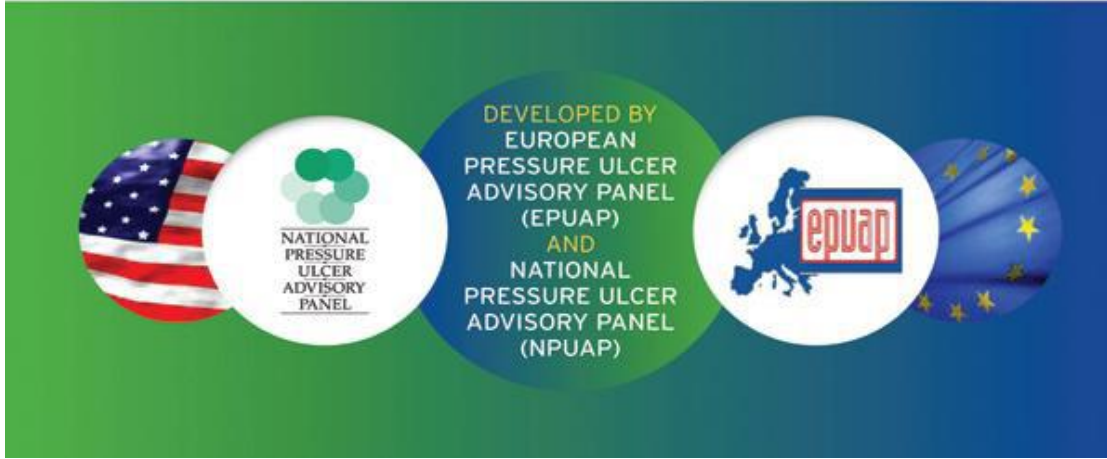


# Basınç Ülserlerinin Tedavisi

## HIZLI BAŞVURU KILAVUZU



**AVRUPA BASINÇ ÜLSERİ DANIŞMA PANELİ (EPUAP)**

**VE**

**ULUSAL BASINÇ ÜLSERİ DANIŞMA PANELİ (NPUAP)**

**TARAFINDAN HAZIRLANMIŞTIR.**

**BU KILAVUZ, YARA OSTOMİ İNKONTİNANS HEMŞİRELERİ DERNEĞİ TARAFINDAN İZİN ALINARAK TÜRKÇEYE ÇEVİRİLMİŞTİR.**

---

## Hızlı Başvuru Kılavuzu

### Giriş

*Hızlı Başvuru Kılavuzunun amacı*, basınç ülserinin önlenmesi ve tedavisi için kanıta dayalı önerileri özetlemektedir. Bu öneriler, Avrupa Basınç Ülseri Danışma Paneli (EPUAP – *European Pressure Ulcer Advisory Panel*) ile Ulusal Basınç Ülseri Danışma Paneli'nin (NPUAP – *National Pressure Ulcer Advisory Panel*) 4 yıllık çabası ve işbirliği ile geliştirilmiştir. Bu kılavuz önerilerinin daha kapsamlı bir versiyonu olan *Klinik Uygulama Kılavuzu*, mevcut araştırmaların tartışmalarını ve ayrıntılı analizini, alan bilgisini ve varsayımlarının kritik değerlendirmelerini, kılavuz geliştirilmesinde kullanılan metodolojiyi, editörler, yazarlar ve diğer katkıda bulunanlara teşekkürleri içermektedir. Bu *Hızlı Referans Kılavuzu*, daha kapsamlı olan *Klinik Uygulama Kılavuzu*'ndan alınan önerileri içermekte olup, kullanıcı yalnızca bu önerilere bağlı kalmamalıdır.

Her iki dokümanın basılı İngilizce versiyonlarına NPUAP internet sitesinden ulaşılabilir ([www.npuap.org](http://www.npuap.org)). *Hızlı Referans Kılavuzu* çeşitli dillere çevrilmiştir; bu çevirilere EPUAP internet sitesinden ulaşılabilir ([www.epuap.org](http://www.epuap.org)). Her iki dokümanın yazılı İngilizce versiyonlarına NPUAP internet sitesinden ulaşabilirsiniz ([www.npuap.org](http://www.npuap.org)). *Hızlı Referans Kılavuzu* farklı dillere çevrilmiştir; farklı dillere çevrilmiş bu versiyonlarına EPUAP'ın internet sitesinden ulaşılabilir ([www.epuap.org](http://www.epuap.org)).

Kılavuz hazırlama aşamasındaki bu uluslararası işbirliğinin amacı, tüm dünyada sağlık profesyonelleri tarafından kullanılabilir, basınç ülserlerinin önlenmesi ve tedavisinde kanıta-dayalı önerileri geliştirmektir. Elde edilen araştırmaların tanımlanması ve değerlendirilmesinde belirli bir bilimsel yöntem kullanılmıştır. Kesin kanıtların bulunmadığı durumlarda, öneride bulunmak için uzman görüşlerine (çoğu kez dolaylı kanıtlara ve diğer kılavuzlar tarafından desteklenen bilgilere) başvurulmuştur. Kılavuz önerileri hazırlanırken, altı kıtadaki 63 ülkede kayıtlı 146 kurumsal ve 903 bireysel uzmana ulaşılarak onların görüşleri alınmıştır. Kılavuzun son hali, mevcut araştırma sonuçlarına, EPUAP, NPUAP ve uluslararası uzmanların bilgi, deneyim ve görüşlerine dayanmaktadır.

**Önerilen kaynak gösterme:** EPUAP ve NPUAP, kılavuz ilkelerinin ulusal ve yerel düzeyde kullanımını ve uyarlanmasını memnuniyetle karşılamaktadır. Ancak, alıntıların kaynak gösterilerek yapılmasını rica etmektedir.

European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009. (Çev. Yara Ostomi İnkontinans Hemşireleri Derneği). Basınç Ülserlerini Önleme: Hızlı Başvuru Kılavuzu. Aralık 2010, Ankara.

*Uluslararası Kılavuz*

# Basınç Ülserlerinin Tedavisi: Hızlı Başvuru Kılavuzu



©European Pressure Ulcer Advisory Panel &  
©National Pressure Ulcer Advisory Panel 2009

**Diğer basılı kopyalara Ulusal Basınç Ülseri Danışma Paneli'nin (NPUAP)  
internet sitesinden ulaşılabilir ([www.npuap.org](http://www.npuap.org))**

**Not: Kılavuzların yayın hakkı NPUAP ve EPUAP'ye aittir. Yayın hakkı yasası uyarınca, kişisel kullanım için yalnızca bir kopya alınabilir; fakat daha fazla çoğaltılması yasaktır.**

---

**Hızlı Başvuru Kılavuzu****Sınırlılıklar ve Bu Kılavuzun Kullanım İlkeleri**

- Kılavuz ilkeleri, özel klinik durumlara uygun hastaların sağlık bakımına ilişkin kararların alınmasında uygulayıcılara yardımcı olmak üzere geliştirilen sistematik önerilerdir. Bu önerilerin, tüm koşul ve durumlarda kullanımı uygun olmayabilir.
- Sağlık alanında profesyonel olarak çalışanlar, herhangi bir öneriyi benimseme kararını verirken hastanın durumunu ve mevcut kaynakları dikkate almalıdır. Bu kılavuzda yer alan her bir öneri, tanımlama ya da bilgi, özel durumlar için tıbbi tavsiye olarak kabul edilmemelidir.
- NPUAP ve EPUAP, bu kılavuzun geliştirilmesinde kullanılan titiz metodolojiye dayanarak, bu önerileri destekleyen araştırmaların güvenilir ve doğru olduğuna inanmaktadır. Bununla birlikte, bu dokümanda referans olarak gösterilen bireysel çalışmaların güvenilirlik ve doğruluğunu garanti etmemektedir.
- Bu kılavuz ve burada yer alan tüm öneriler yalnızca bilgi ve eğitim amaçlıdır.
- Bu kılavuz, yayımlandığı tarihte doğru olan bilgileri içermektedir. Bilindiği gibi yapılan araştırmalar ve geliştirilen teknoloji hızla değişmektedir. Dolayısıyla kılavuzda yer alan öneriler, gelecekteki tıbbi gelişmelere uyum sağlayamayabilir. Bu nedenle sağlık alanında çalışan profesyonel kişiler, yeni kararlar alma aşamasında, uygulama kararlarını etkileyebilecek teknolojik gelişmelerden ve işi ile ilgili yeni araştırma bilgilerini elde etmekten sorumludur.
- Ürünlerin jenerik isimleri verilmiştir. Bu kılavuzda yer alan hiçbir şey, özel bir ürünün desteklenmesini amaçlamamaktadır.
- Bu kılavuzda yer alan hiçbir şey, kodlama standartları veya geri ödeme düzenlemeleri ile ilgili bir öneri niteliğinde değildir.

---

**Hızlı Başvuru Kılavuzu****İçindekiler**

<b>Amaç ve Kapsam</b>	<b>3</b>
<b>Yöntemler</b>	<b>3</b>
<b>Uluslararası Basınç Ülseri Sınıflandırma Sistemi'nin Geliştirilmesi</b>	<b>4</b>
<b>Basınç Ülseri Tedavi Önerileri:</b>	
➤ Basınç Ülserlerinin Sınıflandırılması	7
➤ Basınç Ülserinde İyileşmenin Değerlendirilmesi ve İzlenmesi	7
➤ Basınç Ülserlerinin İyileşmesinde Beslenmenin Rolü	10
➤ Ağrının Değerlendirilmesi ve Yönetimi	11
➤ Basınç Ülserlerinin Tedavisi için Destek Yüzeyler	13
➤ Temizleme	23
➤ Debridman	23
➤ Yara Örtüleri	25
➤ Enfeksiyonun Değerlendirilmesi ve Tedavisi	29
➤ Basınç Ülserlerinin Tedavisinde Biyofiziksel Ajanlar	31
➤ Basınç Ülserlerinin Tedavisinde Biyolojik Yara Örtüleri	34
➤ Basınç Ülserlerinin Tedavisinde Büyüme Faktörleri	34
➤ Basınç Ülserlerinde Cerrahi	34
➤ Palyatif Tedavi Alan Hastalarda Basınç Ülserlerinin Tedavisi	36
<b>Teşekkür</b>	<b>42</b>

---

## Hızlı Başvuru Kılavuzu

### Amaç ve Kapsam

Bu uluslararası işbirliğinin genel amacı, basınç ülserlerinin önlenmesi ve tedavisinde tüm dünyada sağlık alanında profesyonel olarak çalışan kişiler tarafından kullanılacak kanıta dayalı önerilerin geliştirilmesidir. Bu nedenle, hem NPUAP'den hem de EPUAP'den temsilcilerin katılımıyla oluşturulan bir Kılavuz Geliştirme Grubu kurulmuştur. Kılavuz Geliştirme Grubu, kılavuzun geliştirilme sürecini planlamış ve tüm dokümanları gözden geçirerek incelemiştir. Lojistik desteklemeyi kolaylaştırmak amacıyla, EPUAP basınç ülserlerini önleme önerilerinin, NPUAP ise basınç ülserlerini tedavi önerilerinin liderliğini yaptığı burada hatırlatılmalıdır.

Tedavi önerilerinin amacı, basınç ülseri bulunan hastaların tedavilerinde kanıta dayalı uygulamalara rehberlik etmektir. Tedavi önerileri, basınç ülseri bulunan tüm hastalara, tedavi ortamına bağlı kalmadan mutlaka uygulanır. Bu kılavuz, basınç ülseri olan hastaların tedavi ve bakımından sorumlu tüm sağlık profesyonellerinin kullanımını için hazırlanmıştır. Kılavuz aynı zamanda hasta ve yakınlarına veya bakım verenlere de rehberlik eder. Basınç ülseri bulunan hastalar, genellikle vücudunun farklı bölgelerinde basınç ülserleri gelişme riski taşımaktadır. Dolayısıyla, bu hastalara aynı zamanda **“Basınç Ülserlerini Önleme Kılavuzu”**nun önerileri de uygulanmalı ve izlenmelidir. Bu kılavuzda mevcut basınç ülseri tedavi kılavuzları analiz edilerek klinik uygulamada belirlenen boşluğun doldurulması hedeflenmiş ve farklı hasta gruplarının özel gereksinimlerine odaklanan kanıtlara dayalı önerilere yer verilmiştir. Bu gruplar; spinal kord yaralanması olan hastaları, bebekleri ve çocukları, kritik hastaları, obez ve bariyatrik cerrahi uygulanan hastaları ve palyatif bakım gereksinimi olan hastaları kapsamaktadır.

### Yöntemler

Bu kılavuz ilkelerinin geliştirilmesinde titiz ve açık bir yöntem kullanılmıştır (daha ayrıntılı tanım için bkz. *Klinik Uygulama Kılavuzu*). Tüm kanıtlar kalite açısından gözden geçirilmiştir. Özelliği olan çalışmalar tasarım ve kalite açısından sınıflandırılmıştır (bkz. tablo 1). Her öneriyi destekleyen kümülatif kanıt grupları incelenmiş, “Kanıt Gücü ” puanları Tablo 2'deki kriterler kullanılarak belirlenmiştir.

## Hızlı Başvuru Kılavuzu

Tablo 1. Değişik Çalışmalar için Kanıt Düzeyi

Düzyey	
1	Açık ve belirgin sonuçlu geniş ölçekli randomize çalışma(lar) (hata riski düşük).
2	Sonuçları belirgin olmayan küçük ölçekli randomize çalışma(lar) (hata riski orta-yüksek).
3	Aynı zamanda veya eşzamanlı kontrol gruplu randomize olmayan çalışma(lar).
4	Geçmişte yapılan ve bilinen çalışmalarla kontrollü randomize olmayan çalışma(lar).
5	Kontrol grubu bulunmayan Olgu Serileri (olgu sayısı açıkça belirtilmiş).

*Sackett, 1989 dokümanından adapte edilmiştir. Kılavuz geliştirme yöntemlerine ilişkin tartışmalar için Klinik Uygulama Kılavuzu'na bakınız.*

Tablo 2. Her Önerinin Kanıt Gücüne Göre Sınıflandırılması

Kanıt Gücü	
A	Bu öneri, basınç ülseri veya basınç ülseri riski bulunan bireylerde doğru planlanmış ve yapılmış, kılavuz önerilerini istatistiksel olarak anlamlı sonuçlarla tutarlı bir biçimde destekleyen, randomize kontrollü çalışmaların bilimsel kanıtlarıyla doğrudan desteklenmektedir (Düzyey 1 çalışmaları gereklidir).
B	Bu öneri, basınç ülseri bulunan bireylerde (veya basınç ülseri riski bulunan bireylerde) doğru planlanmış ve yapılmış, kılavuz önerileri istatistiksel olarak anlamlı sonuçlarla tutarlı bir biçimde desteklenen klinik vaka serilerinden elde edilen bilimsel kanıtlarla doğrudan desteklenmektedir (Düzyey 1, 2, 3, 4, 5 çalışmaları).
C	Bu öneri, dolaylı (örn. sağlıklı gönüllülerde, farklı kronik yarası bulunan bireylerde, hayvan çalışmalarında) kanıtlar ve / veya uzman görüşleri tarafından desteklenmektedir.

Bu klinik uygulama kılavuzu en son yapılan araştırmaları temel almakta olup, ileride yeni kanıtların yayımlanması durumunda yenilenmesi gerekmektedir. İleride yapılacak olan araştırmalar, kanıt bulunmayan ya da yetersiz kanıt bulunan alanlara odaklanmalıdır.

## Uluslararası Basınç Ülseri Sınıflandırma Sisteminin Geliştirilmesi

NPUAP ve EPUAP, kılavuz geliştirme sürecinin bir parçası olarak, uluslararası genel bir basınç ülseri tanımı ve sınıflandırma sistemi geliştirmiştir. Son yıllarda, her iki organizasyonun üyeleri, basınç ülserlerinin evrelendirmesi hakkında NPUAP ile EPUAP arasındaki benzerlikleri tartışmaktaydı. Uluslararası basınç ülserlerini önleme ve tedavi kılavuzunu yayımlamak ve uluslararası alanda kullanılabilecek ortak bir sınıflandırma sistemi geliştirmek için ideal bir zaman olduğu kanaatindeyiz.

