

**T.C.  
MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞI**

**SAĞLIK HİZMETLERİ**

**YATAK YARALARI VE KORUYUCU  
ÖNLEMLER**

**Ankara, 2015**

- 
- Bu modül, mesleki ve teknik eğitim okul/kurumlarında uygulanan Çerçeve Öğretim Programlarında yer alan yeterlikleri kazandırmaya yönelik olarak öğrencilere rehberlik etmek amacıyla hazırlanmış bireysel öğrenme materyalidir.
  - Millî Eğitim Bakanlığınca ücretsiz olarak verilmiştir.
  - **PARA İLE SATILMAZ.**

# İÇİNDEKİLER

AÇIKLAMALAR .....	iii
GİRİŞ .....	1
ÖĞRENME FAALİYETİ-1 .....	3
1. MOBİLİZASYON.....	3
1.1. Hareketsizliğe Bağlı Olarak Gelişebilecek Problemler.....	3
1.2. Hastayı Mobilize Etme.....	5
1.2.1. İşlem Öncesi Hazırlık .....	5
1.2.2. İşlem Sırasında .....	5
1.2.3. İşlem Sonrası .....	7
1.3. Mobilizasyonda Dikkat Edilecek Noktalar .....	7
UYGULAMA FAALİYETİ .....	9
ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME .....	10
ÖĞRENME FAALİYETİ-2 .....	11
2. YATAK YARASI (DEKÜBİTÜS)/ BASI YARALARI .....	11
2.1. Yatak Yarasının Oluşumu .....	11
2.2. Yatak Yarasına Neden Olan ve Kolaylaştıran Faktörleri.....	12
2.3. Yatak Yarası Oluşmasında Risk Faktörleri.....	13
2.4. Basınç Bölgeleri ve Basıncın Azaltılması.....	15
2.5. Yatak Yarasının Evreleri.....	17
2.6. Yatak Yarasını Önleyici Araç Gereçler .....	18
2.7. Yatak Yaralarının Önlenmesi.....	21
2.8. Yatak Yarası Komplikasyonları.....	22
UYGULAMA FAALİYETİ .....	23
ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME .....	24
MODÜL DEĞERLENDİRME .....	25
CEVAP ANAHTARLARI.....	26
KAYNAKÇA .....	27

# AÇIKLAMALAR

<b>ALAN</b>	<b>Sağlık Hizmetleri</b>
<b>DAL/MESLEK</b>	<b>Alan Ortak</b>
<b>MODÜLÜN ADI</b>	<b>Yatak Yaraları ve Koruyucu Önlemler</b>
<b>MODÜLÜN SÜRESİ</b>	40/20
<b>MODÜLÜN AMACI</b>	Bireye/öğrenciye; hastayı mobilize etme ve yatak yaralarını önleyici araç gereçler ile ilgili bilgi ve becerileri kazandırmaktır.
<b>MODÜLÜN ÖĞRENME KAZANIMLARI</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Hareketsizliğe bağlı olarak gelişebilecek problemlerin farkında olarak hastayı mobilize eder.</li><li>2. Hareketsizliğe bağlı olarak gelişebilecek problemlerin farkında olarak uygun araç gereçlerle yatak yaralarını önlemeye yardımcı olur.</li></ol>
<b>EĞİTİM ÖĞRETİM ORTAMLARI VE DONANIMLARI</b>	<b>Ortam:</b> Sınıf, teknik laboratuvar, hasta odası <b>Donanım:</b> Terlik, yürüteç, koltuk değnekleri, diz altı yastıkları, topuk koruyucu, ayak destek tahtası, ,simit halka, havalı yatak, cilt bakım malzemeleri
<b>ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME</b>	Modül içinde yer alan her öğrenme faaliyetinden sonra verilen ölçme araçları ile kendinizi değerlendireceksiniz.

# GİRİŞ

## Sevgili Öğrenci,

Hastalar; hastalık nedeniyle ortaya çıkan fiziksel bozulmalar, organ kayıpları, felç ve yaşlılık gibi durumlarda yatağa bağımlı olabilmektedir. Yatağa bağımlı hastalar, temel ihtiyaçlarını karşılayamazlar ve hareketsizdirler. Hareketsizliğin insan vücudu üzerine birçok olumsuz etkileri vardır. Bu yüzden sağlık personeli hastaların mobilizasyonunu sağlamalıdır. Hareketsizliğe bağlı görülebilecek sorunların başında da yatak yaraları gelmektedir.

Yatak yarası sağlık bakım kurumlarında önemli bir sağlık sorunudur. Yatak yarası, hastanın fiziksel sağlığını etkileyerek yaşamını tehdit etmenin yanı sıra, bağımsızlığını kaybetme ve sosyal izolasyon gibi psikolojik problemlere de yol açmaktadır. Ayrıca yatak yaralarının iyileştirilmesi için verilen bakım, insan gücü, maliyet ve zaman açısından büyük kayıplara neden olmaktadır.

Günümüzde sağlık kurumları için önemli göstergelerden olan yatak yaralarını iyileştirmede bakım veren tüm sağlık personeline çok önemli sorumluluklar düşmektedir. Sağlık personelinin öncelikli rolü risk taşıyan bireyleri saptamak, gereken koruyucu önlemleri almak, derinin bütünlüğünü sürdürmek için gerekli ortamı sağlamak veya korumaktır.

Bu modülle hastanın mobilizasyonu ve yatak yarası hakkında bilgi ve beceri sahibi olacaksınız. Kazandığınız bu becerilerle mesleki yaşantınızda hastalara kaliteli bakım verebileceksiniz.



# ÖĞRENME FAALİYETİ-1

## ÖĞRENME KAZANIMI

Hareketsizliğe bağlı olarak gelişebilecek problemlerin farkında olarak hastayı mobilize edebileceksiniz.

## ARAŞTIRMA

- Hareketsizliğin vücudumuzda yol açabileceği sorunları araştırınız ve elde ettiğiniz bilgileri sınıfta arkadaşlarınızla paylaşınız.

## 1. MOBİLİZASYON

Mobilizasyon, hareket yeteneğini kaybetmiş bir organ veya oluşuma yeniden hareket yeteneği kazandırma olarak tanımlanır. Hastanın uygun zamanda ayağa kaldırılıp yürütülmesi ya da hareket ettirilmesidir. Hastayı hareket ettirme esnasında hastanın işbirliği düzeyinin saptanmalı, hasta yönünden gerekli güvenlik önlemleri alınmalı ve hasta mahremiyetine saygı gösterilmelidir. Hastanın hareket ettirilmesi ve taşınmasında daima vücut mekaniği ilkeleri göz önünde bulundurulmalıdır.

Mobilizasyonun amacı; hastaların hareketsizlikten dolayı kas iskelet sistemine ilişkin fonksiyon kayıpları ve deformitelerin oluşmasını önlemek, solunum fonksiyonunu geliştirmek, fonksiyonel bağımsızlığını ve psikolojik iyiliğini artırmaktır.

### 1.1. Hareketsizliğe Bağlı Olarak Gelişebilecek Problemler

Kalp, damar, kas, kemik ve diğer tüm doku ve organlar, hareket edebilme kabiliyetiyle uyumlu, özel bir düzen ve denge halindedir. Hareket kabiliyetinin kullanılması ile gelişen vücut, hareket kabiliyetinin azaldığı durumlardan olumsuz etkilenir.

Hareketsizliğin vücudumuza olumsuz etkileri kısa süreli yatak istirahatından sonra bile kendisini gösterir. Yatak istirahatının süresi uzadıkça sistemler üzerinde olumsuz etkilerine bağlı çeşitli komplikasyonlar meydana gelir. Bu komplikasyonlar iyileşmeyi geciktirdiği gibi kalıcı bozukluklara da neden olabilir. Hareketsizliğe bağlı gelişebilecek problemlerin sistemler üzerine olumsuz etkileri aşağıda tablo halinde verilmiştir.

