



BASI YARASI OLUŞUMUNU ÖNLEME TALİMATI

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
HEM_T_60	07.11.2012	05.12.2022	RV02	9

REVİZYON DURUMU

“Revizyon Tarihi”	“Açıklama”	“Revizyon No”
04.06.2014	Görsel figürler eklendi.	1
05.12.2022	Hastane logosu değiştirildi. Madde 6.1.1 Bası Yarası Risk Faktörleri eklendi. Madde 6.2.1 Braden Risk Değerlendirme; Waterlow Skalası olarak revize edildi. Madde 6.2.2 Tanılama maddesi eklendi. Madde 6.5 Bası Yarası Gelişimini Etkileyen Faktörler tanılması yapıldı. Madde 6.5.1 ,6.5.4 ,6.5.6 ,6.5.16 tanılama maddeleri eklendi Madde 6.5.14 tanılama maddesine ekleme yapıldı.	2

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Başhemşirelik	Kalite Koordinatörü	Hastaneler Yönetim Kurulu Başkanı



BASI YARASI OLUŞUMUNU ÖNLEME TALİMATI

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
HEM_T_60	07.11.2012	05.12.2022	RV02	9

1. AMAÇ

Bu talimatın amacı, bası yaralarının gelişimini önlemeye yönelik standart bir yöntem belirlemektir.

2. KAPSAM

Bu talimat bası yaralarının gelişimini önlemeye yönelik tüm faaliyetleri kapsar.

3. KISALTMALAR:-

4. TANIMLAR

- **İnkontinans:** Kendini tutamama, kendine hakim olamama, kaçırmak.
- **Supin Pozisyonu:** Sırt üstü yatış
- **Prone Pozisyonu:** Yüz üstü yatış
- **Sims Pozisyonu:** Yan yatış pozisyonu
- **Yarı Fowler Pozisyonu:** Yarı oturur pozisyon

5. SORUMLULAR

Bu talimatın uygulanmasından hemşire sorumludur.

6. FAALİYET AKIŞI

6.1 TEMEL İLKELER

6.1.1. Bası Yarası Risk Faktörleri

Obezite (şişmanlık), Kaşektik (zayıflık), beslenme bozukluğu, diyabet, yaşlılık, NGS ile beslenme, hareket kısıtlılığı, steroid kullanımı, hipertermi, hipotermi, yatağa bağımlılık, büyük ameliyat, travma, anoreksiya, SVO ve periferik vasküler hastalık olarak değerlendirilir.

6.1.2. Hastanın ilk değerlendirmesi sırasında 5 yaşından büyük hastalar ve yetişkin hastalar Waterlow Skalası Değerlendirme Aracına göre 5 yaşından küçük hastalarda Braden-Q Risk Değerlendirme Aracına göre değerlendirilmeli, daha sonra haftada bir veya hastanın günlük bakımı sırasında son değerlendirmeye göre farklı bir durum saptanırsa yeniden değerlendirme yapılmalıdır.

6.1.3. Riskli bölgeler basınç ve travmalardan korunmalıdır.

6.1.4. Risk altındaki her hastanın pozisyonu hekim isteminde aksi belirtilmedikçe “**Bası Yarası Ölçekleme Yöntemi**” kullanılarak yapılır

6.1.5. Cildin tonüsünün bozulduğu (ödem, kaşektik hastalar vb.) durumlarda bası yarası riskinin yüksek olacağı göz önünde bulundurulmalıdır.

6.1.6. Hasta ve/veya yakınları bası yarası önleme faaliyetlerine yönelik bilgilendirilmelidir.



BASI YARASI OLUŞUMUNU ÖNLEME TALİMATI

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
HEM_T_60	07.11.2012	05.12.2022	RV02	9

6.2.1. Waterlow skalasında puan 0'dan 15 puana kadarsa 48 saatte bir, puan 15'ten fazla ise 24 saatte bir değerlendirilir.

