara Bakım Eğitimi Alma Durumlarının Tartışılması

Yaptığımız çalışmada katılımcıların 100'ü (%50) 20 yıl ve altı, kalanı 20 yıl üstü süredir meslekte çalışmakta olduğunu belirtti. Fern'andez-Araque ve arkadaşlarının (2024) yaptığı çalışmada 10 yıl ve altı çalışanların oranının %40,13, 11-20 yıl çalışanların oranının %19,07, 20 yıl üstü çalışanların oranının %40,78 olduğu görülmüştür. şahan ve arkadaşlarının (2022) yaptığı çalışmada katılımcıların buldukları kurumda çalışma süre ortalaması 5 yıl olduğu görülmüştür.

Katılımcıların yara bakımı eğitimi alma durumu incelendiğinde 26'sı (%13) kronik yara bakım eğitimi aldığını, 174'ü (%87) eğitim almadığını belirtmiştir. Şahan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bu araştırmanın sonucuna benzer olarak son 4 yılda 19 kişinin (%10,67) yara bakım eğitimi aldığı görülmüştür. Güney Afrika'da yara bakımı bilgisine dair Coetzee ve arkadaşlarının (2010) yaptığı 45 genel pratisyen hekim, 47 cerrahi uzmanlık doktoru ve 162 öğrencinin katıldığı bir çalışmada neredeyse tüm katılımcıların (%96) yara bakım eğitimlerinin yetersiz olduğunu düşündüğü görülmüştür.

5.2. Aile Hekimlerinin Kronik Yara Bakım Bilgilerinin Tartışılması

Yara bakım eğitimi, hekimlerin en iyi uygulamalara göre yara bakımı konusunda eğitim almasını sağlar. Böylece hekimler yaraları değerlendirme ve tedavi etme konusunda rahat hissedecek ve sadece karmaşık yara bakım durumlarında ileri basamağa yönlendirecektir. Hekimlerimiz tarafından gecikmeksizin uygulanan yara bakımı, hem ikinci ve üçüncü basamağın yükünü azaltacak hem de hastalarımıza fayda sağlayacaktır.

Yaptığımız çalışmada cinsiyet açısından bakıldığında kadınların, istatistiksel olarak anlamlı olmasa bile daha fazla doğru cevap verdiği gözlenmiştir. Şahan ve arkadaşlarının (2022) yaptığı çalışmada erkeklerin verdiği doğru cevap sayısının daha fazla olduğu görülmüştür.

Uzmanlık eğitimi alma durumuna göre bakıldığında yaptığımız çalışmada uzmanlık eğitimi alanların anlamlı olmasa bile daha fazla soruya doğru cevap verdiği gözlenmiştir. Karakaya ve arkadaşlarının (2019) yaptığı çalışmada eğitim durumları arasında bilgi düzeyi değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Coetzee ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada cerrahi uzmanlık doktorlarının genel pratisyen hekimlerden istatistiksel olarak anlamlı olmasa bile daha fazla doğru soru cevapladığı görülmüştür. Öğrencilerin cevapladığı doğru sayısı ise istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde her iki gruptan da daha fazla düşük olduğu görülmüştür. Fern'andez-Araque ve arkadaşlarının (2024) yaptığı

çalışmada yüksek lisans ve uzmanlık derecesi ile yara bakım bilgisinin anlamlı olarak arttığı görülmüştür.

Meslek yılına göre değerlendirildiğinde yaptığımız çalışmada “20 yıl ve altı” çalışanların anlamlı olmasa bile daha fazla soruya doğru cevap verdiği gözlenmiştir. Şahan ve arkadaşlarının (2022) yaptığı çalışmada katılımcıların kronik yara bakımı bilgi testi puanı ile kurumda çalışma süresi (ay) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadığı görülmüştür.

Kronik yara bakımı eğitimi alma durumuna göre değerlendirildiğinde yaptığımız çalışmada eğitim alanlar lehine anlamlı olacak şekilde daha fazla soruya doğru cevap verdiği gözlenmiştir. Benzer şekilde Fern'andez-Araque ve arkadaşlarının (2024) yaptığı çalışmada daha fazla sayıda yara eğitimi alanların yara bakım bilgisinin anlamlı olarak arttığı görülmüştür. Şahan ve arkadaşlarının (2022) yaptığı çalışmada da yara bakımı eğitimi alanların yara bakım bilgi testi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunduğu görülmüştür.

Tablo 3 ve 4'e bakıldığında katılımcıların çoğunun yara enfeksiyonunun belirtilerine, debridman uygulamasının amacına ve yara iyileşmesinin evrelerine hakim olduğu görülmüştür. Debridman uygulamasının amacı bilinmesine rağmen birinci basamakta yapılabilecek debridman türlerinin yeterince bilinmediği ortaya konmuştur.

Literatür incelendiğinde Şahan ve arkadaşlarının (2022) birinci basamakta çalışan sağlık çalışanları üzerinde yaptığı araştırmada sorulan sorular karşılaştırıldığında 9 soru benzer bulunmuştur.

Kronik yara ve Time'rs bilgisini değerlendirmek amaçlı sorulan;

- Debridman yapımı ile ilgili soruya yaptığımız çalışmada (Soru: 4) katılımcıların %70'i doğru cevap vermiştir. Şahan ve arkadaşlarının (2022) yaptığı çalışmada debridman yapımı ile ilgili benzer soruya katılımcıların %78,65'inin doğru cevap verdiği gözlenmiştir.
- Yara enfeksiyonu ile ilgili soruya yaptığımız çalışmada (Soru: 26) katılımcıların %92,5'i doğru cevap vermiştir. Şahan ve arkadaşlarının (2022)

yaptığı çalışmada yara enfeksiyonu ile ilgili benzer soruya katılımcıların %99,44 doğru cevap verdiği gözlenmiştir.

- Yara çevresindeki cildi koruma ile ilgili soruya yaptığımız çalışmada (Soru: 57) katılımcıların %60'ı doğru cevap vermiş. Şahan ve arkadaşlarının (2022) yaptığı çalışmada yara çevresindeki cildi koruma ile ilgili benzer soruya katılımcıların %66,85'i doğru cevap verdiği gözlenmiştir.

