



## ÖZEL VERSA HASTANESİ

### BASI YARASI ÖNLEME VE BAKIM TALİMATI



DOK.KODU:HB.TL.11

YAYIN TR:01.10.2016

REVİZYON NO:00

REVİZYON TARİHİ:00

SAYFA NO:1/4

**1.AMAÇ:** Uzun süre yatarak tedavi olan hastalarda oluşabilecek dekübit ülserlerinin ve bası yaralarının gelişimini önlemek, geliştiği takdirde yapılması gerekenleri belirtmektir.

**2. KAPSAM:** Hastanemizde yatarak tedavi gören tüm hastaları kapsar.

#### 3.SORUMLULAR:

- Hastanemizde çalışmakta olan tüm hemşireler,
- Hasta bakımında görev alan yardımcı personel.
- Birimlerden sorumlu hemşireler

Hasta ve çalışan güvenliği komitesi Enfeksiyon kontrol komitesi

#### 4.TANIMLAR:

**Bası Yarası:** Deri ve deri altı kemik bulunan bölgelerde aşırı ve uzun süreli bası sonucu dokularda iskemi ve ülserasyon oluşmasına **bası yarısı** veya **dekübit** denir. Bu yalnızca yatan hastalarda değil , oturan veya basıya maruz kalan her hastada ve her bölgede oluşmaktadır.

#### 5.UYGULAMA

**5.1.** Temel İlkeler Hastanın ilk değerlendirmesi sırasında 5 yaşından büyük hastalar ve yetişkin hastalar Braden Basınç Yarası Risk Tahmini Ölçeğine göre değerlendirilir. Bu form günlük hastanın genel durumuna göre doldurulur ve puanlaması yapılır. Dekübit açıldığında ise Braden Bası Yarası Risk Tahmin Ölçeği doldurulmaz ve dekübit takip formu doldurulmaya başlanır

- Riskli bölgeler basınç ve travmalardan korunmalıdır.
- Risk altındaki her hastanın pozisyonu hekim isteminde belirtilmedikçe iki saatte bir değiştirilmelidir.
- Hasta ve/veya ailesi önleme faaliyetlerine yönelik bilgilendirilmelidir.

#### 5.2.Değerlendirme ve Takip

Braden Basınç Yarası Risk Tahmini Ölçeğine göre bası yarası riski hemşire tarafından değerlendirilir. Bası yarasını önleme bakımı yapan hemşirenin sorumluluğundadır. Bası yarası ilk kez değerlendirildiğinde Bası yarası riskinin yüksek çıkması durumunda hastanın tedavisinden sorumlu sağlık ekibi **Bası Yarası Takip Formu** ile takip eder. Takip sonucunda oluşan kayıtlar hasta dosyasında muhafaza edilir.

#### 5.3.Bası Yarasının Klinik Sınıflandırması

**EVRE I:** Ciltte bütünlük bozulmamıştır, kızarıklık aşamasındadır. Kızarıklık basınç kalktıktan sonrada 30 dakikadan fazla kalır, ciltte ısrarlı renk bozukluğu vardır. (İnflamasyon)

**EVRE II:** Bu aşama da epidermis, dermis veya ikisini de kapsayacak şekilde kısmi cilt kaybı vardır. Ülser yüzeyseldir ve klinik olarak abrazyon, kabarcık, ve derin olmayan krater gibidir.

**EVRE III:** Cildin tüm katmanlarında tam kayıp vardır, dokularda şiddetli yıkım vardır, adale, kemik, tendon, ve eklem kapsülleri zarar görmüştür. Derin bir krater görünümündedir. Bu aşamada nekrotik dokular, sinus tract oluşumu, eksuda ve enfeksiyon vardır. Yara yatağı genellikle ağrısızdır.

**EVRE IV:** Cildin tüm katmanlarında tam kayıp vardır, dokularda şiddetli yıkım adale, kemik, tendon, ve eklem kapsülleri zarar görmüştür. Derin bir krater görünümündedir. Bu aşamada nekrotik dokular, eksuda ve enfeksiyon vardır. Yara yatağı genellikle ağrısızdır.

**EVRE V:** Tünelleşmiş Evre IV bası ülseri mevcuttur. Riskli hastaların kişiye özel tedavi planlarının (koruyucu tedbirler dahil) 24 saat içinde yapılması gerekir; Çünkü, bası ülserlerinin çoğu 24-48 saat içinde gelişmektedir.



