

**T.C.  
BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**EVDE BAKIMDA KRONİK YARA BAKIMI VERENLERİN  
ÖZELLİKLERİ VE KRONİK YARA BAKIMINDA  
KULLANDIĞI YÖNTEMLERİN BELİRLENMESİ**

**Hemşire Hatice KUZAY**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEMMUZ 2019  
BOLU**



**T.C.**

**BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**EVDE BAKIMDA KRONİK YARA BAKIMI VERENLERİN  
ÖZELLİKLERİ VE KRONİK YARA BAKIMINDA  
KULLANDIĞI YÖNTEMLERİN BELİRLENMESİ**

**Hemşire Hatice KUZAY**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI  
Prof. Dr. Arzu İLÇE**

**TEMMUZ 2019  
BOLU**

## ONAY SAYFASI

**Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi**  
**Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne**

Bu araştırma, jürimiz tarafından oy birliği/oy çokluğu ile Hemşirelik Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Arzu İLÇE\* .....  
(Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı,  
Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi)

Dr. Öğr. Üyesi Elif KARAHAN .....  
(Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı  
Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi)

Dr. Öğrt. Üyesi Nurhan ÇİNGÖL .....  
(Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı  
Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi)

Tarih: 05.07.2019

Bu tez ile BAİBÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu, Hatice KUZAY'ın yüksek lisans derecesini onaylamıştır.

Prof. Dr. Erol AYZAZ .....  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

\*Jüri Başkanı ve Tez Danışmanı

## ÖZET

### EVDE BAKIMDA KRONİK YARA BAKIMI VERENLERİN ÖZELLİKLERİ VE KRONİK YARA BAKIMINDA KULLANDIĞI YÖNTEMLERİN BELİRLENMESİ

Çalışma evde bakımda kronik yara bakımı verenlerin özellikleri ve kronik yara bakımında kullandığı yöntemlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirildi.

Çalışma, Bolu il merkezinde bulunan İzzet Baysal Devlet Hastanesi Evde Bakım Merkezi'ne kayıtlı kronik yarası olan bireye bakım verenlerin evlerinde 1 Haziran 2018- 30 Kasım 2018 tarihleri arasında yapıldı. Çalışmanın evrenini Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi Evde Bakım Merkezi'ne kayıtlı olan 18 yaş ve üzeri kronik yarası olan hastaya bakım veren 102 bakım verici oluşturdu. Evrenin tümünün çalışmaya alınması amaçlandığı için örneklem büyüklüğü hesaplaması yapılmayıp herhangi bir örnekleme yöntemi kullanılmadı. Kronik yarası olan bireye bakım veren 90 bakım verici çalışmaya katıldı.

Veri toplamada çalışmacı tarafından oluşturulan bakım veren bilgi formu kullanıldı. Veriler çalışmacı tarafından hafta içi günlerde evde bakım ekibi ile birlikte hasta ziyaretleri sırasında kronik yarası olan bireye bakım veren aile bireyleri ile yüz yüze görüşme tekniğiyle toplandı. Elde edilen veriler bir istatistik programında kodlanarak; sayı, yüzde ve Pearson Ki-kare testleriyle değerlendirildi.

Bakım verenlerin %65,6'sının kadın, %34,4'ünün erkek cinsiyette, %52,2'sinin orta yetişkin (36-55) yaş grubunda, %87,8'inin evli, %47,8'inin ev hanımı ve %51,1'inin ilkokul mezunu olduğu saptandı. Bakım verenlerin %47,8'inin hastanın çocuğu olduğu, %92,2'sinin hasta ile aynı evde yaşadığı saptandı. %75,6'sının sosyal güvencesinin olduğu, %61,1'inde kronik hastalık olmadığı ve %63,3'ünün sürekli ilaç kullanmadığı saptandı. Bakım vericilerin %38,9'unun 3 yıl ve üzerinde süredir hastasına bakım verdiği ve %75,6'sının evde bakım maası

almadığı saptandı. Bunun sebebinin ise başka bir işte çalışıyor olması ya da sonuçlanmaması olduğu düşünüldü.

Bakım verenlerin pek çoğunun (%91,1) yara bakımından önce ellerini yıkadığı saptandı. Bakım verenlerin yarıdan fazlasının (%61,1) sterilite kavramını bilmediği; çok azının (%14,4) sterilite kavramını doğru tanımlayabildiği dolayısıyla da çok azının doğru uygulayabildiği düşünüldü. Sterilite kavramı ile doğru orantılı olarak bakım verenlerin çok azının (%12,2) steril eldiven kullandığı geriye kalanların steril eldiven kullanmadığı saptandı.

Yarayı temizlemede bakım verenlerin yarıdan fazlasının (%66,7) yarayı temizlemede serum fizyolojik kullandıkları saptandı. Yara temizliğinde uygun olmayan yöntemler (serum fizyolojik ile birlikte yara kremi, yara suyu (rivanol), sabunlu su, oksijenli su, borik asit, kantaron yağı) kullanımının da azımsanmayacak oranda (%28,9) olduğu görüldü. Yara bakımını doğru bir teknikle yapan sadece 7 bakım (%7,8) veren olduğu görüldü. Bakım verenlerden %11,1'i yara bakımında göreceli uygun diğer yöntemleri (serum fizyolojik ile yarayı temizleme + çeşitli yara kremleri sürme + gazlı bezle kapatma ) kullanırken, %12,2'si yara bakımında uygun olmayan diğer yöntemleri (oksijenli su, borik asit, povidon-iyodin, rivanol, vb. malzemelerle yarayı temizleme + gazlı bezle kapatma) kullanmaktadır.

Yarayı kapatmak için çoğunluğun (%87,8) steril gazlı bez, betafiks, sargı bezi kullandığını belirtmiş olmasına rağmen çok azının (%14,4) sterilite kavramını doğru tanımlayabildiği dolayısıyla da doğru uygulayabildiği bulgusu ışığında bakım verenlerin steril yara bakımı ve kapatma yöntemlerinde yeterli olmadığı düşünüldü. Bakım verenlerin basınç yarası temizliği ve bakımında bilgi ve becerileri oldukça düşük bulundu.

**Anahtar kelimeler:** Evde bakım, Evde bakım veren, Bakım, Kronik yara

## ABSTRACT

### **DETERMINATION OF TECHNIQUES AND METHODS GIVEN BY CAREGIVERS IN CHRONIC WOUND HEALING, AND THE KNOWLEDGE OF CAREGIVERS AT HOME**

This study aimed to evaluate the knowledge of the caregivers about chronic wound healing and to determine the techniques which are applied.

All the data in study collected from the patients registered to the Home Care Center of Izzet Baysal University Hospital (originally İzzet Baysal Devlet Hastanesi Evde Bakım Merkezi) in Bolu region between June 1, 2018 and November 30, 2018. Although the number of registered patients which fit for this research was 102, sample pool was constructed by 90 volunteer caregivers of the patients with chronic wound older than 18 years old.

A survey which was created by the researchers was used to gather all the data used in this research. Data were collected from the caregivers themselves by face to face discussion during the visit of employees which belong to the Home Care Center. Data analysis was made by statistics program. Data evaluated as real values, percentages, and degree of freedom and significance are determined by Pearson's chi-squared test ( $\chi^2$ ).

According to the results we obtained, 65.6% of caregivers are female while 34.4% is male. Also, 52.2 % were mid-aged adults (36-55), 87.8% is married and 51.1% of all caregivers have just graduated from primary school. Furthermore, 47.5% of female caregivers were housewives. From all the caregivers, 47.8% were the children of the patients, and 92.2% of all the caregivers share the same house with patients. Moreover, we determined that 75.5% of the caregivers has social security, 61.1% of them does not have any chronic disease and 63.3% does not take any medication continuously for any disease. We have found out that 38.9% of the caregivers were already been caring with the patients for 3 years and more and 75.6% of the caregivers have not taken a salary from the government. We thought that

the reason might be that they have already possessed a proper employment, or they have been waiting to get approval from the government.

According to our findings, employees which belong to the Home Care Center visit twice per week for the 34.4% of the patients with chronic wound. We found out that 80.0% of the caregivers do not believe any other methods are performing better than the one they use. We have observed several different methods they applied for chronic wound care. 68.9% of the caregivers use 0.9% NaCl solution to clean up the wound and cover with a sterile cloth. We observed major differences among the caregivers in the way to understand the healing process of a wound. 43.3% of the caregivers believe that wound becomes worst if it becomes dark (dark brown and black) while 91.1% believes that there must be an infection if the wound becomes yellowish. Also, 87.8% of them believed that a wound is becoming better if it looks pink or reddish.

We have observed different understanding of the cleaning and sterilization in caregivers. 91.1% of the caregivers wash their hands before any operation. We have found out that more than half of the caregivers (61.1%) do not have any knowledge about sterilization while only 14.4% of them was able to define what is sterilization. Hereby, we demonstrated that minority of the caregivers applies the right methodology for the wound care. We also expectedly found out that only 12.2% of the caregivers use sterile gloves.

We determined that 66.7% of all the caregivers apply a 0.9 % NaCl solution to clean up the chronic wounds. Interestingly, 28.9% of the caregivers use the methods ( certain creams, rivanol, hydrogen peroxide, boric acid solution... etc.) which are dangerous for the patients. We have observed that only 7 caregivers out of 90 (7.8%) applies the advised technique properly. From all the caregivers, 11.1% of them applies relatively helpful different methods (wound cleaning with 0.9 % NaCl solution + various wound creams + gauze closure) which are not advised by a clinician, and 12.2% of them applies other methods (wound cleaning with oxygenated water, boric acid, povidone iodine, rivanol, etc. + gauze closure) which are not fit for wound handling.

Finally, although 87.8% of the caregivers use a sterile cloth (or similar derivatives) to cover the chronic wound, 14.4% of them has no knowledge of sterilization. Hereby, we demonstrated that the majority caregivers in our research was not capable of caring with a chronic wound. We also found out that their general knowlegde for wound healing and care was not sufficient.

**Key words:** Care at home, Caregiver, Chronic Wound, Wound Care





## TEŞEKKÜRLER

*Eğitim hayatımda destek olan, bilgi ve deneyimleriyle bana yol gösteren, üzerimde emeği olan değerli danışman hocam Prof. Dr. Arzu İLÇE'ye;*

*Veri toplama aőamasında desteğini esirgemeyen Evde Bakım ekibine;*

*Eğitim hayatım boyunca beni destekleyen aileme;*

*Eğitim hayatımın her anında yanımda olan, desteğini esirgemeyen, can eőim Yalçın KUZAY'a tüm kalbimle teşekkür ederim.*

**HATİCE KUZAY**

# İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	vi
TEŞEKKÜRLER.....	ix
İÇİNDEKİLER.....	x
TABLolar LİSTESİ.....	xiv
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xvi
<b>1. GİRİŞ.....</b>	<b>1</b>
1.1. Problemin Tanımı.....	1
1.2. Problemin Amacı.....	4
<b>2. GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>5</b>
2.1. Evde Bakım Hizmetlerinin Tarihçesi.....	5
2.1.1. Evde bakım hizmetleri .....	7
2.1.2. Evde bakım hizmetleri kapsamında sunulan hizmetler.....	8
2.1.3. Evde bakım hizmetlerinin sınıflandırması.....	9
2.1.4. Evde bakım hizmetlerine gereksinim duyan gruplar.....	9
2.1.5. Evde bakım hizmetleri ekibi.....	9
2.2. Bakım Verenler ve Özellikleri.....	9
2.2.1. Bakım verme çeşitleri.....	10
2.2.1.1. Formal bakım.....	11
2.2.1.2. İnfomal bakım.....	11

2.3.	Yara ve Sınıflandırması.....	12
2.3.1.	Kronik yaralar.....	12
2.3.1.1.	Diyabetik ayak yaraları.....	13
2.3.1.2.	Basınç yaraları.....	14
2.3.1.3.	Venöz bacak yaraları.....	16
2.4.	Kronik Yara Bakımı.....	17
2.4.1.	Yara örtüsü sınıflandırılmaları.....	18
2.4.1.1.	Pasif kapamalar.....	18
2.4.1.1.1.	Transparan film örtüler.....	18
2.4.1.1.2.	Hidrokolloidler.....	18
2.4.1.1.3.	Hidrofiber örtüler.....	18
2.4.1.1.4.	Köpük örtüler.....	19
2.4.1.1.5.	Aljinatlar.....	19
2.4.1.1.6.	Hidrojeller.....	19
2.4.1.1.7.	Kollojen yapıli örtüler.....	19
2.4.1.1.8.	Antimikrobiyal yara örtüleri.....	19
2.4.1.2.	Aktif kapamalar.....	20
2.4.1.2.1.	Vakum yardımcıli kapama.....	20
2.4.1.2.2.	Hiperbarik oksijen tedavisi.....	20
2.4.1.2.3.	Maggot(larva) kullanılması(maggot tedavi).....	20
2.4.1.2.4.	Ozon tedavisi.....	21
2.4.1.2.5.	Elektrik sitümlasyonu.....	21

2.4.1.2.6.	Ultrason(US).....	21
2.4.1.2.7.	Ultraviyole.....	21
2.4.1.2.8.	Hidroterapi.....	21
2.4.1.2.9.	Trombositten zengin plazma(TZP).....	22
2.4.1.2.10.	Trombositten zengin fibrin(TZF).....	22
2.4.1.2.11.	Kök hücre tedavisi.....	22
<b>3.</b>	<b>GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>24</b>
3.1.	Çalışmanın Türü.....	24
3.2.	Çalışmanın Soruları.....	24
3.3.	Çalışmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	25
3.4.	Çalışmanın Evreni ve Örneklem Seçimi.....	25
3.4.1.	Çalışmanın evreni.....	25
3.4.2.	Çalışmanın örnekleme.....	25
3.5.	Verilerin Toplanması.....	26
3.5.1.	Veri toplama yöntemi.....	26
3.5.2.	Veri toplama aracı.....	26
3.6.	Verilerin Analizi.....	26
3.7.	Çalışmanın Sınırlılıkları.....	26
3.8.	Çalışmanın Etik Yönü.....	27
<b>4.</b>	<b>BULGULAR.....</b>	<b>28</b>
4.1.	Bakım Verenlerin Tanımlayıcı Özellikleri İle İlgili Bulgular.....	28

4.2.	Bakım Verenlerin Kronik Yara Bakımında Kullandığı Yöntemlere İlişkin Bulguları.....	32
<b>5.</b>	<b>TARTIŞMA .....</b>	<b>46</b>
5.1.	Bakım Verenlerin Tanımlayıcı Özellikleri İle İlgili Bulguların Tartışması .....	46
5.2.	Bakım Verenlerin Kronik Yara Bakımında Kullandığı Yöntemlere İlişkin Bulgularının Tartışması .....	48
<b>6.</b>	<b>SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>54</b>
6.1.	Bakım Verenlerin Tanımlayıcı Özellikleri İle İlgili Bulguların Sonuçları.....	54
6.2.	Bakım Verenlerin Kronik Yara Bakımında Kullandığı Yöntemlere İlişkin Bulgularının Sonuçları.....	54
<b>7.</b>	<b>KAYNAKLAR.....</b>	<b>58</b>
<b>8.</b>	<b>EKLER.....</b>	<b>65</b>
8.1.	Veri Toplama Formu.....	65
8.2.	Bilgilendirilmiş Olur Formu.....	68
8.3.	Etik Kurul İzni.....	69
8.4.	İl Sağlık Müdürlüğü İzni.....	71
<b>9.</b>	<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>72</b>
<b>10.</b>	<b>TEZ ORJİNALLİK RAPORU.....</b>	<b>73</b>

## TABLolar LİSTESİ

<b>Tablo 4.1.1.</b> Bakım verenlerin tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı (n:90).....	28
<b>Tablo 4.1.2.</b> Cinsiyete göre yaş gruplarının karşılaştırılması (n:90).....	29
<b>Tablo 4.1.3.</b> Bakım verenlerin, bakım verilenle bazı özelliklerine göre dağılımı(n:90).....	30
<b>Tablo 4.1.4.</b> Bakım verme süresine göre hastaya yakınlık durumunun karşılaştırılması (n:90).....	31
<b>Tablo 4.2.1.</b> Evde bakım hizmetlerinin ziyaret sıklığı.....	32
<b>Tablo 4.2.2.</b> Bakım verenlerin bilgi durumları(n:90).....	32
<b>Tablo 4.2.3.</b> Bakım verenlerin yara temizliğinde kullandığı malzemelerin dağılımı(n:90).....	33
<b>Tablo 4.2.4.</b> Bakım verenlerin uyguladığı yara bakım yöntemlerine göre dağılımı (n:90).....	33
<b>Tablo 4.2.5.</b> Bakım verenlerin yara kapatmak için kullandığı malzemelerin dağılımı (n:90).....	35
<b>Tablo 4.2.6.</b> Bakım verenlerin yarayı değerlendirme durumları(n:90).....	36
<b>Tablo 4.2.7.</b> Bakım verenlerin yara bakımında kullandığı geleneksel ve tamamlayıcı yöntemlerin dağılımı (n:90).....	37
<b>Tablo 4.2.8.</b> Cinsiyete göre kronik yara bakımında kullandıkları yöntemlerin karşılaştırılması (n:90).....	38
<b>Tablo 4.2.9.</b> Yaş grubuna göre kronik yara bakımında kullandıkları yöntemlerin karşılaştırılması (n:90).....	39
<b>Tablo 4.2.10.</b> Medeni duruma göre kronik yara bakımında kullandıkları yöntemlerin karşılaştırılması (n:90).....	40

**Tablo 4.2.11.** Eğitim durumuna göre kronik yara bakımında kullandıkları yöntemlerin karşılaştırılması(n:90).....41

**Tablo 4.2.12.** Mesleklere göre kronik yara bakımında kullandıkları yöntemlerin karşılaştırılması (n:90).....43

**Tablo 4.2.13.** Evde bakım hizmetlerinin ziyaret sıklığına göre kronik yara bakımında kullandıkları yöntemlerin karşılaştırılması (n:90).....44



## SİMGELER VE KISALTMALAR

<b>TYBÜKS</b>	: Türk Yara Bakım Ürünleri Sınıflandırma ve Kodlama Sistemi
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>TZP- PRP</b>	: Trombositten Zengin Plazma
<b>TZF- PRF</b>	: Trombositten Zengin Fibrin
<b>ABD</b>	: Amerika Birleşik Devletleri
<b>KOAH</b>	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
<b>NPUP</b>	: National Pressure Ulcer Advisory Panel (Ulusal Basınç Ülseri Danışma Paneli)
<b>BAİBÜ</b>	: Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi
<b>SF</b>	: Serum Fizyolojik



# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı

Evde bakım hizmetleri; sürekli hastalığı mevcut olan ya da iyileşme dönemindeki bakıma muhtaç kişileri destekleyerek sosyal ortama hazırlamak, geri kalan yaşamlarını huzurlu, mutlu bir şekilde toplumla bütünleşerek sürdürmelerini sağlamak ve bakıma gereksinimi olan aile bireylerinin yükünü azaltmak için bireyler ve ailelerine verilen fizyolojik, psikososyal ve tıbbi desteği de içeren bir bakım modelidir (1). Günümüzde sağlık alanındaki gelişmeler ve yaşam standartlarının değişmesi nedeniyle yaşam süresinin artışına bağlı olarak kronik hastalıkların ve medikal giderlerin artmasıyla birlikte evde bakım hizmetleri kaçınılmaz bir hale gelmiştir (2, 3). Evde bakım hizmetlerinin yöneldiği yaş grubu genelde 65 yaş üstü uzun süreli bakıma ihtiyacı olan hastaların yanı sıra kronik hastalığa sahip her yaş grubu hastalardır (4). Bu hastaların zihinsel veya fiziksel bir rahatsızlık sebebiyle günlük yaşam aktivitelerini yapmada zorlanan, bakımlarını üstlenen kişilere bakım veren denilmektedir (5). Hastalıkların artması ve ortalama yaşam süresinin uzaması, bakıma ihtiyacı olan kişi sayısında artışa sebep olmuştur. Bu gelişmeler sonucunda bakım veren kişi önemli hale gelmiştir (6). Swanson (1991) bakım verme (caring) tanımını “sorumluluğu hissedilen kişinin beslenmesi, bakılması olarak” yapmıştır (7).

Evde bakım hizmetleri ve kurumların yaygınlaşmasına karşın dünyada ve ülkemizde evde bakım genellikle aile fertleri tarafından verilmektedir. Böyle olmasının sebebi ekonomik olması değil, sosyo- kültürel olarak evde bakımın aile fertlerinin temel görevi olduğunun düşünülmesidir. Aile fertlerinin bakımında çoğunluğunu kadınlar (eş, kız, gelin) oluşturmaktadır (8, 9).

Bakım insanlığın varoluşundan itibaren gereksinim duyduğu temel kavramlardan bir tanesidir (10). Bakım insanların temel ihtiyaçlarını karşılamak, var olan yeteneklerini sürdürmek ve geliştirmek ve hayatta kalabilmelerine yardımcı olmak amacıyla doğrudan yaptığımız her şeydir (11).

Türkçe sözlüğe göre bakım kavramı; ‘*bakma işi, bir şeyin iyi durumda kalması için gösterilen özen, harcanan emek, birinin beslenme, giyim vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi*’ olarak belirtilmiştir (12).

Bakım hizmeti; sağlık bakımı, kişisel bakım, ev işlerini yapma, alışveriş yapma, maddi yardım, sosyal hizmetleri koordine etme ve aynı evde yaşamayı içermektedir. Kültürümüzde genellikle aile fertleri tarafından verilen bakımın, duygusal bağ kurma, kişisel gelişim, diğer fertlerden destek alma, özsaygıda artış ve kişisel doyum sağlama gibi avantajları vardır (13). Hasta yakınları zor olmasına rağmen bakım vermeyi olumlu olarak görmektedirler. Birlikte yaşadığı bakıma muhtaç kişilerin kendilerine destek ve arkadaş olduğunu düşünmektedirler (14).

Bakım hizmetinin dezavantajları da vardır. Genellikle bakım verenler kadın, bakım verilenler erkektir. Bakım veren kadınlar risk grubundadırlar ve toplumdaki diğer bireylere göre daha fazla patolojik ve psikiyatrik sorunlar yaşamaktadırlar. Bakımdan ücret almadıkları için boş zamanları yoktur. Kadınlar ve erkekler bakım vermeyi farklı şekillerde yaşamaktadırlar. Bakım veren erkekler aile desteğine daha çok ihtiyaç duymaktadırlar (14).