Kronik yara ve Time'rs bilgisini değerlendirmek amaçlı sorulan sorulara her iki çalışmada da verilen doğru cevap sayısı oranı benzer bulunmuştur. Bu da Kronik yara ve Time'rs bilgisinin genel olarak bilindiğini göstermektedir.

Pansuman ve yara bakım bilgisini değerlendirmek amaçlı sorulan;

- Eksudalı yaralarda hidrokolloid örtülerin kullanımı ile ilgili soruya yaptığımız çalışmada (Soru: 44) katılımcıların %40,5'i doğru cevap vermiş. Şahan ve arkadaşlarının (2022) yaptığı çalışmada eksudalı yaralarda hidrokolloid örtülerin kullanımı ile ilgili benzer soruya katılımcıların %4,49'unun doğru cevap verdiği gözlenmiştir.
- Kuru yaralarda hidrojel kullanımı ile ilgili soruya yaptığımız çalışmada (Soru: 47) katılımcıların %63'ü doğru cevap vermiştir. Şahan ve arkadaşlarının (2022) yaptığı çalışmada kuru yaralarda hidrojel kullanımı ile ilgili benzer soruya katılımcıların %35,96'sının doğru cevap verdiği gözlenmiştir.
- Bol eksudalı yaralarda köpük örtülerin kullanımı ile ilgili soruya yaptığımız çalışmada (Soru: 48) katılımcıların %62,5'i doğru cevap vermiştir. Şahan ve arkadaşlarının (2022) yaptığı çalışmada bol eksudalı yaralarda köpük örtülerin kullanımı ile ilgili benzer soruya katılımcıların %14,61'nin doğru cevap verdiği gözlenmiştir.
- Tünel içeren yaralarda kullanılan pansumanlar ile ilgili soruya yaptığımız çalışmada (Soru: 62) katılımcıların %42'si doğru cevap vermiştir. Şahan ve arkadaşlarının (2022) yaptığı çalışmada tünel içeren yaralarda kullanılan pansumanlar ile ilgili benzer soruya katılımcıların %17,42'sinin doğru cevap verdiği gözlenmiştir. Pansuman ve yara bakımının değerlendirildiği sorularda yaptığımız çalışmada verilen doğru cevap oranının Şahan ve arkadaşlarının (2022) yaptığı çalışmaya göre daha fazla olmasının çalışmaya katılan katılımcıların meslekleri ve öğrencilik döneminde aldıkları eğitimin farklılıklarından kaynaklandığı düşünülmüştür. Yaptığımız araştırmada sadece

birinci basamakta aktif olarak çalışan doktorlar araştırmaya dahil edilmiştir. şahan ve arkadaşlarının (2022) yaptığı araştırmada ise birinci basamakta çalışan birbirinden farklı görevdeki sağlık çalışanlarını araştırmaya kattığı gözlenmiştir.



6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

Yaptığımız çalışmada, uzmanlık eğitimi alanların anlamlı olmasa bile daha fazla soruya doğru cevap verdiği belirlenmiştir. Benzer şekilde kronik yara eğitimi alma ile kronik yara bilgisi arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Günümüzde pek çok tıp fakültesi mezuniyet öncesi müfredatında ve aile hekimliği uzmanlık eğitimi programında “yara bakım eğitimi” yeterince yer almamaktadır. Kronik yara ile etkin bir şekilde mücadele edebilmek için, tıp fakültesi mezuniyet öncesi müfredatında ve aile hekimliği uzmanlık eğitiminde “yara bakım eğitimine” daha fazla yer verilmesi gerektiği değerlendirilmiştir.

7. ÖZET

Amaç: Çalışmamızda aile hekimlerinin kronik yara konusundaki bilgilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmamız kesitsel ve tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Manisa ilinde aktif olarak aile hekimliği yapmakta olan 200 hekim çalışmaya dahil edilmiştir. Araştırma verileri 01.12.2023-01.06.2024 tarihleri arasında toplanmıştır. Veri toplama aracı olarak literatür incelenerek hazırlanmış 93 sorudan oluşan anket formu ve 14 sorudan oluşan sosyodemografik form kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen katılımcıların 77'si (%38,5) kadın, 123'ü (%61,5) erkek olup katılımcıların 26'sı (%13) yara eğitimi almış, 174'ü (%87) yara eğitimi almamıştır. Kronik yara bakımı eğitimi alma durumuna göre bakıldığında; eğitim alanlar $72,53 \pm 18,96$ soruya, eğitim almayanlar $56,51 \pm 19,68$ soruya doğru cevap vermiştir. Yara eğitimi açısından verilen cevaplar değerlendirildiğinde kronik yara eğitimi alanlar lehine anlamlı çıkmıştır ($p < 0,001$).

Sonuç: Çalışmamızda, uzmanlık eğitimi alanların anlamlı olmasa bile daha fazla soruya doğru cevap verdiği belirlenmiştir. Kronik yara eğitimi alma ile kronik yara bilgisi arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Yara İyileşmesi, Aile Hekimi, Eğitim.

8. ABSTRACT

Evaluation of Family Physicians' Knowledge on Chronic Wounds in Manisa Province

Objective: Our study aims to evaluate the knowledge of family physicians regarding chronic wounds.

Materials and Methods: This research is a cross-sectional and descriptive study. A total of 200 physicians actively working in family medicine in Manisa province were included. Data were collected between 01.12.2023 and 01.06.2024. As data collection tools, a questionnaire consisting of 93 questions prepared by reviewing the literature and a sociodemographic form with 14 questions were used.

Results: Of the participants included in the study, 77 (38.5%) were women, and 123 (61.5%) were men. Among the participants, 26 (13%) had received training on wound care, while 174 (87%) had not. When examining the effect of receiving chronic wound care training, those who received training answered an average of 72.53 ± 18.96 questions correctly, whereas those who did not receive training answered an average of 56.51 ± 19.68 questions correctly. Answers given in relation to wound care training were significantly in favor of those who had received training ($p < 0.001$).

