

	ERCIYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ	DOKÜMAN NO:	HB.TL.19
		YAYIN TARİHİ:	OCAK 2007
	BASINÇ YARASI ÖNLEME TALİMATI	REVİZYON NO:	07
		REVİZYON TARİHİ:	KASIM 2021
		SAYFA NO:	1/ 5

1. AMAÇ: Uzun süre yatarak tedavi olan hastalarda (paralizi, yatağa bağımlı, yoğun bakımda yatan) oluşabilecek basınç yaralarının gelişimini önlemek, geliştiği takdirde yapılması gerekenleri tanımlamaktadır.

2. KAPSAM: Bu talimat bütün klinikleri kapsar.

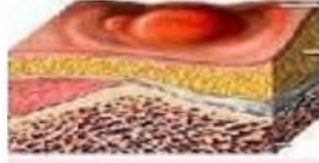
3. KISALTMALAR / TANIMLAR:

Basınç Yarası: Vücutta kemik çıkıntısı bulunan bölgelerde aşırı ve uzun süreli basınç nedeniyle dokularda iskemi ve ülserasyon oluşması sonucu oluşan lokalize deri ve / veya deri altı doku hasarıdır.

Basınç Yaralarının Klinik Sınıflaması;

Evre 1: Basınç sahasında deride hiperemi (inflamasyon)

- Bu evrede deride basmakla kaybolmayan kızarıklık vardır
- Bu evrenin, koyu renk derili hastalarda tespit edilmesi zor olabilir, bu durum kişilerin risk altında olduğunu gösterir.
- Deri bütünlüğü bozulmamıştır, ancak bu alan çevresindeki alanla karşılaştırıldığında ağrılı, sert, yumuşak, daha sıcak ya da daha soğuk olabilir
- Kızarıklık basınç kalktıktan sonra 30 dakikadan fazla devam eder
- Koruyucu yaklaşımla ve basit topikal tedavi ile düzeltilebilir. Öncelikle yara üzerindeki basınç kaldırılır. Lokal yara bakımı uygulanır.



Evre 2: Basınç sahasında dermise ulaşan yüzeysel ülserasyon

- Yüzeysel açık ülser şeklinde görünen, sarı nekrotik doku bulunmayan, kırmızımsı, pembe renkte yara yatağına sahip kısmi kalınlıkta dermis kaybıdır.
- Sağlam ya da açık / rüptüre olmuş, serum ya da serö-sanjinöz sıvı ile dolu veziküller şeklinde de görülebilir. Sarı nekrotik doku ya da “derin doku hasarı” bulunmayan parlak veya kuru, yüzeysel doku kayıplı ülser şeklinde görülebilir.
- Agresif topikal tedavi gerektirir.



HAZIRLAYAN:
BAŞHEMŞİRE

KONTROL EDEN:
KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ

ONAYLAYAN:
BAŞHEKİM

Evre 3: Basınç sahasında tam kalınlıkta doku kaybı olan ülserasyon

- 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.
- Basınç ülserinin derinliği anatomik yere göre değişiklik gösterir. Burun kemeri, kulaklar, oksiput ve malleollerde subkütan yağ dokusu bulunmadığından derin olmayan doku kayıpları şeklindedir. Belirgin bir yağ dokusu bulunan yerlerde oldukça derin olabilir. Yara yatağında kemik / tendon görülmez ya da doğrudan palpe edilmez.
- Basınç yarası çevresinde kızarıklık, pürülan akıntı, kötü koku ve ödem oluşmuşsa bakteriyel enfeksiyon açısından değerlendirilmeli ve yaradan kültür antibiyogram mutlaka yapılmalıdır.



Evre 4: Kemik, tendon veya kasların etkilendiği tam kalınlıkta doku kaybı olan ülserasyon

- Sarı nekrotik doku veya eskar bulunabilir. Sıklıkla cepleşme ve tünelleşme vardır.
- Burun kemeri, kulaklar, oksiput ve malleollerde subkütan yağ dokusu bulunmadığından derin olmayan doku kayıpları şeklinde bulunabilir.
- Osteomyelit ya da osteitin olduğu, kas ve/veya destek yapılara (örn. fasya, tendon veya eklem kapsülü) kadar yayılabilir.
- Yara içinde etkilenmiş olan kemik / kas dokusu görülebilir ya da doğrudan palpe edilebilir.



Evrelendirilemeyen Basınç Yarası

Deri veya dokuların tüm tabakalarında kayıp olan ve derinliği bilinmeyen ülserasyon

- Yaranın gerçek derinliğinin, yara yatağının sarı nekrotik doku (sarı, sarımsı ,kahverengi, gri, yeşil ya da kahverengi) ve / veya eskar (sarımsı kahverengi, kahverengi veya siyah) ile tamamen kapanmış olması nedeniyle bilinemediği, tüm tabakalardaki doku kaybının yer aldığı evredir. Nekrotik doku ve / veya eskar temizleninceye kadar, gerçek derinlik saptanamaz.

