T.C
MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

BASI YARASI HASTALARININ SAĞLIK HİZMET ALIM SÜRECİNİN HARİTALANDIRILMASI

Dr. MÜZEYYEN GEÇİCİ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANA BİLİM DALI

Danışmanlar
Prof. Dr. MEHMET AKMAN
ve
Prof. Dr. SALİHA SERAP ÇİFÇİLİ

İSTANBUL 2023

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimde emeği geçen, iyi bir aile hekimliği uzmanı olabilmem için gerekli yeterlilikleri edinmemde büyük katkısı olan, bilgi ve tecrübeleriyle her daim yardımcı olan değerli hocalarım sayın Prof. Dr. Arzu UZUNER'e, sayın Prof. Dr. Gülru Pemra CÖBEK ÜNALAN'a ve sayın Prof. Dr. Çiğdem APAYDIN KAYA'ya, tez çalışma ve yazımı sürecinde desteğini esirgemeyen, yolumu aydınlatan danışman hocalarım sayın Prof. Dr. Saliha Serap ÇİFÇİLİ'ye ve Prof. Dr. Mehmet AKMAN'a ve eğitim öğretim sürecime katkıda bulunan diğer tüm hocalarıma,

Her biriyle çalışmaktan büyük keyif aldığım sevgili asistan hekim arkadaşlarıma, aile hekimliği kliniği ve eğitim aile sağlık merkezi çalışanları hemşire ve sekreter arkadaşlarıma,

Tüm hayatım boyunca her zaman yanımda olan, varlığı ile bana güç veren, annem Kıymet TOPAÇ, babam Osman TOPAÇ ve çok sevdiğim kardeşlerim Şule ve Furkan'a,

Hayattaki en büyük şansım, hayatımın her anını paylaşmaktan keyif aldığım, zorlu eğitim sürecimde her daim yanımda olan, hayatımı kolaylaştıran, tez çalışmamda desteği ve yardımlarıyla katkıda bulunan kızlarımın harika babası ve eşim Mehmet Emre GEÇİCİ'ye,

Doğumuyla birlikte hayatıma anlam katan, her anımı güzelleştiren, tez sürecimin bitmesini sabırsızlıkla bekleyen, birlikte vakit geçirmekten büyük mutluluk duyduğum kızım Nil Zeynep GEÇİCİ'ye

En içten sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Müzeyyen Geçici

İstanbul – 2023

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR i
KISALTMALAR iv
TABLO DİZİNİ v
ŞEKİL DİZİNİ vi
ÖZET vii
ABSTRACT ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 4
2.1. Bası Yarası 4
2.1.1. Epidemiyoloji 5
2.1.2. Risk faktörleri 6
2.1.3. Önleme 9
2.1.4. Evreleme 12
2.1.5. Tedavi 14
2.2. Hasta Yolculuğu Haritalama 19
3. GEREÇ VE YÖNTEM 21
3.1. Araştırmanın Modeli 21
3.2. Çalışma Evreni ve Örneklemin Seçimi 21
3.2.1. Çalışmaya Dahil Olma Ölçütleri 22
3.2.2. Çalışmadan Dışlama Ölçütleri 22
3.3. Araştırma Verisinin Toplanması 23
3.4. Verilerin Analizi 24
4. BULGULAR 26
4.1. Katılımcıların Özellikleri 26
4.2. Tema, Kategori ve Kod 28
4.2.1. Tema 1: Korktuğum Başıma Geldi 29
4.2.2. Tema 2: Kayboldum 40
4.2.3.Tema 3: Ben yokum, yaram var 48
4.2.4. Tema 4: Tek başına yol alan hasta 60
5. TARTIŞMA 78

5.1. Aşama 1: Korktuğum Başıma Geldi 80
5.2. Aşama 2: Kayboldum 84
5.3. Aşama 3: Ben Yokum Yaram Var 88
5.4. Aşama 4: Bu Yolda Yalnız Yürüyorum 94
6. SONUÇ ve ÖNERİLER 99
7. KAYNAKLAR 102
8. EKLER 110

KISALTMALAR

COREQ : Consolidated criteria for reporting qualitative research-nitel araştırmaların raporlanması için birleştirilmiş kriterler

ESH : Evde Sağlık Hizmetleri

NBYT : Negatif basınçlı yara tedavisi

NPIAP : National Pressure Injury Advisory Panel- Ulusal Basınç Yaralanmaları Danışma Paneli

ÖSS : Özel sağlık sigortası

TAK : Temiz aralıklı kateterizasyon

VAC : Vacuum assisted closure- Vakum yardımlı kapatma

TABLO DİZİNİ

Tablo 1: Katılımcıların Özellikleri 27
Tablo 2: Korktuğum başıma geldi temasının kategori ve kodları 29
Tablo 3: Kayboldum temasının kategori ve kodları 40
Tablo 4: Ben yokum yaram var temasının kategori ve kodları 48
Tablo 5: Tek başına yol alan hasta temasının kategori ve kodları 60

ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 1: 30° tilt. (National Pressure Injury Advisory Panel, 2019) (s.124) 10
Şekil 2: Ana temalar ve kategoriler 28
Şekil 3: Bası yarası etyolojisi 30
Şekil 4: Eğitim ve bilgi ihtiyacı 34
Şekil 5: Hastanede bakım 38
Şekil 6: Geçiş bakımı ve hasta takibinin devamlılığı 41
Şekil 7: Aile hekimlerinin bası yarası yönetim sürecine katılımı 44
Şekil 8: Sağlık kurumları arası iletişimsizlik 46
Şekil 9: Kapsayıcı yaklaşımın uygulanmaması 49
Şekil 10: Fiziksel ve duygusal etki 52
Şekil 11: Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisi 55
Şekil 12: Düzenli Takip İhtiyacı 62
Şekil 13: Mali yükler 66
Şekil 14: Evde sağlık hizmetlerinin takibi 69
Şekil 15: Sağlık hizmetine erişim zorluğu 72
Şekil 16: Zayıf koordinasyon 74
Şekil 17: E2 kodlu katılımcının bası yarası sağlık hizmeti alım sürecinin haritalandırılması 77
Şekil 18: Hasta yolculuğu haritalama 79

ÖZET

Giriş ve Amaç: Bası yaraları, tüm dünyada sık görülen, hastaların fiziksel ve psikososyal yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen ve sağlık sistemi için yüksek maliyeti olan, çoğunlukla önlenebilir klinik bir sorundur. Önlenebilir olmaları nedeniyle görülme sıklığı bakım kalitesinin önemli bir göstergesidir. Uygulanan bakım stratejilerinin etkili olması için sağlık hizmeti sağlayıcılarının hasta deneyimlerini izlemesi önemlidir. Birçok ülkede ki sağlık hizmeti politikaları, hasta deneyimini sağlık hizmeti kalitesinin temel bir bileşeni olarak tanımlar.

Bası yarası olan hastalar üzerine yaptığımız bu çalışmada; yara hastasının sağlık hizmeti alım sürecine odaklanıldı ve bası yarası hastalarının çeşitli hastalık aşamalarındaki deneyimleri bir yolculuk modeli aracılığıyla tanımlandı. Sağlık yolculuğu yaşayan kişi sadece fiziksel değil hayatı her açıdan etkilenen bir kişidir. Hasta yolculuğunun haritalandırılması bası yarası hastalarının deneyimlerini derinlemesine araştırmanın bir yoludur. Çalışmamız hasta merkezli, kanıta dayalı bir klinik yolun geliştirilmesi ve uygulanmasına temel teşkil edecek verileri oluşturmak için bası yarası hastalarının sağlık hizmetlerindeki yolculuğunu tanımlamayı amaçlamıştır.

Yöntem: Kalitatif bir araştırma olarak planlanan çalışmamızda Evde Sağlık Hizmetleri'ne kayıtlı bası yarası öyküsü olan 9 hasta belirlenerek; ev ziyareti esnasında birebir yarı yapılandırılmış görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Elde edilen veriler tematik analiz yöntemi ile analiz edilmiştir.

Bulgular: Yapılan analiz sonrasında hasta görüşme verilerinden elde edilen kodlar benzer özelliklerine göre kategoriler altında; kategoriler de sınıflandırılarak temalar altında gruplanmıştır. Ortaya çıkan kodlama çerçevesi, triangulasyon sürecinde tüm yazarlar arasında tartışılmıştır. Analiz sonucunda ortaya çıkan dört ana tema; "korktuğum başıma geldi", "kayboldum", "ben yokum yaram var", "bu yolda yalnız yürüyorum"dur.

Tartışma: Sağlık hizmeti alım yolculuklarında tüm katılımcılar süreci farklı şekillerde deneyimlemişlerdi. Görüşmeler incelenip detaylı analiz edildiğinde, katılımcıların sağlık hizmetleriyle olan etkileşimlerinde ortak noktalara ulaşıldı.

Analizimiz sonrası ortaya çıkan kategoriler hastaların deneyimlerinde ki bu ortak noktalardı. Bu noktalar bası yarası sürecindeki dönüm noktalarını, sağlık sisteminin açıklarını gösteriyordu. Katılımcılarla yaptığımız görüşmelerin analizi ve hasta yolculuklarının haritalandırılması sonucunda, eksik geçiş bakımı ve plansız hastane taburculuğu yapılan hastaların, evde devam eden süreçte birinci basamak sağlık hizmetine erişmekte zorlandığı, toplum içinde verilen sağlık hizmetlerinde kapsamlı değerlendirilme ve tedavi takiplerinde yetersizlikler olduğu sonucuna varılmıştır.

Sonuç: Çalışmamız bası yarası hastalarının sağlık hizmeti alım deneyimlerine yeni bir bakış açısı kazandırmıştır. Bulgularımız bireylere verilen sağlık hizmetinin iyileştirilmesine yönelik yapılacak çalışmalara rehberlik sağlayacaktır.

Anahtar kelimeler: Bası yarası, hasta yolculuğu haritalama

ABSTRACT

Introduction: Pressure injury is a frequently preventable clinical problem that is common all over the world, and it affects the physical and psychosocial quality of life of patients negatively as well as it has high costs for the healthcare system. Because they are preventable, their incidence is an important indicator of the quality of care. It is important for healthcare providers to monitor patient experiences so that the applied healthcare strategies are effective. Healthcare policies in many countries identify patient experience as a key component of healthcare quality.

In this study we conducted on patients with pressure injuries; The focus was on the wound patient's healthcare intake process, and the experiences of pressure injury patients at various disease stages were described through a journey model. A person who goes through a health journey is a person whose life is affected not only physically but also in every aspect. Patient journey mapping is one way to delve deeper into the experiences of pressure injury patients. Our study aimed to describe the journey of pressure injury patients in healthcare to generate data that will form the basis for the development and implementation of a patient-centered, evidence-based clinical pathway.

Method: In our study, planned as a qualitative research, 9 patients with a history of pressure injury registered to Home Care Services were identified; One-to-one semi-structured interviews were conducted during the home visit. The data obtained was analyzed by using the thematic analysis method.

Results: After the analysis, the codes obtained from the patient interview data are divided into categories according to their similar characteristics. The categories are also classified and grouped under themes. The resulting coding framework was discussed among all authors during the triangulation process. The four main themes that emerged as a result of the analysis. These are that “my worst fears came true”, “i am lost”, “i am not there, i have a wound”, “i am walking on this path alone”.

Discussion: As a result of the analysis of the interviews that we conducted with the participants and the mapping of patient journeys, it was found that patients who were unplanned hospital discharges without transitional care had difficulty accessing

primary health care during the ongoing process at home and remained abandoned, and they were not evaluated comprehensively in the health services that is provided in the community. It was found that regular follow-ups were not carried out.

Conclusion: Our study provided a new perspective on the healthcare experience of pressure injury patients. Our findings will contribute to guidance for studies to improve the health care provided to individuals.

Keywords: Pressure injury, patient journey mapping

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1.Giriş

Bası yaralarının etiyolojisi, patofizyolojisi ve oluşumundaki risk faktörleri yıllardır bilinmektedir. Buna rağmen sık görülen, tedavi süreci uzun, maliyetli, ciddi bir klinik sorun olmaya devam etmektedir (Katran 2008, 2015).

Bası yaraları sağlık bakım sisteminde kalite göstergelerinden biri olarak ele alınmakta olup, önlenmesi ve tedavisi için bütüncül bakım anlayışına sahip multidisipliner yaklaşım gerektirmektedir (Lyder vd., 2008). JCI ve Magnet gibi uluslararası akreditasyon sistemlerinde bası yaraları, sağlık kuruluşlarının kalite düzeyinin tespit edilmesinde kullanılan ve periyodik olarak incelenen kriterler arasındadır (Koç S, 2015). Ülkemizde de sağlık bakanlığının "Sağlıkta Kalite Standartları" uygulamalarında bası yarası oranı hasta güvenliğiyle ilgili bir indikatör olup ölçüldüğü bölümdeki hasta bakım kalitesine ilişkin bilgi veren en iyi göstergelerinden biridir. Çoğunlukla önlenebilir olmaları nedeniyle görülme sıklığı bakım kalitesinin önemli bir göstergesidir. Bası yarası hasta bakımında yetersizliğin, önleyici uygulamalarla ilgili ihmalin ve bakım kalitesinde yetersizliğin bir indikatörü olarak kabul edilmektedir.

Uygulanan bakım stratejilerinin etkili olmasını sağlamak için sağlık hizmeti sağlayıcılarının hasta deneyimlerini izlemesi önemlidir. Bası yarası olan hastalar üzerine yaptığımız bu çalışmada; yara hastasının sağlık hizmeti alım sürecine odaklandık ve bası yarası hastalarının çeşitli hastalık aşamalarındaki deneyimlerini bir yolculuk modeli aracılığıyla tanımladık.

Hasta yolculuğu haritalama bir kişi, ailesi ve personel tarafından deneyimlenen ve algılanan sağlık hizmet yolculuğudur. Hasta yolculuğu haritalama; hastaların sağlık sistemiyle ilgili deneyimlerini iyileştirebilecek eylemleri belirlemek için kullanılan nispeten yeni bir metodolojidir (Davies vd., 2022).

Klinisyenler ve araştırmacılar, bireylerin sağlık sistemlerinde nasıl gezindiklerini anlamak ve deneyimleri hakkında fikir edinmek için pazarlama sektöründen bir araştırma yaklaşımını uyarlamışlardır (Crosier ve Handford, 2012). Bu yaklaşım 'hasta yolculuğu haritalaması' olarak bilinmektedir (Davies vd., 2022).

Hasta yolculuğu haritalama, bireylerin karmaşık ve dinamik sağlık hizmetleri ve sistemlerinde gezinirken yaşadıkları deneyimleri değerlendirmek için giderek daha popüler hale gelen bir yaklaşımdır (Sijm-Eeken vd., 2020). Hasta yolculuğu haritalama yöntemlerinin kullanıldığı çalışmalar hem bireyin hem de gezindikleri sistemlerin deneyimini anlama ve iyileştirme girişimlerinde her zaman bireyleri araştırmanın merkezine yerleştirmektedir (Kelly vd., 2016, 2017; Kushniruk vd., 2020). Bu tür araştırmaların avantajı, yalnızca tek bir bakım epizodunu yakalamak yerine insanların sağlık sistemlerini dolaşırken yaşadıkları deneyimler hakkında bir netlik sağlamalarıdır (Davies vd., 2022).

Geleneksel hasta deneyimi ölçümünden farklı olarak, hasta yolculuğu yalnızca hizmet sunumuna değil, aynı zamanda hastanın kuruluşlarla doğrudan ilişki kurmadan önce ve sonra attığı adımlara da bakar. Bir sağlık sistemi ile hasta etkileşimlerinin tıbbi tesisin kendi duvarlarının çok ötesine geçtiğini kabul eder (Davies vd., 2022). Sağlık yolculuğu yaşayan kişi sadece fiziksel değil hayatı her açıdan etkilenen bir kişidir.

1.2.Amaç

Bası yaraları, hastaların fiziksel ve psikososyal yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen ve sağlık sistemi için yüksek maliyeti olan, çoğunlukla önlenebilir klinik bir sorundur. Bası yarası gibi komplike veya kronik hastalığa sahip bireyler, hastane ve hastane dışı sağlık hizmetlerinde ki sorunlardan daha fazla etkilenmektedirler. Sağlık hizmetine erişim ve iletişimde kalma konusunda ek zorluklar yaşayabilecek dezavantajlı bireyler olan bası yarası hastalarının yaşadıkları deneyimleri araştırmak için hasta yolculuğu haritalama yöntemini kullandık. Her bir sağlık hizmeti alanında ve tüm hasta yolculuğu boyunca neler olduğunu detaylı bir şekilde belirlemek için hasta yolculuğunun haritasını çıkarmayı amaçladık. Bir hastanın yolculuğunun haritalandırılması; yolculuğun farklı aşamalarında hasta, aile ve sağlık hizmetlerine ilişkin birden çok bakış açısını bir araya getiren, onları sürece dahil etmenin bir yolunu sunan önemli bir yöntemdir. Sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak ve daha güvenli bir sağlık sistemi oluşturmak için mevcut sorunları tanımlamak önem arz etmektedir.

Bu kalitatif çalışma ile sağlık sistemi içerisinde bası yarası hastasının yolculuğunu tanımlayarak, bası yarası olan hastalarda sağlık hizmetinin koordinasyonu ve organizasyonu nasıl gerçekleşmektedir ve bası yarası hastaları hizmet alım deneyimlerini nasıl tarif etmektedir; sorularına yanıt aramaya çalıştık. Hastaların bakım sisteminde nelerin iyi çalıştığına ve nelerin iyileştirilmesi gerektiğine dair mevcut bilgilere katkıda bulunmayı amaçladık.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Bası Yarası

Bası yaraları tüm dünyada sık görülen bir sağlık sorunudur. Birçok kişinin risk altında olduğu, ağrılı, maliyetli ve çoğunlukla önlenebilir bir komplikasyondur.

Bası yarası, basınç veya yırtılma ile birlikte basıncın bir sonucu olarak deride ve/veya alttaki dokuda lokalize hasar olarak tanımlanır. Bası yaraları genellikle kemik çıkıntı üzerinde meydana gelir ancak aynı zamanda tıbbi bir cihaz veya başka bir nesneyle de ilişkili olabilir. Hastanın vücut ağırlığından kaynaklanan kuvvetler nedeniyle veya dışarıdan uygulanan kuvvetlerin bir sonucu olarak bası yarası meydana gelebilir (National Pressure Injury Advisory Panel, 2019).

Bası yaraları hastaların ve bakım verenlerinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen ve sağlık bakım maliyetini artıran önemli klinik bir sorundur. Büyük ölçüde önlenebilir olmakla birlikte, yetişkinlerde dünya çapındaki basınç yaralanması yaygınlığı %26,6'dır. Bu nedenle, bası yaraları sağlık hizmetlerinde önemli bir sorun teşkil etmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde, hastaneden kaynaklanan bası yaralarını tedavi etmenin hasta başına bakım maliyetinin yaklaşık 10.708 ABD doları olduğu tahmin edilmektedir ve ulusal düzeyde 26.8 milyar ABD dolarını aşabilmektedir. (Llaurado-Serra & Labeau, 2021).

Bası yaralarının önlenmesi uzun yıllardan beri hasta bakım kalitesinin konusu olmuştur. Florence Nightingale 1859'da “Hemşirelik Üzerine Notlar” da şöyle yazmıştır: “Eğer yatak yarası varsa, bu genellikle hastalığın değil, hemşireliğin hatasıdır” (Florence Nightingale, 1860). Günümüz sağlık sisteminde, bası yarası gelişiminin sadece hemşire bakımından kaynaklanmadığına, daha ziyade tüm sağlık sisteminin başarısızlığı olduğuna inanılır. Dolayısıyla da önlenmesi ve tedavisi sürecinde hemşirelerin, doktorların, fizyoterapistlerin, diyetisyenlerin ve diğer sağlık profesyonellerinin birlikte çalışmasını gerektiren çoklu disiplinli bir yaklaşımı içerir. Her bir sağlık çalışanının rolü ve katkısı, bası yaralarının gelişimini önleme ve tedavi etme sürecinde önemlidir. (Lyder et al., 2004)

Amerika Birleşik Devletleri'nde Sağlık Hizmetlerini İyileştirme Enstitüsü (IHI) tarafından yürütülen 5 Milyon Hayat Kampanyası, Aralık 2006'dan Aralık 2008'e kadar beş milyon tıbbi uygulamaya bağlı zararların azaltılmasını hedefliyordu. Kampanyanın altı müdahalesinden birinci madde "Bası Yaralarını Önleyin" idi. Bası yarasının oluşumu tüm dünyada olduğu gibi Amerika sağlık sisteminde de çok yaygın olan bir durumdur. Bası yarasının önlenmesi, pahalı olmayan ve binlerce hastayı tıbbi uygulama zararlarından kurtarma potansiyeline sahip önemli bir müdahaledir (McCannon et al., 2007).

2.1.1. Epidemiyoloji

Dünya genelinde ki sağlık hizmeti veren merkezlerde bası yarası prevalansı %0 ile %72,5 arasında değişmekte olup, farklı coğrafi ve klinik ortamlar arasında büyük farklılıklar gözlenmektedir.

Hastanede yatan yetişkin hastalarda bası yarasının küresel prevalansını ve insidansını ve hastane kaynaklı basınç yaralanmaları oranını inceleyen sistematik bir derleme ve meta-analizde 2.579.049 hasta örneklemi alınmış. 1.366.848 hastanın havuzlanmış prevalansı % 12.8 ve 1.893.593 havuzlanmış hastane kaynaklı bası yarası oranı %8.4 bulunmuş. Bu çalışma hastanelerde bası yaralarının küresel nokta prevalansını %14,8, dönem prevalansının ise %11,6 olduğunu ve ortalama insidansın %6.3 olduğunu bildirmiştir. Dünya çapında hastaneye yatırılan yetişkin hastalarda hastane kaynaklı basınç yaralanmasının oranı ise %8,5 dur. (Li et al., 2020)

6 kıtada 90 ülkede 1117 yoğun bakım ünitesini (13.254 yetişkin hasta) kapsayan Yoğun Bakım Ünitelerinde Decubitus (Decubitus in Intensive Care Units-DecubICUs) çalışmasından elde edilen nokta prevelans verilerine göre genel bası yarası yaygınlığı %26,6 ve YBÜ kaynaklı bası yarası yaygınlığı %16,2 dir (Labeau et al., 2021).

Amerika'da bası yarası prevalansının akut bakım ünitelerindeki hastaların %10-18'inde, uzun süreli bakım tesislerindeki hastaların %2,3-28'inde ve evde bakımdaki hastaların %0-29'unda görüldüğü bildirilmiştir. İnsidans uzun süreli bakım tesislerinde %2,3-23,9, akut bakımda %0,4-38, evde bakımda %0-17 ve

rehabilite edici bakımda %0-6 olarak bildirilmiştir (Aslan & Yavuz van Giersbergen, 2016).

Ülkemizde ise yapılan çeşitli araştırmaların sonuçları %5.5-%17.5 arasında değişmektedir. Bası yarası genel prevelans %12.7 (Evre 1-Evre 4). Evre 1 hariç tutulduğunda; prevelans %6.7'dir. Bası yarasının %48.5'i Evre 1'dir (Kaşıkçı et al., 2018).

Hastanede tedavi gören hastalarda insidans % 2.7-%29 arasında değişmektedir. Yoğun bakım ünitelerindeki hastalar da ise %33 oranında insidans olduğu kabul edilmektedir. Yapılan araştırmalarda paraplejik hastalarda % 24-85 arasında insidans verilmekte ve %7-8'inde bası yarası komplikasyonlarına bağlı ölüm bildirilmektedir (Çizmeci O, 1999).

İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde yatan 922 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada bası yarası prevelansı %7.2 olarak bulunmuştur (Hug E, 2001).

Bası yarasının insidans oranları sağlık bakım ortamları arasında önemli ölçüde farklılık göstermektedir. Ulusal Basınç Ülseri Danışma Paneli (NPUAP), insidansın hastanelerde yüzde 0,4 ila yüzde 38, vasıflı bakım tesislerinde yüzde 2,2 ila yüzde 23,9 ve evde sağlık kurumları için yüzde 0 ila yüzde 17 arasında değiştiğini söylemektedir (Cuddigan, 2001).

2.1.2. Risk faktörleri

Bası yaralarının oluşumunda sürekli basıncın oluşturduğu bölgesel etkiler dışında yara oluşumuna katkıda bulunan birçok faktör vardır. Bası yarasının önlenmesi ve tedavisinin etkili bir şekilde uygulanabilmesi için risk faktörlerini belirlemek önemlidir.

Epidemiyolojik literatürde bası yarası gelişimi ile ilgili birçok risk faktörü bulunmaktadır. Bası yaralarının gelişmesinde rol oynayan en önemli faktör basınçtır. Bası yarası oluşum riskini artıran faktörler ekstrensek (hastaya ait olmayan) ve intrensek (hastaya ait) olmak üzere ikiye ayrılır.

Ekstrensek faktörler;

- Basınç,
- Sürtünme,
- Makaslama ve yırtılma,
- Nem (Nemli ortam, terleme, yara drenajı, üriner ve fekal inkontinans)
- Dışkı ve idrar ile deri kontaminasyonu,
- Yatak ve destek yüzey sistemleri,
- Yardımcı tıbbi malzemelerin kullanımı;

İntrensek Faktörler;

- Aktivite ve Hareket kısıtlılığı
- Perfüzyon bozukluğu (Vasküler hastalık, DM, SVO, periferik vasküler hastalık, hipotansiyon, sigara, ödem),
- Duyusal algılamanın azalması,
- Yetersiz beslenme (Protein alımı, malnütrisyon, VKİ, ağırlık)
- Hipoalbuminemi,
- Anemi,
- Vücut ısısı,
- Cilt durumu (nem-kuruluk),
- Artan yaş,
- Mental sağlık
- Sistemik hastalıklara bağlı metabolizmanın değişmesi,
- Ventilasyon bozukluğu (hipoksemi) olarak sınıflandırılabilir (Coleman et al., 2013; Lyder CH, 2008).

Aktivite ve hareket kısıtlılığı bası yarası oluşumunda en önemli risk faktörlerindendir. Hareket ve aktivite kısıtlılığının yokluğunda diğer risk faktörleri bası yarasına neden olmamalıdır. Aktivite ve hareketlilik fonksiyonelliğin bileşenleridir.

Aktivite, bir görevin veya eylemin bir kişi tarafından yürütülmesini ifade eder. Aktivite bozukluğu, bireyin aktivite tipinde veya sıklığında azalmaya veya sapmaya yol açan vücut fonksiyonu veya yapısındaki problemleri ifade eder. Hareketlilik, kişinin vücut pozisyonunu değiştirme ve kontrol etme yeteneğini ifade eder. Hareketlilik bozukluğu, hareket sıklığı türünde bir azalma veya sapma anlamına gelir. Bu, yatakta ve sandalyede hareket etmeyi ve belirli vücut pozisyonlarını (örneğin 30° yan yatma pozisyonu) koruma becerisini içerir (National Pressure Injury Advisory Panel, 2019).

Literatürde bildirilen aktivite ve mobilite sınırlamalarına ilişkin klinik göstergelerden bazıları şunlardır; günlük yaşamdaki aktivite/hareket, omurilik hasarının sınıflandırması, uzuv kırığı, ameliyatın uzunluğu.

Önlem ve tedavi seçeneklerindeki bilgilerin artması kadar, risk faktörleri hakkında farkındalığın artması da hasta bakımını iyileştirerek sağlık kaynaklarının daha etkili kullanılmasını sağlayacaktır (Victor Cimino, 2014).

Risk değerlendirmesi

Bası yarası risk değerlendirmesi, yara gelişimini önlemek için bireyselleştirilmiş kapsamlı bir yönetim planının geliştirilmesini ve uygulanmasını sağlar. Yeni bir bası yarası ortaya çıktığında risk faktörlerini ve önleyici tedbirlerin yeterliliğini yeniden değerlendirmek gerekir.

Bası yarası risk değerlendirmesinin hangi araçla ve ne sıklıkta yapılması gerektiği, bası yaralarının önlenmesinde temel sorulardır. Literatürde belirlenen risk faktörlerinin çokluğu nedeniyle, risk değerlendirme araçlarının kullanımının, yüksek risk altında olabilecek hastaların belirlenmesinde yardımcı olduğu bulunmuştur. Bası yarası geliştirebilecek kişilerin belirlenmesine yardımcı olmak için çeşitli risk değerlendirme araçları mevcuttur. Bunlar arasında Norton Ölçeği, Gosnell Ölçeği, Braden Ölçeği, Knoll Ölçeği ve Waterlow Ölçeği bulunmaktadır.

Çoğu sağlık kurumu Braden Ölçeği veya Norton Ölçeği'ni kullanır. Birçok kurumda olduğu gibi Evde sağlık hizmetlerinde de mevcut kullanılan risk

değerlendirme aracı Braden ölçeğidir. Braden ölçeği duyusal algılama, cilt nemi, aktivite, hareketlilik, sürtünme ve yırtılma, beslenme durumunu ölçen altı alt ölçekten oluşmaktadır (Ayello, 2002) (Lyder CH, 2008).

Risk değerlendirme araçları, bası yarası riskinin değerlendirmesine rehberlik eder. İlgili tüm risk faktörlerini yansıtan tek bir risk değerlendirme aracı mevcut değildir ve araçların gerçek tahmin geçerliliği belirsizdir. Toplam ve alt ölçek puanları risk faktörleri hakkında sınırlı bilgi sağlamaktadır. Dolayısıyla klinisyen ölçek verilerinin yanında bir bireyin riske maruz kalma derecesini bireyin tıbbi durumuna ve geçmişine ilişkin klinik karar ışığında yorumlamalıdır (Defloor & Grypdonck, 2005).

2.1.3. Önleme

Bası yarasının hem hasta hem de sağlık sistemi üzerine olan yükü nedeniyle, bireyselleştirilmiş önleyici müdahalelerin yapılabilmesi için risk altında olanların belirlenmesi herkes tarafından kabul edilen bir uygulamadır. Bası yaraları çoğunlukla önlenebilir olduğundan hedefe yönelik önleyici bir yaklaşım, mevcut yara tedavisine odaklanan bir yaklaşımdan daha az maliyetli olabilir.

Bası yaralarının önlenebilmesi için risk değerlendirmesinin iki aşamada düzenlenmesi tavsiye edilir:

- Risk altındaki hastaların belirlemesi,
- Risk altında olan hastaların bası yarası risk değerlendirmesinin yapılması

Sonrasında risk altındaki hastalara önleme stratejilerini güvenilir bir şekilde uygulanması. Başlangıçtaki bası yarası oluşumuna katkıda bulunan risk faktörlerinin önleyici müdahalelerle yeterince ele alınıp alınmadığını aralıklarla değerlendirilmesi önemlidir. Bu risk faktörleri halen mevcutsa, kişi ilave bası yarası riskiyle karşı karşıyadır.

Bası yarasının önlemede NPIAP (National Pressure Injury Advisory Panel), hareket kısıtlılığı olan tüm hastaların risk grubunda kabul edilmesini, risk değerlendirilmesinde sistematik ve bireysel risk faktörlerini ele alan bir risk değerlendirme metodu seçilmesini, risk değerlendirmesinin hastanın hastaneye

kabulünde ve düzenli aralıklarla yapılmasını, önleyici girişimler için bakım verenlere, hastalara, aileye ve sağlık profesyonellerine eğitim verilmesini önermektedir (National Pressure Injury Advisory Panel, 2019).

Mevcut kanıtlar göz önüne alındığında, destek yüzeylerinin kullanılması, hastanın yeniden konumlandırılması, beslenme durumunun optimize edilmesi ve cildin nemlendirilmesi, bası yaralarını önlemek için uygun stratejilerdir.

Hastaya pozisyon verilmesi: Hastanın yeniden konumlandırılması, bası yarası önleme protokollerinin çoğunda temel dayanak noktasıdır ve genellikle her 2 saatte bir pozisyon vermeyi önerir. Bu süre tüm hastalar için aynı olamayabilir. Pozisyonlama esnasında cilt kontrol edilerek eritemli bölgeler gözetilmelidir. Özel destek yüzeylerinde olduğu gibi yeniden konumlandırmanın amacı, arayüz basıncını azaltmak veya ortadan kaldırmaktır. Böylece vücudun bası yarası riski taşıyan bölgelerinde mikro dolaşımı sürdürmektir. Hastaya pozisyon verilmesinde önerilen: Yatak başlığını yükseltirken, yumuşak doku deformasyonunu en aza indirmek için yatak başucunun mümkün olduğunca düz bir seviyede; 30° veya daha düşük bir seviyede tutulmasıdır. Yatış pozisyonunda da 30° eğim pozisyonunun (koksiks ve topukların destek yüzeyi ile temas etmemesi için yastıkların bir kalçanın altına ve bacakların arasına yerleştirilmesi) uygulanmasıdır. (Reddy et al., 2006)



Şekil 1: 30° tilt. (National Pressure Injury Advisory Panel, 2019) (s.124)

Destek Yüzeyler ve Özel Yataklar: Hastanın vücut ağırlığının etkisiyle yatak veya sandalye yüzeyinin cilt ve deri altı dokulara uyguladığı basıncı geniş bir yüzeye yayarak azaltır.

Sürtünme ve Yırtılmanın Önlenmesi: Özellikle pozisyon verilmesi esnasında cilt ile yüzey arasında makaslama veya sürtünme oluşmamasına dikkat edilmelidir. Pozisyon değiştirme esnasında çarşaf gibi yardımcı araçlar kullanılmalıdır.

Cilt bakımı: Bası yaralarının önlenmesinde cilt bütünlüğünün korunması önemlidir. Sağlıklı cildin korunması kapsamlı değerlendirme ve bakım planlaması gerektirir. Beslenme ve sıvı alımı cilt sağlığında önemli bir rol oynamaktadır. Diğer cilt rahatsızlıklarının (idrar kaçırmayla ilişkili dermatit gibi) uygun şekilde tedavisi de cilt bütünlüğünün korunması açısından önemlidir.(Reddy et al., 2006)

- Cildi temiz ve uygun şekilde nemli tutmak
- İdrar ve gaita çıkışı sonrası cildin hemen temizlenmesi
- Alkali sabun ve temizleyici kullanmaktan kaçınmak
- Bariyer ürünleriyle cildin nemden korunması

Bir bariyer ürününü uygularken, yıkarken cilde kuvvetli masaj yapmaktan veya ovalamaktan kaçınılmalı, sürtünme nedeniyle cilde zarar verilmemelidir (K. H. Park & Kim, 2014).

Yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması: Beslenme, bası yaralarının önlenmesinde ve tedavisinde hayati bir rol oynar. Tüm organ sistemleri, vücut dokularının büyümesi, gelişmesi ve onarımı için besin gereksinimlerini karşılamak için makro ve mikro besinlere ihtiyaç duyar. Yetersiz beslenme riski altında olduğu tespit edilen tüm yetişkinlerin yanı sıra bası yarası olan tüm bireylerin de kapsamlı bir beslenme değerlendirmesi için kayıtlı bir diyetisyene/beslenme uzmanına veya multidisipliner bir beslenme ekibine yönlendirilmesi önerilir (Iizaka et al., 2010).

2.1.4. Evreleme

Bası yaraları, etkilenen doku katmanının büyüklüğü ve ciddiyeti açısından, deri eriteminden kas ve alttaki kemik hasarına kadar değişir. NPIAP/EPUAP sınıflandırma sistemi (2009) kullanılarak etkilenen doku katmanına göre sınıflandırılır.

Küresel olarak Evre I ve Evre II bası yaraları, hastanede yatan yetişkinler arasındaki tüm bası yaralarının yarısından fazlasını temsil etmektedir. En sık etkilenen anatomik bölge sakrumdur. Bunu topuklar ve kalçalar takip eder. Bası yarasının şiddeti arttıkça hastaya etkisi ve maliyeti de artar. (Li et al., 2020).

Uluslararası NPUAP-EPUAP Basınç Ülserleri Sınıflandırma Sistemi

I. Evre: Bütünlüğü Bozulmamış Deride Basmakla Solmayan Kızarıklık

Genellikle kemik çıkıntılar üzerindeki sınırlı bir alanda ortaya çıkan, deri bütünlüğü bozulmamış olan, parmakla basmakla solmayan kızarıklık. Bu alan, çevresindeki alanla karşılaştırıldığında ağrılı, sert, yumuşak, daha sıcak ya da daha soğuk olabilir. I. evrenin koyu renk derili kişilerde tespit edilmesi zor olabilir.

