



1.AĞIZ BAKIMI TALİMATI

AMAÇ: Özellikle bilinci kapalı hastaların ağız mukozasının kuruması ile oluşacak enfeksiyonların önlenmesi ve bilinci kapalı hastaların yutma refleksi zayıflaması ya da kaybolması nedeniyle ağızda biriken tükürük salgılarının akciğere aspirasyonunun önlenmesi ve oral kavitenin bütünlüğünü korumak için standart bir yöntem belirlemektir.

KAPSAM: Hastanemiz Kliniklerinde yatarak tedavi gören hastaların ağız bakımı gerektiren durumları ve oral kavitenin düzeylerine göre tanılanması ile düzeylere yönelik bakımı kapsar.

SORUMLULAR: Hekim, Hekim dışı sağlık çalışanları

TANIMLAR:

Mukozit: Ağız mukoz membran bütünlüğünde bozulma (eritem, ödem, kanama, ülserasyon, psödo membran oluşumu ile karakterize durum).

Halitozis: Ağız kokusu

Stomatitis: Ağız mukozası iltihabı

Gingivitis: Diş eti iltihabı

Glossitis: Dil iltihabı

FAALİYETAKIŞI:

Değişiklikler Ağız bakımı gerektiren durumlar;

- Koma ve şoktaki hastalar,
- Diyabetik ve üremikler,
- Oksijen inhalasyonu,
- NG tüp takılı hastalar
- Dehidratasyon,
- Yüksek ateş,
- Protein, vitamin ve kalori eksikliği,
- Ağızdan beslenememe,
- İlaç kullanımına (Psikotrop, antibiyotik, antikolinergik, demir vs) bağlı ağız kuruluğu, lezyon, dişlerde sararma,
- Kemoterapi,
- Radyoterapi,
- Erken post-op dönemdeki hasta,
- Sigara ve alkol kullanımı,
- Kötü oral hijyen,

Risk faktörleri taşıyan hastalara, özel ağız bakımı verilir.

- a. Ağızda oluşan plaklar uzaklaştırılmalıdır.Bu işlem esnasında hastanın tanısı, trombositopenisi varsa antikoagülan alımı göz önünde bulundurulmalıdır.
- b. Trombositopeni ve kanama eğilimi olan hastalarda diş ipi kullanılmaz.
- c. Fırçalama için yumuşak, naylon kıllı bir diş fırçası kullanılır.
- d. Protezi olan hastada ağız bakımı vermeden önce, protezi çıkarılır.
- e. Bakımının tüm aşamalarında hasta bilgilendirilerek bakıma katılımı sağlanır.
- f. Steroid içeren inhaler tedavi sonrası uygun sıklıkla ağız bakımı yapılmalıdır.



Oral mukozit bakımında kullanılacak solüsyon tipi ve ağız bakımı uygulama sıklığı mukozada görülen problem/ etken ile doğrudan ilişkili olduğundan uygun solüsyonun kullanılması (bakteri grubu mikroorganizmalar için serum fizyolojik %0,9 NaCl, mantar grubu mikroorganizmalar için sodyum bikarbonat %5) gereklidir.

Bilinci kapalı hastalarda pnomoniye önlemek için ağız içinde biriken sıvılar temizlenmeli ve entübe hastalarda subglottik aspirasyon yapılmalıdır.

Ağız bakımını kendisi yapabilecek hastaya günde iki kez dişlerini floridli diş macunu kullanarak fırçalaması, her 3 ayda bir fırçasını değiştirmesi, herhangi bir enfeksiyon geçiriyor/ geçirdi ise fırçasını hemen yenilemesi gerektiği belirtilmelidir.

Mukozit Sınıflandırma Bakım Sıklığı

DERECE 0: Problemyok

Günde 3 kez ağız bakımı

DERECE 1: Ağızda eritem ve inflamasyon vardır, ülser yoktur

6 saatte bir ağız bakımı (dişetlerinde ağrı ve iritasyon varsa diş fırçalanmaz)

DERECE 2: Ağızda ağrılı eritem, ödem, inflamasyon ya da ülserler vardır. Ancak hasta sıvı ve katı besinleri yiyebilir

2- 4 saatte bir ağız bakımı (diş fırçalama önerilmez)

DERECE 3: Ağrılı eritem, ödem ve ülserler vardır, hasta sadece sıvı besinleri alabilir.

2- 4 saatte bir ağız bakımı (diş fırçalama önerilmez)

DERECE 4: Hasta ağız yoluyla herhangi bir

1-2 saatte ağız bakımı

sey yiyemez. Parenteral ya da enteral destek gereklidir.