Braden Q Ölçeği (<5 Yaş)

(Toplam puan < 23 ise risk altında)

(5 yaş ve üzeri hastalar içindir)					
Boyuna Oranla Vücut Yapısı/Kilosu			Mobilite		
Orta	0		Tam	0	
Ortanın üstü	1		Huzursuz/yerinde duramıyor	1	
Aşırı şişman	2		Kayıtsız (apatik)	2	
Ortanın altı	3		Kısıtlı	3	
Boşaltım			Traksiyonda/Hareketsiz	4	
Tam kontinans/katatere bağlı	0		Oturduğu yerden kalkamıyor	5	
Arasıra tutamıyor	1		Özel Riskler		
Katetere bağlı (feçesini tutamıyor)	2		Özel riskler yok	0	
Hiç tutamıyor (idrar ve feçes)	3		Sigara içiyor	1	
Nörolojik			Anemi	2	
Nörolojik bulgular yoksa	0		Kalp yetmezliği	3	
Diabet Multiple Skleroz	4		Periferik vasküler hastalık	4	
SVO-Serebrovasküle kaza	4		Terminal kaşeksi	5	
Motor-Duyusal	5		Cinsiyet / Yaş		
Parapleji	6		Erkek	1	
Büyük Ameliyat			Kadın	2	
Büyük ameliyat - travma yoksa	0		5-13	1	
Ortopedik - belden aşağı spinal	5		14-49	1	
Ameliyat masasında 2 saatten fazla	5		50-64	2	
Cilt tipi-Görülen Riskli Bölge			65-74	3	
Sağlıklı	1		75-80	4	
İnce-çizilmeye yakın	1		81+	5	
Kuru	1		İştah		
Yapışkan (ateş)	1		Orta	0	
Renksiz	2		Az	1	
Çatlak-sivilceli	3		Nazotastrit tüp	2	
İlaçlar			Parenteral	2	
Sitotoksik (yüksek doz steroidler) almıyorsa	0		Anorektik ya da oral almıyor	3	
Sitotoksik (yüksek doz steroidler)	4		Hemşire PUAN	BASI YARASI	BÖLGE DERECE
Değerlendirme					
(Varsa) Ameliyat sonrası değerlendirme					



BASI YARASI OLUŞUMUNU ÖNLEME TALİMATI

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
HEM_T_60	07.11.2012	05.12.2022	RV02	9

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.
DUYUSAL ALGILAMA	1- Tamamen Kısıtlı : Bilinç seviyesinin azalmasına yada ilaç etkileşime bağlı olarak ağırlı uyarana tepkisiz veya vücut yüzeyinin çoğunda ağrıyı hissetme becerisi sınırlı 2- Çok Kısıtlı : Sadece ağırlı uyarana tepkili. İnleme veya huzursuzluk dışında rahatsızlığını ifade edemez veya vücudunun yarısında ağrıyı hissetme becerisini kısıtlayan algısal bozukluklar var. 3- Hafif Kısıtlı : Sözlü komutlara tepki verir, fakat her zaman rahatsızlığını ifade edemez veya bir yada iki ekstremitede ağrıyı hissetme becerisini sınırlayan bozukluk var 4- 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)	1- Sürekli Nemli : Cilt, terleme idrar gibi nedenlerden dolayı hemen her zaman nemlidir. 2- Çok Nemli : Cilt her zaman değil ama çoğu zaman nemlidir. Çarşaf her 8 saatte bir değiştirilmelidir. 3- Bazen Nemli : Cilt bazen nemlidir. Çarşafın 12 saatte bir değişmesi gerekir. 4- 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.	1- Ciddi Problem : Kas sertliği, kontraktür, kasılma, kaşınma, sabit sürtünmeye yol açar 2- Problem : Harekette maksimum desteği azaltmayı gerektirir. Çarşafıta kaydırmaksızın tamamen kaldırılması imkansızdır. Sıklıkla sandalyeden ya da yaktan aşağı kayıyor. Yeniden pozisyon vermede çok fazla yardıma gereksinimi var 3- Muhtemel Problem : Yavaşça hareket eder veya minimum destek gerektirir. Çok az yardımla az ve güçsüz hareket yapabiliyor hareket sırasında deri çarşafa sandalyeye sürtünüyor. 4- Görülen Problem Yok : Pozisyon değişikliğinde hasta tamamen



BASI YARASI OLUŞUMUNU ÖNLEME TALİMATI

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
HEM_T_60	07.11.2012	05.12.2022	RV02	9

	kalkabilir, yatakta yada sandalyede hareket eder ve hareket sırasında kendini tamamen kaldırmak için yeterli kas gücü vardır. Yatakta veya 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	

