



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
TRABZON TIP FAKÜLTESİ
KANUNİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AİLE HEKİMLERİNİN BASINÇ YARASI (YATAK YARASI)
HAKKINDA BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI

Dr. Muhammed Nezir ÇETİN

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

TRABZON/2022



**T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
TRABZON TIP FAKÜLTESİ
KANUNİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**AİLE HEKİMLERİNİN BASINÇ YARASI (YATAK YARASI)
HAKKINDA BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI**

Dr. Muhammed Nezir ÇETİN

Tez Danışmanı: Profesör Doktor Faruk AKSOY

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

TRABZON/2022

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez çalıőmam boyunca bilgisi ve tecrübelerinden istifade etme őansına sahip olduğum, değerli katkılarıyla her zaman bana destek olup yol gösteren çok değerli hocalarım Prof. Dr. Faruk Aksoy, Dr. Öğr. Üyesi őenol Ardıç ve Dr. Öğr. Üyesi zgen Gnen eki'e,

Asistanlık dönemim boyunca pek çok alanda sundukları bilgi ve tecrübeleriyle aile hekimliği vizyonunu bizlere en güzel őekliyle benimseten Aile Hekimliği Anabilim Dalı'ndaki çok değerli hocalarım Uzm. Dr. Ceyhun Yurtsever, Uzm. Dr. Burcu Aykanat Yurtsever ve Uzm. Dr. Volkan Atasoy'a,

Uzmanlık eğitimi ve tez süresince desteklerini esirgemeyen değerli asistan arkadaşlarıma,

Ve son olarak her türlü sıkıntıda yanımda olan aileme teşekkür eder ve saygılarımı sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
KISALTMALAR	iv
TABLolar DİZİNİ.....	v
ŞEKİLLER DİZİNİ	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	ix
GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
1. GENEL BİLGİLER	2
2.1. BASINÇ YARASININ TANIMI.....	2
2.2. BASINÇ YARASININ EPİDEMİYOLOJİSİ	2
2.3. BASINÇ YARASI ETİYOLOJİSİ	3
2.4. BASINÇ YARASI RİSK FAKTÖRLERİ	4
2.4.1. Basıncın Yoğunluğu ve Süresi	4
2.4.2. Doku Toleransı.....	5
2.4.3. Makaslanma(shear)	5
2.4.4. Sürtünme.....	6
2.4.5. Nem.....	6
2.4.6. Malnütrisyon	6
2.4.7. Diğer.....	7
2.5. BASINÇ YARASI RİSK DEĞERLENDİRMESİ	7
2.6. BASINÇ YARASI OLUŞMA YERLERİ	8
2.7. BASINÇ YARASININ EVRELENDİRİLMESİ	8
2.8. BASINÇ YARASININ ÖNLENMESİ.....	9
2.9. BASINÇ YARASININ TEDAVİSİ	10
3. MATERYAL VE METOD	12
3.1 ARAŞTIRMANIN ÖZELLİKLERİ	12
3.2 ARAŞTIRMANIN AMACI.....	12
3.3 ARAŞTIRMANIN İZİNİ	12
3.4 ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN.....	12
3.5 ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	12
3.6 ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ	12

3.7 ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLMEME KRİTERLERİ	12
3.8 VERİ TOPLAMA ARACI VE YÖNTEMLERİ.....	13
3.9 VERİLERİN İSTATİKSEL ANALİZİ.....	13
4. BULGULAR.....	14
5. TARTIŞMA	21
6. KISITLILIKLAR.....	24
7. SONUÇLAR	25
8. KAYNAKLAR.....	26
9. ÖZGEÇMİŞ.....	30
10. EKLER	31
EK-1. “Aile Hekimlerinin basınç yarası (yatak yarası) hakkında bilgi, tutum ve davranışları” konulu çalışma Veri Toplama Formu.....	31
EK-2. ETİK KURUL İZİNİ	35
EK-3. KURUM İDARİ İZİN BELGESİ.....	36
EK-4. TEZ KONUSU ONAY FORMU.....	37

KISALTMALAR

WHO: World Health Organization, Dünya Sağlık Örgütü

EPUAP: European Pressure Ulcer Advisory Panel, Avrupa Basınç Ülseri Tavsiye Paneli

NPIAP: The National Pressure Injury Advisory Panel

PPPIA: Pan Pacific Pressure Injury Alliance

MPBYBT: Modifiye Pieper Basınç Yarası Bilgi Testi



TABLolar DİZİNİ

Tablo 1: Aile hekimlerinin basınç yarası hakkında tutum ve davranışları

Tablo 2a: Tutum ve davranışın yaş ile karşılaştırılması

Tablo 2b: Tutum ve davranışın meslekteki yıl ile karşılaştırılması

Tablo 2c: Tutum ve davranışın aile hekimliği yılı ile karşılaştırılması

Tablo 3a: Tutum ve davranış durumlarının cinsiyet ile karşılaştırılması

Tablo 3b: Tutum ve davranış durumlarının uzmanlık durumu ile karşılaştırılması

Tablo 4: Demografik özellikler ve bilgi düzeyi karşılaştırılması

Tablo 5: Hekimlerin bilgi düzeyleri ve tutumlarının ilişkisi

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: Modifiye Pieper Basınç Yarası Bilgi Testine göre bilgi düzeyleri



ÖZET

TRABZON İLİNDEKİ AİLE HEKİMLERİNİN BASINÇ YARASI (YATAK YARASI) HAKKINDA BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARININ ARAŞTIRILMASI

GİRİŞ: Tıbbın ilerlemesi ile hareketi kısıtlı hasta sayısı artmakta ve bunun sonucu olarak basınç yarası görülme oranı yüksek kalmaya devam etmektedir. Bu da hastalarına sürekli ve kapsamlı sağlık hizmeti sunmakla görevli olan aile hekimlerine, basınç yarasının yönetimi konusunda görev yüklemektedir. Bu çalışmada Trabzon ilindeki aile hekimlerinin basınç yarası hakkında bilgi, tutum ve davranışlarının saptanması amaçlanmıştır.

MATERYAL VE METOD: Çalışmamız Haziran-Temmuz 2022 tarihleri arasında, Trabzon ilinde yürütülen gözlemsel tipte kesitsel bir araştırmadır. İl genelinde aile sağlığı merkezlerinde görevli 156 aile hekimine, sosyodemografik özelliklerini ve basınç yarası hakkında bilgi, tutum ve davranışlarını sorgulayan anket formu yüzyüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır. Sosyodemografik özellikleri, tutum ve davranışlarını inceleyen sorular literatür taranarak araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur. Hekimlerin basınç yarası bilgi düzeylerini ölçmek için Modifiye Pieper Basınç Yarası Bilgi Testi (MPBYBT) kullanılmıştır.

BULGULAR: Çalışmamızda aile hekimlerinin MPBYBT'ye göre bilgi düzeyi ortancaları yeterli seviyede (%75,5) bulunmuştur. Hekimlerin 37'si (23,7) basınç yarası hakkında eğitim aldıklarını belirtirken, 34'ü (21,8) basınç yarasının evrelemesi konusunda, 30'u (19,2) da tedavisi konusunda kendilerini yetkin gördüğünü ifade etti. Katılımcıların 91'i (58,3) nadiren, 60'ı (38,5) bazen, 5'i (3,2) ise sık sık yatak yarası ile karşılaştıklarını belirtti. Hekimlerin yaş, cinsiyet ve aile hekimliğinde geçen süreleri ile doğru sayısı arasında herhangi bir ilişki saptanmamışken ($p>0,05$), meslekte geçirilen süre ile doğru sayısı arasında pozitif bir korelasyon mevcuttu ($p=0,048$, $r=0,159$). Pratisyen hekimlerde ve yatak yarası hakkında eğitim almadığını ifade edenlerde doğru sayısı ortancası daha yüksekti (sırasıyla; $p=0,002$, $p<0,001$).

SONUÇ: Aile hekimlerinin basınç yarası hakkında bilgi düzeyleri MPBYBT'ye göre yeterli düzeyde çıkmış olmasına rağmen bilgi düzeylerinin iyi seviyeye gelmesi için eğitim programlarının planlanması ve özellikle basınç yarasının önlenmesi konusuna ağırlık verilmesi gerektiği görülmüştür.

ANAHTAR KELİMELER: Aile hekimleri, basınç yarası, Modifiye Pieper Basınç Yarası Bilgi Testi,



ABSTRACT

INVESTIGATION ON THE INFORMATION, ATTITUDES AND BEHAVIORS OF FAMILY PHYSICIANS IN TRABZON ON PRESSURE SORE (BED SORE)

INTRODUCTION: With the advancement of medicine, the number of patients with restricted mobility is increasing, and as a result, the incidence of pressure ulcers remains high. This puts family physicians, who are in charge of providing continuous and comprehensive health services to their patients, on the management of pressure ulcers. In this study, it was aimed to determine the knowledge, attitudes and behaviors of family physicians in Trabzon about pressure ulcers.

MATERIALS AND METHODS: Our study is an observational type cross-sectional study conducted in the province of Trabzon between June and July 2022. A questionnaire questioning their sociodemographic characteristics and knowledge, attitudes and behaviors about pressure ulcers was applied to 156 family physicians working in family health centers across the province, by face-to-face interview method. The questions examining the sociodemographic characteristics, attitudes and behaviors were formed by the researchers by scanning the literature. Modified Pieper Pressure Wound Knowledge Test (MPBYBT) was used to measure the pressure ulcer knowledge level of the physicians.

RESULTS: In our study, the median knowledge level of family physicians according to MPBYCT was found to be sufficient (75.5%). While 37 (23.7) physicians stated that they received training on pressure sores, 34 (21.8) stated that they considered themselves competent in the staging of pressure sores and 30 (19.2) in their treatment. 91 (58.3) of the participants stated that they rarely encountered bedsores, 60 (38.5) sometimes, and 5 (3.2) frequently encountered bedsores. While no correlation was found between physicians' age, gender, and the time spent in family medicine and the number of lines ($p>0.05$), there was a positive correlation between the time spent in the profession and the number of lines ($p=0.048$, $r=0.159$). The median number of correct answers was higher in general practitioners and those

who stated that they did not receive any training on bedsores (respectively; $p=0.002$, $p<0.001$).

CONCLUSIONS: Although the level of knowledge of family physicians about pressure ulcers was sufficient according to MPBYBT, it was observed that training programs should be planned and especially the prevention of pressure ulcers should be emphasized in order to increase their knowledge level to a good level.

KEY WORDS: Family physicians, pressure sore, Modified Pieper Pressure Sore Knowledge Test,



GİRİŞ VE AMAÇ

Basınç yarası, genellikle uzun süre basınca maruz kalan deri veya mukozada oluşan bölgesel hasardır (1). Günümüzde tıp alanındaki ilerlemelerle birlikte artan ortalama yaşam ömrü nedeniyle basınç yarası açısından riskli popülasyon giderek çoğalmaktadır. 2019’da yayınlanan bir makalede Türkiye’de basınç ülseri prevalansı %10,95 olarak belirtilmiştir (2).

