

YARA BAKIMI VE UYGULAMALARI

İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
Hemşirelikte Temel İlke ve Uygulamaları II Dersi
Dr. Öğr. Üyesi Funda Karaman

- **Yara,** herhangi bir nedenle deri ve doku bütünlüğünün bozulması olarak tanımlanabilir.
- Fiziksel ve kimyasal nedenlerle deri, kas, kemik, damar, sinir vb. yapıların bütünlüğünün bozulması, tahrip olması, dokunun fizyolojik özelliklerinin geçici bir süreyle veya tamamen kaybolmasına yaralanma denir. Yaralanmalarda derinin koruma özelliği bozulacağından **enfeksiyon riski** de artar.



YARALARIN SINIFLANDIRILMASI

YARA ÇEŞİTLERİ

Deri bütünlüğüne göre

→ Açık Yaralar

→ Kapalı Yaralar

Kirlenme durumuna göre

→ Temiz Yaralar

→ Kontamine/Temiz Yaralar

→ Kontamine/Kirli Yaralar

→ Kirli Yaralar

Oluş zamanına göre

→ Akut Yaralar

→ Kronik Yaralar

Deri Bütünlüğüne Göre Yaralar

Açık yaralar

- Abrasyon (sıyrık, aşınma)
- İnsizyon (kesi)
- Avülsiyon (ayrılma)
- Laserasyon (yırtilma)
- Penetrasyon (delinme)
- Crush (ezilme)
- Ateşli silah yaralanması

Kapalı yaralar

- Kontüzyon (ezik)
- Blast etki yaralanması



Resim 1.1: a) Abrasyon b) İnsizyon



Resim 1.2: a) Avülsiyon b) Laserasyon



Resim 1.3: Penetrasyon



Resim 1.4: Crush



Resim 1.6: a) Kontüzyon, b) Blast etki yaralanması

Kirlenme Durumuna Göre Yaralar

- ☐ **Temiz yara:** Üzerinde patojen mikroorganizma olmayan yaralardır. Doku kaybı ve enfeksiyon olmayan, yara kenarları birleşen, minimal skar dokusu gelişen yaralar, temiz yaradır.
- ☐ **Temiz kontamine yara:** Solunum sistemi, gastrointestinal sistem ve genitoüriner sistem gibi flora içeren lüминаl organların kontrollü koşullarda ve belirgin yayılma olmaksızın açılması ile oluşan yaralardır. Kolesistektomi ve kolorektal cerrahi yaraları bu tip yaralara örnektir.
- ☐ **Kontamine yara:** Yarada patojen mikroorganizma vardır, ancak enfeksiyon belirtileri henüz ortaya çıkmamıştır. Travmadan hemen sonra gelen açık yaralar, steril teknikte ortaya çıkan majör bir sorun nedeniyle normalde steril olan bir vücut bölmesine aşırı bakteri girmesi, bağırsak gibi bir organ içeriğinin fazla miktarda yayılımı sonucu olan yaralar, kontamine yaralardır.
- ☐ **Kirli yara:** İçerisinde patojen mikroorganizmaların bulunduğu yaralardır. Yarada; kızarıklık, ağrı, akıntı, kötü koku vb. enfeksiyon belirtileri görülür.

Oluş Zamanına Göre Yaralar

AKUT YARALAR

Travma yaraları



Yanıklar



Deri abrazyonu



KRONİK YARALAR

Venöz bacak ülseri



Basınç ülseri



Diyabetik ayak ülseri



YARA İYİLEŞME TİPLERİ

PRİMER İYİLEŞME



- Belirgin bakteriyel kontaminasyon ve doku kaybının olmadığı durumlarda yara kenarlarının direkt yaklaştırılarak kapanması sonucu meydana gelen iyileşmedir.
- Yara kapaması; suture, stapler, strip gibi materyaller ile yapılır.

SEKONDER İYİLEŞME

- Yara alanında granülasyon dokusunun gelişmesi ve yara alanını doldurması beklenerek spontan rejenerasyon ve reepitelizasyonun gelişmesi ile meydana gelen iyileşmedir.



Primer yara iyileşmesi

Kabuk

Nötrofiller

Pıhtı

Mitoz

Granülasyon

dokusu

Makrofaj

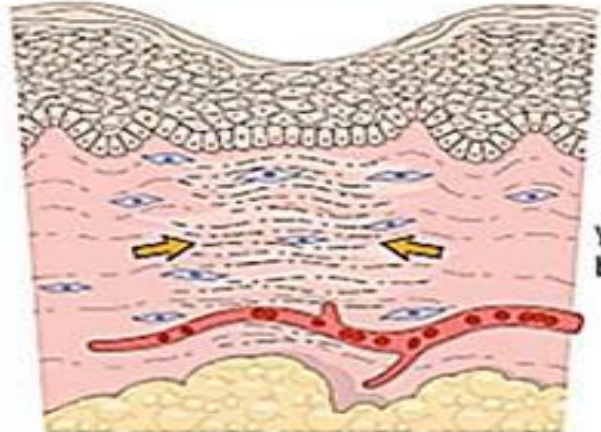
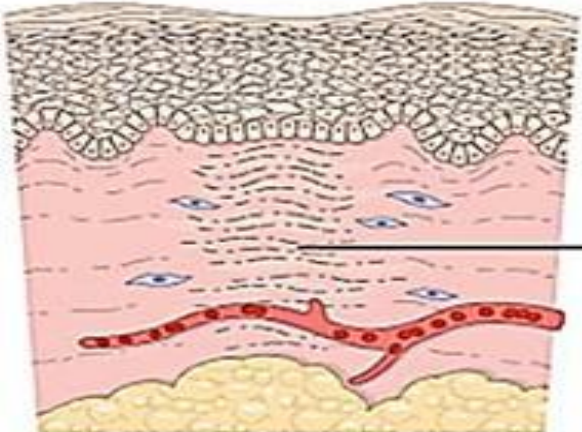
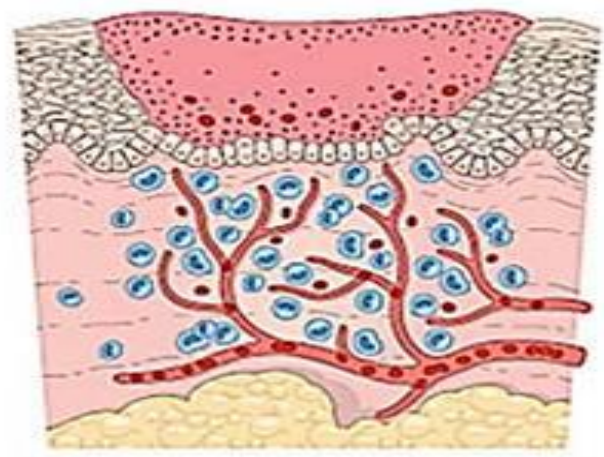
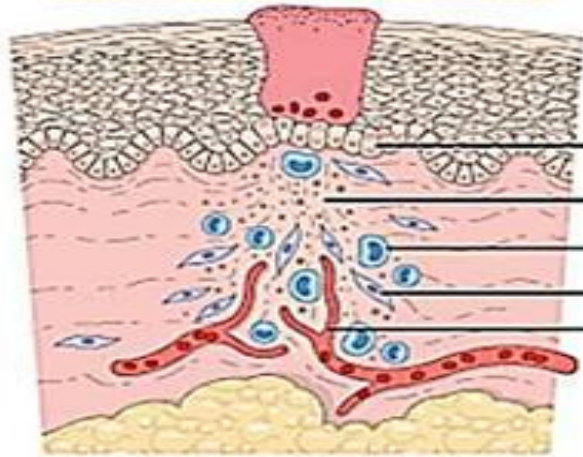
Fibroblast

Yeni kapillerler

Fibrozis

Spontan yara iyileşmesi

yara
büzülmesi



24 saat

3-7 gün

Birkaç
hafta
sonra

TERSİYER İYİLEŞME

Sekonder iyileşmeye bırakılan yaranın şartlar uygun hale geldiğinde suture edilerek kapatılmasıdır.



- Bu durum cerrahi yaralarda meydana geldiğinde yara hemen kapatılmaz, ödem veya enfeksiyonun azalması için yaranın 3-5 gün açık kalmasına müsaade edilir.
- Daha sonra yara kenarları dikilerek kapatılır.

YARA İYİLEŞME SÜRECİ

- Travma ile başlatılan hücresel ve biyokimyasal olayların yeni doku oluşumuyla sonuçlanmasıdır.

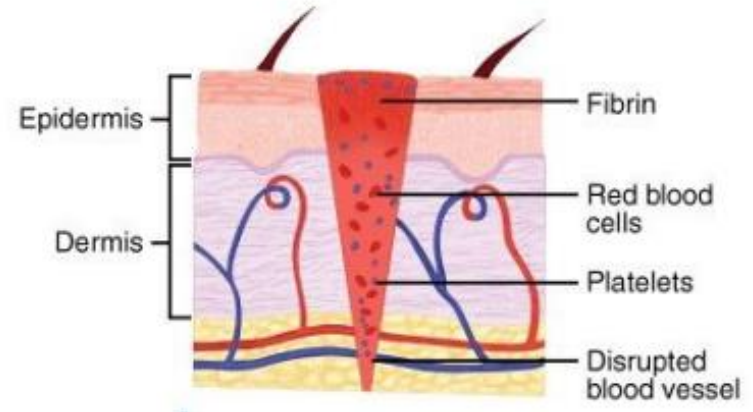
Birbiri üzerine binen 3 aşamadan oluşur:

- -Hemostaz ve inflamasyon
- -Proliferasyon
- -Maturasyon

HEMOSTAZ VE İNFLAMASYON EVRESİ

HEMOSTAZ:

- Damar hasarı sonucu kanama oluşur.
- Refleks olarak vazokonstriksiyon olur.
- Trombositler ilk tıkaçı oluşturur.
- Daha sonra, Fibrin tıkaç oluşturulur.