II. Evre: Dermis Tabakasının Kısmi Kaybı ve Vezikül

II. evre yüzeysel açık ülser şeklinde görünen, sarı nekrotik doku bulunmayan kırmızımsı pembe renkte yara yatağına sahip kısmi dermis kaybıdır. Sağlam ya da açık / rüptüre olmuş, serum ya da serö-sanjinöz sıvı ile dolu veziküller şeklinde de görülebilir. Sarı nekrotik doku ya da "derin doku hasarı" (bruising)* bulunmayan parlak veya kuru, yüzeysel doku kayıplı ülser şeklinde görülebilir. Bu kategori deri travmaları, medikal bant yaraları, inkontinans ile ilişkili dermatit, maserasyon ya da sıyrılma hasarlarını tanımlamak için kullanılmamalıdır.

III. Evre: Deri ve Subkutan Doku Tabakalarında Kayıp

III. evrede tam kalınlıkta doku kaybı vardır. Yara yatağında deri altı yağ dokusu görülebilir, fakat kemik, tendon ya da kaslar etkilenmemiştir. Sarı nekrotik doku bulunabilir, fakat doku kaybının derinliğini kapatacak şekilde değildir. Yarada cepler ve tüneller bulunabilir. III. evre basınç ülserinin derinliği anatomik yere göre değişiklik gösterir. Burun kemeri, kulaklar, oksiput ve malleollerde subkütan yağ dokusu bulunmadığından, III. evre ülserler, derin olmayan doku kayıpları şeklindedir. Aksine, belirgin bir yağ dokusu bulunan yerlerde oldukça derin olabilir. Yara yatağında kemik / tendon görülmez ya da doğrudan palpe edilmez.

IV. Evre: Tam Kalınlıkta Doku Kaybı (Kas/Kemik Görülebilir)

Bu evrede, kemik, tendon veya kasların etkilendiği tam kalınlıkta doku kaybı vardır. Sarı nekrotik doku veya eskar bulunabilir. Sıklıkla cepleşme ve tünelleşme vardır. IV. evre basınç ülserinin derinliği anatomik yere göre değişiklik gösterir. Burun kemeri, kulaklar, oksiput ve malleollerde subkütan yağ dokusu bulunmadığından, IV. evre ülserler derin olmayan doku kayıpları şeklinde bulunabilir. IV. evre ülserler, muhtemelen osteomiyelit ya da osteitin oluştuğu, kas ve/veya destek yapılara (örn. fasya, tendon veya eklem kapsülü) kadar yayılabilir. Yara içinde etkilenmiş olan kemik / kas dokusu görülebilir ya da doğrudan palpe edilebilir.

Evrelendirilemeyen / Sınıflandırılamayan Evre: Deri veya Dokuların Tüm Tabakalarında Kayıp (Derinliği Bilinmiyor)

Ülserin gerçek derinliğinin, yara yatağının sarı nekrotik doku (sarı, sarımsı kahverengi, gri, yeşil ya da kahverengi) ve / veya eskar (sarımsı kahverengi, kahverengi veya siyah) ile tamamen kapanmış olması nedeniyle bilinemediği, tüm tabakalardaki doku kaybının yer aldığı evredir. Yara yatağına ulaşmak için yeterli miktarda nekrotik doku ve / veya eskar temizleninceye kadar, gerçek derinlik saptanamaz; fakat bu yaralar III. ya da IV. evre ülser olabilir. Topuklarda görülen

stabil (kuru, yapışık, bütünlüğü bozulmamış, eritemsiz ya da yerinden oynamamış) eskarlar "vücudun doğal, biyolojik örtüsü" olarak düşünülmelidir.

Şüpheli Derin Doku Hasarı (Derinliği Bilinmiyor)

Sağlam derili mor ya da koyu kahverengi/bordo olarak rengi değişmiş, lokalize alan veya alttaki dokuların basınç ve / veya yırtılma / sürtünme / ayrılma kuvvetleriyle hasar görmesine bağlı olarak gelişen içi kanla dolu vezikül. Bu alanda, daha önce çevresindeki alanla karşılaştırıldığında ağrılı, sert, peltemsi, bataklık hissi veren, daha sıcak ya da daha soğuk bir doku bulunabilir. Koyu renk derili kişilerde derin doku hasarını tespit etmek zor olabilir. Ülserin gelişimi, koyu renkli bir yara yatağında ince bir vezikül şeklinde olabilir. Yara giderek ilerler ve ince bir eskarla kaplanabilir. Ülser, en uygun tedavi altındayken bile hızla ilerleyerek diğer doku tabakalarını da etkiler. (National Pressure Injury Advisory Panel, 2019)

2.1.5. Tedavi

Bası yarasının değerlendirilmesi ve iyileşmenin takip edilmesi: Hastanın ve bası yarasının bütüncül bir şekilde değerlendirilmesi, bireyselleştirilmiş kapsamlı bir tedavi yönetim planının geliştirilmesini sağlar. Yara iyileşmesinin düzenli olarak izlenmesi bası yarası tedavi planının değerlendirilmesini sağlar. (Ferrell et al., 2000)

Kapsamlı bir değerlendirme aşağıdaki alanların dahil edilmesi gerekir:

- ,Tıbbi, psikolojik, sosyal geçmiş
- Beslenme durumu
- Ek bası yarası geliştirme riski
- Öz bakım becerisi
- Bireyin sahip olduğu mevcut kaynaklar ve destekler
- Fizik muayene
- Bası yarasına bağlı ağrı
- İşlevsel kapasitesi
- Bakım verenlerin bilgi ve eğitimi
- Gerekli durumlarda laboratuvar testleri ve radyolojik görüntülemeler

Uygun lokal yara bakımı, basıncının yeniden dağıtılması ve beslenmeye rağmen bası yarası iki hafta içinde hiç iyileştirme iyileşme belirtileri göstermezse bireyin kapsamlı bir yeniden değerlendirilme gerekir. Dolayısıyla hasta düzenli

aralıklarla takip edilmeli ve iyileşme izlenmelidir (van Rijswijk L, 1994). İyileşmenin genel belirtileri arasında bası yarasının uzunluğunun, genişliğinin ve derinliğinin azalması; giderek daha az eksudatif ve daha az devitalize olmuş dokulardan (eskar, slough) sağlıklı rejeneratif dokulara (granülasyon dokusu, epitelizasyon) doğru doku tipindeki değişiklikler yer alır. Yara iyileşmesinin doğru takip edilebilmesi için karşılaştırma yapılmasına olanak sağlayacak şekilde takiplerin belgelenmesi (cetvelle ölçüm, şeffaf film üzerine çizim, fotoğraflama) önemlidir (Brace JA, 2010)

Ağrı değerlendirmesi ve tedavisi: Bası yaraları ağrılıdır. Bu ağrı yaraya yapılan işlemler sırasında veya istirahatte ortaya çıkabilir. Yaraya bağlı ağrı yaşayan bireyler aynı zamanda yara bakımıyla ilgili de kaygı yaşayabilirler. Basınç, sürtünme, hasarlı sinir uçları, enflamasyon/enfeksiyon, tedaviler, kas spazmı nedeniyle ağrı oluşabilir. Bası yarasına bağlı ağrı akut, kronik, nosiseptif veya nöropatik olabilir (Jackson et al., 2017a)(Price et al., 2007).

- Kapsamlı bir ağrı değerlendirilmesinin yapılması
- Farmakolojik olmayan tedavi; Sıcaklık uygulamaları, pozisyon değişiklikleri, aşamalı gevşeme meditasyonu, elektroterapi (örneğin transkütanöz elektriksel sinir stimülasyon) (McSherry et al., 2017).
- Farmakolojik tedavi; Topikal opioidler, topikal analjezikler, oral analjezikler

Yara iyileşmesinin desteklenmesi: Bası yarasının tedavisinde yara yatağının hazırlığı önem arz etmektedir. İyileşmenin önündeki engellerin belirlenmesi için yara yatağının da değerlendirilmesi yapılmalıdır (Dowsett ve Ayello, 2004). Yara yatağı hazırlığı, normal yara iyileşmesini teşvik edecek bir yara ortamı yaratan yara değerlendirmesi, tedavisine sistematik ve bütünsel bir yaklaşımı kapsayan klinik bir kavramdır. Yara yatağı hazırlığının genel amacı, sağlıklı granülasyon dokusunun gelişimi için optimal ortam olan; canlı olmayan doku ve aşırı eksüdadan arınmış, bakteri yükü ve ödemi azaltılmış, iyi vaskülarize edilmiş bir yara yatağı sağlamaktır.

Yara yatağı hazırlığı, yara bakımının 6 ana yönünü içerir:

Doku yönetimi

- Enfeksiyon ve inflamasyon kontrolü
- Nem dengesi
- Epitel kenar ilerlemesi
- Onarım ve yenilenme
- Sosyal faktörler ve bireye ilişkin faktörler

Yara bakımının bu bileşenlerinin her birinin değerlendirilmesi ve optimize edilmesi, kronik yaralarda normal iyileşmeyi geciktirdiği bilinen engelleri ortadan kaldırır.(Dowsett, 2008)

Yara temizliği ve debridman: Yara temizliği, yüzeydeki kirletici maddeleri (döküntü), önceki pansuman kalıntılarını ve mikroorganizmaları yaradan ve yara çevresindeki yüzeyden uzaklaştırmak için sıvıların kullanılması işlemidir. Fibrinöz materyal ve döküntü sıvılarla nazikçe uzaklaştırılamıyorsa, debridmanın uygunluğunun (yani cansızlaşmış dokunun çıkarılması) değerlendirilmesi gerekir (Lukas et al., 2013).

Devitalize doku yaşayamaz veya nekrotiktir. Normalde nemli, sarı, yeşil, ten rengi veya gridir. Kuru siyah veya kahverengi eskar ile kalın ve kösele bir hal alabilir. Cansızlaşmış dokunun debridmanı, yara yatağı hazırlığının önemli bir bileşenidir. Yeterli yara yatağı vaskülaritesi varlığında da debridmanın, yara yatağının hazırlanmasında önemli bir rol oynadığına, yalnızca kronik yara iyileşmesinin önündeki engelleri ortadan kaldırmakla kalmayıp aynı zamanda potansiyel uyarıcı etkiler de sağladığına inanılmaktadır (Leaper et al., 2012).

Enfeksiyon ve biyofilmlerin yönetimi: Hasta enfeksiyonun lokal veya sistemik etkileri açısından kapsamlı değerlendirilmeli. Sonrasında enfeksiyonun kontrolü için: Eşlik eden hastalıkları değerlendirmek ve kontrolünü sağlamak, mümkünse bireyin bağışıklık sistemini baskılayan tedavisini azaltmak, bası yarasının kontaminasyonunu önlenmek, temizleme ve debridman yoluyla yara yatağını hazırlamak.

Mikrobiyal yükü kontrol etmek için dokuya uygun topikal antiseptikler kullanılabilir. Birçok topikal antiseptik dokular için toksiktir ve yan etki riskini azaltmak için mümkün olan en düşük konsantrasyonlarda ve kısa süreli kullanılmalıdır. Yaralarda yaygın olarak kullanılan antiseptikler (temizlik,

enfeksiyon tedavisi veya her ikisi için) şunları içerir: İyot, Gümüş, Enzim alginojelleri, Tıbbi bal, hipokloröz asit (HOCL), Yüzey Aktif Maddeler (COOPER et al., 1991).

Pansuman: Yara pansumanları bası yarası bakımının merkezi bir bileşenidir. Bası yaralarında pansumanlar, ortamı fizyolojik olarak nemli tutar ve bu da iyileşmeyi hızlandırır, ağrıyı azaltır, nekrotik dokuyu debride eder ve enfeksiyon oranlarını azaltır. 1960'lı yıllardan bu yana, yaranın nemli bir ortamda tutulması durumunda yara iyileşmesinin optimize edildiği kabul edilmektedir. Yara yatağının nemini koruyan tıkayıcı veya yarı tıkayıcı yara pansumanları, yeniden epitelizasyonu ve yaranın kapanmasını destekler. Yara pansumanında amaç:

• Kan ve doku sızıntısını absorbe etmek

• Yarayı ve çevresindeki deri ve dokuyu korumak

• Kötü kokuyu absorbe etmek

• Yara çevresindeki ciltte yaralanmayı azaltmak

• Otolitik debridman

• Biyolojik yükü yönetmek

Pansuman seçimi; evre, yaranın boyutu, yeri, eksudanın miktarı ve etrafındaki cildin durumuna bağlıdır. Nemli pansuman veya ulaşılabiliyor ise yara örtüleri ile pansuman yapılabilir. Örnek olarak; hidrokolloidler, poliüretan filmler, aljinatlar, hidrojel örtüler, köpük jeller, poliüretan köpükler, süperabsorban polimer (Bouza et al., 2005)

Serum fizyolojik bakterisidal etkisinin olmamasına karşın, doku toksisitesine yol açmadığından ve normal yara iyileşme sürecinin devam etmesini sağlayan fizyolojik bir ortam oluşturduğundan tercih edilebilecek en iyi solüsyondur. Topikal yara bakımında amaçlanan yaranın nemli tutulması, yarada gelişen debrisin mekanik olarak uzaklaştırılması ve bakterisidal etki ile lokal enfeksiyonun geriletilmesidir.

Bakterisidal solüsyonlar enfeksiyonu geriletmekle birlikte doku toksisitesine de yol açıtlarından kullanılmaları tartışmalıdır. Sulandırılmış solüsyonunun doku toksitesi yaratmadan bakterisidal etki gösterdiği ileri sürülsede, aktif yara enfeksiyonunu olmadığı durumlarda kullanılmaları önerilmemektedir.

Büyüme faktörleri: Genellikle yara iyileşmesinin farklı aşamalarında aktif olan nötrofillerin, makrofajların ve keratinositlerin çoğalmasını uyarır. Beş büyüme faktörü ailesinin yara iyileşme süreçlerinde önemli olduğu tespit edilmiştir: Epidermal büyüme faktörü, Fibroblast büyüme faktörü, Trombosit kaynaklı büyüme faktörü, İnsülin benzeri büyüme faktörü, Dönüştürücü büyüme faktörü beta (J. Park et al., 2017).

Biyofiziksel ajanlar: Elektrik stimülasyon, Ultrason, Ultraviyole, Düşük enerjili lazer, Hidroterapi, Hiperbarik oksijen tedavisi (Bozbas & Gurer, 2011).

Negatif basınçlı yara tedavisi (NBYT); yara hacmini azaltmada en büyük etkinliğe sahiptir. Bu nedenle debridman ve beslenme desteği ve basıncın yeniden dağıtılması gibi iyileşmeyi destekleyen diğer tedavilerle birleştirildiğinde adjuvan tedavi olarak kullanılabilir. Negatif basınçlı yara tedavisi, üçüncü boşluktaki ödemin ortadan kaldırılması yoluyla yara iyileşmesini teşvik eder, böylece besin ve oksijen dağıtımını artırır. Aynı zamanda bakteriyel kolonizasyona neden olan yara eksudasını da azaltır; granülasyon dokusunu ve anjiyogenezi teşvik eder ve yara engelleyici faktörleri azaltır. Bu nedenle NBYT'nin amacı yarayı tamamen kapatmak veya iyileştirmekten ziyade yaranın kapanmasını kolaylaştırmaktır. Negatif basınçlı yara tedavi sistemleri ayakta tedavi veya ev ortamlarında kullanılabilir. Hastanın ve bakım verenin yara pansumanının gevşemesi ve alarm vermesi durumunda ne yapacaklarını bilmeleri için yeterli eğitim sağlanmalıdır.

Cerrahi tedavi: Bası yaralarının cerrahi tedavisinde direk kapama, deri grefti, deri flebleri ve muskulokutanöz flebler kullanılmaktadır.

2.2. Hasta Yolculuğu Haritalama

Sağlık hizmet alım süreci karmaşıktır, birbiriyle ilişkilidir ve çoğu kişi için göz korkutucu ve gezinmesi zordur (Griese et al., 2020). Klinisyenler ve araştırmacılar, bireylerin sağlık sistemlerinde nasıl gezindiklerini anlamak ve deneyimleri hakkında fikir edinmek için pazarlama sektöründen bir araştırma yaklaşımını uyarlamışlardır. Bu yaklaşım 'hasta yolculuğu haritalaması' olarak bilinmektedir. (Crosier & Handford, 2012)

Hasta yolculuğu haritalama, bireylerin karmaşık ve dinamik sağlık hizmetleri ve sistemlerinde gezinirken yaşadıkları deneyimleri değerlendirmek için giderek daha popüler hale gelen bir yaklaşımdır (Sijm-Eeken et al., 2020). Hasta yolculuğu haritalama yöntemlerinin kullanıldığı araştırmalar hem bireyin deneyimini anlama hem de gezindiği sağlık sistemlerini iyileştirme girişimlerinde her zaman bireyleri araştırmanın merkezine yerleştirmektedir (Kelly et al., n.d., 2017). Bu tür araştırmaların avantajı, yalnızca tek bir bakım epizodunu yakalamak yerine insanların sağlık sistemlerini dolaşırken yaşadıkları deneyimler hakkında nüanslı bir netlik sağlama kapasitesidir. (Davies et al., 2023)

Hastalara sağlık yolculukları boyunca etkili, güvenli ve destekleyici hasta merkezli bakım sağlamak, hastaların ilerleyen deneyimleri ve gelişen bakış açıları hakkında bilgi sahibi olmayı gerektirir (Lamprell & Braithwaite, 2018). Hastaların deneyimlerini derinlemesine anlamak, riskli durumların saptanmasını kolaylaştırır ve daha kesin bilgilerin sunulması gereken önemli anların belirlenmesine yardımcı olur (Davies et al., 2023).

Sağlık hizmetlerinin sorunlarını çözmeye yönelik geleneksel yaklaşımı, bir sağlık hizmeti bünyesindeki her departmandan kendi alanlarındaki sorunları ele almalarını istemektir. Ancak bu, klinik süreçlerin zayıf genel tasarımından ve birden fazla bölümü geçen hasta yolculuğunun aşamaları arasındaki kopukluklardan kaynaklanan sorunları tespit etmede yeterli değildir. Haritalama, yolculuğu oluşturan tüm adımları dahil olan herkes için görünür kılar (Fraser et al., 2022).

Hasta memnuniyeti ölçümleri sağlık işletmelerinde kalite iyileştirme süreci için yeterli spesifik bilgiyi sağlamamaktadır. Burt ve ark. yaptıkları bir araştırmada, bir

muayene sırasında gözlemci olarak bulunan eğitimli değerlendiriciler doktor-hasta iletişiminin zayıf olduğuna karar verdi ancak aynı muayene de hastaların önemli bir kısmı doktoru 'iyi' veya 'çok iyi' olarak değerlendirdi. Hastalar, anketleri doldururken eleştirel olma konusunda isteksiz olmalarına rağmen süreçle ilgili deneyimlerine ilişkin video kayıtları incelendiğinde bakımlarını kolayca eleştirdikleri görüldü. Doktor ve diğer sağlık çalışanları ise daha somut ve eyleme geçirilebilir veriler sağladığı için serbest metin yorumlarını tercih ettiğini ifade etti. Anketler hasta geri bildirimlerini tam olarak almak ve süreci değerlendirmek için tek başına yeterli değildir. Yalnızca güçlü görüşlere sahip kişiler anketleri tamamlar (Burt et al., 2017).

Geleneksel hasta deneyimi ölçümünden farklı olarak, hasta yolculuğu yalnızca hizmet sunumuna değil, aynı zamanda hastanın kuruluşlarla doğrudan ilişki kurmadan önce ve sonra attığı adımlara da bakar. Bir sağlık sistemi ile hasta etkileşimlerinin tıbbi tesisin kendi duvarlarının çok ötesine geçtiğini kabul eder.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmamızda yöntemin tasarlanması, verilerin toplanması ve çalışmanın sonuç kısmının yazımına kadar tüm süreçte COREQ (Consolidated criteria for reporting qualitative research-nitel araştırmaların raporlanması için birleştirilmiş kriterler) kontrol listesi rehber olarak kullanılmıştır. Nitel araştırmalar için kullanılan farklı raporlama kriterleri bulunmaktadır. COREQ kontrol listesi de özellikle sağlık alanında gerçekleştirilen nitel çalışmaların açık ve kapsamlı bir şekilde raporlanması için geliştirilmiştir (Tong et al., 2007). COREQ, 32 maddeden ve üç alt başlıktan (araştırma ekibi ve düşünümsellik, araştırma tasarımı ve analiz ve bulgular) oluşmaktadır. COREQ listesi, yazarlar, hakemler, dergi editörleri ve okuyucular için nitel araştırmaların raporlanmasını, değerlendirilmesini ve yorumlanmasını kolaylaştırmaktadır (Attepe Özden, S. vd., 2022).

3.1. Araştırmanın Modeli

Çalışmamız nitel bir araştırma olup nitel araştırma yöntemlerinden durum çalışması (case study) deseninde gerçekleştirilmiştir. Birden fazla vaka alınacağından çoklu durum çalışması (Collective or multiple case study) olarak planlanmıştır. Durum çalışmaları, belli bir durumu ayrıntılı ortaya koyabilmek için olayı çeşitli açılardan inceleyerek kişilerin bakış açılarını yansıtmayı amaçlar. Katılımcıların görüşlerini, bakış açılarını, algılarını ortaya dökerek deneyimlerini derinlemesine araştırır.

3.2. Çalışma Evreni ve Örneklemin Seçimi

Araştırma kalitatif bir çalışmadır. T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Tuzla Devlet Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri'ne kayıtlı bası yarası öyküsü olan hastalar belirlenerek; ev ziyareti esnasında birebir yarı yapılandırılmış görüşmeler yapılmıştır.

Çalışmaya dahil edilecek hastaların seçilmesinde nitel araştırma örnekleme yöntemlerinden erişilebilirlik örnekleme yöntemi kullanılmıştır. 18 yaş ve üzeri aktif

bası yarası veya son 6 ay içinde geçirilmiş bası yarası öyküsü olan evde sağlık birimine kayıtlı hastalardan kognitif fonksiyonları korunmuş olanlar çalışma evrenimizi oluşturuyordu. Evde sağlık hizmetleri sorumlu hekimi ve yara bakım hemşiresi ile görüşmeler yapılarak uygun katılımcılar listelendi ve içlerinden 13 hasta belirlendi. Bu 13 hasta ile çalışma hakkında bilgi vermek ve katılımcı olmaya uygunluğunu değerlendirmek için telefon ile ön bir görüşme yapıldı. Aday katılımcılardan üç tanesi çalışma sorularını cevaplayabilecek yeterli kognitif fonksiyona sahip değildi. Bir adayda yaşadığı ilçenin uzaklığı ve araçla ulaşım zorluğu nedeniyle çalışmaya dahil edilmedi. Çalışmaya katılmayı kabul eden ve dahil olma kriterlerini karşılayan 9 hastayla randevulaşarak ev ziyareti planlandı. Ev ziyareti esnasında görüşme gerçekleştirildi.

Araştırmaya katılanlara gönüllü bilgilendirme ve onam formu verilerek onayları alındı. Form ekler bölümünde verilmiştir (Ek 1). Görüşme öncesinde katılımcıların demografik verilerini belirlemek amacıyla sosyodemografik veri formu doldurulmuştur. Katılımcılara ait demografik bulgular Tablo 1'de verilmiştir:

3.2.1. Çalışmaya Dahil Olma Ölçütleri

Son 6 ay içinde geçirilmiş veya aktif bası yarası olan evde sağlık birimine kayıtlı hastalar.

Dahil edilme kriterleri:

- Çalışmaya katılmaya gönüllü olma,
- 18 yaş ve üzeri
- Tuzla Devlet Hastanesi Evde Sağlık birimine kayıtlı bası yarası tanılı,
- Aktif bası yarası veya son 6 ay içinde iyileşmiş bası yarası olan kişiler,

3.2.2. Çalışmadan Dışlama Ölçütleri

- Soruları anlayıp yanıt verecek düzeyde kognitif işlevselliğe sahip olmamak.

3.3. Araştırma Verisinin Toplanması

Araştırmada veri toplamak amacıyla yapılan görüşmelerde kullanılmak üzere araştırmacılar tarafından yarı yapılandırılmış bir görüşme formu geliştirilmiştir. Bası yarası ve hasta yolculuğunun haritalandırılması literatürüne dayalı olarak (Ciria-Suarez L vd., 2020, Ozturk, K. & Tarım, M. 2021, Susan G. Komen 2015) oluşturulmuş olan bu görüşme formu şu dört ana başlığı kapsıyordu: İlk olarak sosyodemografik ve klinik bilgileri içeren: Hasta yolculuğunu deneyimleyen kişiyi tanımak. İkincisi kişinin sağlık hizmeti yolculuğunu ortaya koyan: Yolculuğun öyküsel anlatımı. Üçüncü başlık da ilk günden bu yana yara bakımı için aldığı hizmeti detaylandıran: Sağlık hizmeti alım yolculuğunun kronolojik haritalanması, Dördüncü olarak da kişinin aldığı sağlık hizmetini detaylı bir şekilde ortaya koyan: Bakıma erişim ve bakım kalitesinin değerlendirilmesi. Bu ana başlıklar altında kişinin bası yarasının oluşum süreci, tedavi süreci, sağlık kurumları arası yolculuğu ve süreçle ilgili fiziksel, duygusal ve tıbbi yönlerin incelendiği alt sorular bulunmaktaydı. Aynı zamanda hasta yolculuğunun incelenmesinde ki tüm süreci ayrıntılı ortaya koymak için Kortex (evde sağlık hizmetleri elektronik kayıt programı), evde sağlık hasta vizite dosyası da incelenerek hasta bilgileri kayıt altına alınmıştır. Görüşme soruları Ek 1 de sunulmuştur.

Veri toplama sürecine başlamadan önce evde sağlık hizmetleri sorumlu hekimi ve yara bakım hemşiresi ile ön görüşmeler yapılmıştır. Buradaki amacımız sahanın durumunu öğrenip veri toplama sürecini bu faktörleri göz önünde bulundurarak planlamaktı. Görüşme kılavuzu bir katılımcıya pilot olarak uygulanmış ve bir değişikliğe gerek duyulmamıştır, dolayısıyla pilot uygulamadan elde edilen veriler de ana analize dahil edilmiştir.

Veriler Eylül-Ekim 2023 tarihlerinde sahada ev ziyaretleri yapılarak hasta görüşmeleri ile toplanmış ve verilerin toplanma süreci yaklaşık 1 ay sürmüştür.

Belirlenen hastalar telefon ile aranarak çalışma hakkında bilgi verilmiş, olumlu dönüş alınanlara randevu oluşturulmuştur. Araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcılara ev ziyaretinde bulunulmuştur. Bu çalışma için araştırmacı tarafından geliştirilen görüşme formu kullanılarak, yüz yüze, yarı yapılandırılmış görüşmeler yürütülerek ve çalışma konusuyla ilgili derinlemesine bilgiler edinilmiştir. Tutarlılığı

sağlamak için tüm görüşmeler aynı araştırmacı tarafından (MG) gerçekleştirilmiştir. Görüşmeler katılımcıların yaşadıkları ev ortamında gerçekleşmiştir. Görüşme esnasında çoğu zaman katılımcıların yanında bakım verenleri de bulunmuştur. Görüşmeler 30-50 dk arası sürmüş, her bir katılımcı ile bir kez görüşme yapılmış ve tekrarlanan görüşme olmamıştır. Tüm katılımcılar gönüllü onay formunu doldurup, imzalamıştır. Görüşmeler katılımcıların onayı alınarak ses kayıt cihazı ile kaydedilmiştir. Araştırmacı tarafından görüşme esnasında ve sonrasında saha notları tutulmuştur. Ses kayıtları transkript edilerek veriler toplanmıştır. Çalışmada veri toplamak üzere yapılan görüşmeler gönüllülük esasına dayalı şekilde gerçekleştirilmiş, ses kayıt verileri elektronik ortamda rapor hale getirildikten sonra bilgisayar ortamına aktarılmıştır. Görüşme dökümleri üzerinde yazım hataları dışında herhangi bir kısaltma ya da düzeltme işlemi yapılmamıştır.

3.4. Verilerin Analizi

Elde edilen veriler tematik analiz yöntemi ile analiz edilmiştir (Braun & Clarke, 2006). Tümevarımsal bir yaklaşım kullanılarak, ilk değerlendirme adımında araştırmacı veriye aşina olmak için görüşmelerin transkript edilmesiyle ortaya çıkan yazılı metinler üzerinde çalışarak ilk fikirlerini not aldı. İkinci adımda, materyaller MAXQDA nitel yazılım programına yüklenerek yeniden değerlendirildi ve satır satır kodlandı. Tüm transkriptler bir yazar [MG] tarafından analiz edilmiş ve kodlamanın güvenilirliğini sağlamak için başka bir yazar [MA] tarafından bağımsız olarak incelenmiştir. Tutarsızlıklar tartışılıp çözülmüş ve her bir kodun içeriği yazarlar arasında tartışılmıştır. Daha sonra kodlayıcılar arasındaki görüş birliği ile verilerdeki temel kavramları özetleyen ikincil temel kodlar geliştirilerek, kodlar benzer özelliklerine göre kategoriler altında; kategoriler de sınıflandırılarak temalar altında gruplanmıştır. Ortaya çıkan kodlama çerçevesi, verilere ilişkin farklı bakış açıları elde etmek amacıyla triangulasyon sürecinde tüm yazarlar (MG, MA, SÇ) arasında tartışılmıştır. Temalar altında sınıflandırılan veriler üç araştırmacı tarafından neden-sonuç ilişkileri şeklinde irdelenmiş ve yorumlanarak ana başlıklar oluşmuştur. Hasta yolculuğunun kapsamlı bir şekilde haritalandırılması için her hastanın bası yarası başlangıç noktası, tedavi süreçleri, hasta bakımının organizasyonu, sağlık hizmeti sağlayıcıları ile etkileşimleri, iyileşme sürecindeki dönüm noktaları ve karşılaştığı

zorluklar ortaya konuldu. Deneyimlerindeki benzerlikleri ve farklılıkları belirlemek için karşılaştırmalar yapıldı. Bunlar bir araya getirilerek ön bir yolculuk haritası oluşturuldu ve araştırmacılar arasında tartışıldı. Bulguların yorumlanması sürecinde yolculuk haritası da genişletildi. Harita üzerinde anahtar aşamalarda yaşanan duygusal durumlarda gösterildi.

4. BULGULAR

Bu bölümde katılımcıların sosyo-demografik verilerine ve görüşmelerden elde edilen verilerin analiz edilmesiyle ortaya çıkan bulgulara ve yorumlanmasına yer verilmiştir.

Bulgular bölümü iki başlık altında düzenlenmiştir. Birinci başlıkta; *katılımcıların özelliklerine*, ikinci başlıkta katılımcılarla görüşme verilerine dayalı olarak oluşturulan *tema, kategori ve kodlamaların* tablo halinde sunumuna yer verilmiştir. İkinci başlık altında görüşme dökümlerinin nitel analizi sonucu ulaşılan dört ana tema hasta görüşleri ile birlikte sunulmuştur.

4.1. Katılımcıların Özellikleri

Erişilebilirlik örneklemesi yöntemi ile ulaşılan 9 katılımcıyla birebir derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Katılımcıların 8'i erkek, 1'i kadındır. Katılımcıların 8'i omurilik yaralanmasına bağlı yatağa bağımlı, 1'i multipl kırık nedeniyle yatağa bağımlıydı. Hastaların yatağa bağımlılık süreleri 31 yıl ile 3 ay arasında değişmekteydi. Bazı katılımcıların birden fazla tanısı mevcuttu. Katılımcıların özellikleri Tablo 1'de belirtilmiştir

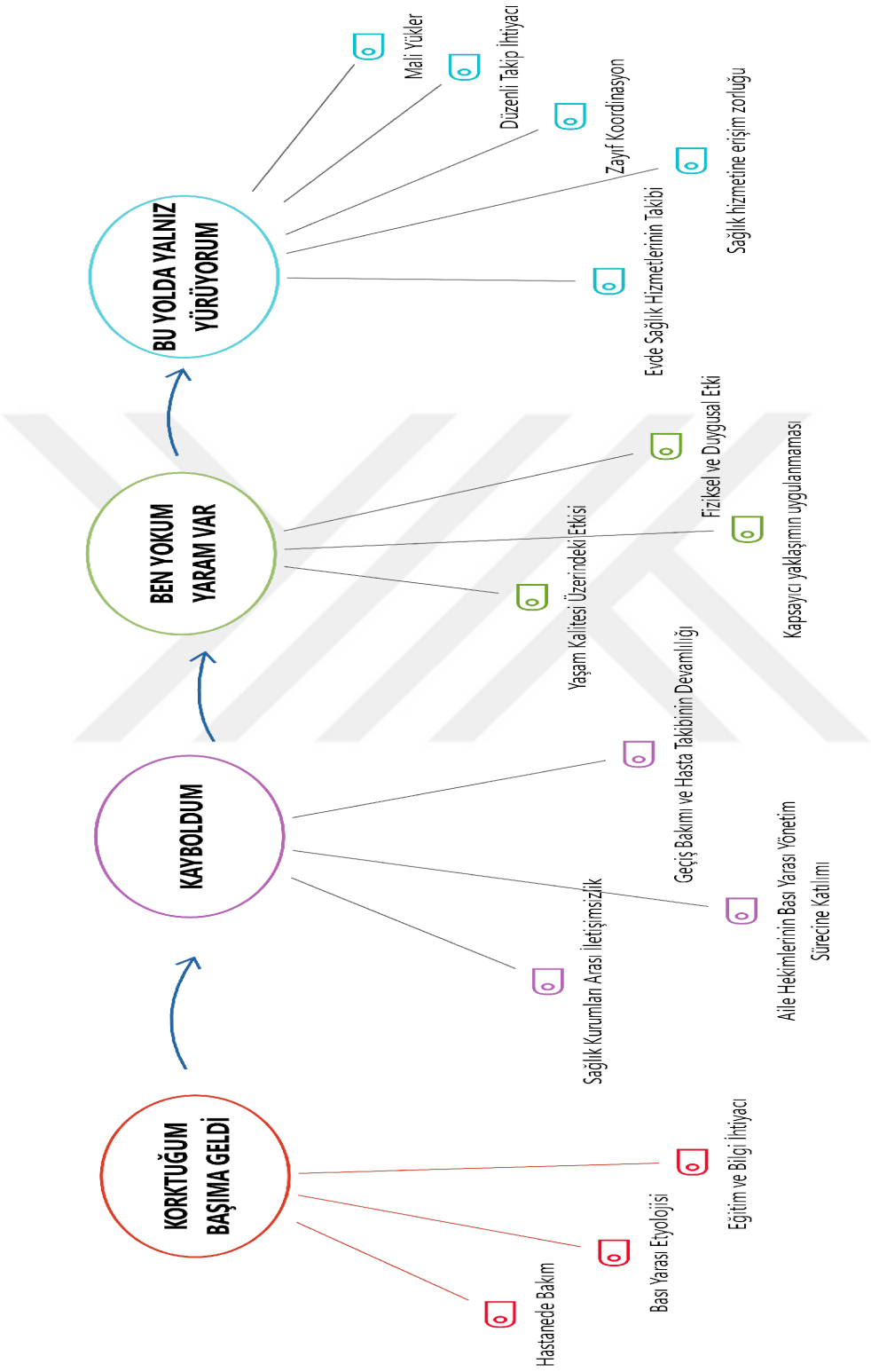
.

Tablo 1: Katılımcıların Özellikleri

Katılımcı	Cinsiyet, Yaş	Teşhis	Bası yarası nerede oluştu	Bası yarası evresi, konumu ve ne süredir mevcut	Uygulanan tedaviler
E1	Erkek, 73	Paraplejik, AF, HT, DM, BPH	Hastane ve Ev	Evre 4; Sakral-10 ay Evrelendirilemeyen; Sol topuk-3 ay	Konservatif tedavi
E2	Erkek, 35	Pelvis ve Femur Kırığı opere	Hastane	Evre 2; Sağ occipital-2 ay Evre 3; Sol uyluk lateral-2 ay Evre 4; Sağ gluteal-2 ay Evre 4; Sol gluteal-2 ay	Konservatif tedavi
E3	Erkek, 52	Paraplejik	Hastane ve Ev	Evre 3; Sol trokanter-4 yıl Evre 2; Sağ trokanter-4yıl Evre 3; Sakral-4 yıl	Cerrahi VAC
E4	Erkek, 40	Paraplejik	Hastane ve Ev	Evre 4; Sakral-2 yıl Evre 2; Sol trokanter-4 yıl Evre 2; Sağ trokanter-4 yıl	VAC
E5	Erkek, 53	Paraplejik	Ev	Evre 3; Sol gluteal-17 yıl Evre 3; Sağ gluteal-8 yıl	VAC
K1	Kadın, 75	Paraplejik, DM, HL, Osteoporoz	Hastane ve Ev	Evre 3; Sağ uyluk-5 yıl	VAC
E6	Erkek, 61	Paraplejik, DM	Hastane ve Ev	Evre 2; Sağ uyluk-8 ay	Cerrahi
E7	Erkek, 64	Paraplejik	Hastane ve Ev	Evre 4; Sakral-3 yıl	VAC
E8	Erkek, 63	Paraplejik, KBY, Epilepsi, HT	Ev	Evre 2; Sol gluteal-9 yıl	Konservatif tedavi

AF: Atrial Fibrilasyon, HT: Hipertansiyon, DM: Diyabetes Mellitus, HL: Hiperlipidemi, BPH: Benign prostat hiperplazisi, KBY: Kronik böbrek yetmezliği

4.2. Tema, Kategori ve Kod



Şekil 2: Ana temalar ve kategoriler

Bu bölümde her başlık altında kod ve kategoriler tablosu ve ana temayı oluşturan kategoriler başlıklar halinde sunulmuştur. Kategori başlıklarının altında kodlar kod ve numara (kod1) olarak tanımlanmış ve parantez içinde de görüşme metinlerinden alıntılanmış olan bölümlerin sayısı belirtilmiştir. Sonrasında katılımcıların ifadelerine yer verilmiştir. Alıntıların altına katılımcı rumuzları ile kod numaraları yazılmıştır.

