

	T.C NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ BASINÇ YARASI KONTROLÜ, ÖNLENMESİ VE BAKIM PROSEDÜRÜ	DOKÜMAN KODU	HB.PR.08
		YAYIN TARİHİ	01.06.2021
		REVİZYON NO	01
		REVİZYON TARİHİ	01.01.2024
		SAYFA NO	1 / 9

1.AMAÇ: Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde yatan tüm hastaların basınç yarası oluşma riskini değerlendirmek, gerekli önlemleri alarak basınç yarası oluşmasını önlemek, oluşan basınç yaralarına asepsi ve antisepsi kuralları uygulanarak güvenli bir şekilde bakımını sürdürmek ve doku bütünlüğü bozulmuş bölgenin iyileşmesini sağlamaktır.

2. KAPSAM: Bu prosedür Klinik ve Yoğun Bakım Ünitelerinde basınç yaralarını önleme ve oluşan basınç yaralarının tedavisine yönelik tüm faaliyetleri kapsar.

3.TANIMLAR

Basınç Yarası: Avrupa Basınç Ülseri Danışma Paneli (EPUAP) ve Ulusal Basınç Ülseri Danışma Paneli (NPUAP) tarafından, “Tek başına, basınç ya da yırtılma ile basıncın bir arada sebep olduğu, genellikle kemik çıkıntılar üzerinde ortaya çıkan lokalize deri ve / veya deri altı doku hasarı” olarak tanımlanmaktadır.

Eksuda: Zararlı etkenlerin canlı dokuda uyardığı, ateş, ağrı, sıcaklık, şişkinlik ve işlev bozukluğuyla belirgin, damar, sıvı ve hücre reaksiyonlarının tümü.

Seröz: Vücudun seröz katlarında bulunan, yangı anında miktarı artan protein yapısında duru sıvı.

Hemorojik: Kanamalı.

Pürülan: İrin içeren, cerahatli.

Serohemorojik: Hem serum hem de kandan oluşmuş, bu niteliği gösteren.

Seropürülan: Hem seröz hem de cerahatli olan.

Granülasyon: Yaraların içinde oluşan ve onların iyileşmesini sağlayan ufak, yuvarlak kabarcıklardan oluşan bağ doku üremesi.

Epitelizasyon: Zedelenmeye uğramış yüzeyin epitel hücrelerinin çoğalmasıyla oluşan iyileşme.

Sarı nekroz: Canlı organizmada doku veya hücrelerin yerel ölümü.

Masere: Yumuşayarak soyulma

Frajil: Kırılgan.

Eritem: Deri üzerinde oluşan kızarıklık, kızartı.

Kaviteli ülser: Deri ya da mukoza altı dokuları meydanda bırakan kronik yaralardır.

4.KISALTMALAR:

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

EPUAP: Avrupa Basınç Ülseri Danışma Paneli

NPUAP: Ulusal Basınç Ülseri Danışma Paneli

5.SORUMLULAR :Tüm klinik ve yoğun bakım çalışanları sorumludur.

6.FAALİYET AKIŞI

6.1. BASINÇ YARASI AÇISINDAN RİSK DEĞERLENDİRMESİ YAPILMASI GEREKEN HASTA GRUPLARI:

6.1.1. Tüm yatan hastalarda bası riski olan ve basınç ülseri gelişen hastalarda basınç yarası açısından risk değerlendirmesi yapılmalıdır.

	T.C NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	HB.PR.08
		YAYIN TARİHİ	01.06.2021
		REVİZYON NO	01
		REVİZYON TARİHİ	01.01.2024
		SAYFA NO	2 / 9

6.1.2. Hastanın kliniğe/birime/üniteye kabulünde ilk değerlendirmesi **Braden Risk Değerlendirme** ölçeği ile değerlendirilmelidir. Daha sonra bireysel durumuna göre düzeni ve sıklığı belirlenir. Son değerlendirmeye göre farklı bir durum saptanırsa yeniden değerlendirme yapılmalıdır.

6.1.3. Hastada mevcut risk durumuna göre hemşire bireysel bakım karar verici olarak değerlendirme sıklığına karar verebilir. Kontrol sıklığı aşağıdaki tabloya göre olmalıdır.

