

Yoğun Bakımda Basınç Yarası Gelişmiş Hastaların Değerlendirilmesi

Evaluation of Cases with Pressure Ulcer in Intensive Care Unit

Onur AVCİ^a

^aAnesteziyoloji ve Reanimasyon ABD,
Sivas Cumhuriyet Üniversitesi
Tıp Fakültesi,
Sivas, TÜRKİYE

Received: 30 Nov 2018

Received in revised form: 20 Feb 2019

Accepted: 23 Feb 2019

Available online: 06 Mar 2019

Correspondence:

Onur AVCİ
Sivas Cumhuriyet Üniversitesi
Tıp Fakültesi,
Anesteziyoloji ve Reanimasyon ABD,
Sivas,
TÜRKİYE/TURKEY
dronuravci@gmail.com

Bu çalışma, 14. Ulusal Türk Dahili ve
Cerrahi Bilimler Yoğun Bakım Kongresi
(04-07 Ekim 2017, Antalya)'nde
poster olarak sunulmuştur.

ÖZET Amaç: Basınç yaraları; morbiditeyi, mortaliteyi ve hastanede yatış süresini artıran bir sağlık sorunudur. Bu çalışmada; kliniklerden ve acil servisten anestezi yoğun bakıma yatırılan hastalarda basınç yarası görülme sıklığını, oluşma sürecini, Waterlow risk skoru ile korelasyonunu, en sık basınç yarası gelişen bölgeleri ve diğer kliniklerde basınç yarası gelişen hasta sayısı ile anestezi yoğun bakımda basınç yarası gelişen hasta sayısının karşılaştırılması amaçlanmıştır. **Gereç ve Yöntemler:** Girişimsel olmayan klinik uygulamalar etik kurulu alındıktan sonra; anestezi yoğun bakım ünitesinde Mart 2013-Nisan 2016 tarihleri arasında, yatmakta olan 1.739 hastadan basınç yarası gelişen 201 hastada tanımlayıcı tipte, retrospektif, tek merkezli bir çalışma olarak planlandı. Çalışmamızda hastaların demografik bilgilerini, Waterlow risk skorlarını, basınç yarası evrelerini, anestezi yoğun bakıma devir alındıkları klinikleri ve basınç yarası oluşan bölgeleri içeren bir tanımlama formu kullanılmıştır. Bulguların değerlendirilmesinde SPSS Windows 22.0 programı kullanıldı. **Bulgular:** Yoğun bakım ünitesinde Mart 2013-Nisan 2016 tarihleri arasında basınç yarası gelişme oranı %11,55 olarak hesaplandı. Basınç yarası kaydı yapılan 201 hastanın %47,8'i erkek, %52,2'si ise kadın hasta idi. Ortalama Waterlow risk skoru 23,22 olarak hesaplandı. Basınç yarası oluşma süresi ise ortalama olarak 22,94 gün olarak bulundu. Yoğun bakım hastalarının (n=201) %28'inde evre 1, %52'sinde evre 2, %16'sında evre 3 ve %2,4'ünde evre 4 basınç yarası gelişmiştir. Yoğun bakıma kabul edilen ve basınç yarası gelişen hastaların kabul edildiği klinikler incelendiğinde, %40,8 ile dâhiliye kliniğinden gelen hastaların olduğu saptanmıştır. Bu hastalarda en sık olarak da sakrum ve koksiks bölgesinde basınç yarası geliştiği görülmüştür. **Sonuç:** Anestezi yoğun bakım ünitesinde basınç yarası gelişen hasta sayısının; kliniklerden kabul edilen basınç yarası tanısı almış hasta sayısına kıyasla anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Yoğun bakımda çalışan ekibin niteliklerinin artırılması, hizmet içi eğitimler, düzenli basınç yarası risk skoru analizi ve basınç yarası önleyici uygulamalarla basınç yarası oluşumunun önlenmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Basınç yarası; Waterlow risk skoru; yoğun bakım

