Türk Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği

7.ULUSAL YOĞUN BAKIM HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

KONGRE KİTAPÇIĞI

Bakımda Bir Adım İleri

24 - 27 Mart 2016

Kaya Artemis Resort Hotel

ÖNSÖZ

Değerli Meslektaşlarımız,

Türk Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği olarak iki yılda bir gerçekleştirdiğimiz ve artık geleneksel hale gelen Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresinin yedincisini 24-27 Mart 2016 tarihleri arasında Kıbrıs'ta Kaya Artemis Resort Hotel'de gerçekleştireceğiz. Günümüzde bilimsel bilgi ve tıbbi alanlardaki teknolojik gelişmeler hemşirelik alanında da gelişmeleri beraberinde getirmektedir. Bu değişim ve gelişmeleri en yakından takip etmesi gereken alanlardan biri de yoğun bakım hemşireliğidir. Bu nedenle "Bakımda Bir Adım İleri" teması ile; tüm yoğun bakımları kapsayan, yoğun bakım hemşirelerinin her tür bilimsel bilgiyi ve gelişmeyi paylaşabilecekleri, sorunlarını ve çözüm önerilerini meslektaşları ile tartışabilecekleri ve sosyal paylaşımlarda bulunabilecekleri hem bilimsel hem de sosyal açıdan zengin bir program hazırladık. Yoğun Bakım Hemşireliğinin tüm alanlarını kapsayan tek ulusal kongre olması ve içeriği bakımından da her yıl ülkemizde en çok tercih edilen toplantı olma özelliğindeki kongremiz için bu yıl da sizlerin desteğini beklemekteyiz. Kongre ve toplantılarımıza bugüne kadar göstermiş olduğunuz ilgi ve desteğin artarak devam edeceğini umar, Türk Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği Yönetim Kurulu adına en içten sevgi ve saygılarımı sunarım.

Yrd. Doç. Dr. Besey Ören

Kongre Başkanı

İÇİNDEKİLER

- KURULLAR
- BİLİMSEL PROGRAM
  - 25 Mart
  - 26 Mart
  - 27 Mart
- KURS PROGRAMI
- SUNUMLAR
  - Davetli Konuşmalar
  - Sözlü Sunumlar
  - Poster Sunumlar
- SPONSORLAR
- İLETİŞİM

KURULLAR

Kongre Başkanı: Besey Ören

Kongre Sekreterleri: Ebru Kıraner - Aycan Kelez Yayık

DERNEK YÖNETİM KURULU

Dernek Başkanı Besey Ören

Başkan Yardımcısı Ebru Kıraner

Genel Sekreter Duygu Sönmez Düzkaya

Sekreter Aycan Kelez Yayık

Veznedar Bilgen Uçak

Sayman Esra Uğur

Üye Banu Terzi

KONGRE DÜZENLEME KURULU

- Aycan Kelez Yayık
- Banu Terzi
- Besey Ören
- Bilgen Uçak
- Duygu Sönmez Düzkaya
- Ebru Kıraner
- Esra Uğur

KURULLAR

Bilimsel Kurul

- Pakize Aygün
- Yasemin Akbal Ergün
- Asiye Akyol
- Özlem Alkaya
- Burcu Bayrak Kahraman
- Sakine Boyraz
- Gülçin Bozkurt
- Seda Cevheroğlu
- Melike Çakır
- Sevim Çelik
- Esin Çetinkaya Uslusoy
- Yalım Dikmen
- Özlem Doğu
- Gülümser Dolgun
- Nuray Enç
- Hülya Fırat Kılıç
- Asiye Gül
- Eylem Gürdoğan
- Ükke Karabacak
- Nurten Kaya
- Aycan Kelez Yayık
- Gülbahar Keskin
- Ebru Kıraner
- Bilal Kırmızıgül
- Meral Madenoğlu Kıvanç
- Mukadder Mollaoğlu
- Nermin Olgun
- Besey Ören
- Selda Rızalar
- K. Nilay Genç
- Handan Sezgin
- Duygu Sönmez Düzkaya
- Gülten Sucudağ
- Murat Sungur
- Deniz Şelimen
- Sevim Şen
- Evren Şentürk
- Kezban Şirin
- Hatice Tel Aydın
- Banu Terzi
- Eylem Topbaş
- Berrin Tunalı
- Sevda Türen
- Emine Türkmen
- Bilgen Uçak
- Esra Uğur
- Sevim Ulupınar
- Gülzade Uysal
- Necmettin Ünal
- Hülya Üstündağ
- Tülay Yakut
- Saadet Yazıcı
- Semra Yurdakul
- Birsen Yürügen
- Neriman Zengin

KURULLAR

Sözel Bildiri Ödül Değerlendirme Kurulu

- Gülçin Bozkurt
- Sevim Çelik
- Ükke Karabacak
- Neriman Zengin

Poster Bildirisi Ödül Değerlendirme Kurulu

- Asiye Gül
- Eylem Gürdoğan
- Mukadder Mollaoğlu
- Emine Türkmen

BİLİMSEL PROGRAM

25 Mart 2016 Cuma

SAAT	SALON A	SALON B
08.00 – 09.00	KAYIT	
08.45 – 09.00	AÇILIŞ	
09.00 – 09.30	KONFERANS BAKIMDA BİR ADIM İLERİ Oturum Başkanı: Prof. Dr. Birsen Yürügen *Konuşmacı:* Prof. Dr. Deniz Şelimen	
09:30- 10:30	SICAK KONU KANITI UYGULAMAYA NASIL AKTARALIM? Oturum Başkanları: Prof. Dr. Sevim Çelik – Doç. Dr. Asiye Gül Kanıta Dayalı Uygulamalara Erişim *Konuşmacı:* Doç. Dr. Ükke Karabacak Kanıtların Kliniğe Aktarılmasındaki Güçlükler *Konuşmacı:* Dr.Duygu Sönmez Düzkaya Bakıma Yönelik Kılavuzların Geliştirilmesi *Konuşmacı:* Yrd. Doç. Dr. Esra Uğur	
10:30 – 11:00	ARA	
11:00 - 11:30	KONFERANS BİLİM VE SANAT YÖNÜYLE HEMŞİRELİK Oturum Başkanı: Doç. Dr. Gülçin Bozkurt *Konuşmacı:* Doç. Dr. Sevim Ulupınar	UYDU SEMPOZYUMU I YOĞUN BAKIMDA TERAPÖTİK HİPOTERMİ
11.30 – 12.30	PANEL AĞRI AJİTASYON VE SEDASYON YÖNETİMİNDE BİR ADIM İLERİ Oturum Başkanları: Prof. Dr. Asiye Akyol – Yard Doç Dr Meral Madenoğlu Kıvanç Hemşire Kontrollü Sedo-Analjezi Yönetimi *Konuşmacı:* Uzm. Hem. Aycan Kelez Yayık Non-farmakolojik Yöntemler *Konuşmacı:* Öğr. Gör. Seda Cevheroğlu Deliryum Yönetimi *Konuşmacı:* Prof. Dr. Hatice Tel Aydın	PANEL NÖROKRİTİK BAKIM Oturum Başkanları: Prof. Dr. Sakine Boyraz – Yrd. Doç. Dr. Gülbahar Keskin YB'de Nörolojik Değişikliklerin Tanılanması ve İzlemi *Konuşmacı:* Yrd. Doç. Dr.Eylem Topbaş İnme ve Hemşirelik Bakımı *Konuşmacı:* Prof. Dr. Sakine Boyraz Travmatik Beyin Hasarı *Konuşmacı*: Uzm. Hem. Kezban Şirin

BİLİMSEL PROGRAM

12.30 – 13.30	ÖĞLE YEMEĞİ	
13:30 - 14:00.	KONFERANS YOĞUN BAKIMDA SEMPTOM YÖNETİMİ Oturum Başkanı: Prof. Dr. Hatice Tel Aydın *Konuşmacı*: Prof. Dr.Nermin Olgun	KONFERANS KARDİYO PULMONER RESÜSTASYONDA SON GELİŞMELER: ERC 2016 KLAVUZU Oturum Başkanı: Dr. Sevim Şen *Konuşmacı:* Arş. Gör.Özlem Doğu
14.00 – 15.00	PANEL YB'DE HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ Oturum Başkanları: Yrd. Doç. Dr. Hülya Fırat Kılıç – Hem. Berrin Tunalı Güvenli İlaç ve Enjeksiyon Uygulamaları *Konuşmacı:* Doç. Dr. Nurten KAYA Transport Güvenliği *Konuşmacı:* Uzm. Hem. Sevda Türen Düşmenin Önlenmesi ve Fiziksel Tespit Uygulamaları: *Konuşmacı:* Yrd. Doç. Dr. Eylem Gürdoğan	PANEL YOĞUN BAKIMDA KONFOR Oturum Başkanları: Doç. Dr. Neriman Zengin – Yrd. Doç. Dr. Gülbahar Keskin Fizik ortamının konfor üzerine etkisi ve fiziki ortamın kontrolü *Konuşmacı:* Yrd. Doç. Dr. Banu Terzi YB'de Kaliteli Uyku *Konuşmacı:* Prof. Dr. Asiye Akyol YB'da Çalışan Sağlığı ve Mesleki Riskler *Konuşmacı:* Yrd. Doç. Dr. Yasemin Akbal Ergün
15.00 – 15.30	ARA	
15.30 – 16.00	KONFERANS SEPSİSDE FARKINDALIK Oturum Başkanı: Prof. Dr. Deniz Şelimen *Konuşmacı:* Prof. Dr. Necmettin Ünal	KONFERANS TÜRKİYEDEKİ YB'LAR YENİ NESİL ENFEKSİYONLARA HAZIR MI? Oturum Başkanı: Doç. Dr. Ükke Karabacak *Konuşmacı:* Uzm Hemşire Pakize Aygün
16.00 – 17.00	SÖZEL BİLDİRİLER Oturum Başkanları : Prof. Dr. Mukkader Mollaoğlu Doç. Dr. Asiye Gül	SÖZEL BİLDİRİLER Oturum Başkanları : Prof. Dr Sakine Boyraz Doç. Dr. Ükke Karabacak

BİLİMSEL PROGRAM

26 Mart 2016 Cumartesi

SAAT	SALON A	SALON B
09.00 – 10.00	PANEL KORONER YOĞUN BAKIM Oturum Başkanları: Prof. Dr. Nuray Enç – Yrd. Doç. Dr. Banu Terzi Akut Koroner Sendromlar /MI *Konuşmacı:* Yrd. Doç. Dr. Besey Ören Akut Koroner Sendromlarda Hemşirelik Bakımı *Konuşmacı:* Prof. Dr. Nuray Enç Akut Koroner Sendromlarda Rehabilitasyon *Konuşmacı:* Doç. Dr. Neriman Zengin	PANEL ÜLKEMİZDE ÇOCUK YOĞUN BAKIMLARIN DURUMU Oturum Başkanları: Doç. Dr. Gülümser Dolgun, Dr. Duygu Sönmez Düzkaya Çocuk Yoğun Bakım Hemşireliği *Konuşmacı:* Doç. Dr. Gülümser Dolgun Çocuk Yoğun Bakım Ünitelerinde Bütüncül Yaklaşım *Konuşmacı:* Yrd. Doç. Dr. Gülzade Uysal Çocuk Yoğun Bakımda İhmal-istismara Dikkat *Konuşmacı:* Hem. Tülay Yakut
10.00 – 10.30	KONFERANS NON-İNVAZİV MEKANİK VENTİLASYON UYGULANAN HASTAYA YAKLAŞIM Oturum Başkanı: Uzm. Hem. Aycan Kelez Yayık *Konuşmacı:* Uzm. Hem. Ebru Kıraner	KONFERANS YB'DE TEKNOLOJİ KULLANIMI: HEMODİNAMİK İZLEMDE YENİ TEKNİKLER Oturum Başkanı: Prof. Dr. Yalım Dikmen *Konuşmacı:* Prof. Dr. Murat Sungur
10.30 – 11.00	ARA	
11.00 – 12.00	PANEL ORGAN DESTEK SİSTEMLERİ Oturum Başkanları: Prof. Dr. Necmettin Ünal-Prof .Dr. Nermin Olgun ECMO *Konuşmacı:* Uzm. Hem. Melike Çakır Karaciğer Destek Sistemleri *Konuşmacı:* Doç. Dr. Evren Şentürk Renal Replasman Tedavisi *Konuşmacı:* Prof. Dr. Yalım Dikmen	
12.00 – 12:30	UYDU SEMPOZYUMU II ORGAN DESTEK SİSTEMLERİ	
12:30 – 13:30	ÖĞLE YEMEĞİ	

BİLİMSEL PROGRAM

13.30 – 14.30	PANEL İNVAZİV MEKANİK VENTİLASYON UYGULANAN HASTANIN REHABİLİTASYONU Oturum Başkanları: Prof. Dr. Hatice Tel Aydın - Yrd. Doç. Dr. Esra Uğur MV'da Mobilizasyon *Konuşmacı:* Hem. Semra Yurdakul MV'den Erken Ayırma *Konuşmacı:* Prof. Dr.Sevim Çelik	PANEL YOĞUN BAKIMDA KAYIT SİSTEMLERİ Oturum Başkanları: Prof. Dr. Mukadder Mollaoğlu- Yrd. Doç. Dr. Gülten Sucudağ Klasik Kayıt Sistemlerinin Avantaj Ve Dezavantajları *Konuşmacı:* Uzm. Hem.K. Nilay Genç Kalemsiz Kayıt Sisteminin Avantaj Ve Dezavantajları *Konuşmacı:* Hem.Bilal Kırmızıgül
14.30 – 15.00	KONFERANS YOĞUN BAKIM HEMŞİRELİĞİ SERTİFİKA PROGRAMLARININ GÜNCEL DURUMU Oturum Başkanı: Yrd. Doç. Dr. Besey Ören *Konuşmacı:* Doç. Dr. Gülçin Bozkurt	KONFERANS YB'DE NUTRİSYON UYGULAMALARI Oturum Başkanı: Uzm. Hem. Ebru Kıraner *Konuşmacı:* Özlem Alkaya
15:00 – 15:30	ARA	
15.30 – 16.30	SÖZEL BİLDİRİLER Oturum Başkanlari: Prof. Dr. Hatice Tel Aydın - Prof. Dr. Asiye Durmaz Akyol	SÖZEL BİLDİRİLER Oturum Başkanları : Prof. Dr. Nermin Olgun - Prof. Dr. Sevim Çelik

BİLİMSEL PROGRAM

27 Mart 2016 Pazar

SAAT	SALON A
09.00 – 10.00	PANEL YOĞUN BAKIM SONRASI EVE DÖNÜŞ Oturum Başkanları: Yrd. Doç. Dr. Selda Rızalar – Yrd. Doç. Dr. Handan Sezgin Türkiye de Yoğun Bakım Sonrası Evde Bakım Hizmetlerinin Durumu *Konuşmacı:* Doç. Dr. Gülçin Bozkurt YB Hastasının Eve Hazırlanması *Konuşmacı:* Hem. Bilgen Uçak YB Hastasının Evde İzlemi *Konuşmacı:* Öğr. Gör. Burcu Bayrak Kahraman
10.00 – 10.30	KONFERANS YB'DE MALİYET ETKİN BAKIM Oturum Başkanı: Yrd. Doç. Dr. Yasemin Akbal Ergün *Konuşmacı:* Yrd. Doç. Dr. Emine Türkmen
10.30 – 11.00	ARA
11.00 – 11.30	KONFERANS YAŞAM SONU BAKIM Oturum Başkanı: Prof. Dr. Asiye Akyol *Konuşmacı:* Yrd. Doç. Dr. Meral Madenoğlu Kıvanç
12.00 - 12.30	KAPANIŞ

KURS PROGRAMI

24 Mart 2016

YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE SİMÜLASYONLU VAKA YÖNETİMİ KURSU

Kursun Adı:	Yoğun Bakım Ünitesinde Simülasyonlu Vaka Yönetimi
Tarihi:	24 Mart 2016, Perşembe
Süresi:	11.00-18.00
Yeri:	7. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi, Kaya Artemis Hotel, Kıbrıs
Eğitimciler:	• Yrd. Doç. Dr. Banu TERZİ • Yrd. Doç. Dr. Esra UĞUR • KİMEKS, MD,PhD, Carlos CHIDIAC
Kursun Amacı:	Bu kursun amacı; yoğun bakım ünitesinde karşılaşılabilecek sorunlara yönelik senaryo temelli interaktif bir eğitimle, yoğun bakım hemşirelerinin kritik karar verebilme, problem çözme ve psikomotor becerilerinin geliştirilmesidir.
Öğrenme Çıktıları/Hedefler:	Bu kursu başarı ile tamamlayan hemşireler; • Yoğun bakım ünitesinde vaka yönetiminin önemini anlayabilir. • Yoğun bakım ünitesinde vaka yönetiminde hemşirenin anahtar ve lider rol üstlendiğini irdeleyebilir. • Yoğun bakım ünitesinde karşılaşılabilecek sorunlara ilişkin aldığı kritik kararları doğrultusunda hemşirelik bakım planını oluşturarak bu sorunları çözebilir.
İçerik:	• Yoğun Bakımda Simülasyonlu Vaka Yönetiminin Önemi • VAKA YÖNETİMİ-1 • VAKA YÖNETİMİ-2
Değerlendirme:	Kursun başında ve sonunda ön-test ve son-test yapılır.
Belgelendirme:	Kurs sonunda katılımcılara “Yoğun Bakım Ünitesinde Simülasyonlu Vaka Yönetimi Kursu Katılım Belgesi” verilir.

KURS PROGRAM

Kurs Sorumlusu:	Yrd. Doç. Dr. Banu TERZİ
11.00-11.30	AÇILIŞ ve TANIŞMA
11.30-11.45	ÖN-TEST
11.45-12.15	Yoğun Bakımda Simülasyonlu Vaka Yönetiminin Önemi KİMEKS Firması-MD,PhD, Carlos CHIDIAC
12.15-13.15	Öğle Yemeği
13.15-15.00	VAKA YÖNETİMİ-1 Yrd. Doç. Dr. Banu TERZİ, Yrd. Doç. Dr. Esra UĞUR, KİMEKS
15.00-15.30	Kahve Arası
15.30-17.30	VAKA YÖNETİMİ-2 Yrd. Doç. Dr. Banu TERZİ, Yrd. Doç. Dr. Esra UĞUR, KİMEKS
17.30-17.45	SON-TEST
17.45-18.00	Kursun Değerlendirilmesi ve Kapanış

KURS PROGRAM

24 Mart 2016

YOĞUN BAKIMDA SÜREKLİ RENAL REPLASMAN TEDAVİSİ

Oturum Başkanları: Prof. Dr. Birsen Yürügen, Prof. Dr. Yalım Dikmen

Kursun Yürütücüleri: Uzm. Hem. Aycan Kelez Yayık, Uzm. Hem Ebru Kıraner

SAAT	KONU	KONUŞMACI
11:00 – 11:15	Kursun İçeriği ve Açılış Konuşmaları	Prof. Dr. Birsen Yürügen
11:15 – 12:15	Renal Disfonksiyonun Değerlendirilmesi Akut Böbrek Yetmezliğinin Önlenmesi SRRT'nde Zamanlama	Prof. Dr. Yalım Dikmen
12:15 – 13:15	Öğle Yemeği	
13:15 – 14:15	SRRT Endikasyonları SRRT'nin Temel Konseptleri, Fizyolojisi	Prof. Dr. Yalım Dikmen
14:15 – 15:00	SRRT'nde Antikoagülasyon ve Sitrat Kullanımı	Uzm. Hem. Duygu Gündöndü Kars
15:00 – 15:30	Kahve Arası	
15:30 – 16:00	SRRT'nde Hazırlık, Sıvılar ve İzlem	Uzm. Hem. Ebru Kıraner
16:00 – 16:30	SRRT Uygulanan Hastanın Hemşirelik Bakımı	Hem. Semra Yurdakul
16:30 – 17:30	Cihaz Eğitimi	Sinem Kırhan
17:30 – 18:30	Pratik Uygulama	Sinem Kırhan
18:30	Değerlendirme ve Kapanış	Prof. Dr. Birsen Yürügen

KURS PROGRAM

24 Mart 2016

YOĞUN BAKIMDA KATETER İLİŞKİLİ ENFEKSİYONLAR

Oturum Başkanları: Doç. Dr. İlker Devrim, Doç Dr. Asiye Gül

Kurs Koordinatörleri: Yard. Doç. Dr. Besey Ören, Dr. Duygu Sönmez Düzkaya

SAAT	KONU	KONUŞMACI
11:00 - 11:15	Açılış	Doç Dr. İlker Devrim
11:15 - 11:45	Santral Kateter İlişkili Enfeksiyonlar için Yeni Tanı Kriterleri – CDC 2015	Uzm. Hemş. Pakize Aygün
11:45 - 12:15	Biyofilmler ve Kateter Enfeksiyonları	Doç Dr. Asiye Gül
12:15 - 13:30	ÖĞLE YEMEĞİ	
13:30 - 14:30	Katetere Bağlı Kan Dolaşımını Önlemeye Yönelik Bundle Yaklaşımı	Doç. Dr. İlker Devrim
14:30 - 15:00	Periferik IV Kateter Komplikasyonları	Hemş. Nevbahar Demiray
15:00 - 15:30	KAHVE ARASI	
15:30 - 17:00	Periferik IV Kateter Komplikasyonları	Hemş. Nevbahar Demiray
17:00 - 18:15	Santral Hat İlişkili Kan Dolaşımı Enfeksiyonları	Hemş. Nevbahar Demiray
18:15 - 18:30	Kursun Değerlendirmesi ve Kapanış	Doç. Dr. Asiye Gül

Davetli Konuşmaları

24 Mart Kurs 3

Santral Kateter İlişkili Enfeksiyonlar için Yeni tanı kriterleri- CDC 2015
Pakize Aygün - İ.Ü CTF

Sürveyans sisteminin temelleri 1970'lerde CDC NNIS (National Nosocomial InfectionSurveyans) sistemi olarak kurulmuş sonra 2005 yılında NHSN (National Hospital Surveyans Network) olarak güncellenmiştir. Bu süreçte sürveyans verileri kalite sistemlerinin önemli bileşenleri haline gelmiştir. Çeşitli revizyonlar ile CDC tanı kriterleri hemen tüm ülkelerde ortak bir tanı sistemi olarak kullanılmış ve bu tanı kriteleri 2013 yılında belirgin olarak değiştirilmiştir. Ventilatör ilişkili pnömoni, üriner kateter ilişkili üriner enfeksiyon tanıları 2016 yılı başında yenilenmiş bakteriyemi tanımı 2013 şekli ile kalmıştır.

Yeni tanı kriterlerindeki önemli noktalar; bu kriterlerin klinik yaklaşım için değil sürveyans için olduğu ve tanı kriterlerinin yoruma açık olmadan uygulanması gerektiğidir. Bir başka deyişle bakteriyemi tanısı ile tedavi başlanan bir olgu sürveyans kriterlerini doldurmuyorsa bakteriyemi olarak kaydedilmeyecektir.

Bakteriyemi tanımında öncelikle hangi durumların damar içi kateter olmadığı belirtilmiştir. Buna göre santral kateter olarak kabul edilmeyen cihazlar belirlenmiştir.

Daha önceki tanı kriterlerinde yer alan anlamlı üreme yeniden vurgulanmış; deri florası ve çevre bakterileri ancak klinik bulguların varlığında ve bu bakteriler en az iki şişede ürediğinde anlamlı olarak kabul edileceği belirtilmiştir. Aynı bakteri tanımlaması için daha önce kullanılan antibiyogram kriteri artık kaldırılmış ve sadece cins ve tür tanımı ile karar verilmesi istenmektedir.

Bakteriyemiyi kateter kaynaklı olarak tanımlamak için laboratuvar kriterlerini kullanmamış santral venöz kateteri olan bir olguda başka bir odak olmadan kan kültürü üremelerini kateter kaynaklı olarak yorumlamayı istemiştir. Bu konuda başka odak olmaması sorun olarak devam edecek gibi görünmektedir.

En önemli değişiklik olarak yeni bir bakteriyemi alt grubu tanımlanmıştır: Mukoza hasarı ile ilişkili bakteriyemi. Nötropenik hastalarda ya da allogeneik kök hücre nakli olan komplikasyonlu olgularda mukoza kaynaklı bir etken (viridans streptokoklar, anaeroplar, kandida,...) üretilirse bu tanı olarak tanımlanması istenmektedir.

Sonuç olarak yeni tanı kriterleri bakteriyemi olgularında tanımda bazı sorunları taşısa da olumlu bir gelişme olarak düşünülebilir. Ülkemizde de UHESA bu kriterler bu konuda bilgi vermeli ve eğitimler ile uygulamanın yerleşmesini sağlamalıdır.

Kaynaklar:

1- Balkan İ.İ, Mete B, Öztürk R.Primer kan dolaşımı enfeksiyonu ve ventilatörle ilişkili pnömoni olgu tanımlarında güncellemeler. Derleme, Yoğun Bakım Dergisi 2013;11(2):45-55

2- www.hiderim.org/cdc/sunumerkezi.aspx

3- http://www.cdc.gov/nhsn/about.html

Davetli Konuşmaları

24 Mart Kurs 3

Biyofilmler ve Kateter Enfeksiyonları

Asiye Gül - İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Giriş: İntravasküler kateter uygulamaları modern tıp için vazgeçilmez araçlardan biridir. İntravasküler kateterler sıvılar, ilaçlar, parenteral beslenme ve kan ürünleri verilmesi ve hemodiyaliz gibi birçok uygulamada kullanılmaktadır. Bu kateterlerin kullanımı kateter ile ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonları için de bir risk faktörüdür. Katetere bağlı bir enfeksiyon geliştiğinde morbidite, mortalite ve maliyetin artmasına neden olmaktadır. Bu enfeksiyonlar, tıbbi aletler üzerinde biyofilm oluşması ile yakın ilişkilidir. Biyofilmler, yalnızca intravasküler kateterler üzerinde değil, idrar sondaları, ortopedik implant, kontakt lens, protez kalp kapakçıkları ve kalp pilleri, rahim içi araç, böbrek taşı, akciğer dokusu gibi canlı ve cansız birçok yüzeyde oluşarak sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyonlarda önemli rol oynar. Kateterler üzerinde gelişen biyofilmler gram-pozitif veya gram-negatif bakterilerden, mantarlardan veya birden fazla mikroorganizma tarafından oluşabilir. Mikroorganizmalar, kateterin yüzeyine yapışarak kolonize olur ve kendi ürettikleri organik bir ekzopolisakkarid yapıda jelsi bir tabaka içinde biyofilmi oluştururlar. Oluşan bu yapı mikroorganizmayı antibiyotiklerden, dezenfektanlardan, antikor, makrofaj ve nötrofillerin etkisinden korur. Biyofilm oluşturan bakteriler antibiyotiklerin etkilerine karşı da direnç gösterirler. %97'si su, %2.5 mikroorganizma, %1-2 polisakkarid, %1-2 protein ve %1-2 DNA ve iyonlar biyofilmin içeriğini oluşturmaktadır. Oluşan biyofilmler, enfeksiyonun yayılması için risk yaratır. Özellikle immün sistemi baskılanmış hastalarda ve kalıcı tıbbi araç veya kateteri olan hastalarda ciddi enfeksiyonlara yol açar. Tanı ve tedavi için girişimsel tekniklerin ve kalıcı tıbbi araçların kullanımının artışı bu enfeksiyonların da artışına neden olmuştur. US'de her yıl yaklaşık 80.000 kateter ile ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonları oluştuğu bildirilmektedir.

Sonuç: Biyofilm oluşmadan engellenmesi ve kontrolü için önlemler alınmalıdır. Son yıllarda antimikrobiyal ajanlar içeren kateterler, kateterizasyon süresinin kısaltılması gibi stratejiler önerilmektedir. Kateter takılırken; el hijyeninin sağlanması, maksimum bariyer önlemlerine uyulması, klorheksidin ile cilt antisepsisi, uygun kateter yeri seçimi, kateterin eğitimli bir ekip tarafından takılması, kateterin günlük değerlendirilmesi ve en kısa sürede çıkarılması konusunda çaba gösterilmelidir.

Anahtar kelimeler: Biyofilm, enfeksiyon, kateter

Kaynaklar

Aygün G. Damar içi kateter enfeksiyonlarının önlenmesi ve kontrolü. İ.Ü.Cerrahpaşa tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Hastane Enfeksiyonları: Korunma ve Kontrol, 2008; 60: 79-88.

Göçmen JS, Büyükkoçak Ü, Çağlayan O. Parenteral nutrisyon sıvılarının koagülaz-negatif stafilokok'ların biyofilm oluşturması üzerine etkisi: Deneysel bir çalışma. Journal of Clinical and Experimental Investigations. 2012; 3 (4): 505-509.

Uludağ Altun H, Şener B. Biyofilm enfeksiyonları ve antibiyotik direnci. Hacettepe Tıp Dergisi 2008; 39:82-88.

Davetli Konuşmaları

25 Mart Salon A

0930-1030 _ SICAK KONU KANITI UYGULAMAYA NASIL AKTARALIM

Kanıta Dayalı Uygulamalara Erişim

Doç. Dr. Ükke KARABACAK

Acıbadem Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi

Hemşirelik Bölümü

Kanıta dayalı uygulama (KDU) en iyi ve en güncel kanıtı aramayı, klinik uzmanlık ve değerlendirmeyi ve bakım sürecinde hastanın tercih ve değerlerini kapsayan klinik karar vermeye yönelik problem çözen bir yaklaşımdır.

Hemşirelikte kanıta dayalı uygulama, klinik uygulama kalitesini geliştirmek için hemşirelik ve tıbbi literatürde yer alan en iyi kanıtın belirlenmesi, değerlendirilmesi ve uygulanması sürecidir. Hemşirelik araştırmacılarının çoğu Kanıta Dayalı Hemşirelik uygulamalarının; araştırma, kuram ve uygulama arasındaki açığı kapatacağına inandıklarını belirtmektedirler .

Kanıta dayalı uygulama süreci beş aşamada gerçekleşmektedir;

1. Öncelikle hasta bakımını ilgilendiren konulara yönelik klinik sorular oluşturulur.

2. Bu sorulara yanıt oluşturacak kanıtları belirlemek için sistematik araştırma yapılır.

3. Araştırmalar yoluyla elde edilen kanıt geçerlik, güvenirlik ve uygulanabilirlik açısından eleştirel olarak değerlendirilir.

4. Belirlenen en iyi kanıt, klinik uzman, kaynaklar ve hasta açısından değerlendirilerek klinik

uygulamada kullanılır.

5. Elde edilen klinik başarı değerlendirilir.

Bu çalışmada amaç kanıta dayalı uygulama sürecinin ikinci basamağı olan ve klinik sorulara yanıt oluşturacak ilgili kanıtların bulunmasına rehberlik etmektir.

Kanıta Dayalı Uygulamada gereksinim duyulan kanıtlar; bilgisayar ortamındaki veri tabanlarından kurumun kendi kalite geliştirme departman verilerine kadar pek çok kaynaktan elde edilir.

Literatürde yer alan kanıtlar değerlerine göre hiyerarşik olarak sıralanmaktadırlar. En iyi kanıtı arama çalışması güçlü kanıtlar olarak kabul edilen; randomize kontrollü çalışmaların sistematik derlemesi, meta analiz ve klinik uygulama rehberlerini araştırarak başlamalıdır. Veri tabanlarında araştırma sorusuna yanıt oluşturacak bu çalışmalara ulaşılamadığı durumlarda, randomize kontrollü çalışma sonuçları ya da klinik karar vermeyi yönlendirecek diğer çalışma sonuçları araştırılır.

Uygulamacılar, sorularına yanıt bulmak için hakem değerlendirmesinden geçmiş araştırma sonuçlarına ihtiyaç duymaktadır. Çoğunlukla bu kanıtların kaynakları, yayınlanmış çalışmaların yer aldığı veri tabanlarından oluşur. Veri tabanlarındaki kayıtlar bilgisayar ortamında biriktirilmekte, paylaşılmakta ve yönetilmektedir. Kanıt arama çalışması içerisinde önemli olan doğru veri tabanına ulaşmaktır. Sağlıkla ilgili pek çok veri tabanı bulunmaktadır. Bazılarında yayınlara ücret karşılığında, bazılarında da ücretsiz ya da hem ücretli hem de ücretsiz ulaşılabilmektedir.

Web de sağlığa ilişkin kaynakların hepsinde yeterli ve doğru bilgiye her zaman ulaşılamayabilir. Profesyonellerin araştırma amacına göre seçilebilecek veri tabanlarına örnek olarak; CINAHL-www.cinahl.com/; MEDLINE-www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/; EMBASE-www.embase.com; PsycINFO-www.apa.org/psycinfo; Cochrane Database of Systematic Reviews- www.cochrane.org; SIGLE-www.opengrey.eu/ HEALTLINE- www.healthline.com/ National Guidelines Clearinghouse-www.guideline.gov; National Research Register- www.nihr.ac.uk/ verilebilir.

KAYNAKLAR

1. Kocaman G. (2003) Hemşirelikte kanıta dayalı uygulama Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2; 61-69.

2. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. (2005) Evidence Based Practice in Nursing&Healthcare A guide t best practie. Lippincott Williams&Wilkins

3. Babadağ K, Kara M. (2004). Kanıta dayalı hemşirelik ve meslekleşme. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 7(2).

4. ICN (2012). Closing the Gap: From evidence to action. International nurses day, 12 May 2012.

5. Penz LK, Bassendowski, SL (2006). Evidence-Based Nursing in Clinical Practice: Implications for Nurse Educators. The Journal of Continuing Education in Nursing · November/December ,37:6.

6. Yılmaz M. (2005). Hemşirelik bakım hizmetinin kalitesini geliştirme yolu olarak kanıta dayalı uygulama. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9(1).

7. Morrisey L.J, DeBourgh GA (2001). Finding Evidence: Refining Literature Searching Skills for the Advanced Practice Nurse, AACN Clinical Issues, 12; 4, pp. 560-577

8. Jyothi, N. (2012) Evidence-Based Practice- the Future of Nursing and the Role of Nurse International Journal of Nursing Education. July-Dec., 4; 2, pp. 82-85

9. Keough A.V. (2010). Evidence-Based Practice. In. Sheehy's Emergency Nursing and Practice. (Eds. T.K. Howard, R.A. Steinmann). 6th ed, Elsevier, Philadelphia.

10. Melnyk, B.M., Fineout-Overholt, E., (2011). Evidence-Based Practice in Nursing & Healthcare: A Guide to Best Practice. Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins. 3-24.

Davetli Konuşmaları

25 Mart Salon A

0930-1030 _ SICAK KONU KANITI UYGULAMAYA NASIL AKTARALIM

Kanıtların Kliniğe Aktarılmasındaki Güçlükler

Dr. Duygu Sönmez Düzkaya

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi

Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü

Eğitim Hemşiresi

Kanıta dayalı uygulamalar, son on yılda hemşirelik literatüründe oldukça sık ele alınan konulardan olmasına rağmen, hemşirelik uygulamalarına yansımaları henüz sınırlıdır. Son yıllarda bu konuda çok sayıda çalışma yayınlanmasına rağmen, araştırma sonuçlarının klinik alanda kullanılması oldukça uzun sürmektedir. Kanıta dayalı uygulamaların geliştirilmesinde yapılan çalışmaların sonuçlarının hemşirelere ulaştırılabilmesi ve hemşirelerin araştırma sonuçlarına ikna edilmesi gerekmektedir.

