



BASINÇ YARASI RİSK DEĞERLENDİRME TALİMATI

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
HEM_T_101	01.02.2024	-	-	15

“Revizyon Tarihi”

-

“Açıklama”

-

“Revizyon No”

-

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Başhemşirelik	Kalite Koordinatörü	Hastaneler Yönetim Kurulu Başkanı



BASINÇ YARASI RİSK DEĞERLENDİRME TALİMATI

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
HEM_T_101	01.02.2024	-	-	15

1. AMAÇ

Basınç yarası oluşma riskinin saptanması ve oluşmasını önlemektir.

2. KAPSAM

Basınç yarası gelişme riski olan hastayı kapsar.

3. KISALTMALAR

IV: İntravenöz

NG: Nazogastrik

TPN: Total Parenteral Nutrisyon

CPAP: Continous Positive Airway Pressure

4.TANIMLAR

Basınç Yarası: 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 hasarıdır.

Basınç yarası evreleri:

- **I.Evre:** Basmakla Solmayan Kızarıklık
- **II. Evre:** Dermis Tabakasının Kısmi Kaybı
- **III. Evre:** Deri ve Subkutan Doku Tabakalarında Kayıp
- **IV. Evre:** Tam Kalınlıkta Doku Kaybı
- **Evrelendirilemeyen Evre:** Deri veya Dokuların Tüm Tabakalarında Kayıp (Derinliği Bilinmiyor)



BASINÇ YARASI RİSK DEĞERLENDİRME TALİMATI

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
HEM_T_101	01.02.2024	-	-	15

- **Derin Doku Hasarı:** Derinliği Bilinmiyor.
- **Tıbbi Cihaz Kaynaklı Basınç Yarası:** Hasta için kullanılan tıbbi cihazların uzantılarının ve materyallerinin basınç yapması nedeniyle oluşan yaralardır.

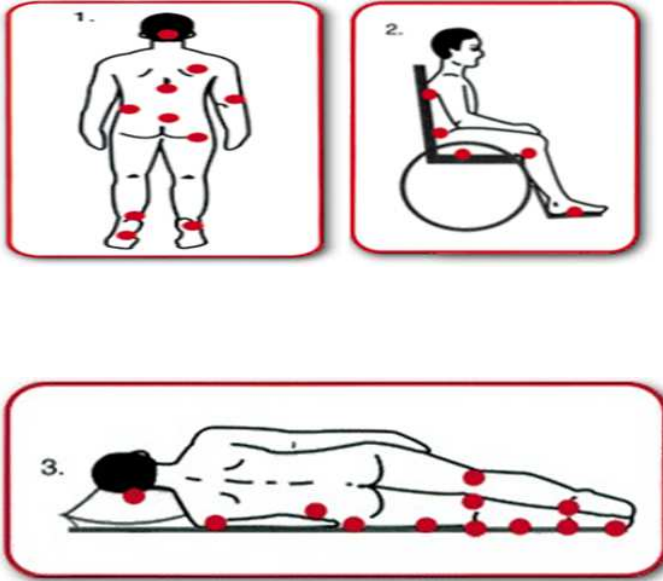
5. SORUMLULAR

Bu talimat uygulanmasından ilgili birim hemşireleri sorumludur.

6. FAALİYET AKIŞI

6.1. BASINÇ ÜLSERİ RİSK BÖLGELERİ:

6.1.1. Risk bölgeleri tanımlanır.



6.1.2. Sırt üstü yatarken basıncın en fazla olduğu bölgeler;

- Oksipital bölge



BASINÇ YARASI RİSK DEĞERLENDİRME TALİMATI

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
HEM_T_101	01.02.2024	-	-	15

- Scapula
- Dirsekler
- Gluteal bölge
- Koksiks
- Sakrum
- Topuk

6.1.3. Yan yatarken basıncın en fazla olduğu bölgeler;

- Parietal bölge
- Kulaklar
- Omuz başları
- Dirseklerin yan tarafları
- Kostaların yan kısımları
- İliak çıkıntı
- Trokanter bölge
- Dizin yan kısımları



