

## BASINÇ YARASI GELİŞME RISKİ OLAN HASTALARIN TANILANMASI

Gülümser ARGON•

### ÖZET

**Basınç yaralarının önlenmesi ve sağaltımı hemşirelik ilgi alanına girmektedir. Basınç yarası gelişebilecek hastaların önceden tanılanması ve koruyucu bakıma alınması, hasta ve hastane açısından istenmeyen bu sorunun önlenmesini sağlayacaktır. Bu doğrultuda, aşağıdaki makalada yara gelişme riski olan hastaların tanılanması amacıyla yönelik olarak geliştirilen değişik risk hesaplama skalalar incelenmiştir.**

Basınç yaraları diğer bir deyişle yatak yaraları evde veya hastanede yatan hastalarda görülen, hasta ve hastane açısından oldukça rahatsız edici bir bakım sorunudur. Bu yaraların oluşmaması ve oluşmuş yaraların iyileştirilmesi amacıyla yönelik verilen bakım, İnsan-gücü, malzeme ve zaman açısından büyük kayıplara yol açmaktadır.

Bilinen en eski basınç yaraları Mısır mumyalanında bulunmuştur. Basınç yaralarına ilişkin kayıtların tutulduğu hastanelerde yaraların görülme sıklığının %2.7-66 arasında olduğu ve en fazla femur kırığı bulunan yaşlı hastalarda görüldüğü belirtilmektedir. İngiltere 'de 1982 'de yapılan bir hesaplama ile basınç yaralarına verilen bakımın maliyetinin 150 milyon pound olduğu tahmin edilirken Kanada 'da 1977 'de basınç yarası bakımı verilen 4 hastada maliyetin 349379 dolar olduğu belirtilmektedir. Benzer şekilde Güney Afrika ve Amerika Birleşik Devletlerinde yapılan maliyet hesaplamalarında basınç yaraları için verilen bütçeye oldukça büyük bir yük oluşturduğu belirtilmektedir (4). Türkiye 'de bu tür maliyet hesaplamaları bulunmamaktadır ancak, hastanelerimizin sınırlı bütçe, hemşire ve malzeme olanakları düşünüldüğünde sorunun bizim hastanelerimiz için de geçerli olduğu görülür.

Basınç yaralarının önlenmesi ve sağaltımı hemşirelik ilgi alanına girmektedir. Hemşirenin basınç yarası gelişebilecek hastaları belirle-

• E.O. Hemş. Y.O. İç Hastalıdan Hemş. öğretim Görevlisi (Dr).

yebilmesi, sağaltım giderlerini önleyecek ve gerçekten koruyucu bakım gereksinimi olan hastalara bu bakanın daha iyi verilebilmesine olanak sağlayacaktır. Basınç yarası gelişme riski olan hastaların tanılanması amacına yönelik olarak birçok hemşire araştırmacı değişik yöntemler geliştirmişlerdir. Bu yöntemlerin her biri, hasta bakım kapsamında olan genel bazı özelliklerin hastalarda bulunup bulunmasına göre hastaları gruplama şeklinde oluşturulmuştur.

Basınç yarası gelişme riski olan hastaların belirlenebilmesi için özellikle yatak yaralarının oluşum nedeninin bilinmesi gerekir. Basınç yaralarının her hastada gelişmediği ve bazı hastaların bu tür yaralara daha yatkın olduğu kabul edilir. Kişiyi yatkın kılan değişik etmenlerin bilinmesi bu yaraların önlenmesi doğrultusunda atılacak ilk adım olacaktır.

Basınç yarası, içerde kemik çıkıntısı dışarda dirençli bir yüzey arasında oluşan basınç tarafından kan akımının engellenmesi sonucu gelişen bir ölü doku lokalizasyonudur. Vücut yüzeyinin herhangi bir alanının tek eksenli basma maruz kalmasıyla oluşur (1).

Basıncın yoğunluğu ve süresi, mobilite, aktivite ve duysal algılama ile ilgilidir. Mobilite, vücut pozisyonlarının sürekliliğini sağlayabilme veya değiştirebilme yeteneğidir. Aktivite her ne kadar mobilite ile ilişkili ise de basınca uyumu sağlayamayan deri alanlarındaki tüm basıncı kalkarak veya yürüyerek giderebilme yeteneğidir. Buna ek olarak aktivite dolaşımı ve dolayısıyla metabolizmayı da etkiler. Duyusal algılama ise rahatsızlık ve ağnyı hissederek pozisyon değiştirme veya bu amaçla yardım isteme şeklinde amaçlı bir yanıt verme yeteneğini yansıtır (2).