İŞLEM BASAMAKLARI:

- İşlem öncesi hasta ve hasta yakınlarına uygulama hakkında bilgi verilir. Soruları varsa yanıtlanır.
- Eller el yıkama standardına uygun yıkanır.
- Eldivenler giyilir.
- Perde ya da paravan çekilir.
- Hastaya uygun pozisyon verilir (Hasta bilinçli ise fowler pozisyon, bilinçli değilse başının altında tek yastık bırakarak başını yana çevrilir).
- Protezleri varsa çıkarılır.
- Çenesinin altına havlu ve böbrek küvet yerleştirilir.
- Hastanın ağız içi iyi görülebilecek şekilde aydınlatılır.



- Gazlı bezin ipleri içerde kalacak şekilde abeslang üzerine sarılır.
- Gazlı bez, bakım için hazırladığınız solüsyon ile ıslatılır.
- Dikkatli bir şekilde dişler, yanak içleri, dil, dilaltı, diş etleri ve diğer yumuşak dokuların hepsi silinir.
- Gazlı bez kirlendikçe yeni spanç ile silme işlemi tekrarlatılır.
- Kalan solüsyon ile eğer hasta bilinçli ise ağız çalkatılır.
- Dudaklara nemlendirici bir krem, pomad veya vazelin sürülür.
- Atıklar "Tıbbi Atık Yönetimi Talimatı"na uygun şekilde atılır.
- Eller "Hijyenik El Yıkama Talimatı"na uygun yıkanır.
- Yapılan işlem "Hemşire Gözlem Formu"na kaydedilir.

2. PERİFERİK DAMAR YOLU BAKIMI

AMAÇ : Enfeksiyonun önlenmesi ve hastanın konforunun sağlanmasıdır.

KAPSAM: Hastanemiz Kliniklerinde yatarak tedavi gören hastaları kapsar.

SORUMLULAR : Hekim, Hekim dışı sağlık çalışanları

TANIMLAR :

Flebit: Venin enfekte olması/iltihaplanmasıdır.

İnfiltrasyon: Dokuda ya da hücrelerde normal olmayan bir maddenin birikmesi ya da bir maddenin normalden fazla toplanmasıdır.

FAALİYET AKIŞI:

Periferik yol ile ilgili risk faktörleri

Yaş (yenidoğan < 4 hafta, >65 yaş) Hastanın bilinç durumu

İnfüzyon solüsyonun iritan veya vezikan olması İnfüzyon tipi (aralıklı-sürekli)

Kateter yerleşim yeri (fleksiyon bölgesine yerleştirme, jugular vane kateter takılması vb.)

Dikkat Edilecek Noktalar:

Periferik damar yolu bakımında;

- Erişkin hastalarda flebit oluşumunu önlemek için periferik venöz kateterler 72-96 saatte bir değiştirilmelidir. Eğer hastanın damar yolu bulunmasında sorun varsa ve flebit ya da başka enfeksiyon belirtisi yoksa bu süre daha uzun olabilir.
- Çocuk hastalarda ise komplikasyon gelişmedikçe periferik venöz kateterlerin değişmesine gerek yoktur; IV tedaviye devam edildiği süre boyunca korunmalıdır. Ajite ve cildi terli olan çocuklarda tespit güç olduğundan belirli sürelerle kontrol etmek koşulu ile sargı bezi ile sarılarak tespit edilmelidir.
- Aseptik tekniğe bağlı kalındığından emin olunmayan ve acil şartlarda takılan kateterler 48 saatten geç olmamak kaydıyla değiştirilmelidir.
- Periferik venöz kateterler günlük olarak değerlendirilmeli, pansuman örtüsü şeffaf ise bölge kızarıklık, şişlik açısından gözlenmeli, örtü şeffaf değilse tespit materyali üzerinden nazikçe palpe edilerek değerlendirilmelidir. Hastaya ağrı, uyuşma, ekstremitede karıncalanma olup olmadığı sorulmalıdır.
- Periferik venöz kateterlerin pansumanı rutin olarak yapılmamalıdır. Kateter pansumanı materyali nemlendiğinde/islandığında, gevşediğinde (bütünlüğü bozulduğunda) ya da gözle görünür kirlenme olduğunda değiştirilmelidir.
- Bakım yapılırken aseptik tekniğe uyulmalıdır.
- Bakım yaparken IV kateterin yerinden çıkarılmamasına dikkat edilmelidir. Kateter yerinden çıkmışsa geri itilmemelidir.
- Bakım yapıldıktan sonraki kateter tespit malzemesi steril, yarı geçirgen ve şeffaf olmalı, kateter tespiti kateterin bulunduğu vane oluşabilecek infiltrasyon, flebit vb. komplikasyonları kolayca görülebilecek şekilde yapılmalıdır.



