



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
MANİSA İL MÜDÜRLÜĞÜ



MANİSA
CELAL BAYAR
ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ



T.C. AİLE VE SOSYAL
HİZMETLER BAKANLIĞI
MANİSA İL MÜDÜRLÜĞÜ



BİRLİKTE
EL ELE
YARASIZ
GÜNLERE

KRONİK YARA BAKIMI KİTAPÇIĞI

<https://kronikyarabakimisempozyumu.com.tr/>



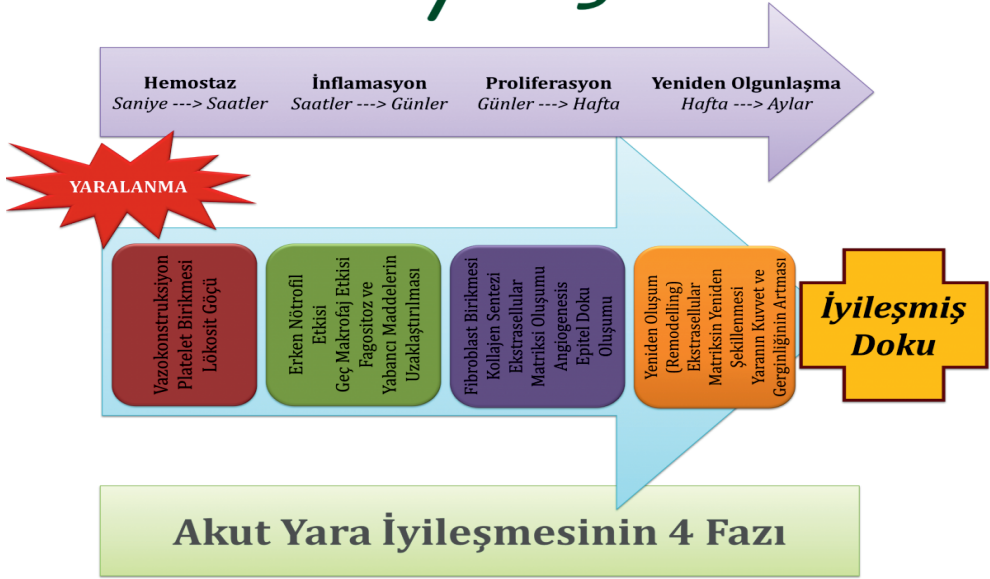
Avrupa
Birliği
sivil
düşün

KRONİK YARA VE BAKIMI

Yara; hücre, doku, organ/organların yapısal ve işlevsel özelliklerinin, iç ya da dış etkenler nedeniyle bozulması olarak tanımlanır.

Yaralar etiolojisine göre, akut veya kronik olmak üzere ikiye ayrılır. Akut yaralar, geçici bir etken sonucu oluşan ve kısa sürede iyileşme gösteren yaralardır. Kronik yaralar ise kalıcı bir etkenin neden olduğu ve etiolojik nedenlerle tekrar eden, iyileşmesi uzun zaman alan veya iyileşme göstermeyen yaralardır.

Yara İyileşmesi



YARA İYİLEŞME SÜRECİNİ OLUMSUZ ETKİLEYEN NEDENLER

- İleri yaş
- Hipoksi, anemi, hipoperfüzyon
- Steroidler, kemoterapötikler
- Metabolik bozukluklar
- Malnutrisyon
- Obezite
- Enfeksiyonlar
- Yabancı cisimler
- İmmüsupresyon
- Bağ doku hastalıkları
- İyonizan radyasyon
- Maligniteler

YARA TÜRLERİ

AKUT YARALAR

- Genellikle travmaya ikincil
- Etken geçicidir
- Beklenen daha kısa sürede iyileşir
- İyileşmeyi engelleyen etken sayısı azdır
- İyileşme devamlıdır.