BASINÇ YARASI RİSK DEĞERLENDİRME TALİMATI

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
HEM_T_101	01.02.2024	-	-	15

- Ayağın ve topuğun yan kısımlar

6.1.4. Yüz üstü yatarken en fazla bası altında kalan yerler;

- Yanak
- Çene
- Omuz başları
- Kadınlarda göğüsler
- Erkeklerde cinsel organlar
- Dizler
- Ayak başparmakları
- Ayak bileğinin iç yan kısımları

6.1.5. Yarı oturur durumdayken bası altında kalan yerler;

- Koksiks
- Sakrum
- Diz arkası
- Ayaklar (tabanları ya da yan kısımları)

6.1.6. Şişman hastalarda özellikle bası altında kalan yerler;



BASINÇ YARASI RİSK DEĞERLENDİRME TALİMATI

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
HEM_T_101	01.02.2024	-	-	15

- Göğüslerin altları
- Kalça kıvrım yerleri
- Karın bölgeleri

6.2. RİSK FAKTÖRLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

6.2.1. Risk faktörleri tanımlanmalıdır.

6.2.1.1. Hastaya Bağlı Faktörler

- Obezite
- Beslenme bozukluğu
- Diyabet
- Yaşlılık
- Zayıflık
- Enfeksiyon
- Ödem
- Anemi
- Hipotansiyon
- NG sonda ile beslenme
- Hareket kısıtlılığı



BASINÇ YARASI RİSK DEĞERLENDİRME TALİMATI

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
HEM_T_101	01.02.2024	-	-	15

- Steroid kullanımı
- Hipertermi
- Hipotermi
- Yatağa/sandalyeye bağımlılık
- Büyük cerrahi operasyon
- Travma
- Anoreksia
- Periferik vasküler hastalık
- Komorbid hastalıklar (konjestif kalp hastalığı, nefrotik sendrom, karaciğer hastalıkları)
- Kemoterapik ajanlar
- Radyasyon tedavisi alma veya radyasyona maruz kalma
- Nörolojik hastalıklar
- Bilinç düzeyinde azalma, sedasyon, anestezi

6.2.1.2. Yapılan Girişimler ve Kullanılan Malzemelere Bağlı Faktörler

- Santral katater
- Endotrakeal tüp



BASINÇ YARASI RİSK DEĞERLENDİRME TALİMATI

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
HEM_T_101	01.02.2024	-	-	15

- Nazogastrik sonda
- İdrar sondası
- Traksiyon, alçı, atel
- Fiziksel tespit
- Kompresyon manşonu
- Varis çorabı
- Bandaj
- IV setler
- Foley sonda
- Su dolu eldiven
- Simit

6.2.1.3. Özel Risk Oluşturan Durumlar

- Entübe hastalarda entübasyon tüpünün dudak kenarına olan basıyı önlemek için tüp ağız içinde dudağın diğer tarafına tespit edilir. Risk varsa tüp ile dudak kenarına bariyer kremli spanç yerleştirilir.
- Nazal tüp takılı hastalarda burunda bası yarasını önlemek için tespit bandı farklı bölgelere uygulanır.



BASINÇ YARASI RİSK DEĞERLENDİRME TALİMATI

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
HEM_T_101	01.02.2024	-	-	15

- Fiziksel tespit uygulanan hastalarda kısıtlama araçları deri gözlemlenerek kontrollü kullanılır.
- Oksijen maskesi veya CPAP maskesi takılı olan hastalarda basınç bölgeleri gözlenir.

