1. AMAÇ: Bu talimatın amacı, bası yaralarının tedavisine yönelik standart bir yöntem belirlemektir.
2. KAPSAM: Bu talimat bası yaralarının tedavisine yönelik tüm faaliyetleri kapsar.
3. SORUMLULAR: Bu prosedürün uygulanmasından ilgili birim çalışanları sorumludur.
4. TANIMLAR:

- **Eksuda:** Zararlı etkenlerin canlı dokuda uyardığı, ateş, ağrı, sıcaklık, şişkinlik ve işlev bozukluğuyla belirgin, damar, sıvı ve hücre reaksiyonlarının tümü.
- **Seröz:** Vücudun seröz katlarında bulunan, yangı anında miktarı artan protein yapısında duru sıvı.
- **Hemorojik:** Kanamalı
- **Pürülan:** İrin içeren, cerahatli
- **Serohemorojik:** Hem serum hem de kandan oluşmuş, bu niteliği gösteren.
- **Seropürülan:** Hem seröz hem de cerahatli olan.
- **Granülasyon:** Yaraların içinde oluşan ve onların iyileşmesini sağlayan ufak, yuvarlak kabarcıklardan oluşan bağ doku üremesi.
- **Epitelizasyon:** Zedelenmeye uğramış yüzeyin epitel hücrelerinin çoğalmasıyla oluşan iyileşmesi.
- **Sarı nekroz:** Canlı organizmada doku veya hücrelerin yerel ölümü.
- **Masere:** Yumuşayarak soyulma
- **Frajil:** Kırılgan
- **Eritem:** Deri üzerinde oluşan kızarıklık, kızartı.
- **Kaviteli ülser:** Deri ya da mukoza altı dokuları meydanda bırakan kronik yaralardır.

5. UYARILAR ve ÖNERİLER

Bası Yarası Değerlendirme

- Bası yarasıyla ilk karşılaştığınızda ilk değerlendirme yapılmalı ve bası yarasın riskine göre değerlendirmeli ve bulguları kaydedilmelidir.
- Her pansuman değişiminde bası yarası, tedavinin değiştirilmesi gerektiren belirti ve bulgular açısından gözlemlenmeli. (örn; yaranın iyileşmesi, yaranın kötüleşmesi, eksudanın azlığı veya fazlalığı, enfeksiyon belirtileri veya diğer komplikasyonlar)
- Bası yarasının yeri, evresi, boyutları, doku tipi/tipleri, yara yatağı ve yara çevresinin durumu, yara kenarları, cepleşme, tünelleşme, eksuda, nekrotik doku, koku, granülasyon dokusunun bulunup bulunmadığı ve epitelizasyon gibi fiziksel özellikleri değerlendirilmeli ve değerlendirmeleri doğru bir biçimde kayıt edilmelidir.
- Bası yarasının vücut atıklarıyla ve enfekte materyallerle kontamine olması önlenmelidir.
- Tüm bakım uygulamalarında hastanın mahremiyeti korunmalı. Yara pansumanlarında asepsi, antisepsi kuralları uygulanmalı. Bası yarasının bulunduğu bölge dikkate alınarak uygun pozisyon verilmelidir.

BASI YARASI EVRELENDİRME VE ALINACAK TEDBİRLER:

I. EVRE
- Deri bütünlüğünde bozulma yok.
- Deride, bastırmakla veya 30 dk basıncın kaldırılmasıyla geçmeyen kızarıklık var.
- Koyu tenli kişilerde renk açılması belirgin olmayabilir. Ancak dokunun rengi çevre dokulardan farklıdır.
- Çevre doku ile karşılaştırıldığında bölge, ağrılı, sert, daha soğuk ya da sıcak olabilir.

II. EVRE:
- Kısmi kalınlıkta doku (dermis) kaybı var.
- Yara derin olmayan çukur şeklindedir.
- Yara yatağı pembe renklidir ve slough (sarı, bronz, gri ya da kahverengi fibrinli) doku yoktur.
- Klinik olarak derinin sıyrılması ya da içi serum dolu büller şeklinde gözlenebilir.

III. EVRE:
- Tam kalınlıkta doku kaybı var (derin çukur) .
- Subkutan doku ve/veya üst fasyaya kadar uzanan doku hasarı ya da nekroz var.
- Yarada subkutan yağ görülür. Ancak kemik, tendon ya da kaslar etkilenmemiştir.
- Slough doku olabilir.

