

## **Palyatif Bakım Hastalarında Basınç Yaraları Pressure Wounds in Palliative Care Patients**

Nil Tekin

Doç.Dr., ASPB Narlıdere Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi, İzmir, Türkiye

### **Özet**

Basınç yaraları, tek başına basınç ya da sürtünme, yırtılma ile birlikte basıncın bir arada neden olduğu genellikle kemik çıkıntılarının üzerinde gözlenen deri ve deri altı doku hasarı olarak tanımlanmaktadır. Ülkemizde giderek gelişen palyatif bakım uygulamalarında önemli bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır. Basınç yaraları genel olarak yaşamı tehdit edebilir ya da yaşam kalitesinin bozulmasına neden olabilir. Basınç yaralarının palyatif bakım ünitelerinde prevalans ve insidans oranlarının ülke genelinde belirlenmesine yönelik çalışmalara gereksinim vardır. Risklerin değerlendirilmesi ve uygun önlemlerin alınması önceliklidir. Palyatif bakım hastalarında basınç yarası oluşmuşsa uygun tedavi yöntemlerinin belirlenmesi gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Basınç yarası, palyatif bakım

### **Abstract**

Pressure wounds are defined as the skin and subcutaneous tissue damage observed on osteophyte generally caused by pressure and laceration, friction or pressure alone. It is a significant problem for palliative care practices developing more and more in our country. Pressure ulcers may be life threatening or deteriorate the life quality. Studies to determine prevalence and incidence rates of pressure ulcers at palliative care units around the country are necessary. Risks should be evaluated and proper actions should be taken. If palliative care patients have pressure ulcer, proper treatment methods should be determined.

**Key words:** Pressure wounds, palliative care

*Kabul tarihi: 19.07.2016*

### **Giriş**

Palyatif bakım kavramı Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından ilk olarak 1989 yılında tanımlanırken, 2002 yılında “Yaşamı tehdit eden hastalıklardan kaynaklanan problemler ile karşılaşan hastaların ve hasta yakınlarının yaşam kalitesini, başta ağrı olmak üzere tüm fiziksel, psikososyal ve ruhsal problemlerin erken tespit edilerek ve etkili değerlendirmeler yapılarak önlenmesi veya giderilmesi yolları ile arttıran bir yaklaşım” olarak tanımlanmıştır (1). Bu tanım çerçevesinde ülkemizdeki palyatif bakım merkezlerine baktığımızda palyatif bakımın sadece kanserli hastalara yönelik olmadığı, büyük bölümü kanser hastaları olsa da bunun dünyadaki uygulamalarda olduğu gibi Alzheimer, serebrovasküler hastalıklar, diyabet gibi diğer kronik hastalıkları bulunan hastaların palyatif bakım hizmetine ihtiyaç duyabildiği belirtilmiştir (2). Bu kronik hastalıkların görülme sıklığının yaşla birlikte arttığı bilindiğinden dünyada ve ülkemizde artan yaşlı nüfusun giderek palyatif bakım hizmet sunumundan daha fazla yararlanacağı düşünülmektedir. Basınç yaraları ise bu hastaların

izleminde önemli bir sorundur. Bu makalede palyatif bakım hastalarında basınç yaraları konusu değerlendirilmeye çalışılmıştır.

### **Basınç Yaralarının Tanımı**

Basınç yaraları ile ilgili farklı terminolojiler mevcuttur. Bu terminolojiler açısından en yaygın olarak kullanılan tanımın Amerika’da Ulusal Basınç Ülseri Danışma Paneli (National Pressure Ulcer Advisory Panel-NPUAP) ve Avrupa’da Avrupa Basınç Ülseri Danışma Paneli (European Pressure Ulcer Advisory Panel- EPUAP) tarafından 2009 yılında yapılan tanım olduğu belirtilmektedir. Bu tanıma göre ‘tek başına basınç ya da sürtünme, yırtılma ile birlikte basıncın bir arada neden olduğu genellikle kemik çıkıntılarının üzerinde gözlenen deri ve deri altı doku hasarı’ olarak tanımlanmaktadır (3). Basınç ülserlerinin oluşumunda basınç, sürtünme ve yırtılma dışında etki eden birkaç faktör daha olduğu ve bu faktörlerin önemi vurgulanmalıdır. Türkçe terminolojinin de bu bağlamda açığa kavuşturulmasına gereksinim duyulmuştur.