Basınç yarası önemli bir morbidite ve mortalite problemidir. Basınç yaraları hastaya fiziksel ve psikolojik bir yük oluşturmaktadır. Basınç yarası çeşitli semptomlara sebep olmakta ve hastanın yaşam kalitesini azaltmaktadır. Hastaya olan bu etkilerinin yanında sağlık sistemine de ciddi bir iş yükü oluşturmaktadır. Basınç yarası geliştikten sonra ekonomik zorluklar da ortaya çıkmaktadır. Basınç yarasının gelişmesini önlemek veya erken aşamada tanıyıp tedavi etmek, maddi kayıpları ve hastanede yatış sürelerini azaltmaktadır (2–4).

Basınç yarasının yönetiminde erken evrede tanınması ve riskli popülasyonda gerekli önlemlerin alınarak oluşmasının engellenmesi temel hususlardır. Bu da hastalara sürekli ve kapsamlı sağlık hizmeti sunan aile hekimlerinin bu konudaki bilgi seviyelerinin yüksek olması ve doğru tutum ve davranışlar göstermesiyle sağlanabilir. Literatürde aile hekimlerinde basınç yarası ile ilgili bilgi seviyelerini, tutum ve davranışlarını değerlendiren kısıtlı sayıda çalışma olması konunun araştırılması gerektiğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda aile hekimlerinin basınç yarası hakkında bilgi, tutum ve davranışlarını görmeyi amaçladık. Edineceğimiz bilgilerle eğitim ihtiyacını ortaya koyarak sağlık sistemine ve literatüre katkıda bulunmayı hedefledik.

1. GENEL BİLGİLER

2.1. BASINÇ YARASININ TANIMI

Basınç yarası, basınçla ve/veya makaslanma, sürtünme, yırtılma gibi durumlarla birlikte genellikle kemik bir çıkıntı üzerinde olan deri ve/veya altındaki doku ile birlikte olan lokalize yaradır (1).

Basınç yarısı oluşumunda esas faktörün basınç ve yırtılma olduğu düşünülmekle birlikte çeşitli faktörlerin basınç yarısı oluşumunda ve ilerlemesinde rol oynadığı düşünülmektedir (1).

Basınç yarısı terimiyle aynı anlamda kullanılan bazı terimler mevcuttur. Bu terimler dekubit ülseri, dekübitus, yatak yarası, basınç ülseri şeklindedir (1,5).

Tarihsel olarak baktığımız zaman basınç yarası mısır mumyalarının otopsilerinde görülmüştür (6). Çeşitli hekimler önceki yüzyıllarda basıncın basınç yarısı oluşumunda önemini görmüş ve yaraların gelişimi ve prognozuyla ilgili teoriler öne sürmüştür (5,7–9). Ambrose Pare onaltıncı yüzyılda basıncın ve beslenmenin yara oluşumu ve iyileşmesinde önemini vurgulamıştır (9). 1878'de Charcot decubitus ominosus adını verdiği lezyonların detaylı tanımını yapmıştır (7,8).

Günümüzde ise The National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP), European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) ve Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA) birlikte Basınç Ülserlerinin/Yaralarının Önlenmesi ve Tedavisi kılavuzunu yayınlamışlardır.

2.2. BASINÇ YARASININ EPİDEMİYOLOJİSİ

Basınç yarasının önlenmesi ve tedavisinde artan tıbbi literatür bilgisine rağmen basınç yarısıyla halen sık karşılaşılmakta ve de tedavisi zor olmaktadır. Bu durum hastalara ve sağlık sistemine ağır yük oluşturmaktadır (10–12). Hastalıkların oluşturduğu maliyete göre sıralama yapacak olursak basınç yarısı, kanser ve kardiovasküler hastalıklar sonrasında üçüncü sırada gelen hastalık olarak bildirilmektedir (13). Basınç yarasının hastalara ve sağlık sistemine oluşturduğu yük sebebiyle titizlikle insidans ve prevalans hesaplamak önemlidir (14).

Basınç yarasının insidans ve prevalansı hakkında Son 5 yılda yalnızca İngilizce dilinde yazılmış 400'ün üzerinde makale vardır. Bu çalışmalar yalnızca insidans ve prevalansı değil aynı zamanda hastane yatış süreleri, spesifik popülasyonlar gibi durumlarında değerlendirmiştir. Bu çeşitlilikten dolayı kesin bir insidans ve prevalans hesaplamak zordur (5).

Literatürde bulunan basınç yarasının Avrupadaki prevalansını değerlendiren bir sistematik derleme makalesinde basınç yarasına bağlı tedavi maliyeti, prevalansı, hastane yatış süreleri gibi konularda çeşitli bilgiler sunulmaktadır (2). Basınç yarasının önlenmesi ve tedavisi karşılaştırıldığında hasta/gün başına önleme için 2,65 Euro'dan 87,57 Euro'ya kadar maliyet çıkabilirken, tedavi için 1,71 Euro'dan 470,49 Euro bandında bir maliyet çıktığı bildirilmiştir (15). İngiltere'de yapılan bir çalışmada hastanede herhangi bir sebeple yatan hastalarda basınç yarası gelişiminin yatış süresini arttırdığı belirtilmektedir (16). Bu gibi yayınlanan sonuçlar sebebiyle, önlenilecek olan basınç yaralarının önlenememesi büyük bir finansal yüke sebep olduğu için önleme ve erken aşamada tanı-tedavi önerilmiştir (2).

Bir araştırmada Avrupa'daki basınç yarası prevalansı %13,1 olarak bildirilmektedir (2). Bu çalışmalarda belirtilen prevalans hesaplanırken verilerin alındığı çalışmalardaki metodoloji farklılıkları dikkate alınmalıdır (2). Yapılan bir meta analizde insidans oranı basınç yarası evresine göre evre 1 ve 2'de %45, evre 3 ve 4'de ise %4 olarak bildirilmiştir (10). Genel insidans ise dünya genelinde %12 olarak bildirilmektedir (10).

2.3. BASINÇ YARASI ETİYOLOJİSİ

Basınç yaraları basınca bağlı olarak genellikle yumuşak dokuların kemik yapı ve dış yüzey arasında belli bir süre sıkışmasına bağlı olarak ya da dışardan uygulanan bir kuvvete bağlı oluşur (1,17). Bu basınç kaynağı hastanın kendi vücut ağırlığı ya da tıbbi bir cihaz olabilir. Basınç yaraları yalnızca deri üzerinde değil gastrointestinal, genitoüriner, respiratuvar yollar gibi mukozal membranlar üzerinde de olabilir (1).

Sınırlı bir alandaki yumuşak dokuya, belirli bir süre basınç uygulanırsa dokuda kan akımı obstürüksiyonu sonrasında doku iskemisi olur ve basınç kalktıktan sonrada reperfüzyon hasarı oluşur. Hem iskemi hem de reperfüzyon hasarı sonuç olarak hücre yıkımı ve doku ölümüne sebep olur. Basınç aynı zamanda interstisyel

alandaki sıvı kaçımasına sebep olarak hücreler arası etkileşime sebep olabilir. Bunun sonucunda membran rüptürü ve intrasellüler toksik maddelerin hücre dışına salınması meydana gelir (17). Basınç olan bölgeye nutrisyonel komponentlerin ulaştırılması, toksik maddelerin ortamdan uzaklaştırılmasının aksaması doku ölümüne katkıda bulunur. Hücre ölümleri dokuda inflamasyon ve ödeme sebep olur. Bu durum dokuda mevcut olan yükü arttırarak hasar alanını arttırır. Basıncın hücre metabolizmasına olan etkilerinin yanı sıra mekanik olarak da hücre iskeletinde deformasyona sebep olup basınç yarası oluşumunu hızlandırdığı bildirilmiştir (1).

Basınç yarası gelişiminde kritik önemi olan durumlar; basıncın yoğunluğu, dokunun basınca maruz kalma süresi ile birlikte derinin ve destekleyici yapılarının basınca karşı toleransı yani uyumdur (17).

Basınç yarası oluşumunda ve ilerlemesinde basınç dışında çeşitli durumlar etki eder. Bu durumlar risk faktörleri olarak adlandırılır (1,17).

2.4. BASINÇ YARASI RİSK FAKTÖRLERİ

Basınç yarası oluşumunda etkisi bulunan birçok faktör vardır (1,17–20). Basıncın yoğunluğu, basınca maruz kalma süresi, hareketsizlik, sürtünme, makaslanma, derinin nem durumu, hastanın bilinç durumu ve dokusunun toleransı gibi birçok durum çalışmalarda ve kılavuzlarda risk faktörü olarak bildirilmektedir (1,17–20). Çalışmalar ve kılavuzlarda risk faktörlerinin nasıl gruplandırıldığına bakıldığında, genel olarak iki ana gruba ayrıldığı görülmektedir (1,3,5,17,20). Dokunun basınca uyumu yani doku toleransı bir ana grup, basınç gibi mekanik etkiler diğer bir ana grup olarak sınıflandırılmıştır (1,5,17–20).

Basınç yarası oluşumunda rol oynayan etkenleri tanımak ve basınç yarası patolojisindeki rollerini bilmek iyi bir risk analizi için önemlidir (1).

2.4.1. Basıncın Yoğunluğu ve Süresi

Basıncın, basınç yarası oluşturmaya neden olabilmesinde yoğunluğu ve süresi önemli rol oynar (20). Basınç yoğunluğu kavramını anlamak için kapiller basıncı ve kapiller kapanma basıncını bilmek gerekir. Kapiller basınç damar içi sıvıyı kapiller dışına itmeyi sağlar, kapiller kapanma basıncı ise kapillerin kollabe olması için gereken minimum basıncı ifade eder (20). Basınç yarası oluşumunda basınç

yoğunluğu azaldıkça uygulandığı sürenin artması gerekir (20). Bununla birlikte düşme vb. bu tarz yüksek enerjili yaralanma durumları saniyeler içinde oluştuğu için basınç yarası olarak değerlendirilmez (1).

Basıncın süresini ve yoğunluğunu etkileyen faktörlere bakacak olursak; hareketsizlik ve azalmış aktivitenin olduğu durumlar bu faktörler arasında sayılabilir (17). Hareketsizlik ve azalmış aktivite çeşitli durumlarda olabilir. Bu durumlardaki ortak nokta hastanın pozisyon değiştirememesine bağlı olarak dokuya uygulanan basıncı rahatlatamamasıdır, bu durum benzer şekilde bilinç bozukluğu olan hastalarda da olabilir (1,17).

Basınç yarası oluşumu için gereken basınç miktarı ve maruziyet süresinin ne kadar olması gerektiği her kişinin doku toleransı, ortam faktörleri farklı olduğu için bilinmemektedir (1).

2.4.2. Doku Toleransı

Bu terim doku ve destekleyici yapılarının uygulanan basınca uyumu ve basıncı yeniden dağıtma sürecini ne şekilde yapabildiğini ifade eder (20). Bir başka ifadeyle doku toleransı yumuşak dokunun alttaki kemik doku ve yüzeyden gelen basınca karşı yastıklama görevini ne derece iyi yaptığıdır (17).

