

Çocuklarda Basınç Ülserleri

Ebrî Kılıçarslan Törüner * Lale Büyükgöneç ** Naime Altay ***

Özet

Basınç ülseri gelişiminin önlenmesi, erken dönemde tedavisi ve deri bütünlüğünün korunması özellikle kronik hastalığı olan çocuklarda bakımın kalitesini yansıtmaktadır. Ülser oluşumunun altında yatan nedenlerin anlaşılması ve faktörlerin belirlenmesi basınç ülseri oluşumunu önlemede önemlidir. Çocuklarda deri bütünlüğünde bozulmayı birçok faktör etkilemektedir. Hemşirelerin bu faktörlerin belirlenmesinde, basınç ülserlerinin oluşumunun önlenmesinde ve girişimlerin erken dönemde uygulanmasında önemli işlevleri bulunmaktadır. Bu makalenin amacı, çocuklarda basınç ülserlerinin değerlendirilmesine ve erken hemşirelik girişimlerine bir rehber oluşturmaktır. Bu doğrultuda, basınç ülseri bulunan bir çocuğa yönelik yapılması gereken hemşirelik girişimleri sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Basınç ülseri, Çocuk, Hemşirelik

Pressure Ulcers in Children

The prevention and early treatment of pressure ulcers and maintenance of skin integrity is reflected the quality of care. To understand of the underlying factors and determine the factors of ulcer formation is important to prevent the pressure ulcers. Several factors influence the skin breakdown in children. Nurses have important functions for identification of these factors, prevention the formation of pressure ulcers and early interventions. The aim of this article is to provide a guide for assessment and early intervention for pressure ulcers in children. For this reason, nursing interventions for pressure ulcer in children is included.

Key words: Pressure ulcer, Child, Nursing

Geliş tarihi:02.08.2010 **Kabul tarihi:** 01.01.2011

Derinin koruma, hissetme, immünite, vücut sıcaklığının düzenlenmesi, metabolik olaylar ve iletişim gibi birçok işlevi bulunmaktadır. Deri vücudun en büyük organıdır ve vücutta dolaşan kanın üçte biri deride bulunmaktadır (Butler, 2007). Sağlıklı deri, enfeksiyonların gelişmesinde önleyici bir bariyer oluşturur. Bebeklerde ve çocuklarda deri yapısı ve özelliği yetişkinden farklılıklar gösterir. Bu özellikler ve farklılıklar şunlardır;

- Yenidoğanda epiderm stratum corneum tabakası çok incedir. Deri irritasyonuna yatkındır.
- Epidermis ince ve vücut yüzey alanı geniş olduğu için lokal ilaçların emilimi daha fazladır.
- Kuruma ve maserasyonu önleyen sebum 8-10 yaşında salgılanmaya başlar. İmmün sistemin yeterli olgunlukta olmaması nedeniyle deri irritasyonlara ve enfeksiyonlara eğilimlidir.
- Ter bezleri 2-3 yaşlarında olgunlaşır. Ter ve terin buharlaşması deri üzerinde asidik bir örtü oluşturur. Bu yolla bakteri ve mantar enfeksiyonlarından korur. Bu nedenle 2-3 yaştan önce çocuklar enfeksiyona yatkındır (Pillitteri, 2003).

Bebeklerde ve çocuklarda yetişkinlere göre derideki bu farklılıklar irrasyona bağlı basınç ülseri gelişme riskini artırmaktadır (Pasek ve ark., 2008). Basınç ülseri; basınç, friksiyon, yırtılma ve diğer faktörlerin etkisiyle deri ve deri altındaki dokularda meydana gelen lokalize doku zedelenmesidir (EUPAP, 1998). Günümüzde, tıpta ve teknolojideki ilerlemelerle birlikte kronik hastalığı olan çocuklar uzun süre yaşayabilmektedirler (Quigley ve Curley, 1996). Yaşam süresinin uzamasına karşın kronik hastalığın getirdiği mobilizasyondaki kısıtlamalar, kullanılan tıbbi cihazlar, tanı ya da tedavi amacıyla yapılan girişimler deri bütünlüğünde bozulma ve basınç ülseri gelişimi riskini artırmaktadır.

Paralizisi, sınırlı aktivitesi olan, duyuşal kaybı bulunan, pozisyonunu değiştiremeyen ve kronik fekal ya da üriner inkontinansı olan çocuklarda basınç ülseri oluşma riski daha da yüksektir. Hareket örüntüsü bozulmuş kronik hastalığı olan çocuklarda, kısa süre fazla miktarda basınca ya da uzun süre daha az bir basınca maruz kalma, doku iskemisi ve nekrozu sonucu doku ülserasyonuna neden olabilmektedir (Ball ve Bindler, 2006).

Çocuklarda basınç ülseri görülme sıklığını belirlemeye yönelik bazı çalışmalar yapılmıştır. Kottner ve arkadaşları (2010) çocuklarda basınç ülseri ile ilgili 19 çalışmayı incelemişler ve çocuklarda basınç ülseri görülme sıklığını %7 olarak belirlemişlerdir. Pediatrik yoğun bakım ünitelerinde yatan çocuklarla yapılan çalışmalarda ise basınç ülseri görülme sıklığının %23 – %27.7 arasında değiştiği belirlenmiştir (Curley, Razmus, Roberts ve Wypij, 2003; Noonan, Quigley ve Curley, 2006; Schliuer, Cignacco, Müller ve Halfens, 2009; Suddaby, Barnett ve Facteau, 2005).