Sistemler	Olumsuz Etkiler
<b>Kas-İskelet Sistemi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kas zayıflığı ve erimesi (kas atrofisi)</li> <li>• Kemiklerde kalsiyum kaybı ve osteoporoz</li> <li>• Eklem hareketi ve esnekliğinde azalma</li> <li>• Kontraktür (eklemlerde şekil bozukluğu) oluşma riskinde artış</li> <li>• Omurlarda disk kayması, bel ağrıları ve duruş bozukluğu</li> <li>• Dayanıklılık ve dengede azalma</li> </ul>
<b>Kalp ve Damar Sistemi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kan basıncında değişiklikler</li> <li>• Ortostatik hipotansiyon (ani pozisyon değişikliğine bağlı kan basıncı düşmesi)</li> <li>• Kalbin yükünün artması</li> <li>• Kalp ve damar performansında azalma</li> <li>• Damarlarda pıhtı oluşma eğilimi ve tıkanmalar/tromboemboli</li> </ul>
<b>Deri</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deride incelme</li> <li>• Yatak yaraları</li> <li>• Ödem</li> <li>• Deride kuruluk, kırısklık</li> </ul>
<b>Solunum Sistemi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solunumun derinliğinde ve hızında azalma</li> <li>• Sekresyon birikmesi</li> <li>• Oksijen azlığı</li> <li>• Pulmoneremboli</li> </ul>
<b>Üriner Sistem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• İdrar yapmada zorlanma</li> <li>• Böbrek taşı</li> <li>• Ürinerenfeksiyon</li> </ul>
<b>Metabolizma</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sıvı elektrolit dengesinde bozulma</li> <li>• Metabolizmada yavaşlama</li> <li>• Vücut yağ oranının sağlık sınırlarının üzerine çıkması (obesite), şişmanlık</li> </ul>
<b>Endokrin Sistem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erkeklik hormonlarında ve sperm oluşumunda azalma</li> <li>• İnsülin etkileşiminde bozulma</li> <li>• Büyüme hormonunun etkileşiminde bozulma</li> </ul>
<b>Sindirim Sistemi (GİS)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Konstipasyon (kabızlık)</li> <li>• İştah azalması</li> <li>• Bağırsak obstrüksiyonu (tıkanıklık)</li> <li>• Sindirim sistemindeki aktivitelerin azalması</li> </ul>
<b>Sinir Sistemi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mutsuz ve uyumsuz kişilik</li> <li>• Psikosomatik rahatsızlıklar</li> <li>• Anksiyete ve depresyon</li> <li>• Parestezi ve ağrı eşliğinde düşmeler</li> </ul>

**Tablo1.1: Hareketsizliğin vücut sistemleri üzerine olumsuz etkileri**



- **Mobilizasyonda riskli gruplar:**
  - Kardiyoloji hastaları – MI, kardiyak cerrahi, anjioplasti, hipertansiyon, periferik arter hastalığı,
  - Solunum sistemi- KOAH, astım, kısıtlayıcı akciğer hastalığı,
  - Kanser- kemik metastazı,
  - Metabolik- diyabet, renal yetmezlik, karaciğer yetmezliği,
  - Nörolojik hastalık- inme, ataksi, MS,
  - Kemik iskelet sistemi hastalığı- osteoporoz,
  - Psikiyatrik durumlar.
- **Mobilizasyonun kontrendike olduğu durumlar:**
  - Ciddi hipotansiyon /hipertansiyon,
  - Taşikardi/bradikardi,
  - Şiddetli ağrı,
  - Bilinç bulanıklığı,
  - Kanama durumu,
  - Solunum sıkıntısı varsa hasta mobilize edilmez.

## 1.2. Hastayı Mobilize Etme

Hasta, mümkün olduğunca erken ayağa kaldırılarak yürütülmelidir. Hastanın mobilizasyon işlemi için yapılacaklar 3 ayrı aşamada ele alınabilir.

### 1.2.1. İşlem Öncesi Hazırlık

- Eller el yıkama standardına göre yıkanır ve gerekirse nonsteril eldiven giyilir.
- Yapılacak işlemde önce hasta bilgilendirilir, izni alınır, iş birliği sağlanır.
- Hastanın yaşam bulguları ölçülür ve değerlendirilir.
- Hastanın bilinç düzeyi, görme ve işitme durumu, harekete katılma yeterliliği ve istekliliği değerlendirilir.
- Hastayı hareket ettirmeden önce varsa IV kanülü ve sıvısı, foleykateteri, beslenme sondası, cerrahi dren ve tüplerine yönelik gerekli önlemler alınır.
- Mobilizasyon için gerekli olabilecek yürüteç, tekerlekli sandalye, dizlik, koltuk değneği gibi yardımcı ekipmanlar hazırlanır.
- Hasta abdominal bölgeye ilişkin cerrahi bir girişim geçirmişse oturmadan önce karın sargısı, yastık gibi malzemelerle bölge desteklenir.
- Hastanın oksijen saturasyonuna göre oksijen desteği gereksinimi olup olmadığı değerlendirilir.
- Hastanın ağrı durumu değerlendirilir.

### 1.2.2. İşlem Sırasında

- Hastaya bilgi verilir, yatak yüksekse indirilir.
- Hareket ettirme işlemleri sırasında hastanın mahremiyeti korunur.
- Hasta yatağın kenarına çekilir.

- Hastanın koltuk altından tutularak, onun da hastayı kaldıran kişinin omuzlarından destek alması sağlanır ve yavaşça kaldırılarak oturtulur.
- Baş dönmesi, bulantı olursa bir süre beklenir.
- Hastanın bacakları yataktan sarkıtılır.
- Hastada baş dönmesi, göz kararması, bulantı, baygınlık hissi varsa hasta ayağa kaldırılmaz, tekrar yatağa yatırılır.
- Hasta yatak kenarında oturtularak beş dakika bu pozisyonda kalması sağlanır.
- Hasta otururken karşıya bakması, gözlerini kapatmaması ve derin nefes alıp vermesi söylenir.
- Hasta kendisini iyi hissediyorsa, ayaklarına terlik giydirilir.
- Sağlık personeli bir ayağını öne doğru uzatarak, hastanın ayakları arasına yerleştirir.
- Hastaya başını dik tutması, önüne bakmaması ve karşıya bakması söylenir.
- Hastayı kaldıran kişi bir kolu ile hastayı koltuk altından, diğeri ile ön kolundan tutarak, yavaş yavaş ve dikkatle hastayı kaldırır.
- Sağlık personeli ve hasta aynı anda yukarı doğru hareket eder.
- Bir süre oturması gerekiyorsa hasta koltuğa oturtulur, gerekli vücut bölümleri desteklenir ve üşümemesi için üzeri örtülür.
- Hasta dengesini sağladıktan sonra yürütülür, yorgunluk belirtileri izlenir ve fazla yormadan yatağına götürülür.
- Hasta yürütülürken asla tamamen desteksiz bırakılmaz.



**Resim 1.1: Hastayı yataktan kaldırma**

- **Eğer hasta tekerlekli sandalye ile mobilize edilecekse;**
  - Tekerlekli sandalye yatağa en yakın yere getirilir ve sabitlenir.
  - Ayak konulacak kısımlar yukarı gelecek şekilde kaldırılır.
  - Hasta koltuk altından desteklenerek tekerlekli sandalyeye geçirilir.
  - Sandalyenin ayak kısımları indirilir.
  - Gerekli olan bölgeler yastıkla desteklenir ve gerekli ise hastanın kaymaması için tespit bantları ile hasta güvenliği sağlanır.
  - Uzun süreli mobilizasyonlarda, IV mayi ve drenlerinin akışı, hekim istemine göre sağlanır.
  - Mobilizasyon sona erdirildiğinde tekerlekli sandalye yatağın en yakın yerine getirilir ve sabitlenir.
  - Hastanın sırtı yatağa dönük olmalıdır.
  - Sandalyenin ayak koyacak kısımlarının yukarı kaldırılması unutulmamalıdır.

### 1.2.3. İşlem Sonrası

- Mobilizasyon sona erdirildiğinde hasta koltuk altlarından desteklenerek sırtı yatağa dönük bir şekilde yatağa oturtulur.
- Hastaya yatağa alındıktan sonra uygun pozisyon verilir.
- Hastanın yaşamsal bulguları kontrol edilir.
- IV mayi ve drenlerinin akışı kontrol edilir.
- Mobilizasyon sonrasında eller el yıkama standardına göre yıkanır.
- Mobilizasyon, süresi ile birlikte gözlem kağıdınakayıt edilir.