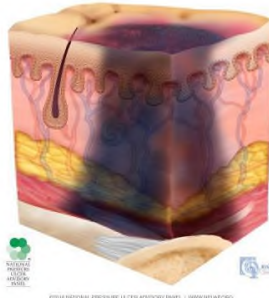
- Siyah kabuk veya eskar doku çıkarılırsa ,evre 3 veya evre 4 basınç hasarı açığa çıkabilir.



Derin Doku Hasarı Olan Evre:

Sağlam derili mor ya da koyu kahverengi/bordo olarak rengi değişmiş, lokalize alan veya alttaki dokuların basınç ve / veya yırtılma / sürtünme / ayrılma kuvvetleriyle hasar görmesine bağlı olarak gelişen içi kanla dolu vezikül

- Çevresindeki alanla karşılaştırıldığında ağrılı, sert, peltamsi, bataklık hissi veren, daha sıcak ya da daha soğuk; koyu renk derili bireylerde ince vezikül şeklinde bir doku bulunabilir.
- Koyu renk derili kişilerde derin doku hasarını tespit etmek zor olabilir. Yaranın gelişimi, koyu renkli bir yara yatağında ince bir vezikül şeklinde olabilir.



Tıbbi Cihazla İlişkili Basınç Hasarı :

-Tıbbi cihaza bağlı basınç yaralanmaları, teşhis veya terapötik amaçlı tasarlanmış ve uygulanmış cihazların kullanılmasından kaynaklanmaktadır. Hasta bakım ve tedavisinde yaygın olarak kullanılan nazogastrik tüpler, ventilasyon maskeleri, oksijen saturasyon problemleri, trakeostomi tüpleri veya travmalı hastalarda kullanılan boyun korsesi, alçılar ve ateller gibi tıbbi araçlardan kaynaklanan basınç hasarıdır.

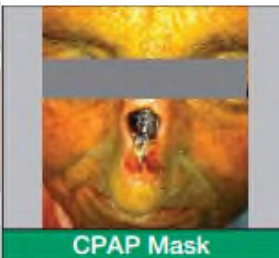
-Gerçek nedenin bilinmesi için mutlaka kayıtlara basınca neden olan faktör yazılması önerilmektedir.örneğin;Nazogastrik tüpün burun köprüsü üzerinde 'Evre 4 basınç hasarı .'



ET Tube



NG Tube



CPAP Mask

Mukoza Membran Basınç Hasarı

-Mukoz membran basınç yarası mukoza zarlarında meydana gelir ve yara yerinde kullanılan bir tıbbi cihaz varlığı söz konusudur. Mukoz membran yarası inflamasyondur. Bununla birlikte müköz membranın rengi nedeniyle inflamatuvar bir yanıt gözle görülemez. Yaralı doku hassas ve ödemlidir. Yaralı doku sarı ve parlak görünebilir, bu sert eskar dokusu olarak sınıflandırılmaz. Dokunun anatomisi nedeniyle de yara evrelendirilemez.



4. UYGULAMA

4.1. Kliniklere veya yoğun bakım ünitelerine kabul edilen bir hasta, doktor ve hemşire tarafından değerlendirilir. Basınç yaralarının erken belirtilerinin bilinmesi, önlenmesinde ve tedavisinde önemlidir.

4.2. Erken Belirtiler: Deri her gün basınç yaralarının erken belirtileri açısından (kızamıklık, irritasyon veya maserasyon) kontrol edilir. Özellikle kemik çıkıntılarının olduğu bölgelere dikkat edilir, derinin kuru ve temiz olması sağlanır.

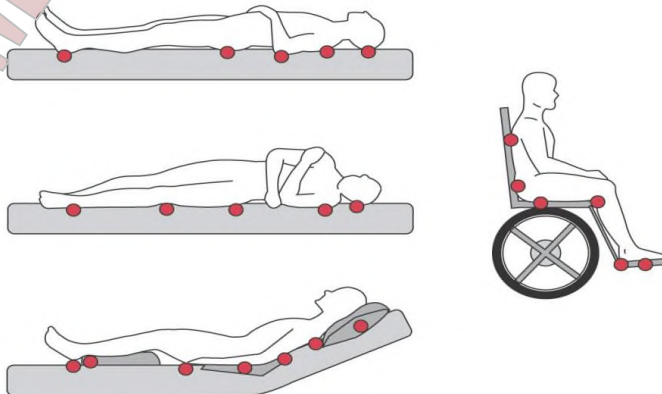
4.3. Kliniğe kabul edilen yetişkin hastaya, "Norton Basınç Yarası Risk Değerlendirme Ölçeği"; Çocuk ve bebeklere "Hemşirelik Hizmetleri Hasta Ön Değerlendirme Formu"nda bulunan "Braden Q Basınç Yarası Risk Değerlendirme Ölçeği" kullanılarak risk ölçümü değerlendirilmesi yapılır.