- İNFLAMASYON:
- Yaraya kan akımını ve plazmaların damardan geçirgenliğini artırır, lokalize kızarıklık ve ödem ile sonuçlanır.
- *Lökositler*, yaraya ulaşır.
 - *Nötrofiller*, bakteri ve ufak parçaları yiyerek birkaç gün içinde ölür ve hem bakterilere saldıran hem de doku onarımına karışan enzim eksuda bırakır.
 - *Monositler* , makrofajlara dönüşür. Makrofajlar, fagositozla ölü hücreleri temizler; normal aminoasitler ve şekerlerin geri dönüşümü ile yara onarımına yardımcı olur.

- Epitel hücreler yara kenarlarından pıhtı veya kabuğun üstüne doğru hareket eder (yaklaşık olarak 48 saatlik süre).

HÜCRESEL PROLİFERASYON EVRESİ

İnflamatuvar aşamayı izler ve 4-21 gün sürer.

- *Neoanjiojenez*: yeni kapiller üretiminin oluşumu ile vasküler bütünlük onarılır.
- *Fibroblastlar*: B ve C vitaminleri; oksijen ve aminoasidler sentezle kollajen yardımıyla fonksiyon görür.
- *Kollajen*: yarada yapısal bütünlüğü ve dayanıklılığı sağlar.
- *Kontraksiyon*: sadece açık yaralarda ortaya çıkar ve iyileşme süresini büyük ölçüde kısaltır. Çünkü yarayı doldurmak için üretilmesi gereken matriksin miktarını azaltır.
- *Epitel hücreler*: Zarar görmüş hücreleri çoğaltır.

MATURASYON EVRESİ

- Yara onarım sürecinin son evresi olan maturasyon (yeniden şekillenme, olgunlaşma) evresinde;
 - ☐ Yara bölgesindeki fibroblastların sayısı azalır,
 - ☐ Kollajen üretimi dengeye ulaşır,
 - ☐ Epitelizasyon tamamlanır,
 - ☐ Yara rengi soluklaşır,
 - ☐ Yara gerilim direnci artar,
 - ☐ Skar dokusunun hacmi azalır,
 - ☐ İyileşmiş skar dokusu oluşur.

- Yara iyileşmesinin en uzun evresidir.
- Yaralanmadan sonraki iki ile üçüncü hafta arasında başlar, ortalama bir yıl kadar devam eder.

Yara İyileşmesini Geciktiren Etkenler

- Kanlanma
- Enfeksiyon
- Doku tipi
- Travma
- Yabancı cisim
- Radyasyon
- Isı kaybı
- Uygunsuz örtü ve sargılar
- Malnütrisyon
- Dolaşım bozuklukları
- Hormonlar
- Kronik hastalıklar
- İlaçlar
- İleri yaş
- Doku kuruluğu
- Lökositlerin derine göçü

Yara İyileşmesini Geciktiren Etkenler

Yara iyileşmesini geciktiren etkenler aşağıda verilmiştir:

Kanlanma:

- ❑ Yeterince kan akımı olmayan bir yara iyi beslenemediğinden dolayı iyileşmesi gecikir, enfeksiyon kapma ve nekroze olma (doku ölümü) tehlikesi artar.
- ❑ Cerrahi uygulama esnasında lokal damarlara zarar verilmemesi iyileşmeyi hızlandırır.
- ❑ İleri yaş ve sigara kullanımı kanlanmayı bozduğundan yara iyileşmesini geciktirir.

Enfeksiyon:

- Yaraya bakteriler dışarıdan ya da kan yoluyla gelirler.
- Ameliyathane şartlarında bile her yara bir dereceye kadar kontaminedir.
- Her kontamine yara enfekte olmaz.
- Bir gram dokuda 100 000'den fazla bakteri varsa yarada enfeksiyon ihtimali % 50'dir.
- Enfeksiyon yara iyileşmesinde ciddi gecikmelere neden olur.

Doku tipi: Deri, bağırsak, mesane, vajina gibi dokuların iyileşme potansiyeli çok yüksekken; sinir, fasya gibi dokular çok geç iyileşir.

Travma: Yara yeri üzerine travma iyileşmeyi olumsuz etkiler. Bu nedenle yara yeri yeterli süre kapalı tutularak olası travmaların etkisi azaltılmalıdır.

Yabancı cisim: Yabancı cisimler dokuda reaksiyona yol açarak iyileşmeyi geciktirir. Yabancı cisimler; küçük taş, cam, tahta, toz, toprak parçalarıdır. Kontamine yaralardaki yabancı cisimlerin temizlenmesi bakterilerin azalmasını sağlamaktadır.

Radyasyon: Radyasyona maruz kalındığında hücrelerin çoğalma ve sentez kabiliyeti bozulmakta dolayısıyla iyileşme gecikmektedir. Radyasyon, yara iyileşmesinin inflamasyon döneminde çok az değişikliğe yol açar. Proliferasyon fazında ise hem kapiller hem de fibroblastik hücre yapımını engeller.

Isı kaybı: Açık yaralarda, radyasyon ve buharlaşma yoluyla ısı kaybı olur. Isı kaybı da yeni hücre oluşmasını ve çoğalmasını olumsuz etkiler ve doku onarımı yavaşlar. Ayrıca, hipotermi lokal direnci düşürdüğü için enfeksiyon gelişme riski artar.

Uygunsuz örtü ve sargılar: Uygun olmayan örtü ve sargıların kullanımı dolaşımı bozabilir veya epitelizasyonu kaldırabilir. Bu da yara iyileşmesinin gecikmesine neden olur.

Malnütrisyon: Yara iyileşmesinde önemli bir faktör de yeterli miktarda protein, vitamin ve minerallerin alınmasıdır. Yeni doku oluşumu için protein içerikli beslenme önemlidir. **Proteinler** yeniden damarlanma, lenfosit oluşumu ve kollajen sentezi için gereklidir.

Dolaşım bozuklukları: Kan dolaşımının iyi olmaması yara bölgesine yeterli kanın dolayısıyla yeterli oksijenin gitmesine engel olmaktadır.

Hormonlar: Yara iyileşmesinde tiroid, hipofiz ve pankreas hormonları etkilidir. Kortikosteroidler, inflamatuvar hücre sayısını azaltır, sekonder enfeksiyon riskini arttırır.

Kronik hastalıklar: Diyabet, dolaşım hastalıkları, karaciğer, böbrek yetmezliğı gibi sistemik hastalıklar ile anemi ve kanser gibi hastalıklar yara iyileşmesini geciktirir.

İlaçlar: Kortizon, kemoterapötik ve antimetabolit gibi ilaçlar yara iyileşmesi üzerinde olumsuz etkiye sahiptir.

İleri yaş: Yaşlanma ile birlikte dolaşımın yavaşlamasına bağlı olarak cildin kanlanmasında azalma olur, fibroblastların ve epitel hücrelerin proliferasyonu yavaşlar. Yapısal glikoproteinlerde azalma görülür, solunum sistemi fonksiyonları azalır. Tüm bu değişimler yara iyileşmesini olumsuz etkiler.

Doku kuruluğu: Kuruluk sonucu, canlı dokularda nekroz gelişmeye başlar bu da mikroorganizmalar için iyi bir besi yeri olur. Nekrotik dokuda kan dolaşımı olmadığı için antibiyotikler nekrotik dokuya ulaşamaz ve enfeksiyona yatkınlık artar.

Lökositlerin derine göçü: Lökositler doku kuruluğu, hipotermi, antiseptik madde kullanımı gibi nedenlerden olumsuz etkilenir, mikroorganizma ile mücadele edemez. Bu nedenle lökositler, yaranın derinliklerine doğru göç ederek kendilerini korur. Bu durum bakterilerin üremesi için uygun ortam yaratır.

Yara Tedavisi ve Kapatma Yöntemleri

- Yara kapatılmasında önemli olan yara kapatma yöntemi değil gerginliğin en az olacağı şekilde yara kenarlarının yaklaştırılması, minimal skar ile primer iyileşmenin sağlanmasıdır.
- Yara kapatılması özenli yapılmalıdır.
- İyileşme döneminde yara kenarlarında mümkün olan en az gerginliğin olması, yara kenarlarının uygun şekilde birbirine yaklaştırılması, yara kenarlarının kaba aletlerle çok fazla travmatize edilmemesi ve enfeksiyonu önlemek için steril şartlarda çalışılması gerekmektedir.

Negatif Basınç Tedavisi (Vacuum –Assisted Closure VAC)

- VAC (Vacuum Assisted wound Closure) vakum yardımlı yara kapama sistemi, akut ve kronik yaralarda iyileşmeyi hızlandırmak için yara üzerine kontrollü ve lokalize negatif basınç uygulanması esasına dayanan, invaziv olmayan bir yöntemdir.





VAC uygulaması ;

- ekstremitelerdeki açık yaralarda,
- açık sternal, spinal ve facial yaralarda,
- diabetik yaralarda,
- yanık yaralarında,
- abdominal duvardaki yaralarda ve bası yaralarında başarı ile uygulanmaktadır.

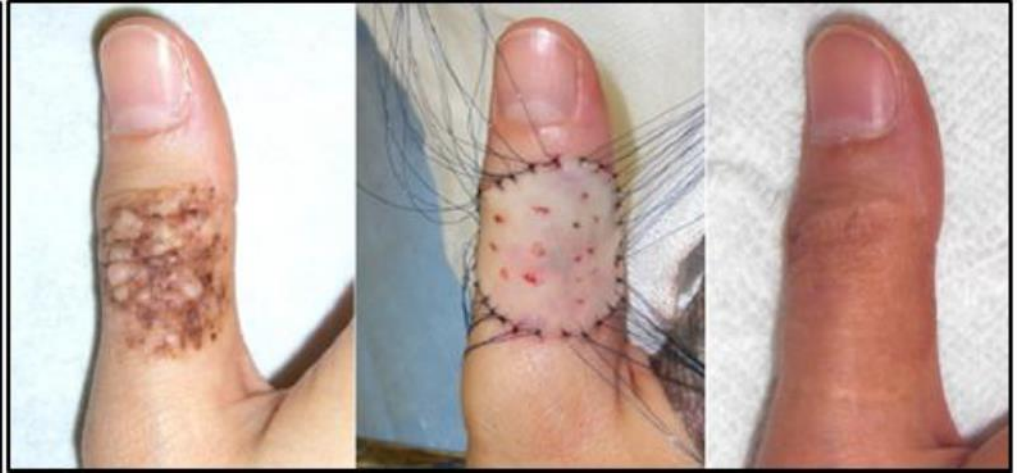


Doğrudan Sütur ile Yara Kapatılması

- Amaç, doğru anatomik yapıyı koruyarak yara kenarlarını bir araya getirmek ve yara iyileşmesi süreci boyunca yeterli kuvveti sağlamaktır.