Yatak yarası, dekübit ülseri, basınç ülseri, bası yarası ve basınç yarası geçmişten günümüze kullanılan kavramlardır. Yaraların %53'ü yatağa bağımlı hastalarda, %37'si tekerlekli sandalye kullanan, %10'u ise mobilize olabilen hastalarda gelişebildiği belirtilmiştir. Bu itibarla yatak yarası kavramı çok uygun olmamaktadır. Dekübit içeren tanımlar ise latince kökünde sırt üstü yatma anlamı taşıdığından, uygun değildir. Basınç kelime anlamı bir yüzey üzerine etkide bulunan gücün yüz ölçümü birimine düşen miktarı şeklinde tanımlanmış olması nedeniyle doğru bir terim olarak kabul edilmektedir. Bası kelimesi ise yanlış bir çeviri olarak değerlendirilmektedir (4,5). EPUAP (2009) da kavram olarak, etyolojik durumu en iyi tarif etmesi nedeniyle "basınç ülseri" teriminin kullanılmasını önermektedir. Buna karşın basınçla oluşan yaraların klinik evreleri göz önüne alındığında, cilt bütünlüğünün korunduğu kapalı yaradan ve ileri derecede doku hasarının olduğu açık yaraya doğru ilerlediği bilinmektedir. Bu nedenle, "ülser" terimi yerine daha geniş bir kavram olan "yara" teriminin kullanımının daha doğru olacağı düşünülmektedir (3,5). Bu makalede de basınç yaraları kavramı kullanılmıştır.

### **Basınç Yaraların Yaygınlığı ve Görülme Sıklığı**

Basınç yaralarının yaygınlığı ve görülme sıklığının incelenen hasta grubuna göre değişiklik gösterdiği belirtilmektedir. Gelişmiş ülkelerde bu konuyla ilgili birçok farklı veriye ulaşmak mümkündür (6). EPUAP'ın araştırmasında genel prevalans %18,1 olarak bildirilirken (7), NPUAP insidansı %7, hastanedeki prevalansı ise %15 olarak belirtmektedir (8). Hastaneler ve çeşitli kliniklerde görülme sıklığı %3-10 arasında iken, akut bakım merkezleri için %2,7-29 arasındadır (9,10). Yoğun bakım üniteleri için %2,2-23,9 arasında belirlenirken, evde bakım hizmetleri veren merkezler için %0-17 arasında olduğu tespit edilmiştir (11). Palyatif bakım alan kanser hastalarının altı aylık izleminde basınç yarası prevalansı %22,9, insidansı %6,7 bulunmuştur (12).

Türkiye'de basınç yarası yaygınlığı ile ilgili olarak farklı merkezlerde sınırlı sayıda çalışma vardır (6,13). Değişik kliniklerde yatan hastalarda basınç yarası oluşma oranı %6,1-7,2 bulunurken (14,15), palyatif bakım hastalarının arasında yüksek oranda bulunan nöroloji hastalarının kaldığı yoğun bakım ünitesi ile ilgili çalışmalarda bu oran %18,1-18,3 bulunmuştur (16,17). Özellikle serebrovasküler hastalığı bulunan yatağa bağımlı hastalarda daha

yüksek orana ulaşıldığı (%41), basınç yarası gelişme riski açısından yüksek riskli olma oranının da %63 olarak tespit edildiği bildirilmiştir (18).

### **Basınç Yaralarının Önemi**

Basınç yaraları, genel olarak hastaların hastaneye yatış nedenine ek olarak ortaya çıkan, hasta bakım hizmetlerinin sunulduğu merkezler/bireyler için devam eden, önlenabilir bir sağlık sorunudur (6).

