|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **BASI YARASI OLUŞUMUNU ÖNLEME VE BAKIM PROSEDÜRÜ** | DÖKÜMAN KODU | HB.PR.15 |
| YAYIN TARİHİ | 09.08.2016 |
| REVİZYON TARİHİ | 02.08.2017 |
| REVİZYON NO | 01 |
| SAYFA | 1/4 |

1. **Amaç:**

Bu prosedürün amacı, bası yaralarının gelişimini önlemeye yönelik standart bir yöntem belirlemektir.

1. **Kapsam:** Bu prosedür bası yaralarının gelişimini önlemeye ve bakımına yönelik tüm faaliyetleri kapsar.
2. **Tanımlar:**

Bası Yarası: deri ve deri altı kemik bulunan bölgelerde aşırı ve uzun süreli bası sonucu dokularda iskemi ve ülserasyon oluşmasına bası yarısı veya dekübit denir. Bu yalnızca yatan hastalarda değil , oturan veya basıya maruz kalan her hastada ve her bölgede oluşmaktadır.

1. **Sorumlular:**

Hemşire,

Doktorlar

1. **Uygulama:** **5.1.Temel İlkeler**

Hastanın ilk değerlendirmesi sırasında 5 yaşından büyük hastalar ve yetişkin hastalar değerlendirilir. Daha sonra haftada bir veya hastanın günlük bakımı sırasında son değerlendirmeye göre farklı bir durum saptanırsa yeniden değerlendirme yapılmalıdır.

● Riskli bölgeler basınç ve travmalardan korunmalıdır.

● Risk altındaki her hastanın pozisyonu hekim isteminde belirtilmedikçe ii saatte bir değiştirilmelidir.

●Hasta ve/veya ailesi önleme faliyetlerine yönelik bilgilendirilmelidir.

* 1. **Değerlendirme ve Takip**

Bası yarası riski hemşire tarafından değerlendirilir. Bası yarasını önleme bakımı yapan hemşirenin sorumluluğundadır. Bası yarası ilk kez değerlendirildiğinde bası yarası riski TA.FR.13 Hemşire Gözlem Değerlendirme Formu’na hemşire tarafından kaydedilir. Bası yarısı riskinin yüksek çıkması durumunda hastanın tedavisinden sorumlu sağlık ekibi KY.FR.03 Basi Yarasi Izlem Formu ile takip eder. Takip sonucunda oluşan kayıtlar hasta dosyasında muhafaza edilir.

* 1. **Bası Yarasının Klinik Sınıflandırması**

**● 1.Derece:** Bası bölgesinde deride hipermi, cilt bütünlüğü bozulmamıştır. Cilt kızarıklık ağrı hassasiyet vardır

 **● 2.Derece**: Bası bölgesinde dermise kadar yayılan yüzeysel ülserasyon ile birlikte ağrı ve hassasiyet vardır. Enfeksiyon oluşabilmektedir.

 **● 3.Derece**: Bası bölgesinde deri altı yağ dokusu, kas veya kemiği ilerleyen derin ülserasyon nekroz ve ateş mevcuttur.

**● 4. Derece:** Kemik, eklem ve vücut boşluklarına (rektum, mesane, vagina)ilerleyen ülser, nekroz ve ateş mevcuttur.

**● 5.Derece:** Ekleme kadar yayılan ülserasyonlar enfeksiyon, ateş, nekroz, koku ve akıntı mevcuttur.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **BASI YARASI OLUŞUMUNU ÖNLEME VE BAKIM PROSEDÜRÜ** | DÖKÜMAN KODU | HB.PR.15 |
| YAYIN TARİHİ | 09.08.2016 |
| REVİZYON TARİHİ | 02.08.2017 |
| REVİZYON NO | 01 |
| SAYFA | 2/4 |

* 1. **Bası Yarasının Oluşma Riskinin Yüksek Olduğu Bölgeler:**

● Oksipital Bölgeler İliyak Bölgeler

●Dil ve Dudak Çevresi(özellikle entübasyon tüpü kullanımına bağlı olarak)

●Spinal Bölgeler

●Diz Sakrum topuk

 ●Kalazlar Femur Başları NGS kullanımın uzun süre aynı yere takılması sonucu burun duvarına yaptığı sürtünme ve bası sonucu oluşan dekübitler.

●Dirsek Dirsek Kulak Zigoması Skapula Bölgeleri Perianal Bölgeler

* 1. **Bası Yarası Riski Olan Hastalar**

● Hiper tansiyon ve ilerlemiş diyabet Hareketi kısıtlı olan yatalak hastalar(idrar Aşırı obez ve kaşektik hastalar ve gaita inkontinansı)

● 75 yaş ve üstü hastalar

● Beslenme bozukluğu olan hastalar

● Eski dekübit anamnezi olan

● Hipoproteinnemisi olan hastalar

● Yetersiz O2 beslenmesi(KOAH)olanlar

● Metabolizma bozukluğu elektrolit dengesizliği (herhangi bir organ yetmezliği)olan hastalar