Makale içinde çocuklarda basınç ülserlerinin gelişim nedenleri, bölgeleri, evrelendirilmesi, değerlendirilmesi, tedavisi ve hemşirelik girişimleri yer almaktadır. Hemşirelerin basınç ülserinin belirlenmesinde, oluşumunun önlenmesinde ve girişimlerin erken dönemde uygulanmasında önemli işlevleri bulunmaktadır. Bu makalenin amacı, çocuklarda basınç ülserlerinin değerlendirilmesine ve erken hemşirelik girişimlerine bir rehber oluşturmaktır.

Çocuklarda Basınç Ülseri Gelişim Nedenleri ve Bölgeleri

Yumuşak doku ve kapiller bölgenin uzun süre kemik dokusu ve diğer yüzey alanı ile sıkışması sonucu doku iskemisi ve nekrozu oluşabilir. Hücreler bu durumda oksijenlenemez ve beslenemezler. Metabolik artık ürünler birikir ve yumuşak doku hasarına neden olurlar. Hasar uygun girişimlerle ele alınmazsa hızlı bir şekilde ilerler ve basınç ülseri oluşur (Ball ve Bindler, 2006). Basınç ülserlerinin gelişmesinde basıncın yoğunluğu, süresi, dokunun toleransı ve destekleyici yüzey (yumuşak doku dahil) rol oynar (Quigley ve Curley, 1996). Deride kuruluk, inkontinans/nem, stres, hastalıklar (obesite v.b.), ilaçlar (glukokortikoidler v.b), malnutrisyon/ dehidratasyon, çevresel faktörler (ultraviyole ışınları, soğuk hava v.b.) ve enfeksiyonlar deri bütünlüğünün bozulmasına neden olan

*Yrd. Doç. Dr., Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Ankara, Türkiye, ebrutoruner@gazi.edu.tr

Prof. Dr., Hitit Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Çorum, Türkiye *Öğr. Gör. Dr., Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Ankara, Türkiye

risk faktörleri arasında yer almaktadır (Wong, 1995). Ayrıca, çocuklarda basınç ülseri görülme sıklığı ile; anemi, deriye tıbbi malzemelerin basısı ya da sürtünmesi, hareketliliğin azalması ve uzun süreli cerrahi arasında da ilişki vardır (Willock, Baharestani ve Anthony, 2009). Yapılan çalışmalara göre, basınç ülserlerinin çoğuna çocuğa kullanılan tıbbi cihazların neden olduğu belirlenmiştir (Kottner, Wilborn ve Dassen, 2010; Schlüter ve ark., 2009; Willock, Harris, Harrison ve Poole, 2005).

Bebeklerde ve küçük çocuklarda basınç ülseri gelişmesi yönünden en büyük risk alanı oksiput bölgesidir (Ball ve Bindler, 2006; Kottner ve ark., 2010). Büyük çocuklarda ise basınç ülserleri daha çok sakrum ve oksipital alanda meydana gelir (Ball ve Bindler, 2006). Tablo 1'de çocuklarda basınç ülseri gelişebilecek alanlar ve olası nedenleri verilmiştir.

Zollo ve arkadaşları (1996) pediatrik yoğun bakım kliniklerinde deri bütünlüğünün bozulduğu bölgeleri; burun (%28), gluteal bölge (%14), oksiput (%12), sırt (%7), nabız oksimetre alanı (%6), göğüs (%6), yüz (%6), boyun (%5), kulak (%4) ve topuklar (%3) olarak belirtmişlerdir. Benzer şekilde Willock ve arkadaşları (2005) yaptıkları çalışmada basınç ülserinin en sık görüldüğü bölgelerin sırasıyla, sakrum ya da kalça, topuk, uyluk, kulak, oksipital bölge, malleus ve omurga olduğunu saptamışlardır.

Suddaby ve arkadaşları (2005) yapmış oldukları çalışmada, yoğun bakım ünitesinde yatan çocuklarda oksiput bölgesinde basınç ülserlerinin fazla olduğunu, genel dahiliye ve cerrahi servislerinde yatan çocuklarda da perine bölgesinde beze bağlı dermatitlerin fazla olduğunu bulmuşlardır.

Tablo 1. Çocuklarda Basınç Ülseri Gelişebilecek Alanlar ve Olası Nedenler

Alanlar	Olası Nedenler
Baş bölgesinde oksipital alan	Başı kaldırma becerisinin olmaması
Sakrum ve gluteal bölge	Yatağa ya da tekerlekli sandalyeye bağımlı olma
Bacaklar ve ayaklar	Alçı, bacak ya da ayak atelleri
Sırt ve boyun	Skolyoz ateli
Dizler ve dirsekler	Yatak çarşafına sürtünme

(Ball ve Bindler, 2006; Groeneveld ve ark., 2004).

Basınç Ülserlerinde Evrelendirme

Basınç ülseri doku hasarının derecesine göre evrelendirilir. Ulusal Basınç Ülseri Tavsiye Paneli'nde kabul edildiği şekliyle evrelendirme Tablo 2'de verilmiştir (National Pressure Ulcer Advisory Panel [NPUAP], 2007).