ABSTRACT Objective: Pressure ulcer is a health problem that increases morbidity, mortality and duration of hospitalization. The aim of this study is to determine the frequency of pressure ulcers, average of pressure ulcer formation process, the correlation with Waterlow risk score, the most frequent locations of pressure ulcers, and to compare the number of patients with pressure ulcers inside and outside anesthesia intensive care units. **Material and Methods:** After approval of the ethics committee of non-interventional clinical practice were taken; 1.739 patients who were treated between March 2013-April 2016 in anesthesia intensive care unit were included in this definitive, retrospective, one-centered study. A definition form which includes demographic informations, Waterlow risk scores, pressure ulcer stages, clinics which the patients were taken to anesthesia intensive care unit and regions with pressure ulcers of the patients was used in this study. SPSS for Windows 22.0 program was used to evaluate findings from the research. **Results:** Between March 2013-April 2016, pressure ulcer occurrence rate was 11.55%. 201 patients with pressure ulcers 47.8% were male, 52.2% were female. Average Waterlow risk score was 23.22. Average time for pressure ulcer generation was 22.94 days. Of the 201 patients diagnosed with pressure ulcers in intensive care unit, 28% were stage 1, 52% were stage 2, 16% were stage 3 and 2.4% were stage 4. Between the patient group taken from another service, the patients that were taken from internal medicine had the most number of pressure ulcer diagnosis with 40.8%. The most common locations of pressure ulcers were sacrum and coccyx. **Conclusion:** The number of patients diagnosed with pressure ulcers in our anesthesia intensive care unit was found to be significantly higher than the number of patients that taken from clinics with pressure ulcer diagnosis. We suggest to prevent pressure ulcer occurrence with in-service trainings, more qualified medical staff in intensive care units, regular pressure ulcer risk score analysis and preventive applications.

Keywords: Pressure ulcer, Waterlow risk score, intensive care unit

Uzun süre yoğun bakımda kalan bireyler; yatış süresinin, tanı ve tedavilerinin uzaması nedeni ile olumsuz etkilenebilmektedir.¹ Paraplejik, kuadriplejik, yaşlı, komada veya yoğun bakımda uzun süre yatan bireylerde görülen en önemli risk faktörlerinden biri de basınç yaralarıdır.

Kanıt dayalı hemşirelik uygulamaları ile önlenbilir olduğuna dair genel bir fikir birliği olmasına rağmen, basınç yaraları, dünyada ve ülkemizde hâlen bir sağlık sorunu olma özelliğini korumaktadır. Hasta güvenliğinin ve bakım kalitesinin değerlendirilmesinde de önemli bir ölçüt olarak kabul edilen basınç yaraları, özellikle yaşlı ve yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda çok fazla görülmektedir.² Birden fazla kronik hastalığı olan ve uzun süreli hareketsiz olarak yatan yoğun bakım hastaları için ölüm nedeni olabilmektedir. Yine yapılan çalışmalarda, basınç yaralarının mortalite nedenleri arasında sekizde birini oluşturduğu bildirilmektedir.^{3,4}

Basınç yaraları; uzun süreli ve aşırı bası sonucu cilt ve cilt altı dokularda oluşan hasarlardır.⁵ Basınç yaralarının etiyojisi, patolojisi açık olarak ortaya konulmasına, basınç yarası tanısının gecikmemesine rağmen önemli bir problem olarak önemini korumaktadır.⁶ Hastanede yatmakta olan bireylerde basınç yarası görülme oranı %2,7-29 arasında değişmekte ve yoğun bakım ünitelerindeki hastalarda bu oran artmaktadır. Paraplejik hastalarda %24-85 arasında basınç yarası gelişme oranı bildirilmekte ve %7-8'inde basınç yarası komplikasyonlarına bağlı ölüm bildirilmektedir.⁷ Basınç ülserinin önlenmesi ve tedavisi için kanıt dayalı önerileri özetleyen, Avrupa Basınç Ülseri Danışma Paneli (European Pressure Ulcer Advisory Panel) ile Ulusal Basınç Ülseri Danışma Paneli'nin (National Pressure Ulcer Advisory Panel) dört yıllık çabası ve iş birliği ile geliştirilmiş Hızlı Başvuru Kılavuzu'na da göre basınç yaraları klinik olarak dört evrede sınıflandırılmaktadır.⁸ Birinci evrede; cildin rengi ve dokusu değişmiş, fakat doku bütünlüğü bozulmamıştır. İkinci evrede, cilt üzerinde yüzeysel kayıplar başlamıştır. Üçüncü evreye geldiğinde cildin üzerinde derin bir çukur oluşmakta, doku kaybı artık ilerlemiş bir aşamadır. Dördüncü evrede ise cilt yüzeyinden kemiğe kadar olan bölgedeki tüm dokular hasar gör-

müş durumdadır ya da doku ölümü gerçekleşmiştir. Ülkemizde de 2003 yılında Yara, Ostomi ve İnkontinans Hemşireleri Derneği tarafından "Basınç Yaralarının Önlenmesi ve Yönetimi" isimli klinik rehber geliştirilmiştir.⁹ Bu rehberlerde risk değerlendirmesinin yapılması, cilt bütünlüğünün korunması, basınca maruz kalan bölgeler için destek yüzeyi, yatak içinde mobilizasyonun sağlanması, eğitim ve ilgili kayıtların tutulmasına yönelik öneriler mevcuttur.¹⁰ Basınç yaraları her bölgede izlenebileceği gibi, %95'i vücudun belden aşağı bölgelerinde sıklıkla sakral, trokanter ve iskiyal bölgede görülmektedir. Basınç yaralarının vücudun hangi bölgesinde meydana geleceğini belirleyen asıl faktör, bireyin yatış pozisyonudur.¹¹

