



## BASİ YARASI RİSK TANILAMA, DEĞERLENDİRME VE ÖNLEME PROSEDÜRÜ

DOKÜMAN NO	HB.PR.04
YAYIN TARİHİ	27.07.2016
REVİZYON NO	00
REVİZYON TARİHİ	-
SAYFA	1 / 5

**1.AMAÇ:** Doku bütünlüğünün ve dolaşımının devamlılığının sağlanması, basınç ülseri oluşumunun önlenmesi, basınç ülseri riskinin tanımlanması/ derecelendirilmesi, standartlara uygun bakımın verilmesi ile olası komplikasyonların önlenmesidir

**2. KAPSAM:** Bu prosedür yatarak hizmet alan hastaların bulunduğu bütün Klinik ve Yoğun Bakımları kapsar.

**3. KISALTMALAR:** -

**4. TANIMLAR:**

- Basınç ülseri: Tek başına basınç ya da sürtünme, yırtılma ile birlikte basıncın bir arada sebep olduğu genellikle kemik çıkıntılarının üzerinde gözlenen deri ve deri altı dokusunun hasaridir.

**5.SORUMLULAR:**

- Klinik ve Yoğun Bakım Hemşireleri
- Klinik-Yoğun Bakım Sorumlu Hemşireleri
- Sağlık İleri Müdürlüğü

**6.FAAL YET AKİ İ:** Yatağa (ya da sandalyeye) bağımlı hastalarda, vücut ağırlığının oluşturduğu basınç nedeniyle yumuşak dokulara baskı olur. Kemik çıkıntı ile yatak arasında sıkı olan bu dokuların dolaşımı bozulur ve nihayetinde dokularda hasar meydana gelir. Bu hasar belli bir seviyeye ulaştığında da yara açılır. Sürtünmenin fazla olup cildin gergin kalması, vücut sıcaklığının yüksek olması ve cildin ıslak bırakılması yaraları oluşumunu kolaylaştırır.

Sabit bir pozisyonda kalan hastada 24-48 saat içerisinde bile basınç yarası oluşabilir ve gerekli önlemler alınıp hemen müdahale edilmezse kısa sürede ilerler. Normalde 15-20 gün içerisinde iyileşmesi beklenen erken evrede bir yara, bölgeye basıncın devam etmesi, oluşan doku ödemi ve idrar ve dışkıdan bulaşan mikroorganizmalarla enfeksiyon gelişmesi nedeniyle kötüleşebilir.

Yara oluştuğunda deride görülen ilk deri değişiklikleri aslında buzdaki görülen kısımdır. Doku hasarının çoğu deri altında başlar ve daha sonra deri yüzeyinde kendini gösterir. Kısaca deride kızarıklık ya da yara fark edildiğinde altındaki dokuda daha fazla hasar olması olasılığı yüksektir.

**6.1. Basınç ülseri risk faktörleri bilinmelidir:**

Ekstresek ve intrinsek risk faktörleri olarak ikiye ayrılır.

Ekstresek risk faktörleri: \* Basınç,

- Tahriş,
- Nem,
- Sürtünme,
- İlaçlar (NSAİ, Beta blokerler vb.),
- İmmünoşüpresyon,
- Radyasyon,
- Nekrotik doku,
- Enfeksiyon,
- Yatak- kateter –kanül vb etkileri

Intrinsek faktörler: \* Akut/kronik Hastalıklar (DM,Kalp yetm. vb.),

- Nörolojik hastalıklar,
- Periferik damar hastalıkları,
- İmmünoşüpresyon,
- İnkontinans,
- Malnütrisyon,
- Deri yaşı,



## BASI YARASI RISK TANILAMA, DE ERLENDİRME VE ÖNLEME PROSEDÜRÜ

DOKÜMAN NO	HB.PR.04
YAYIN TARİHİ	27.07.2016
REVİZYON NO	00
REVİZYON TARİHİ	-
SAYFA	2 / 5

- Isı,
- Vücut ağırlığı.