Puan	Risk Grubu	Kontrol Sıklığı	Uygulama Önerileri
15-16 Puan (75yaş ve üzeri bireylerde 15-18 puan)	Düşük Riskli	Yatışında 1 kez*	Pozisyon değişikliği, doğru taşıma ve kaldırma hareketleri Yeterli nutrisyon desteği Pozisyon destek araçları Nem kontrolü
13-14 Puan	Orta Riskli	Yatışında 1 kez*	Tüm girişimlere ek olarak 30 ° yan yatış pozisyonu, bariyer ve köpük ürün desteği, ağrı kontrolü.
12 ve altı Puan	Yüksek Riskli	Günde 1 kez	Tüm girişimlere ek olarak pozisyon sıklığının artırılması ve basınç rahatlatıcı yatak kullanımı.

- *Bası ülseri açısından herhangi bir semptom görülürse veya evre değişikliğinde yeniden değerlendirilir.

Toplam Puan 6-23 arasında olup puan düştükçe riskin yüksek olduğu şeklinde ele alınmalıdır.

6.2.DEĞERLENDİRME VE TAKİP

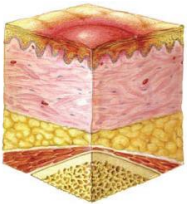
6.2.1. Braden Risk Değerlendirme ölçeğine göre basınç yarası riski hemşire tarafından bası riski tespit edildiğinde değerlendirme yapılır.

6.2.2. Basınç yarasını önleme, bakımı yapan hemşirenin sorumluluğundadır. Basınç yarası ilk kez değerlendirildiğinde basınç yarası risk **Bası Ülseri Tanılama Ve Risk Değerlendirme Formuna** hemşire tarafından kaydedilir.

6.2.3. Basınç yarası riskinin yüksek olması durumunda hastanın tedavisinden sorumlu sağlık çalışanı yara bakım ve takibini **Hemşire Gözlem Formuna** kaydeder ve takip sonucunda oluşan kayıtlar hasta dosyasında muhafaza edilir.

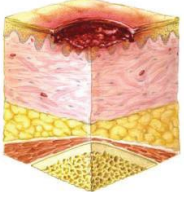
6.3.BASI YARASININ KLİNİK SINIFLANDIRMASI

1.Derece: Bası bölgesinde deride hiperemi, **cilt bütünlüğü bozulmamıştır**. Ciltte kızarıklık, ağrı, hassasiyet vardır.

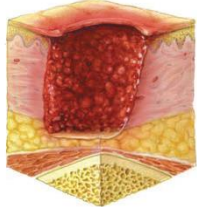


2.Derece: Bası bölgesinde dermise kadar yayılan yüzeysel ülserasyon ile birlikte ağrı ve hassasiyet vardır. Enfeksiyon oluşabilmektedir.

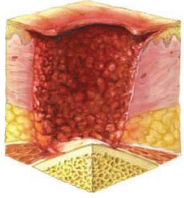
	T.C NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	HB.PR.08
		YAYIN TARİHİ	01.06.2021
		REVİZYON NO	01
	BASINÇ YARASI KONTROLÜ, ÖNLENMESİ VE BAKIM PROSEDÜRÜ	REVİZYON TARİHİ	01.01.2024
		SAYFA NO	3 / 9



3.Derece: Bası bölgesinde deri altı yağ dokusu ve kasa ilerleyen derin ülserasyon, nekroz ve ateş mevcuttur.

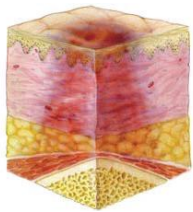


4.Derece: Kemik, eklem ve vücut boşluklarına (rektum, mesane, vajina) ilerleyen ülser, nekroz ve ateş mevcuttur.



Şüpheli Derin Doku Hasarı

Cilt bütünlüğü bozulmamış ancak ciltte mor ya da kestane renginde değişiklik ya da içi kan dolu büller vardır. Doku, çevre dokular ile karşılaştırıldığında ağrılı, sert, ezik, daha soğuk, daha sıcak ve daha yumuşak olabilir.



Evrelendirilemeyen Basınç Ülseri

Tam kalınlıkta doku kaybı var. Ancak ülser slough doku ile ve/veya eskar dokusu ile kaplıdır.