Kanıta dayalı uygulamaların klinikte uygulanması ile ilgili birçok engel bulunmaktadır. Engeller bireysel ve kurumsal olarak değerlendirildiğinde;

Bireysel Engeller,

- Hemşirelerin klinik uygulamalar için araştırmaları gerekli görmemesi
- Hemşirelerin araştırma raporlarını anlama ve uygun olarak değerlendirme becerilerinin yetersiz olması
- Kanıta dayalı uygulamanın yerine getirilmesi için yeterli zamanlarının olmadığına inanmaları
- Hemşirelerin araştırmaya katılmak istememesi
- Araştırma yapan hemşirelerin klinik gerçeklerden uzak, teorik çalıştıkları ve uygulama alanlarında uygulanamayacak araştırmalar yapmaları
- Hemşirelerin araştırma ile ilgili yeterli bilgilerinin olmaması

Kurumsal Engeller,

- Kanıta dayalı uygulamayı destekleyen kurumsal desteğin olmaması
- Hemşirelerin klinikteki uygulamayı değiştirmek için gerekli yetkiye sahip olmadıklarını düşünmeleri
- Araştırma sonuçlarının yöneticiler tarafından desteklenmemesi
- Hemşirelik alanına özgü bilgilerin toplandığı merkezi bir birimin bulunmaması gibi maddeler sıralanabilir.

Davetli Konuşmaları

25 Mart Salon A

0930-1030 _ SICAK KONU KANITI UYGULAMAYA NASIL AKTARALIM

Bakıma Yönelik Kılavuzların Geliştirilmesi

Yrd. Doç. Dr. Esra Uğur

Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Klinik Uygulama Kılavuzları, hasta bakımını en iyi hale getirmek için sistematik araştırmaya dayalı kanıtlardan ve alternatif bakım seçeneklerinin yarar-zararlarının değerlendirilmelerinden oluşan tavsiyeleri içeren bildirimlerdir (1). Klinik uygulama kılavuzları klinisyenlere en iyi kanıtları en iyi uygulamalara dönüştürmede yardım eder. İyi hazırlanmış bir kılavuzun hastaneler ve sağlık profesyonelleri tarafından kullanımı sağlık bakımındaki değişkenliği azaltmak, doğru tanılamayı sağlamak, etkin tedavi ve bakımı sağlamak ve (2) . A well-crafted guideline promotes quality by reducing healthcare variations, improving diagnostic accuracy, promoting effective therapy, and discouraging ineffective – or potentially harmful – interventions. Günümüzde kılavuzlar mesleki örgütler ve hükümetler tarafından ulusal, uluslararası düzeyde oldukça geniş bir kullanım alanına yönelik olarak hazırlanmaktadır (3).

Klinik uygulama kılavuzlarının hazırlanmasında farklı yaklaşımlar mevcuttur. Başlıcaları De Novo rehber geliştirme, rehberin aynen benimsenmesi/doğrudan tercüme veya rehberin adaptasyonu şeklinde oluşturulmaktadır (1). Uygulama rehberlerinin oluşturulmasında; rehber konusunun seçimi, bir kılavuz geliştirme grubu oluşturulması, sistematik literatür taranması, önerilerin oluşturulması, danışma ve kanıtların değerlendirilmesi, yayın ve yaygınlaştırma, uygulama ve gözden geçirme aşamalarının izlenmesi gerekir (4). Kılavuzların başarısında geçerlik ve güvenirliği, tekrarlanabilirliği, maliyet etkililiği, klinik kabul edilebilirliği, esnekliği, uygulanabilirliği, açıklığı, yöntemin titizlikle kaydedilmiş olması, planlı ve plan dışı olarak gözden geçirilmesi önemlidir (2).

Bununla birlikte özellikle hemşirelik alanında klinik uygulama kılavuzlarının hazırlanması ve kullanımının yaygınlaştırılmasında çeşitli sorunlar mevcuttur. Hemşirelik alanında bakım kılavuzlarının oluşturulmasına dayanak oluşturacak kanıtların yetersizliği, kanıtların ağırlıklı tıbbi literatüre ait olması, kanıtlara ulaşabilecek ve değerlendirebilecek hemşire uzmanların yetersizliği, vb. bunlar arasında sayılabilir. Hemşirelerin yeterliliklerinin artırılarak bakım kılavuzlarının geliştirilmesinde daha fazla rol alması ve kılavuzların yaygınlaştırılması bakımın kalitesini artırmanın yanı sıra hemşirelerin bakıma ve bakım kararlarına ilişkin davranışlarının değiştirilmesinde etkili olacaktır (2).

Anahtar kelimeler: kanıta dayalı hemşirelik, bakım kılavuzları, bakım kalitesi

1. Başer DA, Kahveci R, Yaşar İ, Koç M, Özkara A. Klinik Uygulama Rehberi Geliştirme Yöntemlerine Bakış. Yeni Tıp Dergisi (2015) 38: 186-190.

2. Thomas L. Clinical Practice Guidelines. Evid Based Nurs (1999) 2:38-39.

3. Robertson J. Guide to the Development of Clinical Guidelines for Nurse Practitioners. http://www.nursing.health.wa.gov.au/docs/career/np/Guide_to_the_development_of_clinical_guidelines.pdf Erişim: 18.02.2016

4. Şirin R Ş. Set T. Klinik Uygulama Rehberleri. Turkısh Journal Of Family Medicine And Primary Care (2013) 7 (2).26-28.

Davetli Konuşmaları

25 Mart Salon A

1100-1130 _ BILIM VE SANAT - SEVİM ULUPINAR

Bilim ve Sanat Yönü ile Hemşirelik

Doç. Dr. Sevim Ulupınar

İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Hemşirelikte Eğitim Anabilim Dalı

sevim.ulupinar@istanbul.edu.tr

Sanat ve bilim, insan yaşamına yön veren, günlük yaşamı zenginleştiren iki önemli denge unsurudur. Sanat canlandırma, bilim açıklamadır. Bir sanatçı aynı zamanda bir bilim insanı olabileceği gibi bir bilim insanı da iyi bir sanatçı olabilir. Sanatın da bilimin de ortak yanı, gerçeğe ulaşma, dünyayı tanıma ve açıklanmasını amaçlayan, yeni keşifler yapmadır. Ancak kullandıkları yöntemler farklıdır.

Hemşirelik, bilim ve sanatta oluşan bir sağlık disiplini olarak tanımlanır. Hemşireliğin bilim bölümü, hemşirelik uygulamalarına rehberlik eden bilimsel bir bilgiden oluşur. Hemşirelik bilimi, teorik bir çatı aracılığıyla bilginin uygulamasıdır. Hemşirelik bilimi, hemşirelerin problem çözerken, etkili bir şekilde uygulamada kullanmalarına olanak tanıyan, geçerli ve güvenilir yaklaşımlar, teknikler ve teorilerdir. Hemşirelikte sanat, hasta-hemşire etkileşiminin bireysel uygulamasıdır. Hemşirelik sanatı hem bilimsel hem de kişisel ve estetik bilgiyi içerir. Hemşirelik sanatı; etik, yönetim ve ustaca yapılan performans yoluyla açıklanabilir.

Hemşireler, insan sağlığı ile ilgili durumlarda hem estetik ve yaratıcı ifadeyi kapsayan sanatı hem de bilimi birlikte kullanırlar. Hemşirelik müfredat programında ağırlıklı bir şekilde bilime odaklanılmıştır. İnsancıl bir meslek olarak hemşireliği güçlendirmek, hemşirelik sanatı ve bilimini dengeleyen hemşireler eğitmek için hemşirelik eğitiminde sanatla ilgili derslere de yer verilmelidir. Hemşirelik sanatı hakkında, daha iyi bir anlayış getirme ve eleştirel düşünme becerilerini geliştirmede, hemşireler için kapsamlı ve özgür düşünceli sanat eğitiminin önemi açıktır.

Kaynaklar

1. Jasmine T (2009). Art, science, or both? Keeping the care in nursing. Nurs Clin N Am, 44, 415–421

2. Karagözoğlu Ş. (2005) Bilimsel bir disiplin olarak hemşirelik C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 9 (1): 6-14.

3. Kavuran T. (2003). Sanat ve bilimde gerçek kavramı. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 15;2, 225-237.

4. McCaffrey R, Purnell M. (2007). From experience to integration: The arts in nursing education. Nursing Education Perspectives; 28, 2; ProQuest Health and Medical Complete,72-76.

5. Medawar PB.(1998). Genç Bilimadamına Öğütler (Çev. N Arık) Tübitak yayınları, 14. Basım, Ankara.

6. Rawnsley MM (1996). Response to the perceptual aspect of nursing art. Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal, 10;4, 323-27.

7. Wilson C. (2005). Said another way: My definition of nursing. Nursing Forum, 40, 3; Health Module 116-118.

Davetli Konuşmaları

25 Mart Salon A

1130-1230 _ AGRI AJITASYON VE SEDASYON YONETIMINDE BIR ADIM ILERI

HEMŞİRE KONTROLLÜ SEDO-ANALJEZİ YÖNETİMİ

Aycan KELEZ YAYIK

Ağrı ve anksiyete YBÜ'nde hastayı kurtarma çabaları sırasında sıklıkla unutulup, göz ardı edilmektedir. Günümüzde tedavideki yeni genişmeler, sağ kalım oranının arttırmasına rağmen hastalar taburcu olduktan sonra yoğun bakım ünitelerinde geçirdikleri zamanı olumsuz olarak hatırlamaktadırlar.

YBÜ'lerinde tanı ve tedavi amaçlı uygulanan mekanik ventilasyon, invaziv arter katateri, santral ven katateri, entübasyon, yara bakımı, hemofiltrasyon gibi uygulamalar hasta için konforsuz ve ağrılı girişimlerdir. Bunun yanı sıra ünitedeki sürekli monitör sesleri, kalabalık çalışan kadrosu, ölümler de anksiyete ve deliryuma neden olmaktadır.

Özellikle mekanik ventilasyon ihtiyacı olan hastalarda sedo-analjezinin sağlanması tedavinin vazgeçilmez bir komponentidir. Yeterli sedo-analjezi; ağrı ve ajitasyonu kontrol altına almakta anksiyete ve deliryum gelişimini önlemektedir.

Yakın zamana kadar yoğun bakımlarda geçerli olan sedasyon anlayışı bu gün artık geçerliliğini yitirmiştir. Derin sedasyon yerine, hastanın stresinin, anksiyete ve ağrısının kaldırıldığı, uyandırılabildiği, çevresiyle koopere olduğu "Bilinçli Sedasyon" anlayışı benimsenmiştir. Bu anlayışının ventilatör tedavisini ve yoğun bakımda kalma süresini kısalttığı gösterilmiştir.

Ancak YB hastasında sedasyon ve ağrının değerlendirilmesi zordur. Bu amaçla çeşitli skalaların yanında monitörizasyon yöntemleri de kullanılmaktadır. Aşırı veya yetersiz sedasyonun etkilerinden değerlendirmek için sedo-analjezi protokollerinin olması son derece önemlidir. Belli bir protokole göre uygulanan aralıklı sedasyonun, devamlı sedasyon uygulamasına göre daha avantajlı olduğu son yıllarda yapılan araştırmalarla gösterilmiştir

YBÜ'lerinde sedo-analjezi protokolünün uygulanması, ilaçların yapılması ve etkilerinin izlenmesi, sedasyon düzeyinin değerlendirilmesi süreçlerinde yoğun bakım hemşiresine ciddi sorumluluklar düşmektedir. Brook ve ark. hemşire kontrollü sedasyon protokolünün mekanik ventilasyon süresi üzerine etkisini araştırmışlar; hemşireler tarafından protokole dayalı sedasyon uygulanmasının, devamlı sedasyon uygulanan protokolsüz kontrol grubuna göre, mekanik ventilasyon ve trakeostomi ihtiyacını azalttığını, YB ve hastane yatış süresini kısalttığını saptamışlardır.

Thorens ve ark. ise KOAH hastalarının mekanik ventilasyon desteğinden ayrılmalarında hemşirelerin etkisini incelemişler, yetersiz hemşire sayısının sedasyon skorlarının kullanılmasını azalttığını, gereğinden fazla sedatif ilaç uygulamasına neden olduğunu göstermişlerdir. Başarılı ve uygun sedasyon uygulamaları için YBÜ'ndeki hemşire sayısının önemli olduğunu vurgulamışlardır.

Davetli Konuşmaları

25 Mart Salon A

1130-1230 _ AGRI AJITASYON VE SEDASYON YONETIMINDE BIR ADIM ILERI

Öğr. Gör. Seda CEVHEROĞLU

Doğu Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Gazimağusa/KKTC

GİRİŞ: Günümüzde ağrı kontrolünde yaygın olarak farmakolojik yöntemler kullanılmaktadır. Analjezik tedavisi, çabuk etki göstermesi ve kolay uygulanabilir olması nedeniyle ağrının giderilmesinde en çok tercih edilen tedavi yöntemidir. Yoğun bakımda sedasyon ise anksiyetenin ve ajitasyonun tedavisinde endikedir. Sedasyon tedavisi ağrı, anksiyete ve ajitasyonu azaltmada, amneziyi sağlamada, hastanın konforunu ve ventilatör desteğine toleransı arttırmada, aspirasyon, invaziv girişimler, pansumanlar gibi hemşire/doktor bakımını kolaylaştırmada kullanılan yoğun bakımın önemli bir komponentidir. Ancak gerek analjeziklerin bilinçsiz ve yoğun bir şekilde kullanılması gerekse sedasyon tedavisinin fizyolojik ve psikolojik fonksiyonlara olumsuz etkisi önemli sonuçlara neden olabildiği gibi özellikle narkotiklerin kullanıldığı durumlarda her defasında dozun arttırılması nedeniyle tolerans gelişmesi gibi olumsuz yönler de vardır. Bu nedenlerle, yoğun bakımlarda izlenen kritik hastalarda ağrı, ajitasyon ve sedasyon yönetiminde öncelikle non-farmakolojik yöntemler denenmelidir. Ağrı, anksiyete ve ajitasyonun kontrolünde gerek sedasyonu sağlayabilecek gerekse ağrı ile başetmede yardımcı olabilecek non-farmakolojik uygulamalar önem taşımaktadır. Bu kapsamda, hastaların sık sık oryante edilmeleri, uyku/uyanıklık döngüsünün sağlanması, çevre ısısının stabil olması, gürültünün kontrolü, ailenin ziyaretine izin verme, gevşeme egzersizleri başlıca yöntemlerdir. Bu yöntemlerin kullanımı hastanın ağrı, anksiyete ve ajitasyonunun kontrolünü sağlayıp sedasyon ihtiyacını azaltmada oldukça önemlidir. Bu yöntemlere ek olarak uygulanan non-farmakolojik yöntemler ise;

1. Periferal Teknikler; Masaj, Sıcak Uygulama, Soğuk Uygulama, Deriye Mentol Uygulama, Vibrasyon, Transkütan Elektriksel Sinir Stimülasyonu, Terapötik dokunma, Pozisyon Verme, Egzersiz
2. Kognitif (Bilişsel) Davranışsal Teknikler; Gevşeme Teknikleri, Dikkati başka yöne çekme, Hayal Kurma, Bilişsel stratejiler, Hipnoz
3. Diğer Nonfarmakolojik Uygulamalar; Akapunktur, Aramoterapi, Meditasyon, Rekleksoloji, Reiki, Müzik Terapidir.

SONUÇ: Sonuç olarak; Nonfarmakolik tedavi yöntemlerinin Yoğun Bakım Ünitesi standart hemşirelik uygulamaları içinde yer almasına yönelik girişimlerde bulunulmalıdır. Ayrıca, bu nonfarmakolojik olan girişimlerin ayrı ayrı ve bir arada uygulandığı çalışmaların arttırılıp sonuçlarının karşılaştırılması gerekmektedir.

ANAHTAR KELİMELER: Ağrı, Ajitasyon, Sedasyon, Nonfarmakolojik Yöntemler

Davetli Konuşmaları

25 Mart Salon A

1130-1230 _ AGRI AJITASYON VE SEDASYON YONETIMINDE BIR ADIM ILERI

DELİRYUM YÖNETİMİ

Prof. Dr. Hatice TEL AYDIN

Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Yoğun bakım üniteleri(YBÜ), en üst düzeyde teknolojik araç- gereç donanımı sağlanan bir ortamda, özel eğitimli personel ve multidispliner anlayışla yakın izlem ve bakım hizmeti vermek üzere tasarlanmış özel alanlardır. Hastaların sağlık sorunlarının karmaşıklığı, invaziv işlemler, tedavi protokolleri, çoklu ilaç kullanımı, ortamının fiziksel ve teknolojik özellikleri gibi birçok nedene bağlı olarak yoğun bakım üniteleri deliryum görülme sıklığının yüksek olduğu birimlerdir. Deliryum, bilinç, dikkat ve algıda akut ya da subakut gelişen ve gün içinde dalgalanma eğilimi gösteren bir bozukluktur. YBÜ'de deliryum görülme sıklığı %40-%74 arasında değişmekte olup bu oran mekanik ventilasyon uygulanan hastalarda %60-%80'e ulaşmaktadır. Çalışmalar deliryumun, mekanik ventilatördeki hastaların son altı aydaki hayatta kalma oranlarını, mekanik ventilatörden ayrılma durumlarını olumsuz yönde etkilendiğini, bakım maliyetinin yükselmesine, yoğun bakım ünitesinde kalış süresinin uzamasına neden olduğunu göstermektedir.

Yoğun bakım ünitesinde deliryum görülme sıklığı yüksek olmasına karşın deliryum vakaların %60-80'i gözden kaçabilmektedir. Uzamış ve farkedilmeyen deliryum, hasta bakımında olumsuz sonuçlara, bakım maliyetinin ve hemşirelik bakım gereksiniminin artmasına neden olmaktadır. Bu nedenlerle deliryum hemşirelerin dikkatle ele alması gereken önemli bir konudur. Ancak, YBÜ'de hastaların düzenli olarak mental durum değerlendirmesinin yapılmaması, hastalarla iletişime geçme zorluğu, deliryumun demans ve depresyon ile karıştırılması, rutin hasta değerlendirmesinde deliryum değerlendirme ölçeklerinin kullanılmaması, deliryuma ilişkin bilgi yetersizliği gibi durumlar deliryum tanılanmasını engellemektedir.

Deliryum yönetimindeki en etkili yaklaşım önlemedir. Hasta ile geçirdikleri zamanın daha uzun olması, hasta gereksinimlerini, deliryuma ilişkin risk faktörlerini yakından takip edebilmeleri nedeniyle hemşireler deliryumun önlenmesi ve yönetiminde kilit noktadadırlar. YBÜ'ye yatan tüm hastalarda deliryum değerlendirmesi yapılmalı, deliryumu önleyici nonfarmakolojik yaklaşımların yatışın ilk gününden itibaren uygulanmaya başlanmalıdır. Nonfarmakolojik yaklaşım müdahalelerinin; deliryum insidansının, süresinin ve şiddetinin azaltılmasında etkili olduğu gösterilmiştir. Bu nedenle yoğun bakım hemşirelerinin; deliryum riskinin farkında olmaları, riskli hastaların tanılanması ve deliryumu önleyici yaklaşımları uygulanması konularına öncelik ve önem vermeleri gerekmektedir.

Davetli Konuşmaları

25 Mart Salon A

1330-1400 _ YOGUN BAKIMDA SEMPTOM YONETIMI - NERMIN OLGUN

Nermin OLGUN

Yoğun Bakımda Semptom Yönetimi

Yoğun bakım kısmen veya tamamen yitirilmiş organ veya fonksiyonların olumsuz etki nedenleri ortadan kaldırılıncaya kadar hastaların desteklenmesi, hastalığı oluşturan bu nedenlerin tedavi edilmesi, hastanın hayatta kalmasının sağlanması için uygulanan yöntemlerin tamamıdır. Bu özelliği nedeniyle modern tıbbın uğraş alanlarından ayrılmaktadır. Yoğun bakım dışında kalan uzmanlık alanlarından bir kısmı, insan organizmasının bir bölümü, belli bir yaş grubu ve bir kısmı da tedavinin bir bölümü ile ilgilenirken, yoğun bakım birçok hastalığın ve bu hastalıklara bağlı komplikasyonların birlikte bulunduğu hasta grubu ile ilgilenir. Yoğun bakım hastasının yaşam kalitesini artırmak ve yoğun bakım sonrası yaşamına komplikasyonsuz devam etmesini sağlamak en önemli parametrelerdendir. Bu nedenle, semptom yönetimi zorunludur; çünkü çoğu zaman hastalığın tanısı önemini yitirir, semptom yönetimiyle bakım sağlanır. Semptom yönetimin önemi ve yoğun bakım hastalarının özellikleri göz önünde bulundurulunca bakım verenlerin özel donatılmış sağlık profesyonelleri olması, semptom nedenlerini ve başa çıkma yöntemlerini iyi bilmesi gerektiği anlaşılmaktadır. Bu sunu da yoğun bakım da sıklıkla karşılaşılan abdominal distansiyon, oral mukozitler, deliryum, epileptik nöbet, hipoglisemi- hiperglisemi, hipoksi, hipotansiyon- hipertansiyon, hipotermi- hipertermi, kanama sorunları, kafa içi basınç artışı, bası yarası konularında ayırıcı tanı doğrultusunda güncel yaklaşımlar yer almaktadır.

Davetli Konuşmaları

25 Mart Salon A

1400-1500 _ YOGUN BAKIMDA HASTA GUVENLIGI KULTURU

Güvenli ilaç ve enjeksiyon uygulamaları

Doç. Dr. Nurten Kaya

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Özet

Hata ve yanlışlar insan deneyimlerinin bir parçasıdır. Günlük yaşamda hata yapmama yönündeki çabalara rağmen insanlar yanlışlar yapar veya diğerlerinin yaptığı hataların mağdurları olur; böylece hatalar profesyonel yaşamın da bir parçası haline gelebilmektedir. Öte yandan yoğun bakımlarda yatan hastalar tıbbi hatalar ve hasta güvenliği yönünden yüksek risk taşımaktadır. Yoğun bakım hemşireleri yetenekli, iyi eğitimli ve dikkatlidir, ayrıca gelişmiş teknolojiyi holizm ve hümanizmaya uygun bir şekilde kullanabilmekte, uygulamalarını yoğun bakım ünitesine özgü güvenlik protokollerine dayandırmakta ve klinik güvenlik programları sürekli güncellenmektedir. Sonuç olarak yoğun bakımda bilim ve etik değerler doğrultusunda verilen bakımın, ilaç yönetimi yanlışlarını önlemeyi hedeflemesine karşın hatalar meydana gelebilmektedir. İlaç hataları genellikle ilaçların hastaya uygulanması ile ilgilidir. Yanlış doz, yanlış veriliş şekli, birlikte verilen başka ilaçlarla etkileşim, alerji hikâyesi olan hastaya bilmeyerek bu ilacın verilmesi gibi hatalar bu gruptadır. Yoğun bakım ünitesinde ilaç hatalarına katkıda bulunan faktörler fiziksel çevre (kötü aydınlatma, yorgunluğa yol açan alarm gürültüleri, birçok dikkat dağıtıcı görüşme, araç-gerecin yetersizliği), iletişim sistemleri (sözel istemler, istem girişi için bilgisayar yokluğu/yetersizliği), liderlik konuları (görev, yetki ve sorumluluk sınırlarının belirsizliği, destek yokluğu, lisans diplomalı hemşirelerin yetersizliği, hasta paylaşımındaki güçlükler), yoğun bakımın sosyo-kültürel ortamı (iletişim ve işbirliğinde işlevsiz örüntü ve sınırların gelişimi), hasta ile ilişkili faktörler (hastanın çevresindeki alanı sınırlayan karmaşık araç-gereç, diyaliz, yapay kalp, sol ventrikül destek aleti, ekstrakorporeal membran oksijenasyon makinesi, hastanın durumundaki değişkenlik) olarak gruplandırılabilir. Öte yandan güvenli enjeksiyon uygulamaları; uygulanan ile uygulayan kişi ve uygun bertaraf edilmiş ekipman sayesinde çevre için risk oluşturmayan girişimdir. İlaç yönetimi ve enjeksiyon uygulama hatası meydana geldiğinde hem bir birey hem de grup olarak (örneğin bir hemşire olarak veya hemşirelik mesleği olarak) yapılması gerekenler planlanmalıdır. Bu sunumun amacı yoğun bakım ünitelerinde ilaç ve enjeksiyon uygulamalarına ilişkin güvenlik standartlarını özetlemek, ilaç ve enjeksiyon uygulamalarında sıklıkla meydana gelen hataları sıralamak ve bu hataları önlemeye yönelik çözüm önerileri sunmaktır.

Anahtar Kelimeler: Enjeksiyon uygulaması, hasta ve çalışan güvenliği, tıbbi hata, ilaç hatası, yoğun bakım ünitesi

Davetli Konuşmaları

25 Mart Salon A

1400-1500 _ YOGUN BAKIMDA HASTA GUVENLIGI KULTURU

YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ'NDE HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ:

TRANSPORT GÜVENLİĞİ

Sevda Turen

Transport, kelime olarak nakil anlamına gelmektedir. Hastane içi ve hastaneler arası transport, ileri düzey tanı ve prosedürlerin yanı sıra, özel bakımlara ihtiyaç duyulması nedeniyle de yaygın kullanılmaktadır. Fizyolojik işlevlerin kolay bozulabildiği ve organların çalışmasında minimal bir değişikliğin ciddi morbidite ve mortaliyete neden olduğu yoğun bakım hastalarında transport çok önemlidir. Burada amaç; kısa zamanda güvenli transportu sağlamaktır.

Yapılan çalışmalarda, hastaların hastane içi transportları esnansında %60'lara varan komplikasyonların bildirimi yapılmıştır. En iyi şartlarda yapılan transportlarda bile, %1 civarında mortaliteden bahsedilmektedir.

Transport öncesi mutlaka yarar-zarar hesabı değerlendirilmelidir. Transportun gerekliliği ve güvenliliği sorgulanması gereken iki önemli parametre olarak karşımıza çıkmaktadır. Transport esnasında görülen komplikasyonların belirlendiği çalışmalar incelendiğinde; kardiyovasküler sorunlar ilk sırada yer almakta, bunu solunum ve nörolojik sisteme ait sorunlar takip etmektedir. Pediatrik ve yaşlı hastaların transportuna özellikle dikkat edilmelidir.

Kritik hastanın gerek hastane içi gerekse dış transferde güvenli transportu için gerekli planlama şunları içermelidir: Hastanın transporta hazırlığı, birimler arası koordinasyon ve iletişim, deneyimli transport ekibi (mümkünse yoğun bakım deneyimine sahip ve en az iki kişi), birimler arası mesafe (hastane içi mi? yoksa hastaneler arası mı?), transport aracı (hava, kara veya deniz yolu ile), transport esnasında eşlik edecek ekipmanların kontrolü ve temini (gerekli tüm ilaç ve aletler) ve işlemlerin kaydedilmesi. Bu basamakların uygun yerine getirilmesi için mutlaka önceden belirlenmiş protokoller oluşturulmalıdır.

Sonuç olarak; güvenli transportun tüm basamaklarının yerine getirilmesinin yanı sıra, en önemli parametre olan hasta izlemi unutulmamalı; transport esnasında meydana gelen tüm değişiklikler kaydedilip, transfer edilen ekibe mutlaka iletilmelidir. Hasta/ailesine bilgi verilmesi ve hastanın mahremiyetine özen gösterilmesi de yine dikkat edilmesi gereken önemli unsurlar arasında yer almalıdır.

Davetli Konuşmaları

25 Mart Salon A

1400-1500 _ YOGUN BAKIMDA HASTA GUVENLIGI KULTURU

Yrd.Doç.Dr. Eylem PASLI GÜRDOĞAN

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Düşmenin Engellenmesi ve Fiziksel Tespit Uygulamaları

Emniyet ve güvenlik temel insan gereksinimidir. Klinik ortamda hasta güvenliğini sağlamak, hemşirelerin temel sorumluluklarından biridir. Tüm dünyada sağlık bakım kurumlarında düşmeler, çok ciddi bir hasta güvenliği ve kalite problemi olarak karşımıza çıkmaktadır. Düşmeler, hastalarda yaralanma ve fonksiyon kayıplarına, hastanede kalış süresinin uzamasına, hastanın yaşam kalitesinin azalmasına, hasta, hasta yakını ve bakım veren sağlık personelinin anksiyete ve korku yaşamasına neden olmaktadır.

Yoğun bakımlar, yakın takibin mümkün olduğu ve daha çok yatağa bağımlı hastaların bulunduğu yerler olması nedeniyle düşme açısından daha kontrollü birimler olarak düşünülmesine rağmen, yoğun bakım hastaları, düşme açısından yüksek riskli olarak kabul edilmektedir ve bu hastalarda düşmelerin sonucu daha ağır olmaktadır.

Yürüme ve denge bozuklukları, hipotansiyon, baş dönmesi, önceki düşme hikayesi, korku, beceri azalması, nörolojik ve kas güçsüzlükleri, demans ve görme bozuklukları hastalarda düşmelere neden olan bireysel risk faktörleri arasında gösterilirken, ıslak zemin, banyo, tuvalet ve yatak yanında tutunacak destek yerlerin olmaması, yetersiz aydınlatma, yerde ve çevrede sabit olmayan objelerin varlığı çevresel risk faktörlerini oluşturmaktadır. Bir diğer düşme nedeni ise sedatifler, vazodilatörler, antihipertansifler, antiaritmikler ve antikolinerjikler gibi kullanılan ilaçlardır.

Düşmeye neden olabilecek risk faktörlerinin belirlenmesi, gerekli bakım girişimleri ve koruyucu önlemlerin zamanında alınmasını sağlarken, hastanın zarar görmesini engelleyecektir. Çalışmalar, risklerin tanımlanması ve önleyici programların uygulanması ile düşme oranlarının azaltılabileceğini göstermektedir.

Sağlık kurumlarında düşmeleri önlemek için en sık kullanılan yöntemlerden biri de hasta hareketlerinin kısıtlanması yani fiziksel tespit uygulamasıdır. Fiziksel tespit elle, fiziksel veya mekanik araçlarla, materyal ya da donanımlarla hastanın kollarını, bacaklarını, vücudunu ve kafasını serbestçe oynatabilme yeteneğinin sınırlandırılmasıdır.

Hastanın düşme riskinin yüksek olması kısıtlama nedeni olarak belirtilmesine rağmen, kısıtlamaların hasta düşmelerine engel olduğuna dair geçerli bir kanıt elde edilememiş, aksine kısıtlama altındaki hastaların daha ciddi yaralanmalara maruz kaldığı, daha ajite, kızgın, depresif ve üzgün oldukları bildirilmiştir. Fiziksel tespite ilişkin kanıt temelli uygulamalar, fiziksel tespite gerekçe bulunmaktansa uzak durulmasını önermektedir. Bunun için sağlık kurumlarında kısıtlamayı minimize etme ve tespite alternatif eğitim programlarının geliştirilmesi önemlidir.

Davetli Konuşmaları

25 Mart Salon B

1130-1230 _ NOROKRITIK BAKIM

YB'de Nörolojik Değişikliklerin Tanılanması ve İzlemi

Yrd.Doç.Dr. Eylem TOPBAŞ

Amasya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Amasya/Türkiye

Yoğun bakım ünitesinde hastaların farklı sistem ve organların eş zamanlı değerlendirilmesi ve izlenmesi hasta bakımının ve tedavisinin planlanmasında hayati bir öneme sahiptir. Nörolojik değerlendirme ve tanılamanın yapılması; hastanın geri dönüşümsüz beyin hasarı gelişmeden önce nörolojik durumundaki kötüye gidişin erken saptanmasına, bakımın hastaya göre planlanmasına, tedaviye yanıtın değerlendirilmesine ve olası yan etkilerin önlenmesine yardımcı olmaktadır. Ayrıca ağır beyin hasarı sonrasında sağ kalan hastalarda nörolojik prognoz ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesine de katkı sağlar. Bu değerlendirme sürecinde fizik muayene, görüntüleme yöntemleri ve skorlama sistemlerinden yararlanılmaktadır. Hemşirelerin nörolojik muayenede; öykü alma, CVP ölçümü, serabral oksimetri takibi, Glosgow Koma skalası, pupillerin, kranial sinirlerin, derin tendon reflekslerinin, duyu ve motor kayıplarının, bilinç değişikliklerinin ve deliryumun değerlendirilmesi, nöbet tipinin ayırt edilmesi, ilaçların nörolojik sisteme etkilerinin bilinmesi ve izlenmesi gibi bir çok basamağı bilmesi ve tekniğine uygun bir şekilde uygulaması gerekmektedir. Örneğin; pupilların değişikliğini takip eden bir hemşire her iki pupillada iğne ucu büyüklüğünde (<1mm) genellikle ışığa reaksiyon vermeyen pupillayı gördüğünde bunun genellikle ponsta kanamaya bağlı bir lezyon olduğunu düşünebilmelidir. Böylelikle hemşireler, hastaların klinik durumlarındaki değişiklikleri ilk olarak saptamada primer rol üstlenebilirler ve geri dönüşümsüz durumların erken fark edilmesine katkı sağlayabilirler.

Bu nedenle hemşirelerin, nörolojik tanılama ve değerlendirme yöntemlerini bilmesi ve hastaların bakımlarını planlamada kullanması gerekmektedir.

Davetli Konuşmaları

25 Mart Salon B

1130-1230 _ NOROKRITIK BAKIM

İNME VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Prof. Dr. Sakine BOYRAZ

İskemik ve hemorajik olarak iki ana gruba ayrılan inme; aniden gelişen, ölümcül olabilen veya ağır sekel bırakan ancak önlenebilen bir kardiyovasküler sistem hastalığıdır(1,2). 2015 yılı istatistilerine göre, Amerika'da her 20 ölümden birinin inmeye bağlı geliştiği(3). Türkiye'de inme sıklığının 100 binde 175 olduğu bildirilmektedir (2).

Mortalite ve morbitenin yüksek olduğu inmeli hastalarda, alarm belirtileri geliştikten sonra tanı çalışmalarına gecikmeden başlanması, inme spesifik tedavisinden yararlanacak hastalar açısından çok kritiktir. Özellikle iskemik inmelerde rekanalizasyon tedavileri için zaman çok önemlidir((2).

İnmenin akut döneminde (24 ile 72 saatlik dönem) medikal olarak; İnmeye neden olan etiyolojik faktörlerin tanılanması, tedaviyle ilişkili komplikasyonların önlenmesi ve sekonder önlem stratejilerinin belirlenmesi gerekmektedir (4).

İnmeli hastaların yaklaşık %25'i inmeden 24-48 saat sonra nörolojik olarak kötüleşmektedir. Akut dönem ve yoğun bakımda hemşirelik bakımının yönetimi ise; hastanın durumunun stabil tutulmasına odaklanmaktadır. Bu nedenle, nörolojik ve medikal komplikasyonların önlenebilmesi için, inmeli hastaların hemen her durumda hastaneye yatırılması gerekmektedir(4). Güvenli ve etkili inme bakımında temel nokta hastanın inme ünitesinde takip ve tedavi edilmesidir(5). İnme ünitesi; hastanede inmeli hastalar için ayrılmış, inme konusunda uzman bir ekibin (Kanıt düzeyi A) hizmet sunduğu, multidisipliner ve standart bir bakım organizasyonun sağlandığı alan olarak tanımlanmaktadır (1, 4, 6).

İnmenin akut dönem bakımında; hastaların nörolojik durumları ve hayati belirtileri ilk 24 saatte sık aralıklarla takip edilmelidir(1,2,5). Hipoksi için oksijen satürasyonu sürekli izlenmeli, ilk 24 saat için kardiyak monitorizasyon yapılmalıdır (Klas ; Kanıt düzeyi B). Reperfüzyon tedavisi alan hastalarda, kan basıncı izlenmelidir. Hipertermi tedavisini belirlemek için en az 4 saatte bir vücut ısısı takip edilmelidir (Klas I; Kanıt düzeyi B). Kan glikoz takibine, hasta acilde iken başlanır ve 72 saat içinde her 6 saatte bir bakılmalıdır (Klas I; Kanıt düzeyi B).Yutma güçlüğü; bu konuda eğitim almış kişi tarafından, yatıştan 4-24 saat içinde, geçerli, güvenilir ve kolay uygulanabilen araçlarla, yiyecek- içecek veya oral yolla ilaç verilmeden önce değerlendirilmelidir (Klas I; Kanıt düzeyi B).