2.4.3. Makaslanma(shear)

Makaslanma, sürtünme ve yerçekimi etkisi ile oluşur (17). Vücut, yerçekimi etkisiyle bir yüzey üzerinde kayma eğiliminde olduğunda deri ve subkutanöz doku sabit kalır altındaki yumuşak doku olan kas ve fasya ise yerçekimi yönünde kuvvet etkisinde olur (18). Bu ters yönlü hareketi tariflemek için makaslanma(shear) terimi kullanılır. Örneğin yatağın başı yükseltildiğinde, yerçekimi etkisiyle vücut yatağın ayak kısmına doğru gitmek isteyecektir, ama yatağın yüzeyi tarafından uygulanan direnç, vücudu yerinde tutmaya çalışacaktır. Bu durumda aslında yerinde kalan deri kısmıdır, iskelet ağırlığı, vücudu aşağıya doğru çekmeye devam edecektir. Deri serbest hareket edemediği için makaslanma etkisi kemik yapının üstünde olan derin fasyal dokuda meydana gelecektir (20).

Makaslanmaya maruz kalan dokuda damarların gerilmesi ve yırtılması, azalmış kan akımı, damar tıkanması ve iskemik doku nekrozu gibi durumlara sebep olur (18).

2.4.4. Sürtünme

Sürtünme terimi iki yüzeyin birbirinin üzerinde hareket etmesini ifade eder (17). Sürtünme sonucu oluşan lezyonların ciddiyeti basitten önemliye kadar geniş bir aralıkta olabilir (20). Sürtünme etkisiyle derinin stratum corneum tabakasında kayıp olur ve bu durum epidermisin enfeksiyonlara karşı bariyerinde gedik oluşturur (18). Sürtünme basınç yarasının direkt sebebi değildir, oluşturduğu makaslanma etkisiyle basınç yarası oluşumuna katkıda bulunur (20).

2.4.5. Nem

Nemin, epidermisin dış kuvvetlere karşı direncini değiştirdiği düşünülmektedir (17).

Nemli cilt, maserasyon ve soyulmaya yatkındır (5,17). Neme bağlı olarak derinin stratum corneumunun lipid tabakasında ve derinin kollajeninde incelme olur, nemin kaynağına göre deri pH sında alkalizasyona ve deriye yoğun bakteriyel yük sebep olabilir (5,20). Nem kaynağı, üriner/ fekal inkontinans, terleme, ya da fistülden/yaradan akıntı şeklinde olabilir (5,17,20). Basınç yarası görülme oranı, özellikle üriner ve fekal inkontinanstaki deri florasına ve pH'sına olan etkilerden dolayı diğer nemlenme durumlarına göre belirgin olarak daha yüksektir (5,17,20).

2.4.6. Malnütrisyon

Yeterli bir nutrisyonel durum yara iyileşmesi açısından önemli olduğu gibi basınç yarası gelişmesi önlenmesi ve iyi bir iyileşme sağlanması için önemlidir (5,17,18,20). Malnütrisyon kilo kaybı, negatif azot dengesi, yaranın geç iyileşmesi ya da iyileşmemesi veya immünsupresyon olarak kliniğe yansiyabilir (5,17,18,20). Düşük serum albümin, transferrin, prealbumin seviyeleri malnutrisyonu gösterebilir (5,17,18,20). Vitamin eksikliği, mineral eksikliği yara iyileşmesini geciktirebilir ve doku yıkımını arttırabilir (5,17,18,20).

2.4.7. Diğer

Hastanın immobil olması uzamış basınç maruziyeti anlamına gelir. Bu durum basınç yarası oluşması açısından risklidir (18).

İleri yaş, basınç yarası gelişimi açısından risk faktörüdür (17,20). Yaşlanmayla birlikte dokuda meydana gelen yapısal değişiklikler ve buna bağlı olarak doku toleransında azalmadan ötürü basınç yarası riski artar (20).

Hipotansiyon perfüzyonu azaltarak doku toleransını düşürüp, basınç yarası oluşumu riskini artırır (20).

Stres, glukokortikoid salınımına sebep olur. Bu da deride birtakım değişikliklere sebep olarak basınç yarası oluşumuna veya var olan yaralarda iyileşmenin yavaşlamasına sebep olur (20).

Artmış vücut sıcaklığı oksijen tüketimini artırır ve bu durumda iskeminin etkisinin artmasına sebep olur (20).

Sigara içmek dokulara ulaşan oksijeni azalttığı için iskemi etkisini artırır. Ayrıca nikotin biyokimyasal olarak inflamasyon etkisini arttırabileceğinden mevcut doku hasarı inflamasyon şiddetinin artmasına bağlı olarak artabilir (20).

İnflamasyon sürecine bağlı olarak oluşan ödem dokuda zaten var olan basıncı arttırıp iskemiye daha da fazlalaştırır (18).

Çeşitli kronik hastalıkların basınç yarası oluşumunda risk faktörü olduğu bildirilmiştir (17). Diabet ve metastatik karsinom buna örnek olarak gösterilebilir (17).

2.5. BASINÇ YARASI RİSK DEĞERLENDİRMESİ

Hastada ne kadar basınç yarası riski olduğunu belirlemek, yani risk değerlendirmesi yapmak, klinik pratikte öneme sahiptir (1). Her hasta ilk görüşmede basınç yarası risk faktörleri açısından değerlendirilmelidir (17). Basınç yarası risk değerlendirmesinin amacı hastada basınç yarası gelişmeden önlenmesini sağlamaktır (17).

Risk değerlendirmesinde hastada modifiye edilebilir ve modifiye edilemez riskler olmak üzere iki grup risk ortaya çıkar. Hastada basınç yarası gelişmesini önlemede asıl hedef bu modifiye edilebilir risklerdir (1).

Basınç yarasında risk değerlendirmesi için oluşturulmuş çeşitli ölçekler vardır. En bilinenleri Norton, Waterlow ve Braden basınç yarası risk değerlendirme ölçekleridir. Bunlardan birinin diğerine üstün olduğunu söylemek zordur. Her ölçeğin öngörme yeteneği, güvenilirliği, duyarlılığı, özgülüğü belli gruplara karşı yapılmış olduğu için karşılaştırmak güçtür (5,17).

2.6. BASINÇ YARASI OLUŞMA YERLERİ

Basınç yarası genellikle kemik yapıların üzerindeki deri bölgesinde olmakla birlikte medikal araç kullanımı kaynaklıda olabileceği unutulmamalıdır (20). Çalışmalarda basınç yaralarının daha çok vücudun alt bölgesinde olduğu bildirilmiştir. Sakrum, iskiyal tuberositas, topuk, gluteal bölge, torakanterik bölge en sık görüldüğü bölgelerdendir (5,18,20). Basınç yaralarının görülme sıklığının farklı olma sebebinin postürel durum, kemik bölgelerin makaslanma, sürtünme gibi etkilerden daha fazla etkilenmesi, bu tarz bölgelerde deri altı yumuşak dokunun az olması gibi sebeplerin neden olduğu öne sürülmektedir (18).

2.7. BASINÇ YARASININ EVRELENDİRİLMESİ

Basınç yarasının tedavisini yapabilmek için ilk önce diğer yara tiplerinden ayırt etmek ve etiyojisini bilmek önemlidir. Basınç yarasının evreleendirilmesi için bilgiler geliştikçe yıllar boyunca çeşitli sınıflandırma sistemleri geliştirilmiş ve kullanılmıştır. Basınç yarasını sınıflandırmak için deri, fasya, subkutanöz yağ tabakası, kas tabakası, kemik yapı, tendon ve ligament gibi anatomik yapıları bilmek gereklidir. Basınç yarasının sınıflandırılmasında yaranın anatomik yeri, görünümü önemlidir (1).

Nekrotik doku, kabuk ve eskar gibi yapılar tam kat basınç yarasında görülür. Granülasyon dokusu ise tam kat basınç yarası iyileşirken görülür. Buna karşın evre 2 basınç yaralarında nekrotik doku olmaz ve epitelizasyonla iyileşme olur (1).

Basınç yaralarının derinliği buldukları anatomik yere göre değişiklik gösterir. Bu sebeple yalnızca derinliğe bakarak evre 3 ya da 4 demek yanıltıcı olabilir. Yağ dokusu az olan anatomik bölgelerde, derin olmayan basınç yaraları evre

4 olarak sınıflandırılabilir. Buna karşın yağ dokusu fazla olan dokularda, derin ama kemiğe ya da kasa ulaşmayan basınç yarası evre 3 olarak sınıflandırılabilir (1).

Koyu ten rengine sahip kişilerde basınç yarası değerlendirilirken evre 1 basınç yarasını değerlendirmek zorlaşabilir. Bu durumda endurasyon, ısı artışı, ödem varlığı gibi muayene bulgularından faydalanılabilir. Basınç yarası evrelendirmesi için çeşitli sınıflandırma sistemleri kullanılmaktadır. Bunlardan en sık kullanılanları Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) ve Avrupa Basınç Ülseri Tavsiye Panelinin (EPUAP) hazırladığı sınıflandırmalardır. Bu iki sınıflandırmada basınç yaraları evre 1-4, sınıflandırılmayan ve şüpheli derin doku hasarı olmak üzere 6 evreye ayrılmıştır (1).

Deri için oluşturulan sınıflandırma sistemlerinin mukozalar için kullanılması mukozal yapının özelliğinden dolayı uygun değildir. Mukozalarda oluşan basınç yaralarının sınıflandırılması için çalışmalar halen devam etmektedir (1).

2.8. BASINÇ YARASININ ÖNLENMESİ

Basınç yarası oluşumu açısından riskli sayılan her hastada düzenli olarak deri muayenesi, optimal deri temizliği, deri nem oranının düzenlenmesi, deri sıcaklığının takip edilmesi, deri pH'ına uygun bakım yapılmasına ve malnütrisyon olmamasına dikkat edilmelidir (1,5,17).

Derinin günlük olarak kontrol edilmesi önemlidir. Özellikle pozisyon değiştirildiğinde, kemik yapıların olduğu bölgeler kontrol edilmelidir (1,5,17,20). İnkontinans gibi deriyi nemlendiren durumlar açısından dikkat etmek önemlidir (1,5,17,20). Derinin nemli olması maserasyon gibi riske sebep olmakla birlikte kuru bir cilt ise sürtünme, makaslanma gibi etkilere daha dayanıksız olur. Bu sebeple derinin nem durumu optimum düzeyde olmalıdır (17). Deri pH'sı asidiktir. Alkali sabunlar, temizleme ürünleri derinin florasına zarar vererek enfeksiyon açısından risk oluşturabilir (5,17).

Hastanın hareket durumuna göre pozisyon değişikliği planlaması yapılmalı uygun tekniklerle basınç dağılması sağlanmalıdır (20). Hastanın kullandığı ara yüzeydeki araç, basınç yarası önlenmesine uygun olarak tasarlanmış olan ürünlerden

olmalı, hastanın terleme durumu, deri sıcaklığına etkisi gibi unsurlar dikkate alınmalıdır (20).