KRONİK YARALAR

- İyileşmez, ya da iyileşme süresi uzamıştır
- Etken devamlıdır
- İyileşmeyi engelleyen ve iyileşme süresini uzatan birçok faktör vardır (Damarsal, sinirsel, hücresel)
- Diabetik ayak, venöz ülser, arteriyel ülser, kansere bağlı ülserler, immünolojik nedenli pyoderma gangrenozum bu



KRONİK YARA ÇEŞİTLERİ

- Diabetik ayak (diyabetik ülser, nöropatik, iskemik, nöro-iskemik)
- Venöz ülser (ulcus cruris venosum, venöz bacak yarası, varis ülseri)
- Basınç yarası
- Arteriyel yetmezlik yarası (aterosklerotik, vaskülitik)
- Radyasyon hasarı



KRONİK YARALAR

İnflamasyon Proliferasyon Maturasyon

YARA BAKIMIN AMACI

- Canlı dokuları korumak
- Travmaya uğrayan bölgede daha fazla doku yıkımını ve enfeksiyon gelişimini önlemek
- İyileşmeyi hızlandırmak
- Yaralanmış bölgenin fonksiyonlarını artırmak
- Cilt bütünlüğünü ve diğer organ ve sistemlerde oluşabilecek komplikasyonları önlemektir.
- Ameliyat sonrası yaralar vb.

YARA DEĞERLENDİRME SIKLIĞI

- Akut yaralarda günlük veya her pansuman değişiminde
- Kronik yaralarda haftalık değerlendirilir

YARA TEDAVİSİ TEMEL PRENSİPLERİ

- Yara yatağı hazırlama konsepti: Hedef yarayı kapatmak değil,
- yarayı cerrahi olarak kapatılmaya hazır hale getirmektir.

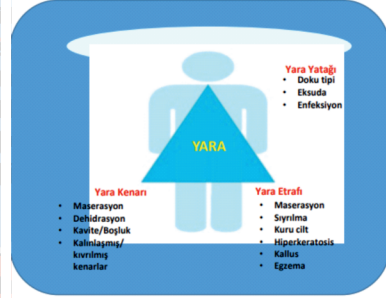
YARA YATAĞI HAZIRLIĞI

- Hastanın genel durumunun değerlendirilmesi
- Yaraya yönelik algoritmik yaklaşım (TIME kavramı)

TIME KAVRAMI

TIME Kavramı

- **T:** Tissue (Doku)
- **I:** Infection / Inflammation (Enfeksiyon/Enflamasyon)
- **M:** Moisture (Nem)
- **E:** Edge, epidermal margin (Yara kenarı)



TIME KAVRAMI

T; doku değerlendirme ve düzenleme;

Amaç

- Eskar, Fibrotik, Nekrotik dokulardan kurtul!
- Önce Granüle, sonra Epitelize hale getir!
- Masere etme!

Yöntem: Debridman

- Cerrahi debridman (Ameliyatla, küretle, ıslak-kuru vs.)
- Otolitik debridman (nemli yara bakımı)
- Enzimatik debridman (kollajenaz, papain-üre)
- Biyolojik debridman (larva, kurtçuk)

I; infeksiyon-inflamasyon

Amaç

- Kontaminasyonu engellemek!
- Kolonizasyonu kritiklenştirmeden durdurmak!
- İnfeksiyonu ortadan kaldırmak!

Yöntem

- Kontaminasyon için serum fizyolojik ile irrigasyon
- Cerrahi yöntemler (amputasyon, debridman, drenaj)
- Lokal antiseptikler
- Lokal antibakteriyaller
- Sistemik antibiyotikler

M; nemli yara ortamı

Amaç

- Yarayı kurutmaktan kaçın!
- Aşırı eksüdayı uzaklaştır!

Yöntem

- Islak (nemli pansuman)
- Çağdaş yara kapama malzemeleri
- Negatif basınçlı yara tedavisi (VAC)

E; yara kenarı

- Kontraksiyon-Epitelizasyon
- Yaranın kapanmasını kolaylaştır!
- Yaranın kapanmasını engelleyen faktörlerden kurtul!

Yöntem

- Cerrahi yöntemler (greftleme, yakınlaştırma)
- Deri eşdeğerleri
- Çağdaş yara bakım malzemeleri
- Yara enfeksiyonu ile mücadele

- Yaranın değerlendirilmesi mutlaka kaydedilmeli ve fotoğraflandırılmalıdır.
- Yarayı değerlendirirken yaranın sahibi, yani hasta ihmal edilmemelidir.
- Yara serum fizyolojik ile yıkanmalıdır.
- İyot, alkol içeren bileşikler önerilmemektedir.
- Yara çevresi kuru, yara nemli tutulmamalıdır.
- Yarayı yıkarken yeterli sıvı uygun basınçta uygulanmalıdır.