Basınç yaraları önlenabilir bir sorun olmasına rağmen; hasta, hastane, bakım merkezleri ve sağlık çalışanları ile bakım verenler açısından pek çok olumsuz sonuçları vardır. Fiziki etkileri nedeniyle yaşamı tehdit edebilir, bağımsızlığı kaybetme ve sosyal izolasyon gibi psikolojik problemlere neden olabilir. Palyatif bakım açısından; önemli yaşamsal sorunları olan hastalarda yara bakımı, debritleme ve greft işlemleri nedeniyle ağrı çekilebilir. Morbidite, mortalite ve nazokomiyal enfeksiyon artabilir. Hizmet sunucuları açısından ise hastanede kalış süresinde ve maliyette artışa yol açar. Hasta ve yakınlarının yaşam kalitesini azaltır. Hastanelerdeki bası yarası oranları, hasta bakım hizmetlerinin kalitesinin en önemli belirteçlerindedir. Komplikasyonlar açısından dikkatli olunmalıdır (13,18,19).

### **Basınç Yaraları Risk Faktörleri**

Dünyada her yıl 300 milyon kişinin (dünya nüfusunun %3'ü) palyatif bakıma ihtiyaç duyduğu belirtilmektedir. Birçok profesyonel ömrünün sonundaki bu hasta grubunda meydana gelen basınç yaralarının önlenmesinin zorlukları ve hatta bazen önlenemeyebileceği konusunda görüş sunmaktadır. Basınç yaralarının tamamen ortadan kaldırılması mümkün olamayabilir. Çünkü bunları önlemek için eşlik eden birçok faktörün varlığı ortadadır. Ancak basınç yarası gelişiminin ölümcül hastada, ruhsal, fiziksel ve sosyal olumsuz etkileri nedeniyle yaşam kalitesini bozmakta olduğu önemle vurgulanmaktadır. (19). Bası yarasının oluşmasına yol açan risk faktörleri genel olarak intrinsek ve extrinsek faktörler olarak ele alınmaktadır (13,20).

#### **Intrinsek Faktörler:**

- **İmmobilite:** Palyatif bakım alan bireyler giderek daha inaktif hale gelir ve hareketsizlikleri ölüme yakın zamanda artar. İsveç'te yapılan bir çalışmada hospis hastaları değerlendirildiğinde basınç yarası gelişimi ile fiziksel aktivite ve hareket eksikliği arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Ağrı ve dispne nedeniyle de bu grup hastalarda immobilitenin arttığı gözlenmiştir (19)

- **Yaş:** İleri yaştaki hastalarda dermiste fizyolojik değişiklikler görülür; deri kuruluğu artar, epidermis inceler. Yaşlılığa bağlı basınç, sürtünme ve yırtılmaya karşı daha duyarlı hale gelir. Sık kullanılan steroid tedavisine bağlı olarak da kollajen sentezinde azalma ve derinin incilmesi basınç yarası oluşumunu kolaylaştırır. Diğer risk faktörleri ve kronik hastalıkların eklenmesi anlamlı bir risk faktörü sayılmaktadır (13,19,21).

- **Malnutrisyonlar:** Basınç yarası bulunan hastalarda kronik katabolik bir süreci gösterir. Palyatif bakım alan bireylerde stres bir hipermetabolik durum yaratır. Şiddetli hastalık ve/veya enfeksiyon ile ilişkili olduğunda ayrıca hipermetabolizma gelişir. Bu nedenle malnutrisyonun önlenmesi, protein ve kalori alımının artırılması önemlidir (13,19,21).

Nörolojik hastalıklar-bilinç durumu, özellikle serebrovasküler olaylar, spinal kord yaralanmaları, multipl skleroz, uzamış cerrahi, anemi, travma, ilerlemiş kas-iskelet sistemi hastalıkları, spastisite, kas kitlesinde azalma, hipotansiyon-iskemi, enfeksiyonlar, önemli intrinsek faktörlerdir (13,19,21).

