

Yaşlılarda Bası Yaraları: Önleme, Tedavi ve Bakım

Rukiye Pınar

Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Özet

Bası yaraları yaşlılarda oldukça yaygındır. Özellikle hareketsiz, malnutrüsyonlu, inkontinanslı ve kronik hastalıklı yaşlılar bası yarası gelişimi açısından risk altındadırlar. Bası yaraları ciddi komplikasyonlara yol açabilir, gelişen yaraların tedavisi uzun zaman alır ve tedavi maliyeti de yüksektir. Önleyici girişimler, risk altındaki yaşlıların belirlenmesi, bu yaşlılarda hareketin artırılması, bası azaltan araçların kullanılması, beslenmenin yeterli düzeyde sürdürülmesi ve gerekirse besin desteğine temellenmedir. Bası yaralarının gelişmesi oldukça karmaşık bir özelliğe sahip olduğundan, önleme ve tedavide en uygun yol multidisipliner ekip yaklaşımıdır.

Anahtar kelimeler: Bası yaraları, yaşlılık

Abstract

Pressure Sores Among Elderly: Prevention, Treatment and Care

Pressure sores are quite common among elderly individuals. The elderly with restricted mobility, malnutrition, incontinence, and chronic disease are particularly vulnerable to pressure sore development. Pressure sores can lead to devastating complications, treatment takes long time and expensive. Preventive strategies within the community care setting should concentrate on identifying elderly at risk, mobilization, use of pressure-relieving devices, and additional nutritional support. A multidisciplinary team approach is the most appropriate way to improve prevention and management in this vital area because of complex nature of pressure sore development.

Keywords: Pressure sore, elderly

Giriş

Yaşlılarda bası yaraları genç ve erişkin popülasyona göre daha yaygındır. Özellikle anemili, hipoproteinemili, yatağa ya da sandalyeye bağımlı, duyu fonksiyonları zayıflamış, deri kuruluğu olan yaşlı bireylerde yaygın görülen bası yaraları ciddi komplikasyonlara yol açmakta, tedavisinin pahalı, uzun süreli ve güç olması nedenleriyle sağlık bakımı sunanlara meydan okumaktadır (1-2).

Bası yaralarının global hastane prevalansı %3 ile %11 arasında değişir, ancak bu oran yoğun ba-

kımda yatan hastalar, yatağa ya da sandalyeye bağımlılar ve kalça kırığı olan yaşlı bireylerde %60'lara kadar çıkabilir (3). Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) en kapsamlı prevalans araştırmalarından biri, Barczak ve arkadaşlarının (1995) 265 hastanede toplam 39 874 hastada gerçekleştirdiği çalışmadır. Bu çalışmada prevalans %10.1 (%1.4-%36.4) olarak saptanırken (4), Amlung ve arkadaşları tarafından (2001) 356 akut bakım kuruluşunda 42 817 hastada yürütülen bir diğer kapsamlı araştırmada %14.8 olarak bulunmuştur (5). Bakımevlerinde yapılan çalışmalarda, genellikle bakımevlerinin özelliklerine göre farklılık göster-

mekle birlikte, prevalans %0 ile %70 arasında değişir. 51 bakımevinde kalan 20 000 yaşlı üzerinde yapılan bir çalışmada bakımevlerine kabulde bası yarası prevalansının %11, bir yıllık insidansın %9.5 ve iki yıllık insidansın %20.4 olduğu ortaya konulmuştur (3). NPUAP (American National Pressure Ulcer Advisory Panel-Amerikan Ulusal Bası Yarası Danışma Kurulu), birbirinden farklı oranlar belirten insidans ve prevalans çalışmaları karşısında, 1990'dan 2000 yılına kadar sürdürülen araştırmaları inceleyerek, bası yarası prevalansını %15, insidansını %7 olarak kabul etmiştir (6).

Bası yaralarının prevalans ve insidansına ilişkin yurtdışında oldukça fazla sayıda çalışma mevcut olmasına rağmen, ülkemizde bu konudaki araştırmaların oldukça sınırlı olduğu, yaşlılarda ise bu konuda çalışma yapılmadığı bilinmektedir. Pektekin ve arkadaşları (1992) toplam 3892 hastada bası yarası prevalansını %1.1, bu grup içinde yatağa bağımlı olan 702 hastada %6.1 (7); Alaca ve arkadaşları (2001) spinal kord hasarlı 74 hastada yaptıkları çalışmada bası yarası prevalansını %28.4 (8); Enamul Hug ve arkadaşları (2002) psikiyatri, çocuk ve kadın doğumda yatan hastalar çıkarıldığında üniversite hastane popülasyonunda prevalansı %9.1 olarak bulmuşlardır (9).