ı. Bakım yapılırken IV girişim komplikasyonlarından biri gelişmiş ise (flebit, infiltrasyon, ekstremitasyon) bakım yapılmadan kateter yerinden çıkarılmalıdır.

İ. Bakımda kullanılacak antiseptik solüsyonlar kontaminasyonu önlemek için uygun şartlarda saklanmalı ve orijinal ambalajında kullanılmalıdır.

J. Kateter, bağlantı ekleri ve kateter giriş yeri su geçirmez örtü ile kaplandıktan sonra hastanın duş almasına izin verilmelidir.

K. Kateter takıldıktan hemen sonra, infüzyon ya da enjeksiyona başlamadan önce/ sonra ve 12 saatten uzun süre kullanılmadığı durumlarda ise 12 saatte bir uygun miktarda %0.9 NaCl solüsyonu ile yıkama yapılmalıdır.

Periferik kateterin yıkanması işlemi için; yıkama damar duvarına zarar verebileceğinden ve olası trombusün ilerlemesine neden olabileceğinden düşük basınçla yıkama yapılmalıdır.

Düşük basınçla yıkamayı sağlamak için 10 ml enjektör kullanılmalıdır. 10 ml.den küçük enjektörler daha fazla basınç oluşturmaktadır.

İŞLEM BASAMAKLARI

1. Eller el yıkama standardına göre yıkanır ve eldiven giyilir.
2. Bakımın yapılacağı bölgedeki tespit malzemeleri serum fizyolojik ve ya alkolle yumuşatılarak çıkarılır, bu arada kateterin çıkmamasına dikkat edilir.
3. **Bölgede kan ve kirlilik varsa;** alan önce serum fizyolojik ile temizlenir, daha sonra antiseptik solüsyonlu (cilt antiseptikleri; % 2' lik klorheksidin içeren antiseptikler, tentürdiyot, iyodoform- povidon iyot ya da % 70' lik alkol) steril tamponla kateterin cilde girdiği bölgeden başlayarak dairesel hareketlerle içeriden dışarıya doğru silinir. Bu işlem ayrı bir tamponla tekrarlanır, kateter çevresi temizlenir.
4. Solüsyon sürüldükten sonra solüsyonun kullanma talimatına uygun olarak ya da en az bir dakika kurumaması için beklenir (povidonyot kullanımında bu süre en az iki dakika olmalıdır).
5. Steril tampon kateterin altına gelecek ve akışı engellemeyecek şekilde yerleştirilir.
6. Kateterin giriş yeri terleyen hastalarda, kateter giriş yerinde kanama veya sızdırma varsa steril gazlı bez ile söz konusu durumlar yoksa şeffaf örtülerle kapatılır.
7. Bakım sonrası tespit materyallerinin üzerine tarih, saat ve bakım yapan kişinin ismi/parafı yazılır.
8. Periferik kateterin yıkanması işlemi tromboz oluşumunu önlemek için gereklidir. İşlem için steril serum fizyolojik (SF) kullanılır. Mümkünse devamlı sıvı uygulaması tercih edilir. Hastaya aralıklı infüzyon ya da IV enjeksiyon uygulanacaksa kateter her infüzyon ve enjeksiyondan sonra pozitif basınçla yıkanmalıdır. Yıkama için tek dozluk solüsyonlar kullanılabilir.
9. Tek kullanımlık malzemeler uygun şekilde atılır.
10. İşlem sonrası eldivenler çıkarılır ve atılır.
11. Eller "Hijyenik El Yıkama Talimatı"na göre yıkanır.
12. Uygulama, gözlemler ve anormal bulgular kayıt edilir.

3. SANTRAL VENÖZ KATETER BAKIMI

AMAÇ : Santral kateterin tıkanması ve enfeksiyon oluşmasının önlenmesidir.



KAPSAM: Hastanemiz Kliniklerinde yatarak tedavi gören hastaları kapsar.

SORUMLULAR : Hekim, Hekim dışı sağlık çalışanları

TANIMLAR :

Periferik Yolla Takılan SVK: Basilik, sefalik veya brakial venlere takılır ve süperior vena cavaya ulaşır. Tüneliz SVK' lardan daha az sıklıkta enfekte olur.

Tüneliz SVK: Perkütan yoldan santral venlere yerleştirilir. Katetere bağlı kan dolaşımı enfeksiyonlarının büyük çoğunluğundan sorumludur. Kısa dönem kullanımlıdır.