Basınç ülseri sınıflandırmalarında evrelendirme, I'den III'e veya IV'e doğru bir ilerleme olduğu anlamına gelmektedir. Ancak bu durum her zaman böyle olmayabilir. Evre ya da derece kavramlarını tanımlamak için ortak bir terim bulunmaya çalışılsa da bu

---

**Hızlı Başvuru Kılavuzu**

gerçekleştirilememiştir. Önce, “evre” ya da “derece” terimleri yerine daha tarafsız bir terim olarak “kategori” terimi önerilmiştir. Çünkü “kategori” terimi, diğer terimlere alışık olan kişiler için yabancı olmasına rağmen, bizi “I’den IV’e doğru ilerleyen ve “IV’den I’e doğru gerileyerek iyileşen” evreleri tanımlayabildiği gibi kişiyi hatalı kavramlardan kurtaran, hiyerarşik olmayan bir yönelim avantajına sahiptir.

**Kılavuzun hazırlanması aşamasında evre ve derece terimlerine bir aşinalık olduğunu biliyoruz. Bu nedenle kılavuz için hangi terim en iyi biçimde anlaşılıyorsa onun kullanılmasını öneriyoruz. Şu bir gerçektir ki, bu işbirliğinin en önemli yararının, güncel basınç ülseri ve deri-doku hasarı düzey tanımlarının aynı olduğunun farkına varılmasıdır. Gruplar bir basınç ülserini -evre ya da -derece ya da -kategori şeklinde tanımlayabilirler.**

Ortak çalışma sonucunda deri-doku hasarının dört düzeyde olduğu konusunda fikir birliğine varılmıştır. NPUAP’nin, *evrelendirilemeyen derin doku hasarlarının* Avrupa’da genellikle “IV” evre olarak sınıflandırıldığını görmesi üzerine, bunların kılavuz metnine ayrı ayrı konulması konusunda görüş birliğine varmıştır. Bu fark, ülkelere ilişkin verileri karşılaştırırken bir sorun olarak kalacaktır. Bu bilinmelidir.

**Basınç Ülselerinin Ortak Tanımı**

Basınç ülseri, 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 hasarındır. Basınç ülselerinin oluşumunda basınç ve yırtılma dışında etki eden birkaç faktör daha vardır; bu faktörlerin önemi açıklığa kavuşturulmalıdır.

**Uluslararası NPUAP-EPUAP Basınç Ülseleri Sınıflandırma Sistemi****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 karşılaştırıldığında ağrılı, 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.



---

**Hızlı Başvuru Kılavuzu****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. 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” (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 sıyrıma hasarlarını tanımlamak için kullanılmamalıdır.

**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 değişiklik gösterir. Burun kemeri, 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 cepleşme ve tünelleşme vardır. IV. evre basınç ülserinin derinliği anatomik yere göre değişiklik gösterir. Burun kemeri, 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 oluştuğu, 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.

---

**Hızlı Başvuru Kılavuzu****Amerika Birleşik Devletleri İçin İlave Evreler****Evrelendirilemeyen / Sınıflandırılmayan Evre: Deri veya Dokuların Tüm Tabakalarında Kayıp (Derinliği Bilinmiyor)**

Ülserin 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. Yara yatağına ulaşmak için yeterli miktarda nekrotik doku ve / veya eskar temizleninceye kadar, gerçek derinlik saptanamaz; fakat bu yaralar III. ya da evre ülser olabilir. Topuklarda görülen stabil (kuru, yapışık, bütünlüğü bozulmamış, eritemsiz ya da yerinden oynamamış) eskarlar “vücudun doğal, biyolojik örtüsü” olarak düşünülmelidir.

**Şüpheli Derin Doku Hasarı (Derinliği Bilinmiyor)**

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. Bu alanda, daha önce çevresindeki alanla karşılaştırıldığında ağrılı, sert, peltemsi, bataklık hissi veren, daha sıcak ya da daha soğuk bir doku bulunabilir. Koyu renk derili kişilerde derin doku hasarını tespit etmek zor olabilir. Ülserin gelişimi, koyu renkli bir yara yatağında ince bir vezikül şeklinde olabilir. Yara giderek ilerler ve ince bir eskarla kaplanabilir. Ülser, en uygun tedavi altındayken bile hızla ilerleyerek diğer doku tabakalarını da etkiler.

**Basınç Ülserlerinin Sınıflandırılması**

1. Doku kaybı düzeyini belgelemek için geçerli bir basınç ülseri sınıflandırma sistemi kullanın (Kanıt Gücü = C).
2. Basınç ülseri sınıflandırma sistemini, basınç ülseleri dışındaki yaralarda doku kaybını tanımlamak için kullanmayın (Kanıt Gücü = C).
3. Sağlık personelini, koyu tenli hastalarda kullanılan özel değerlendirme teknikleri konusunda eğitin (Kanıt Gücü= B).
  - 3.1. Bütünlüğü Bozulmamış Deri: I. Evre basınç ülselerini ve şüpheli derin doku hasarını, derisi koyu renkli hastalarda sadece gözlemlerle tespit etmek zor olabilir. Deri bütünlüğünün bozulmadığı durumlarda, etkilenen alanı normal doku ile karşılaştırarak deri sıcaklığı, deri rengi, dokunun kıvamı (Örn. bataklık hissi veren ya da sertleşmiş) ve ağrı açısından değerlendirin (Kanıt Gücü = B).
  - 3.2. Açık Basınç Ülseleri: Selülit ve daha derin doku hasarından kaynaklanan inflamasyona bağlı kızarıklık, koyu renkli hastalarda tespit etmek zor olabilir. Deri bütünlüğünün bozulduğu durumlarda, deriyi, inflamasyon ve selülit olasılığı ve/veya tünelleşmenin boyutları (II, III, IV Evre ve evrelendirilemeyen ülseler) açısından tanılamak için sıcaklık, hassasiyet, ağrı ya da doku kıvamını değerlendirin (Kanıt Gücü = C).
4. Sağlık personelini basınç ülselerini diğer tipteki yaralardan ayırt etme konusunda eğitin (Örn. venöz ülseler, arteriyel ülseler, nöropatik ülseler, inkontinansla ilişkili dermatit, deri yırtılmaları ve pişik) (Kanıt Gücü = C).
5. Sağlık personelini basınç ülseri sınıflandırma sistemini doğru kullanma ve basınç ülselerinin yaygın görüldüğü bölgelerdeki doku tiplerinin görünümü hakkında eğitin (Kanıt Gücü= B).
6. Basınç ülselerinin sınıflandırılmasından sorumlu olan sağlık personeli arasında sınıflandırmaların güvenilirliğini doğrulayın (Kanıt Gücü = B).
7. Müköz membranlardaki ülseleri basınç ülseri gibi sınıflandırmayın (Kanıt Gücü = C).

**İyileşmenin Değerlendirilmesi ve İzlenmesi**

## Basınç Ülseri Bulunan Hastanın Değerlendirilmesi

1. Basınç ülseri bulunan hastanın ilk değerlendirmesinde aşağıdakilerin hepsini dikkate alın:

- Hastanın ve ailesinin bakım hedefleri. Hasta kendi bakımına katılamayacak durumdaysa aile ve/veya önemli diğer kişilerle görüşün.
- Tam bir sağlık / tıbbi ve sosyal öykü alın.
- Aşağıdaki konulara odaklanan fizik muayene yapın:
  - İyileşmeyi etkileyebilecek faktörler (Örn. perfüzyon yetersizliği, duyu bozukluğu, sistemik enfeksiyon)
  - Ekstremitte ülserinin bulunması durumunda damar değerlendirilmesi (Örn. fizik muayene, klaudikasyon öyküsü ve ayak bileği-brakiyal indeks ya da ayak parmaklarında kapiller basınç)
  - Gerektiğinde laboratuvar testleri ve radyolojik inceleme
- Beslenmenin değerlendirilmesi (Bkz. Bu kılavuzun Beslenme bölümü).
- Basınç ülserlerine bağlı ağrı (Bkz. Bu kılavuzun Ağrı bölümü)
- Başka basınç ülserlerinin gelişme riski (Bkz. Basınç Ülseri Önleme Kılavuzu).
- Psikolojik sağlık durumu, davranışları ve algılama durumu.
- Sosyal ve mali destek sistemleri.
- Fonksiyonel kapasite, özellikle pozisyon değiştirme konusunda, postür ve araç ya da başka birinin yardımına gereksinim duyma durumu.
- Basınç azaltan manevraların uygulanması.
- Basınç azaltan manevralara katılma durumu.
- Yatak ve oturma sırasındaki destek yüzeylerinin uygunluğu ve bütünlüğü (kullanılabilme ve yıpranma ile ilgili özellikleri).
- Hastanın ve aile bireylerinin basınç ülserlerinin gelişimi ve iyileşmesi hakkındaki bilgi ve inançları (Kanıt Gücü = C).

**Hızlı Başvuru Kılavuzu**

2. Yeterli lokal yara bakımı, basıncın yeniden dağıtılması ve beslenmeye rağmen beklenen iyileşme belirtilerinin görülmemesi durumunda hastayı tekrar değerlendirin (Kanıt Gücü = C)
  - 2.1. Hastaların çoğunda 2 hafta içerisinde bazı iyileşme belirtilerinin olmasını bekleyin. (Kanıt Gücü= B)
  - 2.2. Yara iyileşmesini olumsuz etkileyen çeşitli faktörler (özellikle değiştirilemeyen faktörlerin) varlığında (örn. inatçı beslenme yetersizliği, perfüzyon bozukluğu ve yara iyileşmesini olumsuz yönde etkilediği bilinen komorbiditeler), iyileşmeyle ilgili beklentilerinizi buna göre belirleyin (Kanıt Gücü = B)
  - 2.3. Hasta ve ailesini normal iyileşme süreci hakkında eğitin ve sağlık profesyonellerinin tutumunu geliştirmek için belirti ve bulguları da içerecek biçimde iyileşme sürecindeki gelişmeler hakkında (ya da iyileşmenin olmaması) bilgi sahibi olmalarını sağlayın (Kanıt Gücü= C).

**Basınç Ülserinin Değerlendirilmesi**

1. **Basınç ülseri ile karşılaştığınızda ilk değerlendirmeyi yapın ve ülseri haftada en az bir kez tekrar değerlendirin, bulguları kaydedin (Kanıt Gücü= C).**

Yara iyileşme sürecindeki gelişmenin iki haftalık dönemde değerlendirilmesi önerilmektedir. Ancak, haftalık değerlendirme sağlık personeline tedavi planında değişiklik gereksinimi olup olmadığını ve komplikasyonları erken saptama fırsatını sağlar.

2. **Her pansuman değişiminde, basınç ülserini tedavinin değiştirilmesini gerektiren belirti ve bulgular açısından gözleyin (Örn. yaranın iyileşmesi, yaranın kötüleşmesi, eksüdanın azlığı veya fazlalığı, enfeksiyon belirtileri veya diğer komplikasyonlar) (Kanıt Gücü = C)**
3. **Yaranın yeri, evresi, boyutları, doku tip(ler)i, yara yatağı ve yara çevresinin durumu, yara kenarları, sinus yolları, cepleşme, tünelleşme, eksüda, nekrotik doku, koku, granülasyon dokusunun bulunup bulunmadığı ve epitelizeasyon gibi fiziksel özelliklerini değerlendirin ve değerlendirmeleri doğru bir biçimde kayıt edin (Kanıt Gücü = C).**

---

**Hızlı Başvuru Kılavuzu**

- 3.1. Yara ölçümü için hastayı rahat bir değerlendirme yapabileceğiniz pozisyona getirin (Kanıt Gücü = C)
- 3.2. Uzunluk ve genişlik: Yaranın uzunluk ve genişliğini ölçerken, ölçümlerinizi zaman içinde anlamlı ve tutarlı bir biçimde karşılaştırmanızı kolaylaştıracak tek bir ölçme yöntemi seçin (Kanıt Gücü = B)
- 3.3. Yaranın derinliği, tünelleşme ve cepler: Derinliği ölçmek için bir biriyle tutarlı ve tek bir ölçüm yöntemi seçin. Yaradaki tüneller, cepler ve /veya yara yatağının derinliğini ölçerken yaraya zarar vermeyin (Kanıt Gücü= C)
- 3.4. Yarada en iyi iyileşmeyi sağlayacak tedavi ve bakım girişimlerinizi planlarken, basınç ülseri değerlendirme bulgularını kullanın (Kanıt Gücü = C)

Basınç ülserlerinin tedavi ihtiyaçları, zamanla değişir. Tedavi stratejileri, ülserin en son durumuna göre sürekli değerlendirilmelidir.

**İyileşmeyi İzleme Yöntemleri****1. Aşağıdaki yöntemleri kullanarak yara iyileşmesini değerlendirin:**

- 1.1. Basınç Ülseri İyileşme Ölçeği (PUSH) ya da daha önceden Basınç Ülseri Durum Aracı (PSST) adıyla bilinen Bates-Jensen Yara Değerlendirme Ölçeği (BWAT) gibi geçerli bir değerlendirme aracı kullanın (Kanıt Gücü = B)
- 1.2. Eksüda miktarının azalması, yaranın boyutlarının küçülmesi ve yara yatağının iyileşmesi gibi iyileşme belirtilerini değerlendirmek için klinik karar kullanın. (Kanıt Gücü= C)
- 1.3. Basınç ülserinin iyileşmesini izlemek için başlangıçta ve daha sonra fotoğraf çekin. Fotoğraf çekiminde standart fotoğraf tekniklerini kullanın (Kanıt Gücü= C)
- 1.4. Geçerli ve güvenilir elektronik veri toplama araçlarını (electronically assisted data-collection) kullanın (mümkünse) (Kanıt Gücü= C)

---

**Hızlı Başvuru Kılavuzu**

2. Basınç ülserinde 2 hafta içerisinde beklenen iyileşme belirtisi görülmediğinde, hastanın durumunu ve basınç ülseri tedavi planını tekrar değerlendirin (Kanıt Gücü= C)
  - 2.1. Bu öneri, iyileşmenin hedeflenmesi durumunda uygulanabilir veya geçerlidir (yani iyileşmeye eğilimli yaralarda) (Kanıt Gücü= C)
  - 2.2. Basınç ülserinde iyileşme yerine kötüleşme bulgularının görülmesi durumunda zaman kaybetmeden hekime bildirilmelidir (Kanıt Gücü = C)

---

**Basınç Ülserinin İyileşmesinde Beslenmenin Rolü**

---

1. Hastaneye/kliniğe yatış sırasında basınç ülseri bulunan tüm hastalarda ve klinik durum her değişikliğinde ve/veya basınç ülserinin kapanacağına dair bir gelişme gözlenmiyorsa beslenme durumu taraması ve değerlendirme yapın (Kanıt Gücü = C).
  - 1.1. Basınç ülseri bulunan tüm hastaları, beslenme sorunlarının erken saptanması ve düzeltilme önlemlerinin alınması için diyetisyenle görüşün (Kanıt Gücü= C).
  - 1.2. Her bir bireyin vücut ağırlığıyla ilgili öyküsünü ve her zamanki vücut ağırlığına göre anlamlı bir kilo kaybı olup olmadığını belirlemek için vücut ağırlığını değerlendirin (3 gün içerisinde  $\geq\%5$  ya da 180 gün içerisinde  $\geq\%10$  değişiklik). (Kanıt Gücü = C).
  - 1.3. Hastanın bağımsız yemek yiyebilme durumunun yeterli olup olmadığını değerlendirin (Kanıt Gücü= C).
  - 1.4. Hastanın aldığı toplam gıda miktarının yeterli olup olmadığını değerlendirin (katı yiyecekler, sıvı, oral beslenme destekleri, enteral/parenteral beslenme) (Kanıt Gücü = C).

---

**Hızlı Başvuru Kılavuzu**

2. Yeterli kalori alımını sağlayın (Kanıt Gücü = B).
  - 2.1. Stres altında bulunan basınç ülserli hastaların vücut ağırlığının 1 kilogramı için 30–35 kkal almasını sağlayın. Formülü kilo kaybı, kilo alımı ya da obezite düzeyine göre ayarlayın. Normal vücut ağırlığının altında olan ya da istemeden önemli bir kilo kaybı bulunan hastaların, kilo kaybını azaltmak ve/veya tekrar kilo almasını sağlamak amacıyla ek kaloriye ihtiyacı olabilir (Kanıt Gücü = C).
  - 2.2. Kısıtlamalar gıda ve sıvı alımının azalmasına yol açtığında diyet kısıtlamalarını gözden geçirin ve gerekliyse kısıtlamaları kaldırın. Bu düzenleme bir diyetisyen ya da hekim tarafından yapılmalıdır (Kanıt Gücü= C)
  - 2.3. Gerektiğinde yemek aralarında ek gıda ve/veya oral destek ürünleri kullanın (Kanıt Gücü = B).
  - 2.4. Oral besin alımının yetersiz olduğu durumlarda, beslenme desteğini (enteral veya parenteral beslenme) göz önünde bulundurun. Beslenme desteği hastada ulaşılması planlanan hedeflerle tutarlı olmalıdır (Kanıt Gücü = C).
3. Basınç ülserli hastalarda pozitif nitrojen dengesi için yeterli protein alımını sağlayın (Kanıt Gücü = B).
  - 3.1. Basınç ülseri bulunan hastalara, bakım hedeflerine uygun olması durumunda, vücut ağırlığının her bir kilogramı için günlük 1.25-1.5 gram protein verin ve hastanın durumu değiştiğinde tekrar değerlendirin (Kanıt Gücü = C).
  - 3.2. Hastaya verilen yüksek protein miktarının hastanın durumuna uygun olup olmadığını belirlemek için böbrek fonksiyonlarını değerlendirin (Kanıt Gücü = C).



