



Özel EKOL HASTANESİ
BASINÇ YARALARININ ÖNLENMESİ VE BAKIMI
TALİMATI



1. AMAÇ:

Bası yaralarının önlenmesi ve bası yarası geliştiği durumlarda bakım ve tedavisinin sağlanması konusunda prensipleri belirlemektir.

2. KAPSAM:

Bu talimat bası yarası bölgelerinin tanınması, bası yarası takibi ve bakımı ve bu faaliyetlerle bağlantılı tüm faaliyetleri kapsamaktadır.

3. SORUMLULAR:

Bu talimatın uygulanmasından yatan hasta bakımında görevli tüm personel, kontrolünden Yara Bakım Hemşiresi, Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi ve Tedavi ve Bakım Hizmetleri Müdürü sorumludur.

4. TANIMLAR:

4.1. Basınç Ülseri; Tek başına basınç ya da yırtılmanın sebep olduğu genellikle kemik çıkıntıları üzerinde gelişen lokalize, deri ve/veya deri altı doku hasarıdır.

4.2. Braden Risk Değerlendirme Ölçeği; Hastaların bası yarası gelişme riskini ölçeklendiren skaladır. Nem, aktivite, hareket, beslenme, sürtünme, duygusal algılama olmak üzere altı alt boyut içermektedir.

4.3. NPUAP; Ulusal basınç ülseri klavuzu

5. FAALİYET:

5.1. Risk DEĞERLENDİRME

- Servise yatan her hastanın **bası yarası risk değerlendirmesi** Braden Basınç Yarası Risk Tanılama Ölçeği kullanılarak yapılmaktadır.

5.2. Braden Bası Yarası Risk Tanılama Ölçeği

BRADEN BASINÇ YARASI RİSK TANILAMA ÖLÇEĞİ				
	1	2	3	4
DUYGUSAL ALGILAMA	Tamamen Sınırlı	Çok Sınırlı	Hafif Sınırlı	Normal
NEM (Vücut Temizliği)	Sürekli Nemli	Çok Nemli	Ara sıra Nemli	Nadiren Nemli
AKTİVİTE	Yatağa Bağımlı	Sandalyeye Bağımlı	Ara sıra Yürüyor	Sık sık Yürüyor
HAREKETLİLİK	Tamamen Hareketsiz	Çok Sınırlı	Hafif Sınırlı	Sınırlama Yok
BESLENME	Kaşektik	Kısmen Yeterli	Yeterli	Çok İyi
SÜRTÜNME ve YIRILMA	Problem	Potansiyel Problem	Problem Yok	
BASINÇ YARASI DERECELENDİRMESİ			Tanılama Toplam Puanı:	
Risk Düzeyi	Toplam Puan	Yapılacak İşlem		
Çok Riskli	12 ve altı	Basınç yarası hem. bakım formu ile bakıma başlanır. 8 saat ara ile cilt bütünlüğü kontrol edilir.		
Riskli	13-14 puan	Basınç yarası hem. bakım formu ile bakıma başlanır. 12 saat ara ile cilt bütünlüğü kontrol edilir.		
Az Riskli	15-16 puan	Basınç yarası hem. bakım formu ile bakıma başlanır. 24 saat ara ile cilt bütünlüğü kontrol edilir.		
Risksiz	17 ve üzeri puan	24 saat ara ile cilt bütünlüğü kontrol edilir.		

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HB.TL.07	07.03.2022	02	02.01.2023	1 / 6



Özel EKOL HASTANESİ
BASINÇ YARALARININ ÖNLENMESİ VE BAKIMI
TALİMATI



- Toplam puanı 12 ve altı olan hastalar **çok riskli** kabul edilir ve “**Bası Yarası Önleme ve Hemşirelik Bakım Formu**” ile bakıma başlanır. En çok 8 saat ara ile Braden Ölçeği ile yeniden değerlendirilir.
- Toplam puanı 13-14 olan hastalar **riskli** kabul edilir ve “**Bası Yarası Önleme ve Hemşirelik Bakım Formu**” ile bakıma başlanır. En çok 12 saat ara ile Braden Ölçeği ile yeniden değerlendirilir.
- Toplam puanı 15-16 olan hastalar **az riskli** kabul edilir ve “**Bası Yarası Önleme ve Hemşirelik Bakım Formu**” ile bakıma başlanır. En çok 24 saat ara ile Braden Ölçeği ile yeniden değerlendirilmelidir.
- Puanı 17 ve üzeri olan hastalar **risksiz** kabul edilir ve en çok 24 saat ara ile cilt bütünlüğü kontrolü yapılmalıdır.
- Risksiz hastaların cilt bütünlüğü basınç noktaları üzerinden günlük olarak takip edilerek “**Hemşirelik Süreci Hasta Takip ve Tedavi Formu**”na kayıt edilir ve shiftler arası devri yapılmalıdır.
- Hastanemiz de yara bakım hemşiresi günlük vizitler yaparak risk grubu hastalarını takip eder. Önleyici bakım ilkelerini belirler. Bası yarası gelişen hastaların tedavi ve bakımını yara bakım hekimi ve ilgili bölüm hemşiresi ile uygular, takip eder. BKNZ. “**Yara Bakım Hemşiresi Görev Tanımı**”

