

 T.C. Sağlık Bakanlığı Viranşehir Devlet Hastanesi	<b>BASI YARASI ÖNLEME VE BAKIM TALİMATI</b>			
Kodu: YB.TL.01	Yayın Tarihi:31/05/2013	Revizyon Tarihi:15/06/2017	Revizyon No: 01	Sayfa No: 1/5

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

## 2.0 KAPSAM:

Hastanemizde yatarak tedavi gören tüm hastaları kapsar.

## 3.0 TANIMLAR

**3.1 Spastisite:** Kasın gerildiğinde meydana gelen, anormal kas tonüsü artışına neden olan bir nörolojik durumdur.

**3.2 Kontraktür:** Bir kasın, kirişin ya da başka bir yapının, yeniden gevşeyememek yahut düzelememek üzere, kalıcı olarak kasılması.

**3.3 İnkontinans:** Kendini tutamama, kendine hakim olamama, kaçırma.

**3.4 Abrasyon:** Derinin yüzeysel katmanlarındaki lezyon.

**3.5 Maserasyon Ülser:** Cilt üzerinde değişik nedenli tahrişlere bağlı soyulma ve doku zedelenmesi. Genellikle dokudan sıvı sızmasında olur.

## 4.0 SORUMLULAR

- Hekim
- Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü
- Birim Sorumluları
- Sorumlu hemşireler
- Hemşire, Ebe, Sağlık Memuru, ATT
- Personel

## 5.0 FAALİYET AKIŞI

- Bası yarası veya yatak yarası kemik çıkıntı bulunan bölgelerde, risk grubu taşıyan felçli veya yatağa bağımlı kişilerde ve yoğun bakım hastalarında gözlenen deri ve derialtı dokusu kaybı ile oluşan yaradır.
- Kliniklere ve ya Yoğun bakıma kabul edilen bir hasta, doktor ve hemşire tarafından değerlendirilir. Dekübit ülserlerin erken belirtilerinin bilinmesi, önlenmesinde ve tedavisinde önemlidir. Çünkü oluşmuş dekübit ülserlerin iyileşmesi, yeni ülserlerin oluşmaması ve iyileşmiş ülserlerin tekrarlamaması için gereklidir.

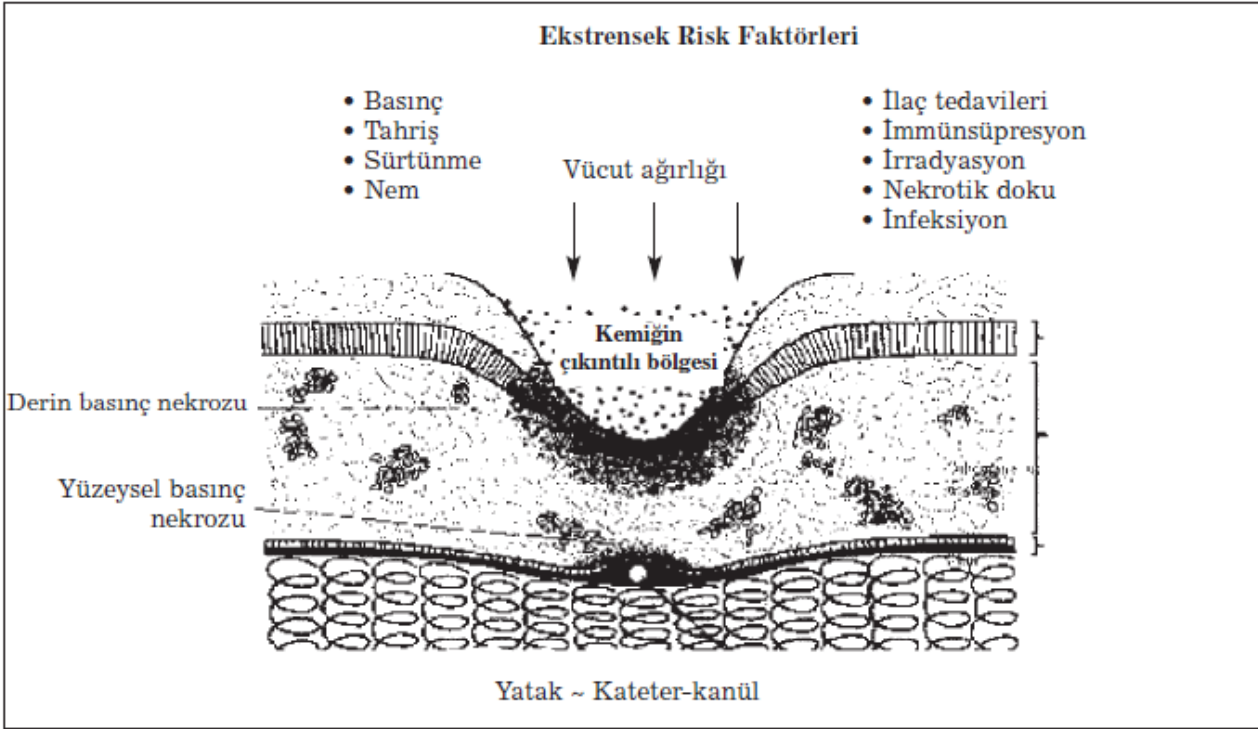
### 5.1 Bası Yarası Nedenleri Nelerdir?