Selçuk ve Avcı (15) tarafından yapılan 342 bakım verici ile gerçekleştirilen bir çalışmada bakım vericilerin %40,6’sının 40–54 yaş grubunda olduğu, %88,6’sının kadın olduğu, %55,8’inin ilkokul mezunu olduğu, %83,0’ının evli olduğu ve %59,4’ünün anne/babasına bakım verdiğini bildirmişlerdir.

Akyar, Korkmaz ve Atakul’un (16) evde yaşlı onkoloji hastasına bakım veren 70 kişi ile gerçekleştirdikleri çalışmada, bakım verenlerin yaş ortalamasının 51,3±11,9 (En düşük=24 – En yüksek=78) olduğu, %77,1’inin kadın olduğu, %87,1’inin evli olduğu, %50,0’ının bakım verdikleri hasta ile yaşamakta olduğu, %61,4’ünün hastanın çocuğu (%24,3 kız, %17,1 oğlu) olduğunu bildirmişlerdir.

Altın ve Aydın Avcı (17) yaptıkları çalışmada bakım verenlerin %37,9 unun hastanın gelini, %33,9 unun çocuğu, %10,7 sinin eşi, %10,2 sinin kardeşi, %7,3 ünün ise hastanın bakıcı ve damadı olduğu belirtilmektedir.

Evde bakım hizmetlerine gereksinim duyan grupların ortak özellikleri, hareket kısıtlılığının olması, bakıma ihtiyaç duymaları ve eve bağımlı yaşamalarıdır. Bundan dolayı da uzun sürede hastalarda kronik yaralar görülmektedir (2).

Cildi ya da mukozayı oluşturan yapıların cerrahi, travma, hastalık gibi farklı durumlarla bütünlüğünün bozulması durumuna veya kaybı ile mevcut fizyolojik özelliklerinin tamamen ya da geçici olarak kaybolmasına yara denmektedir (18).

Yaralar deri bütünlüğüne göre kapalı ve açık yaralar, mikroorganizmalarla bulaşma durumuna göre temiz yaralar, temiz- kontamine yaralar, kontamine yaralar, enfekte yaralar, doku kaybı bulunma durumuna göre doku kaybı olan yaralar, doku kaybı olmayan yaralar, yaranın rengine göre kırmızı yaralar, siyah yaralar, sarı yaralar, karışık yaralar, yaranın iyileşme durumuna göre akut yaralar, kronik yaralar olarak sınıflandırılır (19).

Kronik yaralar; basınç yaraları, venöz ve arteriyal yaralar ve diyabetik ayak yaralarındaki etiyolojik nedenler ile iyileşme döneminin normal süreden çok uzun sürdüğü, sıklıkla tekrarlayan ve iyileşmeyen yaralardır. Kronik yarası mevcut olan bireylerde hareket kısıtlılığı, pansuman değiştirme sıklığının çok olması dolayısı ile günlük aktivitelerinin bozulması, uyku azlığına bağlı olarak ortaya çıkan ağrı, yorgunluk, yara enfeksiyonu ve koku gibi nedenlerle yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmektedir (20). Kronik yaraların yönetiminde nedenlerin belirlenmesi ve uygun tedavi yöntemlerine başlanması kritik öneme sahiptir (21).

Günümüzde yara bakımında kullanılan ürünler çok çeşitlidir. Her zaman ve her yarada kullanılacak ideal bir yara bakım ürünü yoktur. Yara bakım ürünleri genellikle yaranın çeşidine göre seçilir ve yaranın durumuna ve dönemlerine göre değiştirilir. İdeal bir yara bakım ürünü; yabancı maddelerden ve bakterilerden yarayı korumalı, nemli ve sıcak bir ortam sağlamalı, toksik ve allerjen olmamalı, eksudayı absorbe etmeli, sıvı ve ısı kaybını engellememeli, yara çevresindeki sağlıklı dokulara zarar vermemeli, yapısı bozulmamalı, kompresyon sağlamalı, estetik ve yapışmaz olmalıdır (22).

Ferrell ve ark.'nın (23) evde bakıma başvuran hastalardaki basınç yaraları oranını inceledikleri çalışmada, 3048 hastadan 278'inin mevcut basınç yarası olduğunu, 750'sinin basınç yarası açısından risk altında olduğunu ve 2016'sının risk altında olmadığını bildirmişlerdir.

Demirci Şahin ve ark.'nın (24) evde bakıma kayıtlı olan hastalarda basınç yaralarını ve hastaların demografik özelliklerini inceledikleri çalışmada %59,2'sinin kuyruk sokumunda, %14,1'inin kalçasında, %9,9'unun topuğunda, %4,2'sinin sırt bölgesinde, %2,8'inin kollarında ve diğer bölgelerinde basınç yarası olduğunu bildirmişlerdir.

Konu ile ilgili literatür incelendiğinde; kronik hastalıklara sahip hastalara bakım verenlerin bakım yükleri hakkında çalışmalar bulunduğu, kronik yara bakımı verenler ile kullanılan yöntemler hakkında herhangi bir çalışma olmadığı görülmüştür.

## **1.2.Çalışmanın Amacı**

Bu çalışmanın amacı, evde bakımda kronik yara bakımı verenlerin özelliklerini ve kronik yara bakımında kullandığı yöntemleri belirlemektir.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Evde Bakım Hizmetlerinin Tarihçesi

Tarihte ilk kez 1883 yılında Lillion Wald'un ev hemşireliği servisi ile evde bakım hizmeti başlamıştır. 1893 yılında Henry Street Nursing Settlement New York'da faaliyete geçen toplum sağlığı hemşireliğinin öncü uygulamalarından biridir (25). 20. yüzyıldaki değişimler ile birlikte sağlık alanında da değişimler yaşanmıştır (26). Evde Bakım Hizmetleri 1909 yılından itibaren gelişmeye başlamıştır. Amerika Birleşik Devletleri'nde evlere yapılan Halk Sağlığı Hizmetlerini Metropolitan Yaşam Sigorta şirketi ödeme kapsamına almıştır. Montetiore Hastanesi de New York'ta Evde Bakım Birimi kurmuş ve hastane destekli bakım hizmeti gerçekleştirmiştir (8, 27). 1965 yılından sonra ABD'de bulunan çoğu Sosyal Güvence Sistemleri bünyesine Evde Bakım Hizmetlerini de almaya başlamıştır (8, 28).

Ülkemizde ise çıkarılan kanunlarla evde bakıma yönelik düzenlemeler getirilmiş ancak yaygınlaştırılamamıştır.

*“1930 yılında çıkarılan 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu Evde bulaşıcı hastalıkların tanı ve tedavisi, ana-çocuk izlemi ve hekimlerin evde hasta muayenesi hükümlerini getirmiştir” (29).*

*“1961 yılında çıkarılan 224 sayılı Sosyalizasyon Yasası ile Süreğen hastalıklı bireylerin, evde izlenimlerinin halk sağlığı hemşirelerince sürdürülmesi hükmünü getirmiştir” (30).*

Evden tedavi olmak ve ayaktan tedavi olmak için sağlık teşkilatının kurulması 1963 yılında 5 yıllık kalkınma planında gerçekleştirilmiştir (31).

Evde bakımla ilgili olan Türkiye'deki öncü proje 1993 yılında İzmir, Adana, Ankara ve İstanbul illerinde Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü'nce uygulanmıştır. Sonuçlar etkili olmadığı için yaygınlaştırılamamıştır. 1994 yılında Ankara'da yapılan Yaşlılara Hizmet Merkezi ve İstanbul'da yapılan

İstanbul Sağlık A.Ş.'nin yaşlılara evde sağlık hizmetleri dışında evde bakım sunulmamıştır (30).

Ülkemizde en önemli gelişmelerden biri 2004 yılından itibaren kamu hastaneleri bünyesinde evde bakım hizmetlerinin verilmeye başlanmasıdır. İlk olarak ev ziyaretleriyle Balıkesir Devlet Hastanesinde yatağa bağımlı hastalara ev ziyaretleriyle başlanmıştır ve günümüzde Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler tarafından birçok ilde evde bakım hizmeti verilmektedir (25).

*“Evde Bakım Hizmetleri Hakkındaki Yönetmelik 10.03.2005 tarihinde 25751 sayı ile Resmi Gazete’de yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Amaç toplumun sağlığını korumak için, evde bakım hizmeti veren sağlık kuruluşlarının açılması, çalıştırılması, denetlenmesi için ve bu kuruluşları işletenlerin uyması gereken kurallar düzenlenmiştir. Evde bakım hizmetinin 24 saat çalışması planlanmıştır”* (25).

*“Sağlık Bakanlığı'nca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Usul ve Esasları Hakkındaki Yönerge 1 Şubat 2010 tarihli ve 3895 sayılı onay ile Sağlık Bakanlığı'nca yürürlüğe girmiştir. 81 ilde Sağlık Müdürlükleri bünyesinde 34 gezici ekip kurulmuştur. 407 Evde Sağlık Birimi hastaneler bünyesinde kurulmuştur. 441 birim Bakanlıkça onaylanmıştır”* (25).

*“Sağlık Bakanlığı'nca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Usul ve Esasları Hakkındaki Yönergede Değişiklik Yapılmasına Dair Yönerge 24.02.2011 tarihli ve 8751 sayılı makam onayı ile yürürlüğe girmiştir. Amaç tespit edilen sorunların giderilmesi, evde sağlık hizmeti kapsamına alınan kişilerin ağız ve diş sağlığı hizmetine ihtiyacı olanlara bu hizmetlerin verilmesi planlanmıştır”* (32).

*“Sağlık Bakanlığı'nca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Usul ve Esasları Hakkındaki Yönergede Değişiklik Yapılmasına Dair Yönerge 18.01.2012 tarihli ve 2620 sayılı makam onayı ile yürürlüğe girmiştir. Amaç görevli personelin hizmet verirken tek tip kıyafet*

*giymesi ve hasta nakil araçlarının taşınması gereken özelliklerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır’’ (32).*

*‘‘Son olarak Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunumuna Dair Yönetmelik 27.02.2015 tarihli ve 29280 sayılı makam onayı ile yürürlüğe girmiştir. Evde sağlık hizmetleri şu anda bu yönetmelik çerçevesinde sunulmaktadır’’ (32).*

### **2.1.1. Evde bakım hizmetleri**

Evde bakım hizmeti veya evde sağlık hizmeti; kronik hastalığa sahip olan, yaşlı, engelli ya da iyileşme döneminde bulunan hastaları ev ortamlarında destekleyen, sosyal yaşama uyumlarını kolaylaştıran, bakıma muhtaç bireyin aile üzerindeki yükünü azaltmak için kişilere verilen fizyolojik, psikososyal, sosyal hizmetler ve tıbbi hizmetler bütünüdür (33).

*‘‘Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ) evde bakımı; kendi kişisel bakımını sağlama, yaşam kalitesini sürdürme kapasitesinde olmayan, kişisel tercihlerini kullanmada ve yaşamının devamının sağlanmasında aile, akraba veya tıbbi, sosyal ve diğer uzmanların desteğine gereksinim duyulan etkinlikler olarak tanımlamaktadır’’ (34).*

Evde bakım hizmetleri denildiğinde ilk olarak temel gereksinimlerin karşılanması ve evsel hizmetler gelmektedir (31).

*‘‘Evde bakım hizmeti ülkemizde 10.03.2005 tarihli, 25751 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu Yönetmeliği’nde ‘‘hekimlerin önerileri doğrultusunda hasta kişilere, aileleri ile yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dâhil tıbbi ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sağlık ve bakım ile takip hizmetlerinin sunulması’’ şeklinde tanımlanmıştır’’ (35).*

*“Sağlık Bakanlığı tarafından sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge’ ye göre evde sağlık hizmetleri “çeşitli hastalıklara bağlı olarak evde sağlık hizmeti sunumuna ihtiyacı olan bireylere evinde ve aile ortamında sosyal ve psikolojik danışmanlık hizmetlerini de kapsayacak şekilde verilen muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım, takip ve rehabilitasyon hizmetleri” olarak tanımlanmaktadır” (36).*

Evde sağlık hizmetleri üç şekilde uygulanmaktadır. Birincisi mevzuat doğrultusunda aile hekimlerince sağlanan sağlık hizmetleridir. İkincisi hastanelere bağlı kurulan Evde Sağlık Hizmet Birimleri’nce sağlanan sağlık hizmetleridir. Üçüncüsü ise, İl Sağlık Müdürlükleri’nce kurulan mobil ekipler ile vatandaşlara sağlanan evde sağlık hizmetleridir (37).

#### **2.1.2. Evde bakım hizmetleri kapsamında sunulan hizmetler**

1. Sağlığın korunması ve geliştirilmesi hizmetleri
2. Kişisel/öz bakım hizmetleri
3. Acil müdahale ile ilgili hizmetler
4. Ev işleri ile ilgili hizmetler
5. Tıbbi bakım
6. Hemşirelik bakımı hizmetleri
7. Bilgilendirme, eğitim verme ve danışmanlık hizmetleri
8. Rehabilitasyon hizmetleri
9. Ulaşım imkânlarının sağlanması
10. Ekonomik danışmanlık
11. Yeti kaybı olan bireylere yönelik hizmetler
12. Özel ihtiyacı olan bireylere yönelik hizmetler
13. Üretim ve rekrasyon çalışmaları
14. Fiziksel aktivite imkânlarının sağlanması
15. Palyatif bakım
16. Bakım rolünü üstlenmede toplumun hazırlanması ve harekete geçirilmesi
17. Psiko-sosyal destek hizmetleri (37, 38).



### **2.1.3. Evde bakım hizmetlerinin sınıflandırması**

Evde bakım hizmetleri içeriği açısından üç sınıfa ayrılmaktadır. Birinci hizmet; bireylere sağlık hizmetinin yanında sosyal hizmetin de verilmesidir. İkinci hizmet; kısa süreli veya uzun süreli olarak hizmet verilmesidir. Kısa süreli hizmet daha çok hastaneden taburcu olduktan sonraki iyileşme döneminde tıbbi ağırlıklı olarak verilmektedir. Uzun süreli hizmet ise sosyal bakım ağırlıklı ve 6 aydan uzun süren bakımları içine almaktadır. Üçüncü hizmet ise; alanında uzman kişilerin sağladığı evde bakım hizmeti ile aile üyelerinin verdiği evde bakım hizmetini kapsar (8, 37, 39).

### **2.1.4. Evde bakım hizmetlerine gereksinim duyan gruplar**

Herhangi bir yaş gruplandırması yoktur. Kronik hastalığı olanlar, yaşlılar, bireysel yaşamını sürdüremeyenler, yeti yitimi olanlar, cerrahi sonrası akut dönemde olanlar, özel bakıma ihtiyacı olanlar evde bakımı alabilir. Evde bakım hizmetlerine yaşlılık döneminde daha çok başvurulmasının sebebi; yaşlılık ile birlikte kronik hastalıkların ortaya çıkmasıdır. Kronik hastalıklar arasında ise Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, Meningo Miyelozel, Hemipleji, Parapleji, Serebral Palsi, Parkinson, Multiple Skleroz, Polinöropati ve Kafa Travması öne çıkmaktadır (40).

### **2.1.5. Evde bakım hizmetleri ekibi**

Multidisipliner ekip çalışması halinde yürütülen bir hizmettir. Ekip içerisinde hekim, hemşire, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı, konuşma terapisti, uğraşı terapisti, beslenme uzmanı ve diyetetik uzmanı vardır. Bu ekibin vazgeçilmez bileşenleri hasta ile birlikte yaşayan aile üyeleridir. Aile üyeleri de bakımda önemli rol oynarlar (40).

## **2.2. Bakım Verenler ve Özellikleri**

Bakım verenler başkasına bağımlı olan bireylerin bakımında hem başkaları tarafından hem de kendisi tarafından birincil sorumlu kişi olarak görülen, herhangi bir ücret talep etmeyen ve birey ile en fazla zaman geçiren aile üyeleridir (41). Bakıma muhtaç kişilerin bakımının ana sorumluluğunu üstlenen kişiler, bakımdan

öncelikle sorumludurlar. Öncelikle bakım veren kişilerin yanında akraba, arkadaş veya dışarıdan biri de olabilmektedir. Bu kişiler genellikle aile üyesi olup, öncelikle bakım veren kişiyi desteklerler (42).

Formal (resmi kurumlar ve görevliler) bakım veren kurum yerine, informal (resmi kurumlar ve görevliler dışında) bakımı tercih eden bireylerin bakımlarından eşler, kız evlat, kız kardeş veya gelinler olmak üzere çoğunlukla kadınlar sorumlu tutulmaktadır (43, 44).

Bakım görevinde kadınların sorumlu olmalarının en önemli göstergesi; kamuda çalışma işinin erkeklerde olması, ev işleri, aile ile ilgili durumların da kadınlarda olmasından kaynaklanmaktadır (41).

Ülkemizde kurumlardan bakım alma, bakıma muhtaç birey ve aile tarafından dini inanç ve gelenekler, sosyo-kültürel değerler nedeniyle tercih edilmemektedir. Bakıma muhtaç bireylerin kurumdan bakım alma düşüncesi bakım veren bireylerde suçluluk, çaresizlik ve başarısızlık duygularına neden olmaktadır (42).

Bakım veren bireylerin özelliklerinin bilinmesi, bu özelliklere göre destek gruplarının oluşturulması, risk altında olan grupların belirlenmesi, sağlık kurumlarının verecekleri hizmetlerin geliştirilmesi ve sağlık politikalarının oluşturulması açısından önem taşımaktadır (45).

Formal ve informal bakım veren bireyler arasında iş birliği yapılması gerekir. Bakım veren bireylerin sağlık ekipleri ile iş birliği içerisinde olması bakım verilen bakımın kalitesi açısından önem taşımaktadır (42).

### **2.2.1. Bakım verme çeşitleri**

Bakım vermede iki çeşit bakımdan söz edilir. Birincisi formal (resmi kurumlar ve görevliler) bakımdır. İkincisi informal (resmi kurumlar ve görevliler dışında) bakımdır (42, 46).

### **2.2.1.1. Formal bakım**

Formal bakım verme, özel ve resmi kurumların veya sosyal hizmet desteği verenler ile sağlık hizmeti desteği veren gönüllü kuruluşların verdiği bakım anlamına gelmektedir (42, 46). Resmi bakım veren kişiler, kişinin kendi evinde veya uygun bir bakım ortamında bakım sağlayan gönüllü veya ücretli bakım veren kişilerdir (41). Formal bakımda verilen hizmetler arasında; gündüz bakım hizmetleri, barınmalarına yönelik hizmetler, ekonomik sorunlarına yönelik hizmetler ve boş zamanların değerlendirilmesine yönelik hizmetlerden oluşmaktadır (46). Formal bakım hizmetleri ekibinde; doktor, hemşire, psikolog, eczacı, diyetisyen, fizyoterapist, diş hekimi, sosyal çalışma uzmanı ve ev ekonomisti gibi bir çok farklı meslek çalışanlarının bir araya gelmesi ve ekip yaklaşımı ile yürütülmektedir (41).

### **2.2.1.2. İnfomal bakım**

İnfomal bakım verme karşılığında ücret almadan gönüllü olarak kişisel yakınlığı olan birine sağlanan her türlü yardım ve bakımın sağlanmasıdır (42). Bu kişiler genellikle aile üyeleri, komşular, yakın akrabalar ve arkadaşlar oluşturmaktadır (46). Evde bakım olarak da adlandırılan bu yaklaşım; yaşlı bireyin sağlığını korumak veya yükseltmek için çeşitli destek ve hizmetleri verebilirler. Bu hizmetler şöyle sıralanabilir (41, 46).

- Fiziksel, duygusal ve manevi destek
- Sağlık bakımı ve alınan sosyal hizmetlerin koordinasyonunun sağlanması
- Rutin sağlık bakımı (tedavisiyle ilgilenme, ilaç alımını kontrol etme, ...vb.)
- Kişisel bakımı ile ilgilenme (beslenme, giyinme, tuvalete gitme, banyo yapma, ....vb.)
- Ev işlerini yapma
- Alışveriş ile ilgilenme
- Maddi destek sağlama
- Aynı evi paylaşma

### **2.3. Yara ve Sınıflandırılması**

Deriyi veya mukozayı oluşturan dokuların travma, cerrahi girişim ya da hastalıklar gibi farklı nedenlerle bütünlüğünün bozulması ya da kaybıyla, var olan fizyolojik özelliklerinin geçici veya tamamen kaybolması yara olarak tanımlanır (47).

Yara iyileşmesi travmalardan veya cerrahi ile ilgili işlemlerden sonra ortaya çıkan iyi şekilde organize olmuş tamir sürecidir. Çeşitli faktörlerin yarattığı bu organizasyonda meydana gelebilecek bozukluklar iyileşme sürecini uzatır ya da kronikleştirir (48).

Yaralar iyileşme süresine göre akut ve kronik olarak iki grupta incelenebilirler. Akut yaralar iyileşme sürecinin uygun şekilde tamamlanıp, anatomik ve fizyolojik fonksiyonların düzenli şekilde devam ettiği yaralardır. Etkenin geçici olması nedeniyle yaralar beklenen zamanda iyileşir. Böyle yaralarda iyileşmeyi olumsuz yönde etkileyecek faktörler az sayıdadır. Akut yaralara örnek olarak; cerrahi yaralar, yanıklar, ısırıklar, küçük sıyrıklar, travmatik yaralar, vb. verilebilir (49, 50).

Kronik yaralar sürekli olarak bir etkenin sebep olduğu 3 ay içinde iyileşme göstermeyen veya çok yavaş iyileşme göstererek çoğu zaman tekrarlayan yaralardır. İyileşmeyi etkileyen çok sayıda lokal ve sistemik faktör vardır. Kronik yaralara örnek olarak; basınç yaraları, venöz bacak yaraları, diyabetik ayak yaraları, geniş yanıklar ve amputasyon yaraları, vb. verilebilir (22, 49, 50).

#### **2.3.1. Kronik yaralar**

İyileşme süresi belli olmayan ve yaranın anatomik ve fonksiyonel açıdan bütünlüğünü sağlayamayan yaraya kronik yara denir (51).

Kronik yaralar daha çok orta yaş üstünde veya yaşlılarda ortaya çıkmaktadır. Ortalama yaşam süresinin uzamasıyla birlikte sağlık çalışanları daha çok kronik yara ile karşılaşmaktadır. Bu yüzden sağlık çalışanlarının kronik yara tedavisinde kullanılan temel ilkeleri bilmeleri önemlidir. Bu yaralar hem hastanın yaşam kalitesi hem de maliyet yönünden öneme sahiptir (51).