5.3. Bası Yarası Oluşmasında Risk Faktörleri;

- Uzun süreli Yatağa Bağımlılık, Diabetik Nöropati, Parapleji, Tetrapleji, Hemipleji, Multipl skleroz, Obesite, Anoreksiya , yetersiz beslenme, Yaş (Yenidoğan ve 65yaş üstü olmak, Sepsis, Büyük Ameliyat, Travma, Anoreksiya, SVO, Periferik Vasküler Hastalık , Steroid Kullanımı, Hipertermi, Hipotermi, olarak değerlendirilmelidir.
- **Sıkala ile tanımlanan ve yüksek riskli bulunan hastalarda yatak yarası oluşabilecek basınç bölgeleri tespit edilir.**
- **Bası Yarası Bölgeleri:** İliacspines, Patella, Humerus, Fibula Başı, Skapula, Sacrum, Oksipital (baş), Meme,Vertebra, İsciium, Lateral Maleolus.
- **Riskli hastaların bakımında bası yarasını önlemek için aşağıdaki girişimler belirli periyotlarla yapılır.**
 - Masaj
 - Anti-dekibüt yatak
 - Cilt koruyucu bariyer krem
 - Pozisyon-Mobilize
 - Hijyen ortamının oluşturulması
 - Beslenme desteği
 - Uyku ve dinlenme ortamının oluşturulması

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>HB.TL.07</i>	<i>07.03.2022</i>	<i>02</i>	<i>02.01.2023</i>	<i>2 / 6</i>



Özel EKOL HASTANESİ
BASINÇ YARALARININ ÖNLENMESİ VE BAKIMI
TALİMATI



5.4. BASI YARASININ ÖNLENMESİNDE TEMEL İLKELER

- Braden skalası 12 ve altı ise çok riskli kabul edilip 8 saat ara ile cilt bütünlüğü (basınç noktaları) takip edilmelidir. Braden 13-14 puan altı ise riskli kabul edilip 12 saat ara cilt bütünlüğü (basınç noktaları) ile takip edilmelidir. Braden 15-16 puan altı ise düşük riskli kabul edilip 24 saat ara ile cilt bütünlüğü (basınç noktaları) takip edilmelidir,
- Tüm bakım ve kontroller öncesinde “El Hijyeni Ve Gereksinimini Talimatı”na göre el hijyeni sağlanmalıdır,
- Yara bakımında asepsi, antisepsi kuralları uygulanmalıdır,
- Her pozisyon değişiminde riskli bölgeler hiperemi, lokal ısı artışı, iritasyon, masersyon 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 2 saatte bir pozisyon değiştirilir,
- Daima cildin kuru ve temiz olması sağlanır,
- Banyo ve bakımlardan sonra cilde nemlendirici uygulanmalıdır,
- Hastanın hijyenik bakımı PH 5,5 Temizleyicilerle ve ılık su ile uygulanmalıdır,
- 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 makaslama ve sürtünme engellenmelidir. Ara çarşaf kullanılmalıdır.
- Pozisyon verirken basıncın abdomen, sırt, ekstremitelere eşit dağılımı sağlanır,
- Tıbbi bir kontrendikasyonu yoksa, günlük 2500cc sıvı alımı sağlanır,
- 24 saatlik aldığı-çıkardığı takibi yapılır, “Hemşire Takip ve Tedavi Formu”na kaydedilir.
- Hastada kullanılan tüm kataterler basıncı ve tespit durumu kontrol edilmelidir.
- Hastanın diyeti diyetisyen tarafından düzenlenir.
- Hasta ve hasta yakınlarına bası yarasının önemi, korunma yöntemleri ve yapılan işlemler hakkında bilgilendirme yapılır.
- Bası yarası bakım uygulamalarında hastanın mahremiyeti korunmalıdır.

