

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, hekimler ve hastaya bakım veren diğer sağlık personellerini kapsamaktadır.

3.TANIMLAR / KISALTMALAR

Bası / Basınç Yarası/ Ülseri: Tek başına basınç ya da sürtünme ile basıncın birlikte sebep olduğu, genellikle kemik çıkıntılar üzerinde ortaya çıkan deri ve/veya deri altı doku hasarıdır. Bir bölgenin uzun süreli veya aralıksız basınca maruz kalması nedeniyle oluştuğu için bası yarası olarak adlandırılır.

Braden Skalası (Braden Scale for Predicting Pressure Ulcer Risk): Basınç yarası önlenmesinde risk gruplarını saptanarak, riskli hastalara yönelik eylem planı hazırlanması ile sorunun oluşmasının önlenmesi ve çözümlenmesine katkı sağlamak için geliştirilen bası yarası risk değerlendirme ölçeklerinden biridir.

4. UYGULAMA

4.1. Servise yatan her hasta bası yarası riski açısından Braden Skalası kullanılarak değerlendirilir. Yapılan değerlendirme "Hemşirelik Hizmetleri Hasta Ön Değerlendirme Formu" na kaydedilir.

4.2. Braden Skalası'nda 18 puan ve altında kalan hastalar riskli kabul edilir ve hergün değerlendirilir. "Bası Ülseri Tanılama ve Risk Değerlendirme Formu"na kaydedilir.

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

4.4. 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.
- 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 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.

4.5. Bası yarası bakım uygulamaları:**1.Derece Bası Yarası;**

- Cilt bütünlüğü bozulmamıştır, ciltte kızarıklık, ağrı, hassasiyet vardır.
- 1.derece bası yarasının 2. dereceye dönüşmemesi için koruyucu tedbirler uygulanır.

2. Derece Bası Yarası;

- Dermisin içine yayılan yüzeysel ülserasyon ile birlikte ağrı ve hassasiyet vardır, enfeksiyon olabilir.
- 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.

3. ve 4. Derece Bası Yarası;

- 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.

5.Derece Bası Yarası;

- Eklemlere 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.

4.6. Bası yarası bakım uygulamalarında hastanın mahremiyeti korunur.**4.7. Bası yaralarında simit uygulanmaz.****4.8. Pozisyon değiştirme aralığı 4 saatten fazla olmamalıdır.****4.9. Hastanın cildin sürtünme ile tahriş olmasına izin verilmez, pozisyon verirken ara çarşafı kullanılır.****4.10. Yara yalnızca serum fizyolojik ile yıkanmalıdır.****4.11. Yara pansumanlarında asepti-antisepti kuralları uygulanır.****4.12. Gerekli durumlarda yara bakımı konusunda uzman kişilerden yardım alınabilir.****4.13. Basınç yarası gelişen hastalarda “Bası Ülseri Bildirim Formu” doldurularak kalite birimine ulaştırılır.**

Hastanemizde yatışı yapılan tüm hastalarda bası yarası gelişme oranı gösterge olarak takip edilmektedir.



BASI YARASI ÖNLEME VE BAKIM TALİMATI



Dokuman No: YBH.TL.02

Yayın Tarihi: 01.12.2009

Rev.No:02

Rev.Tarihi:08.02.2022

Sayfa No:3/3

4.14. Basınç yarası gelişme durumunda iyileştirici faaliyetleri planlanarak uygulanır.

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 Bası Ülseri Tanılama ve Risk Değerlendirme Formu

İND.FR.238 Bası Ülseri Bildirim Formu