Tamamen İmplant Edilen Kateter (port): Cilt altına tünel açılır ve cilt altı porta özel bir iğne ile ulaşılır, subklavyen veya internal juguler vene takılır. Katetere bağlı kan dolaşımı enfeksiyonu riski en düşük olan kateter tipidir. Hasta görüntüsünü bozmaz. Giriş yeri bakımına ihtiyaç duyulmaz. Ancak çıkarılması için cerrahi girişim gerekir. Özellikle pediatrik hastalarda tercih edilir.

Tüneliz SVK: Subklavyen, internal juguler veya femoral ven yoluyla implante edilir. Tüneliz SVK' ya göre daha az enfeksiyon gözlenir. Uzun süreli kullanımlar için uygundur ve cerrahi olarak yerleştirilir.

FAALİYET AKIŞI:

- SVK takılırken ya da kateter değiştirilirken bone, maske, steril önlük, steril eldiven ve büyük steril örtüden oluşan maksimum bariyer önlemlerine uyulmalı ve steril teknik kullanılmalıdır.
- Çok lümenli kateter kullanılıyorsa, biri sadece parenteral beslenme için ayrılmalıdır.
- Kısa süreli kateterlerde kateter pansumanında gazlı bez kullanılmış ise iki günde bir, şeffaf örtü kullanılmış ise en az yedi günde bir değiştirilmelidir. Ancak kateter pansumanı ıslanmış, bütünlüğü bozulmuş, kirlendiği zaman da pansumanı yenilenmelidir.
- SVK giriş yeri, lokalize şişlik, deri renginde solukluk, ağrı, kızarıklık, hassasiyet, ödem, pürülan akıntı, lokalize sıcaklık açısından değerlendirilmelidir.
- SVK giriş yeri, ekstremitasyon belirtileri açısından *ekstremitasyon önleme ve izleme standardına* göre değerlendirilmelidir.
- SVK uygulanan hasta takipne, ateş, siyanoz, dispne, göğüs ağrısı, taşikardi, solunum seslerinde azalma vb. olası komplikasyonlar açısından değerlendirilmelidir.
- SVK takıldıktan sonra komplikasyon oluşumunu önlemek açısından akciğer grafisi çekilip uygunsa santral venöz kateter kullanılmaya başlanmalıdır.
- SVK giriş yeri enfeksiyon, ekstremitasyon ve kateter komplikasyon bulguları açısından her gün kontrol edilmelidir. Enfeksiyon bulguları görülmesi durumunda hekime iletilmelidir.
- Hastada steril şeffaf örtü kullanılıyor ise kateter giriş yeri gözlemlenmeli, steril gazlı bez ile pansuman yapılmış ise pansuman üzerinden el ile palpe edilerek kontrol edilmelidir.
- SVK bakımı yapılırken %2'lik klorheksidin solüsyonu ya da %10'luk povidonyot kullanılmalıdır.
- Bakımda kullanılacak antiseptik solüsyonlar kontaminasyonu önlemek için uygun şartlarda saklanmalı ve orijinal ambalajında kullanılmalıdır.
- Yedi günlükten küçük veya gestasyon haftası 26 haftadan küçük olan yenidoğanlarda kateter giriş yerine %2' lik klorheksidin emdirilmiş sünger uygulanmamalıdır.
- SVK giriş yerinin örtülmesi için steril gazlı bez veya steril şeffaf, yarıgeçirgen örtüler kullanılmalıdır. Flaster kesinlikle kullanılmamalıdır.



- n. SVK linelerinin ucunun kontamine olmamasına, takılan üç yollu muslukların mutlaka kapalı tutulmasına dikkat edilmelidir. Ven valflerinin %70' lik alkol ile silinerek kullanılmasına dikkat edilmelidir.
- o. Her enjeksiyondan sonra sistem, 10 ml SF ardından 2- 3 ml heparinli serum (100U/ml) ile yıkanmalıdır.
- p. Tıkalı olduğu düşünülen kateter lümenine kesinlikle basınç uygulanmamalıdır.
- q. Yetişkinlerde 3 ml, çocuklarda 0,2 ml' lik gelen ilk kan atılmalı, kültür için yeni bir enjektöre kan alınmalıdır.
- r. Hastaya, kateterin ne amaçla takıldığı ve kateter giriş yerinde ağrı, kızarıklık, hassasiyet ve sızıntı olduğu zaman hemşireye haber vermesi gerektiği konusunda bilgi verilmelidir.
- s. SVK' ların kanülasyon esnasında veya erken dönem komplikasyonları:
Karotis, subklavyen arter ponksiyonu
Sinir hasarı- Enfeksiyon
Hava, trombüs embolisi-Aritmi
Hematom
Pnomotoraks – Hemotoraks – Hidrotoraks
Kardiyak perforasyon
- ş. SVK' ların geç dönem komplikasyonları:
Venöz tromboz
Vena kava superior sendromu, Endokardit,
Sepsis ve buna bağlı sekonder komplikasyonlar