---

**Hızlı Başvuru Kılavuzu**

4. Hastayı günlük yeterli sıvı almaya teşvik edin ve hastanın normal hidrasyonunu sağlayın (Kanıt Gücü = C)
  - 4.1. Hastalarda, vücut ağırlığında değişiklik, deri turgoru, idrar çıkışı, hesaplanan serum ozmolalitesi ya da plazma sodyum düzeyinde yükselme gibi dehidrasyon belirti ve bulgularını izleyin (Kanıt Gücü = C)
  - 4.2. Yüksek ateş, kusma, aşırı terleme, diyare ya da yarasında aşırı miktarda drenajı olan dehidratasyonlu hastalarda ek sıvı desteği sağlayın (Kanıt Gücü= C)
5. Yeterli vitamin ve mineral alımını sağlayın (Kanıt Gücü = B)
  - 5.1. Hastaya vitamin ve mineral kaynakları iyi olan dengeli bir diyet sağlayın (Kanıt Gücü = B).
  - 5.2. Diyetle alımı zayıf veya yetersiz olduğu doğrulanan ya da kuşku duyulan durumlarda, vitamin ve mineral desteği sağlayın (Kanıt Gücü = B)

---

**Ağrı Değerlendirmesi ve Yönetimi**

---

**Ağrıyı Değerlendirin**

1. Tüm hastaları basınç ülseri ya da basınç ülserinin tedavisi ile ilişkili ağrı açısından değerlendirin (Kanıt Gücü = B).
2. Riskli hastalarda basınç ülserine bağlı ağrıyı değerlendirirken geçerli bir değerlendirme ölçeği kullanın (Kanıt Gücü = B).
3. Yeni doğan ve çocuklarda basınç ülserine bağlı ağrıyı değerlendirirken geçerli bir değerlendirme ölçeği kullanın (Kanıt Gücü = C).

---

**Hızlı Başvuru Kılavuzu**

- 3.1. Çocuklarda 2 aylıktan 7 yaşına kadar FLACC (Face/Yüz, Leg/Bacak, Activity/Aktivite, Cry/Ağlama ve Consolability/ Avutma) ölçeğini kullanın (Kanıt Gücü = C).
- 3.2. 6 aylığa kadar yeni doğanlarda Cries (Ağlama; >%95 saturasyon için O2 gereksinimi; Yaşam bulgularında artış; Görünüm; Uyuyamama) ölçeğini kullanın (Kanıt Gücü = C).
4. Ağrının değerlendirilmesi, beden dili ve davranışsal belirtileri değerlendirmeyi içermelidir (Örn. aktivite değişikliği, iştah kaybı, kendini korumaya çalışma, yüzü acı ifadesiyle buruşturma, inleme) (Kanıt Gücü= C),

**Ağrıyı Önleyin**

1. Hastanın pozisyonunu değiştirirken sürtünme ve/veya yırtılmayı önlemek amacıyla kaldırma aracı ya da transfer aracı (çarşaf, vb.) kullanın, yatak çarşaflarının düz ve kırışksız olmasını sağlayın (Kanıt Gücü= C)
2. Eğer mümkünse, hastayı basınç ülseri bulunan tarafa döndürmeyin (Bkz. Destek Yüzey ve Pozisyon Değiştirme bölümleri) (Kanıt Gücü= C)
3. 30°'den fazla Fowler pozisyonu ya da 90° yan yatış pozisyonu veya yarı oturur pozisyon gibi basıncı artıran pozisyonlardan kaçının (Kanıt Gücü= C)
4. Basınç ülseri ağrısını, yara bakımında tüm yaralara hafifçe dokunarak, yıkayarak, silmeden temizleyerek ve yara çevresindeki deriyi koruyarak en aza indirin (Kanıt Gücü= C)

**Genel Ağrıyı Kontrol Altına Alın**

1. Hastaya vereceğiniz yara bakımı ile ağrı kesici ilaç uygulamasını koordineli olarak ve yara bakımına en az ara verilmesini sağlayacak biçimde düzenleyin. Tedavi sürecinde öncelikleri belirleyin (Kanıt Gücü= C)

---

**Hızlı Başvuru Kılavuzu**

2. Ağrıya neden olan herhangi bir işlem sırasında hastayı “mola” istemeye cesaretlendirin (Kanıt Gücü = C)
3. Yara yatağının örtülü ve nemli kalmasını sağlayarak ve yapışkan olmayan yara örtüleri kullanarak basınç ülseri ağrısını azaltın (Not: Stabil kuru eskarlar genellikle nemlendirilmez) (Kanıt Gücü= B)
4. Daha az ağrıya neden olabilecek ve/veya daha az sıklıkta pansuman değişimi gerektirebilecek yara örtülerini kullanın (örn. hidrokolloidler, hidrojeller, alginatlar, polimerik membran köpükler, köpük, yumuşak silikon örtüler ve ibuprofen emdirilmiş örtüler [A.B.D.’de bulunmuyor]). Not: Gazlı bez örtüler daha fazla ağrıya sebep olabilir. Daha fazla bilgi için Yara Örtüleri bölümüne bakın (Kanıt Gücü= C)
5. Basınç ülserine bağlı ağrısı bulunan bir hasta için müzik, meditasyon, dikkatini başka yöne çekme, konuşarak telkinde bulunma ve yönlendirilmiş imgelem (en çok istediği şeyi/durumu hayal etmesi) bazen yararlı olabilir (Kanıt Gücü = C)
6. Kronik ağrının kontrolünde Dünya Sağlık Örgütü’nün önerdiği ağrı tedavi merdiveni kullanarak düzenli ve uygun dozda ağrı kesici uygulayın (Kanıt Gücü= C)
7. Hasta da isterse, ağrıyı azaltmak amacıyla pozisyon değişikliğini teşvik edin. (Kanıt Gücü= C)

**Debridman Ağrısını Azaltın**

1. Yarada herhangi bir manipülasyon yaparken, yarayı temizlerken, pansumanını değiştirirken, debride ederken ve benzeri manipülasyonlar sırasında ek dozlar dahil olmak üzere yeterli ağrı- kontrol önlemlerini uygulayın (bkz. temizleme, pansuman, debridman, vb. özel ek öneriler) (Kanıt Gücü = C).

---

**Hızlı Başvuru Kılavuzu**

2. Basınç ülseri ağrısını gidermek ya da azaltmak için topikal opioidler (diyamorfin veya benzidamin %3) göz önünde bulundurun (Kanıt Gücü= B).
3. Topikal ilaçları, üreticinin önerilerine uyarak yara tedavilerine başlamadan önce etki göstermesi için önerilen zaman aralıklarına uygun şekilde uygulayın (Kanıt Gücü= C)

**Kronik Ağrıyı Kontrol Altına Alın**

1. İnatçı basınç ülseri ağrısını (nöropatik) hem lokal anestezi ya da adjuvan bir ajanla (antidepresan veya antiepileptik) hem de transkütanöz sinir stimülasyonu, sıcak uygulama ya da trisklik antidepresanlarla kontrol altına alın (Kanıt Gücü= C)
2. Basınç ülserine bağlı kronik ağrısı bulunan hasta için, yara ve/veya ağrı uzmanından konsültasyon isteyin (Kanıt Gücü = C)

**Hastayı, Ailesini ve Sağlık Bakımı Verenleri Eğitin**

1. Hasta, hasta yakınları ve bakım verenleri ve sağlık personelini basınç ülseri ağrısının nedenleri, değerlendirilmesi ve yönetimi konusunda eğitin (Kanıt Gücü = C).

---

**Basınç Ülserlerinin Tedavisinde Destek Yüzeyler**

---

Bu bölümde, **basınç ülseri bulunan hastalar için** kullanılacak destek yüzeylere ilişkin **öneriler** ele almaktadır. Bunlardan başka basınç ülserlerinin önlenmesi hakkında bilgi ve pozisyon değiştirmeye ilişkin rehber hususlar için Önleme Kılavuzu'nun Destek Yüzeyler bölümüne bakınız. Seçilen terimler ve destek yüzeylerle ilişkili tanımlar için Klinik Uygulama Kılavuzu'nda yer alan sözlüğü kullanınız.

Destek yüzeyler tek başına kullanıldığında basınç ülserlerini ne önleyebilir ne de iyileştirebilir. Destek yüzeyler, belirli bir önleme ve tedavi programının bir parçası olarak

**Hızlı Başvuru Kılavuzu**

kullanılmalıdır. Basınç ülseleri kötüleştiğinde ya da iyileşemediğinde, sağlık profesyoneli hastanın üzerinde yattığı destek yüzeyi basıncı daha iyi dağıtan ya da mikroklimaları daha uygun (sıcaklık ve nem kontrolü) bir hale getiren bir başka destek yüzeyle değiştirmeyi düşünmelidir.

Destek yüzeyin değiştirilmesi, düşünülmesi gereken stratejilerin yalnızca bir tanesidir. Hasta ve basınç ülseri tekrar değerlendirilmelidir. Basınç ülselerini önleme girişimleri ve lokal yara bakımı gerektiği şekilde yoğunlaştırılmalıdır. Risk durumunda ortaya çıkan önemli bir risk düzeyi artışı, hızlı bir şekilde hastanın ve destek yüzeyinin tekrar değerlendirilmesini gerektirebilir.

**Genel Öneriler****Destek Yüzeyler**

- 1. Basıncın yeniden dağıtılması, yırtılma kuvvetinin azaltılması, ısı ve nem (mikroklima) kontrolü bakımından hastanın ihtiyaçlarına özel uygun destek yüzeyi sağlayın (Kanıt Gücü= C)**
- 2. Aşağıdaki koşulların sağlanması durumunda, hastanın üzerinde yattığı destek yüzeyin basıncın daha iyi dağılmasının, yırtılma kuvvetinin azalmasının ve mikroklima kontrolünün daha iyi yapılmasını sağlayan bir destek yüzey ile değiştirin:**
  - Hasta basınç ülserinin bulunduğu taraftan başka bir taraf üzerine yatırılmıyorsa;
  - Hastanın, döndürülme seçeneklerini sınırlayacak şekilde bir ya da iki yanında basınç ülseri varsa (örn. sakrum ve trokanterler)
  - Uygun kapsamlı bir bakıma rağmen basınç ülseri iyileşemiyorsa ya da kötüleşme belirtileri gösteriyorsa
  - Başka ülser gelişme riski varsa
  - Üzerinde yattığı destek yüzeyde çökme olduysa.**(Kanıt Gücü = C)**

---

**Hızlı Başvuru Kılavuzu**

3. **Basınç ülseleri iyileşmiyorsa:**
  - 3.1. **Hastayı ve basınç ülser(ler)ini tekrar değerlendirin.**
  - 3.2. **Önleme stratejilerini yoğunlaştırın.**
  - 3.3. **Hastanın gereksinimlerine uygun, basıncın yeniden dağılması, yırtılma kuvvetinin azalması ve mikroklima kontrolünü artırmayı hedefleyerek destek yüzeyi değiştirin (Kanıt Gücü = C).**
4. **Hastanın üzerinde yattığı destek yüzeyi değiştirmeden önce:**
  - 4.1. **Önceki ve şimdiki önleme ve tedavi planlarının etkinliğini değerlendirin.**
  - 4.2. **Hastanın değerleri ve yaşam biçimi ile uyumlu olan istediği tedavi girişimlerini belirleyin (Kanıt Gücü= C)**
5. **Hastanın gereksinimlerini karşılayan destek yüzeyi seçin. Aşağıdaki faktörleri göz önünde bulundurun:**
  - **Basınç ülser(ler)inin sayısı, şiddeti ve yeri**
  - **Başka basınç ülseri gelişme riski**
  - **Nem, sıcaklık ve sürtünme/yırtılma gücünün kontrol altında tutulması gibi diğer özelliklere duyulan gereksinim (Kanıt Gücü = C).**
6. **Bakım ortamı ile uyumlu olan bir destek yüzey seçin (Kanıt Gücü = C).**
7. **Hastayı her izlemeye destek yüzeyin uygunluğunu ve fonksiyonunu değerlendirin. (Kanıt Gücü = C)**
8. **Basınç ülseri bulunan bir hastada destek yüzeyi kullanmadan önce, halen özgün özelliklerine uygun olarak çalışıp çalışmadığını kontrol edin (Kanıt Gücü = C)**

---

**Hızlı Başvuru Kılavuzu**

9. Destek yüzey kullanımının potansiyel komplikasyonlarını belirleyin ve bu komplikasyonları önleyin. Ayrıntılar için Klinik Uygulama Kılavuzu'ndan yararlanın (Kanıt Gücü= C)
10. Destek yüzeylerle uyumlu pozisyon verme araçları ve inkontinans pedlerini seçin. Yatağa serilen çarşaf ve ped sayısını sınırlayın (Kanıt Gücü= C).

**Pozisyon Verme**

1. Hastaya, doğrudan basınç ülserinin bulunduğu bölge üzerine pozisyon vermeyin (Kanıt Gücü = C).
2. Kullanılan destek yüzeye bağlı kalmadan hastaya pozisyon vermeye devam edin. Pozisyon değiştirme sıklığını, destek yüzeyin özelliklerine ve hastanın verdiği cevaba göre düzenleyin (Kanıt Gücü= C).
3. Hasta yataktayken her döndürme ya da pozisyon değişikliğinde ortaya çıkabilecek başka hasarlar açısından deriyi gözleyin. Hastayı, hasar bulunan ya da daha önceki basınç yüklenmesine bağlı olarak halen kırmızılık özellikle de basmakla solmayan kızarıklık (I. Evre basınç ülseri) bulunan vücut yüzeyi tarafına döndürmeyin (Kanıt Gücü = C).
4. Tıbbi durumuna bağlı olarak kontrendike olmadığı sürece, yatak istirahatında bulunan hastanın yatak başını 30 derece ile sınırlayın. Kontrendikasyon yoksa hastaları yatakta 30–40 derece yan yatış pozisyonunda ya da düz yatmaya teşvik edin (Kanıt Gücü = C).
5. Sürtünme ve yırtılma kuvvetlerini azaltmak için kaldıraç gibi transfer araçları kullanın. Hastaya pozisyon verirken çekip sürüklemeyin, kaldırın. Kullandığınız araçları hastanın altında bırakmayın (Kanıt Gücü= C).
6. Hastanın aktivite düzeyini tolere edebildiği kadar hızlı bir biçimde artırın (Kanıt Gücü = C).

**Hızlı Başvuru Kılavuzu**

7. Hastayı gerektiğinden daha uzun süre sürgü üzerinde tutmayın (Kanıt Gücü = C).
8. Hastada halka ya da simit şeklinde araçlar kullanmayın (Kanıt Gücü = C)
9. Basınç ülserleri üzerine doğrudan ısıtıcı araç ve cihaz (örn. sıcak su şişesi, ısıtıcı pedler, yatak ısıtıcıları) uygulamayın (Kanıt Gücü = C)

Isı metabolik hızı artırır, terlemeyi uyarır ve dokunun basınca toleransını azaltır. Vücut sıcaklığı dağılmadığında, deride maserasyon riski artarak iyileşme engellenebilir.

**I. ve II. Evre Basınç Ülserleri**

*Not: Destek yüzeylerin seçimi karmaşık bir süreç olup, seçim kararı yalnızca ülserin kategori/evresine dayanarak verilmemelidir.*

**Yataktayken**

1. I. ve II. evre basınç ülserlerinde yüksek kaliteli köpük ya da benzeri güç kaynağı gerektirmeyen, basıncı yeniden dağıtan destek yüzeylerini kullanmayı göz önünde bulundurun (Kanıt Gücü = C).
2. Sakrum ve koksikte basınç ve yırtılma kuvvetlerinin artmasına sebep olan yatak başının uzun süre yüksek kalması ve bir yere yaslanarak oturma pozisyonlarından kaçının (Kanıt Gücü = C).