Kaynaklar

1. Summers D, Leonard A, Wentworth D, Saver JL, Simpson J, Spilker JA, Hock N, Miller E, Mitchell PH, Comprehensive Overview of Nursing and Interdisciplinary Care of the Acute Ischemic Stroke Patient A Scientific Statement From the American Heart Association, Stroke. 2009;40:2911-2944

2. Giray S. Akut inmenin değerlendirilmesi, Ed: M. Karataş, Nörolojide Acil ve Yoğun Bakım. 2010

3. Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, Arnett DK, Blaha MJ, Cushman M, de Ferranti S, Després J-P, Fullerton HJ, Howard VJ, Huffman MD, Judd SE, Kissela BM, Lackland DT, Lichtman JH, Lisabeth LD, Liu S, Mackey RH, Matchar DB, McGuire DK, Mohler ER 3rd, Moy CS, Muntner P, Mussolino ME, Nasir K, Neumar RW, Nichol G, Palaniappan L, Pandey DK, Reeves MJ, Rodriguez CJ, Sorlie PD, Stein J, Towfighi A, Turan TN, Virani SS, Willey JZ, Woo D, Yeh RW, Turner MB; Heart disease and stroke statistics—2015 update: a report from the American Heart Association. Circulation. 2015;131:e29-e322. doi: 10.1161/CIR.0000000000000152

4. Jauch E.C., Saver J. L., Adams H.P., Bruno A, Connors J.J. (Buddy), Demaerschalk B.M., Khatri P, McMullan P.W., Qureshi A.I., Rosenfield K, Scott P.A., Summers D.R., Wang D. Z., Wintermark M., Yonas H. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association . Stroke. 2013;44: 1-88.

5. Middleton S, Grimley R, Alexandrov A.W. Triage, Treatment, and Transfer Evidence-Based Clinical Practice Recommendations and Models of Nursing Care for the First 72 Hours of Admission to Hospital for Acute Stroke, Stroke. 2015;46:e18-e25. DOI: 10.1161/STROKEAHA.114.006139.

6. Casaubon LK, Suddes M, Acute Inpatient Stroke Care. (İn) Canadian Best Practice Recommendations For Stroke Care. Lindsay Mp, Gubitz G, Bayley M, Phillips S (Editors), Update 2012 - 2013, Fourth Edition.

Davetli Konuşmaları

25 Mart Salon B

1130-1230 _ NOROKRITIK BAKIM

Travmatik Beyin Yaralanmaları Ve Bakımın Yönetimi

Uzm. Hem. Kezban Şirin

İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi

Giriş: Kafa travması beyin işlevlerinin kafaya alınan bir darbe, penetran yaralanma veya bir sarsıntı ile bozulmasıdır. Travma ölümlerinin başta gelen nedenidir. Gençlerde ve 75 yaş üzerinde kafa travması daha sıktır. Erkeklerde kadınlardan iki kat fazla görülür. Ülkemizde trafik kazaları ve düşmeler kafa travmasına en fazla yol açan nedenlerdir.

Primer hasar travmanın olduğu anda oluşan hasardır, sekonder hasar ise primer hasardan sonra hipoksi, hiperkapni, hipotansiyon, kafa içi basıncının artması ve hiperglisemi gibi faktörlerin zaman içinde oluşturduğu hasardır. Kafa travmalarında tedavi sekonder hasarı önlemeye yönelik olup sekonder beyin hasarının önlenmesi morbidite ve mortaliteyi önemli ölçüde azaltmaktadır. Primer hasar fokal veya difüz olabilir. Kontüzyon, laserasyon ve intrakraniyal kanamalar fokal beyin hasarı örnekleridir. Difüz akson hasarı ve beyin ödemi ise difüz beyin hasarı çeşitleridir

İntrakranial basınç, beyin omurilik sıvısı, kan ve beyin dokusunun kranium içinde oluşturduğu basınçtır. Monro-Kellie hipotezine göre beden, normal intrakranial basıncı sürdürebilmek için kranial kavite içinde yer alan kan, beyin omurilik sıvısı ve beyin dokusunun hacmini değiştirebilme yeteneğine sahiptir. Bu kompansasyon mekanizmalarının dengeyi sağlayamaması, intrakranial basınç artışına neden olmaktadır. Nöroşirürji hastalarında, hiperkarbi, hipoksemi, endotrakeal aspirasyon, valsalva manevrası, ağrılı uyaranlar ve serebral metabolizmayı arttıran aktiviteler gibi birçok faktör intrakranial basıncı etkiler. Nöroşirürji hastasına uygulanan tedavi ve bakım girişimleri, izlem sıklığını belirlemeye, intrakranial basınç artışının belirti ve bulgularını erken dönemde saptamaya, uygun tedavi/bakımı zamanında gerçekleştirmeye, herniasyonu önlemeye ve böylece morbidite ve mortalite riskini azaltmaya odaklanır.

Sonuç: Nöroşirurji hastasına bakım veren hemşire, intrakranial basıncı etkileyen faktörleri, basınç artışını önlemeye ve erken tanılamaya yönelik girişimleri bilmeli; bu hastalara özgü bireysel bakım girişimlerini planlayıp, uygulayabilecek yeterlilikte olmalıdır.

Anahtar kelimeler: Hemşirelik bakımı, beyin yaralanmaları, intrakranial basınç, sinir cerrahisi

Davetli Konuşmaları

25 Mart Salon B

1330-1400 _ KARDIYO PULMONER RESUSTASYONDA SON GELISMELER

2015 AHA KPR/AKB Klavuzu

Arş. Gör. Özlem Doğu

İleri Kardiyak Yaşam Desteği (İKYD), KardiyoPulmoner Resüsitasyon (KPR) kardiyak arresti önlemek ve tedavi etmek için gerekli olan müdahaleleri içermektedir. Müdahalaler, kardiyak arrestin hemen tanınması, yardım çağrılması, kompresyona başlanması, hava yolu yönetimi, ventilasyon desteği ve bradikardi-taşikardi tedavilerini içermektedir. Bu girişimler İLCOR, American Heart Association tarafından yapılan çalışmalar sonucu 5 yılda bir revize edilmektedir.

2015 yılında yayınlanan rehberde hasta odaklı sonuçların iyileştirilmesi için geliştirlmiş bakıma ve rehberin uygulanmasına vurgu yapılmaktadır. 2010 sonrası temel olarak şu değişiklikleri içermektedir;

- Konu hakkında eğitim almış, KPR yapmak isteyen uygulama sahiplerine masaj göndererek olay yeri tarifi ile kurbanın bulunduğu yere yönlendiren sosyal medya teknolojileri kullanılabileceği önerilmekte.

- Yüksek kaliteli KPR bileşenleri için göğüs kompresyonu sırasında ekspansiyona izin vermek, göğüs kompresyonu kesintilerini en aza indirmek ve

  –Yeterli göğüs kompresyon hızını sağlamak; dakikada 100-120 bası (2010: 100\dk)

  –Yeterli göğüs kompresyon derinliği sağlamak; 5-6cm bası derinliği (2010: 5cm)

  –Yüksek göğüs kompresyon fraksiyonu hedefi ; 10dk KPR süresinde 6 dk bası

  –Yeterli ventilasyon sayısı amaç aşırı ventilasyondan kaçınmak. İleri havayolu açıldığında, dakikada 10 kez solunum yaptırılmalı (2010: 8-10\dk)

- Normal soluk almayan ancak nabzı bulunan yanıtsız hastalardan opioid bağımlılığı olduğu bilinen ya da bağımlılık şüphesi duyulanlara, IM / SC Nalokson kullanımı önerilmekte. Opioid aşırı doz aldığından şüphelenilen veya aldığı bilinen hastalarda kardiyak arrest faydasız, ancak yine de öneriliyor.

- Kapnografi end-tidal karbon dioksid temelinde-PetCO2 – tüpün yerleşiminin doğrulanması ve monitörizasyonu için en güvenilir metot olarak önerilmiştir.

- Vasopressin algoritmadan çıkarılması. Kardiyak arrestte vazopressin ve epinefrinin birlikte kullanımı standart dozda epinefrin kullanımından daha avantajlı değildir.

- İlaç uygulamaları hakkında çok fazla değişimler olmadı. Adrenalin, şoklanabilir – şoklanamaz ritimlerde önerilmekte

- Mekanik göğüs kompresyon cihazının rutin kullanımı önerilmemekle beraber, elle yüksek kaliteli kompresyonun sürdürülemediği durumda uygulayıcı güvenli için elverişsiz ve tehlikeli durumlarda alternatif olarak düşünülmelidir.

 Standart İKYD uygulamalarının başarısız olduğu bazı durumlarda ekstrakorporal yaşam desteği tekniğininin faydalı olduğu göörüldü.

Kaynaklar

1. Eric J. Lavonas, Chair; Ian R. Drennan; Andrea Gabrielli; Alan C. Heffner; Christopher O. Hoyte; Aaron M. Orkin; Kelly N. Sawyer; Michael W. Donnino. Part 10: Special Circumstances of Resuscitation 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care.Circulation 2015;132: 501–518. DOI: 10.1161/CIR.0000000000000264.

2. Robert W. Neumar, Chair; Michael Shuster; Clifton W. Callaway; Lana M. Gent; Dianne L. Atkins; Farhan Bhanji et all. Part 1: Executive Summary 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation 2015;132: 315–367. DOI: 10.1161/CIR.0000000000000252.

3. Steven L. Kronick, Chair; Michael C. Kurz; Steve Lin; Dana P. Edelson; Robert A. Berg; John E. Billi et all. Part 4: Systems of Care and Continuous Quality Improvement 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation. 2015; 132: 397–413. DOI: 10.1161/CIR.0000000000000258.

4. Clifton W. Callaway, Chair; Michael W. Donnino; Ericka L. Fink; Romergryko G. Geocadin; Eyal Golan; Karl B. Kern et all. Part 8: Post–Cardiac Arrest Care 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation. 2015;132: 465–482. DOI: 10.1161/CIR.0000000000000262.

Davetli Konuşmaları

25 Mart Salon B

1400-1500 _ YOGUN BAKIMDA KONFOR

YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE FİZİK ORTAMIN KONFOR ÜZERİNE ETKİSİ VE KONTROLÜ

Yrd. Doç. Dr. Banu TERZİ

Amasya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Amasya, Türkiye

Hemşireliğin amacı, sağlıklı/hasta bireyin gereksinimlerinin karşılanması amacına yönelik bakım vermek ve en kısa sürede bireyin bağımsız hale gelmesine yardımcı olmaktır. Hemşireliğin bakım işlevi rahatlatma-konfor sağlama üzerine temellendirilmiştir. Konforsuzluğa neden olan faktörleri belirleyerek, bu faktörlerin ortadan kaldırılması ya da azaltılması hemşirelik bakımı girişimlerinin temelini oluşturmaktadır. Hastanın konforunun sağlanmasının son derece önemli olduğu alanlardan biri de yoğun bakım üniteleri (YBÜ)'dir. Yoğun bakım üniteleri yaşamı tehdit eden sağlık sorunlarının çok disiplinli ekip üyeleri tarafından teknolojik bakım ve tedavi araç-gereçleri kullanılarak giderildiği, bilinmeyenlerle dolu ve savunmasız/kritik hasta bireylerin konforunu olumsuz şekilde etkileyebilecek fiziki ortamı içeren yerlerdir. Yoğun bakım üniteleri genellikle gün ışığı almayan, sürekli yapay ışıklarla aydınlatılan, çok sayıda teknolojik araç-gereç ve çalışan personel trafiği yoğun, soğuk, gürültülü, hastaların hareket aktivitelerinin kısıtlandığı, diğer ünitelerden izole edilmiş kapalı özelliklerinden dolayı hoşa gitmeyen deneyimlere ve rahatsızlıklara neden olabilmektedir. Bu rahatsızlıklar YBÜ'de bakım ve tedavi gören kritik hastaların yaşamını tehdit edebilecek boyutta olabilir. Yoğun bakım ortamının hastalar üzerindeki etkisini araştıran bazı çalışmalarda; YBÜ'deki gürültü, yapay ışıklandırma gibi faktörlerin hastaların fizyolojik ve psikolojik sağlık durumlarını olumsuz yönde etkilediği belirtilmektedir. Modern anlamda hemşireliğin kurucu liderlerinden biri olan Florence Nightingale çevre kuramında, çevrenin uygun şekilde düzenlenmesi ile hastaların iyileştirilebileceğini ve bunun hemşirelerin temel rolleri arasında yer alması gerektiğini vurgulamaktadır.

Yoğun bakım ünitesinin kritik hastalar üzerindeki olumsuz fiziki faktörler azaltılarak bu faktörlere bağlı olarak gelişebilecek sorunlar ortadan kaldırılabilir. Örneğin; hasta bireylerin görebileceği yere takvim ve saat asılarak, gece mümkün olduğunca uyku saatlerinde yapay ışıklar azaltılarak sirkadiyen ritim sağlanabilir. Yoğun bakım ünitesine kabulü planlı olan hastalara YBÜ tanıtılarak hastanın ünite ve ünitede yapılacak bakım ve tedavi girişimleri açıklanabilir. Sonuç olarak; YBÜ'de kritik hastalara yönelik iyileştirici bir çevre yaratarak konfor sağlamak yoğun bakım hemşirelerinin temel rollerinden biri olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Yoğun bakım ünitesi, konfor, hemşirelik bakımı.

Davetli Konuşmaları

25 Mart Salon B

1400-1500 _ YOGUN BAKIMDA KONFOR

YOĞUN BAKIMDA ÇALIŞAN SAĞLIĞI MESLEKİ RİSKLER

Yrd. Doç. Dr. Yasemin AKBAL ERGÜN

Sağlık kuruluşları en riskli çalışma alanlarının başında gelir. Sağlık çalışanlarının hastalara etkin hizmet sunabilmeleri ancak, sağlıklı ve güvenli bir ortamda çalışmalarıyla mümkündür. Hastanelerdeki sağlık personeli biyolojik, kimyasal, fiziksel, çevresel, psiko-sosyal biyomekanik ve ergonomik risklerle karşı karşıyadır. Yoğun bakım hemşireleri ise, radyasyon, kimyasal ajanlar, kesici-delici alet yaralanmaları, kan ve vücut sıvıları ile bulaş, uygun olmayan taşıma-kaldırma teknikleri, enfeksiyonlar, uzun süre ayakta kalma, ağır kaldırma, stres ve tükenmişlik yönünden risk altındadır(1-3).

Hemşireler, riskli kabul edilen kesici-delici alet yaralanmalarına sık maruz kalmaktadır. Bir araştırmada, cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin yaralanma sıklığı(%23.7) dahili yoğun bakımdan fazladır. Son bir yılda hemşirelerin %65.8'i "1-3 kez" yaralanmış olup %21.2'si "kontamine aletle" yaralanmıştır. (4). Yapılan çalışmada, hemşirelerde en sık bildirilen iş kaynaklı rahatsızlık bel ağrısı (%28.3), varis (%16.3), uyku bozukluğu (%9.4) ve lomber hernidir. Hemşirelerin %67.2'si iş kazası geçirdiğini bildirmiş, sık bildirilen kazalardan biri hasta kaldırmadır (%16.3). Bildirilen kazaların%46'sının yoğun bakımlarda gerçekleştiği, en sık bildirimin cerrahi yoğun bakımından geldiği belirlenmiştir. Hemşirelerin %30'u kimyasal ajanlara, %22'si enfeksiyona maruz kalmıştır (5). Ayrıca, hemşirelerinin en fazla iş yükü, kritik hastanın bakımı ve yetersiz ekip desteğiyle ilgili iş stresinden etkilendikleri belirlenmiştir(6).

Çalışan güvenliği için sürekli eğitim, sağlık taramaları, bağışıklama, koruyucu giysi/ekipman temini de dahil olmak üzere güvenli çalışma ortamının oluşturulması ve sürdürülebilirliğinin sağlanması önerilir.

KAYNAKLAR

1. Ergün AY., Demir H., Sağnak N.(2007). Yoğun bakım hemşirelerinin görev tanımları ile ilgili çalışma. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 11(2), 102-113.

2. ICN (2006) Safe staffing saves lives. International Nurses Day 2006. www.icn.ch. Erişim tarihi: 25 Şubat 2016.

3. Emiroğlu, O., Özkan, Ö.(2006). Hastane sağlık çalışanlarına yönelik işçi sağlığı ve iş güvenliği hizmetleri. C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10 (3), 43-51.

4. Samancıoğlu, S., Ünlü, D., Akyol, D. A.(2013). Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin kesici delici aletle yaralanma durumlarının incelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 16:1, 43-49.

5. Aksan, DA., Tanık, AF.(2009).Ege üniversitesi tıp fakültesi hastanesi'nde çalışan hemşirelere yönelik iş kazası kayıt sisteminin geliştirilmesi uygulanması ve izlenmesi. Türk Tabipler Birliği Mesleki Sağlık Güvenlik Dergisi, Temmuz, Ağustos, Eylül, 32-41.

6. Özaltın, G.. Nehir S.(2007). Ankara ilindeki hastanelerin yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin iş ortamındaki stres etkenleri ve kullandıkları baş etme yöntemlerinin belirlenmesi, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10: 3, 60-68

Davetli Konuşmaları

25 Mart Salon B

1530-1600 _ TR DEKI YBU YENI NESIL ENFEKSIYONLARA HAZIR MI - PAKIZE AYGUN

Türkiyedeki yoğun bakımlar yeni nesil enfeksiyonlara hazır mı?

Uzm.Hem.Pakize AYGÜN

Yoğun Bakım Üniteleri(YBÜ) hastanelerde tüm yatakların %5-10'unu kapsar, fakat tüm nozokomiyal enfeksiyonların %20'sinin YBÜ kaynaklı olduğu bildirilmiştir. Aynı zamanda ülkemizde YBÜ yatak sayıları gün geçtikçe artmaktadır. Sağlık Bakanlığı, YBÜ standartlarında yeterli sayıda el yıkama ve kurulama imkanı, havalandırma standartlarının sağlanması, personele yönelik koruyucu giysinin varlığı, ameliyathaneye ve sterilizasyon ünitesine hızlı ulaşılabilme imkanının sağlanması gibi temel yapısal elemanlar ve ideal hemşire ve diğer çalışanların sayısının sağlanmasını istemekte ve buna göre ruhsatlandırma çalışmalarını yürütmektedir.

Günümüzde YBÜ'nde sürveyansı yapılan invaziv aletlerle ilişkili enfeksiyon oranları gelişmiş ülkeler ve hatta gelişmekte olan ülkelerle kıyaslandığında ülkemizde daha yüksek bulunmaktadır. Ayrıca Türkiye'de antibiyotiklere direnç sorunu da gün geçtikçe büyümektedir. Yakın bir gelecekte tedavisiz etkenler (Panrezistan Acinetobacter baumannii, karbapenem dirençli Klebsiella spp.) ile karşılaşılması sözkonusudur. Bu durumda YBÜ'nin enfeksiyonların önlenmesi yönünden yeterli olduğunu söylemek mümkün değildir.

Bunun yanında son yıllarda yeni enfeksiyonlar dikkati çekmektedir. Candida spp ve son yıllarda ciddi Aspergillus spp enfeksiyonları başta olmak üzere YBÜ etkenlerinde çeşitlenme ve artış dikkati çekmektedir. Ancak son yıllarda bazı özel merkezlerde yapılan özel negatif basınçlı odalar zaten süregelen bir sorun olan YBÜ'nde tüberküloz hastaları sorununa bir çözüm oluşturabilecek boyutta değildir.

Daha da önemlisi tüm dünyada tehdit oluşturan solunum yolu virusları (influenza H1N1, SARS, MERS,...) ile oluşan salgınlar ve kanamalı ateş (EBOLA, Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi,...) olguları YBÜ ve burada çalışan sağlık çalışanları için ciddi riskler oluşturmaktadır. Bu etkenler için önerilen altyapı olanakları (negatif basınçlı odalar, özel havalandırmalı alanlar, tüm girişimlerin odada yapılabileceği donanımlar,...) bir çok YBÜ biriminde bulunmamakta, bu hastalara bakım verecek personel için gerekli koruyucu ekipmanlarda eksiklikler bulunabilmekte, bu tür hastalarla karşılaşıldığında uygulanacak planlamalar kurumlarda bulunmamaktadır. Ayrıca son dönemlerde ülkemizi de etkileyen mülteciler ve bunlarla ilgili enfeksiyonlar da YBÜ için yeni riskler oluşturmaktadır.

Bu yüzden bu tür hastalara ait özel YBÜ planlamaları yapılmalı, kurumlar bu tür hastalar için acilen özel planlamalr oluşturmalı, kurumlarda koruyucu ekipmanlar sağlanmalıdır. En önemli aşamalardan birisi bu ünitede çalışanların bilgilendirilmesi ve çalışanların standart önlemler ile izolasyon önlemlerini hiç taviz vermeden uygulamasıdır.

Sonuç olarak ükemizde YBÜ yeni enfeksiyonlara hiç bir şekilde hazırlıklı değildir!

Kaynaklar:

1- Rosenthal VD, Maki DG, Mehta Y, et al.International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC) report, data summary of 43 countries for 2007-2012. Device-associated module. Am J Infect Control 2014 ; 42:942-56.

2- Poulakou G, Bassetti M, Timsit JF.Critically ill migrants with infection: diagnostic considerations for intensive care physicians in Europe. Intensive Care Med 2015;42:245-248.

3- Timsit JF1, Perner A, Bakker J,et al.Year in review in Intensive Care Medicine 2014: III. Severe infections, septic shock, healthcare-associated infections, highly resistant bacteria, invasive fungal infections, severe viral infections, Ebola virus disease and paediatrics. Intensive Care Med 2015; 41:575-88

4- Pasquier P, Ficko C, Mérens A, Dubost C.Preparing an ICU room to welcome a critically ill patient with Ebola virus disease. Intensive Care Med 2015; 41:118-9

Davetli Konuşmaları

26 Mart Salon A

0900-1000 _ KORONER YOGUN BAKIM

Akut Koroner Sendromlar

Yard. Doç. Dr. Besey Ören

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü

Kardiyovasküler hastalıklar halen sanayileşmiş ülkelerde önde gelen ölüm nedeni olup 2020 yılında da durumun değişmemesi beklenmektedir. Bu hastalıklar arasında koroner atardamar hastalığı (KAH) en yaygın görülenidir. Akut koroner sendromlar (AKS) klinikte karşımıza çıkış biçimlerine göre ikiye ayrılsalar bile belirti, bulgu ve ilk değerlendirilmeleri açısından bir birlerinden ayrılmazlar.

Modern tedaviye rağmen AKS hastalarında ölüm, miyokart enfarktüsü, yeniden hastaneye kabul oranları yine de yüksek düzeylerdedir. AKS toplumda sık görülmesi, mortalite ve morbiditesinin yüksek olması nedeniyle; yoğun bakım hemşireliği açısından büyük öneme sahiptir. AKS'ların klasik belirtisi uzayan tipik iskemik göğüs ağrısıdır. Ancak olguların %40-50 kadarı bu tipik bulgu ile başvurmaktadır. AKS bir aterom plağının akut aterotrombotik olayıdır. Öncü belirti göğüs ağrısı olmasına rağmen hastaların sınıflandırılması elektrokardiyografiye (EKG) dayanmaktadır. Akut koroner sendromlar, koroner arter kan akımının ani azalması sonucu akut miyokard iskemisine veya infarktüsüne neden olan klinik tabloların tamamı olarak tanımlanmaktadır. Bu tanım, ST elevasyonlu miyokart infarktüsü (STEMI), ST elevasyonsuz miyokard infarktüsü (NSTEMI) ve kararsız anjina pektorisi (UAP) kapsamaktadır. Elektrokardiyografi (EKG)'sinde ST yükselmesinin görülmesi ST elevasyonlu miyokard infarktüsü (STEMI) olarak tanımlanmakta ve sıklıkla koroner damarda kollateral dolaşım ile kompanse edilmesi mümkün olamayan tam bir tıkanma sonucu görülmektedir. Burada kan akımının birkaç saat içinde yeniden sağlanması hayati önem taşır. ST yükselmesi görülmeyen hastalar, takibinde miyokard hasarının gelişip gelişmemesine göre miyokard infarktüsü (MI) veya unstable angina pektoris (UAP) olarak gruplanmaktadır. Başvuru EKG'sinde ST yükselmesi görülmeyen ancak takip sürecinde biyokimyasal belirleyicilerde yükselme görülen hastalar non ST elevasyonlu miyokard infarktüsü (NSTEMI) olarak kabul edilirken; ST yükselmesi görülmeyen ve biyokimyasal belirleyicilerde artış izlenmeyen hastalar ise, UAP grubunu oluşturur.

Koroner arter hastalığı risk faktörleri AKS'lar için de geçerlidir. Risk faktörü olsun veya olmasın göğüs ağrısı ile başvuran bütün hastalarda AKS tanısı düşünülmeli, tam bir anamnez alınmalı, EKG çekilmeli, kardiyak belirteçler ve gerekli görülürse EKO ve diğer görüntüleme yöntemleri ile incelenmelidir.

Akut koroner sendromların tedavisi iki ana kategoride değerlendirilip yapılır. ST Elevasyonlu Akut Koroner Sendromlarda semptomların başlamasından sonraki ilk 12 saat içerisinde gelen bütün hastalara reperfüzyon tadavisi uygulanır. ST Elevasyonsuz Akut Koroner Sendromlar ve Kararsız Anjina Pektoriste antitrombotik tedaviler ve diğer destek tedaviler uygulanır. Hastanın semptom ve kliniğine göre, koroner anjiografi zamanına karar verilir.

Akut koroner sendromda ciddi komplikasyonlar gelişebilir. Yoğun bakım hemşiresi bu komplikasyonların gelişebileceğini bilmeli ve komplikasyonlar açısından hastayı dikkatli bir şekilde takip etmelidir.

Kaynaklar

1. Öngen Z. Akut Koroner Sendromlar. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Sempozyum Dizisi No: 64 • Nisan 2008; s. 103-112.

2. ESC Kılavuzları. Akut Koroner Sendromların (AKS) tedavi kılavuzları. Türk Kardiyol Dern Arş 2011, Suppl 3.

3. Aktürk Y., Sur Ü., Akın S. Akut Koroner Sendromlar. Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi. 2008, 6(2): 19-30.

4. Türen S., Efil S. Akut Koroner Sendromlar ve Hemşirelik Yönetimi. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 2014;18(2): 43-51.

Davetli Konuşmaları

26 Mart Salon A

0900-1000 _ KORONER YOGUN BAKIM

Prof. Dr. Nuray Enç

Akut Koroner Sendromlarda hemşirelik bakımının amaçları;

sürekli hasta değerlendirmesi, anginal ağrının kontrolü, miyokardın oksijen gereksiniminin karşılanması, optimal kalp debisinin sağlanması, komplikasyonların önlenmesi ve hasta/aile eğitimidir.

Bakım hemşirelik süreci doğrultusunda verilir. Hastada tıbbi ve hemşirelik hikayeleri, fiziksel muayene, hemodinamik izlem ve tanı koyucu testleri içeren verilerin analizi ve yorumu yapılarak temelde çoğu ortak olan hemşirelik tanıları konur ve bakım planlanarak uygulanır, değerlendirilir. Ayı dikkatli bir şekilde takip etmelidir.

Davetli Konuşmaları

26 Mart Salon A

0900-1000 _ KORONER YOGUN BAKIM

Akut Koroner Sendromlarda Rehabilitasyon

Doç. Dr. Neriman Zengin

Kardiyak rehabilitasyon tıbbi değerlendirme, egzersiz eğitimi, kardiyak risk faktörlerinin kontrolü, hasta eğitimi ve danışmanlığını kapsayan, bireyin yaşam kalitesini artırmayı hedefleyen, geniş kapsamlı ve uzun süreli programlardır. Programın amacı, kardiyak olay sonrası fiziksel ve psikososyal iyileşmeyi artırmak ve yaşam biçimi değişiklikleri ile kardiyak olayların tekrarlama riskini azaltmaktır (1-4). Özellikle 1950'lilerde akut miyokart enfarktüsü sonrası fonksiyonel kapasiteyi tekrar kazandırma çalışmaları ile başlayan kardiyak rehabilitasyon kardiyovasküler hastalıkların birçoğunda uygulanmakta olup; mortalite ve tekrarlayan hastane yatışlarını azaltmaktadır (5-6).

Akut koroner sendromda, semptomlar düzeldikten sonra başlanan kardiyak rehabilitasyonda amaç; yaşam süresini ve kalitesini artırmak, arterosklerozun ilerlemesini ve etkisini sınırlandırmak, bireyin hastalık öncesi iş ve günlük yaşamına dönmesini sağlamak, mesleki durumunu ve psikososyal sağlığını düzeltmek ve yeni gelişebilecek kardiyak olayları önlemektir (7).

Kardiyak rehabilitasyon programı dört fazdan oluşmaktadır (4-7).

Faz 1: Akut olayın etkisi geçtikten sonra koroner yoğun bakım ünitesinde başlayan, taburculukla sonlanan 1-2 haftalık dönemi kapsar. Bu fazda; bireyin akut hastalığa ve hastane ortamına uyumu desteklenir, güvenle yapabileceği egzersiz düzeyi belirlenir ve birey taburculuk sonrası döneme hazırlanır. Bileşenleri; değerlendirme, aktivite düzeyini belirleme, eğitim ve taburculuk planından oluşur. Bu evre tamamlandığında hastanın hastalığı hakkında ve risk faktörleri hakkında aydınlanmış olması, tekrar eden olaylar karşısında kendi başına neler yapabileceği ve en yakın yardıma nasıl ulaşabileceğinin eğitimini almış olması, kendisini taburculuk sonrası dönemde günlük aktivitelerini korkmadan yapmaya hazır hissetmesi ve psikolojik olarak pozitif bir bakış açısına sahip olmasıdır (4-7).

Faz II: Hastanın taburcu olması ile başlar. Bu evre ortalama üç aylık dönemi içerir, kontrollü egzersiz programı ile fonksiyonel kapasite dereceli olarak arttırılır. Risk faktörleri değerlendirilir ve yaşam biçimi ve davranış değişikliği konusunda eğitim ve danışmanlık verilir. Bu evrenin amaçları, hastanın fiziksel olarak aktif olmasını sağlamak ve sürdürmek, kendi gereksinimlerini karşılayabilir hale gelmesini sağlamak, hastaya doğru egzersiz tekniklerini öğretmek, egzersiz programının sürekliliğini sağlamak, aile, iş ve sosyal yaşama hazırlamaktır (4-7).

Faz III: Bu faz üç dokuz aylık süreyi kapsayan koruma programıdır. Bireysel fiziksel aktivite programı düzenlenir, evde, yerel spor salonunda ya da rehabilitasyon merkezinde uygulanır. Hasta ve aile mümkün oldukça yaşam biçimi ve rolleri yeniden yapılandırılır. Yaşam biçimi değişiklikleri uzun süreli alışkanlıklar olmalıdır (4-7).

Faz IV: Yaşam boyu sürer. Egzersiz ve diğer yaşam şekli değişiklikleri devam eder (4-7).

Yoğun bakım hemşiresi birinci faz kardiyak rehabilitasyon uygulamaları konusunda bilgi sahibi olmalı ve akut koroner sendromda semptomlar düzeldikten sonra rehabilitasyon uygulamalarında aktif rol almalıdır.

1. Dalal HM, Doherty P, Taylor RS. Cardiac rehabilitation. BMJ. 2015 Sep 29;351:h5000. doi: 10.1136/bmj.h5000. Review.

2. Anderson L, Oldridge N, Thompson DR, Zwisler AD, Rees K, Martin N, Taylor RS. Exercise-Based Cardiac Rehabilitation for Coronary Heart Disease: Cochrane Systematic Review and Meta-Analysis. J Am Coll Cardiol. 2016 Jan 5;67(1):1-12.

3. Anderson L, Thompson DR, Oldridge N, Zwisler AD, Rees K, Martin N, Taylor RS. Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Jan 5;1:CD001800. doi: 10.1002/14651858.CD001800.pub3.

4. Lewis SL, Dirksen SR, Heitkemper MM. Medical-Surgical Nursing:Assesment and Management of Clinical Problems. 9th Edition. Elsevier Mosby, St. Louis. 2014.

5. Çini, SE; Ekinci S. Akut Koroner Sendrom Sonrası Kardiyak Rehabilitasyon. Turkiye Klinikleri Journal of Cardiology Special Topics, 2013, 6.6: 75-79.

6. Tartan, Z. Akut Koroner Sendromlarda Kardiyak Rehabilitasyon. Turkiye Klinikleri Journal of Cardiology Special Topics 5.2 (2012): 82-88.

7. Uysal H. Kardiyak Rehabilitasyon ve Hemşirenin Sorumlulukları. Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi 2012;(3):49-59.

Davetli Konuşmaları

26 Mart Salon A

1000-1030 _ NON INVAZIV MEKANIK VENTILASYON UYG. HAST. YAKL. - EBRU KIRANER

NON-İNVAZİV MEKANİK VENTİLASYON UYGULANAN HASTAYA YAKLAŞIM

Uzm. Hem. Ebru Kıraner

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ABD

Noninvaziv Mekanik Ventilasyon (NİMV) hastaya yapay havayolu olmadan, ventilatör ile solunum destek tedavisi sağlamaktır. İnvaziv Mekanik Ventilasyon (İMV) yerine uygulanacak bir destek tedavi değil, bir alternatif olarak düşünülmelidir. NİMV'nun en önemli avantajı yapay havayolu komplikasyonlarının özellikle de enfektif olanlarının önlenebilmesidir. Akut solunum yetmezliği gelişen hastalarda NİMV'un kullanımı son yıllarda hızla yaygınlaşmıştır. KOAH'da, kardiyojenik pulmoner ödemli hastalarda ve invaziv MV'dan ayırma başarısız olduğunda önemli yararlar sağlar. NİMV; acilde, yoğun bakımda, ara yoğun bakımlarda ve hatta izlemi yapılabilecek ise servislerde de uygulanabilir. NİMV uygularken sadece yaşamsal bulgular ve gaz değişimine odaklanmak yetmez, hastanın konforu ve NİMV'e toleransı da çok önemlidir.

Maskeler NIMV'nun başarısının en önemli etkenidir. Oronazal, nazal, tam yüz maskeleri ile Helmet (kask) şeklindeki maskeler ve nazal yastıkçıklar şeklinde maskeler kullanıma sunulmuştur. En sık kullanılanlar oronazal maskelerdir. Basınç yerlerinde oluşabilecek yaraları engellemek için gerekirse maske tipleri değiştirilerek basınç noktalarının farklı olması sağlanmalıdır. Maske ile temas noktaları arasında baskıyı azaltmak amacıyla koruyucu yara bakım örtüleri yerleştirilebilir. NIMV uygulamalarında inspirasyon ve ekspirasyon aynı ventilatör devresi üzerinden yapılmaktadır. Bu nedenle ventilatör ile maske arasına tek yönlü çalışan ekshalasyon valfi ya da whisper yerleştirilmektedir. Bu tek yönlü valfler ekspirasyon havasının atılmasına olanak verirler. Maske üzerinde de asfiksi valfi bulunur, herhangi bir cihaz probleminde hastanın dışarıdan hava almasını sağlar. Bu nedenle kullanılacak devre ve maskelerin özellikleri iyi bilinmelidir.

O2, satürasyon %90'ın üzerinde olacak şekilde verilmelidir. Nemlendirici olarak ısı-nem değiştiriciler, ısıtıcılı nemlendiriciler ya da pass-over nemlendiriciler kullanılabilir. Gastrik sonda rutin olarak takılmaz. Bulantı ve kusmaya eğilimli hastalar ile hava yutmaya bağlı gastrik distansiyon gelişen hastalar dışında gastrik sonda takılması gerekli değildir. Hastaya bronkodilatör ilaçlar, ya nebülizasyon ile ya da devreye takılan ara parça aracılığıyla ölçülü doz inhaler kullanılarak verilebilir.