6.3. BASINÇ ÜLSERİ RİSK PUANLAMASI

BRADEN BASI ÜLSERİ RİSK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ				
YÜKSEK RİSK: Toplam 12 ve >		ORTA RİSK: Toplam puan 13-14		DÜŞÜK RİSK: Toplam puan 15-16 ve 75 yaş üzerindekiler için 15-18
RİSK FAKTÖRLERİ				
DUYGUSAL ALGI (UYARANIN ALGILANMASI)	1 puan TAMAMEN SINIRLI (YETERSİZ) Ağrılı uyaranlara yanıt vermiyor (inleme, algılama). Bilinçsizliğe bağlı olarak vücudunda ağrı odaklarını hissedemiyor	2 puan ÇOK SINIRLI (YETERSİZ) Yalnız ağır uyaranlara yanıt veriyor. (Rahatsızlığını inlemele belli edebiliyor.	3 puan BİRAZ SINIRLI (YETERSİZ) Sözlü uyaranlara yanıt veriyor. Sürekli iletişim kurabiliyor. Hastanın yatak içinde çevrilmesi gerekiyor.	4 puan ORYANTE (TAMAMEN YETERLİ) Sözlü uyaranlara yanıt veriyor. Duyu kusuru yok.
DERİNİN NEM DURUMU Vücudun nemliliği	1 puan HER ZAMAN NEMLİ (SÜREKLİ ISLAK) Deri; ter, idrar, gaita ile sürekli ıslak, her çevrildiğinde ıslaklık hissediliyor.	2 puan GENELİKLE NEMLİ Deri çoğu zaman ıslak. Her vardiya da çarşafının bir kez değiştirilmesi gerekiyor.	3 puan ARASIRA NEMLİ (BAZEN ISLAK) Deri bazen ıslak. Çarşafının ıslandıkça değiştirilmesi gerekiyor.	4 puan NADİREN NEMLİ Deri genellikle kuru, çarşafının rutin olarak değiştirilmesi gerekiyor.
HAREKET YETENEĞİ Pozisyonunu değiştirme ve kontrol edebilme	1 puan TAM HAREKETSİZ Yardımsız pozisyon değiştiremiyor.	2 puan KISITLI HAREKETSİZ Vücut ve ekstremiteler pozisyonlarında hafif değişiklik yapabiliyor. Kendi başına pozisyonunu değiştiremiyor	3 puan AZ HAREKETLİ Vücut ve ekstremitelerinde sık ancak hafif değişiklik yapabiliyor.	4 puan TAM HAREKETLİ Pozisyonunu yardımsız sıklıkla değiştirebiliyor.
FİZİKSEL AKTİVİTE Fiziksel aktivitenin derecesi	1 puan YATAĞA BAĞIMLI Her türlü bakım gereksinimi yatakta karşılanıyor.	2 puan SANDALYEME BAĞIMLI Çok az yürüyebiliyor. Sandalyeye oturabilmesi için yardım gerekiyor. Kendi ağırlığını kaldırmakta güçlük çekiyor.	3 puan DESTEKLE YÜRÜYÖR Yardımla veya yardımsız kısa mesafede yürüyebiliyor. Her vardiya da çoğu zaman yataktan yatağa sandalyede oturuyor.	4 puan YARDIMSIZ SIK YÜRÜYÖR Günde en az iki defa oda dışına çıkabiliyor. Oda içinde Zsaatte bir yürüyebiliyor.
BESLENME Beslenme alışkanlığı	1 puan KÖTÜ (ÇOK YETERSİZ) Asla öğününün tamamını yiyemiyor. Nadiren verilen yemeyi 1/3'ünü yiyebiliyor. 2 öğün ya da daha az protein alabiliyor (et ve süt ürünleri). Sıvı alımı az. Ağzından sıvı desteği alamıyor. 5 günden uzun süreli IV ve berrak diyet alıyor.	2 puan YETERSİZ Verilen yemeyi yarısını, nadiren tamamını yiyebiliyor. Günde 3 defa protein bazen destekleyici ek gıda alabiliyor. Uygun diyetin tüp ile verilen besinin bir kısmı alabiliyor.	3 puan YETERLİ Öğünün yarısından fazlasını yiyebiliyor. Günde 4 kez protein alabiliyor. Ara sıra öğünü reddediyor. Verilmişse ek diyeti ya da total parenteral beslenmeyi alabiliyor.	4 puan ÇOK İYİ Her öğünü çoğunlukla yiyor. Öğünleri reddetmiyor. Günde 4 defa protein alabiliyor. Genellikle öğün aralarında yiyor. Ek gıda gerekmiyor.
SÜRTÜNME-BASI (TAHRİŞ)	1 puan SORUNLU Hareket ederken çok fazla yardıma gereksinimi var. Çarşafa kaydırmadan tamamen kaldırılması olmaksız. Sıklıkla sandalyeden ya da yataktan aşağıya kayıyor. Yeniden pozisyon vermede çok fazla yardıma ihtiyacı var. Sertlik, kontraktör ya da dahursuzluk sürekli sürtünmeye neden oluyor.	2 puan POTANSİYEL SORUNLU Çok az yardımla az ve güçsüz hareket yapabiliyor. Hareket sırasında deri; çarşafa, sandalyeye ya da diğer malzemelere sürtünüyor. Genellikle yatak ve sandalyede pozisyonunu sürdürüyor, fakat bazen kayıyor.	3 puan SORUNSUZ Yatak ve sandalyede bağımsız hareket edebiliyor. Kendini kaldırmak için yeterli kas gücü var. Yatak ve sandalyede her zaman uygun pozisyonunda duruyor.	