Conclusion: In our study, it was determined that although not statistically significant, those who received specialty training answered more questions correctly. A significant relationship was found between receiving chronic wound care training and knowledge about chronic wounds.

Keywords: Wound Healing, Family Physician, Education.

9. KAYNAKLAR

1. Öztaş P. Yara iyileşmesi, bakımı ve tedavisi. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi 2021;54(2): 341-351.
2. Las Heras K, Igartua M, Santos Vizcaino E. et al. Chronic wounds: Current status, available strategies and emerging therapeutic solutions. Journal of controlled release. 2020;328:532-550.
3. Graves, N, Phillips, CJ, Harding K. A narrative review of the epidemiology and economics of chronic wounds. British Journal of Dermatology. 2022;187(2):141-148.
4. Akman M. Türkiye’de birinci basamağın gücü. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 2014;18(2):70-78.
5. Verdolino DV, Thomason HA, Fotticchia A. et al. Wound dressings: curbing inflammation in chronic wound healing. Emerging topics in life sciences. 2021;5(4):523-537.
6. Klein TM, Andrees V, Kirsten N. et al. Social participation of people with chronic wounds: a systematic review. International Wound Journal, 2021;18(3):287-311.
7. Atkin, L. Chronic wounds: the challenges of appropriate management. British Journal of Community Nursing, 2019;24(Sup9):S26-S32.
8. Frykberg, R. G. & Banks, J. Challenges in the treatment of chronic wounds. Advances in wound care. 2015;4(9):560–582.
9. Taylan Filinte G, Çiçek Ç. Kronik yara kavramı, yaranın ve çevresinin değerlendirilmesi. Uncu H, editör. Yara. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri;2021. p.8-12.
10. Lim HW. et al. The burden of skin disease in the United States. Journal of the American Academy of Dermatology. 2017;76:958-972.

11. Sen, CK. Human wound and its burden: updated 2020 compendium of estimates. *Adv. Wound Care*. 2021;10:281–292.
12. Sivrikaya SK, Erdem G. Kronik Hastalıklarda Yara Bakımı. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2019;8(2):99-104.
13. Alam, W, Hasson J, Reed M. Clinical approach to chronic wound management in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2021;69(8):2327-2334.
14. Eriksson E, Liu PY, Schultz GS. et al. Chronic wounds: Treatment consensus. *Wound repair and regeneration*. 2022;30(2):156-171.
15. Anthony D, Alosoumi D, Safari R. Prevalence of pressure ulcers in long-term care: a global review. *J. Wound Care*. 2019;28;702–709.
16. Lopes TS, Videira L, Saraiva D. et al. Multicentre study of pressure ulcer point prevalence in a Portuguese region. *J. Tissue Viability*. 2020;29:12–18.
17. Salim S, Machin M, Patterson BO. et al. Global Epidemiology of Chronic Venous Disease: A Systematic Review With Pooled Prevalence Analysis. *Annals of Surgery*. 2021;274(6):971.
18. Nelson, E. A. & Adderley, U. Venous leg ulcers. *BMJ Clin. Evid*. 2016, 2016:1902.
19. Falanga V, Isseroff RR, Soulika AM. et al. Chronic wounds. *Nature Reviews Disease Primers*. 2022;8(1):50.
20. Hoffstad O, Mitra N, Walsh J, Margolis DJ. Diabetes, lower-extremity amputation, and death. *Diabetes Care* 2015;38:1852-1857.
21. Armstrong DG, Boulton AJ. et al. Diabetic foot ulcers and their recurrence. *New England Journal of Medicine*. 2017;376:2367-2375.
22. Margolis DJ, Jeffcoate W. Epidemiology of foot ulceration and amputation: can global variation be explained? *Medical Clinics of North America*. 2013;97:791–805.

23. Zhang P, Lu J, Jing Y, Tang S, Zhu D, Bi Y. Global epidemiology of diabetic foot ulceration: a systematic review and meta-analysis. *Annals of medicine*. 2017;49(2):106-116.
24. Walsh JW, Hoffstad OJ, Sullivan MO, Margolis DJ. Association of diabetic foot ulcer and death in a population-based cohort from the United Kingdom. *Diabetic Medicine*. 2016;33(11):1493-1498.
25. Williams R, Karuranga S, Malanda B, et al. Global and regional estimates and projections of diabetes-related health expenditure: results from the international diabetes federation diabetes atlas, 9th edition. *Diabetes research and clinical practice*. 2020;162:108072.
26. Bandyk DF. The diabetic foot: Pathophysiology, evaluation, and treatment. In *Seminars in vascular surgery*. 2018;31:43-48.
27. Torres, Z. Wound Care Education for Primary Care Providers at a Regional Medical Center. Doctor of Nursing Practice (DNP) Projects. 2020:198.
28. Iraj B, Khorvash F, Ebneshahidi A. et al. Prevention of diabetic foot ulcer. *International journal of preventive medicine*, 2013;4(3):373.
29. Yosuf MK, Mahadi SI, Mahmoud SM. et al. Diabetic neuropathic forefoot and heel ulcers: management, clinical presentation and outcomes. *Journal of wound care*. 2015;24(9):420-425.
30. Singh N, Armstrong DG, Lipsky BA. Preventing foot ulcers in patients with diabetes. *Jama*. 2005;293(2):217- 228.
31. Odden MC, Coxson PG, Moran A, Lightwood JM, Goldman L, Bibbins-Domingo K. The impact of the aging population on coronary heart disease in the United States. *The American journal of medicine* 2011;124:827–833.
32. Sen CK, Gordillo GM, Roy S, et al. Human skin wounds: a major and snowballing threat to public health and the economy. *Wound Repair Regen* 2009;17:763-771.
33. Australian Wound Management Association. *Clinical Practice Guidelines for the Prediction and Prevention of Pressure Ulcers* 2001.