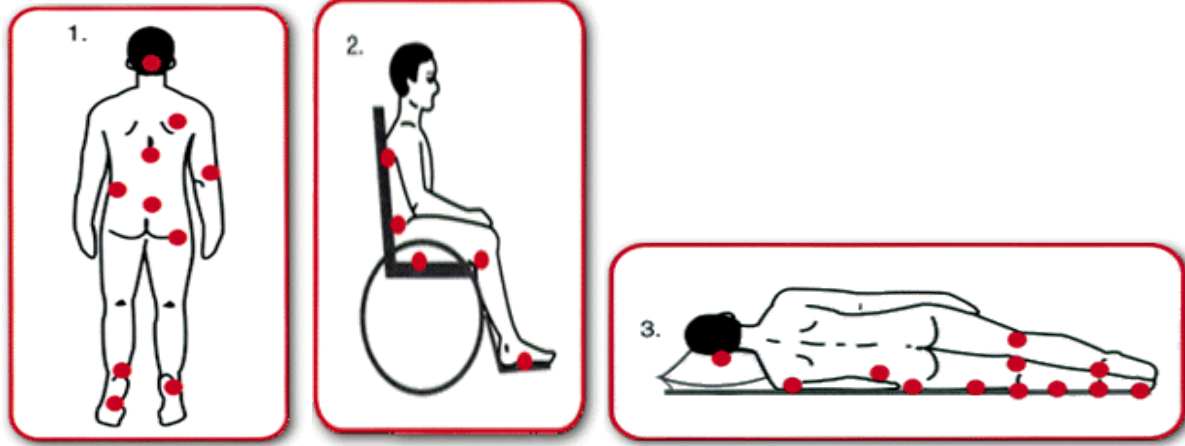
6.3. Braden Q skalasında puan 17-28 arası riskte;12 satte bir değerlendirilir.Puan 16 ve altında ise yüksek risklidir ve 8 saatte bir değerlendirilir.



BASI YARASI OLUŞUMUNU ÖNLEME TALİMATI

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
HEM_T_60	07.11.2012	05.12.2022	RV02	9

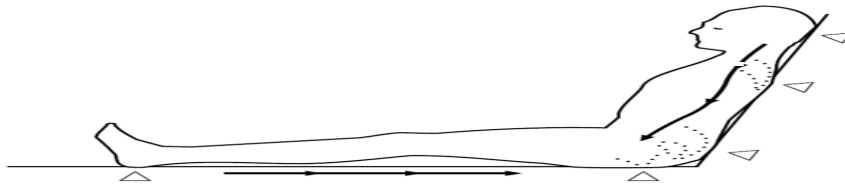
6.4.BASI YARASI AÇISINDAN RİSKLİ BÖLGELER



Şekil: 1

6.5. BASI YARASI GELİŞİMİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

- **BASINÇ:** Bası yaralarının gelişiminde rol oynayan en önemli faktör Basıncıdır.
- **MAKASLAMA – YIRTILMA (SHEAR) KUVVETİ:** Mekanik zorlamadır.Birbir üzerinde hareket eden yüzeylerin ters yöndeki kuvvet etkileri “ makaslayıcı” olarak tanımlanmaktadır.Makaslama kuvveti,kemik ve deri tabakalarının birbiri üzerinde ters yönde kaymasıdır.
Makaslama (shear) etkisi; derin dokularda yırtılmalara neden olur, doku perfüzyonu bozulur ve doku hasarı gelişir.Yırtılmanın asıl etkisi kemik çıkıntılarının üzerindeki derin dokularda görülmektedir.
- **SÜRTÜNME (FRİKSİYON):** Deri ve temas yüzeyi arasında direnç oluşturarak yırtılmaya neden olan ve ters yönde hareket eden iki yüzey arasında meydana gelen mekanik kuvvet olarak tanımlanır.



Şekil: 2

- **NEM:** Aşırı nemli ortam,aşırı terleme,yara drenajı ve genellikle de üriner ve fekal inkontinans nemliliğe neden olmaktadır.
Derinin ıslak kalması,epidermisin üst tabakasının yumuşamasına ve dermisteki kollejen yapı arasındaki çapraz bağların zayıflamasına neden olur ve doku bütünlüğünün bozulmasına yol açar.