### 2.3.1.1. Diyabetik ayak yaraları

Diyabetes mellitusun komplikasyonlarından biri olan diyabetik ayak yaraları; kronik yara çeşitlerinde de önemli bir yere sahiptir ve aynı zamanda iyileşmemesi ve gangren nedeniyle ekstremitte hatta hayat kaybına neden olan ciddi olgulardır (52).

Bir yaranın kronikleşerek iyileşmeyen yara haline gelmesinde iki önemli olay vardır. Perfüzyonun bozulmasına bağlı doku hipoksisi ve bununla birlikte yara enfeksiyonudur. Hasarlanmış ve perfüzyon sorunu olan dokular hipoksik, lökosit işlevleri çalışmadığı, enfeksiyon ürettiği ve iyileşme mekanizmalarının yavaşladığı veya durduğu dokulardır. Hipoksinin sebebi kan akımının bozulması, enfeksiyon nedeniyle oksijenin fazla tüketimi, bakterilerin üremesi ve doku ödemi olabilir (53).

Diyabetik ayak yaralarında en önemli sorunlardan bir tanesi enfeksiyondur. Nöropati nedeniyle koruyucu ağrı hissinden yoksun ve bu nedenle fiziksel travmalara karşı korunamayan, kuru ve çatlak deri ile enfeksiyonlara açık, damarlar nedeniyle iyice beslenemeyen ayaklarda enfeksiyon derin dokulara ilerleyerek osteomyelit geliştiği ve ayağın gangren olduğu gözlenir. Enfeksiyonun iyileşmesi bölgenin oksijenlenmesi ile doğru orantılıdır (54).

Diyabetik ayak oluşumunda risk faktörleri; kötü glisemik kontrol, yüksek hemoglobin A1c (HbA1c), nöropati, görmede azalma, kötü ayakkabı giyme, yanık ve basınç gibi travma nedenlerinin varlığı, kısıtlı eklem hareketleri, kemik çıkıntıları, ayak deformeleri, periferik arter tıkanıklığı, sosyo-ekonomik durumun düşük olmasıdır (55).

Diyabetik yaraların değerlendirilmesinde ilk adım yaranın büyüklüğünün ve derinliğinin tespit edilmesidir. Diyabetik ayak lezyonlarını tanımlamak için Wagner sınıflaması kullanılır. Bu sınıflamada yaranın derinliği, gangren olma durumu ve enfeksiyon varlığı göz önüne alınır.

Evre 0: ülserasyon için riskli, fakat ayak derisi sağlam

Evre I: derin dokulara yayılmayan yüzeysel yara

Evre II: tendon, kemik veya ekleme ulaşmış derin yara

Evre III: apse formasyonu veya osteomyelit içeren derin yara

Evre IV: bir veya birkaç parmakla ayağın ön kısmında gangren

Evre V: ayağın tamamını veya büyük kısmını tutan gangren (56, 57).

### **2.3.1.2. Basınç yaraları**

Hastaların hastaneye yatırılma amaçlarına ilave olarak baş gösteren, gelişen yeni teknolojilere rağmen hasta merkezli bakım yerlerinde ve bireyler için önemini koruyan gerekli tedbirler alındığında önlenilecek sağlık sorunlarından biridir (58).

Basınç yaralarında bakım ve tedavisinin uzun sürmesinden dolayı hastaların uzun süre hastanede yatması, maliyetin fazla olması, iş gücü istihdamının fazla olması, enfeksiyonlara yatkınlık ve ölüm riskinin artması ile sonuçlanabilmektedir (59).

Basınç yarası, özellikle vücuttaki kemik çıkıntılarının olduğu bölgelerde, uzun süreli basınca veya basıncın tekrarlanmasına bağlı olarak basınca maruz kalan bölgelerdeki dolaşımın durması sonucu oluşan nekroz veya yara durumudur. Latince yatmak anlamı taşıyan "decumbere" kelimesinden türetilmiş olan dekübütüs yarası ve yatak yarası terimleriyle aynı anlamda kullanılmakla beraber sadece yatan hastalarda değil aynı zamanda tekerlekli sandalye ile dolaşanlarda da görüldüğünden bu tanım yetersiz kalmaktadır. Bu yaraların oluşmasındaki ana neden basınç olduğu için basınç yarası terimi en doğru terimdir (60, 61).

Yatan hastalarda daha sık oluşmakla beraber basınca maruz kalan vücut bölgelerinde görülebilir. Risk faktörleri dışsal ve içsel (hastaya ait) olmak üzere iki grupta incelenir. Dışsal risk faktörlerinin en önemlisi deriye aşırı basınç olmasıdır. Deri basıncı arteriyal basıncının yaklaşık 2 katı (70 mmHg) şiddetle ve 2-6 saat arasında olursa iskemi, 6 saatten uzun sürdüğünde ise yara oluşturur. Eğer basınç aralıklı olarak azaltılırsa 240 mmHg basınç bile dokularda etkisini azaltır. Supine (sırtüstü) pozisyonda kuyruk sokumu, kalça, topuklar ve baş altının 40-60 mmHg, prone (yüzüstü) pozisyonunda göğüs duvarının ve dizlerin 50 mmHg basınca uğradığı saptanmıştır. Bu şartlar altında deri üstündeki basınç arteriyal basınçtan yüksektir ve aralıksız devam ederse basınç yarası oluşma potansiyeli yüksektir.

Yetersiz ilaç tedavisi, hastalıklar, radyasyon, nekrotik yara tedavisinin yetersiz olması, enfeksiyonlar da diğer dışsal faktörlerdir (62).

İçsel (hastaya ait) risk faktörleri ise; hastanın beslenmesi, temizliği, vücut sıcaklığı, duyu kaybı, tansiyonu, çoklu ilaç kullanımı, yaş, immobilitate, nörolojik hastalıklar ve strestir (62).

Basınç yaralarında yaranın doğru sınıflandırılması bakım ve tedavisi için önemlidir. Basınç yaralarında çok farklı sınıflama yöntemi olmasına karşın, son yıllarda daha çok Ulusal Basınç Ülseri Danışma Paneli (National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)) tarafından oluşturulan 4 evreli sınıflama kullanılmaktadır. Yaranın özelliğine ve doku kaybına göre bu sınıflama kullanılmaktadır.

**I. Evre; Bütünlüğü Bozulmamış Deride Basmakla Solmayan Kızarıklık:** Genellikle parmakla basıldığında solmayan kızarıklık, deri bütünlüğünde bozulma olmayan ve kemik çıkıntıları üzerindeki bölgelerde oluşurlar (24). Koyu tenli kişilerde basmakla solmayan kızarıklık görülmeyebilir; ancak bu bölgedeki renk çevre bölgelerde farklı olabilir. Bu bölge çevresindeki bölge ile kıyaslandığında sert veya yumuşak, ağrılı, daha sıcak veya daha soğuk olabilir. I. Evrenin koyu tenli kişilerde tanısı zordur, elle muayene ile tespit edilebilir. Bu durum kişilerin “risk altında” olduğunu gösterebilir (63).

**II. Evre; Vezikül ve Dermis Tabakasının Kısmi Kaybı:** Açık yüzeysel yaralar şeklinde görünen, kırmızımsı pembe renkte görünen, sarı nekrotik doku içermeyen, kısmi kalınlıkta dermis kaybı ile karakterizedir (24). Derin doku hasarı olmayan kuru ya da parlak, yüzeysel doku kaybı olan yara şeklinde görülebilir. Bu sınıf medikal bant yaraları, deri travmaları, sıyrılma hasarları, inkontinans ile ilişkili dermatit, ya da maserasyon tanımlamalarında kullanılmamalıdır (63).

**III. Evre; Subkütan Doku ve Deri Tabakalarında Kayıp:** Doku kaybı tam kalınlıktadır. Deri altı yağ dokuları yara yatağında görülebilir, tendon, kas ve kemikler etkilenmemiştir. Doku kaybının derinliğini kapatacak şekilde sarı nekrotik doku olmaz. Yarada tüneller ve cepler görülebilir (24). Derinliği anatomik bölgeye göre değişiklik gösterir. Burun kemiği, başın arka kısmı, kulaklar

ve topuklarda subkütan yağ dokusu olmadığından, III. evre yaralarda derin olmayan doku kayıpları vardır. Yağ dokusunun olduğu yerlerde yara çok derin görülebilir. Yara yatağında tendon/kemik görülmez ve doğrudan elle muayenede hissedilmez (63).

**IV. Evre; Tam Kalınlıkta Doku Kaybı (Kemik/Kas Görülebilir):** Tam kalınlıkta tendon, kas veya kemiklerin etkilendiği doku kaybı vardır. Eskar ya da sarı nekrotik doku görülebilir. Genellikle cepleşme ve tünelleşme vardır (24). IV. evrede basınç yarasının derinliği anatomik bölgeye göre değişiklik gösterir. Yara içinde etkilenmiş olan kas/kemik dokusu doğrudan görülebilir veya elle muayenede hissedilebilir (63).

### 2.3.1.3. Venöz bacak yaraları

Variköz venlere ve derin ven trombozunun geç etkileri sonucunda kronik venöz yetmezlik gelişir. Alt ekstremitelerde pompa fonksiyonu bozulması sonucunda venöz hipertansiyon meydana gelmektedir. Bunun sonucunda da venöz yaraların meydana geldiği düşünülmektedir (64).

Venöz basıncın artması ile damarların endotel boşluklarından sızan fibrinojen perikapiller bölgede birikir. Burada bariyer oluşturur. Bunun sonucunda oksijen perfüzyonu bozulur, iskemi oluşur. Sonunda da yaraya sebep olur (65).

Venöz yaraya neden olan risk faktörleri arasında ileri yaş, obezite, hipertansiyon, diyabetes mellitus, konjestif kalp yetmezliği, renal yetmezlik, düşük sosyoekonomik düzey, alt ekstremitte travmaları, venöz tromboz öyküsü yer alır (65).

Venöz yaralar geniş tabanlı, kenarları belirgin olmayan en sık mediol malleol olmak üzere ayak bileği ve çevresinde gelişen, çok ağrılı lezyonlardır. Bu bölgede genellikle tekrarlarlar. Yara çevresinde egzama, ödem, hiperpigmentasyon varlığı yaraların venöz kaynaklı olduğunu düşündürmektedir (64).

Venöz yaralar sıklıkla bacak yaralarına neden olabilecek diğer kronik hastalıklarla birliktelik göstermektedir. Komorbid hastalık bulguları varlığında venöz yetmezlik tanısı zorlaşmaktadır. Bu yüzden kronik bacak yarası varlığında venöz yetmezlik düşünülmeli ve hasta ayakta iken bulgular araştırılmalıdır. Belirginleşen dolgun venler ve varislerin varlığı venöz yetmezlik açısından önemlidir (64).



## 2.4. Kronik Yara Bakımı

İlk zamanlarda yara bakımında çeşitli bitkisel ilaçlar ve karışımlar kullanılırken sonrasında amaç yarayı kuru ve kapalı tutmak olmuştur (66). Esas gelişim savaşlarla olmuştur. Debridman gibi kavramlar ortaya çıkmıştır (67). Yara iyileşmesinde nemli ortam tek başına yeterli değildir. Teknolojinin hızla ilerlemesi ile birlikte 1990'lı yıllarda farklı pansuman malzemeleri ortaya çıkmıştır. Her yaranın kendisine uygun olan yara bakım örtüsü yoktur. Bu yüzden farklı yaralarda kullanılabilmesi açısından farklı özelliklere sahip çok fazla yara bakım ürünü vardır (68).

Modern yara bakım ürünlerine rağmen ekonomik nedenlerden dolayı geleneksel sargılar halen kullanılmaya devam etmektedir. Geleneksel sargılardan gazlı bez antiseptik ajanla karıştırılarak, ıslak veya kuru şekilde yaraya uygulanmaktadır. Yarada kalıntı bırakma, yaraya yapışma ve yaranın kabuk oluşumuna neden olması gibi dezavantajları bulunabilmektedir (68, 69).

Önemli olan yaranın doğru değerlendirilmesidir. Yaranın ihtiyacına uygun olan doğru ürünü yarayı doğru değerlendirerek tercih edebiliriz. İdeal yara bakım ürünü;

- Uygun nem ortamı sağlamalı
- Optimum sıcaklık sağlamalı
- Allerjik ve toksik olmamalı
- Yabancı cisimlere karşı bariyer oluşturmali
- Kolay değiştirilebilmeli ve ağrısız olmalı
- Kokuyu önlemeli
- Yarayı desteklemeli
- Hava geçişi sağlamalı
- Estetik ve ucuz olmalıdır(67, 68, 70).

Aslında insanın kendi derisi en ideal yara örtüsüdür (71).

### **2.4.1. Yara örtüsü sınıflandırılmaları**

Yara örtüleri için çok çeşitli sınıflamalar yapılmaktadır. Ülkemizde genellikle Yara Bakımı ve Doku Onarımı Derneği'nin yapmış olduğu Türk Yara Bakım Ürünleri Kodlama Sistemi (TYBÜKS) kullanılmaktadır. Pasif kapamalar ve aktif kapamalar olarak iki sınıf vardır. Pasif kapamalar yara üzerine kapatılarak ideal yara ortamı oluşturan ürünlerdir. Aktif kapamalar ise fiziksel etkileri sayesinde yaranın kapanmasına yardımcı olurlar (22, 67).

#### **2.4.1.1. Pasif kapamalar**

##### **2.4.1.1.1. Transparan film örtüler**

Şeffaf, yarı geçirgen ve poliüretan yapıdadırlar. Buhara, neme ve gaza geçirgen olup, sıvıya geçirgen değildirler. Böylece yaranın nemli tutulmasını sağlarlar. Emici özellikleri yoktur. Eksudasız ve az eksudalı yaralarda kullanımı uygundur. Sık pansuman değiştirilmesi önerilir. Yarada uzun süre kalması uygun değildir. Tedavide çok koruyucu amaçla kullanılmaktadırlar (67, 68, 70, 72-74).

##### **2.4.1.1.2. Hidrokolloidler**

Selüloz, jelatin, pektin gibi maddelerden oluşan yapışkan, opak ve emici örtülerdir. Eksuda varlığında jel formuna dönüşerek yara ortamının nemli kalmasını sağlarlar (75). Ped, jel ve toz formları vardır. Pansuman değişim süresi 3-5 gündür. Yüzeysel ve enfekte olmayan yaralarda kullanımı uygundur (67, 68, 70, 71, 73). Genellikle kronik yaralarda kullanılırlar (50, 74, 76, 77).

##### **2.4.1.1.3. Hidrofiber örtüler**

Dokunmamış lif yapısında ve %100 sodyum karboksimetil selülozdan oluşmuştur. Yüksek emici özelliğe sahiptir. Çok eksudalı yaralarda kullanımı uygundur. Ped ve şerit halinde olup yumuşak yapıya sahiptirler. Yumuşak yapıları sayesinde kaviteli yaralarda da kullanılabilirler. Gümüşlü formları antibakteriyel olarak bilinirler ve daha sık kullanılırlar. Kronik ve öz yaraların tedavisinde kullanımları uygundur (55, 67, 77- 79).

#### **2.4.1.1.4. Köpük örtüler**

Poliüretan köpükten yapılan süngerimsi yapıda emici örtülerdir. Yapışkan ve yapışkan olmayan tipleri mevcuttur. Yarada nemli ortam sağlarlar. Eksudası fazla olan yaralarda ve kronik yaralarda kullanımı uygundur. Yapışkan olmayan türleri yaraya yapışmadıkları için ikinci bir malzeme ile tespit edilmeleri gerekir. 1-2 gün aralıkla değiştirilmeleri önerilir (55, 67, 68, 70, 74, 76, 77, 80 ).

#### **2.4.1.1.5. Aljinatlar**

Yosunlardan elde edilen yara örtüleridir. Kalsiyum aljinat tuzlarından oluşan polisakkarit sargılardır. Cilde yapışmazlar. Eksudası fazla olan yaralarda kullanımları uygundur. Emici özellikleri yüksektir. Yumuşak yapıda, iplik ve şerit formlarda olduklarından kaviteli yaralarda, kanamalı ve bol eksudalı yaralarda kullanılabilirler (55, 67, 70, 81).

#### **2.4.1.1.6. Hidrojeller**

Yüksek oranda su ve nişasta polimerlerinden oluşurlar. Yaraya yapışmadıklarından dolayı ikinci bir örtü ile tespit edilmeleri gerekir. Yarayı soğutma özellikleri vardır. Ağrıyı ve enflamasyonu azaltırlar. Eksudası az olan, kısmi kalınlıkta, donör alanlarında, canlı olmayan dokularda, 1. ve 2. Derece yanıklarda ve otolitik debritleme amacı ile kullanılırlar. Pansuman değişiminin günlük yapılması önerilir (50, 55, 67, 68, 70, 74, 77, 82).

#### **2.4.1.1.7. Kollojen yapıli örtüler**

Sığır kollojeninden yapılan ped, jel ya da partikül şeklindeki emici örtülerdir. Yara yatağındaki kollojen deposunu artırırılar. Şekil verilebildiğinden her türlü yaraya uygulanabilirler. Bu ürünlere hassasiyeti olanlarda ve kuru skarlı olanlarda kullanılmamalıdırılar (67, 70, 72, 83).

#### **2.4.1.1.8. Antimikrobiyal yara örtüleri**

Özel bir grup olmamakla birlikte taşıyıcılara bir ajan eklenerek elde edilirler. En bilineni gümüştür. Bakterilerin hücre duvar yapılarını tahrip ederek etki

gösterirler. Enfekte yaralarda kullanımı uygundur. Metilen mavisi ve jansiyen moru da diğer ajandır. Köpük yapısında ve emici özelliğe sahiptir. Ped ve fitil şekilleri sayesinde kaviteli yaralarda kullanılabilirler. Enfekte, bol eksudalı ve nekrotik yaralarda kullanımı uygundur. İyodin başka bir ajandır. Pudra, pomad ve jel formu gazlı beze emdirilmiştir. Alerjik reaksiyon yapma riski vardır (67, 84, 85).

#### **2.4.1.2. Aktif kapamalar**

##### **2.4.1.2.1. Vakum yardımcı kapama**

Bu tedaviyi tanımlamak için çok farklı terimler kullanılmıştır. Subatmosferik basınç, topikal negatif basınç tedavisi, negatif basınçlı yara pansumanı, subatmosferik basınçlı pansuman ve vakum yardımcı kapama bunlardan bazılarıdır. Steril kapatılan yara üzerine sürekli negatif basınç ya da aralıklı negatif basınç uygulaması ile tedavi edilir. Bu yöntem yarada ödemi ve enfeksiyon riskini azaltarak, kan dolaşımını artırarak, yeni damar oluşumunu ve perfüzyonu uyararak yara iyileşmesini hızlandırır. Venöz yaralar, diyabetik ayak, basınç yaraları, akut geniş yanıklı hastalar, alt ekstremitede oluşan açık kırıklarda kullanımı uygundur. Debride edilmeyen yaralarda, malign kitle üzerinde, kollojen doku hastalığı olanlarda, steroid kullanan hastalarda, aktif kanaması olan ve antikoagülan kullananlarda kullanımı önerilmemektedir (22, 77, 78, 86- 89).

##### **2.4.1.2.2. Hiperbarik oksijen tedavisi**

Hasta kapalı basınç odası içerisinde basınç uygulamasına alınır. Hastaya %100 oksijen solutulmasıyla tedavi tamamlanır. Hastaya oksijeni basınç altına alınan odalardan doğrudan ortamdaki veya maske, endotrekeal tüp veya başlık yardımı ile alır. Amaç hipoksik yara çevresini düzeltmektir. Enfekte yaralarda ve hipoksik/iskemik yaralarda hiperbarik oksijen tedavisi başlanabilir. Seanslar şeklinde ve seans sayısı yaranın o anki durumuna göre belirlenir. Günde 1 ya da haftada 5 seans şeklinde yapılır (22, 88).

##### **2.4.1.2.3. Maggot(Larva) kullanılması(Maggot Tedavi)**

Steril sinek larvalarının kronik yara tedavisinde kullanılmasına maggot tedavisi denir. Yaradaki nekrotik dokuyu uzaklaştırmada görev alırlar. Larvalar

salgıladıkları enzimleri ile dokuyu parçalayarak sindirirler. Bunu yaparken sağlıklı doku zarar görmez. Her santimetre kare için on larva kullanılır. İç organlara yakın olan yaralarda ve geniş damarlarda kullanılmazlar. Diyabetik ayak yaraları, basınç yaraları ve venöz yaraların debridmanında kullanımı uygundur (88, 90).

#### **2.4.1.2.4. Ozon tedavisi**

Üç oksijen atomunun birleşmesiyle ozon molekülü oluşur. Kronik yaralarda topikal uygulama yapılır. 2 çeşit topikal uygulama vardır. Torbalama yönteminde yaranın bulunduğu bölge ozona dayanıklı bir torbaya alınarak 15-20 dakika boyunca ozon gazı verilerek yapılır. İkinci yol ozonlanmış yağın yara üzerine uygulanmasıdır. Ozon vücuda girdikten sonra oksijen gazına dönüşür. Yara iyileşmesinde etkisi tam olarak kanıtlanamamıştır (88).

#### **2.4.1.2.5. Elektrik sitümlasyonu**

Denerve olan kasa elektrik verilerek kasın kasılması engellenmiş olur ve basıncın belli noktalarda oluşması engellenir (89). Yara iyileşmesinde kollojen matriks oluşumuna katkı sağladığı ve epitelizasyon sürecini hızlandırdığı düşünülmektedir (91).

#### **2.4.1.2.6. Ultrason(US)**

Amaç mikromasaj etkisi oluşturmak ve membran permaabilitesindeki artışa yol açmaktır. Bu şekilde doku rejenerasyonu hızlanmaktadır (87, 89).

#### **2.4.1.2.7. Ultraviole**

Bakterisidal etki olarak veya epidermisin kalınlığını artıracak şekilde düşünülmektedir uygulanmaktadır (87).

#### **2.4.1.2.8. Hidroterapi**

Basıncı irigasyon ve hidromasaj uygulanmasıdır. Basıncı su sayesinde yarada bakteriler ve nekrotik dokunun temizlenmesi sağlanmış olur. Avantajı tedavi süresini kısaltmasıdır (87, 89).