Deri Greftleri

- Greft, herhangi bir dokunun, onu besleyen kan desteğinden ayrılarak, yeni bir besleyici bölgeye transferidir.
- Doğrudan kapatılamayan yaraların kapatılmasında deri greftleri değerli bir seçenek oluşturur.
- Deri yamalarının uygulandığı alanlar; kazalar, yanıklar ve tümörlerin çıkarılması nedeniyle oluşan açık yaralardır.
- Eğer yarada deri yamasını tutmasına yetecek miktarda kan akımı ve doku gelişmişse, bunun üzerine bir deri grefti uygulanabilir.



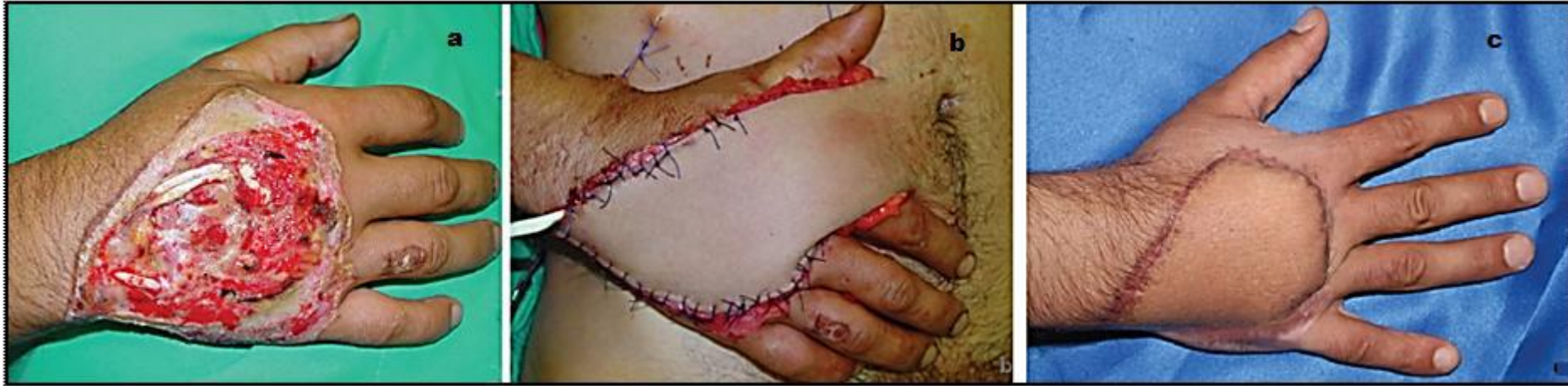
- Deri greftlerinde duyu kazanımı en erken 5 hafta, en geç 2 yıl içerisinde gerçekleşir.
- İki yıldan sonra duyu kazanımı olmaz.
- Graft sonrası sırasıyla ağrı, dokunma ve ısı duyuları kazanılır.

Flap

- Bir ucu kendi damarları ile beslenebilmesi amacıyla kesildiği vücut bölgesinde bırakılmış şerit şeklindeki deri veya doku parçasına flep denir.
- Flepler deri greftlerinin tersine kendi özgün kan dolaşımlarını taşıdıkları bölgelerde de korurlar.

- Greftlere göre daha karmaşık bir yöntem olmalarına karşın flep, aşağıdaki durumlarda tek seçenek olarak uygulanır;
 - ☐ Yeterince vasküler olmayan yaraların kapatılmasında,
 - ☐ Çıplak kemik, tendon, sinir, kıkırdak gibi yapıların örtülmesinde,
 - ☐ Beyin, büyük damarlar gibi hayati organların kapatılmasında,
 - ☐ Göz kapağı, dudak, burun gibi organların tam kalınlıklı rekonstrüksiyonlarında,
 - ☐ Ayak tabanlarında olduğu gibi yumuşak doku yastığı gerektiren rekonstrüksiyonlarda.

- Ayrıca alttaki dokuların daha ileri bir tarihte onarılması planlanan olgularda flep ile rekonstrüksiyon tercih edilir. Enfekte yaralarda, osteomiyelit olgularında, iskemik ekstremitelerde, kaviter yaralarda kan dolaşımı zengin adale fleplerinin kullanılması iyileşmeyi hızlandırır.



Yara Kapatmada Geçici Örtüler

- Yara örtüleri, yaraları örtmek için kullanılan materyallerdir.
- Yara iyileşmesi süreci, sadece ilaç tedavisine bağlı değil, aynı zamanda uygun yara örtülerinin kullanımına da bağlıdır.
- Bu materyallerin görevleri; enfeksiyona ve mikroorganizmalara karşı koruyucu özellik sağlamak, kan ve yara sıvısını absorbe etmek, yara iyileşmesini sağlamak ve bazı durumlarda yara üzerine ilaç tedavisi uygulamaktır.
- Ayrıca yara örtüleri kolaylıkla uygulanabilmeli, çıkartılma esnasında yeni oluşan dokuya zarar vermemeli, yara iyileşmesi için optimal nem ortam oluşturmali ve daha az örtü değiştirme sıklığı gerektirmelidir.

- **Alginat örtüler:** Alginat lifleri, iyon değişim özelliğine sahiptir. Yara salgısı ile temas halinde, lifteki kalsiyum iyonları vücut sıvısındaki sodyum iyonlarıyla yer değiştirir. Bunun sonucunda, lifin bir bölümü sodyum alginat haline gelir. Sodyum alginat suda çözünebilme özelliğine sahiptir. Bu iyon değişimi, lifin şişmesini sağlar ve yara yüzeyinde jel oluşumuna neden olur. Bu eşsiz özelliğinden dolayı alginat lifleri “nemli iyileştirici” yara örtülerinin üretimi için ideal materyallerden birisi olarak görölmektedir.



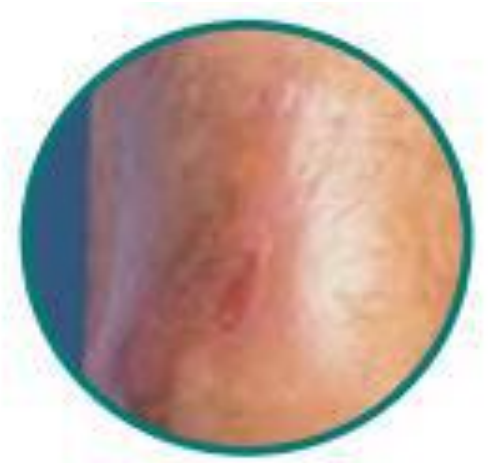
- Alginat örtüler; kısmı ve tam kalınlıkta yaralarda, oyuk yaralarda, orta ve şiddetli sızıntılı yaralarda, enfeksiyonlu yaralarda kullanılır.



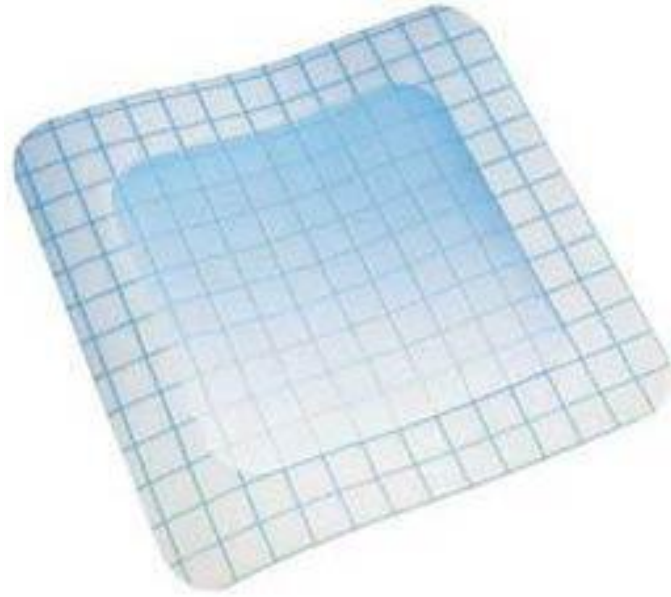
- **Poliüretan filmler:** Yara bakım materyallerinde yarı-geçirgen filmler (transparan filmler), havayla taşınan bakterilerin yaraya bulaşmasını önlemesine karşın yara ve ortam arasındaki gaz değişimine izin vermektedir.
- Yarı geçirgen filmler daha çok kuru yaralarda kullanılmalıdır.
- Saydam olduklarından yara bölgesi doğrudan gözlenir.



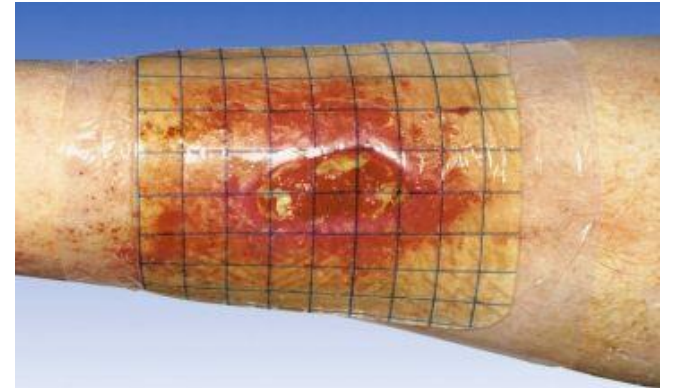
- Yarı geçirgen film örtüler; cerrahi yaralarda, yüzeysel kısmı yanıklarda, bası yaralarında ve damar içi kateter bölgesinde kullanılabilir.