Basınca karşı doku direncini intrinsik ve ekstrinsik faktörler etkiler. Ekstrinsik faktörler deri yüzeyinin dış tabakaları üzerine etki ederek epidermisin oluşturduğu doğal engeli zayıflatır. Nem, sürtünme ve deri bütünlüğündeki bozukluk primer ekstrinsik faktörlerdir. Uygun olmayan yatak takımları, kötü hijyen, yanlış pozisyonlar, sert destekleyici yüzeyler, basıncı gidermek amacıyla geliştirilen araçların yanlış kullanımı diğer ekstrinsik faktörlerdir (1, 3, 5, 7).

Intrinsik faktörler; derinin yapısını ve bütünlüğünü, destekleyici yapıları özellikle de kollegen ve elastini etkileyerek yumuşak dokuların mekanik yükü tolere edebilme yetisini azaltır. Kötü beslenme, ileri yaş, düşük arterioller basınç intrinsik faktörlerdir. Ayrıca kuramsal düzeyde, intertisiyel sıvı akışı, duysal stress, sigara ve deri ısısında intrinsik faktörler arasında sayılmaktadır (5).

Basınç yaraları etyolojisinde birçok faktör etkili olduğundan risk altındaki tüm hastaların doğru ve kolay bir şekilde saptanmasını sağlayacak bir tanılama sistemine gerek vardır. Bu tür hastaları en kısa sürede tanılayıp gerekli koruyucu bakımı alabilmeleri için hemşireler tarafından kolaylıkla kullanılacak risk hesaplama yöntemleri geliştirilmelidir.

Literatür incelendiğinde bu alanda çeşitli risk hesaplama yöntemlerinin geliştirildiği görülmektedir. Bunların bir çoğu Norton ve arkadaşları tarafından geliştirilen tamlama skalasına temellendirilmiştir. Norton skalası (Şekil 1), bireyin fizik durumu; mental durumu; aktivite; mobilite; inkontinansın varlığı olmak üzere 5 özelliğin puanlanması şeklinde kullanılmaktadır. Toplam puanı 12 altında olanlar özellikle risk altında olarak kabul edilmektedir. Bu skalanın düzenli olarak kullanılması ve hastanın durumunda bir değişiklik olduğunda puanlamanın tekrar yapılması önerilmektedir (1).

Norton skalası basit ve kullanımı kolay olduğu için kısa sürede hemşireler tarafından benimsenmiştir. Ancak eleştiriler de almıştır. Bu eleştiriler arasında skalanın yaşlı hastalar için geliştirildiği akut bakım alanlarında diğer hasta grupları açısından yetersiz olduğu ve yara gelişiminde etkili olan beslenme durumu ve ağrı faktörünü kapsamadığı belirtilmiştir. Ayrıca puanlamada ele alınan beş özelliğin yara oluşumunda eşit ağırlıkta etkisinin olmayacağı ve bu nedenle eşit puanlamanın hatalı olacağı şeklinde eleştirilmiştir. Norton skalasının gerçekte risk taşımayan hastaları da riskte çıkarabildiği ayrıca yara gelişmiş hastaları risk grubuna almama gibi yanlış bir sınıflamaya eğilim gösterdiği de ileri sürülmüştür (1, 2, 8).

Norton skalasının bir uyarlamasını Gosnel kullanmıştır. Norton skalasındaki fizik durum değişkeni yerine beslenme değişkenini kullanmıştır. Ayrıca bu skalaya ek olarak hastanın vital fonksiyonları, derinin görünümü, turgoru ve duyu özelliklerini de kaydetmiştir ancak bu değişkenleri puanlama sistemine katmamıştır. Bu skalanın 48 saatte bir tercihan günün aynı saatinde doldurulması önerilmektedir (5).

Bir İç Hastalıkları Kliniğinin erkek hastaların bulunduğu bölümünde çalışan Pritchard (8). basınç yarası gelişme riski olan erkek hastaların Norton puanlama sistemiyle tarulanmadığını farketmiş ve yeni bir skala "Douglas basınç yarası risk hesaplama cetveli" (Şekil 2) geliştirmiştir. Tarulama kriterlerine beslenme durumu ve düşük hemoglobin değeri, ağrı ve derinin durumu ve kliniğin özelliğine göre özel risk faktörlerini de eklemiştir. Norton skalasına temellendirildiğinden kullanımı kolaydır ve oldukça kapsamlı bir skaladır. Pritchard geliştirmiş olduğu skalayı Norton skalası ile karşılaştırdığı çalışmada. Douglas skalasıyla saptanan hasta sayısının Norton skalasıyla saptanandan daha fazla olduğunu belirtmektedir. Ancak istatistiksel değerlendirme yapılmamıştır. Norton skalasının almış olduğu eleştirilerden biri, bu skalanın gerçekte risk altında olmayan hastaları riskte gibi gösterdiği ve sayıyı arttırdığı şeklindeydi gerçekte bu doğru ise Douglas skalası da aynı şeyi yapıyor demektir.