IV. EVRE:
- Tam kalınlıkta doku kaybı (derin çukur) var.
- Kemik, tendon ya da kaslar etkilenmiştir. Yarada kemik ve tendonlar görülebilir ya da palpe edilebilir.
- Yaranın bazı bölümlerinde slough ya da eskar (bronz, kahverengi, siyah) doku vardır.
- Sıklıkla tünel ve cepler vardır.

ŞÜPHELİ DERİN DOKU HASARI (ŞDH)

Cilt bütünlüğü bozulmamış ancak ciltte mor ya da kestane renginde değişiklik ya da içi kan dolu büller vardır.

- Doku, çevre dokular ile karşılaştırıldığında ağrılı, sert, ezik, daha soğuk, daha sıcak ve daha yumuşak olabilir.

EVRELENDİRİLEMEYEN BASINÇ ÜLSERİ (EBÜ) :

- Tam kalınlıkta doku kaybı var. Ancak ülser slough doku ile ve/veya eskar dokusu ile kaplıdır.
- Ölü doku uzaklaştırılıncaya kadar yaranın gerçek evresi belirlenemez.

Bası Yarasında Eksudanın Değerlendirilmesi

- **Eksudanın Miktarı**

* Yok
* Az
* Orta

Eksudanın Rengi

* Seröz
* Hemorojik
* Pürülan
* Pürülan
* Serohemorojik
* Seropürülan

Bası Yarasında Yara Yatağının Değerlendirilmesi

- Nemli
- Kuru
- Islak
- Granülasyon
- Epitelizasyon
- Sarı nekroz
- Siyah nekroz
- Tendon- kemik

Bası Yarası Etrafındaki Cildin Değerlendirilmesi

- Sağlıklı
- Islak
- Ödemli
- Masere
- Kabuklaşma
- Hipergranülasyon
- Frajil
- Kuru
- Eritem
- Bül
- Selülit
- Sütur

6. ARAÇ VE GEREÇLER

- Steril eldiven
- Muayene eldiveni
- Steril spanç ve ya ped
- % 0,9’luk Serum Fizyolojik veya yara bakım solüsyonu
- Flaster
- Steril yara örtüsü
- Atık poşeti

7. İŞLEM BASAMAKLARI

Bakıma Yönelik Uygulamalar

- İnmobil hastalarda kontrendikasyonu yoksa en az 2 saatte bir planlı şekilde pozisyon değiştirilmelidir (Havalı yatakta da 2 saatte bir planlı şekilde pozisyon verilmelidir) .
- Hastaya, doğrudan basınç ülserinin bulunduğu bölge üzerine pozisyon verilmemelidir.
- Yatağın baş kısmı 30 derece veya daha düşük derecede tutulmalıdır.
- Sürtünme ve yırtılma kuvvetlerini azaltmak için mümkünse transfer araçları kullanılmalıdır. Hastaya pozisyon verilirken çekip sürüklenmemeli, kaldırılmalıdır. Kullanılan araçlar hastanın altında bırakılmamalıdır.
- Tekerlekli sandalyeye bağımlı kişilerde anatomiye uygun pozisyon sağlanmalıdır. Ağırlık uygun şekilde dağıtılmalı, ayaklar desteklenmeli, tekerlekli sandalyenin yüksekliği ayarlanmalıdır.
- Çarşafların ve kıyafetlerin kırışık ve ıslak olmamasına özen gösterilmelidir.
- Yatakların ve tekerlekli sandalyelerin oluşturduğu basıncı azaltmaya yardımcı olan araçlar (yastıklar, köpüklü pedler, havalı yataklar) kullanılmalıdır.
- Terleme, yara drenajı ve inkontinans değerlendirilmeli buna göre vücudun kuru kalmasına yönelik önlemler alınmalıdır. Cildi temizlemeli, dışkı ve idrarı toplayıcı araçlar kullanılmalıdır.

- 15 dakikada bir basıncı azaltan egzersizler yaptırılmalı, bu yapılamıyorsa saat başı pozisyon değiştirilmelidir.
- Hastanın aktivite düzeyi tolere edebildiği ölçüde arttırılmalıdır.
- Hasta gerektiğinden uzun süre sürgü üstünde tutulmamalıdır.
- Hastada halka ya da simit şeklinde araçlar kullanılmamalıdır.
- Basınç ülserleri üzerine doğrudan ısıtıcı araç ve cihaz (sıcak su şişesi, ısıtıcı pedler, yatak ısıtıcıları) uygulanmamalıdır.