### 6.2. Nerede yara açılabilir?

Otururken; Kuyruk sokumu üzerinde, omuzda kürek kemikleri üzerinde, kalçada kaba etlerde, dirseklerde, topukta,

Sırt üstü yatarken; Başı arka tarafında, omuzda kürek kemikleri üzerinde, kalçada, dirseklerde, kuyruk sokumu üzerinde, topukta, ayak parmaklarında,

Omuz üzerinde yatarken; Kulaklarda, omuzun yan tarafında, leğen kemiğinin yan bölgelerinde, kalçada, dizde, ayak bilekleri yan çıkıntılarında,

Yüz üstü yatarken; Yüz, omuz, leğen kemiği, diz, bileklerin çıkıntılarında bası yaraları oluşabilir.

### 6.3. Dikkat Edilecek Noktalar:

- Entübe hastalarda entübasyon tüpünün dudak kenarına basısını önlemek için tüp ağız içinde dudakların diğer tarafına tespit edilmelidir. Risk varsa tüp ile dudak kenarına spanç yerleştirilmelidir.
- Nazogastrik kateter takılı olan hastalarda burunda basınç ülserini önlemek için tespit bandı farklı bölgelere uygulanmalıdır.
- Hareket kısıtlaması altındaki hastalarda kısıtlama araçlarının basınç ülseri oluşturmasına engel olunmalıdır.
- Non invaziv ventilasyon maskesi takılı olan hastalarda basınç bölgeleri gözlenmelidir.
- Hastanın giysilerinin temiz, kuru, terletmeyen ve pamuklu giysiler olmasına özen gösterilmeli, giysilerin katlanıp cilt üzerinde basınç oluşturmasına engel olunmalıdır.
- Yatak çarşafının kuru ve gergin olmasına özen gösterilmelidir.
- Derinin kuruluğunun giderilmesi ve gerekli görülürse nemlendirilmesi sağlanmalıdır.
- Basınç ülseri üzerine doğrudan ısıtıcı araç ve cihaz (örn. sıcak su ısıtıcı, ısıtıcı pedler, yatak ısıtıcıları) uygulanmamalıdır.
- Basınç ülserinin doğru sınıflandırılabilmesi için, yara tabanı görülmelidir. Bu nedenle nekrotik doku ile kaplı olan yaralar, skar dokusu debride edilmeden sınıflandırılmamalıdır. Bu tür yaraların sınıflandırılmaz olduğu kaydedilmelidir.
- Hekim ve diyetisyene danışılarak hastaya diyeti hakkında bilgi verilmelidir.
- Basınç bölgesine dolaşımı engellediği için simit kullanılmamalıdır.
- Yara debridmanını kolaylaştırmak için basınç etkili su (hidroterapi) kullanılabilir.
- Basınç ülserinde enfeksiyon belirtisi ve bulguları varsa kültür gönderilmeli, sonuca göre topikal ve sistemik antibiyoterapiye başlanmalıdır.
- Hasta uzun dönem bakım gerektiren ve evde bakımı devam edecek bir hasta ise ailesi tüm uygulamalara dahil edilmeli ve önleme/ bakım hakkında aileye ayrıntılı bilgi verilmelidir.

### 6.4. Basınç Ülseri Riski Değerlendirmesi:

1. Hasta kimlik doğrulaması yapılır.
2. Eller el yıkama standardına göre yıkanır.
3. Hasta/ ailesi ile ilgili hakkında bilgilendirilir.
4. Hastaya uygun pozisyon verilir.
5. Cilt bütünlüğü sistem tanınmasına göre değerlendirilir, basınca maruz kalan deri alanının durumu değerlendirilir (deri renginde değişiklik, solukluk ve beneklenme, yüzeysel deri tabakalarının bulunmaması, deri sıcaklığı vb.).
6. Hizmet verilen hasta grubuna uygun basınç ülseri risk değerlendirme ölçeği kullanılır.