Gaz değişiminin düzeltilememesi, endotrakeal entübasyon ihtiyacının ortaya çıkması, hemodinamik dengenin bozulması, ciddi ventriküler aritmilerin ortaya çıkması, hastanın maskeyi tolere edememesi, maskenin yüze tam oturmaması nedeniyle ve hastanın kendi isteği üzerine NIMV uygulamasına son verilebilir. Hasta başlangıçta zamanının büyük bir kısmını NIMV altında geçirirken, primer patoloji iyileştikçe bu süre de giderek kısaltılır. Öncelikle yemek dönemlerinde, daha sonra gündüz hasta ventilatör desteği verilmeden izlenebilir. Gece uyku sırasında ventilasyonda azalmaya bağlı olarak hipoksemi ve hiperkapni eğilimi olduğundan genellikle gece desteği bir süre sürdürülür. Klinik ve kan gazı değerlerinin izlenmesi ile hastada ventilatör desteğinin kesilmesine karar verilebilir. Ventilatörsüz dönemde solunum zorlanması ile ilgili semptom ve bulgular olmuyorsa, kan gazları bozulmuyorsa NIMV sonlandırılır.

NIMV desteği uygulamaları son yıllarda hızla gelişme göstermiştir. Çalışmalar genellikle prognoz üzerindeki etkisinin araştırılması üzerinedir. Bilgi, deneyimle kaliteli hemşirelik bakımı doğrultusunda NIMV uygulanan hastalarda yüz güldürücü sonuçlar elde edilecektir.

KAYNAKÇA

1. Çelik S, "Mekanik Ventilasyon ve Temel Bakım İlkeleri, Erişkin Yoğun Bakım Hastalarında Temel Sorunlar ve Hemşirelik Bakımı", Edit: Çelik S, I. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2014, s: 49-65.

2. Saltürk C, Kargın F , Takır H.B., Adıgüzel N, Güngör G, Balcı M, Moçin Ö, Sancar R , Özgül D, Karakurt Z, " Yoğun Bakım Ünitesinde Gece Noninvaziv Mekanik Ventilasyon Maske Uygulama Sıklığı", Göztepe Tıp Dergisi 27(3):90-93, 2012.

3. Savran Y, Tuğba Başoğlu T, Güngör G, "Öztürk S, "Noninvaziv Mekanik Ventilasyon ile Başarılı Bir Şekilde Tedavi Edilen Bir Akut Respiratuvar Distress Sendromu Olgusu", Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi (2015)13: 37-40

4. Özcan E,P, " Noninvaziv Ventilasyon", Edit: Dikmen Y, Güneş Tıp Kitabevleri, 2012, s:107-115.

Davetli Konuşmaları

26 Mart Salon A

1100-1200 _ ORGAN DESTEK SISTEMLERI

Ekstrakorporal Membran Oksijenasyonu

Melike Çakır

Acıbadem Maslak Hastanesi

Yenidoğan, çocuk ve yetişkin hastalarda ileri medikal tedaviye yanıtsız ağır solunum ve/veya kalp yetmezliğinde alternatif olarak uygulanan bir destek tedavisidir. 1991 yılında ELSO (Ekstracorporeal Life Support Organization) tarafından yapılan uluslar arası bir konferansta, solunum ve kardiyak yetmezliği olan hastalarda EKMO kullanımı ile ilgili kesin bir karara varılmış ve bu hasta gruplarında EKMO kullanımı desteklenmiştir (1).

Ekstrakorporal membran oksijenasyonu, kanın vücuttan alınıp bir pompa yardımıyla oksijenatörden geçirilerek temizlenmesinin ardından, bir ven veya arter aracılığı ile hastaya geri verilmesi prensibine dayanır. Yani tedavi esas amaç; kanın vücut dışına alınarak yapay bir akciğerde (membran oksijenatörü) gaz alış verişi sağlandıktan sonra tekrar dolaşıma verilmesidir (2).

EKMO'da iki farklı uygulama yöntemi vardır. Venovenöz (V-V) yöntem daha çok solunumsal problemlerin olduğu durumlarda uygulanırken, Venoarteriyel (V-A) yöntem dolaşım yetersizliğinin olduğu durumlarda tercih edilir (2).

Ekstrakorporal yaşam desteği yönetimi, kritik hastaların bakımında fizyoloji ve patofizyoloji bilgilerinin bir arada kullanımını gerekli kılan son noktadır. Bu anlamda EKMO'daki hasta bakımında multidispliner bir ekibin oluşturulması zorunluluğu kaçınılmazdır. Amerika ve Avrupa'da EKMO yapılan merkezlerde ekibin üyelerini; EKMO koordinatörü, EKMO uzmanı, yoğun bakım doktoru, neonatolog, cerrah, yoğun bakım hemşireleri ve solunum terapistleri oluşturmaktadır. Türkiye'deki sürece bakıldığında, EKMO kurulumu perfüzyonistler tarafından yapıldıktan sonra, hasta EKMO'ya cerrahı tarafından bağlanır. EKMO'daki hastanın takibinden primer olarak yoğun bakım hemşireleri sorumludur. Her an hastanın hekimiyle iletişim halindedirler ve herhangi bir sorunda perfüzyonistlerden ve hekimden destek almaktadırlar (3).

Anahtar Kelimeler: destek sistemler, ecmo, yoğun bakım

Davetli Konuşmaları

26 Mart Salon A

1100-1200 _ ORGAN DESTEK SISTEMLERI

Türk Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği
Yoğun Bakımda Karaciğer Destek Tedavisi

Dr.Evren Şentürk

Akut karaciğer yetersizliği hepatik ensefalopati, sarılık ve koagülopati ile karakterize bir hastalıktır; hızla çoğul organ yetersizliği ve ölüme doğru ilerler. Temel olarak akut karaciğer yetersizliği (AKY) ve kronik karaciğer yetersizliği zemininde akut yetersizlik olmak üzere iki hastalık tablosu oluşturur. Kronik karaciğer yetersizliğinde hepatosit fonksiyonları yıllar içinde bozulurken, akut veya fulminan hepatitte eşlik eden birçok klinik bulgu ile 8 (bazı tanımlara göre 4) hafta içinde karaciğer yetersizliği gelişir. Fulminan hepatitlerde acil karaciğer transplantasyonu tek yaşam şansı olarak görülmektedir. Fulminan hepatit geliştiğinde geri dönüşümsüz beyin hasarı oluşmadan erken tanı ve transplantasyon kararı verilmelidir. Hasta seçimi, transplantasyon için uygun zamanlama, organ yetersizliği, verici donör adaylarını kısa sürede hazırlamanın zorluğu ve postoperatif bakım, karaciğer yetersizliği olan hastaların tedavisini özel kılmaktadır. Ekstrakorporeal destek sistemleri bu hastaların nâkile kadar olan sürelerini uzatarak zaman kazandırmaktadır. Ancak halen birçok hasta donör listesini beklerken kaybedilmektedir.

Kronik karaciğer yetersizliği zemininde gelişen akut karaciğer yetersizliği ise daha önce kompanse durumda olan karaciğer fonksiyonlarının; sepsis, spontan asit enfeksiyonu ya da gastrointestinal sistem kanaması gibi nedenler ile akut bir şekilde bozulmasıdır. En sık görülen bulgular, hepatorenal sendrom ve hepatik ensefalopatidir; multiorgan yetersizliği ile seyreden durumlarda mortalite daha da yükselir. Tedavide amaç presipite eden faktörü düzelterek destek tedavisi ile karaciğer fonksiyonlarının önceki haline dönmesini sağlamaktır.

Karaciğer yetersizliğinde yüksek akımlı diyaliz, plazmaferez gibi yöntemlerle, amonyak ve laktat gibi suda çözülen maddelerin atılımı yeterli ölçüde gerçekleşirken, safra asidi gibi proteine bağlanan maddelerin az miktarda atılabilmesi nedeniyle, “plazma değişimi” ise yüksek volüm değişikliği gerekliliği nedeniyle riskli kabul edilebilir.

Günümüzde yaygın olarak kullanılan iki sistem ön plana çıkmıştır. Bunlar; ekstrakorporeal albümin diyalizi (MARS: Moleküler adzorbe edici resirkulatuar sistem [“Molecular Absorbent Recirculating System]) ve plazmadan emilim yoluyla doğrudan adzorpsiyon (FPSA: fraksiyone plazma separasyon ve adsorbsiyonu [“fractioned plasma separation and adzorbtion”]) yöntemleridir. Bu sistemlerin, amonyak, safra asidi ve albümine bağlanan toksinleri de detoksifiye ve elimine edebildikleri ve böylece karaciğerin kendisini yenileme yeteneğini geri kazanabilmesi için zaman kazandırdıkları; karaciğer nakline bir “köprü" oluşturabildikleri bildirilmiştir. Böylece, öncelikli olarak üç avantaj sağlanabilmektedir: a. Karaciğer nakli için uygun verici bulununcaya (veya listede sırası gelinceye) kadar zaman kazanma. b. Karaciğer nakli öncesi hastanın genel durumunu düzelterek ameliyat morbiditesini azaltma. c. Kimi zaman da, karaciğer nakline gerek bırakmayacak şekilde karaciğerin spontan rejenerasyonu için zaman kazanmak için kullanılmaktadırlar.

Anahtar kelime: Karaciğer yetersizliği, Yoğun Bakım, Destek tedavi

Davetli Konuşmaları

26 Mart Salon A

1330-1430 _ INVAZIV MV UYGULANAN HASTANIN REHABILITASYONU

MEKANİK VENTİLATÖRE BAĞLI HASTALARIN MOBİLİZASYONU (ÖZET)

Hem. SEMRA YURDAKUL

İ.Ü.CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON A.D. SADİ SUN YOĞUN BAKIM SORUMLU HEMŞİRESİ

Uzun süreli immobilizasyonun sekelleri iyi bilinmekle birlikte, genelde yoğun bakımda yatan hastanın rehabilitasyonu, taburcu olduktan sonraya bırakılmaktadır. Oysa, erken rehabilitasyon fonksiyonel bağımsızlığı sağlamak için şarttır. YBÜ' de akut dönemde MV'deki hastalarda erken mobilizasyonun başlanması önerilmektedir (1,2). Erken mobilizasyon, bilinci kapalı hastada eklem hareket açıklığını korumak amacıyla yapılan pasif egzersizler ve iki saatte bir pozisyon değişimini, bilinç durumu elveren hastalarda bu egzersizlere ek olarak dirençli kas güçlendirme egzersizlerini içerir. Yatak içinde ve kenarında oturtma ve sandalyeye transfer erken mobilizasyonun daha sonraki aşamalarıdır. Yatan hastalar için aktif ya da pasif bisiklet hareketine olanak veren düzenekler geliştirilmiştir (3). Erken mobilizasyonun güvenli ve etkin olduğu belirtilmektedir. Erken mobilizasyon uygulanan hastalardaki işlevsel gelişme, kas kuvvetlerindeki artıştan çok hastaların güçsüzlük ile baş etme yöntemlerini öğrenmelerine bağlıdır (4).

Yoğun bakım ünitesinde erken mobilizasyonun genel amaçları; hastanın ventilatöre bağımlılığını azaltmak, fonksiyonlarını iyileştirmek, immobilizasyon komplikasyonlarını azaltmak, hastanede kalış süresini kısaltmak, maliyeti azaltmak ve hastanın yaşam kalitesini iyileştirmektir (5,6,7).

KAYNAKLAR:

1. Kress JP. Clinical trials of early mobilization of critically ill patients. Crit Care Med 2009;37(Suppl 10):S442-S7.

2. Bailey PP, Miller RR 3rd, Clemmer TP. Culture of early mobility in mechanically ventilated patients. Crit Care Med 2009;37(10 Suppl):S429-S35.

3. Needham DM, Truong AD, Fan E. Technology to enhance physical rehabilitation of critically ill patients. Crit Care Med 2009;37(Suppl 10):S436-S41.

4. de Jonghe B, Lacherade JC, Sharshar T, Outin H. Intensive care unit-acquired weakness: risk factors and prevention. Crit Care Med 2009;37(Suppl 10):S309-S15.

5. Stiller K. Physiotherapy in intensive care. Chest 2000;118:1801-13

6.Ciesla ND. Chest physical therapy for patients in the intensive care unit. Phys Ther 1996;76:609-25.

7. Clini E, Ambrosino N. Early physiotherapy in the respiratory intensive care unit. Respir Med 2005;99:1096-104.

Davetli Konuşmaları

26 Mart Salon A

1330-1430 _ INVAZIV MV UYGULANAN HASTANIN REHABILITASYONU

Mekanik Ventilatörden Erken Ayırma

Prof. Dr. Sevim Çelik

Mekanik ventilasyon solunumsal hastalık, nöromüsküler hastalık, şok ve majör cerrahi girişim nedeniyle solunum yetersizliği ya da yetmezliği gelişen hastalarda önemli bir yaşam desteğidir. Yoğun bakım hastalarının %50'sinden fazlası mekanik ventilasyon desteğine gereksinim duyar. Bu oranın Türkiye'deki yaşlılık oranlarına paralel olarak artacağı düşünülmektedir. Hasta için ağrılı ve stresli olan mekanik ventilasyon uygulaması, aynı zamanda enfeksiyon oranlarını, morbidite, mortalite oranlarını, hastanede kalış süresini, hasta bakım maliyetlerini arttıran yüksek riskli bir uygulamadır. Bu nedenle, solunum yetersizliğinin nedeni tedavi edildikten, hastalar yeterli solunum yapabildikten ve yeterli gaz alışverişi sürdürülebildikten sonra süreç uzatılmadan hastalar güvenli şekilde mekanik ventilatörden ayrılmalıdırlar. Üç günden daha az mekanik ventilatörde tedavi edilen hastalar sıklıkla sorunsuz ekstübe edilirler, tedavi uzadıkça ayırma için dikkatli bir planlama gereklidir. Güncel çalışmalar, mekanik ventilatörden ayırma denemelerinin günlük yapılması gerektiğini bildirmektedir. Hastalarda kalp atım hızı ve solunum hızında artmanın, oksijen satürasyonunda düşmenin, stres ve anksiyetenin fizyolojik belirtilerinin 30 dakika içinde düzelmiş olması mekanik ventilatörden ayırma sürecinin başarılı bir şekilde tamamlandığının göstergesidir. Bu göstergelere ulaşmak için ventilatörden ayırmadan önce; hastanın fizyolojik ve psikolojik durumu ve ayırma sürecine motivasyonu, başarılı ayırmanın önündeki engeller ayrıntılı değerlendirilmelidir. Başarılı ve erken dönemde ayırma için yeterli solunum kas kuvveti, yeterli solunum aracı, asit-baz dengesi, hemodinamik stabilite, yeterli beslenme, hastanın uyanık ve psikolojik açıdan rahat olması son derece önemlidir. Sistematik inceleme ile yapılan son çalışmalar, mekanik ventilatörden ayırma sürecinde hekimin, hemşirenin, solunum terapistinin ve beslenme uzmanının yer aldığı multidisipliner yaklaşımın hastaların mekanik ventilatörden ayırma sürecini 1.41-0.5 gün azalttığı ve tekrar entübasyon oranlarını düşürdüğünü göstermiştir. Multidisipliner yaklaşım hemşirenin sürece aktif katılımını; ayırma sürecine karar vermede sorumluluk alma; ayırma sürecine ilişkin bakımın tanılanması, planlanması, uygulanması, değerlendirilmesi ve kayıt edilmesi; ayırma sürecinin yönetimi, anksiyetenin yönetimi gibi hemşirenin ileri düzeyde roller üstlenmesini gerektirmiştir.

Davetli Konuşmaları

26 Mart Salon A

1430-1500 _ Y.B. HEMSIRELIGI SERTIFIKA PROG. GUNCEL DUR. - GULCIN BOZKURT

Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifika Programlarının Güncel Durumu

Doç. Dr. Gülçin Bozkurt

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Yoğun bakım hemşireliği sertifika eğitimleri; koruyucu, geliştirici ve rehabilite edici girişimlerle bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal olarak güçlenmesini sağlayan, hasta ve aileleri ile terapötik iletişim kuran, sağlık bilimi ve teknolojisindeki gelişmelere, yeni tedavi ve bakım yöntemlerine uyum sağlayabilen, acil, kritik ve karmaşık hasta bakım gereksinimlerini karşılayabilecek yetkinliğe sahip sorun çözme becerisi gelişmiş yoğun bakım hemşireleri yetiştirmek amacı ile yapılmaktadır.

Sağlık Bakanlığı Sertifikalı Eğitim Yönetmeliği 2014 yılında yayınlandıktan sonra Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifika Programları başlatılmıştır. Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifika programları ilk İstanbul, Ankara ve İzmir'de başlamış, bugün ise birçok merkezde sürdürülmektedir.

Sertifikalı eğitim programları yasal olarak; Sağlık Bakanlığı Sertifikalı Eğitim Yönetmeliği (04.02.2014 tarihli ve 28903 sayılı Resmi Gazete), Hemşirelik Yönetmeliği (08.03.2010 tarihli ve 27515 sayılı Resmi Gazete) ve Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ (20.07.2011 tarihli ve 28000 sayılı Resmi Gazete) dayandırılmaktadır. Ülkemizde yoğun bakım hemşireliği sertifika programlarının standartlarının belirlenmesi ve sertifikaların tescili Sağlık Bakanlığı tarafından yapılmakta, program açma yetkisi ve programların denetimi Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu tarafından yürütülmektedir.

Program standartları (eğitimin yürütülme şekli, sorumlusu, katılımcıların niteliği, program sorumlusu, içerik, eğitimin değerlendirilmesi, re sertifikasyon vb) Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulan bilim kurulu tarafından belirlenmektedir. Türk Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği, ''Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifikalı Eğitim Programı Standartlarının'' belirlenmesi ve revizyonu çalışmalarına sürekli destek vermektedir. Bugün yürütülmekte olan Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifikalı Eğitim Programı Standartları 2015 yılında revize edilmiş ve 17.11. 2015 yılında yayınlanmıştır.

Yoğun bakım hemşireliği sertifika programına, yoğun bakımda çalışan veya çalıştırılması planlanan hemşire, ebe (hemşire yetkisi almış) ve sağlık memurları (toplum sağlığı) kabul edilmektedir. Sertifika eğitimleri teorik ve uygulamalı olarak; teorik 120 saat, Uygulama 120 saat olacak şekilde toplam 30 işgünü şeklinde yürütülmektedir. Bakanlıkça yetkilendirilmiş ve tescil edilmiş en az 20 (yirmi) yoğun bakım yatağına sahip 3. (üçüncü) seviye erişkin yoğun bakım ünitesine sahip kurumlar sertifika eğitimlerinin yürütebilmektedir.

Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifikasının geçerlilik süresi 5 (beş) yıldır. Beş yılın sonunda sertifika süresi dolanların re sertifikasyon için başvurması gerekmektedir. Alınan eğitimler, bilimsel ve mesleki etkinlikler puanlanarak re sertifikasyonda değerlendirilerek sertifikalar güncellenebilmektedir. Yoğun bakım hemşireliği sertifika standartları yürürlüğe girmeden önce alınmış yoğun bakım hemşireliği sertifikaları süresiz sertifikalar kabul edilmektedir.

Ancak bu sertifikalardan tescil edilmemiş olanların Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifikalı Eğitim Programı Standartlarının ilk yürürlüğe girdiği tarih olan 01/07/2014 tarihinden itibaren en geç iki yıl içerisinde tescil işlemlerini yaptırmaları gerekmektedir. Tescil işlemlerini yaptırmayanların sertifikaları geçersiz sayılacaktır.

KAYNAKLAR

1. 04.02.2014 tarihli ve 28903 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Sağlık Bakanlığı Senifikalı Eğitim Yönetmeliği

2. 08.03.2010 tarihli ve 27515 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Hemşirelik Yönetmeliği

3. 20.07.2011 tarihli ve 28000 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Baktm Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ

4. 17.11.2015 tarihli Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifikalı Eğitim Standartları, birinci revizyon

Davetli Konuşmaları

26 Mart Salon B

0900-1000 _ ULKEMIZDE COCUK YOGUN BAKIMLARIN DURUMU

ÇOCUK YOĞUN BAKIM HEMŞİRELİĞİ

İstanbul Üniversitesi SABİF Ebelik Bölümü

Doç. Dr. Gülümser Dolgun

Çocuk yoğun bakım üniteleri (ÇYBÜ): Bir ya da daha fazla organ veya organ sistemlerin fonksiyonlarının olumsuz etkilenmesi ya da yitirmesi gibi durumda olan 1 ay- 18 yaş arası çocukların desteklenmesi, tedavi edilmesi, hastanın hayatta kalmasının sağlanması için uygulanan yöntemlerin yapıldığı üniteler olarak tanımlanmaktadır. YBÜ bu özellikleri ile modern tıbbın uğraş alanlarından farklılık gösterirler. Çünkü bu üniteler bir organın ya da bir sistemin hastalıkları ile değil birçok hastalık ve bu hastalıklara bağlı komplikasyonların birlikte bulunduğu hasta gurubu ile ilgilenilir. Bu nedenle hem bakım alanlarının hem de bakım vericilerin özel donanımlı olması gereklidir. Bu merkezlerde bakım görmenin anahtar sözcüğü ve etik kuralı, potansiyel iyileşebilir ağır hastalığı olan ve bu hizmetin yoğun bakım dışında başka bir ünitede bu hizmetlerin verilmesidir.

ÇYBÜ'nin Durumu: Dünyada ve ülkemizde modern anlamda yoğun bakım ünitelerinin gelişimi son 20 yıl içindeki teknoloji ve tedavi alanındaki gelişimlere paralel olarak geliştiği görülmektedir. Gelişmiş ülkelerde; halk sağlığı uygulamalarının artması sonucu hastanelerdeki yatak sayıları azalırken buna karşılık yoğun bakım yatak sayılarında sürekli bir artış olmaktadır. Ülkemizde de ÇYBÜ'nin yaklaşık yarısı (%48) 2000-2004 yılları arasında açılmıştır. Bu alandaki bilimsel etkinlikler de 2000 yılından beri Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Derneği bünyesinde yürütülmektedir.

ÇYBÜ'nin önemi; çocuk ölümlerinin %70'inden fazlası korunulabilen ya da tedavi edilebilen hastalıklara bağlı olmasıdır. Bir ülkede koruyucu hekimlikle ilgili tüm tedbirler alındıktan ve çocuk ölüm hızı belli bir düzeye indirildikten sonra çocuklara yönelik acil ve yoğun bakım hizmetlerinin geliştirilmesi, gelişmiş ülkelerdekine yakın çocuk ölüm hızlarına ulaşabilmemiz için önemlidir. Ülkemizde 5 yaş altı çocuk ölüm hızı 30/1.000 düzeyinden 10/1.000 seviyesine inmiş ve daha da düşürülmesi için ÇYBÜ daha fazla yer verilmesi gerekmektedir.

Gelişmiş ülkelerde yoğun bakım ihtiyacı çocuk nüfüsu başına 1:27.000-1:50.000 olarak hesaplanmaktadır. Ülkemizde çocuk nüfusu 2014 yılı itibariyle yaklaşık 23 milyon olup, Sağlık Bakanlığı verilerine göre ülkemizde 63 hastanede yaklaşık 600 ÇYB yatağı (2. ve 3. Seviye) bulunduğu ve yoğun bakım yatağı/çocuk nüfus oranı 1:137.000 olarak tahmin edilmektedir. Bu oran İstanbul'da 1:268.000, İzmir'de 1:30.000 ve Ankara'da 1:46.000'dir. Ayrıca YB hizmetlerinin etkin verilebilmesi için ünite yatak sayısının en az 6-8, tercihen daha fazla olması önerilmektedir. Çünkü ÇYBÜ'lerde tedavi edilen hasta sayısı arttıkça mortalite ve hastanede yatış süresinde bir azalma, deneyim sayısında ve kaliteli merkez sayısında artmayı beraber getirmektedir.

Yapılan bilimsel araştırmalar, ÇYBÜ başarılı hizmeti verilmesinde en önemli faktörün alt yapı ve teknoloji yanında bunları etkin kullanabilecek, yeterli sayıda eğitimli insangücü (hekim, hemşire, fizyoterpist, diyetisyen vb.) bulunmasına bağlıdır. Çünkü multidisipliner bir çalışmayı gerektiren alanlardır. Türkiye'de çocuk yoğun bakım ünite ve yatak sayısının çok yetersiz, hizmetlerin coğrafi dağılımının düzensiz ve hizmetlerinin verildiği fiziksel ortamın ve eğitimli elaman sayısının çok yetersiz olduğunu bildirilmektedir.

Çocuk Yoğun Bakım Hemşireliği: Özel bir eğitimden geçen, karmaşık ve yaşamı tehdit edici problemleri olan hastaların tanılamasını yapabilen, hastaları sürekli izleyen, ileri yoğun bakım ve tedavi girişimleri uygulayan, hasta ve yakınları ile terapötik ilişki kuran, koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici girişimleri uygulayan, meslektaşlarına ve ailelere danışmanlık girişimleri vermekten sorumlu sağlık profesyonelidir. Ayrıca yoğun bakım hemşirelik uygulamaları, araştırmaları ve araştırma sonuçlarından yararlanmayı gerekli kılan bir hemşirelik alanıdır. Çünkü hemşirelik bakımında kanıta dayılı uygulamalar kullanılması yoğun bakımda kalış süresini, maliyeti ve bakımın kalitesini etkilediği araştırmalarda gösterilmiştir.

Girişimsel işlemlerin yoğun olarak uygulandığı, morbidite ve mortalite oranlarının yüksek olduğu YBÜ'de, hemşirelik bakımı hizmetleri YB hizmetlerinin en önemli bir bölümünü oluştur. Nitelikli hemşirelik bakımı olmadan nitelikli yoğun bakım hizmeti verilmediği görülmüştür. ÇYBÜ hemşire/hasta oranı bir hemşireye üç hasta ile bir hastaya iki hemşire arasında değişebilir. Ancak, ünite ortalaması günün herhangi bir zamanında (nöbetler dahil) hiçbir zaman bir hemşireye iki hastayı geçmemelidir. Ünitede çalışacak tüm hekim ve hemşirelerin ileri yaşam desteği eğitimi alması ve belli aralıklarla bilgilerini güncellemesi gerekir. Ayrıca hekim ve hemşirelerin esas işleri olan tıbbi bakım ve tedaviyle ilgilenebilmeleri için ünitede yeterli sayıda yardımcı personelin de 24 saat devamlılığı göz önüne alınarak bulunması gerekmektedir.

Yoğun bakım ünitesinde hasanın günlük yaşam aktivitelerinin pek çoğu hemşire tarafında ya da onun gözetiminde sağlanmaktadır. Bunlar: Güvenli çevrenin sağlanması, risklerin önlenmesi, iletişimin sürdürülmesi, solunumun, boşaltımın, beslenmenin, beden ısısının, fiziksel aktivitenin, kişisel hijyenin, mahremiyetinin, uykusunun, korku ve kaygılarının hemşire tarafından tanılanması, yönetilmesi ve sonuçlarının raporlandırılması gerekir. Yoğun bakım ilkelerinin belirlenmesinde esas ilke, hasta yaşamının sürdürülmesidir. Bu ilke de CARE kelimesinde yer alan harfler ile tanımlanmaktadır. Yoğun bakımın (critical care) açılımı; Clinical (Klinik) Administrative (Yönetim) Research (Araştırma) Education (Eğitim) sözcüklerinin baş harflerini içermektedir. Bu ilkeler de hemşirelik bakım ilkeleri ile örtüşmektedir.

YBÜ'deki bireyin kliniğinin belirlenmesi için hemşirenin hasta kliniğe geldiği andan taburcu/tranfer işlemleri gerçekleşinceye kadar tanılama, veri toplama, verileri organize etme, uygulama ve değerlendirmesi gerekir. İstenilen tüm uygulamaların önceden hazırlana protokollere göre yapılması ve kanıta dayalı araştırmalara dayanması ünitenin belirli bir standarttı ve kaliteyi yakalayabilmesi, denetlenebilmesi için önemlidir. Protokoller sadece tedavi ve bakımı kapsamamalı, hasta ve ailesine kliniğin tanıtılması, ziyaret saatleri, ailelerin bilgi alabileceği kişilerin önceden yazılı olarak ellerine verilmesi, aile ile iletişimde ve ailesinin eğitimlerinde, onların geleneksel ve kültürel özelliklerini dikkate alması önemlidir.

Hasta olup hastaneye yatmak tek başına stres ve kaygı kanyağıdır. Bir de yatılan bölüm YBÜ ve çocuk hasta olduğunda bu stresin oranı daha da artar ve hastanın iyileşme, hastanede kalma süresinin uzamasına neden olur. Ailenin çocukla yeterince iletişim kuramaması, gelişen teknoloji ile birlikte çok sayıda teknolojik araç-gereç yaşam kurtarıcı olarak kullanılması hasta ve yakınları için korkutucu olabilmektedir. Bu nedenle hem ailenin hem de bilinci açık çocukların kritik durumlarını kavramaları için bilgilendirmeleri daha da önemlidir. Ailenin mümkün olduğunca bakıma katılması, ailenin kaygı düzeyi, kendini yarasız hissetme duygularını azaltacak ve hemşireye güveni artıracaktır.

YB hemşiresi, hastadaki değişiklikleri ilk saptayan ve acil durumlarda ekip içinde hızlı karar alması gereken bir meslek üyesi olarak, karmaşık ve beklenmedik bir anda ortaya çıkan sorunlarla daha sık karşılaştığı bilinmektedir. Tıp ve Hemşirelik için 5 temel yeterlilik alanı ÇYBÜ için de geçerlidir. Hasta merkezli bütüncül bakım, multidisipliner ekip anlayışı ile çalışma, kanıta dayalı uygulama, kalite g eliştirmeye odaklanma ve bilgi teknolojilerini kullanmak YB hemşirelerinin görevleri arasındadır. Bakımda YB hemşirelerin en büyük ikilemi bence herşeyi kendilerinin en iyi bildiği ve yaptığını düşünerek "omnipotans/kendini önemli hissetmek" gibi bir düşünce ve davranış içine girmeleri, çocuk ve ailenin yerine karar vermeleridir.

Kaynaklar

Aydınoğlu B. Yoğun bakım hemşireliği, çevre ve cihaz temizliği yoğun bakım ekibinde hemşire ve hasta bakımı. Yoğun Bakım Dergisi 2007;7(1):26-30

Hatipoğlu S. Cerrahi yoğun bakım hemşireliği ilkeleri. Gülhane Med J. 2002; 44(4): 475-479

Terzi B., Kaya N. Yoğun bakım hastasında hemşirelik bakımı. Yoğun Bakım Derg. 2011; 1: 21-5

Köroğlu TF. ve ark. Çocuk yoğun bakım birimleri için kılavuz: çocuk acil tıp ve yoğun bakım derneği önerileri. Türk Pediatri Arşivi 2006; 41: 139- 45

Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Derneği. Türkiye'de Çocuk Yoğun Bakım Hizmetleri Mevcut Durum ve Öneriler 2006. http://www.cayd.org.tr/

Köroğlu T.F., R. Güney, S.D. Yetiş. Çocuk Yoğun Bakım. Türkiye'de özellikli planlama gerektiren sağlık hizmetleri. (pdf) T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2011.

Köroğlu TF. ve ark. Türkiye'de Çocuk Yoğun Bakımı Hekim İnsangücü Raporu. Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Derneği. 2015

Health Professions Education: A Bridge to Quality. Chapter 3The Core Competencies Needed for Health Care Professionals. Washington (DC): National Academies Press (US); 2003.

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK221519/

Öz O. ve ark. Bir eğitim ve araştırma hastanesi çocuk yoğun bakım ünitesine yatan hastaların değerlendirilmesi. CAYD 2015;2(2):65-70

Uysa G.,Sönmez Düzkaya D. Çocuk yoğun bakım ünitelerinde kanıta dayalı uygulamalar. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2013;17(1):29-36

Claude Thomas Bissell. Kip Tindell, CEO, The Container Store.

Davetli Konuşmaları

26 Mart Salon B

0900-1000 _ ULKEMIZDE COCUK YOGUN BAKIMLARIN DURUMU

ÇOCUK YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDE BÜTÜNCÜL YAKLAŞIM

7.Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi (24-27 Mart 2016, Kıbrıs)

Yrd.Doç.Dr.Gülzade UYSAL

Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü

Bütüncül yaklaşım çocuk sağlığı hemşireliğinde çocuk ve ailenin fiziksel, duygusal, sosyal, kültürel ve spiritüel yönlerden bir bütün olarak ele alınmasının gerekliliğini vurgulayan bir bakım felsefesidir. Hemşirelik için önemli olan bu yaklaşım, uygulamada aile merkezli bakım kavramı ile karşımıza çıkmakta olup çocuğun sağlığının aile üyelerini etkilediği ve aynı paralelde ailenin iyi olma halinin de çocuğu etkilediği inancından doğmuştur.

Ebeveyn için çocuğunun hastanede yatıyor olması stresli ve yorucu bir süreçtir. Hastanede yatışa sebep olan durumun ciddiyeti, çocuğun yoğun bakım ortamında izleniyor olması vb. durumlar stres düzeyini artıran deneyimlerdir. Yoğun bakım ünitesinde tedavisi süren çocuk ve dolayısıyla aile için günlük rutinler, aile içindeki roller ve sosyal yaşamda değişiklikler olması kaçınılmazdır.

Hemşire, yoğun bakımda yatan çocuk ve aile için bütüncül yaklaşım felsefesi ile bakımı planlamada önemli role sahiptir. Ailenin, hastanede yatan çocuğun bakımına katılımının sağlanması bütüncül yaklaşım hedeflerine ulaşmak için gereklidir. Pediatri hemşireliğinde bütüncül yaklaşımın temel unsurlarından biri olan aile merkezli bakım, hastanede çocuğa sunulan bakımın kalitesini artırmakta, hastanede kalış sürecinde çocuğun bakımında ebeveyn katılımını sağlamakta, sağlık personelinin çocuğa ve aileye desteğini artırmakta olup çocuk ve ailenin güvende hissetmesini ve kaygılarının azalmasını sağlamaktadır.

Hemşire, çocuk yoğun bakımlarda bütüncül yaklaşım doğrultusunda bakımı planlama aşamasında bazı ilkeleri temel almalıdır. Bu ilkeler; ailenin çocuğun yaşamındaki sürekliliğini ve önemini kabul etmek ve saygı duymak, aile ve sağlık personeli arasındaki işbirliğini sağlık bakımının her düzeyinde kolaylaştırmak, ailelerin güçlü yönlerini ve bireyselliğini desteklemek ve cesaretlendirmek, aile ile çocuğa ilişkin bilgileri sürekli ve eksiksiz olarak paylaşmak, ailelerin ırk, etnik, kültürel vb. farklılıklarını kabul etmek ve saygı göstermek, çocuk ve ailenin gelişimsel gereksinimlerini bilmek ve bakım sürecine katmak olarak sıralanabilir. Bu ilkeler doğrultusunda verilen bakım, çocukların anksiyete düzeyini azaltacak, hospitalizasyona daha iyi uyum sağlayacak, daha hızlı bir iyileşme dönemi ile erken taburcu olmalarını sağlayacaktır. Ayrıca bu bakım standartlarına uyulabilmesi, ailenin öz yeterliliğini ve bakım verme becerilerini yükseltecek olup mevcut kaygılarını azaltacaktır.

Anahtar kelimeler: Çocuk, yoğun bakım, bütüncül yaklaşım, aile merkezli bakım.

Davetli Konuşmaları

26 Mart Salon B

1330-1430 _ YOGUN BAKIMDA KAYIT SISTEMLERI

YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDE KLASİK KAYIT SİSTEMLERİNİN AVANTAJ VE DEZAVANTAJLARI

Uzm. Hem. Kadriye Nilay Genç

Yoğun bakım üniteleri (YBÜ), yaşamı tehdit altında olan bireylere, olabilecek en üst düzeyde yarar sağlamak amacıyla kullanılan çok sayıda yaşam kurtarıcı teknolojik araç gereçlerin bulunduğu, disiplinler arası bir ekip yaklaşımının zorunlu olduğu bakım merkezleri olarak tanımlanmaktadır.

