

Palyatif Bakım ve Bası Yarası *Palliative Care And Pressure Sores*

Özet

Yaşamı tehdit eden bir hastalığa sahip hastada semptomların erken tanımlama ve değerlendirilmesi sonrası acı çekmenin önlenmesi ve yaşam kalitesini artırmanın hedeflendiği multidisipliner bir yaklaşım olan palyatif bakım günümüzde hızlı bir gelişme göstermektedir. Palyatif süreçte hastalığın neden olduğu ağrı, bası ülseri gibi semptomların önlenmesinde uygulanan farmakolojik ve non-farmakolojik yöntemler terminal dönemdeki hastaya son ana kadar kaliteli bir yaşam sunmaktadır. Hastanede yatış süresini morbidite ve mortalite oranlarını arttırarak yaşam kalitesini oldukça düşüren bası ülselerinin önlenmesi palyatif bakımda en öncül hedeflerdendir. Bu çalışmamızda terminal dönemdeki hastalarda bası ülseri oluşumunu önleme, ağrı ve acısının azaltılmasında sağlık sisteminde uygulanan güncel uygulamalar derlenmeye çalışılmıştır.

Abstract

Palliative care is an interdisciplinary approach in patients with a life-threatening disease, after early diagnosis and post-evaluation; our goal is the prevention of pain to improve the quality of life. Palliative care has been developing rapidly today. The pharmacological and non-pharmacological methods to prevent pain and pressure ulcers due to the disease offers a high quality life to the patient in the terminal stage of disease. The pressure ulcers increase the length of hospital stay, morbidity and mortality rates so decrease the quality of life. Our antecedent goal is to prevent pressure ulcers during palliative care. In this study we tried to comply the current practice applied in the health care system to reducing the pain and to preventing the formation of pressure ulcers in patient in the terminal stage.

Günümüzde insanlar akut hastalıklardan daha fazla, tam kürü olmayan kronik hastalıklar nedeniyle yaşamlarını yitirmektedir. Bu da, doktorlara yaşam süresini arttırmaktan ziyade yaşam kalitesini arttırmaya odaklanmaları gerektiği ve başarının sınırlı olduğu durumlarda kür girişimi yerine hastanın ızdırabını iyileştirmenin daha iyi olduğunu göstermektedir(1). Kür hedeflemeden semptomların ortadan kaldırılmasını veya hafifletilmesini amaçlayan palyatif bakıma ihtiyaç, uzayan insan ömrü ile birlikte her geçen gün daha da artmaktadır. Latince “palliare” den gelen bu kelime örten, hafifletmek, dindirmek anlamına gelir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ilk olarak 1986 yılında palyatif bakımı “tedavi edici yaklaşımların tükendiği son dönem hastalarda yapılan bir uygulama” olarak tanımlamıştır. 2002’de yapılan tanım ise şu şekildedir; Palyatif bakım, yaşamı tehdit eden hastalıklardan kaynaklanan problemler ile karşılaşan

Yrd. Doç. Dr. Lütfullah ÇAKIR
Doç. Dr. Özgür ENGİNYURT
Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD.

Yazışma Adresleri /Address for Correspondence:
Yrd. Doç. Dr. Lütfullah ÇAKIR
Ordu Üniversitesi Aile Hekimliği AD.

Tel/phone: +90 452 225 01 86
E-mail: lutufcakir@hotmail.com

Anahtar Kelimeler:

Palyatif bakım, Bası Ülseri, Bası yarası, Yaşlı

Keywords:

Palliative Care, Pressure Ulcer, Pressure Sore, Elderly

Geliş Tarihi - Received
15/03/2016
Kabul Tarihi - Accepted
17/04/2016

hastaların ve hasta yakınlarının yaşam kalitesini, başta ağrı olmak üzere tüm fiziksel, psikososyal ve ruhsal problemlerinin erken tespit edilerek ve etkili değerlendirmeler yapılarak önlenmesi veya giderilmesi yolları ile yaşam kalitesini arttıran bir yaklaşımdır (2).

Dünyada Palyatif Bakım

2003 yılında Dünya Palyatif Bakım Birliği (Worldwide Palliative Care Alliance-WPCA) kuruldu. Dünya Sağlık Örgütü ve Dünya Palyatif Bakım Birliği 28 Ocak 2014 günü küresel palyatif bakım ihtiyacını tespit eden ilk belge olan Hayat Sonu Palyatif Bakımın Küresel Atlasını (Global Atlas of Palliative Care at the End of Life) yayınladı. Atlasa göre; her yıl, 20 milyonu aşkın hastanın palyatif bakıma ihtiyacı olduğu tahmin edilmektedir. Hospis ve palyatif bakımlardaki aile üyeleri de eklendiğinde gerçek ihtiyaç 100 milyon kişiyi aşmaktadır. Sadece yüksek gelirli 20 ülke (% 8) palyatif bakımı kendi sağlık sistemlerine entegre etmişlerdir. Oysa palyatif bakım küresel ihtiyacının neredeyse %80'i düşük ve orta gelirli ülkelerdedir. 2011 yılında yaklaşık 3 milyon hasta, yani ihtiyacın % 10'dan azı palyatif bakım almıştır (3). Palyatif bakım; evde bakım hizmetleri, aileler ve gönüllülerden oluşan yardım ekipleri ile hastane palyatif bakım servisleri gibi geniş bir yelpazede yer almaktadır. Bu hizmetlerin en son noktasını radikal tedavilerin kesildiği, genellikle altı aydan az yaşam beklentisi olan hastaların başvurduğu merkezler olan hospisler oluşturmaktadır. Değişik ülkelerde kültürel yapıya ve hastaların ihtiyaçlarına göre palyatif bakım hizmetleri şekillenmiştir (4).