Hastaya bakım verenlerin basınç yarası önlenmesi konusunda yeterli bilgi sahibi olması sağlanmalıdır (1,20).

Medikal araç kullanan kullanması gereken hastada basınç ülseri açısından günde iki kez cihaz bölgesi kontrol edilmeli, basınç dağılması uygun yer değiştirme ile sağlanmaya çalışılmalıdır (1,20).

2.9. BASINÇ YARASININ TEDAVİSİ

Basınç yarası tedavisi yapabilmek için iyi bir değerlendirme gerekmektedir. Basınç yarasının yeri, evresi, boyutu, doku tipleri, rengi, yara çevresi ve yara yatağı, sinüs veya tünel oluşumu olup olmadığı, akıntı, koku varlığı gibi durumlar incelenmelidir. Yaranın iyileşme eğiliminde olup olmadığı, enfeksiyon varlığı gibi durumlar belirlenmelidir. Bunun için her muayene detaylı şekilde not edilmeli, gerekirse fotoğrafla dökümanite edilmelidir. Bunlar belirlendikten sonra tedavi planı hazırlanmalıdır (1).

Yara yeri bakımında 4 temel yaklaşım ve son zamanlarda 2 ayrı öneriyle birlikte toplamda 6 basamak vardır (1). Bunlar:

-Debridman ve yara yatağı hazırlığı,

-Enfeksiyon ve inflamasyon kontrolü,

-Nem dengesinin sağlanması,

-Epitelizasyonun yeterli olmaması durumunda tekrar kontrol 4 temel adımdır

(1). Sonradan eklenen iki adım ise;

-Tamir ve rejenerasyonu destekleme,

-Sosyal faktörler, hasta ile ilgili faktörlerin göz önünde bulundurulması şeklinde eklenmiştir (1).

Yara iyi bir şekilde temizlenir basınç rahatlatılırsa ve risk faktörleri düzeltilebilirse sınırlı yaralar cerrahi girişim olmadan da iyileşebilir (5). Basınç yarasında iyileşme için basınçtan kurtarma kritik öneme sahiptir. Bunu elde etmek için çeşitli ara yüzler üretilmiştir (5). Bunların birbirlerine karşı olan üstünlükleri

tartışmalı olmakla birlikte basınçtan kurtarmak için hasta için uygun olan ürün kullanılabilir (5).

Hastada spastisite varsa buna yönelik tedavi düşünülebilir. Bu durum hem basıncı azaltmada fayda gösterebilir hem de hijyen açısından katkı sağlar (5).

Malnütrisyonu olan hastada malnütrisyonu gidermek açısından tedavi planı düzenlenmelidir (5).

Debridman açısından yara değerlendirilmelidir. Nekrotik doku yara iyileşmesini geciktirir, enfeksiyon açısından risk oluşturur. Pansuman için çeşitli malzemeler kullanılmaktadır. Hasta için en uygun olanı seçilmelidir. Antiseptik solüsyonlar dikkatli kullanılmalıdır. Kullanılacaksa eğer fibroblastlara en az toksik olan seçilmelidir (5).

Negatif basınçlı yara tedavisi belirli evre ve özellikte yaralarda kullanılabilir (5).

Basınç yarasının yerine ve özelliklerine göre flep, greft veya doku ekspansiyonu uygulamaları düşünülebilir (5).

Basınç yaraları genellikle ağrılı olur. Basınç yarasında ağrı yaranın evresi arttıkça şiddeti genellikle artmaktadır. Bu ağrı genellikle sürekli ve şiddetli olduğu bildirilmiştir. Bu şikayetin hastaları en fazla rahatsız eden semptom olduğu bildirilmiştir (1). Ağrının sebepleri için çeşitli teoriler öne atılmıştır:

- Basınç, makaslanma ve/veya sürtünme,
- Sinir uçlarına hasar,
- İnflamasyon ve/veya enfeksiyon,
- Tedavi prosedürü,
- İnkontinans sebebiyle abrazyon,
- Kas spazmı.

Ağrı kontrolü için farmakolojik ya da non-farmakolojik yöntem kullanılabilir. Hastanın özelliğine göre uygun yöntem seçilmelidir (1).

3. MATERYAL VE METOD

3.1 ARAŞTIRMANIN ÖZELLİKLERİ

Bu araştırma tek merkezli gözlemsel tipte kesitsel bir çalışmadır.

3.2 ARAŞTIRMANIN AMACI

Trabzon ilinde aile sağlığı merkezlerinde görev yapan aile hekimlerinin basınç yarası hakkında bilgi, tutum ve davranışlarının incelenmesi amaçlanmıştır.

3.3 ARAŞTIRMANIN İZİNİ

Araştırma için Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulundan (29.06.2022 tarihli ve 2022/2 nolu karar ile) onay alınmıştır.

3.4 ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Araştırma Trabzon il genelinde bulunan aile sağlığı merkezlerinde, Temmuz-Ağustos 2022 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.5 ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Çalışmanın evrenini Trabzon ilinde aile sağlığı merkezlerinde görev yapan 260 aile hekimi oluşturmaktadır. Hekimlerin yatak yarası konusunda bilgi düzeyleri %50 kabul edildiğinde %95 güvenilirlikle ve %5 sapmayla tip 1 hata 0,05 öngörülerek örneklem hacmi 156 olarak hesaplanmıştır. Örneklem hesabı OpenEpiVersion 3 ile yapılmıştır. Çalışmanın sonunda 156 kişiye ulaşılmıştır.

3.6 ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ

Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formunu imzalamış olmak

3.7 ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLMEME KRİTERLERİ

Hekimin görev yerinde herhangi bir sebeple bulunmaması

3.8 VERİ TOPLAMA ARACI VE YÖNTEMLERİ

Çalışmamızda, birinci ve üçüncü bölümü araştırmacılar tarafından oluşturulan ve sırasıyla 7 ve 4 soru, ikinci bölümü ise Modifiye Pieper Basınç Yarası Bilgi Testi (MPBYBT) adında sağlık personellerinin basınç yarasını ölçmek için oluşturulmuş 49 soru içeren bir form, yüzyüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır.

Bu formun ilk bölümünde yaş, cinsiyet, eğitim durumu gibi sosyodemografik özellikleri değerlendiren ifadeler bulunmaktadır. Daha sonra katılımcılara basınç yarası tedavisi ve evrelemesi hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünüp düşünmedikleri sorulmuştur.

İkinci bölümde sağlık personellerinin basınç yarası hakkında bilgi durumu MPBYBT kullanılarak değerlendirilmiştir. Bu ölçeğin ilk versiyonu Pieper ve Mott tarafından 1995 yılında oluşturulmuştur. Çalışmamızda kullanılan versiyon ise, 2015'te Lawrence ve arkadaşları tarafından düzenlenmiştir ve 49 sorudan oluşmaktadır. Sorulardan 33 tanesi önleme ve risk, 9 tanesi evrelendirme ve 7 tanesi yara tanımlamayla ilgili ifadeler içermektedir. Sorularda 25 doğru ve 24 yanlış cevap bulunmaktadır. Test sonucunun %70'den yüksek olması bilgi düzeyinin yeterli olduğunu, %80'den yüksek olması iyi olduğunu ve %90'dan yüksek olması ise çok iyi olduğunu göstermektedir.

Anketin son bölümünde hekimlerin basınç yarası ile karşılaşma sıklıkları, bu hasta grubunu nasıl yönettiklerini ve basınç yarasının önlenebilirliği hakkında ne düşündüklerini değerlendiren ifadeler yer almaktadır.

3.9 VERİLERİN İSTATİKSEL ANALİZİ

Çalışma kapsamında hazırlanan anketten elde edilen verilerin analizi, istatistik yazılımı olan SPSS 23.0 programı kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler yapılmıştır ve numerik değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov Z testiyle değerlendirilmiştir. Numerik verilerin normal dağılıma uymadığı gözlenmiştir. Numerik değişkenlerin birbiri ile ilişkisi Spearman korelasyon analizi ile, kategorik değişkenlerle ilişkisi ise Mann-Whitney U testi ve Kruskal-Wallis testi ile incelenmiştir. Numerik veriler ortanca [çeyrekler arası açıklık], kategorik veriler N (%) olarak verilmiştir. Araştırma sonucunda elde edilen verilerin anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak alınmıştır.

4. BULGULAR

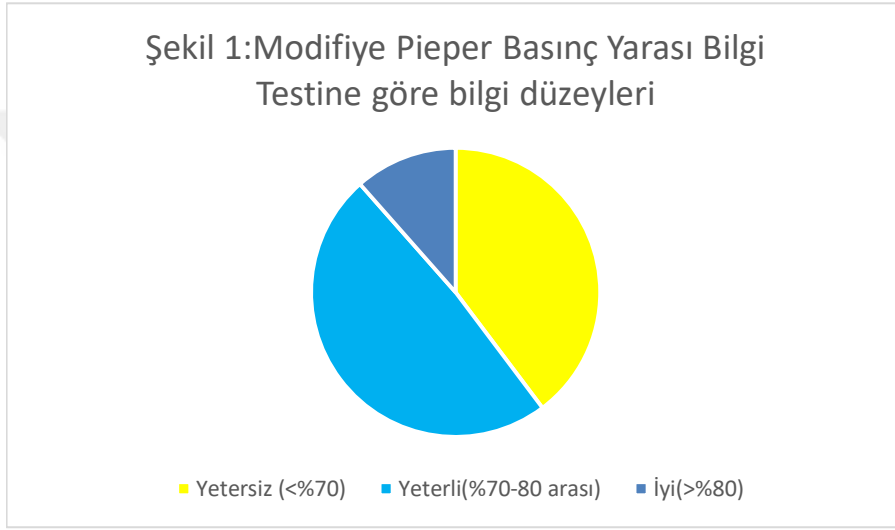
Çalışmaya katılan hekimlerin yaş ortancası 38 [12]' idi. 62'si (39,7) kadın, 94'ü (60,3) erkekti. Katılımcılarımızın meslekteki çalışma yıl ortancası 12 [13] iken, aile hekimliğindeki çalışma süresi yıl ortancası 8 [6]' idi. Çalışmaya katılanların 28'i (17,9) uzman aile hekimi iken, 128'i (82,1) ise pratisyen aile hekimi idi.