Girişimsel işlemlerin yoğun olarak uygulandığı, morbidite ve mortalite oranlarının yüksek olduğu YBÜ'de, kayıt sistemleri önem arz etmektedir. Medikal sağlık kayıtları, sağlık sisteminin ayrılmaz bir parçasıdır.

Yoğun Bakım ünitelerinde hastanın tüm hemodinamik parametreleri ve bakım verileri, tanılama verileri kayıt altına alınarak hasta bakımının devamlılığı ve hasta tedavisinin sürekliliği sağlanmakta, hastanın iyileşme süreci bu kayıtlardan etkilenmektedir.

24 saat hastaya bakım veren sağlık personeli hasta kayıtlarını bütün olarak tek bir dosya içinde görebilmektedir. Kağıda kayıt edilen veriler arşivlerde saklanmaktadır.

Kağıtların kaybolma,çalınma, kayıt yapan kişi tarafından eksik kayıt yapılması, kayıt yapılmaması gibi durumlarla karşılaşılabilmektedir.

Elektronik sistemler artık bakım kayıtlarında yoğun bakımlarda son yıllarda sıklıkla kullanılmakta, verilerin silinme, sistemin çökmesi, bozulması durumunda kayıtlar eksik kalabilmekte hasta tedavisi sekteye uğrayabilmektedir. İyi alt yapısı olan sistemlerle kayıtlar daha sağlıklı olabilirken, sistem alt yapısı kötü olan programlar kullanıldığında tedavi sürecinde aksamalar, hatalara neden olabilmektedir.

Hasta güvenliği gereği özellikle ilaç uygulamalarında aksamalara, hatalı kayıtlara sebebiyet verebilmekle birlikte sistemin yedeklenmesi ve iyi çalışması durumunda tedaviye olumlu katkılar sağlayabilmektedir.

Son yıllarda kağıda yazılan kayıtları kaldırmak için özel ve devlet kuruluşlarında çalışmalar yapılmakta ve çoğu kurum tamamen olmasa da kısmen elektronik kayıtlara geçmiştir. Hastaların radyolojik ve laboratuvar tetkikleri, hekim istemlerinde elektronik sistemler kullanılmaktadır.

Yoğun Bakım üniteleri ile ilgili olarak yapılan bazı çalışmalarda elektronik sistemin hastanede kalma süresini ve maliyeti azalttığı tespit edilmiştir. Bunun yanında yoğun bakım dışı ünitelerde kağıda yazılan medikal kayıtların üstünlüğü ile ilgili çalışmalar da vardır.

Sunumda bu çalışmalardan örnekler verilecektir.

KAYNAKLAR

1.Marie Hurd, DO , Jill M. Tall, Thomas Gifford; Minimal impact of an electronic medical records system, American Journal of Emergency Medicine 33 (2015)663-666.

2.Gwen Tompson, John C.O'Horo, Brian W. Pickering, Vitaly Herasevich; Impact of the Electronic medical record on mortality, Length of Stay, and Cost in the hospital and ICU: A Systematic Review and Metaanalysis; Critical Care Med 2015;43:1276-1282.

3.Jeffrey J Perry, Jane Sutherland, Cheryl Symington, Katie Dorland, Marlene Mansour, Ian G Stiell; Assessment of the impact on time to complete medical record using an electronic medical record versus a paper record on emergency department patients: a study, Emerg Med J 2014;31:980-985.

4.Ay F.; Electronic Patient Record and Ethic Problems , Turkish Journal of Business Ethics, Mayıs May 2009, Cilt Volume 2, Sayı Issue 3, s. pp. 67-74.

5.Ay F.; Uluslararası elektronik hasta kayıt sistemleri, hemşirelik uygulamaları ve bilgisayar ilişkisi, Gülhane Tıp Dergisi 2009; 51: 131-136.

6.Michael Betzler, Comparing Paper-based with Electronic Patient Records: Lessons Learned during a Study on Diagnosis and Procedure Codes ;J Am Med Inform Assoc. 2003 Sep-Oct; 10(5): 470–477

7. Matthew C Jurecki RRT, Robert L Chatburn MHHS RRT-NPS FAARC, and Madhu Sasidhar MD., Accuracy of the Electronic Health Record: Patient Height , Respir Care 2015;60(12): 1715—1719.

8.Abele Donati, Vincenzo Gabbanelli , Simona Pantanetti, Paola Carletti, Tiziana Principi,Benedetto Marini, Simonetta Nataloni, Gisella Sambo, Paolo Pelaia; The Impact of a Clinical Information System in an Intensive Care Unit, Journal of Clinical Monitoring and Computing; January 2008, Volume 22, Issue 1, pp 31-36. DF (116 KB)

Davetli Konuşmaları

27 Mart Salon A

0900-1000 _ YOGUN BAKIM SONRASI EVE DONUS

Türkiye'de Yoğun Bakım Sonrası Evde Bakım Hizmetlerinin Durumu

Doç. Dr. Gülçin Bozkurt

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Türkiye'de toplam 16.651 erişkin, 997 çocuk ve 8.316 yenidon yoğun bakım yatağı bulunmaktadır. Türkiye'de 10.000 kişiye 3.4 yoğun bakım yatağı düşmektedir. Ülkemizde taburculuk planlamasının ve evde bakım hizmetlerinin olmaması nedeniyle hastaların hastanede kalış süreleri uzayabilmektedir. Sınırlı sayıdaki yoğun bakım yatak kapasitesini daha verimli kullanmak, hastanın aile ortamına kısa sürede dönmesi ile moral desteği sağlamak, yoğun bakımda uzun süre kalmaya bağlı mortalite, morbidite ve sağlık harcamalarını azaltmak, solunum fonksiyonlarını korumak, egzersiz kapasitesini arttırmak, enfeksiyon gibi yatış süresini arttıran komplikasyonları azaltmak ve yaşam kalitesini koruyup yükseltmek amacıyla acil ve yaşamsal faaliyetleri düzelen, stabil yoğun bakım hastasının evde bakımı önerilmektedir.

Bugün dünyanın her yerinde bakım ve tedavisi evde sürdürülen hasta sayısı giderek artmaktadır. Evde bakım konusunda yaklaşımlar ve solunum cihazlarındaki gelişmeler, solunum cihazına bağlı kronik hastaların evde bakım hizmeti almalarını kolaylaştırmaktadır. Ülkemizde evde bakım hizmetleri halen istendik düzeyde değildir. Evde bakım hizmetlerinin yürütülmesine dair Sağlık Bakanlığı'nın 2010 yılında yayınladığı yönerge doğrultusunda, illerde evde sağlık hizmeti verecek ekipler oluşturulmuştur. Evde sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı, belediyeler, özel sektör ve çeşitli sivil toplum kuruluşları tarafından sunulmaktadır. Farklı kurum ve kuruluşlar tarafından verilen hizmetler yeterince koordine edilememektedir.

Ülkemizde evde bakım hizmetleri kapsamında verilen hizmetler standardize değildir. Henüz özellikle yoğun bakım hastaları için organize bir evde bakım sistemi yoktur. Yoğun bakım hastalarının evde bakımını destekleyecek, 24 saat takip ve tedavi hizmeti verebilecek yeterli sayıda ve nitelikte evde bakım ekibinin olmaması nedeni ile bu hastaların bakımında sorunlar yaşanmakta ve hastaneye başvurular artmaktadır.

Sonuç: Türkiye'nin sosyal, ekonomik ve kültürel yapısına uygun modeller belirlenmeli, evde bakım hizmetlerinin standardizasyonu sağlanmalıdır. Öncelikle yerel, bölgesel ve ulusal düzeyde yoğun bakım ihtiyacı olan kişilerin tespit edilmesi için bir sistem geliştirilmelidir. Bakım hizmetlerine katılan kamu kurum ve kuruluşları, yerel yönetimler koordinasyon içinde çalışmalıdır. Yoğun bakım hastasına evde bakım hizmeti verecek kalifiye eleman yetiştirilmelidir. Sosyal güvenlik kurumları evde bakım hizmetlerinin bedelini ödemelidir.

Kaynaklar

1. Aksoy H, Kahveci R, Şencan İ, Kasım İ, Özkara A. Evde bakım hizmetlerine genel bakış ve Türkiye'deki mevcut durum. Turk Med J. 2015; 7(2): 162-168.

2. Bahar M. Evde Mekanik Ventilasyon Tedavisi. Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi 2008;6(4): 21-7.

3. Can ÖS, Ünal N. Evde bakım ve tedavi. Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi 2008;6(4):6-13.

4. Cimete G. Evde bakım hemşireliği. Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi 2008;6(4): 47-53.

5. Lloyd-Owen SJ, Donaldson GC, Ambrosino N, Escarabill J, Farre R, Fauroux B, et al. Patterns of home mechanical use in Europe: Results from the Eurovent survey. Eur Respir J 2005;25(6):1025-31.

6. Make BJ, Hill, NS, Goldberg AI, et al. (1998). Mechanical ventilation beyond the intensive care unit: report of a consensus conference of the American College of Chest Physicians. Chest;113:289-344.

7. National Association for Homecare and Hospice: Basic Statistics About Home Care; Updated 2008. Washington, DC. The National Association for Home Care and Hospice; 2008.

8. Sönmez Düzkaya D, Bozkurt G.Yoğun Bakım Hastasının Evde Bakımı. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2012;16(1):21-8

Davetli Konuşmaları

27 Mart Salon A

0900-1000 _ YOGUN BAKIM SONRASI EVE DONUS

Yoğun Bakım Hastasının Eve Hazırlanması

Hem.Bilgen Uçak

Yeditepe Üniversitesi Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Direktörlüğü

Hastaların taburcu olduktan sonra bakımlarını sürdürebilmeleri, gelişebilecek komplikasyonlardan korunabilmeleri ve bozulan vücut fonksiyonları ile baş edebilmeleri etkin bir taburculuk planının yapılması ve bunun yaşama geçirilmesine bağlıdır. Etkin olmayan taburculuk planlaması süreci hastanın bakım gereksinimlerinin karşılanmamasına, yeni sağlık sorunlarının ortaya çıkmasına ve hastaneye tekrarlı yatışlara yol açmaktadır. Özellikle Türkiye gibi henüz yoğun bakım sayısının ve kişi başına düşen yoğun bakım yatak sayısının az olduğu ülkelerde bu durum daha büyük bir önem kazanmaktadır. Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) taburculuk planlamasını hastanın kendisi, aile üyeleri ya da bir kurum tarafından bakılmak üzere bir sonraki bakım aşaması için hazırlamak ve bu aşama için gerekli düzenlemelerin yapılmasına yardımcı olmak için tasarlanmış bir süreç olarak tanımlamaktadır. Hastanın bakımın devamlılığını sağlamak için hasta ailesinin de sürece dahil edilerek, hastanın bakım ihtiyaçları konusunda eğitim verilmesi, evde karşılaşabilecekleri durumlar hakkında bilgilendirilmeleri, korku ve endişelerin giderilmesi, anksiyetelerinin giderilmesi sağlık ekibinden yardım almasının kolaylaştırması taburculuk planının hedefleri arasındadır. Hastanın hastaneden eve geçişini kolaylaştırmak için uygulanan taburculuk planlaması, verilerin toplanarak bakım ihtiyaçlarının belirlemesi, bu ihtiyaçlara yönelik girişimlerin planlanarak uygulamaya sokulması ve yapılan girişimlerin sonuçlarını değerlendirmeyi içerir. Hastanın taburculuğu için veri toplama süreci hastaneye yattığı an itibari ile başlar. Bakımın sürekliliğini sağlamak için hasta ve ailesinin evde devam edilecek bakım ve işlemleri öğrenmesi hastanın evde bakımı sırasında yaşayacağı korku ve endişelerin giderilmesi, bakım ve tedavinin eksiksiz sürdürülmesi, sağlık ekibinden yardım almasının kolaylaştırması, normal yaşama en kısa sürede geçişin sağlaması amaçlanmaktadır. Taburculuk planının etkin olabilmesi için hastanın bütüncül olarak değerlendirmek önem taşır. Bu durum multisipliner bir yaklaşım ile taburculuk planının hazırlanmasını gerektirir. Hastaların taburculuğa yönelik gereksinimlerinin birçoğunun yoğun bakım ünitesinde yattığı sürede ortaya çıkmaktadır. Bu durum yoğun bakım ünitelerinde taburculuk planlaması sürecine dikkat çekilmiştir. Taburculuk planlamasının son aşaması; hazırlanan planın, hasta ve hastaya bakım verecek kişilerin gereksinimlerini karşılayıp karşılamadığının değerlendirilmesidir. Hemşirelerin taburculuk planlaması sürecinde etkin rol almalı, sürecin uygulanabilmesi için gerekli kurumsal düzenlemelerin yapılması önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: yoğun bakım hastası, taburculuk planı

Davetli Konuşmaları

27 Mart Salon A

0900-1000 _ YOGUN BAKIM SONRASI EVE DONUS

YOĞUN BAKIM HASTASININ EVDE İZLEMİ

Öğr. Gör. Burcu Bayrak Kahraman

Yoğun bakım üniteleri, yaşamı tehdit altında olan bireylere, çok sayıda yaşam kurtarıcı girişimin uygulandığı, pek çok teknolojik araç gerecin bulunduğu ve bir ekip yaklaşımının zorunlu olduğu ünitelerdir (1,2). Bu ünitelerde izlenen hastalar klinik durumları stabil olduğunda, kabul sırasında var olan sorunlar çözümlendiğinde ve daha uzun süre yoğun bakım ünitesinde bulunmalarına gerek kalmadığında taburcu edilmektedir (3). Bu sayede yoğun bakım ünitesinde uzun süre kalmaya bağlı olarak gelişebilecek fiziksel ve ruhsal pek çok komplikasyonun önlenmesi amaçlanmaktadır. Yoğun bakım ünitesinden taburcu edilen hastaların bir kısmı yoğun bakım öncesindeki yaşamlarına hemen dönememektedir. Bu nedenle bu hastalara taburculuk sonrası evde bakım önerilmektedir (4). Yoğun bakımdan eve taburcu edilen hastaların evde bakımı fiziksel, ruhsal ve sosyal pek çok girişimi içermektedir. Çünkü bu hastaların bir kısmı trakeostomili, ventilatörde, yatağa bağımlı ve oral beslenemeyen bireyler olarak taburcu edilmekte ve kas güçsüzlüğü, eklem sertliği, nefes darlığı, yutma güçlüğü, kilo kaybı, ağrı gibi fizyolojik, amnezi, anksiyete, depresyon, travma sonrası stres bozukluğu, aile çatışmaları ve finansal sorunlar gibi psikososyal sorunlar yaşamaktadır (5). Maadox ve arkadaşları (2001) tarafından yapılan bir çalışmada yoğun bakımdan taburcu olan hastaların fiziksel iyileşme sürecinde normal yaşamlarına dönebilme, günlük rutinlerini yapabilme ve yoğun bakım ortamıyla ilgili olumsuz deneyimleri geride bırakma konularında sorun yaşadıkları belirlenmiştir. (6). Yoğun bakımdan taburculuk sonrası hastanın bakımı genellikle aile bireyleri tarafından karşılanmaktadır. Bu durum ailelerin stres yaşamasına ve kendilerini fiziksel ve ruhsal olarak hazır hissetmemelerine neden olmaktadır (5). Bu nedenle bir yoğun bakım hastasının taburculuğa hazırlanması sürecinde aile bireyleri ile birlikte değerlendirilmesi ve aile bireylerine evde bakım uygulamalarına ilişkin eğitimlerin verilmesi gerekmektedir. Yoğun bakım hastası eve taburculuğu sonrasında da mutlaka evde izlenmelidir. Evde izlem sırasında hastanın fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlık durumu, varsa kullandığı cihazlara uyumu ve ailenin bakım uygulamalarındaki yeterliliği gibi önemli noktalar değerlendirilmelidir.

Kaynaklar

1. Terzi B, Kaya B. Yoğun bakım hastasında hemşirelik bakımı. Yoğun Bakım Dergisi 2011;1:21-5.

2. Turan N. Yoğun Bakım Ünitesinde Terapötik Dokunmanın Önemi. ACU Sağlık Bil Derg 2015(3):134-139.

3. Çelik S. Yoğun bakım ünitesinde hasta kabul ve taburculuk kriterleri. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2007;11(2):96-101.

4. Sönmez Düzkaya D, Bozkurt G. Yoğun Bakım Hastasının Evde Bakımı. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2012; ;16(1):21-8.

5. Chaboyer W, James H, Kendall M. Transitional Care After the Intensive Care Unit. Critical Care Nurse 2005;25(3): 16-29.

6. Maadox M, Dunn, SV, Pretty EL. Psychosocial recovery following ICU: experiences and influences upon discharge to the community. Intensive Crit Care Nurs 2001;17:6-15.

Davetli Konuşmaları

27 Mart Salon A

1100-1130 _ YASAM SONU BAKIM - MERAL MADENOGLU KIVANC

YAŞAM SONU BAKIM

Yrd. Doç. Dr. Meral Madenoğlu Kıvanç

Hastanın yaşam sonu dönemde gereksinimlerini karşılamayı ve ona daha iyi bir yaşam sürmeyi amaçlayan faaliyetler 'yaşam sonu bakım' olarak adlandırılır. Yaşam sonu bakım, yalnızca fiziksel semptomların değil aynı zamanda psikolojik, sosyal ve spiritüel konuların beceri ve tekniklerinin kullanılmasını gerektiren bir kavramdır.

Bu dönemde hedeflenen hastanın yaşam kalitesini arttırmak, ağrı ve diğer sorunlarını geçirmeye çalışmak, bireyin mümkün olduğunca bağımsızlığını sürdürmek, bireyselliğinin korunmasını sağlamak ve aile üyelerini desteklemektir. Yaşam sonu dönemde hastaya yapılması gereken palyatif bakımın verilmesidir. Bu bakım evde, hastanede veya palyatif bakımın verildiği kurumlarda (hospis) sürdürülür. Bu dönemde hastada en yaygın semptom ağrı, halsizlik / yorgunluk, solunum güçlüğü, uykusuzluk, kilo kaybı, konfüzyon, kostüpasyon, bulantı-kusma, anksiyete ve depresyondur. Psikolojik, sosyal ve spiritüel faktörler de fiziksel semptomların ortaya çıkmasına ya da şiddetlenmesine katkıda bulunabilir. Bu nedenle hastanın sürekli olarak değerlendirilmesi yapılmalıdır. Sawnders ve arkadaşları bir çalışmada yaşam sonuna yaklaşan hastalarda 10 majör fiziksel semptom; ağrı %5, idrarını tutamama %38, şuur bozukluğu %21, dispne %17, bulantı %16, kusma %15, dekübitüs %15, açık yaralar %13, öksürük %3, disfaji %3 olarak belirlediler. Yaşam sonu yaklaştıkça hastayı ve aileyi rahatlatıcı önlemler yoğunlaştırılır. Yaşamın sonuna fiziksel ve psikolojik değişiklikler yaşayarak gelen hastaya multidisipliner ve interdisipliner bakım gerçekleştirilmelidir. Hastaya bu dönemde tedaviden çok yaşam kalitesi arttırıcı bakım uygulamaları sunulur. Yaşam sonuna yaklaşan hastaların hepsi aynı değilse de ortak bazı tepkileri vardır. Elizabeth Kübler-Ross'a göre gelişen tutumlar; inkar, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenmedir.

Günümüzde hastaların yaşam sonu genellikle hastanelerde gerçekleşmesi nedeni ile hemşirelere büyük sorumluluklar düşmektedir. Yaşam sonu bakım, hemşireler ve diğer sağlık profesyonelleri için etik konuların ve ikilemlerin arttığı bir alandır. Bu ikilemler prensiplere uyularak çözümlenebilir.

Kaynaklar

Akyol A (2010). Yetişkinde ölüm süreci ve hemşirelik bakımı. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 26 (3) 59-72.

Cimete G. (2002). Yaşam Sonu Bakım. Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti, İstanbul.

Kabakak A.A, Öztürk H, Çağıl H (2013). Yaşam sonu bakım organizasyonu; Palyatif bakım. Yoğun Bakım Dergisi. 11 (2) 56-70

Roper N, Logan W.W, Tierney A.J (1996). Dying. The Elements of Nursing. Fourth Edition. Churchill Livingstone; Newyork

Sözlü Sunumlar

Genel Yoğun Bakım / Reanimasyon

Özel bir hastanede hemşirelerin Glasgow Koma Skalası kullanımı hakkındaki bilgi düzeylerinin belirlenmesi

Gülden Avcı

Anadolu Sağlık Merkezi, Genel Yoğun Bakım, Kocaeli

GİRİŞ-AMAÇ: Bilinç, kişinin kendisinin ve çevresinin farkında olması halidir.Glasgow Koma Skalası bilinç seviyesindeki değişiklikleri monitörize etme,kaydetmede önemli ve basit bir metoddur.Bu değerlendirme skalasının doktorlar kadar,hasta takibini birebir gerçekleştiren hemşirelerin de bilmesi ve değerlendirebilmesi; hasta takibi açısından önemlidir.

Bu çalışmada, Glasgow Koma Skalası kullanımı konusunda hemşirelerin bilgi eksikliğini belirlemek ve gidermek amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Çalışma, özel bir hastanede, 2015 Ekim ayında, araştırmaya katılmayı kabul eden ve farklı tanımlayıcı özellikleri olan 50 hemşire ile gerçekleştirildi. Hemşirelere eğitim öncesi bilgi düzeylerini ölçen ön test uygulandı.Konu ile ilgili sunum tekniği kullanılarak eğitim verildikten sonra, aynı sorular sorularak son test yapıldı. Ön test ve son test arasında karşılaştırma yapılarak hemşirelerin bilgi düzeyleri arasındaki fark belirlendi.

BULGULAR: İstatistiksel analizler için NCSS 2007 programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların yanısıra,normal dağılım göstermeyen parametrelerin iki grup karşılaştırmalarında Mann Whitney U Testi kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında ise Kruskal Wallis Test kullanıldı. GKS bilgi düzeyi için grup içi değerlendirmeler Wilcoxon Signed Ranks Test kullanıldı. Anlamlılık $p<0.01$ ve $p<0.05$ düzeylerinde değerlendirildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Bilgi seviyelerini belirlemek amacıyla sorulan her doğru soru için 10 puan alan hemşirelerin, GKS bilgi düzeyi puanları 0 ile 100 arasında değişmesi gerekmektedir. Ön test puanları 30 ile 100 arasında değişmekte olup; ortalama 76.20±17.37'dir. Son test puanları ise 70 ile 100 arasında değişmekte olup; ortalama 94.80±7.89'dur. Hemşirelerin ön teste göre son test puanlarındaki ortalama 18.60±19.06'lık artış, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. $p=0.001$; $p<0.01$ Ayrıca

Anahtar Kelimeler: Glasgow Koma Skalası, hemşirelik eğitimi, nörolojik değerlendirme

Sözlü Sunumlar

Çalışan Sağlığı ve Güvenliği

Yoğun Bakım Hemşirelerinde Ağrı ve Etkileyen Faktörler

Sevim Çelik1, Nurten Taşdemir1, Ayşe Öksüzoğlu2, Elif Dirimeşe1

1Bülent Ecevit Üniversitesi, Zonguldak Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü

2Bülent Ecevit Üniversitesi, Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi

AMAÇ: Araştırma, yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerde deneyimlenen ağrı türlerini, sıklığını, şiddetini ve ağrıyı gelişimini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapıldı.

YÖNTEM: Bu kesitsel tipte tanımlayıcı çalışma, bir üniversite ve bir devlet hastanesinin yoğun bakım ünitelerinde çalışan 111 hemşire ile gerçekleştirildi. Veriler 01.08.2015-15.11.2015 tarihleri arasında, Kişisel Bilgi Formu, anatomik bir diyagram içeren Cornell Kas- İskelet Rahatsızlık Skalası kullanılarak toplandı. Veriler hemşireler ile yüz yüze görüşülerek toplandı. Ortalama 15 dakika süren görüşmeler, mesai saatleri içerisinde her bir hastaneye gidilerek hemşirenin kendisi tarafından belirlenen uygun bir zamanda yapıldı. Veriler tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerin yanı sıra ki-kare testi, pearson korelasyon analizi kullanılarak değerlendirildi.

BULGULAR: Yaş ortalaması 31.19±5.84 olan hemşirelerin çoğunluğunun kadın (%87.4) olduğu, kadınların %49.5'inin doğum yaptığı belirlendi. Çoğunluğunun anestezi (%24.3) yoğun bakım ünitesinde, gece gündüz değişen vardiya sistemiyle (%70.3), haftada 45-55 saat arasında (%45.0) saptandı. Hemşirelerin %85.6'sının yorgun olduklarını,%82.9'unun da moral bozukluğu deneyimlediklerini belirttikleri bulundu. Yoğun bakım hemşirelerinin çoğunluğunda boyun (%73.9), sağ (%62.2) ve sol (%61.3) omuz, sağ (%76.6) ve sol (%55.9) ayak, sağ (%55.9) ve sol (%55.9) uyluk, sağ (%63.1) ve sol (%62.2) diz, sırt (%77.5), bel (%88.3) ağrısı olduğu saptandı. Ağrıların şiddetinin çoğunlukla hemşireler tarafından orta derecede hissedildiği belirlendi. Moral bozukluğu olan hemşirelerde bel (p=0.003), sağ (p=0.012) ve sol (p=0.016) omuz, sağ (p=0.012) ve sol (p=0.038) diz, bacak (p=0.03) ağrısının anlamlı şekilde görüldüğü saptandı. Yorgunluk deneyimleyen hemşirelerde bel (p=0.000), boyun (p=0.007), sağ ayak (p=0.017), sol bacak (p=0.044), el bileği (p=0.042), sol kol (p=0.042) ağrısının anlamlı şekilde görüldüğü belirlendi. Bel ağrısının (p=0.032) doğum yapan hemşirelerde anlamlı şekilde fazla olduğu,gece-gündüz değişen vardiya sistemi ile çalışan hemşireler arasında sağ (p=0.002) ve sol (p=0.006) diz ağrısının görüldüğü saptandı.

SONUÇ: Yoğun bakım hemşirelerinin tüm vücut bölgelerinde orta derecede ağrı şikayeti deneyimledikleri, en sık bel ve sırt ağrısı yaşadıkları, moral bozukluğu ve yorgunluk, doğum yapma, çalışma şeklinin ağrı deneyimleri üzerine anlamlı şekilde olumsuz etki gösterdiği sonucuna varıldı.

Anahtar Kelimeler: ağrı, yoğun bakım hemşiresi, yoğun bakım ünitesi

Sözlü Sunumlar

Yoğun Bakımda Bakım Kavramı

Hemşirelik Lisans Programlarında Yoğun Bakım Hemşireliği Eğitiminin Güncel Durumu

Handan Sezgin-1, Arife Silahçılar-2, Taner Onay-3

1.Doğu Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

2.Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü

3.Koç Üniversitesi Hastanesi İstanbul

Hemşirelik bakımının beş önemli özelliğinden biri yetkinliktir. Yoğun bakıma ihtiyaç duyan kişi yaşamını, bedenini, sağlığını, en güçsüz ve mahrem yönlerini bakım sorumluluğunu üstlenen kişiye emanet eder. Güvene dayalı bu ilişkide, bakıma muhtaç olanın savunmasız ve örselenebilir olması, güven ile ilgili risk unsurunu daha da artırır. Üçüncü seviye yoğun bakım ünitelerinde günün her saatinde, her yatak için, bir hemşirenin olması beklenmektedir. Yoğun bakım ünitelerinde bakım kalitesini etkileyen en önemli sorunlar arasında yeterli hemşire istihdamının olmaması ve eğitimlerinin yetersizliği gösterilmektedir.

Çalışmamızın amacı: Artan yoğun bakım yatağı ve eğitimli hemşire ihtiyacı doğrultusunda, ülkemiz hemşirelik lisans programlarında yer alması beklenen yoğun bakım hemşireliği derslerine ilişkin güncel durumun belirlenmesidir.

Tanımlayıcı nitelikteki araştırmada, 2015 yılı Türkiye ve KKTC'de bulunan 126 hemşirelik lisans programı örneklem kapsamına alındı, 3 okulun ders bilgilerine ulaşılamadı. Veri toplama formunda bulunan; okul adı, devlet yada vakıf üniversitesi olması, yoğun bakım hemşireliği dersi verilme durumu, teori ve uygulama saatleri, kredisi yarıyılı ve dersin içeriğine yönelik bilgiler, okulların web adreslerinden internet yoluyla toplandı. Veriler; sayı, ortalama, yüzdelik test kullanılarak değerlendirildi.

KKTC'de 6, Türkiye'de 28 Sağlık Bilimleri Fakültesi, 64 Sağlık Yüksekokulu, 5 Hemşirelik Fakültesi, 8 Hemşirelik Yüksekokulu olduğu belirlendi. Hemşirelik lisans eğitimi veren 123 okuldan 61'inde (%49,59) yoğun bakım hemşireliği dersinin bulunduğu, 9'unda çocuk, yenidoğan, acil, dahili, cerrahi ve koroner yoğun bakım derslerinin de bulunduğu, ilgili dersin; 61 okulun 47'sinde teorik, 14'ünde teori+uygulamalı ve birinde sadece uygulamalı olduğu görüldü. Seçmeli olarak verilen yoğun bakım ders saatleri ortalamaları teorik 2.40 (± 1.40,min:1-max:8) ve uygulamada 2.42 (± 5.86,min:1-max:28) olduğu saptandı.

Hemşirelik lisans müfredatında yoğun bakım hemşireliği dersi olan okul sayısı 61'e ulaşmıştır. İhtiyaca yönelik açığın kapatılmaya ve değişen sağlık sorunlarına yönelik çözümler üretilmeye çalışıldığını düşündürmektedir. Ancak hemşirelik okullarının lisans müfredatları, artan yoğun bakım gereksinimleri ve gelişen sağlık bakım sistemleri doğrultusunda geleneksel teorik eğitim yerine, sahada çalışanlarla işbirliği içinde uygulamalı, bakıma yönelik ve uluslararası düzeyde standardize edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, lisans eğitimi, müfredat, yoğun bakım hemşireliği

Sözlü Sunumlar

Yoğun Bakımda Bakım Kavramı

Yoğun Bakım Ve Palyatif Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Sürekli Öfke Ve Öfke İfade Tarzları İle Bakım Davranışları Arasındaki İlişki

Vildan Kocatepe, Esra Uğur, Ükke Karabacak

Acıbadem Üniveristesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul

GİRİŞ- AMAÇ: Yoğun bakım ve palyatif bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin, şiddetli ağrı çeken hastalarla ve ölümle daha sık karşılaşması hemşirelerin öfke yaşamasına neden olabilmekte bu durum bakım davranışlarına yansıyabilmektedir. Çalışma yoğun bakım ve palyatif bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin sürekli öfke ve öfke ifade tarzları ile bakım davranışları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla gerçekleştirildi.

YÖNTEM: Tanımlayıcı türdeki çalışmanın örneklemini Ocak– Şubat 2016 tarihleri arasında bir eğitim araştırma hastanesi 2. ve 3. düzey yoğun bakım ve palyatif bakım ünitelerinde en az altı aydır çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 64 hemşire oluşturdu. Çalışmada veri toplama aracı olarak "Sürekli Öfke-Öfke İfade Tarz Ölçeği-SÖÖTÖ", "Bakım Davranışları Ölçeği-24 (BDÖ-24)" ve "Kişisel Tanılama Formu" kullanıldı. Verilerin analizinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma ve korelasyon analizi kullanıldı.

BULGULAR: Hemşirelerin %54,7'si 21-25 yaş grubunda, %81,2'si kadın, %75'i bekâr ve %64,1'i lisans mezunuydu. %54,7'si 1-5 yıl arasında mesleki deneyime sahip, %48,4'ü bir yıldan az süredir yoğun bakım/palyatif bakım ünitesinde çalışmaktaydı. Hemşirelerin sürekli öfke puanları 20,32±4,98; bastırılmış öfke puanları 16,67±3,44; dışa vurulmuş öfke puanları 15,19±3,98; kontrol altına alınmış öfke puanları 21,66±4,19, bakım davranışı toplam puanları 5,09±0,63 olarak bulundu. Hemşirelerin sürekli öfke, bastırılmış öfke, dışa vurulmuş öfke puanları ile bakım davranışları puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p \geq 0,05$). Kontrol altına alınmış öfke puanı ile bakım davranışlarının güvence boyutu, bilgi beceri boyutu, saygılı olma boyutu, bağlılık boyutu ve bakım davranışı toplam puanları arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki bulundu ($p \leq 0,05$).

SONUÇ: Yoğun bakım ve palyatif bakım ünitelerinde hemşirelerin öfke kontrolü ve ifade tarzları hemşirelik bakım davranışlarını etkilemektedir. Bu nedenle hemşirelerin öfke kontrol becerilerini geliştirmeye yönelik programların oluşturulmasının hemşirelik bakımının kalitesini olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bakım Davranışı, Öfke, Hemşire

Sözlü Sunumlar

Genel Yoğun Bakım / Reanimasyon

Bir Kamu Kurumunda Çalışan Yoğun Bakım ve Servis Hemşirelerinin Organ Nakli ve Bağışı Hakkındaki Bilgi Düzeyi ve Düşünceleri

Canan Yılmaz, Gülbahar Çınar Çetintaş, Esin Görgün

T.C. Sağlık Bakanlığı,Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu,Kocaeli İli Kamu Hastaneleri Birliği İzmit Seka Devlet Hastanesi,Kocaeli

AMAÇ: Araştırma,bir kamu hastanesinde yoğun bakım ve servislerde çalışan hemşirelerin organ nakli ve bağışı hakkındaki bilgi düzeylerini ve düşüncelerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirildi.

GEREÇ-YÖNTEM: Araştırma 01 – 31 Ocak 2016 tarihleri arasında,araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan 30 soruluk anket formu aracığıyla gerçekleştirildi. Araştırmanın evrenini,yataklı servislerde ve yoğun bakım ünitelerinde çalışan toplam 92 gönüllü hemşire oluşturmuş olup,veriler SPSS programında analiz edilmiştir.

BULGULAR: Çalışmaya katılan hemşirelerin (N:92) yaş ortalaması 31'dir. Katılımcıların % 13'ü erkek, %87'si kadın olup,%61,9'u lisans mezunudur. Katılımcıların %96,73'ü "Organ nakli hakkında bilginiz var mı?" sorusuna "evet" cevabı verirken,%65.21'i bilgilerini hizmet içi eğitimden edindiklerini belirtmiştir.% 70,65'i "Organ nakli denildiğinde ilk aklınıza gelen organ hangisidir?" sorusunu "böbrek" olarak cevaplamıştır."Organ bağışında bulunmayı düşünüyor musunuz?" sorusuna katılımcıların %51,08'i "kararsızım",%25'i "evet" olarak cevap verirken,kararsız olanların %85,86'sı ölümü hatırlattığı için organ bağışında bulunmayı düşünmediğini belirtmiştir."Ölüm sonrası kornea alınması için izin gerekli mi ?" sorusuna katılımcıların %71.73'ü "evet" cevabı vermiş,%98.91'i organ naklinin yasal olduğunu belirtmiştir. "Sizce bir kişi ne zaman ölmüştür?" sorusuna katılımcıların %47.82'si hem kalbi durup hem nefes alıp vermediğinde,%41.30'u beyni bir daha çalışmayacak şekilde durduğunda diye cevap verirken,%55.43'ü de beyin ölümünün gerçek bir ölüm olduğunu belirtmiştir." Beyin ölümüne girerseniz, organlarınızın bağışlanmasını ister misiniz?" sorusuna katılımcıların %48.91'i "hayır" cevabı verirken,%50'si yakınlarının beyin ölümü gerçekleştiğinde organlarını bağışlamayı düşünmeyeceğini belirtmiştir.