Yetersiz bakım ve beslenme, aşırı zayıflık ya da şişmanlık, kansızlık, diyabet gibi kronik sistemik hastalıkların varlığı, idrar-gaita inkontinansı, genel vücut direncinin düşüklüğü gibi faktörler bası yaralarının gelişmesini kolaylaştıran faktörler arasında sayılabilir.

- Bası yarasının gelişmesinde asıl etkili olan nedenleri kapsar ve bunların başında “basınç”oradaki kapiller dolaşım bozulmaya başlar ve o bölgeye gelen kan miktarı azalır. Sağlıklı bir insan bu durumda rahatsızlık hissi duyar ve vücut pozisyonunu değiştirir. Duyu bozukluğu olanlarda veya felçli 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. Yatan hastalarda daha sık olmakla beraber oturan veya basıya uğrayan her vücut bölgesinde meydana gelebilir.
- Bası yaraları; hastalık ve ölüm riskini arttıran, hastanede kalış süresini uzatan ve tedavi gideri yüksek olan bir sağlık sorunudur. Bası yaralarının oluşumundaki risk faktörlerini ekstrensek ve intrensek faktörler diye iki grupta incelemek mümkündür

### 5.1.1 Ekstrensek Risk Faktörleri:

<b>HAZIRLAYAN</b> Yoğunbakım Sorumlu Hemşiresi	<b>KONTROL</b> Kalite Yönetim Direktörü	<b>ONAY</b> Başhekim
---------------------------------------------------	--------------------------------------------	-------------------------



### 5.1.2 İntrensek Risk Faktörleri:

- Akut/kronik hastalıklar (diyabet, anemi, kalp yetersizliği vs.)
- Nörolojik hastalıklar
- Periferik damar hastalığı
- İmmobilite
- İlaçlar (sedatifler, NSAİİ, beta-blokerler)
- İnkontinans
- Malnütrisyon
- İleri yaş
- Emosyonel stres
- Isı

### 5.2 Bası Yarası Gelişiminde Yardımcı Faktörler:

- **Çevresel faktörler:** Giyim, oturma ve transfer, nem.
- **Sosyal faktörler:** İzole edilmiş kişilere destek veren kişi ve kurumların yeterliliği.
- **Mali kaynak:** Evde ve hastanede bakım olanakları.
- **Biyolojik faktörler:** Kemik yapısı, deri tipi, vücuttaki yağ oranı, dolaşım, bağırsak/mesane disfonksiyonu.
- **Psikolojik faktörler:** Günlük bakım, hijyen, düzenli basınçtan kendini koruma, diyet ve beslenme, kişisel değerlendirme, erken müdahale, sigara.