● Herhangi bir travma sonucu politravmalı hastalar

●CVA olan hastalar

* 1. **Bakım Uygulaması:**
		1. Her pozisyon değişiminde riskli bölgeler , kızarıklık , sıyırık , bül , çatlak ve lezyon açısından değerlendirilir.
		2. Riskli hastalarda , havalı yatak kullanılır.
		3. Cilt bakımında alkali olmayan sabunlar kullanılır.
		4. Cilt bakımında pudra kullanılmaz.
		5. Hassas ve kuru cilt üzerine masaj yapılmaz.
		6. Her iki saatte bir pozisyon değiştirilir.
		7. Daima cildin kuru ve temiz olması sağlanır.
		8. Hastanın giysilerinin her zaman temiz , kuru , terletmeyen ve emici kumaştan olması sağlanır.
		9. Sürgü verirken cildin tahriş olmamasına dikkat edilir.
		10. Sakral , perianal ve koltuk altı bölgeleri günde 3-4 kez yumuşak bebe sabunu ve şampuanla yıkanmalı , ılık su ile durulanıp daima kuru tutulmalıdır.
		11. Pozisyon verilirken basıncın abdomen , sırt , ekstremitelere eşit dağılımı sağlanmalıdır. Baş pozisyonu hekimin izin verdiği en alçak seviyede tutulur. Solunum ve santral sinir sistemi sorunu olan hastalarda hekim istemi uygulanır. Her pozisyon değişiminde hasta risk bölgeleri açısından cilt bütünlüğü değerlendirilir.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **BASI YARASI OLUŞUMUNU ÖNLEME VE BAKIM PROSEDÜRÜ** | DÖKÜMAN KODU | HB.PR.15 |
| YAYIN TARİHİ | 09.08.2016 |
| REVİZYON TARİHİ | 02.08.2017 |
| REVİZYON NO | 01 |
| SAYFA | 3/4 |

* + 1. Üst ekstremitede: omuz 45º abduksiyon, dirsek semi fleksiyon+ iç rotasyon, el bileği 15-20º dorsifleksiyonu, parmaklar semi fleksiyon, başparmak oppozisyonda veya hekimce belirtilen özel pozisyon verilir.
		2. Alt ekstremitelerde: kalça 45 abdüksiyon, diz ve ayak bileği nötral pozisyonda: ayakbileği 90º, bacak dış rotasyonu ve diz fleksiyonundan kaçınılır veya hekimce belirtilen özel pozisyon verilir.
		3. Hastanın yan pozisyonunda vücudun tüm ağırlığının altta kalan extremitelere yüklenmesi yerine sırttan ve kalçadan vücudun ağırlığı eşit dağılacak şekilde yan pozisyon verilir.
		4. Entübe hastalarda entübasyon tüpünün dudak kenarına basısını önlemek için risk yoksa hekim ile birlikte tüp ağız içinde dudağın diğer tarafına tespit edilir. Risk varsa tüp ile dudak kenarına vazelinli spanç yerleştirilir.
		5. 24 saatlik aldığı – çıkardığı sıvı takibi yapılmalıdır.
		6. Yatak takımları günlük çarşaflar iyice geçirilerek değiştirilmelidir. Düzenli olarak yatakta aktif ve pasif egzersizler yaptırılmalı ve dolaşımın az olduğu bölgelere masaj yapılmalıdır.
		7. Hastanın beslenmesi ve diyet düzenlenmesi yapılmalıdır.Hastanın protein ve elektrotları kontrol edilerek , laboratuvar sonuçlarına göre , yüksek kalorili , elektrolit dengeli bir beslenme listesi hazırlanmalıdır.
		8. Hasta ve hasta yakınlarına bası yarasının önemi , korunma yöntemleri ve yapılan işlemler hakkında bilgilendirme yapılmalıdır.

 **Bası Yarası İçin Riskli Bölgeler**

**5.6. Bası Yarası Tedavisi**

● 1 ve 2. derece bası yaralarından koruyucu önlemler devam ettirilen 2. Derece bası yarasında pansuman malzemeler kullanılabilir.

● 3. ,4. Ve 5. Derece bası yaralarında koruyucu önlemler devam ettirilir. Aynı zamanda yara bölgesi büyüklüğü, nekrotik durumu, drenaja olup olmadığı, yara çevresi cilt bütünlüğü değerlendirilir.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **BASI YARASI OLUŞUMUNU ÖNLEME VE BAKIM PROSEDÜRÜ** | DÖKÜMAN KODU | HB.PR.15 |
| YAYIN TARİHİ | 09.08.2016 |
| REVİZYON TARİHİ | 02.08.2017 |
| REVİZYON NO | 01 |
| SAYFA | 4/4 |

● Nekrotik olan yaralar cerrahi işlemle tedavi edilerek ölü doku temizlenir.

● Yara bölgesi yara iyileşmesini hızlandırdığı için serum fizyolojik ile temizlenir

● Antiseptic solüsyon kullanılması gereken akıntılı, enfekte yaralarda öncesinde ve sonrasında serum fizyolojik ile temizlenir.

 ●Akıntılı yaralarda kuru pansuman kullanılır. Yara serum fizyolojik ile temizlendikten sonra steril bez yada ped ile kapatılır. Ya da emici pansuman malzemeleri kullanılır.

 ●Akıntısı olmayan yaralarda nemli pansuman kullanılır. Yara serum fizyoljik ile temizlendikten sonra nemli gazlı bezle kapatılır.

 ●Tüm bakım uygulamalarında hastanın mahremiyeti korunur. Yara pansumanlarında asepsi ,antisepsi , kuralları uygulanır. Bası yarasının bulunduğu bölge dikkatle alınarak uygun pozisyon verilir.

**6. İLGİLİ DOKÜMANLAR**

* 1. TA.FR.13 HEMŞIRE GÖZLEM DEĞERLENDIRME FORMU
	2. KY.FR.03 BASI YARASI İZLEM FORMU

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| HAZIRLAYAN | KONTROL EDEN | ONAYLAYAN |
| BAŞHEMŞİRE | PERFORMANS VE KALİTE BİRİMİ | BAŞHEKİM |