### 1.3. Mobilizasyonda Dikkat Edilecek Noktalar

- Hastanın mobilizasyonu hekim istemine uygun olarak yapılmalıdır.
- Mobilizasyon öncesi ve sonrasında eller, el yıkama standardına göre mutlaka yıkamalıdır.
- Sağlık çalışanı vücut mekaniğine dikkat ederek hareket etmelidir.
- Yapılacak işlemden önce hasta bilgilendirilmeli, izni alınmalı, iş birliği sağlanmalıdır.
- Hastanın yaşam bulguları kontrol edilmeli ve ağrısı değerlendirilmelidir.
- Hastanın düşme riski değerlendirilerek gerekli önlemler alınmalıdır.
- Hastanın boy ve kilosu ölçülerek hastayı hareket ettirme sırasında hangi aracın ve kaç kişinin gerektiği belirlenmelidir.
- Mobilizasyon için gerekli yürüteç, tekerlekli sandalye, dizlik, koltuk değneği gibi yardımcı ekipmanları hazır bulundurulmalıdır.
- Hastada drenaj kateterleri varsa, hasta mobilize edilirken takılı olduğu seviyeden aşağıda tutulmalıdır.
- Hastanın oksijen saturasyonuna göre oksijen desteği gereksinimi olup olmadığı değerlendirilmelidir.
- Hastanın nörolojik durumu, ortopedik sorunu, deri sorunu, derin ventrombozu ve pulmoneremboli riski göz önüne alınmalıdır.

- 
- Hastanın kanama riski, anemisi ve hipoglisemisi varsa mobilize edilmemelidir.
  - Hareket ettirme işlemleri sırasında hastanın mahremiyeti korunmalıdır.
  - Renk solukluğu, bulantı, fenalık hissi gibi durumların varlığında hasta tekrar yatırılmalıdır.
  - Yerlerin kaygan ve ıslak olmamasına dikkat edilmelidir.
  - Mobilizasyon sırasında komplikasyon gelişirse mobilizasyon sonlandırılmalıdır.
  - Yapılan her türlü mobilizasyon işlemi süresi ile birlikte kayıt edilmelidir.
  - Yapılan her türlü mobilizasyon işlemi sonrasında eller el yıkama standardına göre yıkanmalıdır.

## UYGULAMA FAALİYETİ

Aşağıdaki işlem basamaklarını takip ederek hastayı mobilize ediniz.

İşlem Basamakları	Öneriler
➤ Hastaya işlem hakkında bilgi veriniz.	➤ Hastanın bilinç durumuna dikkat ediniz. ➤ Hastanın anlayabileceği şekilde ifade ediniz.
➤ Hastayı ayağa kaldırmadan önce yatakta oturtunuz.	➤ Hastanın düşme riskini değerlendiriniz. ➤ Hastanın karşıya bakması, gözlerini kapatmaması ve derin nefes alıp vermesini söyleyiniz.
➤ Hastanın terliklerini giydiriniz.	➤ Hastayı çıplak ayakla yere bastırmayınız.
➤ Hastanın kolundan destekleyerek yürütmesine yardımcı olunuz.	➤ Hastanın düşme riskine karşı gerekli önlemleri alınız. ➤ Yerlerin kaygan ve ıslak olmamasına dikkat ediniz. ➤ Hasta yürütürken asla tamamen desteksiz bırakmayınız.

## ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME

- Aşağıdaki soruları dikkatlice okuyunuz ve doğru seçeneği işaretleyiniz.**
1. Aşağıdakilerden hangisi erken mobilizasyonun amaçlarından biri değildir?  
A) Hastanın solunum fonksiyonunu geliştirmek  
B) Hastanın psikolojik iyiliğini artırmak  
C) Hastanın fonksiyonel bağımsızlığını artırmak  
D) Hastanın kas iskelet sistemine ilişkin deformitelerini artırmak  
E) Hastaların kas iskelet sistemine ilişkin fonksiyon kayıpları önlemek
  2. Aşağıdakilerden hangisi hareketsizliğin deri üzerine olumsuz etkilerinden biridir?  
A) Kontraktür  
B) Tromboemboli  
C) Yatak yarası  
D) Konstipasyon  
E) Duyu bozuklukları
  3. Aşağıdakilerden hangisi mobilizasyonda dikkat edilecek durumlardan biridir?  
A) Hastanın düşme riski değerlendirilerek gerekli önlemler alınmalıdır.  
B) Sağlık çalışanı vücut mekaniğine dikkat ederek hareket etmelidir.  
C) Hastanın boy ve kilosunu belirlenerek hastayı hareket ettirme sırasında hangi aracın ve kaç kişinin gerektiği belirlenmelidir.  
D) Hastanın yaşam bulguları kontrol edilmeli ve ağrısı değerlendirilmelidir.  
E) Hepsi
  4. Mobilizasyon öncesi hastaya pozisyon vermede yapılan işlem sırasının doğru sıralaması aşağıdakilerden hangisidir?  
I. Hastayı yatağın kenarına çekmek  
II. Hastayı yatak kenarında oturtma  
III. Hastayı mobilize etme  
IV. İşlem öncesi hazırlık  
A) Yalnız I  
B) Yalnız II  
C) I,II. ve III.  
D) III. II. ve IV  
E) I. III. IV
  5. Aşağıdakilerden hangisi hastanın mobilizasyonunda işlem sırasında yapılan uygulamalardan değildir?  
A) Hasta yatak kenarında oturtularak beş dakika bu pozisyonda kalması sağlanır.  
B) Hasta otururken karşıya baktırılır  
C) Sağlık personeli ve hasta aynı anda yukarı doğru hareket eder  
D) Hasta yatağın kenarına çekilir.  
E) Hastaya uygun pozisyon verilir.

# ÖĞRENME FAALİYETİ-2

## ÖĞRENME KAZANIMI

Hareketsizliğe bağlı olarak gelişebilecek problemlerin farkında olarak uygun araç gereçlerle yatak yaralarını önlemeye yardımcı olabileceksiniz.

## ARAŞTIRMA

- Yatak yaralarıyla ilgili değişik resimler bulup sınıfta öğretmeninize ve arkadaşlarınıza gösteriniz.
- Yatak yarasının nedenleri ile ilgili değişik kaynaklardan bilgi toplayınız.

## 2. YATAK YARASI (DEKÜBİTÜS)/ BASI YARALARI

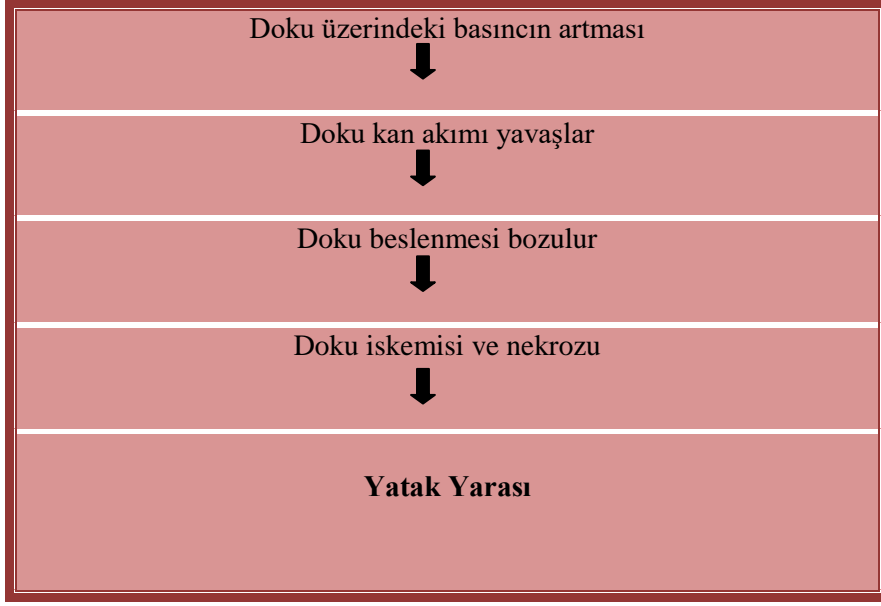
Yatak yarası, dokuların uzun süreli basınç altında kalmasına bağlı olarak gelişen ve daha çok vücudun kemik çıkıntılarının üzerinde gözlenen iskemik doku kaybı ve hücre ölümüdür.

Latince yatmak anlamına gelen decumbere sözcüğünden türetilmiş olan dekübitus ülseri ve yatak yarası terimleri de eş anlamlı olarak kullanılmakla beraber basıncın oluşturduğu doku hasarını en iyi ifade ettiği için son yıllarda basınç ülserleri teriminin kullanması önerilmiştir.