Vücudun herhangi bir yerinde meydana gelebilen bası yaraları sıklıkla doku tabakaları tarafından daha az desteklenen ve daha az korunan kemik çıkıntılarının olduğu bölgelerde görülür. Bu bölgelere uzanma, oturma ve ayakta durma gibi birçok durumda aşırı yük biner. Bası yaralarının görüldüğü beş klasik bölge sakrum, femurun büyük trokanteri, iskiyal kemikler, topuklar ve lateral malleustur; en sık görülen iki yer ise sakral ve gluteal bölgedir (1).

Bası yaralarının gerçek maliyeti bilinmemektedir; ancak ABD'de bir hastanın yıllık bası yarası tedavi maliyetinin 5000-60 000 Dolar; İngiltere'de 1982 yılında bası yaraları için yapılan harcamaların bir bölgenin sağlığına ayrılan bütçeye eşit, 1987'de 25 905, 1995'te ise 40 000 Sterlin ol-

duğu bildirilmektedir (10). Ülkemizde bası yarası maliyetini saptamaya yönelik çalışma bulunmamakla birlikte, bu sorunun ülkemiz için de önemli boyutlarda olduğu varsayılmaktadır.

Bası yaralarına yol açan faktörler büyük çoğunlukla önlenebilir niteliktedir. Yaşlılarda bası yaralarına yol açabilecek majör risk faktörlerinin iyice anlaşılması ve yüksek risk taşıyan grubun belirlenmesi, tedavi maliyetleri ve hastanede kalma süresini azaltmanın yanı sıra, morbidite ve mortalite oranını da düşürecektir (1). Bası yarasının önlenmesine yönelik tedbirler ile tedavi harcamalarında %90 oranında azalma olacağı tahmin edilmektedir (10). Ayrıca giderek artan bir rekabet pazarı içinde sunulan sağlık hizmetlerinde, hizmeti satın alan kişiler tarafından bası yara insidans ve prevalansına ilişkin veriler, sunulan bakımın kalitesini değerlendirmede de anahtar bir gösterge olacaktır. Kalite, maliyet ve sağlık bakımı yönünden değerlendirildiğinde, bası yaralarını önlemenin tedaviden daha kolay, zaman ve finans açısından ise daha ucuz olduğu açıktır. Ancak bazı çalışmalarda önleme girişimlerinin bası yaralarının tedavi maliyetine eşit ya da daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bir başka ifade ile eğer önleme girişimleri seçici olarak riskli gruba uygulanmaz ise korunma tedaviden daha pahalı olabilmektedir. Bu nedenle korunmada maliyet etkili hesaplamaların yapılması gerekir. Maliyet etkili önlemede risk faktörlerine göre hedef grubun doğru olarak değerlendirilmesi esastır (1).

Risk faktörleri

Bası yaraları için risk faktörleri sıklıkla dış ve iç faktörler olarak sınıflandırılır. Dış faktörler bası, sürtünme, tahriş, nem, idrar ve dışkının kimyasal etkilerini; iç faktörler ise temel olarak ileri yaş, sağlıklı yaşlanma sürecinde görülen bazı değişimler, malnutrasyon, anemi, dehidratasyon ve kronik hastalıkları içerir (1).

Dış faktörler içinde en önemlisi basıdır. Bası nedeniyle, deri ve diğer dokular kemik ve yü-

zeyler arasında sıkıştığında lokal iskemi, takiben nekroz ve yara gelişir. Yara gelişiminden basının süresi ve şiddeti birlikte sorumludur. Basının 70 mmHg şiddetinde, iki saatten uzun süreli ve devamlı şekilde uygulanmasının doku hasarı oluşturduğu, basının aralıklı olarak uygulanması durumunda ancak 240 mmHg şiddetindeki basının dokuda minimal değişikliklere neden olacağı belirtilmektedir (9). Deriye olan kan akımını engelleyecek yeterlilikteki bası deride beyazlaşmaya neden olur. Normal koşullarda bası kalktığında reaktif hiperemi meydana gelir. Bu durumda bölgede geçici eritem görülür, iskemik olan bölgeye kan akımı artar ve deri hızla normal rengine döner. Ancak basının uzun sürdüğü ya da dolaşımın düzelmediği durumlarda lokal olarak doku hücreleri hasarlanır ve nekroze olmaya başlar. Bu dönemde görülen hiperemi hasarlanmış kapillerlerden kanın sızması nedeniyledir (11). Dış bası yüzeyden kemiğe doğru koni biçiminde dağılarak kemik yüzeyinde yoğunlaşır (2). Bu nedenle derinin iç tabakalarında basının etkisi yüzeydeki etkisinden 3-5 kat daha fazladır ve epidermal hasar olmaksızın derin dokularda hasar meydana gelebilir. Epidermal hasar görüldükten sonra yaraların kısa sürede kötüleşme nedeni de budur (1).