4.4. Kliniklerde yatan hastaların, basınç yarası riski düşükse, haftada bir; Basınç yarası riski yüksekse, her gün değerlendirilmesi yapılır. Yoğun bakım ünitelerinde yatan hastaların, basınç yarası riski düşük olsa dahi her gün değerlendirilmesi yapılır.

4.5. Basıncın kaldırılması ve tüm vücut yüzeyine eşit olarak dağıtılması için hastaya belirli aralıklarla yatağında pozisyon verilir. Hastanın konumunu değiştirme sıklığı, bulunduğu yüzeyin durumuna ve kalitesine bağlıdır. Genellikle bir tekerlekli sandalye kullanıyorsa, her 15 dakikada bir yükün ve saatte bir pozisyonun değiştirilmesi sağlanır. Eğer hasta sürekli yataktaysa 2 saatte bir pozisyonu değiştirilir. Verilen pozisyonlar 24 saatlik pozisyon değişim çizelgesi formuna kayıt edilir.

4-6. Yatağın başı 30-45 dereceden fazla yükseltilmemelidir. (bu pozisyon dereceleri hastanın genel durumuna göre değişiklik gösterebilir.)

4.7. Yatakta pozisyon verildikten sonra basınç bölgeleri gözlemlenmelidir. 8 saate bir derinin gözlenmesi yapılmalıdır.



 ERCİYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ	DOKÜMAN NO:	HB.TL.19
	YAYIN TARİHİ:	OCAK 2007
	REVİZYON NO:	07
	REVİZYON TARİHİ:	KASIM 2021
	SAYFA NO:	5/ 5
BASINÇ YARASI ÖNLEME TALİMATI		

- 4.8.** Genel bakımda hastanın kronik hastalığının tedavisine ve sağlığını olumsuz yönde etkileyebilecek faktörlerinin düzeltilmesine önem verilir, genel vücut ve cilt temizliğine dikkat edilir.
- 4.9.** Cildin temiz tutulması, özellikle yatağa bağımlı hastalarda idrar ve defekasyon sonrası temizlik çok önemlidir. Dışkılama sonrası perianal bölge yumuşak hareketlerle, sabun ve ılık su ile temizlenir.
- 4.10.** Özellikle çok kuru ciltli hastalarda günde en az 1 kez su bazlı nemlendiricilerle nemlendirilir.
- 4.11** Derinin kan dolaşımını arttırmak amacı ile hekim orderi doğrultusunda masaj uygulanır.
- 4.12** Deri nemli bırakılmamalı, ayak ve tırnak bakımı aksatılmamalıdır.
- 4.13.** Yoğun bakım şartlarında kullanılan bütün kataterler düzenli olarak kontrol edilmelidir.
- 4.14.** Giysiler, kuru ,pamuklu, hava geçirgen, emici nitelikte olmalıdır.
- 4.15.** Yatak çarşafı temiz ve kuru kolay değiştirilebilen, gergin, hava dolaşımını sağlayan gözenekli kumaşlardan olmalıdır, sentetik kumaşlardan kaçınılmalıdır.
- 4.16.** Hastanın altındaki çarşafalarda kırışıklıklar olmamalı, çarşaf üzerinde yabancı cisim (enjektör kapağı vb.) bulunmamasına dikkat edilmelidir.
- 4.17.** Dengeli beslenme ve yeterli sıvı alımı çok önemlidir. Kalorisi ve protein oranı dengelenmiş, vitamin ve mineral içeriği yeterli bir beslenme düzenine geçilmelidir..
- 4.18** Hastanın taburculuğu planlanıyorsa aileye basınç yaralarını önleme konusunda eğitim verilmelidir..

5. SORUMLULAR: Bu talimatın uygulamasından Klinik Hemşireleri ve Hastane Hizmetlileri, takibinden Başhemşirelik sorumludur.

6. KAYITLAR / FORMLAR:

- 6.1.** Hemşirelik Hizmetleri Hasta Ön Değerlendirme Formu
6.2. Basınç Yarası Değerlendirme Formu
6.3. '24 saatlik pozisyon değişim çizelgesi 'Formu

7. İLGİLİ DOKÜMANLAR:

- 7.1.** Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği
7.2. Sağlıkta Kalite Standartları
7.3. Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik

HAZIRLAYAN:
BAŞHEMŞİRE

KONTROL EDEN:
KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ

ONAYLAYAN:
BAŞHEKİM