### 5.3 Dekübit Ülserlerin Klinik Sınıflaması:

- **Evre 1:** Bası sahasında deride hiperemi (inflamasyon)
- **Evre 2:** Bası sahasında dermise ulaşan yüzeysel ülserasyon
- **Evre 3:** Bası sahasında deri altı yağ dokusu, kas veya kemiğe kadar ilerleyen ülserasyon
- **Evre 4:** Kemik, bursa, eklem veya vücut boşluklarına kadar ilerleyen derin ülser

HAZIRLAYAN

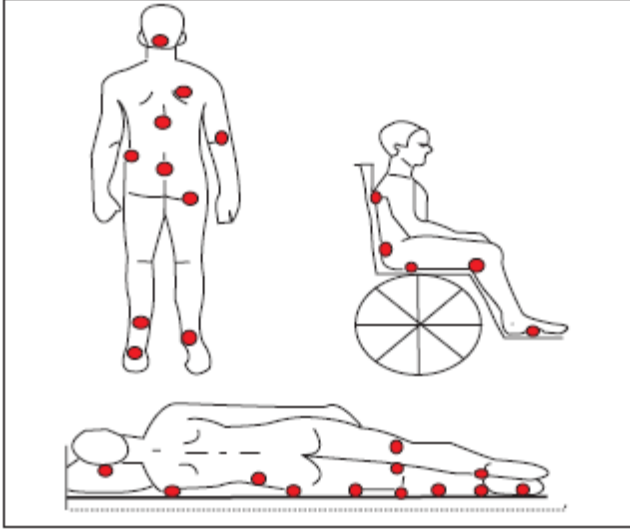
Yoğunbakım Sorumlu Hemşiresi

KONTROL

Kalite Yönetim Direktörü

ONAY

Başhekim



- Bugün, dekübit ülserlerin oluşumundaki risk faktörlerini değerlendirmek için bir takım skalalar geliştirilmiştir. Bu skalalar içinde en önemlileri: Norton ve Braden skalalarıdır.Hastanemizde Norton skalası kullanılmaktadır.

#### Norton Skalası

Puan: ≤ 14 riskli grup	4	3	2	1
Fiziksel durumu	İyi	Orta	Kötü	Çok kötü
Mental durum	Uyanık	Apatik-ilgisiz	Zihin bulanık	Stupor
Aktivite	Ayakta (hareketli)	Yardımla yürüyor	Sandalyeye bağımlı	Yatağa bağımlı
Hareketlilik	Tam	Sınırlı	Çok sınırlı	Hareketsiz
İnkontinans	Yok	Bazen	Çoğunlukla idrar	İdrar ve gaita

**5.4 Erken Belirtiler:** Deri her gün bası yaralarının erken belirtileri açısından (kızarıklık, irritasyon veya maserasyon) kontrol edilmelidir. Özellikle kemik çıkıntılarının olduğu bölgelere dikkat edilmelidir. Derinin kuru ve temiz olması esastır.

#### 5.5 Günlük Cilt bakımı ve Bakım Planı:

- Hareket
- Pozisyon değiştirme
- Deri tolerans testi
- Uygun pozisyon ve çevirme
- Beslenme
- Hijyen ve giyim
- Uyku ve dinlenme
- İlaçlar
- Kardiyovasküler ve solunum fonksiyonları
- Eğitim