BASINÇ YARASI RİSK DEĞERLENDİRME TALİMATI

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
HEM_T_101	01.02.2024	-	-	15

İLK DEĞERLENDİRME PUANI:		
BASINÇ YARALANMASI RİSK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ	Uyarının Algılanması	
	Tamamen Yeterli	4
	Biraz Yeterli	3
	Çok Yetersiz	2
	Tamamen Yetersiz	1
	Nemlilik	
	Nadiren Islak	4
	Bazen Islak	3
	Çok Islak	2
	Sürekli Islak	1
	Aktivite	
	Sık Sık Yürüyor	4
	Ara Sıra Yürüyor	3
	Sandalyeye Bağımlı	2
	Yatağa Bağımlı	1
	Hareket	
	Hareketli	4
	Az Hareketli	3
	Çok Hareketsiz	2
	Tamamen Hareketsiz	1
	Beslenme	
	Çok İyi	4
	Yeterli	3
	Yetersiz	2
	Çok Yetersiz	1
	Sürtünme ve Yırtılma	
	Sorun Yok	3
	Olası Sorun	2
	Sorun	1
	Toplam Puan	



BASINÇ YARASI RİSK DEĞERLENDİRME TALİMATI

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
HEM_T_101	01.02.2024	-	-	15

Düşük ,orta ve yüksek dereceli hastada braden risk değerlendirme ölçeği, basınç yaralanması gelişiminin önlenmesi formu ile birlikte günlük değerlendirilir. Risk olmayan hastada haftalık değerlendirilir.

6.3.1. BRADEN RİSK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

- **DUYUSAL ALGI:** Basınç ya da rahatsız edici durumları algılama

- **Tamamen Cevapsız;** Bilinç düzeyinde değişiklik veya sedasyon nedeniyle ağrılı uyarılara cevabın olmaması veya tüm vücutta ağrıyı hissetmede sınırlı (1 PUAN)
- **Sadece Ağrılı Uyarılara Çok Sınırlı Cevap;** Rahatsızlığı dile getirememesi yalnızca

inleme/huzursuzluk ile ifade edebilme veya vücudun yarısındaki ağrı/rahatsızlığı hissetme (2 PUAN)

- **Sözlü Komutlara Kısmen Cevap;** Rahatsızlık, dönme isteğini dile getirememesi. 1-2 extremitede rahatsızlık veya ağrı hissetmede sınırlılık (3 PUAN)
- **Normal Sözel Cevap;** Sözel komutları algılamada ağrı, rahatsızlığını dile getirmede sorun yok (4 PUAN)

- **NEMLİLİK:** Derideki nemin derecesi

- **Sürekli Nemli:** Ter veya idrarla derinin sürekli nemli olması; hasta çevrilirken, taşınırken vücudu kurulanmalı (1 PUAN)
- **Çok Sık Nemli:** Deri sıklıkla nemli fakat her zaman değil; çarşaf her şifte bir kez değiştirilmeli (2

PUAN)

- **Ara Sıra Nemli:** Deri ara sıra nemli; günde bir kez çarşaf değiştirmek gerekir (3 PUAN)
- **Nadiren Nemli:** Deri genelde kuru; rutin aralarla çarşaf değiştirilmeli (4 PUAN)