Tablo 2. Uluslararası NPUAP Basınç Ülserleri Sınıflandırma Sistemi

Evre	Tanım
Evre I Bütünlüğü Bozulmamış Deride Basmakla Solmayan Kızarıklık	Deri bütünlüğü bozulmamıştır. Genellikle kemik çıkıntısı üzerinde lokalize bir alandaki sağlam deride beyazlaşmayan kırmızılık vardır. Basınç kaldırıldıktan sonra en az bir saat kadar kızarıklık devam eder.
Evre II Dermis Tabakasının Kısmi Kayıbı ve Vezikül	Kısmi kalınlıkta derinin kaybı ve kırmızı-pembe yara yatağında soyulma olmaksızın açık yüzeysel ülser oluşumu vardır. Deride abrasyon ya da veziküller olabilir.
Evre III Deri ve Subkutan Doku Tabakalarında Kayıp	Epidermisten başlayıp üst fasyaya kadar uzanan tüm dokuları içeren tam derinlikte doku kaybı ya da nekroz vardır. Aşağıya doğru inebilir ancak alttaki dokuya tünel oluşturmaz. Klinik olarak derin krater görünümündedir ve bağ dokusunu içerebilir. Sıklıkla enfeksiyon da vardır.
Evre IV Tam Kalınlıkta Doku Kaybı (Kas/ Kemik Görülebilir)	Kemik, tendon ve kasla birlikte tam kalınlıkta doku kaybı vardır. Doku nekrozunu ve kas, kemik, tendon ya da eklem kapsülü hasarını içerebilir.
İlave evreler	
Şüphelenilen-Şüphe edilen (Derin Doku Yaralanması)	Basınç ya da ayrılmaya bağlı olarak alttaki yumuşak dokuda hasar nedeniyle lokalize bir alanda mor, kestane renginde rengi bozulmuş (ancak bütünlüğü bozulmamış) sağlam deri ya da büllü alanlar vardır. Üzerinde içi sıvı dolu kese yerine kan dolu kesenin bulunması derin dokuda hasar olduğunu gösteren önemli bir bulgudur.
Evrelendirilemeyen	Tam kalınlıkta doku kaybı vardır. Yara bölgesi eskar kahverengi, siyah-bronz, gri, yeşil ya da kahverengi soyulmuş deri ile kaplı olabilir. Eskar ya da soyulmuş deri kaldırılmadıkça gerçek derinlik belirlenemez. Bu nedenle evre belirlenemez.

(NPUAP, 2007).

Basınç Ülserlerinde Risk Değerlendirme

Basınç ülseri gelişme riskini değerlendirmek için çeşitli ölçekler geliştirilmiştir. Beş yaşın altındaki çocuklarda basınç ülserinin değerlendirilmesinde en fazla Modifiye Braden Q Ölçeği kullanılmaktadır. Beş yaşın üzerindeki çocuklarda ise, yetişkinler için geliştirilmiş olan Braden Ölçeği kullanılabilir (Anthony, Willock ve Baharestani, 2010; Curley ve ark., 2003; Noonan, Quigley ve Curley, 2011).

Modifiye Braden Q Ölçeği, Quigley ve Curley (1996) tarafından Braden Ölçeğinden yararlanılarak uyarlanmıştır. Ölçek, 7 alt ölçekten oluşmaktadır: Hareketlilik, aktivite, duyuşsal algılama, sürtünme-yırtılma, nem, beslenme ve doku perfüzyonu. Curley ve arkadaşları (2003), basınç ülseri pozitif olan hastaların Braden Q puanının anlamlı oranda düşük olduğunu belirtmişlerdir ($p < 0.001$). Buna göre, ölçekten alınan puan 16 ya da altı ise hastaların risk altında olduğu ifade edilmiştir. Tablo 3'de Modifiye Braden Q Ölçeği verilmiştir.