#### 5.6 Bası Yarası (Yatak Yarası - Dekübitüs Ülseri)Nasıl Önlenebilir?

- Yoğun bakım doktor ve hemşiresi, dekübit yara varlığında, günlük yara takibini belirli esaslara göre planlar.
- Bası yaralarının tedavisi zor ve zahmetlidir. Bu nedenle korunmaya önem verilmeli ve yara oluşmaması için aşağıda sıralanan tüm önlemler alınır.
- Riskli hastalara ve ailelerine bası yaralarını önlemeye yönelik eğitim verilir.
- Basınç, sürtünme ve gerilmenin etkisine en aza indirecek önlemler alınır.
- En önemli konu basıdan sakınmaktır. Basıncın kaldırılması ve tüm vücut yüzeyine eşit olarak dağıtılması için en etkili yöntem, hastanın belirli aralıklarla yatağında çevrilmesi ve pozisyon verilmesidir.

HAZIRLAYAN	KONTROL	ONAY
Yoğunbakım Sorumlu Hemşiresi	Kalite Yönetim Direktörü	Başhekim

 T.C. Sağlık Bakanlığı Viranşehir Devlet Hastanesi	<b>BASI YARASI ÖNLEME VE BAKIM TALİMATI</b>			
Kodu: YB.TL.01	Yayın Tarihi:31/05/2013	Revizyon Tarihi:15/06/2017	Revizyon No: 01	Sayfa No: 4/5

- Hastayı yüzüstü, sırtüstü ve yanlara çevirme, bir program dahilinde yapılmalı ve çizelgeye işlenmeli, yatakta pozisyon vermek amacıyla yastıklar kullanılmalıdır.
- Basınç bölgeleri gözlemlenmelidir.
- Hastanın günlük işleri yapılırken, düzenli olarak sabah akşam, gün içinde ise hasta her döndürüldüğünde veya özel tedavi uygulaması sırasında bakılmalıdır. Kemik çıkıntılarının olduğu bölgelere dikkat edilmelidir. Kırmızılık, iritasyon veya laserasyon görülmesi, bu bölge üzerindeki basıncın kaldırılmasını gösterir.
- Pozisyonun korunması, gerek yara oluşumu gerekse spastisite ve kontraktürlerin önlenmesi bakımından da önemlidir. Basınç dağılımını kolaylaştırmak amacıyla havalı yataklar, su yatakları veya pozisyon değiştiren yataklardan yararlanmak mümkün olsa da bunların hiçbiri, hastayı çevirmenin ve uygun pozisyon vermenin yerini almaz.
- Tekerlekli iskemlede oturanlarda mutlaka basıncı dağıtan özel minderler kullanılmalı, hastaya her 5- 10 dakikada bir ellerinden destek alarak iskemlede yükselmesi (push- up ) öğretilmelidir.
- Genel bakımda bir taraftan hastanın kronik hastalığının tedavisine, diğer taraftan sağlığını olumsuz yönde etkileyebilecek faktörlerin düzeltilmesine önem verilir, genel vücut ve cilt temizliğine dikkat edilir.
- Derinin kan dolaşımını arttırmak amacıyla Lanolinli krem veya losyonlarla masaj uygulanır, hareket yaptırılır.
- Haftada en az iki kez banyo yaptırılır, su sıcaklığı sık sık kontrol edilir.
- Ter ve vücut sıvılarının ıslattığı katlanan bölgeler, yumuşak cildi tahriş etmeyen sabunlar kullanılarak ılık su ile yıkanır ve durulanır. Derinin pul pul olup kurumaması için banyodan sonra nemlendirici krem sürülür.
- Deri asla nemli bırakılmaz. Ayak ve tırnak bakımı aksatılmaz.
- İnkontinanslı hastalarda kirli pedlerin uzun süre kalmamasına dikkat edilir.
- Nemli kalan bölgeler için talk pudrası ve alkollü kremler kullanılmaz. Aşırı ovmadan abrasyon, maserasyon ülser olabileceğinden kaçınılır.
- Yoğun bakım şartlarında kullanılan üretral kateterler veya diğer kateterler düzenli olarak kontrol edilir.
- Yatağa bağımlılarda idrar ve defekasyon sonrası temizlik önemlidir. Dışkılama sonrası perianal bölge yumuşak sabun ve ılık su ile temizlenir.
- Giysiler pamuklu, hava geçiren, emici nitelikte olmalıdır, sentetik kumaşlardan kaçınılır.
- Yatak çarşafı temiz ve kuru kolay değiştirilebilen, gergin, hava dolaşımını sağlayan gözenekli kumaşlardan olmalıdır. Naylon kumaş kullanılmaz.
- Hastanın altındaki yatak ve çarşafta kırışıklık olmamalıdır.Giyeceklerde kat ve ek yeri, düğme, lastik ve bandaj bulunmamalı, kıyafetler fazla sıkı olmamalıdır. Kolay değiştirilebilen, gergin, hava dolaşımını sağlayan gözenekli kumaşlardan olmalıdır.
- Yoğun bakımda yatan veya yatalak bir hastada mekanik yükü azaltmak amacıyla en geç iki saatte bir pozisyon değiştirilir.
- Yatak başı, hastanın durumuna uygun olarak minimal yükseltilir. Hastanın vücut ağırlığını mümkün olabilir en geniş alana yaymak amaç olmalıdır. Bu nedenle, yüzey destek ve koruyucularla bası azaltıcı araçlar kullanılabilir. Statik olarak; standart (en az 13 cm) köpük yastıklar, koyun postu, su, hava ya da jel doldurulmuş yatak örtüleri kullanılabilir. Dinamik olarak; güç kaynağı kullanılarak hava akımlı (Cliniton yatak) yataklar, özel durumlarda su, hava ya da jel doldurulmuş yastıklar veya minderler kullanılabilir