- **Ciltte kuruluk**

### **Ekstresek Faktörler:**

- **Basınç:** Basınç yaralarının gelişmesinde basıncın, en önemli faktör olduğu belirtilmektedir. Yara oluşumu basıncın yoğunluğu, süresi ve dokunun toleransına bağlıdır. Basınç yarasının oluşumundaki temel patoloji, basınca bağlı kan akımının kesilmesi ve hipoksidir. Vücudun herhangi bir bölgesi üzerine dışarıdan uygulanan basınç, fonksiyonel kapiller basıncı aştığı zaman kapiller kollabe olmakta ve doku anoksisi gelişmektedir. Hareket etme ve duyuşsal algılama problemi olmayan sağlıklı kişiler kapiller kapandığı zaman ortaya çıkan doku hipoksisinin yol açtığı rahatsızlığı hissetmekte ve pozisyon değiştirerek basıncı başka noktalara kaydırmaktadır. Düşük basınç uzun sürede, yüksek basınç ise kısa sürede doku hasarı oluşturmaktadır. İmmobil bir hastanın 2 saatten fazla aynı pozisyonda oturmasının basınç yarası için yeterli olduğu belirtilmektedir. Doku duyarlılıkları açısından basıncın yol açtığı en duyarlı alanlar kaslar, subkütanöz yağ dokusu ve dermistir (4,13,21).

- **Sürtünme (friksiyon):** Genel olarak aralarında yoğunluk farkı olan ve ters yönde hareket eden iki yüzeyin birbirine karşı oluşturduğu kuvvet nedeniyle sürtünme oluşur. Hastanın pozisyonu değiştirilirken yapılan hatalarda, uygun olmayan

döndürme ve çekmelerde derinin dış yüzey boyunca sürüklenmesi sonucunda üst tabaka kaybı görülür. İskemi eşik etmez, daha çok evre 1 ve 2 düzeyinde bası yarasına neden olur (12,13,19,21).

- **Makaslama Etkisi:** Dokuların birbirine paralel ancak zıt yönde çekilmesiyle ortaya çıkar. Tek başına etkili olmayıp basınçla birlikte, aditif etkiyle basınç yarası oluşur. Belli bir eğilim verilerek yatırılan ya da oturur pozisyonda olan hastanın yer çekiminin etkisiyle aşağı doğru kaymasıyla veya hastanın yatakta yukarı doğru çekilmesiyle epidermis ve dermiş dış yüzeyi sabit kalırken, alttaki dokular ileri doğru itilir. Bu durum damarların aşırı gerilmesi yanı sıra epidermis üzerindeki mekanik etkiye bağlıdır (13,21).

- **Nem:** Terleme, kusma, yara akıntısı, idrar ve dışkı yoluyla nemlenen deride epidermis direnci azaldığından maserasyon olur. Maserasyon basıncın attığı dokuda iskemiye arttırmakta, yara oluşumuna neden olmaktadır. Diğer faktörlere göre nemin basınç yarası oluşumuna etkisi daha azdır (13,21). Genel olarak ilaçlar, vücut hijyeni, pozisyon durumu, yardımcı malzemeler (uygun olmayan veya yanlış şekilde kullanılmış) elbise, ayakkabı da etkilidir (20).

### **Risk Değerlendirmesi**

Basınç yaralarının prevelans ve insidansını azaltmada en önemli girişimin risk faktörlerinin belirlenmesi olduğu belirtilmiştir (4,13,21). Risk faktörlerinin belirlenmesi genel olarak hemşireler tarafından yapılmakta olup üç şekilde değerlendirme yapılabilir; risk grubu olarak tüm hastaları değerlendirmek, risk grubunu mesleki bilgi ve deneyimlere dayanarak belirlemek ve risk değerlendirme aracı kullanmak (5).

Basınç yarası riskini değerlendirmede 'risk değerlendirme ölçeği' olarak tanımlanan ve kullanılması önerilen birçok değerlendirme aracı bulunmaktadır. Hangi sıklıkla kullanılacaklarına dair farklı görüşler olsa da ilk karşılaşıldığında uygulanması ve belli aralıklarla tekrarlanması önerilmektedir (4,8). Hepsinde ortak olan nokta hasta ile ilk karşılaşıldığında uygulanması ve daha sonra ise belirli aralıklarla tekrarlanması gerektirir. Bu ölçeklerden en eskisi Norton Ölçeği'dir (tablo 1) (22). Fiziksel durum, mental durum, aktivite, hareketlilik ve inkontinans olarak 5 risk faktörü puanlanmaktadır. Toplam puan 5 ila 20 arasında olup, puanın yükselmesi ile basınç yarası gelişimi riski artmaktadır. Puan 16 olduğunda yüksek risk taşıdığı düşünülmektedir (21,23).

