

Yoğun Bakım Hemşireliği ve İnfeksiyon Kontrolü: Cerrahi İnfeksiyonların Önlenmesinde Hemşirenin Rolü

Hmş. Rabia GÜVEN*

* Bayındır Hastanesi, İnfeksiyon Kontrol Komitesi Sorumlu Hemşiresi, Ankara.

Hastane infeksiyonlarına bağlı morbidite, mortalite ve tedavinin artan maliyeti, infeksiyon kontrol stratejilerinin uygulanmasını gerekli kılmıştır. Her merkezin kendi hasta profilini, hastane florasını oluşturan mikroorganizmaları, bunların direnç paternlerini, her bölümdeki hastane infeksiyonu dağılımını ve sıklığını bilmesi doğru stratejilerin geliştirilmesini sağlar (1).

Hastane infeksiyonlarının en sık görüldüğü alanlardan biri yoğun bakım üniteleridir. Yoğun bakım ünitelerindeki hastalarda (travma, immünyetmezliği olan) infeksiyonun gelişmesinde en önemli olay normal konakçı defans mekanizmalarının bozulmasıdır. Yoğun bakımda 72 saatten daha uzun kalan hastaların önemli bir kısmında mikroorganizma kolonizasyonu olur (2).

Yoğun bakım ünitelerinde nozokomiyal infeksiyon oranları genel servislere göre 5-10 kat daha yüksektir. Yoğun bakımda kazanılmış infeksiyonlar arasında en sık olanları solunum sistemi (%31), üriner sistem (%24), cerrahi yara (%18) ve septisemi (%16)'dir (2).

Yoğun bakım ünitelerinde ortaya çıkan infeksiyonlar predominant olarak gram-negatif basil-

lere ikincildir. Gram-negatif bakterilerden *Pseudomonas aeruginosa*, gram-pozitif bakterilerden *Staphylococcus aureus* en sık görülen etkenlerdir (2).

Bu alanda çalışan hemşireler; hastane infeksiyonlarını hızlandıran nedenleri, etken türlerini ve kaynaklarını bildiklerinde daha etkili korunma ve kontrol önlemleri alırlar (3).

Yoğun bakım ünitelerinde hayati bir tehlike içinde bulunan hastalar infeksiyonla karşılaştıklarında genel durumları ciddi bir şekilde bozulur, infeksiyonlara bağlı morbidite ve mortalite hızları yüksek olur. Ayrıca, hastanın hastanede yatış süresinin uzaması veya kaybedilmesi ekonomik ve sosyal yönden de olumsuz bir sonuç yaratır (3).

Hastane infeksiyonuna tanım olarak baktığımızda; hasta hastaneye yattığında inkübasyon döneminde değilse veya infeksiyonun belirti ve bulguları yoksa hastanede ortaya çıkan infeksiyonlar hastane infeksiyonu (nozokomiyal infeksiyon) olarak değerlendirilir. Hastane infeksiyonları izleminde farklı grup ve kuruluşlar tarafından geliştirilmiş olan standart hastane infeksiyonları tanımları kullanılır. En çok "Centers for Disease Control and Prevention"ın tanımları kullanılmaktadır (3).

CERRAHİ ALAN İNFEKSİYONLARI

Joseph Lister'in 1867 tarihinde devir açan yayınından sonraki antiseptik ilkelerinin gittikçe yaygınlaşması ve 1890 yılında W. Halsted'le ameliyatlarda eldiven kullanılmaya başlanması

ile birlikte, elektif ameliyatlardan sonra görülen enfeksiyon oranını %90'lardan %10'lara düşürdüğü görülmüştür.

Günümüzde çağdaş teknolojik uygulamalar, etkin antibiyotikler ve destek tedaviler bu oranı biraz daha düşürmesine rağmen yara ve ameliyatla ilgili organ ve boşlukların enfeksiyonlarından oluşan cerrahi alan enfeksiyonları yok edilemedi (4).