**NOT:** Hiçbir otomatik sistemin dekübit ülserlerin önlenmesinde ve bakılmasında hemşirelik hizmetinin yerini asla alamayacağını unutmamak gerekir.

- Dengeli beslenme ve yeterli sıvı alımı çok önemlidir. Kalorisi ve protein oranı dengelenmiş, vitamin ve mineral içeriği yeterli bir beslenme düzenine geçilmelidir.
- Hastanın, cilt sağlığını ve bütünlüğünü koruması için gereken davranışlara psikolojik adaptasyonu sağlanmış olmalı, gerekirse bu amaçla psikolojik destek verilmelidir.

#### 5.7 Konservatif Tedavi:

- Dekübit ülserlerin cerrahi olmayan tedavisi temiz yara oluşturması ve cerrahi tedaviye hazırlık olarak hastanın genel durumunun iyileştirilmesi esasına dayanır.

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
- İnfeksiyonla mücadele etmektir.

Bir ülserin cerrahi tedavisi için gerekli süre bir-iki hafta sürebilir.

HAZIRLAYAN	KONTROL	ONAY
Yoğunbakım Sorumlu Hemşiresi	Kalite Yönetim Direktörü	Başhekim

 T.C. Sağlık Bakanlığı Viranşehir Devlet Hastanesi	<b>BASI YARASI ÖNLEME VE BAKIM TALİMATI</b>			
Kodu: YB.TL.01	Yayın Tarihi:31/05/2013	Revizyon Tarihi:15/06/2017	Revizyon No: 01	Sayfa No: 5/5

### 5.8 Lokal Yara Bakımı:

- Yoğun bakım ve klinik hastalarında yatak başında, nekrotik doku debride edilir. Debridman sırasında baskının durduramayacağı kanamaya neden vermemek gerekir.
- Sekiz saatte bir hemşire yarayı cerrahi sabun ile yıkayıp durulanır. Serum fizyolojik ile nemlendirilmiş rulo bezle destek verilir, rulo bez dört saatte bir nemlendirilir ve sekiz saat sonra değiştirilir. Bu rulo bez üzerine kapama veya pansuman konmamalıdır (Islak-kuru pansuman).
- Rulo bez çıkarılırken ölü doku da bu şekilde uzaklaştırılmış olur. Yedi-on gün içinde granülasyon dokusu oluşabilir. Derin ve geniş ülserlerde kesilen debridman kanamaya neden olabilir. Çinko oksit, gliserin ve hidrojen peroksit karışımı emdirilmiş rulo bez yaraya uygulanır ve günde iki kez değiştirilir.
- Hastanın hekimi uygun görürse plastik cerrahi konsültasyonu ister. Plastik cerrahın önerileri doğrultusunda yara bakımına devam edilir.