İŞLEM BASAMAKLARI

Giriş Bölgesinin Bakımı ve Pansumanı

1. Malzemeler hazırlanır, hastanın yanına getirilir.
2. Eller "Hijyenik El Yıkama Talimatı"na göre yıkanır ve steril/ nonsteril eldiven giyilir.
3. Hasta/ailesine işlem açıklanarak işbirliği sağlanır.
4. Kateterin giriş yeri pansumanı kaldırılır.
5. Kateter giriş yeri enfeksiyon belirtileri yönünden kontrol edilir.
6. Eldiven çıkarılır ve pansuman seti steril şekilde açılır ve eldiven giyilir.
7. Kateter çevresi %2'lik klorheksidin veya %10 povidonyot ile saat yönünde /içten dışa (bir defa silinen yere bir daha değmeden) dairesel hareketle steril gazlı bez ile kontamine edilmeden silinir.
8. Santral venöz kateter giriş yeri steril emici gaz pansuman ya da şeffaf örtü ile kapatılır
9. İşlem sonrası kateter giriş yeri steril gazlı bez ve tespit materyali kapatılıp üzerine tarih ve bakımı yapan kişinin parafı atılmalıdır.
10. Kateterin lümenleri aynı anda kapatılır ve enjeksiyon kapakları (stoper)çıkartılır.
11. Lümen girişi klorheksidin ya da alkolle silinir ve tam kuruması beklenir.



12. Lümenlere yeni kapakları takılır ve infüzyon için klemp açılır.

13. Yapılan işlemler kaydedilir.

Santral Venöz Kateterden Kan Alma

1. Malzemeler hazırlanır, hastanın yanına getirilir.
2. Eller “**Hijyenik El Yıkama Talimatı**”na göre yıkanır ve eldiven giyilir.
3. Hasta/ ailesine işlem açıklanarak işbirliği sağlanır.
4. Kateterin giriş yeri pansumanı kaldırılır. Kateter giriş yeri enfeksiyon belirtileri yönünden kontrol edilir.
5. Port kateterden yapılan uygulamalarda tercihen hasta yatar pozisyona getirilir.
6. Kullanılacak lümen ucu antiseptik solüsyon ile silinir, tamamen kuruması beklenir.
7. Yetişkinlerde 3 ml, çocuklarda 0,2 ml’ lik gelen ilk kan atılır, kültür için yeni bir enjektöre kan alınır.
8. Alınacak kan miktarına göre uygun büyüklükte enjektör ile istenen miktardaki kan aspire edilir ve uygun tüplere yerleştirilir.
9. Kateter ucuna içinde SF olan enjektör takılır ve 10 ml SF ile yıkanır.
10. Kateter önerilen miktarda heparinli solüsyon ile yıkanır.

Heparinli solüsyon hazırlanışı; 5000 Ü/ ml heparin içeren flakondan 0,1 ml (1dizyem) heparin ve 5 ml serum fizyolojik **veya** 0,2 ml (2 dizyem) heparin ve 10 ml serum fizyolojik enjektör içine çekilir (Bu şekilde 1 ml’ de 100 Ü heparin içeren serum fizyolojik solüsyonu elde edilmiş olur).

11. Kullanılan lümen klempenir ve enjektör çıkarılır.
12. Lümen girişi antiseptik solüsyon ile silinir ve kuruması beklenir.
13. Kullanılan lümeneye yeni kapak takılır ve klemp açılır.
14. Eller “**Hijyenik El Yıkama Talimatı**”na göre yıkanır.
15. Yapılan işlemler kaydedilir.

4. BASINÇ ÜLSERİ ÖNLEME VE BAKIMI

AMAÇ: Doku bütünlüğünün ve dolaşımın devamlılığının sağlanması, basınç ülseri oluşumunun önlenmesi, basınç ülseri riskinin tanımlanması /derecelendirilmesi, standartlara uygun bakımın verilmesi ile olası komplikasyonların önlenmesidir.

KAPSAM: Hastanemiz Kliniklerinde yatarak tedavi gören hastaları kapsar.

KISALTMALAR:

SORUMLULAR : Hekim, Hekim dışı sağlık çalışanları

TANIMLAR :

Basınç ülseri: Tek başına basınç ya da sürtünme, yırtılma ile birlikte basıncın bir arada sebep olduğu genellikle kemik çıkıntılarının üzerinde gözlenen deri ve derialtı dokusunun hasarıdır.