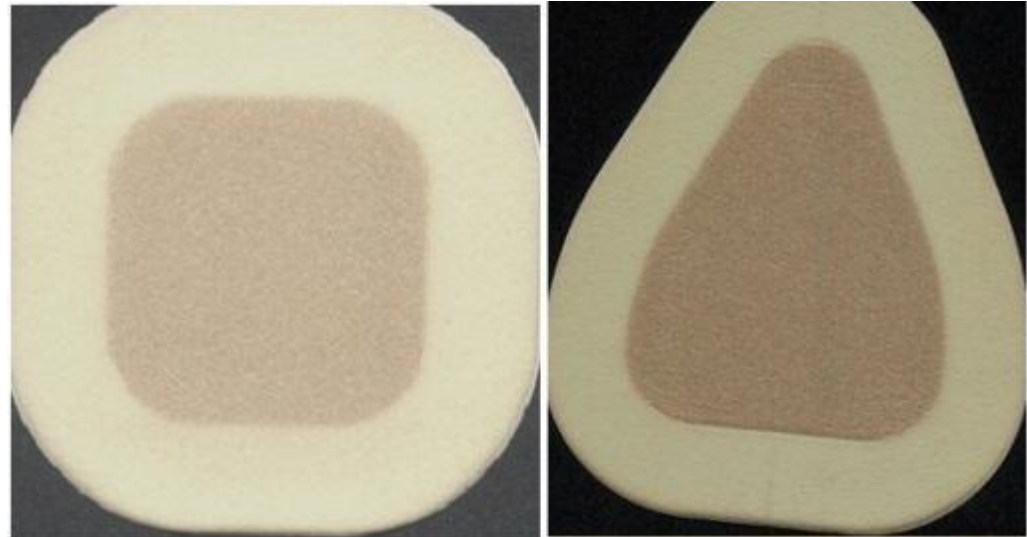
- **Hidrojel örtüler:** Hidrojel örtüler, yüksek absorpsiyon kapasitesine sahiptir ve yara yüzeyine yapışmaz.
- Ağrı dindirici özelliği vardır.



- Hidrojel örtüler,
- yaprak veya jel (amorfo) formda bulunabilir.



- **Hidrokoloid örtüler:** Hidrokoloid yara örtüleri, hidrofil polimer taneciklerinden meydana gelmektedir.
- Yara sıvısı ile temas halindeki hidrofil tanecikler, yara sıvısını absorbe edip jel formuna dönüşür ve örtü 7 gün boyunca yara üzerinde kalabilir.



- Hidrokoloid örtüler, hem ıslak hem de kuru dokulara yapışma eğilimi gösterir. Bu ürünlerin her çeşidinin farklı absorpsiyon kapasiteleri vardır.
- Hidrokoloidler, epitelizasyon hızını ve kollajen üretimini artırır.
- Ağrıyı dindirir.
- Dış kaynaklı mikroorganizmaları ve yabancı maddeleri yara yatağının dışında tutar.
- Geleneksel örtülerden daha az örtü değişimi gerektirir.
- Kısmi veya tam yaralarda, hafif-orta sızdıran yaralarda kullanımı uygundur.
- Eğer uygun aralıklarla değiştirilmezse deriyi zayıflatabilir. Yapışkan çıkarma esnasında hassas deriye zarar verebilir.



Köpükler:



- Esnek ve yüksek absorpsiyon kapasitesine sahip gözenekli materyallerdir.
- Köpük örtüler, yara sıvısının sızmasını önlemek ve bakterilerin penetrasyonunu engeler.
- Bu örtüler, gaz geçişine izin verirler ve yapışmazlar.
- Dışarıdan sıvı geçirmezler.
- Nekrotik yaralarda ve orta derecede sızdıran tam yaralarda kullanılır. Kuru ve kabuklu yaralar için kullanımı uygun değildir.

Yara İyileşmesinde Destek Sağlayan Yöntemler

Hiperbarik Oksijen Tedavisi

- Yara iyileşmesi için ilk şart yeterli oksijenin dokulara ulaşabilmesidir.
- Yeterli kan akımıyla dokulara iletilen oksijen pek çok metabolik olayda ana rolü oynar.
- Yara iyileşmesi için gerekli olan fibroblast çoğalması, kollajen düzenlenmesi gibi olaylarda oksijen gereklidir.
- Kronik yaralarda iyileşme hızlanır.



YARA BAKIMINDA TEMEL İLKELER

- Yara anamnezinin alınması,
- Yaranın fiziksel olarak değerlendirilmesi,
- Gözlem ve yaşam bulgularının kontrolü
- Beslenme
- Dinlenme ve hareketsizlik (immobilizasyon)
- Yaralı bölgenin yükseltilmesi
- Yaralı bölgenin oksijenlenmesi
- Soğuk ve sıcak uygulama
- Enfeksiyon kontrolü
- Psikolojik durum
- Yaraya pansuman uygulanması
- Evde bakım

Yara pansumanı amacı nedir?

- Yarayı dış etkenlerden korumak
- Sekresyonları yaradan uzaklaştırmak
- Yarayı enfeksiyonlardan korumak
- Yarayı mekanik yaralanmalardan korumak

Yara pansumanında dikkat edilecek noktalar

- Pansumandaki flasterler, deri tahrişini önlemek için serum fizyolojik ile ıslatıldıktan sonra çıkartılır
- Yaranın çevresi merkezden çevreye doğru dairesel hareketlerle silinir.
- Her silme işlemi için ayrı gazlı bez kullanılır.
- Cerrahi aseptik teknik ve medikal asepsi ilkelerine dikkat edilir



BASINÇ ÜLSERLERİ ÖNLEME VE TEDAVİ



BASINÇ ÜLSERİ NEDİR?



- Basıncın yol açtığı doku bütünlüğündeki bozulmayı tanımlamak için yıllarca pek çok kavram kullanılmıştır.
- Yatak yarası (bedsore),
- Dekibüt ülseri (decubitus ulcer),
- Dekübit (decubiti),
- Basınç yarası (pressure sore) ve
- Basınç ülserleri (pressure ulcers) kullanılan kavramlardan bazılarıdır.

BASINÇ ÜLSERİ NEDİR?

- Basınç ülseri: Basınç, friksiyon, yırtılma ve diğer faktörlerin etkisiyle deri ve deri altındaki dokularda meydana gelen lokalize doku zedelenmesidir (Avrupa Basınç Ülserleri Tavsiye Paneli –EPUAP- 1998).
- Deri ve kas üzerine sürekli basınç uygulanmasına bağlı olarak gelişen yaralanmadır.



BASINÇ ÜLSERİ NEDEN ÖNEMLİDİR?

- **Basınç ülserleri** → tüm dünyada önemli bir problemdir.
- **Basınç ülserleri** → hastanın yaşam kalitesini etkilemekte ve sağlık bakım maliyetini arttırmaktadır.



BASINÇ ÜLSERİ NEDEN ÖNEMLİDİR

- Basınç ülseri hastanın fiziksel sağlığını etkileyerek yaşamı tehdit etmekte,
- Bağımsızlığını kaybetmesine ve
- Sosyal izolasyon gibi psikolojik problemler yaşamasına neden olmaktadır.



BASINÇ ÜLSERİ NEDEN ÖNEMLİDİR

- Ayrıca hasta ağrı çekmekte,
- Yara bakımı, debritleme, greft gibi işlemler nedeniyle hastanede uzun süre yatmakta ve
- Bu durumda hasta ve hastane için ekstra maliyet oluşturmaktadır.

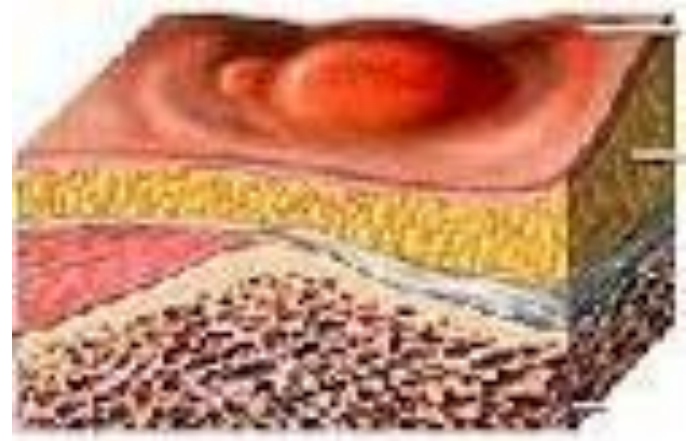


- NPUAP(*The National Pressure Ulcer Advisory Panel*) basınç ülserlerini, etkilenen doku tabakalarını dikkate alarak dört evre şeklinde sınıflamıştır.
- Buna göre hastaya verilecek bakım her bir evreye göre değişiklik göstermektedir.



I. Evre

- BÖLGE KIZARIK, CİLT BOZULMAMIŞ, KORUYUCU ÖNLEMLERLE REVERSİBLEDİR.
- Bu evre uyarı olarak algılanmalıdır.
- Genellikle kendiliğinden iyileşir.
- Gerekli önlemler alınmalı (Pozisyon, hijyen, friksiyon ya da shear(tahriş) önlenmeli).