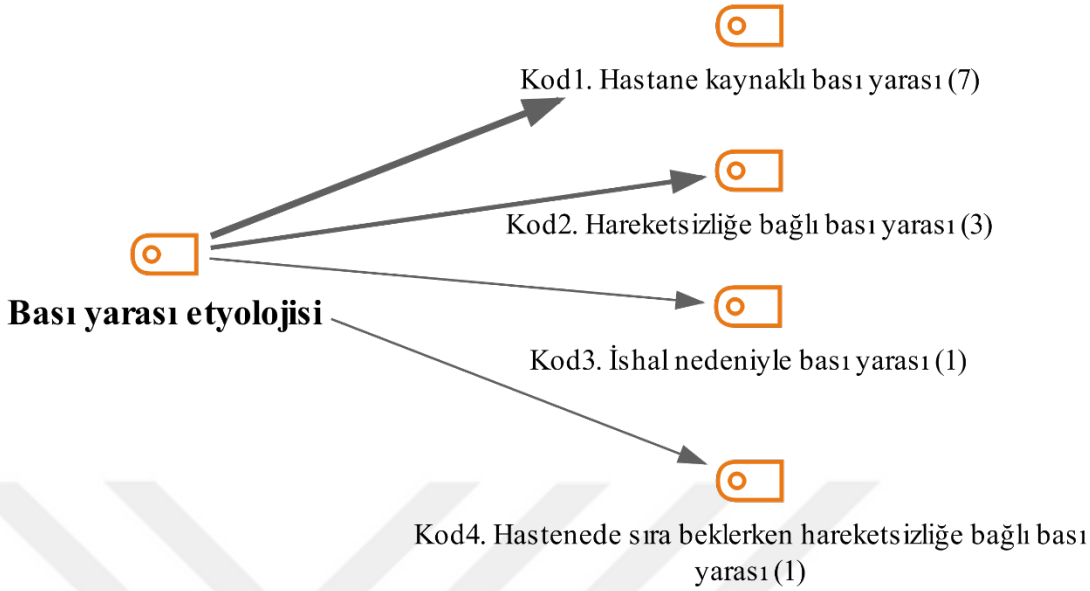
4.2.1. TEMA 1: KORKTUĞUM BAŞIMA GELDİ

Bu temayı oluşturan kategoriler ve altındaki kodlar:

Tablo 2: Korktuğum başıma geldi temasının kategori ve kod tablosu

KOD	KATEGORİ
• İshal nedeniyle bası yarası • Hareketsizliğe bağlı bası yarası • Hastanede sıra beklerken hareketsizliğe bağlı bası yarası • Hastane kaynaklı bası yarası	**Bası Yarası Etyolojisi**
• İyileşmenin hastane yatış süresiyle ilişkilendirilmesi • Sağlık personeli yerine refakatçinin yara bakımını üstlenmesi • Yoğun bakım personeli tarafından ihmal edilme • Hemşirenin çok hastaya bakması • Hastanede enfekte olma endişesi • Hemşire bakımının özensizliği	**Hastanede Bakım**
• ESH personelinin ilgilenmesi/soruları cevaplamasına bağlı memnuniyet • Geçmişe göre hasta eğitiminin daha etkili verilmesi • Yara oluşumunu engelleyici mesajların verilmemesi • İnternet üzerinden tedavi arayışı • Kamuda bilgilendirilmeyen hastanın özel doktora başvurması • Hasta eğitiminin iyileşme sürecine olumlu etkisi • Sağlık personelini gözlemleyerek öğrenme • Yara bakım eğitiminin verilmemesi • Bakım verenin eğitilmesinin iyileşme sürecine etkisi	**Eğitim ve Bilgi İhtiyacı**

Bası Yarası Etyolojisi



Şekil 3: Bası yarası etyolojisi

Katılımcılarla yaptığımız görüşmede hastanın yolculuğunu ortaya koyan *"Yolculuğun öyküsel bir anlatımını sağlamak"* bölümünde ilk sorumuz: *Bası yaranız nasıl oluştu?* Katılımcılardan yedisinin hastane kaynaklı bası yarası öyküsü vardı. İki katılımcının hastanede yattıkları sürede herhangi bir bası yarası oluşmamıştı. Hastaların sekizinde evde yattıkları süre içinde bası yarası gelişmişti.

Trafik kazası sonrası multipl fraktür nedeniyle üç aydır yatağa yarı bağımlı olan E2 hastane kaynaklı bası yaralarıyla ilgili şunları söyledi ve bazı yaralarından hastane personelin haberi olmadığını ifade etti:

"Yoğun bakımı ben hiç hatırlamıyorum. Yoğun bakımda kafamda bile yara oluşmuş. Orada sürekli herhalde şu tarafa şu şekilde yatmamdan dolayı artık yoğun bakımda nasıl oldu ne oldu bilmiyorum. Bilincim kapalıydı… Yoğun bakımdan çıktığımda başımda, sırtlarımda topuğumda yara vardı sağ olsun annem geçirdi onları... Başımda yara olduğunu bilmiyorlarmış oradakiler, hastanedekiler hiç görmediler. Biz saçımı yıkayınca saç derisi ile birlikte geldi elimize."

E2, Kod 1

Diğer bir katılımcı E1'in oğlu babasının yoğun bakımdayken yara oluşum süreciyle ilgili şunları söyledi: *"O yatak yarası ilk yoğun bakıma yattığında kızarıklık şeklindeydi. Sonra ameliyat da olunca sağa sola da çeviremeyince açıldı. Dört gün yoğun bakımda yattı orada. Tabi çıktıktan sonra yatak yarası iyice büyümüştü. İlk hastane yatışında kızarıktı diğer hastane nakli olduğunda orada biraz morarmaya başlamıştı sonra da açıldı."*

E1, Kod 1

"2013'te yoğun bakımda iken kuyruk sokumumda bir yara vardı. O bir yıl sonunda kapandı. O kuyruk sokumunda ki sonradan bir daha açıldı evdeyken, sonra kapandı. 2019'da bu yan tarafımda açıldı. Aradaki altı yıl boyunca kuyruk sokumumda bir kez daha açılmıştı ama o da onu da kapatmıştım. Yoğun bakımda iken bilincim kapalıydı yani uyutuyorlardı. Yoğun bakım sonrası 15 günde serviste kaldım. Servise çıktığımda yara vardı."

E4, Kod 1

"Hastanede serviste yer olmadığı için iki gün müşahede kaldım, orada açıldı ilk yara. 1,5 senede kapandı."

K1, Kod 1

İlk bası yarası 17 yıl önce açılan ve hiç iyileşmeyen bir katılımcı ise bası yarası oluşumuna neden olan süreci şöyle ifade ediyor:

"Şimdi ilk yara aşağı yukarı 17 sene falan oluyor. Yok daha fazla oluyor belki. Yan taraflarda açıldı ilk yara. O yaralanma sonrası hemen bir sene sonra başladı yara açılmaya. Havalı yatak vardı ama yine de açıldı. O sandalyeye bineli aşağı yukarı 12 sene filan oluyor. O zamanlar yok eğitim yok bize söylenen pozisyonunuzu 2-3 saatte bir değiştirin otururşanız 2-3 saati geçirmeyin. İşte o ara araba değil de bizi bilgisayar mahvetti. O zamanlar internet yeni gelmişti. O zaman sandalye falan da yoktu. Hep yatıyorduk canın sıkılmasın bilgisayar internet bağlayalım dediler. İşte o zaman oturduk masa başına sandalyeye, bilgisayar başına. İnternet de bağlayınca uzun süre kaldık. Sağda solda yara açıldığı oluyordu ama onlar kapanıyordu.

Oturma pozisyonunda olmadığım için kapanıyordu. Ama oturma pozisyonunda açıldığında orası işte kapanmadı yani. O yara işte ilk sol tarafta ki açıldı. 16-17 yıldır var. Bu sağ taraftaki de sekiz yıldır var."

E5, Kod 2

"Beş sene önce şu an ki yara evde açıldı. Bu evdeyken açıldı, çok fazla oturmaktan. Biz kaynaklı oluştu. Yara olmadığı bir süreç olmuştu. Sürekli yatmak istemiyordum. Hasta değilim yatırmayın beni diyordum, çok oturunca da açıldı. O yara açıldığında el işi yapmaya başlamıştım. Yatmak istemedim oturmak istedim, öyle bizim hatamız. Beş senedir çekiyoruz. Süreç çok sıkıntılıydı enfeksiyon yaptı kaç kez acile gittim. Yani çok sıkıntılı süreçler."

K1, Kod 2

Katılımcılardan bazılarının evde bulundukları süreçte bası yarası oluşumuna neden olan faktörlerle ilgili görüşlerine aşağıda yer verilmiştir.

"Eve geldikten sonra topukta ve bacağın yan tarafında yara açıldı. Gece uyurken ayağım yatağın kenarına dayanmış sabaha kadar orada basılı kalınca oraya iz yapmış sonra orada yara yaptı."

E1, Kod 2

2002'de geçirdiği kazadan bu yana 21 yıldır sandalyeye bağımlı olan ve ilk kez 2019 yılında, 17 yıl sonra bası yarası açılan E3 yara oluşum süreciyle ilgili şunları söyledi:

"Yaranın açıldığı o dönemde hiçbir şey hiçbir şey olmadı. Gerçi o dönem şu virüs Covid de vardı ama çıktım ben dışarı. Öyle kapının önünde aşağıda etrafta gezindim. Evdeyken bir anda açıldı. Birdenbire böyle açıldı. Yara ilk şuradaydı soldaydı, sandalyeye oturduğum yerde. Hiç fark etmedim öyle sandalyeden mi oldu ne oldu birden açıldı. Neredeyse 20 yıldır hiç açılmamıştı ama doktor dedi ki belli bir yaştan sonra artık vücut yaşlandıkça olur dedi o zaman. Yani doktorun dediğini diyorum.

Hocanın dediğini, bilmediğim için. Hoca o da başhekimdi. Belli bir yaştan sonra açılır dedi. Çok üstüne yatarsan olur dedi. Ufaktı işte açıldı."

E3, Kod 2

"İlk yaram 2014'te evdeyken açıldı. İlk yattığımda yaram yoktu, olmadı hiç. Sonrasında ishal başladığı için minik bir tane yara açıldı tabi istediğimiz kadar kuru tutamadık. Çok ishal vardı."

E8, Kod 3

Katılımcılardan biri evde açılan yarasıyla ilgili "kendi hatamız" diyor. Ancak hikayeyi dinlediğimizde sağlık sisteminin yara oluşumuna dolaylı bir etkisinin de olduğunu görüyoruz:

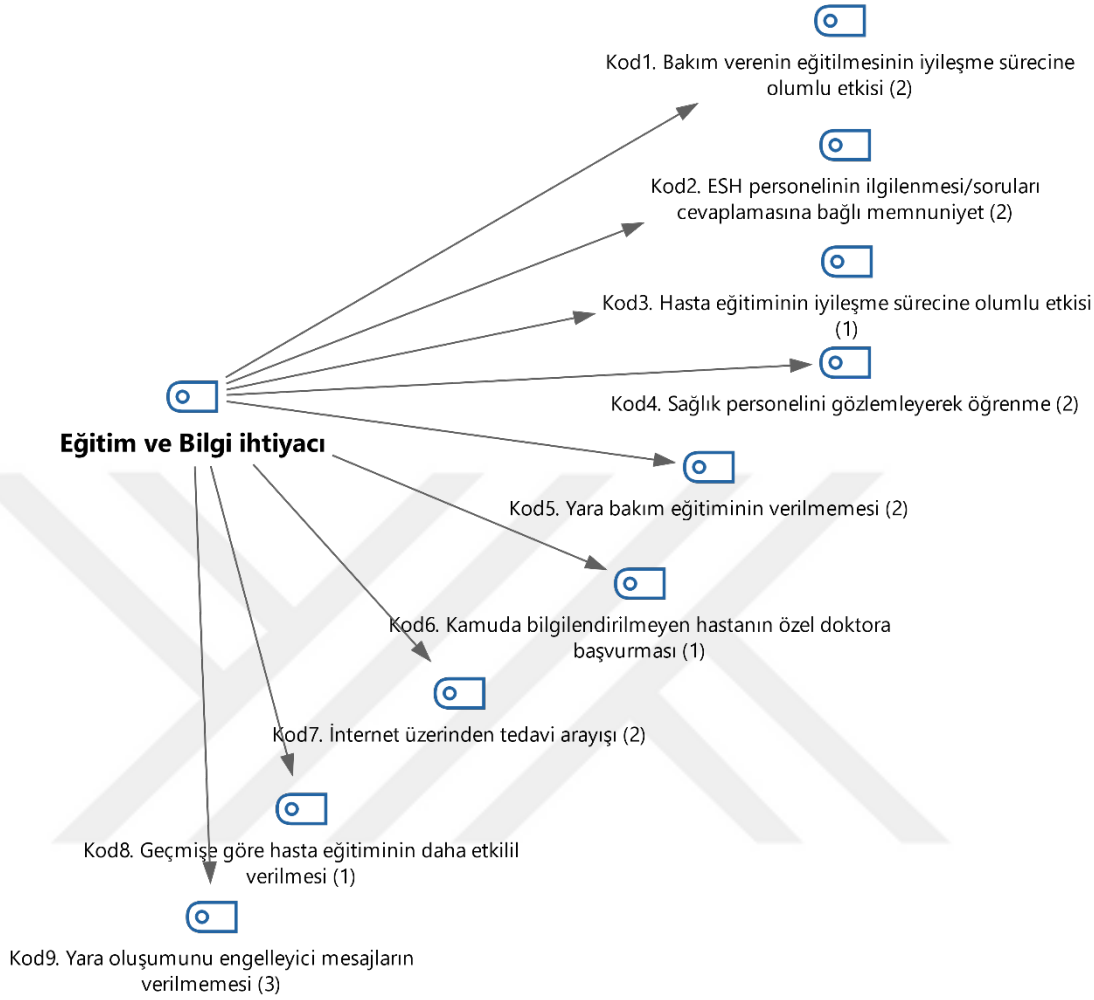
"İlk yaradan sonra bir daha hiç yara açılmadı işte sekiz ay evvel açıldı tekrar. O da gidip bir rapor yenilemem gerekiyordu. Aslında bu da sistemde ki bir sorun. Kendi otomatik bir şey olsa iyi olur yani. Orada sistemde bizdeki kalıcı hastalığı görüyorlar yazıyor bu kalıcı hastalık hatta raporda bile yazıyor kalıcı hasta diye. Gittim rapor yenilemeye mecburen sabah erken saatte gittik işlemleri başlattık heyet 13:30'da başlıyor dediler 13:30'u bekledik sonra 15:30'da sıra geldi 15:30'da sıra geldiği için 7-8 saat ben oturmuş oldum sandalyede. Eve geldim oran kızarmış dediler. Siliyorduk normal, sonra patlak verdi."

E6, Kod 4

"İlk yara yoğun bakımda kaza geçirdiğim zaman 30 sene evvel yoğun bakımda çevirmemişler affedersiniz popomun üzerine sırtüstüne böyle yatmışım. Orada açılmıştı. Bir de bu ayaklarımın altında topuklarda açıldı. Onlar kendiliğinden iyileşti bak. O konuda işte bizi hiç uyarmadılar. Hemen taburcu ettiler."

E6, Kod 1

Eğitim ve Bilgi İhtiyacı



Şekil 4: Eğitim ve bilgi ihtiyacı

Bizim süreçle ilgili ikinci sorumuz *da "Sizce ne olsaydı yaranız açılmazdı? Nasıl önlenebilirdi?"* idi. Hastalar bu soruya cevap verirken hastanede veya evde açılan yaralarına neden olduğunu düşündükleri faktörleri ifade ettiler. Bazı katılımcılar da bası yarası oluşumunu önlemek ve bakım sürecini yönetmek için gerekli bilgi ve eğitime sahip olmamalarına bağlı bası yarasının oluştuğunu söyledi. Hastanede ve evde sağlık hizmetlerinde bilgi ve eğitim verilmemesinden yakındılar.

Bu kategorinin altındaki kodlar: ESH personelinin ilgilenmesi/soruları cevaplamasına bağlı memnuniyet, geçmişe göre hasta eğitiminin daha etkili verilmesi, yara oluşumunu engelleyici mesajların verilmemesi, internet üzerinden

tedavi arayışı, kamuda bilgilendirilmeyen hastanın özel doktora başvurması, hasta eğitiminin iyileşme sürecine olumlu etkisi, sağlık personelini gözlemleyerek öğrenme, yara bakım eğitiminin verilmemesi, bakım verenin eğitilmesinin iyileşme sürecine olumlu etkisiydi.

*"Bilinçsizlik tamamen. Bizim de onların da. O servisteyken yaranın bakımıyla biz ilgilendik. Zaten o yara olunca hemen havalı yatağı aldık benim dedemde de vardı yatak yarası. O yaraya dediler ki pansuman yapılacak ama kimse gelmedi ki. Hiçbir şey de anlatmadılar. ...Bir birkaç kez eve doktor geldi o geldiğinde nasıl yapılacağını gösterdi. Evde sağlıktan değil özel bir doktor çağırmıştık o gösterdi. Onun gösterdiği şekilde yapmaya başladık. Yara merkezine götürdük birkaç kez temizlendi. Hep söylüyorlar da 2 saatte 1 çevirin diye omurilikte yaralar vardı, çeviremiyorduk." E1'*in oğlu bası yarası bakımı ile ilgili bilgiyi eve çağırdıkları özel bir doktordan aldıklarını ifade etti.

E1, Kod 6

Katılımcı E2'ye göre hastanede yara bakım sürecinde eğitim verilmemesi, eksik bilgilendirme ve hemşire bakımının eksik olması yara oluşumunun önlenememesinin nedeniydi:

"Eğitim yok. En son dediğim gibi işte yara bakımcı hemşire anneme gösterdi. Yara bakımcı kendisi pansuman yapıyordu. Öyle anlatmıyordu ekstradan bir şey anlatmıyordu. Bir pozisyon verin çevirin diyordu. Onların söylemesinden ziyade biz de sürekli aynı yere baskı olup yara olmasın diye biz de çeviriyorduk. ... Daha sonra annem hani biz öyle sanıyoruz tabi annem nasılsa pansumanı yapıyor iyileşiyorum diye düşünüyoruz. Meğerse içten içe ilerlemiş iltihaplanmış. Annem bunu fark edemez tabi annem sadece gösterdikleri şekilde pansuman yapıyor o da sanıyordu ki tabi iyileşiyor. Fakat içten içe ilerlemiş.

Annem bakarak öğrendi. Yara bakımcı hemşire geldi şöyle bir baktı: "Tamam" dedi. "Sen güzel yapıyorsun" dedi. ...Dediğim gibi biz de nasılsa iyileşiyor diye…

Yani biz çok bilmiyoruz ki nasıl önlenebilirdi. Ama yani biz… Bilen biri olsaydı ona göre bir şey yapardık. Ve yahut da bir şey yapardık. Havalandırma yapın dediler. Annem her pansuman yaptığında; dediğim gibi çok bilmediğimiz için havalandırmaya çalıştık. Sağa döndük sola döndük hepsini yapmaya çalıştık ama. Evdeyken daha da arttı."

E2, Kod 3

Benzer şekilde K1 kodlu katılımcı da yara ile ilgili özel bir eğitim almadığını, süreç içinde görerek zamanla öğrendiklerini ifade etti:

"Ben onlardan gördüğümle sonrasında evde sağlıktan gelenlerin gösterdikleri ile zamanla alıştık. Biz artık biraz doktorlardan biraz hemşirelerden öğrendiğimizle yapıyoruz. Çevirme yaranın bakımı beslenmesi her şeyi zamanla öğrendik. Özel bir eğitim olmadı taburculuğumuzda. Eve gelen hemşirenin tarif etmesi ile kendimiz mantık yürüterek öğrendik."

K1, Kod 4

Başka bir katılımcı geçmişte ESH olmadığı zamanlarda bilgi ve eğitim eksikliği nedeniyle yaşadıkları sıkıntılardan bahsetti ve tekrarlayan hastane yatışlarına rağmen yine de bir eğitim alamadığından yakındı.

"Bize bir eğitim vermediler işte bizi uyarmadılar. Öyle gazlı bezle pansumanımızı kendimiz yapıyorduk. Pansumancı geliyordu da para yetişmiyordu. O zamanlar evde bakım yoktu. Yoktu o zamanlar. Kendimiz krem alıyorduk onları kullanıyorduk. 12 yılda kapandı o yaralar. İşte sekiz sefer ameliyat oldum ama bize hiç eğitim vermediler. Apar topar fizik tedaviden sonra bizi çıkardılar hastaneden. Mesela orada neden söylemediler veyahut yara bölümlerine neden yatırmadılar. Evet, eğitilmedim ben."

E6, Kod 8

Bu kategorinin kodları incelendiğinde katılımcıların eğitim aldıklarına dair olumlu görüşleri olmakla birlikte çoğunlukla olumsuz görüş bildirdikleri

görülmektedir. Bu durum önlenebilir bir sağlık sorunu olan bası yarası için sistemde ki bir açığı göstermektedir. Bazı katılımcıların aldıkları eğitim ve bilgi ile ilgili görüşleri şöyledir:

"İyiler iyiler sağ olsunlar. Pansumanın nasıl yapılacağını söylüyorlar. Bir şey oldu mu ben de yapıyorum. Yara bakımını dediler, dediler o zaman. Yani bilgilendirdiler. Sağa döneceksin, sola döneceksin ama ameliyattan sonra da çok dönemedim dikişler patlamasın diye. Havalı yatak serdik o zaman. Önceden vardı da ben de kullanmıyorduk. Eeee sağa dön diyor sana, dönemiyorsun. Dikiş var hep böyle sola yattım sonra yüzükoyun yattım arkada yara olduğu için, böyle aralara yastık koydum…. Ben çok dikkat ettim. Sırtlarım böyle çok ağrıdı yüzükoyun yatmaktan. 2 saat böyle 2 saat böyle dönüyordum. Sandalyede 3-4 saat kalıyorum. Ama sık sık pozisyon değiştirmeye çalışıyorum."

E3, Kod 2

"Yara bakımı konusunda da bilgi veriyorlar. Duruma göre şuraya şunu kullan buraya bunu kullan diye anlatıyorlar. Ben de zaten pansumanlarımı tavsiyelere göre yapıyorum."

E4, Kod 2

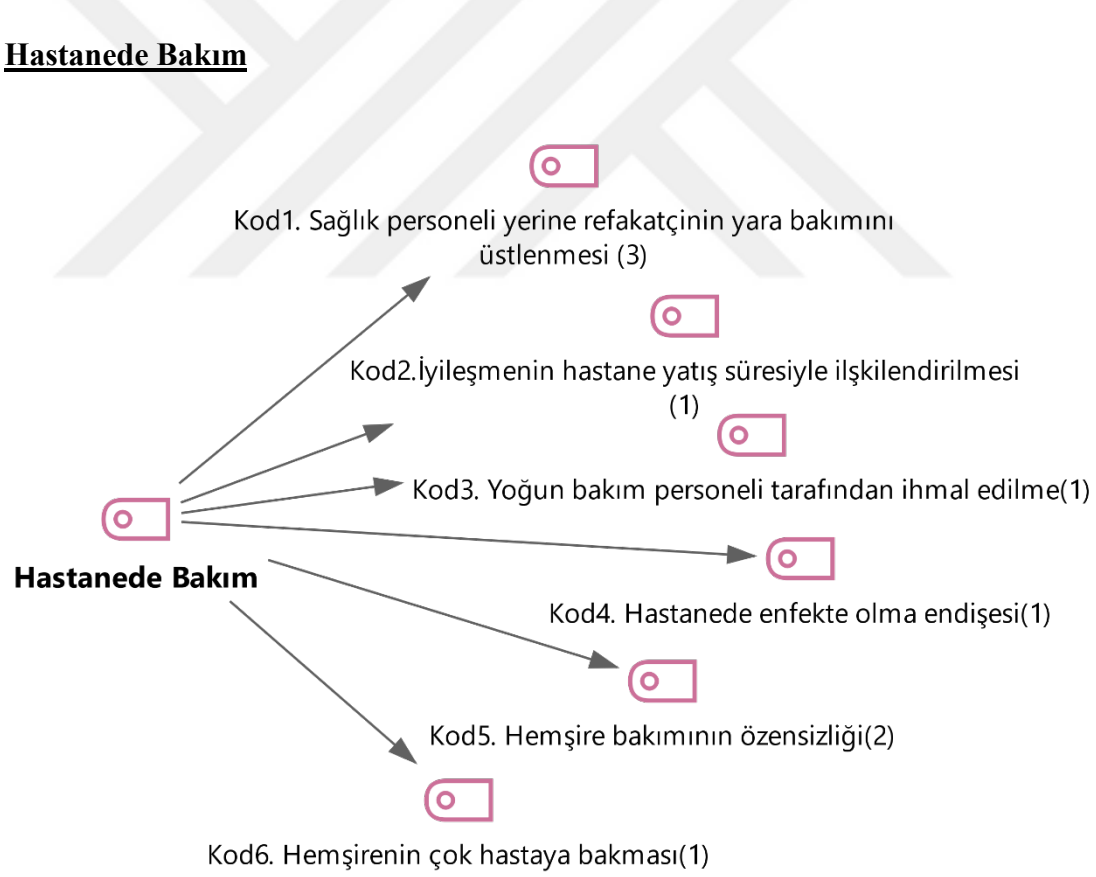
Katılımcılardan biri özel sağlık sigortasına sahipti ve 14 yıldır aynı özel hastanede düzenli olarak aylık takip edilmekteydi. Bu katılımcı kendisinin ve bakım vereninin aldığı eğitimden memnuniyetini ve bu sayede yaralarında ki iyileşmeyi şöyle ifade etti:

"Hastaneden taburcu olurken eğitim, bilgi çok verildi. En başta dönmem söylendi. Büyük yaranın iyileşme sürecinde dediklerini çok sık yaptım faydası da oldu yani. İshale kadar hiçbir şey olmamıştı. Şu an şu kadar küçük. Çok daha büyüktü o hale getirdik kurudu. …Baştan beri bu süreçte hep eşim baktı dışarıdan eve hiç kimse gelmiyordu. Eşim hep hastaneden bakım eğitimini aldı, o yaptı pansumanlarımı. Şu ana kadar evde sağlığa gerek duymadık. Çünkü eşim hastanede bütün eğitimini yara

bakım hemşiresi şöyle yapılacak böyle yapılacak diye gösterdi. Valla iyi de yapıyor. Yarayı küçülttü, iyileştirdi."

E8, Kod 1

Katılımcıların bası yarası oluşum süreci ile ilgili deneyimlerini paylaştıkları yukarıda ki söylemlerden hem hastanede bulundukları süreçte hem de eve taburcu olduktan sonra toplum içinde sunulan sağlık hizmetlerinde; hastalara ve ailelere bası yaralarının oluşumundaki risk faktörleri ve önleme yöntemleri ile ilgili yeterli eğitim ve bilgi verilmediği görülmektedir. Eğitim ve bilgi ihtiyaçlarını tüm katılımcılar dile getirmiştir.



Şekil 5: Hastanede bakım

Bu kategori altında katılımcılar; sağlık personeli yerine refakatçinin yara bakımını üstlenmesi, yoğun bakım personeli tarafından ihmal edilme, hemşirenin çok hastaya bakması, iyileşmenin hastane yatış süresiyle ilişkilendirilmesi, hastanede enfekte olma endişesi, hemşire bakımının özensizliği kodlarını oluşturmuşlardır.

"15-20 gün serviste yattı. O servisteyken yaranın bakımıyla biz ilgilendik. O yaraya dediler ki pansuman yapılacak ama kimse gelmedi ki hiçbir şey de anlatmadılar. Hatta sonradan bir kez daha hastaneye akciğere pıhtı nedeniyle yattığında göğüs servis hemşiresi yarayı görünce ben bu yaraya pansuman yapamam dedi bize verdi malzemeleri orada da biz yaptık."

E1, Kod 1

Katılımcı E2 hemşirenin uyguladığı teknik nedeniyle pansuman değişikliklerinde ağrı hissettiğini belirtti. *"Mesela bu yara bakımcı hemşirenin anneme pansumanı devretmesinin birinci sebeplerinden; sebeplerinden bir tanesi tabi geldiğinde hızlı söktüğü için ben anneme söktürdüm bandajı. Onlar gelmeden hani anneme en azından sen sökte hazır olsun ki onlar hızlı sökmesinler dedim."*

E2, Kod 1

"Servise çıktık sonra. Hemşireler filan pansumana geldiklerinde eldiveni takıp geliyorlardı. Oğlanlar kavga etti biz bunu iyileştirmeye çalışıyoruz, kapıya 100 kişi elini sürüyor siz eldivenleri takıp gelip sonra buna sürüyorsunuz ellerinizi."

E1, Kod 5

"...Baktı ki benimle aynı yapıyorsun dedi. Ondan daha yavaş yapıyor. Neden başka hastası yok, yani yavaş yavaş yaptığı için bantımı da acıtmadan söktüğü için diğer türlü bantı sökerken çok yakıyordu. ... Annem devraldıktan sonra kimse gelip ekstra pansuman yapmadı. Hepsini annem yapıyordu. Kontrol içinde gelmiyorlardı. Dediğim gibi biz de nasılsa iyileşiyor diye."

E2, Kod 6

"Söylemişlerdi yara temizleme için sevk edebiliriz diye ama hastanede yatmak istemedik, daha çok enfeksiyon kapıyor diye."

E1, Kod4

"Yoğun bakımı hatırlıyorum, ekmek su vermiyorlar. Aç açık rezaletin son perdesi, kalabalıktan mı artık. Personel bakıyordu hemşire midir ne olduğu belli değil doğru dürüst kıyafette yok üstünde. Bir oda gibi köşede bir yerde yattım oraya. Orada on gün geçirdim aç açık."

E1, Kod 5

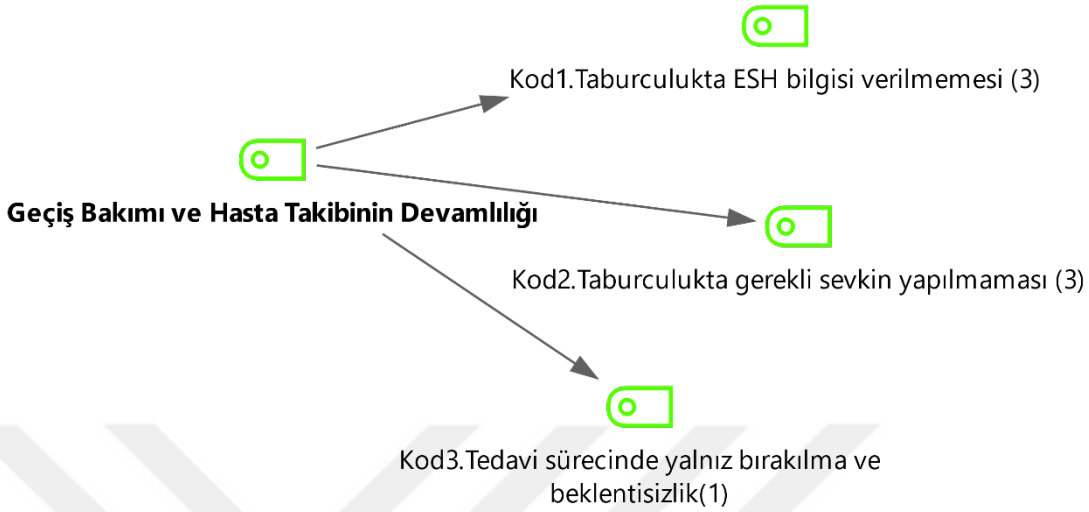
4.2.2. Tema 2: KAYBOLDUM

Bu temayı oluşturan kategoriler ve altındaki kodlar:

Tablo 3: Kayboldum temasının kategori ve kod tablosu

KOD	KATEGORİ
• Aile hekimi ile iletişimde olmamak • Aile hekiminin ev ziyaretinde bulunmaması • Aile hekiminin evde sağlık hastalarına reçete yazmaması • İmmobilizasyonun aile hekimine ulaşımı engellemesi	**Aile Hekimlerinin Bası Yarası Yönetim Sürecine Katılımı**
• Taburculukta ESH bilgisi verilmemesi • Taburculukta gerekli sevkin yapılmaması • Tedavi sürecinde yalnız bırakılma ve beklentisizlik	**Geçiş Bakımı ve Hasta Takibinin Devamlılığı**
• VAC tedavisine bağlı olarak ESH'ye sevk • ESH ve belediye evde bakım hizmetleri arasındaki iletişimsizlik • Kurumlar arası gezinme, sevk edilmeme	**Sağlık kurumları arası iletişimsizlik**

Geçiş Bakımı ve Hasta Takibinin Devamlılığı



Şekil 6: Geçiş bakımı ve hasta takibinin devamlılığı

Katılımcılarla yaptığımız görüşmelerde hastalar hastane taburculuklarında veya bir sağlık kurumundan diğerine geçiş yaparken yaşadıkları sorunları ifade ettiler. Taburculuk ve geçiş bakımı ile ilgili katılımcıların görüşlerine dair örnekler aşağıdadır.

"Hastaneden taburcu olurken evde sağlık hizmetlerinin bilgisi bize verilmemişti. Kendimiz bulduk. Taburculuktan bir hafta sonra başvurduk yara olunca."

E1, Kod1

"Hastane taburculuğunda bize bir evde sağlıkla ilgili bilgi verilmedi. Biz evde sağlık hizmetlerini devredilmedik. Bize hiçbir şey söylenmedi haftaya çıkarsın denildi."

E2, Kod1

Katılımcı E2 taburculuğa kendini hazır hissetmediğini şöyle ifade etti:

"Ortopedi doktoru annemin pansumanları yaptığını görünce direk dedi ki: "Ben dedi sizi çıkaracağım hastaneden." dedi. Ben de dedim ki ama ben daha tam iyileşmedim ameliyattan da yeni çıktım biraz daha kalayım öyle zar zor ikna ettik. İki

gün daha kalabildik. Ondan sonra bizi hastaneden çıkardı. Yaralarınıza ha burada bakılmış ha evde bakmışsınız zaten annen yapıyor pansumanı gibilerinden. Ondan sonra eve çıktık."

E2, Kod2

Katılımcının ihtiyaç duyduğu fizik tedavi, yara bakımı ve ağrı yönetimi gibi gerekli sevklerin taburculukta yapılmaması ve geçiş bakımında ki eksiklikler nedeniyle bakım arayışında yaşadığı zorluklar ve bakımın gecikmesi devam eden ifadesinde şöyle görülmektedir:

"Biz hani gayet normal annem pansumanlarımı yapıyordu. O ara biz tabi fizyoterapist aradık. Hani nasılsa yaram iyileşiyor fizik tedavi olsun diye. Hatta tuttuk 1-2 kişi onlar ile hareket yapmaya başladık. Tabi o arada yaralarım acımaya devam etti. Daha sonra annem hani biz öyle sanıyoruz tabi annem nasılsa pansumanı yapıyor iyileşiyorum diye düşünüyoruz. Meğerse içten içe ilerlemiş iltihaplanmış. Annem bunu fark edemez tabi. Annem sadece gösterdikleri şekilde pansuman yapıyor. O da sanıyordu ki tabi iyileşiyor. Fakat içten içe ilerlemiş. Sonra bir fizyoterapi merkezine gittiğimiz zaman orada bizi doktorlar da gördü: "Burada çok büyük bir yara var. Biz fizyoterapi merkezinde bu yara ile uğraşamayız. Önce yara bakım merkezine gidip bunu iyileştirmeniz ondan sonra buraya gelmeniz gerekiyor." dediler. "Bu şekilde size fizik tedavi de yaptıramayız." dediler. Öyle olunca burada Kartal da ki yara merkezine gittik. Kartal da yara tedavi merkezinde bize bir sıra verdiler 15 gün sonraya. Ama benim 15 gün vaktim yok yatacak yeri de yoktu."