Ülkemizde Palyatif Bakım

Ülkemizde ilk olarak 2009 yılında 5 yıl için Ulusal Kanser Kontrol Programı başladı. Kayıt, Önleme, Tarama ve Erken Tanı, Tedavi ve nihayet Palyatif Bakım olmak üzere 5 başlık içeriyordu. Sağlık Bakanlığı bu hedeflere ulaşmak için Türk Ortadoğu Kanser Konsorsiyumu (MECC), Uluslararası Kanser Kontrol Birliği (UICC) ve aynı zamanda Avrupa Birliği F7 ATOME Projesi'nden teknik destek aldı. Birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak palyatif bakım hizmetlerinden oluşan nüfus temelli organize bir Palyatif bakım sistemi olan Palya - Türk adındaki proje T. C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Daire Başkanlığı tarafından 2010 yılında hazırlanmıştır (5). Palyatif bakım 2010-2015 Ulusal Kanser Kontrol Programı'nın en önemli yapıtaşlarından biri olarak kabul edilmiştir. Palya - Türk projesi birinci basamak palyatif bakım hizmetleri, aile hekimliği, evde bakım hizmetleri, KETEM'ler, belediyeler ve sivil toplum örgütleri ile birlikte yürütülürken, ikinci ve üçüncü basamak, hastane merkezlerinde verilen hizmeti kapsamaktadır (4,5). 04.09.2015 tarihi itibarı ile Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne bildirim yapılmış tescilli 86, müracaat aşamasında 47 adet 2. ve 3. basamak palyatif bakım merkezi mevcuttur. Palyatif bakım ekibi hekim, hemşire, terapist, psikolog, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı, din adamı, gönüllüler ve sivil toplum kuruluşlarından oluşmakta,

gerektiğinde diğer uzman hekimler de bu ekibe dahil olmak tadır (6,7). Palyatif bakımın esas amacı yaşam kalitesine etki etmektir. Palyatif bakım, hastane ve acil servislere sık sık başvuruları engellediği gibi, ek tedavi harcamalarını da engellemesi nedeniyle maliyet etkin bir tercihtir (4,8,9,10).

Palyatif Bakımda Sık Karşılaşılan Problemler

Ağrı, anoreksi, iştah ve oral alım sorunları, inkontinans ve diğer genito-üriner sorunlar, bulantı ve gastrointestinal semptomlar (konstipasyon, kusma, diyare), respiratuvar semptomlar (dispne, öksürük), bası ülserleri ve diğer cilt yakınmaları, halsizlik ve asteni, sedasyon, uyku ve opioidlerin diğer yan etkileridir (11).

Palyatif Bakımda Bası Ülserleri

Biz bu derlememizde yatağa bağımlı hastalarda önemli bir sorun olan dekübitis, yani bası ülserleri üzerinde duracağız. Kanıt dayalı belirli önlemlerle korunulabilecek olan bası yaralarının, oluştuğu takdirde tedavisi son derece güçtür ve hastanın yaşam süresini ve kalitesini azaltabilir. Ayrıca yara bakımı, debridman, greft gibi işlemler gerektirdiğinden hastanede yatış süresini uzatmakta, bu durumda artı maliyet oluşturabilmektedir. Bası ülseri kanser ve kardiyovasküler hastalık sonrası en pahalı üçüncü hastalıktır (12). Oysa ki yara oluşmasını engellemek yaraların bakımı ve tedavisinden daha az maliyetlidir (13). Dekübitis kavramca latince "decumbere, decubitum" dan gelen yatmak, yerleşmek anlamında kullanılan bir kelimedir. Bası ülserinin prevalansı yaşla büyük oranda artmaktadır. 70 yaş üzeri hastalarda hastaneye kabul edildikten 2 hafta içinde %70 bası ülseri gelişmektedir (14). Bası ülseri risk oranının 65 yaş üstü hastalarda daha yüksek olduğu, 51 yaş üzeri ise risk faktörlerinin arttığı görülmüştür (15). Bası ülserli hastaların %50 den fazlası 70 yaş üzerindedir (16). Yaşlı hastalarda epidermal incelleme ve dermal kan damarlarında azalma nedeniyle de risk yükselmektedir (17).