Ölü doku uzaklaştırılıncaya kadar yaranın gerçek evresi belirlenemez.



6.4.BASI YARASININ OLUŞMA RİSKİNİN YÜKSEK OLDUĞU BÖLGELER:



T.C
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

BASINÇ YARASI KONTROLÜ, ÖNLENMESİ VE BAKIM
PROSEDÜRÜ

DOKÜMAN KODU

HB.PR.08

YAYIN TARİHİ

01.06.2021

REVİZYON NO

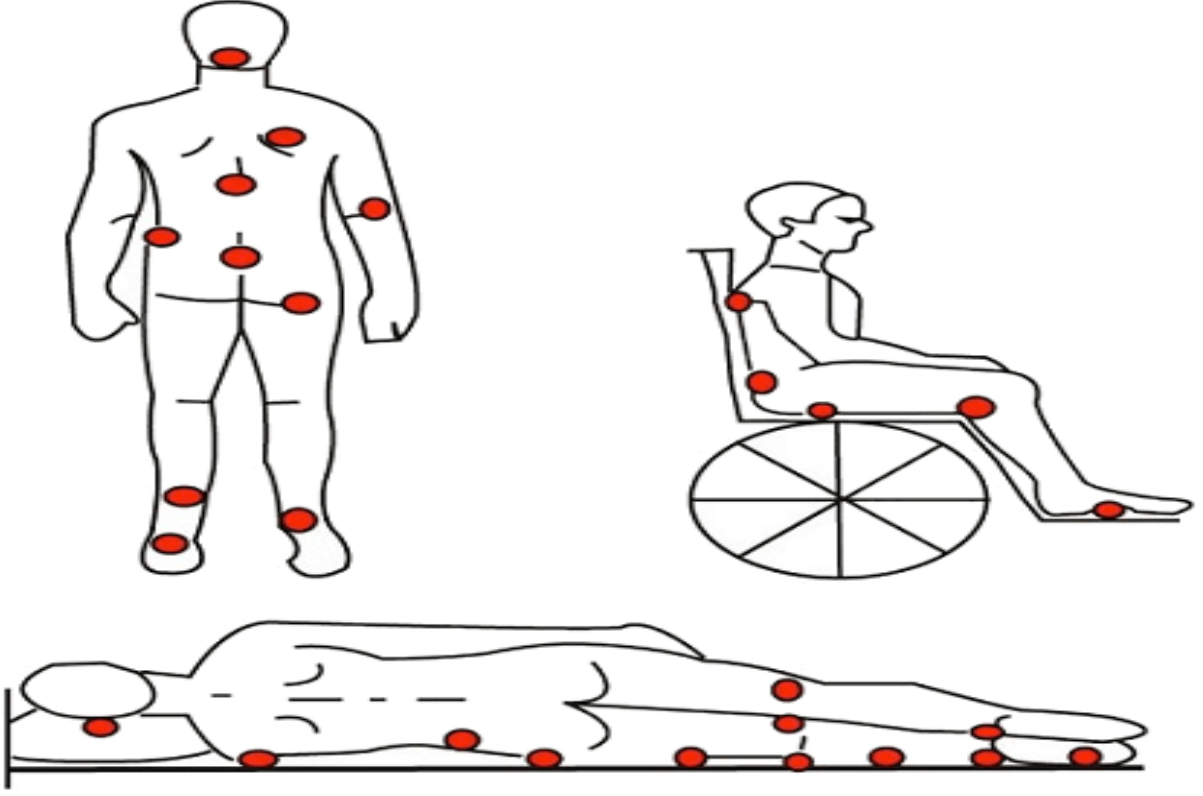
01

REVİZYON TARİHİ

01.01.2024

SAYFA NO

4 / 9





T.C
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

BASINÇ YARASI KONTROLÜ, ÖNLENMESİ VE BAKIM
PROSEDÜRÜ

DOKÜMAN KODU

HB.PR.08

YAYIN TARİHİ

01.06.2021

REVİZYON NO

01

REVİZYON TARİHİ

01.01.2024

SAYFA NO

5 / 9

DUYUSAL ALGILAMA Basınçla ilgili rahatsızlıklara cevap verebilme yeteneği	1.Tamamen Sınırlı Bilinç düzeyinin azalması veya sedasyona nedeniyle ağrılı uyarılara cevapsız(inlemez kaçınmaz) Ya da vücudu üzerine uygulanan ağrılı uyarıyı sınırlı hisseder .	2.Çok Sınırlı Sadece ağrılı uyarılara cevap verir. Rahatsızlığını inleme ya da huzursuzluk dışında ifade edemez. Vücudun ½ sinde ağrı ya da rahatsızlığı hissetmesini sınırlandıran duyu bozulması vardır.	3.Hafif Sınırlı Sözel uyarılara cevap verir fakat rahatsızlığını ya da pozisyon verilmesi gerektiğini her zaman ifade edemez. Bir veya iki ekstremitede ağrı veya rahatsızlığı hissetme yeteneğini sınırlandıran duyu bozulması vardır.	4.Bozulma Yok Sözel uyarılara cevap verir. Ağrı ya da ifade etmesini engelleyen herhangi bir duyu bozulması yoktur.