Bu çalışmada; anestezi yoğun bakım ünitesinde tedavi görmekte iken, basınç yarası gelişen hastaların; basınç yarası görülme sıklığının, basınç yarası oluşma sürelerinin, Waterlow risk skorlarının, basınç yarası gelişen vücut bölgelerinin ve yoğun bakım ünitesine geliş kaynaklarının (Direkt veya hastane içi servislerden yoğun bakım ünitesine) belirlenmesi amaçlanmıştır (Tablo 1).

TABLO 1: Waterlow basınç yarası risk tanımlama ölçeği.

Cinsiyet	Erkek (1) Kadın (2)
Büyük ameliyat/travma	Ortopedik-belden aşağı spinal (5) ameliyat masasında iki saatten fazla kalış (5)
İlaçlar	Sitotoksik (4) yüksek dozda steroidler ve antiinflamatuvar (0)
Boyuna oranla vücut yapısı/kilosu	Orta (0) ortanın üstü (1) aşırı şişman (2) ortanın altı (2)
Cilt tipi	Sağlıklı (0) Kuru (1) ince (1) ödemli (1) yapışkan (ateş) (1) renksiz (2) çatlak/sivilceli (3)
Boşaltım	Tam kontinans kateter bağlı (0) ara sıra tutamıyor (idrar/dışkı) (1) katatere bağlı/ yalnızca dışısını tutamıyor (2) hiç tutamıyor (dışkı ve idrar) (3)
İştah	Orta (0) Az (1) nazogastrik tüp ya da yalnızca sıvı (2) anoreksik ya da oral almıyor (3)
Nörolojik bozukluklar	Örneğin diyabet, multipl skleroz (0) CVA (serebrovasküler kaza) (4) motor/duygusal (6) parapleji (0)
Mobilite	Tam (0) huzursuz/yerinde duramıyor (1) kayıtsız (apati) (2) Kısıtlı (3) traksiyonda/ hareketsiz (4) oturduğu yerden kalkamıyor (5)

Toplam risk puanı 10-14 arasında ise hasta düşük risk grubunda, 15-19 arasında ise yüksek risk, 20 ve üzerinde ise çok yüksek risk grubunda sınıflandırılmaktadır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Araştırmanın tipi retrospektif, tek merkezli, tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Cumhuriyet Üniversitesi girişimsel olmayan etik kurulu onayı (2017-04/07) ve hastaların bilgilendirmiş onayı alındıktan sonra, araştırmanın evrenini Mart 2013-Nisan 2016 tarihleri arasında hastanemiz anestezi yoğun bakım ünitesine direkt acil servisten veya diğer kliniklerden akut durum nedeni ile sevk edilen ve yoğun bakıma yatırılan 1739 hasta oluşturur iken, araştırmanın örneklemini basınç yarası tanısı alan 201 hasta oluşturmaktadır.

Çalışmada, basınç yarası gelişimini belirlemede Waterlow risk değerlendirme skalası kullanılmıştır (Tablo 1).¹² Waterlow basınç yarası risk değerlendirme ölçeği; dâhili ve cerrahi alanlarda kullanılmak üzere geliştirilmiş olması, özellikle diğer ölçeklerden farklı olarak cerrahiye bağlı risk faktörlerini vurgulaması, malnütrisyon tarama aracı alt boyutuyla hastanın beslenmesini ayrıntılı değerlendirmesi, hastanın risk düzeyini belirlemekle kalmayıp, aynı zamanda basınç yaralarının sınıflandırılması ve basınç yaralarını önleme, hemşirelik bakımına ilişkin bilgileri içermesi sebebiyle dünya genelinde yaygın olarak kullanılan bir ölçektir.^{13,14} Çalışmamızda iki hemşire aynı hasta üzerinde, aynı anda birbirlerinden bağımsız şekilde Waterlow risk değerlendirme ölçeğini uygulamışlardır. İki hemşire değerlendirmesinde gözlemciler arası uyum bakılmıştır. Basınç yarası görülme sıklığını belirlemek amacıyla bir tanımlama formu kliniğimizde kullanılmaktadır. Tanımlama formu; hastaların demografik bilgilerini, Waterlow risk skorlarını, basınç yarası tanısı almış hastaların basınç yarası evrelerini, anestezi yoğun bakıma hastaların sevk edildikleri klinikleri ve basınç yarası oluşan bölgeleri içermektedir. Hemşireler tarafından doldurulan veri toplama formları araştırmacı tarafından toplanmış ve kontrol edilmiştir.