Tablo 3. Modifiye Braden Q Basınç Ülseri Risk Değerlendirme Aracı

Modifiye Braden Q Basınç Ülseri Risk Değerlendirme Aracı (5 Yaş Altındaki Çocuklar İçin)					
Kategori					Puan
Hareketlilik	1.Tamamen Hareketsiz: Yardımsız, vücut ya da ekstremitelerde pozisyonunda hafif değişiklikler bile yapamaz.	2. Çok Sınırlı: Vücut ya da ekstremitelerde pozisyonunda ara sıra hafif değişiklikler yapabilir, ancak bağımsız olarak kendi başına dönemez.	3. Hafif Sınırlı: Bağımsız olarak vücut ve ekstremitelerde pozisyonunda sık, ancak hafif değişiklikler yapabilir.	4. Sınırlılık Yok: Yardımsız sık ve majör pozisyon değişiklikleri yapar.	
Aktivite	1.Yatağa Bağımlı: Yatak içindedir.	2.Sandalyeye Bağımlı: Yürüme becerisi çok sınırlıdır ya da hiç yoktur. Kendi ağırlığını taşıyamaz, sandalyede ya da tekerlekli sandalyede desteklenmelidir.	3.Ara Sıra Yürüyor: Gün boyunca yardımsız ya da yardımla ara sıra, ancak çok kısa mesafeli yürür. Her nöbette zamanın çoğunu sandalyede ya da yatakta geçirir.	4.Sık Sık Yürüyor ya da Yürüme İçin Çocuk Çok Küçük: Oda dışında günde en az iki kere yürür.	
Duyusal Algılama	1.Tamamen Sınırlı: Bilinç düzeyinde azalma ya da sedasyon nedeniyle ağrılı uyarılara tepkisi yoktur (inleme, kaçınma, kavrama yok) ya da vücudunun büyük bir kısmında ağrıyı hissetme becerisi sınırlıdır.	2.Çok Sınırlı: Yalnızca ağrılı uyarılara tepki verir. İnleme ya da huzursuzluk dışında rahatsızlığını ifade edemez ya da vücudunun yarısından fazlasında ağrıyı ya da rahatsızlığı hissetmesini sınırlayan duyuşsal algılama bozukluğu vardır.	3.Hafif Sınırlı: Sözel uyarılara tepki verir, ancak rahatsızlığını ya da pozisyon verilmesi gerektiğini her zaman ifade edemez ya da bir ya da iki ekstremitesinde ağrı ya da rahatsızlığı hissetme becerisini sınırlayan bir duyuşsal algılama bozukluğu vardır.	4.Bozulma Yok: Sözel uyarılara tepki verir. Ağrı ya da rahatsızlığı hissetmesini ya da ifade etmesini engelleyen herhangi bir duyuşsal yetersizliği yoktur.	
Nem	1.Sürekli Nemli: Deri ter, idrar, drenaj vb. nedenlerle hemen her zaman nemlidir. Hasta her hareket ettirildiğinde ya da çevrildiğinde ıslaklık fark edilir.	2.Sıklıkla Nemli: Deri oldukça sık nemlidir, ancak sürekli nemli değildir. Yatak çarşaflarının her 8 saatte bir en az bir kez değiştirilmesi gereklidir.	3.Ara Sıra Nemli: Deri ara sıra nemlidir ve yatak çarşaflarının 12 saatte bir değiştirilmesi gerekir.	4.Nadiren Nemli: Deri genellikle kurudur; çocuğun bezleri rutin olacak şekilde, yatak çarşaflarının ise 24 saatte bir değiştirilmesi gerekir.	

Tablo 3. Devamı

Kategori	Puan			
Sürtünme – Yırtılma	1.Önemli Sorun: Spastisite, kontraktürler ya da ajitasyon sürekli sürtünmeye yol açar.	2.Sorun: Hareket ederken hafiften maksimuma kadar yardıma gereksinim duyar. Çarşaf üzerinde kaydırmadan tam olarak kaldırılması olanaksızdır. Yatak ya da sandalyede sık sık aşağı doğru kayar ve yeniden pozisyon alabilmek için maksimum düzeyde yardıma gereksinim duyar.	3.Potansiyel Problem: Güçsüz hareket eder ya da minimum yardıma gereksinimi vardır. Hareket sırasında deri, büyük olasılıkla çarşaf, sandalye ve diğer araçlarla üzerinde bir miktar kayabilir. Sandalye ya da yatakta nispeten iyi bir pozisyonda kalabilir ancak bazen aşağı doğru kayar.	4.Görünen Problem Yok: Pozisyon değişimi sırasında hasta tamamen kaldırılabilir durumdadır. Yatakta ve sandalyede bağımsız hareket eder ve hareket sırasında tamamen kalkmak için yeterli kas gücü vardır. Yatakta ya da sandalyede uygun pozisyonu sürdürür.
Beslenme	1.Çok Kötü: 5 günden daha uzun süredir ağızdan alır ve/veya Rejim-I alır veya intravenöz (IV) sıvı alır veya albümin <2.5 mg/dl' dir veya öğünlerinin tamamını hiçbir zaman bitirmez. Verilen öğünün çok nadir yarısından fazlasını tüketir. Günde 2 porsiyon ya da daha az protein tüketir (et ya da süt ürünleri). Sıvı alımı kötüdür. Destekleyici sıvı alamaz.	2.Yetersiz: Yaşa göre yetersiz kalori ve mineral sağlayan tüple veya TPN ile beslenir ya da öğünlerinin tamamını nadiren bitirir, genellikle verilen besinlerin yaklaşık yarısını yer. Protein olarak günde 3 porsiyon et ve süt ürünleri tüketir. Bazen destekleyici diyet alır.	3.Yeterli: Yaşa göre yeterli kalori ve mineral sağlayan tüple veya TPN ile beslenir ya da öğünlerin çoğunda besinlerin yarısından fazlasını yer. Günde 4 porsiyon protein (et, süt ürünleri) tüketir. Bazen öğün aralarında yer. Gıda desteğine ihtiyaç duymaz.	4.Mükemmel: Yaşa göre yeterli kaloriyi sağlayan normal diyet ile beslenir. Örneğin her öğününün çoğunu yer. Asla öğün reddetmez. Genel olarak günde 4 porsiyon ya da daha fazla et ve süt ürünleri tüketir. Bazen öğün aralarında yer. Gıda desteğine gereksinim duymaz.
Doku Perfüzyonu ve Oksijenasyon	1.Tamamen Yetersiz: Hipotansiftir ya da hasta fizyolojik olarak pozisyon değişimini tolere edemez.	2.Yetersiz: Normotensif oksijen saturasyonu <%95' den, hemoglobin <10 mg/dl' den, kapiller geri dolum süresi >2 saniyeden olabilir, serum pH <7.40' dir.	3.Yeterli: Normotensif oksijen saturasyonu <%95' den, hemoglobin <10 mg/dl' den olabilir, kapiller geri dolum süresi 2 saniye olabilir, serum pH' sı normaldir.	4.Mükemmel: Normotensif oksijen saturasyonu >%95, hemoglobin normaldir, kapiller geri dolum süresi <2 saniyedir.
				Toplam