NEM Derinin neme maruz kalma derecesi	1 Sürekli Nemli Deri ter ve idrar nedeniyle hemen her zaman nemlidir. Hasta her hareket ettirildiğinde veya çevrildiğinde hemen her zaman nemlidir.	2.Çok Nemli Deri oldukça nemlidir, fakat sürekli nemli değildir. Çarşaf her nöbette en az bir kez değiştirilmelidir.	3. Ara Sıra Nemli Deri ara sıra nemlidir ve günde yaklaşık bir kez fazladan yatak çarşaflarının değişmesi gerekmektedir.	4.Nadiren Nemli Deri genellikle kurudur, çarşaf sadece rutin değişmeyi gerektirir.
AKTİVİTE Fiziksel aktivitenin derecesi	1.Yatağa Bağımlı Yatakta	2.Sandalyeye Bağımlı Yürüme yeteneği çok sınırlı veya hiç yoktur. Kendi ağırlığını taşıyamaz, sandalye ya da tekerlekli sandalyede desteklenmelidir.	3.Ara sıra Yürüyor Gün boyunca ara sıra, çok kısa mesafeli yardımla veya yardımsız yürür. Zamanın çoğunu yatak veya sandalyede geçirir.	4.Sık Sık Yürüyor Uyanık olduğu zaman her iki saatte bir en az bir kez oda içinde günde en az iki kez odanın dışında yürür.
HAREKETLİLİK Vücut pozisyonunu değiştirebilme ve kontrol edebilme yeteneği	1.Tamamen Hareketsiz Yardımsız vücut veya ekstremitte pozisyonunda hafif değişiklikler bile yapamaz	2.Çok Sınırlı Vücut veya ekstremitte pozisyonunda ara sıra hafif değişiklikler yapabilir. Fakat sık ve önemli değişiklikler yapamaz.	3.Hafif Sınırlı Bağımsız olarak vücut ve ekstremitte pozisyonunda hafif değişiklikler yapabilir.	4.Sınırlama Yok Yardımsız sık ve majör pozisyon değişiklikleri yapabilir.