34. Coleman S, Nixon J, Keen J, et al. A new pressure ulcer conceptual framework. *Journal of advanced nursing* 2014;70:2222–2234.
35. Gould L, Abadir P, Brem H, et al. Chronic wound repair and healing in older adults: current status and future research. *Wound Repair Regen* 2015;23:1–13.
36. Bluestein D, Javaheri A. Pressure ulcers: prevention, evaluation, and management. *Am Fam Physician* 2008;78:1186–1194.
37. Gould L, Stuntz M, Giovannelli M. et al. Wound healing society 2015 update on guidelines for pressure ulcers. *Wound Repair and Regeneration*, 2016;24,145-162.
38. Kosiak M. Prevention and rehabilitation of pressure ulcers. *Decubitus* 1991;4:60–62.
39. Kruger EA, Pires M, Ngann Y, Sterling M, Rubayi S. Comprehensive management of pressure ulcers in spinal cord injury: current concepts and future trends. *J Spinal Cord Med* 2013;36:572–585.
40. Verschueren JH, Post MW, de Groot S, van der Woude LH, van Asbeck FW, Rol M. Occurrence and predictors of pressure ulcers during primary in-patient spinal cord injury rehabilitation. *Spinal Cord* 2011;49:106–112.
41. Mervis JS, Phillips TJ. Pressure ulcers: Pathophysiology, epidemiology, risk factors, and presentation. *J Am Acad Dermatol*. 2019;81(4):881-90.
42. Edsberg LE, Black JM, Goldberg M. et al. Revised National Pressure Ulcer Advisory Panel Pressure Injury Staging System: Revised Pressure Injury Staging System. *Journal of Wound Ostomy Continence Nursing*, 2016;43(6):585-597.
43. Clancy MJ. Pressure redistribution devices: what works, at what cost and what's next? *J Tissue Viability* 2013;22:57-62.
44. Gefen A. Tissue changes in patients following spinal cord injury and implications for wheelchair cushions and tissue loading: a literature review. *Ostomy Wound Manage* 2014;60:34–45.

45. Norman G, Dumville JC, Moore ZE, Tanner J, Christie J, Goto S. Antibiotics and antiseptics for pressure ulcers. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;4.
46. Schiffman J, Golinko MS, Yan A, Flattau A, Tomic-Canic M, Brem H. Operative debridement of pressure ulcers. *World J Surg* 2009;33:1396-1402.
47. San Miguel L, Torra i Bou JE, Verdu Soriano J. Economics of pressure-ulcer care: review of the literature on modern versus traditional dressings. *J Wound Care* 2007;16:5-9.
48. Sundaresan S, Migden MR, Silapunt S. Stasis dermatitis: pathophysiology, evaluation, and management. *American Journal of Clinical Dermatology*. 2017;18:383-390.
49. Ortega MA, Fraile-Martinez O, Garcia-Montero C, et al. Contribution of the elastic component and Venous Wall arterialization in patients with venous reflux. *Journal of Personalized Medicine*. 2022;12(2):260.
50. Caggiati A, Rosi C, Franceschini M, Innocenzi D. The nature of skin pigmentations in chronic venous insufficiency: a preliminary report. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2008;35(1):111-118.
51. Meulendijks, A. M., De Vries, F. M. C., Van Dooren, A. A., Schuurmans, M. J., & Neumann, H. A. M. A systematic review on risk factors in developing a first-time Venous Leg Ulcer. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2019;33(7):1241-1248.
52. Lal BK. Venous ulcers of the lower extremity: definition, epidemiology, and economic and social burdens. In *Seminars in vascular surgery*. 2015;28(1):3-5.
53. Silverberg J, Jackson JM, Kirsner RS, et al. Narrative review of the pathogenesis of stasis dermatitis: an inflammatory skin manifestation of venous hypertension. *Dermatology and therapy*. 2023;13(4):935-950.
54. Krizanova O, Penesova A, Hokynkova A. et al. Chronic venous insufficiency and venous leg ulcers: Aetiology, on the pathophysiology-based treatment. *International Wound Journal*. 2024;21(2):e14405.

55. Cavadas PC, Padial B. Circumferential radical debridement and omental free flap in the treatment of severe chronic venous ulcers. *Annals of Plastic Surgery*. 2023;90(6):568-574.
56. Mosti G, Iabichella ML, Partsch H. Compression therapy in mixed ulcers increases venous output and arterial perfusion. *Journal of vascular surgery*. 2012;55(1):122-128.
57. Hyder ON, Soukas PA. Chronic venous insufficiency: novel management strategies for an under-diagnosed disease process. *Rhode Island medical journal*. 2017;100(5):37-39.
58. Chi YW, Raffetto JD. Venous leg ulceration pathophysiology and evidence based treatment. *Vascular Medicine*. 2015;20(2):168-181.
59. Milic DJ, Zivic SS, Bogdanovic DC, Lazarevic MV, Ademi BN, Milic ID. The influence of different sub-bandage pressure values in the prevention of recurrence of venous ulceration-a ten year follow-up. *Phlebology*. 2023;38:458-465.
60. Jull A, Slark J, Parsons J. Prescribed exercise with compression vs compression alone in treating patients with venous leg ulcers a systematic review and meta-analysis. *JAMA Dermatol*. 2018;154(11):1304-1311.
61. Raffetto JD, Eberhardt RT, Dean SM, Ligi D, Mannello F. Pharmacologic treatment to improve venous leg ulcer healing. *Journal of Vascular Surgery: Venous and Lymphatic Disorders*. 2016;4(3):371-374.
62. Coşkun Ö, Uzun G, Dal D. et al. Kronik yarada tedavi yaklaşımları. *Gülhane Tıp Dergisi*. 2016;58(2):207-228.
63. Miron A, Giurcaneanu C, Mihai MM, et al. Antimicrobial biomaterials for chronic wound care. *Pharmaceutics*. 2023;15(6):160.
64. Powers JG, Higham C, Broussard K. et al. Wound healing and treating wounds: Chronic wound care and management . *Journal of the American Academy of Dermatology*, 2016;74(4):607-625.
65. Bowers S, Franco E. Chronic wounds: evaluation and management. *American family physician*. 2020;101(3):159-166.

