



Özel EKOL HASTANESİ
BASI YARASI ÖNLEME VE BAKIMI
PROSEDÜRÜ



1. AMAÇ:

Bu prosedürün amacı, bozulmuş doku bütünlüğünün yeniden oluşturulmasını, enfeksiyonlardan korunmasını, yaranın iyileşmesini engelleyen sebepleri bulmayı, mümkün oldukça bu sebepleri ortadan kaldırmayı ve yaranın iyileşebilmesi için uygun ortamı sağlamaktır.

2. KAPSAM:

Bu prosedür yara iyileştirme faaliyetlerini kapsar.

3. SORUMLULAR:

Bu prosedürün uygulanmasından tüm branş doktor ve hemşireleri, denetiminden ise Enfeksiyon Kontrol Komitesi sorumludur.

4. TANIMLAR:

- 4.1. **Cilt (deri):** Vücudumuzu dış etkenlere karşı koruyan, ısı yalıtımını sağlayan en geniş organdır.
- 4.2. **Yara:** Derimizde oluşan her türlü hasara denir.
- 4.3. **Basınç Yarası:** Dokuların uzun süreli basınç altında kalmasına bağlı olarak gelişen ve daha çok vücudun kemik çıkıntılarının üzerinde gözlenen iskemik doku kaybı ve hücre ölümüdür.
- 4.4. **Debridman:** Ölü, çürümüş dokuların uzaklaştırılması, normal yara iyileştirme sürecinin kolaylaştırılmasıdır.
- 4.5. **Yara Örtüsü:** Yarayı enfeksiyona karşı korumak, kan ve yara sıvısını emmek, yara iyileşmesini sağlamak, yara üzerine ilaç tedavisi uygulamak için yaraları örtmek amacıyla kullanılan ürünlerdir.

5. FAALİYET:

5.1. Temel İlkeler

- 5.1.1. Bası yarası önleme, bakım veren hemşire ve bakım elemanının sorumluluğundadır.
- 5.1.2. Hastalar, “**Hemşirelik Süreci Hasta Ön Değerlendirme Ve Tanılama Formu**” kullanılarak bası yarası yönünden değerlendirilir. Tüm hastalar riskli kabul edilir.
- 5.1.3. Hizmete kabul edilen her hasta bası yarası yönünden gözlemlenir. Bası yarası varsa resmi çekilir ve hasta değerlendirme formuna kaydedilir. BKNZ.” **Bası Yarası Önleme ve Hemşirelik Bakım Formu**”
- 5.1.4. Her 24 saatte bir, hasta tekrar bası yarası yönünden değerlendirilir.
- 5.1.5. Yatağa ya da tekerlekli sandalyeye bağımlı hastalar yüksek riskli olarak kabul edilir. Bu hastalarda havalı yatak kullanılır.
- 5.1.6. Yara tespit edildiğinde resmi çekilerek yara bakım hemşiresine bilgi verilir ve “**Bası Yarası İyileşme Değerlendirme Hasta Takip Formu**” ile takip edilir. Bu formda istenilen bilgiler eksiksiz doldurulur. Her hafta başına denk gelen ilk pansuman gününde yeniden resim çekilerek yönetici hemşireye gönderilir. Böylece yaranın durumu görsel olarak takip edilir.
- 5.1.7. Yara pansumanında sıklık, malzeme değişikliği veya diğer konularda bir değişiklik olması durumunda, bu değişiklik kayıt altına alınır. Bu şekilde pansumanların doğru şekilde yapılması sağlanır.

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>HB.PR.17</i>	<i>15.02.2023</i>	<i>00</i>	<i>-</i>	<i>1 / 9</i>



Özel EKOL HASTANESİ

BASI YARASI ÖNLEME VE BAKIMI PROSEDÜRÜ



5.1.8. Yara iyileştiğinde resmi çekilir ve yara bakım hemşiresi bilgilendirilir Formda yaranın iyileştiği belirtilip hasta dosyasına kaldırılır.

5.1.9. İyileşmiş yaralar da her 24 saatte bir gözlemlenerek yeniden oluşmaması için temel önlemler uygulanır.