II. Evre

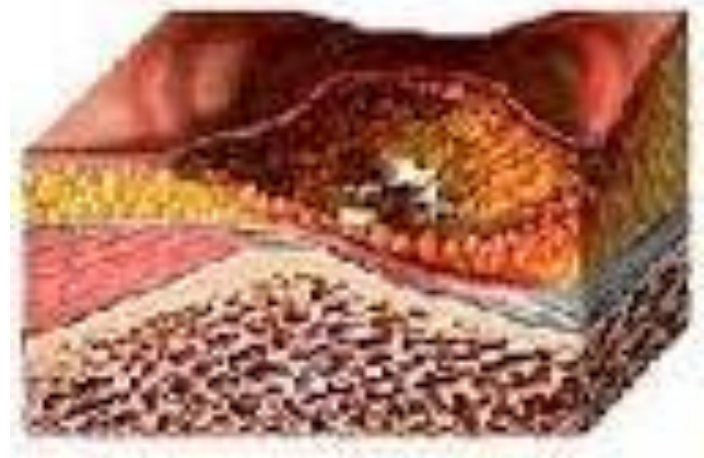
- CİLT BÜTÜNLÜĞÜ BOZULMUŞ, YÜZEYEL ÜLSER. ERİTEM GÖRÜNTÜSÜNDE OLABİLİR.
- Tedavide ilk adım yaranın dikkatlice değerlendirilmesidir.
- Nedenler ortadan kaldırılır,
- Yara enfeksiyondan korunmalı,
- Kendiliğinden ya da pansumanla iyileşir.





III. Evre

- CİLT ALTINDA OLAN, KASA YAYILMAYAN ÜLSER
- Kemik, tendon ve eklemlere kadar uzanmaz.
- Basınç ülseri derin çukur şeklindedir.
- Yara yatağı genellikle ağrısızdır.
- Tedavide yara dikkatlice değerlendirilir,
- Nekrotik doku deprime edilir,
- Enfeksiyon önlenir (pansuman, antibiyotik),
- Hastanın protein ve enerjiden zengin beslenmesi sağlanır.
- Bu evredeki bir yaranın kendiliğinden kapanması aylarca süreceği için genellikle cerrahi müdahale yapılır



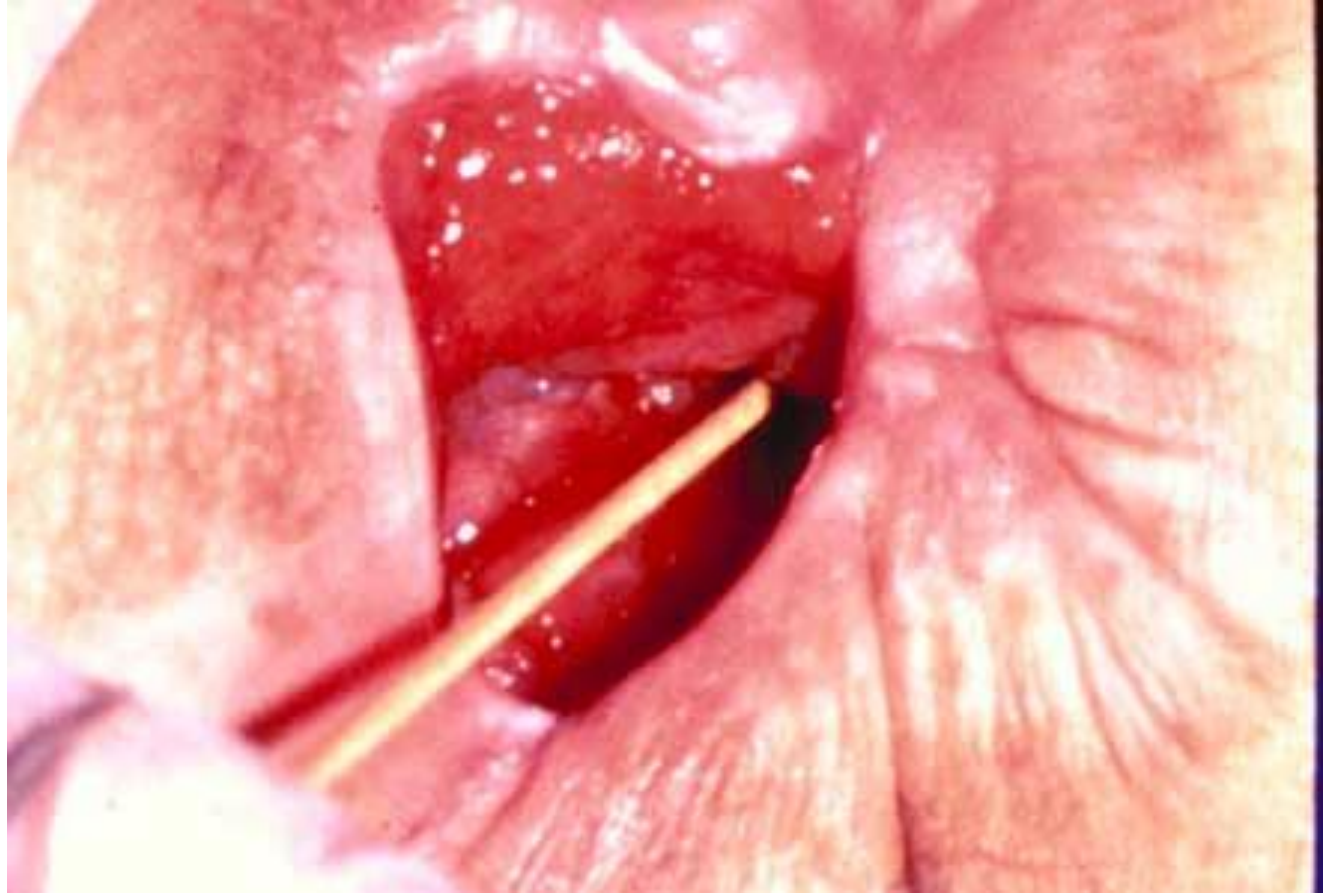


Tedavi: IV. Evre

- KASYADA KEMİKLERİ DE TUTAN ÜLSER
- Tedavisi III. Evredeki yara gibidir, ancak kemik dokusu etkilendiği için genellikle debridman radikaldir.



EVRE IV



Tünelleşmiş Evre IV basınç ülseri



27. 7. 2001 10:34

RİSK FAKTÖRLERİ:

Basınç ülserlerinin gelişmesinde rol oynayan en önemli faktör

Basınç'tır.

- Basıncın yoğunluğu,
 - Süresi ve
 - Dokunun toleransı

basınç ülserlerinin gelişmesinde önemlidir.



RİSK FAKTÖRLERİ:

- Cerrahi girişimin süresi 2.5-4 h ➡ risk 2 kat artar.
- Cerrahi girişimin süresi 4 h > ➡ risk 3 kat artar.



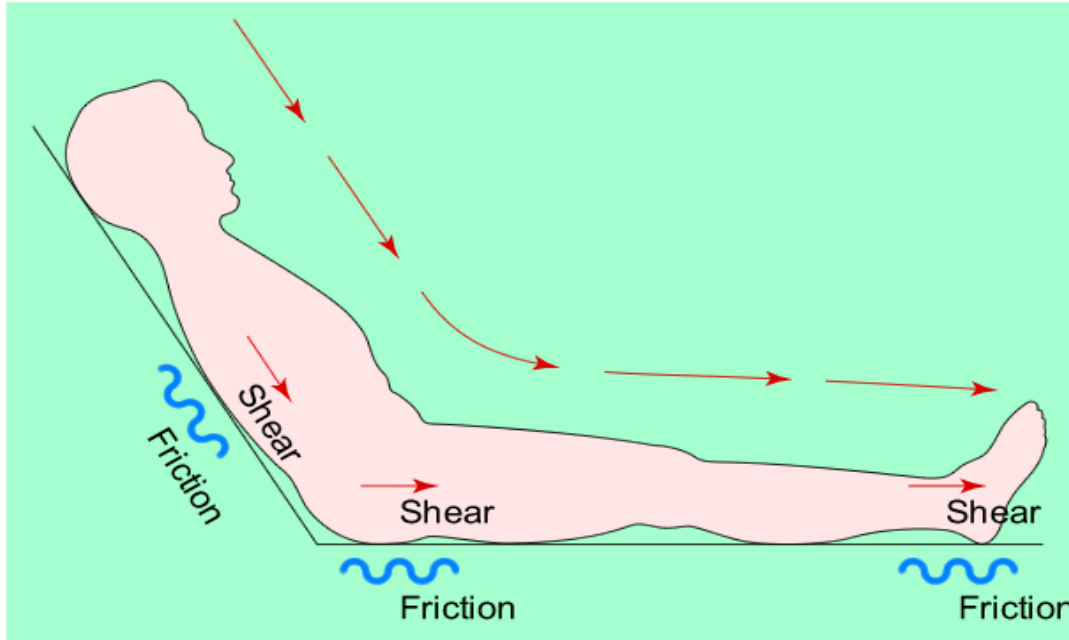
RİSK FAKTÖRLERİ:

- Sağlıklı kişilerde basınç ülseri oluşmamasının nedeni basıncın süresi ile ilişkilidir.
- Çünkü hareket etme ve duyuşal algılama problemi olmayan sağlıklı kişiler basınç nedeniyle oluşun doku hipoksisinin yol açtığı rahatsızlığı hisseder ve pozisyon değiştirerek basıncı başka noktalara kaydırırlar.