Sürtünme, aralarında yoğunluk farkı olan ve ters yönde hareket eden iki yüzeyin birbirine karşı oluşturduğu kuvvettir. Bireyin sürtünmeye maruz kalması uygun olmayan döndürme, çekme ve kaldırma tekniklerine bağlıdır. Bu durum bireyin kendisinden ve çoğu zaman bakım verenlerden kaynaklanır. Yaşlının pozisyonunu değiştirirken, friksiyonun neden olduğu deri hasarı tipik olarak dirsek ve topuğun çarşafa sürtünmesinde olduğu gibi, derinin diğer bir yüzeye sürtündüğü durumlarda meydana gelir. Başlangıçta sürtünme ile oluşan cilt hiperemisini, yüzeysel doku hasarı ve sürtünmenin devam etmesi durumunda epidermiste aşınma ve ülserasyon izler (1).

Dokular zıt yönde çekildiğinde tahriş meydana gelir ve bu durum mikrodolaşımı bozar. Tahriş uzun süre "semi-rekumbent" ve "semi-fawler" pozisyonunda kalan bireylerde görülür. Bireyin

hafifçe yatak içinde kaydığı bu pozisyonlarda, epidermis statik kalırken alttaki dokular ileri doğru itilir, takiben bu durum kapiller kan damarlarının gerilmesine, deformasyonuna neden olur ve doku iskemisi gelişir. Bası yarası oluşumunda tahrişin gücü, bası kadar açık olmamasına rağmen, aşırı nem ile birlikte olduğunda özellikle sakral bölgedeki bası yarası oluşumunda rol oynar (1).

İnkontinansa bağlı nemlilik özellikle yatağa bağımlı yaşlı hastalarda bası yarası gelişiminde önemli bir risk faktörüdür. Üriner inkontinansın yaşlı nüfusun %15 ile %30'unda, bakımevlerinde kalan yaşlıların ise %50'sinde görüldüğü bildirilmektedir. Üriner asit, fekal safra tuzları, bakteri ve toksinler gibi atık ürünlerin yanı sıra epidermal dokunun gerginliğini azaltabilen nemliliğe, sürtünme ve bası da eklenince yara gelişimi kolaylaşır (1,3).

İleri yaş bası yaraları için önemli bir risk oluşturur. Bası yaralı hastaların yaş ortalamaları çalışmaların çoğunda 65'in üzerinde bulunmuştur (9,12-14). Bası yarası gelişiminin 65 yaş üzerinde %63 oranında olduğu ve yaş ilerledikçe bu oranın arttığı, bası yaralarının %71'inin 70 yaş üzerinde ortaya çıktığı belirtilmektedir (15-16). 50 geriatric bakım kuruluşunda yaş ortalaması 82.4 olan 827 hastada yapılan bir çalışmada ise bası yarası prevalansı %35.7 olarak bulunmuştur (17). Dünya Sağlık Örgütü raporuna göre (1998) 30 yıl içerisinde yaşlı nüfusta %300'e varan artışlar beklenmektedir (18). Bu veri gelecek yıllarda bası yarası prevalansında önemli artışlar olacağı anlamındadır.

İleri yaş birçok ciddi kronik hastalık için belirleyici olsa da, sağlıklı yaşlanma sürecinde görülen bazı değişimler bası yaralarının gelişme riskini artırır (3). Yaşlanmaya bağlı subkutan doku, kollajen doku elastikiyeti ve ter bezlerinde fonksiyonel yetersizlik, sebum üretiminin azalması sonucu nemliliğinin de azalması, derinin kuruması dokunun sürtünme, tahriş ve basıya karşı direncini azaltır (19). Derideki bu kuruluğa

beslenme yetersizliği ve dehidratasyon da eşlik edince risk daha da büyür. Yine yaşlanma ile birlikte duysal mekanizmalarda bozulma, hareket etme yeteneğinde azalmanın yanı sıra bilinç bulanıklıkları bası yarası riskini önemli ölçüde artırır (3, 9, 12-14, 20).