### 2.1. Yatak Yarasının Oluşumu

Dokuları oluşturan hücreler beslenme, oksijen alma ve metabolizma atıklarını kan dolaşımı ile sürdürür. Eğer dokuların üzerinde bir bası oluşursa, dokulardaki kan akımı yavaşlar ve hücreler yaşamsal faaliyetlerini sürdüremezler. Oluşan basıncın süresi ve şiddeti artarsa kan akımı azalır ve durma noktasına gelir. Buradaki hücrelerde hasar artar ve yara oluşur. Sonuç olarak doku ölümü yani iskemi (dokunun kansız kalması) ve nekroz oluşur.

Yatak yaralarının oluşma sürecinin erken dönemlerinde ilk olarak yara oluşan bölgede bastırılınca solmayan bir kızarıklık, ısı artışı, sertlik ve şişkinlik (ödem) görülür. Ciltteki hasar başladığında ise ısı artışı yerini soğukluğa bırakır. İlerleyen durumlarda mavi-mor renk değişimi, su toplaması gözlenir. Eğer yara eklem üzerinde oluşmuşsa eklem ulaşım yapısında bozulmalara yol açabilir. Beslenmesi ve bütünlüğü bozulan deri ve deri altı doku enfeksiyona açık hale gelir. Önce lokal enfeksiyon ardından sistemik enfeksiyon gelişebilir.



Şema 2.1: Yatak yarasının oluşumu

## 2.2. Yatak Yarasına Neden Olan ve Kolaylaştıran Faktörleri

Vücudun belli bir bölgesinin, uzun süreli basınca maruz kalmasıyla birlikte oradaki kapiller dolaşım bozulmaya başlar ve bölgeye gelen kan miktarı azalır. Sağlıklı bir insan bu durumda rahatsızlık hissi duyar ve vücut pozisyonunu değiştirir. Duyu bozukluğu olanlarda veya felçli hastalarda bu sistem aksadığı için, belirli vücut kısımlarında basınç artışı olduğu halde hasta bunun farkına varamaz. Bu artış uzun süre devam ettiği takdirde, deri ve deri altı dokuların hücreleri kansızlık nedeniyle ölmeye başlar. Sonuçta yatak yarası ortaya çıkar.

Yatak yarası oluşumunda en etkili faktör deriye aşırı bası uygulanmasıdır. Basının hem şiddeti, hem de süresi önemlidir. Deri basısı, 2-6 saat sürerse iskemi, 6 saatten daha fazla sürerse deride ülserasyon oluşturur.

Nem, sürtünme, uygun olmayan yatak takımları, kötü hijyen, yanlış pozisyonlar, sert destekleyici yüzeyler, basıncı gidermek amacıyla geliştirilen araçların yanlış kullanımı, kötü beslenme, ileri yaş, düşük arterioller basınç intertisiyel (hücreler arası) sıvı akışı, duyu stres, sigara ve deri ısısı yatak yaralarının başlıca nedenlerindedir.

Deri bası duyusunun, aşırı basıya karşı uyarıcı görevi vardır. Bu nedenle paraplejik ve kuadrupleji gibi deri duyusu bulunmayan hastalarda yatak yaraları daha fazla oluşmaktadır. Paraplejik hastalarda istemsiz spazmlar, sürtünmeye sebep olarak yatak yarası oluşumunu kolaylaştırır. Spastisite, hastanın aynı pozisyonda daha uzun süre yatmasına neden olduğu için yatak yarasının oluşumunu hızlandırıcı etki yaratır.

Yatak yaraları her zaman yatağa bağımlılıkla ilgili olmayabilir. Örneğin, deri yüzeyindeki geçici bir sıkışma, ezilme sonucunda da ortaya çıkabilmektedir.



Kötü deri hijyeni, yatak yarası oluşumuna katkıda bulunan önemli bir kolaylaştırıcı faktördür. Yatalak hastalardaki yatak yarası oluşumunun başka bir nedeni de mesane inkontinansına bağlı deriye uzun süre idrar temasının olmasıdır. Böylece oluşan doku zedelenmesi diğer faktörlerle birlikte yatak yarasına yol açar. Ayrıca oluşmuş yatak yaralarının iyileşmesini zorlaştırır.

Malnütrisyon ve anemi, yatak yarası oluşumunda rol oynar çünkü deri ve doku beslenmesini ve iyileşmesini bozar.

Enfeksiyon, hastanın sistemik ve metabolik dengesini bozarak doku beslenmesini ve doku savunmasını olumsuz etkiler. Enfeksiyon, yayılarak basıya uğrayan iskemik dokulara daha kolay yerleşir ve doku direncini daha da azaltır. Yatak yarası oluşuktan sonra başlangıçta enfeksiyon olmasa bile kontaminasyon ile yarada enfeksiyon ortaya çıkar. Bu da yatak yarasının iyileşmesini engeller.



Resim.2.1: Yatak yarası

### 2.3. Yatak Yarası Oluşmasında Risk Faktörleri

- **Sürtünme ve ayrılma:** Sürtünme tek başına sadece epidermis ve dermisin üst tabakasında zedelenmeye yol açar. Ancak sürtünme yerçekiminin etkisi ile derin dokularda ayrılmalara neden olur.
- **Yaş:** Yaşın ilerlemesi ile birlikte ortaya çıkan bazı değişiklikler yatak yaralarının gelişmesinde rol oynamaktadır. Deri turgorunda bozulma, serum albumin düzeyi ve immün cevapta azalma, zayıflık, doku elastikiyeti kaybı, epidermis ve dermis arasındaki bağlantının zayıflaması, mental durumun bozulması yaşlılarda yatak yaralarının gelişmesinde rol oynayan başlıca faktörlerdir.
- **Yetersiz beslenme:** Yetersiz beslenen hastalarda ciddi kas atrofisi meydana gelir. Malnütrisyon, obezite, zayıflık, anoreksia, anemi NG (Nazogastrik) sonda ile beslenmesi yara iyileşmesini güçleştirir.
- **Bilinç durumu:** Bilinç düzeyinde azalma, sedasyon vb. durumlar yatak yaralarına neden olur.

- **Hareket durumu:** Hareket kısıtlılığı, yatağa/sandalyeye bağımlılık yatak yarasının oluşumunda etkilifaktörlerdir.
- **Anemi:** Anemili hastalar, yatak yarası oluşma riski taşırlar. Hemogloblin düzeyinin azalması oksijen taşıma kapasitesini ve dokulara giden oksijen miktarını azaltır. Bu nedenle basınç altında kalan dokuların nekrozu daha kolay olur.
- **Obezite:** Obezite, yatak yarası gelişimini hızlandırabilir. Yağ dokusu ve alttaki dokular iskemik (dokulardaki kanlanmanın bozulmasına bağlı hücre ölümü) yaralanmaya karşı daha duyarlıdır.
- **Ödem:** Hücreler arası sıvının artması sonucu kapiller dolaşım, oksijen ve artık ürünlerin hücresel değişimi engellediğinden dokunun yapısı etkilenir ve doku yaralanması kolaylaşır.
- **Enfeksiyon:** Enfeksiyon ve ateş, hipoksikolan dokuların metabolik gereksinimlerini daha da arttırarak iskemik yaralanmaya karşı daha duyarlı hale getirir.
- **Arterioskleroz:** Arterioskleroz olan bölgenin kanlanması tıkanma nedeniyle azalır. Kanlanmanın azalması bu bölgeye gerekli besin maddelerinin ve oksijenin sağlanması ile artık ürünlerin bu bölgeden uzaklaştırılmasını engeller.
- **Dolaşım bozukluğu:** Azalmış dolaşım, dokuyu hipoksik ve iskemik hasara karşı daha duyarlı hale getirir.
- **Hastalıklar:** Hareket kısıtlılığına yol açan ve dokulara kan ile oksijen taşınmasını etkileyen hastalıklar, yatak yaralarının gelişmesinde rol oynar. Örneğin; yatağa ya da tekerlekli sandalyeye bağımlı olan, kalça kırığı gelişen ve diyabetik kişilerde yatak yarası gelişme riski yüksektir.
- **İlaçlar:** Bazı ilaçlar yatak yaralarının gelişmesine yatkınlığı arttırabilir. Trankilizanlar ve sedatifler, bireyin duyu ve hareket yeteneğini azaltabilir. Steroidler ise dokuların normal yapısını bozar. Kemoterapik ajanlar, radyasyon tedavisi simalığın hücrelerle birlikte normal hücrelere de zarar verir.
- **Alçı, traksiyon ve ortotik araçlar:** Alçılar ve traksiyon, hastanın veya bir ekstremitenin hareketini azaltır. Alçılı bir hastada, alçının deriye sürtünmesinden kaynaklanan mekanik dış sürtünme gücü yatak yarası gelişme riskini arttırır. Servikal kolar (boyunluk) gibi ortotik araçlar yatak yaralarına neden olur.
- **Hastane iklimlendirmesi:** Taze hava, kirliliği azaltan bir faktördür. Hastane içindeki hava mikroorganizmalarla kirlenmiş durumdadır. Havalandırma sistemi ile içeride pozitif basınç oluşturularak dışarıdan filtre edilmemiş havanın girmesi önlenir. Hasta odası sıcaklığı, 24°C-27°C ve nem, %30-%60 olmalıdır. Uygun olmayan sıcaklık ve nem, bakterilerin üremesine neden olur. İdrar ve dışkıyı tutamayan ya da aşırı terleyen kişilerde atak yarası gelişme riski yüksektir.
- **Diğer faktörler:** Sigara içme, kuru cilt, büyük ameliyatlar, travmalardan viskozitesinin artması ve kan basıncının azalması yatak yaralarının gelişmesinde rol oynayan diğer faktörlerdir.