Basınç yarası oluşma süresi gün olarak; erişkin bir hastanın doğrudan anestezi yoğun bakım ünitesinde yattığı toplam gün sayısı ve erişkin bir hastanın ilk hastaneye kabul edildiği klinikte yattığı gün sayısı ile nakilden sonra anestezi yoğun bakımda kaldığı gün sayısının toplamı üzerinden hesaplanmıştır.

İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Araştırma verileri tanımlayıcı istatistiklerden sayı, yüzde, ortalama standart sapma ve ki-kare analizi ile değerlendirildi. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde incelendi. Veriler arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi kullanılarak incelendi. Tüm veriler SPSS for Windows 22.0 programına aktarılarak istatistiksel olarak değerlendirildi.

BULGULAR

Çalışmamızda, Mart 2013-Nisan 2016 tarihleri arasında anestezi yoğun bakım ünitesinde yatan 1.739 hasta retrospektif olarak değerlendirmeye alındı. Toplam %11,55 (n=201) oranında basınç yarası geliştiği saptandı. 2013 Mart-2016 Nisan tarihleri arasında, anestezi yoğun bakım ünitesinde yatan 1739 hastadan 201'inde basınç yarası geliştiği gözlemlendi. Bu çalışmada sonuçlar, basınç yarası gelişen örnekleme alınan (n=201) hasta üzerinden sunulmuştur. Anestezi yoğun bakım ünitesinde üç yıllık hasta verileri incelendiğinde, basınç yarası gelişme oranı %11,55 olarak hesaplandı. Basınç yarası gelişen 201 hastanın %47,8 (96 hasta)'ini erkek bireyler, %52,2 (105 hasta)'sini ise kadın bireyler oluşturmaktaydı. Basınç yarası gelişen yoğun bakımda yatan en küçük yaşta hasta 20 yaşında olup, en yaşlı hasta ise 91 yaşında idi. Basınç yarası gelişen erkek bireylerin yaş ortalaması $64,3 \pm 15,7$ yıl iken, kadın bireylerin yaş ortalaması $67,2 \pm 16,3$ yıl olarak bulundu. Çalışmamızın ortalama yaş değeri ise $65,83 \pm 19,9$ yıl olarak belirlendi (Tablo 2).

Basınç yarası kaydı yapılan 201 hastanın Waterlow basınç yarası risk değerlendirme ölçek puanları incelendiğinde; en küçük Waterlow risk skoru 11, en yüksek risk skorunun 31 olarak hesaplandığı gözlemlendi ve çalışmaya alınan hastaların ortalama Waterlow risk skoru $23,22 \pm 4,989$ olarak bulundu. Waterlow basınç yarası risk skoru oranı arttıkça, basınç yarası görülme oranının korelasyon analizi yapılmadan daha yüksek olduğu saptandı. Waterlow risk skoru 10-14 olan düşük risk grubunda %2,4 (n=5) hastanın, 15-19 olan yüksek risk grubunda %19 (n=39) hastanın basınç yarası tanısı aldığı ve Waterlow risk skoru 20 üstü olan çok yük-

sek risk grubunda ise %78 (n=157) hastanın basınç yarası tanısı aldığı belirlendi.

Anestezi yoğun bakım ünitesine devir alınan basınç yarası tanısı almış hastalar (n=183, %91) ile anestezi yoğun bakımda basınç yarası tanısı alan hastaların (n=18, %9) hepsi incelendiğinde (n=201) basınç yarası oluşma süresi ortalama olarak 22,94±3,86 gün olarak bulundu. Basınç yarası tanısı almış 201 hastadan %28 (n=57)'i evre 1, %52 (n=105)'si evre 2, %16 (n=34)'sü evre 3 ve %2,4 (n=5)'ü evre 4 basınç yarası geliştiği gözlemlendi.

Anestezi yoğun bakıma diğer kliniklerden devir alınan ve basınç yarası tanısı alan en çok hasta grubu 82 (%40,8) hasta ile dâhiliye servisinden oldu. İkinci sırada basınç yarası tanısı alan en çok hasta grubunu ise 35 (%17,4 oran) hasta ile acil servisten kabul edilen kronik hastalıklı bireyler oluşturdu. Üç ve dördüncü sırayı ise 18 (%9 oran) hasta ile anestezi yoğun bakımda yatan ve 18 (%9 oran) hasta ile göğüs hastalıkları servisinde devir alınan hasta grubu oluşturdu. Dâhiliye servisinden devir alınan basınç yarası tanısı almış hasta sayısı, anestezi yoğun bakımda basınç yarası tanısı alan hasta sayısı ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p<0,001$) ($p=0,0003$). Acil servisten devir alınan, evde uzun zamandır yatış öyküsü olan kronik hastalıklı basınç yarası tanısı almış hasta sayısı, anestezi yoğun bakımda basınç yarası tanısı alan hasta sayısı ile karşılaştırıldığında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($p<0,001$) ($p=0,0007$) (Tablo 3).

