

| | | |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------|
| Hazırlayan Başhemşire | İnceleyen Kalite Yönetim Direktörü | Onaylayan Başhekim |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------|

1.AMAÇ

Bası yaralarının önlenmesi ve geliştiği zaman bakım ve tedavisinin sağlanması konusunda prensipleri belirlemektir.

2.KAPSAM

Bası yaralarının önlenmesi ve bası yarasının bakım ve tedavisindeki uygulamaları, Hemşireler ve Hekimleri içermektedir.

3.TANIMLAR

Basınç Ülseri: 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 hasarıdır.

Braden (Braden skalası) Risk Değerlendirme Ölçeği: Braden ve Bergstrom (1987) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek uyarının algılanması, nem, aktivite, hareket, beslenme, sürtünme ve tahriş olmak üzere 6 alt boyut içermektedir. Alt boyut puanlarının toplanmasıyla ölçeğin 6-23 arasında değişen toplam puanı elde edilir. Toplam puana göre 12 puan ve altıyüksek riskli, 13-14 puan riskli, 15-16 puan düşük riskli olarak değerlendirilmekte, 75 yaş üstü kişilerde ise 15-18 puan düşük riskli olarak kabul edilmektedir

NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel): Ulusal Basınç Ülseri Danışma Paneli

4. UYGULAMA

4.1. Servise yatan her hasta **Hemşirelik Hizmetleri Hasta Ön Değerlendirme Formu** ile bası yarası riski açısından değerlendirilir.

4.2.Bası yarası risk faktörleri; Obezite, Beslenme Bozukluğu, Diyabet, Yaşlılık, Zayıflık, Ödem, Anemi, Hipotansiyon, NGS ile Beslenme, Hareket Kısıtlılığı, Steroid Kullanımı, Hipertermi, Hipotermi, Yatağa Bağımlılık, Büyük Ameliyat, Travma, Anoreksiya, SVO, Periferik Vasküler Hastalık olarak değerlendirilir.

4.3. Braden Skalası'nda 18 puan ve altında kalan hastalar riskli kabul edilir. 18 Puan Altında Kalan hastalar hergün **Bası Ülseri Tanılama ve Risk Değerlendirme Formu** kullanılarak değerlendirilir.

4.4. Skala ile tanımlanan ve yüksek riskli bulunan hastada yatak yarası oluşabilecek basınç bölgeleri tespit edilir.

4.5. Riskli hastaların bakımında, bası yarasını önlemek için aşağıdaki uygulamalar yer alır:

- Her pozisyon değişiminde riskli bölgeler kızarıklık, sıyrık, bül, çatlak ve lezyon açısından değerlendirilir,
- Riskli hastalarda, antidekübütik ve antipoliüretan yatak kullanılır,
- Cilt bakımında alkali olmayan sabunlar kullanılır,
- Cilt bakımında pudra kullanılmaz,
- Hassas ve kuru cilt üzerine masaj yapılmaz,
- Her 4 saatte bir pozisyon değiştirilir,
- Daima cildin kuru ve temiz olması sağlanır,
- Banyo ve bakımlardan sonra cilde nemlendirici sürülür,

| | |
|--------------|------------|
| Doküman No | YBH.TL.02 |
| Yayın Tarihi | 01.12.2009 |
| Rev. No | 01 |
| Rev. Tarihi | 18.07.2016 |
| Sayfa No | 3/1 |

- Hastanın giysilerinin her zaman temiz, kuru, terletmeyen ve emici kumaştan olması sağlanır,
- Sürgü verirken cildin tahriş olmamasına dikkat edilir,
- Sakral bölge daima temiz ve kuru tutulur,
- Pozisyon verirken basıncın abdomen, sırt, ekstremitelere eşit dağılımı sağlanır,
- Tıbbi bir kontrendikasyonu yoksa, günlük 2500cc sıvı alımı sağlanır,
- 24 saatlik aldığı-çıkarıldığı takibi yapılır,**Hemşire Takip ve Tedavi Formu'**na kaydedilir.
- Hastanın diyeti diyetisyen tarafından düzenlenir.
- Hasta ve hasta yakınlarına bası yarasının önemi, korunma yöntemleri ve yapılan işlemler hakkında bilgilendirme yapılır.Hastaya **Hasta Bakımında Temel Hijyen Talimatı** doğrultusunda temizlik uygulanır.