### 5.9 Dekübit Ülserlerinin Evrelerine Göre Tedavisi:

#### 5.9.1 Evre 1:

- Koruyucu yaklaşımla ve basit topikal tedavi ile düzeltilebilir. Öncelikle ülser üzerindeki basınç kaldırılır lokal yara bakımı uygulanır. Olası infeksiyöz etkenleri ortadan kaldırmak için ciddi bir topikal tedavi ile yara kontraksiyonu hızlanır ve infeksiyon riski azalmış olur.

#### 5.9.2 Evre 2:

- Agresif topikal tedavi gerektirir. Altı- sekiz saatte bir serum fizyolojikle yapılan ıslak pansumanlar (wet to dry) tercih edilir. İnfekte yaralarda gazlı bezin germisidal bir ajanla uygulanması önerilir. Ayrıca çeşitli örtüler, kalsiyum alginatlar, köpükler, hidrojenler, hidrokolloidler, transparan filmler, elektrik stimülasyonları ve büyüme faktörlerinden yararlanılır.

#### 5.9.3 Evre 3-4:

- Yara temizliği ve nekrotik dokunun debridmanı önemlidir. Çok derin ülserlerde osteotomi, yara kültürü ve osteomyelit mevcutsa kemik doku kültürü ve iki-altı hafta sistemik antibiyotik tedavisi yapılır.
- Yarada nekroz yoksa yeterli bakım sağlandıktan sonra deri greftleri veya çeşitli flepler uygulanır.
- Evre 4'te fasiokütanöz flepler, mikrovasküler doku transferi özel koşullarda yapılır. Postoperatif olarak yara sahası iki gün mutlaka nemli tutulur.
- Direnler iki hafta muhafaza edilir ve bu süre içinde idrar-gaita inkontinansı açısından dikkat edilir.
- Sistemik antibiyotik tedavisi preoperatif devrede başlayıp postoperatif devreye kadar devam eder.
- Erken postoperatif dönemde antispazmotikler kanama ve hematoma riskini azaltır.
- Bakteriyel infeksiyonun geliştiğini klinik olarak saptamak mümkündür. Eğer yara çevresinde kızarıklık, pürülan akıntı, kötü koku ve ödem oluşmuşsa şüphelenmek gerekir.
- Antibiyotik seçimi yaranın durumuna göre yapılır. Önce yaradan kültür antibiyogram mutlaka yapılmalıdır. (Genel olarak, stafilokoklar, streptokoklar, Escherichia coli, Proteus'lar, Pseudomonas aeruginosa'lar sıklıkla üremektedir.)

### 5.9 Sistemik Tedavi :

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

### 6.0 İLGİLİ DÖKÜMANLAR

- HB.FR.06 HASTA HASTA YAKINI UYUM EĞİTİM FORMU
- YB.FR.07 YOĞUN BAKIM HASTA İZLEM FORMU
- YB.RB.01 YOĞUN BAKIM RIZA BELGESİ
- HB.FR.16 BASI YARASI TAKİP VE DEĞERLENDİRME FORMU

<b>HAZIRLAYAN</b> Yoğunbakım Sorumlu Hemşiresi	<b>KONTROL</b> Kalite Yönetim Direktörü	<b>ONAY</b> Başhekim
---------------------------------------------------	--------------------------------------------	-------------------------