Basınç yarası tanısı alan 201 hastada toplam 439 basınç yarası bölgesi saptandı. Yüz on sekiz hastada iki veya daha fazla sayıda basınç yarası bölgesi belirlendi. En sık basınç yarası sayısı tespit edilen bölge sakrum ve koksiks iken, ikinci sırada en sık basınç yarası sayısı saptanan bölge topuklar oldu. Basınç yarası gelişme oranı %28,4 ile sakrum ve koksikte, %14,1 oranında topuklarda, %13,9 oranında diğer bölgelerde, %9 oranında ayak bileği ve oksipital bölgede, %5,7 oranında skapulada, %4,8 oranında trokanterlerde, %2,3 oranında gluteal bölgede bulundu. Anestezi yoğun bakımda basınç yarası tanısı almış hastalar ile anestezi yoğun bakım dışındaki yoğun bakım ve servislerden devir

TABLO 2: Basınç yarası tanısı alan hastaların demografik özellikleri.

Cinsiyet	Hasta sayısı	Oran (%)	Boy	Yaş	
			ortalaması (cm)	ortalaması (yıl)	
Erkek	96	47,8	172	64,3	
Kadın	105	52,2	161	67,2	
Toplam hasta sayısı,		201	100	166±6,44	65,83±19,9
boy ve yaş ortalamaları					

TABLO 3: Basınç yarası tanısı alan hasta sayısının devir alınan servislere göre dağılımı.

Servis	Basınç yarası tanısı alan hasta sayısı		p
	hasta sayısı	Oran (%)	
Anestezi yoğun bakım	18	9	
Göğüs hastalıkları	18	9	
Ortopedi	10	5	
Dâhiliye	82	40,8	$p=0,0003$ *
Enfeksiyon hastalıkları	13	6,5	
Nöroloji	6	3	
Genel cerrahi	3	1,5	
Plastik ve rekonstrüktif cerrahi	5	2,5	
Kardiyoloji	8	4	
Beyin ve sinir cerrahisi	3	1,5	
Acil servis	35	17,4	$p=0,0007$ **
Toplam	201	100	

* $p<0,001$ = Dâhiliye servisinden devir alınan basınç yarası tanısı almış hasta sayısının, anestezi yoğun bakımda basınç yarası tanısı alan hasta sayısı ile karşılaştırılması.

** $p<0,001$ = Acil servisten devir alınan, evde uzun zamandır yatış öyküsü olan kronik hastalıklı basınç yarası tanısı almış hasta sayısının, anestezi yoğun bakımda basınç yarası tanısı alan hasta sayısı ile karşılaştırılması.

alınan basınç yarası tanısı almış hastaların tümünde vücudun topuk, sakrum, koksiks bölgelerinde basınç yarası dağılımı, basınç yarası olan vücudun diğer bölgeleri ile mukayese edildiğinde anlamlı bir istatistiksel fark görüldü ($p<0,001$) ($p=0,0005$) (Tablo 4).

TARTIŞMA

Basınç yaraları; hemşirelik bakımında, bakım kalitesinde ve önleyici uygulamalarla ilgili yetersizlikte bir gösterge olarak kabul edilmekte; özellikle yoğun bakım ünitesinde tedavi gören hastalarda en önemli bakım sorununu oluşturmaktadır. Yoğun bakım ünitelerine yatan hastaların erken dönemde basınç yaraları yönünden değerlendirilmesi, ilişkili risk faktörlerinin saptanması ve basınç yarası ön-

TABLO 4: Basınç yaralarının vücudun bölgelerine göre dağılımı.

Basınç yarası oluşma bölgesi	Basınç yarası		p
	sayısı	Oran (%)	
Topuk	62	14,1	p=0,0005*
Sakrum	125	28,4	p=0,0002*
Koksiks	125	28,4	p=0,0002*
Skapula	25	5,7	
Torakanter	21	4,8	
Oksipital	4	0,9	
Gluteal	10	2,3	
Ayak bileği	4	0,9	
Diz	2	0,5	
Diğer	61	13,9	
Toplam	439	100	

*p<0,001= Anestezi yoğun bakımda basınç yarası tanısı almış hastalar ile başka servislerden devir alınan basınç yarası tanısı almış hastaların tümünde vücudun topuk, sakrum, koksiks bölgelerinde basınç yarası dağılımının, basınç yarası olan vücudun diğer bölgeleri ile karşılaştırılması.

leme stratejileri oluşturulması gerekmektedir. Basınç yaraları oluşumunda birçok faktör etkili olmasına rağmen; özellikle beslenme yetersizliği, yatak içinde pozisyon verememe, yaş, yoğun bakımda kalma süresi ve hareketsizlik en önemli faktörler olarak vurgulanmaktadır.