Bası yarası etiyolojisinde basıdan sonra gelen en önemli etmenlerden biri olan malnütrisyon tüm yaraların gelişme riskini artırır (9,19-20), özellikle hipoalbuminemi bası yarası gelişiminde önemli bir prediktördür (8-9, 14, 21-22). Yaşlılarda malnütrisyon oldukça sık görülür. Bu durum yaşam boyu yeme alışkanlıkları, yiyecek kullanma tarzları, sosyal izolasyon, gelir, ulaşım ve ev koşulları ile ilgili olabilir. Yine yaşlılıkta değişen tat duygusu, dişlerin olmaması, protezlerin ağıza uymaması, disfaji, kendini beslemede güçlük, solunum gücü vb. gibi mekanik nedenlerde oluşan beslenme yetersizliği malnütrisyonla ilerleyebilir. Plazma albumin düzeyinin yaş ile birlikte azalması (9,23) bası yaraları için önemli bir risk oluşturur. Bası yarası oluşumunda aneminin önemli rol oynadığı düşünülmekte, hemoglobün değerinin 10 gr/dl'den az olduğu durumlarda yara iyileşmesinin zorlaştığı belirtilmektedir (14). Yaşlılıkta susuzluk hissinin azalması sıvı alımını azaltarak dehidratasyona yol açar ve böylece bası yarası için risk oluşturur. Özellikle huzurevlerinde yaşayan ileri yaştaki bireylerde konuşma bozuklukları, etrafta su iste-yecek birilerinin olmaması, fiziksel yetersizlik, görme sorunları, suyun uzakta olması gibi nedenlerle su alımında ciddi derecede azalma olduğu bildirilmektedir (9).

Hipotansiyonun, özellikle 60 mmHg'nin altında olan diyastolik basıncın bası yaraları açısından risk oluşturduğu bilinmektedir (1). Yapılan bir çalışmada düşük diyastolik basıncın yara insidansının %85'inden sorumlu 4 faktör arasında yer aldığı ortaya konulmuştur (24). Yüksek kan basıncının vaskülarizasyonun bozulmasına neden olarak bası yarasının oluşumunu kolaylaştırabileceği düşünülebilir de, geriatrik hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada hipertansiyon ta-

nısı ile bası yaralı hastaların dağılımı arasında anlamlı ilişki saptanmamış, hatta immobilize hastalarda hipertansiyon sınırlarında olmayan reaktif kan basıncı artışının bası yarası gelişiminde azalmaya işaret ettiği gösterilmiştir (11). Bası yarası oluşumunda sistolik ve diyastolik kan basınçları arasındaki farkın etkili olduğu düşünülmektedir. Bası yarası olan 52 ve olmayan 80 yaşlı hasta ile yapılan bir çalışmada sistolik ve diyastolik kan basıncı farkı bası yarası olan hasta grubunda 48.4 mmHg, kontrol grubunda 57.1 mmHg olarak ileri derecede anlamlı olacak şekilde farklı bulunmuştur (25).

Yaşlılıkta sık görülen bazı kronik hastalıklar bası yarası gelişimini kolaylaştırabilir (3). Diyabet mikrovasküler ve makrovasküler değişikliklerle dokuların oksijenizasyonunda bozulmalara neden olur; kötü glisemik kontrol mikroorganizmaların intrasellüler hasarını kolaylaştırarak bası yarası oluşma riskini artırır ya da oluşan yaraların iyileşme sürecini geciktirir. Ayrıca hiperglisemik ortam mikroorganizmalar için iyi bir besi yeri oluşturur (26). Konjestif kalp yetersizliği kapiller hidrostatik basınç artışı ile, nefrotik sendrom proteinüri sonucu hipoproteinemi ile, karaciğer hastalıkları da hepatik protein sentezinin baskılanması sonucu hipoproteinemi nedeniyle ödem fizyopatolojisinde rol oynayarak, bası yaraları için gerekli zemini oluşturur (27). Solunum ve kalp debisi yetersizlikleri, arteriosklerotik hastalıklar doku hipoksisi yoluyla da bası yarası için predispozan faktörlerdir (11).

Bası yaralarının önlenmesi

Bası yaraları %95'e varan oranlarda önlenabilir (11), bunun için önce bası yarası gelişimini etkileyebilecek etiyolojik faktörlerin varlığı tanımlanmalıdır. Ön ası, pozisyon değiştirme, destekleyici araçların kullanımı, cildin değerlendirilerek hijyen ve bakımının sağlanması ve beslenmenin yeterli düzeyde sürdürülmesi konuları yer alır.