#### **2.4.1.2.9. Trombositten zengin plazma (TZP)**

Trombositten zengin plazma, yüksek oranda büyüme faktörü ve trombosit içeren birinci jenerasyon ürünüdür (92). Tam kanın santrifüj edilmesi ile normalden daha yüksek trombosit içeren plazma elde edilir. Elde edilen plazmaya kalsiyum klorid (CaCl<sub>2</sub>) ya da sığır trombini eklenerek trombositlerin aktif olması sağlanır (93). Burada zaman çok önemlidir. Trombositler kısa sürede aktif olacağına hızlı bir şekilde yaraaya uygulanması gerekir (94). TZP kullanımının asıl amacı trombositlerin alfa granüllerinin ortama salınmasının sağlanmasıdır (95).

#### **2.4.1.2.10. Trombositten zengin fibrin (TZF)**

Trombositten zengin fibrin, trombositlerin ve sitokinlerin fibrin ağı içerisinde yoğunlaştırılması ile elde edilir. TZF, birinci jenerasyon olan ve yüksek konsantrasyonlarda trombosit ve büyüme faktörü içeren Trombositten zengin plazmanın ardından geliştirilen ikinci jenerasyon trombosit konsantrasyonu olarak bilinmektedir. Hastanın kendi kanından herhangi bir antikoagülan ya da sentetik madde eklenmeden elde edilir. Bulaşıcı hastalık riski yoktur, aşırı duyarlılık reaksiyonlarına neden olmaz. Bu alanda sığır trombini katılarak elde edilen TZP'nin aldığı eleştirileri ekarte etmektedir. Elde edilme mekanizması trombositleri ve yara yeri iyileşmesinde etkili sitokinleri fibrin pıhtısında bir araya getirmek üzerine kurulmuştur. Üretim süresinin kısa, maliyetinin düşük olması avantajlarıdır. Fibrin pıhtı içerisindeki trombosit ve sitokin konsantrasyonu biyomateryalin aktivasyonu açısından önem taşır. Bu çözünebilen moleküller inflamasyon ve iyileşme basamaklarının önemli mediatörleridir (96- 98).

#### **2.4.1.2.11. Kök hücre tedavisi**

Doku veya organlarda bulunan, bazı ya da tüm özelleşmiş hücelere dönüşebilen, kendini kopyalayabilen farklılaşmamış hücelere kök hücre denir. Asıl görevleri buldukları dokularda hasar meydana geldiğinde dokuyu tamir etmektir (99, 100).

Hasarlanan hücre ya da dokuları onarmak veya yenilemek için kök hücrelerin kullanılması ya da kök hücreden köken alan hücreleri kullanan tedavi yöntemidir.

Kök hücreler hasarlı dokuya direk uygulanabilir veya kana verilebilir. Dokunun kendi kendini onarması için de hastanın kendi dokusundan üretilebilir (101).



### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Çalışmanın Türü

Bu çalışma tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Evde bakımda kronik yara bakımı verenlerin özelliklerini ve kronik yara bakımında kullandığı yöntemleri belirlemek amacı ile gerçekleştirildi.

#### 3.2. Çalışmanın Soruları

**S1:** Bakım verenler yara bakımından önce el yıkamakta mıdır?

**S2:** Bakım verenler sterilite kavramını bilmekte midir?

**S3:** Bakım verenler yara bakımında steril eldiven kullanmakta mıdır?

**S4:** Bakım verenler yara temizliğinde uygun yöntemler kullanmakta mıdır?

**S5:** Bakım verenler yarayı tanımlayabilmekte midir?

**S6:** Bakım verenlerin cinsiyeti ile kronik yara bakımında kullandığı yöntemler arasında ilişki var mıdır?

**S7:** Bakım verenlerin yaşı ile kronik yara bakımında kullandığı yöntemler arasında ilişki var mıdır?

**S8:** Bakım verenlerin medeni durumu ile kronik yara bakımında kullandığı yöntemler arasında ilişki var mıdır?

**S9:** Bakım verenlerin eğitim durumu ile kronik yara bakımında kullandığı yöntemler arasında ilişki var mıdır?

**S10:** Bakım verenlerin mesleği ile kronik yara bakımında kullandığı yöntemler arasında ilişki var mıdır?

**S11:** Evde bakım hizmetlerinin ziyareti ile kronik yara bakımında kullandığı yöntemler arasında ilişki var mıdır?



### **3.3. Çalışmanın Yapıldığı Yer ve Zaman**

Çalışma Bolu İli T.C. Sağlık Bakanlığı İzzet Baysal Devlet Hastanesi Evde Bakım Birimi'ne kayıtlı kronik yarası olan bireye bakım verenlerin evlerinde 1 haziran 2018 – 30 kasım 2018 tarihleri arasında yapıldı.

### **3.4. Çalışmanın Evreni ve Örneklem Seçimi**

#### **3.4.1. Çalışmanın evreni**

Çalışmanın evrenini Bolu İli T.C. Sağlık Bakanlığı İzzet Baysal Devlet Hastanesi Evde Bakım Birimine kayıtlı 1 haziran – 30 kasım 2018 tarihleri arasında kronik yarası olan hastalara bakım verenler oluşturdu.

Hastaların Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri:

- Kronik yarası (Basınç yarası, venöz ve arteriyal yaralar ve diyabetik yarası) olan en az bir hastaya yara bakım veren,
- 18 yaşından büyük olan,
- Bilgilendirme ve rızası alınan

#### **3.4.2. Çalışmanın örnekleme**

Çalışmanın örneklemini Bolu İli T.C. Sağlık Bakanlığı İzzet Baysal Devlet Hastanesi Evde Bakım Birimi'ne kayıtlı olan kronik yarası olan hastaya bakım veren ve çalışmaya dahil edilme kriterlerine uygun 102 bakım verici oluşturdu. Evrenin tümünün çalışmaya alınması amaçlandığı için örneklem büyüklüğü hesaplaması yapılmayıp herhangi bir örnekleme yöntemi kullanılmadı. Kronik yarası olan hastaya bakım veren 90 bakım verici çalışmaya dahil oldu, 4 bakım verici çalışmaya katılmayı kabul etmedi ve 8 bakım vericiye de ulaşamadı. Evrenin %88'ine ulaşıldı.

### **3.5. Verilerin Toplanması**

#### **3.5.1. Veri toplama yöntemi**

Çalışmanın verileri 1 Haziran 2018 – 30 Kasım 2018 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin toplanmasında çalışmacı tarafından hazırlanan Bakım Veren Bilgi Formu kullanıldı.

Veriler çalışmacı tarafından hafta içi günlerde evde bakım ekibi ile birlikte hasta ziyaretleri sırasında kronik yarası olan hastalara bakım veren aile bireyleri ile yüz-yüze görüşme tekniğiyle toplandı. Her görüşme ortalama 20-25 dk. sürdü. Veri toplama formları çalışmacı tarafından kronik yarası olan hastaya bakım veren aile bireylerinin verdiği cevaplar doğrultusunda dolduruldu.

#### **3.5.2. Veri toplama aracı**

*Bakım Veren Bilgi Formu (Ek- 8.1.)*

Veriler çalışmacı tarafından hazırlanan veri toplama formu ile toplandı. Veri toplama formu iki bölümden oluşmaktadır; birinci bölümde bakım verenlere ait tanıtıcı bazı özelliklerin bulunduğu çoktan seçmeli ve açık uçlu sorular; cinsiyet, yaş, medeni durum, hastaya yakınlık durumu, eğitim durumu, mesleği, vb. gibidir. İkinci bölümde kronik yara bakımında kullanılan yöntemleri belirlemek amacıyla açık uçlu ve çoktan seçmeli sorular; yarayı nasıl tanımlarsınız, sterilite kavramını biliyor musunuz, bakım yapmadan önce ellerinizi yıkar mısınız, vb. gibi 22 sorudan oluşan formdur.

### **3.6. Verilerin Analizi**

Elde edilen veriler bir istatistik programında kodlanarak; sayı, yüzde, olarak ifade edildi. İstatistiksel değerlendirme için Pearson ki- kare analizi uygulandı. Anlamlılık açısından p değeri  $p < 0,05$  veya  $p < 0,01$  olarak kabul edildi.

### **3.7. Çalışmanın Sınırlılıkları**

Bolu İli T.C. Sağlık Bakanlığı İzzet Baysal Devlet Hastanesi Evde Bakım Birimi'ne kayıtlı olan kronik yarası olan hastaya bakım verenlerin verdiği cevaplar

ile gerçekleştirilmesi çalışmanın sınırlı bir boyutunu oluşturdu. Bir diğer sınırlı boyutunu ise bakım vericilerin ev ortamında çalışmanın uygulanması ve kabul edilmesi durumu ve kronik yara bakım malzemelerinin hepsinin evde bakım hizmetleri tarafından karşılanmaması oluşturdu.

### **3.8. Çalışmanın Etik Yönu**

Çalışmanın yapılabilmesi için Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Klinik alışmalar Etik Kuruluna başvurularak 13.07.2018 tarihli 2018/108 nolu karar ile etik izin (Ek 8.3.) alındı. Çalışmaya başlamadan önce T.C. Bolu Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nden 49769843-604.02 sayılı ve 26/07/2018 tarihli yazılı izin (Ek 8.4.) alınmıştır. Uygulama izni için Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesinden izin alındı. Çalışmanın verileri toplanmadan önce bireylere veri toplama formları hakkında bilgi verilip elde edilen bilgilerin gizli tutulacağı, çalışmaya katılımın gönüllü olduğu açıklandı ve yazılı onayları alındı.

## 4. BULGULAR

Çalışmadan elde edilen bulgular iki temel bölümde verilmiştir.

1. Bakım verenlerin tanımlayıcı özellikleri ile ilgili bulgular,
2. Bakım verenlerin kronik yara bakımında kullandığı yöntemlere ilişkin bulgular,

### 4.1. Bakım verenlerin tanımlayıcı özellikleri ile ilgili bulgular

Tablo 4.1.1. Bakım verenlerin tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı (n:90)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	59	65,6
Erkek	31	34,4
<b>Yaş</b>		
Genç Yetişkin (18-35)	11	12,2
Orta Yetişkin (36-55)	47	52,2
İleri Yetişkin (56-64)	27	30,0
Yaşlı (65 ve üzeri)	5	5,6
<b>Medeni durum</b>		
Evli	79	87,8
Bekâr	11	12,2
<b>Eğitim durumu</b>		
Okur-yazar değil	3	3,3
Okur-yazar	5	5,6
İlkokul	46	51,1
Ortaokul	5	5,6
Lise	22	24,4
Yüksekokul/Fakülte	9	10,0
<b>Meslek</b>		
İşsiz	1	1,1
İşçi	12	13,3
Memur	11	12,2
Emekli	19	21,1
Serbest Meslek	4	4,4
Ev Hanımı	43	47,8
<b>Sosyal güvence</b>		
Evet	68	75,6
Hayır	22	24,4
<b>Kronik hastalık varlığı</b>		
Var	35	38,9
Yok	55	61,1
<b>Kronik yara türü</b>		
Basınç yarası	90	100
Toplam	90	100

Çalışmaya katılan bakım verenlerin %65,6'sı kadın, geriye kalanlar (%34,4) erkektir. Bakım verenlerin büyük çoğunluğu (%52,2) orta yetişkin (36-55) yaş grubundadır. Bakım verenlerin %87,8'i evli, %12,2'si bekârdır. Bakım verenlerin yarısından fazlası (%51,1) ilkokul mezunu, %24,4'ü lise mezunu, %10,0'ı Yüksekokul/Fakülte mezunudur. Bakım verenlerin %75,6'sının sosyal güvencesinin olduğu, yaklaşık olarak yarısının (%47,8) ev hanımı, %21,1'inin emekli, %13,3'ünün işçi ve %12,2'sinin memur olup, %61,1'inde kronik hastalık bulunmazken, geriye kalan bakım verenlerde (%38,9) kronik hastalık olduğu görüldü. Evde bakımda kronik yaraların tümünün (%100) basınç yarası olduğu tespit edildi.

**Tablo 4.1.2. Cinsiyete göre yaş gruplarının karşılaştırması (n:90)**

		Yaş grubu								Toplam		Analiz
		Genç yetişkin (18-35)		Orta yetişkin (36-55)		İleri yetişkin (56-64)		Yaşlı (65-ve üzeri)				
		Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	p: 0,819  χ <sup>2</sup> : 0,926
Cinsiyet	Kadın	8	8,9	32	35,6	16	17,8	3	3,3	59	65,6	
	Erkek	3	3,3	15	16,6	11	12,2	2	2,3	31	34,4	
Toplam		11	12,2	47	52,2	27	30,0	5	5,6	90	100	

Kronik yara bakımı veren kadınların %13,5'i genç yetişkin (18-35) yaş grubunda, %54,2'si orta yetişkin (36-55) yaş grubunda, %27,1'i ileri yetişkin (56-64) yaş grubunda ve %5,0'ı yaşlı (65 ve üzeri) yaş grubundadır. Erkeklerin %10,0'u genç yetişkin (18-35) yaş grubunda, %48,0'i orta yetişkin (36-55) yaş grubunda, %36,0'sı ileri yetişkin (56-64) yaş grubunda ve %6,0'sı yaşlı (65 ve üzeri) yaş grubundadır. Yaş gruplarına göre bakıldığında bakım verenlerin büyük çoğunluğu (%52,2) orta yetişkin (36-55) yaş grubundadır. Cinsiyetlere göre bakıldığında da kadınların ve erkeklerin büyük çoğunluğu orta yetişkin (36-55) yaş grubundadır.

*Bakım verenlerin cinsiyetine göre yaş grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktur (p: 0,819>0,05).*

**Tablo 4.1.3. Bakım verenlerin, bakım verilenle bazı özelliklerine göre dağılımı(n:90)**

	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Bakım verilenle yakınlık durumu</b>		
Eşi	17	18,9
Çocuğu	43	47,8
Gelini	12	13,3
Damadı/ Torunu/ Bakıcısı	18	20,0
<b>Bakım verilenle aynı evde yaşama durumu</b>		
Evet	83	92,2
Hayır	7	7,8
<b>Bakım verme süresi</b>		
1 yıldan az	30	33,3
1-3 yıl	25	27,8
3 yıl ve üzeri	35	38,9
<b>Evde bakım maaşı alma durumu</b>		
Evet	22	24,4
Hayır	68	75,6
Toplam	90	100

Bakım verenlerin büyük çoğunluğu aynı evde yaşayan (%92,2) hastanın çocuğu (%47,8) iken, %20'si hastanın damadı, torunu ya da bakıcısıdır. Bakım verenlerden hastanın eşi olanların oranı %18,9'dur. Hastanın gelini olan bakım verenlerin oranı %13,3'tür. Bakım verenlerin %38,9'u hastasına 3 yıl ve üzerinde bakım verirken, %33,3'ü 1 yıldan az ve %27,8'i 1-3 yıl arasında bakım vermektedir. Bakım verenlerin %75,6'sı evde bakım maaşı almazken, %24,4'ü evde bakım maaşı almaktadır.

**Tablo 4.1.4. Bakım verme süresine göre hastaya yakınlık durumunun karşılaştırılması (n:90)**

		Hastaya yakınlık durumu								Toplam		Analiz
		Eşi		Çocuğu		Gelini		Damadı/ Torunu/ Bakıcısı				
		Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Bakım verme süresi	1 yıldan az	4	4,4	14	15,6	4	4,4	8	8,8	30	33,3	p: 0,130  χ <sup>2</sup> : 9,881
	1-3 yıl	2	2,2	12	13,3	6	6,7	5	5,5	25	27,8	
	3 yıl ve üzeri	11	12,3	17	18,9	2	2,2	5	5,5	35	38,9	
Toplam		17	18,9	43	47,8	12	13,3	18	20,0	90	100	

Bakım verenlerin bakım verme süresi ile hastaya yakınlık durumu arasında yapılan Pearson ki-kare analizi sonuçlarına göre;

Bakım verme sürelerine göre bakıldığında evde bakım hizmeti verenler bakım verme süresi açısından incelendiğinde; uzun süreli ve kısa süreli olarak büyük çoğunlukla (47,8) çocuklarının bakım verdiği görüldü.

*Bakım verenlerin bakım verme süresine göre hastaya yakınlık durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktur (p: 0,130>0,05).*

#### 4.2. Bakım verenlerin kronik yara bakımında kullandığı yöntemlere ilişkin bulguları

**Tablo 4.2.1. Evde bakım hizmetlerinin ziyaret sıklığı (n:90)**

	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Evde bakım hizmetlerinin ziyaret sıklığı</b>		
Haftada 1 gün	26	28,9
Haftada 2 gün	31	34,4
Haftada 3-4 gün	24	26,7
2 haftada 1 gün	3	3,3
Her gün	2	2,2
Talep edilince	4	4,4
Toplam	90	100

Çalışmaya katılan bakım verenlerin evlerine evde bakım hizmetleri %34,4'üne haftada 2 gün, %28,9'una haftada 1 gün, %26,7'sine haftada 3-4 gün, %4,4'üne talep edilince, %3,3'üne 2 haftada 1 gün ve %2,2'sine ise her gün ziyaret gerçekleştirmektedir.

**Tablo 4.2.2. Bakım verenlerin bilgi durumu (n:90)**

	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Bakım verenin yara bakımından önce el yıkama durumu</b>		
Evet	82	91,1
Hayır	8	8,9
<b>Bakım verenin sterilite kavramını bilme durumu</b>		
Evet	35	38,9
Hayır	55	61,1
<b>Sterilite kavram tanımı</b>		
Bilmiyorum	55	61,1
Hijyen, temizlik	22	24,4
Mikroplardan arınma	11	12,2
Dezenfekte etmek	2	2,2
<b>Bakım verenin steril eldiven kullanma durumu</b>		
Evet	11	12,2
Hayır	79	87,8
Toplam	90	100

Yara bakımından önce bakım verenlerin el yıkama durumlarına bakıldığında; bakım verenlerin %91,1'i yara bakımı vermeden önce ellerini yıkarken, %8,9'u yara



bakımı vermeden önce ellerini yıkamamaktadır. Bakım verenlerin sterilite kavramını bilme durumlarında bakım verenlerin %38,9'u sterilite kavramını bilirken, %61,1'i sterilite kavramını bilmemektedir. Sterilite kavramını bilen bakım verenlerin %24,4'ü hijyen/temizlik, %12,2'si mikroplardan arınma ve %2,2'si dezenfekte etmek olarak tanımlamışlardır. Bakım verenlerin %12,2'si yara bakımında steril eldiven kullanırken, %87,8'si yara bakımında steril eldiven kullanmamaktadır.

**Tablo 4.2.3. Bakım verenlerin yara temizliğinde kullandığı malzemelerin dağılımı (n:90)**

	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Yarayı temizlemek için kullanılan malzemeler</b>		
Serum fizyolojik	60	66,7
Serum fizyolojik, antibiyotikli ampül	4	4,4
Yara temizliğinde uygun olmayan yöntemler (serum fizyolojinin yanında ve/veya yara kremi, povidon-iyodin, yara suyu (rivanol), sabunlu su, oksijenli su, borik asit, kantaron yağı)	26	28,9
Toplam	90	100

Yarayı temizlemek için kullanılan malzemelere bakıldığında; bakım verenlerin büyük çoğunluğu (%66,7) yarayı temizlemede serum fizyolojik kullanmaktadır. Yarayı temizlemede uygun olmayan yöntemler (serum fizyolojik ile birlikte yara kremi, povidon-iyodin, yara suyu (rivanol), sabunlu su, oksijenli su, borik asit, kantaron yağı) kullanım oranı %28,9'dur.

**Tablo 4.2.4. Bakım verenlerin uyguladığı yara bakım yöntemlerine göre dağılımı (n:90)**

	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Bakım verenlerin uyguladığı yara bakım yöntemleri</b>		
SF ile temizlik + steril olmayan gazlı bez ile kapatma	62	68,9
SF ile temizlik + steril gazlı bez ile kapatma	4	4,4
SF ile temizlik + tıbbi yara örtüsü + steril gazlı bez ile kapatma	3	3,4
Yara bakımında uygun diğer yöntemler	10	11,1
Yara bakımında uygun olmayan diğer yöntemler	11	12,2
Toplam	90	100

Bakım verenlerin uyguladığı yara bakım yöntemlerine bakıldığında; bakım verenlerin büyük çoğunluğu (%68,9) serum fizyolojik ile yarayı temizleyip, steril olmayan gazlı bez ile kapatmaktadır. Sadece 4 kişi (%4,4) serum fizyolojik ile yarayı temizleyip, steril gazlı bez ile kapatmaktadır. Bakım verenlerden sadece 3 kişi (%3,4) serum fizyolojik ile yarayı temizleyip, tıbbi yara örtüsü koyup, steril gazlı bez ile kapatmaktadır. Bakım verenlerden %11,1'i (10 kişi) yara bakımında uygun diğer yöntemleri kullanırken, %12,2'si (11 kişi) yara bakımında uygun olmayan diğer yöntemleri kullanmaktadır.

Yara bakımında göreceli uygun diğer yöntemler;

1. Serum fizyolojik ile yarayı temizleyip, yara bakım jeli sürüp, gazlı bez ile kapatma (n:1).
2. Serum fizyolojik ile yarayı temizleyip, buğday tohumu içerikli yara kremi ve nitrofurazon içerikli yara kremi sürüp, gazlı bez ile kapatma (n:1).
3. Serum fizyolojik ile yarayı temizleyip, buğday tohumu içerikli yara kremi sürüp, gazlı bez ile kapatma (n:2).
4. Serum fizyolojik ile yarayı temizleyip, eczanede yaptırdığı kremi sürme (n:1).
5. Serum fizyolojik ile yarayı temizleyip, antibiyotikli ampül döküp, gazlı bez ile kapatma (n:1).
6. Antibiyotikli ampül ile yarayı temizleyip, gazlı bez ile kapatma (n:1).
7. Serum fizyolojik ile yarayı temizleyip, çinko içerikli krem sürüp, gazlı bez ile kapatma (n:1).
8. Serum fizyolojik ile yarayı temizleyip, antibiyotikli ampül döküp, hamamelis virginiana distilat içerikli yara kremi sürüp, gazlı bez ile kapatma (n:1).
9. Sabunlu su ve serum fizyolojik ile yarayı temizleyip, hamamelis virginiana distilat içerikli yara kremi sürüp, gazlı bez ile kapatma (n:1).

Yara bakımında uygun olmayan diğer yöntemler;

1. Serum fizyolojik ile yarayı temizleyip, ıslak gazlı bez ile kapatma (n:1)
2. Oksijenli su ile yarayı temizleyip, gazlı bez ile kapatma (n:1).
3. Povidon-iyodin ile yarayı temizleyip, gazlı bez ile kapatma (n:2).
4. Buğday tohumu içerikli yara kremi krem sürüp kapatma (n:1).