### 5.5. Bası Yarası Riski Olan Hastalar

- Hiper tansiyon ve ilerlemiş diyabet
- Aşırı obez ve kaşektik hastalar
- 75 yaş ve üstü hastalar
- Yetersiz O2 beslenmesi(KOAH)olanlar
- Herhangi bir travma sonucu politravmalı hastalar
- CVA olan hastalar
- Hareketi kısıtlı olan yatalak hastalar(idrar ve gaita inkontinansı)
- Beslenme bozukluğu olan hastalar
- Hipoproteinnemisi olan hastalar
- Metabolizma bozukluğu elektrolit dengesizliği(herhangi bir organ yetmezliği)olan hastalar

### 5.6.Bası Ülserinin Değerlendirmesi:

- a) a-Yeri,derinliği
- b) b-Ebatı
- c) c-Evresi
- d) d-Durumu
- e) e-Kokusu
- f) f-Eksudanın miktar ve tipi
- g) g-Civardaki dokuları değerlendirmek gerekir.

Bası yarasının en ucuz ve kolay tedavi şekli bası yarasını önlemektir. Etkin önleme programının gerekli elemanları :

1. Uygun bir tıbbi bakım
2. İyi bir hemşirelik bakımı

### 5.7.UYGUN TIBBİ BAKIM

- Malnutrisyonun önlenmesi
- Anemi tedavisi
- Spastisitetedavisi(Döndürme-çevirme)
- Ödem
- Psikolojik

### 5.8. HEMŞİRELİK BAKIMI VE EĞİTİMİ

1. Basınç bölgelerinin tanınması
2. Braden Basınç Yarası Risk Tahmini Ölçeği uygulanması
3. Riskli hastaların belirlenmesi
4. Cilt bakımının sağlanması
5. Hastaya uygun pozisyon verilmesi
6. Hava dolaşımı yatakların kullanılması
7. Beslenmenin düzenlenmesi
8. Hasta ve hasta yakınlarının bilgilendirilmesi
9. Kayıt tutulması

#### 5.8.1. Basınç bölgelerinin tanınması

Basıya uğrayan her yerde gelişebilmekle birlikte, bası yaralarının en sık gözlendiği bölgeler sakrum,topuklar, İskium ve trokanterlerdir. Daha az sıklıkla dirsekler, skapulanın üzeri, oksipital bölge, omuzlar ve dizlerde de gözlenebilir. 1994 yılında 6047 bası yaralı hastanın değerlendirilmesi sonucunda bası yarası açılma sıklığı sakrum üzerinde %36 , topuklarda %30 ,iskium üzerinde %6 ,trokanterler üzerinde %6 olarak belirlenmiştir.



		Fiziksel Durum	Mental Durum	Aktivite	Mobilite	İnkontinans	
		İyi 4 Orta 3	Açık 4 Apuik 3	Yürüyor 4 Yardımla yürüyor 3	Tam 4 Hafif kısıtlı 3	Yok 4 Bazen 3	
Adı	Tarih	Zayıf 2 Çok kötü 1	Konfüze 2 Stupor 1	Sandalyeye bağımlı 2 Stupor 1	Çok kısıtlı 2 İmmobil 1	Genellikle/ idrar 2 İdrar ve gaita 1	Total skor

**\*Braden Basınç Yarısı Risk Tahmini Ölçeğinde 12 den düşük puan alanlar risk altında kabul edilir ve 12 den düşük puan alan hastalar bası yarısı yönünden her gün takip edilir.**

### 5.8.3.Cilt bakımının sağlanması

- Cildin izlenmesi ve değerlendirilmesi; Renk, yanık, kabarcık, şişlik, sivilce, morluk çürüme, kesik kontrol edilmelidir. Hastanın cildi her gün hiperemi açısından gözlemlenmelidir.
- Haftada en az 2 kere banyo yapılmalı ve su sıcaklığı kontrol edilerek tahriş etmeyen, yumuşak sabunlar kullanılıp, banyo sonrası nemlendirici krem kullanılmalıdır.
- Ayak ve tırnak bakımı günlük yapılmalıdır.
- İnkontinans sonrasında perine temizliği hemen yapılmalı cilt kesinlikle nemli ve ıslak bırakılmamalıdır.
- Pamuklu, hava geçirgen, emici giysiler tercih edilmeli,
- Naylon, sentetik gibi çabuk tutuşabilen kumaşlardan uzak durulmalı, dar giysilerden kaçınılmalı, fermuarlı ve düğmeli giysilere dikkat edilmelidir.
- Protez-ortez ve ayakkabı kullanımından sonra cilt mutlaka kontrol edilmelidir.
- Yer değiştirirken hastanın kendini kaydırmaması sağlanır.
- Kirli ve ıslak iç çamaşırlarını değiştirilmesi sağlanır.
- Kıyafetlerinin hastaya tam uyması kontrol edilir, küçük gelip sıkılaşmasına dikkat edilir
- Gövdesinin tekerlekli iskemleye ve cihazlara tam uymasına dikkat edilir.
- Oturduğu yerlere bir yastık yada oturma minderi kullanılır.
- Oluşabilecek yanıklardan kaçınılır.
- Yaranın temizlenmesi;  
- Temiz Yarada; Serum fizyolojik,Distile su, -  
Enfeksiyon ve Nekrotik Doku Varsa;  
Enfeksiyon : antiseptik( povidon iodine), okside edici (hidrojen peroksit vb. ) .  
Nekrotik yara : enzimler.