SONUÇ: Organ nakli ve bağışı konusunda katılımcıların büyük bir bölümünün bilgi sahibi olduğu fakat organ bağışında bulunma konusunda kararsız kaldıkları görülmüştür.Organ bağışı konusunda kararsız olan ve organ bağışında bulunmak istemeyen kişilerin düşüncelerini olumlu yönde değiştirmek ilk hedef olup, gerek hemşirelik eğitimleri sırasında kapsamlı bilgi verilmesi düşünülmekte,gerekse hizmet içi eğitimlerin verilmesi planlanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Organ nakli ve bağışı, hemşire, bilgi düzeyi.

Sözlü Sunumlar

Genel Yoğun Bakım / Reanimasyon

Yoğun bakım hemşirelerinde hasta güvenliği kültürü algısının incelenmesi

Selda Rizalar-1, Sacide Yıldızeli Topçu-2, Aysun Sanioğlu Gökçe-3

1.Istanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, İstanbul

2.Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Edirne

3.Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Samsun

AMAÇ: Kültür bir toplum tarafından dikkate alınan değerler, varsayımlar, gelenekler, normlar, inançlar, standartlar, tutum ve ilkelerin paylaşımı olarak ifade edilir. Hasta güvenliği kültürü, hizmet verilen kurumda nelerin önemli olduğunu ve hasta güvenliği ile ilgili nasıl davranılacağını, değer yargılarını, inançları ve kuralları kapsamaktadır. Hemşirelerin hasta ile en yoğun ve yakın ilişkide olan sağlık personeli grubu olmaları nedeniyle hemşirelik uygulamalarında hasta güvenliği kültürünün oluşturulması büyük öneme sahiptir. Bu çalışma yoğun bakım hemşirelerinde hasta güvenliği kültürü algısını incelemek amacıyla yapıldı.

YÖNTEM: Bu çalışma tanımlayıcı tipte tasarlanmıştır. Atraştırmanın verileri bir ilin üniversite, eğitim araştırma ve devlet hastanelerinde çalışan yoğun bakım hemşirelerinden çalışmaya katılmaya gönüllü olan hemşirelerden, Tanıtıcı Bilgi Formu ve Hasta Güvenliği Kültürü ölçeği (HGKÖ) kullanılılarak toplanmıştır. Veriler ortalama, standart sapma, varyans analizi ve t testi ile analiz edildi.

BULGULAR: HGKÖ toplam puan ortalaması 2,57±38, alt ölçek puan ortalamaları; yönetim 2,55±46, çalışan eğitimi 2,66±57, beklenmedik olay ve hata raporlama 2,44±56, bakım ortamı 2,59±46, çalışan davranışı 2,61±44 bulundu.

SONUÇ: Hemşirelerde hasta güvenliği kültürü değerlendirildiğinde; hasta güvenliği kültürü algısının orta düzeyde olduğu, hasta güvenliği eğitimi almak, çalışılan hastane türü, cinsiyet, mesleği sevmek, birim tercihini hemşirenin kendisinin yapmış olmasının hasta güvenliği kültürü algısını anlamlı olarak etkilediği, öğrenim durumu ve çalışma şekli değişkenlerinin ise hasta güvenliği kültürü algısı üzerinde etkili olmadığı bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: hasta güvenliği, hemşire, yoğun bakım

Sözlü Sunumlar

Yoğun Bakımda Organ Destek Sistemleri

Noninvaziv Mekanik Ventilasyon Hakkında Hemşirelere Verilen Eğitimin Bilgi Düzeylerine Etkisi

Sonay Baltacî Göktaş-1, Ebru Kıraner-2, Berrin İnal Tunalı-2, Pınar Doğan-1

1.Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü,İstanbul

2.İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı

Giriş-AMAÇ: Noninvaziv mekanik ventilasyon(NIMV)'da başarılı sonuçlara ulaşmak için hasta uyumunun sağlanması en önemli adım iken, maske seçimi ve ventilatör ayarlarının yanında ekip üyelerinin deneyimli olması da oldukça önemlidir. Araştırmamızda hemşirelerin NIMV uygulamaları hakkındaki bilgi düzeylerini belirlemek, verilen eğitimin etkinliğini değerlendirmek ve NIMV uygulanan hastaların kaliteli hemşirelik bakımını alabilmesi için literatüre bir kaynak oluşturabilmek amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM: Bu araştırma bir üniversite hastanesi'nde çalışan, aktif olarak NIMV uygulamasına katılan ve araştırmaya katılmaya istekli 70 hemşireyle yapılmıştır. Araştırmaya başlamadan önce etik kurul izni alınmıştır. Veri toplama aracı olarak, bireysel özelliklere yönelik yapılandırılmış bilgi formu ve NIMV'a yönelik çoktan seçmeli sorulardan oluşan bilgi sınav formu kullanılmıştır. Hemşirelere NIMV'a yönelik eğitim yapılmadan önce ve eğitimden sonra bilgi sınavı uygulanmıştır. Veriler SPSS 20 paket programında sıklık, yüzde ve ki-kare testleri ile analiz edilmiştir.

BULGULAR: Hemşirelerin yaş ortalaması 33,2 ± 7,3 (24-50) iken %87,1'i kadın, %68,6 lisans mezunu, %34,3'ü ise 16 yıl ve üzeri süredir çalışmaktaydı. Hemşirelerin çalıştığı bölümlere göre dağılımları incelendiğinde; %47,1'i genel yoğun bakımda çalışmakta iken NIMV uygulanan hastalara bakım verme sıklığına göre %54,3'ü sık sık bu hastalara bakım vermekte olduğunu bildirdi. Hemşirelerin bilgi sınavındaki sorulara doğru yanıt verme oranlarının eğitim sonrası arttığı saptandı. Hemşirelerin NIMV endikasyonları, kontrendikasyonları, IMV'a göre avantajları, maske ile ilişkili komplikasyonları, NIMV'na son verilme durumları, başarı kriterleri, cihazın özellikleri ve hazırlanmasıyla ilgili sonrası bilme düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı belirlendi($p<0,05$).

SONUÇ: Araştırmamızda hemşirelerin eğitim sonrasında NIMV uygulamasına yönelik bilgi düzeylerinin anlamlı düzeyde arttığı görülmektedir. Benzer eğitimlerin NIMV uygulanan hastayı takip etmesi planlanan tüm hemşirelere verilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir. Hemşirelerin bilişsel, duyuşsal ve psikomotor becerilerinin geliştirileceği eğitimlerle NIMV uygulamasına yönelik başarılı sonuçların artacağı ve kapsamlı araştırmalarla sonuçların ortaya konabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: hemşire, noninvaziv mekanik ventilasyon, bilgi düzeyi

Sözlü Sunumlar

Genel Yoğun Bakım / Reanimasyo

Postoperatif Dönemde Başarılı Isı Yönetiminde Neredeyiz?

Ebru Kıraner, Ümit Çınar, Berrin Tunalı, Funda Coşkunpınar

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ABD, İstanbul

Giriş-AMAÇ: İstenmeyen perioperatif hipotermi, preoperatif dönemden, postoperatif döneme kadar geçen sürede vücut sıcaklığının 36−C'nin altına düşmesidir. Hipotermi, anestezi uygulanmış hastalarda sık görülen, morbidite ve mortalite açısından önemli bir risk faktörüdür. Amacımız uyanma odamızdaki hipotermi sıklığını ve hipotermi ile ilişkilendirilebilecek faktörleri incelemektir.

GEREÇ-YÖNTEM: Veriler, 9 Kasım 2015 ve 13 Kasım 2015 tarihleri arasında toplanmış olup, örneklemi, Uyanma Odasında takip edilen, ameliyat süresi 30 dakikadan uzun olan, bilgilendirilmiş onamı alınan hastalar oluşturmuştur. Hastaların postoperatif dönemde timpanik membrandan infrared ateş ölçer ile ölçülen vücut sıcaklıkları kayıt edilmiş, 36°C'nin altındaki vücut sıcaklıkları "hipotermi" olarak kabul edilmiştir. Veriler araştırmacılar tarafından literatür bilgisi ışığında hazırlanmış olan " Veri Toplama Formu" aracılığıyla toplanmış, araştırma sonuçları SPSS 21.0 paket programında değerlendirilmiştir. Elde edilen bulguların analizinde, frekans dağılımı, korelasyon, ikili karşılaştırmalarda Mann-WhitneKrusy U, üç ve üzeri olan karşılaştırmalarda Kruskal Wallis Test kullanılmıştır.

BULGULAR: Araştırmada, hastaların %58'i kadın, %41.2'si erkektir. Yaş ortalaması 34.22±20.45 (1-77) dir. Hastaların ASA puanlarına bakıldığında %66.1'inde I, %29.9'unda II, %4'ünde III olduğu bulunmuştur. %43.5'inde kronik hastalık bulunmaktadır ve %4'ü toraks, %41.2'si batın, %31.6'sı baş-boyun bölgesi, %10.2'si ekstremite, %11.7'si laporoskopik, %11.3'ü de diğer operasyonları olmuşlardır. %89.8'ine genel anestezi uygulanmıştır. Hastaların uyanma odasına girerken %5.1'inin üzerinde battaniye, %94.9'unun üzerinde yeşil örtü bulunmaktadır. Uyanma odasında hastalar %7.9'u mekanik ısıtıcı ile, %63.8'i battaniye ile, %28.2'si hem battaniye hem de mekanik ısıtıcı ile ısıtılmışlardır ve hastaların %7.3'ünde titreme olmuştur. Ameliyathane odalarında sıcaklık 21.12±1.08 (18.80-23.00) C°, operasyon süresi 103.71± 69.25 (30-360) dakika, uyanma odasının sıcaklığı 26.53±0.58 (25-28) C° dir. Hastaların uyanma odasından ayrılırken ölçülen vücut ısıları 36.07±0.37 (35-37)C°dir. Uyanma odasında kalış süresi 60.20±41.56 (30-285) dakikadır.

SONUÇ: İstenmeyen perioperatif hipotermi, birçok değişkene bağlıdır. Hastaların servislerindeki yataklarına çıkabilir hale gelebilmelerinde ısılarının normal düzeye gelmesi önemlidir. Bunun için etkileyen faktörlerin incelenerek gerekli önlemlerin alınması yararlıdır. Bu araştırmanın daha fazla sayıda hasta ile yeniden yapılması daha genellenebilen sonuçların elde edilmesi planlanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: hemşirelik, hipotermi, uyanma odası

Sözlü Sunumlar

Genel Yoğun Bakım / Reanimasyon

Yoğun Bakım Ünitesinde Sağlık Bakım Uygulamalarının Etkin Maliyet Yönetimi

Berra Yilmaz Kuşaklĩ, Havvane Kulaksızoğlu, Ayşe Güzel

Çatalca Devlet Hastanesi, Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü, İstanbul

Bakım maliyetinin tanımlanması birçok açıdan oldukça önemlidir.Hastane bütçesinde personel maliyetleri oldukça büyük bir yer tutmaktadır.Özellikle hemşirelere verilen ücretler tüm çalışanlara yapılan harcamalar içinde oldukça büyük yer tutmakta ve ayrıca hastanelerin sağlık bakım hizmeti harcamalarının önemli bir bölümünü hemşirelik maliyetleri oluşturmaktadır.Yoğun bakım gibi birimlerde ise hemşirelik maliyetlerinin oranı daha da artmaktadır.

Hemşirelik hizmetlerinin maliyet hesaplamasının yararları şöyle özetlenebilir:

• Hemşirelik hizmetinin maliyetinin belirlenmesi, hizmet alanların sadece aldıkları hizmetin karşılığını ödeme imkanı verir.Hastalar hemşirelik bakımı için ödedikleri ücreti bilirler.

• Hasta ve yakınları hemşirelik bakımının ücret olarak bir değeri olduğunu fark ederler. Sağlık bakım maliyeti kapsamının anlaşılması da bu şekilde kolaylaşır.

• Hastaneler sundukları hizmetin kapsamını belirleyerek bundan maksimum yarar sağlayabilirler.

• Hemşirelik hizmeti için belirlenen bir ücret, hemşirelik mesleğinin gelişmesine ve profesyonelleşmesine yardımcı olur.

• Sunulan hemşirelik hizmetinin maliyetinin belirlenmesi, hemşire personelin etkin kullanımında, kurumda yapılan hemşirelik uygulamalarının maliyet etkinliğini göstermede, kaliteli hizmet sunumunu geliştirmede ve sağlık bakım maliyetini düşürmede oldukça önemlidir.

Araştırmanın amacı: bir Sağlık Bakanlığı Hastanesi Yoğun bakım ünitesinde görevli hemşirelerin ve sağlık bakım uygulamalarının hastaneye maliyeti ve kazandırmış olduğu geliri belirleyerek, hemşirelerin sağlık sistemindeki maliyet hesaplamalarındaki varlığını ortaya koymaktır.

Araştırma 1 Aralık 2015-31 Aralık 2015 tarihleri arasında Çatalca Devlet Hastanesi 1. Basamak 4 yataklı Yoğun Bakım Ünitesi ve 2. Basamak 11 yataklı Yoğun Bakım Ünitelerinin maliyeti hesaplanarak tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Yoğun bakım ünitelerinde kullanılan ilaç, sarf malzeme, personel giderleri vb. kalemler gider bütçesini hastalara sunulan hizmet doğrultusunda kazanılan ücretler gelir bütçesini oluşturacak şekilde hesaplanarak elde edilen net karda hemşirenin payının ne olduğu ortaya konulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Yoğun bakım, hemşire, maliyet

Sözlü Sunumlar

Kardiyoloji Yoğun Bakım

Akut Miyokard İnfarktüsü Geçiren Hastalarda Düzenli Peryotlar İle Yaptırılan Solunum ve Öksürme Egzersizlerinin Hospitalizasyon Sürecine Etkisi

Fatma Şahin

Sağlık Bakanlığı, Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Bursa

AMAÇ

Güncel tedavi stratejilerine rağmen Akut Miyokard İnfarktüsü (AMI) tanısı ile gelen, hemodinamik olarak stabil olan ve olmayan hastalarda hastane içi morbidite ve mortalite oranı hala yüksektir. Düzenli yaptırılan solunum egzersizlerinin kardiyo-pulmoner sistem üzerindeki olumlu etkileri bilinmektedir. Bu çalışmada; Akut Miyokard İnfarktüsü (AMI) tanısı ile gelen hastalarda düzenli olarak yaptırılan solunum ve öksürme egzersizlerinin hasta hospitalizasyon sürecine katkılarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

METODLAR

Çalışma Şubat 2015 ile Mayıs 2015 tarihlerinde Koroner Yoğun Bakım Ünitesine (KYBÜ) yatırılan 587 hastadan 211 hasta üzerinde yapılmıştır (113 erkek, 98 kadın), yaş ortalaması 52.71±16.67. Çalışma nitel araştırma tekniği uygulanarak yapılmış, veri toplamak amacıyla hazırlanan anket formu kullanılmıştır. Hemodinamik olarak stabil olan (118 hasta) ve stabil olmayan (93 hasta) olmak üzere iki grup oluşturulmuştur. Hemodinamik parametre verileri toplanıp gruplar arası hasta mobilizasyon günü, ünite içi yatış süreleri ve kan satürasyon değerleri kayıt edilmiştir.

BULGULAR

Çalışmada hastaların hemodinamik kriterleri baz alınarak yaptırılan solunum ve öksürme egzersizleri sonrasında kan satürasyon değerlerinde olumlu yönde değişiklikler gözlenmiştir, yapılan uygulamalar ve ölçümler sonucunda stabil ve stabil olmayan grup arasında mobilizasyon günleri 1,5 ± 0.5 ve 1,8 ± 0.5 ünite içi yatış süresi 2.0 ± 0.6 ve 2.4 ± 0.5 gün olarak saptanmıştır, kan satürayon değerleri stabil grubta %94 iken %98 ve stabil olmayan grupta %89-91 iken %98 olarak saptanmıştır.

SONUÇLAR

Yoğun bakım hastalarında düzenli peryotlar ile yaptırılan solunum ve öksürük egzersizlerinin kardiyo-respiratuvar sistem performansı üzerinde olumlu değişikler olduğu nicel ve nitel veriler ile gözlemlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Akut Miyokard İnfarktüsü, Hospitalizasyon, Solunum Egzersizi

Sözlü Sunumlar

Çalışan Sağlığı ve Güvenliği

Yoğun Bakımdaki Hastaların Yakınlarının Sağlık Çalışanına Şiddete İlişkin Görüşleri İle Öfke Düzeyleri Arasındaki İlişki

Eylem Paslı Gürdoğan1, Selda Öztürk1, Esra Uğur2

1Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

2Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Yoğun bakımda yatma, hem hasta hem de yakınları için zor bir süreçtir. Bu süreçte yaşanan acı ve öfke duyguları, sağlık çalışanlarına şiddeti de içeren davranışlara neden olabilmektedir. Bu çalışma hastası yoğun bakım ünitesinde yatan hasta yakınlarının sağlık çalışanlarına uygulanan şiddete ilişkin görüşleri ile öfke düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlandı.

Araştırmanın evrenini bir üniversite hastanesinin yoğun bakım ünitelerinde yatan hastaların yakınları (N=75) oluşturdu. Veriler gerekli izinler alındıktan sonra, Ocak–Şubat 2016 tarihinde, araştırmacılar tarafından hazırlanan, hasta yakınlarının sosyo-demografik özelliklerini ve sağlık çalışanlarına uygulanan şiddete yönelik görüşlerini içeren bilgi formu ve Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği kullanılarak toplandı. Veriler SPSS programında yüzdelik, ortalamalar, Mann Whitney-U ve Kruskall Wallis testleri kullanılarak değerlendirildi.

Hasta yakınlarının %56'sı kadın, %73.3'ü evli, %61.3'ünün hastası 7 günden uzun süredir yoğun bakımda yatmaktaydı. Hasta yakınlarının %86.7'si sağlık çalışanlarına hiçbir zaman sözel ya da fiziksel şiddet uygulamadığını ve şiddeti onaylamadığını belirtmişti. Hasta yakınlarının sürekli öfke puanı 17.2±3.9, öfke içe vurum puanı 13.5±3.2, öfke dışa vurum puanı 13.1±2.6 ve öfke kontrol puanı 25.1±3.6'ydı. Hastanede yatış süresi uzadıkça hasta yakınlarının sürekli öfke puanları artmaktaydı. Sağlık çalışanına uygulanan şiddeti onaylayanların öfke kontrol düzeyleri daha düşüktü. Uzun süre bekletilme (%69.3) ve sağlık çalışanlarınca bilgilendirme yapılmamasını (%66.7) şiddet nedeni olduğunu belirten hasta yakınlarının öfke kontrol düzeyleri daha düşüktü. Hasta ile ilgili bilgilendirme yapılmamasının (%68), sağlık çalışanlarınca muhatap alınmamanın (%38.7) ve sağlık çalışanlarının görevini zamanında yapmamalarının (%26.7) kendilerini sinirlendirdiğini belirten hasta yakınlarının öfke kontrol düzeyleri daha düşüktü.

Sonuç olarak sağlık çalışanlarınca bekletilme ve bilgilendirilmeme hasta yakınlarının öfke düzeylerini etkilemektedir. Öfke kontol düzeyi düşük olan hasta yakınları sağlık çalışanlarına uygulanan şiddeti onaylamaktadır. Bu bulgular ışığında, şiddet olaylarının önüne geçilebilmesi sağlık çalışanları ile hasta yakınları arasında bilgilendirme toplantılarının yapılması ve hasta yakınlarına yönelik öfke kontrol eğitimlerinin planlanması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hasta yakını, Öfke, Sağlık çalışanı, Şiddet, Yoğun bakım

Sözlü Sunumlar

Çalışan Sağlığı ve Güvenliği

Yoğun Bakım Hemşirelerinin Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri ile Uyku Kaliteleri Arasındaki İlişki

Sevim Çelik, Nurten Taşdemir, Elif Dirimeşe

Bülent Ecevit Üniversitesi, Zonguldak Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Zonguldak

AMAÇ: Bu çalışmanın amacı yoğun bakımlarda çalışan hemşirelerin anksiyete ve depresyon düzeyleri ile uykusuzluk arasındaki ilişkiyi belirlemektir.

YÖNTEM: Bu kesitsel tipte tanımlayıcı çalışma, bir üniversite ve bir devlet hastanesinin yoğun bakım ünitelerinde çalışan 102 hemşire ile gerçekleştirildi. Veriler Şubat-Mayıs 2014 tarihleri arasında, Kişisel Bilgi Formu, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi kullanılarak toplandı. Veriler hemşireler ile yüz yüze görüşülerek toplandı. Ortalama 15 dakika süren görüşmeler, mesai saatleri içerisinde her bir hastaneye gidilerek hemşirenin kendisi tarafından belirlenen uygun bir zamanda yapıldı.

BULGULAR: Yaş ortalaması 29.21±6.33 olan hemşirelerin çoğunluğunun kadın (%76.5), lisans mezunu (%69.6), evli (%53.9) olduğu, çocuk sahibi olmadığı (%61.8) ve geliri giderine eşit (%50.0) olduğu belirlendi. Hemşirelerin çoğunluğunun dahili bölümlerde (%55.9), 12 saatlik gece gündüz değişen vardiya sistemiyle (%83.3), haftada 40-48 saat arasında (%67.6) çalıştığı, gündüz 2-3 hastaya (%71.6), gece ise 4 ve üzeri hastaya (%56.9) bakım verdiği saptandı. Yoğun bakım hemşirelerinin 8,44±3,54 ile orta düzeyde anksiyete ve 7,39±3,65 ile orta düzeyde depresyon deneyimledikleri, 7,25±3,70 ile uyku kalitelerinin kötü olduğu belirlendi. Anksiyete puan ortalamalarının bekar (p=0.004), aylık geliri giderinden az olan (p=0.001), haftada bir alkol kullanma alışkanlığı olan (p=0.02) hemşirelerde istatistiksel anlamlı şekilde yüksek olduğu saptandı. Depresyon puan ortalamalarının geliri giderinden az (p=0.00), günlük kafein tüketim (p=0.04) ve haftada bir alkol kullanma (p=0.01) alışkanlığı olanlarda daha yüksek olduğu bulundu. 8 saatlik rotasyon şeklinde değişen vardiya ile çalışan hemşirelerin depresyon puanının istatistiksel anlamlı şekilde yüksek olduğu bulundu (p=0.02).Yoğun bakım hemşirelerinin anksiyete (r=0,343;p=0.000) ve depresyon (r=0.305; p=0.002) düzeyleri ile uyku kaliteleri arasında ileri düzeyde anlamlı ilişki saptandı.

SONUÇ: Yoğun bakım hemşirelerinin orta düzeyde anksiyete ve depresyon deneyimledikleri, kötü uyku kalitesine sahip oldukları ve anksiyete ve depresyon düzeyleri arttıkça uyku kalitesinin olumsuz etkilendiği sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: yoğun bakım hemşiresi, anksiyete, depresyon, uyku kalitesi

Sözlü Sunumlar

Çalışan Sağlığı ve Güvenliği

Yoğun Bakım Hemşirelerinde Merhamet Yorgunluğu

Nuray Şahin Orak1, Yasemin Akbal Ergün1, Özge Ülker1, Duygu Şahinkaya2, Melike Çelik3, Asiye Güleşen2

1Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

2Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi

3Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ-AMAÇ:

Hemşirelik bakımı sunumunda sahip olunan merhamet duygusu, bir süre sonra merhamet yorgunluğuna dönüşebilmektedir. Bu çalışma, hemşirelikte merhamet yorgunluğu konusunun ülkemiz gündemine getirilmesi, anlaşılması, konuya gereken önemin verilmesi ve özellikle yoğun bakım hemşirelerindeki merhamet yorgunluğuna dikkat çekilmesi amacıyla tanımlayıcı türde planlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM:

Çalışma evrenini İstanbul ilinde kardiyoloji alanında iki özel dal hastanesinin yoğun bakım ünitelerinde çalışan 270 oluşturmuştur. Örnekleme ise araştırmaya katılmayı kabul eden 195 hemşire alınmıştır. Evrenin %72.2'sine ulaşılmıştır. Araştırma verileri, araştırmacıların literatür doğrultusunda oluşturduğu Yoğun Bakım Hemşirelerinin Merhamet Durumu Anketi aracılığıyla toplanmıştır. Verilerin analizinde sayı, yüzdelik, ortalama, standart sapma kullanılmıştır.

BULGULAR: Yaş ortalaması 25.74 ±4.25 (18-40), mesleki çalışma süresi ortalaması 40.35±48.56 (2-234) ay, şu anda çalıştığı yoğun bakım ünitesindeki çalışma süre ortalaması 28.66 ±37.84 (2-188) ay olan katılımcıların %83.1'inin kadın, %67.7'sinin lisans mezunu, %73.3'ünün kadrolu ve %71.8'inin daha önce başka bir yoğun bakım ünitesinde çalışmadığı, %53.3'ünün her zaman ve %37.4'ünün bazen yoğun bakımda çalışmaktan memnun olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerden %69.7'si hastalarla her zaman empati kurduğunu; %61.5'i bazen hasta duygularının etkisinde kaldığını ve %76.4'ü hastaların olumsuz duygu durumları karşısında hüzünlendiğini, %40.5'i sinirlendiğini; %84.1'i kendilerine muhtaç olan hasta karşısında merhametli, %18.5'i özel, %16.4'ü çaresiz, %15.9'u güçlü ve %11.8'i yetersiz olarak hissettiğini ifade etmiştir. Hemşirelerin %73.3'ü hastalarda umulan iyileşme olmadığında üzüntü, %31.8'i çaresizlik, %22.1'i yetersizlik hissettiğini; %32.3'ü her zaman, %53.8'i ise bazen merhamet yorgunluğu yaşadığını ancak %53.3'ü buna yönelik strateji geliştirmediğini belirtmiştir. Strateji geliştirenlerin mesaide iken ortamdan uzaklaşmayı, telefonla görüşmeyi ve müzik dinlemeyi; mesai dışında ise arkadaşlarıyla iş dışı konularda konuşmayı, müzik dinlemeyi, uyumayı, hobileriyle uğraşmayı tercih ettikleri görülmüştür. Yoğun bakım ünitesinde genç hastalara, terminal dönemdeki hastalara bakım veriyor olmanın ve yöneticiler tarafından takdir edilmemenin merhamet yorgunluğunu tetikleyen unsurların başında geldiğini düşündükleri saptanmıştır.

SONUÇ: Hemşirelerin çoğunun merhamet yorgunluğu yaşadıkları, ancak sadece yarıya yakınının buna yönelik strateji geliştirdiği görülmektedir. Sağlık bakım yönetimlerinin, hemşireleri merhamet yorgunluğu ile başa çıkma stratejileri geliştirebilmeleri konusunda desteklenmesi önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: empati, merhamet yorgunluğu, yoğun bakım, yoğun bakım hemşiresi

Sözlü Sunumlar

Nöroloji ve Noroşirurji Yoğun Bakım

Nöroloji yoğun bakım ünitesinde takip edilen hastalarda bir yıllık basınç ülseri indikatör sonuçları: Retrospektif bir çalışma

Hülya İncekara-1, Aysel Çavuşoğlu-1, Ayça Acun-1, Kübra Yeni-2, Zeliha Tülek-2

1.İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı

2.İstanbul Üniversitesi, Florence Nıghtıngale Hemşirelik Fakültesi

AMAÇ: Bası yaraları yoğun bakım ünitelerinde sık görülen, hastanede kalış süresini uzatan, maliyeti arttıran sağlık sorunudur. Bu çalışmada, bir üniversite hastanesinin nöroloji yoğun bakım ünitesinde tedavi görmüş hastalardaki bası yarası prevalansının belirlenmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Tanımlayıcı, retrospektif nitelikte olan bu çalışmanın örneklemini bir üniversite hastanesinin nöroloji yoğun bakım ünitesinde Ocak 2015-Aralık 2015 tarihleri arasında yatan hastalar oluşturdu. Bir yıllık süre içinde yatan toplam 93 hastanın tanımlayıcı özellikleri, hastalığa ilişkin özellikler, Braden Risk Değerlendirme Ölçeği'nden elde edilen bası yarası risk puanları ve basınç ülseri sıklığı saptandı.

BULGULAR: Toplam 93 hastanın çoğunluğunu (%55.4) erkek hastalar oluştururken, hastaların yaş ortalaması 64.98 (±16.2) ve hastanede kalış süre ortalaması 20.2(±18.3) gün olarak bulundu. Hastaların büyük çoğunluğu (%79.3) iskemik inme tanısı ile yattığı ve %65'inde bası yarası oluşumuna katkıda bulunabilecek ek hastalığın (hipertansiyon, diyabet yada her ikisi birlikte) olduğu belirlendi. Hastaların Braden Risk değerlendirme Ölçeği puan ortalaması 14.8(±3.7) olarak bulunurken, ölçeğe göre hastaların %80.4'ünün risk grubunda olduğu saptandı. Bası yarası sıklığı incelendiğinde 14 (%15.2) hastada bası yarası olduğu, ancak dört hastanın (%4.4) bası yarasının nöroloji yoğun bakım dışı servislerde ya da hastane dışında oluştuğu saptandı. Bu nedenle nöroloji yoğun bakım servisinde gelişen bası yarası sıklığı %10.9 (n=10) olarak belirlendi. Bası yarasının en çok sakral bölgede oluştuğu, yaralarının tamamına yakınının evre 1'de tanılandığı ve hastaların yaklaşık yarısının (n=6) bası yarası iyileşmeden servisten ayrıldığı saptandı.

SONUÇ: Yoğun bakım ünitelerine yatan hastalar erken dönemde bası yarası ve risk oluşturan diğer faktörleri yönünden değerlendirilmeli ve önlemek için tedbirler alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Bası yarası,prevalans, risk değerlendirme, nöroloji yoğun bakım

Sözlü Sunumlar

Yoğun Bakımda Bakım Kavramı

Hastam İçin Güvenli Miyim? Yoğunbakım Hemşirelerinin Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumları

Sacide Yildizeli Topçu-1, Selda Rızalar-2

1.Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

2.Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

GİRİŞ-AMAÇ: Hasta güvenliği kavramı, tıbbi bakım sürecinde, hasta ve yakınlarını olumsuz yönde etkileyebilecek olayların olmaması veya sağlık bakım hizmetlerinin kişilere vereceği zararı önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve sağlık çalışanları tarafından alınan önlemleri ifade etmesinin yanı sıra sağlık hizmetlerinde iyileştirilmesi gereken konuların başında gelmektedir. Özellikle yoğun bakımlar gibi birçok karmaşık prosedürün ve teknolojinin kullanıldığı birimlerde hemşirelerin hasta güvenliğini bozan çok boyutlu etmenlere karşı dikkatli olmaları gerekmektedir. Bu araştırmanın amacı da, yoğun bakımlarda çalışan hemşirelerin hasta güvenliği tutumlarını incelemektir.

GEREÇ-YÖNTEM: Tanımlayıcı nitelikteki bu araştırma, çalışmaya katılmayı kabul eden 86 yoğun bakım hemşiresi ile yapıldı. Verilerin toplanmasında kişisel bilgi formu ve Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği kullanıldı. Elde edilen veriler sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, varyans ve korelasyon analizleriyle değerlendirildi.

BULGULAR: Katılımcıların yaş ortalaması 25,45±4,48, %82,6'sı kadın, %40,7'si lisans mezunu, mesleki deneyimleri 4,53±3,93 yıl, haftalık çalışma süresi 52,61±8,16 saat olarak bulundu. Vardiyada ortalama 5,49±2,36 hemşire çalıştığı ve hemşire başına 2,61±1,03 hasta düştüğü, hemşirelerin %52,3'ünün hasta güvenliğine ilişkin eğitim aldığı ve % 86,1'inin iş yükünü ağır bulduğu belirlendi. Hemşirelerin hasta güvenliği tutum ölçek puanının 125,37±22,01 olduğu, yaş, eğitim düzeyi, mesleki deneyim, hemşire başına düşen hasta sayısı, haftalık çalışma süresi, vardiyada çalışan hemşire sayısı ve hasta güvenliği konusunda eğitim almanın hasta güvenliğine ilişkin tutumu etkilediği belirlendi.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma sonucunda, yoğun bakım hemşirelerinin hasta güvenliğine ilişkin tutumlarının yetersiz olduğu ve konuyla ilgili eğitim almanın hasta güvenliğine ilişkin tutumları olumlu etkilediği, ayrıca, çalışma koşullarına ilişkin bazı özelliklerin de hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin tutumlarını etkilediği görüldü. Sonuçlar doğrultusunda, yoğun bakım hemşirelerine hasta güvenliğine yönelik düzenli eğitimler verilmesi ve çalışma koşullarının gözden geçirilerek, hata güvenliğini olumlu yönde etkileyecek düzenlemelerin yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hasta güvenliği, hemşire, tutum, yoğun bakım

Sözlü Sunumlar

Tablo 1

Tablo 1. Kişisel ve Mesleki Özellikler

Özellik		M±SD	Min.-Max.
Yaş		25,45±4,48	20-41
Mesleki deneyimi		4,53±3,93	1-19
Haftalık Çalışma Süresi		52,61±8,16	28-70
Vardiyada çalışan hemşire sayısı		5,49±2,36	2-10
Cerrahi bakımı verilen hasta sayısı		2,61±1,03	2-10
		Sayı (N)	Yüzde (%)
Cinsiyet	*Kadın*	71	82,6
	Erkek	15	17,4
Eğitim Düzeyi	*Lise*	25	29,1
	Önlisans	15	17,4
	Lisans	35	40,7
	Lisansüstü	11	12,8
Çalışma şekli	*Nöbetsiz*	11	12,8
	Nöbetli	75	87,2
Hasta güvenliği ile ilgili eğitim durumu	*Eğitim alan*	45	52,3
	Eğitim almayan	41	47,7
Son 1 yıl içinde hasta güvenliği ile ilgili sorun yaşama	*Yaşayan*	35	41,7
	Yaşamayan	49	58,3
Hasta güvenliği ile ilgili sorunların klinikte düzenli bildirimi	*Yapılıyor*	59	74,7
	Yapılmıyor	20	25,3
İş yükünü değerlendirme şekli	*Hafif*	5	5,8
	Orta	7	8,1
	Ağır	74	86,1

Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin hasta gvenliğine ilişkin ttumlarını belirlemek amacıyla yapılan araştırmada, katılımcıların yaş ortalamasının 25,45±4,48, 582,6'sının kadın ve %40,7'sinin lisans mezunu olduğu, mesleki deneyimlerinin 4,53±3,93 yıl olduğu, ve %87,2'sinin nöbetli çalıştığı, haftalık çalışma süresinin 52,61±8,16 saat olduğu, vardiyada ortalama 5,49±2,36 hemşire çalıştığı ve hemşire başına 2,61±1,03 hasta düştüğü bulundu. Hemşirelerin %52,3'ünün hasta güvenliğine ilişkin herhangi bir eğitim aldığı, %58,3'ünün son bir yılda hasta güvenliğine ilişkin bir sorun ile karşılaşmadığı ve 86,1'inin iş yükünü ağır bulduğu belirlendi (Tablo 1).

Sözlü Sunumlar

Tablo 2

Tablo 2. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutumları

Hasta güvenliği Tutum Ölçeği ve Alt Ölçek Puanları	M±SD	Min.-Max.
İş Doyumu	28,01±06,65	11-42
Ekip Çalışması	33,97±9,69	15-56
Güvenlik İklimi	12,74±4,23	5-23
Yönetim Anlayışı	17,65±5,12	7-28
Stersi Tanımlama	15,44±4,25	5-25
Çalışma Koşulları	17,54±3,45	10-21
Toplam	125,37±22,01	83-178

Araştırmaya katılan hemşirelerin hasta güvenliği tutum ölçeği puanları incelendiğinde; ölçek toplam puan ortalamasının 125,37±22,01 olduğu, iş doyumu alt ölçeğinin 28,01±06,65 puan, ekip çalışması alt ölçeğinin 33,97±9,69 puan, güvenlik iklimi alt ölçeğinin 12,74±4,23 puan, yönetim anlayışı alt ölçeğinin 17,65±5,12 puan, stresi tanımlama alt ölçeğinin 15,44±4,25 puan ve yönetim anlayışı alt ölçeğinin 17,54±3,45 puan olduğu belirlendi (Tablo 2).