5. Yara suyu (rivanol) ile yarayı yıkama. Hamamelis virginiana distilat ve nitrofurazon içerikli yara kremi sürüp, gazlı bez ile kapatma (n:1).
6. Hamamelis virginiana distilat içerikli yara kremi ve kantaron yağını yaraya sürüp 45 dakika havalandırma (n:1).
7. Serum fizyolojik ve povidon-iyodin ile yarayı temizleyip, gazlı bez ile kapatma (n:1).
8. Serum fizyolojik ile yarayı temizleyip, povidon-iyodin ve buğday içerikli yara kremi sürüp, gazlı bez ile kapatma (n:1).
9. Borik asit ile yarayı temizleyip, gazlı bezle kapatma (n:1).
10. Serum fizyolojik ile yarayı temizleyip, ağrısı olduğunda lidokain içerikli yara kremi sürme (n:1).

**Tablo 4.2.5. Bakım verenlerin yarayı kapatmak için kullandığı yöntemlerin dağılımı (n:90)**

	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Yarayı kapatmak için kullanılan malzemeler</b>		
Steril gazlı bez, betafiks, sargı bezi	79	87,8
Steril gazlı bez, betafiks, tıbbi yara örtüsü	7	7,8
Steril gazlı bez ve betafiksin yanında ped ve steril olmayan gazlı bez	4	4,4
Toplam	90	100

Yarayı kapatmak için kullanılan malzemelere bakıldığında bakım verenlerin büyük çoğunluğu (%87,8) steril gazlı bez, betafiks, sargı bezi kullanmaktadır. Steril gazlı bez, betafiks ve yara örtüsünü birlikte kullananların oranı %7,8'dir. Bakım verenlerden 4 kişi yara kapatmada ise steril gazlı bez ve betafiksin yanında steril olmayan gazlı bez ve ped kullanmaktadır.

**Tablo 4.2.6. Bakım verenlerin yarayı değerlendirme durumları (n:90)**

	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Yara siyah olduğunda bakım verenin görüşü</b>		
Bilmiyorum	23	25,6
Kötüleştğini/ kötüleşeceğini	39	43,3
Açılacağını	16	17,8
Çürüdüğünü	5	5,6
İyileştğini/ iyileşeceğini	7	7,8
<b>Yara sarı/ koku olduğunda bakım verenin görüşü</b>		
Enfeksiyon/ iltihap	82	91,1
Bilmiyorum	6	6,7
Kötüleşeceğini ve doktora götürmesi gerektiğini	2	2,2
<b>Yara pembe/ kırmızı olduğunda bakım verenin görüşü</b>		
İyileştğini/ iyileşeceğini	79	87,8
Bilmiyorum	5	5,6
Kötüleşeceğini	3	3,3
Enfeksiyon- şüphelenerek doktora götürmesi gerektiğini	3	3,3
Toplam	90	100

Yara siyah olduğunda bakım verenlerin görüşlerine bakıldığında; bakım verenlerin %43,3'ü yaranın kötüleştiğini/kötüleşeceğini, %25,6'sı bilmediğini, %17,8'i açılacağını, %7,8'i iyileştğini/ iyileşeceğini ve %5,6'sı ise çürüdüğünü düşünmektedir.

Yara sarı/koku olduğunda bakım verenlerin görüşleri incelendiğinde; bakım verenlerin büyük çoğunluğu (%91,1) yarada enfeksiyon/iltihap olduğunu düşünmektedir. Bakım verenlerin %6,7'si bilmediğini bildirirken, %2,2'si kötüleşeceğini ve doktora götürmesi gerektiğini düşünmektedir.

Yara pembe/kırmızı olduğunda bakım verenlerin görüşleri değerlendirildiğinde; bakım verenlerin büyük çoğunluğu (%87,8) yaranın iyileştğini/iyileşeceğini düşünmektedirler. Bakım verenlerin %5,6'sı bilmediğini, %3,3'ü kötüleşeceğini ve %3,3'ü enfeksiyon oluştuğunu ve şüphelenerek doktora götürmesi gerektiğini düşünmektedirler.

**Tablo 4.2.7. Bakım verenlerin yara bakımında kullandığı geleneksel ve tamamlayıcı yöntemlerin dağılımı (n:90)**

	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Yara bakımında geleneksel ve tamamlayıcı yöntem kullanımı</b>		
Var	18	20,0
Yok	72	80,0
<b>Yara bakımında kullanılan geleneksel ve tamamlayıcı yöntemler</b>		
Yok	72	80,0
Kantaron yağı	5	5,6
Zeytin yağı (ve karışımları)	5	5,6
Nişasta	2	2,2
Ozon yağı, un, sakız, sabunlu su, kudret narı, aleovera sprey	6	6,7
Toplam	90	100

Yara bakımında geleneksel ve tamamlayıcı yöntem kullanım oranı %20'0 iken büyük çoğunluğu %80,0'ı yara bakımında geleneksel ve tamamlayıcı yöntem kullanmamaktadır. Yara bakımında kullanılan geleneksel ve tamamlayıcı yöntemlerden %5,6 (5 kişi)'si kantaron yağını kullanırken %5,6 (5 kişi)'si zeytin yağı ve karışımları (nişasta-zeytinyağı, bebek yağı-zeytin yağı, balmumu-zeytin yağı, yumurta akı-zeytinyağı) kullanmaktadır. Nişasta kullananların oranı %2,2'dir. %6,7 (6 kişi)'si ozon yağı, un, sakız, sabunlu su, kudret narı, aleovera sprey kullanmaktadır.

Geleneksel ve tamamlayıcı yöntem kullanımı ile bakım verenlerin cinsiyeti (p: 0,120>0,05), medeni durumu (p: 0,872>0,05), yaş grubu (p: 0,453>0,05), arasında yapılan değerlendirme sonucunda anlamlı bir fark olmadığı belirlendi.

**Tablo 4.2.8. Cinsiyete göre kronik yara bakımında kullandığı yöntemlerin karşılaştırılması (n:90)**

		Bakım verenlerin uyguladığı kronik yara bakımı yöntemleri										Toplam		Analiz
		SF ile temizlik + steril olmayan gazlı bez ile kapatma		SF ile temizlik + steril gazlı bez ile kapatma		SF ile temizlik + tıbbi yara örtüsü + gazlı bez ile kapatma		Yara bakımında uygun diğer yöntemler		Yara bakımında uygun olmayan diğer yöntemler				
		Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Cinsiyet	Kadın	40	44,5	3	3,3	2	2,2	6	6,7	8	8,9	59	65,6	p: 0,966 $\chi^2$ : 0,577
	Erkek	22	24,4	1	1,1	1	1,1	4	4,4	3	3,3	31	34,4	
Toplam		62	68,9	4	4,4	3	3,3	10	11,1	11	12,2	90	100	

Bakım verenlerin cinsiyeti ile kronik yara bakımında kullandığı yöntemler arasında yapılan Pearson ki-kare analizi sonuçlarına göre;

Kadınların (%67,8) ve erkeklerin (%71,0) büyük çoğunluğu serum fizyolojik ile yarayı temizleyip, steril olmayan gazlı bez ile yarayı kapatmaktadır. Kadınların ve erkeklerin kronik yara bakımında doğru yöntemi kullanma oranları aynıdır.

*Bakım verenlerin cinsiyetine göre kronik yara bakımında kullandığı yöntemler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktur (p: 0,966>0,05).*

**Tablo 4.2.9. Yaş grubuna göre kronik yara bakımında kullandığı yöntemlerin karşılaştırılması (n:90)**

		Bakım verenlerin uyguladığı kronik yara bakımı yöntemleri										Toplam		Analiz
		SF ile temizlik + steril olmayan gazlı bez ile kapatma		SF ile temizlik + steril gazlı bez ile kapatma		SF ile temizlik + tıbbi yara örtüsü + gazlı bez ile kapatma		Yara bakımında uygun diğer yöntemler		Yara bakımında uygun olmayan diğer yöntemler				
		Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Yaş Grubu	Genç Yetişkin (18-35)	7	7,8	0	0	0	0	4	4,4	0	0	11	12,2	p: 0,192  χ <sup>2</sup> : 15,985
	Orta Yetişkin (36-55)	34	37,8	3	3,3	1	1,1	2	2,2	7	7,8	47	52,2	
	İleri Yetişkin (56-64)	16	17,8	1	1,1	2	2,2	4	4,5	4	4,4	27	30,0	
	Yaşlı (65 ve üzeri)	5	5,6	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5,6	
Toplam		62	68,9	4	4,4	3	3,3	10	11,1	11	12,2	90	100	

Genç yetişkinlerin %7,8'i, orta yetişkinlerin %37,8'i, ileri yetişkinlerin %17,8'i ve yaşlıların %5,6'sı serum fizyolojik ile yarayı temizleyip, steril olmayan gazlı bez ile yarayı kapatmaktadır. Genç yetişkinlerin %4,4'ü, orta yetişkinlerin %2,2'si ve ileri yetişkinlerin %4,5'i yara bakımında uygun diğer yöntemleri kullanmaktadır. Genç yetişkinlerden serum fizyolojik ile yarayı temizleyip, steril gazlı bez ile yarayı kapatan veya serum fizyolojik ile yarayı temizleyip, tıbbi yara örtüsü koyup gazlı bez ile yarayı kapatan veya yara bakımında uygun olmayan diğer yöntemleri kullanan hiç kimse yoktur. Orta yetişkinlerin %3,3'ü ile ileri yetişkinlerin %1,1'i serum fizyolojik ile yarayı temizleyip, steril gazlı bez ile yarayı kapatmaktadır. Orta yetişkinlerin %1,1'i ile ileri yetişkinlerin %2,2'si serum fizyolojik ile yarayı temizleyip, tıbbi yara örtüsü koyup, steril gazlı bez ile yarayı kapatmaktadır. Orta yetişkinlerin %7,8'i ile ileri yetişkinlerin %4,4'ü yara

bakımında uygun olmayan diğer yöntemleri kullanmaktadır. Serum fizyolojik ile yarayı temizleyip, gazlı bez ile yarayı kapatanların oranı %68,9'dur. Büyük çoğunluğunu orta yetişkin yaş grubu oluşturmaktadır. Orta yetişkin ve ileri yetişkin yaş grubu kronik yara bakımında doğru yöntemleri uygulamaktadır. Orta yetişkin yaş grubundan 5 kişi, genç yetişkin yaş grubundan 3 kişi, ileri yetişkin yaş grubundan 2 kişi ve yaşlı yaş grubundan 1 kişi yara bakımında steril eldiven kullanmaktadır.

*Bakım verenlerin yaş gruplarına göre kronik yara bakımında kullandıkları yöntemler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktur (p: 0,192>0,05).*

**Tablo 4.2.10. Medeni durum ile kronik yara bakımında kullandığı yöntemler arasındaki ki-kare analizi (n:90)**

		Bakım verenlerin uyguladığı kronik yara bakımı yöntemleri										Toplam		Analiz
		SF ile temizlik + steril olmayan gazlı bez ile kapatma		SF ile temizlik + steril gazlı bez ile kapatma		SF ile temizlik + tıbbi yara örtüsü + gazlı bez ile kapatma		Yara bakımında uygun diğer yöntemler		Yara bakımında uygun olmayan diğer yöntemler				
		Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Medeni Durum	Evli	54	60,0	4	4,4	1	1,1	10	11,1	10	11,1	79	87,8	p:
	Bekar	8	8,9	0	0	2	2,2	0	0	1	1,1	11	12,2	$\chi^2$ :
Toplam		62	68,9	4	4,4	3	3,3	10	11,1	11	12,2	90	100	10,366

Evlilerin %60,0'ı ile bekârların %8,9'u serum fizyolojik ile yarayı temizleyip, steril olmayan gazlı bez ile yarayı kapatmaktadır. Evlilerin %4,4'ü serum fizyolojik ile yarayı temizleyip, steril gazlı bez ile yarayı kapatmaktadır. Evlilerin %1,1'i ile bekârların %2,2'si serum fizyolojik ile yarayı temizleyip, tıbbi yara örtüsü koyup, steril gazlı bez ile yarayı kapatmaktadır. Evlilerin %11,1'i yara bakımında uygun diğer yöntemleri kullanmaktadır. Evlilerin %11,1'i ile bekârların %1,1'i yara bakımında uygun olmayan diğer yöntemleri kullanmaktadır. Bekârlardan serum fizyolojik ile yarayı temizleyip, steril gazlı bez ile yarayı kapatan ve yara bakımında



uygun diğer yöntemleri kullanan hiç kimse yoktur. Serum fizyolojik ile yarayı temizleyip, gazlı bez ile yarayı kapatanların oranı %68,9'dur ve büyük çoğunluğunu (%87,1) evliler oluşturmaktadır. Evlilerin %16,6'sı ve bekârların %18,8'i yara bakımında doğru yöntemi uygulamaktadır.

*Bakım verenlerin medeni durumuna göre kronik yara bakımında kullandıkları yöntemler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark vardır (p: 0,035<0,05).*

**Tablo 4.2.11. Eğitim durumuna göre kronik yara bakımında kullandıkları yöntemlerin karşılaştırılması (n:90)**

		Bakım verenlerin uyguladığı kronik yara bakımı yöntemleri										Toplam		Analiz
		SF ile temizlik + steril olmayan gazlı bez ile kapatma		SF ile temizlik + steril gazlı bez ile kapatma		SF ile temizlik + tıbbi yara örtüsü + gazlı bez ile kapatma		Yara bakımında uygun diğer yöntemler		Yara bakımında uygun olmayan diğer yöntemler				
		Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	1	1,1	0	0	1	1,1	0	0	1	1,1	3	3,3	p: 0,638  χ <sup>2</sup> : 17,223
	Okur-yazar	3	3,3	0	0	0	0	1	1,1	1	1,1	5	5,6	
	İlkokul	31	34,5	3	3,3	2	2,2	6	6,7	4	4,4	46	51,1	
	Ortaokul	4	4,4	0	0	0	0	1	1,1	0	0	5	5,6	
	Lise	17	18,9	1	1,1	0	0	1	1,1	3	3,3	22	24,4	
	Yüksek okul/Fakülte	6	6,7	0	0	0	0	1	1,1	2	2,2	9	10	
Toplam		62	68,9	4	4,4	3	3,3	10	11,1	11	12,2	90	100	

Okur-yazar olmayanların %1,1'i serum fizyolojik ile yarayı temizleyip, steril olmayan gazlı bez ile yarayı kapatırken, %1,1'i serum fizyolojik ile yarayı temizleyip, tıbbi yara örtüsü koyup, steril gazlı bez ile yarayı kapatırken, %1,1'i ise yara bakımında uygun olmayan diğer yöntemleri kullanmaktadır. Okur-yazar

olanların %3,3'ü serum fizyolojik ile yarayı temizleyip, steril olmayan gazlı bez ile yarayı kapatırken, %1,1'i yara bakımında uygun diğer yöntemleri kullanırken, %1,1'i yara bakımında uygun olmayan diğer yöntemleri kullanmaktadır. İlkokul mezunlarının %34,5'i serum fizyolojik ile yarayı temizleyip, steril olmayan gazlı bez ile yarayı kapatırken, %6,7'si yara bakımında uygun diğer yöntemleri, %4,4'ü yara bakımında uygun olmayan diğer yöntemleri, %3,3'ü serum fizyolojik ile yarayı temizleyip, steril gazlı bez ile yarayı kapatmakta ve %2,2'si ise serum fizyolojik ile yarayı temizleyip, tıbbi yara örtüsü koyup gazlı bez ile yarayı kapatmaktadır. Ortaokul mezunlarının %4,4'ü serum fizyolojik ile yarayı temizleyip, steril olmayan gazlı bez ile yarayı kapatırken, %1,1'i yara bakımında uygun diğer yöntemleri kullanmaktadır. Lise mezunlarının %18,9'u serum fizyolojik ile yarayı temizleyip, steril olmayan gazlı bez ile yarayı kapatırken, %3,3'ü yara bakımında uygun olmayan diğer yöntemleri kullanmaktadır. Serum fizyolojik ile yarayı temizleyip, steril gazlı bez ile yarayı kapatanların oranı ile yara bakımında uygun diğer yöntemleri kullananların oranı aynıdır. Yüksekokul/fakülte mezunlarının %6,7'si serum fizyolojik ile yarayı temizleyip, steril olmayan gazlı bez ile yarayı kapatırken, %1,1'i yara bakımında uygun diğer yöntemleri kullanmakta ve %2,2'si yara bakımında uygun olmayan diğer yöntemleri kullanmaktadır.

*Bakım verenlerin eğitim durumuna göre kronik yara bakımında kullandıkları yöntemler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktur (p: 0,638>0,05).*

**Tablo 4.2.12. Mesleklere göre kronik yara bakımında kullandıkları yöntemlerin karşılaştırılması (n:90)**

		Bakım verenlerin uyguladığı kronik yara bakımı yöntemleri										Toplam		Analiz
		SF ile temizlik + steril olmayan gazlı bez ile kapatma		SF ile temizlik + steril gazlı bez ile kapatma		SF ile temizlik + tıbbi yara örtüsü + gazlı bez ile kapatma		Yara bakımında uygun diğer yöntemler		Yara bakımında uygun olmayan diğer yöntemler				
		Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Meslek	İşsiz	1	1,1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,1	p: 0,986  χ <sup>2</sup> : 8,665
	İşçi	8	8,9	1	1,1	0	0	0	0	3	3,3	12	13,3	
	Memur	8	8,9	0	0	0	0	1	1,1	2	2,2	11	12,2	
	Emekli	14	15,6	1	1,1	1	1,1	2	2,2	1	1,1	19	21,1	
	Serbest Meslek	3	3,3	0	0	0	0	1	1,1	0	0	4	4,4	
	Ev Hanımı	28	31,2	2	2,2	2	2,2	6	6,7	5	5,6	43	47,8	
Toplam		62	68,9	4	4,4	3	3,3	10	11,1	11	12,2	90	100	

Ev hanımlarının %31,2'si, emeklilerin %15,6'sı, işçilerin %8,9'u, memurların %8,9'u, serbest meslek çalışanlarının %3,3'ü ve işsizlerin %1,1'i serum fizyolojik ile yarayı temizleyip, steril olmayan gazlı bez ile yarayı kapatmaktadır. İşçi ve emeklilerden 1'er kişi, ev hanımlarından sadece 2 kişi serum fizyolojik ile yarayı temizleyip, steril gazlı bez ile yarayı kapatmaktadır. Emeklilerden 1 kişi ev hanımlarından 2 kişi ise serum fizyolojik ile yarayı temizleyip, tıbbi yara örtüsü koyup, steril gazlı bez ile yarayı kapatmaktadır. Ev hanımlarının %6,7'si, serbest meslek çalışanlarının %1,1'i, emeklilerin %2,2'si ve memurların %1,1'i yara bakımında uygun diğer yöntemleri kullanmaktadır. Ev hanımlarının %5,6'sı, işçilerin %3,3'ü, emeklilerin %1,1'i ve memurların %2,2'si yara bakımında uygun olmayan diğer yöntemleri kullanmaktadır.

*Bakım verenlerin meslek durumuna göre kronik yara bakımında kullandıkları yöntemler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktur (p: 0,986>0,05).*

**Tablo 4.2.13. Evde bakım hizmetlerinin ziyaret sıklığı kronik yara bakımında kullandığı yöntemler arasındaki ki-kare analizi (n:90)**

		Bakım verenlerin uyguladığı kronik yara bakımı yöntemleri										Toplam		Analiz
		SF ile temizlik + steril olmayan gazlı bez ile kapatma		SF ile temizlik + steril gazlı bez ile kapatma		SF ile temizlik + tıbbi yara örtüsü + gazlı bez ile kapatma		Yara bakımında uygun diğer yöntemler		Yara bakımında uygun olmayan diğer yöntemler				
		Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Evde bakım hizmetlerinin ziyaret sıklığı	Haftada 1 gün	18	20,0	1	1,1	0	0	3	3,3	4	4,4	26	28,9	p: 0,509  χ <sup>2</sup> : 19,193
	Haftada 2 gün	19	21,2	3	3,3	0	0	5	5,6	4	4,4	31	34,4	
	Haftada 3-4 gün	18	20,0	0	0	3	3,3	2	2,2	1	1,1	24	26,7	
	2 haftada 1 gün	3	3,3	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3,3	
	Her gün	1	1,1	0	0	0	0	0	0	1	1,1	2	2,2	
	Talep edilince	3	3,3	0	0	0	0	0	0	1	1,1	4	4,4	
Toplam		62	68,9	4	4,4	3	3,3	10	11,1	11	12,2	90	100	

Evde bakım hizmetlerinin haftada 1 gün ziyaret ettiği hastaların %20,0'ının, haftada 2 gün ziyaret ettiği hastaların %21,2'sinin, haftada 3-4 gün ziyaret ettiği hastaların %20,0'ının, 2 haftada 1 gün ziyaret ettiği hastaların %3,3'ünün, her gün ziyaret ettiği hastaların %1,1'inin ve talep edilince ziyaret ettiği hastaların %3,3'ünün bakım verenleri serum fizyolojik ile yarayı temizleyip, steril olmayan gazlı bez ile yarayı kapatmaktadır. Evde bakım hizmetlerinin haftada 1 gün ziyaret ettiği hastaların %1,1'inin ve haftada 2 gün ziyaret ettiği hastaların %3,3'ünün bakım verenleri serum fizyolojik ile yarayı temizleyip, steril gazlı bez ile yarayı kapatmaktadır. Evde bakım hizmetlerinin haftada 3-4 gün ziyaret ettiği hastaların %3,3'ünün bakım verenleri serum fizyolojik ile yarayı temizleyip, tıbbi yara örtüsü koyup, steril gazlı bez ile yarayı kapatmaktadır. Evde bakım hizmetlerinin haftada 1 gün ziyaret ettiği hastaların %3,3'ünün, haftada 2 gün ziyaret ettiği hastaların %5,6'sının ve haftada 3-4 gün ziyaret ettiği hastaların %2,2'sinin bakım verenleri yara bakımında uygun diğer yöntemler ile yarayı kapatmaktadır. Evde bakım

hizmetlerinin haftada 1 gün ziyaret ettiği hastaların %4,4'ünün, haftada 2 gün ziyaret ettiği hastaların %4,4'ünün, haftada 3-4 gün ziyaret ettiği hastaların %1,1'inin, her gün ziyaret ettiği hastaların %1,1'inin ve talep edilince ziyaret ettiği hastaların %1,1'inin bakım verenleri yara bakımında uygun olmayan diğer yöntemler ile yarayı kapatmaktadır.