### • Pansumanın uygulanması;

Uygulanan Pansuman; Nemli ortamı sağlayan, yeterli perfüzyonu ve beslenmeyi sürdüren, kontaminasyonu engelleyen, dış etkenlerden koruyan özellikte olmalıdır.

- Malzemeleri hazırlayınız. (pansuman seti, baticon, izotonik, enjektör, steril sanç, pomad, steril eldiven, plaster, steril ped)
- Hastaya işlemi anlatınız.
- Ellerinizi yıkayınız steril eldiven giyiniz sterilizeye dikkat ediniz.
- Yarayı izotonikle yıkayınız.
- Islak kalmaması için steril spançla kurulayınız.
- Yarayı içten dışa doğru baticonla siliniz. Steril spançla kurulayınız.
- Doktor istemine göre pomad sürünüz.
- Yarayı pedle kapatarak ( doktor istemine göre açıkta kalabilir) işlemi sonlandırınız.
- Yara bası altında kalmayacak şekilde yara bölgesine pozisyon veriniz.
- Malzemeleri kaldırınız. Atıkları tıbbi atık çöpüne atınız.
- Ellerinizi yıkayınız işlemi kayıtlı ediniz.



DOK.KODU:HB.TL.11

YAYIN TR:01.10.2016

REVİZYON NO:00

REVİZYON TARİHİ:00

SAYFA NO:4/4

#### 5.8.4. Hastaya uygun pozisyon verilmesi

##### POZİSYON VERİRKEN;

- Yatan hastaların pozisyonu 2 saatte bir değiştirilmelidir.
- Döndürürken Hasta yuvarlanır, sürüklenip çekilmez (makaslama kuvvetleri)
- Uyuma esnasında yüzüstü pozisyon tercih edilmelidir.
- Pozisyon verirken basıncın abdomen, sırt ve ekstremitelere eşit dağılımı sağlanmalı; • Ara çarşaf kullanılmalıdır.
- Simit şeklinde minderler (kan akımını azaltacağından) tercih edilmez.
- Renk değişikliği veya kızarıklık 30 dk. dan fazla devam ediyorsa, normal rengine dönünceye kadar basıdan uzak tutulmalıdır.

##### ÇEVİRME-POZİSYON VERME



- Dikkatlice değerlendirilmelidir! Yatak çarşafları düzgün, kuru, temiz ve kırışksız olmalıdır.
- Çarşaflar, yatağın özelliğini kaybetmeyeceği gerginlikte olmalıdır. Her sabah;
  - çarşaflardaki kırışıklık,
  - yabancı bir objenin cilt yapısında ve renginde bir değişikliğe neden olup olmadığı

#### 5.8.5.Hava dolaşımı yataklarının kullanılması

- Evre I ve II bası yaralarının engellenmesi konservatif yöntemlerle mümkündür.
- Bunun için; yatak ve tekerlekli sandalye destek yüzeylerinin uygun kullanımı gereklidir.

##### İdeal destek düzeyi

- 1.Dokudaki bası dağılımını kontrol etmeli
- 2.Kemik yüzeylerin altındaki basıyı en aza indirmeli
- 3.Sürtünme ve makaslama kuvvetlerini asgariye indirmeli
- 4.Transferlere engel olmamalı, hareketleri sınırlamamalı
- 5.Hemşirelik ve bakım hizmetlerini engellememeli
- 6.Dokudaki sıcaklığı kontrol etmeli, havalanma sağlamalı
- 7.. Cilt yüzeyinde nemi kontrol etmeli
- 8.Hafif olmalı
- 9.Dayanıklı olmalı
10. Kolay temizlenebilir ve muhafaza edilebilir olmalı
11. Maliyeti makul olmalı

#### 5.8.6.Beslenmenin düzenlenmesi

Hastanın ilk değerlendirilmesi yapıp basıya karşı önlemler alındıktan sonra hekim ve diyetisyen önerisi doğrultusunda beslenme durumu düzenlenir.

#### 5.8.7. Hasta ve hasta yakınlarının bilgilendirilmesi

Hastaya basınç bölgeleri, pozisyon uygulama, cilt bakımı, yara bakımı ve beslenme düzenlenmesi hakkında bilgi verilir.

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
BAŞHEMŞİRE	KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ	BAŞHEKİM