Tedavi

Deri hasarında erken aşamada deri iyileşene kadar etkilenen bölgedeki basınç kaldırılması gerekmektedir. Özellikle Evre I ve Evre II basınç ülserlerinde lokal yara bakımı uygulanmaktadır (Hockenbery ve Wilson, 2011). Yara bakımında çeşitli yara bakım örtüleri (YBÖ) kullanılmaktadır. Örtüler primer, sekonder, kapatıcı ve yarı-kapatıcı olmak üzere 4 gruba ayrılabilir: Primer örtü,

yara yatağı ile direk teması olan yara bakım örtüsüdür. Sekonder örtü, primer örtünün yarayı kontaminasyondan koruyamadığı durumlarda primer örtüyü kapatmak için kullanılır. Kapatıcı örtü, yarayı dış çevreden tamamen kapatır ve neredeyse yara bölgesindeki nemin tamamını korur. Yarı kapatıcı örtü, bir miktar oksijenin ve nemin geçişine izin verir (Tablo 4) (Butler, 2007).

Tablo 4. Yara Bakım Örtüleri ve Özellikleri

YBÖ Adları	Tipi	Özellikleri
Kalsiyum Aljinatlar	Primer, yarı kapatıcı	<ul style="list-style-type: none"> • Aljinat lifler eksudayı emer ve bir jel haline dönüştürür, iyileşme için nem sağlar. • Orta ve yoğun derecede drenajı emer. • Minör kanamaları kontrol eder. • İyileşme için nemli bir ortam sağlar.
Film Örtü (Transparan Film)	Primer, sekonder, kapatıcı	<ul style="list-style-type: none"> • Cilt aşınmalarında kullanılır. • Drenajı olmayan ya da çok az olan yaralarda kullanılır.
Köpük Örtü	Primer, yarı kapatıcı	<ul style="list-style-type: none"> • Yoğun eksuda olan yaralarda kullanılır. • Orta derecede emicidir. • Yaraya yapışma özelliği yoktur.
Hidrokolloid Örtü	Primer, kapatıcı	<ul style="list-style-type: none"> • Kolloidler, elastomerler ve adezifleri bağlar. • Otolitik debridmanı sağlar. • Az ve orta derece drenajı emer.
Hidrojel	Primer, yarı kapatıcı	<ul style="list-style-type: none"> • Çok az ve orta derece eksuda için kullanılır. • Otolitik debridmanı sağlar. • Nemli bir ortam sağlar.
Cilt bariyeri	Koruyucu	<ul style="list-style-type: none"> • Yara etrafındaki alanı korur. • Deriyi korumak için flaster altına uygulanır.

(Butler, 2007).

Yara örtülerinin nemli iyileşme ortamı sağlama, yarayı enfeksiyondan ve travmadan koruma, drenajın emilimini sağlama, nekrotik dokunun debridmanı, ağrıyı azaltma ve kokuyu önleme gibi birçok yararları bulunmaktadır (Wu, Ahn, Emmons ve Salcido, 2009). Evre III ve IV basınç ülserlerinde ise cerrahi tedavi yöntemleri kullanılmaktadır (Ball ve Bindler, 2006; Wong, 1995).

Hemşirelik Girişimleri

Basınç ülseri gelişme riski olan çocukların hemşirelik bakımında amaç; basınç ülseri gelişmesinin önlenmesi, erken dönemde belirlenmesi ve tedavi edilmesidir. Hemşirelik bakımının içeriğinde; çocuğun enfeksiyonlardan korunması, uygun yara bakımının verilmesi, ağrı ve kaşıntı gibi rahatsızlık oluşturabilecek durumların ortadan kaldırılması, çocuk ve ailesinin eğitimi ve desteklenmesi yer almaktadır (Ball ve Bindler, 2006). Basınç ülserlerine yönelik hemşirelik bakımı aşamaları aşağıda sunulmuştur.

Derinin Değerlendirmesi

Hemşirelik tanısı oluşturabilmek için hemşirenin inspeksiyon ve palpasyon yöntemini kullanarak derinin yapısındaki her hangi bir problemi uygun bir şekilde tanımlaması önemlidir. Renk, şekil ya da yaranın yayılımı gibi özellikler hemşirelik gözlem formu üzerine kayıt edilir. Basınç ülserinde doku hasarındaki derinlik, iyileşme belirtisi ve enfeksiyon belirtileri (eritemde artma, ödem, pürülan eksuda, ağrı ve ısıda artma) değerlendirilmelidir (Hockenberry ve Wilson, 2011).

İnspeksiyon ile elde edilen bulguların detaylı incelenmesi için deri nazikçe palpe edilir. Isı, nem, yapı, elastikiyet, ödem gibi özellikler değerlendirilir. Çocuğun subjektif semptomları hemşireye ek bilgi sağlar. Büyük

çocuklar sıkıntılarını “ağrılı, kaşıntılı” gibi terimleri kullanarak tanımlayabilirler. Küçük çocukların ise davranışlarının (vücudunun bir bölümünü kullanmak istememe, nedensiz ağlama v.b) ve ailelerin tepkilerinin belirlenmesi gerekir. Basınç ülseri gelişmesi yönünden risk faktörleri konusunda da detaylı bir öykü alınmalıdır (Ball ve Bindler, 2006; Wong, 1995). Çocuğun yaşına uygun basınç ülseri değerlendirme aracı kullanılmalıdır.