*Evde bakım hizmetlerinin ziyaret sıklığına göre kronik yara bakımında kullandıkları yöntemler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktur ( $p: 0,509 > 0,05$ ).*



## 5. TARTIŞMA

Çalışmamız evde bakımda kronik yara bakımı verenlerin özelliklerini ve kronik yara bakımında kullandığı yöntemleri belirlemek amacıyla iki başlık altında incelendi.

1. Bakım Verenlerin Tanımlayıcı Özellikleri İle İlgili Bulguların Tartışması
2. Bakım Verenlerin Kronik Yara Bakımında Kullandığı Yöntemlere İlişkin Bulguların Tartışması

### 5.1. Bakım verenlerin tanımlayıcı özellikleri ile ilgili bulguların tartışması

Çalışmamızda bakım verenler cinsiyet, yaş, medeni durum, hastaya yakınlık durumu, eğitim durumu, meslek, sosyal güvence, kronik hastalık varlığı, sürekli kullanılan ilaç varlığı, yerleşim yeri, bakım verme süresi, bakım verilen kişi ile aynı evde yaşama durumu ve evde bakım maaşı alma durumları açısından incelenmiştir.

Selçuk ve Avcı (15) kronik hastalığa sahip yaşlılara bakım verenlerle yaptığı çalışmasında bakım verenlerin %88,6'sını kadın olarak bildirmişlerdir. Akyar, Korkmaz ve Atakul (16) onkoloji hastalarına bakım verenlerle yaptığı çalışmasında bakım verenlerin %77,1'inin kadın olduklarını bildirmişlerdir. Çalışmamızda da bakım verenlerin %65,6'sının kadın olduğu görüldü. İnfomal bakımı tercih eden bireylerin bakımlarından eşler, kız evlat, kız kardeş veya gelinler olmak üzere çoğunlukla kadınlar sorumlu tutulmaktadır (102). Bulgular literatür ile paralellik göstermektedir. Bu verilere bakılarak geleneksel toplumlarda cinsiyet açısından bakıldığında kadınların aile bireyelerine bakmakla yükümlü olduğu düşünülmektedir.

Selçuk ve Avcı (15) kronik hastalığa sahip yaşlılara bakım verenlerle yaptığı çalışmasında bakım verenlerin %40,6'sının 40-54 yaş grubunda olduklarını bildirmişlerdir. Çalışmamızda bakım verenlerin, %52,2'sinin orta yetişkin (36-55) yaş grubunda olduğu görüldü. Literatür incelendiğinde, diğer çalışmalarda da bakım verenlerin çoğunluğu 40-60 yaş aralığındadır (16, 17, 103, 104). Bakım verenlerin çoğunluğunu orta yaş grubunun oluşturmasında bakım verme dışında anne, baba, eş,

çalışan gibi rollerinin yanında genç nüfusa göre daha çok boş zamanlarının olması ya da yaşlı nüfusa göre daha sağlıklı oldukları düşünülmektedir.

Kılıç Akça ve Taşçı (103) 65 yaş üzerindeki kişilere bakım verenlerle yaptığı çalışmada bakım verenlerin %81,3'ünün evli olduklarını bildirmişlerdir. Selçuk ve Avcı (15) kronik hastalığı mevcut yaşlılara bakım verenlerle yaptığı çalışmada bakım verenlerin %83,0'ının evli olduklarını bildirmişlerdir. Akyar, Korkmaz ve Atakul (16) onkoloji hastalarına bakım verenlerle yaptığı çalışmada bakım verenlerin %87,1'inin evli olduklarını bildirmişlerdir. Çalışmamızda bakım verenlerin %87,8'inin evli olduğu literatür ile paralellik gösterdiği görüldü.

Yıldırım, Engin ve Başkaya (104) inmeli hastalara bakım verenlerle yaptığı çalışmada bakım verenlerin %51,3'ünün ilkokul mezunu olduklarını bildirmişlerdir. Çalışmamızda literatüre paralel olarak bakım verenlerin yarısından fazlası (%51,1) ilkokul mezunu olduğu belirlendi.

Kılıç Akça ve Taşçı (103) 65 yaş üstü bireylere bakım verenlerle yaptığı çalışmada; bakım verenlerin büyük çoğunluğunu %71,3'ünün ev hanımı olduklarını bildirmişlerdir. Çalışmamızda da bakım verenlerin %47,8'i ev hanımı olarak görüldü. Bu bilgilerden yola çıkarak bakım görevi çalışmadıkları için ev hanımlarına yüklendiğini düşündürmektedir.

Yıldırım, Engin ve Başkaya (104) inmeli hastalara bakım verenlerle yaptığı çalışmada bakım verenlerin %92,5'inin sosyal güvencesi olduklarını bildirmişlerdir. Çalışmamızda literatüre paralel olarak bakım verenlerin %75,6'sının sosyal güvencesinin olduğu görüldü.

Selçuk ve Avcı (15) kronik hastalığa sahip yaşlılara bakım verenlerle yaptığı çalışmada bakım verenlerin %36,8'inde kronik hastalığı olduklarını bildirmişlerdir. Çalışmamızda literatüre paralel olarak bakım verenlerin %38,9'unda kronik hastalık olduğu görüldü.

Limnili ve Özçakar (105) yaptığı çalışmada bakım verenlerin büyük çoğunluğunu %36,9 hastaların çocukları oluşturmaktadır. Selçuk ve Avcı (15) kronik hastalığa sahip yaşlılara bakım verenlerle yaptığı çalışmada bakım verenlerin %55,8'inin hastanın çocuğu olduğunu bildirmişlerdir. Çalışmamızda bakım verenlerin hastaya yakınlık durumuna baktığımızda bakım verenlerin %47,8'ini

hastanın çocuğu olduğu görüldü. Çalışmamızda da bakım verenlerin hastaya yakınlık durumları literatür ile paralellik göstermektedir. Bu durum bakım verenlerin geleneksel toplum yapısında anne babaya saygı sonucu olduğunu düşünölmektedir.

Selçuk ve Avcı (15) kronik hastalığa sahip yaşlılara bakım verenlerle yaptığı çalışmasında bakım verenlerin %28,4'ü 37 ay ve üzerinde bakım verdiklerini olduklarını bildirmişlerdir. Çalışmamızda literatüre paralel olarak bakım verenlerin %38,8'inde 3 yıl ve üzerinde bakım verdikleri görüldü. Bu bilgilerden yola çıkarak bakım verilen bireylerin kronik yaralarının dışında farklı hastalıklara da sahip oldukları görüldü.

Yıldırım, Engin ve Başkaya (104) inmeli hastalara bakım verenlerle yaptığı çalışmasında bakım verenlerin %80'inin hasta ile aynı evde yaşadıklarını bildirmişlerdir. Çalışmamızda literatüre paralel bakım verenlerin büyük çoğunluğu (%92,2) hasta ile aynı evde yaşamaktadır.

Kaya Uygun (106) alzheimer hastalarına bakım verenlerle yaptığı çalışmada bakım verenlerin %11,1 (n:12)'inin evde bakım maaşı aldığını bildirirken %88,9 (n:96)'unun almadığını bildirmiştir. Sebebi ise başvurularının henüz sonuçlanmamasıdır. Çalışmamızda literatüre paralel olarak bakım verenlerin %24,4'ü evde bakım maaşı alırken, %75,6'sı evde bakım maaşı almamaktadır. Bunun sebebinin ise başka bir işte çalışıyor olması ya da sonuçlanmaması olduğu düşünölmektedir.

Çalışmamızda bakım verenlerin bakım verme süresi ile hastaya yakınlık durumu arasında yapılan karşılaştırmada istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktur ( $p>0,05$ ).

## **5.2.Bakım Verenlerin Kronik Yara Bakımında Kullandığı Yöntemlere İlişkin Bulguların Tartışması**

Çalışmamızda bakım verenlerin kronik yara bakımında kullandığı yöntemlere ilişkin; evde bakım hizmetlerinin ziyaret sıklığı, bakım verenin yara bakımından önce el yıkama durumu, bakım verenin sterilite kavramını bilme durumu, bakım verenin sterilite kavram tanımını, bakım verenin steril eldiven kullanma durumu,



bakım verenin yarayı temizlemek için kullandığı malzemeler, bakım verenin uyguladığı yara bakımı yöntemleri, bakım verenin yarayı değerlendirme durumu (yara siyah olduğunda bakım verenin düşüncesi, yara sarı/koku olduğunda bakım verenin düşüncesi, yara pembe/kırmızı olduğunda bakım verenin düşüncesi), bakım verenin yara bakımında kullandığı geleneksel ve tamamlayıcı yöntemlerin (yara bakımında kullanılan geleneksel ve tamamlayıcı yöntem varlığı, yara bakımında kullanılan geleneksel ve tamamlayıcı yöntemler) dağılımına bakıldı.

Evde bakımda bakım verenlerin özelliklerine ilişkin çalışmalar mevcuttur. Ancak evde bakımda bakım verenlerin kronik yara bakımında kullanılan yöntemlere daha önce hiç araştırılmamıştır. Bu yönden çalışmamızın orijinalliğini göstermektedir.

El hijyeni enfeksiyonların önlenmesinde ve antimikrobiyallere dirençli patojenlerin yayılmasının önüne geçilmesinde en basit ve en önemli enfeksiyon kontrol yöntemlerinden bir tanesidir. Hastayla temastan önce ve yara kapamalarından önce el hijyeni sağlanmalıdır (107). Çalışmamızda da literatüre paralel olarak bakım verenlerin %91,1'i ellerini yıkamaktadır.

Cansız maddeler üzerindeki mikroorganizmaların ve dirençli bakteri sporlarının ortadan kaldırılmasına sterilizasyon denir. Bu işlem sonucunda mutlak, kesin mikropsuzluk sağlanır. Canlı bir mikroorganizma kalma olasılığı  $\leq 10^{-6}$  olmalıdır (108). Bakım verenlerin sterilite kavramını bilme durumları daha önce hiç sorgulanmamıştır. Çalışmamızda ise bakım verenlerin %61,1'i sterilite kavramını bilmediklerini, %38,9'u ise bildiklerini söylemişlerdir. Sterilite kavramını bilenlere nasıl tanımladıklarını sorduğumuzda ise; %24,4'ü hijyen/temizlik, %12,2'si mikroplardan arınma, ve %2,2'si dezenfekte etmek olarak tanımlamışlardır. Çalışmamızda literatüre paralel olarak bakım verenlerin %14,4'ü sterilite kavramını doğru tanımlayabildiği dolayısıyla da doğru uygulayabildiği düşünüldü.

Steril eldiven, açık yaralarda, vücudun steril bölgelerine yapılacak olan müdahalelerde ve kullanılan malzemenin sterilliğinin korunması gerektiği durumlarda kullanılmalıdır (109). Bakım verenlerin steril eldiven kullanma durumları daha önce hiç sorgulanmamıştır. Çalışmamızda bakım verenlerin %87,8'i

steril eldiven kullanmazken, sadece %12,2'si steril eldiven kullandıklarını bildirmişlerdir.

Yara temizliğinde topikallerin kullanımı serum fizyolojik ya da antibakteriyellerin kullanımı ile sınırlı kalmalıdır (57). Serum fizyolojik doku toksisitesine yol açmadığı ve yara iyileşme sürecinin normal şekilde devam ettirecek fizyolojik ortamı oluşturduğundan yara bakımında kullanılabilir çok iyi solüsyondur (110). Çalışmamızda da literatüre paralel olarak yarayı temizlemede bakım verenlerin %66,7'si serum fizyolojik kullanırken, %28,9'u yara temizliğinde uygun olmayan yöntemler (serum fizyolojik ile birlikte yara kremi, yara suyu (rivanol), sabunlu su, oksijenli su, borik asit, kantaron yağı) kullanmaktadırlar.

Topikal yara bakımında amaç yaranın nemli tutulmasıdır. Yara bakımında kullanılan pansuman malzemeleri çok çeşitlidir. Önemli olan yaranın durumuna göre uygun pansuman malzemesini seçmektir (111). Pansumanın etkili olabilmesi için kavileri doldurması ve her 6-8 saatte bir değiştirilmesi gerekmektedir. Bu şekilde bakteri üremesi engellenmiş olur. Bu şekilde yapılan geleneksel pansuman yöntemleri yarada iyileşme sağlamasına rağmen, hem zaman alıcıdır hem de beceri gerektirmektedir (110). Çalışmamızda da literatüre bilgisine paralel olarak geleneksel yöntemi kullananların oranı büyük çoğunluktadır. Bakım verenlerin uyguladığı yara bakım yöntemlerine bakıldığında; bakım verenlerin büyük çoğunluğu (%68,9) serum fizyolojik ile yarayı temizleyip, steril olmayan gazlı bez ile kapatmaktadır. Bakım verenlerden sadece 4 kişi (%4,4) serum fizyolojik ile yarayı temizleyip, steril eldiven giyerek yarayı steril gazlı bez ile kapatmaktadır. Bakım verenlerden sadece 3 kişi (%3,4) serum fizyolojik ile yarayı temizleyip, tıbbi yara örtüsü koyup, steril gazlı bez ile kapatmaktadır. Bakım verenlerden %11,1'i yara bakımında uygun diğer yöntemleri kullanırken, %12,2'si yara bakımında uygun olmayan diğer yöntemleri kullanmaktadır.

Modern yara bakım ürünlerine rağmen ekonomik nedenlerden dolayı geleneksel sargılar halen kullanılmaya devam etmektedir. Geleneksel sargılardan gazlı bez antiseptik ajanla karıştırılarak, ıslak veya kuru şekilde yaraya uygulanmaktadır. Dezavantajı ise; yarada kalıntı bırakma, yaraya yapışma ve yaranın kabuk oluşumuna neden olmasıdır (68, 69). Çalışmamızda da literatür bilgisine

parelel olarak bakım verenlerin (n:79) %87,8'i yarayı kapatmak için steril gazlı bez, betafiks, sargı bezi kullanmaktadır.

Yara yatağının doğrudan gözlenmesi etyolojisi hakkında ve uygun bakım oluşturulması için bilgi sağlar. Sağlıklı bir yarada yara kenarları düzenli ve yara yatağı pembedir. Sağlıksız bir yarada yara kenarları düzensiz ve granülasyon dokusu koyu pembedir. Aşırı granülasyon dokusu enfeksiyonla birlikte iyileşmeyen yaralarda görülür. Kronik yaralar genellikle sarı fibrinöz doku ile kaplıdır. Bu tür dokuların damarlanması zayıf olacağından iyileşmesi gecikir. Yara yatağı nekrotik doku, eskar veya yara kabuğu ile kaplı olabilir. Bu dokular iyileşmeye engel olur. Bu dokular patojen mikroorganizma içerdiği için kaldırılmaları enfeksiyonun önlenmesine yardımcı olur. İyileşmenin hızlandırılması için debride edilmesi gerekir. Yara yatağı yüzeyi kırmızı olduğunda granülasyon, pembe olduğunda epitelizasyon olduğunu düşündürür. Sağlıklı ve canlı dokulardır. Yara yatağı yüzeyi sarı olduğunda fibrinli doku, siyah olduğunda nekrotik doku olduğunu düşündürür. Sağlıksız ya da ölü dokulardır (20).

Bakım verenler bakım verdiği yarası siyah olduğunda; çoğunluğu (%66,6) kötüleştiğini/ açılacağını düşünürken; %25,6'sının bir görüşü bulunmadığı, %7,8'i ise iyileşeceğini düşünmektedir. Bakım verenler bakım verdiği yara sarı olduğunda; çoğunlukla (%93,3) enfekte olduğu ya da kötüleştiğini düşünürken, %6,7'si bu durumu bilmediğini bildirmektedir. Bakım verenler bakım verdiği yara pembe olduğunda; çoğunlukla (%87,8) iyileştiğini düşünürken, geriye kalanların (%12,2) bilmediği ya da enfekte olduğu düşündüğü görülmektedir. Bakım verenlerin yara değerlendirme hakkında bilgilerinin olduğunu fakat yeterli düzeyde olmadığını göstermektedir.

Yücel ve ark.'nın (112) evre-2 basınç yarası olan hastaların yara bakımı ve tedavisinde sarı kantaron yağı ekstresini kullanmışlardır. Basınç yaralarında sarı kantaronun yararlı etkilerinin olduğunu gösteren ilk vaka çalışmasıdır. Sağiroğlu, Köseoğlu ve Turna'nın (113) Sakarya ve çevresinde kullanılan tıbbi bitkileri araştırdıkları bir çalışmada, sarı kantaronu yöre halkının yara iyileşmesi için kullandıklarını bildirmişlerdir. Jaric ve ark.'nın (114) Balkan Yarımadası'nda

geleneksel bitkileri analiz ettikleri çalışmada, sarı kantaron bitkisinin yaralarda, ciddi deri problemlerinde ve yanıklarda kullanıldığını bildirmişlerdir.

Avijgan, Kamran ve Abedini'nin (115) İran'da kronik yarası olan hastalarla yaptıkları çalışmada; geleneksel tedaviye ek olarak aleo vera jelini kullandıkları hastalarda, kontrol grubuna göre yaraların daha hızlı iyileştiğini bildirmişlerdir. Oliveira, Soares ve Rocha Pde'nin (116) hipertansiyonlu ve diyabetli hastalarda oluşan iskemik yaralarda aloe vera ve kollajen kapama tedavisinin etkisini araştırdıkları çalışmada 10 hafta süresince her gün bu tedavi uygulandığında hastalarda tam iyileşme olduğunu bildirmişlerdir.

Kudret narının yara iyileşme sürecinde; fibroblast hücrelerinin çoğalmasını sağladığı, büyüme faktörlerinin üretimini hızlandırdığı, kapiller dolaşımı hızlandırarak oksijenlenmeyi artırdığı, yara iyileşmesini ve kapanmasını hızlandırdığı belirtilmiştir (117). Çalışmamızda da 1 kişi kudret narı kullanmaktadır.

Literatürde (112–117) yara bakımında geleneksel ve tamamlayıcı yöntem kullanımı ile ilgili çalışmalar mevcuttur. Çalışmamızda da yara bakımında geleneksel ve tamamlayıcı yöntem kullanım oranı %20,0 iken büyük çoğunluğu %80,0'i yara bakımında geleneksel ve tamamlayıcı yöntem kullanmamaktadır. Yara bakımında kullanılan geleneksel ve tamamlayıcı yöntemlerden %5,6 (5 kişi)'sı kantaron yağı kullanırken, %5,6 (5 kişi)'sı zeytinyağı ve karışımlarını kullanmaktadır. Nişasta kullananların oranı %2,2'dir. %6,7 (6 kişi)'si ozon yağı, kudret narı, aloe vera sprey, sabunlu su, un, sakız kullanmaktadır.

Çalışmamızda bakım verenlerin cinsiyetine göre kronik yara bakımında kullandığı yöntemler arasında yapılan karşılaştırmada (Tablo 4.2.8) istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktur ( $p: 0,966 > 0,05$ ).

Çalışmamızda bakım verenlerin yaş grubu, eğitim durumu ve mesleği ile kronik yara bakımında kullandığı yöntemler arasında yapılan karşılaştırmada istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktur ( $p > 0,05$ ). Evlilerin yaş ve deneyim açısından doğru teknikleri daha fazla kullandığı saptandı.

Çalışmamızda bakım verenlerin evlerine evde bakım hizmetleri %34,4'üne haftada 2 gün, %28,9'una haftada 1 gün, %26,7'sine haftada 3-4 gün, %4,4'üne talep edilince, %3,3'üne 2 haftada 1 gün ve %2,2'sine her gün ziyaret etmektedir. Bu verilerden yola çıkarak evde bakım hizmetleri hastaların durumlarına göre planlama yapmakta ve ona göre hastaların evlerini ziyaret ederek bakım verdiğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda evde bakım hizmetlerinin ziyaret sıklığına göre kronik yara bakımında kullandığı yöntemler arasında yapılan karşılaştırmada istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktur ( $p>0,05$ ).



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmanın sonuçları aşağıdaki başlıklar halinde verildi;

1. Bakım Verenlerin Tanımlayıcı Özellikleri İle İlgili Bulguların Sonuçları
2. Bakım Verenlerin Kronik Yara Bakımında Kullandığı Yöntemlere İlişkin Bulguların Sonuçları

### 6.1. Bakım verenlerin tanımlayıcı özellikleri ile ilgili bulguların sonuçları

Çalışmamızda bakım verenlerin çoğunluğunun orta yetişkin (36-55) yaş dönemindeki evli, ev hanımı, ilkokul mezunu, çocukları olduğu saptandı. Bakım verenlerin tamamına yakınının (%92,2) hasta ile aynı evde yaşadığı, sosyal güvencesinin olduğu (%75,6), kronik hastalığının olmadığı (%61,1) ve sürekli ilaç kullanmadığı (%63,3), 3 yıl ve üzerinde hastasına bakım verdiği (%38,9) ve evde bakım maaşı almadığı (%75,6) saptandı.

3 yıl ve üzeri bakım verilmesi kronik yaralarında uzun zamandır var olduğunu gösterir. Doğru bakım yöntemleri ile daha maliyeti etkin, daha hızlı bir şekilde iyileşecek yaralar gerçekleştirilebilir.

### 6.2. Bakım verenlerin kronik yara bakımında kullandığı yöntemlere ilişkin bulguların sonuçları

Bakım verenlerin pek çoğunun (%91,1) yara bakımından önce ellerinin yıkadığı saptandı. Bakım verenlerin yaradan fazlasının (%61,1) sterilite kavramını bilmediği; çok azının (%14,4) sterilite kavramını doğru tanımlayabildiği dolayısıyla da çok azının doğru uygulayabildiği düşünüldü.

Sterilite kavramı ile doğru orantılı olarak bakım verenlerin çok azının (%12,2) steril eldiven kullandığı geriye kalanların steril eldiven kullanmadığı saptandı.

Yarayı temizlemede bakım verenlerin yaradan fazlasının (%66,7) yarayı temizlemede serum fizyolojik kullandıkları saptandı. Yara temizliğinde uygun olmayan yöntemler (serum fizyolojik ile birlikte yara kremi, yara suyu (rivanol),

sabunlu su, oksijenli su, borik asit, kantaron yağı) kullanımında azımsanmayacak oranda (%28,9) olduğu görüldü.