5.1.10. Cilt bakımında alkali olmayan pH 5,5 sabunlar kullanılır.

5.1.11. Cilt bakımında talk pudrası kullanılmaz.

5.1.12. Hassas / kuru cilt üzerine doğrudan masaj yapılmaz, yumuşatıcı hafif yağlı kremler kullanılabilir.

5.1.13. Hasta ve yakınları uygun şekilde bilgilendirilerek uygulamaların tüm aşamalarına katılımı sağlanır.

5.1.14. Yatalak hastanın iki saatte bir pozisyonu değiştirilir (Havalı yatak olsa bile).

5.2. Basınç Yaraları (Dekübitüs Ülserleri)

5.2.1. Basınç Yaralarının Nedenleri

- Vücudun belli bir bölgesinin, uzun süreli basınca maruz kalmasıyla birlikte oradaki kapiller dolaşım bozulmaya başlar ve bölgeye gelen kan miktarı azalır.
- Duyu bozukluğu olanlarda veya yatağa bağımlı 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 bası yarası ortaya çıkar.
- Bası yarası oluşumunda en etkili faktör deriye aşırı bası uygulanmasıdır. Basının hem şiddeti, hem de süresi önemlidir.
- Deri basısı, kapillerin arteriyel ucundaki basıncın yaklaşık iki katı kadar (70mmHg) şiddette ve 2-6 saat sürerse iskemi, 6 saatten fazla sürerse deride ülserasyon oluşturur.

5.2.2. Basınç Yarası Oluşumunda Risk Faktörleri

Hastaya Ait Faktörler

- **Yaş:** Yaşın ilerlemesi ile birlikte ortaya çıkan bazı değişiklikler bası yaralarının gelişmesinde rol oynar. Deri perfüzyonu ve deri turgorunda bozulma, kollajen rejenerasyonu, serum albumin düzeyi ve immün cevapta azalma, zayıflık, doku kaybı, epidermis ve dermis arasındaki bağlantının zayıflaması ve mental durumun bozulması yaşlılarda bası yaralarının gelişmesinde rol oynayan faktörlerdir.
- **Yetersiz Beslenme:** Yetersiz beslenen hastalarda çoğu zaman ciddi kas atrofisi meydana gelir. Hastaların subkutan dokularında azalmaya bağlı deri ve alttaki kemik arasında dolgu işlevi yapacak doku miktarı azalmıştır. Sonuçta basıncın etkileri bu tür dokular üzerinde daha fazla olur. Albumin ve total protein düzeyindeki düşüklük ödem ve dokulara giden oksijen düzeyinin azalmasına neden olur. Bu durum yara iyileşmesini güçleştirir.
- **Anemi:** Anemili hastalar, bası yarası oluşma riski taşırlar. Hemoglobun düzeyinin azalması oksijen taşıma kapasitesini ve dokulara giden oksijen miktarını azaltır. Bu nedenle basınç altında kalan dokuların nekrozu daha kolay olur.
- **Obezite:** Obezite, bası yarası gelişimini hızlandırabilir. Orta ve ciddi düzeydeki obezite de yağ dokusu kötü bir şekilde damarlanmıştır, yağ dokusu ve alttaki dokular iskemik yaralanmaya karşı daha duyarlıdır.

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HB.PR.17	15.02.2023	00	-	2 / 9



Özel EKOL HASTANESİ

BASI YARASI ÖNLEME VE BAKIMI PROSEDÜRÜ



- **Ödem:** Hücreler arası alanda interstisyel sıvının artması sonucu kapiller dolaşım ile hücreler arasında oksijen, besin ve atık ürünlerin hücresel değişimi engellediğinden dokunun yapısı etkilenir ve doku yaralanması kolaylaşır.
- **Enfeksiyon:** Enfeksiyon ve ateş, hipoksik olan dokuların metabolik gereksinimlerini daha da arttırarak iskemik yaralanmaya karşı daha duyarlı hale getirir.
- **Arterioskleroz:** Arter duvarının orta katmanının esnekliğini yitirmesi ve aterom plaklarının damarlarının iç katmanını tıkamasıyla oluşur. Arterioskleroz olan bölgenin kanlanması bu tıkanma nedeniyle azalır. Kanlanmanın azalması bu bölgeye gerekli besin maddelerinin ve oksijenin sağlanması ile artık ürünlerin bu bölgeden uzaklaştırılmasını engeller.
- **Dolaşım Bozukluğu:** Azalmış dolaşım ile birlikte, doku hipoksik ve iskemik hasara karşı daha duyarlı hale gelir.
- **Nörolojik Hastalıklar:** Hareket kısıtlılığına yol açan, dokulara kan ve oksijen taşınmasını etkileyen hastalıklar bası yaralarının gelişmesinde rol oynar. Örneğin; yatağa ya da tekerlekli sandalyeye bağımlı olan, kalça kırığı gelişen ve diyabetik kişilerde bası yarası gelişme riski yüksektir.
- **İlaçlar:** Bazı ilaçlar bası yaralarının gelişmesine yatkınlığı arttırabilir. Trankilizanlar ve sedatifler, bireyin duyu ve hareket yeteneğini azaltabilir. Steroidler ise protein sentezi, fibroblast ve epiteliyal proliferasyon oranlarını azaltır, böylece dokuların normal yapısını bozar.
- **Diğer faktörler:** Sigara içme, kuru cilt, kan viskozitesinin artması ve kan basıncının azalması bası yaralarının gelişmesinde rol oynayan diğer faktörlerdir.