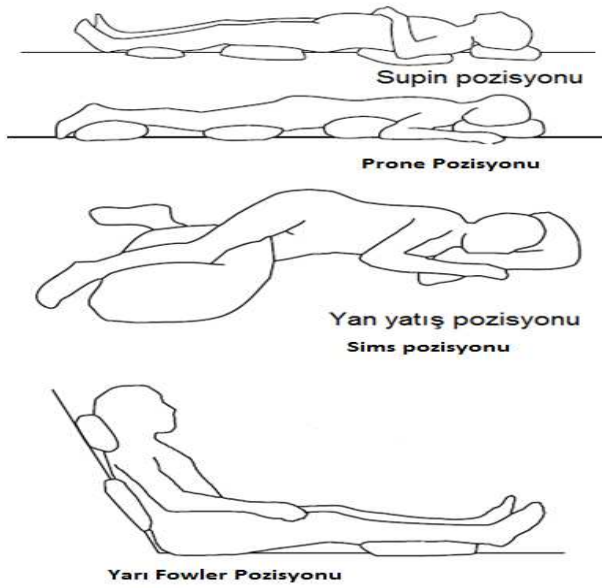


BASI YARASI OLUŞUMUNU ÖNLEME TALİMATI

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
HEM_T_60	07.11.2012	05.12.2022	RV02	9

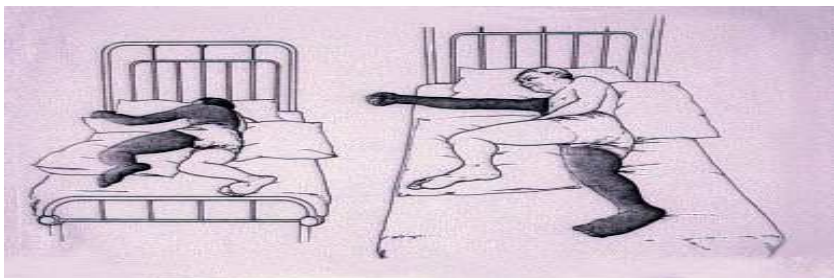
6.6. UYGULAMA:

- 6.6.1.** Hasta Waterlow ve Braden Q Skalası Değerlendirme Aracına göre değerlendirilir. Bası yarası oluşumu gözlemlendi ise hekime bilgi verilerek “**Bası Yarası Bakım Talimatı**” ne göre bakım verilir. Skala ile tanımlanan ve yüksek riskli bulunan hastada bası yarası oluşabilecek basınç bölgeleri tespit edilir.
- 6.6.2.** Günlük bakım sırasında ve pozisyon değişimlerinde hasta risk bölgeleri açısından değerlendirilir.
- 6.6.3.** Hasta sınırları dahilinde hareketli tutulur.
- 6.6.4.** İmmobil hastalarda kontrendikasyonu yoksa basınç abdomen, sırt ve ekstremitelere eşit dağılacak şekilde hastanın genel durumuna uygun pozisyon verilir ve her 2 saatte bir planlı bir şekilde pozisyon değiştirilir. (şekil:3)



Şekil: 3

- Üst ekstremitelerde: Omuz 45° abduksiyon, dirsek semi fleksiyon+ iç rotasyon, el bileği 15 20° dorsifleksiyonu, parmaklar semi fleksiyon, başparmak oppozisyonunda olacak şekilde pozisyon verilir. (şekil:2)
- Alt ekstremitelerde: Kalça 45° abduksiyon, diz ve ayak bileği nötral pozisyonunda: ayakbileği 90°, bacak dış rotasyonu ve diz fleksiyonundan kaçınılacak şekilde pozisyon verilir. (şekil:2)





BASI YARASI OLUŞUMUNU ÖNLEME TALİMATI

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
HEM_T_60	07.11.2012	05.12.2022	RV02	9