## 2.4. Basınç Bölgeleri ve Basıncın Azaltılması

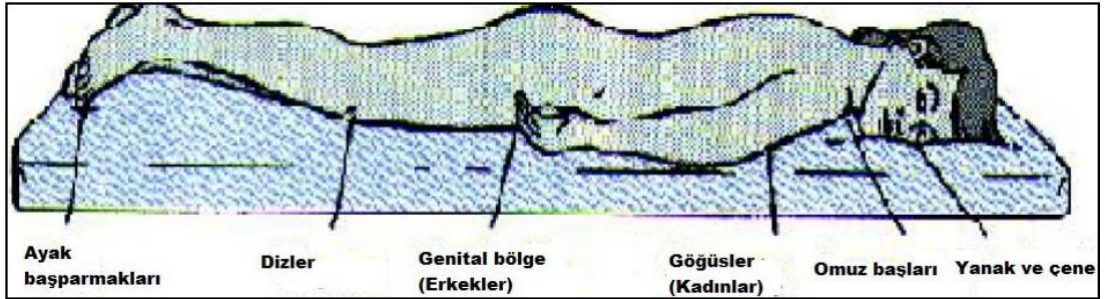
Yatak yaralarının gerek önlenmesinde, gerekse tedavisinde temel ilke ağırlık taşıyan bölgelerin uğradığı basıncı en aza indirmek ve uzun süreli basıdan kaçınmaktır. Amaç hastanın ağırlığını eşit olarak dağıtmak ve idealde vücudun hiçbir bölgesinde 32 mmHg'dan daha yüksek basınç oluşturmasına izin vermemektir.

Vücut ağırlığını taşıyan noktaların yüzeylerle temas ettiği yerlerde basınç yoğunlaşır. Bu ağırlığı taşıyan noktalar genellikle kemik çıkıntılar üzerinde oluşur. Kemik çıkıntılar üzerindeki dokuların basınca direnci yumuşak dokulara oranla daha düşüktür. Bu nedenle bu bölgelerde yatak yarası gelişmesi daha sık olmaktadır.

Yatak yaralarının en sık geliştiği bölgeler, sakrum, koksiks, iskiüm, büyük trokanterler üzerindeki alanlar ve topuklardır. Hasta, yatağa uzandığı veya bir sandalyeye oturduğu zaman, vücut ağırlığı büyük ölçüde kemik çıkıntılar üzerinde taşınır. Yatarken vücudun ağırlığını sakrum bölgesi, bacakların ağırlığını ise topuklar taşımaktadır. Bu yüzden yatak yaraları en çok sakrum ve topukların üzerinde görülür.

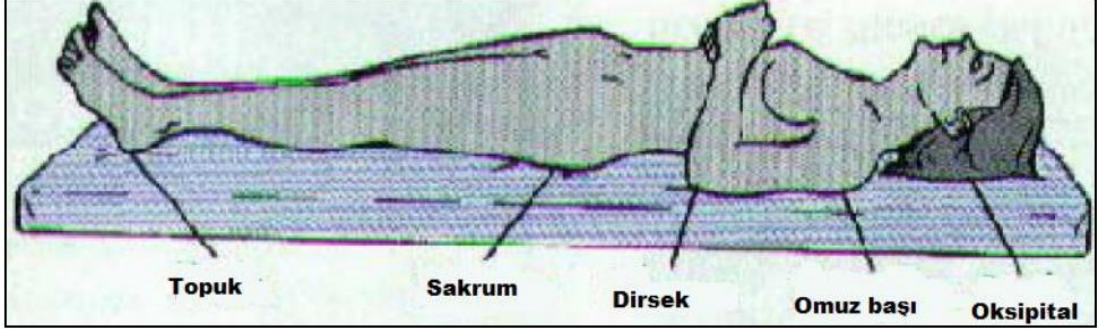
Hastada risk altındaki cilt bölgelerinde, basıncın en aza indirgenmesi için hastanın pozisyonu değiştirilmelidir. Böylece ciltteki bölgelerden yükkısmen veya tamamen kalkar. Genellikle başın çevrilmesi veya alta küçük yastıkların konması gibi küçük pozisyon değişiklikleri yeterli olmaktadır.

**Prone pozisyonunda basınç noktaları;** yanak ve çene, omuz başları, kadında göğüsler, erkekte genital organlar, dizler ve ayak başparmağıdır.



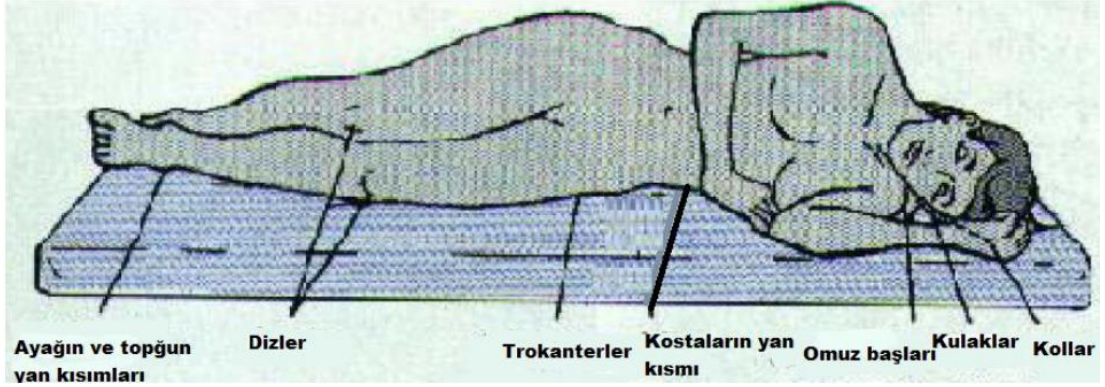
Resim 2.2: Prone pozisyonunda basınç noktaları

**Supine pozisyonunda basınç noktaları;** oksipital bölge, skapula, dirsekler, sakrum, topuklar ve yatak takımlarının basıncı sonucu ayak başparmağıdır.