İnsidans, Prevalans, Lokalizasyon

Amerikan Ulusal Bası Yarası Danışmanlık Paneli'nden (NPUAP) alınan veriler, akut bakım ünitelerinde insidansın %0.4-38, uzun dönem bakım ünitelerinde %2.2-23.9 ve ev bakım birimlerinde %0-17, prevalans oranlarının ise akut bakım ünitelerinde %10-18, uzun dönem bakım ünitelerinde %2.3-28 ve ev bakım birimlerinde ise %0-29 arasında değiştiğini göstermektedir. Bası yaralarının ekonomik boyutu incelendiğinde ise, tüm birimlerde bası yarasının tedavi maliyetinin her yıl için 1.3-8.5 milyar dolar arasında değişmekte olduğu görülmektedir (18). Ülkemizde yapılan iki çalışmada ise bası yarası insidansı sırasıyla %18.3 ve %28.6 olarak bulunmuş (19,20), diğer bir çalışmada ise hastaların %20.56 'sında bası yarası oluşurken, 75 yaş ve üstü hastaların bulunduğu yaş grubunda %31.4 hastada bası yarası görüldüğü bildirilmiştir (21). Türkiye'de bir üniversite hastanesinin yetişkin, tıbbi, cerrahi ve yoğun bakım ünitelerinde yatan hastalarda yürütülen bir çalışmada prevalans %11,6 ola-

rak bulunmuş ve %32.3 oranında da bası yarası gelişme riski olduğu tespit edilmiştir. Yine bu çalışmada ise bilinç bozukluğu, BMI ile albumin düşüklüğü ve ek hastalıkların eşlik ettiği beslenme sorunlu erkek geriyatrik hastalarda bası yarası oluşumuna neden olmaktadır denmektedir (22).

Yaşla birlikte artan immobilizasyon, kas fonksiyonlarının durması ya da azalması sonrası lenfatik akımın bozulması ödeme ve cilt hasarına neden olmaktadır. Özellikle yaşla artan üriner ve fekal inkontinans ve terleme gibi nedenler nem oranında artışa, nem miktarında ki artma da ciltte maserasyona sebebiyet vermektedir. Masere cilt, bariyeri zayıflamış ve daha duyarlı hale gelmiştir. Bilinç düzeyindeki değişimin bireyin uyarıcıları algılamasındaki azalmaya sebebiyet vermesi nedeniyle de bası yarası gelişimini artırdığı ifade edilmiştir (23,24). Bası yarası daha çok vücudun kemik çıkıntılarının üzerinde gözlenen uzun süreli basınç nedeniyle sıkışma, sürtünme ve yırtılma sonucu meydana gelen iskemik doku kaybıdır. Basınç ve süre en önemli iki etkenidir (25). Ülkemizde yapılan bir çalışmada basınç ülserleri en sık sakral bölgede (%43.9) ve %45.2 si de stage (grade) II olarak bulunmuştur (26). Başka bir çalışmada ise bası yarası izlenen vücut bölgeleri sırasıyla; topuklar (%26.98), sakral bölge (%25.66), trokanterler (%12.83) olarak saptanmıştır (21). Bası yarasının görülme sıklığına göre lokalizasyonunu belirlemek alınacak önlemler açısından önem arz etmektedir. Bası yaralarının %90 dan fazlası vücudun alt bölgesinde en çok da trokanterik, iskiyal ve sakral bölgelerde yer almaktadır (14).

Klinik Sınıflama

Sağlık Araştırma ve Kalite Ajansı (AHCPR) ve Amerikan Ulusal Bası Yarası Danışma Paneli (NPUAP) tarafından 1 Ocak 1992 de erişkinlerde Basınç Ülseri Klinik Uygulamaları Kılavuzunun ilk sürümü, basınç ülseri önlenmesi ve tedavisinde ilk güvenilir özet kaynak oldu. Rehberin son baskısı Amerikan Ulusal Bası Yarası Danışma Paneli (NPUAP), Avrupa Basınç Ülseri Danışma Paneli (EPUAP) ve Pan Pacific Basınç Yaralanma Birliği (PPPIA) arasında işbirliği ile 2014 yılında basılmıştır. Kılavuz önerileri hazırlanırken, altı kıtadaki 63 ülkede kayıtlı 146 kurumsal ve 903 bi-

reysel uzmana ulaşılarak onların görüşleri alınmıştır. EPUAP basınç ülserlerini önleme önerilerinin, NPUAP ise basınç ülserlerini tedavi önerilerinin liderliğini yapmaktadır (27). Bası yaralarının klinik değerlendirilmesi adına da NPUAP tarafından yapılan evrelendirme kullanılmaktadır.

1. **Evre:** Basmakla Solmayan Kızarıklık cilt bütünlüğü devam eder.
2. **Evre:** Dermis Tabakasının Kısmi Kaybı ülser yüzeylidir.
3. **Evre:** Deri ve Subkutan Doku da Kayıp.
4. **Evre:** Tam Kalınlıklı cilt kaybı, kas, kemik yada destek dokuların harabiyeti mevcuttur.

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

Ülkemizde yapılan bir çalışmada basınç ülserlerinin %70'inin evre 1 aşamasını geçtikten sonra tespit edildiği, bunun da önleyici faaliyetlerin geliştirilmesinin önemini gösterdiği vurgulanmıştır (15). Hastanın klinikte yatış süresi arttıkça bası yarası gelişme oranı da artmaktadır (21,24). Cilt hasarında en önemli etken olan zaman basınç kombinasyonuna ek olarak sürtünme ve kayma gösterilmektedir (28).