FAALİYET AKIŞI:

- a. Entübe hastalarda entübasyon tüpünün dudak kenarına basısını önlemek için tüp ağız içinde dudağın diğer tarafına tespit edilmelidir. Risk varsa tüp ile dudak kenarına spanç yerleştirilmelidir.
- b. Nazogastrik kateter takılı olan hastalarda burunda basınç ülserini önlemek için tespit bandı farklı bölgelere uygulanmalıdır.
- c. Hareket kısıtlaması altındaki hastalarda kısıtlama araçlarının basınç ülseri oluşturmaya engel olunmalıdır.
- d. Noninvaziv ventilasyon maskesi takılı olan hastalarda basınç bölgeleri gözlenmelidir.
- e. Hastanın giysilerinin temiz, kuru, terletmeyen ve pamuklu giysiler olmasına özen gösterilmeli, giysilerin katlanıp cilt üzerinde basınç oluşturmaya engel olunmalıdır.
- f. Yatak çarşaflarının kuru ve gergin olmasına özen gösterilmelidir.
- g. Derinin kuruluğunun giderilmesi ve gerekli görülürse nemlendirilmesi sağlanmalıdır.
- h. Basınç ülseri üzerine doğrudan ısıtıcı araç ve cihaz (örn. sıcak su şişesi, ısıtıcı pedler, yatak ısıtıcıları) uygulanmamalıdır.
- i. Basınç ülserinin doğru sınıflandırılabilmesi için, yara tabanı görülmelidir. Bu nedenle nekrotik doku ile kaplı olan yaralar, skar dokusu debride edilmeden sınıflandırılmamalıdır. Bu tür yaraların sınıflandırılmaz olduğu kaydedilmelidir.
- j. Hekim ve diyetisyene danışılarak hastaya diyeti hakkında bilgi verilmelidir.
- k. Basınç bölgesine dolaşımı engellediği için simit kullanılmamalıdır.
- l. Yara debridmanını kolaylaştırmak için basınç etkili su (hidroterapi) kullanılabilir.
- m. Basınç ülserinde enfeksiyon belirti ve bulguları varsa kültür gönderilmeli, sonuca göre topikal ve sistemik antibiyoterapiye başlanmalıdır.
- n. Hasta uzun dönem bakım gerektiren ve evde bakımı devam edecek bir hasta ise ailesi tüm uygulamalara dahil edilmeli ve önleme/ bakım hakkında aileye ayrıntılı bilgi verilmelidir.

İŞLEM BASAMAKLARI

Basınç Ülseri Riski Değerlendirmesi

1. Hasta kimlik doğrulaması yapılır.
2. Eller "Hijyenik El Yıkama Talimatı"na göre yıkanır.
3. Hasta/ ailesi işlem hakkında bilgilendirilir.
4. Hastaya uygun pozisyon verilir.
5. Cilt bütünlüğü sistem tanılmasına göre değerlendirilir, basınca maruz kalan deri alanının durumu değerlendirilir (deri renginde değişiklik, solukluk ve beneklenme, yüzeysel deri tabakalarının bulunmaması, deri sıcaklığı vb.).
6. Kurumumuzun belirlemiş olduğu basınç ülseri risk değerlendirme ölçeği (bası ülseri tanılama ve risk değerlendirme formu braden sklası) kullanılır.



7. İlk değerlendirme, hastanın kliniğe kabulünde yapılır, hastanın durumunun gerektirdiği sıklıkta ve hastanın durumunda bir değişiklik olduğunda değerlendirme tekrarlanır.

Yoğun bakım gibi akut bakım ünitesinde hasta kabul anında ve her 48 saatte bir veya hastanın durumu değiştiğinde tekrar değerlendirme yapılmalıdır.

Uzun dönem bakımda, ilk kabulde ve sonraki dört hafta boyunca haftada bir kez, ondan sonra üç ayda bir ve hastanın durumu değiştiğinde yapılmalıdır.

Evde sağlık bakımında ilk kabulden sonra her ziyarette tekrar değerlendirme yapılmalıdır.