**Tablo 1. Norton Ölçeği, 1998**

NORTON ÖLÇEĞİ							
Ad	Tarih	Fiziksel Durum	Mental Durum	Aktivite	Hareketlilik	İnkontinans	Toplam
		İyi 4	Uyanık 4	Ayağa kalkabiliyor 4	Sınırsız 4	Yok 4	
		Orta 3	Apatik 3	Yardımla yürüyor 3	Kısmen sınırlı 3	Ara sıra 3	
		Zayıf 2	Konfüze 2	Sandalyeye bağımlı 2	Çok sınırlı 2	Sık idrar 2	
		Çok kötü 1	Stopur 1	Yatağa bağımlı 1	Hareketsiz 1	İdrar-gaita 1	

En çok bilinen ve kullanılan diğer ölçekler; Braden Ölçeği, Waterlow Ölçeği, Gosnell Ölçeği ve Knoll Ölçeği'dir (4,8,9,17). Bunlar arasında Braden Ölçeği'nin ABD'de en yaygın kullanılan ölçek olduğu, hasta gruplarında geniş yaş aralığında kullanılabilir en güvenilir ve geçerli ölçek olduğu belirtilmektedir. 1987 yılında Braden B. ve Bergstorm N. tarafından geliştirilen Braden Ölçeği'nin yoğun bakım ünitesi, dahiliye-cerrahi klinikleri ve bakım evleri gibi farklı klinik alanlarda test edildiği bilinmektedir (4,8).

Cilt bütünlüğü sistem tanınmasına göre

değerlendirmesi yapılırken, basınca maruz kalan deri alanının durumu değerlendirilir (deri renginde değişiklik, solukluk ve beneklenme, yüzeysel deri tabakalarının bulunmaması, deri sıcaklığı vb.). Braden Risk Değerlendirme Ölçeği, altı alt katogeri içermektedir (tablo 2). Duyusal algılama, nem, aktivite, mobilite, beslenme, sürtünme ve yırtılma. Sürtünme ve yırtılma (1-3 puan), diğer her bir değişken ise (1-4) arasında puan almaktadır. Değerlendirilen hastaya toplam 6- 23 arasında değişen puanlar verilir. Toplam puanın düşük olması basınç yarası gelişme riskinin yüksekliğini işaret eder. (4)

**Tablo 2. Braden Basınç Ülseri Değerlendirme Ölçeği (5 yaş üstü çocuklar ve yetişkinler için)**

Skor	Duyusal Algılama	Cildin Neme Maruz Kalması	Aktivite	Mobilite	Beslenme	Sürtünme ve Makaslama
4	Uyanık	Nadiren nemli	Sık sık yürüyor	Sınırlama yok	Her öğünün tamamını yiyor	
3	Sözel uyarılara cevap var	Bazen nemli	Ara sıra yürüyor	Hafif sınırlı	Her öğünün yarısını yiyor	Görünür bir sorun yok
2	Ağır uyarılara cevap var	Sık sık nemli	Tekerlekli sandalyeye bağımlı	Çok sınırlı	Bazı öğünlerin yarısını yiyor	Olası bir problem yok
1	Uyarılara cevap yok	Sürekli nemli	Yatağa bağımlı	İmmobil (hareketsiz)	Hiçbir öğünü tam yemiyor	Harekette yardıma ihtiyacı var

\*9 puan altı yüksek risk, \*10- 12 yüksek risk, \*13- 14 puan orta riskli \*15- 16 puan düşük riskli (75 yaş üstündekilerde 15- 18 puan düşük risk) olarak değerlendirilir.

## Basınç Yaralarının Önlenmesi

Bası yaralarının uygun önlemler ile önlenemez olduğu bilinmektedir. Palyatif bakım sürecinin başından itibaren basınç yaralarının önlenmesi temel amaç olmalı, bunun için de uygun önlemlerin alınması gerekmektedir. (12,19,21).

EPUAP ve NPUAP tarafından hazırlanan palyatif bakım hastalarına yönelik hasta ve risk değerlendirmesinde yönergeler;

1. Hastayı kapsamlı olarak değerlendirin (Kanit gücü=C)
2. Yapılandırılmış ve tutarlı biçimde yeni basınç yarası oluşma riskini değerlendirin. Değerlendirmede, geçerli bir risk değerlendirme

aracı kullanın, kapsamlı deri değerlendirmesi yapın ve önemli risk faktörlerini belirleyin (Kanit gücü=C)

2.1. Braden Ölçeği, Norton Ölçeği, Waterlow Ölçeği, Braden Q (pediyatrik hastalar için) gibi bir genel tarama aracı ya da diğer yaş grupları ile uyumlu araçları klinik karar ile birlikte kullanın (Kanit gücü=C).