Patoloji/Etiyoloji

Basınç ve zaman korelasyonu ile gelişen tipinde, ciltte kızarıklık ya da küçük bir ülserasyon gözlenmesine karşın derin dokularda koni şeklinde genişleyen büyük harabiyet olabilir. Bu durum kas dokusunun basınca deriden daha hassas olmasından kaynaklanır. Basının yanı sıra cilt bütünlüğü bozan sürtünme ve makaslama yani hastanın yatarken yukarı çekilmesi ya da aşağıya kayması ile derinin çarşafı ters yönde hareketi nedeniyle oluşan tipte ise lezyon ciltte başlar ve derin dokulara doğru ilerler. Akut dönemde basıya maruz kalan ciltte kızarıklık gelişir ve bunu sırasıyla endürasyon, bül gelişimi, siyanoz ve doku nekrozu izler. Kronik dönemde cilt, cilt altı, yağ, fasya ve adeleyi içeren derin bir doku harabiyeti gözlenir. Altta bir eklem varsa nekroz sinoviyal membranı ve eklemi de içerebilir (29). Geriyatrik hastalar; epidermal incelleme, dermal kan damarlarında azalma nedeniyle de yüksek risk altındadırlar (30). Tablo 1'de bası ülserlerine katkıda bulunan faktörleri göstermektedir (15,16, 22,23,28).

Tablo 1. Bası Ülserine Katkıda Bulunan Faktörler

Dış Faktörler	İç Faktörler	Diğer Faktörler
Uzun süre basınç Makaslama Sürtünme Nem	Bilinç değişiklikleri His Kaybı Ateroskleroz Ödem/Hipoalbuminemi Akut Hastalık Yaşa bağlı değişiklikler Emosyonel stres Kardiyovasküler değişiklikler İlaç kullanımı Akut hastalık Kötü beslenme Kondisyonu bozulmuş deri BMI Kronik hastalıklar	Basınç ülserinin tekrarlaması Hastanede kalış süresinde uzama Uzun süren cerrahi

Yukarıda bahsedilen iç ve dış faktörlerin ışığında riskli hastaların tesbit ve değerlendirilmesi için Norton, Braden ve Waterlow gibi ölçekler kullanılır. Balzer ve ark. (2007) üç risk skalasını karşılaştırdıklarında, Waterlow ölçeğinin en yüksek duyarlılığa sahip olduğunu (0.86) belirtmişlerdir (31). Pınar ve Oğuzda 1998'deki çalışmalarında Braden ve Norton ölçeklerinin güvenliğini yüksek bulmuşlardır (32). Bası ülseri oluşmasını kolaylaştıran etkenlerle ilgili yapılan birçok çalışma mevcuttur; yaş, düşük Norton skoru, hastanede kalış periyodu, hastalık ciddiyetini tanımlayan organ sistem disfonksiyonlarını gösteren yüksek APACHE-II skoru, hipotansiyon, malnutrisyon ve hipoalbuminemi bası ülserli hastalarda anlamlı görülmüş; BMI ve hemoglobin anlamlı bulunmamışken (33), yine bir çalışmada yeterli beslenme, aneminin düzeltilmesi, ödemden kaçınma, pozitif azot dengesi, hidrasyonun yeterli sağlanması, doku oksijenasyonunun sağlanması, diyabet regülasyonunun sağlanması, C vitamini, çinko eksikliğinin giderilmesi gibi faktörlerin öneminden bahsedilmiştir (34).

Obez kişiler hareket zorluğu ve doku hipoksisi nedeniyle risk altında kalırlar. Kaşektiklerde ise koruyucu tabakanın bulunmaması riski arttırır (19,35). Yine bası yaralarının oluşmasını kolaylaştıran enfeksiyon aynı zamanda bası yaralarında iyileşmeyi geciktirmektedir (30,35,36). Bası altındaki iskemik dokularda bakteriler daha kolay çoğalır (37). Bakteriyemi varlığında bası altındaki iskemik dokularda bakteriler lokalize olarak enfeksiyon gelişmesine neden olurlar. Derin doku biyopsi kültürlerinin incelendiği bir çalışmada; Enterobacter (%29), Staphylococcus spp. (%28), Enterococcus faecalis (%16) (38), başka bir çalışmada da Staphylococcus spp., Streptokoklar, Proteus mirabilis, anaeroblar bakteriyemi etkeni olarak saptanmıştır (39).

Bası yarası nedeniyle bakteriyemi ile mortalite ilintilidir. Kan kültürlerinde özellikle bacteriodes fragilis olmak üzere anaerob bakteriler ve gram negatif bakteriler çoğunluktadır. Sepsis 60 yaş üzerinde yüksek mortalite riski taşımaktadır (34). Bası ülserli yaşlı hastalar için oranın %60'ın üzerinde olduğu çalışmalar mevcuttur (40). Bası yarası enfeksiyonu yüzeysel bir deri enfeksiyonundan sepsise kadar geniş bir yelpazeye yayılabilir. İyileşmeyi geciktirir (36). Yüzeysel sürüntü ile alınan kültürden ziyade cerrahi debridman neticesinde alınan derin biyopsi kültür için en anlamlı tercihtir (38). Tablo 2'de Braden Skalası ile basınç yarası açılma riskini değerlendirme formu bulunmaktadır.