Cerrahi alan enfeksiyonları 3 alt gruba ayrılmaktadır. Bunlar;

1. Yüzeysel İnsizyonel Cerrahi Alan Enfeksiyonu (5)

Ameliyattan sonraki 30 gün içinde gelişen, insizyon yapılan cilt ve cilt altı dokusunu ilgilendiren ve aşağıdakilerden en az birinin olduğu enfeksiyon, yüzeysel insizyonel cerrahi alan enfeksiyonu olarak tanımlanır.

- Yüzeysel insizyondan pürülan drenaj olması,
- Yüzeysel insizyondan aseptik olarak elde edilen sıvı veya doku kültüründe organizma izole edilmesi,
- Enfeksiyon belirti ve bulgularından en az birinin olması; lokal şişlik, kızarıklık, ısı artışı, ağrı veya hassasiyetin bulunması ve insizyon yerinden alınan kültür negatif değilse cerrahın insizyonu yeniden açması,
- Cerrahın veya konsültan doktorun yüzeysel insizyonel cerrahi alan enfeksiyonu tanısı koyması.

Cerrahi alan enfeksiyonu olarak kabul edilmemesi gereken durumlar (5):

- Sadece sütürlerin cilde giriş noktalarında minimal enfeksiyon olması halinde yaranın primer iyileşmesi şartı ile enfeksiyon yok kabul edilir.
- Epizyotomi ve sünnet sonrası enfeksiyonların değerlendirilme kriterleri farklıdır.
- İnfekte yanık yaralar bu kapsamda değerlendirilmemelidir.

2. Derin İnsizyonel Cerrahi Alan Enfeksiyonu (5)

Kalıcı olarak yerleştirilmiş implant yoksa ameliyattan sonraki 30 gün, implant varsa 1 yıl içinde gelişen, insizyon bölgesinde derin yumuşak dokuları ilgilendiren ve aşağıdakilerden en az birinin olduğu enfeksiyon, derin insizyonel cerrahi alan enfeksiyonu olarak tanımlanır.

- Organ veya boşluk komponentinden kaynaklanmayan derin insizyondan pürülan drenaj olması,

- Hastada ateş (> 38°C), lokal ağrı veya hassasiyetten en az birinin olduğu durumda ve insizyon yerinden alınan kültür negatif değil iken derin insizyonun spontan açılması ya da cerrahın açması,

- Direkt muayenede, yeniden ameliyatta ya da histopatolojik veya radyolojik incelemede derin insizyonu ilgilendiren apse veya başka bir enfeksiyon bulgusu saptanması,

- Cerrahın veya konsültan doktorun derin insizyonel cerrahi alan enfeksiyonu tanısını koyması.

3. Organ/Boşluk Cerrahi Alan Enfeksiyonu (1,5)

Kalıcı olarak yerleştirilmiş implant yoksa ameliyattan 30 gün, implant varsa 1 yıl içinde gelişen, ameliyata bağlı görünen, ameliyat sırasında açılan veya manüple edilen, insizyon dışında kalan anatomiye ilgilendiren ve aşağıdakilerden en az birinin olduğu enfeksiyon, organ/boşluk cerrahi alan enfeksiyonu olarak tanımlanır.

- Organ veya boşluğa yerleştirilmiş bir drenajdan pürülan drenaj gelmesi,
- Organ veya boşluktan aseptik olarak alınan sıvı veya dokuda mikroorganizma izole edilmesi,
- Direkt muayenede, yeniden ameliyatta veya histopatolojik ya da radyolojik incelemede, organ veya boşlukta apse veya enfeksiyona ilişkin diğer belirti ve bulguların olması. Örneğin; apendektomi sonrası gelişen subdiyafragmatik apse, intraabdominal bölgede gelişen bir organ/boşluk cerrahi alan enfeksiyonu olarak değerlendirilmelidir,
- Cerrahın veya konsültan doktorun organ/boşluk cerrahi alan enfeksiyonu tanısı koyması.