Riskli bireylerin belirlenmesinde Norton, Braden, Waterlow ve Gosnell Risk Değerlendirme Araçları sıklıkla kullanılmakla birlikte, yapılan

klinik araştırmalar Norton ve Braden Risk Değerlendirme araçlarının, özellikle de Braden Risk Değerlendirme aracının daha uygun olduğunu göstermektedir (1-2, 28-30), (Bu araçlar yazardan temin edilebilir). Risk değerlendirme araçları bireylerin risklerini puan olarak gösterebilmekte, böylece önleyici girişimlere karar vermede bakım verenlere sistemli bir yöntem sağlamaktadır. Risk değerlendirmede dikkat edilecek önemli noktalar aracın çalışılacak grupta iç tutarlılığının değerlendirilmesi, birbiriyle bağlantılı olarak çalışan birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında aynı aracın (Örneğin Braden Risk Değerlendirme Aracı) kullanılması, bakım ekibi içindeki hemşire, hekim ve diyetisyenlerin değerlendirmeye ayrı ayrı katılması, ekibin farklı değerlendirmeleri tartışarak algılama farklılıklarını en aza indirmesi, bası yarası risk değerlendirmesinin düzenli olarak yapılması ve risk puanlarındaki artış/azalışın gözden geçirilmesidir (1).

Bası, sürtünme ve tahrişin önlenmesinde bireyin hareket ettirilmesi son derece önemlidir. Yaşlı, hareket yeteneği ve gücü varsa, yürümeye teşvik edilmeli, eklemlerde kontraktür oluşmaması için 8 saatte bir ROM (range of motion= eklem hareket açıklığı) egzersizleri yaptırılmalıdır. Eğer bu mümkün değilse, düzenli pozisyon değişimi ile basının azaltılması gerekmektedir (1). Yaşlı yatakta veya sandalyede çevrilip kaldırılarak pozisyonu sağlanmalı, asla çekilerek pozisyon verilmemeli, koltukaltlarından tutarak çekme sürtünmeye neden olduğundan uygulanmamalı, sürtünme ve tahrişi en aza indirmek için hareket ettirme ve çevirme sırasında yardımcı araç/gereç/kuvvet kullanılmalıdır (1-2). Genel öneri risk altında olan bireylerde pozisyonun iki saatlik aralarla değiştirilmesidir (1), ancak hipe-remik alanlar varsa pozisyon daha sık değiştirilmelidir. Uzun sürelerle sandalyede oturanlar, basının daha geniş yüzeye yayıldığı yatan hastalardan daha çok yara gelişme riskine sahiptirler, bu nedenle tekerlekli sandalye kullanan bireylerin doku perfüzyonunu kolaylaştırmak için,

her yarım saatte bir kollarından güç alarak kendilerini kaldırmaları sağlanmalıdır (9). Pozisyon değişimi personelin sayıca yetersizliği veya spinal hasar gibi çeşitli sorunlar nedeniyle her zaman istenilir şekilde olamamaktadır. Bu durumda bası azaltıcı destekleyici araç ve sistemlerden yararlanılabilir (1).

Kapiller alanda aşırı basıncın oluşmasını engelleyen çeşitli yatak örtüleri, sandalye, yastık vb. araçlar bulunmakla birlikte, en fazla hava dolaşımına sahip yataklar, su yatakları, hava-sıvı karışımı yataklar, alternatif basınçlı yataklar ve döner yataklar tercih edilmektedir. Elle pozisyon vermenin sakıncalı olduğu hastalarda yan rotasyon yapan yataklardan yararlanılabilir (1-2).

Yatak seçiminde basıyı eşit dağıtması ya da sık sık bası noktalarını değiştirmesi, vücut ağırlığına uyması, sürtünme ve tahrişi en aza indirmesi, derinin iyi havalanmasını sağlaması, vücut hareketlerini kısıtlamayan rahatlatıcı bir yüzeye sahip olması, deri ısını koruyabilmesi, bakım girişimlerini engellememesi, kardiyopulmoner resüsitasyon için gereken sert yüzeyin çok kısa sürede sağlanabilmesi, temizliğinin ve korunmasının kolay olması, uzun ömürlü olması, kullanımının kolay olması, yüksekliğinin ayarlanabilmesi, kolayca bir yana bükülebilme özelliğinin olması, oda içinde yer değiştirebilmesi, fren sisteminin sağlam ve kolay kullanılabilir olması gibi bazı özelliklere dikkat edilmelidir (1, 8).