BASINÇ YARASI RİSK DEĞERLENDİRME TALİMATI

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
HEM_T_101	01.02.2024	-	-	15

• **AKTİVİTE:** Fiziksel faaliyet derecesi

- **Yatağa Bağımlı:** Sürekli yatakta (1 PUAN)
- **Tekerlekli Sandalyeye Bağımlı:** Yürüme sınırlı/yok, kendini kaldıramıyor ve/veya yardımla oturuyor. (2 PUAN)
- **Aralıklı Yürüyor:** Gün boyunca ara sıra kısa aralarla yardımla/yardımsız yürüyor. Zamanının

çoğunu yatakta/sandalyede geçiriyor. (3 PUAN)

- **Sık Yürüyor:** Oda içinde /dışında günde en az iki saatte bir yürüyor. (4 PUAN)

• **HAREKET:** Pozisyon değiştirme derecesi

- **Tamamen Hareketsiz:** Yardımsız pozisyon değiştiremiyor. (1 PUAN)
- **Çok Sınırlı/Kısıtlı Hareketli:** Vücudun extremitelerine sınırlı olarak bağımsız pozisyon değiştirebiliyor. (2 PUAN)
- **Hafif Sınırlı/Az Hareketli:** Vücudun extremitelerinin pozisyonunu sık sık bağımsız değiştirebilir.

(3 PUAN)

- **Sınır Yok/Tam Hareketli:** Yardım olmadan her türlü pozisyonu alabiliyor. (4 PUAN)

• **BESLENME:** Yiyecek alımı



BASINÇ YARASI RİSK DEĞERLENDİRME TALİMATI

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
HEM_T_101	01.02.2024	-	-	15

- **Çok Zayıf:** Asla yemeğinin tamamını almıyor, nadiren yemeğinin yarısını yiyor. Günde 2 porsiyondan az protein alıyor. Sıvı az alıyor. Destekleyici sıvı diyet almıyor veya NPO/IV ile 5 günden fazla besleniyor. (1 PUAN)
- **Muhtemelen Yetersiz:** Nadiren sunulan yemeğinin tamamını yiyor, genellikle yarısını yiyor.

Yalnızca günde 3 porsiyon alıyor. Genelde verilen diyeti alıyor veya IV sıvı, diyet/tüple besleniyor. (2 PUAN)

- **Yeterli Besleniyor:** Öğünlerin çoğunda besinlerin yarıdan fazlasını yer. Günde 4 porsiyon protein alır. Ara sıra verilen öğünü reddeder. Tüple beslenerek veya TPN olarak beslenme gereksiniminin çoğu karşılanır. (3 PUAN)
- **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 da yer ve gıda desteğine ihtiyaç duymaz. (4 PUAN)

• SÜRTÜNME VE YIRTILMA

- **Sorun/Problem Var:** Hareket sırasında minimumdan maksimuma kadar yardıma ihtiyaç duyar.

Çarşaf üzerinde kaydırmadan tam kaldırmak mümkün değil. Sık sık yatak veya sandalyeden aşağıya kayar ve yeniden pozisyon alabilmek için maksimum düzeyde yardıma gereksinim duyar. (1 PUAN)

- **Potansiyel Problem:** Zayıf hareket eder veya minimum yardıma ihtiyaç duyar. Hareket sırasında deri, sandalye, çarşaf ve diğer araçlar üzerinde bir miktar kayabilir. Sandalye veya yatakta nispeten iyi bir pozisyonda kalabilir, ancak bazen aşağıya doğru kayar. (2 PUAN)



BASINÇ YARASI RİSK DEĞERLENDİRME TALİMATI

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
HEM_T_101	01.02.2024	-	-	15

- **Problem Yok:** Yatak ve sandalyede bağımsız hareket eder ve hareket sırasında tamamen kalkmak için yeterli kas gücü vardır. Yatakta ya da sandalyede uygun pozisyonunu sürdürüyor. (3 PUAN)