E2, Kod 2

"Biz hiç ESH'ye başvurmadık. Tuzla belediyesinden bir adam geldi: size şöyle şöyle yardımlar da bulunacağız diye. Ben bir kez Tuzla belediyesinden ambulans çağırmıştım belki ondan sonra kayda düşüp gelmiş olabilirler. Hastaneye gitmek için ambulans tutmuştuk belediyeden. O andan sonra o kişi geldikten sonra ne doktor geldi ne hemşire geldi. Yani biz zaten kimseden bir şey beklemiyorduk da. Ama gelmedi. Gelmeyince de aradan nereden baksanız 20-25 gün geçti."

E2, Kod 3

"O konuda işte bizi hiç uyarmadılar. Hemen taburcu ettiler. Özelden pansumana geldiler. Her gün pansuman yapıldı. İlk yatak yaram 12 senede kapandı. Ama eğitim vermediler işte bizi uyarmadılar. ...İşte sekiz sefer ameliyat oldum ama bize hiç eğitim vermediler. Apar topar fizik tedaviden sonra bizi çıkardılar hastaneden. Mesela orada neden söylemediler veyahut yara bölümlerine neden yatırmadılar."

E6, Kod 2

ESH bilgisinin taburculukta verilmesi ile ilgili olarak katılımcı K1:

"Evde sağlığa 2015'te kaza geçirdiğim zaman başvurmuştuk. O zaman hastaneden çıkarken evde sağlığa başvurun onlar hastanın takibini yapacak demişlerdi."

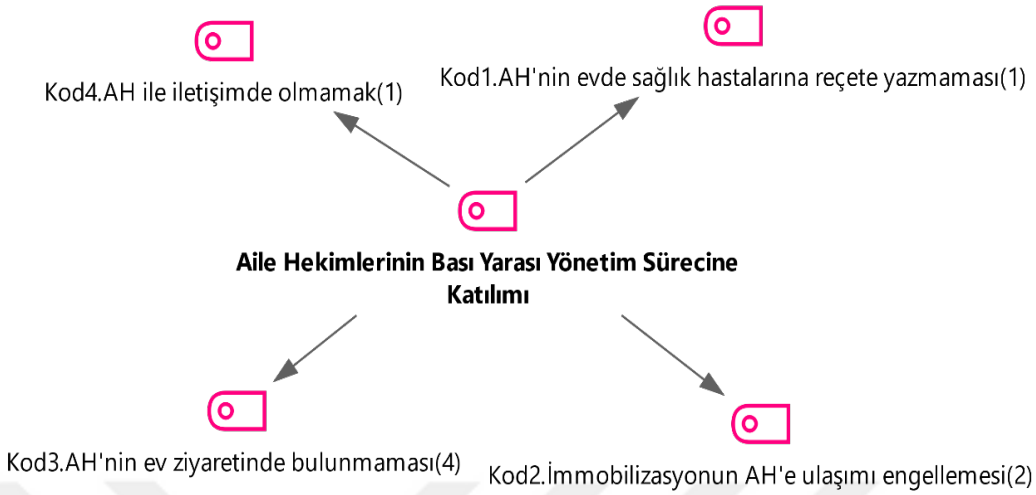
K1, Kod

Hastaneden taburculuk planı yapılırken evde sağlık hizmetlerine başvuru yapılarak hasta devredilebilmektedir. Örnek olarak bir katılımcının ifadesinde:

"ESH'ye 2019'da VAC la beraber çıktığım için oradaki doktorlar kendileri başvurmuştu. 2019'a kadar 6 yıl boyunca hiç başvurmamıştım. Onun öncesi 2019'dan önce de burada abim vardı o yardımcı oluyordu. O ilgileniyordu başka herhangi bir sağlık ekibine ihtiyaç duymadık. Abim hallediyordu o zaman."

E4, Kod

Aile Hekimlerinin Bası Yarası Yönetim Sürecine Katılımı



Şekil 7: Aile hekimlerinin bası yarası yönetim sürecine katılımı

Görüşme kılavuzunun "Sağlık hizmet alım yolculuğunun haritalandırılması" kısmında katılımcılara *"İlk günden bu yana yara bakımınız nasıl yapıldı? Kimler tarafından yapıldı?"* sorusunu yönelttik ve aile hekimlerinin bası yarası sürecindeki rolünü sorduk. Katılımcıların verdikleri cevaplar şöyleydi:

"Aile hekimim, yok hiç gelmedi. Bazen ilaç için başvuruyoruz. Biz hiç talep etmedik evde sağlık geldiği için."

E1, Kod 3

"Hayır hiç sürece dahil olmadı."

E2, Kod 4

"Hiç yara süresince şey yapmadım. İşte raporlar için gidiyorum. Yara için hiç gitmiyorum. Burada yakında aslında da bir iki kez böyle şey yaptım o şey yapmadı sonra bir değişti bir iletişim sağlayamadık olmadı." E3

"Aile hekimine TAK ve bez için gidip geliyordum. Aile hekimim hiç eve gelmedi uzun zamandır ben de gitmedim ama gerek duyduğum zaman gidebiliyorum sandalyemle."

E4, Kod 3

"Biz hiç daha tanışmadık aile hekimim ile o da gelmedi biz de gitmedik. İlaç vs bir şey lazım oldu mu zaten size yazdırıyoruz."

E5, Kod 3

"Aile hekimimle ilaç yazdırmak için çocuklar görüşüyorlar. Ev ziyareti olmuyor. Neden bize gelmiyorsunuz dedim. "Biz gelemeyenlere gidiyoruz senin çocukların gelebiliyorlar, o yüzden gerek yok" dedi geçiştirdi. Bir astım olmuştum o zaman biz çağırdık, bir iki kez eve geldi onun haricinde gelmedi."

K1, Kod 3

"Öncesinde ilaçlarımı aile hekimine yazdırıyordum. Her ay sonunda TAK kullandığım için idrar tahlili veriyordum. Sık sık antibiyotik kullanıyordum. Aile hekimim 30 yıldır bu hastalık sürecinde hiç gelmedi. Bir de salı günleri gidiyorum orada yok. Diyorlar böyle böyle evde engelliler var. Diyorum ben 30 senedir yatıyorum bana niye hiç gelmedi dedim. İlaç yazdırmaya gidiyorum aile hekimime görüyordu orada beni. Ama hiç eve gelmedi."

E6, Kod 2

E6 kodlu katılımcıya görüşme sırasında diyabet hastalığı takibini aile hekiminin yapabileceği bilgisi verildiğinde şöyle bir tepkisel ifadesi oldu:

"Ya aile hekimim bir güne bir gün evde bakmadı ki. Oraya da gidemem. Rampa filan da yok. Yeri de değişti rampa filan yok gidemem."

E6, Kod 2

Bir katılımcı aile hekimine ulaşmakta çektiği zorluğu ifade etti:

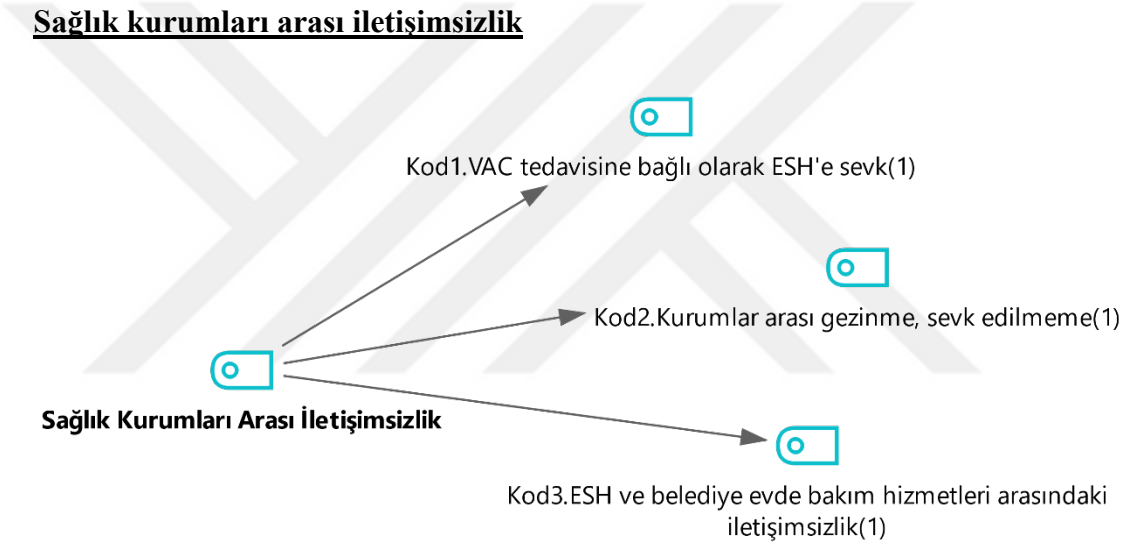
"İki sefer geldi aile hekimimiz. Ben böyle olalı yedi senedir iki kez geldi. Benim ne şekilde olduğumu biliyor. Durumumu biliyor fakat bir ilaç yazdırmak istiyoruz yazmıyor yazdıramıyoruz. Aynı doktorumuz hiç değişmedi. Ev ziyaretine de gelmiyor. 1-2 sefer tekerlekli sandalye ile gittik. Asansör de yok bir şeyde yok illa görecek beni. Orada sağlık ocağında aşağıya iniyordu beni görmek için. Şeklimi biliyorsun

durumumu biliyorsun beni neden zorluyorsun. Onun için şikayetçiyim ondan. Başka sağlık ocağına alacağım kaydımı. Bu yakında var bir tane tam düz ayak gir çık benim için daha iyi oraya alacağım kaydı. Diğer tarafta hem trafik yoğun hem asansör yok."

E7, Kod 1

"Aile hekimi ile hiç görüşmedik. Ben sadece hastane ile. Hiçbir yerle görüşmedim."

E8, Kod 4



Şekil 8: Sağlık kurumları arası iletişimsizlik

Hastalar yara bakımları için farklı kurumlardan hizmet alıyorlardı. Bunlar: Sağlık Bakanlığı'na bağlı ESH, belediyelerin evde bakım hizmetleri, özel sağlık kuruluşları, hastaneler ve aile hekimlikleriydi. Katılımcılara ait görüşme dökümleri incelendiğine yara bakım hizmeti aldıkları kurumlar arasındaki iletişim eksikliğini şöyle ifade ettiler:

"Belediye haftada bir sefer geliyor. Evde sağlık geliyor bir de. Cuma pazarda pansumancı geliyor, özel. Evde sağlık hizmetlerine sekiz ay önce yaram açılınca başvurduk. Böyle olduğum için herkes biliyordu. Ama doğru dürüst bir randıman

alamıyordum. Hep değişikler geliyorlar. Düzenli bir sağlık hizmeti alamadım…. Birbirlerine hiç bilgi vermiyor kurumlar."

E6, Kod 3

"Yara bakımım için belediye ve evde sağlık geliyor. İşte ben üç yıl önce geldiğimde belediyenin doktoru söyledi evde sağlıktan o bahsetti hani doktor biz pansumanı kapatmaya çalışırız ama VAC dan fayda görürsün dedi. O şekilde yönlendirdi evde sağlığa."

E5, Kod 1

"Evde sağlık hizmetleri VAC'ı çıkardıktan sonra pansumanım devam etsin diye tekrar belediyeye başvurdum. Onlar da bir git Kartal'a göster oranın yara bakımı iyi diyorlar dedi. Ben de Kartal plastik cerrahiye gittim. Hiç bakmadı bile direk yara bakıma yönlendirdi. Yara bakım baktı hiçbir şey yapmaya gerek yok Silverdin ile pansumana devam et yara temiz dediler. Belediyeden pansumana gelen ekipte Silverdin hiç önermiyor. Onlar da RIF öneriyor onunla pansuman yapıyorlar. İşte belediye Silverdin içinde bir gümüş var yaraya iyi gelmiyor yarayı sulandırıyor diyorlar."

E5, Kod 2

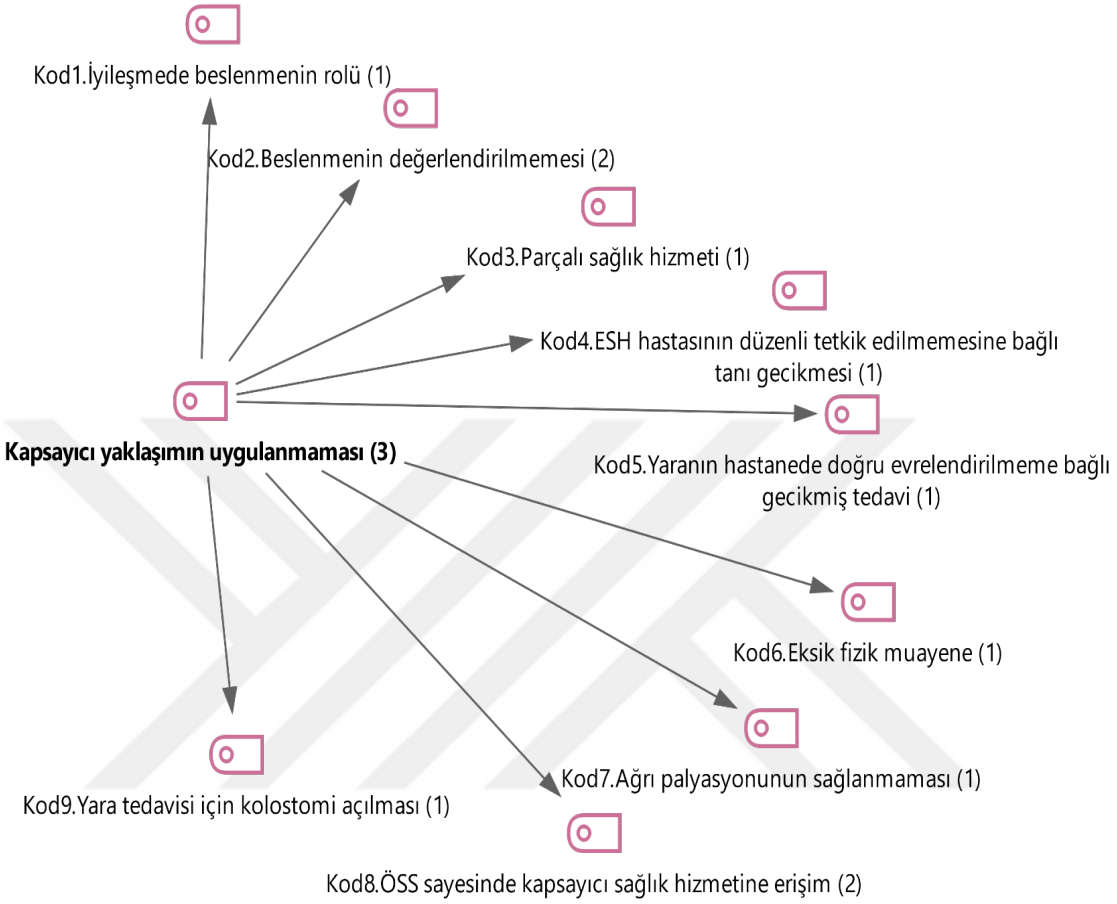
4.2.3. Tema 3: Ben yokum, yaram var

Bu temayı oluşturan kategoriler ve altındaki kodlar:

Tablo 4: Ben yokum yaram var temasının kategori ve kodları

KOD	KATEGORİ
• Yara tedavisi için kolostomi açılması • İyileşmede beslenmenin rolü • ÖSS sayesinde kapsayıcı sağlık hizmetine erişim • Parçalı sağlık hizmeti • Beslenmenin değerlendirilmemesi • Ağrı yönetiminin sağlanmaması • Eksik fizik muayene • Yaranın hastanede doğru evrelendirilmemesine bağlı gecikmiş tedavi • ESH hastasının düzenli tetkik edilmemesine bağlı tanı gecikmesi	**Kapsayıcı yaklaşımın uygulanmaması**
• İyileşme sürecinin uzun sürmesi • Yaranın psikolojik yükü • Bakım güçlüklerinden kaynaklanan stres • İyileşme beklentisinin düşüklüğü/yara ile yaşamayı kabulleniş • Hastalığı kabulleniş	**Fiziksel ve Duygusal Etki**
• Bakım veren üzerindeki yük • Ağrı • Ağrının uyku üzerine olumsuz etkisi • Fizik tedavinin aksaması • Tekerlekli sandalye olmadığı için dışarı çıkamama • Eve kapanma • Kaçırılan sosyal etkileşimler • Yaranın olması hastalıktan daha kötü • Felç kalsın, yara gitsin • Yaranın hasta yaşamındaki büyük etkisi • Yara enfeksiyonunun olumsuz sonuçları	**Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisi**

Kapsayıcı yaklaşımın uygulanmaması



Şekil 9: Kapsayıcı yaklaşımın uygulanmaması

Bu başlık altında "Kapsayıcı yaklaşımın uygulanmaması" kategorisinde ki kodlar incelendiğinde kapsamlı bakım konusunda olumlu görüşler olmakla birlikte çoğunlukla olumsuz görüş bildirdikleri görülmektedir.

"Şu an tek sıkıntımız yara. Şu an sadece haftada iki gün VAC ekibi geliyor o yüzden sadece VAC olan yere bakıyor. Topuktaki yarayla onlar ilgilenmiyor. Bu bizi sıkıntıya sokuyor. VAC için geliyor ayağımdaki yeri gösteriyorum anlamam abi ben ondan diyor. Yanlış bir şey yaparım diyor."

E1, Kod 3

"Bayağı kilo verdim 105 kiloydum kazadan önce. Şu an 70-75 kiloyum. Fizik tedavi merkezine gittiğimiz de bir turuncu toz verdiler ama ne bilmiyorum. Başka bir yemek önerisinde bulunmadılar. Annemler durumun iyiye gidiyor diyor. Ama benim canımı çok yakıyor yara bakımı. Açıkçası şu an yarın pansumana geleceklerin de ne olacağını düşünüyorum. Ayak ucuma doğru gidiyor böyle bir sinir elektrik veriyorlarmış gibi geliyor. Ben en çok ayağımın altında ağrı hissediyorum sanki bıçak giriyormuş saplanıyormuş gibi hissediyorum. Zaten gece de o yüzden uyuyamıyorum."

E2, Kod 7

İlk bası yarası 17 yıl önce açılan ve hiç iyileşmeyen vejetaryen bir katılımcı beslenmesinin değerlendirilmediğini ifade etti:

"Çocukken bir Kurban Bayramı'ndan sonra bir daha et yemedim. Tavuk et ve balık hiçbir et çeşidi yemiyorum. Ek bir protein desteği de kullanmıyorum. Önerilmedi hiç."

E5, Kod 2

"O zaman …(özel hastane) şu kadar küçük bir protein yazmıştı. O da çok iyi gelmişti bana. Yazdı buradan böyle eczaneden raporla aldım. Onun da yüzde onunu benden kestiler. O çok iyi gelmişti günde üç defa kullanıyordum. Değerlerim çok düşükmüş o yüzden onu destek vermişlerdi. O beni baya etkiledi, yaralarıma iyi geldi, baya ayağa kaldırdı."

E3, Kod 1

"Yani bir detaylı tahlil bile yapılmıyor. İşte VAC takılıyor mu takılıyor ama kapsamlı bakılmıyor. İşte demin söylediğiniz gibi bu yaranın iyileşmesi için tansiyon kontrolde olmalı şeker kontrolde olmalı bunlar var mı yok mu bilinmesi lazım. Ama bana bunlara dair hiçbir şey yapılmadı değerlendirilmedim. Yani böyle bir ciddiye alınmıyor gibi geliyor bana. İşte bazı şeyler araştırıyorum ne olabilir ne yapabilirim diye. Özel hastanelerin şeylerine bakıyorum. Onların makalelerini falan okuyorum. Yara bakımı çok ciddi alınması gereken profesyonellerin yapması gereken bir şey. Her türlü etkinin araştırılması gereken yemen içmenden, yatıp kalkmandan,

temizliğinden her şeyinden. Yani neden bu kronik yara, neden kapanmıyor? Bunun sebebi ne? Bunun sebebini bulmak lazım durup dururken kronikleşmez. Bunun için tedavisi için de profesyonel bir ekip lazım. Ama sağlık bakanlığının evde sağlık da böyle bir profesyonellik göstermiyor."

E5, Kod 4

"Şeker hastalığını da bu sekiz ay içinde öğrendim insülin tedavisi başlandı. Önceden bilgi verilmedi."

E6, Kod 4

"Düştüğümde taşa mı vurdum ne yaptım orası morarmıştı. 2 gün yoğun bakımda, 1 hafta serviste yattım. Morluğun dışını ilaçlıyoruz bakıyoruz. Doktorlar hemşireler krem sürdüler kapadılar bir şey yok dediler. Meğer içe doğru büyümüş. Kartaldan bir hemşire hanım geldi. O ölü doku olduğunu anladı."

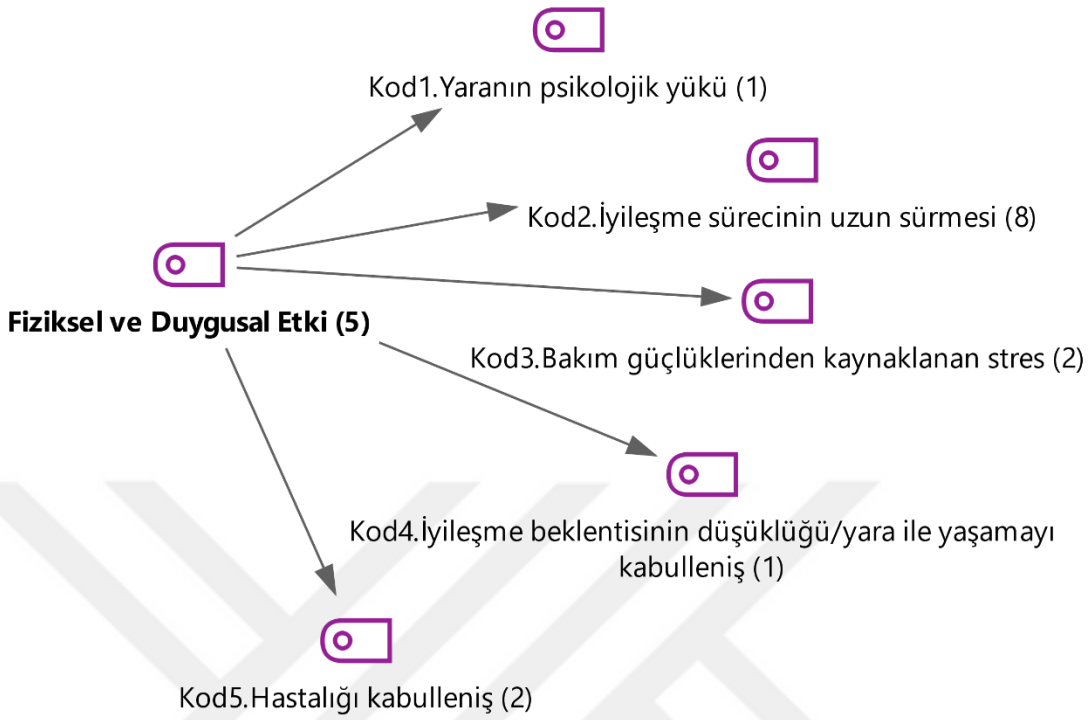
E7, Kod 5

"Doktor geliyor arada ama onlarda anlayamıyorlar, teşhis koyamıyorlar niye iyileşmedi bu yara. Ateşe bakıyorlar tansiyona bakıyorlar. Yakında kan alınmadı. Hastanede kan alıyorlardı hep. Evde sağlıktan kan alınmadı."

E7, Kod 4

Kapsamlı bir bakım alan hastaların görüşlerine örnek olarak katılımcı E8: *"İstediğimiz kadar kuru tutamadık. Çok ishal vardı. Sonra o yavaş yavaş büyüyünce bir cep oluştu sonra o cep oluşumunu engellemek için karar verdik kolostomi açıldı. Sonra o açılan büyük yara, ishalle birlikte açılan, dört sene kadar sürdü kapandı…Her ay hastaneye düzenli gidiyorum, tüm değerlerim kontrol ediliyor."* Yara tedavisi için kolostomi kararı alınmasından ve düzenli olarak tetkik edilmesinden bahsediyor.

Fiziksel ve Duygusal Etki



Şekil 10: Fiziksel ve Duygusal Etki

Fiziksel ve duygusal etki kategorisinin altında kodlar; *iyileşme sürecinin uzun sürmesi, yaranın psikolojik yükü, bakım güçlüklerinden kaynaklanan stres, iyileşme beklentisinin düşüklüğü ve yara ile yaşamayı kabullenişti.* Bu kodları oluşturan katılımcılardan bazılarının görüşlerine aşağıda yer verilmiştir.

"Yara bana hep bir büyük problem veriyor. Yani bu hastalığı atlatıyorsunuz şey olarak beyin olarak ama onun verdiği daha büyük bir yük oluyor. ...Onun haricinde benim hastalığım bile beni etkilemedi. Yani nedense bilmiyorum benimsedim çok, olacakmış oldu. Böyle yatmak tamam sıkıntı ama yaranın psikolojik baskısı daha fazla. "Pantolona kan çıktı mı?" Bakın çok net söylüyorum. "Yine kanayacak mı?" Mesela bu son 3-4 ayda çok kan takviyesi yapılıyor. Bir gece bir kalktık bu yatak olduğu gibi kan yere oluk oluk kan akmış. Mesela bu beni her şeyden daha fazla tedirgin ediyor, etkiliyor."

E8, Kod 1

"Kapattılar orayı. Dikişin biri son dikiş patlamış. Ameliyat olduktan sonra eve geldik. Bak şimdi burada da yanlış yapıyorlar. Eve gönderiyorlar beni ben engelli bir adamım. Cuma günü çıkardılar beni. İki gün sonra pazartesi kontrole çağırdılar beni. Ya niye çağırıyorsunuz kontrole beni, ben üzerine oturmuyorum bir şey yapmıyorum. Ambulansçı arkadaşlar geldi, ambulansa otururken orada mı patladı ne oldu bilmiyorum."

E6, Kod 3

"Biz topla gazlı bez alıyorduk, kesip kesip evde pansuman yapıyorduk. Rahmetli eşim vardı o yapıyordu. Evde davul fırın vardı ona atıp onda dezenfekte ediyorduk. Bize bir eğitim vermediler işte bizi uyarmadılar. Öyle gazlı bezle pansumanımızı kendimiz yapıyorduk. Pansumancı geliyordu da para yetişmiyordu. O zamanlar evde bakım yoktu. Yoktu o zamanlar. Kendimiz krem alıyorduk onları kullanıyorduk. 12 yılda kapandı o yaralar."

E6, Kod 3

"Vallahi bir şekilde alıştım artık insan belli bir şeyden sonra alışıyor zorda olsa mecbur olacak, söylenenleri uygulamak gerekiyor yani."

E3, Kod 5

"Vallahi hiç bilmiyorum ki hocam şu an iyi gibi. Bana kalırsa. Önceden üç gündür bana gelişleri şimdi ikiye düşürdük diyorlar isterseniz üç gün gelelim diye ama bana iki gün yeterli geliyor. İyileşmedi yaralarım ama hiç bilmiyorum ki hastane işinden de pek anlamıyorum. Hep aynı şeyleri söyledikleri için. Onlarda yıllardır beni tanıdılar. Zaten ben işi çözdüm hocam. Hangi yaraya nasıl pansuman yapacağımı biliyorum. O yüzden kendi başımın çaresine bakıyorum."

E4, Kod 4

Fiziksel ve duygusal etki kategorisinin altında olan diğer bir kod "İyileşme sürecinin uzun sürmesi" dir. Hastaların çoğu yıllardır devam eden bası yaralarına sahiptiler. Katılımcılar uzun süren ve sürekli tekrarlayan bası yaraları olduğunu ifade ettiler.

"Böyle ufaldı ufaldı sonra şey olurken birdenbire kendiliğinden yine açıldı. O yandaki ameliyat yerleri kapandı. Arkadaki kapanmadı hiç 2019'dan beri. Arkadaki işte çok az bir şey kalmıştı ama kapanmadı. Yanlar kapandı açıldı. Bir duruyor bir oluyor. Niye oluyor bilmiyorum."

E3, Kod 2

"Ama bu yaralar dediğim gibi çok uzun zamandır açık mesela. Ne oldu da böyle geç kapanıyor anlamadım."

E4, Kod 2

"İlk yatak yaram 12 senede kapandı."

E6, Kod 2

"Şimdi ilk yara aşağı yukarı 17 sene falan oluyor. Yok daha fazla oluyor belki yan taraflarda açıldı ilk yara."

E5, Kod 2

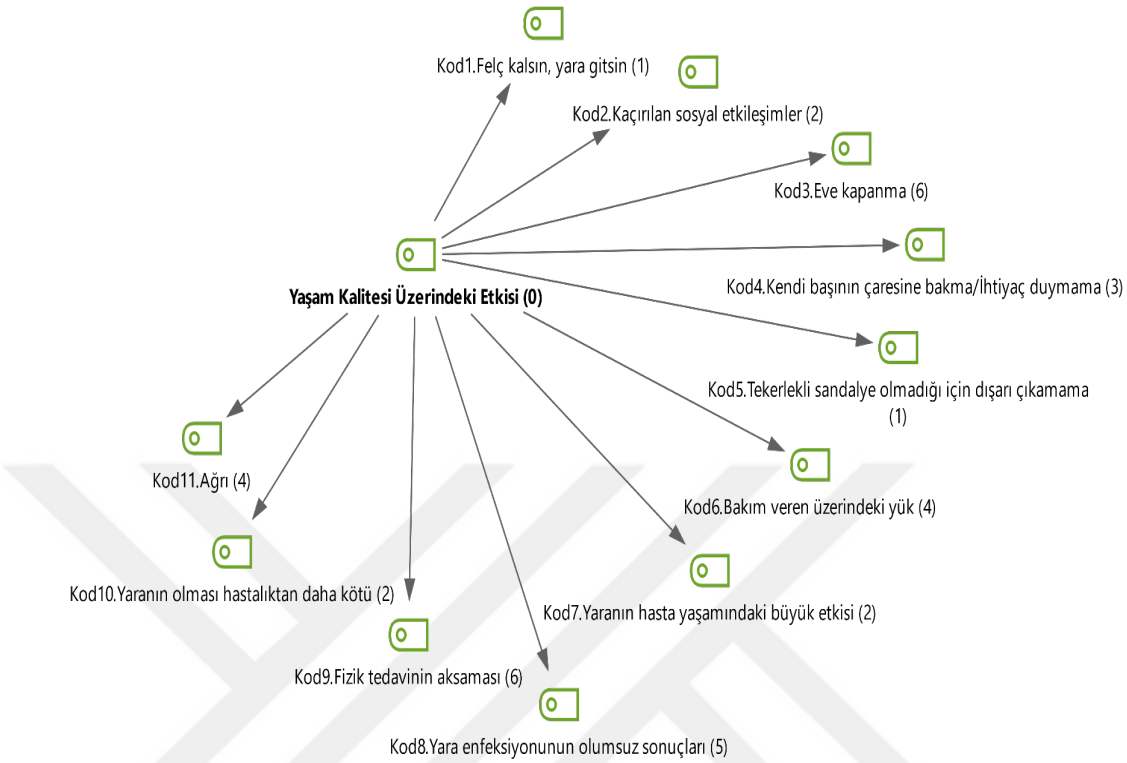
"Şu yandakini 5 yıldır kapatamıyoruz. Artık kronikleşmiş. Kolajen mi denemedik bactigrass mı denemedik kremler mi yok. İki kere kapandı sonra tekrar açıldı. Altıda olmadığı için sadece yüzeysel kapanıyor sonra tekrar geri açılıyor. Doktorların dediği her şeyi yaptık. Bir türlü düzelmedi beş yıldır kapanmadı."

K1, Kod 2

"Önceden düştüğüm zaman yara vardı zaten. Kuyruk sokumunda yara vardı. O yara iyileşti tam o iyileştiği zaman oradan çıktı işte. 8 sene önce. Hiç boş kalmadı diğer yara iyileşti bu yara başladı."

E7, Kod 2

Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisi



Şekil 11: Yaşam kalitesi üzerindeki etkisi

Katılımcılar bası yarasının yaşamlarında ki etkisini ifade ederken oluşturdukları kodlardan bazıları şunlardı: *Yaranın olması hastalıktan daha kötü, Felç kalsın yara gitsin, Yaranın hasta yaşamındaki büyük etkisi.*

"Yara olmasa baya baya iyi olurdu. Yara benim hayatımı hastalığımdan daha çok etkiliyor. Dışarı çıkışımı falan etkilemiyor da yara olunca fazla duramıyorum. Bir işim vs oldu mu çıkıyorum ama çok uzun süre duramıyorum, geri dönüyorum. İşimi yarım bırakıp geri dönüyorum. Bazen enfeksiyon kapıyor antibiyotik kullanmam gerekiyor. Normalde hastalık ile yaşamaya alıştım bana bir zorluğu yok. Ama yara daha sıkıntı."

E4, Kod 7

"Yara beni hastalığımdan daha çok etkiliyor. Hastalığa razıyız artık. Bir de işte o his kaybı yaranın iyileşmemesi de ondan olabilir mi diye. Bir ara dizimde yara vardı başka yerlerde yara oldu oralar hep geçti ama burası hiç iyileşmedi. Kalçadaki

yaralar hiç geçmedi biri 17 yıldır diğeri de sekiz yıldır var. Bu iyileşmemesi her şeyde problem oluyor. Enfeksiyon olduğu zaman hasta ediyor. Benim yaşamıma çok etkisi oluyor. Felçlilik kalksın da yara kalsın mı deseler; yok yok yara gitsin de felç kalsın derim."

E5, Kod 1

"Yara da sorun hastalık da sorun. Yara bize çok engel oluyor. Orası bir iyileşsin ben her gün dışarıya çıkarım gezerim. Yaranın üzerine fazla oturmak istemiyorum ondan çekiniyorum."

E7, Kod 7

"Onun haricinde benim hastalığım bile beni etkilemedi yani nedense bilmiyorum benimsedim çok, olacakmış oldu."

E8, Kod 7

Bu kategori altında katılımcı hastaların üzerinde en fazla durdukları konulardan biri de "fizik tedavinin aksaması" koduydu.

"Biz yaranın kapanmasını bekliyoruz yara kapanmadan fizik merkezleri de almıyor. Şu an tek sıkıntımız yara"

E1, Kod 9

"Sonra bir fizyoterapi merkezine gittiğimiz zaman orada bizi doktorlar da gördü "Burada çok büyük bir yara var. Biz fizyoterapi merkezinde bu yara ile uğraşamayız. Önce yara bakım merkezine gidip bunu iyileştirmeniz ondan sonra buraya gelmeniz gerekiyor." Dediler. "Bu şekilde size fizik tedavi de yaptıramayız." dediler."

E2, Kod 9

"Hatta ayakta durmak için aparat yaptırdım. Tam da aparatın kenarı yaraya denk geliyor. Onu bile kullanamadım 3 senedir."

E7, Kod 9

"Sandalyeyi mesela ilk başlarda çok kullanıyordum. Şu aparatı aldık eşim indiremiyor diye. Buna tutunarak sandalyeye biniyordum aşağı indiriyorlardı. Yaradan sonra kaldı. Onun haricinde benim hastalığım bile beni etkilemedi."

E8, Kod 9

"Ben hastanedeyken üç adım ileri üç adım geri ilerlemiştim fizyoterapist ile. Hastanedeyken yürüyebiliyordum neredeyse. Evde özel fizik tedavi aldık 5-10 gün de şu yaralar açılınca kaldı. Yara bakım hemşiresi başlayıncaya kadar oturur pozisyona gelebiliyordum ancak şu an yaptığı işlemlerden sonra çok fazla ağrı hissediyorum o yüzden oturamıyorum."