Arteriyel Ülserler

- Yetersiz oksijenizasyon
- Yavaş iyileşme ve artmış enfeksiyon riski
- Palpe edilebilir nabız
- Transkütanöz oksijen basıncı (>30 mmHg)
- Ağrı
- Klodikasyon intermittans, istirahat ağrısı, gece ağrısı
- Ekstremitte distalinde
- Azalmış, alınamayan nabızlar
- Ayak bileği/kol indeksinde azalma
- Kuru cilt, tüylenmede azalma, soğukluk
- Sığ ve düzgün sınırlı
- Tabanında ve çevresinde solukluk

Tedavi

• Yara bakımı

- İskeminin değerlendirilmesi gereklidir
- Ülser derecesine göre topikal tedavilerle iyileşebilir
- Bölgeye oksijenli kan akımını arttırmaya yönelik Trombolitik tedavi yapılabilir
- Oksijen, besleyici maddeler ve antibiyotikleri enfekte bölgeye ulaşması sağlanmalıdır.

• Revaskülarizasyon

- Anjiyografik Girişimler: PTA, Stent.
- Cerrahi Girişimler: Bypass, Endarektomi.
- En son çare; **Amputasyon** ile sonuçlanır.



Venöz Ülserler

- Venöz staz ve basınç artışı
- Dokular arasına fibrinojen kaçağı ve perivasküler birikim
- Nötrofillerin kapiller tıkanıklığa yol açması
- Kaşıntı ve deri hasarı
- Kahverengi deri pigmentasyonu, deri altı yağ doku kaybı
- Lipodermoskleroz
- Yeterli granülasyon dokusuna rağmen epitelizasyonun olmaması
- Mediyal malleol üzeri ve yukarısı yerleşimli
- Yara sığ, düzensiz sınırlı ve çevre doku pigmente



Tedavi

- Kompresyon tedavisi
 - Çoraplar, elastik sargılar, çok katlı sargılar
 - 30-40 mmHg
- Nemli yara ortamı
- Büyüme faktörleri
- Deri eşdeğerler



DİYABETİK AYAK YARASI

Diyabetik Ayak Yarası

- Nöropati, iskemik, ayak deformitesi
- %60-70 nöropatik
- %15-20 iskemik
- %15-20 kombine

Belirtiler

- Ağrı
- Karıncalanma
- Yanma
- Hassasiyet
- Duyu kaybı
- Ayakta ülser
- Kas gücü kaybı
- Parmaklarda pençeleşme
- Şekil bozukluğu
- Ciltte kuruluk
- Nasır ve Çatlaklar

Tedavi

- Kan şekeri regülasyonu
- Enfeksiyonun tedavisi
- Debridman
- Vasküler hastalık ve nöropatinin kontrolü
- Ayakta yükün azaltılması
- Klasik yara bakımı
- Büyüme faktörlerinin uygulanması
- Deri eşdeğerlerinin kullanımı
- Rekonstrüksiyon



DİYABETİK AYAK YARASININ BAKIMI

Diyabetik Ayak Yarasının Bakımı

- Diyabetik ayak tedavisinde amaç yara gelişiminden sonra **ilk altı hafta içinde iyileşmeyi sağlamaktır**.
- Tedavide ilk adım olan **debridman** yaranın boyutunun tam belirlenmesi için tüm nekrotik doku ve çevreleyen kallus, **kanayan dokuya kadar temizlenmelidir**.
- Prob yardımıyla yabancı cisim varlığı ve yaranın kemik ile teması belirlenir
- Enfeksiyonun önlenmesi veya kontrol edilmesi !!!
- Enfeksiyon varsa kültür alınmalı, pansuman sıklığı ve kullanılan pansuman içeriği yaranın durumuna göre düzenlenmelidir
- Enfeksiyonun önlenmesinde kan glukoz düzeyinin regülasyonu ve HbA1C düzeyi önemlidir.
- HbA1C düzeyinde **%1 azalma nöropati ve makrovasküler komplikasyonlarda %25 azalmayı sağlamaktadır**.
- Ayak yarası için seçilen pansuman tipi, travmayı ve enfeksiyon riskini en aza indirerek nemli bir yara ortamı sağlamalıdır.