İNFEKSİYON RİSKLERİ YÖNÜNDEN YARALARIN KARŞILAŞTIRILMASI (6)

Temiz yaralar; respiratuar, gastrointestinal ve genitoüriner sistemlere girilmemiştir. Dren gerektirmez.

Temiz kontamine yaralar; respiratuar, gastrointestinal ve genitoüriner sistemlere girilmemiştir. Kontaminasyon minimaldir, önceden bağırsak hazırlığı yapılmıştır.

Kontamine yaralar; travmatik yaralar, nonpürülan inflamasyon bulunan yaralar, steril tekniğin bozulduğu yaralardır.

İnfekte yaralar; pürülan infeksiyonun bulunduğu yaralardır.

Travmatize ve infekte olmayan temiz yaralarda infeksiyon riski %4, kesici-delici cisim yaralarında ve drenaj uygulanan yaralarda risk %7'dir. Bronş, orofarenks ve gastrointestinal sistemin açıldığı ameliyatlarda yara infeksiyonu riski %11'dir. Kötü cerrahi tekniğin kullanıldığı ameliyatlardan sonra infeksiyon oranı %16'ya, perfore organ ameliyatlarında ise %28'e yükselir. Primer onarımın geciktiği, kontaminasyon süresinin uzadığı olgularda yara infeksiyonu riski daha da yüksektir.

Yara İnfeksiyonunu Etkileyen Faktörler

Hastaya ait faktörler (5-7):

• Yaş; yaşı 15-24 arasında olan hasta grubunda yara infeksiyonu oranı %5 iken, aynı yaraların infekte olma riski 65 yaş üstü hastalarda %10'dur.

- Yetersiz beslenme,
- Kronik hastalıklar (diyabet, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, kronik renal yetmezlik),
- Malnütrisyon,
- İmmünsüpresif ilaç kullanımı; immünsüpresif ilaç ve steroid kullananlarda infeksiyon riski %7-16 artmaktadır.

- Kemoterapötik ilaç kullanımı esnasında,
- Kortikosteroid kullanımı,
- Mikroorganizmalarla kolonizasyon,
- Burunda preoperatif *S. aureus* taşıyıcılığı,
- Şişmanlık.

Dış faktörler (5,8):

- Yetersiz cilt temizliği,
- Ameliyat öncesi erken traş,
- Uygun olmayan profilaktik antibiyotik kullanımı,
- Yetersiz sterilizasyon,
- Yetersiz ameliyathane temizliği,
- Ameliyat odası havalandırma sistemi,
- Ameliyat süresi,
- Doku hasarı miktarı,
- Zayıf hemostaz,
- Yabancı cisim varlığı,
- Kullanılan drenler,
- Uygunsuz elektrokoter kullanımı.

CERRAHİ İNFEKSİYON RİSKİNİ AZALTICI ÖNLEMLER

Preoperatif Dönem

Hastanın hazırlanması (5-9):

• Elektif cerrahide infeksiyon ile ilgili bütün riskler ortadan kaldırılmalıdır.

• Diyabetik hastalarda hiperglisemi veya hipoglisemi düzeltilmelidir.

• Acil olmayan ameliyatlardan önce steroid ve immünsüpresif ilaç kullanımı engellenmelidir.

• Sigara içimi kesilmelidir.

• Ameliyat öncesi hasta, hastanede kısa tutulmalıdır.

• Ameliyat öncesi hasta antiseptikle duş almalıdır.

• Ameliyat bölgesinin kıllardan arındırılması gerekiyorsa ameliyattan kısa bir süre önce ve elektrikli traş makinası ile temizlenmelidir.

• Hastanın burnunda *S. aureus* kolonizasyonu varsa özellikle kardiyovasküler ameliyatlarda mupirosin pomad topikal olarak kullanılmalıdır.