Sandalyeye bağımlı yaşlılarda maksimum düzeyde hareketi, bağımsızlığı, rahatlığı ve güveni sağlayan, kolay hareket edip dönebilen tekerlekli sandalyeler (mümkünse elektrikli/akülü) en iyi olanlardır. Sandalye seçiminde sandalyenin yüksekliği, derinliği, genişliği, sertliği, arkası, kollukları yaşlıların farklı özelliklerine göre belirlenmelidir. Yaşlılar sandalyeye oturduğunda kalçaları, dizleri, ayak bilekleri birbirlerine doğru açıda olmalıdır. Bunun için sandalye yüksekliğinin en az 45 cm olması gerekir. Sandalyeler yaşlının uyluklarını desteklemeli, kalça ve baldırların sandalye arkasına değmesi sağlanmalı-

dır. Yüksekliği yaşlının başını destekleyecek kadar yüksek olmalı, lumbar kavsi destekleyecek eğim içermelidir. Sert sandalyeler, kalkmak daha kolay olduğu için, tercih edilmeli, ancak bası yarası gelişiminde daha fazla risk taşıdığı için özel minderlerle desteklenmelidir (1, 11).

Bası azaltıcı destekleyici araç ve sistemler pahalı olabilir; bu nedenle yardımcı araçların seçimine karar vermede risk altındaki yaşlının durumu, eldeki olanaklar ve araca duyulan gereksinim kapsamlı bir şekilde değerlendirilmelidir. Bazen yatağa bağımlı yaşlılarda koyun postunun kullanılması basıyı azaltmada tek başına bile yeterli olabilir. Ancak burada dikkat edilmesi gereken önemli üç nokta koyun postundaki tüylerin yaklaşık 1 cm uzunlukta kesilmiş olması, postun yumuşak ve temiz olması ve yaşlının post üzerine çıplak olarak yatırılmasıdır. Tüm yardımcı araçlar amacına uygun şekilde kullanılmalı, korunmalı, ulaşılabilir ve güvenli bir yerde kullanıma hazır bulundurulmalıdır (1).

Epidermis vücudu dış etkenlerden koruyan bir tabakadır. Sabun kullanılarak yapılan sık yıkamalarda bu tabaka hasarlanır ve koruma özelliği ortadan kalkar. Epidermin ortadan kalkması deride dehidratasyonu kolaylaştırır ve sürtünmenin etkisini artırır. Ayrıca sık sabun kullanımı derinin pH'sını bozarak alkaliye dönüştürür. Alkali ortam hem kuruluğa yol açtığından, hem de mikroorganizmaların kolayca üremesi için ortam hazırladığından bası yarası riskini artırır. Bu nedenle deri en az tahriş eden ve kurutmayan cilt pH'sına uygun (4.5-5.5) temizleyici jeller veya nemlendiricili sabunlarla temizlenmeli, durulanmalı ve kuru lanmalıdır. İdrar ve dışkılamadan sonra perine ve sakral alan zaman geçirmeden temizlenmelidir (1, 13, 31). Derinin ince bir tabaka halinde nemlendirilmesi idrar ve dışkının direkt deriye temasını önlemede yarar sağlar. Pudra kullanımı sürtünme olasılığını artırdığından ve derinin metabolik son ürünlerini uzaklaştırma yeteneğini azalttığından uygun değildir. Günde en az iki kez cilt renk de-

ğişikliği, vezikül, yanık, döküntü, şişlik, sivilceler, sıyrıma ve tahriş yönünden gözlenmeli, kaydedilmeli, belirtiler erken tespit edilmeli, gerekirse önlem alınmalıdır. Kemik çıkıntıları daha dikkatli gözlenmelidir (9, 13).

Bası yarası gelişme riskini azaltmada yaşlının beslenme durumunun değerlendirilmesi ve endike ise kompanse edilmesinin önemi büyüktür, bu grupta malnütrisyondan sık görülebileceği unutulmamalıdır (1).

Beden yapısı vücut yüzeyi üzerinde basının dağıtılmasında etkilidir. Zayıf bireylerde subkutan yağ dokusu ve kas dokusunun azlığı nedeniyle bası noktaları desteklenemez ve daha fazla basıya maruz kalır (32). Obez bireylerde yağ dokusu bir yandan bası noktalarındaki basıyı azaltırken, diğer yandan sürtünmeye karşı toleransı azaltır (1, 11). Bu nedenle önleme girişimleri planlanırken hastanın beden yapısı da göz önünde bulundurulmalıdır.

Gelişen yaraların tedavi ve bakımı

Tedavi ve bakımda öncelikle yaranın çapı, derinliği, akıntı olup olmadığı ve çevre dokuların durumu değerlendirilmelidir. İlave olarak yara iyileşmesini etkileyebilecek kronik hastalıkların varlığı ve durumu değerlendirilmelidir.