Önleyici Tedbirler ve Tedavi

İki saatte bir beş dakika süreyle basıncı kaldırmak primer koruma için yeterlidir (41). Tedavide lokal ve ya sistemik tedavi tercih edilir. Bası yaralarının lokal tedavisi konservatif ve cerrahi işlemleri içerir. Sistemik tedavinin ilki bası yarası oluşumunu önlemedir. Bası yarasını önlemede etkili bir yol haritası belirlemek için ilk olarak bası ülseri riskini doğru değerlendirmek ve klinik sınıflamasını yapmak gerekir (42). Sağlık profesyonelleri, basmakla solmayan kızarıklık, lokalize ısı artışı, ağrı, ödem ve endürasyon gibi tanılama metodlarını uygulamalı ve kapsamlı bir deri değerlendirmesi yapmalıdır. Düzenli inspeksiyon, basınç bölgelerinin tanımlanması, klinik sınıflamasının iyi yapılması uygun risk analiz skalasının tercihi, riskli hastaların belirlenmesi, cilt bakımının sağlanması, çevre ısısının ayarlanması hastaya uygun pozisyon verilmesi, derinin temiz ve kuru olmasının sağlanması, nemin kontrol altına alınması, pamuklu terletmeyen kıyafetlerin seçilmesi, çarşafların gergin tutulması, hava dolaşımı yatakların kullanılması, beslenmenin düzenlenmesi, enfeksiyon riski fazla olan yerlerde bariyer kremler uygulanması, hasta ve hasta yakınlarının bilgilendirilmesi gibi basit ama uygulanabilir yöntemler bası yarasını engellemekte oldukça etkindir. Doku oksijenizasyonunun yeterince sağlanması açısından anemi ve hipovolemi düzeltilmelidir. Direkt kontaminasyon nedeni olan üriner ve dışkı bulaşı engellenmeli, perianal bölge temizliği sağlanmalıdır. Fekal inkontinans veya diyare, perfüzyonu etkileyen dolaşım bozukluğu, inotropik ilaç kullanımı ve diabetes mellitusun risk olarak önemi literatürde mevcuttur (43).

Basınç Ülserini Önleme Hızlı Başvuru Kılavuzu ©EPU-AP-NPUAP tarafından; basınç ülserli bireyin kapsamlı bir değerlendirmesi için Braden Ölçeği, Norton Ölçeği, Waterlow Ölçeği'nin kullanılması, beslenme riski ve basınç ülseri riski bulunan tüm bireylerin, günde 1.25-1.5g/kg/gün protein ve kalori başına 1 ml sıvı alımı ile birlikte 1 kg vücut ağırlığına en az 30-35 kcal alması sağlanması tavsiye edilmiştir. Hastaya 30° yan yatış pozisyonu verilmeli eğer hasta tolere edebiliyorsa ve tıbbi durumu uygunsa yüzükoyun (prone) pozisyona getirilmelidir (44). Bası yarısında ana neden olan basıncı azaltmak için dinamik ve statik yöntemler kullanılmaktadır. Statik olanlar arasında çeşitli destekleyici pansuman malzemeleri, sünger ya da silikon jel gibi maddelerden yapılmış yastıklar ve şilteler, yumurta kapla-

Tablo 2. Braden Skalası ile Basınç Yarası Açılma Riskini Değerlendirme Formu

Kriterler	Durumu				Puan
Duyusal Algılama	1-Tamamen sınırlı	2-Büyük ölçüde sınırlı	3-Biraz sınırlı	4-Bozulma yok	
Nem / Islaklık	1-Sürekli ıslak	2-Sıklıkla ıslak	3-Arasıra ıslak	4-Nadiren ıslak	
Aktivite	1-Yatağa bağımlı	2-Sandalyeye oturabilir	3-Arasıra yürür	4-Yürür	
Haraket	1-Tamamen hareketsiz	2-Çok sınırlı	3-Biraz sınırlı	4-Sınır yok hareketli	
Beslenme	1-Çok yetersiz	2-Kısmen yeterli	3-Yeterli	4-çok iyi	
Sürtünme ve Yırtılma	1-Problem var	2-Problem olabilir	3-Problem yok		
Toplam Puan					

*19-23: Risk Yok *15-18: Risk Sınırlı *13-14: Orta Derece Risk *9-12: Yüksek Risk *9 ve Daha Düşük: Çok Yüksek Risk

rı ve koyun pöstekisi sayılabilir. Dinamik cihazlar arasında güncel olarak kullanılanlar hava dolaşımı (Clinitron) yataklardır. Bası yaralarının lokal tedavisi konservatif yara bakımı ile cerrahi işlemleri içerir konservatif tedavide yara temizliği, debridman ve yara örtüleri kullanılmaktadır (29). Bası yarası ile karşılaşıldığında ilk yapılması gereken yaranın değerlendirilmesi ve cerrahi debridmandır. Debridman da potansiyel yöntemler otolitik debridman, enzimatik debridman, mekanik debridman, cerrahi debridman ve biyolojik debridman olmak üzere beş tanedir. Her debridman yöntemin avantajları ve dezavantajları vardır (45).