**Sandalyede otururken**

1. I. ya da II. evre basınç ülseri bulunan hastalarda sandalyede basıncı yeniden dağıtan bir oturma minderi kullanın (Kanıt Gücü = C)
2. Oturma süresini en aza indirin ve seçilen minderde basınç ülserlerinin kötüleşmesi durumunda bir oturma uzmanına danışın (Kanıt Gücü = C).



---

**Hızlı Başvuru Kılavuzu**

3. Yatak yanında bir sandalyede ya da tekerlekli sandalyede otururken (dik olarak) hastanın ayaklarının yerden tam destek almasını ya da bir tabure veya ayak desteğiyle desteklenmesini sağlayın (Kanıt Gücü = C).
4. Sakrum / koksiks ya da iskiya üzerinde basınç ülseri bulunan bir hastanın sandalyede oturması gerekiyorsa, oturma sıklığını, 60 dakika ya da daha kısa sürelerde olmak üzere günde üç kez ile sınırlandırın. Basınç ülserini üzerine gelecek basınçtan korumak ya da en aza indirmek için uygun bir oturma desteği kullanın ve/veya pozisyon tekniği açısından bir oturma uzmanına danışın (Kanıt Gücü = C).
5. İskiya üzerindeki ülseri olan bir hastanın tamamen dik pozisyonda oturtulmasından (sandalyede ya da yatakta) kaçının (Kanıt Gücü = C).
6. Ülserin kötüleşmesi ya da iyileşmemesi durumunda, oturma programını değiştirin ve oturma yüzeyi ve hastanın duruşunu tekrar değerlendirin (Kanıt Gücü= C).

**Topukta I. ve II. Evre Basınç Ülseri**

*Not: Destek yüzeylerin seçimi karmaşık bir süreç olup, seçim kararı yalnızca ülserin /evresine dayanarak verilmemelidir.*

**I. ya da II. evre basınç ülseri bulunan topukların altındaki basıncı, bacakları topuklar yatakta “yüzer” durumda bulunacak şekilde bir yastık üzerine yerleştirerek ya da topuk süspansiyonlu basınç azaltıcı araçlarla azaltın (Kanıt Gücü= B).**

**Derin Doku Hasarı**

*Not: Destek yüzeylerin seçimi karmaşık bir süreç olup, seçim kararı yalnızca ülserin evresine dayanarak verilmemelidir.*

**Hastayı deri bütünlüğü bozulmamış şüpheli derin doku hasar alan(lar)ı bulunan tarafına yatırmayın. Bu alan üzerindeki basınç yeniden pozisyon vermekle azaltılamıyorsa ya da hastanın çevrildiği birden çok sayıda alanda basınç ülserleri bulunuyorsa, hastayı değerlendirin ve basıncı yeniden dağıtma, yırtılma kuvvetlerini**

---

**Hızlı Başvuru Kılavuzu**

azaltma ve mikroklima kontrolü özelliklerini göz önünde bulundurarak, gereksinimleri karşılayabilecek bir destek yüzey sağlayın. Hastayı basınç ülseri bulunan alanların bulunduğu tarafa mümkün olduğu kadar yatırmamaya çalışın (Kanıt Gücü= C).

**III., IV. Evre ve Evrelendirilemeyen Basınç Ülseleri**

*Not: Destek yüzeylerin seçimi karmaşık bir süreç olup, seçim kararı yalnızca ülserin evresine dayanarak verilmemelidir.*

Hastayı III., IV. evre ve evrelendirilemeyen basınç ülserli alan(lar)ı bulunan tarafına yatırmayın. Bu alan üzerindeki basınç yeniden pozisyon vermekle azaltılamıyorsa ya da hastanın çevrildiği birden çok sayıda alanda basınç ülserleri bulunuyorsa, hastayı değerlendirin ve basıncı yeniden dağıtma, yırtılma kuvvetlerini azaltma ve mikroklima kontrolü özelliklerini göz önünde bulundurarak, gereksinimlerini karşılayabilecek bir destek yüzey sağlayın. Hastayı bu alanların bulunduğu tarafa mümkün olduğu kadar yatırmamaya çalışın (Kanıt Gücü= B).

III., IV. evre ve evrelendirilemeyen basınç ülserlerinde iyileşmeye olanak sağlayan bir ortam yaratmak için çeşitli destek yüzeylerinin kullanımını inceleyen araştırma özetleri için Klinik Uygulama Kılavuzu'ndan yararlanın. Hastaya basıncın yeniden dağılımı, mikroklima kontrolü ve konfor gereksinimlerini karşılayabilecek en uygun destek yüzeyin sağlanması profesyonel bir sorumluluktur.

**Topukta III., IV. Evre ve Evrelendirilemeyen Basınç Ülseleri**

*Not: Destek yüzeylerin seçimi karmaşık bir süreç olup, seçim kararı yalnızca ülserin evresine dayanarak verilmemelidir.*

1. Hastanın bacaklarını elevasyona alarak topuğun yatağa temasını önleyen, böylece basınç ülseri bölgesini yükten kurtaran özel araçları kullanın (Kanıt Gücü = C).
2. Topukları yükten kurtaran bu özel araçları üreticinin talimatlarına uygun olarak kullanın (Kanıt Gücü = C).

---

**Hızlı Başvuru Kılavuzu**

3. Bu araçların çok sıkı olmamasına ve başka basınç ülserlerine neden olmamasına dikkat edin. Periferal arteriyel hastalığı, alt ekstremitte ödemi ya da ödem gelişme riski bulunan hastalarda bu araçların yerleştirildikleri bölgeleri daha sık kontrol edin (Kanat Gücü = C).
4. Deri bütünlüğünü değerlendirmek için, kullanılan araçları düzenli olarak çıkartın (Kanat Gücü = C)

**Özel Hasta Grupları**

Yayımlanan birçok kılavuzda genel öneriler verilmiş olup, kritik hastalar, spinal yaralanmaları ve bariyatrik cerrahi hastalarının özel gereksinimlerine yönelik öneriler yer almamaktadır. Bu kılavuzdaki öneriler ise bu özel hasta gruplarında basıncın yeniden dağıtılması, yırtılma kuvvetinin azaltılması ve mikroklima kontrolü ile ilişkilidir.

**Kritik Hastalar**

1. Lokal ve sistemik oksijenizasyonu ve perfüzyonu bozuk olan hastalarda basıncın yeniden dağılımı, yırtılma kuvvetinin azaltılması ve mikroklima kontrolünü artırmak ve gerektiğinde başka özellikler (örn. hastayı döndürmek için yardımcı, perküsyon) kullanmak amacıyla destek yüzeyi değiştirme gereksinimini değerlendirin (Kanat Gücü = C).
2. Spinal ve hemodinamik instabilite gibi tıbbi nedenlerle döndürülemeyen hastalarda destek yüzeyi değiştirme gereksinimini değerlendirin. Bu durumların stabilizasyonu sağlanır sağlanmaz rutin pozisyon değiştirme programınıza tekrar başlayın (Kanat Gücü= C).
3. Hastaları, hemodinamik ve oksijenizasyonun stabilize olmasına zaman tanıyacak şekilde yavaş, tedrici olarak döndürün (Kanat Gücü= C).

Bazı hastalar pozisyon değişikliği yapılabilecek kadar stabil değildir. Ancak, mümkün olduğunda hastanın yaşamsal bulgularının stabilizasyonuna zaman tanıyacak şekilde daha yavaş ya da küçük artışlarla tedrici olarak döndürülmesi düşünülmelidir.

**Hızlı Başvuru Kılavuzu**

4. Vücut pozisyonunda sık majör değişimleri tolere edemeyen hastalarda, bir miktar perfüzyona izin verecek şekilde daha sık küçük pozisyon değişikliklerini göz önünde bulundurun. Küçük pozisyon değişiklikleri gerekli olduğunda destek yüzeyin değiştirilmesinin ya da mümkün olduğunda hastanın döndürülmesinin (vücut pozisyonunda büyük değişiklikler) yerine geçmez (Kanıt Gücü = C)
5. Lateral-rotasyon özelliklerini kullanırken yırtılmanın sebep olabileceği hasarı önleyin. Deriyi yırtılma yaralanması bakımından sık sık değerlendirin (Kanıt Gücü = C)

**Basınç Ülseri Bulunmayan Hastalarda Lateral Rotasyon**

6. Basınç ülseri bulunmayan hastalarda lateral-rotasyon özellikleri seçildiğinde, sakral yırtılmayı önlemek için hastayı uzun yuvarlak yastıklarla (üretici tarafından sağlanan) destekleyin. Hasta destek yüzeyin tam ortasına yerleştirilmelidir (Kanıt Gücü = C)
7. Hastayı döndürmeye devam edin ve hastanın derisini basınç ve yırtılma yaralanmaları açısından değerlendirin. İlk doku hasarı belirtisinde lateral rotasyonu durdurun, hastayı ve destek yüzeyini tekrar değerlendirin (Kanıt Gücü = C)
8. Yırtılmaya bağlı yaralanma bulgusu saptandığında, lateral-rotasyon destek yüzeyini basıncı yeniden dağıtma, yırtılma kuvvetini azaltma ve mikroklima kontrol özellikleri daha gelişmiş olan ve rotasyonsuz bir destek yüzeyle değiştirin. Hastayı mümkün olduğu kadar hasar bulunan tarafına yatırmayın (Kanıt Gücü = C)

**Basınç Ülseri Bulunan Hastalarda Lateral Rotasyon**

9. Sakral alanda ya da kalçada basınç ülseri bulunan hastalarda basıncın yeniden dağılımı için alternatif yöntemleri (veya lateral-rotasyon yatağından kaçınım) düşünün (Kanıt Gücü = C)

---

**Hızlı Başvuru Kılavuzu**

**10. Lateral-rotasyon tedavisi gören hastalarda basınç ülserlerini yüke maruz bırakmayın (Kanıt Gücü = C)**

**11. Her pansuman değişiminde basınç ülserini ve ülser çevresindeki deriyi yırtılma yaralanması açısından gözleyin. Yırtılma yaralanmasında yara kenarlarında bozulma, tünelleşme ve/veya ülser çevresindeki deride inflamasyon artışı ya da ülser şeklinde görülebilir (Kanıt Gücü = C)**

Solunum zorluğu bulunan hastalarda lateral rotasyonun sürekli uygulanması gerekebilir. Her durumda, sürekli lateral rotasyonun riskleri ve yararları tüm basınç ülserli vakalarda değerlendirilmelidir.

**Spinal Yaralanması Olan Hastalar**

İdeal olarak, iskiyum bölgesindeki ülserler basınç ve diğer mekanik zorlanmaların etkisinden korunduğu zaman iyileşir.

Yarayı basınçtan korumak için tam yatak istirahati önerilebilir. Ancak, bu yaklaşım hasta ve ailesi için fiziksel komplikasyon (örn. kas zayıflaması, kondisyon azalması, solunum komplikasyonları), psikolojik zarar, sosyal izolasyon ve mali zorluk sorunları oluşturabilir). Tam yatak istirahati (örn. basınç yükünden uzak ortam) ile fiziksel, sosyal ve psikososyal ihtiyaçların dengelenmesi, hasta ve sağlık çalışanları için çözülmesi gereken bir ikilem yaratır. Spinal kord yaralanması olan bireylerde tekerlekli sandalye kullanmak bir zorunluluktur. Bireylerde oturma yüzeylerinde ülser varsa, oturma zamanının kısıtlanması gerekebilir. Oturma minderlerinin, vücudun şeklini alabilecek (yüksek daldırma) ve vücut ağırlığının oluşturduğu yükü eşit dağıtabilecek özelliklere sahip olması gerekir. Ek bilgi için Spinal Kord Yaralanma Tıbbi Konsorsiyumu Kılavuzu'na bakınız.

**Tekerlekli Sandalyede Oturma**

**1. Oturması kaçınılmaz olan hastaları bir oturma uzmanına danışarak değerlendirin (Kanıt Gücü= C).**

---

**Hızlı Başvuru Kılavuzu**

2. Basınç ülserinde, basıncı etkili bir biçimde yeniden dağıtan ve azaltan/ortadan kaldıran bir oturma minderi seçin (Kanıt Gücü= C).
3. Tekerlekli sandalyeyi, basıncın yeniden dağılımı için oturma destek yüzeyini ve postür ilişkili ekipmanı hastaya uygun bir biçimde bireyselleştirerek önerin. (Kanıt Gücü = C).
  - 3.1. En uygun oturma sistemini seçmek için bireyin vücut ölçülerini ve yapısını dikkate alın (Kanıt Gücü= C).
  - 3.2. Postür ve deformitenin basınç dağılımı üzerindeki etkilerini belirleyin (Kanıt Gücü = C).
  - 3.3. Destek yüzey(ler)inin seçiminde bireyin aktivite düzeyini ve yaşam biçimine özgü gereksinimlerini göz önünde bulundurun (Kanıt Gücü= C).
  - 3.4. Tekerlekli sandalye ve oturma sistemlerini, antropometrik, ergonomik ve fonksiyonel ilkelere göre bireyselleştirerek seçin ve düzenli olarak tekrar değerlendirin (Kanıt Gücü= C).

**Tekerlekli Sandalye ve Minder Özellikleri**

Spinal kord yaralanmalı ve iskiyumda basınç ülseri olan bireyleri, vücudun şeklini alan, sürekli iyi düzeyde basıncı dağıtman ve yükü azaltma özelliklerini taşıyan destek yüzeyler üzerinde oturtun (Kanıt Gücü = B).

1. Basınç ülseri bulunan hastalarda dalgalı basınç oluşturan oturma minderlerini dikkatli kullanın. Yırtılmayı önlemek için, kullandığınız yük azaltma yaklaşımının yararlarını minder yapısına ve çalışma mekanizmasına göre değerlendirin (Kanıt Gücü= C)

Dalgalı basınç oluşturan oturma destekleri birçok klinikte başarıyla kullanılmaktadır; ancak yüksek basınç fazına karşı cevaplar hastadan hastaya değişkenlik gösterebilir.

**Hızlı Başvuru Kılavuzu**

Dalgalı basınç oluşturan odacıklar boyunca potansiyel yırtılma kuvveti bulunduğu için, hastadaki etkileri dikkatle gözlemlenmelidir.

2. Minderin üst yüzeyini çok sıkı sarmayan ve vücut hatlarına uyum sağlama kapasitesine sahip olan gerilebilir bir minder kılıfı seçin (Kanıt Gücü= C).
3. Minderi ve kılıfını ısı dağılımı açısından değerlendirin. Kalça ara yüzeyindeki sıcaklık ve nemi en aza indirmek için hava değişimine izin veren bir minder ve kılıf seçin. (Kanıt Gücü= C).
4. Tekerlekli sandalyenin doğru çalışıp çalışmadığını ve hastanın ihtiyaçlarını karşılayıp karşılamadığını belirli aralıklarla değerlendirin (Kanıt Gücü= C).
5. Hastaya tekerlekli sandalyenin ve minderinin kullanımı ve bakımı konusunda tam bir eğitim verin (Kanıt Gücü= C).

**Destek Yüzey Üzerinde Oturan Basınç Ülserli Hastalar için Aktivite Seçenekleri**

1. Destekle oturmanın risklerini ve yararlarını, fiziksel ve ruhsal sağlık açısından değerlendirin (Kanıt Gücü= C).
2. İskiyum ve sakrum ülserlerinde iyileşmeyi hızlandırmak için yatak istirahati süresini göz önünde bulundurun (Kanıt Gücü= C).
3. İskiyumda ülser bulunan spinal kord yaralanmalı hastalardaki oturma süresini deri toleransı ve basınç ülseri cevabına göre sınırlayın (Kanıt Gücü= C)
4. Hastanın deri toleransı ve basınç ülseri cevabına göre, aşamalı bir oturma programı geliştirin (Kanıt Gücü = C).
5. Uygun pozisyon ve postür kontrolünü sağlayın (Kanıt Gücü= C).