Çevresel Faktörler

- **Sürtünme ve Ayrılma:** Sürtünme tek başına sadece epidermis ve dermisen üst tabakasında zedelenmeye yol açar. Ancak sürtünme yerçekiminin etkisi ile birleştiğinde bir makaslama etkisi yaratarak derin dokularda ayrılmalara neden olur.
- **Alçı, traksiyon ve ortotik araçlar:** Alçılar ve traksiyon, hastanın veya ekstremitenin hareketini azaltır. Alçılı bir hastada, alçının deriye sürtünmesinden kaynaklanan mekanik dış sürtünme gücü bası yarası gelişme riskini arttırır. Servikal kolar (boyunluk) gibi ortotik araçlar bası yaralarına neden olur.
- **Hastane iklimlendirmesi:** Taze hava, kirliliği azaltan bir faktördür. Hastane içindeki hava mikroorganizmalarla kirlenmiş durumdadır. Havalandırma sistemi uygun projelendirilerek, içeride pozitif basınç yaratılarak, dışarıdan filtre edilmemiş havanın girmesi önlenir. Hasta odası sıcaklığı, 24-27 C ve nem %30-60 olur. Uygun olmayan sıcaklık ve nem, bakterilerin üremesine neden olur. İdrar ve dışkıyı tutamayan ya da aşırı terleyen kişilerde bası yarası gelişme riski yüksektir.

5.2.3. Basınç Bölgeleri

- Yatak yaraları devamlı yatma sonucu vücudun belli yerlerinde fazla basınç ile birlikte derinin beslenmesinin engellenmesi nedeniyle oluşmaktadır.
- Asıl neden duyarlı dokulara uygulanmış olan basınçtır.

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HB.PR.17	15.02.2023	00	-	3 / 9