• Preoperatif kan transfüzyonlarının cerrahi infeksiyonları arttırdığı çalışmalarla gösterilmiştir. Kolon Ca nedeni ile ameliyat edilen hastalardan oluşan 5 randomize çalışmanın 3'ünde kan transfüzyonu olan hastalarda cerrahi alan infeksiyonu riskinin 2 katına çıktığı gösterilmiştir.

• Ameliyat öncesi insizyon yeri uygun antiseptikle temizlenmeli, cilt temizliğinde oksijenli su kullanılmamalıdır. Uygun antiseptiklerle yapılan cilt temizliği sonrasında cerrahi alan infeksiyonlarında *S. aureus* görülme sıklığının azaltılabildiği gösterilmiştir.

• Batın ameliyatlarında bağırsak temizliği yapılmalıdır.

Cerrahi ekip (5,9):

• Cerrahi ekip üyeleri steril eldiven ve önlüğü giymeden önce cerrahi yıkanma adı verilen bir yöntemle eller ve ön kolu yıkamalıdır.

• Cerrahi yıkanma işleminde uygun bir antiseptik (geniş spektrumlu bir aktiviteye sahip, süratli etki ve kalıcılığı olan) kullanılmalı ve süre 2-5 dakika olmalıdır.

• Tırnak dipleri iyi yıkanmalıdır.

• Cerrahi ekip üyelerinin tırnakları kısa olmalı ve yapay tırnak kullanımı olmamalıdır.

- Cerrahi ekip üyeleri oje ve cila kullanmama, yüzük ve bilezik takmamalıdır.

- Cerrahi yıkanma işleminden sonra, steril havlu ile eller ve kollar kurulanmalıdır.

- Aktif enfeksiyonu olan veya bazı mikroorganizmaları taşıyan personel cerrahi alan enfeksiyonlarının çıkışına sebep olacağı için kontrol edilmeli ve gerekli olduğu durumlarda işten ve hastadan uzak tutulmalıdır.

- Cerrahi ekip üyesinin enfeksiyona yönelik semptom ve işaretleri olduğunda bunu ilgili yere rapor etmesi konusunda eğitim verilmeli ve mikroorganizmaların bulaşmasını önlemek için belirlenmiş politikalar olmalıdır.

- Enfeksiyonu olan personel tedaviye alınmalı ve kontrolleri yapılmalıdır.

Antimikrobiyal profilaksi:

- Gerekli olduğu durumlarda uygun antibiyotik, uygun doz ve uygun sürede verilmelidir (6).

- Antibiyotik seçimi gerçekleştirilecek cerrahiden sonra enfeksiyona en sık neden olan patojenlere karşı etkin olmalıdır (5).

- Profilaktik antibiyotik ilk dozu intravenöz yapılmalıdır (10).

İntraoperatif Dönem

Ameliyathane ortamı (5,10):

- Ameliyathanelerde pozitif basınçlı havalandırma sistemi sağlanmalıdır. Pozitif basınç daha az temiz alanlardan daha fazla temiz alanlara hava akımını önler.

- Ameliyathanelerde saatte 15 hava sirkülasyonu sağlanmalı ve bunun en az 3'ü temiz hava içermelidir.

- Protez ameliyatları gibi özel ameliyatların yapıldığı ameliyat odalarında HEPA filtre ve laminar hava akımı olmalıdır.

- Ameliyat odalarının ısı ve nem oranı belli bir seviyede tutulmalıdır.

- Ameliyat odaları kullanılmadığı zaman kapalı tutulmalı ve personel giriş çıkışları minimuma indirilmelidir.

- Ameliyat odalarında ultraviyole ışınlar kullanılmamalıdır.

- Ameliyat odasının temizliği her ameliyat sonrasında rutin olarak yapılmalıdır.