66. Edwards D, Black AT, Spielfogel WD. A Multidisciplinary Approach to Managing Ischemic Wounds and Current Treatment Options. *Current Treatment Options in Cardiovascular Medicine*, 2021;23(7):51.
67. Hess CT. Arterial ulcer checklist. *Advances in skin & wound care*, 2010;23(9):432.
68. Ganguly P, Alam SF. Role of homocysteine in the development of cardiovascular disease. *Nutrition journal*. 2015;14:1-10.
69. Rahman GA, Adigun JA, Fadeyi A. Epidemiology, etiology and treatment of chronic leg ulcer: experience with sixty patients. *Annals of African Medicine*, 2010;9(1).
70. Federman DG, Ladiiznski B, Dardik, A. et al. Wound Healing Society 2014 update on guidelines for arterial ulcers. *Wound Repair & Regeneration*, 2016;24(1).
71. Holloway GA Jr. Arterial ulcers: assessment and diagnosis. *Ostomy Wound Manage*. 1996;42(3):46-48, 50-51.
72. Singer AJ, Tassiopoulos A, Kirsner RS. Evaluation and management of lower-extremity ulcers. *New England Journal of Medicine*, 2017;377(16):1559-1567.
73. Moore Z, Dowsett C, Smith G. et al. TIME CDST: an updated tool to address the current challenges in wound care. *Journal Wound Care*. 2019; 28(3):154-161.
74. Schultz G, Mozingo D, Romanelli M, Claxton K. Wound healing and TIME: new concepts and scientific applications. *Wound Repair Regen*. 2005;13(4):1-11.
75. Atkin L, Bućko Z, Montero EC. et al. Implementing TIMERS: the race against hard-to-heal wounds. *Journal of wound care*. 2019;28(3):28-41.
76. Lumbers M. TIMERS: undertaking wound assessment in the community. *British journal of community nursing*. 2019;24(12):S22-S25.

77. Wilcox JR, Carter MJ, Covington S. Frequency of debridements and time to heal: a retrospective cohort study of 312 744 wounds. *JAMA Dermatology*. 2013;149:1050-1058.
78. Bakker K, Apelqvist J, Schaper NC, International WorkingGroup on the Diabetic Foot Editorial Board. Practical guidelines on the management and prevention of the diabetic foot2011. *Diabetes Metab Res Rev*. 2012;28:225-231.
79. Gravante G, Sorge R, Giordan N, et al. Multicenter clinical trial on the performance and tolerability of the Hyaluronicacid-collagenase ointment for the treatment of chronicvenous ulcers: a preliminary pilot study. *Eur Rev MedPharmacol Sci*. 2013;17:2721-2727.
80. Davies CE, Woolfrey G, Hogg N, et al. Maggots as a wound debridement agent for chronic venous leg ulcers under graduated compression bandages: a randomised controlledtrial. *Phlebology*. 2015;30:693-699.
81. Mudge E, Price P, Walkley N, Neal W, Harding KG. A randomized controlled trial of larval therapy for the debridement of leg ulcers: results of a multicenter, randomized,controlled, open, observer blind, parallel group study. *WoundRepair Regen*. 2014;22:43-51.
82. Cutting KF, White R. Defined and refined: criteria for identifying wound infection revisited. *British journal of community nursing*. 2004;9:S6-15.
83. Evren E, Karahan ZC. Krobik yarada mikrobiyoloğun rolü. Uncu H, editör. *Yara*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2021. p.39-46.
84. Gardner SE, Frantz RA, Doebbeling BN. The validity of the clinical signs and symptoms used to identify localized chronic wound infection. *Wound Repair Regen*. 2001;9:178-86.
85. Şenol E. Kronik yara ve biyofilm. Uncu H, editör. *Yara*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2021. p.47-51.
86. Lineback CB, Nkemngong CA, Wu ST, et al. Hydrogen peroxide and sodium hypochlorite disinfectants are more effective against *Staphylococcus*

aureus and *Pseudomonas aeruginosa* biofilms than quaternary ammonium compounds. *Antimicrobial Resistance & Infection Control*. 2018;7:1-7.

87. Leaper D. Appropriate use of silver dressings in wounds: international consensus document. *International wound journal*. 2012;9:461-464.

88. Severing AL, Rembe JD, Koester V, Stuermer EK. Safety and efficacy profiles of different commercial sodium hypochlorite/hypochlorous acid solutions (NaClO/HClO): antimicrobial efficacy, cytotoxic impact and physicochemical parameters in vitro. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*. 2019;74:365-372.

89. Demirkan A. Topikal antimikrobiyal ajanlar ve antiseptikler. Uncu H, editör. *Yara*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2021. p.52-60.

90. Nemeth AJ, Eaglstein WH, Taylor JR, Peerson LJ, Falanga V. Faster healing and less pain in skin biopsy sites treated with an occlusive dressing. *Arch Dermatol*. 1991;127:1679-1683.

91. Kendirli M, Özkan MB. Kronik yarada eksudasyon ve maserasyon problemi. Uncu H, editör. *Yara*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2021. p.25-30.

92. Dong R, Guo B. Smart wound dressings for wound healing. *Nano Today*, 2021;41:101290.

93. Rezvani Ghomi E, Khalili S, Nouri Khorasani S. et al. Wound dressings: Current advances and future directions. *Journal of Applied Polymer Science*. 2019;136(27):47738.

94. Obagi Z, Damiani G, Grada A. et al. Principles of wound dressings: a review. *Surg Technol Int*. 2019;35(5):0-57.

95. Türsen Ü. Ülser Tedavisinde Yara Örtüleri. *Turkish Journal of Dermatology*. 2013;7(2):61-71.

96. Shi C, Wang C, Liu H. Selection of appropriate wound dressing for various wounds. *Front Bioeng Biotechnol*. 2020;8:182.

97. Kus KJ, Ruiz ES. Wound dressings a practical review. *Current Dermatology Reports*. 2020;9:298-308.
98. Dabiri G, Damstetter E, Phillips T. Choosing a wound dressing based on common wound characteristics. *Advances in wound care*. 2016;5(1):32-41.
99. Tuğ T, Konuk Y. Yara bakım ürünleri. Uncu H, editör. *Yara*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri, 2021; p. 199-205.
100. Gao J, Wang Y, Song J. et al. Negative pressure wound therapy for surgical site infections: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 2021;77(10):3980-3990.
101. Ateş, M. Sağlık Hizmetleri Yönetimi. İstanbul: Beta Yayınları, 2013.