2.2. Palyatif bakımda tedavi gören hastalara özel olan Marie Curie Merkezi Hunters Hill Risk Değerlendirme Aracı'nı erişkin hastalar için klinik karar ile birlikte kullanın (Kanit gücü= C) olarak belirlenmiştir.

Braden Ölçeği'nden elde edilen risk puanına göre; Risk sınırında (15-18 puan): Sık pozisyon değiştirme protokolü geliştirmek, kişinin hareketli

olmasını sağlayacak düzenlemeler yapmak, hasta yatağa / tekerlekli sandalyeye bağımlı ise basıncı azaltıcı yatak ve minderler kullanmak, topukları korumak, nem, friksiyon ve yırtılmayı kontrol etmek, beslenmeyi düzenlemek önerilir. Ayrıca ölçek ile değerlendirilemeyen risk faktörlerine yönelik olarak da önlemler alınmalıdır. Bariyer krem ve polimerik cilt koruyucuları kullanılması, kondom kateter, fekal ya da üriner kollektörler ile inkontinansı olan hastanın cildi korunması veya emici pedler önerilir. Diyetisyenin ekip içinde bulunması ve hastaların protein ve kalori miktarının artırılması önemlidir. Hastanın yatak içi hareketlerinde trapez kullanımı, yatak içindeki kaymalarda çarşafı çekme işleminin yapılması, koltuk altından tutularak hastanın yukarı çekilmemesi önerilmektedir. Hastayı yatak içinde hareket ettirme sırasında dirsek, topuk, sakrum ve kafanın arka kısmı korunmalıdır (4,8,9,13,21).

**Orta derecede risk (13-14 puan):** Risk sınırında yapılan uygulamalara ek, hastaya köpük kenarlıklarla desteklenmiş 30° yan yatış pozisyonu verilmelidir.

**Yüksek risk (10-12 puan):** Pozisyonun daha sık değişimi, 15-20 dakika aralıklarla küçük vücut hareketlerinin gerçekleştirilmesi ek olarak alınabilecek önlemlerdir.

**Çok yüksek risk (9 puan ve altı):** Ek öneriler ağrı mevcudiyetinde ve özellikle hareketle artıyorsa basıncı azaltıcı yatak ve minderler önerilir (4).

## Basıncı Yaraları Evreler

NPUAP-EPUAP tarafından yapılan sınıflandırma sistemine göre basıncı yaraları 4 evrede ele alınmaktadır.

**Evre I:** Genellikle kemik çıkıntılar üzerindeki sınırlı bir alanda ortaya çıkan, deri bütünlüğü bozulmamış, parmakla basmakla solmayan kızarıklık görülür. Koyu pigmentli deride ayırım güçtür. Özellikle yaşlı hastada ciddi bir basıncı yarası gelişiminin belirteci olabildiğinden daha ciddi önlemler alınması önerilmektedir (3,21).

**Evre II:** Dermis tabakasının kısmi kaybı mevcuttur. Açık yara şeklinde, sarı nekrotik doku bulunmayan, pembe kırmızı yara yatağı bulunan yüzeysel yaralardır. Sağlam yada açık/rüptüre olmuş, veziküller görülebilir. Bu evrede dikkat edilecek husus ise deri travmaları, medical bant yaraları, inkontinans ile ilişkili dermatit, maserasyon ya da sıyrılmaya hasarlarını tanımlamada kullanılmaması gerektiridir (3,21).

**Evre III:** Ciltte tam kaybın olduğu evredir. Subkütan yağ dokusu görülebilmekle birlikte kemik, tendon veya kaslarda etkilenme mevcut

değildir. Sarı nekrotik doku bulunabilir, fakat doku kaybının derinliğini kapatacak şekilde olmayıp, yara altında boşluk ve tüneller bulunabilir. Yarada kabuklanma olabilir; derinliği anatomik bölgeye göre değişebilir. Kulaklar, oksibut, malleoller gibi sübkütan yağ dokusunun az olduğu bölgelerde yüzeysel doku kayıpları şeklinde iken, belirgin sübkütan yağ dokusu bulunan bölgelerde daha derin gözlenebilir. Yara yerinde kemik/tendon gözlenmez ve palpe edilmez (3,21).