Yara bakımı açısından değerlendirildiğinde; bakım verenlerin büyük çoğunluğu (%68,9) serum fizyolojik ile yarayı temizleyip, steril olmayan gazlı bez ile kapatmaktadır. Bakım verenlerden sadece 4 kişi (%4,4) serum fizyolojik ile yarayı temizleyip, steril eldiven giyerek yarayı steril gazlı bez ile kapatmakta ve 3 kişi (%3,4) de serum fizyolojik ile yarayı temizleyip, tıbbi yara örtüsü ve ardından steril gazlı bez ile kapatmaktadır. Yani yara bakımını doğru bir teknikle yapan sadece 7 bakım (%7,8) verendir. Bakım verenlerden %11,1'i yara bakımında göreceli uygun diğer yöntemleri kullanırken, %12,2'si yara bakımında uygun olmayan diğer yöntemleri kullanmaktadır. Uyguladıkları yara bakım yöntemlerinde çok farklı bulgular ortaya çıktı.

Yarayı kapatmak için çoğunluğun (%87,8) steril gazlı bez, betafiks, sargı bezi kullandığını belirtmiş olmasına rağmen çok azının (%14,4) sterilite kavramını doğru tanımlayabildiği dolayısıyla da doğru uygulayabildiği bulgusu ışığında bakım verenlerin steril yara bakımı ve kapatma yöntemlerinde yeterli olmadığı düşünüldü. Bakım verenlerin basınç yarası temizliği ve bakımında yaptıkları uygulamalar değerlendirildiğinde, bilgi ve becerilerinin oldukça yetersiz olduğunu düşündürdü.

Yara tanımlamalarında farklı bulgular ortaya çıktı. Bakım verenlerin yara sarı/koku olduğunda büyük çoğunluğu (%91,1) yarada enfeksiyon/iltihap olduğunu bildiği ve yara pembe/kırmızı olduğunda bakım verenlerin büyük çoğunluğu (%87,8) yaranın iyileştiğini/ iyileşeceğini bildiği fakat yara siyah olduğunda yarıya yakını bu durumu bilmediği (%25,6) ya da iyileştiğini/ iyileşeceğini (%7,8) düşündüğü saptandı.

Bakım verenlerin medeni durumu ile kronik yara bakımında kullandıkları yöntemler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde evli olanların daha deneyimli olduğu ( $p: 0,035 < 0,05$ ) görülürken, bakım verenlerin cinsiyeti, yaşı, eğitim durumu ve meslekleri ile kronik yara bakımında kullandıkları yöntemler arasında yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı bir fark ( $p < 0,05$ ) olmadığı görüldü.

Bakım verenlerin %34,4'üne evde bakım hizmetlerinin haftada 2 gün ziyaret ettiği belirlendi. Evde bakım hizmetlerinin ziyareti ile kronik yara bakımında kullandığı yöntemler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ( $p < 0,05$ ) olmadığı görüldü.

Sonuç olarak; bakım verenlerin kronik yara bakımında yara temizliği ve bakımı, yaranın değerlendirilmesi konularında yaptıkları uygulamalar değerlendirildiğinde, bilgi ve becerilerinin oldukça yetersiz olduğu görüldü.

Bakım verenlerin büyük çoğunluğunun kadın olduğu göz önünde bulundurularak hastalık, tedavi ve bakım konularında bilgi düzeylerinin tespit edilerek, eksik konularda eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesinin gerekliliği açıktır. Bu doğrultuda;

- Bakım verenlere kronik yara ve bakımı ile ilgili eğitimler düzenlenmelidir.
- Bakım verenlere yapılacak eğitimlerde bakım verenlerin eğitim seviyeleri göz önünde bulundurularak eğitimler planlanmalıdır.
- Bakım verenlere yönelik yapılan eğitimler düzenli ve zorunlu hale getirilmelidir.
- Üniversitelerin ilgili bölümleri ile iş birliği yapılarak gerekli eğitimler ve bilgilendirmeler yapılmalıdır.
- Yara bakım malzemelerinin hastaya çıkarılacak rapor sonrası sosyal güvenlik kurumu tarafından karşılanarak yara bakım malzemelerine kolay ulaşım yara bakımını da destekleyeceği düşünülerek önerilir.
- Bakım verenler arasında aile, akraba ve komşuluk olarak destek sistemleri harekete geçirilmeli, sosyal destek ve kaynakların araştırılması gerekmektedir.
- Bakım verenlerin aile bireylerinin de bakım ve ev işleriyle ilgili yardımcı faaliyetlerde bulunmaya teşvik edilmelidir.
- Bakım görevinin kadın ve erkekler arasında eşit bir biçimde dağıtılması için gerekli düzenlemelerin yapılması gerekmektedir.
- Ziyaret sıklığının artırılması gerekmektedir.



- Malzeme temini, insan gücü yetersizliği, çevresel düzenlemeler gibi bakım sürecini etkileyen diğer faktörlerin de ayrıntılı bir şekilde araştırılması gerekmektedir.
- Davranış değişikliğine neden olabilecek biyopsiko-sosyokültürel durumların incelenmesi gerekmektedir.
- Bakım verenlerin kronik yara bakımında kullandığı yöntemlere ilişkin daha kapsamlı çalışmaların yapılması önerilmektedir.



## 7. KAYNAKLAR

1. **Enginyurt Ö, Öngel K.** Evde bakım hizmeti kapsamındaki hastaların sosyo-demografik özellikleri ve tıbbi durumları. *Smyrna Tıp Dergisi*, **2011**; 45-48.
2. **Ovayolu N, Özdemir G, Ovayolu Ö.** Evde bakım hizmetleri ve hemşire dinamiği. *İç Hastalıkları Dergisi*, **2009**; 16(3): 139-145.
3. **Bilge U, Elçioğlu Ö, Ünalacak M, Ünlüoğlu İ.** Türkiye’de yaşlı evde bakım hizmetleri. *Euras J Fam Med*, **2014**; 3(1): 1-8.
4. **Oğlak S.** Uzun süreli evde bakım hizmetleri ve bakım sigortası. *Turkish Journal of Geriatrics*, **2007**; 10 (2): 100-108.
5. **Zarit S.** Family care and burden at the end of life. *CMAJ*, **2004**; 170: 1811-1812.
6. **Atagün Mİ, Balaban ÖD, Atagün Z, Elagöz M, Özpolat A.** Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. *Piskiyatriye Güncel Yaklaşımlar*, **2011**; 3(3): 513-552.
7. **Swanson KM.** Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research*, **1991**; 40 (3): 161-166.
8. **Yılmaz M, Sametoğlu F, Akmeşe G, Tak A, Yağbasan B, Gökçay S ve ark.** Sağlık hizmetinin alternatif bir sunum şekli olarak evde hasta bakımı. *İstanbul Tıp Derg - Istanbul Med J*, **2010**; 11(3): 125-132.
9. **Sarı HY.** Zihinsel engelli çocuğu olan ailelerde aile yüklenmesi. *C.Ü Hem Yüksekokulu Der.* **2007**; 11(2): 1-7.
10. **Kol E, Geçkil E, Arıkan C, İter M, Özcan Ö, Şakırgün E ve ark.** Türkiye’de hemşirelik bakım algısının incelenmesi. *ACU Sağlık Bil Derg*, **2017**; (3): 163-172.
11. **Diñç L.** Bakım kavramı ve ahlaki boyutu. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, **2010**: 74-82.
12. [http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com\\_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5ad8ca68b28197.07476136](http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5ad8ca68b28197.07476136)
13. **Karahan AY, İslam S.** Fiziksel Engelli Çocuk ve Yaşlı Hastalara Bakım Verme Yükü Üzerine Bir Karşılaştırma Çalışması, *MÜSBED*, **2013**; 3(Suppl. 1):S1-S7DOI: 10.5455/musbed.20130210095507.
14. **Dökmen ZY.** Yakınlarına bakım verenlerin ruh sağlıkları ile sosyal destek algıları arasındaki ilişkiler. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, **2012**; 3(1):3-38.
15. **Selçuk KT, Avcı D.** Kronik hastalığa sahip yaşlılara bakım verenlerde bakım yükü ve etkileyen etmenler. *SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, **2016**; 7(1):1-9.
16. **Akyar I, Korkmaz F, Atakul E.** Yaşlı onkoloji hastalarına bakım veren bireylerin yaşamında oluşan değişikliklerin belirlenmesi. *Mersin Univ Sağlık Bilim Derg*, **2017**;10(3):158-167.
17. **Altın A, Aydın Avcı İ.** Evde alzheimer hastasına bakım verenlerin hasta bakımına yönelik kullandıkları tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, **2016**; 15(6): 525-531.

18. **Günaydın S.** Yara bakım ürünleri: otologtrombosit jel uygulaması. *Türkiye Klinikleri J CardiovascSurg-Special Topics*, **2008**; 1(3): 72-76.
19. **Gürdil Yılmaz S, Arslan S.** Yara bakımında bal ve maggot kullanımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, **2013**; 29(3): 79-86.
20. **Yapucu Güneş Ü.** Kronik yaraların değerlendirilmesi, *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2007**; 11(3): 38-44.
21. **Konan A.** Yara bakımı. *Yoğun Bakım Dergisi*, **2007**;7(3):347-356.
22. **Aktaş Ş.** Kronik Yarada Lokal Faktörler Ve Yardımcı Tedaviler. *ANKEM Derg*, **2012**; 26(Ek 2): 217-222.
23. **Ferrell BA, Josephson K, Norvid P, Alcorn H.** Pressure ulcers among patients admitted to home care. *JAGS*, **2000**; 48: 1042-1047.
24. **Demirci Şahin A, Seyrek S, Ertürk A, Baydar Artantaş A.** Evde bakım hastalarında bası yaraları ve hastaların demografik özellikleri. *Konuralp Tıp Dergisi*, **2017**; 9(1): 14-18.
25. **Altuntaş M, Yılmaz T, Güçlü Y, Öngel K.** Evde sağlık hizmeti ve günümüzdeki uygulama şekilleri. *Tepecik Eğitim Hast Derg*, **2010**; 20 (3): 153-8.
26. **Sarp N, Esatoğlu AE, Akbulut Y.** Globalleşmenin türk sağlık sektörüne etkileri. *Yeni Türkiye (Sağlık Özel Sayısı*, **2001**; 40: 1116-1123.
27. **Taşdelen P, Ateş M.** Evde bakım gerektiren hastaların bakım gereksinimleri ile bakım verenlerin yükünün değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*, **2012**; 9 (3): 22-29.
28. **Özer Ö, Şantaş F.** Kamunun sunduğu evde bakım hizmetleri ve finansmanı. *ACU Sağlık Bil Derg*, **2012**; 3: 96-103.
29. Umumi Hıfzısıhha Kanunu.  
<http://www.mevzuat.gov.tr/Metin1.aspx?MevzuatKod=1.3.1593&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=&Tur=1&Tertip=3&No=1593>Erişim tarihi: 25.10.2018.
30. 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun. <https://www.saglik.gov.tr/TR,10388/sayisi224--rg-tarihi12011961--rg-sayisi10705-saglik-hizmetlerinin-sosyallestirilmesi-hakkinda-kanun.html> Erişim tarihi: 25/10/2018.
31. Evde Bakım Hizmetleri İle İlgili Sağlık Emek Ve Meslek Örgütlerinin Görüş Ve Yaklaşımları, Türk Tabipleri Birliği Yayınları – 2015 ISBN 978-605-5867-99-7.
32. **Yücel D, Ünal PC.** Sağlık Bakanlığı evde sağlık/bakım hizmetleri sunumu mevzuatında güncel durum. *Turkish Family Physician*, **2015**; 6(2): 87-95.
33. **Uzan MM, Taşkın Eğici M, Toprak D.** Evde sağlık hizmeti kapsamındaki hastaların sosyodemografik özellikleri ve tıbbi durumları. *JAREM*, **2017**; 7: 117-121.
34. **Bilge U, Elçioğlu Ö, Ünalacak M, Ünlüoğlu İ.** Türkiye’de yaşlı evde bakım hizmetleri. *Euras J Fam Med*, **2014**; 3(1): 1-8.
35. Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Yönetmelik.[İnternet]<http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.aspx?MevzuatKod=7.5.7542&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=evde%20bak%C4%B1m>. Erişim:25.10.2018.

36. Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge. [Internet]<https://www.saglik.gov.tr/TR,11271/saglik-bakanliginca-sunulan-evde-saglik-hizmetlerinin-uygulama-usul-ve-esaslari-hakkinda-yonerge.html> Erişim tarihi:25/10/2018.
37. **Işık O, Kandemir A, Erişen MA, Fidan C.** Evde sağlık hizmeti alan hastaların profili ve sunulan hizmetin değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, **2016**; 19(2): 171-186.
38. **Karahan A, Güven S.** Yaşlılıkta evde bakım. *Turkish Journal of Geriatrics*, **2002**;5(4):155-159.
39. **Yıldırım JG, Arabacı Z, Nal M.** Evde bakım alanında Türkiye adresli yayınların analizi(1980-2015): sistematik inceleme. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi *Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, **2017**; 2(3): 1-7.
40. Evde Bakım Hizmetleri İle İlgili Sağlık Emek Ve Meslek Örgütlerinin Görüş Ve Yaklaşımları, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara– 2016 ISBN 978-605-9665-08-7.
41. **Or R.** Yaşlıya bakım veren aile bireylerinin bakım verme yükü ve bakım verenin iyilik hali. Yüksek Lisans Tezi, *Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü*, Denizli, **2013**: 106s.
42. **Erdem M,** Yaşlıya bakım verme. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2005**; 8(3): 101-106.
43. **Söğüt Ç, Erbay Dünder P.** Manisa’da bir toplum sağlığı merkezi bölgesinde evde sağlık hizmeti alan kişilere bakım verenlerin yükünün değerlendirilmesi. *Türk J Public Health*, **2017**; 15(1): 37-46.
44. **Arpacı F.** Yaşlıya bakan kadınların bakım yüklerinin incelenmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, **2009**; (1): 61-72.
45. **İnci, FH.** Bakım Verme Yükü Ölçeği’nin Türkçe’ye Uyarlanması, Geçerlilik ve Güvenilirliği. Yüksek Lisans Tezi, *Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Denizli, **2006**: 74s.
46. **Karapolat H,** Kronik yaşlı hasta bakımında dikkat edilecek noktalar. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg*, **2009**: 55 Özel Sayı 2; 88-89.
47. **Değim Z.** Use of microparticulate systems to accelerate skin wound healing J. *Drug Target*, **2008**; 16(6): 437-448.
48. **Özler M, Özkan C, Erdoğan E, Topal T, Sadır S, Uysal B ve ark.** Kronik yara iyileşmesi modelinde topikal nikotinamid ve asetil sisteinin etkileri. *Ulusal Cerrahi Dergisi*, **2009**; 25(4): 165-169.
49. **Kurtoğlu AH, Karataş A.** Yara tedavisinde güncel yaklaşımlar: modern yara örtüleri. *Ankara Ecz. Fak. Derg*, **2009**; 38 (3): 211 – 232.
50. **Koyutürk A, Demiray Soyaslan D.** Yara ve yanık tedavisinde kullanılan örtüler. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, **2016**; Özel Sayı 1: 58-65.
51. **Sönmez A.** Kronik Yaralarda Risk Faktörlerinin Ortadan Kaldırılması. *Türk Aile Hek. Derg*, **2007**; 11(3): 123-126.

52. **Gözel Ulusal B, Görgü M, Ayhan M, Karataş Silistreli Ö, Şişman N, Öztan Y.** Diyabetik ayak yara bakımında yenilikler. *Turk Plast Rekonstr Est Cer Derg*, **2004**; 12(1): 45-50.
53. **Aktaş Ş.** Diyabetik ayakta fiziksel yardımcı tedavi yöntemleri. *TOTBİD Dergisi*, **2015**; 14: 462-469.
54. **Çimsit M.** Diyabetik ayak infeksiyonu olan hastada hiperbarik oksijen tedavisi, 9. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Antalya, **5-9 Eylül 2007**: 75-78.
55. **Türsen Ü.** Ülser tedavisinde yara örtüleri. *Turk J Dermatol*, **2013**; 7: 61-67.
56. **Türkaslan T, Altındaş M.** Diyabetik ayak yaraları. *Turk Plast Rekonstr Est Cer Derg*, **2004**; 12(1): 51-57.
57. **Kır Biçer E, Olgun N.** Diyabetik ayak ülserlerinden korunma ve yara bakımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, **2007**; 4(1): 28-31.
58. **Korkmaz F.** Basınç yarası bakımında topikal negatif basınç terapisi. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, **2011**: 93-102.
59. **Gencer ZE, Özkan Ö.** Basınç Ülserleri sürveyans raporu. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, **2015**; 13: 26-30.
60. **Yücel A.** Bası yaraları. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, **2008**; 6(2): 73-82.
61. **Sepit D.** Bası yaraları- basıdan kaynaklanan hasarların önlenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, **2008**; 5(2): 17-21.
62. **Beğer T.** Yoğun bakımda dekübit ülserleri: risk faktörleri ve önlenmesi. *Yoğun Bakım Dergisi*, **2004**; 4(4): 244-253.
63. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC. National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009. (Çev: Yara Ostomi İnkontinans Hemşireleri Derneği). Basınç Ülserlerini Önleme: Hızlı Başvuru Kılavuzu. Ankara Aralık 2010.
64. **Yenidünya MO, Afendiyev K, Demirseren ME.** Venöz bacak ülserleri: doğru tanının sağaltımdaki yeri. *Türkiye Ekopatoloji Dergisi*, **2005**; 11(2): 85-89.
65. **Kaynak K.** Venöz ülserlerin tedavisi, Cilt Hastalıkları ve Yara Bakımı Sempozyumu, İstanbul, 18-19 Ekim 2001: 127-129.
66. **Ovington LG.** The evolution of wound management: ancient origins and advances of the past 20 years. *Home Healthc Nurse*, **2002**; 20(10): 652-656.
67. **Mirasoğlu B,** Yara Bakım Ürünleri. *TOTBİD Dergisi*, **2015**; 14: 456-461 doi: 10.14292/totbid.dergisi.2015.65.
68. **Yıldırım AO, Bayram Y, Eyi YE, Eroğlu M, Özenç S, Tuncer SK.** Acil serviste yara bakım ürünleri ve kullanımı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, **2012**; 11(6): 773-778.
69. **Beitz JM, Rijswijk LV.** Using wound care algorithms: A Content Validation Study. *J. WOCN*, **1999**; 26(5): 238-249.
70. **Gürsoy A,** Yara örtüsü seçimi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, **2007**; 4(1): 6-9.

71. **Moura LI, Dias AM, Carvalho E, de Sousa HC.** Recent advances on the development of wound dressings for diabetic foot ulcer treatment –a review. *Acta Biomater*, **2013**; 9(7): 7093–114.
72. **Ovington LG.** Wound care products: how to choose. *Home Healthc Nurse*, **2001**; 19(4): 224-31.
73. **Yapucu Güneş Ü, Eşer İ.** Nemli yara iyileşmesi ve oklusif pansumanların nemli yara iyileşmesindeki önemi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2006**; 10(2): 57-65.
74. **Carville K.** Which dressing should I use? It all depends on the ‘TIMEING’. Reprinted from *Australian Family Physician*, **2006**; 35(7): 486-89.
75. **Şelimen D.** Yara iyileşmesi ve pansuman seçimi. *Hemşirelik Bülteni*, **1994**; 7(33): 27-30.
76. **Worley CA.** So what do I put on this wound? making sense of the wound dressing puzzle: Part III. *Dermatol Nurs*, **2005**; 17(4): 299-300.
77. **Kavukçu E, Akdeniz M.** Yaşlılarda yara bakımı. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, **2010**; 19(5): 3-7.
78. **Acar K, Aygin D.** Yaşlılarda yara gelişimi risk faktörleri, önleme ve bakım yaklaşımları. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, **2015**; 19(2): 54-59.
79. **Abdelrahman T, Newton H.** Wound dressings: Principles and Practice. *Surgery*, **2011**; 29(10): 491–495.
80. **O’hea BJ, Ho MN, Petrec JA.** External compression dressing versus standard dressing after axillary lymphadenectomy. *American Journal of Surgery*, **1999**; 177: 450-453.
81. **Qin Y.** Silver-containing alginate fibres and dressings. *Int Wound J*, **2005**; 2: 172-176.
82. **Stewart J.** Next generation product for wound management. *J Wound Care*. **2002**; 11(9): 355- 341.
83. **Skórkowska-Telichowska K, Czemplik M, Kulma A, Szopa J.** The local treatment and available dressings designed for chronic wounds. *J Am Acad Dermatol*, **2013**; 68(4): 117–126.
84. **Ovington LG.** Advances in wound dressings. *Clin Dermatol*, **2007**; 25(1): 33–8.
85. **Coutts PM, Ryan J, Sibbald RG.** Case series of lower-extremity chronic wounds managed with an antibacterial foam dressing bound with gentian violet and methylene blue. *Adv Skin Wound Care*, **2014**; 27(3 Suppl 1): 9–13.
86. **Tan Başer N, Işık V, Bulutoğlu R, Gökrem S, Aslan G.** Yara bakımı ve tedavisinde subatmosferik basınçlı yara pansumanı. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, **2007**; 27: 902-915.
87. **Gürçay E.** Spinal kord yaralanmalı hastalarda bası yaraları. *Marmara Medical Journal*, **2009**; 22(2): 162-168.
88. **Coşkun Ö, Uzun G, Dal D, Yıldız Ş, Sönmez YA, Yurttaş Y ve ark.** Kronik yarada tedavi yaklaşımları. *Gülhane Tıp Derg*, **2016**; 58: 207-228.