E2, Kod 9

"Yaşam kalitesi üzerindeki etkisi" kategorisinde incelenen diğer kodlamalar da ağrı ve yara enfeksiyonunun etkisiydi. Katılımcıların ifadelerine örnek olarak:

"Tek sıkıntımız işte pansuman için kullandığı ilaçlar biraz canımı yakıyor ama dayanmaya çalışıyoruz. Açıkçası ne yapıyor bilmiyorum o pansuman yaparken zaten çok acıyor hiç bakmıyorum. Acı dan da bayılmış gibi bir şey oluyorum. ...Pansuman sonrası iki gün boyunca yanmayı ağrıyı hissediyorum. Aaah… Şu anda mesela sol ayağımda küçük parmağım da bir uyuşma var sol ayağıma öyle bir ağrı giriyor ki aslında tabanda hiçbir şey yok ama ayak tabanına şiddette bıçak batar gibi bir ağrı giriyor. ...Duloxx her gün alıyorum ama genelde geceleri alıyorum. Çünkü geceleri ağrıdan uyuyamıyorum. O işte dün gece biraz uyudum ama yine çok fazla uyuyamadım pek bir etkisi olmadı."

E2, Kod 11

"Belden aşağıda yangı çok oluyor bende. Aşırı yangı oluyor bende. Hiçbir ilaç kullanmıyorum. Önceden kullandım. O ilacı bulamamışlar. Hastaneden yeşil reçete çıkarmamız gerekiyor dediler sonra kaldı kullanmadım."

E7, Kod 11

"O dönem çok antibiyotik alıyordum. Terleme üşümem çok oluyordu bayağı zayıflamıştım. Sonra … hastanesine gittim doktor dedi ki eğer birkaç gün gecikse çok

daha kötü olacakmış, enfeksiyon yaygınmış dedi. Çok mikrop kapmış. 20 gün falan hastanede yattım."

E3, Kod 8

"Tedavi sürecinde bana en zor gelen VAC'lar oldu. 6 ay böyle yattım. Bir de bu arkadaki yaralar açıldı. Büyük abdestimi yaptığım yerde olduğu için bulaştığı zaman enfeksiyon oluyor."

E4, Kod 8

"Çok oldu enfeksiyon kaptığı hastanelere gittim. Bir antibiyotik yaptırıp geliyorduk, rahatlıyordu. Günlerce haftalarca ateşlenip yataktan düşecek şekilde titrediğim sıtma tuttuğu zamanlar oluyordu."

E5, Kod 8

"Süreç çok sıkıntılıydı enfeksiyon yaptı kaç kez acile gittim. Yani çok sıkıntılı süreçler. Vakum uygulandı iki ay kadar. Sonra hep antibiyotik kullandım."

K1, Kod 8

"Vücudumun bir enfeksiyon kapmış da geçen sene o yüzden hastanede yatmıştım önceden yangı üşüme titreme çok oluyordu."

E7, Kod 8

"Eve kapanma" ve "kaçırılan sosyal etkileşimler" kodlarını oluşturan katılımcı ifadeleri şöyleydi:

"Evden sadece hastane için çıkıyoruz. On aydır evden 2-3 kez sadece çıktık."

E1, Kod 3

"Yara olunca fazla duramıyorum. Bir işim vs. oldu mu çıkıyorum ama çok uzun süre duramıyorum, geri dönüyorum. İşimi yarım bırakıp geri dönüyorum."

E4, Kod 2

"Bir yere de gidemiyorum. Akraba eş dost çağırıyor gidemiyorum. Yara sulanıyor çamaşırı her yeri ıslatıyor. En basiti bu. Sonra koku yapıyor."

E5, Kod 2

"Dışarı çıkıyorum. Sekiz aydan beri yara oldu çıkmıyorum. Yara nedeniyle çıkamadım. Ufak bir dışarıya çıkmak çok değişiklik oluyordu."

E6, Kod 3

"Tekerlekli sandalye ile çıkıyordum. Bu sene çıkamadım. Yara yüzünden. Çok oturunca kanama yapıyor. ...Yara bize çok engel oluyor. Orası bir iyileşsin ben her gün dışarıya çıkarım gezerim."

E7, Kod 3

"O dönemde aktiftim sandalye ile geziyordum. Ama uzun süre şu an gezemiyorum arabaya da binemiyorum kanama oluyor. Belki psikolojik olabilir. Uzun süreli arabaya binemiyorum."

E8, Kod 3

Birkaç katılımcı ise bakımlarıyla ilgilenen yakınlarının yaşadığı zorluklardan bahsettiler. Örnek olarak katılımcı K1:

"Bu yara işi hastaya da zor hastaya bakana da zor. Maddiyata da zor. Uzun sürüyor. Kızıma çok sıkıntı oluyor. O bakıyor her şeyime. Eşimde 2 sene yatalak yattı. Hep kızım baktı ikimize. 15 yıllık işinden ayrıldı, evliydi kocasından ayrıldı. Bana baktı hep. Keşke devlet hasta yakınlarını da düşünse. Tek çocuğum o, eşimde yok bir ikimiz kaldık. Kızım bir yere uzağa gideceğinde para ile mahallede bir tanıdık bakıyor. ...Keşke devlet tek başına hastasına bakan, akrabası olmayanlara bakıcı desteği verse. Bizim hayatımızı bir tık kolaylaştırmak için. Özellikle yalnız olanları. Ama yok yapacak bir şey yok."

K1, Kod 6

"*Eşim de hiçbir yere gidemiyor. Allah göstermesin köyde belde bir cenaze olsa gitme şansı yok."*

E7, Kod 6

4.2.4. Tema 4: Tek başına yol alan hasta

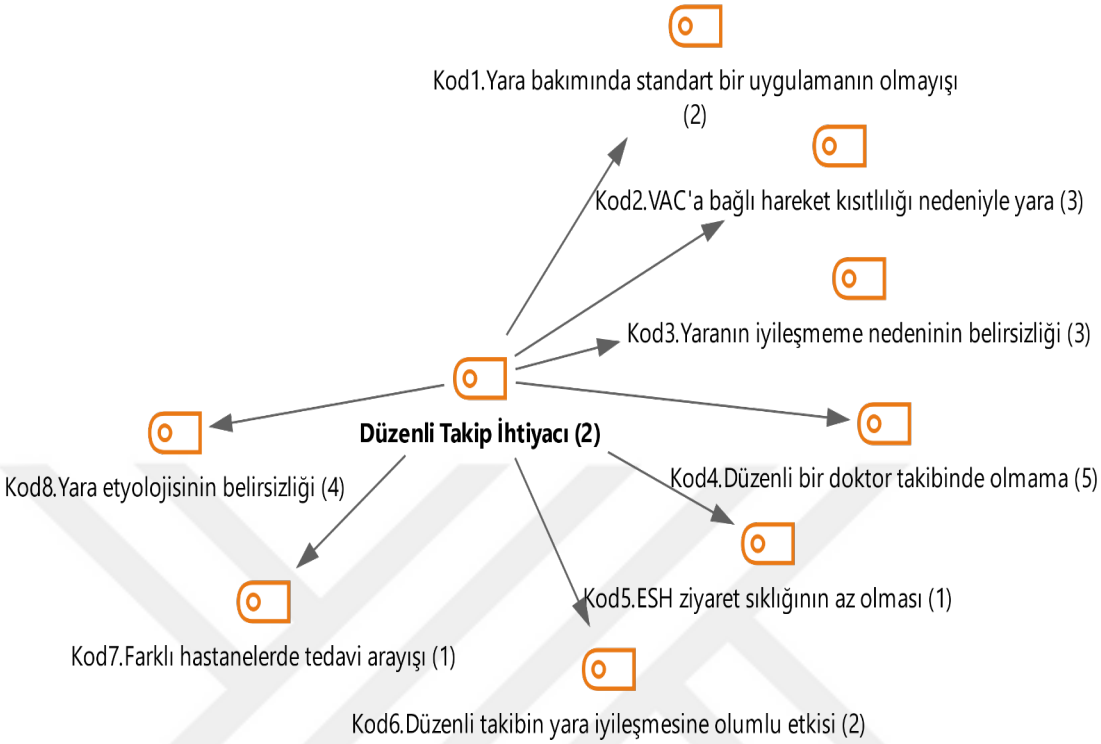
Bu temayı oluşturan kategoriler ve altındaki kodlar:

Tablo 5: Tek başına yol alan hasta temasının kategori ve kodları

KOD	KATEGORİ
• VAC'a bağlı hareket kısıtlılığı nedeniyle yara • Yara etyolojisinin belirsizliği • Yaranın iyileşmeme nedeninin belirsizliği • Düzenli takibin yara iyileşmesine olumlu etkisi • Yara bakımında standart bir uygulamanın olmayışı • Düzenli bir doktor takibinde olmama • Farklı hastanelerde tedavi arayışı • ESH ziyaret sıklığının az olması	**Düzenli Takip İhtiyacı**
• ÖSS'nın yara bakım malzemelerini karşılaması/maddi rahatlık • Devletin yetersiz maddi desteği • Malzeme/bez alımının maddi zorluğu • Tedavi için borçlanmak • Uzun süren tedavi süreci nedeniyle malzemenin maddi yükü • Örtü/krem tedavi edici malzemelerin ödenmemesi • Özel ambulans tutmak • Özel yara hemşiresi ücreti	**Mali Yükler**
• Engelli raporunun yenilenmesini kolaylaştıran ESH • Doktorun yakın takibi • ESH yokken kendi kendine bakım mecburiyeti • ESH ev ziyaretinin düzensizliği • ESH yara bakımında uzman personel eksikliği • ESH; adı var kendi yok • ESH personelinin ilgisizliği/pansumanı baştan savma yapmaları • ESH personelinin suratsızlığı • Planlı ev ziyaretinin gecikmesi • Planlanmış ev ziyaretinin gerçekleşmemesi • ESH başvurusunun cevapsız kalması	**Evde Sağlık Hizmetlerinin Takibi**

• Nereden ne hizmeti alacağı bilgisine ulaşamama • Şikayet yoluyla iş çözme • Belediye, ESH, Özel hemşire üçgeninde karmaşık bir tedavi-takip • Diğer branş raporları için ESH'a gitme gerekliliği • Tedavi-takip kaydının e-nabızda bulunmaması	**Zayıf Koordinasyon**
• Geçmişte VAC tedavisini sadece özel yaptırabilme • Tedavinin niteliğini kurumsal değil bireysel değerlendirme • Kaynak kısıtlılığı • Uzman bakım talebi • Geç yapılan VAC tedavisi • Uzman bakımına ulaşamamaya bağlı tedavi gecikmesi • Toplu taşıma ile hastaneye ulaşımda engelliliğin verdiği sorun • Uzun randevu bekleme süreleri • Yeşil reçeteli ilaç almanın zorluğu • İmmobilitenin nedeniyle sağlık hizmetine erişememe • Geç randevu sebebiyle özel sağlık hizmeti arayışı • Kendi başının çaresine bakma/İhtiyaç duymama	**Sağlık hizmetine erişim zorluğu**

Düzenli Takip İhtiyacı



Şekil 12: Düzenli takip ihtiyacı

Düzenli takip ihtiyacı kategorisini oluşturan, görüşme verilerinde ki kodlanmış bölümlere örnekler şöyledir:

"Düzenli olarak takip eden biri olmadı. Önceden hep farklı doktorlar işte ne yapalım."

E3, Kod 4

"Ben karşıdan geldim, biz Bahçelievler'den kentsel dönüşüm için geldik. Orada mesela oranın Sağlık Bakanlığı üç ayda bir kan tahlili bazı tetkikler yapıyordu. Burada hiç yapmıyorlar. Bilmiyorum yani ben burada doktoru bir VAC zamanı gördüm bir daha hiç görmedim. Ama işte yani takip edilen bir hasta varsa ona bir periyodik bakim verilmeli. ...Ama takip edilmedim her şey benim inisiyatifime bırakılmış gibi geliyor."

E5, Kod 4

"Devamlı hep aynı ekip gelmiyor her zaman değişiyor. İlk defa beni bugün aradılar böyle böyle doktorumuz gelecek. Evde sağlıkta sağlık bakanlığında hiç doktor gelmedi. ...Pansuman için çağırıyordum ben evde sağlığı. Büyük şehrin ki hoşuma gitti mesela doktor geliyor. Ama evde sağlıktan gelmedi mesela."

E6, Kod 1

"Önceden etraftaki hastanelere gidiyordum. Özele gidiyordum mecbur ne yapayım. Bir ara eğitim araştırmaya gittim biraz. O da gerek yok bir işlem yapmaya pozisyon değiştir işte minder koy dedi, öyle kaldı."

E3, Kod 7

"Belediye haftada bir sefer geliyor. Evde sağlık geliyor bir de. Cuma pazarda pansumancı geliyor, özel. Evde sağlık hizmetlerine sekiz ay önce yaram açılınca başvurduk. Böyle olduğum için herkes biliyordu. Ama doğru dürüst bir randıman alamıyordum. Hep değişikler geliyorlar. Düzenli bir sağlık hizmeti alamadım. ...Yani bizi kontrol altında tutmaları lazım. Öyle olunca moralman düzelme oluyor. Siz geldiniz bilgilendirme yaptınız ne güzel memnun oldum."

E6, Kod 4

Bası yaralarının düzenli takibi risk faktörlerinin ve yara etyolojisinin belirlenmesini sağlar. Uygulanan tedavi planının etkinliğini değerlendirmek için de önemlidir.

Bu kategori altında ki "yaranın iyileşmeme nedeninin belirsizliği" ve "yara etyolojisinin belirsizliği" kodlarını oluşturan katılımcı ifadelerine örnekler şunlardır:

"Yara hiç açılmamıştı ilk kez 2019 yılında açıldı evde iken bir anda açıldı birdenbire böyle açıldı."

E3, Kod 8

"Yara ilk şuradaydı soldaydı sandalyeye oturduğum yerde. Hiç fark etmedim öyle sandalyeden mi oldu ne oldu birden açıldı. Neredeyse 20 yıldır hiç açılmamıştı ama doktor dedi ki belli bir yaştan sonra artık vücut yaşlandıkça olur dedi o zaman. Yani

doktorun dediğini diyorum hocanın dediğini, bilmediğim için. Hoca o da başhekimdi. Belli bir yaştan sonra açılır dedi. Çok üstüne yatarsan olur dedi. Ufaktı işte açıldı."

E3, Kod 8

"Ben hep dışarı çıkıyordum sabahtan akşama geziyordum. Maçlara bile gidiyordum. O gün nasıl oldu yara açıldı ben anlamadım."

E6, Kod 8

"Bir şey yokken kendiliğinden açıldı bu yara. İğne çiziği gibiydi. Hiçbir şey olmadı."

E7, Kod 8

"Yani neden bu kronik yara, neden kapanmıyor? Bunun sebebi ne? Bunun sebebini bulmak lazım durup dururken kronikleşmez."

E5, Kod 3

"Kolajen mi denemedik, BACTIGRAS mı denemedik, kremler mi. Yok. İki kere kapandı sonra tekrar açıldı. Altıda olmadığı için sadece yüzeysel kapanıyor sonra tekrar geri açılıyor. Doktorların dediği her şeyi yaptık. Bir türlü düzelmedi beş yıldır kapanmadı."

K1, Kod 3

"Doktor geliyor arada ama onlarda anlayamıyorlar, teşhis koyamıyorlar niye iyileşmedi bu yara. Ateşe bakıyorlar, tansiyona bakıyorlar."

E7, Kod 3

Bir hasta çift taraflı uygulanan VAC tedavisi süresince hareket kısıtlılığı nedeniyle oluşan bası yaralarından bahsetti:

"Bu arkadaki iki yara evde 2021'de açıldı. O dönemde şeyler vardı ben de. Bu makineye bağlıyorlar ya vakum mu diyorlar. VAC. Onlar varken mecbur hep sırtüstü yatıyordum. O yüzden alt taraflarda iki tane yaralarım açıldı. Sağlı sollu iki yaramda da VAC takılıydı. Çevirmeye çalışıyordum çevirdiğim zaman makine ses yapıyordu. Mecbur sağ sol yatamıyordum hep sırtüstü yatıyordum. O yüzden iki tane

de altta açıldı. Onlar bayağı derin, yok kapanmadı. En derinleri de zaten onlar. VAC sonrası açıldı.

…Tedavi sürecinde bana en zor gelen VAC'lar oldu. O zaman hiç yataktan çıkamıyordum. Altı ay böyle yattım. Bir de bu arkadaki yaralar açıldı. Büyük abdestimi yaptığım yerde olduğu için bulaştığı zaman enfeksiyon oluyor.

… Pozisyon değiştirmemi söylüyorlardı hocam da biliyorsunuz doktorlar yapabiliyordu sadece. Ben hani döndüğüm zaman ses yapıyordu, uyarı veriyordu, tıkanıyordu. Öyle olunca da bir daha ki zaman onlar gelinceye kadar biz onu söküyorduk. Söktüğümüz için o pozisyonda yatmamak için mecburen sırtüstü yatıyordum yüzüstü yatıyordum ama yine de uyarı veriyordu ötüyordu.

…Mecbur kaldık. Gene dönüyordum ama mümkün mertebe dönmemeye bakıyordum. Basınçlı yapıyor ya hocam o kablolar çıkıyor bantlar zaten ufak bir harekette açıldığı zaman hava aldığı zaman hemen ötmeye başlıyordu. Açıkçası ben o VAC'lardan hiç memnun kalmadım. Daha çabuk kapatıyor dediler ama benim en eski yaralarım onlar hiç kapanmadı. Soldakine de VAC yapıldı ama VAC ile kapanmadı."

E4, Kod 2

Bir katılımcı düzenli olarak her ay takipte olduğunu ifade etti:

"Her ay hastaneye düzenli gidiyorum, tüm değerlerim kontrol ediliyor. …Hep aynı hastanede takip edildi Anadolu sağlık Hopkins. İlk oraya yakın bir yerdeyken bu olay olmuştu oraya gitmiştik. Ondan sonra 14 yıldır hep onlar bildiği için biz hep oraya gittik. Evde sağlığa yeni başvurduk. Öncesinde hiç başvurmamıştık. Hep hastaneye gidip geliyorduk. …Allah önce bankama zeval vermesin sonra hastaneme. Memnunuz hem de nasıl memnunuz."

E8, Kod 6

Katılımcılardan bazıları bası yarası tedavi sürecinde farklı uygulamalar ve öneriler olduğunu dile getirdi:

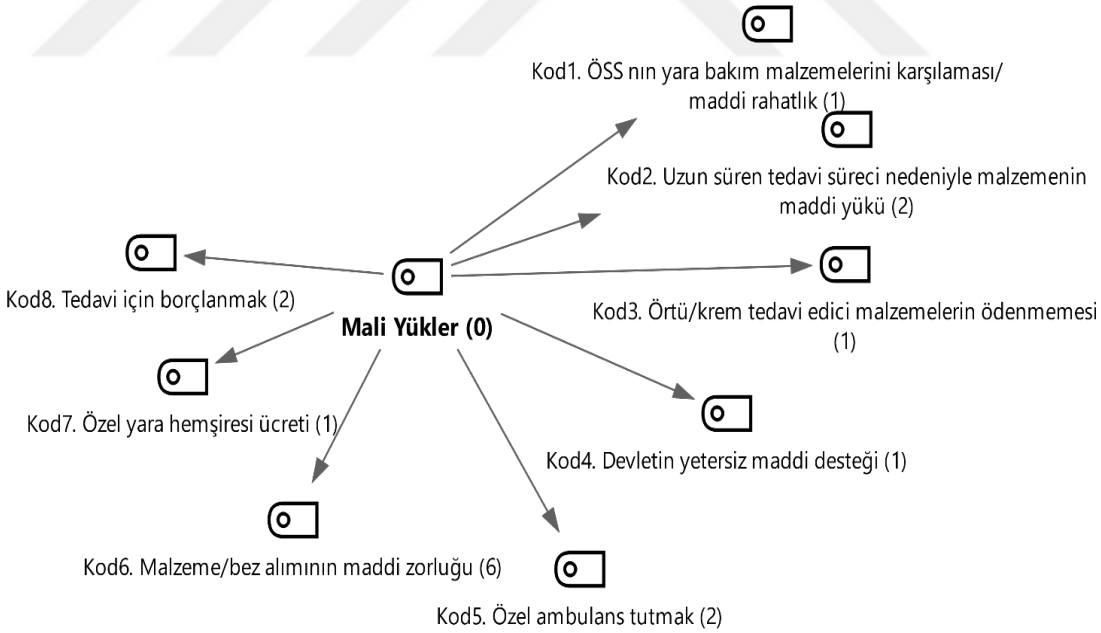
"Ben de Kartal plastik cerrahiye gittim. Hiç bakmadı bile direk yara bakıma yönlendirdi. Yara bakım baktı hiçbir şey yapmaya gerek yok SILVERDIN ile pansumana devam et yara temiz dediler. Belediyeden pansumana gelen ekipte SILVERDIN hiç önermiyor. Onlar da RIF öneriyor onunla pansuman yapıyorlar. İşte belediye SILVERDIN içinde bir gümüş var yaraya iyi gelmiyor yarayı sulandırıyor diyorlar."

E5, Kod 1

"Tedavi sürecinde bana zor gelen doktor değişiyor. Her yeni gelen doktorun bana önerdiği yeni şeyler var. Tedavi olarak bakım olarak değil de şu ameliyatı yapalım bu ameliyatı yapalım. Onlar çok kafamı karıştıran şeyler onun haricinde bir şey olmadı yani."

E8, Kod 1

Mali Yükler



Şekil 13: Mali yükler

Katılımcılar bası yaraları için uygun yara bakım hizmetlerine erişmenin mali yükünden bahsettiler ve finansal kaygılarını ifade ettiler.

"Bizim şimdi emekli parasıyla buna bakmamıza imkan var mı? Yok. Beziymiş eldiveniymiş bantlarıymış şusuymuş busuymuş. Gidiyorsun bir bez alıyorsun atıyorum 800 TL tutuyor, devletin verdiği 200 TL misal olarak. Oğlanın desteği sayesinde alabiliyoruz. O bir tane krem 350 400 TL. Spançlar tutuyor. Bez için devlet veriyordu o da 180 200 mü ne veriyor bizim bir tanesi zaten 350 TL."

E1, Kod 6

"Medikal ürünleri devlet ödemiyor kendimiz karşılıyoruz."

E4, Kod 6

"Evde sağlıktan gelemediği günler en azından malzeme desteği verseler çok iyi olur. Belediye de malzemeyi bir veriyor bir vermiyor. Bir ara örtüleri kremleri falan da kestiler depolarda yok falan dediler. Ama en çok ihtiyacım olan gazlı bez bant onlar çok eksik. Bezde bir sorun. Bir de ben artık bez değil örtü kullanıyorum. Bez daha pahalı hasta örtüsü kullanıyorum o ucuz olmasına rağmen yine de verilen bez parası yetmiyor."

E5, Kod 6

"Gazlı bez, bant bazen krem istiyorlar hepsini biz karşılıyoruz. SGK karşılamıyor. Malzeme bizim büyük sıkıntımız. Tek maaşla. Keşke devlet yardımcı olsa, malzeme verse."

K1, Kod 6

"Pansuman malzemelerini ben alıyorum. Krem aldım geçen 500 TL. Gazlı bez alıyorum bant alıyorum."

E6, Kod 6

"Gelenlerden yalvarıyorum pansuman ıslandığı zaman değişmek için. O sana gösterdiğimiz kremlere 800 TL verdik cebimizden aldık. Zorluyor tabi zorlamaz mı? Maddi açıdan ucuz bir şey değil bazen günlük değiştirmemiz gerekiyor, ıslandığı zaman. Bir ara günde 2-3 kez değiştiriyorduk, çok akıyordu. Bez kullanıyorum, günde 4 kez TAK yapıyoruz."

E7, Kod 6

"Annemin babamdan kalan emekli maaşı olduğu için bana engelli maaşı vermiyorlar. Sadece bakım maaşı alıyorum. Onu da zaten ancak çocuklarla ilgileniyorum. Bu yara malzemelerini abimler alıyorlar ama yine bana da yansıyor. Tekerlekli arabalarla ilgili bir sorun yaşıyorum. Eskidiği zaman alması sorun oluyor."

E4, Kod 4

Katılımcı E8 özel sağlık sigortasının yara bakım malzemelerini karşılamasını dile getirdi:

"Sağlık sigortam özel bakım hemşiresi gibi sürekli olarak evde hizmetleri karşılayabiliyor. Kullandığımız yara malzemelerinin özel bir kremlerin diğer tüm malzemeleri sigortam karşılıyor. SGK'nın karşılamadığı özel kremleri de gazlı bezleri de sigorta karşılıyor. Açıkçası karşılamasa ben de kullanamam onları."

E8, Kod 1

"…(özel hastane ismi)'dan sonra …(özel hastane ismi)'a gittim. Kendi imkanımla. Gitmeyecektim çok paraydı da kredi çektim gittim. Her neyse gittik oraya. O zaman krem yazmışlardı, kolajen örtü. Daha önce yapılanlar onlar baya pahalıydı. Arkadaşlardan filan şuradan buradan borç ile aldım bir şekilde, çok ürün kullandım. Kolajen örtü baya kullandım. Kolajen örtü çok yazdılar kolajeni devamlı kullandım devamlı onu almak zorundaydım."

E3, Kod 8

"Malzeme de vermiyorlar. Malzeme de medikallerden eczanelerden alınacak gibi değil. Yani belli bir süre birkaç ay için olsa alınır da uzun süre olunca alınacak gibi değil. Tavsiye edilen kremleri alabilirim ama ne kadar sadece birkaç ay kullanacağım ayda bir de belli bir miktar ödeyeceksem alabilirim."

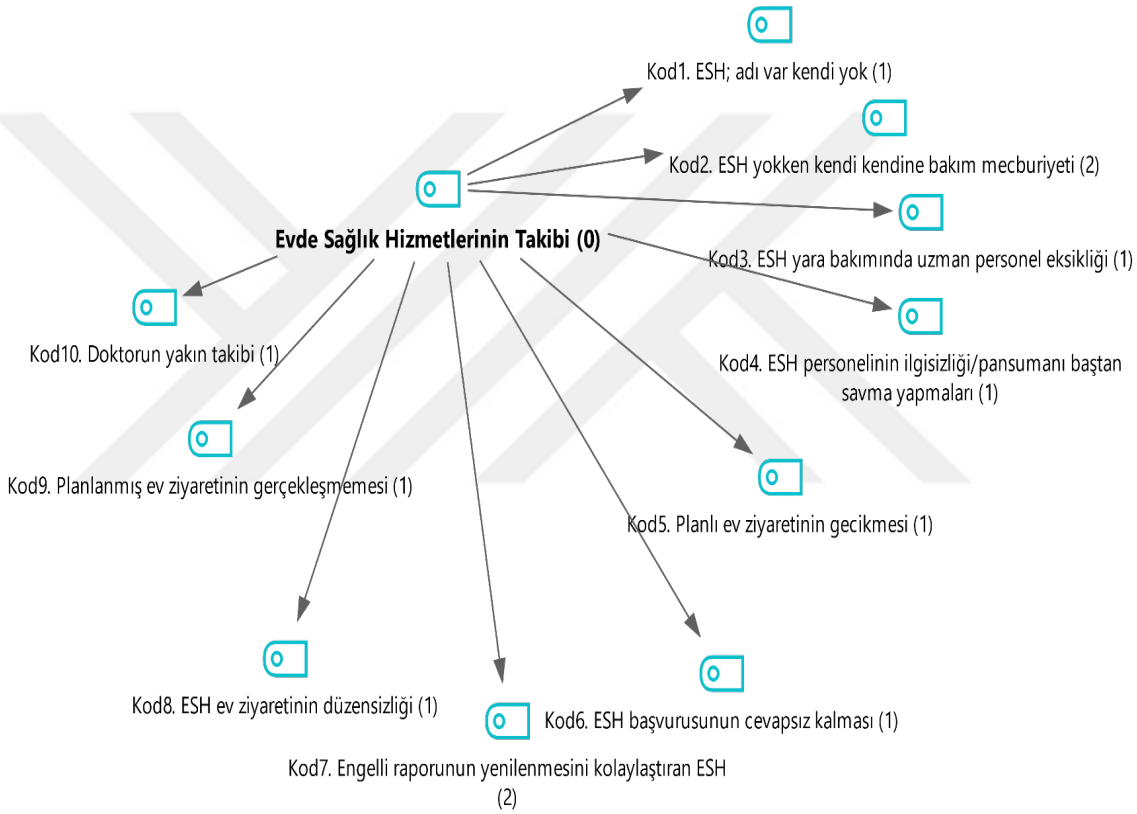
E5, Kod 2

"Özel tuttuğumuz yara hemşiresine para veriyoruz. ...Fizyoterapi merkezine kendi imkanımla gittim. Kendim özel ambulans tuttum."

E2, Kod 5,7

Evde Sağlık Hizmetlerinin Takibi

Şekil 13: Evde sağlık hizmetlerinin takibi



Şekil 14: Evde sağlık hizmetlerinin takibi

Görüşme kılavuzumuzun "bakıma erişim ve bakım kalitesinin değerlendirilmesi" bölümünde katılımcılara yönelttiğimiz sorulardan biri; Yara bakımı için nereden ve nasıl bir sağlık hizmeti aldınız? idi. Hastaların hepsi belli bir dönem Sağlık Bakanlığı'na bağlı Evde Sağlık Hizmetleri'nden hizmet almıştı. Katılımcıların bazıları hizmetten duyduğu memnuniyeti ifade ederken bazı

katılımcılarda yaşadıkları sorunlardan bahsettiler. Bu konuyla ilgili görüşlere örnek olarak:

"Yani sanki ne bileyim; böyle bir hizmetimiz var diye yapılıyor gibi geliyor. Evde sağlık hizmetimiz var mı var. Ama şimdi bana söylenen çok ciddi bir şey. Hatta bu yaradan ölüm riski bile vardı bir aralar çok iyi temiz bakman lazım iyi pansuman yapman lazım dediler. Ama takip edilmedim her şey benim inisiyatifime bırakılmış gibi geliyor. Şimdi haftada üç kez geliyorlar ondan önce bir kez geliyorlardı. Yani biz bir kere gelir yaparız ondan sonra sen ne yaparsan yap. Etkili olmadı hiçbir şey. Desinler gibi oluyor işte. Var mı evde sağlık hizmetiniz var şuraya gidiyor musunuz gidiyoruz."

E5, Kod 1

"Bunun için tedavisi için de profesyonel bir ekip lazım. Ama sağlık bakanlığının evde sağlık da böyle bir profesyonellik göstermiyor."

E5, Kod 3

"Bir tek sıkıntı geliş saatleri. Bugün diyelim dokuzda geliyorsa öbür geldiğinde akşam beşte geliyor. Ben de bekle bekle bekle beklemenin ne olduğunu hepimiz biliyoruz. Belli bir standart olsa."

E1, Kod 8

"En son bugün bir kan almak için geleceklerdi 9-9:30 arası geleceğiz kahvaltı yapmayın dediler. Ben de ilaç alıyorum sabah akşam. Sonra ona doğru geleceğiz dediler. Sonra dediler 11-12 arası geleceğiz. Bu kadar bekledim biraz daha bekleyeyim dedim ama ağrılarım da var artık ağrı artık ayaklarıma öyle bir vurdu ki kendimi çok kötü hissettim yine 12:20'ye kadar bekledim 12:20'ye kadar yemeğimi yemedim sonra yemeğimi yedim ilaçlarımı içtim. Ama bak ağrım hala devam ediyor ilaçlar hala etki etmedi."

E2, Kod 9

"Yara bakımı için evde sağlığa veya belediyeye hiç başvurmadık. Zaten açık konuşayım pek memnun da kalmadım bu evde sağlık olayından. İlgilenmeleri

yetersiz. Hayır o anlamda değil. Gelen arkadaşlar bana iki kez geldiler. İlk geldiklerinde gayet iyiydi. Sonra gelenler ayağıma pansuman yaptılar yani o pansumanı ben kendim şu vaziyetteyken bile yaparım. Söylediğim halde yok bir şey olmaz nasılsa sürekli açılacak sürekli pansuman yapılacak. Bundan sonra da böyle giderse çağırmayı düşünüyor değilim. Yanlış anlamayın ama eşim 13 senedir tam bir hemşire gibi oldu."

E8, Kod 4

"Benim genelde gelen personel ile sorunum var bazıları çok suratsız oluyorlar yani bir şey istendiğinde tabii ki yapıyorlar. Gelen personel ile alakalı mesela doktorumuz malzeme size bırakılsın diyor sadece eşimin emekli maaşı ile geçiniyoruz. Malzeme istediğimizde çok ters yapıyor bazıları. Genelde insanlarla sıkıntımız var. Sorularımızı cevaplıyorlar genelde."

K1, Kod 4

"Şu an bu evde sağlık çok güzel ama devamlılığı önemli. Devamlılığı derken mesela. Saat 9:00'da gelip de bir dahakine akşam beşe kalması yanlış. Bana hemşire gelirken sonra gelmemesi yanlış. Bunların hep düzenlenmesi lazım. Oradaki o organizeyi yapan dağıtımı yapan bu işi takip edemiyor yapamıyor yani. Şu saatte geleceğiz diyorlarsa ben kendimi ona göre ayarlamam lazım. Bunların hep düzenlenmesi lazım. Oradaki mesela organizeyi yapan dağıtımı yapan başhemşire midir artık kimse bu işi takip edemiyor bence. Daha düzenli koordineli olması lazım."

E1, Kod 8

Bazı katılımcılar ESH olmadığı zamanlarda yaşadıklarını anlattılar:

"Öyle gazlı bezle pansumanımızı kendimiz yapıyorduk. Pansumancı geliyordu da para yetişmiyordu. O zamanlar evde bakım yoktu. Yoktu o zamanlar. Kendimiz krem alıyorduk onları kullanıyorduk. 12 yılda kapandı o yaralar."

E6, Kod 2

"O zamanlar hiçbir şey yoktu ne siz vardınız ne belediye vardı."

E5, Kod 2

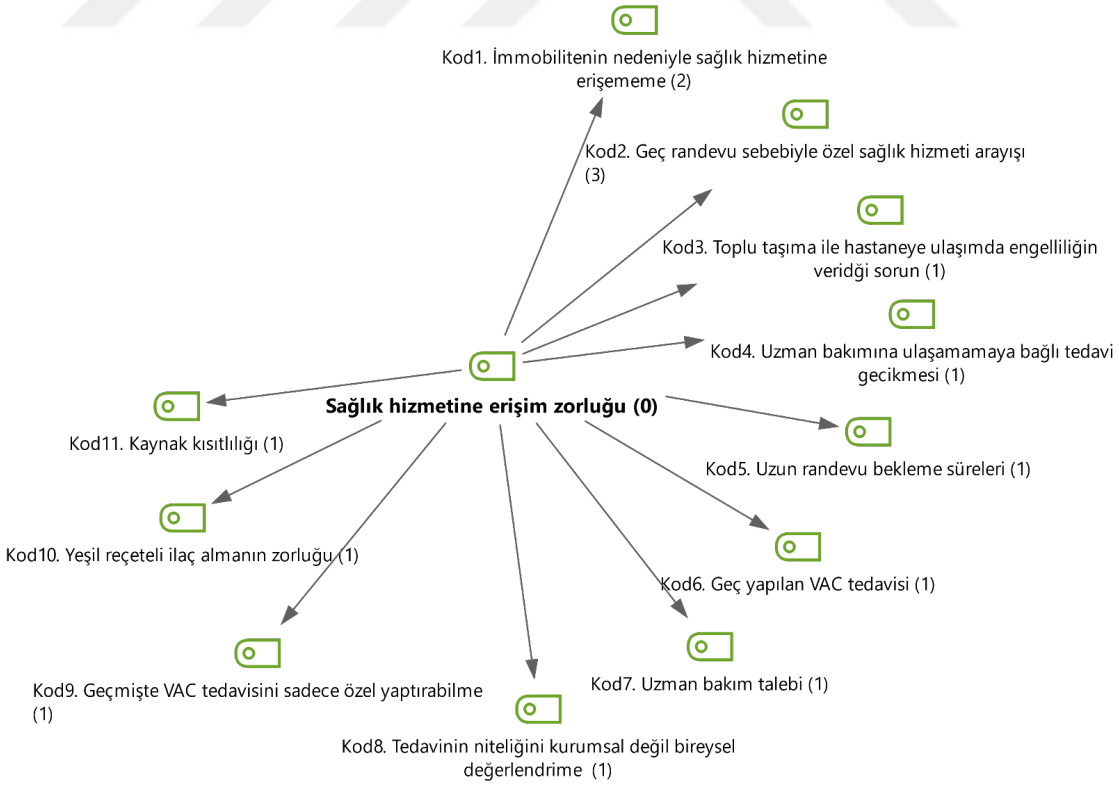
"Evde sağlığa yeni başvurduk. Öncesinde hiç başvurmamıştık. Hep hastaneye gidip geliyorduk. Aslında şöyle bizim engelli raporumuz vardı onun süresi doldu. Gezmek zor olduğu için heyet raporunu yenilemek için evde sağlığa başvurduk. Yara bakımı için evde sağlığa veya belediyeye hiç başvurmadık. Evde sağlık hizmetlerinin de bu evde heyet raporunu çıkarmama yardım etmesi çok iyi oldu. Hastaneye gidip dolaşmadım. Sandalyeyle dolaştırsalar yorgunluk oluyor tabi. Eve geldiler hastaneye telefonla bağlandık oradaki hekimlerle görüştüm telefonla."

