



SDÜDHF/TBH/TLM/08/YT-26.09.2014/REVNO-00

1. AMAÇ

1.1. Hastane enfeksiyonlarını önlemek ve yara iyileştirmesini çabuklaştırmak.

2. KAPSAM

2.1. Tüm birimlerdeki sağlık personeli

3. SORUMLULAR

3.1. İlgili birim sorumluları

4. UYGULAMA

4.1. Korunma

4.1.1. Riskli hastalara ve ailelerine bası yaralarını önlemeye yönelik eğitim vermelidir.

4.1.2. Cilt nemi kontrol altında tutulmalıdır

4.1.3. Havalı yatakta da 2 saatte bir pozisyon değiştirilmelidir.

4.1.4. Diyabetik yaraların bakımı uzman kişiler tarafından yapılmalıdır.

4.1.5. Yatağa yarı bağımlı hastalarda bası yarası gelişmemesi için sık pozisyon değiştirilmelidir.

4.1.6. Bası yarası olup olmadığı düzenli gözlemlenmeli ve bası yaraları mümkünse her gün değerlendirilmelidir.

4.1.7. Nöropatik yaraları korumak ve ilerlemesini engellemek için hipergliseminin kontrol altına alınması, travmaların önlenmesi, uygun ayak bakımı verilmesi, ayakların rutin aralarla muayene edilmesi, beden ağırlığını eşit bir şekilde dağıtılması ve uygun ayakkabıların seçilmesi konusunda eğitim verilmelidir.

4.1.8. Bakım hastalarında vasküler yaralardan korunmak için ayaklar; her gün ılık su ve sabunla yıkanmalı kuru deri uygun şekilde nemlendirilmeli, tırnaklar keskin bir aletle düz olarak kesilmeli, kalınlık törpülenerek inceltilmelidir.

4.2. Cilt bakımı

4.2.1. Cilt bakımında beslenme için uygun diyet verilmeli, hareketler yaptırılmalıdır.

4.2.2. Destek yüzey tedavisi ve yapışkan filmler uygulanmalıdır.

4.3. Debridman

4.2.3. Debridman yara üzerindeki ölü dokuların kaldırılarak canlı doku ortaya çıkana kadar yapılmalıdır.

4.2.4. Debridman enfeksiyon ortamını kaldırmak, iyileşmeyi hızlandırmak ve yaranın derinliğini değerlendirmek için yapılmalıdır.

4.4 Yara Temizliği

4.4.1 Antiseptik solüsyonlar yara temizliğinde klinik değerlendirmeden sonra ihtiyaç halinde kullanılmalı ve yara bölgesinin temizliği steril serum fizyolojik ile yapılmalıdır.

4.4.2 Bası yarasını temizlerken mümkün olduğunca az miktarda mekanik güç kullanılmalıdır.

4.4.3 Kaviteli ülserlerde irrigasyon yapılmalıdır.

4.5 Islak Pansuman (Nemli Emici Pansuman)

4.5.1 Islatılmış gazlı bezle yaradan uzaklaştırılabilecek tüm katı, sıvı artıklar uzaklaştırılmalıdır.

4.5.2 Temizlenmesi tamamlanmış yara yüzeyine, vazelin emdirilmiş gazlı bez (tülle-grass = vazelinli gaz) konulmalıdır.

4.5.3 Vazelinli gazlı bezin üzeri ıslatılmış gazlı bezle köşeler, kaviteler ve cilt altındaki boşluklar doldurulacak şekilde yapılır. Bu pansuman kirli akıntılı yaralarda günde 4 kere yapılmalıdır.

4.6 Pozisyon

4.6.1 Yatağın baş kısmını 30 derece veya daha düşük derecede tutulmalıdır.

4.6.2 Tekerlekli sandalyeye bağımlı kişilerde anatomiye uygun pozisyon sağlamak, ağırlık uygun şekilde dağıtılmalı, ayaklar desteklenmeli, tekerlekli sandalyenin yüksekliği ayarlanmalıdır.

HAZIRLAYAN

KONTROL EDEN

ONAYLAYAN

DÖKÜMAN DURUMU

- KONTROLLÜ KOPYA
 KONTROLSÜZ KOPYA
 İPTAL/...../.....

- 4.6.3** On beş dakikada bir basıncı azaltan egzersizler yaptırılmalı, bu yapılamıyorsa saat başı pozisyon değiştirilmelidir.
- 4.6.4** İmmobil hastalarda en az 2 saatte bir planlı bir şekilde pozisyon değiştirmelidir.
- 4.6.5** Çarşafların ve kıyafetlerin kırıksık ve ıslak olmamasına özen gösterilmelidir.
- 4.6.6** Terleme, yara drenajı ve inkontinans değerlendirilmeli ve vücudun kuru kalmasına yönelik önlemler alınmalı, mesane ve barsak eğitim programı oluşturulmalı, cildi temizlemeli, emici pedler kullanılmalı, dışkı ve idrarı toplayıcı araçlar kullanılmalıdır.
- 4.6.7** Yatakların ve tekerlekli sandalyelerin oluşturduğu basıncı azaltmaya yardımcı olan araçlar (yastıklar, köpüklü pedler, havalı yataklar) kullanılmalıdır.kapatılmalıdır.

HAZIRLAYAN

KONTROL EDEN

ONAYLAYAN

DÖKÜMAN DURUMU

- KONTROLLÜ KOPYA
 KONTROLSÜZ KOPYA
 İPTAL/...../.....