6.4. BASINÇ YARASI RİSK HESAPLAMA:

6.4.1. Puanlama yapıldıktan sonra toplanan değer risk durumuna göre uygulama düzenlenir.

- **YÜKSEK RİSK:** Toplam puan 12 ve altı
- **ORTA RİSK:** Toplam puan 13-14
- **DÜŞÜK RİSK:** Toplam puan 15-16 (75 yaş üzerindeki bireylerde 15-18 puan)
- **RİSK YOK:** Toplam puan 16 üstü

Braden Q Ölçeği (<5 Yaş)

(Toplam puan < 23 ise risk altında)	
HAREKETLİLİK	1- Tamamen Hareketsiz : Destek olmadan vücutta ve ekstremitelerde değişiklik yapamıyor 2- Çok Sınırlı : vücutta ve ekstremitelerde arada bir ufak değişiklikler yapar fakat tamamen bağımsız şekilde kendini çeviremez 3- Hafif Sınırlı : Bağımsız şekilde ekstremitelerini ya da vücudunda sıkça ufak değişiklikler yapar 4- Sınırsız (Kısıtsız) : Yardım olmadan pozisyonunda temel ve sık değişiklikler yapar
AKTİVİTE	1- Yatağa Bağlı : Yatağa bağımlı 2- Sandalyeye Bağlı : Kendi kilosunu kaldıramaz, sandalyeye yada tekerlekli sandalyeye ihtiyacı var 3- Nadiren Yürür : Gün boyunca nadiren yardımcı yada yarımsız çok kısa mesafeleri yürür. Genelde yatakta yada sandalyededir 4- Yürümek İçin Yaşı Çok Küçük Olan Hastalar Yada Sıkça Yürüyenler : Ayakta olunan saatlerde odanın dışında en azından günde iki kez ve odanın içinde iki saatte bir yürür.



BASINÇ YARASI RİSK DEĞERLENDİRME TALİMATI

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
HEM_T_101	01.02.2024	-	-	15