8. Belirlenen risk puanı ilgili sistem tanılaması formuna kaydedilir ve hekim ile paylaşılır.

9. Belirlenen risk sınıfına uygun girişimlerde bulunulur.

a. Düşük risk: Hastanın yatak içi hareketlerinin mümkün olduğunca arttırılması, basıncı azaltıcı yatak ve minderler kullanma, nem/ friksiyon/ yırtılmayı kontrol etme, hastanın durumuna uygun olacak sıklıkta pozisyon değiştirme (yatağa bağımlı ise 2 saatte bir, tekerlekli sandalyeye bağımlı ise 1 saatte bir kez), beslenmeyi düzenleme.

b. Orta derecede risk: Düşük risk uygulamalarına ek olarak köpük kenarlıklarla desteklenmiş yan yatış pozisyonu.

c. Yüksek risk: Düşük ve orta risk uygulamalarına ek olarak daha sık pozisyon değiştirmek ve 15 – 20 dk da bir hafif yatak içi hareketler.

d. Çok yüksek risk: Diğer risk uygulamalarına ek olarak basınç rahatlatıcı yatak ve minder kullanımı

Basınç Ülseri Gelişmesinin Önlenmesi

1. Risk altında bulunan hastalarda; basınç ülseri yoksa koruyucu önlemler alınır.

2. Deri kuru ve temiz tutulur.

3. Deri hasarını azaltmak için kuru derinin nemlendirilmesinde yumuşatıcı/nemlendirici ürünler kullanılır.

4. Basınç ülserini önlemek için masaj uygulaması önerilmemektedir.

5. Yatağa bağımlı hastalarda 2 saatte bir, tekerlekli sandalyeye bağımlı hastalarda saat başı pozisyon verilir veya hastanın mobilizasyon durumuna göre pozisyon sıklığı belirlenir.

6. Pozisyon değişiminde basınç bölgeleri ve kemik çıkıntıları üzerindeki deri gözlenir.

8. Dizlerin ve ayak bileklerinin birbirine sürtünmesini önlemek için bacak araları yastık ya da köpük kenarlıklarla desteklenir.

9. Topukların yatağa temasını önlemek için alt bacağın arka kısmına yastık konulur.

10. Hastanın yatağının başucu friksiyon ve yırtılmaya neden olacağından 30 dereceden fazla yükseltilmemelidir.

11. Friksiyon ve yırtılmayı önlemek için hastaya pozisyon verirken, hastayı kaydırarak değil kaldırarak pozisyon verilir.

12. Yatak çarşaflarının düzgün ve gergin olması sağlanır.

13. Nemlilik kontrol edilir.



Nemi kontrol etmek için neme yol açan etmenler belirlenir (terleme, yara drenajı, banyo sonrası ıslak kalma, fekal ya da idrar inkontinansı vb.).

İdrar ya da gaitanın cilde temasını önlemek için bariyer krem ya da polimerik cilt koruyucular kullanılabilir.

Emici pedler, kondom kateter, fekal ya da üriner kolektörler kullanılarak inkontinansı olan hastanın cildi korunabilir.

14. Destekleyici materyaller kullanılabilir. Destek yüzeyler tek başına önleme ve tedavi etmede üstünlüğü yoktur. Basınç ülserlerinin koruma ve tedavi programının bir parçası olarak kullanılırlar.
15. Besin alımı değerlendirilir. Hastanın durumuna göre protein ve kalorisi yüksek besinler tercih edilir.
16. Sandalye/ yatakta 1 saatten fazla oturtulmamalıdır.

Mevcut Basınç Ülserinin Tanınması

1. Basınç ülseri gelişmişse; basınç ülseri tanılama ve bakım tablosuna göre derecelendirilir ve hemşirelik bakımı yapılır.
2. Hastanın kimlik doğrulaması yapılır.
3. Hastanın konfor düzeyi ve ağrı kesici ilaç ihtiyacı (bakım esnasında duyması muhtemel olan ağrı dikkate alınarak) değerlendirilir.
4. Hasta odasının kapısı kapatılır ya da paravan kullanılır.
5. Eller "Hijyenik El Yıkama Talimatı"na göre yıkanır, eldiven giyilir.
6. Hastaya pansuman değişimine uygun pozisyon verilir.
7. Yara yatağındaki doku tipi değerlendirilir. Renk doku tipini gösterecektir (Siyah doku nekrotik, sarı doku fibrin, kırmızı doku granülasyon dokusudur).
8. Ülserin etrafındaki derinin rengine, sıcaklığına, ödemli olup olmadığına, ıslaklığına ve durumuna dikkat edilir.
9. Yaranın boyutları, uzunluk ve genişlik olmak üzere 2 boyutlu ölçülür.
10. Ülserin derinliği steril pamuklu bir aplikatör ile ölçülür.
11. Eldivenler çıkartılarak eller "Hijyenik El Yıkama Talimatı"na göre yıkanır.
12. Basınç ülseri tedavi planı hazırlanırken hasta; komplikasyonlar, eşlik eden hastalıklar, beslenme durumu, ağrı, psikososyal durum ve başka basınç ülseri riski olup olmadığı da göz önüne alınarak değerlendirilir.