Diyabetik ayak yaralarının önlenmesi için hasta eğitimi

- Günlük ayak muayenesi (KENDİ/görme sorunu varsa YAKINI)
- Ayaklar her gün ılık su ve iritasyon oluşturmayan uygun pH değerinde olan sabun ile yıkayıp kurulmalıdır
- Çatlakları önlemek için deriyi nemlendiren ayak bakım ürünleri kullanılmalıdır
- Tırnaklar banyo sonrası gerekli ayak bakımları yapıldığında yumuşakken, derin olmadan düz bir şekilde kesilmeli (KENDİ/görme sorunu varsa YAKINI)
- Keskin olmayan makas kullanılmalı, tırnak kenarları törpülenmeli ve pedikür yaptırılmamalı
- Çoraplar sentetik olmamalı, pamuklu, yünlü, dikişsiz ve elastik olanlar tercih edilmeli ve dolaşımı engellememeli
- Ayakkabı hava alan, deri, geniş burunlu olmalı, terlemeye neden olmamalı
- Ayrıca çok bol ya da çok dar olmamalı, iç genişliği metatarsofalangeal eklem bölgesindeki ayak genişliğine eşit olmalı ve yüksekliği ayak parmakları için yeterli olmalıdır.

BASINÇ YARASI

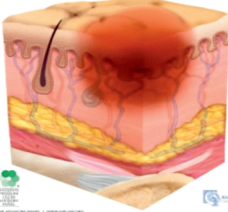

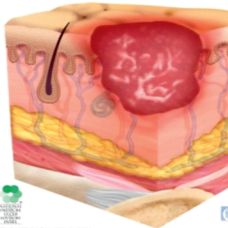

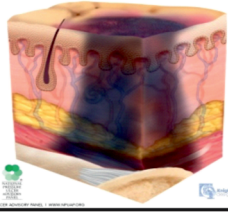

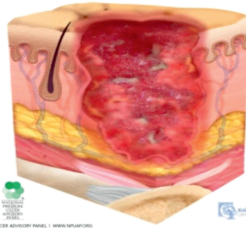

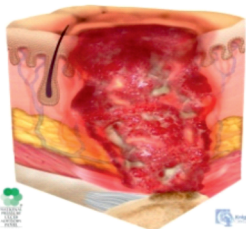

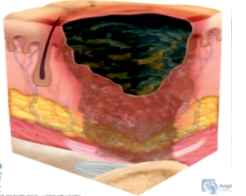

BASINÇ YARASI

- Genellikle belirgin bir kemik çıkıntı üstünde veya tıbbi ya da diğer cihazlarla ilişkili cilt ve/veya alttaki yumuşak dokuda basınca bağlı oluşan lokalize yaralardır.
- Basınç yaralarının % 95'i vücudun alt yarısında yerleşir
- Lezyonlar en sık iskiyum, sakrum, trokanter majör ve topuk bölgesine yerleşmektedir. Basınç yarası için uyarıcı belirtiler;
- Cilt renginizde ya da dokusunda olağandışı değişiklikler
- Basmakla solmayan kızarıklık
- Ödem
- Diğer bölgelere göre daha sıcak ya da soğuk cilt

Basınç Yarasi Etiyolojisi

- ✓ **İç (Intrinsik) Faktörler**
- Yaş, hareketsizlik, beslenme durumu, duyu kaybı, enfeksiyon
- Kollajen sentez ve doku perfüzyonunu etkileyen ilaç kullanımı
- Eşlik eden hastalıklar
- ✓ **Dış (Ekstremsel) Faktörler**
- Basınç
- Makaslama kuvveti, sürtünme
- Nem
- ✓ **Tıbbi Cihazlarla İlişkili Faktörler**
- Nazogastrik tüpler, ventilasyon maskeleri,
- Oksijen saturasyon problemleri, trakeostomi tüpleri
- Boyun korsesi, alçıklar ve ateller

BASINÇ YARASI EVRELERİ

Evre 1	 <p>Diagram illustrating Stage 1 pressure ulcer: non-blanchable redness of the skin.</p>	 <p>Clinical photograph showing Stage 1 pressure ulcer: non-blanchable redness of the skin.</p>
Evre 2	 <p>Diagram illustrating Stage 2 pressure ulcer: partial-thickness skin loss.</p>	 <p>Clinical photograph showing Stage 2 pressure ulcer: partial-thickness skin loss.</p>
Derin Doku Hasarı I	 <p>Diagram illustrating Stage 3 pressure ulcer: full-thickness skin loss.</p>	 <p>Clinical photograph showing Stage 3 pressure ulcer: full-thickness skin loss.</p>
Evre 3	 <p>Diagram illustrating Stage 4 pressure ulcer: full-thickness skin loss and exposure of muscle, bone, or other structures.</p>	 <p>Clinical photograph showing Stage 4 pressure ulcer: full-thickness skin loss and exposure of muscle, bone, or other structures.</p>
Evre 4	 <p>Diagram illustrating Stage 4 pressure ulcer: full-thickness skin loss and exposure of muscle, bone, or other structures.</p>	 <p>Clinical photograph showing Stage 4 pressure ulcer: full-thickness skin loss and exposure of muscle, bone, or other structures.</p>
Evrelendi- relemeyen Evre	 <p>Diagram illustrating an unstageable pressure ulcer: full-thickness skin loss and obscured underlying tissue.</p>	 <p>Clinical photograph showing an unstageable pressure ulcer: full-thickness skin loss and obscured underlying tissue.</p>