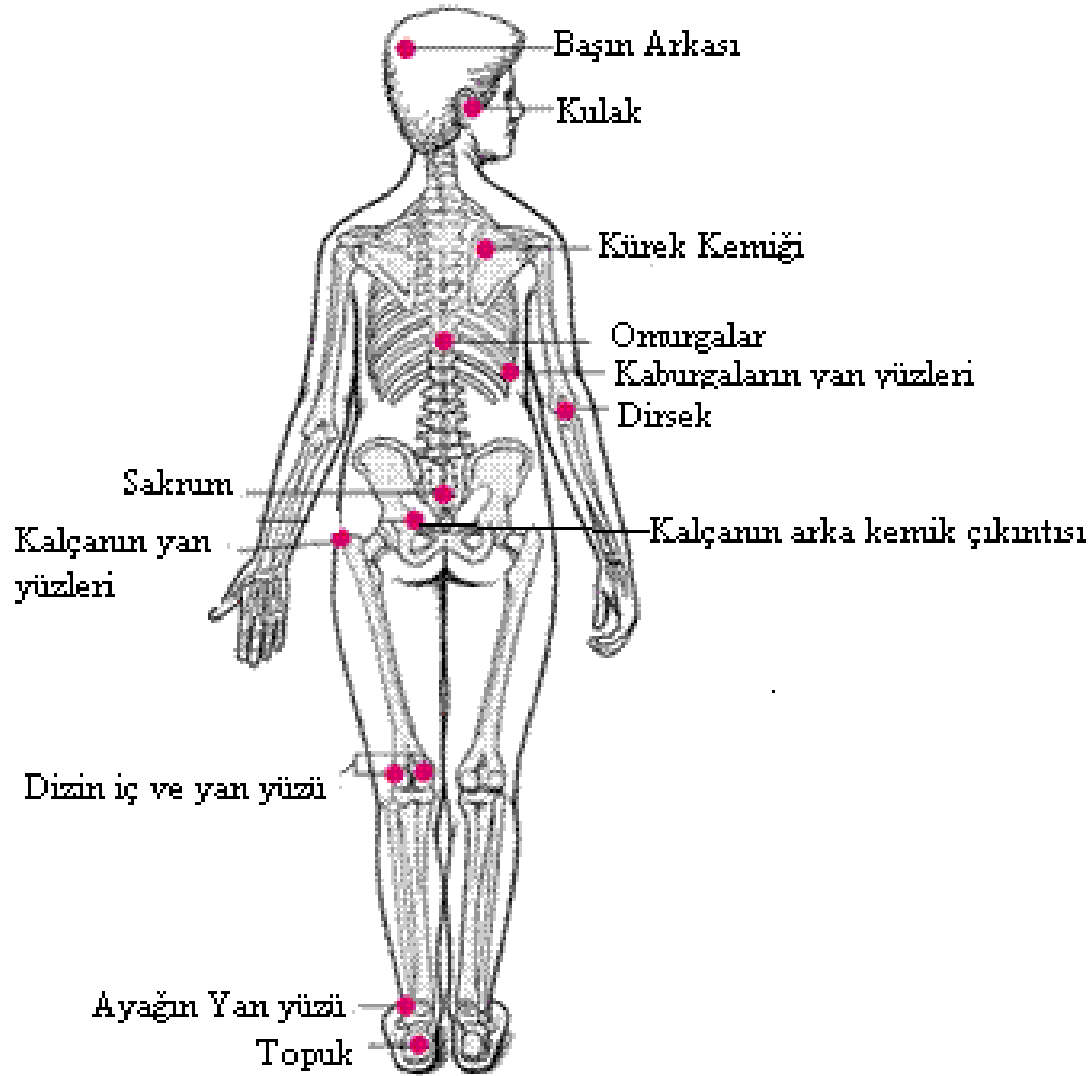


RİSK FAKTÖRLERİ:

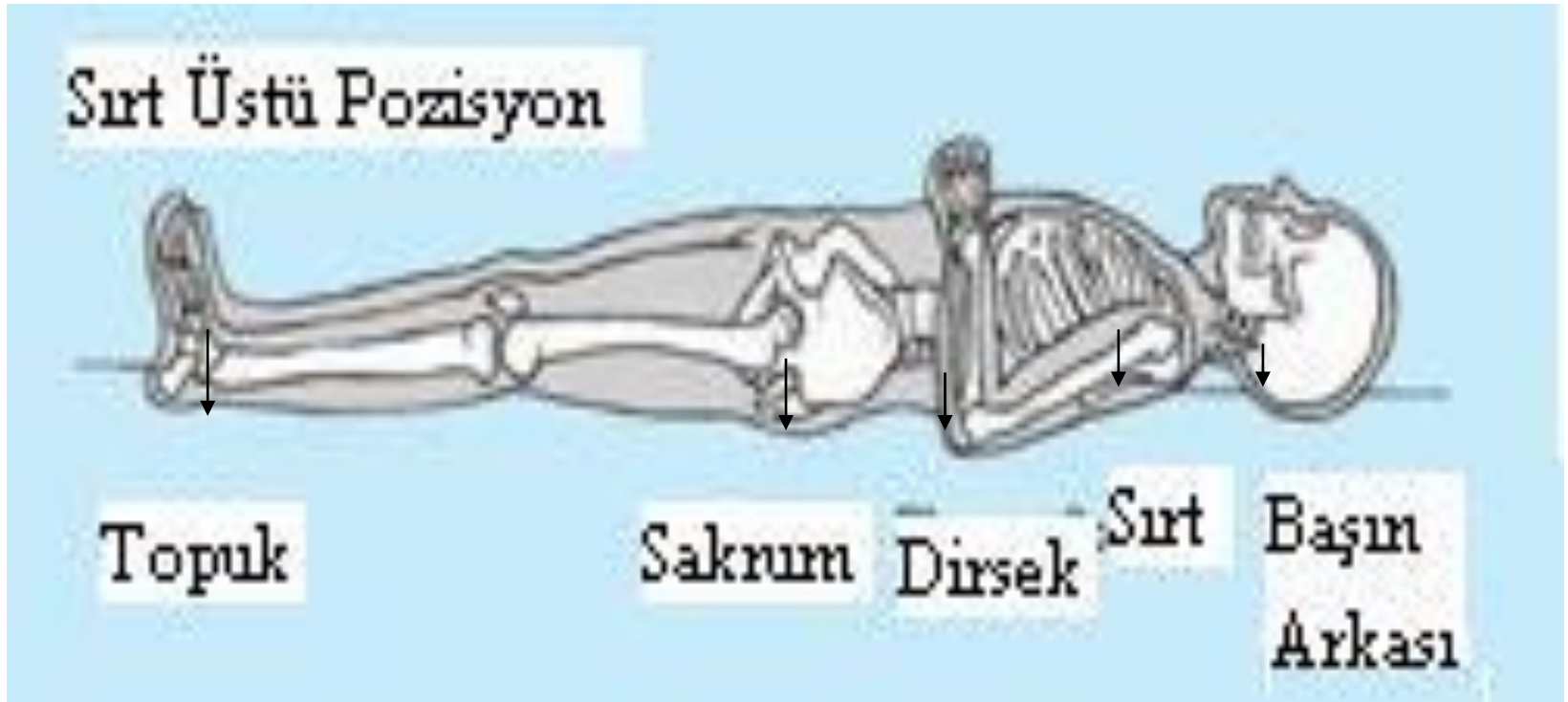
- **1. SÜRTÜNME VE YIRTILMA (FRİKSİYON VE SHEAR):**
- Dokunun bir yüzey üzerinde (yatak veya tekerlekli sandalye) hareket etmesi sonucu ortaya çıkan sürtünme tek başına sadece epidermis ve dermisin üst tabakasında zedelenmeye yol açar.