E8, Kod 7

"Evde Sağlıkta bir yara doktorumuz vardı o özel ilgileniyordu o sık sık arıyordu soruyordu. Bir tek o ilgilendi Allah razı olsun. On numara doktordu. Enfeksiyon sürecinde iki günde bir aradı. Hastasını takip ediyordu yani."

E1, Kod 10

Sağlık Hizmetine Erişim Zorluğu



Şekil 15: Sağlık hizmetine erişim zorluğu

Hastalara görüşme esnasında "Bakıma Erişim ve Bakım Kalitesinin değerlendirilmesi" başlığı altında sorduğumuz sorulardan ortaya çıkan kategorilerden biri "Sağlık Hizmetine Erişim Zorluğu" idi. Hastaların bu konudaki görüşlerine örnek olarak aşağıdaki ifadeler yer aldı.

"Size gösterdiğim ilk yara açıldığı zaman siyah bölümlerde VAC tedavisi çok işe yaradı. Ama ilk yaptırdığımızda devletin bünyesinde vakum yoktu. Biz 4-5 hastane ile görüşüp kendi imkanlarımızla özel bir firmaya taktırdık."

K1, Kod 9

"Belediye sizin kadar malzeme de özgür değiller en fazla merhem kullanıyorlar öyle örtücü gümüştü VAC'tı yok. Belediye malzeme konusunda çok kısıtlı. Genelde ıslak pansuman FITO filan kullanıyorlar."

E5, Kod 11

"Bir dönemde VAC tavsiye ettiler biz de evde sağlıkla görüştük VAC için sırada bekleyen çok kişi var dediler. Özeli araştırdık özelde seansı 2000 TL dedi."

E1, Kod 2

"En son CİMER'e yazı yazdım. CİMER'den buraya bildirdiler. Oradan yönetim çağırdı beni. Dediler: "Gel seni direk Gaye hanımla görüştüreceğiz." Oradan Gaye hanım gördü beni: "Tamam" dedi. "Bunu ameliyat edeceğiz." dedi. Ya bak sekiz aydır bana ufak dediler. Ufak dedikleri yere bak gördünüz mü kızım koskoca yeri kesmişler. Bu da hocanın takipsizliği pratisyenlerin bilinçsiz hareketleri."

E6*, Kod 4*

"İşte geçen gün gittim, 15 gün sonra bir daha gel dediler. Buraya gel diyorlar da kolay değil ki ambulans bulmam lazım. Bir de hocanın orada olduğunu bilmem lazım. Pratisyene güvenim kalmadı. Uzman doktor kontrol etse daha iyi olur. Bakın sekiz aydan beri ufak dediklerine bakın. Hocanın en son görmesi bakın nasıl işe yaradı hemen ameliyat yaptık."

E6, Kod 1

"Kartal'da ki yara merkezine gittik. Kartal'da yara tedavi merkezinde bize bir sıra verdiler 15 gün sonraya. Ama benim 15 gün vaktim yok yatacak yeri de yoktu. 15 gün sonraya sıra verince bu sefer mecbur evde yara bakım için hemşire tuttuk. ...Yara merkezine alınmayacağımızı öğrenince 15 gün sonraya randevu verince beklemek istemedik. Çürür yoksa. Mecbur eve birini tuttuk."

E2, Kod 2

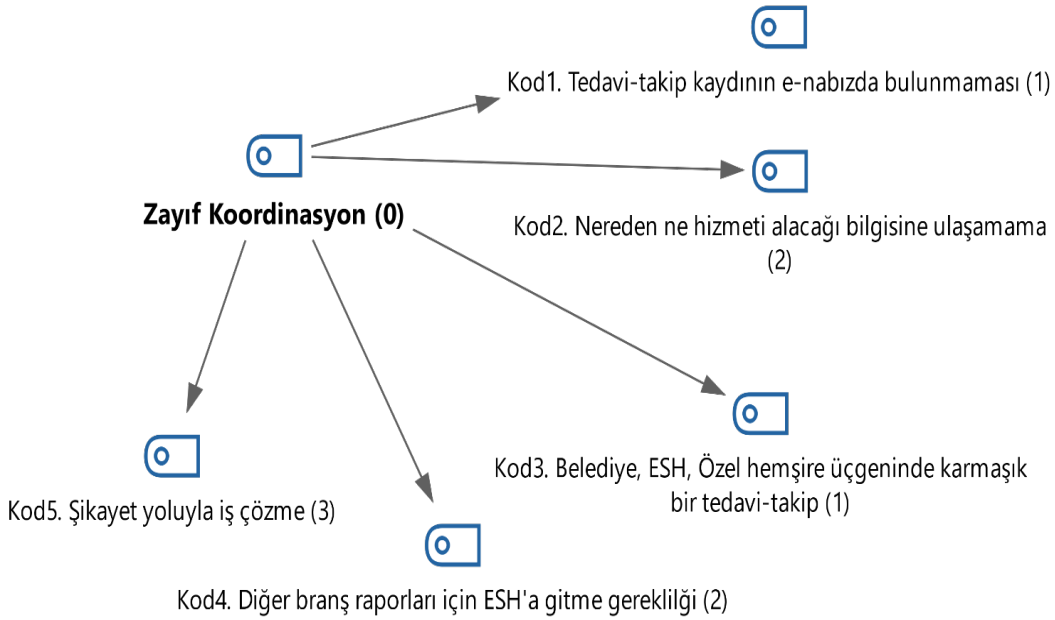
"Ağrılarım için önceden kullandım. O ilacı bulamamışlar. Hastaneden yeşil reçete çıkarmamız gerekiyor dediler sonra kaldı kullanamadım."

E7, Kod 10

"Bir de nakil için ambulans filan istemekte sıkıntı oluyor. Ben keyfimden ambulans istemiyorum. Onlar diyorlar ki yarın üzerine oturmayın diyorlar yaranın üzerine oturmamam için ambulans ile gitmek gerekiyor. Kendi imkanlarım ile gittiğim zaman metroya kadar gidiyorum. Metroya biniyorum mecburen yaranın üstüne oturuyorum."

E6, Kod 3

Zayıf Koordinasyon



Şekil 16: Zayıf koordinasyon

Bu kategoriyi oluşturan kodlar: “Nereden ne hizmeti alacağı bilgisine ulaşamama”, “Şikayet yoluyla iş çözme”, “Belediye, ESH, Özel hemşire üçgeninde karmaşık bir tedavi-takip”, “Diğer branş raporları için ESH'ye gitme gerekliliği”, “Tedavi-takip kaydının e-nabızda bulunmaması” dır.

“Sekiz aydır hep hastanelere kendim başvurdum. Evde sağlık ekstra bir işlem yapmadı. Vakum falan bağlattım ama kendim bağlattım mesela. Evde sağlıkta olduğunu bilmiyorduk ki bilgisi verilmedi. VAC’ı ben kendim özel bağlattım. Yok bilmiyoruz ki yani. Özel tuttum pansumancı dedi: “Buna bir VAC yapalım” dedi. Tamam dedim ben de. Hastaneye gidip geliyordum ama evde sağlık hakkında bilgi verilmedi.”

E6, Kod 2

“Devlet karşılıyor ama ben hastaneye gidemediğim için kendim alıyorum. Evde sağlıktan reçete edebilirmişim onun için de gitmem gerekiyormuş. Evde sağlığa gidemediğim için kendim alıyorum.”

E4, Kod 2

“Ameliyat olmam lazım CİMER’e yazı yazdım başhekimliğe şikayet ettim. Sonra çağırdılar beni. Bir tane hoca var. O da haklı. Gaye hanım burada Kartal’da. Hocayı göremiyoruz. Hep gidiyoruz pratisyenler bakıyorlar. Yara ufak diyorlar. En son CİMER’e yazı yazdım. CİMER’den buraya bildirdiler. Oradan yönetim çağırdı beni dediler gel seni direk Gaye hanımla görüştüreceğiz. Oradan gaye hanım gördü beni, tamam dedi bunu ameliyat edeceğiz dedi.”

E6, Kod 5

“Şimdi şöyle evde sağlık hizmetleri için belediye ile görüşünce açıkçası herkes başından salmaya çalışmış. Annem de demiş: “Sizi habere vereceğim, bu hasta ile kimse ilgilenmiyor. Kimse ilgilenmiyor o oraya atıyor o oraya atıyor biz nereyi arayacağız.” Sonra da annem demiş ki açıkçası tehditvari konuşmuş: “Ben sizi haberlere vereceğim. Bu sizin hastanız niye bakmıyorsunuz.” Kartalı filanda aramış: “Bu hasta sizin hastanız. Ne tam anlamıyla iyileştirdiniz, ne bakıyorsunuz, ne takip ediyorsunuz.” demiş. Dedikten sonra bir ilgi alaka başladı tam kiminle görüştü

bilmiyoruz. Hastaneyi aradı ama belediyeyi aradıysa da aynı tepkiyi yaptı hastaneyi aradıysa da aynı tepkiyi yaptı."

E2, Kod 5

"Buna da (TAK) reçete yazdıramıyoruz, raporu da bitmiş. Hastanede bir akraba var ondan istedim sıra bulamamış. Çocuklarım var da onlar da çalışıyor hep, izin alamıyorlar. Tuzla ya değil de Taş Ocaklarına gelinmesi lazımmış rapor için. Telefon açtım öğrendim ben onu. Çok sıkıntılı."

E7, Kod 4

"Rapor işim falan oluyor da onun için Taşocakları evde sağlığa gelmeniz gerekiyor dediler oraya da gidemiyorum. Annem de yaşlı onu da gönderemiyorum."

E3, Kod 4

"Belediye haftada bir sefer geliyor. Evde sağlık geliyor bir de. Cuma pazarda pansumancı geliyor, özel. Evde sağlık hizmetlerine sekiz ay önce yaram açılınca başvurduk. Böyle olduğum için herkes biliyordu. Ama doğru dürüst bir randıman alamıyordum. Hep değişikler geliyorlar. Düzenli bir sağlık hizmeti alamadım."

E6, Kod 3

Hasta Yolculuğunun Haritalandırılması

Katılımcılardan E2'nin öyküsü hastanede yoğun bakımda başlıyordu. Trafik kazası sonrası çoklu kırık nedeniyle yaklaşık 2 ay yoğun bakım yatışı sonrası hastane kaynaklı bası yarası oluşmuştu. Hastaneden geçiş bakımı yapılmadan plansız taburculuğu sonrası deneyimlediği sağlık hizmeti arayışını tanımladık. Bası yarası sürecinin öyküsel bir anlatımını sağlamak için kronolojik olarak konumlar arası yolculuğunun bir haritasını oluşturduk (Şekil 17).



Şekil 17: E2 kodlu katılımcının bası yarası sağlık hizmeti alım sürecinin haritalandırılması.

5. TARTIŞMA

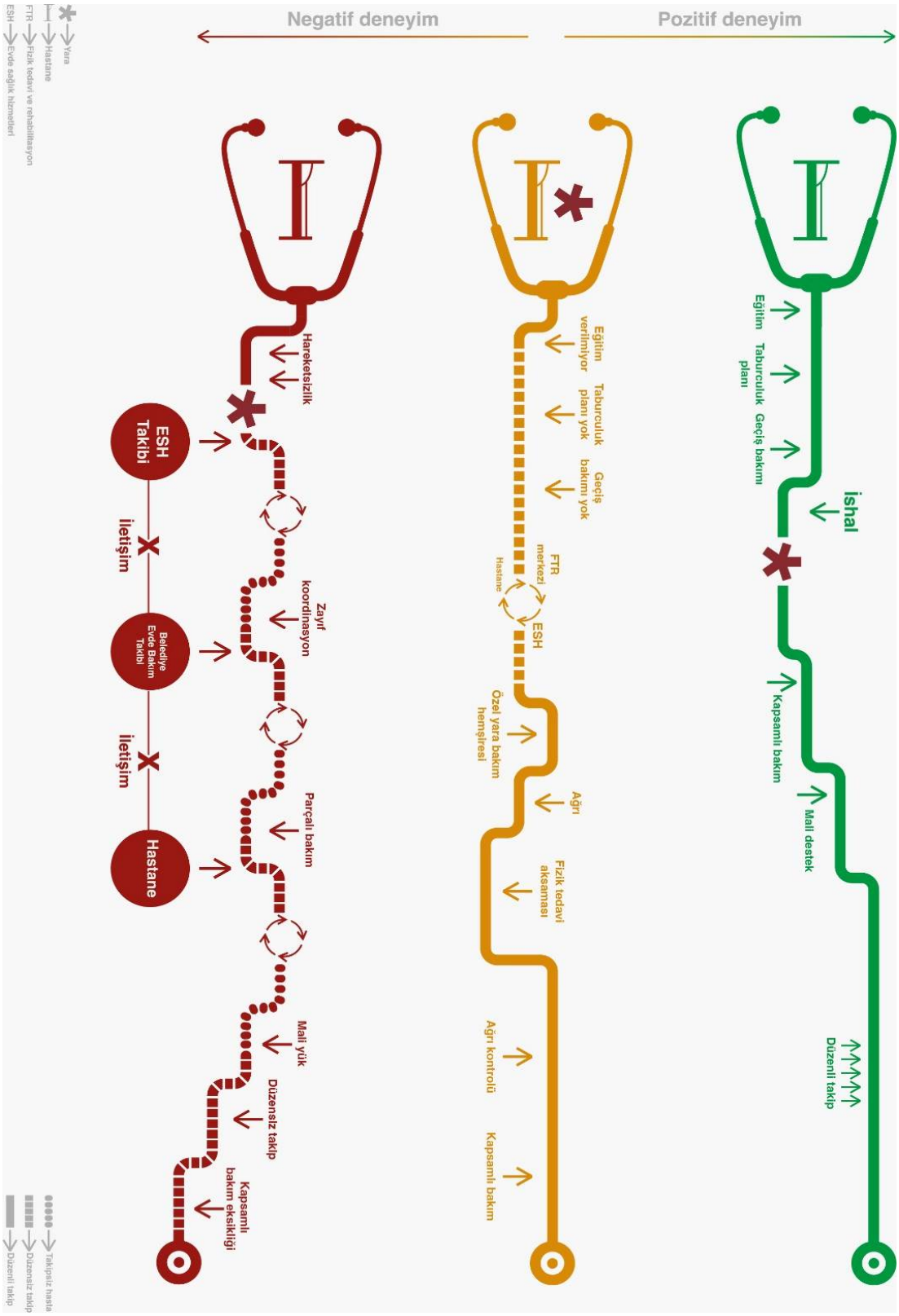
Sağlık hizmeti alım yolculuklarında tüm katılımcılar süreci farklı şekillerde deneyimlemişlerdi. Her katılımcının yolculuğu kendine özgüydü. Ancak görüşmeler incelenip detaylı analiz edildiğinde, katılımcıların sağlık hizmetleriyle olan etkileşimlerinde ortak noktalara ulaşıldı. Analizimiz sonrası ortaya çıkan kategoriler hastaların deneyimlerinde ki bu ortak noktalardı. Kategoriler de dört ana tema altında sınıflandırıldı. Bu temalar dört aşamadan oluşan bir yolculuk sürecini tarif etmektedir.

Hasta yolculuğunun dört aşaması:

- Korktuğum başıma geldi
- Kayboldum
- Ben yokum yaram var
- Bu yolda yalnız yürüyorum

Katılımcılarla yaptığımız görüşmelerin analizi ve hasta yolculuklarının haritalandırılması sonucunda, eksik geçiş bakımı ve plansız hastane taburculuğu yapılan hastaların, evde devam eden süreçte birinci basamak sağlık hizmetine erişmekte zorlandığı ve sahipsiz kaldığı, toplum içinde verilen sağlık hizmetlerinde kapsamlı değerlendirilme ve tedavi takiplerinde yetersizlikler olduğu sonucuna varılmıştır.

Tüm katılımcıların hikayelerinin analizi sonrası gerçekleşen bir yolculuk haritasına ulaşıldı (Şekil 18). Haritalamamız yolculuğun tüm adımlarını görünür hale getirdi.



Şekil 18: Hasta yolculuğu haritalama

5.1. Aşama 1: Korktuğum Başıma Geldi

Sağlık hizmeti alım yolculuklarını haritaladığımız katılımcıların bası yarasının önlenmesi konusunda bilgilendirilmediği, risk faktörleri açısından değerlendirilmediği bulgusuna ulaştık. Bazı katılımcıların hastane yatışlarında koruyucu müdahalelerin yetersiz uygulanması nedeniyle bası yarası oluşmuştu. Bazılarının ise evde bulundukları süreçte toplum içinde sunulan sağlık hizmetlerinin yetersizliği nedeniyle bası yarası vardı.

Katılımcıların yedisinde hastane kaynaklı bası yarası öyküsü mevcuttu. Bası yarası çoğunlukla önlenebilir olmasına rağmen hastanelerde, bakım merkezlerinde sık görülmeye devam etmektedir. Li ve ark. yaptığı bir çalışmada dünya çapında hastaneye yatırılan yetişkin hastalarda hastane kaynaklı bası yarasının oranı %8,5'dir (Li et al., 2020). Genel olarak önlenebilir olduğu düşünülen hastane kaynaklı bası yaraları, ülkemizde ve dünyada kabul edilen hemşirelik kalite göstergelerindendir.

Tüm bası yaralarını önlemek mümkün değildir. Özellikle yoğun bakım ortamlarında bası yarası oranının daha yüksek olması; yüksek düzeydeki hastalık yükü, hemodinamik dengesizlik, anemi, hipoalbunemi gibi hastaya bağlı risk faktörlerine bağlanmaktadır (Dealey et al., 2015). Ancak oluşmuş olan bası yarasının yönetimi ve ileri evreye gidişin engellenmesi de önem arz etmektedir. Çalışmamızdaki katılımcılar hastane yatışlarında etkin bir yara tedavisi alamadıklarını ifade ettiler. Hastanede tedavi gördükleri süre boyunca evre 3'e kadar ilerlemiş yara öyküsü verdiler.

Amerika Birleşik Devletleri genelinde ulusal HAPI oranları, Medicare ve Medicaid Hizmetleri'nin çalışmalarının ardından 2010 ile 2014 yılları arasında 1.000 taburcu başına 40,3'ten 30,9'a düşmüştür. Hastane kaynaklı bası yarası eğer 3.-4. evre veya evrelendirilemeyen evreye ulaşırsa bu durum Medicare ve Medicaid Hizmetleri'ne rapor ediliyor. Bu durum "hiçbir zaman gerçekleşmeyecek olay" olarak isimlendiriliyor ve sınırlı geri ödemeyle sonuçlanıyor (Levinson DR., 2010).

Katılımcılardan birkaçı evde bulundukları sürede edindikleri örgü örme, bilgisayar oyunu oynama gibi hobileri nedeniyle uzun süre aynı pozisyonda oturmaları sonucu bası yaralarının oluştuğunu belirtti. Bir katılımcı yatak kenarına

bağlı bir katılımcı da sandalyede oturmasına bağlı bası yarası olduğunu ifade etti. Hastaların verdikleri bu öyküler ev ortamının da bası yarası risk faktörlerinin gözetilerek düzenlenmesi gerekliliğini göstermektedir. Bası yarasının önlenmesi ve yönetiminde multidisipliner bir ekip çalışması gerekmektedir. Risk altındaki popülasyona yönelik Maugham ve ark. Avustralya'da yapılan bir çalışma ile bunu desteklemiştir. Omurga Sosyal Yardım Ekibi, tedavi sonrasında Omurga Yaralanmaları Biriminden taburcu edilen tüm bireyler için toplum temelli yardımcı sağlık ekibi (fizyoterapist, iş ve uğraşı terapisti (ergoterapist), sosyal hizmet görevlisi) ve hemşirelik takibi sağladı. Bireyselleştirilmiş toplum sosyal yardım programı alan katılımcıların, programa katılmayan diğer iki gruba göre daha az hastane yatışı olmuştur. Bası yarası riski yüksek olan hastalar için proaktif, multidisipliner, kişiye özel bir yaklaşımı savunmuşlardır (Maugham et al., 2004). Kişiye özel yaklaşımlar, yüksek bası yarası riski taşıyan bireyler için daha iyi sonuçlar sağlayabilir. Bazı ülkelerde yara bakımı multidisipliner ekibinin bir üyesi olan iş ve uğraşı terapistleri çevresel bir değerlendirme yapmak ve uygun ekipmanı önermek için ev ziyaretlerinde bulunarak ve bası yarası riskini azaltmak için evde uzun vadeli önleme stratejilerinin uygulanmasına yardımcı olmaktadır (Macens et al., 2011). Yine benzer bir çalışma da Vu ve ark. eğitimli, multidisipliner bir yara bakım ekibi tarafından sağlanan standartlaştırılmış tedavinin, bası yarasının iyileşme sonuçlarını önemli ölçüde iyileştirdiği ve tedavi maliyetlerini düşürdüğü sonucuna ulaşmıştır (Vu et al., 2007).

Bulgularımızda hastalar sağlık personeli ile iletişim eksikliği, nitelikli hizmet alamama, sağlık personeli tarafından ihmal edilme gibi ifadelerle aldıkları bakımın kalitesini eleştirdiler. Literatürde hasta ve hemşire ilişkisi üzerine çalışmalar sıkça karşımıza çıkmaktadır. Ancak çok az sayıda çalışma hastaların deneyimlerini incelemiştir. Katılımcılardan biri bakımıyla ilgilenen kişinin kendini tanıtmamasından duyduğu rahatsızlığı belirtti: "*Personel bakıyordu hemşire midir? Ne olduğu belli değil. Doğru dürüst kıyafet de yok üstünde." E1*

Bazı hastalar hemşirelerin zayıf iletişimde bulunmalarının nedenini 'çok meşgul' olmalarına bağladı. McCabe ve ark. yaptıkları nitel çalışmada hemşirelerin kaliteli hasta bakımı sağlamak için hastalarla iletişim kurarken hasta merkezli bir

yaklaşım kullanması gerekliliğini belirtmiştir (McCabe, 2004). Gethin ve ark.'ın yara tedavisinde kişi merkezli bakımın etkileri üzerine yapılan çalışmaları inceledikleri bir derlemede, bası yaralarının önlenmesi, hasta memnuniyeti, hasta bilgisi ve yaşam kalitesi alanlarında sonuçların iyileştiği görüldü (Gethin et al., 2020). Kişi merkezli bakım, hastanın sağlığı ile ilgili verilecek kararlara dâhil edilmesini, sağlık profesyonelleri ile hasta arasından tedavi ve bakım sürecine dair ortak karar alma sürecini destekleyen bir yaklaşımdır. Hastaların bakım ve tedavi süreçlerine ortak olarak dahil edilmesi gerektiğini ve bireyin ihtiyaçlarının tedavinin merkezinde yer aldığını öne sürer. Kişi merkezli bakım, hastaların her şeyden önce birer kişi olduğunu ve yalnızca hastalıklarına indirgenmemesi gerektiğini vurgular; bunun yerine planları, inançları, güçlü yönleri ve kişilikleri dikkatle değerlendirilmelidir (Erdoğan & Kırılmaz, 2020).

Hasta ve bakım verene hem taburculukta hem de tekrarlayan ev ziyaretlerinde; bası yarasının önlenmesi ve bakımıyla ilgili bilgi ve eğitim verilip verilmediği sorulduğunda katılımcılar bazen olumlu ama çoğunlukla olumsuz cevap verdi. Hastaların bu konudaki görüşleri incelendiğinde genel olarak pozisyon vermenin yara oluşumunu engellemedeki önemi hakkında bilgiye sahip oldukları ve bu konuda eğitim verildiği görülmektedir. Ancak sahip oldukları bu bilgiyi ne kadar doğru ve etkili bir şekilde uygulayabildikleri belirsizdir. Hasta ve bakım verenlerin eğitimindeki eksikler, tedavi planı veya ilaçlarla ilgili yeterli bilgiye sahip olmaması, tedavi uyumunda sorunlara neden olabilir. Katılımcıların çoğunda evde bulundukları süreçte de bası yarası oluştuğu görülmüştür. Bu nedenle, hastaların doğru bilgiye erişim sağlamaları, bu bilgiyi etkili bir şekilde uygulamaları için sağlık profesyonellerinden uygulamalı ve tekrar eden düzenli eğitimler almaları önemlidir. Bizim çalışmamızın sonuçlarına benzer olarak Karakaya ve ark. palyatif bakım servisinde yatarak tedavi alan hastaların bakım verenlerinden oluşan 109 kişi üzerine yaptıkları çalışmada; bakım verenlerin %62,4'ünün bası yarası ile ilgili bilgilendirme aldığı, %30,3'ünün bası yarası ile ilgili bilgilendirme almadığı, %7,3'ünün ise kısmen bilgilendirme aldığı sonucuna varılmıştır.

Askari ve ark.'ın inme hastalarında bası yarası görülme sıklığına yönelik ev merkezli eğitimin araştırılması amacıyla yaptığı çalışmanın sonuçları, bakım

verenleri taburculuk sırasında ve taburcu olduktan iki ve üç hafta sonra evde bakım eğitimi almış olan müdahale grubundaki hastalarda bası yarası sıklığının önemli ölçüde azaldığını göstermiştir (Askari et al., 2018). Kuhnke ve ark. yaptığı kalitatif çalışmada hasta odaklı yara bakımının yönetiminde de bulgular; yaranın önlenmesi, değerlendirilmesi, tedavisi ve yönetimini iyileştirmek için sistem çapında sürekli bir eğitimin gerekli olduğuydu (Kuhnke et al., 2019a).

Risk altındaki kişilerde bası yarasının önlenmesinde hasta ve/veya bakıcı eğitiminin etkilerini değerlendiren O'Connor ve ark.'ın yaptığı bir meta-analizde ise bası yarası olan hastalar ve bakım verenlerine uygulanan eğitim müdahalelerinin gelişen yeni bası yaralarının sayısında herhangi bir fark yaratıp yaratmadığı konusunda; dahil edilen 10 çalışmadan elde edilen kanıtların kesinliğinin düşük olması nedeniyle net bir bulguya varılamadığı sonucuna ulaşılmış (O'Connor et al., 2021). Ancak derlenen çalışmalar incelendiğinde herhangi bir evredeki bası yarası gelişiminin dahil edildiği görülmektedir. Evre 1 bası yarası tüm dünyada görülen bası yaralarının %42'sini oluşturmaktadır. Bizim çalışmamızda katılımcılarımızın mevcut ve geçmişteki yara öykülerine baktığımızda uzun yıllar boyunca iyileşmeyen evre 3-4 ileri evre yara öyküleri mevcuttu. Yolculuk öykülerinde uzun yıllar iyileşmeyen ileri evre yaralar nedeniyle ağrı, koku, akıntı, lokal ve sistemik enfeksiyonlar gibi yan etkilerin yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkileri görülüyordu. O'Connor ve ark'ın yaptığı meta-analizde eğitim müdahalesinin yara oluşumuna etkinliği kanıtlanmamıştır. Ancak bulgularımıza göre hastalara verilecek eğitimin, yara evresinin ilerlemesini engellemesi, iyileşme süresini kısaltması, komplikasyonları engellemesi gibi faydalarının olacağını düşünüyoruz. Bası yaraları olan kişilerin çoğunluğu eğitimli sağlık profesyonellerine kolayca erişilebilen bir bakım ortamında olmadığından, hastalar ve bakım verenlerin eğitiminde herhangi bir müdahale önemli olacaktır (CDC, 2018). Tam önlemenin mümkün olmadığı durumlarda, cilt bozulma derecesinin en aza indirilmesi ve iyileşme sürelerinin azaltılması değerli bir sonuçtur.

Aynı zamanda hastaların nereye başvuracağı, nasıl ve ne şekilde sağlık hizmetine erişim sağlayacağı konusunda da bilgi ihtiyacı bulgularımız arasındaydı. Hastaların bilgilendirilmesi sayesinde hasta sağlık ihtiyaçlarına en uygun sağlık hizmetiyle ilgili daha bilinçli kararlar verme yetkinliğine sahip olabilir. Hastalık

yönetim sürecine hasta katılımı ile, hastaların kendilerini izleme ve kendilerine bakma kapasitesinin artması, hasta güvenliğinin artması ve sonuçta hastaların daha iyi sağlık sonuçlarına sahip olabileceği düşünülmektedir (Elwyn et al., 2000).

Eğitim konusunda bir diğer öne çıkan konu ise sağlık personelinin yara bakım konusundaki bilgi düzeyinin yetersizliğiydi. Sağlık personelinin eğitimi için bakanlık destekli sistematik bir program yürütülmesine ihtiyaç vardır. Kuhnke ve ark.'ın yaptığı niteliksel çalışmada bulgular, dört yara tipinin önlenmesi, değerlendirilmesi, tedavisi ve yönetimini iyileştirmek için sürekli, sistem çapında eğitimin gerekli olduğunu göstermektedir (Kuhnke et al., 2019b). İlaç firmaları gibi dış kurumlar tarafından verilen pahalı krem ve örtü malzemeleri olmadan yaranın iyileşemeyeceği gibi bir algı oluşturan ön yargılı eğitimler yerine yara bakımı konusunda deneyimli bir personel tarafından bakanlık düzenlemesinde eğitimler olmalıdır. Yetersiz eğitim literatürde yaygın bir sorun olarak kabul edilmektedir (Lavallée et al., 2018).

5.2. Aşama 2: Kayboldum

Katılımcılar ihtiyaç duyduğu fizik tedavi, yara bakımı ve ağrı yönetimi gibi gerekli sevklerin taburculukta yapılmaması ve geçiş bakımındaki eksiklikler nedeniyle bakım arayışında yaşadığı zorlukları ve buna bağlı bakımın gecikmesini ifade ettiler. Taburculuk sürecinde, fiziksel, sosyal ve psikolojik durumun değerlendirilmesi, taburculuk sonrası kullanılacak ilaçlara ilişkin bilgi verilmesi ve fiziksel sınırlılıkların, topluma ve sosyal yaşama ilişkin dış etkenlerin dikkate alınması gerekmektedir. Bu etkenler bir bütün olarak ele alınmadığında, başarısız bir taburculuk süreci ve hastaların taburculuğa hazır olmaması gibi durumlar ortaya çıkacaktır (Bobay et al., 2010).

Yapılan diğer bir çalışmada bizim bulgularımıza benzer şekilde taburcu olma sürecinde hastaların ağrı kontrolünün yapılmaması, taburculuk planını anlayamama ve günlük yaşam aktivitelerinde nelere dikkat etmesi gerektiği konusunda eksik bilgilendirilme olduğu belirtilmiştir. Bu nedenle taburculuk sürecinde kaliteli bir planlama yapmak ve hastaları taburculuğa iyi bir şekilde hazırlamak için sağlık profesyonelleri ile hastalar arasında daha etkili iletişimin sağlanması gerektiği belirtilmiştir (Harrison et al., 2016).

Çalışmamızdaki bir diğer bulgu da toplum içinde verilen sağlık hizmetleri ile hastaneler arasında iletişim boşlukları olması nedeniyle, taburcu olan hasta ile ilgili bilgi alınamamasından kaynaklanan taburculuk sonrası bakımın planlanamaması ve yönlendirilememesi sorunudur. Bu durumda bakım gereksinimi ve karmaşıklığını yönetme sorumluluğu hasta ve aile üyelerine düşecektir. Yeni bir sağlık hizmeti sağlayıcısına ulaşmak, randevu almak veya yeni bir tedavi planı için gerekli kaynaklara erişimde sorunlar yaşanacaktır. İki katılımcı hastaneden taburcu olurken ESH'ye devredilmişti. Diğer katılımcılar ise taburculukta ESH bilgisi verilmediğini ifade etti. Çalışma bulgularımızdan farklı olarak Tirgil ve ark.'ın Sivas ilinde, hasta ve yakınlarının evde sağlık hizmetlerinden beklenti ve memnuniyet düzeylerini araştırdıkları çalışmada katılımcıların %40,6'sının evde sağlık hizmetlerini hastaneden öğrendiği bulgusuna ulaşmışlardır (Tirgil M, 2019). Doğru bir taburculuk planı tüm hastalar için önemliyken bası yarası hastaları için çok daha fazla önem arz etmektedir.

Gholizadeh ve ark.'ın yaptıkları çalışma, hastanelere önlenebilir geri yatışları azaltmak için kapsamlı etkili bir taburculuk planlamasının gerekli olduğunu göstermektedir (Gholizadeh et al., 2018). Hasta odaklı bakımın ve sürekliliğin sağlanması için geçiş bakımı sürecinin iyileştirilmesi önemlidir. Sağlık hizmetlerinin sık kullanıcıları olan bası yarası hastalarının ihtiyaçlarını karşılamak için daha iyi koordine edilmiş bakıma ihtiyaç vardır.

Bası yarası hastaları farklı sağlık kuruluşlarından hizmet alabilmektedir. Bizim çalışmamızda katılımcılar da en az iki farklı yerden sağlık hizmeti almaktaydı. Bası yarası hastalarının yara bakımına dahil olan kuruluşlar; Sağlık Bakanlığı'na bağlı ESH, belediyelerin evde bakım hizmetleri, özel sağlık kuruluşları, hastaneler ve aile hekimleriydi. Katılımcıların ortak söylemi ise kurumlar arası entegrasyonun olmaması ve iletişimde olmamalarıydı. Bazı katılımcılar etkin tedavi alamamalarını buna bağlıyordu. Sürekli farklı yollarla sağlık hizmeti ile temasta olsalar bile kurumlar arası entegrasyonun olmaması yolculuk sürecinde zaman zaman bulundukları noktada döngü çizmelerine ve bir ilerleme kat edememelerine neden oluyordu.

Hasta deneyimleri incelendiğinde bu durumun neden olduğu sorun parçalı bakımdı. Parçalı bakım, hastanın bakımını yapan sağlık ekipleri arasında koordinasyon eksikliği, bilgi paylaşımındaki aksaklıklar sonucu oluşabilir. Parçalı bakım hastanın bakımında tutarsızlık, tedavi planının bütünlüğünün kaybı, tekrarlayan testlerin yapılması veya yanlış iletişim sonucu ortaya çıkabilecek hatalar gibi sorunlara yol açabilir. Bu durum aynı zamanda hastanın sağlık hizmetlerine erişimini zorlaştırabilir ve tedavi sürecini uzatabilir. Sağlık sisteminde bölünmüş bakımın etkilerini azaltmak ve sağlık hizmetlerindeki koordinasyonu artırmak için evde sağlık kayıtlarının dijitalleştirilmesi, sağlık profesyonelleri arasında daha iyi iletişim kanallarının kurulması, multidisipliner ekip çalışması ve hasta merkezli bakım modelinin teşvik edilmesi gibi çözümler öne çıkmaktadır. Bu tür çözümler, bireylerin daha koordineli, tutarlı ve etkili sağlık hizmetleri almasını sağlamayı amaçlar (Dollard et al., 2018).

Bası yarası hastaları gerek primer hastalıkları gerek yaranın komplikasyonları nedeniyle sağlık sistemi ile sürekli bir temas halindedir. Katılımcılarımızın yara öykülerinde hastane, evde sağlık, belediye bazen de özel bakımdan hizmet aldıkları ama nadiren aile hekimleri ile temasları olduğu görülüyor. Katılımcılara aile hekimlerinin bası yarası sürecindeki rolü sorulduğunda hastaların tümü aile hekimleri ile yara bakımı için hiç görüşmediklerini ifade ettiler. Katılımcılardan sadece ikisi aile hekimlerinin primer hastalıkları sürecinde bir kez ev ziyaretinde bulunduğunu belirtti. Bazı katılımcılar ise aile sağlığı merkezine ulaşımda ve ilaç reçete edilirken de sorun yaşadıklarını söyledi.

Bulgularımızda bası yarası sürecinin yönetilmesinde görülen en büyük problem hastanın sağlık yolculuğu boyunca ihtiyaç duyduğu bir rehberin olmamasıydı. Her ne kadar tüm hastalar evde sağlık hizmetlerinin takibinde olsa da şu anki mevcut ESH'nin çoklu ekiplerden oluşan ve çok büyük bir bölgeye hizmet veren yapısı nedeniyle hastalar ihtiyaç duydukları bütüncül yaklaşım ve kapsamlı bakımı alamamaktadır. Bu durum da bası yarasının yönetim ve tedavi sürecini zorlaştırmakta, iyileşme sürecini uzatmakta ve tekrarlayan yaralara neden olmaktadır.