Katılımcılarımıza tıp veya uzmanlık eğitimi sırasında yatak yarası hakkında eğitim alıp almadıkları sorulduğunda 119'u (76,3) eğitim almadıklarını bildirmişken, 29'u (18,6) tıp fakültesinde, 8'i (5,1) uzmanlık eğitimi sırasında eğitim aldığını bildirmiştir. Hekimlerin basınç yarası hakkında tutum ve davranışlarını gösteren veriler Tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 1: Aile hekimlerinin basınç yarası hakkında tutum ve davranışları

Yatak yarası hakkında eğitim aldınız mı?	
Hayır	119 (76,3)
Evet	37 (23,7)
Tıp fakültesinde	29 (18,6)
Uzmanlık eğitiminde	8 (5,1)
Kendinizi yatak yarasını evreleme konusunda yetkin görüyor musunuz?	
Hayır	122 (78,2)
Evet	34 (21,8)
Kendinizi yatak yarasını tedavi konusunda yetkin görüyor musunuz?	
Hayır	126 (80,8)
Evet	30 (19,2)
Size bağlı nüfusta yatak yarası sebebiyle başvuru ne sıklıkla olur?	
Nadiren	91 (58,3)
Bazen	60 (38,5)
Sık sık	5 (3,2)
Yatak yarasının önlenebileceğini düşünüyor musunuz?	
Hayır	7 (4,5)
Evet	149 (95,5)
Yatak yarası olma riski olan hastalarda sarkopeni, mini malnütrisyon testi gibi ölçekler uygulayıp hastanın genel risk durumunu değerlendirir misiniz?	
Hayır	22 (14,1)
Evet	36 (23,1)
Hastanın genel durumuna göre, yapıp yapmamaya karar veririm.	98 (62,8)
<i>Veriler N (%) olarak ifade edilmiştir.</i>	

Katılımcıların basınç yarası hakkında bilgi düzeyini ölçmek için kullandığımız MPBYBT'ye göre toplam doğru sayısı ortancası 37 [9] (%75,5) idi. Ölçeğin alt başlıkları değerlendirildiğinde ortanca doğru sayılarının; önlemede 25 [4], evrelemede 7 [2], tanılamada ise 7 [3] olduğu görülmüştür. MPBYBT'ye göre bilgi düzeyleri yetersiz düzeyde olan hekimlerin sayısı 62 (39,7), yeterli düzeyde olanlar 76 (48,7), iyi ve çok iyi düzeyde olanlar ise 18 (11,5) olarak bulunmuş olup, veriler Şekil 1'de sunulmuştur.



Katılımcılara sorulan tutum ve davranışla ilgili soruların yaş, meslekteki çalışma süresi, aile hekimliğindeki çalışma süresi ile ilişkisi Tablo 2a, 2b ve 2c' de sunulmuştur.

Tablo 2a: Tutum ve davranışın yaş ile karşılaştırılması

	Yaş	p değeri
Kendinizi yatak yarasını evreleme konusunda yetkin görüyor musunuz? Evet Hayır	37,5 [17] 38 [12]	0,355
Kendinizi yatak yarasını tedavi konusunda yetkin görüyor musunuz? Evet Hayır	38,5 [18] 38 [12]	0,315
Yatak yarasının önlenebileceğini düşünüyor musunuz? Evet Hayır	38 [12] 36 [9]	0,180
Yatak yarası olma riski olan hastalarda sarkopeni, mini malnütrisyon testi gibi ölçekler uygulayıp hastanın genel risk durumunu değerlendirir misiniz? Evet Hayır Hastanın genel durumuna göre, yapıp yapmamaya karar veririm.	32,5 [9] 41 [14] 38 [11]	0,039
<i>Veriler ortanca [çeyrekler arası açıklık] olarak ifade edilmiştir.</i>		

Tablo 2b: Tutum ve davranışın meslekteki yıl ile karşılaştırılması

	Meslekteki yıl	p değeri
Kendinizi yatak yarasını evreleme konusunda yetkin görüyor musunuz? Evet Hayır	12 [15] 12 [11]	0,478
Kendinizi yatak yarasını tedavi konusunda yetkin görüyor musunuz? Evet Hayır	13,5 [17] 12 [11]	0,302
Yatak yarasının önlenebileceğini düşünüyor musunuz? Evet Hayır	12 [13] 10 [6]	0,067
Yatak yarası olma riski olan hastalarda sarkopeni, mini malnütrisyon testi gibi ölçekler uygulayıp hastanın genel risk durumunu değerlendirir misiniz? Evet Hayır Hastanın genel durumuna göre, yapıp yapmamaya karar veririm.	7,5 [8] 14 [15] 13 [12]	0,010
<i>Veriler ortanca [çeyrekler arası açıklık] olarak ifade edilmiştir.</i>		

Tablo 2c: Tutum ve davranışın aile hekimliği yılı ile karşılaştırılması

	Aile hekimliği yılı	p değeri
Kendinizi yatak yarasını evreleme konusunda yetkin görüyor musunuz? Evet Hayır	8 [6] 7 [5]	0,237
Kendinizi yatak yarasını tedavi konusunda yetkin görüyor musunuz? Evet Hayır	9 [8] 7[5]	0,095
Yatak yarasının önlenebileceğini düşünüyor musunuz? Evet Hayır	8 [6] 8 [7]	0,373
Yatak yarası olma riski olan hastalarda sarkopeni, mini malnütrisyon testi gibi ölçekler uygulayıp hastanın genel risk durumunu değerlendirir misiniz? Evet Hayır Hastanın genel durumuna göre, yapıp yapmamaya karar veririm.	4 [7] 8 [8] 8 [5]	0,102
<i>Veriler ortanca [çeyrekler arası açıklık] olarak ifade edilmiştir.</i>		

Kadın hekimlerin 20'si (32,3), erkek hekimlerin ise 14'ü (14,9) kendilerini basınç yarasını evreleme konusunda yeterli görmekteydi (p=0,010). Tutum ve davranış durumlarının, cinsiyet ve uzmanlığa göre karşılaştırılması Tablo 3a ve 3b'de sunulmuştur.

Tablo 3a: Tutum ve davranış durumlarının cinsiyet ile karşılaştırması

	Kadın	Erkek	p değeri
Kendinizi yatak yarasını evreleme konusunda yetkin görüyor musunuz?			0,010
Evet	20 (32,3)	14 (14,9)	
Hayır	42 (67,7)	80 (85,1)	
Kendinizi yatak yarasını tedavi konusunda yetkin görüyor musunuz?			0,091
Evet	16 (25,88)	14 (14,9)	
Hayır	46 (74,2)	80 (85,1)	
Yatak yarasının önlenebileceğini düşünüyor musunuz?			0,159
Evet	61 (98,4)	88 (93,6)	
Hayır	1 (1,6)	6 (6,4)	
Yatak yarası olma riski olan hastalarda sarkopeni, mini malnutrisyon testi gibi ölçekler uygulayıp hastanın genel risk durumunu değerlendirir misiniz?			0,164
Evet	19 (30,7)	17 (18,1)	
Hayır	9 (14,5)	13 (13,8)	
Hastanın genel durumuna göre, yapıp yapmamaya karar veririm.	34 (54,8)	64 (68,1)	
<i>Veriler N (%) olarak ifade edilmiştir.</i>			

Tablo 3b: Tutum ve davranış durumlarının uzmanlık durumu ile karşılaştırması

	Aile hekimliği uzmanı	Pratisyen	p değeri
Kendinizi yatak yarasını evreleme konusunda yetkin görüyor musunuz?			0,013
Evet	11 (39,3)	23 (18)	
Hayır	17 (60,7)	105 (82)	
Kendinizi yatak yarasını tedavi konusunda yetkin görüyor musunuz?			0,056
Evet	9 (32,1)	21 (16,4)	
Hayır	19 (67,9)	107 (83,6)	
Yatak yarasının önlenebileceğini düşünüyor musunuz?			0,796
Evet	27 (96,4)	122 (95,3)	
Hayır	1 (3,6)	6 (4,7)	
Yatak yarası olma riski olan hastalarda sarkopeni, mini malnutrisyon testi gibi ölçekler uygulayıp hastanın genel risk durumunu değerlendirir misiniz?			0,002
Evet	13 (46,4)	23 (18)	
Hayır	5 (17,9)	17 (13,2)	
Hastanın genel durumuna göre, yapıp yapmamaya karar veririm.	10 (35,7)	88 (68,8)	
<i>Veriler N (%) olarak ifade edilmiştir.</i>			

Katılımcıların yaş ve aile hekimliğinde geçen süreleri ile doğru sayısı arasında herhangi bir korelasyon saptanmamıştır ($p>0,05$). Hekimlerin meslekte geçirdikleri süre ile doğru sayısı arasında pozitif korelasyon bulunmuştur ($p=0,048$, $r=0,159$). Katılımcıların cinsiyet ve uzmanlık durumları ile bilgi düzeyi ilişkisi Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4: Demografik özellikler ve bilgi düzeyi karşılaştırması

	Toplam skor	p değeri
Cinsiyet		0,671
Kadın	36 [8]	
Erkek	37,5 [9]	
Uzmanlık		0,002
Aile hekimliği uzmanı	33,5 [8]	
Pratisyen	38 [8]	

Veriler ortanca [çeyrekler arası açıklık] olarak ifade edilmiştir.

Hekimlere basınç yararı hakkında eğitim alıp almadıklarının toplam sonuç ile karşılaştırması yapıldığında eğitim alanların doğru cevapları ortancası 31 [7], eğitim almayanların doğru cevap ortancası 38 [7] olup istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Veriler Tablo 5'te sunulmuştur.

Tablo 5: Hekimlerin bilgi düzeyleri ve tutumlarının ilişkisi

	Toplam skor	p değeri
Yatak yarası hakkında eğitim aldınız mı? Evet Hayır	31 [7] 38 [7]	<0,001
Kendinizi yatak yarasını evreleme konusunda yetkin görüyor musunuz? Evet Hayır	35 [8] 37 [9]	0,448
Kendinizi yatak yarasını tedavi konusunda yetkin görüyor musunuz? Evet Hayır	35,5 [8] 37 [8]	0,265
Size bağlı nüfusta yatak yarası sebebiyle başvuru ne sıklıkla olur? Nadiren Bazen Sık sık	34 [8] 39 [2] 27 [12]	<0,001
Yatak yarasının önlenebileceğini düşünüyor musunuz? Evet Hayır	37 [8] 26 [8]	<0,001
Yatak yarası olma riski olan hastalarda sarkopeni, mini malnutrisyon testi gibi ölçekler uygulayıp hastanın genel risk durumunu değerlendirir misiniz? Evet Hayır Hastanın genel durumuna göre, yapıp yapmamaya karar veririm.	31 [8] 30 [9] 39 [2]	<0,001
<i>Veriler ortanca [çeyrekler arası açıklık] olarak ifade edilmiştir.</i>		

5. TARTIŞMA

Basınç yarası, tıptaki ilerlemeye rağmen halen hastalarda mortalite ve morbiditeye sebep olmakta, sağlık sistemine ciddi yük oluşturmaktadır. Basınç yarası oluşumunu önlemek, eğer oluşmuşsa da erken aşamada tedavi etmek daha kolaydır ve maliyeti daha düşüktür. Çalışmamızda Trabzon ilinde çalışan aile hekimlerinin basınç yarası hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarının durumunu değerlendirmeyi amaçladık. Çalışmamızın sonucunda aile hekimlerinin çoğunluğunun bilgi düzeyinin MPBYBT'ye göre yeterli seviyede olduğu ancak hekimlerin çoğunluğunun basınç yarası tedavi ve evreleme konusunda kendilerini eksik gördükleri bulunmuştur.