10. EKLER

EK-1: Tanıtıcı Bilgi Formu

TANITICI BİLGİ FORMU

Sayın katılımcı,

Burada vereceğiniz bilgiler kesinlikle gizli tutulacak ve çalışma dışında herhangi bir yerde kullanılmayacaktır. Lütfen soruları cevaplamadan geçmeyiniz.

- 1) Yaşınız:
- 2) Cinsiyetiniz: () Erkek () Kadın
- 3) Gelir durumunuz aşağıdakilerden hangisidir? () Gelir giderden az () Gelir gidere denk () Gelir giderden fazla
- 4) Çocuğunuz var mı? () Evet () Hayır Var ise sayısı.....
- 5) Medeni durumunuz: () Evli () Evli değil
- 6) Kiminle birlikte yaşıyorsunuz? () Eş ve/veya çocuklar () Ebeveyn () Tek başıma () Diğer.....
- 7) Yetiştüğünüz aile yapısı nasıldı? () Çekirdek () Geniş
- 8) Eğitim durumunuz: () Lisans () Uzmanlık
.....(dalınızı belirtiniz.)
- 9) Meslekteki kaçınıcı yılınız?
- 10) Kaç yıldır aile hekimisiniz?
- 11) En son çalıştığınız birimde kaç yıldır çalışıyorsunuz?.....
- 12) Çalıştığınız bölge: () Şehir merkezi () İlçe () Kırsal
- 13) Yaşadığınız bölge: () Şehir merkezi () İlçe () Kırsal
- 14) Daha önce kronik yara bakımı ile ilgili bir eğitim aldınız mı? () Evet () Hayır
- 15) Eğer 14. soruya cevabınız evet ise aldığınız eğitimi belirtiniz.

EK-2: Anket Formu**ANKET FORMU**

Lütfen aşağıdaki soruları ölçeğe göre doldurunuz

1	2	3
Katılmıyorum	Fikrim yok	Katılıyorum

Sorular	1	2	3
1. 4 hafta içinde yara hacminde %50'den daha az, haftada %10-15'ten daha az küçülme olması yaranın kronikleştğine işaret eder.			
2. Yara iyileşmesinin evreleri; hemostaz, inflamasyon, proliferasyon ve maturasyon olmak üzere 4 evre şeklindedir.			
3. Yara yatağının yönetiminde doku yönetimi (Tissue managemant), İnflamasyon ve enfeksiyon kontrolü (Infection or Inflammation), nem dengesi (Moisture balance), epitelyal ilerleme (Epithelial (edge) advancement)(TIME) prensibi kullanılır.			
4. Yara türüne bakılmaksızın mümkünse her yarada nekrotik doku yara yerinden uzaklaştırılmalıdır.			
5. Debridman yara temizlenene ve sağlıklı granülasyon dokusu oluşana kadar her tedavi ziyaretinde yapılmalıdır.			
6. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde mekanik debridman, otolitik debridman ve enzimatik debridman yapılabilir.			
7. Debridman uygulamasının amacı sağlıklı bir yara yatağı elde edip akut yara iyileşmesini taklit edebilmektir.			
8. Debridman uygulamasında yara yatağındaki hiperkeratotik epidermisin, nekrotik dermal dokunun, yara yatağındaki yabancı cisimlerin ve bakteriyel yükün ortamdaki uzaklaştırılması amaçlanır.			
9. Debridman; keskin cerrahi, mekanik, ultrasonik, enzimatik, otolitik, kimyasal, biyolojik debridman şeklinde tiplendirilebilir.			
10. Keskin cerrahi debridman kallus dahil iyileşme ile uyumlu olmayan tüm nekrotik ve devitalize dokuların çıkarılmasını içerir. Öncelikli tercih edilen debridman yöntemidir.			
11. Sağlıklı dokuya zarar vermeyen Clostridial kollejenaz içerikli merhem enzimatik debridman için kullanılan en yaygın ajandır.			
12. Otolitik debridman endojen fagositik hücrelerin ve proteolitik enzimlerin sadece nekrotik dokuyu parçaladığı, oldukça seçici debridman türüdür.			
13. Otolitik debridman nekrotik dokunun yumuşamasını ve yara yatağından ayrılmasını sağlar.			
14. Yara çevresinde kallus varlığı, aşırı ve anormal keratotik hücre aktivitesine işaret eder, bozulmuş epitelizeasyon için bir göstergedir.			