Hastaların bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmeyip, kapsamlı bir bakım almaması bulgularımız sonucu görülen bir diğer büyük sorundur. Bir katılımcı bu durumu şöyle ifade etti: "*Yani bir detaylı tahlil bile yapılmıyor. İşte VAC takılıyor mu takılıyor ama kapsamlı bakılmıyor. ...Tansiyon kontrolde olmalı şeker kontrolde olmalı bunlar var mı yok mu bilinmesi lazım. Ama bana bunlara dair hiçbir şey yapılmadı değerlendirilmedim. Yani böyle bir ciddiye alınmıyor gibi geliyor bana. ...Bunun sebebini bulmak lazım durup dururken kronikleşmez."*

Bir katılımcı hikayesinde 30 yıl önce yoğun bakımda açılan bası yarasının 12 yılda kapandığını, sonrasında dikkat ettiğini ve 18 yıldır hiç yarası açılmadığını ifade etti. 8 ay önce açılan yara etyolojisi sorulduğunda şunları dile getirdi: *"O da kendi hatamız. Gidip bir rapor yenilemem gerekiyordu. ...Mecburen sabah erken saatte gittik işlemleri başlattık 15:30'da sıra geldi, 7-8 saat ben oturmuş oldum sandalyede. Eve geldim oran kızarmış dediler. ...Ben hep dışarı çıkıyordum sabahtan akşama geziyordum. Maçlara bile gidiyordum. O gün nasıl oldu yeri açıldı ben anlamadım."* Hastanın yolculuğunu haritalarken aynı döneme denk gelen şu ifade ise dikkat çekiciydi: *"Şeker hastalığını da bu sekiz ay içinde öğrendim insülin tedavisi başlandı."*

Hastanın öyküsü derinleştirildiğinde düzenli bir doktor takibinde olmadığını ama belediye, ESH, özel bakım hemşiresi üçgeninde her hafta yara pansumanı için bu ekiplerin ev ziyaretine geldiğini görüyoruz. Hastanın yara etyolojisi uzun süre sandalyede kalması gibi görülse de ek risk faktörü olarak bilinmeyen bir diyabet hastalığının varlığı süreci tetikleyen etken olabilir. Hastanın sağlık sistemi kayıtlarına bakıldığında yeni tanı konulan DM tanısı olduğu, insülin kullandığı ve ek bir kronik hastalığının olmadığı; tanı öncesi uzun zamandır tetkik edilmediği ve sadece yara ile ilgili bilgilerinin mevcut olduğu görüldü. Kronik hastalığın varlığı bası yarası oluşumu için önemli bir risk faktörüdür. Levine ve ark. beslenme yetersizliği, diyabet, malignite, gastrointestinal sistem hastalıkları, anemi, böbrek hastalıkları, hipoksi ve hipotansiyon gibi komorbid durumların basınç ülserlerinin gelişimine katkıda bulunduğunu belirtmiştir (Levine, 2020).

Bası yarası riski altında ki hastaların kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesi ve risk faktörlerinin kontrol altında tutulması gerekmektedir. Bu da hastayı bu

süreçte bütüncül ve kapsamlı bir yaklaşımla düzenli takip edecek bir hekim gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır.

Yara tedavisi gören hastaların tedavi yöntemiyle ilgili farklı odak noktaları, endişeleri ve ihtiyaçları vardır. Sağlık personelinin hasta bakımını bireyselleştirebilmek için bunu akılda tutması önemlidir (Fagerdahl A-M, 2013). Aile hekimleri, hastalarıyla birebir ilişki içinde olup, onları tanıma ve kişiye özgü bakım sunma konusunda avantajlı konumdadır. Kişiyi bütüncül bir yaklaşımla değerlendirerek; sağlık geçmişi, yaşam tarzı, aile geçmişi, sosyal çevresi gibi faktörleri dikkate alarak, bireye özgü tedavi ve yönetim planları geliştirebilirler. Bası yarası sürecinin bir parçası olarak hastaları takip edebilir, tedaviye yanıtı değerlendirebilir, gerekirse tedavi planında değişiklikler yapabilir ve ilgili uzmanlara yönlendirme yaparak hastanın multidisipliner bir bakım almasını sağlayabilir. Erken teşhis, doğru tedavi planlarının oluşturulması, hasta ve bakım verenlerinin eğitimi, düzenli takip gibi alanlarda aile hekimlerinin katılımı, bası yaralarının etkilerini azaltmada önemli bir rol oynayacaktır.

Diğer bir yönden bakacak olursak Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin yoğun iş yükü altında olduğu bir gerçektir. Bu durum, ev ziyaretlerinin aksamasına neden oluyor olabilir. Çalışmamız sonucunda biz aile hekiminin ve hemşiresinin dahil olduğu bölgesel multidisipliner yara ekiplerini önermekteyiz. Hasta hem aile hekiminin takibinde kalacak hem de yara konusunda deneyimli bir ekip yaklaşımıyla ile düzenli takip edilecektir. Bu şekilde ki bir ekip yaklaşımı sayesinde iş yükü bölünerek hasta takibindeki aksaklıklar giderilebilir. ESH'nin hizmet çeşitliliği, geniş bir bölgeye bakıyor olması ve bünyesinde birçok ekibi barındırması, ekiplerin her seferinde farklı kombinasyonlarla farklı kişilere hizmet vermesine neden olmaktadır.

5.3. Aşama 3: Ben Yokum Yaram Var

Bası yarası etyolojisinin multifaktöriyel olması ve tedavisinin multidisipliner yürütülmesi, bası yarası yönetim sürecinde de hastaya kapsamlı yaklaşılması gerekliliğini gösterir. Çalışma bulgularımızda ki kapsayıcı yaklaşımın uygulanmaması, bası yarası yönetim sürecindeki bir diğer sorundu. Hastaların

kapsamlı bir yaklaşımla değerlendirilmemesi uzun yara iyileşme sürelerine, tekrarlayan bası yaralarına ve yara komplikasyonlarına neden olmuştur.

Çoğu bası yarası, uygun bakım ve diyetle önlenebilir ve bası yarasının iyileşme sürecinde de diyet yine önem arz etmektedir. Allen ve ark.'ın yaptığı çalışmanın sonuçları, bireyselleştirilmiş bakım planını içeren multidisipliner bir beslenme müdahalesinin, bası yarası iyileşmesine katkıda bulunduğunu göstermektedir. Beslenme durumunun izlenmesi ve değerlendirilmesi devam eden bir süreçtir. Kişinin beslenmesi belli periyotlarla değerlendirilmelidir. Bireyin yönetim planı, klinik durumdaki her değişiklikle birlikte tekrar gözden geçirilmelidir (Allen, 2013). Çalışmamızda katılımcılar beslenmelerinin değerlendirilmediğini ifade etti. 17 yıldır iyileşmeyen bir bası yarası olan E5 kodlu hastaya beslenmesi sorulduğunda vejetaryen beslendiğini söyledi buna rağmen beslenmesinin değerlendirilmediğini, bir takviye kullanma önerisinde bulunulmadığını belirtti. Bireyin ve bası yarasının kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesi, en uygun ve bireyselleştirilmiş çok yönlü bakım planının geliştirilmesini sağlayacaktır.

Doku hasarı hem ekstrensek hem de intrensek faktörlerin bir sonucudur; birincisi yumuşak doku üzerindeki mekanik kuvvetlerle ilgili, ikincisi ise hastayla ilişkili fizyolojik faktörler ve komorbiditelerine dayanmaktadır. Hastanın altta yatan komorbiditelerinin belirlenmesi, yeterli tedavi ve bası yarası oluşumunun ve nüksetmesinin önlenmesi açısından çok önemlidir (Kandi et al., 2022).

Clark ve ark.'ın yapmış oldukları araştırma sonuçları, günlük yaşam koşullarında bası yaralarının ortaya çıkışını karakterize eden önemli derecede karmaşıklığın ve bireyselleşmenin altını çizmektedir. Bu nedenle önleme müdahalelerinde, kişinin günlük yaşamını oluşturan benzersiz koşulların varlığına dikkat edilmelidir (Clark et al., 2006). Bir bası yarasını başarılı ve kapsamlı bir şekilde tedavi etmek için bakım verenler, hemşireler, diyetisyen, sağlık hizmeti sağlayıcıları, sosyal hizmetler ve doktorlardan oluşan multidisipliner bir ekip gereklidir.

Bir katılımcımızın öyküsüne baktığımızda kapsamlı yaklaşımla değerlendirilerek bası yarası tedavisinin multidisipliner bir ekiple

gerçekleştirilmesinin yara üzerindeki etkisini görebilmekteyiz. E8 kodlu, paraplejik hasta, omurilik yaralanması sonrası hastaneden eğitim verilerek taburculuk planı ve kontrol randevusuyla taburcu ediliyor. Her ay düzenli takip ediliyor ve evde bakımını yine hastaneden detaylı eğitim aldığını belirten eşi sürdürüyor. Hastanın dört yıl hiç bası yarası oluşmamıştır. Dört yılın sonunda başlayan dirençli ishal sonrası ilk bası yarası oluşmuş. İshal tedavi edilemeyince bası yarasının tedavisi için kolostomi kararı verilerek kolostomi açılmış ve bası yarası iyileşmeye başlamıştır. Hastanın KBY, HT, epilepsi gibi komorbiditelere sahip olmasına rağmen iyi gidişli bir yara süreci görülmektedir. Bireyselleştirilmiş, kapsamlı ve bütüncül bakım ile yara sürecinin takip edilmesi bası yarasının iyileşmesinde önemlidir. Bası yarası sürecinde kapsamlı bakım alamayan bazı katılımcıların ifadeleri şöyleydi:

"Her türlü etkinin araştırılması gereken yemen içmenden, yatıp kalkmandan, temizliğinden her şeyinden. Yani neden bu kronik yara, neden kapanmıyor? Bunun sebebi ne? Bunun sebebini bulmak lazım durup dururken kronikleşmez." E5

"Ama benim canımı çok yakıyor yara bakımı. Açıkçası şu an yarın pansumana geleceklerin de ne olacağını düşünüyorum. Ayak ucuma doğru gidiyor böyle bir sinir elektrik veriyorlarmış gibi geliyor. Ben en çok ayağımın altında ağrı hissediyorum sanki bıçak giriyormuş saplanıyormuş gibi hissediyorum. Zaten gece de o yüzden uyuyamıyorum." E2

Bası yarası hastalarının takibinde bir diğer önemli konu ağrı kontrolünün sağlanmasıdır. Bulgularımızda katılımcıların tedavi sürecinde bu konuda eksiklikler görüldü. E2 kodlu 35 yaşındaki hasta çoklu fraktür nedeniyle yatağa bağımlıydı. Ancak hastanın taburculuk planında ağrı yönetimi sağlanmamış, reçete edilen analjezikleri nasıl kullanacağı anlatılmamıştı. Hastanın ilaçları incelendiğinde NSAII, parasetamol ve SSRI reçete edildiği görüldü. Ancak hasta nöropatik ağrı tarifliyordu. Ağrısı nedeniyle fizik tedavisinin aksadığını, hareketlerinin kısıtlandığını belirtti. Hastanın kapsamlı değerlendirilmediğinin diğer bir göstergesi de kas atrofisinin olması olarak değerlendirildi. Hem uzun süreli yoğun bakım yatışı hem de hareket kısıtlılığı hastada kas atrofisine neden olmuştu. Ancak taburculuğunda yine buna yönelik herhangi bir beslenme önerisi veya takviyesi

verilmemiş; fizik tedavi uygulanması için sevk edilmemişti. Sorgulandığında hastanın yine bu konularda bilgilendirilmediği de görüldü. Hasta taburculuk sonrası fizik tedavisini ve yara bakımını devam ettirmek için bakım arayışında bulunduğunu belirtti. Jackson ve ark.'ın yaptığı nitel çalışmada bizim bulgularımıza benzer şekilde katılımcılar acılarla dolu günleri anlatarak, hissettikleri acının yeterince anlaşılmadığını ifade etti. Ağrının günlük yaşam aktiviteleri, hareketlilik ve uyku üzerinde olumsuz etkisi olduğu sonucuna ulaştılar (Jackson et al., 2017b).

Bu hastanın öyküsünde hem kapsamlı yaklaşımın eksikliğini hem de geçiş bakımı ve taburculuk planındaki eksiklikleri görüyoruz. Bunların sonucunda tedavi planı aksıyor, iyileşme duraksıyor ve hastanın durumunda kötüleşme meydana geliyor.

"*Ben hastanedeyken üç adım ileri üç adım geri ilerlemiştim fizyoterapist ile. Hastanedeyken yürüyebiliyordum neredeyse. ...çok fazla ağrı hissediyorum o yüzden oturamıyorum." E2*

Ağrıyı yönetmek, bası yarasına bağlı ağrısı olan kişiler için bir önceliktir. ABD'de hastanelerdeki kişilerin düzenli, sürekli ağrı değerlendirmesi alması zorunlu kılınmıştır. Bası yarası olan tüm hastaların ağrı açısından değerlendirilmelidir (Joint Commission, 2000). Yapılan çalışmalar kronik yaraları olan bireylerin, özellikle de yaşlı yetişkinler ve demans hastalarının yeterince değerlendirilmediğini ve yetersiz tedavi edilmeye devam edildiğini gösteriyor. Gorecki ve ark.'ın belirttiği gibi ağrıyı tanımlama ve tedavi etmedeki başarısızlık, bireyin sorunlarını ve ağrı deneyimini ifade etme becerisinin sınırlı olması durumunda daha da kötüleşebilir (Gorecki et al., 2011).

Bası yarasına sahip bireylerin büyük bir kısmının birincil hastalığı immobiliteye neden olan hastalıklardır. Böyle bir hastalığa sahip bireyler ve aileleri, sadece öldüklerinde sona eren bir yolculuğa başlarlar. Yolculuğun başlangıç (teşhis, tedavi arayışı) ve sona ulaşmak (ölüm) kadar önemli olduğu konusunda artan bir farkındalık vardır: Yaşam kalitesi en az yaşam süresi kadar önemlidir (Lapsley P, 2004). Çalışmamızda bası yarası hastalarının sağlık hizmeti alım süreçlerine odaklanmamıza rağmen bulgularımızda, bası yaralarının yaşam üzerindeki etkisini

gösteren zengin miktarda veri oluştu. Bası yarası kişiyi duygusal, mental, sosyal ve fiziksel boyutta etkiler. Gorecki ve ark. bası yarasının yaşam kalitesi üzerine etkisini inceledikleri, 31 çalışmayı dahil ettikleri sistematik bir derlemede, bası yarasının sağlıkla ilişkili dört yaşam kalitesi alanını etkilediği sonucuna ulaşmışlardır. Bunlar; semptomlar, fiziksel işlevsellik, psikolojik iyi oluş ve sosyal işlevsellik alanlarıdır (Gorecki et al., 2009). Kişiler kendini sağlık personeline ve bakım verenlerine bağlı hissederler (Esson, 2007). Çalışmamızdaki katılımcılar yaranın yaşamlarındaki etkisini şöyle ifade etti:

*"**Yara bana hep büyük bir problem veriyor**. Yani bu hastalığı atlatıyorsunuz şey olarak beyin olarak ama onun verdiği daha büyük bir yük oluyor. ...Onun haricinde benim hastalığım bile beni etkilemedi. ...beni her şeyden daha fazla tedirgin ediyor, etkiliyor." E8*

*"Vallahi bir şekilde alıştım artık insan **belli bir şeyden sonra alışıyor zorda olsa mecbur** olacak." E3*

*"**Yara olmasa baya baya iyi olurdu**. Yara benim hayatımı hastalığımdan daha çok etkiliyor. Normalde hastalık ile yaşamaya alıştım bana bir zorluğu yok. Ama yara daha sıkıntı." E4*

*"Yara beni hastalığımdan daha çok etkiliyor. Hastalığa razıyız artık. Benim yaşamıma çok etkisi oluyor. Felçlilik kalksın da yara kalsın mı deseler; yok yok **yara gitsin de felç kalsın** derim." E5*

*"Yara da sorun hastalık da sorun. **Yara bize çok engel oluyor**. Orası bir iyileşsin ben her gün dışarıya çıkarım gezerim." E7*

Bası yarasına bağlı fizik tedavinin aksaması, ağrı ve yara enfeksiyonu da hastanın yaşamındaki diğer etkilerdi. Giuglea ve ark. yaptıkları çalışmada bası yaralarının, rehabilitasyon prosedürlerine ihtiyaç duyan hastaların iyileşme programlarını yavaşlatan bir patoloji olduğu sonucuna ulaştı (Giuglea C, 2010).

"Biz yaranın kapanmasını bekliyoruz yara kapanmadan fizik merkezleri de almıyor. Şu an tek sıkıntımız yara" E1

Bizim çalışmamızdaki bulgulara benzer olarak Lala ve ark.'ın yapmış olduğu çalışmada, katılımcıların %65,3'ü bası yaralarının aktivitelerini azalttığını bildirdi. Aynı zamanda bası yarasının varlığı aile hekimleri, hemşireler, ergoterapistler ve yara bakım hemşireleri ile yapılan konsültasyonların sayısının anlamlı derecede yüksek olmasıyla da ilişkiliydi. Bası yaraları bireylerin günlük yaşamları üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Çalışmamızdaki katılımcıların çoğu yara nedeniyle dışarı çıkamamaktan ve sosyal ortamlarda bulunamamaktan yakındı. Yaraya bağlı oluşan ağrı, yoğun akıntı ve koku hastaların sosyal hayatının kısıtlanmasının nedenleriydi. Katılımcılar şunları dile getirdi:

"Bu iyileşmemesi her şeyde problem oluyor. Bir yere de gidemiyorum. Akraba eş dost çağırıyor gidemiyorum. Yara sulanıyor çamaşırı her yeri ıslatıyor. En basiti bu. Sonra koku yapıyor. Enfeksiyon olduğu zaman hasta ediyor." E5

"Dışarı çıkıyorum. Sekiz aydan beri yara oldu çıkmıyorum. Yara nedeniyle çıkamadım. Ufak bir dışarıya çıkmak çok değişiklik oluyordu." E6

"Tekerlekli sandalye ile çıkıyordum. Bu sene çıkamadım. Yara yüzünden. Çok oturunca kanama yapıyor." E7

Hopkins ve ark.'ın çalışma sonuçları da bulgularımızla paralellik gösteriyordu. Hastalar bası yaralarının aktivitelerini kısıtladığını ve ailelerini etkilediğini belirttiler. Ayrıca kısıtlamalar bazılarının rehabilitasyonunu da geciktirdi. Bası yaralarıyla başa çıkabilmek için hastalar, durumlarını kabullenmenin veya kendilerini başkalarıyla karşılaştırmanın yollarını geliştirdiler (Hopkins et al., 2006).

Çoğu katılımcının ifadesinde yer alan bir durum da iyileşme sürecinin uzun sürmesi, iyileşme beklentisinin düşüklüğü ve yara ile yaşamayı kabullenişti. Bu kodları oluşturan katılımcılardan bazılarının görüşlerine aşağıda yer verilmiştir:

"Ama bu yaralar dediğim gibi çok uzun zamandır açık mesela. Ne oldu da böyle geç kapanıyor anlamadım." E4

"İlk yatak yaram 12 senede kapandı." E6

"Şimdi ilk yara aşağı yukarı 17 sene falan oluyor. Yok daha fazla oluyor belki yan taraflarda açıldı ilk yara." E5

"Şu yandakini 5 yıldır kapatamıyoruz. Artık kronikleşmiş." K1

5.4. Aşama 4: Bu Yolda Yalnız Yürüyorum

Katılımcılarla yapılan görüşme verilerine dayalı olarak oluşturulan son temanın altındaki en önemli kategori "Düzenli takip ihtiyacı" olarak saptandı. Çalışmamızda katılımcıların çoğunun düzenli bir takipte olmadığını gözlemledik. Katılımcı E5 bu konuyu şöyle ifade etti:

"Ama takip edilmedim her şey benim inisiyatifime bırakılmış gibi geliyor." E5

Tedavinin başarılı olabilmesi için komorbiditelerin kontrolü gerekmektedir. İleri yaş ve ek risk faktörlerine sahip olmalarına rağmen kronik hastalıklar açısından tarama yapılmamış ve bası yarası risk faktörleri açısından tetkik edilmemişlerdi. Rintala ve ark.'nın yaptığı randomize kontrollü çalışmada, bireyselleştirilmiş eğitim ve yapılandırılmış aylık takip alan katılımcılar kontrol grubuna göre daha uzun süre yarasız kalmış ve iki yıllık takip süresi içinde daha az nüks görülmüştür. Ayrıca, diğer iki kontrol grubu karşılaştırıldığında, eğitim içeriği olmadan sadece aylık takip edilen grubun sonuçlarının, üç ayda bir takip edilen gruptan daha iyi olmadığı bulgusuna ulaşılmıştır (Rintala et al., 2008). Bireyselleştirilmiş, uzun vadeli takibin etkinliği Avustralya'da yapılan bir çalışma ile desteklenmiştir. Bireyselleştirilmiş toplum sosyal yardım programı alan katılımcıların, programa katılmayan diğer iki gruba göre daha az hastane yatışı olmuştur. Maugham ve ark. tekrarlayan basınç ülseri riski yüksek olan hastalar için proaktif, multidisipliner, kişiye özel bir yaklaşımı savunmuştur (Maugham et al., 2004).

Bası yaralarının düzenli takibi hastanın sağlık durumunun kontrol altında tutulmasını, risk faktörlerinin, yara etyolojisinin belirlenmesini ve olası komplikasyonların engellenmesini sağlar. Bası yarasının izlemi; boyutunun, iyileşme sürecinin, etrafındaki cildin durumunun ve enfeksiyon belirtilerinin

değerlendirilmesini içerir (National Pressure Injury Advisory Panel, 2019). Yaranın izlenmesi, uygulanan tedavi planının etkinliğini değerlendirmek için de önemlidir.

Katılımcılara bası yarası yolculuklarında yara bakımı için nereden ve nasıl bir sağlık hizmeti aldığı sorulduğunda tümü Sağlık Bakanlığı'na bağlı ESH'den hizmet almıştı. Katılımcıların bazıları hizmetten duyduğu memnuniyeti ifade ederken bazı katılımcılar da yaşadıkları sorunlardan bahsetti. İfade edilen sorunlara baktığımızda bir koordinasyon problemi olduğu görülüyordu. Bazı katılımcılar ev ziyaretlerinin söylenen zamanda gerçekleşmemesinden veya hiç gelmemelerinden şikayetçiydi. Bu durumun günlük yaşamlarına verdiği sıkıntılardan bahsettiler. Bazı katılımcılar eve gelen sağlık personeli ile yaşadığı sorunları ifade etti. Bazen iletişimde zorlandıklarını bazen de yeterli bakımı alamadıklarını belirtti.

"Yani sanki ne bileyim; böyle bir hizmetimiz var diye yapılıyor gibi geliyor. Evde sağlık hizmetimiz var mı var. ...Etkili olmadı hiçbir şey. Desinler gibi oluyor işte. Var mı evde sağlık hizmetiniz var şuraya gidiyor musunuz gidiyoruz." E5

Bir diğer göze çarpan sorun da eve gelen sağlık personelinin vasfıydı. Bakım ekibi veya doktor ekibi gelebiliyordu. Çoğu katılımcı sadece bası yarası ile ilgilenildiğini, yara dışında değerlendirilme yapılmadığını, pansuman veya VAC hizmeti aldığını söyledi. Eğer hastalar kendi talepte bulunmazsa çoğu zaman doktor ziyaretinin gerçekleşmediğinden yakındılar. Düzenli bir doktor takibinde olsalar daha memnun olacaklarını söylediler. ESH'nin bası yarası hastaları için vereceği kapsamlı, hasta merkezli bir bakım hizmeti önemlidir. Çoğu katılımcı sadece ESH ekipleri tarafından takip edilmektedir. ESH bası yarası hastalarını multidisipliner bir ekiple değerlendirmesi oldulça önem taşır. Bası yarasının multifaktöriyel olması bunu gerekli kılar.

Evde sağlık hizmetleri bünyesinde doktorlar, hemşireler, fizyoterapistler, beslenme uzmanları, sosyal hizmet uzmanları ve diğer sağlık çalışanlarını bir arada çalışmaktadır. Bası yarası tedavi sürecinde tüm bu disiplinler rol alır. Her biri hastanın bakımının küçük bir kısmına odaklanan birden fazla hizmet sağlayıcısı arasındaki yetersiz iletişim, çelişkili önerilere ve farklı tedavi planlarına yol açabilir. Bası yarası hastalarının ihtiyaçlarını karşılamak için tüm bu disiplinler arası iyi

koordine edilmiş bir bakıma ihtiyaç vardır. Wu ve ark. yaptıkları bir çalışmada disiplinler arası bir bakım ekibi oluşturdular. Bu ekipler, hastaları muayene etmek ve tedavi planlarını düzenlemek için hastaların da dahil olduğu aylık hasta ziyaretleri düzenlediler. Ekipler disiplinler arası makale kulüpleri yaparak aralıklarla bir araya geldi. Her uzmanlık alanından, yara bakımıyla ilgili kendi alanlarında çığır açıcı makaleleri paylaşarak ve tartışarak diğer üyeleri eğitme fırsatları oldu (Wu-Fienberg et al., 2019).

ESH ile yaşanan bir diğer sorun da rapor çıkarmak için koordinasyon merkezine gitme gerekliliğiydi. Hastaların bir kısmı belirli aralıklarla TAK raporu için bir kısmı ise ilaç raporu için ESH'ye başvuruyordu. Katılımcıların birkaçı tek başına tekerlekli sandalye ile dışarı çıkabiliyordu ancak toplu taşıma hizmetleri ile ulaşılabilen belirli yerlere gidebiliyorlardı. Mevcut ESH koordinasyon merkezi ise onlar için ulaşılmayacak bir konumdadır. Dışarıya çıkamayan hastaların ise yakınları aracılığıyla bunu çözmeleri gerekiyordu. Bu durum nedeniyle yaşadıkları sorunları ifade ettiler.

Bazı katılımcılar her vizitte farklı bir personel tarafından ev ziyaretinin gerçekleşmesinden ve standart bir bakım alamamaktan yakındılar. Katılımcılardan birinin tutarsız hizmet sunumu algısı şöyleydi:

"*Ama doğru dürüst bir randıman alamıyordum. Hep değişikler geliyorlar. Düzenli bir sağlık hizmeti alamadım." E6*

Hizmet sunumundaki değişiklikler ve bakımın sürekliliğindeki kesintiler tedavi sürecinin aksamasına neden olmaktadır. (Jackson ve diğerleri, 2017a). Yönetimdeki tutarsızlıklar kaygı ve endişe gibi psikolojik etkilere katkıda bulunuyordu (Gorecki et al., 2011). Sağlık hizmeti sağlayıcısı ile hasta arasındaki ilişki, hizmet sağlayıcının algılanan yeterlilik düzeyi, psikolojik iyi oluş ve tedaviye uyum açısından kritik öneme sahip olarak tanımlanmıştır (Gorecki et al., 2011).

Bası yarasının iyileşme süreci uzun ve meşakkatlidir. Uzun süreli tedavi gerekliliği, düzenli pansumanlar, ilaçlar ve diğer tıbbi ihtiyaçlar, hastaların sürekli bir mali yük altında olmasına neden olmaktadır. Çalışmamızda katılımcıların hepsi finansal kaygılarını dile getirdi. Sağlık sigortası ve kamu sağlık hizmetlerinin

kapsamı bazı tedavi yöntemlerini ve malzemeleri içermemektedir. Türkiye sağlık sisteminde bası yarası hastalarının birincil tedavisi, sürekli ihtiyacı olan pansuman için gerekli malzemelerin karşılanmaması hastalara mali yük olmaktadır.

Hastaların finansal kaygıları, tedavi sürecindeki stresi artırarak, tedaviye uyum sağlamayı veya gereken bakımı almayı zorlaştırmaktadır. Bası yarası hastalarının çoğunun üriner veya fekal inkontinansı vardır. Bası yarasının oluşumunun önlenmesi veya mevcut yaranın iyileşmesi için vücut neminin dengede tutulması önemlidir. Bu yüzden yara hastalarına sık alt bezi değişimi önerilir. Ancak hasta alt bezi ve diğer temizlik malzemelerinin sigorta kapsamında olmaması ve bez desteği olarak verilen ödeme miktarının yetersizliği bu tavsiyeye uyumu zorlaştırmaktadır. Katılımcılardan biri hasta alt bezi masraflarının fazla olması nedeniyle kullanamadığını ve hasta örtüsü kullandığını söyledi.

"Ama en çok ihtiyacım olan gazlı bez bant onlar çok eksik. Bezde bir sorun. Bir de ben artık bez değil örtü kullanıyorum. Bez daha pahalı hasta örtüsü kullanıyorum o ucuz olmasına rağmen yine de verilen bez parası yetmiyor." E5

Bazı katılımcılar maddi kaygılarını şöyle ifade etti:

"Malzeme bizim büyük sıkıntımız. Tek maaşla. Keşke devlet yardımcı olsa, malzeme verse." K1

"Zorluyor tabi zorlamaz mı? Maddi açıdan ucuz bir şey değil bazen günlük değiştirmemiz gerekiyor, ıslandığı zaman. Bir ara günde 2-3 kez değiştiriyorduk, çok akıyordu." E7

"Malzeme de vermiyorlar. Malzeme de medikalcilerden, eczanelerden alınacak gibi değil. Yani belirli bir süre birkaç ay için olsa alınır da uzun süre olunca alınacak gibi değil. Tavsiye edilen kremleri alabilirim ama ne kadar? Sadece birkaç ay kullanacağım ayda bir de belirli bir miktar ödeyeceksem alabilirim." E5

E8 kodlu katılımcı diğerlerinden farklı olarak özel sağlık sigortasına (ÖSS) sahipti. ÖSS'nin tüm pansuman malzemelerinin yanında bakım için önerilen antiseptik, bariyer krem gibi ürünleri de karşıladığını ifade etti. Bu sayede yara

bakım ürünlerini alabildiklerini ve yara iyileşme sürecinde çok fayda gördüklerini belirtti.

Bası yarası hastalarının neredeyse tamamı birincil hastalıkları ve bası yarasının etkileri nedeniyle bakıma muhtaçtır. Maddi olarak yakınlarına ve devlet desteğine bağımlıdır. Uygun yara bakımı için gerekli malzemelerin sigorta kapsamında olmaması hastaların tedaviye veya gerekli bakıma erişimini kısıtlamaktadır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bası yarası olan hastaların deneyimlerinin her yönüyle iyi anlaşılması, önleme ve tedavi uygulamalarının geliştirilebilmesi için önemlidir. Bu çalışma, bası yarası hastalarının sağlık sisteminde yaşadığı deneyimlerini birçok yönüyle ele alarak yaşadığı bazı sorunlara ışık tutmuştur. Bu sorunların iyileştirilmesine odaklanmak, hasta deneyiminin artmasına ve dolayısıyla hasta merkezli bakıma katkıda bulunabilir.

Bulgularımız bası yarası hastalarının sağlık hizmeti alım sürecinde ki sistemin açıklarını göstermektedir. Bu açıkların tanımlanması önemlidir. Sonraki adım ise bu açıklara çözüm bulunarak sağlık hizmetine erişimin iyileştirilmesi gerekliliğidir. Bulgularımızda ki hasta yolculuklarına bir kez daha baktığımızda ana sorunları şöyle özetleyebiliriz. Bası yarası hastasının hastanede başlayan süreçten itibaren eğitim ve bilgi verilmeden eve taburcu edilmesine bağlı toplum içinde sağlık hizmetine erişim de zorlanması; ulaşabildiği hizmet sağlayıcısından nitelikli ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetini alamamasına bağlı tekrar sağlık hizmeti arayışına girmesi; farklı kurumlardan hizmet almaya başlaması ancak kurumlar arası iletişimin, koordinasyonun, standart bir bakımın olmaması nedeniyle sistem içinde daireler çizip iyilik haline ulaşamaması.

Bası yarası olan kişiler için sürekliliği olan bireyselleştirilmiş eğitimler ve düzenli takip programlarının oluşturulması, bakım geçişlerinde ki açığın kapatılması iyileşme süresi ve nüksleri azaltabilir. Bası yarası hastaları gibi sağlık hizmetine erişmekte zorlanan hastalar için dünyada uygulanan farklı bakım modelleri vardır. Literatürde ki bir örnek sağlık hizmetlerinde navigasyon uygulamasıdır. Hasta navigasyonunu yürüten navigatörlerin hasta ile sağlık sistemi arasında köprü kurma gibi önemli bir rolü vardır. Yoğun bir eğitim programından geçen hasta navigatörlerinin hastalara ulaşmak ve desteklemek, tedavi ve bakımı başlatmak, sürdürmek, sonuçları takip etmek, tıbbi kayıtları saklamak gibi pek çok görevleri bulunmaktadır. Hasta merkezli bir uygulama olan hasta navigasyonunun; hasta, ailesi ve bakım vericiler için bakımın devamlılığını sağlama ve organize etme, rehberlik hizmeti sunma, eşitsizlikleri ortadan kaldırma, daha fazla bireyin ayrıntılı sağlık taramasından geçmesini sağlama gibi amaçları vardır (Krebs et al., 2013). Hasta

navigasyonu sağlık hizmetlerine erişemeyen hastalar ve bakıma muhtaç bireyler için sağlığa açılan bir kapı niteliğindedir (Coşkun et al., 2016). Sağlık hizmetlerinde navigasyon uygulaması sağlık sisteminde ki bu açıkları kapatacak bir öneri olabilir. Benzer bir model de Hollanda Omurilik Yaralı Hastalar Derneği'nin toplum hemşireleri, pratisyen hekimler, rehabilitasyon hemşireleri, rehabilitasyon yöneticileri, fizyoterapistler ve araştırmacılar ile iş birliği içinde geliştirdiği Transmural bakım modelidir. Bakım modelinin temel bileşeni, toplumda yaşayan omurilik hasarlı hastalar, profesyonel temel bakım uzmanları ve rehabilitasyon merkezi arasında 'bağlantı kuran' bir transmural hemşireden oluşur. Transmural bakım modeli, omurilik hasarlı hastaları ve onların ailelerini desteklemeye ve bakımın sürekliliğini teşvik etmeye yönelik faaliyetleri içeren bir iş tanımı sağlar (Bloemen-Vrencken et al., 2005).

Bası yaralarının önlenmesi ve tedavi sürecine hekimlerin katılımının artması, bası yarasının patofizyolojisine, önlenmesine ve etkili tedavi seçeneklerine yönelik bilimsel çalışmaları artıracaktır. Bası yarası hastalarının takibinde rol oynayan tüm sağlık profesyonelleri için anlaşılabilir ve uygulanabilir, kanıta dayalı bası yarası tanı ve tedavi rehberi de sağlık uygulayıcıları tarafından bir eksiklik olarak görülmektedir. Hekimler ve diğer profesyoneller arasındaki ortaklıklar, sürece yeni bakış açıları getirerek klinik sorunların çözülmesine yardımcı olabilir.

Yaptığımız çalışma bize sağlık sisteminde hastaların bakış açısını sunmaktadır. Hastaların deneyimleri, hastaların değerlendirmeleri sürecin belli bir kısmını görünür kılmıştır. Hastaların birlikte yol aldıkları ve sürekli etkileşimde kaldıkları sağlık personelleri gözünden de sürecin görülmesi ve sistemde ki açıkların ortaya konması gerekmektedir. Yöneticiler, hemşireler, teknikerler gibi hastanın bakım sürecine dahil olan sağlık personeli ile yapılacak nitel bir araştırma çoklu bakış açısını yakalayacak ve sürecin sistem kısmını görünür kılacaktır. Daha geniş bir ekibin görüşlerinin alınması bağlamın daha ayrıntılı bir şekilde anlaşılmasını kolaylaştıracaktır. Ve yapılacak iyileştirmelerin uygulanabilir olmasını ve sürekliliğini sağlayacaktır. Çalışmamızın sağlık personeli ayağının gerçekleşmesi de değerlidir.

Çalışmamız bası yarası hastalarının sağlık hizmeti alım deneyimlerine yeni bir bakış açısı kazandırmıştır. Bulgularımız bireylere verilen sağlık hizmetinin iyileştirilmesine yönelik yapılacak çalışmalara rehberlik sağlayacaktır.