Çalışmamızda, yoğun bakımda yatan hastalarımızda basınç yarası gelişim oranı %11,55 olarak bulunmuştur. Tel ve ark.; 14 günlük gözlem süresi sonrasında, Braden basınç yarası risk değerlendirme ölçeği kullanılarak yaptıkları çalışmada, 46 hastadan 19 (%41)'unda basınç yarası gelişiminin olduğunu saptamışlardır.¹⁵ Bu çalışmada ise Waterlow basınç yarası risk değerlendirme ölçek puanları kullanılarak hastaların takiplerinde %11,55 oranında basınç yarası gelişiminin olduğu görülmüştür. İnan ve Öztunç; 60 hasta içerisinden 11 (%18) hastada basınç yarası gelişiminin olduğunu bulmuşlardır.¹⁶ Bizim yoğun bakımımızda ise basınç yarası insidansı %11,55 olarak saptanmıştır. Basınç yaralarının insidansını tam olarak belirleyebilmek zordur. Prevalans çalışmalarında; oran incelenen hasta grubuna göre değişiklik göstererek %1,4-36,4 arasında bulunmuştur.¹⁷ Basınç yarası insidansının düşüklüğünün; yoğun bakımda hemşire ve personel bakımının iyi olduğunun, teknik imkânların gelişmişliğinin, basınç yarası gelişimini önleyici uygulamaların rutin pratikte yer aldığı bir göstergesi olduğu düşünülmektedir.

Basınç yarası oluşan ve oluşmayan bireylerde yaşla orantılı olarak değişiklikler olduğu gösterilmektedir. Kurtuluş ve Pınar'ın; çalışmasında, 65 yaş üstündeki erkek bireylerde basınç yarası oluşma oranının sayısal olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir, fakat bu oranın istatistiksel anlamda anlamlı bir oran olmadığı bulunmuştur.¹⁸ Mekanik ventilasyon uygulanması ve beden kitle indeksinin düşük olması da basınç yarası gelişimi ile ilişkilidir. Fife ve ark. hastalarının sadece %11'inde mekanik ventilasyon uygulamışlar, bu hastaların da %12,4'ünde basınç yarası geliştiğini ve bu hastaların beden kitle indekslerinin düşük olduğunu ifade etmişlerdir.¹⁹ Ayrıca, literatürde cinsiyetin basınç yarası gelişimi üzerine etkisinin olmadığı bildirilmiştir.²⁰ Bu çalışmada ise araştırmaya alınan hastaların ortalama yaş değeri 65,83 yıl olmasına rağmen, basınç yarası gelişme oranı %11,55 olarak bulunmuştur. Çalışmamızdaki basınç yarası gelişme oranı düşüklüğü; risk altındaki hastaların belirlenmesine, kapsamlı fizik muayene, düzenli günlük izlem ve cilt muayenesi yapılmasına bağlanabilmektedir.

Anestezi yoğun bakım ünitesine başka servislerden devir alınan, basınç yarası tanısı almış hastalar ile anestezi yoğun bakımda basınç yarası tanısı alan hastaların hepsi incelendiğinde; basınç yarası oluşma süresi ortalama olarak 22,94 gün olarak bulunmuştur. Hug ve ark.; basınç yarası gelişme zamanını ortalama 13,3±13,1 gün olarak saptamışlardır. Çalışmamızdaki basınç yarası oluşma süresi bu çalışmadan yaklaşık 10 gün daha uzun tespit edilmiştir.²¹ Yoğun bakımımızda basınç yarası gelişme süresinin 22,94 gün olması; multidisipliner yaklaşım ile basınç yarası riski yüksek olan hasta grubunda iyi bir nutrisyonel desteğin sağlanmasına, ileri yaş grubunda ve yatış süresi uzun olan hastalarda daha dikkatli olunmasına, basınç yarası gelişiminde etkili olan pozisyon değişimine önem verilmesine bağlanmaktadır.