- Kan ve vücut sıvıları bulaşı olan ekipman ve yüzeyler uygun şekilde dezenfekte edilmelidir.

- Günün son ameliyatından sonra ameliyathane detaylı bir şekilde temizlenmelidir.

- Cerrahi aletlerin sterilizasyonu uygun yöntemlerle (basınçlı buhar, kuru sıcak, etilen oksit) yapılmalıdır.

- Sterilizasyon yöntemleri test edilerek özellikle mikrobiyal ölçümlerle değerlendirilmelidir.

- Flaş sterilizasyon, sadece hasta için gereken ve acil olan aletlerin sterilizasyonunda kullanılmalıdır.

- Flaş sterilizasyon, kolaylık, ek alet alımına alternatif veya zaman kazanmak gibi gerekçelerle kullanılmamalıdır.

- Kirli ve temiz malzemeler uygun şekilde ayrıştırılmalıdır.

- Ameliyat odasına girişlerde ağız ve burnu kapatan maske, saçları tamamen kapatan bone takılmalıdır.

- Ameliyat odalarına girişlerde galoş giymek yerine sadece ameliyathanede giyilen terlikler olmalıdır.

- Steril eldiven, önlük giyilmeli ve steril örtüler kullanılmalıdır.

- Ameliyat esnasında eldiven delindiğinde veya yırtıldığında derhal değiştirilmeli, gerekli olduğu durumlarda çift eldiven giyilmelidir.

Cerrahi teknik (5,8):

- Uygun kanlanma sağlanarak hemostaz yapılmalıdır.

- Hipotermi önlenmelidir.

- Ölü dokular ortamdaki uzaklaştırılmalıdır.

- Dren ve dikiş materyali uygun kullanılmalı ve gereksiz drenajdan kaçınılmalıdır.

- Kapalı drenaj sistemi kullanılmalıdır.

- Dren insizyon yerinden değil farklı bir yerden çıkarılmalı ve en kısa sürede çekilmelidir.

- Uygunsuz elektrokoter kullanımı engellenmelidir.

- Ameliyat süresi iyi kullanılmalı ve uzatılmamalıdır.

Postoperatif Dönem (5,6)

- Cerrahi kesi primer olarak kapatılmış ise üstü 24-48 saat süreyle kapalı tutulmalıdır.

• Yara sekonder iyileşmeye bırakıldığında üzeri steril bir gaz ile örtülmeli ve bunun üzeri de steril bir pet ile kapatılmalıdır.

• Pansuman öncesi ve sonrası eller yıkanmalıdır.

• Steril teknik kullanılarak pansuman değiştirilmelidir.

• Yara yerinde dren varsa drenaja engel olunmamalı ve dren yara yerinden yukarıda tutulmamalıdır.

• Pansuman ıslandığında ve kirlendiğinde hemen değiştirilmelidir.

• Yara yerinde enfeksiyon gözleniyorsa acilen değerlendirilmeli ve uygun tedavi başlanmalıdır.

• Yara yerinde enfeksiyonu olan hastalar uygun şekilde izole edilmelidir.

• Hasta taburcu olurken hastaya ve ailesine yara bakımı ve enfeksiyon belirtileri konusunda bilgi verilmelidir.

BASI YARASI (DEKÜBİT)

Yoğun bakım hemşireliği ve enfeksiyon kontrolünde bası yaralarının gözardı edilmemesi gerekmektedir.

İnsan derisi doğumda sterildir. Yeni doğanların dörtte birinde ilk gün içinde göbek çevresinde stafilokokların yerleşmesi sonucu ilk cilt florası oluşmaya başlar (11,13). Cilt florasını oluşturan bakteriler geçici ve kalıcı olmak üzere 2'ye ayrılırlar. Kalıcı florada bulunan gram-pozitif mikroorganizmalar (*Staphylococcus epidermidis*, aerop difteroidler vb.) normal ciltte hastalık yapmadan yaşamlarını sürdürebilirler. Gram-negatif olan bakteriler daha ziyade vücudun büklüm yerlerinde (perine, anal bölge, aksilla ve meme altı bölgeleri) bulunurlar ve herhangi bir travma, giriş ya da yaralanma sonucu o bölgede ağırlı, inflamasyonlu, nekrozlu devam edebilen cilt ve cilt altı enfeksiyonlarına neden olurlar (12).