Sözlü Sunumlar

Tablo 3

Tablo 3. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutumları ile Kişisel ve Mesleki Özellikleri Arasındaki İlişki

Özellik			r	p
Yaş			**0,306**	**0,004**
Eğitim düzeyi			**0,222**	**0,040**
Meslekî deneyimi			**0,342**	**0,001**
Haftalık Çalışma Süresi			**-0,482**	**0,000**
Vardiyada çalışan hemşire sayısı			**-0,432**	**0,000**
Günlük bakım verilen hasta sayısı			**0,219**	**0,047**
			t/F	p
Cinsiyet	*Kadın*	127,50±21,44	1,990	0,050
	Erkek	115,26±22,63		
Eğitim Düzeyi	*Lise*	114,28±16,75	**3,757**	**0,014**
	Önlisans	135,60±24,85		
	Lisans	128,14±23,73		
	Lisansüstü	127,81±12,96		
Çalışma şekli	*Nöbetsiz*	131,63±15,19	1,011	0,315
	Nöbetli	124,45±22,78		
Hasta güvenliği ile ilgili eğitim durumu	*Eğitim alan*	133,87±20,42	**-3,363**	**0,000**
	Eğitim almayan	117,62±20,70		
İş yükünü değerlendirme şekli	*Hafif*	114,40±28,84	0,657	0,521
	Orta	126,71±25,51		
	Ağır	125,98±21,36		

Araştırmaya katılan hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri ile hasta güvenliği tutumları karşılaştırıldığında; hemşirelerin yaşları ve mesleki deneyimleri ile hemşire başına düşen hasta sayısı arttıkça hasta güvenliği tutum puanları artarken, haftalık çalışma süresi ve vardiyada çalışan hemşire sayısı arttıkça hasta güvenliği tutum puanlarının azaldığı bulundu. Hemşirelerin eğitim düzeyleri ve hasta güvenliği konusunda bir eğitim alma durumlarının hasta güvenliği tutum puanlarını etkilediği belirlendi. Mesleki eğitim düzeyi arttıkça güvenlik tutumlarının da arttığı saptandı (Tablo 3)

Sözlü Sunumlar

Genel Yoğun Bakım / Reanimasyon

Sağlık Çalışanlarının Kan Transfüzyonuna Yönelik Bilgi Düzeylerinin Saptanması

Ayşegül Beyazpınar Kavaklıoğlu-1, Selma Dağcı-1, Burcu Katmer-1, Mehmet Başaran-1, Deniz Aksu-1, Besey Ören-2

1.Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi

2.İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

GİRİŞ: Kan transfüzyonu, kan ürünlerinden birinin dolaşıma verilmesidir. Kan transfüzyonuna bağlı ölümlerin çoğunluğunu önlenebilir insan hataları oluşturmakta ve bu hataların temelinde eğitim yetersizliği önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır.

AMAÇ: Bu çalışma, sağlık çalışanlarının kan transfüzyonuna yönelik bilgi düzeylerini saptamak amacıyla gerçekleştirildi.

YÖNTEM: Çalışma 01.10.2015 – 02.11.2015 tarihleri arasında bir eğitim ve araştırma hastanesinde görev yapmakta olan 100 sağlık personeli ile gerçekleştirildi. Araştırmada verilerin toplanmasında literatür bilgileri ışığında 19 sorudan oluşturulan anket formu kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metodların (frekans) yanısıra niteliksel verilerin karşılaştırılmasında Fisher's Exact Ki-Kare testi ve Continuity (Yates) Düzeltmesi kullanıldı ve anlamlılık $p<0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

BULGULAR: Çalışmaya katılanların %52'si (n=52) 29 ve altı yaş aralığında, %94'ü (n=94) kadın, %71'i (n=71) hemşire, %27'si (n=27) ebe ve %42'si (n=42) bulunduğu kurumda 2-5 yıldır çalışmakta idi. Çalışmaya katılanların %79'unun (n=79) kan ve kan ürünü transfüzyonu ile ilgili eğitim aldığı, %86'sı (n=86) kan hacmini sağlamak amacıyla transfüzyon yapıldığını, %95'i (n=95) kan istemini hekimin gerçekleştirdiğini ve %97'si (n=97) transfüzyon için hastadan onam alınması gerektiğini belirtti. Katılımcıların %78'i (n=78) cross matchi alıcı-verici ABO uygunluğunun son kontrolü olarak tanımladı. Çalışanların %98'i kanın torba bütünlüğünün bozulmuş olması ve üzerindeki bilgilerin okunamaması durumunda, %90'ı kan renginin bulanık veya köpüklü olması durumunda kanı iade edeceğini; %96'sı (n=96) ateş veya şok durumunda kan transfüzyonuna bağlı reaksiyon düşüneceğini bildirdi. Çalışanların %91'i (n=91) hastanın kimlik bilekliği ve kan ürünü ile ilgili doğrulamaların yapılması gerekliliğini, %85'i (n=85) kanın içine başka herhangi bir ilaç konmaması gerektiğini belirtti. Çalışmaya katılanların %88'i (n=88) kan ve kan ürünleri ile ilgili transfüzyon eğitimlerinin sürekli olması gerektiğini bildirdi.

SONUÇ: Araştırmamızda kan transfüzyon eğitimi alan ve almayan sağlık çalışanlarının sorulara verdikleri cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda; kan transfüzyonuna yönelik standardizasyon çalışmalarının yapılması, hasta güvenliği ve tıbbi hatalara yönelik hizmet içi eğitimlere süreklilik kazandırılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kan, Transfüzyon, Sağlık Çalışanı, Eğitim

Sözlü Sunumlar

Kan transfüzyonuna ilişkin sorulara verilen cevapların dağılımı

		n	%
Daha Önce Kan Transfüzyon Eğitimi Alma Durumu	Evet	79	79
	Hayır	21	21
Transfüzyon Neden Yapılır?	Kan hacmini sağlamak	86	86
	Dokulara oksijen sağlamak	77	77
	Kanama ve koagülasyon bozukluklarını düzeltmek	65	65
	İmmünolojik eksikliği gidermek	26	26
Kan Transfüzyon İstemini Kim Yapar?	Doktor	95	95
	Hemşire	5	5
Kan Transfüzyonu İçin Hastadan Onam Alınır Mı?	Evet	97	97
	Hayır	3	3
Alınan Cross match Kanına Hastanın Barkodu Ne Zaman Yapıştırılır?	Kan alındığı sırada	75	75
	Kan servisten transfer edilirken	1	1
	Ben yapıştırmıyorum, bilmiyorum	4	4
	Tüpler hazır barkodlu şekilde bekletilerek kan alınma işlemine başlanır	20	20
Cross Match Nedir?	Alıcı verici ABO uygunluğunun son kontrolü	78	78
	Çapraz karşılaştırma testi	72	72
	Hasta ve bağışçının major kan grupları uyumunun teyidi	37	37
	Alıcıda transfüze edilecek eritrositlerde bulunan herhangi bir antijene karşı antikor olup olmadığının saptanması	30	30
	Bulaşıcı hastalık testi	8	8
Cross Match İle Ne Kontrol Edilir?	Alıcıya ait önceki kayıtların incelenmesi	34	34
	Alıcının ABO ve RhD tipi ABO/Rh uygun kan bileşeninin seçimi	94	94
	Bulaşıcı hastalık varlığı	11	11
Kan Ürünlerinin İade Edilme Koşulları Nelerdir?	Kan renginin bulanık veya köpüklü olması	90	90
	Kan torba bütünlüğünün bozulmuş olması	98	98
	Kanın birimde saklama koşullarının uygun olmaması	86	86
	Kanın üzerindeki bilgilerin okunamaması	98	98
	Hiçbiri	3	3
Transfüzyona Başlamadan Önce Kan Ürünü İle İlgili Sorun Olduğunda İlk Kime Haber Verirsiniz?	Cevapsız	2	2
	Kan merkezi	39	39
	Sorumlu hekim	56	56
	Sorumlu hemşire	2	2
	Sağlık bakım hizmetleri müdürü	1	1

Sözlü Sunumlar

Yoğun Bakımda Organ Destek Sistemleri

Ekstrakorporeal Membran Oksijenasyonu Uygulanan Bir Çocuk Hastanın Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu

Ayşe Menemencioğlu-1, Refiye Özgen-2, Sibel Öztürk-2, Rıza Dinçer Yıldızdaş-1

1.Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi,Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı, Adana

2.Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü,Adana

GİRİŞ: Ekstrakorporeal membran oksijenasyonu (ECMO) ileri medikal tedaviye yanıtsız ağır solunum veya kalp yetersizliklerinde uygulanan bir destek tedavisidir. İşlem sırasında kan vücut dışında yapay bir akciğer ile ventile edilip hastaya geri verilir. ECMO tedavisi uygulanan hastanın hemşirelik bakımında AMAÇ: Hava yolu açıklığını ve solunumu korumak ve desteklemek, kardiovasküler durumu en iyi şekilde sürdürmektir

OLGU: 17 yaşındaki kız hasta, akut solunum sıkıntısı ve tedaviye yanıt vermeyen şok tablosunda çocuk yoğun bakım ünitemize yatırıldı. Pnömoni, myokardit, akut böbrek yetmezliği nedeni ile takip edilen hastanın solunum 24 dk, O2 saturasyonu % 93, nabız 130/dk, kan basıncı 83/45 mmHg olarak belirlendi. Hastanın CPK MB: 57 ng/ml, Troponin I: 4.8 ng/ml idi ve yapılan EKO'sunda EF: <%40 olup, ağır sol ventrikül disfonksiyonu mevcuttu. Hipotansiyonun devam etmesi nedeniyle inotrop olarak dopamin, dobutamin, adranalin, nöradrenalin başlandı. Oksijen saturasyonları %80 e düşen, solunum sıkıntısı ve oksijen ihtiyacı artan hasta entübe edilerek PC-SIMV-PS modunda mekanik ventilasyon desteği sağlandı. Mekanik ventilatördeki takibinde dirençli hipotansiyon (75-41 mmhg) ve hipoksemisi (%89-%90) olan hastaya veno-arteriyel ECMO uygulanmaya başlandı. Tedavi sırasında aktive pıhtılaşma zamanı (ACT) değerlerine göre hastanın antikoagülasyonu ayarlandı. ECMO tedavisinin ikinci gününde kreatin yüksekliği ve idrar çıkışının az olması nedeni ile hemodiafiltrasyon başlandı. Toplam 140 saat ECMO uygulanan hastanın tedavisi 7. günde sonlandırıldı. Yatışının 9. gününde ekstübe edilen hasta 61. gün Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinden Çocuk Enfeksiyon servisine transfer edildi. Hastada belirlenen olası hemşirelik tanıları ve bakımı

1- Kardiak outputun yetersizliği ile ilişkili kardiovasküler fonksiyonlarda değişim(pompa yetmezliği)

2- Heparinizasyon ile ilişkili koagülasyon durumunda değişime bağlı kanama riski

3-Ödem hareketsizlik, doku perfüzyonunda değişime bağlı doku bütünlüğünün bozulma riski

4-Doku bütünlüğünde bozulma ve uygulanan invaziv girişimler ile ilişkili enfeksiyon riski

5- Gastrointestinal fonksiyonlarda değişim

6- Yoğun bakımdaki aşırı uyaranlarla ilişkili konforda değişim

Sonuç olarak ECMO uygulanan hastalarda yakın gözlem ve nitelikli hemşirelik bakımı yapılması tedavinin başarı şansını arttırmakta ve mortaliteyi azaltmaktadır.

Anahtar Kelimeler: ECMO, Çocuk Yoğun Bakım, Hemşirelik Bakımı

İzlem Sonuçları

Değerlendirme	ECMO Öncesi	1. Gün	3. Gün	5. Gün	7.Gün
Kan Basıncı	75/41 mmHg	128/82 mmHg	125/98 mmHg	127/80 mmHg	116/72 mmHg
Kalp Hızı	170/dk	140/dk	112/dk	130/dk	116/dk
Oksijen Saturasyonu	%89	%99	%100	%99	%100
Vücut Isısı	37 ˚C	37 ˚C	37,2 ˚C	37,2 ˚C	37,7 ˚C
ECMO flow basınçları		2400ml/dk	1800ml/dk	1200ml/dk	800ml/dk

Sözlü Sunumlar

Yoğun Bakımda Konfor

Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Konfor Düzeylerinin Anksiyete ve Depresyon Üzerine Etkisi

Çiğdem Bildirici-1, Sibel Öztürk-3, Derya Gürel-3, Nuray Kılınç-2, Tülay Başpınar-1, Orçun Yalav-4

1.Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Cerrahi Yoğun Bakım Bilim Dalı, Adana

2.Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Koroner Yoğun Bakım Bilim Dalı, Adana

3.Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Balcalı Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü, Adana

4.Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Adana

Giriş-AMAÇ: Yaşamı tehdit altında olan hasta bireylere, olabilecek en üst düzeyde yarar sağlamak amacıyla kullanılan çok sayıda yaşam kurtarıcı teknolojik araç gereçlerin bulunduğu merkezler olarak tanımlanan yoğun bakım ünitelerinde, uygulanan girişimler bireylerin fizyolojik ve psikolojik iyileşme süreçlerini dolayısıyla konforlarını etkilemektedir. Konforu bozulan hastaların anksiyete ve depresif belirtiler yaşadığı düşünülmektedir. Bu nedenle bu araştırma, cerrahi ve kardiyoloji yoğun bakım ünitelerinde yatan hastaların konfor düzeylerinin anksiyete/depresyon üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

YÖNTEM: Prospektif ve tanımlayıcı olarak yapılan araştırmanın örneklemini Nisan-Aralık 2015 tarihleri arasında cerrahi ve kardiyoloji yoğun bakımlarda yatan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 185 hasta oluşturmuştur. “Kişisel Bilgi Formu”, “Genel Konfor Ölçeği” ve “Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği” (HAD) kullanılarak elde edilen veriler SPSS 16,0 paket programında çözümlenmiştir. Elde edilen veriler ortalama, standart sapma, sayı ve yüzdelik testler uygulanarak analiz edilmiştir. Grupların karşılaştırılmasında One-Way Anova testi yapılmış olup gruplar arası fark bulunması durumunda posthoc testlerle hangi gruplar arasında fark olduğu belirlenmiştir.

BULGULAR: Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması 58,0±14,64 olup hastaların %64,2’sinin erkek, %72,7’sinin evli ve çocuk sayısı ortalamasının 3±2,32 olduğu saptanmıştır. Hastaların %39,4’ünün ilkokul mezunu, %55,8’inin çalışmadığı, %89,7’sinin sosyal güvencesinin olduğu, %54,5’inin gelirinin giderinden az olduğu, %57’sinin ilde yaşadığı tespit edilmiştir. Hastaların %51,5’inin kalp hastalığından yattığı, %48,5’inin cerrahi hastalıktan takip edildiği ve ortalama yatış süresinin 5±4,36 gün olduğu bulunmuştur. Hastaların genel konfor ölçeği puan ortalamalarının 143±16,56 puan, HAD anksiyete ölçeği puan ortalamalarının 7±3,78 puan ve HAD depresyon ölçeği puan ortalamalarının 7±4,24 puan olduğu tespit edilmiştir. Hastaların konfor düzeylerinin anksiyete ve depresyon üzerine etkisi karşılaştırılmış ve konfor puanı 2 olanların konfor puanı 3 ve 4 olanlara göre HAD puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.

SONUÇ: Hastaların konfor düzeyi azaldıkça anksiyete ve depresyon puanları artmaktadır. Konfor düzeylerinin anksiyete ve depreyon üzerine etkisi nedeniyle, hastaların konforlarını arttırmaya yönelik girişimlerde bulunmak ve literatüre katkı sağlamak açısından bu çalışmanın yol gösterici olabileceği düşünülebilir.

Anahtar Kelimeler: konfor, yoğun bakım, anksiyete, depresyon

Sözlü Sunumlar

Hastaların Genel Konfor Ölçeği Puanı ile HAD Anksiyete Puanının Karşılaştırılması

Konfor puanı	Anksiyete Medyan (min-max)	p
2	12 (3-19)	0,001
3	7 (1-19)	>0,001
4	7 (2-10)	>0,001

Yapılan posthoc testler sonucunda konfor puanı 3 ve 4 olanlar ile anksiyete puanları arasında fark yokken, konfor puanı 2 olanlar ile konfor puanı 3 ve 4 arasında anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.

Hastaların Genel Konfor Ölçeği Puanı ile HAD Depresyon Puanının Karşılaştırılması

Konfor puanı	Depresyon Medyan (min-max)	p
2	11,50 (2-20)	0,001
3	7 (0-20)	>0,001
4	4 (0-20)	>0,001

Yapılan posthoc testler sonucunda Konfor puanı 3 ve 4 olanlar arasında depresyon puanı yönünden fark yokken, konfor puanı 2 olanlar ile konfor puanı 3 ve 4 olanlar arasında depresyon puanı yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.

Sözlü Sunumlar

Genel Yoğun Bakım / Reanimasyon

Biz Yoğun Bakım Hemşireleri Ağrı'yı Biliyor Muyuz?

Dinçer Sağlıker, Duygu Gündöndü Kars, Ebru Kıraner

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ABD, İstanbul

GİRİŞ: Ağrı, acil dikkat gerektiren, hastayı bunaltan, davranış ve düşüncelerini bozan, ağrıyı durdurmayı amaçlayan aktivitelerin yapılmasına yönelten, davranışsal tepkilere ve otomatik değişikliklere neden olan karmaşık bir deneyimdir. Yoğun bakımda tedavi edilen hastaların %60'ından fazlasının orta ya da ciddi şiddette ağrıları vardır. Ağrı kontrolü bu hasta grubunda kalite, maliyet ve etik açıdan önemlidir. Bu sorunun yoğun bakımda ne kadar ele alındığı ve giderilmeye çalışıldığını gösteren çalışmalar oldukça sınırlıdır. Hemşirelerin bilgi ve tutumlarındaki yetersizlikler etkisiz ağrı yönetiminin bir nedeni olarak gösterilmiştir.

AMAÇ: Hemşirelerin ağrı yönetimi konusunda ne bildiğini ve neye inandığını anlama onların davranışlarını değiştirme yollarını bulmada gerekli olan ilk adımdır. Bu bilgiler doğrultusunda planlanan araştırmanın amacı; bir üniversite hastanesinde çalışan yoğun bakım hemşirelerinin ağrı hakkındaki bilgilerini, tutumlarını değerlendirmektir.

BULGULAR: Çalışmaya toplam 102 yoğun bakım hemşiresi katılmıştır. Hemşirelerin %52.9'u 26-35 yaşları arasında olup, %64.7'si lisans mezunudur. %54.9'u reanimasyonda çalışmakta, %41.2'si 1-5 yıldır yoğun bakımda çalışmaktadır. Toplam çalışma sürelerine bakıldığında %38.2'sinin 1-5 yıldır çalışmakta olduğu görülmüştür. Hemşirelerin %47.1'inin ağrı konusunda eğitim almadığı, %67.6'sının standart bir ağrı değerlendirme ölçeği kullandığı, %88.2'sinin hastanın ağrısını hasta takip formuna kayıt ettiğini ifade ettiği görülmüştür. " Ağrı hastanın ifade ettiği şeydir. Söylüyorsa vardır" ifadesine hemşirelerin %78.4'ü, " Ağrı 5. Vital bulgudur" ifadesine % 69.6'sı doğru yanıtını vermiştir. Kanser hastalarının ağrısı hakkındaki soruya hemşirelerin % 64.7'si doğru yanıt vermişlerdir. "Solunumda azalma-artma ağrıya verilen fizyolojik cevaplardandır" ifadesine %35.3'ü hayır yanıtı vermişlerdir. Hemşirelerin opioid analjezik ilaçlar, bağımlılık korkusu, ağrıyı sistematik bir şekilde tanılama konularında eksik bilgiye sahip oldukları görülmüştür.

SONUÇ: Yoğun bakımda ağrı kontrolündeki rolümüz, hastanın önceki ağrı deneyimlerini ve başetme yöntemlerini öğrenmek ve gerektiğinde bunlardan yararlanmak, ağrı ile başaçıkma stratejilerini hastaya öğretmek, rehberlik yapmak, planlanan analjezik tedavisini uygulamak, sonuçlarını izlemek, empatik yaklaşım ve sempatidir. Yoğun bakımda ağrının doğasına, mekanizması ve algısını etkileyen durumlara ilişkin bilgiler, değerlendirilmesine yönelik bilgiler, ağrı yönetiminde kullanılan analjezik uygulamalarına ilişkin eğitimlerle başarılı sonuçların artacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ağrı, Bilgi, Hemşire, Tutum, Yoğun Bakım

Sözlü Sunumlar

Yenidoğan ve Pediatri Yoğun Bakım

ALL ile takip edilen hastada gelişen enfekte ekstravazasyon yarasının bal ile başarılı bir şekilde tedavisi: Olgu sunumu

Nurkan Gültekin-1, Ayşe Betül Ergül-1, Ümit Altuğ-1, Hasan Samsa-1, Yasemin Akıl-2, Yasemin Altuner Torun-3

1.Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi, Kayseri
2.Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Yara Bakım ve Stoma Ünitesi, Adana
3.Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Çocuk Hematoloji Bölümü, Kayseri

Giriş

Basınç ülseri ve ekstravazasyona bağlı yaraların tedavisinde, maliyetin yüksek oluşu ve kurum ödemesinin olmaması nedeniyle çoğu yara bakım ürünü temin edilememektedir. Biz enfekte ekstravazasyon yarasının bal ile başarılı bir şekilde tedavi edildiği hastamızı, bal ile yara bakımının etkinliğine dikkati çekmek amacı ile sunduk.

Vaka

ALL tanısı ile takip edilen 3.5 yaşındaki erkek hasta genel durumunda kötüleşme nedeniyle yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Gelişinde mutlak nötrofil sayısı 400/mm3, prokalsitonin 200 ng/dL olan hastaya sepsis tanısı ile ampirik antibiyotik tedavisi başlandı. Takibinde kan kültüründe E.Coli üremesi saptandı.

Yatışının 5.gününde hastanın sol koldaki periferik venöz kateter yerinde kızarıklık tespit edildi. Hastada amikasin infüzyonu yapılırken ekstravazasyona bağlı cilt nekrozu geliştiği düşünüldü. Hastanın sol kolunda 2x2 cm ebadında, kenarları masere, 1.7 cm tünelleşme izlenen, yüzeyi nekroze görünümde, bol miktarda pürülan akıntı görülen ekstravazasyona bağlı yara mevcuttu (Resim 1a, Resim 1b). Yaraya bağlı ağrı skalası 6 idi. Yara kültüründe E. Coli üremesi saptandı. Sistemik antibiyoterapiye devam edildi. Plastik cerrahi konsültasyonunda yaraya VAC tedavisi önerildi, ancak maliyetli bulunduğu için uygulanmadı.

Hastaya bal tedavisi planlandı. Serum fizyolojik ile yaraya mekanik debritman yapıldıktan sonra, serum fizyolojik ile ıslatılmış bal sürülmüş gazlı bez yara içine tünel içini de kapsayacak şekilde yerleştirildi. Gün içinde kirlendikçe pansuman değiştirildi. Bal tedavisinin 2. gününde pürülan sekresyon belirgin olarak azaldı ve pansuman 48 saatte bir yapıldı. Tedavinin 4. gününde pü gelişi tamamen düzeldi, 12. gününde canlı kanamalı doku gözlendi ve nekroz tamamen kayboldu (Resim 2), 35. gününde tünel kapandı, 40. gününde granulasyon dokusu cilt yüzeyine kadar oluştu (resim 3).

Tartışma

Bal antiseptik özelliği nedeniyle yara bakımında kullanılmaktadır. Bunun yanısıra yara yatağını nemlendirmesi, osmotik su çekici özelliği ile pü oluşumunu azaltmakta ve nekrozu çözmektedir. Bu nedenler ile basınç yarası ve ekstravazasyon yaralarının tedavisinde maliyet gerektirmeyen, ve etkin bir tedavi yöntemi olan bal tedavisinin kullanılması gerektiğini düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: bal, ekstravazasyon, pediyatri yoğun bakım, yara

Sözlü Sunumlar

Resim 1a



Tedavinin 1. gününde yarada gözlenen yoğun pü görünümü

Resim 1b



Tedavinin 1. gününde yaradaki tünel oluşumunun görünümü

Sözlü Sunumlar

Resim 2



Tedavinin 12. gününde yaradaki canlı ve kanamalı görünüm

Resim 3



Tedavinin 40. gününde yaranın görünümü

Sözlü Sunumlar

Kardiyoloji Yoğun Bakım

Yoğun bakımda kalp yetersizliği hastaları için belirlenen hemşirelik tanıları ve NANDA'ya uygunluğunun değerlendirilmesi

Sevda Türen, Filiz Çetinkaya Işık, Necibe Uzun Morgül, Rahime Atakoğlu

İstanbul Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.

Giriş-AMAÇ: Kalp yetersizliği (KY) sık görülen, görülme sıklığı her geçen yıl artan, yüksek morbidite ve mortalite oranına sahip önemli bir sağlık problemidir.(1) Bakım hizmetlerinin üst düzeyde verildiği yoğun bakım ünitelerinde, KY hastalarına verilecek hemşirelik bakımı da ön plana çıkmaktadır. Hemşirelik bakım planlarının doğru kullanılabilmesi için, hemşirelik kayıtlarında standardizasyona ve sınıflamalara gereksinim vardır.(2) Bu çalışmada, koroner yoğun bakım ünitesinde (KYBÜ) yatan KY hastalarının bakımında belirlenen hemşirelik tanıları ve bu tanıların NANDA'ya (Kuzey Amerikan Hemşirelik Tanıları Birliği) uygunluğu araştırılmıştır.

YÖNTEM: Çalışmanın örneklemini, 1 Ocak 2015-1 Ocak 2016 tarihleri arasında KYBÜ'nde KY tanısı ile yatan 189 hastanın hemşirelik bakım planı oluşturdu. Tanımlayıcı ve retrospektif nitelikte planlanan çalışmada veriler SPSS 20.0 programında yüzdelik ve ki-kare kullanılarak hesaplandı. Tanıların uygunluğu, NANDA 2009-2011 tanı listesine göre değerlendirildi.

BULGULAR: İncelenen hasta dosyalarında hastaların yaş ortalaması 65,5±13,1 olup; KYBÜ'de ortalama yatış gün sayısı 7,3±6,9 bulunmuştur. Hastaların sahip olduğu ek hastalıklara bakıldığında (%85,7); en fazla diyabet (%58,2) ve hipertansiyon (%58,2) karşımıza çıkmaktadır. Belirlenen tanılar incelendiğinde, toplam 30 farklı hemşirelik tanısı saptanmıştır. Kaydedilen 1053 tanıdan %90,4'ünün (n=951) NANDA'ya uygun olduğu gözlemlenmiştir. En fazla kaydedilen hemşirelik tanılarının "enfeksiyon riski" (%96,3), "öz bakım eksikliği" (%88,4), "bilgi eksikliği" (%85,2) ve "kanama riski" (%84,1) olduğu saptanırken, NANDA'ya uygun olmayan 7 tanı ("hiperglisemi", "hipoglisemi", "hipertansiyon", "ritim bozukluğu", "kardiyak tamponad", "emboli" ve "digoksin intoksikasyonu") tespit edilmiştir.

SONUÇ: Bu araştırmaya göre; KYBÜ'de hemşirelik bakım planlarının kullanıldığı, ancak yoğun bakımda KY tedavisi gören bir hastanın hemşirelik bakımı gereksinimleri düşünüldüğünde hemşirelik bakım planlarının yeterli olmadığı, hastalığa özgü bazı tanıların (örn; "kalp debisinde azalma" tanısı %4,2) ise göz ardı edildiği söylenebilir. Belirlenen hemşirelik tanılarının yüksek oranda (%90,4) NANDA'ya uygun olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Kalp yetersizliği, hemşirelik tanıları, hemşirelik kayıtları, yoğun bakım

Sözlü Sunumlar

Yoğun Bakımda Bakım Kavramı

Yoğun Bakım Hastalarının Ağız Bakım İhtiyaçlarının Değerlendirilmesi

Elif Sözeri, Burcu Bayrak Kahraman

GAZİ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ

Yoğun bakım hastaları genellikle mekanik ventilatör desteği uygulanan, sedatize edilen ve invaziv pek çok girişimin uygulandığı kritik hastalardır (Terzi ve Kaya 2011). Yoğun bakım hastalarının bakımı; kritik dönemdeki hemşirelik girişimlerinden, bireysel bakım ihtiyaçları, beslenme, iletişim gereksinimlerinin karşılanması ve komplikasyonların önlenmesine kadar pek çok uygulamayı kapsamaktadır. Bu hasta grubuna yönelik önemli bakım uygulamalarından biri de ağız bakımıdır. Hastaların bilinç değişiklikleri, entübe izlenmeleri, nazogastrik/oragastrik sonda uygulamaları, ilaçlar ve oral alamama gibi pek çok nedenle ağız bakımına duyulan ihtiyaç artmaktadır (Jones ve ark. 2004, Özveren 2010). Ağız bakım ihtiyacının belirlenmesi ve ihtiyaç doğrultusunda bakımın uygulanması hasta konforunun sağlanması ve kompikasyonların önlenmesi açısından oldukça önemlidir. Hastaların ağız bakımı ihtiyaçlarını değerlendirmek ve karşılamakta yoğun bakım hemşirelerinin görevleri arasındadır (Neelis 2010). Bu konuda ilgili literatür incelendiğinde ağız bakımı için geliştirilmiş pek çok değerlendirme aracının olduğu görülmektedir (Eilers ve ark. 1988, Kayser-Jones ve ark. 1995, Henriksen ve ark. 1999, Anderson ve ark. 2004, Chalmers ve ark. 2004, Chalmers ve ark. 2005, Dickinson ve ark. 2001). Ancak bu değerlendirme araçları incelendiğinde, yoğun bakım hastalarından daha çok geriatri ve kanser hastaları için geliştirilmiş araçlar olduğu görülmektedir. Yoğun bakım ünitelerinde hastaların ağız bakımını değerlendirmek amacıyla ise sıklıkla Eilers ve ark. tarafından geliştirilerek uyarlanan Ağız Değerlendirme Ölçeğinin (Modified Eilers' Oral Assessment Guide) kullanıldığı görülmektedir. Bu araç ile hastalar ses, yutma, dudaklar, mukoz membranlar, dil, diş eti, dişler ve tükürük açısından değerlendirilmektedir (Eilers ve ark. 1988). Entübe hastaların ağız değerlendirmesi için geliştirilmiş bir ölçek ise bulunmamaktadır. Ülkemizde ise bu konuda klinik uygulamalara yansıyacak önemli çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Çünkü ülkemizde yoğun bakım hastalarına özgü geliştirilmiş, geçerliliği ve güvenirliği yapılmış bir ağız bakımı değerlendirme aracı bulunmamaktadır. Yoğun bakım hastalarında ağız bakımı ihtiyaçlarının değerlendirilmesi için daha kapsamlı, objektif bir değerlendirme aracına ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Ağız bakımı, hemşirelik, yoğun bakım

Sözlü Sunumlar

Kardiyoloji Yoğun Bakım

Akut Miyokard Enfarktüslü Hastanın Yönetiminde Klinik Bakım Haritası Kullanımı

Sevim Şen-1, Bilgen Uçak-2, Seçil Semiz Aydın-3

1.Yeditepe Üniversitesi Hastanesi, Hemşirelik Hizmetleri Direktörü, İstanbul

2.Yeditepe Üniversitesi Hastanesi, Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi, İstanbul

3.Yeditepe Üniversitesi Hastanesi, Süpervizör Hemşire, İstanbul

Miyokart enfarktüsü; miyokard dokusunun yeterli beslenememesine bağlı olarak gelişen, zamanla oluşan, iskemi ve hücre nekrozuyla seyreden ağır bir tablodur. Tedavisinde temel amaç; hastada kardiyak olayın tekrar oluşmasını ve komplikasyonları önlemek, tıbbi tedaviye uyumu sağlamaktır. Bu nedenle hastanın hastaneye yatışından taburculuk sürecine kadar tüm süreçte multidisipliner yaklaşım gerektirmektedir. Klinik Bakım Haritaları belirlenen hasta bakım sonuçlarına ulaşmak için multidisipliner olarak yapılması gereken aktiviteleri belli bir zaman çizelgesi üzerinde gösteren, yapılanmış, bir klinik yönetim aracıdır. Bir bakım haritası kanıta-dayalı tıp uygulaması temeline göre ve multidisipliner takım anlayışı içinde hazırlanır ve sonuçlara dayalı bakım ve tedavi yönetimi yapmaya olanak sağlar.

Bu çalışma MI geçiren klinik bakım haritası kullanarak bakım süreçlerini iyileştirerek standartlaştırmak, kaynakları etkin şekilde kullanmak, klinik süreçlerin açıklanmasına ve tanımlanmasına yardımcı olmak, klinik etkinliği değerlendirerek denetimler ve risk yönetimi yapabilmek, klinik hataları azaltmak, yatışı uzamış hastaları değerlendirmek, hastaların beklentilerine yönelik iletişimi geliştirmek, problemleri erkenden tanımlama fırsatı yakalamak ve çözüm bulmak, kalite yönetimini kolaylaştırmak ve sonuçlar üzerine odaklanmak amacıyla yapıldı.

MI hastası klinik bakım haritası acil servis, yoğun bakım ve yatan hasta servisi olmak üzere hastanın hastaneye kabulünden taburculuğuna kadar bulunacağı tüm üniteleri kapsamaktadır. Her ünite için primer hekim istemleri, order düzenleme, diyet istemleri, konsültasyonlar, hemşirelik hizmetleri, fizyoterapi ve aktivite, eğitim ve taburculuk değerlendirmesi, hasta güvenliği, beklenen çıktılar oluşturuldu. Her bölüm için uygulanması gereken faaliyetler tanımlandı. Gerekli faaliyetlerin uygulaması sağlanmadan bir aşamadan diğer aşamaya geçişe imkan verilmedi. Zorunlu durumların belirtilebilmesi için açıklamalar bölümü maddeler halinde kodlandı. Hastanın taburculuk süresini etkleyen durumlar tanımlanarak ihtiyaç halinde düzeltici/çönleyici faaliyet ihtiyacının değerlendirilebilmesi için analiz yapılmasına olanak sağlandı.

Akut miyokard enfarktüs hastası klinik bakım haritaları, kanıta dayalı uygulamalar ile bakımın standartlaştırdığı, bütüncül hasta bakımını sağladığı, risklerin azaltılmasına yardımcı olduğu, hastanede kalış süresini azaltarak maliyetleri azalttığı, kanıta dayalı uygulamaları desteklediği, bölümler arası iletişimi desteklediği, mevcut en iyi kanıtların açık ve akılcı kullanımına imkan sağladığı için kullanılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Miyokard Enfartüsü, Multidisipliner Yaklaşım, Klinik Bakım Haritası

Sözlü Sunumlar

Genel Yoğun Bakım / Reanimasyon

Yoğun Bakım Ünitelerinde Yatan Hasta Yakınlarının Gereksinimlerinin Belirlenmesi

Hülya Fırat Kılıç-1, Arzu Abiç-1, Şifa Osum-2

1.Doğu Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Gazimağusa KKTC

2.Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi, Lefkoşa KKTC

GİRİŞ: Kritik ve yaşamı tehdit eden özellikteki sağlık sorunlarının bakım ve tedavisi için yoğun bakım ünitelerine gereksinim duyulmaktadır. Yoğun bakımda hastanın tedavi ve bakımı devam ederken, ünitenin dışında bekleyen aile üyelerinin de fiziksel, psikolojik ve sosyal olarak bazı gereksinimleri ortaya çıkabilmektedir. AMAÇ: Bu çalışma, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'ndeki devlet hastanelerinin yoğun bakım ünitelerinde yatan hasta yakınlarının gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla yapıldı.