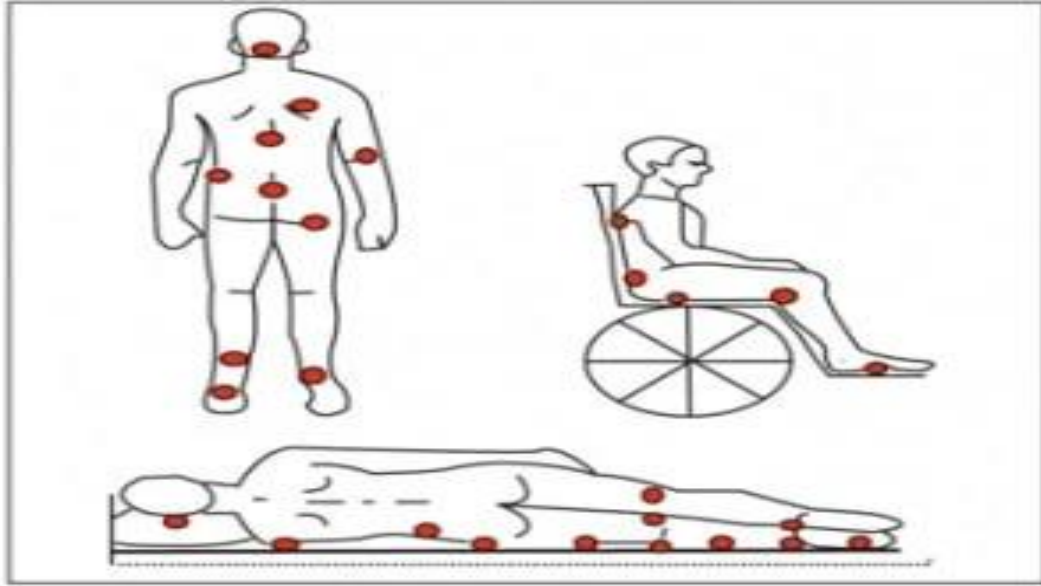


Özel EKOL HASTANESİ

BASI YARASI ÖNLEME VE BAKIMI PROSEDÜRÜ



- 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 yaklaşık %95 i vücudun alt bölgelerinde oluşur. Yatak yaralarının en sık geliştiği bölgeler, sakrum, koksiks, iskiyal tüberistler ve büyük trokanterler üzerindeki alanlardır.
- Yatak yaralarının %36'sı sakrumda, %30'u topuklarda ve %6'sı da diğer vücut alanlarında gelişmektedir.
- Hasta yatağa uzandığı veya bir sandalyeye oturduğu zaman, vücut ağırlığı, büyük ölçüde kemik çıkıntılar üzerinde taşınır. Ülserasyonlar sıklıkla kemik çıkıntılarını kaplayan ciltte daha az olarak da kas ve cilt altı dokularda görülür.
- Kişi yatağa yatırıldığı zaman, vücudun ağırlığını sakrum bölgesi, bacakların ağırlığını ise topuklar taşımaktadır. Bu yüzden bası yaraları en çok sakrum ve topukların üzerinde görülür. Bası noktaları hastanın pozisyonuna göre değişmektedir:



- **Prone pozisyonunda basınç noktaları;** yanak, çene, omuz başları, kadında göğüsler, erkekte genital organlar, dizler ve ayak başparmağıdır.
- **Supine pozisyonunda basınç noktaları;** oksipital bölge, skapula, dirsekler, sakrum, topuklar ve yatak takımlarının basıncı sonucu ayak başparmağıdır.
- **Lateral pozisyonunda basınç noktaları;** kulaklar, omuz başları, dirsekler, kostaların yan kısımları, trokanterler, dizin, ayağın ve topuğun yan kısımlarıdır.
- **Fowler pozisyonunda basınç noktaları;** topuklar, sakrum bölgesi ve iskiyum bölgesidir.

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HB.PR.17	15.02.2023	00	-	4 / 9



Özel EKOL HASTANESİ

BASI YARASI ÖNLEME VE BAKIMI PROSEDÜRÜ



5.2.4. Basınç Yaralarının Oluşumu ve Evreleri

Evre-I: Deride bastırmakla solmayan kızarıklık mevcuttur, deri bütünlüğü korunmuştur. Kızarıklık basınç kalktıktan sonra 30 dakikadan fazla kalır. Bu evre uyarı olarak algılanır. Genellikle kendiliğinden iyileşir. Gerekli önlemler (pozisyon, hijyen gibi) alınır.

Evre-II: Epidermis, dermis veya her ikisini birden içeren doku kaybı vardır. Ülser yüzeyseldir ve klinik görünümü abrazyon, bül ya da sığ krater şeklinde olabilir. Tedavide ilk adım yaranın dikkatlice değerlendirilir, çünkü yüzeysel gibi görünen bir basınç ülseri derin dokularda III. evre olabilir. Değerlendirmeden sonra nedenler ortadan kaldırılır, yara enfeksiyondan korunur. Kendiliğinden ya da pansumanla iyileşir.

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. Tedavide yara dikkatlice değerlendirilir. Nekrotik doku debride edilir. Enfeksiyon çeşitli yollarla (pansuman, antibiyotik) önlenir. Hastanın protein ve enerjiden zengin beslenmesi sağlanır. Bu evredeki bir yaranın kendiliğinden kapanması aylar süreceği için genellikle cerrahi müdahale yapılır.

Evre-IV: Tam derinlikte doku kaybı vardır. Dermis, fasya, kas ve kemik dokularına kadar ilerleyen ülserasyon vardır. Tedavizi III. evredeki yara gibidir ancak kemik dokusu etkilendiği için genellikle debridman radikaldir.