15. Nemli bir yara yüzeyi bakımı, hücre göçünü ve yara iyileşmesini teşvik ettiği için önemlidir.			
16. Maserasyon sıklıkla artmış eksudanın bir sonucu olarak yara kenarlarında meydana gelen renk değişikliği, yumuşama ve soyulmayı tanımlar.			
17. Yara yerinde nemin fazla artması ya da eksudanın fazla oluşumu maserasyona neden olur ve bakteriyel kolonizasyon için kolaylaştırıcı bir faktördür.			
18. Aşırı eksudalı yara temiz su ile temizlendikten sonra aşırı eksudayı absorbe edecek, aljinat hidrofiber, karboksimetiselüloz, yüksek emme kapasiteli polimer veya köpük içerikli bir ürünle pansuman yapılmalıdır.			
19. Pansuman yarayı tam kapatacak ve yara kenarlarını koruyacak şekilde yapılmalıdır. Bu amaçla bariyer olarak parafin gibi petrol bazlı ürünler, çinko oksit, dimetikon gibi silikon bazlı ürünler, su ya da organik çözücüde film örtü oluşturan polimerler ya da siyanoakrilat formülasyonları olabilir.			
20. Eksuda nedeni ile maserasyon gelişmesini önlemek veya mevcutsa azaltmak amacıyla birden fazla kat pansuman yapılmalı, sık pansuman değiştirilmeli, daha emici özellikte ürünler pansumanda kullanılmalıdır.			
21. Masere olmuş yara kenarlarında koruma ve maserasyonu geriletme amacıyla pudra, sentetik polimer, poliüretan veya silikon köpükler, hidrofiber köpük örtüler, hidrokolloid, alginat veya pokiakrilat polimerleri gibi süper absorban polimerler kullanılabilir.			
22. Aşırı eksudalı yaralarda negatif basınçlı yara tedavisi uygulanabilir.			
23. Negatif basınçlı yara tedavisi ile mikroorganizma ve diğer istenmeyen bileşenler yaradan uzaklaştırılır, eksternal kontaminasyon önlenir, aşırı eksuda absorbe edilir, nem dengesi sağlanır.			
24. Kuru veya hafif eksudalı yaralarda pansuman amacıyla yarı geçirgen film, hidrojel veya hidrokolloid gibi ürünler kullanılmalıdır.			
25. Yara iyileşmesi, kritik kolonizasyon ve enfeksiyonla bozulabilir ve tedavi gerektirir.			
26. Yara etrafında eritemin ve endurasyonun artmış olması, ısı artışı ve pürülan kötü kokulu akıntı olması yara yeri enfeksiyonuna işaret eder.			
27. Akut ve yüzeysel yara enfeksiyonlarında sıklıkla tek tip mikroorganizma (özellikle aerobik bakteriler) etken olurken, kronik yara enfeksiyonlarında sıklıkla aerobik ve anaerobik bakteriler birlikte görülür.			
28. Tıbbi bal ve gümüş içeren yara örtüleri antibakteriyel özelliklere sahip olduklarından enfekte yaralarda kullanımı önerilir.			
29. Tıbbi bal yüksek ozmolaritesi ve yüksek hidrojen peroksit konsantrasyonu sayesinde geniş spektrumlu antimikrobiyal aktiviteye sahiptir.			
30. Mupirasin, klindamisin, fusidik asit gibi lokal kullanılabilen antibiyotiklerin kronik yarada yaygın kullanımı, bu antibiyotiklere karşı direnç gelişiminde artışa neden olmuştur.			
31. Klorheksidin, iyot veya gümüşlü yara örtüleri mikroorganizma yükünü azaltır.			
32. Hipoklorik asit yüksek bakterisid etkilidir ve asit yapıdadır buna rağmen yara iyileşmesini ve fibrosit gibi hücrelerin fonksiyonunu olumsuz yönde etkilemez.			

33. Biyofilm tabaka; hücre dışı polimerik bir matris içinde bir arada bulunan mikroorganizmalar olarak tanımlanmaktadır.			
34. Biyofilm debridman ile bozulmadığı sürece topikal ve sistemik antibakteriyel bileşiklere karşı oldukça dayanıklıdır.			
35. Debridman biyofilm tabaka tedavisindeki en önemli yöntemlerden biridir. Biyofilm tabaka tekrarlayan debridmanlarla uzaklaştırılmalıdır.			
36. İdeal yara pansumanı yaradaki aşırı eksudayı absorbe etmeli ancak nem dengesini sağlayarak yaranın kurumasını önlemeli, yara yatağını tam kaplamalı, yaraya yapışmamalı, ağrıyı ve kokuyu azaltmalı, klinikte kolayca temin edilebilir ve kullanımı kolay öğrenilebilir olmalıdır.			
37. Yüzeysel yaralanmalarda (yanık, katater yarası vb.) genellikle hasar epidermise sınırlı olup nem koruyucu örtüler (okluzif veya yarı okluzif) reepitelizasyonun sağlanmasına yardımcı olur.			
38. Yüzeysel yaralanmalarda film örtüler, hidrokolloidler, polimerik membran örtüler tercih edilebilir.			
39. Film örtülerin suyu absorbe edememesinden dolayı bol eksudası olan yaralarda tek başına kullanımı önerilmez.			
40. Hidrokolloid örtüler yara eksudası ile karşılaşınca jel haline gelerek eksudayı absorbe eder ve mikroorganizmalara karşı bariyer oluştururlar.			
41. Hidrokolloid örtülerin epitelizasyon ve granülasyon dokusu aşamasında kullanımları uygundur.			
42. Granülasyon dokusu oluşmuş ancak hafif düzeyde eksuda bulunduran yaralarda hidrokolloid örtülerin kullanımı iyi bir seçenektir.			
43. Hidrokolloid örtüler granülasyon dokusunun oluşumunu destekler, epitelizasyonun başlamasına yardımcı olur aynı zamanda yara üzerindeki eksudayı sıvı emici özelliği ile ortadan kaldırır.			
44. Hidrokolloidler düşük ve orta derecede eksudayı absorbe eder ve otolitik debridmana yardımcıdır. Granülasyon dokusu ve epitelizasyon oluşumu aşamasında haftada 3 kez değiştirilerek kullanılması önerilir.			
45. Tül yara örtülerinde vazelinli veya parafinli katkı yüzeye yapışmayı engeller; bizmut, klorheksidin veya gümüş katkı maddeleri antiseptik özellik verir.			
46. Eskar içeren yaraların eksuda üretimi beklenmez, ideal iyileşme süreci için hidrojel gibi yara etrafında sudan zengin ortam yaratan örtüler kullanılmalıdır.			
47. Hidrojel örtüler %60-90 oranında su içerirler, yara etrafında nemli ortam oluşturarak yara kabuğunun yumuşamasını ve nekrotik dokuların uzaklaştırılmasını sağlarlar. Otolitik debridmanı kolaylaştırırlar.			
48. Bol miktarda eksuda içeren yaraların varlığında aljinat, hidrofiberler, köpükler ve polimerik membran örtüler gibi absorpsiyon kapasitesi yüksek ürünlerin kullanımı önerilir.			
49. Kalsiyum aljinat örtüler ağırlıklarının yaklaşık 20 katı kadar sıvı absorbe edebildikleri için orta ve ağır eksudalı yaralarda kullanımı uygundur.			
50. Aljinatlar günlerce yara üzerinde kalabildiklerinden daha az sıklıkta pansuman değişimi gerektirirler.			
51. Aljinatlar hidrofilik jel formu ile yara yatağındaki eksudayı azaltarak nemli bir ortam sağlarlar.			