Hemşirelik Tanılarının Oluşturulması

Çocuk, ailesi ve deri lezyonu değerlendirildikten sonra hemşirelik tanısı belirlenir. Basınç ülseri gelişme riski ya da basınç ülseri olan bir çocukta kullanılabilecek hemşirelik tanıları şunlardır;

- Çevresel ajanlar ve immünolojik defisite bağlı Deri Bütünlüğünde Bozulma
- Mekanik travma, vücut sekresyonları ve enfeksiyona bağlı Deri Bütünlüğünde Bozulma Riski
- Enfekte organizmanın bulunmasına bağlı Enfeksiyon Riski
- Deri lezyonu ve kaşıntıya bağlı Akut Ağrı
- Görünüşünü algılaması ile ilgili Beden İmgesinde Rahatsızlık (Carpetino-Moyet, 2005).

Hemşirelik Bakımının Amaçları

Hemşirelik bakımının amaçları şunlardır:

- Deri bakımı ve pozisyon değişikliği ile basınç ülseri gelişiminin önlenmesi
 - Düzenli fiziksel değerlendirme ile basınç ülserinin erken dönemde tanınması
- Çocukta basınç ülseri geliştirse:
- Çocuğun yara iyileşme belirtilerini göstermesi

- Çocukta yara bölgesinde enfeksiyon gibi sekonder bir durum ortaya çıkmaması
- Özellikle ağrı ve kaşıntı varsa, çocuğun kabul edilebilir düzeyde rahatlık göstermesi
- Çocuk ve ailenin uygun eğitim ve desteği alması (Ball ve Bindler, 2006; Carpetino-Moyet, 2005; Pallija, Mondozi ve Webb, 1999).

Hemşirelik Bakımının Planlanması ve Uygulanması

Hemşirelik girişimleri, basınç ülserlerinin önlenmesi, yara bakımı ve çocuk ve ailenin evde bakımı ve desteklenmesi olacak şekilde üç bölümde ele alınabilir.

Basınç Ülserlerinin Önlenmesi

Çocuğun öyküsünde alerjenlere ve/veya deride kullanılan ürünlere karşı reaksiyonları belirlenmelidir. Yaşa uygun basınç ülseri değerlendirme ölçeği ile risk değerlendirmesi yapılmalıdır. Derinin temiz, kuru tutulması ve enfeksiyon riskinin en aza indirilmesi için deri günde en az bir kez temizlenmelidir. Tüm vücutta, özellikle basınç bölgelerinde irritasyona bağlı deri bütünlüğünde bozulma belirtileri sık olarak gözlenmelidir (Ayello ve Lyder, 2008). Deride mekanik travmayı önlemek için deri kıvrım yerlerinin, birbirine sürtünen ve basınç altında kalan bölgelerin korunması gereklidir (Pasek ve ark., 2008). Çocuğun giysilerinin ve çarşaflarının temiz ve kuru olması sağlanmalıdır. Mümkün olduğu kadar yatağı düzgün tutulmalıdır (National Enstitute Health and Clinical Excellence [NICE], 2005).

Çocuğun pozisyonu en az 2 saatte bir değiştirilmeli ve bu konuda aile cesaretlendirilmelidir. Pozisyon verme formu çocuğun başında bulundurulmalıdır. Topuk, dirsek gibi alanlar için koruyucular kullanılabilir (Wu ve ark., 2009). Ekstremiteleri ve eklemleri desteklemek için yastıklardan yararlanılabilir. Lezyonların en çok anal, perianal alanlar, bilekler, dirsekler, eklemler ve çenede oluşması nedeniyle bu bölgelere koruyucu losyonlar sürülmelidir. Üriner kateteri olan çocuklara perine bakımı ve anal bölge bakımı verilmelidir. Deri bütünlüğünü korumak için çocuğa uygulanan flasterlerin ve yapışkan materyallerin dikkatli bir şekilde çıkarılması önemlidir. Bedenin doğal savunma mekanizmasını desteklemek için çocuğun dengeli beslenmesi sağlanmalıdır (Keast, Parslow, Houghton, Norton ve Fraser, 2008).

Yara Bakımı

Basınç ülseri, çocuğa uygun ölçeklerle evrelendirilmelidir (Pasek ve ark., 2008). Evrelere uygun yara bakım örtüleri seçilmelidir (NICE, 2005). Büyük olan açık yaralar örtüler (poliüretan film, hidrokolloid, hidrojeller gibi) ile kapatılmalıdır. Örneğin hidrokolloid örtüler, yara etrafında geniş bir alana örtülürse daha iyi yapışır. Örtünün kenarları suya dayanıklı flaster ile kapatılabilir. Flaster altına koruyucu bariyerlerin uygulanması basınç ülserinin çevresindeki deri bütünlüğünü korumaya yardımcı olur (Hockenberry ve Wilson, 2011).

Örtüler genellikle 7 gün olan spesifik zaman aralığından sonra ya da sızıntı olursa çıkartılır. Deri hasarını önlemek ve yaradaki epitel alanı korumak için örtünün dikkatli bir şekilde çıkarılması gerekir. Transparan ve hidrokolloid örtüleri çıkarırken, örtünün bir kenarının kaldırılması ve yapışıklığı gevşetmek için deriye paralel olacak şekilde çekilmesi gerekir. Örtü ne kadar uzun süre kalırsa, o derece kolay çıkartılır. Hidrokolloid örtünün altında kalan bölgede sarı jel formunun ve meyve kokusu

gibi bir kokunun olabileceği konusunda aileye bilgi verilmesi gerekir (Hockenberry ve Wilson, 2011).