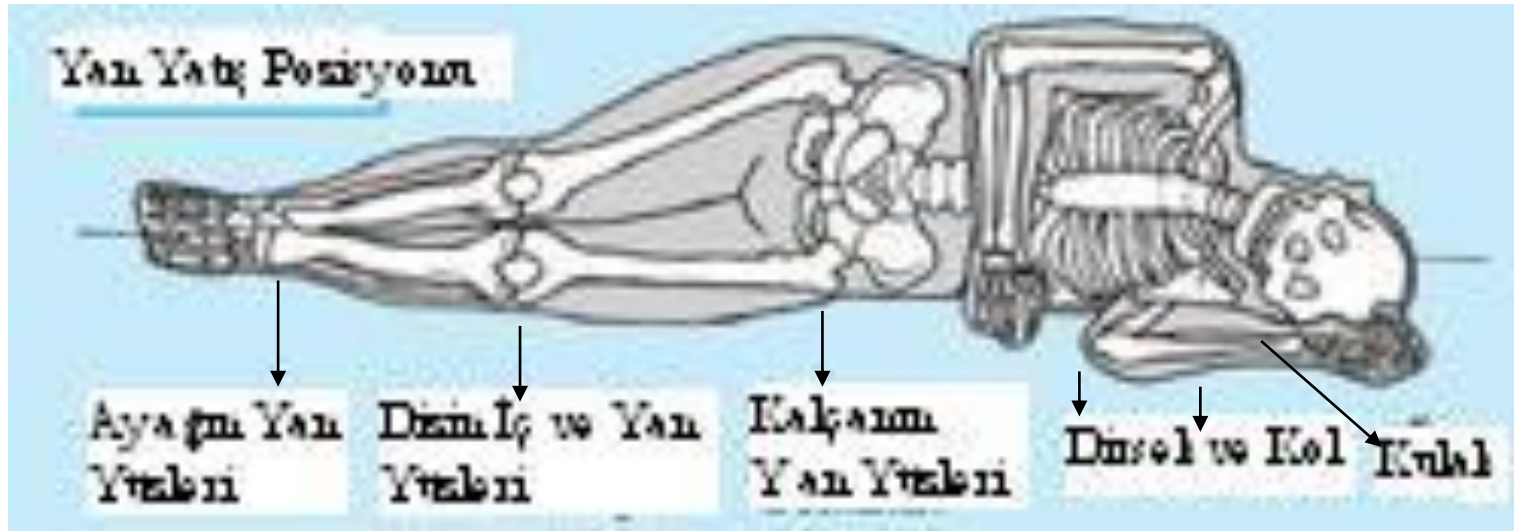
Basınç noktaları



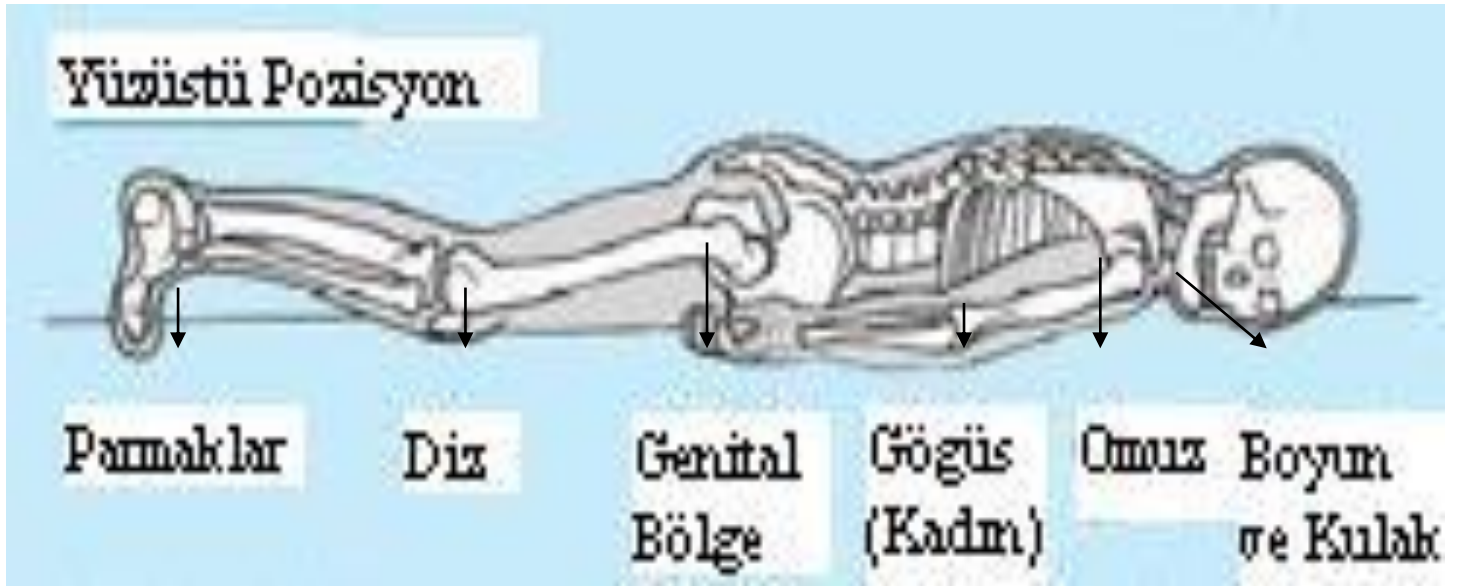
Basınç noktaları (Sırt üstü pozisyonda)



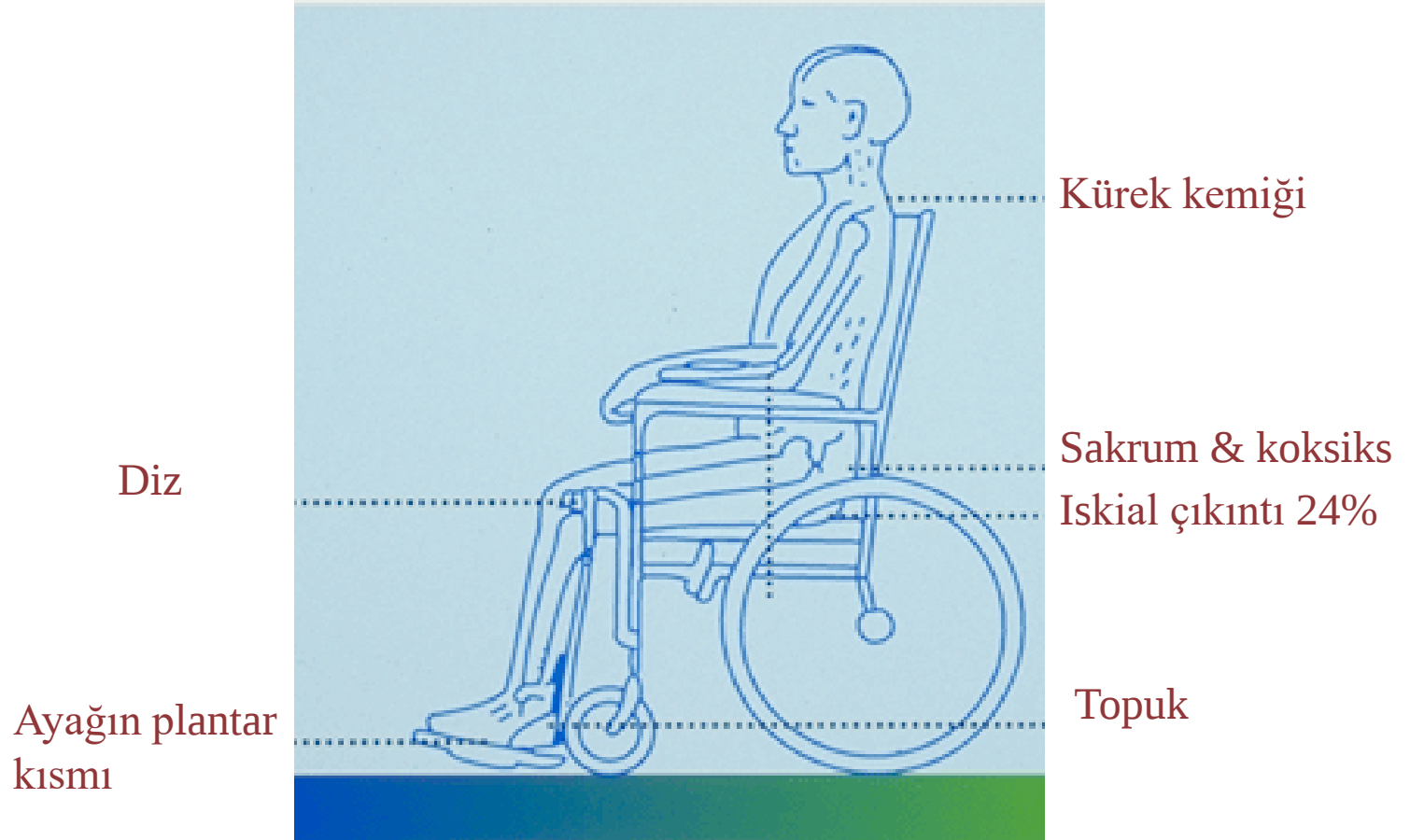
Basınç noktaları (Yan yatış Pozisyonunda)



Basınç noktaları (Yüzükoyun pozisyonda)



Basınç noktaları (Oturma pozisyonunda)



RİSK FAKTÖRLERİ:

2. Yaş

- Yaşın ilerlemesi ile, deri perfüzyonu ve deri turgorunda bozulma,
- Kollajen rejenerasyonunun azalması,
- Serum albumin düzeyi ve immün cevapta azalma,
- Yağ dokusunun azalmasına bağlı zayıflık,
- Doku elastikiyeti kaybı,
- Epidermis ve dermis arasındaki bağlantının zayıflaması,
- Mental durumun bozulması yaşlılarda

Basınç ülserlerinin gelişmesinde rol oynayan faktörlerdir.



RİSK FAKTÖRLERİ:

3. Nem

- Nem epidermisin dışsal güçlere karşı direncini etkilemektedir.
- Uzun süre neme maruz kalan epidermis tabakasında önce yumuşama daha sonra ise doku bütünlüğünde bozulma gelişir.
- İdrar ve dışkısını tutamayan ya da aşırı terleyen kişilerde basınç ülserleri gelişme riski yüksektir.



RİSK FAKTÖRLERİ:

4. Yetersiz Beslenme

- Beslenme yetersizliği basınç ülserlerinin gelişmesine ve doku iyileşmesinde gecikmeye neden olmaktadır.
- Protein-kalori malnutrisyonu ile basınç ülserleri gelişmesi arasında güçlü bir ilişki vardır.



RİSK FAKTÖRLERİ:

5. Hastalıklar

- Hareket kısıtlılığına yol açan, dokulara kan ve oksijen taşınmasını etkileyen hastalıklar basınç ülserlerinin gelişmesinde rol oynamaktadır.

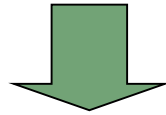
Örneğin yatağa ya da tekerlekli sandalyeye bağımlı olan felçli hastalarda, kalça kırığı gelişen hastalarda basınç ülserleri gelişme riski yüksektir.



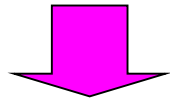
RİSK FAKTÖRLERİ:

5. Psikolojik faktörler

- Stress durumunda kortizon salınımı artar



- Kortizon kollajen sentezini azaltır.



- Kollajen sentezinin azalması ile basınç ülserleri gelişimi arasında bir ilişki bulunmaktadır.



RİSK FAKTÖRLERİ:

6. Diğer faktörler

- Sigara içme,
- Kan glikoz düzeyinin yükselmesi,
- Hastalığın ciddiyeti,
- Kuru cilt,
- Enfeksiyon ve Vücut ısısının yükselmesi,
- Kan vizkositesinin artması,
- Kan basıncının azalması basınç ülserlerinin gelişmesinde rol oynayan diğer faktörlerdir.



Risk Değerlendirmesi:

- Basınç ülserlerinin prevelans ve insidansını azaltmada en önemli girişim risk faktörlerini belirlemektir.
- Bunun için en objektif, güvenilir ve maliyet etkili olan yöntem risk değerlendirme araçlarının kullanılmasıdır.



Risk Değerlendirmesi:

Braden Ölçeği

- Toplam puanın düşük olması basınç ülseri gelişme riskinin yüksek olduğunu göstermektedir.
- YÜKSEK RİSK: Toplam puan 12 ve altı
- ORTA RİSK: Toplam puan 13-14
- RİSK YOK: Toplam puan 15-16
- 75 yaş üzerindekiiler 15-18 puan



BASI YARASI RİSKİ DEĞERLENDİRME (BRADEN SKALASI)

PUAN KRİTERLER	1	2	3	4
DUYUSAL ALGI	Tamamen sınırlı	Çok sınırlı	Biraz sınırlı	Oryante
DERİNİN NEM DURUMU	Her zaman nemli	Genellikle Nemli	Ara sıra nemli	Nadiren nemli
HAREKET YETENEĞİ	Tam hareketsiz	Kısıtlı hareketli	Az hareketli	Tam hareketli
FİZİKSEL AKTİVİTE	Yatağa bağımlı	Sandalyeye bağımlı	Destekle yürüyor	Yardımsız yürüyor
BESLENME	Kötü	Yetersiz	Yeterli	Çok İyi
SÜRTÜNME – BASI	Sorunlu	Olası sorun	Sorun yok	
TOPLAM PUAN	Tarih/st	Tarih/st	Tarih/st	Tarih/st

* 18'in altındaki skorlarda bası yarası riski her gün değerlendirilir.