## BASİ YARASI RİSK TANILAMA, DE ERLENDİRME VE ÖNLEME PROSEDÜRÜ

DOKÜMAN NO	HB.PR.04
YAYIN TARİHİ	27.07.2016
REVİZYON NO	00
REVİZYON TARİHİ	-
SAYFA	3 / 5

a. Braden Risk Değerlendirme Ölçeği, altı alt boyut içermektedir. Bu kriterlere göre değerlendirilen hasta toplam 6- 23 arasında değerlendirilir. 9 puan altı yüksek risk 10- 12 yüksek risk 13- 14 puan orta riskli 15- 16 puan düşük riskli (75 yaşı üzeri kişilerde 15- 18 puan düşük risk olarak değerlendirilir).

b. Modifiye Braden Q Risk Değerlendirme Ölçeği, 5 yaş altı çocuklar için uygundur. Yedi alt boyut içermektedir. 16 puan ve altı hastanın risk altında olduğunu göstermektedir.

7. İlk değerlendirme, hastanın kliniğe kabulünde yapılır, hastanın durumunun gerektirdiği sıklıkta ve hastanın durumunda bir değerlendirme iklik olduğunda değerlendirme tekrarlanır.

a. Yoğun bakım gibi akut bakım ünitesinde hasta kabul anında ve her 48 saatte bir veya hastanın durumu değerlendirilmede tekrar değerlendirme yapılmalıdır.

b. Uzun dönem bakımda, ilk kabulde ve sonraki dört hafta boyunca haftada bir kez, ondan sonra üç ayda bir ve hastanın durumu değerlendirilmede değerlendirme yapılmalıdır.

c. Evde sağlık bakımında ilk kabulden sonra her ziyarette tekrar değerlendirme yapılmalıdır.

8. Belirlenen risk puanı ilgili sistem tanılaması formuna kaydedilir ve hekim ile paylaşılır.

9. Belirlenen risk sınıfına uygun girişimlerde bulunulur.

a. 15- 18 düşük risk: Hastanın yatak içi hareketlerinin mümkün olduğunca artırılması, basıncı azaltıcı yatak ve minderler kullanma, nem/ friksiyon/ yırtılmayı kontrol etme, hastanın durumuna uygun olacak sıklıkta pozisyon değiştirme (yatağa bağımlı ise 2 saatte bir, tekerlekli sandalyeye bağımlı ise 1 saatte bir kez), beslenmeyi düzenleme.

b. 13- 14 orta derecede risk: Düşük risk uygulamalarına ek olarak köpük kenarlıklarla desteklenmiş 30yan yatı pozisyonu.

c. 10- 12 yüksek risk: Düşük ve orta risk uygulamalarına ek olarak daha sık pozisyon değiştirmek ve 15 – 20 dk da bir hafif yatak içi hareketler.

d. 9 ve altı çok yüksek risk: Diğer risk uygulamalarına ek olarak basınç rahatlatıcı yatak ve minder kullanımı.

### 6.5. Basınç Ülseri Gelişmesinin Önlenmesi:

1. Risk altında bulunan hastalarda; basınç ülseri yoksa koruyucu önlemler alınır.

2. Deri kuru ve temiz tutulur.

3. Deri hasarını azaltmak için kuru derinin nemlendirilmesinde yumuşatıcı/ nemlendirici ürünler kullanılır.

4. Basınç ülserini önlemek için masaj uygulaması önerilmemektedir.

5. Yatağa bağımlı hastalarda 2 saatte bir, tekerlekli sandalyeye bağımlı hastalarda saat başı pozisyon verilir veya hastanın mobilizasyon durumuna göre pozisyon sıklığı belirlenir.

6. Pozisyon değiştirilmesinde basınç bölgeleri ve kemik çıkıntıları üzerindeki deri gözlenir.

7. Yenidoğan ve süt çocuklu dönemindeki bebekler için basınç noktaları riskine göre farklılık göstermektedir.

### Yenidoğan ve Süt Çocuklarında Basınç Alanları ve Olası Nedenleri:

Alanlar	Olası Nedenler
Oksipital bölge	Bağ kaldırma becerisinin olmaması
Sakrum ve gluteal bölge	Yatağa bağımlı olma
Bacaklar ve ayaklar	Alçı, atel vb. materyaller
Sırt-boyun	Yatağa bağımlı olma
Diz-dirsekler	Yatak çarşafına sürtünme