Şekil 1 : Norton Skalası

Fizik Durum		Mental		Durum	Aktivite	Mobilite		İnkontinans	
İyi	4	Uyanık	4	Bağımsız	4	Tam Mobil	4	Yok	4
Orta	3	Apatik	3	Yardımla yürür	3	Hafif Sınırlı	3	Arada	3
Zayıf	2	Konfüse	2	Sandalyeye bağımlı	2	Çok Sınırlı	2	Genellilde/İdrar	2
Kötü	1	Stupor	1	Yatağa bağımlı	1	İmmobil	1	Bütünüyle	1

Risk Tarulama : Puanı 12 ve altında olanlar risk taşıyor.

Şekil 2 : Douglas Risk Hesaplama Cetveli

Beslenme Durumu	/Hb	Aktivite	Inkontinans	Ağrı	Deri Durumu	Mental Durum				
Dengeli Beslenme	4	Tam Mobil 4	Yok	4	Yok	4	Bütünlüğü Bozulmamış	4	Uyanık	4
Yetersiz Diet	3	Zorlukla Yürüme	3 Arada	3	Ağrı Korkusu	3	Kuru/kırmızı/ Incelmiş	3	Apatik Stupor/	3
Yalnız Sıvı	2	Sandalyeye Bağımlı	2 Yalnız İdrar	2	Periyodik Ağrı	2	Yüzeyel Bozukluk	2	sedative verilmiş	2
Periferal/ Parenteral Besleme	1	Yatağa Bağımlı	1 Bütünüyle (İdrar/ Gaita)	1	Hareketle Ağrı	1	Tam Doku Kalınlığında veya kavite	1	İlişki Kuramayan	1
Düşük Hb (10 J)	1				Sürekli Rahatsızlık	0			Korna	0

özel Risk Faktörleri : Her bir risk faktörü için total puandan 2 puan çıkannız.

Steroid Tedavisi, Diabet, Sitostatik tedavisi, Dispne Total puanı 18 ve altında olanlar risk taşıyor.

Osborne (6) çalıştığı hastanenin İç Hastalıkları bölümünde 1985 yılında başlattığı çalışmada Norton skalasını ve buna ek olarak geliştirdikleri bir beslenme durumu tanılama skalasını (şekil 3) kullanmışlardır. Norton skalasını hastalara haftada bir uygulamışlar ve puanı 14 altında olanlara beslenme durumu tanılama skalasını uygulamışlardır. Ancak bu skalanın değerlendirilmesi yapılmamıştır.

Bergstrom ve arkadaşları (2) geliştirdikleri "Braden" skalasında aktivite, mobilite, nem, sürtünme, beslenme durumu ve duyuşal algılamayı (Şekil 4) kullanmışlardır. Braden skalasının diğerlerinden farkı duyuşal algılamanın da ele alınmasıdır. Bu skalanın olgusal geçerliği, duyarlığı ve güvenilirliği saptanmış ve önceden belirtilen araçlardan daha çok geçerli ve duyarlı bulunmuştur. Özellikle deneyimli hemşireler tarafından kullanıldığında daha doyumlu sonuçlar verdiği belirtilmektedir.

Basınç yaraları tıptaki ilerlemelere karşın halen bir sorun olmaya devam etmektedir. Bu sorunu çözebilmek amacıyla çalışmalar yapılmakta ve yapılmalıdır. Temel sağlık hizmetleri doğrultusunda sorunun ortaya çıkmadan zamanında önlem alınarak giderilmesi ön plandadır. Ve bu amaçla basınç yarası gelişebilecek hastaların önceden tanınması yönünde yapılacak çalışmalar büyük önem taşımaktadır. Bu makalede incelediğimiz skalaların bir bölümü araştırma amacıyla, bir bölümü klinik uygulamalarda duyulan gereksinim üzerine geliştirilmiş araçlardır. Hangi amaçla geliştirilmiş olursa olsun bu tür risk hesaplama yöntemlerine gereksinim olduğu yadsınamaz. Gereкли bakımın verilmesinde en etkili ve bilimsel yol bu tür yöntemlerin kullanılmasıdır.