Çalışmamızda, risk değerlendirme ölçeklerinden Waterlow basınç yarası risk skoru kullanılmıştır. Buna göre, Waterlow risk oranı arttıkça basınç yarası tanısı alma oranı da basit olarak artmaktadır. Çalışmamızda, Waterlow risk skoru 15-19 olan yüksek risk grubunda 39 hastanın basınç yarası ta-

nısı aldığı ve Waterlow risk skoru 20 üstü olan çok yüksek risk grubunda değerlendirilen grupta ise 157 hastanın basınç yarası tanısı aldığı saptandı. Balzer ve ark.nın çalışmasında, 754 bireyden 34'ünde en az bir adet basınç yarası belirtilmiştir. Üç risk ölçeğini karşılaştırdıklarında, Waterlow risk skalasının en yüksek duyarlılığa sahip bir skala (0,86) olduğunu saptamışlardır.¹² Pang ve Wong; Waterlow risk skalasının %95 oranında yüksek duyarlılıkta bir skala olduğunu bildirmişlerdir.²² Çalışmamızda, Waterlow risk skalası kullanma gerekçemiz, yüksek duyarlılığa sahip olması idi. Bu çalışmaya benzer olarak, Pancorbo-Hidalgo ve ark., Waterlow risk skalasının %82,4 gibi bir oranda yüksek duyarlılıkta bir skala olduğunu bildirmişlerdir.²³

İki yüz bir hastada toplam 439 basınç yarası saptanmıştır. Çalışmamızda en sık basınç yarası tespit edilen bölge sakrum ve koksiks iken, ikinci sırada en sık basınç yarası gelişen bölge topuklar olmuştur. Thoroddsen'in yapmış olduğu bir çalışmada, bir hastada en fazla dört bölgede basınç yarasının birden görüldüğü saptanmıştır. Bir bölgede basınç yarası oluşan %58,7, iki bölgede basınç yarası oluşan %21,8, üç bölgede basınç yarası oluşan %17,4 ve farklı dört bölgede basınç yarası oluşan %2,1 oranında birey bulunduğu tespit edilmiştir.²⁴ Hug ve ark.; %53,4 oran ile sakrum bölgesinin basınç yaralarıyla en çok karşılaşılacak alan olduğunu ve bunu daha sonra topuk, trokanter ve iskiüm alanlarının izlediğini bildirmişlerdir.²¹ Tel ve ark.; %71 koksiks, %21 skapula, %1 oranında ise dirsek ve kostalarda basınç yarası geliştiğini belirtmişlerdir.¹⁵ Ortak ve ark.; 476 hastanın 42'sinde multipl basınç yarası izlemişler ve basınç yaralarının büyük bir kısmının sakral alanda görüldüğünü bildirmişlerdir.²⁵

Anestezi yoğun bakıma dâhiliye servisinden devir alınan, basınç yarası tanısı almış hasta sayısının ve acil servisten devir alınan, evde uzun zamandır yatış öyküsü olan kronik hastalıklı basınç yarası tanısı almış hasta sayısı, anestezi yoğun bakımda basınç yarası tanısı alan hasta sayısı ile karşılaştırıldığında aradaki fark anlamlı bulunmuştur.

SONUÇ

Hastalara bağlı beslenme yetersizliği, nemlilik, oksijenasyon gibi intrensek risk faktörleri daha iyi yönetilmeli, koruyucu önlemlerle ekstrensek faktörlerin yönetilmesi için yoğun bakımda çalışan ekibin niteliklerinin artırılması, hizmet içi eğitimler, düzenli basınç yarası risk skoru analizi, multidisipliner yaklaşım ve basınç yarası önleyici uygulamalarla basınç yarası oluşumunun daha da önleneyeceği düşünülmektedir.

Finansal Kaynak

Bu çalışma sırasında, yapılan araştırma konusu ile ilgili doğrudan bağlantısı bulunan herhangi bir ilaç firmasından, tıbbi alet, gereç ve malzeme sağlayan ve/veya üreten bir firma veya herhangi bir ticari firmadan, çalışmanın değerlendirme sürecinde, çalışma ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyebilecek maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır.

Çıkar Çatışması

Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/veya aile bireylerinin çıkar çatışması potansiyeli olabilecek bilimsel ve tıbbi komite üyeliği veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, bilirkişilik, herhangi bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer durumları yoktur.

Yazar Katkıları

Bu çalışma tamamen yazarın kendi eseri olup başka hiçbir yazar katkısı alınmamıştır.