NOT: Eğer oluşmuş bir bası yarası varsa aşağıdaki "Bası Yarası Özellikleri" bölümünü doldurunuz

BASI YARASI ÖZELLİKLERİ

(bası yarası varsa)

BASI YERİ	RENK	BASI YARASI SI
() SAKRUM () TOPUK () DİRSEK () AYAK PARMAKLARI () PATELLA	() KIRMIZI () SARI () SİYAH	EVRE I : BÖLGE KIZARIK, CİLT BOZULMAMIŞ, KORUYUCU ÖNLEMLERLE REVERSİBLEDİR. EVRE II : CİLT BÜTÜNLÜĞÜ BOZULMUŞ, YÜZEYEL ÜLSER. ERİTEM GÖRÜNTÜSÜNDE OLABİLİR. EVRE III : CİLT ALTI, KASA YAYILMAYAN ÜLSER. EVRE IV : KAS YADA KEMİKLERİ DE TUTAN ÜLSER.

- **Basınç Ülserinin Önlenmesi!!!**

Basınç Ülserinin Önlenmesi : Pozisyon değiştirme



- Hasta yatağa bağımlı ise → **en az iki saatte bir**
- Tekerlekli sandalyeye bağımlı ise → **saat başı** pozisyon değiştirilmelidir.
- Hasta duyu kaybı olduğu bilinen bölge üzerinde 15-20 dakikadan uzun süre yatırılmaz.
- Hastaya yan yatış pozisyonu verilirken dik değil **30° yan yatış pozisyonu verilmelidir**. Dik yan yatış pozisyonunda torokanterler üzerine basınç bineceğinden basınç ülseri gelişme riski yüksektir.

Basınç Ülserinin Önlenmesi : Pozisyon değiştirme



- Basınç azaltıcı yataklar kullanılmalıdır.
- Hasta gerektiğinden daha uzun süre sürgü üzerinde tutulmamalıdır.
- Halka ya da simit şeklinde araçlar kullanılmamalıdır.
- Dizlerin ve ayak bileklerinin birbirine sürtünmesini önlemek için bacak araları yastıklarla desteklenmelidir.
- Topukların yatağa temas etmesini önlemek için alt bacağın arka alt kısmına (diz altından ayak bileğine kadar) yastık konulmalıdır.

Basınç Ülserinin Önlenmesi :

Nemi kontrol etme

- Basınç ülserlerinin yaygın olduğu vücut bölgeleri, topuklar, sakrum, iskiya tüberositler, torokanter günlük olarak kontrol edilmelidir.
- Nemi kontrol altında tutmak için neme yol açan nedenler belirlenir (terleme, yara drenajı, banyo sonrası ıslak kalma ve fekal ya da üriner inkontinans).



Basınç Ülserinin Önlenmesi :

Nemi kontrol etme

- İdrar ya da gaitanın ciltle temasını önlemek için bariyer krem polimerik cilt koruyucuları kullanılabilir.
- Ayrıca emici pedler, kondom kateter, fekal ya da üriner kolektörler kullanılarak inkontinansı olan hastanın cildi korunabilir.



Basınç Ülserinin Önlenmesi :

Beslenmeyi düzenleme

- Diyetisyen ile işbirliği yapılarak risk altında olan hastaların protein ve kalori miktarları arttırılmalıdır.
- Bu hastalara A, C ve E vitamini gibi kollajen sentezini arttıran, epitelizasyonu sağlayan ve immün sistemi güçlendiren vitaminler verilmelidir.

Basınç Ülserinin Önlenmesi :

Friksiyon ve yırtılmayı kontrol etme



- Sürtünme ve yırtılmayı önlemek için hastanın yatağının başucu 30°'den daha fazla yükseltilmemeli,
- Hasta yatak içinde hareket ederken (oturma, yan dönme vb.) trapez kullanmalı,
- **Yatağın ayak ucuna doğru kaymış olan bir hastayı yatağın başucuna doğru çekerken mutlaka çarşaf kullanılmalı,**
- **Çok yaygın bir şekilde yapıldığı gibi hasta iki kişi tarafından koltuk altlarından tutularak yukarı doğru çekilmemelidir.**



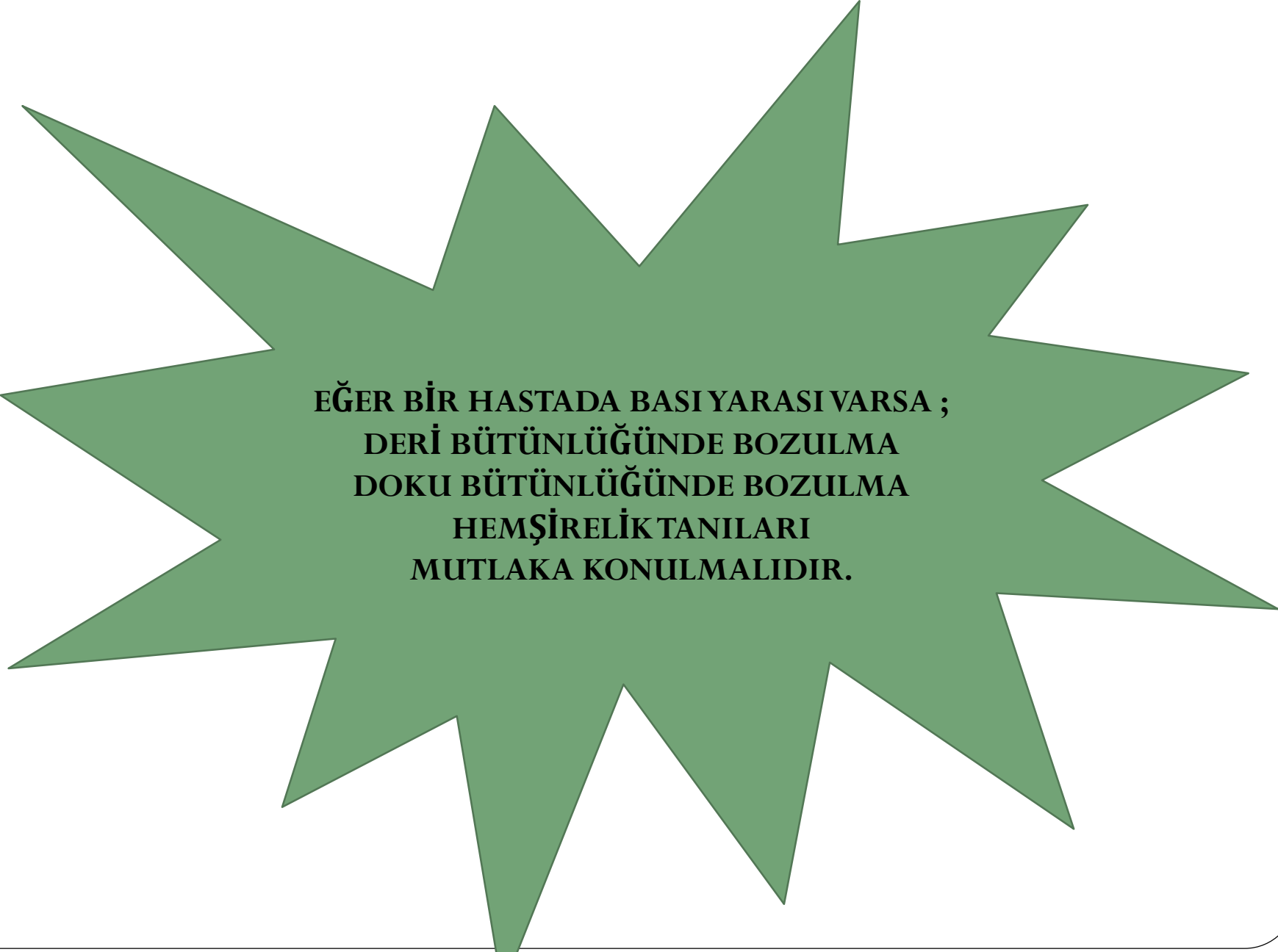
Basıncı azaltıcı (pressure reducing)minder





Basıncı Rahatlatıcı (pressure –relieving) yatak





**EĞER BİR HASTADA BASI YARASI VARSA ;
DERİ BÜTÜNLÜĞÜNDE BOZULMA
DOKU BÜTÜNLÜĞÜNDE BOZULMA
HEMŞİRELİK TANILARI
MUTLAKA KONULMALIDIR.**

Basınç Yarası Türkiye'deki Hemşirelik Yönetmeliğinde;

- **Yoğun Bakım Hemşiresi görev, yetki ve sorumlulukları arasında** “Bası yaraları, risk faktörleri, prognoz üzerindeki etkilerinin değerlendirilerek gelişiminin önlenmesi için uygun hemşirelik yaklaşımını sağlar, oluşması halinde uygun hemşirelik bakımını planlar, uygular ve değerlendirir.”
- **Rehabilitasyon Hemşiresi görev, yetki ve sorumlulukları arasında** “Hasta ve yakınlarına kateter bakımı, bası yarasının önlenmesi ve bakımı,..... ve benzeri konularda eğitim yapar.”
- **Stoma ve Yara Bakım Hemşiresi görev, yetki ve sorumlulukları arasında** “*Stoma, yara,değerlendirme sonuçlarını ilgili formlara kaydeder. Değerlendirme sonuçları ve ilgili kaynaklardan (hasta dosyası gibi) edinilen verileri yorumlayarak hemşirelik tanılarını belirler.*”

- “Florence Nightingale, Hemşirelik Üzerine Notlar” kitabında basınç yaralarını hemşirelik bakımının yetersizliği sonucu gelişen ve hemşirelerin suçlandığı bir durum olarak nitelendirmiştir.

Kaynaklar

- Ay F. A. (2013). Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar Ve Beceriler. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul.
- Aştı T. A., Karadağ A. (2016). Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilimi Ve Sanatı. Akademi Basın Ve Yayıncılık, İstanbul.