## BASI YARASI RISK TANILAMA, DE ERLENDİRME VE ÖNLEME PROSEDÜRÜ

DOKÜMAN NO	HB.PR.04
YAYIN TARİHİ	27.07.2016
REVİZYON NO	00
REVİZYON TARİHİ	-
SAYFA	4 / 5

8. Dizlerin ve ayak bileklerinin birbirine sürtünmesini önlemek için bacak araları yastık ya da köpük kenarlıklarla desteklenir.
9. Topukların yatağa temasını önlemek için alt bacağın arka kısmına yastık konulur.
10. Hastanın yatağının baş ucu friksiyon ve yırtılmaya neden olacağından 30 den fazla yükseltilmemelidir.
11. Friksiyon ve yırtılmayı önlemek için hastaya pozisyon verirken, hastayı kaydırarak değil kaldırarak pozisyon verilir.
12. Yatak çarşafının düzgün ve gergin olması sağlanır.
13. Nemlilik kontrol edilir.

a. Nemi kontrol etmek için neme yol açan etmenler belirlenir (terleme, yara drenajı, banyo sonrası ıslak kalma, fekal ya da idrar inkontinansı vb.).

b. İdrar ya da gaitanın cilde temasını önlemek için bariyer krem ya da polimerik cilt koruyucular kullanılabilir.

c. Emici pedler, kondom kateter, fekal ya da üriner kolektörler kullanılarak inkontinansı olan hastanın cildi korunabilir.

14. Destekleyici materyaller kullanılabilir. Destek yüzeyler tek başına önleme ve tedavi etmede üstünlüğü yoktur. Basınç ülserlerinin koruma ve tedavi programının bir parçası olarak kullanılırlar.

a. Düşük teknolojik destekleyici materyaller: Basıncı daha geniş alana yayarlar. Sünger yatak, yatak örtüleri, jel/ sıvı/ lif/ hava dolu yatak ve yatak örtüleri, koyun postu bu gruba örnektir.

b. Yüksek teknolojik destekleyici materyaller: Elektrikli hava pompası yardımı ile yatak içinde iken bölümlerin ardındaki ip söndürücü düzeneklerdir. Enerji havalı yatak kullanılacaksa küçük hava bölmeli olmamasına dikkat edilmelidir.

15. Besin alımı değerlendirilir. Hastanın durumuna göre protein ve kalorisi yüksek besinler tercih edilir.

a. Bu hastalara A, C ve E vitamini vb. kollejen sentezini arttıran, epitelizasyonu sağlayan ve immün sistemi güçlendiren vitaminler verilmelidir.

b. Gerekli durumlarda aldıkları çıkardıkları takibi yapılır.

16. Sandalye/ yatakta 1 saatten fazla oturtulmamalıdır.

### 6.5. Mevcut Basınç Ülserinin Tanınması:

1. Basınç ülseri gelişmiş; a) a) daki evreleme sistemine göre derecelendirilir ve hemirelik bakımı yapılır.

#### I. Evre: Bütünlüğü Bozulmamış, Deride Basmakla Solmayan Kızarıklık

I. evre şöyle tanımlanabilir: Genellikle kemik çıkıntılar üzerindeki sınırlı bir alanda ortaya çıkan, deri bütünlüğü bozulmamış olan, parmakla basmakla solmayan kızarıklık. Basmakla solmayan kızarıklık, koyu renkli deride görülmeyebilir; bu alandaki renk çevresindeki derinin renginden farklı olabilir. Bu alan, çevresindeki alanla karıştırmada a) rılı, sert, yumuşak, daha sıcak ya da daha soğuk olabilir. I. evrenin koyu renk derili kişilerde tespit edilmesi zor olabilir. Bu durum, kişilerin “risk altında” olduğunu gösterebilir.

#### II. Evre: Dermis Tabakasının Kısmi Kaybı ve Vezikül

II. evre yüzeysel açık ülser şeklinde görünen, sarı nekrotik doku bulunmayan kırmızımsı pembe renkte yara yatağına sahip kısmi kalınlıkta dermis kaybıdır. Sılam ya da açık / rüptüre olmuştur, serum ya da serö-sanjinöz sıvı ile dolu veziküller şeklinde de görülebilir. Sarı nekrotik doku ya da “derin doku hasarı” (bruising)\* bulunmayan parlak veya kuru, yüzeysel doku kayıplı ülser şeklinde görülebilir. Bu kategori deri travmaları, medikal bant yaraları, inkontinans ile ilişkili dermatit, maserasyon ya da sıyrılmaya hasarlarını tanımlamak için kullanılmamalıdır.