Pansuman /yara örtüleri

Pansuman amacı ile kullanılan solüsyonlar arasında serum fizyolojik ile povidon-iyodin, hidrojen peroksit, asetik asit ve sodyum hipoklorid (Dakin solüsyonu) gibi bakterisidal solüsyonlar ve gümüş sulfadiazin sayılabilir. Bakterisidal solüsyonlar enfeksiyonu geriletmeyle birlikte doku toksitesine de yol açtıklarından kullanılmaları tartışmalıdır. Serum fizyolojik tercih edilebilecek en iyi solüsyondur. Pansumanın bakterisidal etkisi mekanik etkiye bağlıdır (29). Topikal N-asetil sistein ile pansuman uygulaması ile iyileşmeyen bası yarasında her hangi bir yan etki göstermeden düzleme sağlandığı gösterilmiştir (46).

Basıncı Ülserini Önleme Hızlı Başvuru Kılavuzu ©EPU-AP-NPUAP önerilerine göre; Evre I'de; kaplayıcı tedavi istemez, deriyi korumak ve basıncı kaldırmak genellikle yeterlidir. Evre 2 de genellikle; enfekte olmayan ve sığ yarada tam kapayıcı hidrokolloid yara örtüleri, yarı geçirgen Şeffaf Film yara örtüleri eksudasız yarada, yarayı nemli tutarak ve epitelizasyonu artırarak, hafif eksudalı ve ağırlı yarada Hidrojel, orta ve ağır eksudalı ülserlerde Aljinat, eksüdatif ve sığ Evre II yarada Köpük yara örtüleri tercih edilir. Polimer Membran yara örtüsü eksudalı Evre III basıncı ülserlerinde, ağır kolonize enfekte olan basıncı ülserlerinde Gümüş sulfadiazine kullanımını, Evre II ve III yarada Bal-Emprenyeli Pansuman, Cadexomer İyot Pansuman, Tül Pansuman, Silikon Pansuman özellikle ağrıyı azaltmak için, iyileşmeyen Evre III ve IV basıncı ülserlerinde Kollajen Matrix Pansuman, Kompozit Pansuman kullanılması önerilmiştir.

Diğer tedavi seçenekleri olarak da;

Akustik Enerji (Ultrason) LFUS (NC temassız düşük frekanslı (40 kHz)) Evre III ve IV basıncı tedavisi için.

Hidroterapi: Emme ile Whirlpool ve Pulsatif Lavaj
Kronik Yaraların Tedavisinde
Hiperbarik Oksijen Tedavisi
Topikal Oksijen Tedavisi
Platelet türevli büyüme faktörü (PDGF)

Ayrıca "GM-CSF (granülosit makrofaj koloni uyarıcı faktör) granülasyon doku oluşumunu stimüle etmede özellikle faydalıdır" denmektedir (44). Apligraf adı verilen iki katmanlı biyo-mühendislik ürünü derinin, basıncı ülserlerini iyileştirmede etkin olduğu ispat edilmiştir (47).

Palyatif Bakım Alan hastalarda tedavi çoğu zaman ağrının giderilmesi ve ülser progresyonunu durdurmadan ibarettir. Ağrı değerlendirmesi ve yönetimi her vardiya gerçekleştirilmelidir. Basıncı ülseri ağrısı için sistematik opioidler (diamorfin veya benzidamin %3) ve / veya steroid olmayan anti- inflamatuvar ilaçlar, pansumanın 30 dakika önce ve sonrasında lokal olarak ibuprofen emdirilmiş pansumanlar, lidokain preparatları, diamorphine hidrojel'in yararlı olacağı belirtilmiştir. Basıncı ülseri ağrısı için müzik, gevşeme, pozisyon değişiklikleri, meditasyon ve transkutanöz elektriksel sinir stimülasyonu (TENS)'nun da yararlı olabileceği de vurgulanmıştır (44).

Evre 3-4 de çok derin ülserlerde osteektomi, yara kültürü ve osteomyelit mevcutsa kemik doku kültürü ve iki-altı hafta sistemik antibiyotik tedavisi yapılmalıdır. Yarada nekroz yoksa yeterli bakım sağlandıktan sonra deri greftleri veya çeşitli flepler uygulanabilir. Evre 4'te fasiokütanöz flepler, mikrovasküler doku transferi özel koşullarda yapılabilir (35).

NPUAP tarafından sağlık profesyonelleri için bir tedavi takip standardı olması adına 1997 de PUSH (Pressure Ulcer Scale for Healing) geliştirilmiştir. Ülserin, yüzey alanı ölçümünde, exudanın durumunda ve tipinde zaman içinde meydana gelen değişiklikler yaranın gidişatını göstermede aydınlatıcıdır. Tablo 3'de Pressure ulcer scale for healing (PUSH) (44).

