AMAÇ: Bu talimatın amacı, bası yaralarının tedavisine yönelik standart bir yöntem belirlemektir.

KAPSAM: Bu talimat bası yaralarının tedavisine yönelik tüm faaliyetleri kapsar.

SORUMLULAR: Bu protokolün uygulanmasından ilgili birim hemşireleri sorumludur.

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.

UYARILAR ve ÖNERİLER

Bası Yarası Değerlendirme

- Bası yarasıyla ilk karşılaştığınızda ilk değerlendirme yapılmalı ve bası yarasını haftada en az bir kez 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.

Bası Yarası Evrelendirme:

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.

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	**Bası Yarasında Yara Yatağının Değerlendirilmesi**	**Bası Yarası Etrafındaki Cildin Değerlendirilmesi**
• Eksudanın Miktarı	• Nemli	• Sağlıklı
Yok	• Kuru	• Islak
Az	• Islak	• Ödemli
Orta	• Granülasyon	• Masere
Çok	• Epitelizasyon	• Kabuklaşma
• Eksudanın Rengi	• Sarı nekroz	• Hipergranülasyon
Seröz	• Siyah nekroz	• Frajil
Hemorojik	• Tendon- kemik	• Kuru
Pürülan		• Eritem
Serohemorojik		• Bül
Seropürülan		• Selülit
		• Sütur

ARAÇ VE GEREÇLER

- Steril eldiven
- Muayene eldiveni
- Steril spanç ve ya ped
- % 0,9'luk Serum Fizyolojik ve ya Laktatlı Ringer
- Perde ve ya paravan
- Flaster
- Steril yara örtüsü
- Atık poşeti

İŞLEM BASAMAKLARI

Bakıma Yönelik Uygulamalar

- İmmobil 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 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 ve 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 Hijyeni Talimatı"**na göre yıkanır
- Eldiven giyilmelidir.
- Hastaya işlem hakkında bilgi verilir.

I.Derece Bası Yarası Bakımı:

- Pozisyon verme protokolüne göre 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 mahremiyeti için perde veya paravan çekilir. 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 ile ıslatılıp çıkartılır. Bölge enfeksiyon ve nekrotik doku yönünden gözlenir.
- Muayene eldiveni çıkartılıp steril eldiven giyilir.
- % 0,9 NaCl 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 Laktatlı Ringer 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 Laktatlı Ringer 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.
- Hasta taburcu edilirken hasta ve yakınlarına yatak yarası oluşumunu önleme ve bakım ve tedavisi ile ilgili gerekli olan eğitimler verilmelidir.
- Eldiven çıkartılıp **"El Hijyeni Talimatı"**na uygun eller yıkanır.
- Bakım sonrasında oluşan atıklar **"Tıbbi Atık Yönetimi Talimatı"**na göre toplanmalıdır.
- Hemşire tarafından her gün düzenli olarak günde bir defa hastanın bası yarası bakımının yapılması, derecelendirilmesi ve kayıt işleminin yapılması için bakım planı hazırlanır ve yapılan bütün değerlendirme ve uygulamalar **"Hemşire Gözlem Formuna"** kaydedilmelidir.

İlgili Dokümanlar:

- Tıbbi Atık Yönetimi Talimatı
- El Hijyeni Talimatı

- Hemşire Gözlem Formu