Zena Moore ve arkadaşlarının yayınladığı bir çalışmada Türkiye'deki basınç yarası prevalansı %10,95 olarak belirtilmiştir (2). Çalışmamızda ise aile hekimlerine ne sıklıkla basınç yarası ile karşılaştıkları sorulduğunda çoğunluğun nadiren karşılaştığını söylediği gözlemlenmiştir. Bu durum basınç yarası hastalarının birinci basamağa bu konuda başvurmayı tercih etmediklerini düşündürmektedir. Bu duruma rağmen, birinci basamak hekimleri hastaların en kolay ve en hızlı ulaşabilecekleri sağlık çalışanları olduğu için basınç yarası konusundaki yetkinlikleri oldukça önemli hale gelmektedir.

İspanya'da Angel Romero-Collado ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada doktorların %78,3'nün tıp eğitiminde basınç yarası eğitimi almadıkları ancak %77,3'nün tıp eğitimi sonrası bu eğitimi aldığı bildirilmiştir (21). Araştırmamıza katılan hekimlerde ise %76,3'ü basınç yarası eğitimi almadığını, %18,6'sı tıp fakültesinde basınç yarası eğitimi aldığını, %5,1'i ise uzmanlık eğitimi sırasında basınç yarası eğitimi aldığını belirtmektedir. Bu durumun sebebi tıp eğitiminde bu konuyla ilgili spesifik eğitim almamaları olabileceği gibi, mezuniyet sonrası, alınan eğitimin unutulmuş olması olabilir. Bununla birlikte eğitim aldığını ifade eden hekimlerin MPBYBT'ye göre doğru ortancası, eğitim almayanların doğru ortancasından düşük olarak bulunmuştur. Bu durum hekimlerin meslekte geçirdiği süre arttıkça eğitim alıp almadıklarını tam hatırlamaması ya da aldıkları eğitimin içeriğinin yeterli olmamasından kaynaklanmış olabilir. Bu sebepten ötürü birinci basamak hekimlerine eğitimin tekrarlanması faydalı olabilir.

Çalışmamızdaki diğer bir sonuç ise aile hekimliği uzmanlarının doğru ortancasının pratisyen aile hekimlerine göre düşük olarak tespit edilmiş olmasıdır. Bu durumu, uzmanlık eğitimi sırasında basınç yarası eğitimi almamaları, eğitim içeriğinin eksik kalması veya asistanlık eğitiminde bu hasta grubuyla karşılaşma oranlarının düşük olması ortaya çıkarmış olabilir. Bunun yanında, çalışmamıza katılan pratisyen aile hekimlerinin meslekteki çalışma sürelerinin aile hekimliği uzmanlarına oranla daha yüksek olması bu sonucu etkilemiş olabilir.

Hekimlerin MPBYBT'ye göre bilgi düzeyleri açısından cinsiyet grupları arasında herhangi bir fark gözlenmemiştir. Ancak kadın hekimlerin kendilerini evreleme konusunda daha yetkin gördükleri bulunmuştur. Bunun sebebinin aldıkları veya okudukları eğitime daha fazla güvenmeleri olabileceği gibi klinikte basınç yarası ile daha fazla karşılaşmış olmaları olabilir.

Basınç yarası hakkında bilgi, tutum ve davranışları araştıran çalışmalarda basınç yarası eğitimi almayan hemşirelere yapılan basınç yarası bilgi düzeyi testlerinde sonuçların ortalama %50-70 aralığında olduğu görülmektedir (22-25). Kıyaslama yapacak olursak bizim çalışmamıza katılan hekimlerin basınç yarası bilgi düzeyi MPBYBT'ye göre yeterli seviyede (%75,5) bulunmuştur. Bu sonucun basınç yarası yönetimi ve önlenmesinde yeterli olup olmaması tartışmalıdır. Çünkü kullandığımız MPBYBT'de 33 önleme, 9 evreleme ve 7 tanılama sorusu vardır. Çalışmamızın sonucunda hekimlerimizin yanlış veya bilmiyorum cevaplarının çoğunluğunun önleme alt grubunda bulunduğu görülmüşken, tanılama ve evrelemede alt gruplarında yüksek doğru oranı mevcuttu. Bu durum basınç yarası yönetimin temel noktalarından olan oluşmasının önlenmesi aşamasında bilgi eksikliği olabileceğini düşündürmektedir.

Kimura S'nin Amerika'da yaptığı çalışmada hekimlerin kendilerini yeterli düzeyde görmedikleri bildirilmiştir (26). Çalışmamızda da hekimlerin çoğunluğunun basınç yarası konusunda kendilerini yeterli düzeyde görmediği sonucu çıkmıştır. Bu duruma sebep olarak hekimlerin basınç yarası konusunda aldıkları eğitimlerin yokluğu veya azlığı olabileceği gibi mezuniyet ya da uzmanlık eğitimi sonrası zamanla bilgilerin unutulmasına bağlı da olabilir. Bu sebeple toplumda yaygınlığı halen yüksek olan basınç yarasının bilgi düzeyinin eğitimlerle sürekli pekiştirilmesi isabetli olacaktır.

Tillan Strand'ın yaptığı çalışmada katılımcıların çoğunluğu basınç yarasının önlenebileceğini düşündüğü bildirilmiştir (27). Bizim çalışmamızda da bulgular benzerlik göstermekteydi. Hekimlere yönelik yapılacak risk faktörleri eğitimleri, basınç yarası önleme programlarıyla hekimlerin bilgileri tazelenerek, aile hekimleri de kendi bölgelerindeki basınç yarası açısından riskli gruptaki hastalara öneri ve takiplerle yeni basınç yarası oluşumunun önlenmesi ve görülme oranının azalması sağlanabilir.

Basınç yarası oluşumunda beslenme, kas durumu gibi faktörler önemli rol oynar (28,29). Çalışmamızda hekimlere mini malnütrisyon testi, sarkopeni ölçeği gibi ölçeklerle hastaları değerlendirip değerlendirmede sorulduğunda çoğunluğun hastanın tıbbi durumuna göre karar veririm dediği görülmüştür. Birçok tıbbi durumda kullanılan ölçeklerin klinik pratiğimizde yer edinmesi ve basınç yarasının oluşumunda rol oynayan faktörler hakkında bilgi sahibi olunması bu soruya verilen yanıtı açıklayabilir. Soruda örnek verilen ölçekler gibi basınç yarasını kolaylaştıran durumların hasta bazında değerlendirilip hastalarda bulunan risk faktörü ile ilgili ölçek uygulanması riskin derecesini göstererek erken önlem alınmasını sağlayabilir.

Hekimlerin yaş ve aile hekimliğinde geçirdikleri süre ile doğru sayıları arasında herhangi bir korelasyon gözlenmemişken, meslekte geçirdikleri süre arttıkça doğru sayısı da artmaktaydı. Aile hekimliğine basınç yarası sebebiyle başvurunun az olması ve bunun sonucunda aile hekimliğinde geçirilen sürede, konu ile ilgili tecrübenin diğer çalışma alanlarına göre düşük kalması bu sonucu ortaya çıkarmış olabilir.

Çalışmamıza katılan aile hekimliği uzmanlarının kendilerini evreleme konusunda yetkin görme oranları pratisyen aile hekimlerine göre daha fazla bulunmuştur. Bununla birlikte aile hekimliği uzmanları ve pratisyen aile hekimleri arasında MPBYBT evreleme alt grubu doğru cevap sayıları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Bu durum aile hekimliği uzmanlık eğitimi sonrası hekimlerin kendilerine pratisyen aile hekimlerinden daha fazla güvenmeleri olabilir.

6. KISITLILIKLAR

Çalışmamızın ilk kısıtlılığı belirli bir hekim grubu ve sınırlı bir bölgede yapılmış olmasıdır. Bu sebeple tüm hekimlere ve de tüm aile hekimlerine atfedilemez. Merkez sayısı arttırılarak ve hekim grubu çeşitlendirilerek kapsamı genişletilebilir. Çalışmamızdaki ikinci kısıtlılık hekimlerin bilgi düzeylerini ölçmek için kullandığımız MPBYBT'nin hekimlerde geçerlilik ve güvenilirliğinin yapılmamış olmasıdır. Çalışmamızdaki bir diğer kısıtlılık ise hekimlerin basınç yararı konusundaki eğitim durumlarının bilinmemesidir. Çalışmamızın kesitsel yapısından dolayı neden sonuç ilişkisi kurulamaz. Hekimler üzerinde yapılacak eğitim ve takip çalışmalarının yapılmasını önermekteyiz.

7. SONUÇLAR

Çalışmamızda, aile hekimlerinin bilgi düzeyinin yeterli seviyede olduğu ve geliştirilmesi gerektiği görüldü. Hekimlerin kendilerini tedavi ve evrelemede yetersiz olarak değerlendirdiği tespit edildi. Eğitim programları düzenlenerek hekimlerin basınç yarası bilgilerinin taze tutulmasının bu durumun düzelmesine faydası olabilir. Ayrıca toplumdaki sıklığına rağmen aile hekimlerinin basınç yarası görme ve değerlendirme oranlarının düşük olduğu görülmüştür. Hazırlanacak ulusal bir kılavuz, aile hekimlerinin basınç yarası yönetimine dahil olmasını teşvik edecektir.



8. KAYNAKLAR

1. European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline. The International Guideline. Emily Haesler (Ed.). EPUAP/NPIAP/PPPIA: 2019.
2. Moore Z, Avsar P, Conaty L, Moore DH, Patton D, O'Connor T. The prevalence of pressure ulcers in Europe, what does the European data tell us: a systematic review. *J Wound Care*. 2019 Nov 2;28(11):710–9.
3. Gorecki C, Closs SJ, Nixon J, Briggs M. Patient-reported pressure ulcer pain: a mixed-methods systematic review. *J Pain Symptom Manage*. 2011;42(3):443–59.
4. Hauck KD, Wang S, Vincent C, Smith PC. Healthy Life-Years Lost and Excess Bed-Days Due to 6 Patient Safety Incidents: Empirical Evidence From English Hospitals. *Med Care*. 2017;55(2):125–30.
5. Plastic Surgery: Volume 4: Trunk and Lower Extremity 3rd Edition, Section II-16 Pressure sores. In.
6. J T ROWLING. Pathological changes in mummies. *Proc R Soc Med* . 1961 May;409(15):54–9.
7. Charcot JM BDFE. Lectures on localization in diseases of the brain. New York: W. Wood; 1878.
8. Levine JM. Historical perspective on pressure ulcers: the decubitus ominosus of Jean-Martin Charcot. *J Am Geriatr Soc*. 2005 Jul;53(7):1248–51.
9. J M Levine. Historical notes on pressure ulcers: the cure of Ambrose Paré. *Decubitus* . 1992 Apr;23–4(26):5–7.
10. Afzali Borojeny L, Albatineh AN, Hasanpour Dehkordi A, Ghanei Gheshlagh R. The Incidence of Pressure Ulcers and its Associations in Different Wards of