**Evre IV:** Kemik, tendon veya kasların etkilendiği tam kalınlıkta bir doku kaybı vardır ve nekroz görülebilir. Sarı nekrotik bir doku veya skar bulunabilir; yara altında boşluk ve tüneller vardır. Yara içinde etkilenmiş olan kemik/kas dokusu görülebilir; osteomyelit gelişebilir (3,21).

## Basıncı Yaraları Tedavi İlkeleri

Yara oluştuktan sonra yaranın iyileşmesi için, yeterli kanlanmanın sağlanması, optimal nemli ve enfeksiyonu engelleyebilecek ortamın yaratılarak yaranın uygun ve etkili yöntemlerle bakımının yapılması temel konulardır (6,13). Evrelere göre değerlendirildiğinde; evre 1'de basıncı ortadan kaldırılarak lezyonun ilerlemesinin engellenmesi; evre 2 yara alanının enfekte olmaması, uygun nem ortamının sağlanması; evre 3 ve 4'te sıklıkla debridman önerilmektedir (13).

Yaranın özelliklerine göre ürün seçimi yapılırken, seçilen ürünün fazla eksudayı uzaklaştırabilecek, etkili drenaj sağlayabilecek bir ürün olması, emme özelliğinin bulunması önerilmektedir. İnfeksiyon varsa antibiyotik tedavisi; pasif ve aktif kapama ürünlerinin kombinasyonu ile cerrahi tedavi gerekebilmektedir (13).

Basıncı yaralarının tedavisinde bu belirtilen özelliklerde pek çok yöntem ve ürün bulunmaktadır. Geleneksel olarak gazlı-bez pansuman ürünlerinin yanında günümüzde modern ürünler de kullanılmaktadır. Bunlar yara temizlik solüsyonları, debride edici ajanlar, yara örtüleridir. Yara örtüleri pasif kapama olup diğer basıncı yaralarının tedavisinde kullanılan yöntemler aktif kapama olarak tanımlanmaktadır. Bu yöntemler arasında; ultrasonografi, hidroterapi, manyetik alan tedavisi, ultraviyole ışınları, elektrik stimülasyonu, hiperbarik oksijen, larva veya maggot, topikal negatif basıncı terapisi ve kök hücre teknolojileri sayılabilir. Bu tedavilere rağmen geçmeyen basıncı yaralarında ise son seçenek olarak cerrahi girişimle yara dokusunun tedavisi gerekli olabilmektedir (6,13).

## Sonuç

Basınç yaraları genel olarak hastanede yatan, bakımevlerinde kalan ve palyatif bakım alan hastalarda önemli sorunlardan biridir. Bu nedenle ülkemizde palyatif bakım hizmeti alan hastalarda basınç yarası prevalans ve insidansının belirlenmesi gereklidir. Basınç yarasının önlemindeki maliyetin, tedavi ve komplikasyonların neden olduğu maliyetten çok daha düşük olduğu bildirilmektedir. Basınç yarası oluşma risklerinin belirlenmesi ve uygun önlemlerin alınabilmesi için iyi bir ekip çalışmasının gerekli olduğu açıktır. Bu sonuçlar ışığında klinik uygulama rehberlerinin ve uygun stratejilerin geliştirilmesi önerilmektedir.