KAYNAKLAR

1. Luce MJ. Approach to the patient in a critical care setting. In: Goldman L, Bennett JC, eds. Cecil Textbook of Internal Medicine. 21th ed. Philadelphia: W.B. Saunders Comp; 2000. p.483-98.
2. Coyer F, Tayyip N. Risk factors for pressure injury development in critically ill patients in the intensive care unit: a systematic review protocol. Syst Rev. 2017;6(1):58. [Crossref] [PubMed] [PMC]
3. Doley J. Nutrition management of pressure ulcers. Nutr Clin Pract. 2012;25(1):50-60. [Crossref] [PubMed]
4. Dornier B, Posthauer ME, Thomas D. The role of nutrition in pressure ulcer prevention and treatment: National pressure ulcer advisory panel white paper. Adv Skin Wound Care. 2009;22(5):212-21. [Crossref] [PubMed]
5. Pajk M. Pressure sores. In: Beers M, Berkow R, eds. The Merck Manual of Geriatrics. 3rd ed. Whitehouse Station, N.J: Merck Research Laboratories; 2000. p.1261-76.
6. Hampton S, Collins F. Reducing pressure ulcer incidence in a long-term setting. Br J Nurs. 2005;14(15):S6-12. [Crossref]
7. Efteli EÜ, Güneş Ü. [The effect of perfusion values in the development of pressure ulcers]. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2014;17(3):140-4.
8. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Yara Ostomi İnkontinans Hemşireleri Derneği, çeviri editörü. Basınç Ülserlerini Önleme: Hızlı Başvuru Kılavuzu. Ankara: Yara Ostomi İnkontinans Derneği; 2010. p.25.
9. Özyürek P, Yavuz Van Giersbergen M. [Pressure Ulcer]. Aslan FE, Olgun N, editörler. Yoğun Bakım Seçilmiş Semptom ve Bulguların Yönetimi. 1. Baskı. Ankara: Akademisyen Kitabevi; 2016. p.182-215.
10. Risk Assessment & Prevention of Pressure Ulcers Registered Nurses' Association of Ontario Nursing Best Practice Guidelines Program; 2011. (Erişim Tarihi: 17.01.2016). [Link]
11. Fridkin SK, Pear SM, Williamson TH, Galgiani JN, Jarvis WR. The role of understaffing in venous catheter associated blood stream infections. Infect Control Hosp Epidemiol. 1996;17(3):150-8. [Crossref] [PubMed]
12. 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. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2007;34(4):389-98. [Crossref] [PubMed]
13. Defloor T, Grypdonck MF. Pressure ulcers: validation of two risk assessment scales. J Clin Nurs. 2005;14(3):373-82. [Crossref] [PubMed]
14. Ayello EA, Braden B. How and why to do pressure ulcer risk assessment. Adv Skin Wound Care. 2002;15(3):125-31. [Crossref]
15. Tel H, Özden D, Güneş Çetin P. [Determination of risk for pressure ulcer development in bedridden patients and preventive measures that nurses use for these patients]. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 2006;(2):35-45.
16. Inan DG, Oztunç G. Pressure ulcer prevalence in Turkey: a sample from a university hospital. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2012;39(4):409-13. [Crossref] [PubMed]
17. Knudsen CW, Tønseth KA. Pressure ulcers--prophylaxis and treatment. Tidsskr Nor Lægeforen. 2011;131(5):464-7. [Crossref] [PubMed]
18. Kurtuluş Z, Pınar R. [Relation between albumin levels and pressure sore in high risk patients defined with Braden's risk assessment tool]. C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2003;7(2):1-10.
19. Fife C, Otto G, Capsuto EG, Brandt K, Lyssy K, Murphy K, et al. Incidence of pressure ulcers in a neurologic intensive care unit. Crit Care Med. 2001;29(2):283-90. [Crossref] [PubMed]
20. Serpa FL, Santos VL, Campanili TC, Queiroz M. Predictive validity of Braden scale for pressure ulcers risk in critical care patients. Rev Lat Am Enfermagem. 2011;19(1):50-7. [Crossref] [PubMed]
21. Hug E, Ünalın H, Karamemetoğlu SS, Tüzün S, Gürgöze M, Tüzün F. [Prevalence of pressure ulcers in a training hospital and effective risk factors in pressure development]. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi. 2001;47(6):3-11.
22. Pang SM, Wong TK. Predicting pressures or risk with the Norton, Braden and Waterlow scales in a Hong Kong Rehabilitation Hospital. Nurs Res. 1998;47(3):147-53. [Crossref] [PubMed]
23. Pancorbo-Hidalgo PL, Garcia-Fernandez FP, Lopez-Medina IM, Alvarez-nieto C. Risk assessment scales for pressure ulcer prevention: a systematic review. J Adv Nurs. 2006;54(1):94-110. [Crossref] [PubMed]
24. Thoroddsen A. Pressure sore prevalence: a national survey. J Clin Nurs. 1999;8(2):170-9. [Crossref] [PubMed]
25. Ortak T, Özdemir R, Taner ÖF, Ünlü RE, Şensöz Ö. [Etiological and surgical evaluation of 476 patients with pressure sores]. Türkiye Klinikleri J Med Sci. 2003;23(1):18-22.