Bası yaraları oluştuktan sonra bakımı değişkendir ve duruma göre yara bakımının yapılması gerektiği çalışmalarla ortaya konulmuştur (14).

Bası yaralarının bakımı zor, iyileşme süreci uzun ve maliyeti yüksektir. Bası yaralarının oluşmasını ve gelişimini önlemek için kaliteli hemşirelik bakımının sağlanması gerekmektedir. Burada bası yaralarının oluşmasının ve gelişmesinin

önlenmesinde kullanılan bir bakım modeli örneği verilmektedir.

Yatışı 48 saati geçen hastalar, Hemşirelik Süreci-Hasta Tanılama Formu'nda yer alan Walterlow Dekübitis Önleme/Tedavi Politikası kategorisine göre değerlendirilmektedir. Walterlow risk puanına göre hastaya primer hemşiresi tarafından 24 saati kapsayacak şekilde bakım planı hazırlanarak, uygulama dekübitis önleme ve standart bakım formu ile takip edilmektedir.

Bayındır Hastaneleri'nde 2000 yılı içindeki uygulama değerlendirildiğinde; 170 yataklı hastanede bir yıl içinde 10.030 hastanın yatarak tedavi aldığı; bu hastalardan 2808'inin Walterlow risk puanına göre dekübit önleme ve standart bakım planına alındığı belirlenmiştir. Bu hastalardan 33 (%1.17)'ünde dekübitis geliştiği tespit edilmiştir.

Bu olguların %45.5'inin koroner by-pass operasyonu sonrası; %9.09'unun kalp yetmezliği nedeni ile izlenen ve %6.06'sının AVR/MVR ile izlenen hastalar olduğu dikkati çekmektedir.

Bu hastaların altta yatan hastalığına bakıldığında ilk sırada %27.3'lük bir oranla diabetes mellitusun geldiği, bunu %24.2'lik bir oranla hipertansiyonun izlediği ve %12.12'lik bir oranla da serebrovasküler olayın 3. sırada yer aldığı görülmüştür.

Hastalarda hastaneye yatışın kaçınıcı gününde dekübit geliştiği değerlendirildiğinde en erken 4. gün, en geç 9. günde ortaya çıktığı görülmüştür.

Dekübit gelişen hastalarda dekübit dereceleri değerlendirildiğinde 20 hastada (%60.6) 1. derecede, 13 hastada (%39.4) 2. derecede kaldığı ve düzenli dekübit bakım planının uygulanması ile 3. ve 4. derecelere ilerlemediği görülmüştür.

KAYNAKLAR

1. Uzun Ö. Hastane enfeksiyonlarının tanımları. Hastane Enfeksiyonları Dergisi 1997;1:8-20.
2. Sayek İ, Akalın HE (ed). Yoğun Bakım Enfeksiyonları ve Korunma; Hastane Enfeksiyonları. 1. Baskı, Ankara: Güneş Kitabevi, 1993:206-13.
3. Görak G. Yoğun bakım ünitelerinde hastane enfeksiyonlarının önlenmesi. Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi 1997;1:16-24.
4. Çakmakçı M. Ameliyathane ve cerrahi enfeksiyonlar. Hastane Enfeksiyonları Dergisi 1999;3:140-6.