Şekil:4

- Hastanın yan pozisyonunda vücudun tüm ağırlığının altta kalan extremitelere yüklenmesi yerine sırttan ve kalçadan vücudun ağırlığı eşit dağılacak şekilde yan pozisyon verilir. (**Şekil:4**)
- 6.6.5.** Hastanın hijyen talimatleri doğrultusunda vücut temizliği sağlanır.Genel bakımda bir taraftan hastanın kronik hastalığının tedavisine,diğer taraftan sağlığını olumsuz yönde etkileyebilecek faktörlerin düzeltilmesine önem verilir,genel vücut ve cilt temizliğine dikkat edilir.Haftada en az 2 kez banyo yaptırılır.
- 6.6.6.** Ter ve vücut sıvılarının ıslattığı katlanan bölgeler yumuşak cildi tahriş etmeyen sabunlar kullanılarakılık su ile yıkanır ve durulanır.Derinin pul pul kurumaması için banyodan sonra nemlendirici krem sürülür.
- 6.6.7.** Cilt bakımında pudra kullanılmaz.
- 6.6.8.** Cilt bütünlüğü bozulmamış ise derinin kan dolaşımını arttırmak amacıyla dairesel hareketler ile bası altında kalan alanlara masaj yapılır.
- 6.6.9.** Her pozisyon değişiminde ve hasta ifade ettiğinde, hasta bezi idrar ve gaita inkontinansı açısından değerlendirilir. İnkontinansı varsa **“Perine Bakım Talimatı”** doğrultusunda bakım verilir ve cilt yüzeyinin kuru kalmasını sağlayacak özellikte bez kullanılır.
- 6.6.10.** Hastaya takılı olan materyallerin (İdrar sondası, EKG kabloları vb.) ciltte basınç bölgesi oluşturmamasına engel olunur.
- 6.6.11.** Hasta gerektiğinden uzun süre sürgü üstünde tutulmamalıdır.Hastada halka ya da simit şeklinde araçlar kullanılmamalıdır.
- 6.6.12.** Basınç ülserleri üzerine doğrudan ısıtıcı araç ve cihaz (sıcak su şişesi,ısıtıcı pedler,yatak ısıtıcıları) uygulanmamalıdır.
- 6.6.12.** Hastanın giysilerinin temiz, kuru, terletmeyen ve pamuklu giysiler olmasına özen gösterilir. Giysilerin katlanıp cilt üzerinde basınç oluşturmamasına engel olunur.
- 6.6.13.** Yatak çarşaflarının kuru ve gergin olmasına özen gösterilir. Hasta pozisyonu değiştirilirken veya transferlerde cilt bütünlüğünü bozan (sürtünme, makaslama vb) hareketlerden kaçınılır. Hasta yukarı çekilirken çarşafı birlikte çekilmesi tercih edilir.
- 6.6.14.** Kontrendikasyon yoksa hastanın yeterli sıvı alımı ve beslenmesi sağlanır.Kalorisi ve protein oranı dengelenmiş,vitamin ve mineral içeriği yeterli bir beslenme düzenine geçilmelidir.
- 6.6.15.** Hastalarda risk altındaki bölgelerin korunması amacıyla gerektiğinde basınç azaltıcı gereçler uygulanır (havalı yatak,yastılar vb.).
- 6.6.16.** Hastanın,cilt sağlığını ve bütünlüğünü koruması için gereken davranışlara, psikolojik adaptasyonu sağlanmış olmalı,gerekirse bu amaçla psikolojik destek verilmelidir.
- 6.6.17. Özel Risk Oluşturan Durumlar:**
 - Entübe hastalarda entübasyon tüpünün dudak kenarına basısını önlemek için tüp ağız içinde dudağın diğer tarafına tespit edilir. Risk varsa tüp ile dudak kenarına vazelinli spanç yerleştirilir.
 - Nazal tüp takılı olan hastalarda burunda bası yarasını önlemek için tespit bantı farklı bölgelere uygulanır.
 - Fiziksel tespit altındaki hastalarda kısıtlama araçlarının bası yarası oluşturmamasına engel olunur.
 - Non invaziv ventilasyon maskesi takılı olan hastalarda basınç bölgeleri gözlenir.



BASI YARASI OLUŞUMUNU ÖNLEME TALİMATI

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
HEM_T_60	07.11.2012	05.12.2022	RV02	9

6.6.18. Yapılan tüm işlemler, uygulamalar ve risk değerlendirme puanı “**Hemşire İzlem Formu/Notları**” na kaydedilir.

7. İLGİLİ DOKÜMANLAR

- 7.1.** Hemşire İzlem Formu/Notları
- 7.2.** Waterlow Risk Değerlendirme Aracı
- 7.3.** Braden Q Risk Değerlendirme Aracı
- 7.4.** Bası Yarası Bakım Talimatı
- 7.5.** Perine Bakım Talimatı