DUYUSAL ALGILAMA	Tamamen Kısıtlı : Bilinç seviyesinin azalmasına yada ilaç etkileşime bağlı olarak ağırlı uyarana tepkisiz veya vücut yüzeyinin çoğunda ağrıyı hissetme becerisi sınırlı Çok Kısıtlı : Sadece ağırlı uyarana tepkili. İnleme veya huzursuzluk dışında rahatsızlığını ifade edemez veya vücudunun yarısında ağrıyı hissetme becerisini kısıtlayan algısal bozukluklar var. Hafif Kısıtlı : Sözlü komutlara tepki verir, fakat her zaman rahatsızlığını ifade edemez veya bir yada iki ekstremitede ağrıyı hissetme becerisini sınırlayan bozukluk var Bozulma Yok: Sözlü komutlara tepki verir ağrıyı ve rahatsızlığını ifade etme veya hissetme becerisini kısıtlayan herhangi bir algısal bozukluğu yok
NEMLİLİK (Hangi Cildin Neme Maruz Kalacağı Derece)	Sürekli Nemli : Cilt, terleme idrar gibi nedenlerden dolayı hemen her zaman nemlidir. Çok Nemli : Cilt her zaman değil ama çoğu zaman nemlidir. Çarşaf her 8 saatte bir değiştirilmelidir. Bazen Nemli : Cilt bazen nemlidir. Çarşafın 12 saatte bir değişmesi gerekir. Nadiren Nemli : Cilt genellikle kurudur. Çarşaf 24 saatte bir değişir.
SÜRTÜNME – MAKAS (SHEAR) Sürtünme cilt destek yüzeylere doğru hareket ettiğinde olur. Makas (shear) cilt ve eklem kemik yüzeyi birbirine doğru kaydığında gerçekleşir.	Ciddi Problem : Kas sertliği, kontraktür, kasılma, kaşınma, sabit sürtünmeye yol açar Problem : Harekette maksimum desteği azaltmayı gerektirir. Çarşafta kaydırmaksızın tamamen kaldırılması imkansızdır. Sıklıkla sandalyeden ya da yataktan aşağı kayıyor. Yeniden pozisyon vermede çok fazla yardıma gereksinimi var Muhtemel Problem : Yavaşça hareket eder veya minimum destek gerektirir. Çok az yardımla az ve güçsüz hareket yapılabiliyor hareket sırasında deri çarşafa sandalyeye sürtünüyor. Görülen Problem Yok : Pozisyon değişikliğinde hasta tamamen kalkabilir, yataкта yada sandalyede hareket eder ve hareket sırasında kendini tamamen kaldırmak için yeterli kas gücü vardır. Yataкта yada sandalyedeki pozisyonunu her zaman korur.
BESLENME Genel Yiyecek Giriş (Alma) Tarzı	Çok Zayıf : NPO(uzun süreli açlık) ve/veya temiz sıvılara dayalı veya 5 günden fazla IV veya albumin<2,5 mg/dl veya asla tüm yemeğini yemez. Verilen bir yemeğin yarısından fazlasını nadiren yer. Sıvıyı az miktarda alır. Sıvı diyet destekleyicisi almaz Yetersiz : kalori ve mineral desteği sağlayan sıvı diyetinde yada tüp beslenmesindedir veya nadiren yemeğin tamamını yer ve genellikle verilen yemeğin yalnızca yarısını yer. Bazen diyet destekleyici alır. Yeterli : Tüple beslenmede yada kalori ve mineral sağlayan TPN' alır veya yemeğin yarısından fazlasını yer. Hergün kendisine verilen proteinlerden toplam 4 servisi yer. Bazen yemeği istemez fakat önerilirse genellikle destekleyici alır. Mükemmel : Yaş için yeterli kalori sağlayan normal diyetindedir. Örneğin her yemeğin çoğunu yer. Asla yemeği geri çevirmez. Genellikle et veya günlük ürünlerden 4 veya daha fazla servis alır. Bazen yemek arasında yer. Desteğe gereksinim duymaz.
DOKU PERFÜZYONU OKSİJENLENME	Son Derece Tehlikeli : Hipotansiftir. Hasta pozisyon değişikliklerini fizyolojik olarak tolere edemez. Tehlikeli : Normal tansiyon değeri, oksijen satürasyonu < %95; hemoglobin < 10 mg/dl ; kapiller dolaşıma tekrar kan gitmesi >2saniye ; serum ph < 7,40 olabilir Yeterli : Normal tansiyon değeri, oksijen satürasyonu < %95 ; hemoglobin < 10 mg/dl ; kapiller dolaşıma tekrar kan gitmesi =2 saniye ; serum ph normal olabilir Mükemmel : Normal tansiyon değeri, oksijen satürasyonu > %95 ; normal hemoglobin ; kapiller dolaşıma tekrar kan gittmesi <2saniye olabilir
TOPLAM PUAN	

6.4.2. Braden Q skalasında puan 17-28 arası riskte;12 satte bir değerlendirilir.Puan 16 ve altında ise yüksek risklidir ve 8 saatte bir değerlendirilir.

6.5. BASINÇ YARASI RİSK DEĞERLENDİRME TAKİBİ



BASINÇ YARASI RİSK DEĞERLENDİRME TALİMATI

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
HEM_T_101	01.02.2024	-	-	15

6.5.1. Hastanın kliniğe kabulünde basınç ülseri gelişme riskini braden basınç ülseri takip formu kullanarak kapsamlı bir şekilde değerlendirilir (en geç 8 saat içinde) ve bu değerlendirme hastanın bireysel durumuna göre gerektirdiği kadar düzenli olarak tekrarlanır.

6.5.2. Hastanın durumunda herhangi bir değişiklik olursa, tekrar bir değerlendirme yapılır. **"HBYS ve Yoğun Bakım Hemşire İzlem Formu "**na kayıt edilir. Elektronik ortamda değerlendirme takibini yapılır.

6.5.3. Değerlendirmeler aşağıdaki şekilde yapılır:

- **Akut bakımda (yoğun bakım)**

- İlk kabulde
- En az 24 saatte bir
- Hastanın durumu değiştiğinde

7. İLGİLİ DÖKÜMANLAR

7.1. Hemşire İzlem Formu

7.2. Braden Risk Değerlendirme Ölçeği

7.3. Braden Q Risk Değerlendirme Ölçeği

7.4. Yoğun Bakım Hemşire İzlem Formu