BASINÇ YARALANMASI ÖNLEME BAKIM PAKETİ

1. EĞİTİME KATIL

Basınç yaralanması önleme bakım paketi içeriği hakkında eğitimini tamamla:

- Basınç yaralanması riskinin değerlendirilmesi, derinin değerlendirilmesi ve bakımının yapılması, beslenme, aktivite, ıslaklık/inkontinans, destek yüzey yönetiminin sağlanması

2. RİSK DEĞERLENDİR

Geçerli bir araç ile (Braden vs.)

- Kabulde ya da ilk 8 saat içinde
- Sonrasında her gün
- Bireyin durumunda önemli değişiklik saptandığında

3. DERİ DEĞERLENDİR

Baştan ayağa inspeksiyonla;

- Kabulde ya da ilk 8 saat içinde
- Sonrasında her 8 saatte
- Sıcaklığı, rengi, turgoru, nemi, ödemi, basmakla solup solmayan kızarıklığı
- 12 saatte bir tıbbi cihazla temas eden basınç bölgelerini

4. DERİ BAKIMI

- Her 8 saatte bariyer özelliğinde ürünle deriyi koru
- Deriyi temiz ve normal neminde tut
- Günlük deriyi pH dengeleyici ürünle temizle
- Kızarıklık olan deriyi kuvvetlice ovalama ve masaj yapma
- Çarşafları temiz, gergin ve kuru tut

5. BESLENME YÖNETİMİ

- Diyetisyen/nütrisyon hemşiresi ile birlikte günlük beslenme hedefleri belirle
- Bireye özel beslenme (tercihen önce enteral sonra parenteral) sağla
- Günlük hedefleri karşıla
- Haftalık albumin/CRP değerlerini izle
- Dehidratasyon durumunu değerlendir

6. AKTİVİTE YÖNETİMİ

Pozisyon ver;

- Yatakta her 2 saatte, sandalyede her 1 saatte
- Sırasıyla 30° sağ yan-sırt üstü-sol yan
- Sakıncası yoksa yüzüstü pozisyon
- Cildin sürtünmesini ve yırtılmasını önle
- Topuk boşluğuna yastık yerleştir
- Basınç bölgelerine bariyer ürün kullan
- Pozisyon verme!
- Basıncı artıran 90° yan çevirme-yarı oturma
- Kızarıklık olan bölge tarafına
- Tıbbi cihazların basınca neden olacağı şekilde

7. ISLAKLIK/İNKONTİNANS YÖNETİMİ

- Her idrar kaçırma durumunda bariyer özelliğinde ürün kullan
- Fekal torba veya prezervatif kateter kullanmayı düşün
- Külot şeklinde hasta bezi kullanımından kaçın
- Naylon hasta bezlerinden kaçın, kullanılması gerekliyse çarşaf gibi bir tabakanın altına koy ve ciltle temasını önle
- Derinin idrar/dışkı ile temasını en aza indir
- Derinin aşırı ıslak olmasını önle

8. DESTEK YÜZEY YÖNETİMİ

- Gereksinimi olan bireylerde destek yüzey kullan
- Bireyin özelliklerine ve risk faktörlerine uygun destek yüzey kullan



BİRLİKTE
EL ELE
YARASIZ
GÜNLERE

**Birlikte El Ele Yarasız Günlere
Çalışması Kapsamında Hazırlanmıştır.
Çalışma Sahibi Aktivist Nurullah ŞENGÜL.**

“Bu Çalışma Avrupa Birliği Sivil Düşün Programı kapsamında Avrupa Birliği desteği ile hazırlanmıştır. İçeriğin sorumluluğu tamamıyla Nurullah ŞENGÜL’e aittir ve AB’nin görüşlerini yansıtmamaktadır.”