---

**Hızlı Başvuru Kılavuzu**

- 5.1. Hastanın tekerlekli sandalyede öne doğru kaymasını önlemek için uygun bir oturma açısı sağlayın. Kolların ve ayakların uygun pozisyonda olmasına dikkat edin (Kanıt Gücü = C).
- 5.2. Bireylerin diz arkası tendonlarının gerilme uzunluğu uygun değilse, ayakucu elavasyonu için destek kullanmayın (Kanıt Gücü= C).
6. Vücut ağırlığının oluşturduğu basıncın süresini ve sıklığını düzenleyen, basıncı ortadan kaldıracak çizelgeler hazırlayın (Kanıt Gücü= C).
  - 6.1. Hasta uygunsa, “basınç giderici kaldırma” uygulamaları ya da diğer basınç azaltıcı manevraları öğretin (Kanıt Gücü= C).
  - 6.2. Oturma yüzeyindeki basıncı yeniden dağıtmak için tekerlekli sandalyeyi manuel ya da güç kaynağı kullanarak ayarlayın ve hastanın değişik pozisyonlar almasını sağlayın (vücudu sağa sola eğme, arkaya dayanma ve ayakta) (Kanıt Gücü= C)
  - 6.3. Etkili basınç giderici yöntemleri belirleyin ve bireyleri kapasiteleri doğrultusunda bu yöntemler konusunda eğitin (Kanıt Gücü= C)
7. Bireyin tamamen yardıma gereksinimi olması durumunda, tekerli sandalyeye ya da yatak yanındaki bir sandalyeye transferi için split-askı tipinde bir mekanik kaldırma kullanın. Transferden hemen sonra kullandığınız askıyı veya lifti kaldırın (Kanıt Gücü= C)

**Bariyatrik (Obez) Hastalar****Yatak Seçimi**

1. Birime yatışından itibaren bireyi uygun yatağa alın (Kanıt Gücü= C)
  - 1.1. Bireyin ağırlığını destekleyen yataklar kullanın (Kanıt Gücü = C)



---

**Hızlı Başvuru Kılavuzu**

- 1.2. Şiltede “çökme” olup olmadığı kontrol edin (Kanıt Gücü = C)
  - 1.3. Yatak yüzeyinin hastanın çevrilmesine olanak verecek ölçüde geniş olduğundan emin olun (Kanıt Gücü = C)
  - 1.4. Yatağın, obez bireyin bir yanından öteki yanına çevrilirken yatak kenarlıklarına değmeyecek yeterli genişlikte olmasına dikkat edin (Kanıt Gücü = C)
2. Derinin fazla ıslak olması durumunda, nemin buharlaşmasını kolaylaştıracak özellikleri olan yüzeyleri kullanmaya dikkat edin (Kanıt Gücü = C)

**Araç Gereç Seçimi**

1. Bireyin bel çevresine yetecek genişlikte olan bir tekerlekli sandalye ya da iskemle kullanın (Kanıt Gücü= C)
2. Bireyin bağımsız olarak aktivitesini sürdürebilmesi için bariyatrik yürüteç, yatak üstünde asma trapezler veya diğer destekleyici araçları sağlayın (Kanıt Gücü= C)

**Değerlendirme ve Pozisyon Verme**

1. Derinin tüm kıvrımlarını tam olarak değerlendirmek için gerekli yardımı alın (Kanıt Gücü = C)
  - Basınç ülserleri, deri kıvrımlarının altında ve serum setleri gibi çeşitli aparatların deri kıvrımları arasında oluşturduğu basınç bölgelerinde ve kemik çıkıntılarının olduğu yerlerde gelişebilir.
  - Basınç ülserleri, kemik çıkıntılarının üzerinde gelişebildiği gibi, kalçalarda ve yağ dokusunun fazla olduğu diğer alanlarda da oluşabilir.

---

**Hızlı Başvuru Kılavuzu**

2. Tüpler, sıvı setleri gibi tıbbi araçların deri üzerinde basınç oluşturmamasına dikkat edin (Kanıt Gücü= C)
3. Sarkan deri katmanları ya da büyük deri kıvrımlarının olduğu alanlarda yastık ya da pozisyon verme araçlarını kullanarak derinin deri üzerinde basınç oluşturmamasını önleyin (Kanıt Gücü= C)

**Basınç Ülseri Bakımı**

1. Obez bireylerde daha sık görülen, basınç ülserlerinin iyileşmesinde gecikme ve enfeksiyon bulgularını dikkatli değerlendirin (Kanıt Gücü = C)
2. Açık yaralardaki boşlukları doldururken yarada pansuman malzemesi unutmamaya dikkat edin. Geniş yaraları doldurmakta kullandığınız pansuman malzemesi sayısını kaydedin ve bir sonraki pansuman değişiminde yaradan tüm pansuman malzemesini çıkarttığınızdan emin olun (Kanıt Gücü = C)
3. İyileşmeyi desteklemek amacıyla uygun beslenmeyi sağlayın (Kanıt Gücü= C)

Obez hastalarda, boy ve kilosuna rağmen, basınç ülserlerinin iyileşmesine yardımcı olan gerekli gıdalar eksik olabilir. Kilo verme hedefinin ertelenmesi gerekebilir ya da iyileşme için gerekli olan uygun gıdaların alındığından emin olmak amacıyla bu hedefler değiştirilebilir.

---

**Temizleme**

---

1. Basınç ülseri ve çevresindeki deriyi her pansuman değişiminde temizleyin (Kanıt Gücü= C)
  - 1.1. Basınç ülserlerini serum fizyolojik ya da içme suyuyla temizleyin (Kanıt Gücü = C) (Suyun içilebilir özellikte olması gerekir)

---

**Hızlı Başvuru Kılavuzu**

- 1.2. **Debrisli, enfeksiyon gelişmiş, enfeksiyon şüphesi olan ya da büyük ölçüde bakteri kolonizasyonundan şüphe duyulan basınç ülserlerini sürfaktan ve/veya antimikrobiyal ajan içeren temizleme solüsyonları ile temizleyin (Kanıt Gücü = C).**
- 1.3. **Basınç ülseri çevresindeki deriyi temizleyin (Kanıt Gücü= B).**
2. **Basınç ülserlerini irigasyon solüsyonuyla temizleyin ve yarayı temizlerken dokuya zarar vermeden ya da bakterileri yara yüzeyine / derinliklerine yaymadan yeteri kadar basınç uygulayın (Kanıt Gücü = C).**

Basınç ülserinin yüzeyini yara yatağına zarar vermeden temizlemek için genellikle inç kare başına yaklaşık 4–15 pound irigasyon basıncı uygun olabilir.
3. **Çapraz kontaminasyonu azaltmak için, kullandığınız irigasyon solüsyonunu toplayın ve uygun biçimde atılmasını sağlayın (Kanıt Gücü= C).**

---

**Debridman**

---

1. **Basınç ülserinin kenarlarında ya da yara yatağı içinde bulunan cansız dokuları, hastanın durumu uygun olduğunda debride edin (Kanıt Gücü= C)**
2. **Debridman yöntemini verilen özellikleri göz önünde bulundurarak seçin. Bu özellikler; hastanın durumu, bakım hedefleri, ülserin / ülser çevresinin durumu, nekrotik dokunun tipi, miktarı ve yeri, bakım ortamı, profesyonel yeterlilik (Kanıt Gücü= C)**

**Olası debridman yöntemleri; cerrahi, otolitik, enzimatik, mekanik ve biyolojik debridmanı (kurtçuk terapisi) içerir. Her bir tekniğin endikasyon ve konrendikasyonunun en uygun olarak tanımlandığı Klinik Uygulama Kılavuzu'ndan yararlanın.**

---

**Hızlı Başvuru Kılavuzu**

3. Nekrotik dokunun drenajının ya da çıkartılmasına klinik olarak acil olmadığı durumlarda mekanik, otolitik, enzimatik ve/veya biyolojik debridman yöntemlerini kullanın (Kanıt Gücü = C).
4. İlerleyici selülit, çıtırtı sesi, dalgalanma hareketi ve/veya ülserle ilişkili enfeksiyona sekonder gelişen sepsis bulunması durumunda cerrahi debridman uygulayın (Kanıt Gücü = C)
5. Keskin / cerrahi debridman, yasa ve yönetmeliklere uygun olarak özel eğitimli, nitelikli, yetkili ve uzman bir sağlık personeli tarafından uygulanmalıdır (Kanıt Gücü = C).
6. Keskin / cerrahi debridmanda steril malzeme kullanın (Kanıt Gücü= C)
7. Keskin debridmanı; immün yetmezlik, bacaklarda kan akımının yetersiz olduğu durumlarda ya da sistemik sepsiste antibakteriyel girişim eksikliği bulunması durumunda dikkatle uygulayın. Göreceli kontrendikasyonlar antikoagülan tedavi ve kanama bozukluklarıdır (Kanıt Gücü= C).
8. Tünelleşme, cepleşme, sinüs bulunan ve/veya diğer debridman yöntemleriyle kolayca uzaklaştırılmayacak kadar çok miktarda nekrotik doku içeren III. ya da IV. evre basınç ülserli bireyleri cerrahi açısından değerlendirmeye alın (Kanıt Gücü= C).
9. Debridmanın oluşturduğu ağrıyı kontrol altına alın (Kanıt Gücü= C).
10. Alt ekstremitte basınç ülserlerinin debridmanından önce eksiksiz ve tam bir vasküler değerlendirme yapın (Örn. arteriyel yetmezliği ekarte edin) (Kanıt Gücü= C).
11. İskemik bacaklardaki stabil, sert, kuru eskarları debride etmeyin. (Kanıt Gücü= C).

---

**Hızlı Başvuru Kılavuzu**

**12. Yarayı kızarıklık, hassasiyet, ödem, pürülan akıntı, krepitans ve/veya kötü koku bulguları açısından her gün değerlendirin (Kanıt Gücü= C).**

**12.1. Yukarıdaki semptomların bulunması durumunda acil olarak bir damar cerrahından konsültasyon isteyin (Kanıt Gücü= C).**

**12.2. Yukarıdaki semptomların bulunması durumunda, hastanın tercihi ve tüm bakım/tedavi hedeflerine uygunsa acil debridman yapın (Kanıt Gücü= C).**

**13. Kronik basınç ülserlerinde, yara yatağı granülasyon dokusuyla doluncaya ve nekrotik doku tam olarak temizleninceye kadar idame debridman yapın (Kanıt Gücü= C)**

---

**Yara Örtüleri (Pansumanlar)**

---

Yara örtüleri basınç ülserlerinin bakımında önemlidir. Pansuman seçimi, yara yatağındaki doku tipi, yara yatağı etrafındaki derinin durumu ve hastaya özel bakım / tedavi hedeflerine göre yapılmalıdır. Genel olarak, ülser yatağı temiz, iyileşme ve kapanmayı hızlandıracak şekilde granüle olduğunda, yara yatağının nemli kalmasını sağlamak ideal olan durumdur. Çeşitli nem-tutucu yara örtüleri vardır. Ancak, yara örtüsünün tipi ülserin iyileşmesi ya da kötüleşmesine göre değişebilir. Tüm yara örtüsü tiplerinin daha ayrıntılı tanımlarının yanı sıra kullanım endikasyonları ve kontendikasyonları için Klinik Uygulama Kılavuzu'na bakın.

**Genel Öneriler**

- 1. Basınç ülserini her pansuman değişiminde değerlendirin ve uyguladığınız pansuman tipinin uygunluğunu kontrol edin (Kanıt Gücü= C)**
- 2. Başta pansuman değiştirme sıklığı olmak üzere, üreticinin önerilerini takip edin (Kanıt Gücü= C)**
- 3. Bakım planı olağan pansuman değişim zamanlarına rehberlik etmeli ve renk değişimi (yeşillenme), gevşeme vb. nedenlere bağlı (aile, hasta ve çalışanlar için)**

---

**Hızlı Başvuru Kılavuzu**

gereksinim olduğunda değiştirilebilecek geçici planları içermelidir (Kanıt Gücü=C).

4. Yara yatağını nemli tutan bir yara örtüsü seçin (Kanıt Gücü= C)
5. Yara yatağına temas eden ya da yaranın çevresini kuru tutarak deriye bariyer oluşturan ürünü ve maserasyonu önleyici bir yara örtüsünü seçin (Kanıt Gücü=C).

**Hidrokolloid Yara Örtüleri**

1. Hidrokolloid yara örtülerini, II. evre, temiz ve kıvrılmayacak ya da erimeyecek vücut alanlarındaki basınç ülserlerinde kullanın (Kanıt Gücü= B).
2. Hidrokolid yara örtüleri enfekte olmayan, yüzeysel III. evre basınç ülserlerinde kullanılabilir (Kanıt Gücü= B)
3. Hidrokolloid yara örtüsünün altına dışkı sızmışsa değiştirin (Kanıt Gücü= C)
4. Derin ülserlerde boşluğu doldurmak için hidrokolloid örtünün altına doldurucu yara örtüleri kullanın (Kanıt Gücü= B).
5. Sürtme, alerjik yaralanma ya da flaster yaralanması riski altında bulunan vücut alanlarını korumak için hidrokolloid yara örtüleri kullanılabilir (Kanıt Gücü=C).
6. Deri travmalarını azaltmak için, frajil deri üzerideki hidrokolloid yara örtüsünü dikkatli bir biçimde kaldırın (Kanıt Gücü = B).

---

**Hızlı Başvuru Kılavuzu****Transparan Film Yara Örtüleri**

1. Sürtme, alerjik yaralanma ya da flaster zedelenmesine bağlı yaralanma riski altında bulunan vücut alanlarını korumak için film yara örtüleri kullanın (Kanıt Gücü= C).
2. Hastanın bağışıklık sistemi baskı altında değilse, otolitik debridmanda film yara örtüsü kullanın (Kanıt Gücü= C).
3. Aljinatlarla ya da yara yatağında uzun süre (örn. 3–5 gün) kalabilecek diğer yara doldurucularla tedavi edilen ülserlerde, sekonder yara örtüsü olarak transparan film yara örtüleri kullanın (Kanıt Gücü= C).
4. Deri travmalarını azaltmak için fragil deri üzerindeki film yara örtüsünü dikkatli bir biçimde çıkartın (Kanıt Gücü= C).
5. Film yara örtülerini orta derecede ya da çok fazla eksüdasyonu olan ülserlerde doku arayüz tabakası olarak kullanmayın (Kanıt Gücü = C).
6. Film yara örtülerini enzimatik debridman ajanları, jeller ya da merhemler üzerinde kapatıcı örtü olarak kullanmayın (Kanıt Gücü = C).

**Hidrojel Yara Örtüleri**

1. Yüzeysel, çok az eksüdalı basınç ülserlerinde hidrojel yara örtülerini kullanın (Kanıt Gücü = B).
2. Jel ülseri nemlendireceği için kuru ülser yataklarının tedavisinde hidrojel yara örtülerini kullanın (Kanıt Gücü= C).
3. Ağrılı basınç ülserlerinde hidrojel yara örtüsü kullanın (Kanıt Gücü= C).

---

**Hızlı Başvuru Kılavuzu**

4. Yüzeysel ve deri ile aynı seviyede olan basınç ülserlerinde ve/veya pansumanın kayma riski olan vücut alanlarındaki ülserlerde, hidrojel tabaka yara örtülerini kullanın (Kanıt Gücü = C).
5. Derin olan ve deri ile aynı seviyede olmayan basınç ülserlerinde ve/veya pansumanın kayma riski olan vücut alanlarındaki ülserlerde, amorf hidrojel kullanın (Kanıt Gücü= C).
6. İnfekte olmayan ve granüle olan basınç ülserlerinde amorf hidrojel kullanmayı düşünün. (Kanıt Gücü= B).

**Aljinat Yara Örtüleri**

1. Orta derecede ve aşırı eksüdalı basınç ülserlerinin tedavisinde aljinat yara örtülerini kullanın (Kanıt Gücü= B).
2. Aynı zamanda uygun enfeksiyon tedavisi uygulanan enfekte basınç ülserlerinde aljinat yara örtülerini kullanın (Kanıt Gücü = C)
3. Aljinat yara örtüsünü, gerektiğinde işlemi kolaylaştırmak için irrije ederek, yavaşça kaldırın (Kanıt Gücü= C)
4. Aljinat yara örtüsü planlanan pansuman değişim zamanında hala kuru ise pansuman değiştirme aralığını uzatın ya da farklı tipte bir yara örtüsü kullanın (Kanıt Gücü= C)

**Köpük Yara Örtüleri**

1. II. evre eksüdalı basınç ülserlerinde ve III. evre derin olmayan basınç ülserlerinde köpük yara örtüsü kullanın (Kanıt Gücü= B).
2. Eksüdalı kavite ülserlerinde tek küçük parça köpük kullanmaktan kaçının (Kanıt Gücü= C).



---

### Hızlı Başvuru Kılavuzu

3. Ağrılı basınç ülserlerinde köpük yara örtülerini kullanın (Kanıt Gücü= C).
4. Yırtılma hasarı riski bulunan vücut alanlarında ve basınç ülserlerinde köpük yara örtüleri kullanın (Kanıt Gücü= B).