- the Hospital: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Prev Med.* 2020;11:171.
11. Niemiec SM, Louiselle AE, Liechty KW, Zgheib C. Role of microRNAs in Pressure Ulcer Immune Response, Pathogenesis, and Treatment. *Int J Mol Sci.* 2020 Jan 1;22(1):1–14.
 12. Hajhosseini B, Longaker MT, Gurtner GC. Pressure Injury. *Ann Surg.* 2020 Apr 1;271(4):671–9.
 13. Afzali Borojeny L, Albatineh AN, Hasanpour Dehkordi A, Ghanei Gheshlagh R. The Incidence of Pressure Ulcers and its Associations in Different Wards of the Hospital: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Prev Med.* 2020;11:171.
 14. Zhang X, Zhu N, Li Z, Xie X, Liu T, Ouyang G. The global burden of decubitus ulcers from 1990 to 2019. *Scientific Reports.* 2021 Dec 1;11(1).
 15. Demarré L, Verhaeghe S, Annemans L, van Hecke A, Grypdonck M, Beeckman D. The cost of pressure ulcer prevention and treatment in hospitals and nursing homes in Flanders: A cost-of-illness study. *Int J Nurs Stud.* 2015 Jul 1;52(7):1166–79.
 16. Hauck KD, Wang S, Vincent C, Smith PC. Healthy Life-Years Lost and Excess Bed-Days Due to 6 Patient Safety Incidents: Empirical Evidence From English Hospitals. *Med Care.* 2017;55(2):125–30.
 17. Australian Wound Management Association. *Clinical Practice Guidelines for the Prediction and Prevention of Pressure Ulcers 2001.*
 18. Agrawal K, Chauhan N. Pressure ulcers: Back to the basics. *Indian J Plast Surg.* 2012 May;45(2):244–54.
 19. Daniel Bluestein AJ. Pressure Ulcers: Prevention, Evaluation, and Management. *Am Fam Physician .* 2008 Nov 15;118(94):78–88.

20. Acute and Chronic Wounds: Current Management Concepts 5th Edition, Chapter 7 Pressure ulcers. In.
21. Romero-Collado A, Homs-Romero E, Zabaleta-del-Olmo E. Knowledge about medications and products to prevent and treat pressure ulcers: a cross-sectional survey of nurses and physicians in a primary health care setting. *J Clin Nurs*. 2013 Sep;22(17–18):2562–71.
22. Halász BG, Bérešová A, Tkáčová L, Magurová D, Lizáková L. Nurses' Knowledge and Attitudes towards Prevention of Pressure Ulcers. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Feb 2;18(4):1–9.
23. Aydoğmuş Ünlü A, Işık Andsoy I, Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi K, Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi K. Cerrahi Hemşirelerin Basınç Yaralanması, Risk Faktörleri ve Önlenmeye İlişkin Bilgilerin İncelenmesi. *Genel Tıp Dergisi*. 2021 Jun 30;31(2):168–74.
24. Delmore B, Ayello EA, Smart H, Gary Sibbald R. Assessing Pressure Injury Knowledge Using the Pieper-Zulkowski Pressure Ulcer Knowledge Test. *Adv Skin Wound Care*. 2018 Sep 1;31(9):406–12.
25. Jiang L, Li L, Lommel L. Nurses' knowledge, attitudes, and behaviours related to pressure injury prevention: A large-scale cross-sectional survey in mainland China. *J Clin Nurs*. 2020 Sep 1;29(17–18):3311–24.
26. Kimura S PJ. Pressure ulcers in adults: family physicians' knowledge, attitudes, practice preferences, and awareness of AHCPR guidelines. *The Journal of Family Practice*. 1997 Apr;44(4):361–8.
27. Strand T, Lindgren M. Knowledge, attitudes and barriers towards prevention of pressure ulcers in intensive care units: a descriptive cross-sectional study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2010 Dec;26(6):335–42.
28. Cha YH, Song SY, Park KS, Yoo J il. Relationship between pressure ulcer risk and sarcopenia in patients with hip fractures. *J Wound Care*. 2022 Jun 2;31(6):532–6.

29. Saghaleini SH, Dehghan K, Shadvar K, Sanaie S, Mahmoodpoor A, Ostadi Z. Pressure Ulcer and Nutrition. Indian Journal of Critical Care Medicine : Peer-reviewed, Official Publication of Indian Society of Critical Care Medicine. 2018 Apr 1;22(4):283.



9. ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Muhammed Nezir ÇETİN

Doğum yeri ve tarihi:

Uyruğu: T.C.

Medeni durumu: Bekar

Askerlik durumu: Terhis-2019

İletişim adresi: :

Yabancı dili: İngilizce

II- Eğitimi

2019-2022 Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği

2010-2018 İzmir Dokuz Eylül Tıp Fakültesi

2006-2010 Elazığ Kaya Karakaya Fen Lisesi

2006-Elazığ Yunus Emre İlköğretim Okulu

III- Ünvanları

2019-2022 Asistan doktor

IV- Mesleki Deneyimi

2018-2018 Bingöl Devlet Hastanesi

2019-2022 SBÜ Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi

10. EKLER

EK-1. “Aile Hekimlerinin basınç yarası (yatak yarası) hakkında bilgi, tutum ve davranışları” konulu çalışma Veri Toplama Formu

BİRİNCİ BÖLÜM

1. Yaş:..... Cinsiyet : Kadın / Erkek
2. Herhangi bir uzmanlık eğitimi aldınız mı? a. Almadım b. Aile hekimliği c. Diğer.....
3. Meslekteki yılınız?.....
4. Aile hekimliğindeki yılınız?.....
5. Yatak yarası hakkında eğitim aldınız mı?
 - a. Almadım.
 - b. Tıp fakültesinde aldım.
 - c. Uzmanlık eğitimim sırasında aldım.
 - d. Kendim araştırdım.
6. Kendinizi yatak yarasını evreleme konusunda yetkin görüyor musunuz? a. Evet b. Hayır
7. Kendinizi yatak yarasını tedavi konusunda yetkin görüyor musunuz? a. Evet b. Hayır

İKİNCİ BÖLÜM

	Doğru	Yanlış	Bilmiyorum
1.Kemik çıkıntılarına masaj yapmak basınç yarasını önlemede önemlidir.			
2. Hareketsizlik, inkontinans, yetersiz beslenme ve bilinç düzeyinin değişmesi basınç yaralarının oluşması için bazı risk faktörlerindedir.			
3. Basınç yarası riski için hastaneye yatan bireylerin tümüne günlük olarak, uzun süreli yatışlarda haftada bir sistematik cilt muayenesi yapılmalıdır.			
4.Sıcak su ve sabun cildi kurutabilir fakat basınç yarası gelişimi için riski arttırmaz.			
5.Evre 1 basınç yaraları; genellikle kemik çıkıntıları üzerinde lokalize, beyazlaşmayan, derinin bütünlüğü bozulmamış kızamıklık olarak tarif edilir.			
6.Evre 3 basınç yarası epidermis ve/veya dermisi içine alan kısmi kalınlıklı deri kaybıdır.			

7.Şeffaf yara örtüleri (Tegaderm, Opsite gibi) ve hidrokolloid yara örtüleri (Duoderm, Restore gibi) sürtünmenin etkilerine karşı korumaz.			
8.Bütün bireyler basınç ülseri gelişme riski açısından hastaneye ilk yatışta değerlendirilmelidir.			
9.Evre 4 basınç yarası kemik, kas ve tendonları etkileyen tam kat doku kaybıdır.			
10.Protein ve kalori alımı azalmış hastalarda, basınç yarası gelişme riski artmaz.			
11.Yatağa bağımlı hastalara her 3 saatte bir tekrar pozisyon verilmelidir.			
12.Topuk koruyucular ve jel yastıklar topuklardaki basıncı azaltır.			
13. Hastanın basınç yarası riski açısından değerlendirilmesi gereklidir. Bir çevirme düzeni belirlenmeli ve yatak başına not edilmelidir.			
14. Simit yastıklar basınç yaralarının önlenmesinde yardımcı olmaz.			
15. Yan yatar pozisyon, bir kişinin durumunda ve öncelikli diğer bakım ihtiyaçlarında bir değişiklik olmadıkça 30 0C olmalıdır.			
16. Sandalyeye bağlı kişiler için sandalye üzerine bir sandalye minderi koyulması uygun değildir.			
17. Yatağın başı tıbbi koşullar ile uyumlu olarak en düşük yükseklikte (ideal olarak 30 0C'den yüksek olmamalı) tutulmalıdır.			
18. Kişi sandalyede otururken 60 dakikada bir ağırlığını değiştirmesi gerektiği öğretilmelidir.			
19. Kişi ağırlığını kendi kontrol edemiyorsa en fazla 2 saat sandalyede oturmalıdır.			
20. Evre 2 basınç yaraları kısmi kalınlıklı deri kaybı veya içi su dolu kabarcıklardır.			
21. Epidermin her zaman temiz ve kuru tutulması gerekli değildir.			
22. Düşük nemli bir ortam bir kişiyi basınç yaralarına yatkın hale getirmez.			
23. Basınç yaralarının görülme sıklığı arttığında, basınç yarası riski, önleme ve tedavi çalışmaları için bir komisyon görevlendirilmelidir.			
24. İnkontinans nedeniyle cildin neme maruz kalmasını azaltmak için, doğru cilt ve kontinans ürünleri uygulanmalıdır.			
25. Hastanın tedavi hedefleri ile tutarlı ise rehabilitasyon başlatılmalıdır.			
26. Sarı nekrotik doku, yara yatağındaki sarı veya kremi dokudur.			
27. Eskarın varlığı yara iyileşmesi için iyidir.			
28. Kemik çıkıntıları olan bölgeler birbirleriyle direkt temas etmemelidir.			

29. Basınç yarası gelişme riski olan her birey, basıncı dağıtan yataklar üzerine yatırılmalıdır.			
30. Tünelleşme (Cep, oyuk), derinin altında oluşan bir tahribattır.			
31. Eskar sağlıklı bir dokudur.			
32. Nem ile ıslanmış bir deri kolayca yırtılmaz.			
33. Basıncı yeniden dağıtan destek materyaller, yüzeydeki basıncı devamlı olarak kapiller kapanma basıncının altında tutar.			
34. Basmakla solmayan kızarıklık, kızarıklık olan alana basınç uygulandığında beyazlaşmanın olmaması olarak ifade edilir.			
35. Basınç yaraları steril yarıdır.			
36. Basınç yarası skarı, sağlam bir deriden daha hızlı tahrip olur.			
37. Topukta oluşan su kabarcığı endişelenecek bir şey değildir.			
38. Topukları askıya alan aletler topukları basınçtan korumaz.			
39. Eğitim programları basınç yarası görülme sıklığını azaltmaz.			
40. Topuklardaki basıncı azaltmanın en iyi yolu hafif diz fleksiyonu ile yatağın yükseltilmesidir.			
41. Riskli olarak değerlendirilmeyen bir hastada basınç yarası asla gelişmez.			
42. Sarı nekrotik doku veya eskar evre 4 basınç yaralarında asla görülmez.			
43. Yırtılma, derinin incelendiği ve vücut çıkıntılarının olduğu alanlara uygulanan güçle meydana gelir.			
44. Deri, vücudun en büyük organı değildir.			
45. Evre 2 basınç yaraları ağrılı değildir çünkü sinir uçları açıkta değildir.			
46. İnkontinansı olan hastalar için, kirlendiği zaman veya rutin aralıklarla cildin temizliği gerekli değildir.			
47. Basınç yaralarını önlemek ve tedavi etmek için verilen bakımların tümü kayıt edilmelidir.			
48. Sürtünme, hastanın yatak içinde yukarıya çekilmesi sırasında oluşur.			
49. Reaktif hiperemi 45 dakika içinde kaybolur.			