## BASI YARASI RISK TANILAMA, DE ERLENDİRME VE ÖNLEME PROSEDÜRÜ

DOKÜMAN NO	HB.PR.04
YAYIN TARİHİ	27.07.2016
REVİZYON NO	00
REVİZYON TARİHİ	-
SAYFA	5 / 5

### III. Evre: Deri ve Subkütan Doku Tabakalarında Kayıp

III. evrede tam kalınlıkta doku kaybı vardır. Yara yatağında deri altı yağ dokusu görülebilir, fakat kemik, tendon ya da kaslar etkilenmemiştir. Sarı nekrotik doku bulunabilir, fakat doku kaybının derinliğini kapatacak şekilde değildir. Yarada cepler ve tüneller bulunabilir. III. evre basınç ülserinin derinliği anatomik yere göre derinlik gösterir. Burun kemiği, kulaklar, oksiput ve malleollerde subkütan yağ dokusu bulunmadığından, III. evre ülserler, derin olmayan doku kayıpları şeklindedir. Aksine, belirgin bir yağ dokusu bulunan yerlerde oldukça derin olabilir. Yara yatağında kemik / tendon görülmez ya da doğrudan palpe edilmez.

### IV. Evre: Tam Kalınlıkta Doku Kaybı (Kas/Kemik Görülebilir)

Bu evrede, kemik, tendon veya kasların etkilendiği tam kalınlıkta doku kaybı vardır. Sarı nekrotik doku veya eskar bulunabilir. Sıklıkla cepler ve tüneller vardır. IV. evre basınç ülserinin derinliği anatomik yere göre derinlik gösterir. Burun kemiği, kulaklar, oksiput ve malleollerde subkütan yağ dokusu bulunmadığından, IV. evre ülserler derin olmayan doku kayıpları şeklinde bulunabilir. IV. evre ülserler, muhtemelen osteomyelit ya da osteitin oluşumu, kas ve/veya destek yapılarına (örn. fasya, tendon veya eklem kapsülü) kadar yayılabilir. Yara içinde etkilenmiş olan kemik / kas dokusu görülebilir ya da doğrudan palpe edilebilir.

2. Hastanın kimlik doğrulaması yapılır.

3. Hastanın konfor düzeyi ve ağrı kesici ilaç ihtiyacı (bakım esnasında duyması muhtemel olan ağrı dikkate alınarak) değerlendirilir.

4. Hasta odasının kapısı kapatılır ya da paravan kullanılır.

5. Eller el yıkama standardına göre yıkanır, eldiven giyilir.

6. Hastaya pansuman derinliğine uygun pozisyon verilir.

7. Yara yatağındaki doku tipi değerlendirilir. Renk doku tipini gösterecektir (Siyah doku nekrotik, sarı doku fibrin, kırmızı doku granülasyon dokusudur).

8. Ülserin etrafındaki derinin rengine, sıcaklığına, ödemli olup olmadığına, ıslaklığına ve durumuna dikkat edilir.

9. Yaranın boyutları, uzunluk ve genişlik olmak üzere 2 boyutlu ölçülür.

10. Ülserin derinliği steril pamuklu bir aplikatör ile ölçülür.

11. Eldivenler çıkartılarak el hijyeni sağlanır.

12. Basınç ülseri tedavi planı hazırlanırken hasta; komplikasyonlar, mevcut hastalıklar, beslenme durumu, ağrı, psikososyal durum ve başka basınç ülseri riski olup olmadığı da göz önüne alınarak değerlendirilir.

## 7. GELİMLİ DOKÜMANLAR:

- Bası Yarısı Riski Değerlendirme Ölçeği (HB.FR.02, Sayfa 2)

HAZIRLAYAN SALIK HİZMETLER MÜDÜRÜ	KONTROL EDEN KALİTE YÖNETİMİ D. REKTÖRÜ	ONAYLAYAN BAHEKİM
---	--	----------------------