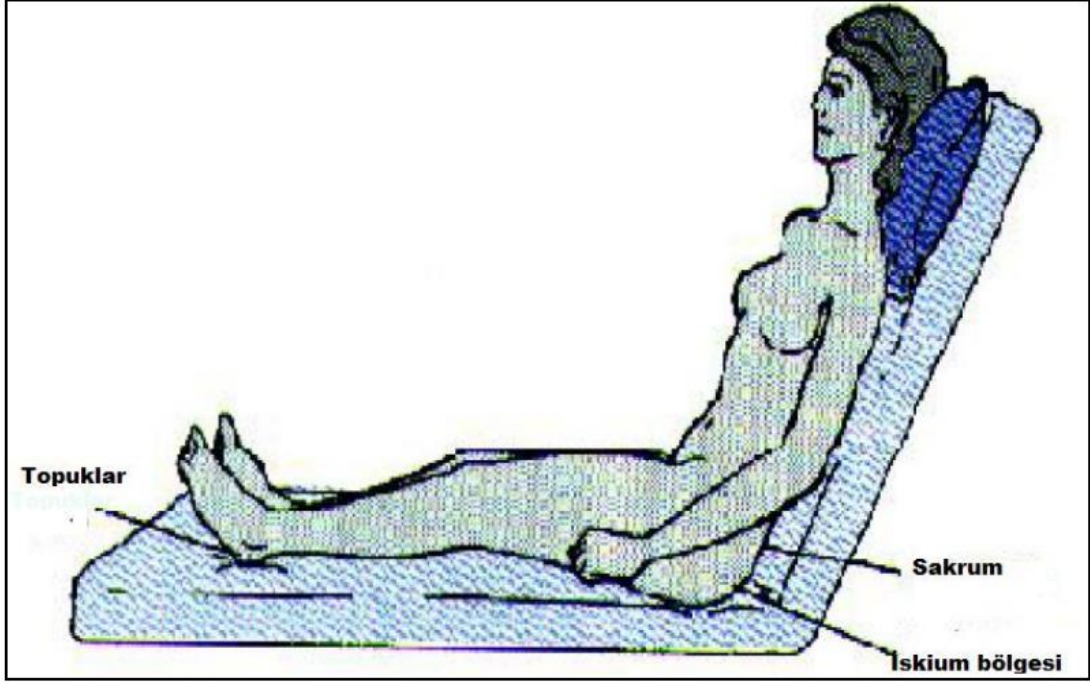
**Resim 2.3: Supine pozisyonunda basınç noktaları**

**Lateral pozisyonda basınç noktaları;** kulaklar, omuz başları, dirsekler, kostaların yan kısımları, trokanterler, dizin, ayağın ve topuğun yan kısımlarıdır.



**Resim 2.4: Lateral pozisyonda basınç noktaları**

**Fowler pozisyonunda basınç noktaları;** topuklar, sakrum bölgesi ve iskiyum bölgesidir.



**Resim 2.5: Fowler pozisyonunda basınç noktaları**

Tekerlekli sandalyede oturur pozisyonda basınç noktaları; ayaklar, topuk, dizlerin arkası, sakrum ve scapuladır.

## **2.5. Yatak Yarasının Evreleri**

Yatak yaralarının evrelere ayrılması tanı ve tedaviye cevabı değerlendirmek bakımından yararlıdır. NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel) evrelendirmesine göre basınç yaralarının oluşum evreleri şöyledir:

**Evre-I:** Deride bastırmakla solmayan kızarıklık (inflamasyon) mevcuttur, deri bütünlüğü bozulmamıştır. Kızarıklık basınç kalktıktan sonra 30 dakikadan fazla kalır. Bu evre uyarı olarak algılanmalıdır. Genellikle kendiliğinden iyileşir. Gerekli önlemler (pozisyon, hijyen, masaj vb.) alınmalıdır.

**Evre-II:** Epidermis, dermis veya her ikisini birden içeren doku kaybı vardır. Ülser yüzeyseldir ve klinik görünümü abrasyon (sıyrık), bül ya da sığ bir krater şeklinde olabilir. II. evrede yüzeysel gibi görünen bir basınç ülseri derin dokularda III. evre olabilir. Bu nedenle yara dikkatle izlenmelidir. Yara kendiliğinden ya da pansumanla iyileşir, enfeksiyondan korunmalıdır.



**Resim 2.6: II. Evre yatak yaraları**

**Evre-III:** Deri ve deri altı dokularda kas fasyasının altına inmeyen tam kayıp vardır. Ülser derin bir krater görünümündedir. Kemik, tendon ve eklemlere kadar uzanmaz. Yara yatağı genellikle ağrısızdır. Hastanın protein ve enerjiden zengin beslenmesi sağlanır. Bu evredeki bir yaranın kendiliğinden kapanması aylar süreceği için genellikle cerrahi müdahale yapılır.



**Resim 2.7: III. Evre yatak yaraları**

**Evre-IV:** Tam derinlikte doku kaybı vardır. Dermis, fasya, kas ve kemik dokularına kadar ilerleyen ülserasyon vardır. Yarada kemik ve tendonlar görülebilir.

## 2.6. Yatak Yarasını Önleyici Araç Gereçler

Teknolojinin gelişmesi ile pozisyon vermeye yardımcı aletler ve özel yataklar gibi araçların miktar ve çeşitliliğindeki artış, bası yaralarının önlenmesinde önemli katkılarda bulunmaktadır. Yatak yaralarını önleme stratejilerinin temel noktası hasta ve yüzey arasındaki bası, sürtünme, tahriş, ısı ve nemin hem yoğunluğu hem de bu faktörlere maruz kalınan süreyi azaltmaktır.

Yatak yaralarının önlenmesinde kullanılan Önleyici araç gereçlerde (destek yüzeyler) basıncın geniş bir alan üzerine dağıtımını sağlayarak kılcal dolaşımın sürdürülmesine ve deri bütünlüğünün bozulma riskinin azaltılmasına yardımcı olur. Tek başına destek yüzeylerin önleme ve tedavi etmede üstünlüğü yoktur. Yatak yaralarını koruma ve tedavi programının bir parçası olarak kullanılırlar. Dünyada en sık kullanılan destekleyici yüzey malzemesi yastıklardır. Yüksek riskli hastalarda basınç azaltıcı veya rahatlatıcı yatak ve minderler kullanılabilir. Bu araç gereçler kullanılırken dikkat edilmesi gereken en önemli ayrıntı pozisyon vermenin ihmal edilmemesi gerektiğidir.

Bası azaltmada kullanılan araçlar statik veya dinamik olmak üzere iki grupta sınıflandırılabilir. Statik olanlar arasında çeşitli destekleyici malzemeler, sünger ya da silikon jel gibi maddelerden yapılmış yastıklar, şilteler, yumurta kapları ve koyun pöstekisi sayılabilir.

Silikon jelden yapılmış oturma yastıkları ve destekler pahalı olmalarına karşın basıncı iyi dağıttıkları için faydalıdır.

Koyun pöstekisi ise dayanıksız, temizliği güç ve kısa sürede sertleşerek kullanılmaz hale gelmesine karşın bası yaralarının önlenmesinde etkili olduğu saptanmıştır.

Koruyucu şilteler arasında su yatakları, statik ya da değişken havalı şilteler sayılabilir. Havalı yataklar yatak içinde ardışık şişip sönen düzenekleri sayesinde hareketsiz şekilde yatan hastaya masaj etkisi yapar, kan dolaşımını hızlandırır, kemik çıkıntılarındaki basıncı azaltır böylece yara oluşumunu engeller.

Sıklıkla kullanılan dinamik cihazlar havalı yataklardır. Havalı yataklarda hastanın kilosuna göre uygun basınç ayarı yapılabilmektedir. Ayrıca bazı havalı yataklarının pozisyon verme ve ventilasyonu (hava üfleme özelliği) sağlama gibi özellikleri de bulunmaktadır. Hastaların altta kalan kısmına hava üfleme özelliğiyle hastaların vücudunun alt kısımlarının da hava almasını, böylece hastanın vücudunun oksijenle temasını sağlamaktadır. Ayrıca havalandırma sayesinde terin hasta ile yatak arasında nem oluşturmasını engelleyerek hastanın yatağa temas eden yüzeyinin kuru kalmasını sağlar. Pahalı ve büyük olmaları bu yatakların dezavantajıdır.

#### ➤ **Havalı yatak kullanımında dikkat edilecekler**

- Havalı yatak hasta karyolasının üzerine yatağı kaplayacak şekilde serilerek alt uçları yatağın köşesinden alta doğru kıvrılmalıdır. Havalı yatağın pompası yatağın dış kısmına gelecek şekilde yerleştirilmelidir.
- Bütün hava hücreleri kontrol edilerek bu hücrelerin birbirine paralel olmasına ve üst üste gelmemesine dikkat edilmelidir.
- Havalı yatağın hava hortumu pompaya takılarak bağlantının gevşek olmamasına dikkat edilmelidir.
- Havalı yatağın üzeri alezle kaplanarak temiz bir çarşaf serilmelidir.
- Pompanın fişi prize takılarak kontrol panelindeki güç düğmesi çalıştırılmalıdır.
- Havanın hortuma geçişi kontrol edilmelidir.
- Hastanın ağırlığına göre basınç düğmesi ayarlanmalıdır.
- Havalı yatağın şişme işlemi bittikten sonra hasta yatağa yatırılmalıdır.
- Hasta, üzerinde yattığı süre boyunca havalı yatak pompası elektrikten çıkarmamalı ve düğmesi kapatılmamalıdır.
- Elektrik ekipmanlarını kullanırken dikkatli olmalıdır.
- Havalı yatak kullanılmadığı zaman fiş elektrikten çekilmelidir.
- Elektrik ekipmanları nemli bölgede bırakılmamalıdır.