### Polimerik Membran Yara Örtüleri

5. II. ve III. evre derin olmayan basınç ülserlerinde polimerik membran yara örtüsü kullanın (Kanıt Gücü= C).

### Gümüşlü Yara Örtüleri

1. Enfekte ya da fazla miktarda kolonize olan basınç ülserlerinde gümüşlü yara örtüleri kullanın (Kanıt Gücü= B).
2. Yüksek enfeksiyon riski bulunan basınç ülserlerinde gümüşlü yara örtüleri kullanın (Kanıt Gücü= B)
3. Gümüşlü yara örtülerini uzun süreli kullanmaktan kaçının, enfeksiyon kontrol altına alındığında bu örtüleri kullanmayı bırakın (Kanıt Gücü= C)
4. Çok kontamine ya da enfekte olan basınç ülserlerinde, tam debridman yapılmıncaya kadar gümüş sulfadiyazin (Silvadene®) kullanmayı düşünün (Kanıt Gücü= C).

### Balılı Yara Örtüleri

Tıbbi bal emdirilmiş yara örtülerini II. ve III. evre basınç ülserlerinin tedavisinde kullanın (Kanıt Gücü= C).

---

**Hızlı Başvuru Kılavuzu****Kadeksomer İyotlu Yara Örtüleri**

1. Orta derecede ve aşırı miktarda eksüdalı basınç ülserlerinde, kadeksomer iyotlu yara örtülerini kullanın (Kanıt Gücü= C).
2. İyot alerjisi olan ya da tiroid hastalığı bulunan hastalarda, kadeksomer iyotlu yara örtüleri kullanmaktan kaçının (Kanıt Gücü= C).
3. Sık (her gün) pansuman değişimini gerektiren geniş kaviteli ülserlerde, kadeksomer iyotlu yara örtülerini kullanmaktan kaçının (Kanıt Gücü= C).

**Gazlı Bez**

1. Temiz, açık basınç ülserlerinde iş yükünü artırdığı, kuru olduğunda kaldırılırken ağrıya sebep olduğu ve kurduğunda canlı dokunun da kurumasına yol açtığı için, gazlı bez kullanmaktan kaçının (Kanıt Gücü= C).
2. Nemi koruyan başka bir yara örtüsünün bulunmaması durumunda, kuru gazlı bez yerine gazlı bezi sürekli nemlendirilerek kullanın (Kanıt Gücü= C).
3. Gazlı bezi, doku arayüz tabakası nemli olduğunda buharlaşmayı azaltmak amacıyla örtü olarak kullanın (Kanıt Gücü= C).
4. Aşırı miktarda eksüdalı ülserlerde, gevşek dokunmuş, çok az miktarda eksüdalı ülserlerde ise sıkı dokunmuş gazlı bez kullanın (Kanıt Gücü= C).
5. Nem tutan başka bir yara örtüsünün bulunmaması durumunda, geniş doku alanı defektleri ve ölü boşlukları bulunan ülserler, serum fizyolojik ile nemlendirilmiş gevşek örgülü gazlı bezle gevşekçe doldurulmalıdır. Yara yatağında basınç oluşmasını önlemek için gazlı bez sıkıca doldurulmamalıdır (Kanıt Gücü= C).
6. Eksüda emilimini hızlandırmak için gazlı bez paketlerini sık sık değiştirin (Kanıt Gücü = C).

---

**Hızlı Başvuru Kılavuzu**

- 7. Derin ülseleri doldurmak için tek parça gazlı bez ruloları kullanın; çok sayıda tekli gazlı bez pansuman kullanmayın, çünkü yara yatağında tutulan gazlı bezler enfeksiyon kaynağı olabilmektedir (Kanıt Gücü= C).**
- 8. Islak gaz bezi pansumanında buharlaşmayı önlemek için, emdirilmiş tipte gazlı bez kullanın (Kanıt Gücü= C).**

Gazlı bezle pansumanda çok değişik uygulamalar bulunmaktadır. Enfeksiyon oranının artması, yara içinde ipliklerinin kalması ve ağrı gibi sorunlar, dünyanın çeşitli bölgelerinde sağlık personelinin basınç ülseleri gibi kronik yaralarda gazlı bezle pansuman yapmasını engellemiştir. Sağlık personeli gazlı bez yerine daha ileri yara örtüleri kullanımına yönelmiştir. Gazlı bez günümüzde oldukça sınırlı bir kullanıma sahip olup, esas olarak cerrahi yara örtüleri olarak kullanılmaktadır. Çok sık değiştirilme ihtiyacı nedeniyle, profesyonel olarak maliyetli oldukları gösterilmiştir. Ancak, kullanımda bulunan diğer topikal yara örtüleri pahalı olup, her zaman reçete edilememektedir; bu nedenle yarayı korumak amacıyla yaranın kuruması yerine serum fizyolojik emdirilmiş ya da nemlendirilmiş gazlı bez yara örtülerini kullanmak tercih edilebilir.

**Silikon Yara Örtüleri**

- 1. Pansuman değişiminin travmatik olmaması için, yara ile temas eden tabaka olarak silikon yara örtülerini kullanmayı düşünün (Kanıt Gücü= B).**
- 2. Ülser ya da yara çevresindeki doku frajil ya da kolay zedelenebilir durumda ise dokuda hasar oluşmasını önlemek için silikon yara örtülerini kullanın (Kanıt Gücü = B).**

**Kolajen Matriks Yara Örtüleri**

**İyileşmeyen III. ve IV. evre basınç ülselerinde kolajen matriks yara örtülerini kullanın (Kanıt Gücü= C).**

---

## Hızlı Başvuru Kılavuzu

### Bileşik Yara Örtüleri

Burada listelenen yara örtüsü tiplerinin çoğu bileşik şekilde üretilmektedir. Bileşik şekilde üretilmiş yara örtüsü kullanmayı düşündüğünüzde, her bir bileşeni için özel olan önerileri dikkate alın.

---

## Enfeksiyonların Değerlendirilmesi ve Tedavisi

---

Derinin tüm yüzeyinde bakteriler vardır. Sağlam derinin oluşturduğu primer savunma bozulduğunda, bakteriler yara yüzeyinde de bulunur. Bakteriler (sayı ya da virülans olarak) vücuda zarar verdiğinde, enfeksiyon var demektir. Savunması bozulan bir konakçının bakterilerle mücadele etme yeterliliği de azalır. Bakteri sayısı ve konakçı üzerindeki etkisi kontaminasyon, kolonizasyon, kritik kolonizasyon ya da enfeksiyon olarak sınıflandırılabilir. Enfeksiyon I. ve II. evre ülserde sık olmayıp, enfeksiyon değerlendirmesi III. ve IV. evre ülserlere odaklanmalıdır. Enfeksiyon basınç ülserinin ötesine yayılarak selülit, fasiyit, osteomyelit, sistemik inflamatuvar cevap sendromu (SIRS; *systemic inflammatory response syndrome*) ya da sepsis gibi ciddi sistemik enfeksiyonlara sebep olabilir. Bu ciddi sonuçları önlemek için, yüksek riskli hastalarda basınç ülserlerinin önlenmesi, erken tanınması, basınç ülseri enfeksiyonlarının erken saptanması ve zamanında etkili bir biçimde tedavi edilmesine odaklanılmalıdır.

### Sistem Değerlendirmesi

**Basınç ülseri bulunan hastalarda, kendi kendine bulaşma ve çapraz bulaşmayı önlemek için lokal enfeksiyon kontrol politikalarını izleyin (Kanıt Gücü= C).**

### Yüksek Riskli Hastaların Değerlendirilmesi ve Basınç Ülserleri

1. Nekrotik doku ya da yabancı madde bulunan, uzun süredir mevcut olan, genişliği ya da derinliği büyük olan ve/veya üst üste kontamine olabilen (örn. anüs yakınında) basınç ülserlerinde enfeksiyon olasılığı çok yüksektir (Kanıt Gücü= C).

---

**Hızlı Başvuru Kılavuzu**

2. Diyabet, protein-kalori beslenme yetersizliği, hipoksi ya da kötü doku perfüzyonu, otoimmün hastalığı olan ya da bağışıklık sistemi baskı altında bulunan hastalarda, lokal yara enfeksiyonu olasılığı çok yüksektir (Kanıt Gücü= B).
3. İki hafta süreyle iyileşme belirtisi bulunmayan ya da kolay zedelenen granülasyon dokusu, kötü koku, ülserde ağrı artışı, ülser çevresindeki dokuda sıcaklık artışı, yaradan akıntı artışı, yara akıntısında dikkat çekici nitelikte kötüleşme (örn. kanlı akıntının ortaya çıkması, pürülan akıntı), yara yatağındaki nekrotik dokuda artış, cep oluşması ya da tünelleşme basınç ülserlerinde lokal enfeksiyon olasılığı çok yüksektir (Kanıt Gücü= B).

**Tanı**

1. Basınç ülserinde yara kenarlarından çevre dokulara doğru genişleyen eritem, endurasyon, yeni ağrı ya da varolan ağrıda artış, sıcaklık veya pürülan akıntı gibi akut enfeksiyon belirtileri varsa yayılmakta olan akut enfeksiyon tanısını göz önünde bulundurun. Akut enfekte ülserin büyüklüğü artabilir ya da krepitus, fluktuans ya da çevre dokunun renginde bozulma gelişebilir. Hastada ateş, yorgunluk, bitkinlik ve lenf bezlerinde büyüme gibi sistemik bulgular bulunabilir. Yaşlı hastalarda konfüzyon / deliryum ve anoreksi de gelişebilir (Kanıt Gücü= C).
2. Basınç ülserindeki bakteri yükünü doku biyopsisi ya da kantitatif sürüntü materyali tekniğiyle belirleyin (Kanıt Gücü= B).

Mikrobiyal yükü incelemenin altın standart yöntemi, canlı yara dokusunun kantitatif kültürüdür. Yüzeiden alınan sürüntü materyali yalnızca kolonize olan organizmaları ortaya çıkarır ve daha derindeki doku enfeksiyonunu yansıtmaz. Kantitatif doku kültürünün kabul edilebilir bir alternatifi levine kantitatif sürüntü materyali tekniği olabilir:

- Yarayı serum fizyolojik ile temizleyin. Steril gazlı bezle dokunarak kurutun.

**Hızlı Başvuru Kılavuzu**

- Yara yatağında en sağlıklı görünen dokudan kültür alın.
  - Eksüda, iltihap, eskar ya da yüksek oranda fibröz dokudan kültür almayın.
  - Steril aljinat-uçlu aplikatörü 1 cm x 1 cm bir alanda 5 saniye boyunca çevirin.
  - Sürüntü materyalini alırken, örnekte doku sıvısının da bulunması için yeterli basıncı uygulayın.
- 3. Kültür sonucunun 1 gram dokuda  $\geq 10^5$  CFU bakteri yükü ya da beta-hemolitik streptokok bulunması şeklinde gelmesi durumunda, basınç ülseri enfeksiyonu tanısını düşünün (Kanıt Gücü= B).**

**Tedavi**

- 1. Konakçının cevabını artırın (hastayı en uygun şekilde enfeksiyonla savaşabileceği duruma getirin) (Kanıt Gücü= C).**
- 2. Basınç ülserinin kontamine olmasını önleyin (Kanıt Gücü= C).**
- 3. Basınç ülserindeki bakteri yükünü azaltın (bkz. Temizleme ve Debridman önerileri) (Kanıt Gücü= C).**

Nekrotik doku ve sarı nekrotik doku bakteri çoğalmasını hızlandırır (bkz. Debridman, ve Cerrahi Tedavi bölümleri). Temizleme, gevşek debris ve serbest halde yüzer durumda bulunan bakterilerin ortamdaki uzaklaşmasını sağlar. Debridman, genellikle yapışkan sarı nekrotik dokunun oluşturduğu biyofilm tabakasını ve eskarın da ortamdaki uzaklaştırılması için gereklidir. Biyofilmler ortamdaki uzaklaştırıldığında tekrar gelişme eğilimindedir. Antimikrobiyel ajanlar, biyofilmlerin tekrar oluşmasını yavaşlatmaya yardımcı olabilir. Basınç ülserleri ve diğer kronik yaralarda biyofilm tanısı ve tedavisi için en iyi uygulamaları açıklığa kavuşturmak için başka çalışmalara ihtiyaç vardır.

- 4. Basınç ülserlerinde kullanım için doğru ve uygun olarak seyreltilmiş olan topikal antiseptikleri kullanmaya dikkat edin. Antiseptikler, bakteriyel biyolojik yükün kontrol altına alınması, ülserin temizlenmesi ve çevredeki inflamasyonu azaltmak**

---

**Hızlı Başvuru Kılavuzu**

amacıyla sınırlı bir süre kullanılmalıdır. Bu ajanları kullanan sağlık çalışanları doğru seyreltiler ve toksik etkiler ile beklenmeyen etkiler konusunda bilgili olmalıdır (Kanıt Gücü= C). Daha fazla ayrıntı için Klinik Uygulama Kılavuzu'na bakınız.

5. **Topikal antiseptikleri, iyileşmesi beklenmeyen ve kritik kolonizasyon düzeyinde olan basınç ülserlerinde kullanın (Kanıt Gücü= C).**
6. **Topikal antimikrobiyel gümüş ya da tıbbi bal emdirilmiş yara örtülerini birden çok sayıda mikroorganizma ile enfekte olan basınç ülserlerinde kullanın. Çünkü bu yara örtülerinin antimikrobiyal etkinlik alanları çok geniştir. Bununla birlikte, tıbbi bal emdirilmiş olan bir yara örtüsünü uygulamadan önce, hastanın bala, arı ürünlerine ya da arı sokmasına karşı aşırı duyarlı olup olmadığından emin olun (Kanıt Gücü= C).**
7. **Enfekte basınç ülserlerinde, özel durumlar dışında, topikal antibiyotik kullanımını sınırlandırın (Kanıt Gücü= C).**

Genel olarak, basınç ülserlerinde topikal antibiyotikler önerilmemektedir. Bunun nedenleri derin deri enfeksiyonlarında yetersiz penetrasyon, antibiyotik direncinin gelişmesi, aşırı duyarlılık reaksiyonları, büyük yaralara uygulandığında sistemik emilim ve lokal olarak tahriş edici etkilerdir; Bu etkilerin hepsi yara iyileşmesinin daha da gecikmesine sebep olur. Bununla birlikte, kısa süreli gümüş sulfadiyazin, topikal antibiyotikli solüsyonlar ya da topikal metronidazol bazı durumlarda yararlı olabilir. Örneğin, debride edilmiş ve temizlenmiş yaralarda, bir gram dokuda  $\geq 10^5$  CFU bakteriyel biyolojik yük olması ve/veya beta hemolitik streptokokların bulunması durumu. Topikal metronidazol mantar enfeksiyonu olan yaralardaki kokunun ya da anaerobik enfeksiyonların tedavisinde kullanılabilir.

8. **Pozitif kan kültürü, selülit, fasiitis, osteomyelit, sistemik inflamatuvar cevap sendromu (SIRS, *systemic inflammatory response syndrome*) ya da sepsis gibi klinik olarak sistemik enfeksiyon bulunduğu kanıtlanan hastalarda, sistemik antibiyotikler kullanın. (Kanıt Gücü= C).**

---

**Hızlı Başvuru Kılavuzu**

**9. Lokal abseleri drene edin (Kanıt Gücü= C).**

**10. Kemiğin etkilenmesi, pürüzlü veya yumuşak hissedilmesi ya da ülserin yapılan tedaviye rağmen iyileşmemesi durumunda, hastayı osteomyelit açısından değerlendirin (Kanıt Gücü= C).**

---

**Basınç Ülserlerinin Tedavisinde Biyofiziksel Ajanlar**

---

Basınç ülserlerinin tedavisinde enerji çeşitli araştırılmıştır. İncelenen enerji çeşitli, akustik, mekanik, kinetik enerjiler ve elektromanyetik spektrumdan (EMS) elde edilen enerjilerdir. Termal (infrared) radyasyon, ultraviyole ışık (görünmez ışık) ve lazer (koherent ve monokromatik ışık) ve elektrik / elektromanyetik stimülasyonun hepsi EMS'nin parçalarıdır. Biyofiziksel ajanlar, yara yatağına özel tedavi maddelerini uygulamak için kullanılabilir.