89. **Taşcı Bozbaş G, Gürer G.** Bası yaralarında güncel tedavi yaklaşımları. *Sakaryamj*, **2011**; (4): 118-125.
90. **Taşdemir N, Yavuz M.** Yara bakımında debridman yöntemleri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, **2008**; 1(2): 69-75.
91. **Demir A, Kelahmetoğlu O, Keleş MK.** Yara iyileşmesinde elektrik stimülasyonu uygulaması. *J. Exp. Clin. Med.*, **2010**; 27: 160-163.
92. **Çakır M, Durmuşlar MC.** Plateletten zengin plazma ve büyüme faktörlerinin kemik iyileşmesi üzerine olan etkileri, *Atatürk Üniv. Diş Hek. Fak. Der*, **2014**;24(2):336-342.
93. **Yılmaz B, Kesikburun S.** Plateletten zengin plazma uygulamaları. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg*, **2013**;59: 338-344.
94. **İnal Gültekin G, Yaylım İ, İsbir T,** Plateletten zengin plazmanın kullanım alanları. *Deneyse Tıp Araştırma Enstitüsü Dergisi*, **2012**; 3(6): 17-22).
95. **Yıldız C, Özgürtaş T.** Trombositten zengin plazma, *TOTBİD Dergisi*, **2017**; 16:247-258).
96. **Dohan DM, Choukroun J, Diss A, Dohan SL, Dohan AJ, Mouhyi J et all.** Platelet-rich fibrin (PRF): a second-generation platelet concentrate. Part I: technological concepts and evolution. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, **2006**; 101(3): e37-e44.
97. **Doruk Koçyiğit İ, Tunalı M, Özdemir H, Kartal Y, Süer BT.** İkinci nesil trombosit konsantrasyonunun klinik uygulamaları, *Cumhuriyet Dent J*, **2012**;15(3):279-287.
98. **Toffler M, Toscano N, Holtzclaw D, Corso M, Ehrenfest DD.** Introducing Choukroun's platelet rich fibrin (prf) to the reconstructive surgery milieu. *IACD Continuing Education*, **2009**; 1(6): 21-30.
99. **Matur İ, Solmaz S,** Kök hücre üretiminde güncel yaklaşımlar, *ARŞİV*, **2011**; 20: 168-186.
100. **Sargın D.** Kök hücre ve kök hücre tedavisi, *XXX. Ulusal Hematoloji Kongresi*, İstanbul, **2003**: 49-61.
101. **Elçin M, Akar R, Gürman G.** Kök hücre tedavileri hasta el kitabı, **2008**: 1-9.
102. **Söğüt Ç, Erbay Dünder P.** Manisa'da bir toplum sağlığı merkezi bölgesinde evde sağlık hizmeti alan kişilere bakım verenlerin yükünün değerlendirilmesi. *Turk J Public Health*, **2017**; 15(1): 37-46.
103. **Kılıç Akça N, Taşçı S.** 65 yaş üstü bireylere bakım verenlerin yaşadıkları sorunların belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences)*, **2005**; 14(Hemşirelik Özel Sayısı):30-36.
104. **Yıldırım S, Engin E, Başkaya VA.** İnmeli hastalara bakım verenlerin yükü ve yükü etkileyen faktörler. *Nöropsikiyatri Arşivi*, **2013**; 50: 169-174.
105. **Limnili G, Özçakar N.** Evde sağlık hizmetlerine başvuru özellikleri ve beklentiler. *Türk Aile Hek Derg*, **2013**; 17(1): 13-17.
106. **Kaya Uygun Ü, Taylan HH.** Alzheimer hastalarına primer bakım veren aile üyelerinin bakım yükünü etkileyen faktörler. *International Journal of Social Science*, **2018**; 71: 513-531.



107. **İnan D.** El hijyeni ve önemi. 26.Ankem Antibiyotik Ve Kemoterapi Kongresi, Kızılağaç/Manavgat, **18-22 Mayıs 2011**.
108. **Dolapçı İ.** Sterilizasyon ve dezenfeksiyon. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı Ders Notları, **2015-2016**: 1-20.
109. <https://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/52532,eshsctl01-kisisel-koruyucu-ekipman-kullanma-talimatipdf.pdf?0> 22.05.2019 T.C. Sağlık Bakanlığı Aksaray İl Sağlık Müdürlüğü Evde Sağlık Hizmetleri Kişisel Koruyucu Malzemelerin Kullanma Talimatı, Mayıs 2018: 1-8.
110. **Yücel A.** Bası yaraları tanı ve tedavisi. İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Yara Bakımı ve Tedavisi *Sempozyum Dizisi No:67*, **2008**: 37-57.
111. **Yüceyar S.** Cerrahi yaraların takip ve tedavisi. İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Yara Bakımı ve Tedavisi *Sempozyum Dizisi No:67*, **2008**: 17-24.
112. **Yücel A, Kan Y, Yesilada E, Akın O.** Effect of St.John's wort (*Hypericum perforatum*) oily extract for the care and treatment of pressure sores; a case report. *Journal of Ethnopharmacology*, **2017**; 196: 236–241.
113. **Sağıroğlu M. Köseoğlu ST, Turna M.** İkramiye vadisi (Sapanca/Sakarya/Türkiye) florasında bulunan tıbbi bitkiler. *Sakarya Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, **2017**; 21(3): 527-539.
114. **Jaric S, Kostić O, Mataruga Z, Pavlović D, Pavlović M, Mitrović M et al.** Traditional wound-healing plants used in the Balkan region (Southeast Europe). *Journal of Ethnopharmacology*, **2018**; 211: 311-328.
115. **Avijgan M, Kamran A, Abedini A.** Effectiveness of aloe vera gel in chronic ulcers in comparison with conventional treatments. *Iran Journal of Medical Sciences*, **2016**; 41(3): 30.
116. **Oliveira SH, Soares MJ, Rocha Pde S.** Use of collagen and Aloe vera in ischemic wound treatment: study case. *Rev Esc Enferm USP*, **2010**; 44: 346-351.
117. **Gürlek Kısacık Ö, Yapucu Güneş Ü.** The effect of *Momordica* on wound healing. *Spatula DD*, **2017**; 7(2): 53-59.



## 8. EKLER

### 8.1. Veri Toplama Formu

#### BAKIM VEREN BİLGİ FORMU

Bu çalışmada toplanılan verilerde isim, adres, vb. sizi tanımlayıcı herhangi bir bilgi kullanılmayacaktır. Toplanan veriler tamamen bilimsel amaçlı olarak kullanılacaktır. Çalışmaya katıldığınız için teşekkürler.

#### 1. Bölüm: Bakım verenleri tanımlayıcı bazı özellikler

1. Cinsiyetiniz:

- a. Kadın                      b. Erkek

2. Yaşınız:

3. Medeni durumunuz:

- a. Bekar                      b. Evli

4. Hastaya yakınlık durumunuz nedir?

- a. Eşi                      b. Çocuğu                      c. Gelini                      d. Diğer.....

5. Eğitim durumunuz:

- a. Okur-yazar değil                      b. Okur-yazar                      c. İlkokul                      d. ortaokul  
e. Lise                      f. Yüksekokul/ Fakülte

6. Mesleğiniz / İşiniz / Çalışma Statünüz:

- a. İşsiz                      b. İşçi                      c. Memur                      d. Emekli  
e. Serbest meslek                      f. Ev hanımı                      g. Diğer(açıklayınız).....

7. Sosyal güvenceniz var mı?

- a. Evet                      b. Hayır

8. Yerleşim yeriniz:

- a. İl                      b. İlçe                      c. Belde/ köy

9. Kronik hastalığınız var mı?

- a. Var.....(Belirtiniz)

b. Yok

10. Sürekli kullandığımız ilaç var mı? Varsa kaç çeşit ilaç kullanıyorsunuz?

.....(Belirtiniz)

11. Bakım verdiğiniz kişi ile aynı evde mi yaşıyorsunuz? Evde kaç kişi yaşıyorsunuz?

- a. Hayır                      b. Evet.....(kaç kişi)

12. Ne kadar zamandır bakım veriyorsunuz? .....ay.....yıl

13. Evde bakım maaşı alıyor musunuz?

a. Evet b. Hayır

**2. Bölüm: Kronik yara bakımında kullanılan yöntemler**

14. Evde bakım hizmetleri ne sıklıkta geliyor?

.....(Belirtiniz)

15. Gelmediği zamanlarda siz yara bakımı için ne yapıyorsunuz?

.....(Belirtiniz)

16. Yara bakımı için iyi geldiğini duyduğunuz ve uyguladığınız bir alternatif yöntem var mı?

a. Hayır

b. Evet.....(Belirtiniz)

17. Yarayı nasıl tanımlarsınız?

a. Yara siyah olduğunda ne düşünürsünüz?

.....(Belirtiniz)

b. Yara sarı/koku olduğunda ne düşünürsünüz?

.....(Belirtiniz)

c. Yara pembe/kırmızı olduğunda ne düşünürsünüz?

.....(Belirtiniz)

18. Yara bakımı yapmadan önce elleriniz yıkar mısınız?

a. Evet b. Hayır

19. Sterilite kavramını biliyor musunuz?

a.Evet.....(açıklayınız)

b. Hayır

20. Steril eldiven kullanıyor musunuz?

a.Evet.....(açıklayınız)

b. Hayır

21. Yarayı temizlemek için (serum fizyolojik, batikon, silverdin vb.) ne kullanıyorsunuz?

.....(Belirtiniz)

22. Yarayı kapatmak için (steril spanç, normal flaster, ipek flaster, betafiks, vb.) ne kullanıyorsunuz?

.....(Belirtiniz)

Tekrar teşekkür ederiz.



## 8.2. Bilgilendirilmiş Olur Formu

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı Evde Bakımda Kronik (3 ay ve daha uzun süreli) Yara Bakımı Verenlerin Özellikleri(cinsiyet, yaş, medeni durum, vb.) ve Kronik Yara (iyileşmenin normalden daha uzun sürdüğü, sıklıkla tekrarlayan ve iyileşme ile sonuçlanmayan yaralar) Bakımında Kullandığı Yöntemlerin Belirlenmesidir. Bu araştırmanın amacı evde bakım verenlerin özelliklerini ve kronik yara bakımında kullanılan yöntemleri belirlemektir. Bu çalışmada size kişisel bilgilerinizin ve kronik yara bakımı ile ilgili soruların yer aldığı anket uygulanacaktır. Bu çalışmada yer almanız öngörülen süre en fazla 30 dakikanızı alacaktır.

Bu araştırma ile ilgili olarak araştırmacının sorduğu sorulara cevap vermek sizin sorumluluklarınızdır. Bu çalışmada sizin için herhangi bir risk içermemektedir. Sizin için beklenen yarar kronik yara bakımında kullanılan yöntemleri bilmenizi sağlamaktır.

Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 0542 632 60 37 no.lu telefonda Hemşire Hatice ÇELİK' e başvurabilirsiniz.

Bu çalışmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır; ayrıca, bu araştırma kapsamındaki bütün muayene, tetkik, testler ve tıbbi bakım hizmetleri için sizden veya bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir.

Bu çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

### Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

<b>Gönüllünün;</b> Adı-Soyadı: Adresi:  Tel: Tarih ve İmza:	<b>Açıklamaları Yapan Araştırmacının;</b> Adı-Soyadı: Görevi: Adresi:  Tel: Tarih ve İmza:
--	--

### 8.3. Etik Kurul İzni

#### ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU ONAYI ABANT İZZET BAYSAL UNIVERSITY CLINICAL RESEARCHES ETHICS COMMITTEE APPROVAL


Sayı : 186

04/05/2018

Konu: Kararlar

BASVURU BİLGİLERİ (APPLICATION INFORMATION)	ARAŞTIRMANIN ADI (TITLE OF THE PROJECT)	Evde Bakımda Kronik Yara Bakımı Verenlerin Özellikleri ve Kronik Yara Bakımında Kullandığı Yöntemlerin Belirlenmesi.
	SORUMLU ARAŞTIRMACI (PRINCIPAL INVESTIGATOR)	Doç. Dr. Arzu İLÇE
	DİĞER ARAŞTIRMACILAR (OTHER INVESTIGATORS)	Hemşire Hatice ÇELİK
	ARAŞTIRMA MERKEZİ (RESEARCH CENTER)	Abant İzzet Baysal Üniversitesi İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Bakım Birimi

KARAR (DECISION)	Karar no (Decision No): 2018/108	Tarih (Date): 10.05.2018
	Doç. Dr. Arzu İLÇE'nin sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma dosyası ve ilgili belgelerin incelenmesi sonucunda araştırmanın gerçekleştirilmesinde etik yönden sakınca olmadığına mevcudun oy birliği/oy çokluğu ile karar verilmiştir	

Üyeler	Uzmanlık alanı	Kurumu	İmzası
Prof. Dr. Nebil YILDIZ (Başkan)	Nöroloji AD	Tıp Fakültesi	
Prof. Dr. Safiye GÜREL (Başkan Yrd.)	Radyoloji AD	Tıp Fakültesi	İzinli
Prof. Dr. Özge UZUN (Üye)	Farmakoloji AD	Tıp Fakültesi	
Doç. Dr. Hüsametdin ÇAKICI (Üye)	Ortopedi ve Travmatoloji AD	Tıp Fakültesi	
Doç. Dr. İsa YILDIZ (Üye)	Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD	Tıp Fakültesi	
Dr. Öğr. Üyesi Erkan KILINÇ (Bildirimlerden sorumlu üye)	Fizyoloji AD	Tıp Fakültesi	
Dr. Öğr. Üyesi Oya KALAYCIOĞLU (Üye)	Biyoistatistik	AİBÜ	
Dr. Öğr. Üyesi Mustafa Hayati ATALA (üye)	Protetik Diş Tedavisi	AİBÜ Diş Hekimliği	
Dr. Öğr. Üyesi Tamer ÇANKAYA (üye)	Fizik Tedavi	AİBÜ	
Dr. Öğr. Üyesi Makbule TOKUR KESGIN (üye)	Hemşirelik	AİBÜ Bolu Sağlık Yüksek Okulu	
Dr. Öğr. Üyesi Kutlu AYDIN (üye)	Antrenörlük	AİBÜ BESYO	
Hatice Selen SÖYLEMEZ (Üye)	Eczacı	Özel	
Av. Huri Hülya GÜNEŞ COŞKUN (Üye)	Hukukçu	Özel Hukuk Bürosu	
Ramazan KAYNARPINAR (Sivil-Üye)	Esnaf	Serbest Meslek (BOLU)	

**BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU ONAYI**  
**BOLU ABANT İZZET BAYSAL UNIVERSITY CLINICAL RESEARCHES ETHICS COMMITTEE APPROVAL**


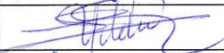

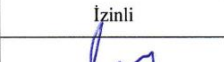
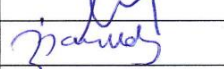
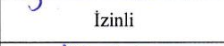




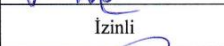
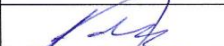
Sayı : 235  
Konu: Klinik Araştırma hk

13.1.2018

Doç. Dr. Arzu İLÇE  
BAİBÜ Bolu Sağlık Yüksekokulu

Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna başvurusu yapılan 2018/108 no'lu "Evde Bakımda Kronik Yara Bakımı Verenlerin Özellikleri ve Kronik Yara Bakımında Kullandığı Yöntemlerin Belirlenmesi." başlıklı çalışmanın araştırma merkezinin, Evde Bakım Biriminin AİBÜ Eğitim ve Araştırma Hastanesinden ayrılması sebebi ile "Abant İzzet Baysal Üniversitesi İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Bakım Birimi" yerine, **BAİBÜ Bolu Sağlık Yüksek Okulu ve Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi Evde Bakım Birimi**'nde yürütülmesi talebinizin etik olarak uygun olduğuna mevcudun oy birliği/oy çokluğu ile karar verilmiştir.

Prof. Dr. Nebil YILDIZ  
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

Üyeler	Uzmanlık alanı	Kurumu	İmzası
Prof. Dr. Nebil YILDIZ (Başkan)	Nöroloji	BAİBÜ Tıp Fakültesi	
Prof. Dr. Safiye GÜREL (Başkan Yrd.)	Radyoloji	BAİBÜ Tıp Fakültesi	
Prof. Dr. Özge UZUN (Üye)	Farmakoloji	BAİBÜ Tıp Fakültesi	
Doç. Dr. Hüsamettin ÇAKICI (Üye)	Ortopedi ve Travmatoloji	BAİBÜ Tıp Fakültesi	İzinli
Doç. Dr. Mehmet Hamid BOLT AŞ (Üye)	Psikiyatri	BAİBÜ Tıp Fakültesi	
Doç. Dr. İsa YILDIZ (Üye)	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	BAİBÜ Tıp Fakültesi	
Dr. Öğr. Üyesi Erkan KILINÇ (Bildirimlerden sorumlu üye)	Fizyoloji	BAİBÜ Tıp Fakültesi	İzinli
Dr. Öğr. Üyesi Oya KALAYCIOĞLU (Üye)	Biyostatistik	BAİBÜ İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	
Dr. Öğr. Üyesi Mustafa Hayati ATALA (üye)	Protetik Diş Tedavisi	BAİBÜ Diş Hekimliği	
Dr. Öğr. Üyesi Tamer ÇANKAYA (üye)	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	BAİBÜ Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu	
Dr. Öğr. Üyesi Makbule TOKUR KESGIN (üye)	Hemşirelik	BAİBÜ Bolu Sağlık Yüksek Okulu	
Dr. Öğr. Üyesi Kutlu AYDIN (üye)	Antrenörlük	BAİBÜ Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu	İzinli
Dr. Hatice Selen SÖYLEMEZ (Üye)	Eczacı	Özel Eczane (BOLU)	
Av. Huri Hülya GÜNEŞ COŞKUN (Üye)	Hukukçu	Özel Hukuk Bürosu (BOLU)	
Ramazan KAYNARPINAR (Sivil-Üye)	Esnaf	Serbest Meslek (BOLU)	

## 8.4. İl Sağlık Müdürlüğü İzni



T.C.  
BOLU VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

BOLU İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - BOLU EĞİTİM VE AR-GE BİRİMİ

26/07/2018 09:57 - 49769843 - 604.02 - E.336



00073705330

Sayı : 49769843-604.02  
Konu : Hemşire Hatice ÇELİK'in Araştırma İzni

Sayın Hatice ÇELİK  
Abant İzzet Baysal Üniversitesi  
İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

İlgi : Hatice Çelik İ.B.EAH/Bolu'nun 16/07/2018 tarihli yazı

İlgi yazınız gereği "Evde Bakımda Kronik Yara Bakımı Verenlerin Özellikleri ve Kronik Yara Bakımında Kullandığı Yöntemlerin Belirlenmesi " konulu araştırmanızı Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi Evde Bakım Biriminde yapmanız Müdürlüğümüzce uygun bulunmuştur.Valilik oluru Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Komisyon Kararı ve protokollerimiz yazımız ekinde sunulmuş olup, araştırmayı başlatmak üzere ilgili sağlık tesisinin eğitim birimine başvurmanız hususunda; Gereğini rica ederim.

e-imzalıdır.  
Salih AYAN  
Personel ve Destek Hizmetleri  
Başkanı

### EKLER:

- 1- Hemşire Hatice ÇELİK'in Araştırma Komisyon Kararı
- 2- Hemşire Hatice ÇELİK'in Valilik Oluru
- 3- Hemşire Hatice ÇELİK'in protokolü

Adres: Borazanlar Mah.Hattat Emin Barın Cad.No:108  
Faks No:03742151252

Bilgi için:Yasemin KONUK  
Unvan:EBE

e-Posta:yasemin.konuk1@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Personel ve Destek Hizmetleri

Başkanlığı Eğitim Ar-Ge Birimi Tel:0374-2150340/41 (231) Fax:0374-2181759

Telefon No:0(374) 215 03 40/231

e-mail: yasemin.konuk1@saglik.gov.tr Hem: Yasemin Konuk

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 1e02fb65-df1f-4a5d-96a3-1b29cc8eb722 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

## 9. ÖZGEÇMİŞ

Hatice ÇELİK 01.10.1990 yılında Bolu'da doğdu. İlk, orta ve lise eğitimini Bolu'da tamamladıktan sonra Abant İzzet Baysal Üniversitesi Bolu Sağlık Yüksekokulundan 2012 yılında mezun oldu. 2012-2013 yılları arasında İstanbul Acıbadem Kozyatağı Hastanesinde ameliyathane hemşiresi olarak çalıştı. 2013 yılında Abant İzzet Baysal Üniversitesi İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesine hemşire olarak atandı. 2013-2015 yılları arasında nöroloji servis hemşireliği, beyin ve sinir cerrahisi servis hemşireliği, nöroloji yoğun bakım hemşireliği, beyin ve sinir cerrahisi yoğun bakım hemşireliği ve enfeksiyon servis hemşireliği yaptı. 2014 yılında yüksek lisans eğitimine başladı. 2015 yılında sağlık alanında Abant İzzet Baysal Üniversitesi'nden Pedagojik Formasyon Eğitimi Sertifikasını aldı. 2015 yılında Türk Uyku Tıbbı Derneği'nin düzenlemiş olduğu uyku teknisyenliği sertifika kursunu alarak Abant İzzet Baysal Üniversitesi İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uyku Laboratuvarında hemşire olarak çalışmaya başladı. 2015 yılından beri Abant İzzet Baysal Üniversitesi İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uyku Laboratuvarında hemşire olarak çalışmaya devam etmektedir.



## 10.TEZ ORJİNALLİK RAPORU



T.C.  
BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DOKTORA / YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI  
ORJİNALLİK RAPORU

26/07/2019

AİBÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

Öğrencinin Adı Soyadı: HATİCE KUZAY

Numarası: 146208002

Anabilim Dalı: HEMŞİRELİK

Lisansüstü Eğitim  
Düzeyi: Yüksek Lisans



Doktora



Tez Başlığı: EVDE BAKIMDA KRONİK YARA BAKIMI VERENLERİN ÖZELLİKLERİ VE KRONİK YARA BAKIMINDA KULLANDIĞI YÖNTEMLERİN BELİRLENMESİ

Yukarıda başlığı yazılı olan tez çalışmasının kapak sayfası, giriş, ana bölümler ve sonuç bölümlerinden oluşan .....65.....sayfalık kısmına ilişkin 26/07/2019 tarihinde tarafımdan/tez danışmanımca **Turnitin** intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezin benzerlik oranı "alıntılar hariç" yapıldığında % 9, "alıntılar dahil" yapıldığında ise % 23 olarak tespit edilmiştir.

Uygulanan Filtrelemeler:

- 1- Kaynakça Hariç.
- 2- Alıntılar Hariç / Dahil
- 3- 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç.

"AİBÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması Ve Kullanılması Uygulama Esasları" nda belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini, aksinin tespit edileceği durumda her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Bilgilerinize arz ederim.

HATİCE KUZAY

Öğrencinin Ad Soyad ve İmza

EK: 1 adet tezin tam başlığını öğrencinin ad soyad bilgisini ve tezin toplam sayfa sayısını gösterecek şekilde raporlama işlemi bittikten sonra alınmış ekran görüntüsü eklenecektir.

TEZ DANIŞMAN ONAYI

UYGUNDUR

26/07/2019

Prof.Dr. Arzu İLÇE

(Unvan, Ad Soyad, Tarih, İmza)