Çocuğun ağrısı ve kaşıntısının olması da en sık yaşanan sorunlar arasındadır. Kaşıntı dermoepidermal yapıda C liflerinin uyarılması sonucu oluşur. Bölgenin soğutulması ve deri pH'sının artırılması, bu problemin azaltılmasında yardımcı olabilecek yöntemlerdir. Alandaki dış uyarınları azaltmak için soğuk kompresler ve pH artırıcı alkali uygulama (yemek sodalı su ile bölge çevresinin silinmesi) kaşıntı ve ağrıyı azaltabilir. Bölgenin temizliğinin ve havalandırmasının sağlanması rahatlamayı artırıcı yöntemlerdir. Çocuğun kıyafetlerinin ve yatak çarşaflarının yumuşak, düz ve kuru olması irritasyonu azaltmaktadır (Keast ve ark., 2008).

Çocuğa kullanılan tıbbi cihazlar ve aletler de basınç ülseri gelişmesi yönünden risk oluşturmaktadır. Bu nedenle kullanılan malzemenin altında kalan bölgede kızarıklık, şişlik, ödem, irritasyon gibi belirtilerin gözlenmesi gerekir. Örneğin tekerlekli sandalyede olan bir çocuğun en az 2 saatte bir pozisyonun değiştirilmesi, düzenli olarak sırt ve kalça bölgesinin değerlendirilmesi önemlidir. Çocuk ve aileye çocuğun bakımı, kullanılan malzemeler ve ilaçlar konusunda yazılı materyaller verilmelidir (Hockenberry ve Wilson, 2011).

Evde Bakım ve Ailenin Desteklenmesi

Dermatolojik problemler her zaman aileyi de kapsamaktadır. Tıbbi durumu uygun olan çocukların taburculuğu planlanarak tedaviye evde devam etmeleri sağlanabilmektedir. Aile bireyleri çocuğun evdeki tedavisini ve bakımını sürdürebilmelidir. Bu nedenle, tedaviye ve bakıma uyumları son derece önemlidir. Hastane ortamında çocuğun bakımı sağlık çalışanları tarafından kolaylıkla gerçekleştirilebilmesine karşın ev ortamında çocuğun bakımını sürdürmek aile için zor ve korkutucu bir durum oluşturabilmektedir (Hockenberry ve Wilson, 2011). Evde kullanılacak malzeme ve aletlere uyumda, bakımı sağlamada ailelerin genellikle yardıma gereksinimi olmaktadır (Pallija, 1999).

Çocuğa ve aileye tedavinin beklenen ve beklenmeyen sonuçları hakkında mümkün olduğu kadar detaylı bilgi verilmesi önemlidir (Ball ve Bindler, 2006). Eğer beklenmeyen bir durum gelişirse, aileye tedaviye devam etmemeleri ve sağlık çalışanlarını bilgilendirmeleri söylenmelidir. Tedavi sırasında kesinlikle reçetesiz ilaç kullanılmamasının önemi vurgulanmalıdır (Hockenberry ve Wilson, 2011).

Derinin vücutta en fazla görünen kısım olması nedeni ile görünüşü etkileyen vücut yüzeyi üzerindeki bir defekt çocuk için stres kaynağı olabilmektedir. Çocuklar ve diğer bireyler derideki lezyonun bulaşıcı olduğunu düşünüp, korkabilirler. Bazen de aile üyeleri çocukla iletişimi kısıtlayabilirler. Bu durum çocukta reddedilme duygusunun gelişmesine neden olabilir. Özellikle kronik durumlarda olumsuz bir beden algısı, çocuğun gelişiminde problemler ortaya çıkabilir (Hockenberry ve Wilson, 2011).

Değerlendirme

Hemşirelik girişimlerinin etkililiği için tanılamaların ve değerlendirmenin sürekli yapılması gerekir. Objektif değerlendirmeye göre elde edilen sonuçların açık ve anlaşılır biçimde ifade edilmesi önemlidir. Örneğin çocuğun yara bakımı öncesi, sırası ve sonrası ağrı değerlendirme puanları ve bu puanları etkileyebileceği düşünülen etkenlerin

sonuç bölümüne yazılması gerekir (Hockenberry ve Wilson, 2011).

Sonuç

Çocuk hastalarda basınç ülseri gelişme alanları yetişkin hastalara göre farklılık göstermektedir. Mobilizasyonda, nörolojik durumda bozulma gibi olası problemlerde basınç ülseri gelişme riski artmaktadır (Samaniego, 2003). Hemşirelik girişimlerinin etkililiği için basınç ülserine yönelik tanılamaların ve değerlendirmelerin sürekli yapılması gerekir. Hemşirelerin günlük bakımlarında Braden Q ölçeği gibi risk değerlendirme araçlarından faydalanmaları objektif değerlendirmelerin yapılabilmesi açısından önemlidir (Butler, 2006).

Basınç ülseri bulunan çocuğun enfeksiyonlardan korunması, yara bakımının verilmesi, tedavilerin uygulanması, ağrı ve kaşıntı gibi rahatsızlık hissi oluşturabilecek durumların ortadan kaldırılması, çocuk ve ailesinin eğitimi ve desteklenmesi hemşirelik bakımının önemli yönleridir. Özellikle, yüksek riskli çocuklarda deri bütünlüğünde bozulma riskinin erken dönemde belirlenmesi değer taşımaktadır.