Biyofiziksel enerjiler, yaranın ve hastanın durumuna uygunluğu yetkili bir merci tarafından onaylanarak ruhsatlanmış tıbbi cihazlarla uygulanmalıdır. Biyofiziksel ajanlar, hastaya uygun, güvenli ve etkili yöntemlerin seçilmesi, uygulanması, olumlu etkileri ve yan etkileri konusunda eğitim almış ve yetkilendirilmiş profesyoneller tarafından uygulanmalıdır. Daha fazla bilgi edinmek için bunları destekleyen araştırmaların tartışmalarına ve Klinik Uygulama Kılavuzu'na bakınız.

**Elektriksel Stimülasyon**

**İnatçı II. evre ve III., IV. evre basınç ülserlerinin tedavisinde, yara iyileşmesini kolaylaştırmak amacıyla doğrudan temasla elektriksel stimülasyonu (ES) düşünün (Kanıt Gücü= A).**

**Elektromanyetik Ajanlar**

**İnatçı II., III. ve IV. evre basınç ülserlerinde darbeli elektromanyetik alan [pulsed electromagnetic field (PEMF)] kullanmayı düşünün (Kanıt Gücü = C).**



---

**Hızlı Başvuru Kılavuzu****Fototerapi (Lazer, Infrared, Ultraviyole)****Infrared Tedavisi**

Basınç ülserleri ve diğer kronik yara tiplerinde yapılmış olan araştırmalardan elde edilen kanıtlar, basınç ülserlerinin tedavisinde infrared (kızılötesi) uygulamasını önermek için yeterli değildir.

**Lazer**

Basınç ülserleri ve diğer kronik yara tiplerinde yapılmış olan araştırmalardan elde edilen kanıtlar, basınç ülserlerinin tedavisinde lazer tedavisini önermek için yeterli değildir.

**Ultraviyole Işın Tedavisi**

1. Eğer geleneksel tedaviler başarısız olursa, kısa süreli ultraviyole ışınları C (UVC) uygulamasını düşünün (Kanıt Gücü= C).

Bu öneri temel olarak uzman görüşüne dayanmaktadır. Kanıt yetersizdir.

2. Temiz fakat kritik düzeyde kolonize III. ve IV. evre basınç ülserlerindeki biyolojik yükü azaltmak amacıyla ilave bir yaklaşım olarak, bir kür ultraviyole ışın kullanmayı düşünün (Kanıt Gücü= C).

Bu öneri temel olarak uzman görüşüne dayanmaktadır. Kanıt yetersizdir. Ultraviyole ışın birleşik tedavi olarak düşünülebilir; ancak bakteriyel yükün azaltılmasında önerilen diğer tedavilerin yerine kullanılmamalıdır (bkz. Enfeksiyon bölümü).

**Akustik Enerji (Ultrason)**

1. Temiz, inatçı III. ve IV. evre basınç ülserlerinin tedavisinde, temassız düşük-frekanslı (40 kHz) ultrason spreyi kullanmayı düşünün (Kanıt Gücü= C).

---

**Hızlı Başvuru Kılavuzu**

Bu öneri temel olarak uzman görüşüne dayanmaktadır. Basınç ülserlerinde yapılmış bir çalışma yoktur. Diğer tipteki kronik yaralarda yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar ve bazı yan etkiler bildirilmiştir.

- 2. Nekrotik yumuşak doku debridmanında düşük frekanslı (22.5, 25, 35 kHz) ultrason kullanmayı düşünün (Kanıt Gücü= C).**

Bu öneri uzman görüşüne dayanmaktadır.

- 3. Enfekte basınç ülserlerinin tedavisinde ilave bir yaklaşım olarak yüksek frekanslı (MHz) ultrason kullanmayı düşünün (Kanıt Gücü= C).**

Bu öneri temel olarak uzman görüşüne dayanmaktadır. Kanıt yetersizdir. Yüksek frekanslı ultrason ek tedavi olarak düşünülebilir; ancak bakteriyel yükün azaltılmasında önerilen diğer tedavilerin yerine kullanılmamalıdır (bkz. Enfeksiyon bölümü).

**Negatif Basınçla Yara Tedavisi (NBYT)**

- 1. NBYT'ni derin, III. ve IV. evre basınç ülserlerinin tedavisinin erken döneminde ek tedavi olarak düşünün (Kanıt Gücü= B).**
- 2. NBYT'ni uygulamadan önce basınç ülserindeki nekrotik dokuyu debride edin (Kanıt Gücü= C).**
- 3. NBYT sisteminin uygulanmasında ve sonlandırılmasında güvenli bir yöntem izleyin. (Kanıt Gücü= C).** Daha fazla ayrıntılı bilgi için Klinik Uygulama Kılavuzu ve üreticinin kullanma talimatlarına bakın.
- 4. Her pansuman değişiminde basınç ülserini değerlendirin (Kanıt Gücü= C).**

---

**Hızlı Başvuru Kılavuzu**

5. Eğer ağrı bekleniyorsa ya da bildirilmişse, yara yatağına yapışkan olmayan bir ara yüz yara örtüsü yerleştirmeyi, basınç düzeyini azaltmayı ve/veya basınç çeşidini (sürekli ya da aralıklı) değiştirmeyi düşünün (Kanıt Gücü= C).
6. Ev ortamında kullanılacaksa, hasta ve/veya ailesini NBYT hakkında eğitin (Kanıt Gücü= C).

**Hidroterapi: Girdaplı (Whirlpool) ve Vakumlu Pulsatil Lavaj**

1. Yaranın temizliğini sağlamak ve iyileşmesini kolaylaştırmak için, ilave bir yaklaşım olarak basınçlı su ile yarayı yıkayın (Kanıt Gücü= C)
2. Yaranın biyolojik yükünü ve enfeksiyonu azaltmak için, basınçlı su ile yarayı yıkayın (Kanıt Gücü= C)

**Lavaj (Whirlpool)**

Yara temizliği ve debridman için bir kür hafif basınçlı ve emici sitem aracılığıyla yarayı yıkayın (Kanıt Gücü= C)

Bu öneri temel olarak uzman görüşüne dayanmaktadır.

**Kronik Yaraların Tedavisinde Oksijen**

**Hiperbarik Oksijen Tedavisi**

Basınç ülserlerinin tedavisinde hiperbarik oksijen tedavisini önermek için yeterli kanıt yoktur.

**Topikal Oksijen Tedavisi**

Basınç ülserlerinin tedavisinde topikal oksijen tedavisini önermek için yeterli kanıt yoktur.

---

**Hızlı Başvuru Kılavuzu**

---

---

**Basınç Ülserlerinin Tedavisinde Biyolojik Yara Örtüleri**

---

Basınç ülserlerinin tedavisinde biyolojik yara örtülerinin kullanımını destekleyen kanıtlar yetersizdir. Bununla birlikte, diyabetik (nöropatik) ayak ülserlerinin tedavisinde biyolojik yara örtülerinin kullanımının, kontrol grubuyla karşılaştırıldığında daha fazla oranda iyileşme sağladığını gösteren kanıt vardır.

---

**Basınç Ülserlerinin Tedavisinde Büyüme Faktörleri**

---

Trombosit kökenli büyüme faktörleri (PDGF, *platelet-derived growth factor*) ile ilişkili kombine klinik kanıtlar, PDGF-BB'nin basınç ülserlerinin iyileşmesini sağlayacağı ileri sürülmektedir. Bununla birlikte, mevcut kanıtlar bu tedavi yaklaşımının rutin kullanımda önerilebilmesi için yeterli değildir (Kanıt Gücü= B).

---

**Basınç Ülserlerinde Cerrahi Tedavi**

---

Bu öneriler hastanın ameliyat öncesi, sırası ve sonrasındaki bakım ve tedavisine odaklanmaktadır. Özel cerrahi tekniklere odaklanmamaktadır; bu tür kararların hastanın özel gereksinimlerini anlayabilen deneyimli bir cerraha bırakılması daha iyi olacaktır.

**Ameliyat Öncesi Dönem İçin Öneriler**

1. Konservatif tedavi ile kapanmayan III. ya da IV. evre basınç ülserli ya da ülserinin daha hızlı kapanması istenen hastalarda, cerrahi girişim için konsültasyon gereksinimini değerlendirin (Kanıt Gücü= C).
2. Eğer cerrahi düşünülüyorsa, hastanın yaşamı ile ilgili beklentilerini değerlendirin (Kanıt Gücü= C).
3. Eğer basınç ülserinde ilerleyici selülit varsa ya da sepsis kaynağı olduğundan şüpheleniliyorsa, acil bir drenaj olasılığı ve/veya debridman için cerrahiye danışın (Kanıt Gücü= C).

---

**Hızlı Başvuru Kılavuzu**

4. Cerrahiden önce, cerrahi yara iyileşmesini etkileyebilecek fiziksel faktörlerin en iyi duruma getirilmesini sağlayın (Kanıt Gücü= C).
5. Cerrahiden önce, cerrahi yara iyileşmesini etkileyebilecek psikososyal faktörlerin en iyi duruma getirilmesini sağlayın (Kanıt Gücü = C).
6. Osteomyelit açısından değerlendirme yapın; eğer varsa, enfekte kemiğin cerrahi girişim sırasında ya da cerrahi girişimi kapatmadan önce çıkartılması gerekir (Kanıt Gücü= B).

**Ameliyat Sırası İçin Öneriler**

1. Hastaya, ameliyat masası üzerinde, basınç noktalarını ve hava yollarını korumaya dikkat ederek pozisyon verin (Kanıt Gücü= C).
2. Uygun cerrahi kapama için ülseri, anormal deri, granülasyon ve nekrotik doku, sinüs yolları, bursa ve etkilenen kemiği içerecek şekilde çıkartın (Kanıt Gücü = C).
3. Dayanıklılığı artırmak için muhtelif dokulardan flepler tasarlayın. Mümkünse, gelecekteki tüm flep seçeneklerini koruyabilmek için bitişik flep alanlarını ihlal etmeyecek bir flep seçin (Kanıt Gücü = C).
4. Flepi mümkün olduğunca geniş kullanın, sütür hattını basınca maruz kalmaktan koruyun. Kapatma sırasında insizyonlardaki gerginliği en aza indirin. Özellikle ayakta tedavi edilen hastaların, olası fonksiyonel kayıp ve rehabilitasyon gereksinimlerini göz önünde bulundurun (Kanıt Gücü= C)
5. Hastayı ameliyat masasından yatağına naklederken, flebin zarar görmesini önlemek için yeterli düzeyde yardım alın (Kanıt Gücü= C).

---

**Hızlı Başvuru Kılavuzu****Ameliyat Sonrası Dönem İçin Öneriler**

- 1. Hastayı, ameliyat alanında yırtılma ve basıncı azaltan, insizyon yerlerindeki gerilimi sınırlayan ve insizyon yerinin havalanmasını kontrol altında tutan, yoğun olarak basıncın yeniden dağılımını sağlayan bir yatağa yatırın. Cerrahın onayını almadan yatağın başını kaldırmayın ya da hastayı yataktan kaldırmayın (Kanıt Gücü= C).**
- 2. Basınç ve gerilme ile blebin kanlanması engellenmesini önleyin (Kanıt Gücü= C).**
- 3. Flepdeki yetersizlik bulgularını zamanında cerraha bildirin (Kanıt Gücü= C).**  
Daha fazla ayrıntılı bilgi için Klinik Uygulama Kılavuzu'na bakın.
- 4. Yaradaki drenlerden gelen drenajı izleyin ve drenaj tüplerinde kıvrılma ya da tıkanıklık olmadığından emin olun (Kanıt Gücü= C).**
- 5. Hareketsizliğin zararlı etkilerini önleyin (Kanıt Gücü= C).**
- 6. Yeni basınç ülserlerini önlemek için bir program doğrultusunda hastaya pozisyon verin (Kanıt Gücü= C).**
- 7. Cerrahın önerilerine göre bir oturtma programına başlayın (Kanıt Gücü= C).**

Hastanın ameliyat alanına yüklenilmesine izin verildiğinde, yük kademeli olarak artırılmalıdır. Yük binen alanlarda eritem oluşmazsa oturma süresi artırmalıdır. Her oturma sürecinden sonra derinin yara alanı üzerindeki basınca karşı toleransı değerlendirilmelidir.

- 8. Sandalyede oturma sırasında, hastayı yalnızca basıncı yeniden dağıtan bir oturma minderi üzerinde oturtun (Kanıt Gücü = C)**

---

**Hızlı Başvuru Kılavuzu**

Tekerlekli iskemle seçiminde Basınç Ülserlerinin Tedavisinde Destek Yüzeyler bölümündeki bilgilere bakın.

**9. Taşıma sırasında kaydırma tahtaları kullandığınızda flebin zarar görmesini önlemek için hastaya uygun kıyafetler giydirin (Kanıt Gücü= C)**

Hastanın giydiği arkası açık olan hastane giysileri uyluk ve kalça derisinin transfer sırasında sürtünmesine yol açar. Hastalar, transfer sırasında derisinin korunacağı şekilde giydirilmelidir. Fermuarlı, düğmeli ya da çitçitli giysiler ameliyat yerine ya da basınç noktalarına gelmemelidir.

**10. Hastayı taburcu etmeden önce evde olumlu bir sosyal destek sistemin bulunup bulunmadığını değerlendirin (Kanıt Gücü= B).**

**11. Hastanın ameliyattan sonraki bakımı için gerekli olan malzemeleri temin edebilme durumunu değerlendirin (Kanıt Gücü= C)**

---

**Palyatif Bakım Alan Hastalarda Basınç Ülserlerinin Yönetimi**

---

**Hastanın ve Risk Durumunun Değerlendirilmesi**

1. Hastayı kapsamlı olarak değerlendirin (Kanıt Gücü= C)
2. Yapılandırılmış ve tutarlı biçimde yeni basınç ülseri oluşma riskini değerlendirin. Değerlendirmede, geçerli bir risk değerlendirme aracı kullanın, kapsamlı deri değerlendirmesi yapın ve önemli risk faktörlerini belirleyin (Kanıt Gücü = C)
  - 2.1. Braden Ölçeği, Norton Ölçeği, Waterlow Ölçeği, Braden Q (pediatrik hastalar için) gibi bir genel tarama aracı ya da diğer yaş grupları ile uyumlu araçları klinik karar ile birlikte kullanın (Kanıt Gücü= C).

---

**Hızlı Başvuru Kılavuzu**

- 2.2. Palyatif bakımda tedavi gören hastalara özel olan Marie Curie Merkezi Hunters Hill Risk Değerlendirme Aracı'nı erişkin hastalar için klinik karar ile birlikte kullanın (Kanıt Gücü= C)

**Basıncın Yeniden Dağıtılması**

1. Hastanın tercihine ve toleransına göre periyodik aralıklarla bireyi döndürün ve pozisyonunu değiştirin (Kanıt Gücü= C).
  - 1.1. Hastanın tercihlerine, toleransına ve destek yüzeyin basıncı yeniden dağıtma özelliklerine dayanan esnek bir pozisyon değiştirme şeması yapın (Kanıt Gücü= C)
  - 1.2. Hareketle önemli düzeyde ağrı oluşan hastalarda, pozisyonu değiştirmeden 20–30 dakika önce ilaç uygulayın (Kanıt Gücü= C)
  - 1.3. Bireye pozisyon değiştirmenin gerekçelerini açıklayın. Pozisyon verdikten sonra bireyin “rahat pozisyon”da olup olmadığını gözlemleyin (Kanıt Gücü= C).
  - 1.4. Konfor, yaşamının son döneminde olan ya da yalnızca bir pozisyonda konforlu olabileceği bir durumda bulunan hastalarda oldukça önemli olup, önleme ve yara bakımının yerine geçebilir (Kanıt Gücü= C).
  - 1.5. Konforu sağlamak ve basıncı yeniden dağıtmak amacıyla destek yüzeyi değiştirmeyi düşünün (Kanıt Gücü = C).
  - 1.6. Palyatif bakım alan ve viskoelastik köpük gibi basıncı yeniden dağıtan bir şilte üzerinde yatan hastaya en az 4 saatte bir, standart bir şilte üzerinde yatan bir hastaya ise en az 2 saatte bir pozisyon verin (Kanıt Gücü= B)
  - 1.7. Hastanın çevrilme ve pozisyon değiştirme çizelgesini, bireyin hedefleri ve tercihleri, mevcut klinik durumu ve eşlik eden hastalıklarına göre, tıbbi olarak uygunsa bireyselleştirin (Kanıt Gücü= C).



---

**Hızlı Başvuru Kılavuzu**

1.8. Çevirme ve pozisyon değiştirmeyi ve bu kararları etkileyen faktörleri (Örn. hastanın tercihlerini ya da tıbbi gereksinimlerini) kayıt edin (Kanıt Gücü= C).