BAYINDIR TIP MERKEZİ
WALTERLOW DEKÜBİTİS ÖNLEME / TEDAVİ POLİTİKASI

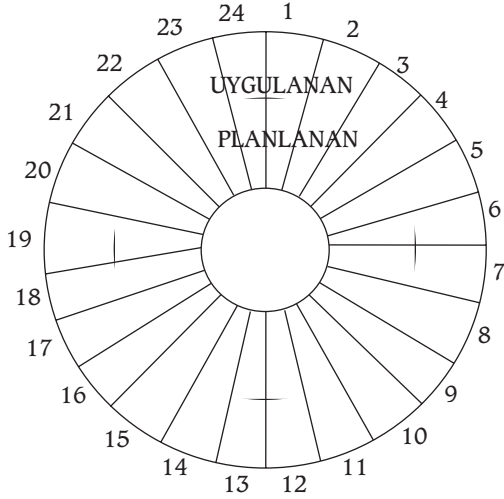
Tablodaki puanlarınızı dairesine alıp, toplam puanı bulun,
herbir kategori için birden fazla puan işaretlenebilir.

Boyuna oranla vücut yapısı/kilosu *	Cilt tipi görünen riskli bölgeler *	CINSİYET/YAŞ *	ÖZEL RİSKLER *
Orta	0 Sağlık	0 Erkek	1 DOKU MALNÜTRİSYONU
Ortanın üstü	1 İnce çizilmeye yatkın	1 Kadın	2
Aşırı Şişman	2 Kuru	1 14-49	1 ÖR. Terminal kaşeksi
Ortanın altı	3 Ödemli	1 50-64	2 Kalp yetmezliği
BOŞALTIM	1 Yayışkan (ateş)	1 65-74	3 Periferik vasküler hastalık
Tam kontinans/kateter bağlı	0 Renksiz	2 75-80	4 Anemi
Ara sıra tutamıyor (idrar ve feçes)	1 Çatlak/sivilceli	3 81 +	5 Sigara içiyor
Kateter bağlı/feçesini tutamıyor	MOBİLİTE	* İŞTAH	* NÖROLOJİK BOZUKLUKLAR
Hiç tutamıyor (feçes ve idrar)	0 Tam	0 Orta	0 Ör. Diyabet, multipl skleroz
	1 Huzursuz/yerinde duramıyor	1 Az	1 CVA serebra vasküler kaza
	2 Kayıtsız (apeti)	2 Nazogastrik tüp	2 Motor/duygusal
	3 Kısıtlı	3 ya da sadece sıvı	3 Parapleji
	4 Traksiyonda/hareketsiz	4 Anoreksik ya da	4-6
	5 Oturduğu yerden kalkamıyor	5 oral almıyor	* BÜYÜK AMELİYAT/TRAVMA
PUAN:	0 + RİSKLİ		5 Ortopedik-belden aşağı, spinal
	15 + YÜKSEK RİSKLİ		5 Ameliyat masasında 2 saatleri fazla
	20 + ÇOK YÜKSEK RİSKLİ		İLAÇLAR
			Sitotoksik
			Yüksek dozda steroidler
			Antiinflatuar
			PUAN:



BAYINDIR TIP MERKEZİ
DEKÜBITİS ÖNLEME VE STANDART BAKIM FORMU

TARİH:



AÇIKLAMALAR:

.....
.....

HASTA ADI-SOYADI :

BÖLÜM/ODA :

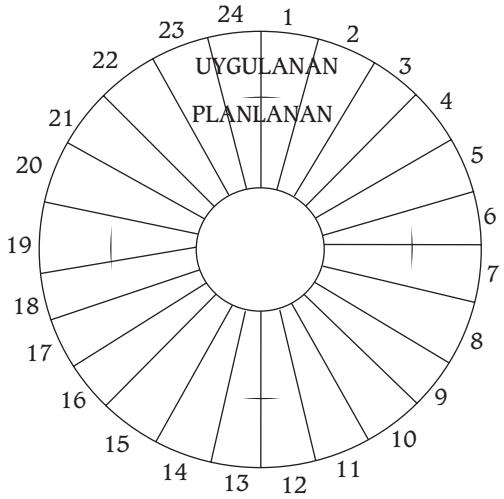
HKN :