- Temizlikte endüstriyel yağ çözücü, yağ arındırma ve asetik çözücü gibi aşındırıcı temizlik ürünleri kullanılmamalıdır. Hafif deterjan (alkol bazlı olmayan) kullanılabilir.
- Havalı yatak kesici ve delici maddelerden uzak tutulmalı delinmemesine dikkat edilmelidir.
- Havalı yatak elektrik kaynağına bağlıyken taşınmamalıdır.



**Resim 2.8: Havalı yataklar**

Ayak destek tahtaları, ayaklarını doğal pozisyonda düz tutmak ve yatak üst takımlarının ayaklara basınç yapmasını önler.

Yatak çerçeveleri, battaniye ve yatak örtülerinin ağırlığının hasta üzerine yaptığı basıyı önlemek amacıyla kullanılır. Hiçbir otomatik sistemin yatak yaralarının önlenmesinde hasta bakımının yerini alamayacağı asla unutulmamalıdır.

Koruyucu topuk jel pedlerin basıyı, terlemeyi ve nem oluşumunu azaltarak yara oluşumunu engelleyici özellikleri vardır. Topuk ve vücudun çıkıntılı bölgelerinde kullanılan pedler, konmak istenilen bölgeye göre ortasından bir parça kesilerek çıkartılır. Topuk koruyucu, topuktan tüm basınç yükünü alıp baldıra dağıtarak basıyı etkin bir şekilde giderir. Yatak yaralarının oluşumunu engeller.



**Resim 2.9: Yatak yarası koruyucu jel pedler**

Uygun destek yüzey seçiminde, hastanın yatak içindeki mobilite düzeyi, konforu, ısı kontrolü, bakım verilen ortam ve bakım koşulları gibi faktörler dikkate alınmalıdır. Hastanın yatak yarası gelişimi ile ilgili bireysel risk faktörleri de değerlendirilmelidir.



## 2.7. Yatak Yaralarının Önlenmesi

Yatak yarası oluşursa, hastanın genel durumu bozulur, ağrı ve rahatsızlık hisseder, yaşam kalitesi düşer, tedavi ve bakım zorlaşır, hastanın hastanede kalış süresi uzar ve tedavi maliyetleri artar. Bu nedenle yatak yarasında en önemli yaklaşım, yara açılmadan önce önlem almaktır. Yatak yaralarının önlenmesinde ise en büyük rol hastaya yirmi dört saat bakım veren sağlık personeline düşmektedir.

İyi bir hasta bakımı ile yatak yarası büyük oranda önlenebilmekte ve Evre I'de hastalığın ilerlemesi durdurulabilmektedir. Yatak yarası açısından riski yüksek hastanın önceden belirlenmesi, yaranın erken tanınması ve erken müdahale, yatak yarasının önlenmesinde atılacak ilk adımlardır.

Hastada risk değerlendirmesi, ilk olarak hastaneye yatışında yapılmalı; daha sonra genel durumuna göre düzenli aralıklarla kontrol edilmelidir. Risk değerlendirmesi için bazı ölçekler mevcuttur. Günümüzde yatak yarası risk değerlendirmesi için, Norton, Braden, Gosnell ve Waterlow gibi farklı ölçekler bulunmaktadır. Bakım veren sağlık personeli bu araçlardan herhangi birini seçip kullanarak yatak yarası gelişimini kolaylaştıracak faktörleri saptanmalıdır.

Risk değerlendirme aşamasında ölçek kullanma ve yatak yarası riski olan tüm durumların irdelenmesi, yara oluşmasını önleme açısından oldukça önem taşımaktadır. Bu aşamanın etkin uygulanması koruyucu girişimlere karar vermek için bakım veren kişilere sistemli bir yöntem sağlar. Ayrıca yatak yaralarının önlenmesi için hasta ve ailesine, yatak yarasına neden olan faktörler, bu faktörlerin önlenmesi, basınç bölgeleri, yatak yarasının erken belirtileri, bu belirtiler oluştuğunda ne yapması ve yatak yarasını önlemede kullanılan araç gereçler konusunda eğitim verilmelidir.

<b>Yatak Yaralarının Önlenmesi</b>
⇒ Risk değerlendirme
⇒ Basıncın azaltılması
⇒ Pozisyon değiştirme
⇒ Cildin değerlendirilmesi
⇒ Yatak düzenini sağlama
⇒ Vücut bakımını sağlama
⇒ Besin alımının düzenlenmesi
⇒ Bası bölgelerini destekleme
⇒ Hidrasyon sağlama/sıvı izlem
⇒ Masaj, ROM egzersizi uygulama

**Tablo 2.1: Yatak yaralarını önleme girişimleri**

## **2.8. Yatak Yarası Komplikasyonları**

Yatak yaralarının tedavisi sonrasında flep nekrozu, hematoma, yarada sıvı toplanması, yara enfeksiyonu ve sütür hatlarında açılma gibi cerrahi sonrası erken dönemde ortaya çıkan komplikasyonlar olabilir. Ayrıca ülserlerin yinelenmesi ve karsinom gelişmesi gibi geç dönem komplikasyonları da olabilir.

## UYGULAMA FAALİYETİ

Aşağıdaki işlem basamaklarını takip ederek yatak yaralarını önlemeye yardımcı olunuz.

İşlem Basamakları	Öneriler
➤ Hastaya yapılacak işlem hakkında bilgilendiriniz.	➤ Hastanın rahat, güvende olmasını sağlayarak bakım ve uygulamalara katılmaya dikkat ediniz.
➤ Risk durumlarını tanımlayınız.	➤ Hastaya bağlı riskli durumlara dikkat ediniz. ➤ Hastaya yapılan girişimlere, kullanılan malzemelere bağlı riskli durumlara dikkat ediniz.
➤ Hastanın cildini kontrol ediniz.	➤ Hastanın bası noktalarını kontrol ediniz.
➤ Yatak yarası belirtilerini izleyiniz.	➤ Ciltteki basınç noktalarındaki değişiklik belirtilerine dikkat ediniz.
➤ Hastaya pozisyon veriniz.	➤ Hastanın pozisyonunu uygun aralıklarla değiştiriniz. ➤ Pozisyonları tekniğine uygun veriniz.
➤ Hastaya yatak yarasını önleyici araç gereçleri kullanınız.	➤ Basıyı azaltacak araç ve gereçlerin seçiminde dikkat ediniz.
➤ Gerekli tüm kayıtları doğru, eksiksiz, zamanında ve düzenli olarak kayıt ediniz.	➤ Kayıtlar için kullanılan tüm formların saklanmasına dikkat ediniz.

## ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME

Aşağıdaki soruları dikkatlice okuyunuz ve doğru seçeneği işaretleyiniz.

1. Prone pozisyonda yatan kuadriplejik hastada basınç yaraları en fazla hangi bölgelerde oluşur?  
A) Omuz başı/ dirsek  
B) Omuz başı/ diz  
C) Oksipital bölge/sakrum  
D) Sakrum/ topuk  
E) Topuk/ ayak başparmağı
2. Aşağıdakilerden hangisi basınç ülserlerinde başlıca risk faktörlerindendir?  
A) Basınç  
B) Sürtünme (friksiyon)  
C) İleri yaş, psikolojik faktörler  
D) Nem  
E) Hepsi
3. Basınç yaraları ile ilgili aşağıda verilen ifadelerden hangisi doğrudur?  
A) Basınç yaraları hastanın yatış pozisyonuna göre değişik lokalizasyonlarda olur.  
B) Evre I basınç yarasında deri bütünlüğü bozulmuştur.  
C) Evre II basınç yaraları mutlaka cerrahi gerektirir.  
D) Evre III basınç yaraları kemik tendon ve eklemlere kadar uzanır.  
E) Evre IV basınç yaralarında kemik ve tendonlar görülebilir.
4. Aşağıdakilerden hangisi yatak yarasına neden olan risk faktörlerinden değildir?  
A) Obezite  
B) Sürtünme  
C) Yaş  
D) Genetik faktörler  
E) Yetersiz beslenme
5. Aşağıdakilerden hangisinde havalı yatakların özellikleri konusunda doğru bilgi verilmiştir?  
A) Hastanın kilosuna göre uygun basınç ayarı yapılabilmektedir.  
B) Bazı havalı yatakların hastaya pozisyon verme özelliği vardır.  
C) Bazı havalı yataklar havalandırma yaparak, terin hasta ile yatak arasında nem oluşturmasını engeller.  
D) Yatak ile temas eden vücut bölgelerinde en ideal basınç kontrolü sağlar.  
E) Hepsi

## DEĞERLENDİRME

Cevaplarınızı cevap anahtarıyla karşılaştırınız. Yanlış cevap verdiğiniz ya da cevap verirken tereddüt ettiğiniz sorularla ilgili konuları faaliyete geri dönerek tekrarlayınız. Cevaplarınızın tümü doğru “Modül Değerlendirme ”ye geçiniz.