5.2.5. Basınç Yaralarının Önlenmesi

- Bası yaralarını önleme girişimleri, hastaların bütüncül olarak değerlendirilir ve bası yaralarına ilişkin etiyolojik etmenler hakkında kapsamlı bir bilgiye sahip olmaya dayalıdır.
- Riskli hastalarda ilk önleyici girişim basınç, sürtünme ve tahriş gücünün etkisini azaltmaktır.
- Doku basıncı 32 mm/Hg değerini aştığı zaman kapiller yatağa kan akımı engellenerek doku kaybı oluşur. Buna göre amaç basınca en fazla maruz kalan kemik çıkıntılarının üzerinde bulunan yumuşak dokuların basıncını azaltarak vücudun hiçbir bölgesinde 32 mm Hg daha yüksek basınç oluşmasına izin vermemektir.
- Sistemik tedavi yara açılmamış hastaların korunmasına, bası yarası gelişmiş hastaların cerrahiye hazırlanmasına ve tedavi edilen hastalarda tekrar yara açılmamasına yönelik işlemlerdir. Bu işlemler arasında hastaların beslenme durumlarının düzeltilmesi, anemi tedavisi, spazmın ve kontraktürlerin giderilmesi ile basının ortadan kaldırılması sayılabilir.
- Bası yarasının önlenmesi ve bakımı “Bası Yarası Risk Tanılama Ve Bakım Talimatı” na göre uygulanır.

5.3. Yara İyileştirmesini Geciktiren Etkenler

- **Kanlanma/Dolaşım Bozukluğu:** Yeterince kan akımı olmayan bir yara bölgesine yeterli kan dolayısıyla yeterli oksijen gitmez. Yara bölgesi iyi beslenemediğinden dolayı iyileşmesi gecikir, enfeksiyon kapma ve nekroze olma (doku ölümü) tehlikesi artar. İleri yaş ve sigara kullanımı kanlanmayı bozduğundan yara iyileşmesini geciktirir.
- **Enfeksiyon:** Enfeksiyon yara iyileşmesinde ciddi gecikmelere neden olur.
- **Doku tipi:** Deri, bağırsak, mesane, vajina gibi dokuların iyileşme potansiyeli çok yüksekken; sinir gibi dokular çok geç iyileşir.

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HB.PR.17	15.02.2023	00	-	5 / 9



Özel EKOL HASTANESİ

BASI YARASI ÖNLEME VE BAKIMI PROSEDÜRÜ



- **Travma:** Yara yeri üzerine travma iyileşmeyi olumsuz etkiler. Bu nedenle yara yeri yeterli süre kapalı tutularak olası travmaların etkisi azaltılır.
- **Yabancı cisim:** Yabancı cisimler dokuda reaksiyona yol açarak iyileşmeyi geciktirir. Yabancı cisimler; küçük taş, cam, tahta, toz, toprak parçalarıdır.
- **Radyasyon:** Radyasyona maruz kalındığında hücrelerin çoğalma ve sentez kabiliyeti bozulur dolayısıyla iyileşme gecikir.
- **Isı kaybı:** Açık yaralarda, radyasyon ve buharlaşma yoluyla ısı kaybı olur. Isı kaybı da yeni hücre oluşmasını ve çoğalmasını olumsuz etkiler ve doku onarımı yavaşlar.
- **Uygunsuz örtü ve sargılar:** Uygun olmayan örtü ve sargıların kullanımı dolaşımı bozabilir veya epitelizasyonu kaldırabilir. Bu da yara iyileşmesinin gecikmesine neden olur.
- **Malnütrisyon:** Yara iyileşmesinde önemli bir faktör de yeterli miktarda protein, vitamin ve minerallerin alınmasıdır. Yeni doku oluşumu için protein içerikli beslenme önemlidir. Proteinler yeniden damarlanma, lenfosit oluşumu ve kollajen sentezi için gereklidir. Protein eksikliğinde inflamasyon fazı uzar. Karbonhidratlar ve yağlar, hücrenin enerji kaynağıdır. Hücre sentezinde özellikle hücre membranı sentezinde yağların rolü büyüktür. Eksiklikleri yara iyileşmesini olumsuz etkiler. Sodyum, potasyum, kalsiyum, klor, fosfor, çinko ve magnezyumun eksikliği kollajen sentezinde bozukluklara sebep olur ve iyileşmeyi olumsuz etkiler. A, C, B, E, D gibi vitaminler de yara iyileşmesi için gereklidir.
- **Hormonlar:** Yara iyileşmesinde tiroid, hipofiz ve pankreas hormonları etkilidir. Kortikosteroidler, inflamatuvar hücre sayısını azaltır, sekonder enfeksiyon riskini artırır.
- **Kronik hastalıklar:** Diyabet, dolaşım hastalıkları, karaciğer, böbrek yetmezliği gibi sistemik hastalıklar ile anemi ve kanser gibi hastalıklar yara iyileşmesini geciktirir.
- **İlaçlar:** Kortizon, kemoterapötik ve antimetabolit gibi ilaçlar yara iyileşmesi üzerinde olumsuz etkiye sahiptir.
- **İleri yaş:** Yaşlanma ile birlikte dolaşımın yavaşlamasına bağlı olarak cildin kanlanması azalır, fibroblastların ve epitel hücrelerin yenilenmesi yavaşlar. Yapısal glikoproteinlerde azalma görülür, solunum sistemi fonksiyonları azalır. Tüm bu değişimler yara iyileşmesini olumsuz etkiler.
- **Doku kuruluğu:** Kuruluk sonucu, canlı dokularda nekroz gelişmeye başlar bu da mikroorganizmalar için iyi bir besi yeri olur. Nekrotik dokuda kan dolaşımı olmadığı için antibiyotikler nekrotik dokuya ulaşamaz ve enfeksiyona yatkınlık artar.