Basınç Ülseri Sınıflaması ve Bakımı Tablosu

1.DERECE	<ul style="list-style-type: none">• Cilt bütünlüğü bozulmamıştır.• Kızarıklık aşamasındadır.• Kızarıklık basınç kalktıktan sonra 30 dk' dan uzun sürer.• Renk bozukluğu sürekli dir.	<p>Koruyucu önlemler uygulanır. Özel bir pansumana gerek yoktur. Şeffaf yara örtüleri kullanılabilir.</p>
2.DERECE	<ul style="list-style-type: none">• Epidermis, dermis veya ikisini de kapsayacak şekilde kısmi cilt kaybı vardır.• Yara yüze yeldir ve klinik olarak abrazyon(aşınma, sıyrık) kabarcık derin olmayan krater gibidir.	<p>Koruyucu önlemler uygulanır.</p> <ul style="list-style-type: none">• Yara bakımında steril malzeme kullanılır.• Yaranın; yeri, bütünlüğü, derecesi, derinliği, akıntı, doku tipi, doku çevresi değerlendirilir.• Yüze y bakterisini ve doku travmasını azaltmak için yara yava şça izotonik solüsyon ile yıkanır, kurulanır.• Yara iyileşmesini geciktirdiği için yara temizliğinde antiseptik kullanılmaz. Sadece çevre temizliğinde kullanılır. (povidonyod, sodyumhipoklorid, hidrojen peroksit, vb.)• Yara temizliği sırasında kullanılan steril malzeme her silme işlemi sonrası değiştirilir.• Temizlik merkezden çevreye doğru yapılır.• Yara yeri yara bakım ürünü/steril spanç ile steriliteye dikkat edilerek kapatılır.
3.DERECE	<ul style="list-style-type: none">• Fasia, kemik, tendon ve eklemlere ulaşmamış ancak tüm deri katmanlarının harabiyeti ve alttaki tüm subkutan dokuların nekrotize olduğu yara halidir.	<ul style="list-style-type: none">• 2. derecedeki bakım uygulanır.• Bölge enfeksiyon belirtileri açısından değerlendirilir.• Enfeksiyon varsa yaranın iyileşmesi için dr istemindeki topikal antibiyotikler uygulanır.• Eksuda üretimi devam ederse hekim istemine göre sistemik antibiyotikler kullanılır.• Nekrotik alanlar debride edilir.



4.DERECE	<ul style="list-style-type: none">• Cildin katmanları zarar görmüştür ve yara fasia, kemik, tendon, eklemlere kadar inmiştir.• Derin krater görünümündedir.• Nekrotik doku, eksuda ve enfeksiyon vardır.	<ul style="list-style-type: none">• 3. derecedeki bakımlar uygulanır.• Yara değerlendirilir ve debridman (nekrotik dokunun çıkarılması) için hekimle görüşülür.• Postoperatif bakımda operasyon alanına 2 hafta süre ile basınçtan kaçınılır.
-----------------	--	---

İŞLEM BASAMAKLARI

1. Hastanın kimlik doğrulaması yapılır.
2. Hastanın konfor düzeyi ve ağrı kesici ilaç ihtiyacı (bakım esnasında duyması muhtemel olan ağrı dikkate alınarak) değerlendirilir.
3. Hasta odasının kapısı kapatılır ya da paravan kullanılır.
4. Eller "**Hijyenik El Yıkama Talimatı**"na uygun olarak yıkanır, eldiven giyilir.
5. Hastanın basınç ülseri durumuna uygun yara bakımı planlanır.
6. Hastaya pansuman değişimine uygun pozisyon verilir, yara üzerindeki elbiseler çıkartılarak ülser ve çevresindeki doku görünür hale getirilir.
7. Yara çevresindeki deri ılık su ve sabunla nazikçe temizlenir.
8. Temizlenen yara bölgesi durulanıp iyice kurulanır.
9. Bakım için kullanılacak malzeme (enzimatik debridman merhemi, hidrojel ajan ya da kalsiyum aljinat) uygulandıktan sonra üzeri şeffaf örtü gibi ikinci bir pansuman ile kapatılır.
10. Hastaya, basınç ülserinin üzerine yük binmeyecek şekilde pozisyon verilir.
11. Hastanın ağrısı, ağrı değerlendirme ve takip talimatına göre uygun olarak değerlendirilir ve ağrı değerlendirme formu doldurulur.
12. Tüm veriler, kullanılan topikal ajan, uygulanan pansuman ve hastanın cevabı, ilgili hemşirelik girişimlerine kaydedilir.
13. Eller "**Hijyenik El Yıkama Talimatı**"na göre yıkanır.