Kaynaklar

- Anthony, D., Willock, J., & Baharestani, M. (2010). A comparison of Braden Q, Garvin and Glamorgan risk assessment scales in paediatrics. *Journal of Tissue Viability*, 19(3), 98-105.
- Ayello, E., & Lyder, C.H. (2008). A new era of pressure ulcer accountability in acute care. *Advances in Skin and Wound Care*, 21, 134-40.
- Ball, J.W., & Bindler, R.C. (2006). *Child Health Nursing: Partnering with Children and Families*. New Jersey: Upper Saddle River.
- Butler, C.T. (2007). Pediatric skin care: Guidelines for assessment, prevention, and treatment. *Dermatology Nursing*, 19(5), 477-485.
- Carpetino-Moyet, L.J. (2005). *Hemşirelik Tanuları El Kitabı*. Çev: Erdemir F. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Curley, M.A., Razmus, I.S., Roberts, K.E., & Wypij, D. (2003). Predicting pressure ulcer risk in pediatric patients: The Braden Q Scale. *Nursing Research*, 52(1), 22-33.
- Groeneveld, A., Anderson, M., Allen, S., Bressmer, S., Golberg, M., Magee, B., et al. (2004). The prevalence of pressure ulcers in a tertiary care pediatric and adult hospital. *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing*, 31(3), 108-120.
- Hockenberry, M.J., & Wilson, D. (2011). *Wong's Essentials of Pediatric Nursing*. (9th Ed.). Missouri: Elsevier-Mosby.
- Keast, D.H., Parslow, N., Houghton, P.E., Norton, L., & Fraser, C. (2008). Best practice recommendations for the prevention and treatment of pressure ulcers: Update 2006. *Advances in Skin and Wound Care*, 20, 447-60.
- Kottner, J., Wilborn, D., & Dassen, T. (2010). Frequency of pressure ulcers in the paediatric population: A literature review and new empirical data. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 1330-1340.
- National Enstitute Health and Clinical Excellence (NICE) (2005). The prevention and treatment of pressure ulcers: Clinical guideline 29. Royal College of Nursing, Retrived June 13, 2011, from <http://nice.org.uk>.
- National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) (2007). Pressure ulcer stages revised by NPUAP, Retrieved 10 Haziran 2011, from <http://www.npuap.org/pr2.htm>.
- Noonan, C., Quigley, S., & Curley, M.A.Q. (2006). Skin integrity in hospitalized infants and children: A prevalence survey. *Journal of Pediatric Nursing*, 21(6), 445-453.
- Noonan, C., Quigley, S., & Curley, M.A.Q. (2011). Using the Braden Q Scale to predict pressure ulcer risk in pediatric patients. *Journal of Pediatric Nursing*. Retrived June 5, 2011, from <http://med.cmu.ac.th/Hospital/nis/km/knowledge.pdf>.
- Pallija, G., Mondozi, M., & Webb, A.A. (1999). Skin care of the pediatric patient. *Journal of Pediatric Nursing*, 14(2), 80-87.
- Pasek, T.A., Geysler, A., Sidoni, M., Harris, P., Warner, J.A., Spence, A., et al. (2008). Skin care team in the pediatric intensive care unit: A model for excellence. *Critical-Care Nurse*, 28, 125-135.
- Pillitteri, A. (2003). *Maternal and Child Health Nursing*. (5th Ed.). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins Company.
- Quigley, S.M., & Curley, M.A.Q. (1996). Skin integrity in the pediatric population: Preventing and managing pressure ulcers. *Journal of the Society of Pediatric Nursing*, 1(1), 7-18.
- Samaniego, I.A. (2003). A sore spot in pediatrics: Risk factors for pressure ulcers. *Pediatric Nursing*, 29(4), 278-282.
- Schluer, A.B., Cignacco, E., Müller, M., & Halfens, R.J. (2009). The prevalence of pressure ulcers in four paediatric institutions. *Journal of Clinical Nursing*, 18(23), 3244-52.
- Suddaby, E.C., Barnett, S., & Facticeau, L. (2005). Skin breakdowns in acute care pediatrics. *Pediatric Nursing*, 31(2), 132-138.
- Willock, J., Harris, C., Harrison, J., & Poole, C. (2005). Identifying the characteristics of children with pressure ulcers. *Nursing Times*, 101(11), 40-43.
- Willock, J., Baharestani, M.M., & Anthony, D. (2009). The development of the Glamorgan paediatric pressure ulcer risk assessment scale. *Journal of Wound Care*, 18(1), 17-21.
- Wong, D.L. (1995). *Nursing Care of Infants and Children*. St Louise: Mosby-Year Book.
- Wu, S.S., Ahn, C., Emmons, K.R., & Salcido, R. (2009). Pressure ulcers in pediatric patients with spinal cord injury: A review of assessment, prevention, and topical management. *Advances in Skin & Wound Care: The Journal for Prevention and Healing*, 22(6), 273-284.
- Zollo, M.B., Gostisha, M.L., Berens, R.J., Schmidt, J.E., & Weigle, C.G.M. (1996). Altered skin integrity in children admitted to a pediatric intensive care unit. *Journal of Nursing Care Quality*, 11(2), 62-67.