Tedavi planı yukarıdaki bölümlerde sıralanan önleme girişimlerinin yanı sıra, özel yara bakımı ile enfeksiyon kontrolüne yönelik girişimleri kapsar. Yara iyileşmesinde ana unsurlar yara bölgesinin yeterince kanlanması, oksijenlenmesi ve beslenmesidir. Yara iyileşmesi için ideal çevre denildiğinde temiz, nemli, beslenmesi iyi, oksijenlenmesi iyi, dış etkilere kapalı, travmalardan ve aşırı sıcak ile soğuktan korunmuş bir çevre anlaşılmalıdır (1,33).

Lokal yara bakımı debridman, yara temizliği ve yara pansumanından oluşur. Bazı vakalarda cerrahi tedaviye gereksinim duyulabilir. Yaralar izotonik solüsyonlar ile temizlenmeli, hasarı artırmamak için aşırı basınçlı yıkama yapmaktan

kaçınmalıdır. Yara pansumanında son yıllarda hidrokolloid bez, poliüretan film bez, nemli buhar geçirgen bez, hidrojel ve deniz yosunlarındaki doğal polisakkaridlerden elde edilen kalsiyum ajinatlar gibi etkili birçok kapayıcı pansuman materyalleri kullanılmaktadır. Bu tür pansumanlar yarayı mekanik zarar ve kontaminasyondan koruduğu gibi, nemli ortam sağlayarak yaranın kurummasına engel olur ve epitelizasyonu hızlandırır. Bu pansumanların her gün değiştirilmek zorunda olmaması, ortalama 3-4 günde bir değiştirilmesinin yeterli olması da avantaj sağlar (33). Yara gelişen bireylerde pozitif nitrojen dengesi sağlandığı taktirde iyileşme kolaylaşır. Yeterli protein ve kalori alımı yanında A, E ve C vitaminleri, çinko, kalsiyum, demir ve bakır gibi elementler yara iyileşmesinde gerekli olduklarından, diyete eklenmelidir. Doku oksijenizasyonunun sağlanabilmesi için hemoglobinin düzeyinin de normal sınırlarda olması sağlanmalıdır. İzlemede demirden zengin besin maddeleri ve demir preparatları verilebilir ve tekrarlayan kan ya da eritrosit transfüzyonları yapılabilir (9).

Bası yaralarının iyileşmesinde yanlış inanışlar

- Kuru yaralar daha hızlı iyileşir, bu nedenle yaranın açık bırakılması gerekir
- İyot ve türevleri yara iyileşmesini kolaylaştırır
- Isı lambalarının kullanılması yara iyileşmesine yardım eder
- Basıya maruz kalan bölgelerdeki kırmızı alanlara masaj yapılmalıdır
- Temiz pembe yaralar kanama noktası görülene kadar kanatılmalıdır (33)

Kaynaklar

1. Pinar R. *Bası yaraları ve önlenmesi*. İstanbul: Merve Matbaası, 1998.
2. Sivrioğlu K, Özcan O. *Basıç ülserleri*. In: Özcan O, Arpacıoğlu O, Turan B. editors. *Nörorehabilitasyon*. Bursa, 2000:276-91.
3. Cobbs EL, Duthie EH, Murphy JB. *Geriatrics review syllabus*. New York: Kendall/Hunt Publishing Company, 2001.
4. Barczak CA, Barnett RI, Childs EJ, Bosley LM. *Fourth*

national pressure sore prevalence survey. *Adv Wound Care* 1997, 10(4):18-26.