# MODÜL DEĞERLENDİRME

Aşağıdaki cümlelerin başında boş bırakılan parantezlere, cümlelerde verilen bilgiler doğru ise D, yanlış ise Y yazınız.

1. ( ) Yatak yarası genellikle kemik çıkıntılarının üzerinesürtünme, yırtılma, nem ve basıncın yol açtığı deri, kas ve alttaki dokularda meydana gelen lokalize hasardır.
2. ( ) Yatak yaralarının oluşma sürecinin erken dönemlerinde ilk olarak yara oluşan bölgede bastırılınca solmayan bir kızarıklık, ısı artışı görülmektedir.
3. ( ) Anemili hastalar, yatak yarası oluşma riski taşımazlar.
4. ( ) Arterioskleroz olan bölgenin kanlanması tıkanma nedeniyle artar.
5. ( ) Supine pozisyonunda basınc noktaları; oksipital bölge, skapula, dirsekler, sakrum, topuklar ve yatak takımlarının basıncı sonucu ayak başparmağıdır.
6. ( ) Yatak yarası koruyucu önlemlerin amacından biri vücudun herhangi bir bölgesindeki basıncı azaltmak ya da ortadan kaldırmaktır.
7. ( ) Tekerlekli sandalyede oturur pozisyonda bası noktaları; ayaklar, topuk, dizlerin arkası, sakrum ve scapuladır.
8. ( ) Sünger ya da silikon jel gibi maddelerden yapılmış yastıklar, şilteler, yumurta kapları ve koyun pöstekisi bası, azaltmada kullanılan dinamik araçlardır.

Aşağıdaki cümlelerde boş bırakılan yerlere doğru sözcükleri yazınız.

9. Yatak yarası .....terimleri ile eş anlamalıdır.
10. Yatak yarasının birinci evre belirtisi.....dır.
11. Hasta duyu kaybı olan bölgenin üzerine ..... dakikadan daha uzun yatırılmamalıdır.
12. Havalı yatakların dezavantajı .....olmalarıdır.
13. Fowler pozisyonunda .....bölgelerinde yara açılma riski yüksektir.
14. Yatak yarasının ortaya çıktığı bölgeyi belirleyen başlıca faktör.....dur.
15. Koruyucu topuk jel pedlerin.....oluşumunu azaltarak yara oluşumunu engelleyici özellikleri vardır.

## DEĞERLENDİRME

Değerlendirme sonunda “Hayır” şeklindeki cevaplarınızı bir daha gözden geçiriniz. Kendinizi yeterli görmüyorsanız öğrenme faaliyetini tekrar ediniz. Bütün cevaplarınız “Evet” ise bir sonraki modüle geçmek için öğretmeninize başvurunuz.

# CEVAP ANAHTARLARI

## ÖĞRENME FAALİYETİ-1'İN CEVAP ANAHTARI

1	D
2	C
3	E
4	C
5	E

## ÖĞRENME FAALİYETİ-2'NİN CEVAP ANAHTARI

1	B
2	E
3	A
4	D
5	E

## MODÜL DEĞERLENDİRME CEVAP ANAHTARI

1.	Doğru
2	Doğru
3	Yanlış
4	Yanlış
5	Doğru
6	Doğru
7	Doğru
8	Yanlış
9	dekübit/basınç ülseri/bası yarası
10	bütünlüğü bozulmamış deride bastırma ile solmayan kızarıklık
11	15-20
12	pahalı ve büyük
13	topuklar, sakrum, iskiyum
14	hastanın yatış pozisyonu
15	bası, terlemeyi ve nem

## KAYNAKÇA

- ARIÖGÜL Servet, **Geriatrı ve Gerontoloji**, Nobel Tıp Kitabevi, Ankara, 2006.
- AY Fatma Akça, **Temel Hemşirelik Kavramlar İlkeler Uygulamalar**, Medikal Yayıncılık, İstanbul, 2007.
- BİROL Leman, Nuran AKDEMİR, Tülin BEDÜK, **İç Hastalıkları Hemşireliği**, Vehbi Koç Yayınları, Ankara, 1990.
- DANIŞ Belgin, Tülay MERCAN, Reyhan DEMİR, Başak HALİL, Aysen İSLAMOĞLU, Deniz KARADENİZ, Asiye KORKMAZ, Dilek OĞUZ, **Hemşirelik Bakımında Kalite**, İzmir, 2003.
- DEMİR Leyla, **Meslek Esasları ve Tekniđi**, Ankara, 2013.
- DORUK Erdal, Sabire YURTSEVER, Aydan ACAR, **Hemşirelik Bakım Uygulama Rehberi**, Mersin, 2009.
- ERDOST Şerife Kartal, **Yara Bakımı ve Tedavisi**, Aksu Basım Yayın, İstanbul, 2008.
- KARATAŞ GÜNER Ayşe, Semanur AĞRALI KEBAPÇI, **Meslek Esasları ve Tekniđi**, Palme Yayıncılık, Ankara, 2011.
- ÖZ Güler, Ayşe BAYER, **Meslek Esasları ve Tekniđi**, Songür Yayıncılık, Ankara, 2013.
- POLAT Halil, **Meslek Esasları ve Tekniđi**, Matsa Basımevi, Ankara, 2012.
- ŞENDİR Merdiye, **Basınç Yaralarının Önlenmesi ve Bakımı**, İstanbul Üniversitesi F.N.Y.O dergisi, 2005.
- ULUSOY Filiz, Selma GÖRGÜLÜ, **Hemşirelik Esasları**, Anakara, 1996.
- [http://www.apupa.at/pdf/2011\\_apupa\\_edukationsbroschuere\\_tuerkisch2013.pdf](http://www.apupa.at/pdf/2011_apupa_edukationsbroschuere_tuerkisch2013.pdf)  
(10.03.2015/11.00)
- [http://yeniumutlar.kadikoy.bel.tr/txtContent.aspx?pageName=yatak\\_yarasi.html](http://yeniumutlar.kadikoy.bel.tr/txtContent.aspx?pageName=yatak_yarasi.html)  
(10.03.2015/ 11.00)
- [http://sgk.webtasarimmimari.com/upload/dokuman/basi\\_yarasi\\_rehber\\_www.pdf](http://sgk.webtasarimmimari.com/upload/dokuman/basi_yarasi_rehber_www.pdf)  
(12.03.2015/ 13.00)
- <http://www.oguzcetinkale.com/hasta-bilgilendirme/plastik-ve-rekonstruktif-cerrahi/rekonstruktif-cerrahi/basi-yaralari.html>  
(13.03.2015/ 13.00)

- 
- <http://seheryeli.biz/index.php/salk/1343-yatak-yaralari.pdf>(12.03.2015/ 13.00)
  - [http://dalyatur.com/akdenizhemsireliksunu/zehra\\_esin\\_gencer.pdf](http://dalyatur.com/akdenizhemsireliksunu/zehra_esin_gencer.pdf)(12.03.2015/ 13.00)
  - <http://www.acilservis.pro/hemsirelik-rom-egzersizleri-nelerdir>(13.03.2015/ 14.00)
  - <http://www.medikalblog.net/medikal/havali-yatak-kullanimi/>(13.03.2015/ 15.00)
  - <http://www.medikalblog.net/medikal/havali-yatak-nasil-kullanilir/>(13.03.2015/ 15.00)