Basınç bölgelerinin tanımlanması:

- Basıya uğrayan her yerde gelişebilmekle birlikte, bası yaralarının en sık gözlendiği bölgeler sakrum, topuklar, iskiüm 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, iskiüm üzerinde % 6, trokanterler üzerinde %6 olarak belirlenmiştir.

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HB.PR.17	15.02.2023	00	-	6 / 9



Özel EKOL HASTANESİ
BASI YARASI ÖNLEME VE BAKIMI
PROSEDÜRÜ



Braden Skalasının Uygulanması: Yatışı yapılan her hastaya braden basınç riski tanılama ölçeği uygulanarak hastanın bası yarası, riski belirlenir. Risk doğrultusunda cilt takibi ve önleyici bakım uygulanır.

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.		

- 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**”

5.4. Bası Yaralarının Tedavi ve Bakım İlkeleri

5.4.1.1. Evre Bası Yaralarının Tedavi İlkeleri

5.4.1.1.1. Koruyucu yaklaşımla ve basit topikal tedavi ile düzeltilebilir

5.4.1.1.2. Yara üzerindeki basınç kaldırılarak lokal yara bakımı uygulanır.

5.4.1.1.3. Olası enfeksiyöz etkenleri ortadan kaldırmak için ciddi bir topikal tedavi ile yara kontraksiyonu hızlanır ve enfeksiyon riski azalmış olur.

5.4.2.2. Evre Bası Yaralarının Tedavi İlkeleri

5.4.2.1. Agresif topikal tedavi gerektirir.

5.4.2.2. Altı - sekiz saatte bir serum fizyolojikle yapılan ıslak pansumanlar tercih edilmelidir.

5.4.2.3. Enfekte yaralarda gazlı bezin germisidal bir ajanla uygulanması önerilir.

5.4.2.4. Ayrıca çeşitli örtüler, kalsiyum alginatlar, köpükler, hidrojenler, hidrokolloidler, transparan filmler, elektrik stimülasyonları ve büyüme faktörlerinden yararlanılır

5.4.3.3. ve 4. Evre Bası Yaralarının Tedavi İlkeleri

5.4.3.1. Yara temizliği ve nekrotik dokunun debridmanı önemlidir.

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HB.PR.17	15.02.2023	00	-	7 / 9



Özel EKOL HASTANESİ

BASI YARASI ÖNLEME VE BAKIMI PROSEDÜRÜ



5.4.3.2. Çok derin yaralarda osteotomi, yara kültürü ve osteomyelit mevcutsa kemik doku kültürü ve iki - altı hafta sistemik antibiyotik tedavisi yapılmalıdır.

5.4.3.3. Yarada nekroz yoksa yeterli bakım sağlandıktan sonra deri greftleri veya çeşitli flepler uygulanabilir.

5.4.3.4. 4.Evrede fasiokütanöz flepler, mikrovasküler doku transferi özel koşullarda yapılabilir.