5. Amlung SR, Miller WL, Bosley LM. *The 1999 national pressure ulcer prevalence survey: A benchmarking approach*. *Adv Skin Wound Care* 2001, 14(6):297-301.
6. Ayello E, Braden B. *How and why to do pressure ulcer risk assesment*. *Adv Skin Wound Care* 2002, 15(3):125-31.
7. Pektekin Ç, Batmaz M, Sönmez Y, Sever AD, Buzlu S. *İstanbul il sınırları içerisinde değişik hastanelerde yatan hastalarda basınç yaralarının ve uygulanan hemşirelik bakımının nitel ve nicel durumu üzerine bir çalışma*. III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Sivas, 1992:364.
8. Alaca R, Hazneci B, Göktepe S, Gündüz Ş, Kalyon TA. *Spinal kord hasarlılarda bası yaraları gelişimi için risk faktörleri*. *Gülhane Tıp Dergisi* 2001, 43(1):25-9.
9. Enamul-Hug AK, Ünalın H, Karaahmetoğlu Ş, Tüzün Ş, Gürgöze M, Tüzün F. *Bir eğitim hastanesinde bası yaraları prevalansı ve gelişiminde etkili risk faktörleri*. *Türk Fiz. Tıp Rehab. Derg.* 2001, 47(6):3-11.
10. Sharp C, Burr G, Broadbent M, Cummins M, Casey H, Merriman A. *Pressure ulcer, prevention and care*. *J Qual Clin Pract* 2000, 20(4):150-7.
11. Simpson A, Bowers K, Weir-Hughes D. *Pressure sore prevention*. London: Whurr Publishers Ltd, 1996.
12. Horn SD, Bender SA, Bergstrom N, Cook AS, Ferguson ML, Rimmasch HL, Sharkey SS, Smout RJ, Taler GA, Voss AC. *Description of the national pressure ulcer long-term care study*. *J Am Geriatr Soc* 2002, 50(11):1816-25.
13. Kurtuluş Z. *Braden Skalası ile belirlenen yüksek riskli hasta grubunda albümin düzeyleri ile bası yaraları arasındaki ilişki*. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2003 (Danışman: Doç. Dr. Rukiye Pınar).
14. Williams DF, Stotts NA, Nelson K. *Patients with existing pressure ulcers admitted to acute care*. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2001, 28(1):36.
15. Jaul E. *Pressure sores unit- a one year study*. *Harefuah* 2001, 140(10):903-6, 991-2.
16. Oğuz O. *Dekübitüs ülserleri*. *Geriatik Hasta ve Sorunları Sempozyumu*, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Kitabı, İstanbul, 1998:147-58.
17. Casimiro C, Garcia-de-Lorenzo A, Usan L. *Prevalence of decubitus ulcer and associated risk factors in an institutionalized Spanish elderly population*. *Nutrition* 2002, 18(5):408-14.
18. *Dünya Sağlık Raporu*. Metin B, Akın A, Güngör İ, çev. editörleri, Cenevre, Ankara, 1998.
19. Perier C, Granouillet R, Chamson A, Gonthier R, Frey J. *Nutritional markers, acute phase reactants and tissue*

- inhibitor of matrix metalloproteinase 1 in elderly patients with pressure sores. Gerontology 2002, 48(5):298-301.*
20. Wells L. *The role of at-risk nutritional assesment and nutrition support in the prevention of pressure sores in the elderly. J Hum Nutr Diet 1996, 9(5):401-2.*
21. Finucane TE. *Quality, nutrition and pressure ulcers. Arch Intern Med 2002, 162(1):100.*
22. Gilmore SA, Robinson G, Posthauer ME, Raymond J. *Clinical indicators associated with unintentional weight loss and pressure ulcers in elderly residents of nursing facilities. J Am Diet Assoc 1995, 95(9):984-92.*
23. Ebersole P, Hess P. *Toward healthy aging. St. Louis: The C.V. Mosby Company, 1990.*
24. Song M, Choi KS. *Factors predicting development of decubitus ulcers among patients admitted for neurological problems. Kanho Hakhoe Chi 1991, 21(1):16-26.*
25. Matsuyama N, Takano K, Miura A, Yamamoto T, Mashiko T, Ohotani H. *The effect of anti-platelet aggregation to prevent pressure ulcer development: A retrospective study of 132 elderly patients. Gerontology 2000, 46(6):311-7.*
26. McMahan MM, Bistran BR. *Host defenses and susceptibility to infection in patients with diabetes mellitus. Infect Dis Clinic North Am 1995, 9(1):1-9.*
27. Ganong WF. *Tıbbi fizyoloji. 17. Basım, İstanbul: Barış Kitabevi, 1996.*
28. Halfens RJG, Achterberg VT, Bal RM. *Validity and reliability of the Braden Scale and the influence of other risk factors: A multi-centre prospective study. Int J Nurs Stud 2000, 37(4):313-9.*
29. Pang SM, Wong TK. *Predicting pressure sore risk with the Norton, Braden and Waterlow Scales in a Hong Kong Rehabilitation Hospital. Nurs Res 1998, 47(3):147-53.*
30. Pınar R, Oğuz S. *Norton ve Braden bası yarası değerlendirme ölçeklerinin yatağa bağımlı aynı hasta grubunda güvenilirlik ve geçerliğinin smanması: Uluslararası Katılımlı VI. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Kongre Kitabı, Ankara, 1998:172-5.*
31. Flynn MB, Fink R. *Committing to evidence-based skin care practice. Crit Care Nurs 2001, 13(4):555-68.*
32. Kernozek TW, Wilder PA, Amundson A, Hummer J. *The effects of body mass index on peak seat-interface pressure of institutionalized elderly. Arch Phys Med Rehabil 2002, 83(6):868-71.*
33. Dharmarajan TS, Ahmed S. *The growing problem of pressure ulcers: Evaluation and management for an aging population preview. Postgrad Med 2003, 113(5):77-84.*