52. Hidrofiberler aljinalara göre yaklaşık 3 kat daha fazla sıvı tutarlar. Orta ve ağır eksudalı yaralarda kullanımı önerilir.			
53. Aljinat ve hidrofiber örtüler çıkarılırken travmayı azaltmak için salin veya steril su ile ıslatılarak çıkarılmalıdır.			
54. Aljinat ve köpükler orta ila büyük miktarda drenajı emerken, hidrokolloidler az miktarda drenajı olan yaralarda kullanılır.			
55. Polimerik membran örtüler çeşitli kalınlıkta ve boyutlarda yarı geçirgen poliüretan film yapısında örtülerdir.			
56. Bol eksudalı yaralarda kalın olan polimerik membran örtülerin kullanımı uygundur.			
57. Aşırı eksudalı yaralarda yara çevresinde gelişebilecek maserasyonu ve sağlıklı derinin yeniden yaralanmasını önlemek amacıyla yara çevresine bariyer kremler, bariyer film tabakaları uygulanmalıdır.			
58. Kompozit örtüler tek bir örtü üzerine fiziksel ilavelerle yapılmış ürünlerdir, aljinat sünger, hidrokolloid veya hidrojen tabakaları içerebilir. Bariyer tabakası oluşturur ve yapışmaz.			
59. Transparan yara örtüleri yarı geçirgen olup yarayı nemli tutar, bakteriyel kontaminasyona engel olur ve nekrotik doku otolizine yardımcı olurlar.			
60. Kollajen ve hyalüronik asit içeren ürünler granülasyon dokusu oluşumunda hücreler için kemotaksikdir ve eksuda emici özellikleri vardır.			
61. Derin veya tünelli yaralarda, derinliğe uygun şekilde tünel ve poşları dolduracak pansuman yapılması gereklidir.			
62. Polimerik membran örtüler, aljinalar, hidrofiberler, hidrojeller derin yaraların pansumanı için kullanılabilir.			
63. Antibakteriyel örtüler yarada kritik bakteri kolonizasyonu aşamasından itibaren kullanılabilirler.			
64. Evre 1 basınç yarasında cilt sağlamdır ancak baskı uygulandığında rengi değişmeyen kızarıklık mevcuttur.			
65. Evre 2 bası yarasında cilt kısmi kaybedilmiş ve dermis açığa çıkmıştır.			
66. Evre 3 basınç yarasında cildin tam kat kaybı mevcuttur ancak fasya, kas, tendon, ligament, kıkırdak veya kemik açıkta kalmaz.			
67. Evre 4 bası yarasında fasya, kas, tendon, ligament, kıkırdak veya kemiğin açıkça görülebildiği veya dokunarak hissedilebildiği tam katmanlı deri ve doku kaybı vardır.			
68. Derecelendirilemeyen bası yarasında nekrotik materyal çıkarılırsa 3. veya 4. derece bası yarası ortaya çıkacaktır.			
69. Bası yarası olan hastalar kemik çıkıntıları üzerindeki basıncı önlemek için sık sık pozisyon değiştirmelidir.			
70. Bası yarasında yara örtüleri iyileşmeyi teşvik etmek için uygulanmalıdır.			
71. Arteriyel yaralarda eksüda (akıntı) azdır.			

72. Arteriyel hastalıkta ayak sıcaklığı genellikle düşüktür.			
73. Arteriyel hastalıklarda yürüme ve egzersizle artan ağrı görülür.			
74. Arteriyel hastalıklarda cilt ince ve parlak, kıl büyümesi zayıftır.			
75. Arteriyel ülserlerin tabanı genellikle soluktur ve akıntı azdır.			
76. İskemik ülserlerde sıkı kıyafetlerden kaçınmak önerilir.			
77. Arteriyel ülserler sıklıkla ekstremitelerin uç kısmını etkileyen derin, yuvarlak şekilli ve keskin yara sınırları ile karakterizedir.			
78. Arteriyel ülserlerde yaradan kaynaklanan septik bir durum olmadıkça nekrotik ve fibrin dokuları içeren cansız dokuların debridmanı, revaskülarizasyon sonrasında yapılmalıdır.			
79. Venöz staz, venöz ülserasyonun önde gelen risk faktörlerindedir.			
80. Venöz ülserler genellikle yüzeyledir ve eksüdasyon (akıntı) çoktur.			
81. Venöz hastalıkta ayak sıcaklığı genellikle artmıştır.			
82. Venöz ülserasyonun nüks oranı yüksek olduğundan hastaların sürekli sıkıştırma/kompresyon tedavisi yapması ve bacakları yüksekte tutması gerekmektedir.			
83. Venöz hastalıkta nabızlar palpe edilebilir.			
84. Venöz ülserlerde yara tabanı kırmızıdır ve çok eksüdatiftir (akıntılı).			
85. Kompresyon tedavisi sürekli, tutarlı ve konforlu olmalıdır.			
86. Kompresyon tedavisi bandajlar, basınçlı çoraplar ve aralıklı pnömotik pompalar ile yapılabilir.			
87. Kompresyon çoraplarının basınçları bilekten uyluğa doğru azalmalıdır.			
88. Kompresyon tedavisi uygulanan hastada venöz ülser kompresyon çorabı veya bandajının altında uygun pasif örtü ile kapatılmalıdır.			
89. Yaranın karakterine göre venöz ülserlerde hidrokolloid, köpük, aljinat, hidrojel veya kadoksimer iodin ürünler kullanılmaktadır.			
90. Venöz ülserlerde eksuda az ise hidrokolloid, orta eksudalı ve granüle ise köpük, ağır eksudalı olgularda ise aljinat veya hidrofiber pansuman malzemesi seçilmelidir.			
91. Diyabetik nöropatisi olan hastalar sıkı olmayan ve dikişleri dışı doğru olan çorapları giymelidirler.			

92. Otonom nöropati terlemeyi azaltarak ayağın kurummasına ve çatlaklara neden olur.			
93. Diyabetik nöropatisi olan hastalar ayaklarını herhangi bir lezyon açısından her gün kontrol etmelidir.			

***Anket sorularının yazarların izni olmadan kullanılmaması istenmektedir.**