T.C
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

BASINÇ YARASI KONTROLÜ, ÖNLENMESİ VE BAKIM
PROSEDÜRÜ

DOKÜMAN KODU

HB.PR.08

YAYIN TARİHİ

01.06.2021

REVİZYON NO

01

REVİZYON TARİHİ

01.01.2024

SAYFA NO

6 / 9

BESLENME Normal beslenme örüntüsü	1.Çok Kötü Yemeğinin tümünü yemez. Nadiren sunulan gıdaların 1/3 ünü yer. Günde 2 porsiyon ya da daha az protein alır. Sıvı alımı kötüdür. Destekleyici sıvı almaz ya da 5 günü aşkın süredir İV olarak besleniyor.	2.Muhtemelen Yetersiz Nadiren besinlerin tamamını bitirir, genel olarak besinlerin yaklaşık 1/2 sini yer. Protein olarak günde 3 porsiyon et veya süt ürünleri alır. Bazen destekleyici diyet alır. Ya da Optimum düzeyin altında sıvı diyet alır ya da tüple beslenir.	3.Yeterli Öğünlerin çoğunda besinlerin yarıdan fazlasını yer. Günde 4 porsiyon protein alır. Ara sıra verilen öğünü ret eder. Fakat genellikle verilen beslenme desteğini alır. ya da Tüple beslenerek veya TPN olarak beslenme gereksiniminin çoğu karşılanıyor.	4. MÜKEMMEL Her öğünün 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 ihtiyaç duymaz.
	1.Sorun Hareket sırasında hafiften maksimuma kadar yardıma ihtiyaç duyar. Çarşaf üzerinde kaydırmadan tam kaldırmak mümkün değil. Sık sık yatak veya sandalyeden aşağıya doğru kayar ve yeniden pozisyon alabilmek için maksimum düzeyde yardıma gereksinim duyar. Spastisite, kontraktür yada ajitasyon sürekli sürtünmeye yol açar.	2.Potansiyel Problem Zayıf hareket eder veya minimum yardıma ihtiyaç duyar. Hareket sırasında deri, sandalye, çarşaf, ve diğer araçlara üzerinde bir miktar kayabilir. Sandalye veya yatakta nispeten iyi bir pozisyonda kalabilir, ancak bazen aşağıya doğru kayar.	3.Görünen Problem Yok Yatak ve sandalyede bağımsız hareket eder ve hareket sırasında tamamen kalkmak için yeterli kas gücü vardır. Yatakta ya da sandalye de uygun pozisyonu sürdürür.	4



Tansiyon ve ilerlemiş diyabet	Hareketi kısıtlı olan yatalak hastalar (idrar ve gaita inkontinansı)
Aşırı obez ve kaşektik hastalar	
75 yaş ve üstü hastalar	Beslenme bozukluğu olan hastalar
Eski dekübit anamnezi olan	Hipoproteinemisi olan hastalar
Yetersiz O ₂ beslenmesi (KOA) olanlar	Metabolizma bozukluğu elektrolit dengesizliği (herhangi bir organ yetmezliği) olan hastalar
Herhangi bir travma sonucu politravmalı hastalar	
SVO olan hastalar	

6.5. BASINÇ YARASI RİSKİ OLAN HASTALAR

6.6. BAKIM UYGULAMASI VE KORUYUCU ÖNLEMLER

6.6.1. Her pozisyon değişiminde riskli bölgeler, kızarıklık, sıyrık, bül, çatlak, ağrı ve lezyon açısından değerlendirilir. Mevcut lezyonun çapı ölçülerek takip formuna kaydedilir.

6.6.2. Riskli hastalarda, havalı yatak kullanılır.

6.6.3. Cilt bakımında alkali olmayan sabunlar kullanılır.

6.6.4. Cilt bakımında pudra kullanılmaz.

6.6.5. Hassas ve kuru cilt üzerine masaj yapılmaz.

6.6.6. Her iki saatte bir pozisyon değiştirilir.

6.6.7. Daima cildin kuru ve temiz olması sağlanır.

6.6.8. Hastanın giysilerinin her zaman temiz, kuru, terletmeyen ve emici kumaştan olması sağlanır.

6.6.9. Sürgü verirken cildin tahriş olmamasına dikkat edilir.

6.6.10. Pozisyon verilirken basıncın abdomen, sırt, ekstremitelere eşit dağılımı sağlanmalıdır. Baş pozisyonu hekimin izin verdiği en alçak seviyede tutulur. Yükseltilmesi gerektiğinde 30° üzerine mümkünse çıkılmamalıdır. Solunum ve santral sinir sistemi sorunu olan hastalarda hekim istemi uygulanır. Her pozisyon değişiminde hasta risk bölgeleri açısından cilt bütünlüğü değerlendirilir.

6.6.11. Riskli bölgeler basınç ve travmalardan korunmalıdır.

6.6.12. Hastanın Pozisyonu;



30° yan yatma



60° yan yatma



Önme pozisyonu

	T.C NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	HB.PR.08
		YAYIN TARİHİ	01.06.2021
		REVİZYON NO	01
	BASINÇ YARASI KONTROLÜ, ÖNLENMESİ VE BAKIM PROSEDÜRÜ	REVİZYON TARİHİ	01.01.2024
		SAYFA NO	8 / 9

6.6.13.Hastanın yan pozisyonunda vücudun tüm ağırlığının altta kalan extremitelere yüklenmesi yerine sırttan ve kalçadan vücudun ağırlığı eşit dağılacak şekilde yan pozisyon verilir.