5.4.1. Bası Yarasının Tanılaması

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>HB.TL.07</i>	<i>07.03.2022</i>	<i>02</i>	<i>02.01.2023</i>	<i>3 / 6</i>



Özel EKOL HASTANESİ
BASINÇ YARALARININ ÖNLENMESİ VE BAKIMI
TALİMATI



- **1. Evre:** Deri yüzeyinde basma ile solmayan eritem, kızarıklık,
- **2. Evre:** Epidermis ve dermiste cilt kaybı, aprasyon, bül ve kraterler
- **3. Evre:** Bası sahasında deri altı yağ dokusu, kas veya kemiğe kadar ilerleyen ülserasyon
- **4. Evre:** Kemik, eklem veya vücut boşluklarına kadar ilerleyen derin ülser
- **5. Evre:** Sınırlandırılmayan evre eklemlere kadar ya da vücut boşluklarına yayılmış geniş ülserasyon, enfeksiyon, koku ve akıntı vardır.

Bası Yaralarının Takibi ve Bakımı: Hastaneye yatışta veya sonrasında gelişen yaralar günlük cilt kontrolü ile tespit edilir ve yara bakım hemşiresine bildirmelidir. Yara bakım hemşiresi “**Bası Yarası İyileşme Değerlendirme Ölçeği (PUSH)**” göre evrenin tanınmasını yapar ve bakım sürecini başlatmalıdır.

Bası Yarasının Hemşirelik Bakımı Planlanması:

- **Evre I ;** bası yaraları önleyici bakım ilkelerine ek olarak pozisyon değişimi, masaj, nemlendirici bariyer kullanımı, anti-dekibüt yatak kullanımı girişimleri ile bakım planlanır “**Bası Yarası Önleme Ve Hemşirelik Bakım Formu**” ile kayıt altına alınmalıdır.
- **Evre II ve Üzeri Bası Yaraları;** yara bakım ekibi, **Evre I** bakım ilkelerine ek olarak ıslak-kuru pansuman, sistemik antibiyotik, debrütman gibi hemşirelik bakım palında belirtilen ilkeleri planlamalıdır. Evre II ve üzeri bası yaraları “**Bası Yarası Hasta Bakım Planı**” ile günlük olarak kayıt altına alınmalı ve değerlendirilmelidir.

5.5. Bası Yaralarının Bakım ve Tedavi İlkeleri

- **1. Evre Bası Yaralarının Tedavi İlkeleri bölge hiperemik cilt bozulmamış ağrı, hassasiyet vardır.**
- Bası yarasının bulunduğu bölge dikkate alınarak uygun pozisyon verilir ve her 2 saatte bir değiştirilir.
- Yara üzerindeki basınç kaldırılarak lokal yara bakımı uygulanmalıdır.
- Koruyucu yaklaşımla ve basit topikal tedavi ile düzeltilebilir.
- Olası enfeksiyöz etkenleri ortadan kaldırmak için ciddi bir topikal tedavi ile yara kontraksiyonu hızlanır ve enfeksiyon riski azalmış olur.

5.6. 2. Evre Bası Yaralarının Bakım ve Tedavi İlkeleri

- Agresif topikal tedavi gerektirir.
- Altı - sekiz saatte bir serum fizyolojikle yapılan ıslak pansumanlar tercih edilmelidir.
- Enfekte yaralarda gazlı bezin germisidal bir ajanla uygulanması önerilebilir.
- Ayrıca çeşitli örtüler, kalsiyum alginatlar, köpükler, hidrojenler, hidrokolloidler, transparan filmler, elektrik stimülasyonları ve büyüme faktörlerinden yararlanılabilir.

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>HB.TL.07</i>	<i>07.03.2022</i>	<i>02</i>	<i>02.01.2023</i>	<i>4 / 6</i>