4.6. Bası yarası bakım uygulamaları:

EVRE I (1. Derece Bası Yarası):Bölge kızarık, cilt bozulmamış, ağrı, hassasiyet vardır. 1.derece bası yarasının 2. dereceye dönüşmemesi için 7.5. maddesinde belirtilen koruyucu tedbirlerin tümü uygulanır.

EVRE II (2. Derece Bası Yarası): Cilt bütünlüğü bozulmuş,yüzeysel ülser,Eritem görüntüsünde olabilir

- Dermisin içine yayılan yüzeysel ülserasyon ile birlikte ağrı ve hassasiyet vardır, enfeksiyon olabilir.
- 7.5. maddesindeki koruyucu tedbirlerin tümü uygulanır.
- Bası yarasının bulunduğu bölge dikkate alınarak uygun pozisyon verilir.
- Serum fizyolojik ile sulandırılmış steril ped ile, nemli-emici (ıslak) pansuman uygulanır.
- Beden imajı bozulan hasta için psikolojik destek sağlanır.

EVRE III (3.derece Bası Yarası): Cilt altı, kasa yayılmayan ülser

EVRE IV (4. Derece Bası Yarası); Kas ya da kemikleri de tutan ülser

- 3. derece bası yarası subkutan dokuyu içine alırken, 4.derece bası yarası kas ve hatta kemiğe kadar ulaşmış olabilir. Her ikisinde de nekroz ve ateş mevcuttur.
- İkinci derece bası yarasındaki girişimlerin hepsi uygulanır.
- Yara serum fizyolojik ile yıkanıp, ıslak pansuman uygulanır.
- Enfeksiyon varsa nekrotik doku izlenir.
- Nekrotik alan gelişirse genel cerrahi uzmanı ile işbirliği yapılır.

EVRE VI Sınırlandırılmayan evre: NPUAP' a sınıflamasına göre,e eklemelere kadar ya da vücut boşluklarına yayılmış geniş ülserasyonlar vardır, enfeksiyon, koku ve akıntı vardır. Koruyucu tedbirler devam eder.

Steril yara bakımı yapılır.

Cerrahi onarım için hasta hazırlanır.

Hasta ve ailesine psikolojik destek sağlanır.

4.7. Bası yarası bakım uygulamalarında hastanın mahremiyeti korunur.

4.8. Bası yaralarında simit uygulanmaz.

4.9. Pozisyon değiştirme aralığı 4 saatten fazla olmamalıdır.

4.10. Hastanın cildin sürtünme ile tahriş olmasına izin verilmez, pozisyon verirken ara çarşafı kullanılır.

4.11. Yara yalnızca serum fizyolojik ile yıkanmalıdır.

4.12. Yara pansumanlarında asepsi-antisepsi kuralları uygulanır.

4.13.Gerekli durumlarda yara bakımı konusunda uzman kişilerden yardım alınabilir.



BASI YARASI ÖNLEME VE BAKIM TALİMATI

| | |
|--------------|------------|
| Doküman No | YBH.TL.02 |
| Yayın Tarihi | 01.12.2009 |
| Rev. No | 01 |
| Rev. Tarihi | 18.07.2016 |
| Sayfa No | 3/1 |

5. İLGİLİ DOKÜMANLAR

KLN.FR.02 Hemşire Takip ve Tedavi Formu

KLN.TL.13 Hasta Bakımında Temel Hijyen Talimatı

KLN.FR.01 Hemşirelik Hizmetleri Hasta Ön Değerlendirme Formu

YBH.FR.06 Basi Ülseri Tanılama Ve Risk Değerlendirme Formu