6.6.14.Entübe hastalarda; Entübasyon tüpünün dudak kenarına basısını önlemek için risk yoksa hekim ile birlikte tüp ağız içinde dudağın diğer tarafına tespit edilir. Risk varsa tüp ile dudak kenarına vazelinli spanç yerleştirilir.

6.6.15. 24 saatlik aldığı – çıkardığı sıvı takibi yapılmalıdır. Hidrasyon desteği sağlanmalıdır.

6.6.16. Yatak takımları günlük çarşafklar kırıksız ve gergin olmalıdır. Hastanın pozisyonunu değiştirirken sürtünmeyi önlemek amacıyla kaldırma aracı ya da transfer aracı kullanın, yatak çarşafklarının düz ve kırıksız olmasını sağlayın. Eğer hasta tolere edebiliyorsa ve tıbbi durumu uygunsa yüzükoyun (prone) pozisyona getirilmelidir.

6.6.17 Hastanın beslenmesi ve diyet düzenlenmesi yapılmalıdır. Hastanın protein ve elektrotları kontrol edilerek, laboratuvar sonuçlarına göre, yüksek kalorili, elektrolit dengeli bir beslenme listesi hazırlanmalıdır.

6.6.18 Hasta ve hasta yakınlarına bası yarasının önemi, korunma yöntemleri ve yapılan işlemler hakkında bilgilendirme yapılmalıdır.

6.7.BASI YARASI TEDAVİSİ

6.7.1. 1 ve 2. derece basınç yaralarında koruyucu önlemler devam ettirilir.

6.7.2. 2.derece basınç yarasında konservatif bakım ürünleri kullanılabilir.

6.7.3. 3. 4. Derece ve ilave evrelerde bası yaralarında koruyucu önlemler devam ettirilir. Aynı zamanda yara bölgesi büyüklüğü, nekrotik durumu, drenaja olup olmadığı, yara çevresi cilt bütünlüğü değerlendirilir.

6.7.4. Nekrotik olan yaralar debritleme işlemi ile tedavi edilerek ölü doku temizlenir.

6.7.5. Yaranın çevresini maserasyona engel olacak kadar kuru tutarak yara yatağını nemli tutan bir yara örtüsü seçilir.

6.7.6. II. Evre, temiz ve kıvrılmayacak ya da erimeyecek vücut alanlarındaki basınç yaralarında hidrokolloid yara örtülerini kullanılabilir.

6.7.7. Sürtme, alerjik yaralanma ya da flaster zedelenmesine bağlı yaralanma riski altında bulunan vücut alanlarını korumak için film yara örtülerini kullanılabilir.

6.7.8. Yüzeysel, çok az eksüdalı basınç yaralarında hidrojel yara örtülerini kullanılabilir.

6.7.9. Orta derecede ve aşırı eksüdalı basınç yaralarının tedavisinde aljinat yara örtülerini kullanılabilir.

6.7.10. II. Evre eksüdalı basınç yaralarında ve III. Evre derin olmayan basınç yaralarında köpük yara örtüsü kullanılabilir.

6.7.11. Enfekte ya da fazla miktarda kolonize olan basınç yaralarında gümüşlü yara örtüleri kullanılabilir.

6.7.12. Tüm bakım uygulamalarında hastanın mahremiyeti korunur. Yara pansumanlarında asepsi, antisepsi, kuralları uygulanır. Bası yarasının bulunduğu bölge dikkatle alınarak uygun pozisyon verilir.

	T.C NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	HB.PR.08
		YAYIN TARİHİ	01.06.2021
		REVİZYON NO	01
	BASINÇ YARASI KONTROLÜ, ÖNLENMESİ VE BAKIM PROSEDÜRÜ	REVİZYON TARİHİ	01.01.2024
		SAYFA NO	9 / 9

7. İLGİLİ DÖKÜMANLAR :

- HB.FR.11 Hemşire Gözlem Formu
- HB.FR.119 Bası Ülseri Tanılama Ve Risk Değerlendirme (Braden)Formu