Bu çalışma palyatif bakım kliniğinde yatan hasta profilini, bu hasta popülasyonunda görülen bası ülseri semptom insidansını, kliniğini, ayrıca semptom tedavisindeki yeterliliğimizi ve eksiklerimizi tespit edebilmek ve ilişkili risk faktörlerini saptayarak önleme stratejileri oluşturulması adına derlenmiştir. EPUAP tarafından 19 Kasım 2015, dünya bası ülseri önleme günü olarak ilan edilmiştir. Biz de özellikle yaş-

Tablo 3. Pressure ulcer scale for healing (PUSH)

Kriter	Durumu						Puan
Boy x genişlik cm ²	0	1	2	3	4	5	
	0	<0.3	0.3-0.6	0.7-1.0	1.1-2.0	2.1-3.0	
		6	7	8	9	10	
		3.1-4.0	4.1-8.0	8.1-12.0	12.1-24.0	>24.0	
Eksuda	0	1	2	3			
	Yok	Hafif	İlmlı	Fazla			
Doku Tipi	0	1	2	3	4		
	Kapalı	Epitelyum	Granülasyon	Kabuk	Nekrotizan doku		
Genel Toplam							

lı ve yaşam kalitelerini arttırmayı hedeflediğimiz palyatif bakım hastalarında morbidite, mortalite ve hastanede yatış süresini arttıran bası ülserlerinin, önleyici tedbirlerle oluşmasına engel olmak en iyi tedavi protokolüdür diyoruz.

Kaynaklar

1. Rakel RE, Strauch EM. Care of the dying patient. In RE Rakel, DP Rakel, eds., *Textbook of Family Medicine*; 2011, 8th ed., pp. 53–72. Philadelphia: Saunders.
2. WHO Definition of Palliative Care: 2002 <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> Erişim:03.01.2016
3. WHO/WPCA Global Atlas of Palliative Care; <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/palliative-care-20140128/en/2014> Erişim:03.01.2016
4. Gültekin M, Özgül N, Olcayto E, Tuncer M. Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetlerinin Mevcut Durumu. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi* 2010; 1: 1-6.
5. Ozgul N, Gültekin M, Koc O, Goksel F, Bayraktar G, Ekinci H, et al. Turkish community-based palliative care model: a unique design. *Oxford Journals Medicine and Health Annals of Oncology Volume 23, Issue suppl 2012*; 23(3): 76-78.
6. Borasio GD. Palliative and Supportive Care. *Palliative & Supportive Care* 2011; 9(1): 1-2.
7. Kabalak AA, Öztürk H, Çağıl H. Yaşam Sonu Bakım Organizasyonu; *Palyatif Bakım. Yoğun Bakım Dergisi* 2013; 11(2): 56-70.
8. Hoch JS. Improving efficiency and value in palliative care with net benefit regression: an introduction to a simple method for cost – effectiveness analysis with person – level data. *J Pain Symptom Manage.* 2009; 38(1): 54-61.
9. O’Neill SM, Ettner SL, Lorenz KA. Paying the prize at the end of life: a consideration of factors that affect the profit ability of hospice. *J Palliat Med* 2008; 11(7): 1002-1008.
10. Ferris FD, Gomez-Batiste X, Fürst CJ, Connor S. Implementing quality palliative care. *Pain Symptom Manage* 2007; 33(5): 533-541.
11. Gülhan M. Palyatif Bakım. <http://file.lookus.net/tghyk/tgyhk.39.pdf> Erişim tarihi: 10.01.2016
12. Agrawal K. Pressure ulcers :back to the basics *Indian J Plast Surg* 2012; 45(2): 244–254.
13. *Pressure Sore Prevention Paperback Oct 1996 by Alison Simpson(author), Kate Bowers(author) Dickon Weir-Hughes*
14. Cooney TG, Reuler JB. Pressure sores. *West J Med* 1984; 140(4): 622–624.
15. Gencer Z.E, Özkan Ö. Basınç Ülserleri Sürveyans Raporu. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi* (2015)13: 26-30
16. Allman RM, Eng N. Pressure ulcers among the elderly. *J Med* 1989; 320(13): 850-853.
17. Karadağ A, Karabağ A.A. Basınç Ülserlerinde Etiyoloji ve Fizyopatoloji Kronik Yarada Güncel Yaklaşımlar. 1. Baskı, İstanbul: İstanbul Tıp Fakültesi Kronik Yara Konseyi, Kasım 2013:116-37
18. Baydar M, Peker Ö. Epidemiology of pressure ulcers Türkiye klinikleri *J Int Med Sci* 2007; 3: 1-5.
19. Kurtuluş Z, Pınar R. Braden Skalası İle Belirlenen Yüksek Riskli Hasta Grubunda Albümin Düzeyleri İle Bası Yaraları Arasındaki İlişki. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2003; 7(2): 1-3.
20. Efteli EÜ, Güneş Ü. Basınç Yarası Gelişiminde Perfüzyon Değerlerinin Etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2014; 17(3): 14-44.
21. Katran HB. Bir Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi’nde Bası Yaraları Görülme Sıklığı ve Bası Yaraları Gelişimini Etkileyen Risk Faktörlerinin İrdelenmesi G.O.P. Taksim E.A.H. *JAREN* 2015; 1(1): 8-14.
22. Uzun O, Tan M. A prospective, descriptive pressure ulcer risk factor and prevalence study at a university hospital in Turkey. *Ostomy Wound Manage* 2007; 53(2): 44-56.
23. Braden B, Bergstorm N. A conceptual schema for the study of the etiology of pressure sores. *Rehabilitation Nursing* 2000; 25(3): 105-110.
24. Hug E, Ünal H, Karamemetoğlu SS, Tüzün S, Gürgöze M, Tüzün F. Bir eğitim hastanesinde bası yaraları prevalansı ve bası yaraları gelişiminde etkili risk faktörleri. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi* 2001; 47(6): 3-11.
25. KOSIAK. Etiology and pathology of ischemic ulcers. *Arch Phys Med Rehabil* 1959; 40(2): 62-69.
26. İnan DG, Öztunç G. Pressure ulcer Prevalence in Turkey. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2012; 39: 409-413.
27. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009. (Çev. Yara Ostomi inkontinans Hemşireleri Derneği). Basınç Ülserlerini Önleme: Hızlı Başvuru Kılavuzu. Aralık 2010, Ankara.
28. Cichowitz A, Pan WR, Ashton M. The heel: anatomy, blood supply, and the pathophysiology of pressure ulcers. *Ann Plast Surg* 2009; 62(4): 423-429.
29. Yücel A. Bası Yaraları Tanı ve Tedavisi. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi sürekli tıp eğitimi etkinlikleri yara bakımı ve tedavisi sempozyum dizisi no:67, 37-57.
30. Arman D, Baskın S. Bası Yaraları. *Bilimsel Tıp Yayınevi* 2007; 25-30..
31. Balzer K, Pohl C, Dassen T, Halfens R. The Norton, Waterlow, Braden and care dependency scales: comparing their validity when identifying patients pressure sore risk. *Journal of Wound Ostomy Continence Nursing* 2007; 34(4): 38.
32. Pınar R, Oğuz S. Norton ve Braden Bası Yaraları Değerlendirme Ölçeklerinin Yatağa Bağımlı Aynı Hasta Grubunda Güvenirlilik ve Geçerliliğinin Sınanması: Uluslararası Katılımlı VI. Ulusal Hemşirelik Kongresi(1998), Kongre Kitabı, Ankara,s: 172-175
33. Kucukardali H, Top C, Onem Y, Celik S, Oktenli C. Risk assessment study of the pressure ulcers in intensive care unit patients. *Eur J Intern Med* 2009; 20: 394-397.
34. Cooney TG, Reule JBr. Pressure sores. *West J Med* 1984; 140(4): 622-624.
35. Beğe T. Yoğun Bakımda Dekübit Ülserleri: Risk Faktörleri ve Önlenmesi. *Yoğun Bakım Dergisi* 2004; 4(4): 244-253.
36. Melcher RE, longe RL, Gelbart AO. Pressure sores in the elderly. A systematic approach to management. *Postgrad Med* 1988; 83: 299-308.