Tedaviye Yönelik Uygulamalar

- Hastaya yapılacak tüm girişimlerden önce ve sonra eller “El Yıkama Talimatı”na göre yıkanır.
- Eldiven giyilmelidir.
- Hastaya işlem hakkında bilgi verilir.

I. Derece Bası Yarası Bakımı:

- Hastanın pozisyonu iki saatte bir değiştirilip, cilt bası yarası yönünden gözlenir.
- Bası yarasının oluştuğu bölgeye göre uygun pozisyon verilerek bası yarası değerlendirilmeli ve yara bakımı uygulanmalıdır.
- Cildin temiz ve kuru olması sağlanır.
- Yatak takımları kontrol edilip temiz, gergin, kuru olması sağlanır.
- Giysilerinin temiz, kuru, kırışıksız olması sağlanır.
- 1. derece bası yarasında koruyucu önlemler devam ettirilmelidir.

II. Derece Bası Yarası Bakımı:

- Hastanın mahremiyetine özen gösterilir. Oda sıcaklığının en az 22 -25 derece olması sağlanır.
- 2. derece bası yarasında koruyucu önlemler devam ettirilmelidir, pansuman malzemeleri kullanılabilir.
- Hastaya işlem için uygun pozisyon verilir ve bası yarası bölgesi açılır.
- Tüm malzemeler önceden steril bir şekilde açılarak hazırlanır.
- Yara üstünde daha önceden kapatılmış pansuman varsa pansumanı tespit eden flaster %0,9 NaCl /yara bakım solüsyonu ile ıslatılıp çıkartılır. Bölge enfeksiyon ve nekrotik doku yönünden gözlenir.
- Muayene eldiveni çıkartılıp steril eldiven giyilir.
- % 0,9 NaCl ya da yara bakım solüsyonu ile bası yarası yıkanır. Yaranın üstü steril spanç ile kapatılıp flasterle sabitlenir.

III.– IV. Derece Bası Yarası Bakımı:

- II. Derece Bası Yarası Bakım protokolleri uygulanır.
- 3. ve 4. derece bası yaralarında koruyucu önlemler devam ettirilmelidir. Aynı zamanda yara bölgesi büyüklüğü, nekrotik durumu, drenaj olup olmadığı, yara çevresi cilt bütünlüğü değerlendirilmelidir.
- Antiseptik solüsyon kullanılması gereken akıntılı, enfekte yaralarda öncesinde ve sonrasında serum fizyolojik veya yara bakım solüsyonu ile temizlenmelidir.
- Kaviteli ülserlerde irrigasyon yapılmalıdır.
- Akıntılı yaralarda, fazla eksudayı emecek ancak yarayı kurutmayacak pansuman malzemesi kullanılmalıdır. Yara, serum fizyolojik ile temizlendikten sonra uygun yara bakım ürünü veya kuru steril gazlı bez/ped ile kapatılmalıdır.
- Akıntısı olmayan yaralarda yarayı nemli tutacak pansuman malzemesi kullanılmalıdır. Yara, serum fizyolojik veya yara bakım solüsyonu ile temizlendikten sonra uygun yara bakım ürünü veya nemli steril gazlı bezle kapatılmalıdır.
- Bası yarasını temizlerken mümkün olduğunca az miktarda mekanik güç kullanılmalıdır.
- Debridman, enfeksiyon ortamını kaldırmak, iyileşmeyi hızlandırmak ve yaranın derinliğini değerlendirmek için doktor tarafından yapılması gerekebilir. Debridman yara üzerindeki ölü dokular kaldırılarak, canlı doku ortaya çıkana kadar yapılmalıdır.
- Operasyon planlanırsa hasta preop hazırlanır.
- Yara uygun steril yara örtüsü ile kapatılır.
- Bası yarası iyileşmesini desteklemek amacıyla uygun beslenmesi sağlanmalıdır. Oral alımının az ya da hiç olmaması durumlarında hekimin önerisi doğrultusunda enteral ya da parenteral beslenme ile hastalar desteklenmelidir.
- Eldiven çıkartılıp “El Yıkama Talimatı”na uygun eller yıkanır.
- Bakım sonrasında oluşan atıklar “ Atık Yönetim Talimatı”na göre toplanmalıdır.
- Hemşire tarafından düzenli olarak hastanın bası yarası bakımının yapılması, derecelendirilmesi ve kayıt işleminin yapılması için bakım planı hazırlanır ve yapılan bütün değerlendirme ve uygulamalar kaydedilmelidir.

***YAŞAM birimi tarafından değerlendirilen hastanın yara pansuman takibi Evde Sağlık Birimine bildirilir.