**Şekil 3 : Beslenme Durumu Tanılama Kartı**

Ağırlık	Yaş	Ore/A1b9min/Hb	Vejeteryan Vejeteryan Olmayan	Ağız	Dişkrin Durumu	Yemek Yiyebilme Durumu	
Normal	4	40	4 Normal	4 Vejeteryan Değil 4	Islak ve 4 pembe	ve sağlam kendi kendine yiyebiliyor	
Bening/hafif 3 kilo kaybı	40-60	3 Ore:3-10 mmol/lt Alb:35-46 gr/lt Hb:12-16 gr/dl	Etnik Grup	3 Kuru Ağız	3 Diş çarukleri	3 Az bir yardım ister 3 örn:yiyeceklerin kesilmesi	
Mallgn/ciddi kilo kaybı	2	60-80	2 Üre:10-30 ramol/lt Alb:35 Hb: 10-12	2 Vejeteryan 3 (süt ve süt ürünlerini alr)	2 Kuru ağız ve paslı dil	2 Yarım veya tam protez	2 Bir başkasına bağımlı
Kaşektik	1	80-100	1 Üre:30-50 Alb:30 Hb: 6-10 Ore : 50 + Alb : 20 HB: 6	2 Katı vejeteryan	1 Ağız yaraları	1 Kendi dişi veya protezi yok	1 Yutarıyor. nasofa- rings ile beslenme gereksinimi var

**A : 25-28 minlmum risk**

Değerlendirme : B : 19-25 orta derecede risk  
C : 18 ve Altı yüksek risk

Şekil 4 : Braden Skalası

Duyusal Algılama	Hastanın Mı :	Değerlendirmeyi yapan kişinin Adı :	Değerlendirme Tarihi				
1- Tam sınırlı (Vücudun büyük bir bölümünde ağrı duyusu yetisini sınırlayan ciddi duyu bozukluğu veya bilinçsizlik nedeniyle ağrılı uyarana yanıt veremeyen)	2- Oldukça Sınırlı (Yalnızca ağrılı uyarana gözünü açarak veya ekstremitelerini çekerek yanıt veren, sözel olarak rahatsızlığını belirtmeyen veya vücut ra.myinin 1 /2 'sinden fazlasında a4,1 vc-ya rahatsızlığı duymasın] engelleyen bir duyu bozukluğu olan)	3- Az Sınırlı (Sözel emirlere gözünü açarak veya uyararak yanıt veren ancak rahatsızlığın] veya dönmesi gerektiğini her zaman söyleyemeyen 3.tya 1 veya 2 ekstremitesinde ağrı veya rahatsızlığı duymasını engelleyen bir duyu bozukluğu olan hasta)	4- Bozukluk Yok (Sözel emirlere gözünü açarak veya uyararak yanıt verir. Gereksinimle-doğru olarak belirtir. Ağrı veya rahatsızlığı duymasını engelleyecek bir duyu bozukluğu yoktur)				



## SUMMARY

### Assessment of the Patients at-Risk Pressure Sores

Prevention and treatment of pressure sores are significant nursing concerns. Identification of the patients at risk for the pressure sore formation and giving them preventive care will be helpful in the prevention of this unwanted problem for the patient and the hospital. In this article, different kind of risk scales were developed for the assessment of patients at-risk have been reviewed.

## KAYNAKÇA

1. Barratt, E. : "Putting Risk Calculators in Their Place", Nursing Times, February 18, 1987, ss : 65-70
2. Bergstrom, B., Braden, B.J., Laguzza, A., Holman, V.: 'The Braden Scale For Predicting Pressure Sore Risk", Nursing Research, Vol : 36, No 4, 1987, ss : 205
3. Feustel, Delycia : "Pressure Sore Prevention", Nursing 82. Vol : 12, No : 4, 1982, ss : 18-23.
4. Livesley, B B. : "An Expensive Epidemic", Nursing Times, February 18, 1987, ss : 79
5. Meissner, J.E. : "Which Patient on Your Unit Might Get a Pressure Sore?", Nursing 80, Vol : 10, No : 6, 1980, ss : 64-65.
6. Osborne. S. : "A Quality Circle Investigation", Nursing Times, February 18, 1987, ss : 73-76
7. Pinel, C. : "Pressure Sores", Nursing Times, February 5, 1976, ss : 172-174
8. Pritchard, V. : "Calculating The Risk", Nursing Times, February 19, 1986, ss : 59-61.