Özel EKOL HASTANESİ
BASINÇ YARALARININ ÖNLENMESİ VE BAKIMI
TALİMATI



5.7. 3. ve 4. Evre Bası Yaralarının Bakım ve Tedavi İlkeleri

- Yara temizliği ve nekrotik dokunun debridmanı önemlidir.
- Çok derin yaralarda osteotomi, yara kültürü ve osteomyelit mevcutsa kemik doku kültürü ve iki - altı hafta sistemik antibiyotik tedavisi yapılmalıdır.
- Yarada nekroz yoksa yeterli bakım sağlandıktan sonra deri greftleri veya çeşitli flepler uygulanabilir.
- 4. Evrede fasiokütanöz flepler, mikrovasküler doku transferi özel koşullarda yapılabilir.
- Postoperatif olarak yara sahası iki gün mutlaka nemli tutulmalıdır.
- Drenler iki hafta muhafaza edilmelidir ve bu süre içinde idrar-gaita inkontinansı açısından dikkat edilmelidir.
- Sistemik antibiyotik tedavisi preoperatif devrede başlayıp postoperatif devreye kadar devam etmelidir.
- Erken postoperatif dönemde antispazmotikler kanama ve hematom riskini azaltmaktadır.
- Bakteriyel enfeksiyonun geliştiğini klinik olarak saptamak mümkündür. Eğer yara çevresinde kızarıklık, pürülan akıntı, kötü koku ve ödem oluşmuşsa şüphelenmek gerekmektedir.
- Antibiyotik seçimi yaranın durumuna göre yapılmalıdır. Önce yaradan kültür antibiyogram mutlaka yapılmalıdır. Genel olarak, stafilokoklar, streptokoklar, *Escherichia coli*, *Proteus*'lar, *Pseudomonas aeruginosa* 'lar sıklıkla üremektedir.
- Bası yarası enfeksiyonunda tanılama sürecinde sürüntü kültürü, iğne aspirasyonu, doku veya kemik biyopsi kültürü, kan kültürü kullanılmalıdır.

5.8. Sistemik Tedavi İlkeleri

- Beslenme, anemi, spazm ve kontraktürlerin önlenmesi ve komplikasyonlara (osteomyelit, sepsis...) yönelik bakım yapılmalıdır.

5.9. Konservatif Tedavi İlkeleri

- Bası yaralarının cerrahi olmayan tedavisi temiz yara oluşturması ve cerrahi tedaviye hazırlık olarak hastanın genel durumunun iyileştirilmesi esasına dayanmaktadır.
- Buradaki genel prensip, mümkün olduğu kadar noktasal basınçları azaltmak, düzenli olarak 30 derece açı ile hastayı döndürmek, yumuşak veya havalı-sulu yastıklar kullanmak, özel kaldırma ve çevirme tekniklerini uygulamak, sistemik faktörleri ortadan kaldırmak, gaita-idrar inkontinansını düzenlemek veya programlandırmak ve enfeksiyonla mücadele etmektir.

5.10. Lokal Yara Bakımı

- Yoğun bakım ve klinik hastalarında yatak başında, nekrotik doku debride edilmektedir.
- Debridman sırasında baskının durduramayacağı kanamaya neden vermemek gerekmektedir.
- Sekiz saatte bir hemşire yarayı cerrahi sabun ile yıkayıp durulmalıdır.

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>HB.TL.07</i>	<i>07.03.2022</i>	<i>02</i>	<i>02.01.2023</i>	<i>5 / 6</i>



Özel EKOL HASTANESİ
BASINÇ YARALARININ ÖNLENMESİ VE BAKIMI
TALİMATI



- Serum fizyolojik ile nemlendirilmiş rulo bezle destek verilmeli, rulo bez dört saatte bir nemlendirilmeli ve sekiz saat sonra değiştirilmelidir.
- Bu rulo bez üzerine kapama veya pansuman konmamalıdır (ıslak-kuru pansuman).
- Rulo bez çıkarılırken ölü doku da bu şekilde uzaklaştırılmış olur.
- Yedi - on gün içinde granülasyon dokusu oluşabilir.
- Çinko oksit, gliserin ve hidrojen peroksit karışımı emdirilmiş rulo bez yaraya uygulanmalı ve günde iki kez değiştirilmelidir.

5.11. BASI YARASI İYİLEŞME DEĞERLENDİRME; Bası yarası bakım ve tedavisi “**Bası Yarası Önleme Ve Hemşirelik Bakım Formu**” aracılığıyla kayıt altına alınmalıdır. Yara bakım hemşiresi tarafında da günlük ve haftalık vizitlerle bası yarasının iyileşme süreci “**Bası Yarası İyileşme Değerlendirme Hasta Takip Formu**” aracılığıyla takip edilmektedir.

- Zaman içinde ölçülen toplam puanların karşılaştırılması ile bası yarısındaki iyileşme veya kötüleşme değerlendirilir ve duruma uygun bakım planı oluşturulmalıdır.
- Hastalardan elde edilen veriler düzenli olarak Hekim, Hemşire, Yara Bakım Hemşiresi, Bölüm sorumluları tarafından oluşan **Yara Bakım Ekibi** tarafından takibi yapılmalıdır.

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Kalite & Akreditasyon Sorumlusu Kardelen ASMA	Kalite Koordinatörü Yesim İNCİ	Kalite Yönetim Direktörü Prof. Dr. Tuncay ÇAĞLAR

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HB.TL.07	07.03.2022	02	02.01.2023	6 / 6