37. Mancoll JS, Phillips LG. Pressure sores. Aston SJ, Beasley RW, Thorne CNM, eds. *Grabb and Smith's Plastic Surgery*. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1997: 1083-1097.
38. Heym B, Rimareix F, Lortat-Jacob A, Nicolas-Chanoine MH. Bacteriological investigation of infected pressure ulcers in spinal cord-injured patients and impact on antibiotic therapy. *Spinal Cord* 2004; 42(4): 230-234.
39. Wall BM, Mangold T, Huch KM, Corbett C, Cooke CR. Bacteremia in the chronic spinal cord injury population: risk factors for mortality. *J Spinal Cord Med* 2003; 26(3): 248-253.
40. Allman RM, Goode PS, Patrick MM, Burst N, Bartolucci AA. Pressure ulcer risk factors among hospitalized patients with activity limitations. *JAMA* 1995; 273: 865-870.
41. Tokgöz OS, Demir O. Nöroloji Yoğun Bakım Ünitesinde Bası Yara İnsidansı ve Risk Faktörleri. *Selçuk Üniversitesi Tıp Derg* 2010; 26(3): 95-98.
42. Magnan MA, Maklebust J. The nursing process and pressure ulcer prevention: making the connection. *Adv Skin Wound Care* 2009; 22(2): 83-92.
43. Keller BP, Wille J, van Ramshorts B, van der Werken C. Pressure ulcers in intensive care patients: a review of risks and prevention intensive care medicine. October 2002; 28: 1379-1388.
44. Prevention and Treatment Pressure Ulcers: Clinical practice Guideline www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/prevention-and-treatment-of-pressure-ulcers-clinical-practice-guideline/ Erişim: 6.01.2016
45. Schultz GS, Sibbald RG, Falanga V, Ayello EA, Dowselt C, Harding K. et al. Wound bed preparation: a systematic approach to wound management. *Wound Repair and Regeneration* 2003; 11(2): 1-28.
46. Ozkaya H, Bahat G, Tufan A, Doğan H, Bilicen Z, Karan M.A. Successful treatment of non-healing pressure ulcers with topical n-acetyl cysteine. *Journal of Wound Care* 2015; 24(12): 606-611.
47. Zaulvanov L, Kirsner RS. A review of a bi-layered living cell treatment in the treatment of venous leg ulcers and diabetic foot ulcers. *Clin Interv Aging* 2007; 2(1): 93-98.