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

1. Size bağı nüfusta yatak yarası sebebiyle başvuru ne sıklıkla olur?

- a. Nadiren
- b. Bazen
- c. Sık sık

2. Yatak yarası sebebiyle başvuran hastayı nasıl yönetirsiniz?

- a. İlk önce evresini belirlerim.
- b. Birinci basamakta tedavi yapıp yapılamayacağına karar veririm.
- c. Birinci basamakta uygulanabilecek tedavileri uygularım.
- d. İleri merkeze sevk ederim.

3. Yatak yarasının önlenebileceğini düşünüyor musunuz? a. Hayır b. Evet

4. Yatak yarası olma riski olan hastalarda sarkopeni, mini malnutrisyon testi gibi ölçekler uygulayıp hastanın genel risk durumunu değerlendirir msiniz?

- a. Evet
- b. Hayır
- c. Hastanın genel durumuna göre, yapıp yapmamaya karar veririm.

EK-2. ETİK KURUL İZİNİ



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Trabzon Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 10496660-2

29.06.2022

Konu : Bilimsel Araştırmalar Etik Kurul Kararları

Toplantı Tarihi : 29.06.2022

Toplantı Saati : 15.30

Toplantı No : 2022/02


SBÜ Trabzon Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD ğretim yesi Prof. Dr. Faruk AKSOY'un sorumlu araştırmacı olduğu, Ass. Dr. Muhammed Nezir etin ve Uzm. Dr. Ceyhun Yurtsever'in yardımcı araştırmacı oldukları, 2022/2 kayıt numaralı, "Aile Hekimlerinin Basınç Yarası (Yatak Yarası) Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışları" isimli araştırma nerisi gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur. Rica ederim.

S.N	ADI SOYADI	BÖLÜM	ABD	GÖREV YAPTIĞI BİRİM	İMZA
1	Prof. Dr. Muhammet Raşıt SAYIN	Dahili	Kardiyoloji	Başkar	
2	Dr. Öğr. Üyesi şenol ARDIÇ	Dahili	Acil Tıp	Başkar Y	
3	Doç. Dr. Ahmet şEN	Cerrahi	Anesteziyoloji Reanimasyon	ye	
4	Doç. Dr. İbrahim Selçuk ESİN	Dahili	ocuk Ergen Ruh Sağlığı	ye	
5	Doç. Dr. İsmail TOPAL	Dahili	ocuk Sağlığı Hastalıkları	ye	
6	Doç. Banu KARAPOLAT	Cerrahi	Genel Cerrahi	ye	
7	Dr. Öğr. Üyesi Kübra BAKI ERİN	Cerrahi	Kadın Hast. ve Doğum	ye	
8	Dr. Öğr. Üyesi Betül DEĞER KULAKSIZ	Cerrahi	KBB	ye	
9	Uzm. Dr. Özlem BAYRAKTAR SARAL	Cerrahi	Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzman	ye	
10	Hemşire Semiha ALKAN KAYHAN	-		ye	

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Trabzon Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu
Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi Numune Kampüsü İnni Mahallesi Maraş Caddesi Ortahisar/Trabzon
Tel: 90 462 333 00 30-31 Fax: 90 462 333 00 32 e-mail:trabzon.baek@sbu.edu.tr

EK-3. KURUM İDARİ İZİN BELGESİ

Dr. Muhammed Nezir ÇETİN


T.C.
TRABZON VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı

TRABZON İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - TRABZON
TOPLUM SAĞLIĞI BİRİMİ
SİGORTA NO: 06.03.99.110
00166576612

Sayı : E-78046258-604.02.99
Konu : İl Araştırma İzin Talepleri
Değerlendirme Komisyon Kararları

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : a) Prof. Dr. Faruk AKSOY'un 06.06.2022 tarihli ve 23618724-772.02-02-2294 sayılı yazısı.
b) Prof. Dr. Mahmut AKBOLAT'ın 15.06.2022 tarihli ve 14636556-141022 sayılı yazısı.

İlgi tarih ve sayılı yazılar ile yapılmak istenen araştırma talepleri 23.06.2022 tarihinde toplanan İl Araştırma İzin Talepleri Değerlendirme Komisyonu tarafından görüşülmüş olup;

S.B.Ü Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğinde görevli Prof. Dr. Faruk AKSOY danışmanlığında Aile Hekimi Asistanı Dr. Muhammed Nezir ÇETİN'in -"Aile Hekimlerinin Basıncı Yarısı (Yatak Yarısı) Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışları" konulu uzmanlık tez çalışmasının; Halk Sağlığı Genel Müdürlüğünün 27.03.2018 tarih ve E-483 sayılı Araştırma İzin Talepleri konulu yazı ekinde bulunan Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma İzin Talepleri Değerlendirme Kriterlerinin 6. ve 8. Maddelerine uyulmasına, Etik Kurul Kararının ve Araştırma sonuç raporunun Müdürlüğümüz Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı Toplum Sağlığı Birimine iletilmesi kaydıyla yapılmasının uygun olduğuna;

Sakarya Üniversitesi İşletme Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümünde görevli Prof. Dr. Mahmut AKBOLAT danışmanlığında Arş. Gör. Şafak KIRAN'ın "Bir Fenomen Olarak Sağlık Hizmetlerine Erişim: Kadın Deneyimleri Üzerine Bir Çalışma" konulu anket çalışmasının; Etik Kurul Kararının ve Araştırma sonuç raporunun Müdürlüğümüz Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı Toplum Sağlığı Birimine iletilmesi kaydıyla yapılmasının uygun olduğuna;


Oy birliğiyle karar verilmiştir.
Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Dr. Köksal HAMZAOĞLU
Vali a.
İl Sağlık Müdürü V.

Ek: İl Araştırma İzin Talepleri Değerlendirme Komisyon Kararları-3
Dağıtım:
1-S.B.Ü. Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliğine
2-Sakarya Üniversitesi Rektörlüğüne
Bu belge, görevli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Sakarya Üniversitesi Rektörlüğüne (0388608636) Belge Doğrulama Adresi: <https://www.sakarya.edu.tr>

Fatih Mh. Osak Sk. 5 Nolu ASM Üstü Kat 2 Ortahisar/TRABZON
Telefon: (0462) 230 03 73 / 3009 Faks No: Dahili 3072
e-Posta: Yasemin.Yesilirmak@saqlik.gov.tr İnternet Adresi: www.trbham.gov.tr

Bilgi için: Yasemin YEŞİLIRMAK
EBE
Telefon No: (0 462) 230 03 73



EK-4. TEZ KONUSU ONAY FORMU

Uzmanlık Öğrencisinin	
Adı Soyadı:	Muhammed Nezir Çetin
E-Posta:	
Uzmanlık Dalı:	Aile Hekimliği
Eğitim Kurumu:	Sağlık Bilimleri Üniversitesi Trabzon Tıp Fakültesi
Uzmanlık Eğitimine Başlama Tarihi:	22.07.2019
Uzmanlık Eğitimini Bitirme Tarihi:	22.10.2022
Tez Danışmanının	
Adı Soyadı:	Profesör Doktor Faruk Aksoy
E-Posta:	

1-Tez Başlığı/Konusu: Aile Hekimlerinin Basınç Yarası (Yatak Yarası) Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışları
2-Araştırma sorusu: Aile Hekimlerinin basınç yarası (yatak yarası) hakkında bilgi, tutum ve davranışları nasıldır?
3-Araştırmanın amacı: Çalışmamızda aile hekimlerinin basınç yarası (yatak yarası) hakkında bilgi, tutum ve davranışlarını saptamayı amaçladık.
4-Araştırma materyalleri, popülasyonu: Trabzon İli Aile Sağlık Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimleri
5-Dahil etme ve hariç tutma kriterleri: Dahil Etme Kriterleri: 1)Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formunu imzalamış olmak Hariç Tutma Kriterleri: 1)Hekimin görev yerinde herhangi bir sebeple bulunmaması
6-Araştırmanın birincil sonuç değişkenleri: Aile hekimlerinin basınç ülseri hakkındaki bilgi düzeyleri
7-Araştırmanın türü ve tasarımı: Gözlemsel, analitik, kesitsel anket çalışması
8- Araştırma hipotezi: Aile hekimleri basınç yarası hakkında yeterli bilgiye sahiptir.
9-Örneklem sayısı ve belirleme yöntemi: Araştırmanın evrenini Trabzon İli Aile Sağlık Merkezleri Hekimleri oluşturmaktadır. Trabzon ilindeki aile sağlığı merkezlerinde çalışan hekim sayısı 260 tır. Hekimlerin yatak yarası konusunda bilgi düzeyleri %50 kabul edildiğinde %95 güvenirlikle ve %5

sapmayla tip 1 hata 0,05 öngörülerek örneklem hacmi 156 olarak hesaplanmıştır. Örneklem hesabı OpenEpiVersion 3 ile yapılmıştır.

10-Araştırmada kullanılacak istatistik yöntemler:Veriler bilgisayar ortamında SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) paket programına girilecek, istatistik hesaplamalar araştırmacılar tarafından yapılacaktır. Tanımlayıcı istatistikler yapılacak numerik değişkenlerin normal dağılıp dağılmadığı Kolmogorov-Smirnov Z testiyle değerlendirilecektir. Normal dağılıma uyan numerik veriler için Pearson korelasyon analizi, Bağımsız örneklerde T testi ve One-way ANOVA testi, normal dağılıma uymayan numerik veriler için Spearman korelasyon analizi, Mann-Whitney U testi ve Kruskal-Wallis testi ile incelenecektir. Kategorik verilerin birbiri ile ilişkisi Ki kare testi ile değerlendirilecektir. Tekrarlayan numerik ölçümlerde ilişkileri saptamak için tekrarlayan ölçümlü varyant analizi ve Friedman testi kullanılacaktır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak alınacaktır.

11-Araştırmanın orijinalliği ve bilime katkısının açıklaması:Basınç yarası konusunda Aile hekimlerinin bilgi, tutum ve davranışları değerlendirilecek ve konuya yönelik sağlık politikaları geliştirmek için katkı sunacaktır.

12-Açıklamak istediğiniz diğer konular:

Tez danışmanı: Prof. Dr. Faruk Aksoy

Kontrol edilmiştir ve uygundur.