## Kaynaklar

1. Kanser Daire Başkanlığı. <http://kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri/palyatif-bakim/70-palyatif-bakim-nedir.html>. Erişim tarihi: 25.03.2016.
2. Gültekin M, Özgül N, Olcayto E, Tuncer M. Türkiye’de palyatif bakım hizmetlerinin güncel durum. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi 2010;1:1-6.
3. Avrupa Basınç Ülseri Danışma Paneli - Ulusal Basınç Ülseri Danışma Paneli (EPUAP–NPUAP). Basınç ülserlerinin önlenmesi, hızlı başvuru kılavuzu 2009;1-25.
4. Karadağ A. Basınç ülserleri: Değerlendirme, önleme ve tedavi. Cumhuriyet Üniv Hemşire YO Derg 2003;7(2): 41-8.
5. Ünver S, Yıldırım M, Akyolcu N, Kanan N. Basınç yaralarına ilişkin kavram analizi. FN Hem Derg 2014;22 (3):168-71.
6. Korkmaz F. Basınç Yarası bakımında topikal negatif basınç terapisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2011;93-102.
7. Clark M, Bours G, Defloor T. Summary report on prevalence of pressure ulcers 2002. EPUAP Review 2002;4:49-57.
8. Ayello EA, et al. Methods for determining pressure ulcer prevalence and incidence. In: Cuddigan J, et al. (editors). Pressure ulcers in America: Prevalence, incidence and implications for the future. Reston, VA: NPUAP, 2001.
9. Horn SD, Buerhaus P, Bergstrom N, Smouth RJ. RN staffing time and outcomes of long-stay nursing home residents. American Journal of Nursing 2005;105(11): 58-70.
10. Nozaki M. Negative-pressure dressings in the treatment of infected pressure ulcers. Wound Repair and Regeneration 2005:A14.
11. Baldwin KM. How to prevent and treat pressure ulcers. LPN 2005;1(2):18-25.
12. Hendrichova I, Castelli M, Mastroianni C, Piredda M, Mirabella F, Surdo L, De Marinis MG, Heath T, Casale G. Pressure ulcers in cancer palliative care patients. Palliat Med 2010;24(7):669-73.
13. Şahin S, Akçiçek F. Yaşlı hastada bası yaraları önleme, tanı ve tedavisi. Akad Geriatri 2009;1:139-46.
14. Pektekin Ç, Batmaz M, Sönmez Y, Sever AD, Buzlu S. İstanbul il sınırları içerisinde değişik hastanelerde yatan hastalarda basınç yaralarının uygulanan hemşirelik bakımının nitel ve nicel durumu üzerine bir çalışma. Sivas: III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı 1992:364.
15. Enamul Hug AKM, Ünal H, Karamehmetoğlu ŞS, Tüzün Ş, Gürgöze M, Tüzün F. Bir eğitim hastanesinde bası yarası prevalansı ve bası yarası gelişiminde etkili risk faktörleri. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi 2001;47:3-11.
16. Kurtuluş Z, Pınar R. Braden Skalası ile belirlenen yüksek riskli hasta grubunda albümin düzeyleri ile bası yaraları arasındaki ilişki. C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2003;7(2):1-10.
17. Sayar S, Turgut S, Doğan H, Ekici A, Yurtsever S, Demirkan F. et al. Incidence of pressure ulcers in intensive care unit patients at risk according to the Waterlow scale and factors influencing the development of pressure ulcers. Journal of Clinical Nursing 2009;18(5):765-74.
18. Tel H, Özden D, Çetin Ö. Yatağa bağımlı hastalarda basınç yarası gelişme riski ve hemşirelerin bu hastalara uyguladıkları önleyici bakım. Turkish Journal of Research & Development in Nursing 2006;8(1/2):35-45.
19. Langemo DK, Black J; National Pressure Ulcer Advisory Panel. Pressure ulcers in individuals receiving palliative care: a National Pressure Ulcer Advisory Panel white paper. Adv Skin Wound Care. 2010;23(2):59-72.
20. APUPA (Avusturya Bası Yarası Önleme Derneği) Bası Yarasının Önlenmesi Hastalar ve refakatçileri için eğitim broşürü 2011.
21. Akin S, Karan MA. Bası yaraları. İç Hastalıkları Dergisi 2011;18(2):83-90.
22. Lyder CH. Pressure ulcer prevention and management. JAMA 2003;289(2):223-6.
23. İnan DG. Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi’nde Yatan Hastalarda Basınç ülseri Prevalansı. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Adana; 2009.

## İletişim:

Doç.Dr. Nil Tekin  
ASPB Narlidere Huzurevi Yaşlı Bakım ve  
Rehabilitasyon Merkezi, İzmir, Türkiye  
Tel: +90.542.7305496  
E-mail: niltekin33@yahoo.com