TARİH	WALTERLOW PUANI

HASTANIN POZİSYONU	
M	MOBİLİZE
L	SOL YAN
R	SAĞ YAN
P	YÜZÜSTÜ
S	SIRTÜSTÜ
C	SANDALYEDE
D	PANSUMAN/BAKIM
I	IŞIK

DESTEKLER: EVET HAYIR
HAVALI YATAK
ŞİŞME ELDİVEN
POZİSYON YASTIK

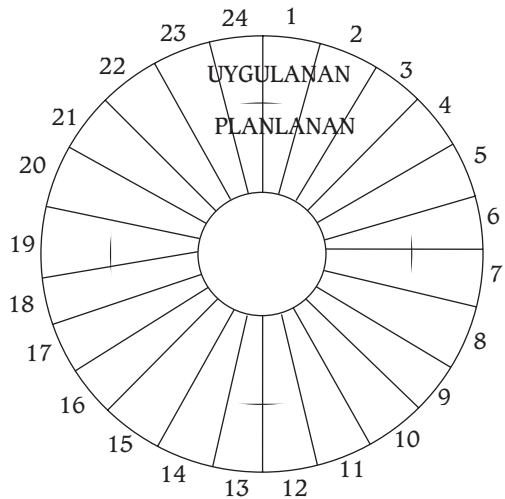
TARİH:



AÇIKLAMALAR:

.....
.....

TARİH:



AÇIKLAMALAR:

.....
.....

5. Alici J, Mangram, MD; Teresa C. Horan, MPH,CIC; Michele L. Pearson MD; Silver LC, BS;. Jarvis WR, MD; Gudeline for Prevention of Surgical Site Infection, 1999. Infect Control Hosp Epidemiol 20;4:247-78.
6. Malazgirt Z. Cerrahi Yara Enfeksiyonları. 2. Sterilizasyon Dezenfeksiyon hastane Enfeksiyonları Kongre Kitabı 2001:158-61.
7. Kluytmans JA, Mounton JW, Vanden Bergh MF et al. Reduction of surgical site infections in cardiothoracic surgery by elimination of nasal carriage of *S. aureus*. Infect Control Hosp Epidemiol 1996; 17:780-5.
8. Baskan S. Cerrahi alan enfeksiyonlarında risk faktörleri. Hastane Enfeksiyonları Dergisi 2000;4:233-9.
9. Tammelin A, Hambraues A, Stahle E. Routes and sources of *S. aureus* transmitted to surgical Wound during cardiothoracic surgery possibility of preventing wound contamination by use of special scrub suites. Infect Control Hosp Epidemiol 2001; 22:338-46.
10. Korkmaz A. Cerrahi Alan Enfeksiyonları. Hastane Enfeksiyonları Önemi ve Önlenmesi Simpozyumu. Ankara, 2000.
11. Aydemir EH, Tüzün Y, Saylan T (eds). Bakteriyele Deri Hastalıkları, Dermatoloji. İstanbul: Nobel Kitabevi, 1985:80.
12. Swartz MN. Cellulitis and subcutaneous tissue infections In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. (eds). Principles and Practice of Infectious Diseases. 4th ed. New York: Churchill Livingstone: 1995:909.
13. Kahn RM, Goldstein EJ. Common bacterial skin infections. Diagnostic clues and therapeutic options. Postgrad Med 1993;93:175.
14. Hadcock JL. The Development of a standardized approach to wound care in ICU. British Journal of Nursing 2000;9:614-24.

YAZIŞMA ADRESİ:

Hmş. Rabia GÜVEN

Bayındır Hastanesi Enfeksiyon

Kontrol Komitesi Sorumlu Hemşiresi

ANKARA