Araştırmanın Güçlü Yönleri

Literatür taramalarında ulaşılabildiği kadarıyla çalışmamız hasta yolculuğunun haritalandırılması metodu kullanılarak yapılan ilk bası yarası çalışması olması yönüyle literatüre katkı sunmaktadır. Çalışmamız bu yönüyle bası yarası hastalarının sağlık hizmeti alım deneyimlerine yeni bir bakış açısı kazandırmaktadır. Bulgularımız bireylere verilen sağlık hizmetinin iyileştirilmesine yönelik yapılacak çalışmalara rehberlik sağlayacaktır.

Araştırmanın Zayıf Yönleri

Örneklem büyüklüğünün küçük olması bu çalışmanın en önemli sınırlılığıydı. Araştırma örnekleminin oluşturulması aşamasında ulaşılabilirlik yoluyla katılımcı seçildi, potansiyel adayların sayısı ve çeşitliliği araştırmacıların kontrolü dışında ki birçok faktöre bağlıydı. Örneklemde ki katılımcıların çoğunun primer hastalığının omurilik yaralanması olması da hasta çeşitliliğini azaltmıştır. Aynı zamanda bası yaralarının sık görüldüğü kognitif fonksiyonları bozulmuş olanların da çalışmaya dahil edilmemesi sınırlılıklardandır. Gelecekte daha çeşitli hasta popülasyonun olduğu; daha büyük bir örneklem ile yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır. Kognitif fonksiyonları bozulmuş olan hastaların bakım verenlerinin de dahil edileceği çalışmalar gelecekteki araştırmaların hedefi olmalıdır.

7. KAYNAKLAR

Allen, B. (2013). Effects of a Comprehensive Nutritional Program on Pressure Ulcer Healing, Length of Hospital Stay, and Charges to Patients. *Clinical Nursing Research*, *22*(2), 186–205.

Askari, H., Yaghoubinia, F., Keykhah, A., & Karimi, F. (2018). Investigating the Effect of Home-Based Training for Family Caregivers on the Incidence of Bedsore in Patients with Stroke in Ali Ebne Abitaleb Hospital, Zahedan, Iran: A Clinical Trial Study. *Medical - Surgical Nursing Journal*, *In Press*(In Press).

Aslan, A., & Yavuz van Giersbergen, M. (2016). Nurses' attitudes towards pressure ulcer prevention in Turkey. *Journal of Tissue Viability*, *25*(1), 66–73.

Ayello, E. A. P. R. C. C. B. B. P. R. FAAN. (2002). *How and Why to Do Pressure Ulcer Risk Assessment. Advances in Skin & Wound Care 15(3):p 125-131, May 2002.*

Bloemen-Vrencken, J. H. A., De Witte, L. P., Engels, J. P. G. M., Van den Heuvel, W. J. A., & Post, M. W. M. (2005). Transmural care in the rehabilitation sector: implementation experiences with a transmural care model for people with spinal cord injury. *International Journal of Integrated Care*, *5*(2).

Bobay, K. L., Jerofke, T. A., Weiss, M. E., & Yakusheva, O. (2010). Age-Related Differences in Perception of Quality of Discharge Teaching and Readiness for Hospital Discharge. *Geriatric Nursing*, *31*(3), 178–187.

Bouza, C., Saz, Z., Muñoz, A., & Amate, J. M. (2005). Efficacy of advanced dressings in the treatment of pressure ulcers: a systematic review. *Journal of Wound Care*, *14*(5), 193–199.

Bozbas, G. T., & Gurer, G. (2011). Current Treatment Approaches in Pressure Ulcers. *Sakarya Medical Journal*, *1*(4), 118–125.

Brace JA, S. JR. (2010). A prospective evaluation of a pressure ulcer prevention and management E-Learning Program for adults with spinal cord injury. *Ostomy Wound Manage*, *56*(8), 40–50.

Burt, J., Campbell, J., Abel, G., Aboulghate, A., Ahmed, F., Asprey, A., Barry, H., Beckwith, J., Benson, J., Boiko, O., Bower, P., Calitri, R., Carter, M., Davey, A., Elliott, M. N., Elmore, N., Farrington, C., Haque, H. W., Henley, W., … Roland, M. (2017). Improving patient experience in primary care: a multimethod programme of research on the measurement and improvement of patient experience. *Programme Grants for Applied Research*, *5*(9), 1–452.

CDC. (2018, January 30). *US Centers for Disease Control and Prevention. Health literacy. www.cdc.gov/healthliteracy/*.

Çizmeci O, E. U. (1999). Bası Yaraları. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi* , *2 (3):507*.

Clark, F. A., Jackson, J. M., Scott, M. D., Carlson, M. E., Atkins, M. S., Uhles-Tanaka, D., & Rubayi, S. (2006). Data-Based Models of How Pressure Ulcers Develop in Daily-Living Contexts of Adults With Spinal Cord Injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *87*(11), 1516–1525.

Coleman, S., Gorecki, C., Nelson, E. A., Closs, S. J., Defloor, T., Halfens, R., Farrin, A., Brown, J., Schoonhoven, L., & Nixon, J. (2013). Patient risk factors for pressure ulcer development: Systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, *50*(7), 974–1003.

COOPER, M. L., LAXER, J. A., & HANSBROUGH, J. F. (1991). The Cytotoxic Effects of Commonly Used Topical Antimicrobial Agents on Human Fibroblasts and Keratinocytes. *The Journal of Trauma: Injury, Infection, and Critical Care*, *31*(6), 775–784.

Coşkun, H., Şentüre, Ç., & Kavaklı, Ö. (2016). Patient navigation in health services. *Bakirkoy Tip Dergisi / Medical Journal of Bakirkoy*, 157–162.

Crosier, A., & Handford, A. (2012). Customer Journey Mapping as an Advocacy Tool for Disabled People. *Social Marketing Quarterly*, *18*(1), 67–76.

Cuddigan, J. P. R. C. C. B. D. R. M. M. A. E. A. P. R. C. CWOCN. (2001). PRESSURE ULCERS IN AMERICA: Prevalence, Incidence, and Implications for the Future: An Executive Summary of the National Pressure Ulcer Advisory Panel Monograph. In *PRESSURE ULCERS IN AMERICA: Prevalence, Incidence, and Implications for the Future* (pp. 208–215). Advances in Skin & Wound Care 14(4 Part 1 of 2).

Davies, E. L., Bulto, L. N., Walsh, A., Pollock, D., Langton, V. M., Laing, R. E., Graham, A., Arnold-Chamney, M., & Kelly, J. (2023). Reporting and conducting patient journey mapping research in healthcare: A scoping review. *Journal of Advanced Nursing*, *79*(1), 83–100.

Dealey, C., Brindle, C. T., Black, J., Alves, P., Santamaria, N., Call, E., & Clark, M. (2015). Challenges in pressure ulcer prevention. *International Wound Journal*, *12*(3), 309–312.

Defloor, T., & Grypdonck, M. F. (2005). Pressure ulcers: validation of two risk assessment scales. *Journal of Clinical Nursing*, *14*(3), 373–382.

Dollard, J., Harvey, G., Dent, E., Trotta, L., Williams, N., Beilby, J., Hoon, E., Kitson, A., Seiboth, C., & Karnon, J. (2018). Parçalı bakım/OLDER PEOPLE WHO ARE FREQUENT USERS OF ACUTE CARE: A SYMPTOM OF FRAGMENTED CARE? A CASE SERIES REPORT ON PATIENTS' PATHWAYS OF CARE. *Journal of Frailty & Aging*, 1–3.

Dowsett, C. (2008). Using the TIME framework in wound bed preparation. *British Journal of Community Nursing*, *13*(Sup3), S15–S22.

Elwyn, G., Edwards, A., Kinnersley, P., & Grol, R. (2000). Shared decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choices. *The British Journal of General Practice : The Journal of the Royal College of General Practitioners*, *50*(460), 892–899.

Erdoğan, M., & Kırılmaz, H. (2020). Hasta Merkezlilik ve Hasta Merkezli Bakım. *İnsan ve İnsan Dergisi*, 97–126.

Esson, L. (2007). Inpatients felt that pressure ulcers had emotional, mental, physical, and social effects on quality of life because nurses did not adequately treat or manage their pain or discomfort. *Evidence-Based Nursing*, *10*(4), 128–128.

Fagerdahl A-M, B. L. O. C. U. J. (2013). Patients' experience of advanced wound treatment-a qualitative study. *Wounds.*, *25*(8), 205–211.

Ferrell, B. A., Josephson, K., Norvid, P., & Alcorn, H. (2000). Pressure Ulcers Among Patients Admitted To Home Care. *Journal of the American Geriatrics Society*, *48*(9), 1042–1047.

Florence Nightingale. (1860). *Notes on nursing: what it is, and what it is not.* D Appleton and Company.

Fraser, S., Mackean, T., Grant, J., Hunter, K., Ryder, C., Kelly, J., Holland, A. J. A., Griffin, B., Clapham, K., Teague, W. J., Darton, A., & Ivers, R. Q. (2022). Patient journey mapping to investigate quality and cultural safety in burn care for Aboriginal and Torres Strait Islander children and families – development, application and implications. *BMC Health Services Research*, *22*(1), 1428.

Gethin, G., Probst, S., Stryja, J., Christiansen, N., & Price, P. (2020). Evidence for person-centred care in chronic wound care: A systematic review and recommendations for practice. *Journal of Wound Care*, *29*(Sup9b), S1–S22.

Gholizadeh, M., Janati, A., Delgoshaei, B., Gorji, H. A., & Tourani, S. (2018). Implementation requirements for patient discharge planning in health system: a qualitative study in Iran. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, *28*(2), 157.

Giuglea C, M. S. F. I. J. C. (2010). Pressure sores a constant problem for plegic patients and a permanent challenge for plastic surgery. . *J Med Life.* , *3*(2), 149.

Gorecki, C., Brown, J. M., Nelson, E. A., Briggs, M., Schoonhoven, L., Dealey, C., Defloor, T., & Nixon, J. (2009). Impact of Pressure Ulcers on Quality of Life in Older Patients: A Systematic Review. *Journal of the American Geriatrics Society*, *57*(7), 1175–1183.

Gorecki, C., Closs, S. J., Nixon, J., & Briggs, M. (2011). Patient-Reported Pressure Ulcer Pain: A Mixed-Methods Systematic Review. *Journal of Pain and Symptom Management*, *42*(3), 443–459.

Griese, L., Berens, E.-M., Nowak, P., Pelikan, J. M., & Schaeffer, D. (2020). Challenges in Navigating the Health Care System: Development of an Instrument Measuring Navigation Health Literacy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(16), 5731.

Harrison, J. D., Greysen, R. S., Jacolbia, R., Nguyen, A., & Auerbach, A. D. (2016). Not ready, not set…discharge: Patient-reported barriers to discharge readiness at an academic medical center. *Journal of Hospital Medicine*, *11*(9), 610–614.

Hopkins, A., Dealey, C., Bale, S., Defloor, T., & Worboys, F. (2006). Patient stories of living with a pressure ulcer. *Journal of Advanced Nursing*, *56*(4), 345–353.

Hug E, Ü. H. K. S. T. S. G. M. T. F. (2001). Bir Eğitim Hastanesinde Bası Yaraları Prevalansı ve Bası Yarası Gelişiminde Etkili Risk Faktörleri. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, *47*(6), 3–11.

Iizaka, S., Okuwa, M., Sugama, J., & Sanada, H. (2010). The impact of malnutrition and nutrition-related factors on the development and severity of pressure ulcers in older patients receiving home care. *Clinical Nutrition*, *29*(1), 47–53.

Jackson, D., Durrant, L., Bishop, E., Walthall, H., Betteridge, R., Gardner, S., Coulton, W., Hutchinson, M., Neville, S., Davidson, P. M., & Usher, K. (2017a). Pain associated with pressure injury: A qualitative study of community-based, home-dwelling individuals. *Journal of Advanced Nursing*, *73*(12), 3061–3069.

Jackson, D., Durrant, L., Bishop, E., Walthall, H., Betteridge, R., Gardner, S., Coulton, W., Hutchinson, M., Neville, S., Davidson, P. M., & Usher, K. (2017b). Pain associated with pressure injury: A qualitative study of community-based, home-dwelling individuals. *Journal of Advanced Nursing*, *73*(12), 3061–3069.

Joint Commission. (2000). *Pain assessment and management: an organizational approach*.

Kandi, L. A., Rangel, I. C., Movtchan, N. V., Van Spronsen, N. R., & Kruger, E. A. (2022). Comprehensive Management of Pressure Injury. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, *33*(4), 773–787.

Kaşıkçı, M., Aksoy, M., & Ay, E. (2018). Investigation of the prevalence of pressure ulcers and patient-related risk factors in hospitals in the province of Erzurum: A cross-sectional study. *Journal of Tissue Viability*, *27*(3), 135–140.

Kelly, J., Dwyer, J., Mackean, T., O'Donnell, K., & Willis, E. (2017). Coproducing Aboriginal patient journey mapping tools for improved quality and coordination of care. *Australian Journal of Primary Health*, *23*(6), 536.

Kelly, J., Dwyer, J., Pekarsky, B., Mackean, T., Mccabe, N., Wiseman, J., De Crespigny, C., & O'donnell, K. (n.d.). *Yönetim İki Dünya Birlikte Aşama 3: Aborijinlerin İyileştirilmesi Hasta Yolculukları-Çalışma Kitabı (Versiyon 1)*.

Krebs, L. U., Burhansstipanov, L., Watanabe-Galloway, S., Pingatore, N. L., Petereit, D. G., & Isham, D. (2013). Navigation as an Intervention to Eliminate Disparities in American Indian Communities. *Seminars in Oncology Nursing*, *29*(2), 118–127.

Kuhnke, J. L., Keast, D., Rosenthal, S., & Evans, R. J. (2019a). Health professionals' perspectives on delivering patient-focused wound management: a qualitative study. *Journal of Wound Care*, *28*(Sup7), S4–S13.

Kuhnke, J. L., Keast, D., Rosenthal, S., & Evans, R. J. (2019b). Health professionals' perspectives on delivering patient-focused wound management: a qualitative study. *Journal of Wound Care*, *28*(Sup7), S4–S13.

Labeau, S. O., Afonso, E., Benbenishty, J., Blackwood, B., Boulanger, C., Brett, S. J., Calvino-Gunther, S., Chaboyer, W., Coyer, F., Deschepper, M., François, G., Honore, P. M., Jankovic, R., Khanna, A. K., Llaurado-Serra, M., Lin, F., Rose, L., Rubulotta, F., Saager, L., … Erdogan, E. (2021). Prevalence, associated factors and outcomes of pressure injuries in adult intensive care unit patients: the DecubICUs study. *Intensive Care Medicine*, *47*(2), 160–169.

Lamprell, K., & Braithwaite, J. (2018). When Patients Tell Their Own Stories: A Meta-Narrative Study of Web-Based Personalized Texts of 214 Melanoma Patients' Journeys in Four Countries. *Qualitative Health Research*, *28*(10), 1564–1583.

Lapsley P, G. T. (2004). The patient's journey: travelling through life with a chronic illness: A new BMJ series to deepen doctors' understanding. *BMJ*, *329*(7466), 582.

Lavallée, J. F., Gray, T. A., Dumville, J., & Cullum, N. (2018). Bası yarası önlenmesinde kolaylaştırıcı zorlaştırırcı /Barriers and facilitators to preventing pressure ulcers in nursing home residents: A qualitative analysis informed by the Theoretical Domains Framework. *International Journal of Nursing Studies*, *82*, 79–89.

Leaper, D. J., Schultz, G., Carville, K., Fletcher, J., Swanson, T., & Drake, R. (2012). Extending the TIME concept: what have we learned in the past 10 years? *International Wound Journal*, *9*(s2), 1–19.

Levine, J. M. (2020). Clinical Aspects of Aging Skin: Considerations for the Wound Care Practitioner. *Advances in Skin & Wound Care*, *33*(1), 12–19.

Levinson DR. (2010). *Adverse events in hospitals: National incidence among Medicare beneficiaries.*

Li, Z., Lin, F., Thalib, L., & Chaboyer, W. (2020). Global prevalence and incidence of pressure injuries in hospitalised adult patients: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, *105*, 103546.

Llaurado-Serra, M., & Labeau, S. (2021). Research on the prevention of pressure injuries in adult intensive care unit patients. Where are we today and where should we go? *Intensive and Critical Care Nursing*, *62*, 102959.

Lukas, A., Mayer, B., Fialová, D., Topinkova, E., Gindin, J., Onder, G., Bernabei, R., Nikolaus, T., & Denkinger, M. D. (2013). Pain Characteristics and Pain Control in European Nursing Homes: Cross-sectional and Longitudinal Results From the Services and Health for Elderly in Long TERm care (SHELTER) Study. *Journal of the American Medical Directors Association*, *14*(6), 421–428.

Lyder, C. H., Grady, J., Mathur, D., Petrillo, M. K., & Meehan, T. P. (2004). Preventing Pressure Ulcers in Connecticut Hospitals by Using the Plan-Do-Study-Act Model of Quality Improvement. *The Joint Commission Journal on Quality and Safety*, *30*(4), 205–214.

Lyder CH, A. EA. (2008). *Pressure Ulcers: A Patient Safety Issue. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US);* (Hughes RG, Ed.).

Macens, K., Rose, A., & Mackenzie, L. (2011). Pressure care practice and occupational therapy: Findings of an exploratory study. *Australian Occupational Therapy Journal*, *58*(5), 346–354.

Maugham, L., Cox, R., Amsters, D., & Battistutta, D. (2004). Reducing inpatient hospital usage for management of pressure sores after spinal cord lesions. *International Journal of Rehabilitation Research*, *27*(4), 311–315.

McCabe, C. (2004). Nurse–patient communication: an exploration of patients' experiences. *Journal of Clinical Nursing*, *13*(1), 41–49.

McCannon, C. J., Hackbarth, A. D., & Griffin, F. A. (2007). Miles to Go: An Introduction to the 5 Million Lives Campaign. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, *33*(8), 477–484.

McSherry, T., Atterbury, M., Gartner, S., Helmold, E., Searles, D. M., & Schulman, C. (2017). Randomized, Crossover Study of Immersive Virtual Reality to Decrease Opioid Use During Painful Wound Care Procedures in Adults. *Journal of Burn Care & Research*, 1.

National Pressure Injury Advisory Panel. (2019). *National Pressure Injury Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel, and Pan Pacific Pressure Injury Alliance Prevention and treatment of pressure ulcers: Clinical practice guideline*.

O'Connor, T., Moore, Z. E., & Patton, D. (2021). Patient and lay carer education for preventing pressure ulceration in at-risk populations. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *2021*(3).

Park, J., Hwang, S., & Yoon, I.-S. (2017). Advanced Growth Factor Delivery Systems in Wound Management and Skin Regeneration. *Molecules*, *22*(8), 1259.

Park, K. H., & Kim, K. S. (2014). Effect of a Structured Skin Care Regimen on Patients With Fecal Incontinence. *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing*, *41*(2), 161–167.

Price, P., Fogh, K., Glynn, C., Krasner, D. L., Osterbrink, J., & Sibbald, R. G. (2007). Managing painful chronic wounds: the Wound Pain Management Model. *International Wound Journal*, *4*(s1), 4–15.

Reddy, M., Gill, S. S., & Rochon, P. A. (2006). Preventing Pressure Ulcers: A Systematic Review. *JAMA*, *296*(8), 974.

Rintala, D. H., Garber, S. L., Friedman, J. D., & Holmes, S. A. (2008). Preventing Recurrent Pressure Ulcers in Veterans With Spinal Cord Injury: Impact of a Structured Education and Follow-Up Intervention. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *89*(8), 1429–1441.

Sijm-Eeken, M., Zheng, J., & Peute, L. (2020). Towards a Lean Process for Patient Journey Mapping - A Case Study in a Large Academic Setting. *Studies in Health Technology and Informatics*, *270*, 1071–1075.

Tirgil M, N. Ü. (2019). "Hasta ve hasta yakınlarının evde sağlık hizmetlerinden beklenti ve memnuniyet düzeyleri." *Sağlık Akademisyenleri Dergisi.*, *6*(2), 122–135.

Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, *19*(6), 349–357.

van Rijswijk L, P. M. (1994). Predictors of time to healing deep pressure ulcers. *Ostomy Wound Manage.* , *40(8)*, 44, 46.

Victor Cimino, W. J. D. (2014). Pressure Ulcers: Precaution and Treatment. In Irwin Richard S. & Rippe James M (Eds.), *İntensive Care Medicine* (6th ed., pp. 1815–1819).

Vu, T., Harris, A., Duncan, G., & Sussman, G. (2007). Cost-effectiveness of multidisciplinary wound care in nursing homes: a pseudo-randomized pragmatic cluster trial. *Family Practice*, *24*(4), 372–379.

Wu-Fienberg, Y., Henzel, M. K., Richmond, M. A., & Becker, D. B. (2019). Impact of interdisciplinary rounds in the spinal cord injury unit on relational coordination for patients with pressure injury: A pilot study. *The Journal of Spinal Cord Medicine*, *42*(2), 245–250.

8. EKLER

EK-1:

GÖRÜŞME FORMU

❖ ***Hasta yolculuğunu deneyimleyen kişiyi tanımak***

Adı Soyadı:	Sosyo-Ekonomik Durum:
İletişim Tel:	Eğitim Düzeyi:
Yaş:	Medeni Hali:
Cinsiyet:	Çocuk Sayısı:
Boy- Kilo: VKİ:	İkamet Edilen Yer: Kendi evi Çocuğu Diğer
Sağlık Sigortası: SGK Özel Sigorta Yok	Şu an yaşadığı yerde kaç kişi ile birlikte kalıyor:
Mevcut çalışma durumu:	Oturduğu ev: Kira Ev sahibi

KLİNİK BİLGİLER

Bilinen Hastalıkları:

Kullandığı İlaçlar:

Beslenme Durumu: Oral PEG Nazogastrik sonda

Aktivite: Yatağa bağımlı Sandalyeye bağımlı Ara sıra yürüyor Sık sık yürüyor

Hareketlilik: Tamamen Hareketsiz Çok sınırlı Hafif sınırlı Sınırlama yok

Kullandığı aletler: (Walker, Tekerlekli Sandalye, Havalı Yatak, Hasta Yatağı, Kondansatör)

Bakım Veren: Kendi Ailesi Bakıcı

İnkontinans: İdrar Gaita

Hasta bezi kullanımı: Var, ne zamandır: /Yok

Mesane katater: Var, ne zamandır: /Yok

BASI YARASI DURUMU

Yeri:

Boyutu:

Evresi:

Ne süredir var:

❖ *Yolculuğun öyküsel bir anlatımını sağlamak*

1. Bası yaranız nasıl oluştu? Süreci anlatabilir misiniz?

- ➢ Hastanedeyse; Yoğun bakımda mı serviste mi? Bilinciniz kapalı mıydı? Bilinciniz açıksa bakımınızı kim sağlıyordu? Personel dışında bir yakınınız ise bası yarasından korunma konusunda bilgi verilmiş miydi?
- ➢ Evde yara oluştuysa; o süreçte bakımınızı kim yapıyordu? Bakım verenin bası yarası hakkında bilgi düzeyi nasıldı?
  O dönemde beslenmeniz nasıldı? Rehabilitasyon alıyor muydunuz? Tıbbi gerekçeyle veya sosyal olarak ev dışı bir hareketiniz var mıydı?

- Taburcu olurken yaradan korunma ve yara bakımı konusunda bilgilendirildiniz mi, nasıl bilgiler verildi? Siz verilen eğitimi uyguladınız mı?
- Bası yaranız tekrarladı mı, kaç kez?

2. Sizce ne olsaydı yaranız açılmazdı? Nasıl önlenebilirdi?

- Süreci tetikleyen bir faktör var mı?
- Hastalık, hareketsizlik, bilgisizlik, ruhsal durum, o dönemde olan şu sorun diyebileceğiniz.

❖ *Sağlık hizmet alımı yolculuğunun kronolojik haritalanması*

3. İlk günden bu yana yara bakımınız nasıl yapıldı? Kimler tarafından yapıldı?

- Bası yaranızın tedavi sürecinde size hangi kurumlar evde hizmet verdi? Sıklıkla nereden takip ediliyorsunuz?
- Düzenli bakım için hangi ekipler geldi, doktor veya hemşire ekibi ne aralıklarla geldi?
- Bakım vericileriniz ve ev ortamı değişiyor mu?
- Düzenli olarak sizi takip eden bir doktorunuz var mı? Varsa ne süredir takiptesiniz ve ne aralıkla görüşüyorsunuz?
- İlk nereye başvuracağınıza nasıl karar verdiniz? Kim sizi bilgilendirdi?
- Yara oluşumundan ne kadar süre sonra başvurdunuz?
- Aile hekiminizin bası yarası sürecindeki rolünü tarif eder misiniz? Bası yarası tedavi sürecine dahil oldu mu? Ev ziyaretinde bulundu mu?

❖ *Bakıma erişim ve bakım kalitesinin değerlendirilmesi*

4. Yara bakımı için nereden ve nasıl bir sağlık hizmeti aldınız?

- Taburcu olurken evde alabileceğiniz sağlık hizmetlerinin bilgisi verildi mi?
- Başvuru süreci nasıl oldu, neler yaşadınız? Yüz yüze, telefonla
- Özel ihtiyaçlarınız olduğunu düşünüyor musunuz, bunlar karşılandı mı?
- Kullanılan yara malzemelerinin mali yükü oldu mu?
- Sağlık hizmeti alırken ne gibi zorluklar yaşadınız?

5. Yara bakımı konusunda eve gelen sağlık personeli ile nasıl bir iletişiminiz oldu anlatır mısınız?

- Nasıl davrandılar, sorularınıza cevap alabildiniz mi?
- Peki size hangi konularda bilgi verildi, neler önerdiler? (Pansumanı nasıl yapacağınızı biliyor musunuz? Topikal ilaçları, yara örtülerini nasıl kullanacağınızı?)
- Yaranın iyileşme sürecinin uzun, sürekli bakım ve korunma gerektirdiği bilgisi verildi mi?
- Konuşulan tıbbi dili ve bakım sürecinde yapılan uygulamaları anlayamadığınız, öğrenmek isteyip cevap alamadığınız oldu mu?

6. Yara tedaviniz için hiç hastaneye sevk edilmeniz gerekti mi?

- Eğer gerektiyse bu süreçte neler yaşadınız?
- Kurumlar arası iletişim var mıydı?
- Hastaneye nakli nasıl oldu, giriş yaptığınız birim, bekleme süreci, gideceğiniz birime hemen ulaşabildiniz mi? Ulaşımınızı nasıl sağladınız?
- Sevk edildiğiniz birim veya kişi hakkında nakil öncesi bilgi verildi mi?
- Hastanede kaldığınız süreçte neler yaşadınız?
- Personel ile iletişim nasıldı?

7. Bu süreçte aldığınız sağlık hizmetini sizin açınızdan tarif edebilir misiniz?

- Kullandığınız tedavilerin etkinliği hakkında ne düşünüyorsunuz
- Bası yarasının tedavisi sürecinde size en çok ne zor geliyor?
- İyileşme sürecinin uzun olması size ne hissettirdi?
- Aldığınız sağlık hizmetini bütünüyle değerlendirecek olursanız sizce daha iyi neler yapılabilir? İyileştirilmesini önerdiğiniz neler var?

8. Son olarak başka eklemek istediğiniz bir şey var mı?

Ek 2: GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Bu araştırma Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından yürütülmektedir. Araştırmanın amacı bası yaranızın oluşum, takip ve tedavi sürecinde sağlık hizmeti alımındaki deneyimlerinizi öğrenmektir.

Bu amaçla hastalarla yüz yüze görüşmeler yapılarak bazı soruları cevaplamanız istenecektir. Görüşmenin toplamda yaklaşık 45 ila 50 dakika sürmesi öngörülmektedir. Sizden kan gibi herhangi bir biyolojik örnek alınmayacaktır. Katılımcıların kimlik bilgileri gizli tutulacaktır.

Araştırmaya katılmayı reddetme ve yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilme hakkına sahipsiniz. Reddetmenizin ya da araştırmadan ayrılmanızın size olumsuz bir yansıması olmayacaktır.

Araştırmaya katılanlara herhangi bir ücret ödenmeyeceği gibi kendilerinden de herhangi bir maddi talepte bulunulmayacaktır.

Bu koşullar altında araştırmamıza katılmayı kabul etmenizi dileriz. Araştırma süresince sorularınız olması durumunda, mesai saatleri içinde Dr. Müzeyyen GEÇİCİ'ye xxxxxxxxxx numaralı telefondan ulaşabilirsiniz.

Saygılarımızla,
Prof. Dr. Mehmet AKMAN
Araştırma ekibi adına araştırma danışmanı

EK 3: GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Katılımcının Beyanı

Sayın Dr. Müzeyyen GEÇİCİ tarafından Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı'nda tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim. Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi amacıyla araştırmacı tarafından araştırmadan çıkartılabileceğimi de biliyorum. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. İster doğrudan ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğimi biliyorum.

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda, herhangi bir saatte Dr. Müzeyyen Geçici'ye Fevzi Çakmak Mah. Muhsin Yazıcıoğlu Cad. No:10 Kat 1 Aile Hekimliği Polikliniği Üst Kaynarca Pendik-İstanbul adresinden ve xxxxxxxxx'ten arayabileceğimi biliyorum**.** Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımıma ve hekim ile olan ilişkime herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde "katılımcı" olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalamış bulunduğum bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

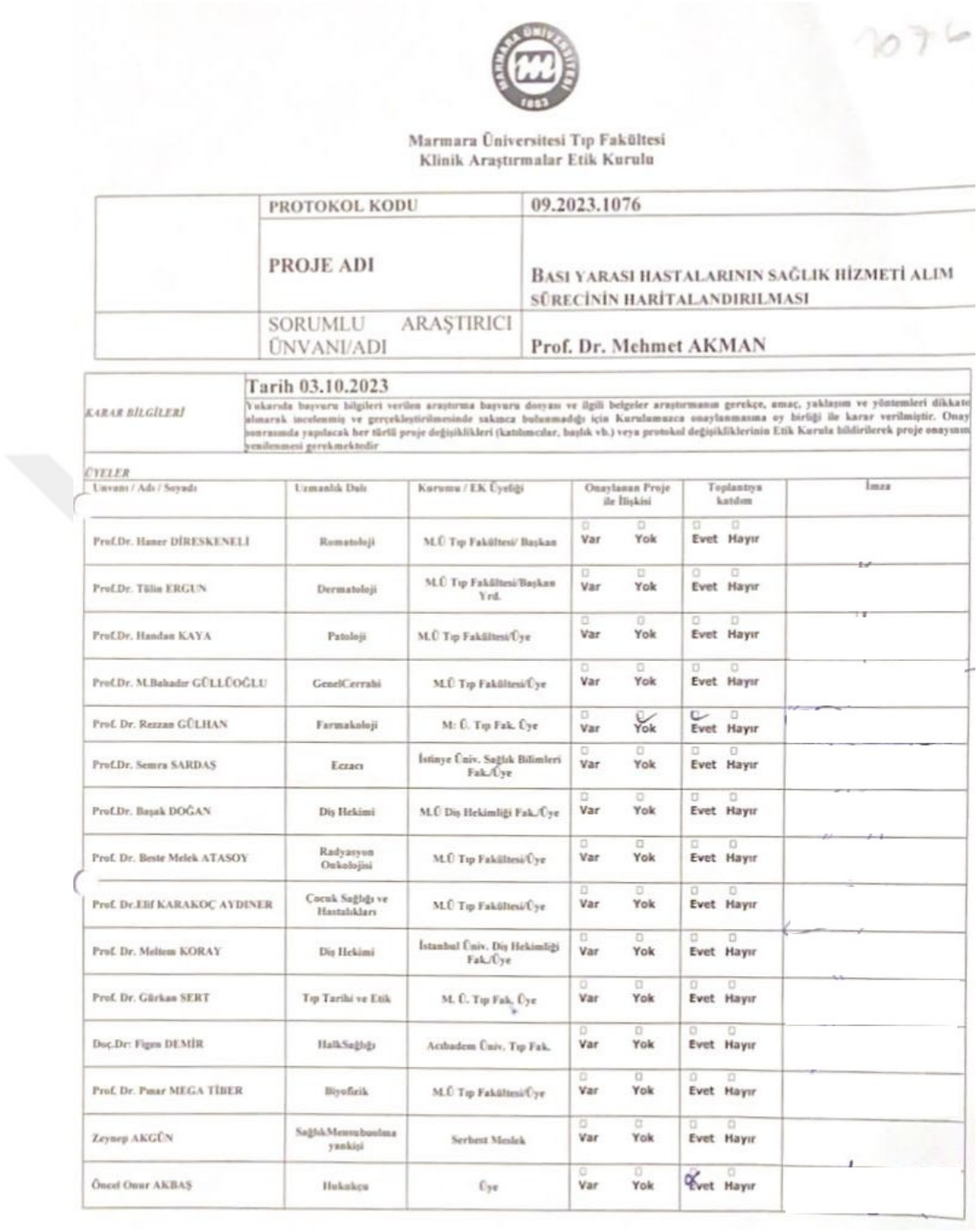
Gönüllünün,
Adı-Soyadı:
İmzası:
Adresi:

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin
Adı-soyadı:
İmzası:
Adresi:

Açıklamaları yapan araştırmacının,
Adı-Soyadı:
İmzası:

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin,
Adı-Soyadı:
İmzası:
Görevi:

EK 4: KLİNİK ARAŞTIRMA ETİK KURUL ONAYI



Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

	PROTOKOL KODU	09.2023.1076
	PROJE ADI	BASI YARASI HASTALARININ SAĞLIK HİZMETİ ALIM SÜRECİNİN HARİTALANDIRILMASI
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI/ADI	Prof. Dr. Mehmet AKMAN

KARAR BİLGİLERİ	Tarih 03.10.2023 Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve gerçekleştirilmesinde sakınca bulunmadığı için Kurulumuzca onaylanmasına oy birliği ile karar verilmiştir. Onay sonrasında yapılacak her türlü proje değişiklikleri (katılımcılar, başlık vb.) veya protokol değişikliklerinin Etik Kurula bildirilerek proje onayının yenilenmesi gerekmektedir

ÜYELER

Unvanı / Adı / Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu / EK Üyeliği	Onaylanan Proje ile İlişkisi	Toplantıya katılım	İmza
Prof.Dr. Haner DİRESKENELİ	Romatoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/ Başkan	☐ Var ☐ Yok	☐ Evet ☐ Hayır	
Prof.Dr. Tülin ERGUN	Dermatoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Başkan Yrd.	☐ Var ☐ Yok	☐ Evet ☐ Hayır	
Prof.Dr. Handan KAYA	Patoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	☐ Var ☐ Yok	☐ Evet ☐ Hayır	
Prof.Dr. M.Bahadır GÜLLÜOĞLU	Genel Cerrahi	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	☐ Var ☐ Yok	☐ Evet ☐ Hayır	
Prof. Dr. Rezzan GÜLHAN	Farmakoloji	M: Ü. Tıp Fak. Üye	☐ Var ☑ Yok	☐ Evet ☐ Hayır	
Prof.Dr. Semra SARDAŞ	Eczacı	İstinye Üniv. Sağlık Bilimleri Fak./Üye	☐ Var ☐ Yok	☐ Evet ☐ Hayır	
Prof.Dr. Başak DOĞAN	Diş Hekimi	M.Ü Diş Hekimliği Fak./Üye	☐ Var ☐ Yok	☐ Evet ☐ Hayır	
Prof. Dr. Beste Melek ATASOY	Radyasyon Onkolojisi	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	☐ Var ☐ Yok	☐ Evet ☐ Hayır	
Prof. Dr.Elif KARAKOÇ AYDINER	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	☐ Var ☐ Yok	☐ Evet ☐ Hayır	
Prof. Dr. Meltem KORAY	Diş Hekimi	İstanbul Üniv. Diş Hekimliği Fak./Üye	☐ Var ☐ Yok	☐ Evet ☐ Hayır	
Prof. Dr. Görkan SERT	Tıp Tarihi ve Etik	M. Ü. Tıp Fak. Üye	☐ Var ☐ Yok	☐ Evet ☐ Hayır	
Doç.Dr: Figen DEMİR	Halk Sağlığı	Acıbadem Üniv. Tıp Fak.	☐ Var ☐ Yok	☐ Evet ☐ Hayır	
Prof. Dr. Pınar MEGA TİBER	Biyofizik	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	☐ Var ☐ Yok	☐ Evet ☐ Hayır	
Zeynep AKGÜN	Sağlık/Memnuboulma yenkişi	Serbest Meslek	☐ Var ☐ Yok	☐ Evet ☐ Hayır	
Öncel Onur AKBAŞ	Hukukçu	Üye	☐ Var ☐ Yok	☐ Evet ☐ Hayır	