2. Pozisyon değiştirirken aşağıdaki faktörleri göz önünde bulundurun:

2.1. Basınca özellikle duyarlı olan sakrum, dirsekler ve büyük trokanterleri koruyun. (Kanıt Gücü= C).

2.2. Gerektiğinde kemik çıkıntılarının doğrudan temasını önlemek ve hastanın doğrudan basınç ülseri üzerinde yatmasından kaçınmak için (bu pozisyon hastanın tercihine göre en az rahatsızlık veren pozisyon değilse), köpük ya da yastık gibi pozisyon verme araçları kullanın (Kanıt Gücü= C).

2.3. Topukların destek yüzeyde yüzer halde bulunmasını sağlamak için topuk koruyucuları kullanın ve/veya tüm bacağı bir yastık ya da katlanmış yorgan üzerinde elevasyona alın (Kanıt Gücü= C).

2.4. Oturan hastalarda kemik çıkıntılar üzerindeki basıncı yeniden dağıtan ve hastanın konforunu artıran bir oturma minderi kullanın (Kanıt Gücü= C)

**Beslenme ve Hidrasyon**

1. Hastanın tercihleri ve durumu ile uyumlu yeterli beslenme ve hidrasyonunu sağlamaya çalışın. Bazı hastalıklara bağlı olarak hasta yemek yiyemiyorsa ya da yemeyi reddediyorsa, yeterli beslenme sağlanamaz (Kanıt Gücü= C).

2. Hastanın istediği sıvıları ve yiyecekleri almasına izin verin (Kanıt Gücü= C).

3. Hastaya gün içinde birkaç kez az miktarlarda yemek verin (Kanıt Gücü= C).

4. Ülsenin iyileşmesi amaçlandığında, proteinden zengin beslenme desteği sağlayın (Kanıt Gücü= C).

---

**Hızlı Başvuru Kılavuzu****Deri Bakımı**

1. **Deri bütünlüğünü mümkün olduğu kadar koruyun (Kanıt Gücü= C).**
  - 1.1. **Deriyi nemlendirmek ve kuruluğu önlemek için nemlendirici ürünleri üreticinin talimatlarına göre uygulayın (Kanıt Gücü = C).**
  - 1.2. **İnkontinansın deri üzerine olası zararlı etkisini en aza indirin. (bkz. Önleme bölümü.)**

**Basınç Ülserinin Bakımı**

Basınç ülserinin bakımında bireyin konforu açısından; ağrı yönetimi, koku kontrolü ve eksüda üzerinde durulması gereken konulardır.

1. **Tedavi hedeflerini, ailenin girdilerini de göz önünde bulundurarak hastanın değerleri ve hedefleriyle tutarlı bir biçimde belirleyin (Kanıt Gücü= C).**
  - 1.1. **Basınç ülseri iyileşemese ve tedavi ülserin kapanmasına yol açmazsa bile, bireyin yaşam kalitesini yükseltmeyi hedefleyin (Kanıt Gücü = C).**
  - 1.2. **Basınç ülserinin hasta ve ailesinin yaşam kalitesi üzerindeki etkisini değerlendirin (Kanıt Gücü= C).**
  - 1.3. **Hastayı başlangıçta ve durumunda herhangi bir önemli değişiklik olduğunda bakım planını tekrar gözden geçirmek amacıyla değerlendirin (Kanıt Gücü= C).**
2. **Basınç ülserini başlangıçta ve her pansuman değişiminde değerlendirin. Değerlendirmeyi (eğer hasta yaşamının son günlerinde değilse) en az haftada bir kez yapın ve bulgularınızı kaydedin (Kanıt Gücü= C)**
  - 2.1. **Genel tanılama bilgileri için “Tanılama ve İyileşmenin İzlenmesi” bölümüne bakın.**

2.2. Yaradaki ağrıyı azaltmak, hastanın konforunu sürdürmek, koku ve eksüda gibi yara semptomlarını belirlemek amacıyla ülseri izleyin (Kant Gücü= C)

3. Hastanın tercihlerini dikkate alarak basınç ülserinin ve yaranın çevresindeki derinin bakımını yapın (Kant Gücü= C)

3.1. Her pansuman değişiminde yarayı, serum fizyolojik ya da toksik olmayan bir solüsyonla temizleyin. Böylece koku kontrolü sağlanır ve yaranın zarar görmesi önlenir (Kant Gücü= C).

3.2. Enfeksiyon ve koku kontrolü için ülserdeki ölü dokuları debride edin (Kant Gücü= C).

3.2.1. Hastanın durumuna uygun ve bakımın amaçlarıyla uyumlu ise, basınç ülserinin yara yatağı ya da kenarlarındaki ölü dokuyu debride edin (Kant Gücü= C).

3.2.2. Kolayca kanayan fragil dokularda cerrahi debridmandan kaçının (Kant Gücü= C).

3.3. Mevcut eksüdayı absorbe edebilen, kokuyu kontrol altına alabilen, yara çevresindeki dokuyu kuru tutan ve ülserin kurummasını önleyen bir yara örtüsü seçin (Kant Gücü= C).

3.3.1. Yara iyileşmesi için nemli ortam sağlayan ve hasta için konforlu olan bir yara örtüsü kullanın (Kant Gücü= C).

3.3.2. Yara bakımı ile ilişkili konforu artırmak için uzun süre yerinde kalabilecek yara örtülerini kullanın (Kant Gücü= C).

3.3.3. Hastanın basınç ülseri bakımı ve tüm konforu ile ilişkili gereksinimlerini karşılayan bir yara örtüsü kullanın (Kant Gücü= C).

- 3.3.3.1. **Biyolojik yükü ve kokuyu kontrol altına almak için antimikrobiyal özellikte bir yarar örtüsü kullanmayı göz önünde bulundurun (Kanıt Gücü= C).**
- 3.3.3.2. **Ağrılı ülseleri rahatlatmak amacıyla hidrojel kullanın (Kanıt Gücü= C).**
- 3.3.3.3. **Aşırı eksüdayı kontrol altına almak ve değiştirme zamanını uzatmak amacıyla köpük ya da aljinat kullanın (Kanıt Gücü= B)**
- 3.3.3.4. **Eksüda kontrolünü sağlamak ve temizlemek amacıyla polimerik membran köpük kullanın (Kanıt Gücü= C).**
- 3.3.3.5. **Pansumanın çıkartılmasına bağlı ağrıyı azaltmak için silikon yara örtüleri kullanın (Kanıt Gücü= B).**

**3.3.4. Bariyer etkili ürünler ya da yara örtüsü kullanarak yara çevresindeki deriyi koruyun (Kanıt Gücü = C).**

#### **4. Yaradaki kokuyu kontrol altına alın (Kanıt Gücü= C)**

- 4.1. **Ülserdeki cansız dokuları çıkartın, ülseri ve yara çevresindeki dokuyu temizleyin (Kanıt Gücü= C).**
- 4.2. **Ülseri yara enfeksiyon bulguları açısından değerlendirin: Ağrıda artma, hassasiyet, ödem, solukluk, koyu renkli granülasyon dokusu, çok kötü koku ve yarada bozulma, yara yatağında cep oluşması ya da iyileşmenin gecikmesi (Kanıt Gücü= B).**

---

**Hızlı Başvuru Kılavuzu**

- 4.3. Tanı koyulmuş enfeksiyonu ya da şüpheli kritik kolonizasyonu kontrol altına almak amacıyla uygun antimikrobiyal ajanları kullanın (Kanıt Gücü= C).**
- 4.3.1. Koku kontrolünde, doğru seyreltilmiş antiseptik solüsyonları sınırlı bir süre kullanın (Kanıt Gücü= C).**
- 4.3.2. Topikal metronidazolü, anaerobik bakteriler ve protozoal enfeksiyonlara bağlı olan basınç ülseri kokusunu etkili bir biçimde kontrol altına almak amacıyla kullanın (Kanıt Gücü= C).**
- 4.3.3. Antimikrobiyel ajan emdirilmiş yara örtülerini (örn. gümüş, kadeksomer iyot, tıbbi bal) bakteriyel yükün ve kokunun kontrolüne yardımcı olmak üzere kullanın (Kanıt Gücü= C).**
- 4.4. Kokuyu kontrol altına almak için kömür ya da aktif kömürlü yara örtüsü kullanın (Kanıt Gücü= C).**
- 4.5. Oda için eksternal koku emiciler kullanmayı düşünün (örn. aktif kömür, kedi otu, sirke, vanilya, kahve çekirdeği, yanan mum ve bunlardan oluşan bir karışım) (Kanıt Gücü= C).**

**Ağrının Değerlendirilmesi ve Yönetimi**

- 1. Basınç ülselerinde ağrı değerlendirmesini her nöbet değişiminde, pansuman değişimlerinde ve hastanın durumu ile ilgili periyotlarda tutarlı biçimde rutin olarak yapın (bkz. Ağrı Yönetimi bölümü) (Kanıt Gücü= B)**
- 2. Basınç ülserine uygulanan bir işlemle ilişkili olan ve olmayan ağrıyı başlangıçta, haftalık olarak ve her pansuman değişiminde değerlendirin (Kanıt Gücü= C)**
- 3. Basınç ülseri ağrısı için sistematik tedavi uygulayın (bkz. Ağrı Yönetimi bölümü) (Kanıt Gücü= C)**

---

**Hızlı Başvuru Kılavuzu**

4. Eğer tedavi planına uygunsa, pansuman değişimi ya da uygulanan işlemlerden 30 dakika önce ve sonra opioid ve/veya steroid olmayan antiinflamatuvar ilaçlar kullanın (Kanıt Gücü= C)
5. Ülser ağrısı için lokal topikal tedavi uygulayın:
  - İbuprofen emdirilmiş yara örtüleri erişkinlerdeki basınç ülseri ağrısını azaltmaya yardımcı olabilir, ancak, bu ürünler her ülkede bulunmamaktadır.
  - Lidokain preparatları basınç ülseri ağrısının azalmasına yardımcı olur.
  - Diamorfin hidrojel kullanımı, palyatif bakımın yapıldığı ortamlarda açık basınç ülserleri için etkili bir analjezik tedavi yöntemidir (Kanıt Gücü= B)
6. Sık pansuman değişimine bağlı görülen ağrıyı azaltmak için kullanım süresi uzun olan yara örtülerini seçin (Kanıt Gücü= C)
7. Hastaya, ağrıya sebep olan bir girişim sırasında bir süre dinlenmek için zaman istemesini söyleyin (Kanıt Gücü= C).
8. Basınç ülseri ağrısı olan bir hastada müzik, gevşeme, pozisyon değişikliği, meditasyon, hayal kurma ve transkütanöz elektriksel sinir stimülasyonu (TENS, *transcutaneous electrical nerve stimulation*) bazen yararlı olur (Kanıt Gücü= C).

**Destek Sistemlerinin Değerlendirilmesi**

1. Psikososyal destek sistemlerini başlangıçta ve daha sonra düzenli olarak değerlendirin (psikososyal danışmanlık, sosyal hizmet, vb.) (Kanıt Gücü= C).
2. Çevresel kaynakları (örn. ventilasyon, elektronik hava filtreleri, vb.) başlangıçta ve daha sonra periyodik olarak değerlendirin (Kanıt Gücü= C).
3. Hastanın bakımını yapan aile bireylerinin bakım planının amaç ve hedeflerini anlayıp anlamadığını belirleyin (Kanıt Gücü= C).

---

**Hızlı Başvuru Kılavuzu****Teşekkür**

Avrupa Basınç Ülseri Danışma Paneli (EPUAP) ve Ulusal Basınç Ülseri Danışma Paneli (NPUAP), bu kılavuzun sunumu ve dağıtımını mali yönden destekleyen kişi ve grupların katkılarından dolayı içten teşekkürlerini sunar. Tüm mali destekler, kılavuz hazırlandıktan sonra yapılmış olup, kılavuz ilkelerinin ya da içeriğinin geliştirilmesini hiçbir surette etkilememiştir. Mali destekler, kılavuzun basımı ve dağıtımında kullanılmıştır. Aşağıdaki isimleri yazılı bulunan şirketler ise sınırsız eğitim bursu sağlamışlardır:

**NPUAP'ye Bağışta Bulunanlar:*****Platin Düzeyinde Ödüllendirilen Bağışçılar (20.000 \$ veya üstü)***

*Kinetic Concepts, Inc*

***Altın Düzeyinde Ödüllendirilen Bağışçılar (10.000 \$ - 19.999 \$)***

*American Medical Technologies*

***Gümüş Düzeyinde Ödüllendirilen Bağışçılar (1000 \$ - 9999 \$)***

*Coloplast*

*EHOB, Incorporated*

*Genesis HealthCare*

*HCR ManorCare*

*Nestlé Nutrition*

*Smith & Nephew*

***Bronz Düzeyinde Ödüllendirilen Bağışçılar (1000 \$ veya altı)***

*SAM Medical Products*

**Benzer Katkıda Bulunanlar**

- McGoogan Kütüphanesi, Nebraska Üniversitesi Tıp Merkezi, Omaha, NE, USA (profesyonel bir kütüphane uzmanı ve ödünç kitap hizmetlerinin veri tabanı araştırmaları)
- Hemşirelik Koleji, Nebraska Üniversitesi Tıp Merkezi, Omaha, NE, USA. (profesyonel, organizasyonel, teknik destek)

**Hızlı Başvuru Kılavuzu**

- World Union of Wound Healing Societies ve Toronto Üniversitesi, Toronto, CA (ilk veritabanı araştırmaları)
- The Registered Nurses of Ontario, Royal College of Nursing, Consortium on Spinal Cord Injury Medicine, Agency for Health Care Policy and Research (şimdi AHRQ) (daha önceki kılavuzlarda kullanılan kanıt tablolarını sağlamıştır)
- Eran Ganz-Lindgren İbranice yazılmış olan bir makaleyi incelemiştir.

**Paydaşlar**

Tüm dünyada kılavuz aşamalarını ve müsveddelerini gözden geçirerek inceleyen birçok paydaşımıza özel teşekkürlerimizi sunarız. Paydaşların tüm yorumları EPUAP-NPUAP Kılavuz Geliştirme Grubu tarafından incelenmiştir. Revizyonlar bu yorumlar dikkate alınarak yapılmıştır. Uzmanlıklarını ve eleştirilerini paylaşmak için zaman ayırarak, dünyanın birçok yerinden katkıda bulunan tüm klinik çalışanlarına, araştırmacılara, eğitimcilere ve üreticilere teşekkür ederiz. Bu kılavuz onların önerileri ile daha iyi hâle getirilmiştir.

**TÜRKÇE ÇEVİRİ**

Bu Kılavuz, 29 Ocak 2010 tarihinde EPUAP'dan alınan izin ile Türkiye'deki Yara Ostomi İnkontinans Hemşireleri Derneği tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir.

Yara Ostomi İnkontinans Hemşireleri Derneği Yönetim Kurulu, Kılavuzun Türkçe'ye kazandırılmasında görev alan aşağıdaki uzmanlara teşekkür eder.

Dr. Ayşenur Doksat

(Kılavuz'un Türkçe Çevirisi'ni yapmıştır).

Doç. Dr. Özge UZUN

(Kılavuzu içerik, ana metne uygunluk ve tıbbi terimler açısından düzeltmiştir).

Doç. Dr. Meryem Yavuz

(Kılavuzu içerik, ana metne uygunluk ve tıbbi terimler açısından düzeltmiştir).

Doç. Dr. Füsun TERZİOĞLU

(Kılavuzu içerik, ana metne uygunluk ve tıbbi terimler açısından düzeltmiştir).



---

**Hızlı Başvuru Kılavuzu**

Doç. Dr. Ayiře KARADAĞ

(Kılavuzu içerik, ana metne uygunluk ve tıbbi terimler açısından düzeltmiş, uzman görüşleri doğrultusunda kılavuza son şeklini vermiştir).

Doç. Dr. řerife KARAGÖZOĐLU

(Kılavuzu içerik, ana metne uygunluk ve tıbbi terimler açısından düzeltmiştir.)

Yrd. Doç. Dr. Aklime DİCLE

(Kılavuzu içerik, ana metne uygunluk ve tıbbi terimler açısından düzeltmiştir).

Doç. Dr. Sıddıka Dilek Yalçın elik

(Kılavuzu, Türkçe dilbilgisi ve gramer açısından düzeltmiştir).

Arř. Gör. Deniz ÖZTÜRK

(Türkçe Kılavuzun geliştirilmesinde yazışmaları gerçekleştirmiş ve uzmanlardan gelen görüşleri kılavuza aktarmıştır).



[www.npuap.org](http://www.npuap.org)

[www.epuap.org](http://www.epuap.org)