5.4.3.5. Postoperatif olarak yara sahası iki gün mutlaka nemli tutulmalıdır.

5.4.3.6. Drenler iki hafta muhafaza edilmelidir ve bu süre içinde idrar-gaita inkontinansı açısından dikkat edilmelidir.

5.4.3.7. Erken postoperatif dönemde antispazmotikler kanama ve hematom riskini azaltır.

5.4.3.8. Bakteriyel enfeksiyonun geliştiğini klinik olarak saptamak mümkündür. Eğer yara çevresinde kızarıklık, pürülan akıntı, kötü koku ve ödem oluşmuşsa şüphelenmek gerekir.

5.4.3.9. 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.

5.4.3.10. Bası yarası enfeksiyonunda tanılama sürecinde sürüntü kültürü, iğne aspirasyonu, doku veya kemik biyopsi kültürü, kan kültürü kullanılmalıdır.

5.4.4. Sistemik Tedavi İlkeleri

5.4.4.1. Sistemik antibiyotik tedavisi preoperatif devrede başlayıp postoperatif devreye kadar devam etmelidir. Beslenme, anemi, spazm ve kontraktürlerin önlenmesi ve komplikasyonlara (osteomyelit, sepsis...) yönelik bakım yapılmalıdır.

5.4.5. Konservatif Tedavi İlkeleri

5.4.5.1. Bası yaralarının cerrahi olmayan tedavisi temiz yara oluşturması ve cerrahi tedaviye hazırlık olarak hastanın genel durumunun iyileştirilmesi esasına dayanır.

5.4.5.2. 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, gaitaidrar inkontinansını düzenlemek veya programlandırmak ve enfeksiyonla mücadele etmektir.

5.4.6. Lokal Yara Bakımı

5.4.6.1. Yoğun bakım ve klinik hastalarında yatak başında, nekrotik doku debride edilebilir.

5.4.6.2. Debridman sırasında baskının durduramayacağı kanamaya neden vermemek gerekir.

5.4.6.3. Sekiz saatte bir hemşire yarayı cerrahi sabun ile yıkayıp durulmalıdır.

5.4.6.4. Serum fizyolojik ile nemlendirilmiş rulo bezle destek verilmeli, rulo bez dört saatte bir nemlendirilmeli ve sekiz saat sonra değiştirilmelidir.

5.4.6.5. Bu rulo bez üzerine kapama veya pansuman konmamalıdır (ıslak-kuru pansuman).

5.4.6.6. Rulo bez çıkarılırken ölü doku da bu şekilde uzaklaştırılmış olur.

5.4.6.7. Yedi - on gün içinde granülasyon dokusu oluşabilir.

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>HB.PR.17</i>	<i>15.02.2023</i>	<i>00</i>	<i>-</i>	<i>8 / 9</i>



Özel EKOL HASTANESİ
BASI YARASI ÖNLEME VE BAKIMI
PROSEDÜRÜ



5.4.6.8. Çinko oksit, gliserin ve hidrojen peroksit karışımı emdirilmiş rulo bez yaraya uygulanmalı ve günde iki kez değiştirilmelidir.

5.5. Bası Yarası İyileşme Değerlendirme

5.5.1. Mevcut bası yarasıyla gelen veya yatış süresinde bası yarası gelişen hastalar yara bakım hemşiresi tarafından takibe alınır. “Bası Yarası İyileşme Değerlendirme Ölçeği (PUSH)” kullanılarak bası yarasının evresi tespit edilir. Ölçek, yara bakım hemşiresi tarafından, bası yarası bakımı yapılan hastalara haftalık olarak uygulanır

5.5.2. ve sonuçlar “Bası Yarası İyileşme Değerlendirme Hasta Takip Formu” aracılığıyla kayıt altına alınır.

5.5.3. Zaman içinde ölçülen toplam puanların karşılaştırılması ile bası yarısındaki iyileşme veya kötüleşme değerlendirilir ve duruma uygun bakım planı oluşturulur.

5.5.4. Hastalardan elde edilen veriler düzenli olarak Enfeksiyon Hemşiresi aracılığıyla Enfeksiyon Kontrol Komitesine iletilir ve gerekli iyileştirme çalışmalarında kullanılır.

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Kalite & Akreditasyon Sorumlusu Sude BAKIR	Kalite Koordinatörü Yeşim ANCI	Kalite Yönetim Direktörü Prof. Dr. Tuncay ÇAĞLAR

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HB.PR.17	15.02.2023	00	-	9 / 9