YÖNTEM: Kesitsel ve tanımlayıcı nitelikteki bu araştırmanın örneklemini, 20 Aralık – 22 Şubat tarihleri arasında devlet hastanelerinin nöroloji, genel, kalp-damar cerrahisi ve koroner yoğun bakım ünitelerinde hastaneye yatışının ilk 24 saatini tamamlamış olan toplam 81 hasta yakını oluşturdu. Araştırmanın verileri, "Hasta Yakını Tanıtım Formu" ve "Yoğun Bakım Ünitesi Aile Gereksinim Envanteri" ile toplandı, yüzdelik dağılım, Mann Whitney U Testi ve "Kruskal-Wallis H Testi" ile değerlendirildi.

BULGULAR: Hasta yakınlarının %54,3'ü 40-59 yaş grubunda olup, %65,4'ü kadın, %82,7'si evli ve %40,7'si lise mezunudur. Yoğun bakım sürecinde hasta yakınlarının %61,7'sinin evdeki sorumluluklarının aksadığı ve %51,9'unun sosyal ilişkilerinin etkilendiği saptandı. Hasta yakınlarının algıladıkları en önemli ilk 10 gereksinimin güven ve bilgi gereksinimi olduğu bulundu. Hasta yakınlarının cinsiyeti, eğitim düzeyi, sosyal yaşantısı ve evdeki sorumluluklarının aksaması durumu ile aile gereksinimleri envanteri puan ortalaması arasında anlamlı fark olduğu belirlendi.

SONUÇ: Genel anlamda hasta yakınlarının güven ve bilgi gereksinimlerinin ön planda olduğu, kendi aile ve sosyal yaşantılarının yoğun bakım sürecinden etkilendiği söylenebilir. Yoğun bakımda hastası yatan ailelerin gereksinimlerinin belirlenmesi, sağlık çalışanlarının bu gereksinimlere yönelik farkındalığının artmasına ve karşılanması yönündeki hizmetlerinin geliştirilmesine katkı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Gereksinim, Hasta Yakını, Yoğun Bakım,

Sözlü Sunumlar

Genel Yoğun Bakım / Reanimasyon

Yoğun Bakım Hemşirelerinin Fiziksel Tespite İlişkin Bilgi, Tutum ve Uygulamaları ve Etkileyen Faktörler

Eylem Paslı Gürdoğan-1, Esra Uğur-2, Ezgi Kınıcı-1, Berna Aksoy-1

1.Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Hemşirelik Esasları Ana Bilim Dalı

2.Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Sağlık kurumlarında fiziksel tespit uygulamaları çoğunlukla; ajite, konfüze ve demanslı hastaların hareketlerini kontrol altına almak, sonda, dren katater gibi tıbbi araç bağlantılarını çıkarmasını engellemek, hastanın yataktan düşmesini ve kendine zarar vermesini önlemek amacı ile yapılmaktadır. Ancak fiziksel tespit uygulaması yararlarının yanı sıra oluşturduğu zararlar nedeniyle hemşirelerde etik, yasal ve klinik uygulamalar açısından ikilemlere neden olmaktadır. Bu nedenle hemşirelerin fiziksel tespit edicilerin uygun kullanımı ve izlenmesine ilişkin özel politika ve prosedürleri bilmeleri gerekmektedir.

Bu çalışma yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin fiziksel tespit kullanımına ilişkin bilgi, tutum ve uygulamalarını ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlandı.

Araştırma gerekli izinler alındıktan sonra, bir üniversite ve bir devlet hastanesinin yetişkin yoğun bakım ünitelerinde çalışan, çalışmaya gönüllü olarak katılan 101 hemşire (N=110) ile gerçekleştirildi.

Veriler sosyo-demografik ve çalışma yaşamına ilişkin özellikleri içeren hemşire tanıtım formu ve “Hemşirelerin fiziksel tespitlere ilişkin bilgi düzeyi, tutum ve uygulamaları ölçeği” kullanılarak toplandı. Veriler SPSS programında yüzdelik, ortalamalar, ki-kare, Mann Whitney-U ve Kruskall Wallis testleri kullanılarak değerlendirildi.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %57.4’ü lisans mezunu, yaş ortalaması 29.26±5.48, yoğun bakımdaki ortalama çalışma yılı 4.66 ± 3.72 idi. Hemşirelerin %62.4’ü daha önce fiziksel tespit uygulaması ile ilgili eğitim almadığını belirtti. Hemşirelerin fiziksel tespit uygulamasına ilişkin bilgi puanı ortalaması 7.58±1.64, tutum puanı ortalaması 30.42 ± 4.22 ve uygulama puanı ortalaması 36.80 ± 3.74 idi. Sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerin fiziksel tespit uygulamasına ilişkin tutum puanları diğerlerine göre düşüktü ($p<0.05$). Daha önce fiziksel tespit uygulamasına ilişkin eğitim alan hemşirelerin bilgi ($p<0.05$) ve uygulama puanları ($p<0.001$) eğitim almayanlara göre yüksekti. Çalıştığı vardiyada 4 ve üzerinde hasta bakan hemşirelerin uygulama puanları 1-3 hasta bakan hemşirelerden yüksekti ($p<0.05$).

Hemşirelerin eğitimi ve baktıkları hasta sayısı fiziksel tespite ilişkin bilgi, tutum ve uygulamaları etkilemektedir. Fiziksel tespit edici uygulamasına ilişin politika ve prosedürlerin oryantasyon ve hizmet içi eğitim programlarında yer alması hemşirelerin bu konudaki bilgi ve farkındalıklarını arttırmak açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Fiziksel tespit, Hemşire, Yoğun bakım

Sözlü Sunumlar

Kardiyoloji Yoğun Bakım

Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaları Etkileyen Stres Faktörleri

Yasemin Ergün-1, Nuray Şahin Orak-1, Şerife Karatay-1, Hatice Dilek Özkan-2, Asibe Özkan-3

1.Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

2.Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi

3.Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ-AMAÇ:

Yoğun bakım ünitesinin çevresel özellikleri, hastanın yaşadığı rahatsızlığı ve stres düzeyini etkileyebilmektedir. Bu çalışma; en az 24 saat yoğun bakım ünitesinde yatan hastaları etkileyen stres faktörlerini araştırmak amacıyla, tanımlayıcı türde planlanan bir araştırmadır.

GEREÇ-YÖNTEM:

İstanbul ilinde kardiyoloji alanında iki özel dal hastanesinin yoğun bakım ünitelerinde hizmet alan, araştırmaya katılmayı kabul eden, 18 yaş ve üstü, bilinci açık, iletişim engeli olmayan ve en az 24 saat yoğun bakım ünitesinde kalan 100 hasta araştırma kapsamına alınmıştır. Veriler, Türkçe'ye uyarlaması Yava ve arkadaşları tarafından yapılan, ifadeleri 0-4 arasında puanlanan ve 50 maddeden oluşan Yoğun Bakım Ünitesi Çevresel Stres Kaynakları Ölçeği ve literatür doğrultusunda oluşturulan hasta tanıtım formu aracılığıyla toplanmıştır. Örneklem grubumuzda ölçek ve alt boyutları için güvenirlik katsayısı 0.78- 0.96 olarak belirlenmiştir. Verilerin analizinde frekans, yüzdelik, ortalama ve standart sapma değerleri ve Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

BULGULAR: Yaş ortalaması 56.87 ±15.12 (18-105) ve yoğun bakım yatış süresi ortalaması 2.25 ±1.41 (1-7) gün bulunan katılımcıların %71'inin erkek, %78'inin evli ve %51'inin ilkokul mezunu olduğu belirlenmiştir. Yoğun Bakım Ünitesi Çevresel Stres Kaynakları Ölçeği puan ortalaması (0-200) ölçeğin tamamı için 99.58±32.26 (49-160), alt boyutlarından Fiziksel Rahatsızlık için 25.78±8.90 (11-44), Psikolojik Rahatsızlık için 42.62±13.82 (20-69), Tedavi ile İlgili Stresörler için 5.18±2.23 (2-10) ve Yoğun Bakım Ortamı ile İlgili Stresörler için 17. 84±6.35 (7-33) olarak saptanmıştır. Katılımcıların "Ağrı çekmek" ifadesini en kuvvetli (2.68±1.30) ve "Yabancı /tanımadığınız doktorlar tarafından bakımınızın yapılması" ifadesini ise en zayıf (1.45±0.75) stresör olarak gördükleri tespit edilmiştir. Yaş (r=-0.33, p=0.01) ve yoğun bakım yatış süresi (r=-0.32, p=0.01) ile ölçek toplam puan ortalaması arasında orta düzeyde ters yönde, anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Yaş ve yoğun bakımda yatış süresi arttıkça çevresel stresörlerin algılanma düzeyi düşmektedir.

SONUÇ: Çalışmamıza katılan yoğun bakım hastalarının, yoğun bakım ünitesindeki çevresel stres kaynaklarını her boyutta hafif düzeyde algıladıkları ve stresörleri algılama düzeylerinin hem yaş hem de yatış sürelerinden etkilendiği söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: çevresel stres kaynakları, yoğun bakım, yoğun bakım hastası

Sözlü Sunumlar

Yoğun Bakımda Bakım Kavramı

Yoğun Bakım Ünitelerinde İlaç Güvenliğini Sağlama

Meral Madenoğlu Kıvanç-1, Gülbahar Keskin-2, Hacer Karanisoğlu-3

1.İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

2.Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu

3.Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu

AMAÇ: Hastada ilaç güvenliğini sağlamak, ortak bir dil oluşturmak, standardizasyonu sağlamaktır.

GİRİŞ: Son yüzyılda ilaç endüstrisi ve teknolojideki büyük çapta gelişim birçok yeni etken madde keşfini sağlamakla beraber ilaç uygulanan tüm alanlarda hata risklerini dramatik bir oranda artırmıştır. Bir ilacın çok sayıda farmasötik eşdeğerinin piyasada mevcut olması ve üretim aşamasından hastaya uygulanma sürecine kadar çok uzun bir yol kat ettiği göz önüne alındığında ilaca bağlı hata oranlarının yüksek olması ilaç güvenliğinin sağlanmasını bir ihtiyaçtan çok zorunluluk haline getirmiştir.

İlaç güvenliği uygulamaları sadece hastanın hayati tehlikesini önlemek için değil aynı zamanda çalışan güvenliği içinde zorunlu bir prosedürdür. İlaç yönetimi bir süreç olup multidisipliner bir ekip işidir. Hekimler, hemşireler, eczacılar, depo görevlileri ve farmakovijilanslar ilaç yönetim süreci içinde yer alırlar. İlaç yönetim süreci; ilaç temini, depolama, istem, ve kayıt, hazırlama ve dağıtım, uygulama, izleme şeklindedir. Sağlık Bakanlığı 2012 verilerine göre ilaç güvenliği ile ilgili hatalar, tüm tıbbi hataların %15-22'sini oluşturmaktadır. Yoğun bakımlarda uygulayıcı hatalarına bakıldığında; ilaç ve hasta ile ilgili deneyim ve bilgi eksikliği, unutkanlık, yorgunluk ve uykusuzluk, iş yoğunluğu/dikkatsizlik, direktifin yanlış okunması, direktif değişikliğinin farkedilmemesi, ilaç tabelasına yanlış kayıt edilmesi, hazırlarken yanlış etiketleme yapılması, etiketin okunaklı yazılmaması, kimlik bilgileri kontrol edilmeden ilacın hastaya verilmesi, sözel / telefon direktifinin teyit edilmemesi, eczaneden gelen ilaçların kontrol edilememesi, hazırlama hataları, standardizasyonun olmaması, yetersiz monitorizasyon, ilgili servisler arasında iletişim yetersizliği göze çarpmaktadır. Yoğun bakımlarda yüksek riskli ilaçlar kullanıldığından bunların listesi belirlenmeli ve diğer ilaçlarla karışımını önleyecek şekilde depolanmalıdır.

SONUÇ: Uluslar arası hizmet kalite standartlarında yer alan ilaç güvenliğine göre ilaçların güvenli uygulamasına yönelik prosedür dikkate alınmalı ve ilaç güvenliği için kurum kültürü oluşturulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Yoğun bakım ünitesi, hasta güvenliği, ilaç güvenliği

Sözlü Sunumlar

Çalışan Sağlığı ve Güvenliği

Yoğun Bakım Hemşirelerinin İş Risklerine Maruz Kalma Durumları ve Anksiyete Düzeylerinin İncelenmesi

Besey Ören-1, Selma Dağcı-2, Aycan Keleş-3, Ebru Kıraner-4, Bilgen Uçak-5, Duygu Sönmez Düzkaya-4, Neriman Zengin-1

1.İÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü

2.Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği

3.İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Reanimasyon AD

4.İÜ İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi Reanimasyon AD

5.Yeditepe Üniversitesi Hastanesi Yoğun Bakım Ünitesi

GİRİŞ-AMAÇ: Yoğun bakım üniteleri, hastanelerin diğer birimlerine göre çalışanların daha fazla iş riski ve anksiyete yaşadığı ortamlardır. Bu çalışma yoğun bakım hemşirelerinin iş risklerine maruz kalma durumları ve anksiyete düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlandı.

YÖNTEM: Çalışma 01.12.2015-01.01.2016 tarihleri arasında 4 hastanesinin yoğun bakım kliniklerinde çalışmakta olan 102 hemşire ile gerçekleştirildi. Verilerin toplanmasında Sosyo-demografik Özellikler Formu, Süreklilik Anksiyete Ölçeği ve Hastane ve Çalışma Ortamı Kaynaklı Risk ve Tehlikeler Ölçeği kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra; Student T Testi, Mann Whitney U Testi ve Spearman Korelasyon Katsayısı kullanıldı. Çalışma için etik kurul izni alındı ve $p<0.05$ anlamlı olarak kabul edildi.

BULGULAR: Katılımcıların, yaş ortalaması 29. 9±6.3 (22-51) yıl olup, %73.5'i lisans mezunu ve 71.6'sı vardiyalı çalışıyordu. Haftalık ortama çalışma süreleri 45.3±7.4 saat, %86.3'ünün sertifikası yoktu. %67.3'ünün klinik anlamda tehlikeye maruz kaldığı ve %63'ünün bu konuda eğitim aldığı belirlendi. Katılımcıların sürekli anksiyete puanı 41. 4±7. 3 ile orta düzeydeydi. Risk ve tehlike konusunda eğitim alan hemşirelerin puanları; bakım/tedavi sonrası el yıkama, açık yaraya kimyasal temas sonrası bölgeyi yıkama ve el dezenfektanı kullanma ($p<0.05$) konusunda eğitim almayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Lise mezunlarının lisans mezunlarına göre, hasta yakını tarafından tacize uğrama, uykusuzluk, boyun ağrısı çekme, hastane kaynaklı viral enfeksiyon geçirme ve delici-kesici alet yaralanmalarına daha fazla maruz kaldıkları görüldü ($p<0.05$). Süreklilik Anksiyete Ölçeğinin kemoterapi ilaçlarının olumsuz etkilerine maruz kalma ve uykusuzluk problemi ile arasında istatistiksel anlamlılık bulundu ($p<0.005$). Yaş ve yoğun bakımda çalışma yılı arttıkça ampulü elde kırma ve kemoterapi ilaçlarının olumsuz etkilerine maruz kalmanın arttığı görüldü ($p<0.02$).

SONUÇ: Lisans mezunu olanlar ile risk ve tehlike konusunda eğitim alanların risklere daha az maruz kaldıkları görülmüştür. Bu sonuçlar doğrultusunda; hemşirelere stresle baş etme konusunda ve karşılaşabilecekleri risk ve tehlikeler ile ilgili periyodik eğitimlerin verilmesi, özellikle yoğun bakım ünitelerinde çalışacak hemşirelerin lisans mezunu ve sertifikalı hemşirelerden seçilmesi önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete, Hemşire, Riskler, Yoğun Bakım,

Poster Sunumlar

KVC Yoğun Bakım

Kalp transplantasyonu yapılan hastada postoperatif dönemdeki komplikasyonların önlenmesi ve hemşirelik bakımı: Olgu sunumu

Emine Kehya, Sultan Yıldırım, Şeyma Can

Hacettepe Üniversitesi Toraks Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesi,Ankara

Kalp yetmezliği mortalitesi ve morbiditesi yüksek olan yaşam kalitesini düşüren bir hastalıktır.Kalp transplantasyonu hastanın hayatta kalımını sağlar fakat bununla birlikte enfeksiyon,akut rejeksiyon gibi çeşitli komplikasyonlara da sebep olabilmektedir.Postoperatif hemşirelik bakımının; komplikasyonların önlenmesinde ve mortalite/morbidite oranının düşürülmesinde önemi büyüktür.

Olgu Sunumu

9 yaşındaki hasta bir yıldır devam eden göğüs ağrısı ve eforla ortaya çıkan epigastrik bölgede ağrı şikayetiyle dış merkeze başvurmuştur.Yapılan muayenesinde üfürüm,EKO'da dilate kardiyomiyopati,3.derece mitral yetmezlik ve pulmoner hipertansiyon saptanmıştır.Dış merkezde bir haftalık tedavisinden sonra hasta kendi isteğiyle HÜTF'ne başvurmuştur.Hastaneye yatışı yapıldıktan sonra hipotansif seyretmesi üzerine hastanın servisten yoğun bakıma transferi yapılmıştır.Hasta inotrop ilaçlarla desteklenip, transplantasyon listesine alınmıştır.Hastanın genel durumunun bozulması nedeniyle Ventriküler Asist Device(VAD) takılmıştır.Ameliyattan sonra hasta yoğun bakım ünitesine entübe,inotrop ilaçlarla kabul edilmiştir.Postoperatif 5.gününde extübe edilmiş,inotrop ilaçlar kapatılmıştır.Postoperatif 7.gününde uygun donör bulunması üzerine hastaya kalp transplantasyonu yapılmış,ameliyat sonrası hasta yoğun bakım ünitesine entübe,inotrop ilaçlar,100 atım/dk external pacemaker ve ekstrakorporeal membran oksijenasyonu (ECMO) desteğiyle kabul edilmiştir.Hasta postoperatif 3.gününde ameliyathanede ECMO desteğinden ayrılmış ve internal pacemaker(120 atım/dk) takılmıştır.Postoperatif 5.gününde extübe edilmiş ve aynı gün inotrop ilaçları da kapatılmıştır.Postoperatif 4.gününden itibaren bir aylık süreçte aralıklı olarak gerçekleşen ve en uzunu bir dakika süren jeneralize nöbetleri olmuştur.MRG sonucunda posterior reversibl ensefelopati sendromu(PRES) tanısını almıştır.Nöroloji takibinde değişen medikal tedavilerle yaklaşık bir aylık süreçten sonra nöbet görülmemiştir.Postoperatif 53.gününde yoğun bakımdan servise transferi yapılıp 66.gününde hasta taburcu edilmiştir.Hastanın yatış sürecinde immünsüpresif tedavi almasına ve cerrahi girişimlere yönelik enfeksiyon riski bulunduğu için aseptik ilkelere dikkat edilmiş,hasta enfeksiyon bulguları açısından gözlenmiştir.Konvülsiyon nedeniyle duyusal algılama bozukluğu riskine yönelik hastaya iki saatte bir nörolojik değerlendirme yapılmıştır.Akut rejeksiyon riskine yönelik olarak hasta hipertermi,aritmi,juguler venöz dolgunluk belirtileri açısından değerlendirilmiştir.

Sonuç

Büyük cerrahi girişimlerin uygulandığı hastamız postoperatif dönemde gelişebilecek komplikasyonlar açısından değerlendirilmiş ve gerekli önlemler alınmıştır.Kalp transplantasyonu sonrası komplikasyonları önlemek,hastanın hastanede yatış süresini kısaltmak,yaşam kalitesini arttırmak için hemşirelik bakımı çok önemli bir yere sahiptir.

Anahtar Kelimeler: hemşirelik bakımı,kalp transplantasyonu,komplikasyon

Poster Sunumlar

Genel Yoğun Bakım / Reanimasyon

ARAÇ DIŞI TRAFİK KAZASI SONUCU AKUT EPİDURAL KANAMA GELİŞEN BİR OLGUNUN YAŞAM MODELİ DOĞRULTUSUNDA BAKIMI

Sibel Biçim, Bahire Ulus

Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul

Travmatik kafaiçi kanamalar, orta ve ağır kafa travmalarının komplikasyonu olarak görülür. Travmaya bağlı kafa içi kanamalar erkeklerde ve çocuklarda daha fazla görülmektedir. Kafa içi kanamalar genellikle Akut Epidural Kanama (E.D.H.) olarak kendini göstermektedir. E.D.H'ların yaklaşık % 60'ının 20 yaşın altında, özellikle trafik kazası geçirmiş erkeklerde görüldüğü bildirilmektedir. Akut E.D.H'nin yavaş gelişebileceği, bilinç kaybı ya da bulanıklığı, hemiparezi ve anizokori gibi sık görülen semptomların her zaman görülmeyebileceği göz önünde tutulmalıdır. Kafa içi kanamalarının tedavi başarısı hastanın ameliyat öncesi nörolojik durumuyla yakından ilişkilidir.

Bu yazıda, madde bağımlısı (bonzai-jamaıkan) ve E.D.H. nedeniyle kliniğe yatırılan 33 yaşındaki erkek hasta olgusu incelenmiştir. Roper, Logan, Tierney'in Yaşam Modeli'ne göre değerlendirilmiş ve standart hemşirelik girişimleri uygulanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Akut Epidural Kanama, Madde Bağımlılığı (Bonzai), yaşam modeli, Hemşirelik bakımı

Poster Sunumlar

Genel Yoğun Bakım / Reanimasyon

ROSC Sonrası Kardiyopulmoner & Nörolojik Tedavi ve Bakım Örneği

Nurgül Arpag, Tuğba Erbir, Edip Hösük

Kolan International Hospital

ROSC (Return of spontaneous circulation) yakalanan hastalarda tedavi kardiyopulmoner ve nörolojik desteği içermelidir. Terapötik hipotermi ve perkutan koroner girişimler (PCI) endike olduklarında uygulanmalıdır.

52 yaşında erkek, 30 dakika başka bir kurumda CPR uygulanarak, AMI tanısı ile, entübe olarak kurumumuza sevk edilmiştir. Pupiller izokorik +3/+3, ışık refleksi ve kornea refleksi mevcuttur.Akut Anterior Myokard Enfarktüsü bulguları ile uyumlu Q ve ST dalgalarında çökme ve bozulma ile sinüs ritmindedir. Tansiyon 80 / 40 mmmHg, Ateş 35,7 0C, pH 7,13'dür. pCO2 63,4 mmHg, pO2 81, 4 mmHg' dır. Kan grubu B Rh (+) olan hastanın APTT si 47,7 sn, PT ' si 16,4 sn ' dir. CK-MB 129 'dur. ALT 200, Albümin 3,87, ALP 119, AST 383, Total Bilirubin 0,90, Direct Bilirubin 0,31, CRP 4,74, Üre 35,50, Kolesterol 168, Kreatinin 0,92, LDH 816, Potasyum 4,73, Serum Protein 5,94, Sodyum 138, Trigliserid 56'dır. Troponin I 2,6 ' dır.Acil Koroner Angiografi planlanlanarak LAD ve RCA 'ya stent yerleştirildi.YB ünitesine alınan hastaya 48 saat sürmesi planlanan hipotermi uygulaması için sol femoral venden 14 F soğutma kaflı kateter yerleştirildi. Dokuzuncu gününde,bilinç açık, koopere, genel durumu orta, hemodinamisi stabil. Oral beslenir durumda, spontan solunumda, nazalle ile 2lt/ dk dan oksijen alırken SP02 % 98- 100,dinlemekle bilateral solunum sesleri doğal.Novosef+ampisid devam edilirken, ateş olmaksızın, kardiyak enzimler normal. TA: 120/80 mmHg, angina yok, P: SO2 % 93, troponin gerilemekteyken servise taburcu edildi. Hasta, Score 1 e uyumlu; çalışma ve normal gündelik yaşamına tekrar geri dönecek derecede motor ve zihinsel kapasiteye sahip ancak minör psikolojik sorunlar kapsamında eskiye oranla daha tahammülsüz olarak taburcu edildi.

Anahtar Kelimeler: ROSC, Terapötik Hipotermi, Cerebral Performance Category (CPC score)

Poster Sunumlar

Genel Yoğun Bakım / Reanimasyon

İnflüenza (H1N1) Pnömonisi, ARDS ve ECMO Cihazına Bağlı Hasta Takibi: Olgo Sunumu

Hatice Işik

1.Prof.Dr.A.İlhan Özdemir Devlet Hastanesi,Genel Yoğun Bakım Ünitesi,Giresun

GİRİŞ: Enflüenza (H1N1) virüsü genel olarak insanlarda ateş, öksürük, boğaz ağrısı, baş ağrısı ve halsizliğe, nadir olarak da solunum yetmezliği ve pnömoniye neden olur.

OLGU: 42 yaşında bayan hasta, öksürük, boğaz ağrısı, halsizlik, eklem ağrıları şikayeti ile ayaktan tedavi alırken, 5. gün gelişen dispne şikayeti ile acil servisimize başvurmuştur. Thoraks tomografisinde her iki akciğer parankiminde yaygın yamalı buzlu cam görünümleri (nonspesifik enfeksiyon) nedeniyle enfeksiyon hastalıkları servisine yatışı yapılıp, antibiyotik ve antiviral tedavi başlanmıştır. İlerleyen saatlerde hastanın solunum sıkıntısının artması, SpO2:%80, kan gazı değerlerinde oksijen seviyesinin düşmesi, nedeniyle yoğun bakım ünitesi (YBÜ) izolasyon odasına alınmıştır. Non- invaziv mekanik ventilasyon uygulanmıştır. Kan gazı değerleri ve solunumu düzelmeyen hasta, YBÜ yatışından 6 saat sonra entübe edilerek mekanik ventilasyona (MV) bağlanmıştır. Düşük tidal volüm ve yüksek PEEP (Positive End Expiratory Pressure) uygulamasına yanıt vermeyen hastaya recruetment manevrası uygulanarak, uygun PEEP değerinde, SpO2: % 90 ve üzerinde tutulması amaçlanmıştır. SpO2:%88 olması sebebi ile MV'nin üçüncü gününde SpO2:%90'nın üzerine çıkarılamamasından dolayı, ARSD (Akut respiratuar distres sendromu) gelişen hastaya, femoral ve juguler kateterizasyon yapılarak veno-venöz ECMO (ekstrakorporeal membran oksijenasyonu) cihazına bağlanmıştır. İnflüenza (H1N1) virüsü tanısı için gönderilen sürüntü örneği sonucu, H1N1 pozitif geldiği için Tamiflu dozu artırılıp, prednolizon tedavisi eklenmiştir. 7 gün boyunca ecmo ve mekanik ventilasyon ile hasta takip edilmiştir. Kangazında değerlerin düzelmesi ve SpO2:%100 olmasıyla ecmo cihazından çıkarılmıştır. Aynı gün hastanın sedasyonu azaltılarak kesilip, ekstübe edilmiştir.

Bası yarası, sağ el de gelişen dolaşım bozukluğu sebebi ile fasyatomi açılmasına ve VAC (vacuum assisted closure) uygulamasına yönelik hemşirelik girişimleri yapılmıştır. Spontan solunumu oda havasında takip edilen hasta 22. gününde servise transferi yapılmıştır.

SONUÇ: İnflüenza (H1N1) virüsü; pnomoni, solunum yetmezliği,ARDS ve ölüme neden olabilir. Yoğunbakım ünitelerinde hemşirelik bakım ve uygulamaları,oluşabilecek komplikasyonların önlenmesinde önemli bir rol oynar ve hastanın yaşam kaitesini arttırır.

Anahtar Kelimeler: ECMO,H1N1, Mekanik Ventilasyon, Yoğun Bakım Ünitesi

Poster Sunumlar

Genel Yoğun Bakım / Reanimasyon

Non İnvaziv Mekanik Ventilasyon; Doğruları ve Yanlışları

Nurten Hacioğlu, Gülhan Yılmaz, Ebru Kıraner, Berrin Tunalı

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Anesteziyoloji Ana Bilim Dalı, Reanimasyon, İstanbul.

GİRİŞ: Non-İnvaziv Mekanik Ventilasyon (NIMV) tüp veya kanül kullanılmayan mekanik ventilasyondur (MV). İnvaziv ve noninvaziv MV arasındaki temel fark, NIMV'da maske kullanılmasıdır. Akut solunum yetmezliği gelişen hastalarda NIMV'un kullanımı son yıllarda hızla yaygınlaşmıştır.

KOAH'da, kardiyojenik pulmoner ödemli hastalarda ve invaziv MV'dan ayırma başarısız olduğunda önemli yararlar sağlar. NIMV; acilde, yoğun bakımda, ara yoğun bakımlarda ve hatta izlemi yapılabilecek ise servislerde de uygulanabilir. NIMV'nun başarısı hastanın uyumuna bağlıdır. Hastanın rahatlatılması, yapılan işlemlerle ilgili bilgilendirilmesi, alınan karara katılımının sağlanması gereklidir.

Uygulama Prokolü

1- Güvenlik açısından; hastanın takibinin yapılabileceği bir yerde olması, acil hava yolu malzemelerinin hazır olması şarttır.

2- Hastaya en uygun maske seçilmelidir (nazal, oronazal, tam yüz ya da helmet)

3- Uygun cihaz (ventilatör) seçilmelidir (en iyi cihaz en çok bildiğimiz cihazdır)

4- Cihaz ve Maskeye uygun devre seçilmelidir

5- Yatak başı 30-45derece kaldırılır

6-Maske, ventilatör ve devre birbirlerine bağlanıp, ventilatör çalıştırılır

7-Hastanın uyumunun artması için başlangıçta maskenin elle hastanın yüzüne tutulup, daha sonra yerleştirilmesi başarıyı arttırır. Başlık bantlarının birbirine paralel olması ve bantlar ile yüz arasına 2 parmak sokulabilmesi gereklidir

8- Spontan modda, düşük basınç ya da volümde sınırlı olarak ventilasyona başlanır

9- Hasta tolere ettikçe inspirasyon basıncı ya da tidal volüm arttırılır. Nefes darlığının azalması, solunum sayısının azalması, tidal volümün artması ve hasta-ventilatör uyumu kontrol edilir.

10- SPO2'yi %90'ın üzerinde tutacak şekilde O2 verilir.

11-Hava kaçağı kontrol edilir.

12-Arter kan gazı ilk 1-2 saatte kontrol edildikten sonra, gerektikçe tekrarlanmalıdır.

İlk birkaç saat yakın gözlem şarttır. Maskeler NIMV'nun başarısının en önemli etkenidir. Ülserasyonları engellemek için maske tipleri değiştirilerek basınç noktalarının farklı olması sağlanmalıdır. Bulantı ve kusması olan, gastrik distansiyon gelişen hastalar dışında gastrik sonda takılması şart değildir.

SONUÇ: NIMV desteği uygulamaları son yıllarda hızla gelişme göstermiştir. Çalışmalar genellikle prognoz üzerindeki etkisinin araştırılması üzerinedir. Bilgi, deneyimle kaliteli hemşirelik bakımı doğrultusunda NIMV uygulanan hastalarda yüz güldürücü sonuçlar elde edilecektir.

Anahtar Kelimeler: Bakım, Hemşirelik, Noninvaziv Mekanik Ventilasyon

Poster Sunumlar

Genel Yoğun Bakım / Reanimasyon

Bakım Mendilleri Bariyer Krem ve Film Sprey Paket Uygulaması

Ebru Kıraner, Berrin Tunalı, Nurten Hacıoğlu, Gülhan Yılmaz

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş-AMAÇ: Çalışma şubat 2015'te gerçekleştirilmiş, Ocak ayında planlamaya ilişkin iki toplantı gerçekleştirilmiş, ürünler hakkında bilgi alınmış, veri toplama formu oluşturulmuştur. Çalışmada; İnkontinans Alakalı Dermatit (İAD) ve Basınç Yarası oluşumunu önlemek, inkontinans ve genel vücut temizliğinde cilt durumlarındaki değişiklikleri değerlendirmek amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM: Basınç yarası riskini değerlendirmek için Braden Risk Değerlendirme Skalası kullanılmış, çalışmaya o gün yatmakta olan 11 hasta dahil edilmiş, 9 hastada IAD ve Basınç Yarası tespit edilmemiştir. 1 hasta sakrumda eski skar dokusu üzerinde cilt enfeksiyonu ile, diğer hasta ise geniş alanda "Derin Doku Hasarı" ile çalışmaya alınmıştır. Hastalarda üretral sonda ve fekal inkontinans mevcuttur. Hastaların önceki, temizleme prosedürü Klorheksidin içeren temizleme mendilleridir. Oluşturulan form ile hastaların verileri; pozisyon sıklığı ve cildin durumu her gün kayıt edilmiştir. Cilt temizliği mendiller ile yapıldıktan sonra, yara olmayan riskli bölgelere bariyer krem, yara olan bölgelere de film sprey uygulandı. Hastalar hava bölmeli alterne basınçlı havalı şilte üzerinde yatmışlardır.

BULGULAR: 1 Aylık izlem planlanan çalışmada en uzun hasta takibimiz 24 gün sürmüş, izlem hastaların transfer olması ya da ex olması nedeniyle sonlandırılmıştır. 9 hastada IAD ve Basınç Yarası gelişmemiştir. 1 hasta sakrumda daha önceki basınç yarası skar dokusu üzerinde gelişmiş olan Cilt Enfeksiyonu ile çalışmaya alınmış. Çalışmanın 13. gününde cilt enfeksiyonu tamamen iyileşmiştir. Eski yaranın skar dokusu üzerinde hafif bir kızarıklık kalmıştır. Diğer hasta ise Geniş alanda "Derin Doku Hasarı" ile çalışmaya alınmış. Günde 5 ve üzeri sayıda diyaresi olmasına, hemofiltrasyon nedeniyle pozisyonlamada aksaklıklar olmasına, beslenmenin ve hastanın genel durumunun ciddi şekilde (APACHE II = 24) bozulmasına rağmen başlangıca göre daha küçük alanda hasarlı cilt ile yoğun bakımda 24. günü tamamlamıştır.

SONUÇ: İzlediğimiz 11 hastanın tamamında İAD ve Basınç Yarası oluşmamış, uygulamayı deneyen hemşireler; hasta cilt durumunu, mendilin malzemesini, perine bölge temizliğini daha iyi olarak değerlendirmişlerdir. Bu paket uygulamasını diğer hemşirelere önerir misiniz, sorusuna çalışmaya dahil olan tüm hemşireler evet yanıtını vermişlerdir.

Anahtar Kelimeler: İnkontinans alakalı dermatit, basınç yarası, bakım

Poster Sunumlar

Genel Yoğun Bakım / Reanimasyon

Yoğun Bakımlarda İnkontinans Alakalı Dermatit ile Mücadele: Olgu Sunumu

Hatice Küçüker, Sırma Gül Koçsoy, Esma Çelik

Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Reanimasyon Yoğun Bakım Kliniği,İzmir

AMAÇ: Fekal inkontinans yoğun bakım ünitelerinde %17-68 arasında gözlemlenmektedir.Bu durumun hastalarda sıvı elektrolit kaybına,perianal dermatite,basınç yaralarının oluşumuna,enfeksiyonlara, kontaminasyonlara,hemşire iş yükünün artışına,hastanede kalış süresinin artışına ve hasta bakım maliyetlerinde artışa neden olduğu bilinmektedir. Özellikle İnkontinans Alakalı Dermatit(İAD), önemli bir sorun olup, yoğun bakım ünitelerinde basınç yarası oluşumunu tetiklemektedir. Bu nedenle fekal inkontinans alakalı dermatit gelişen hasta yönetimi ile ilgili deneyimimiz sunulmuştur.

OLGU: Reanimasyon Yoğun Bakım Kliniğinde yatan M.T. 23 yaşında bayan hasta. Günlük 7'den fazla fekal inkontinans sonrası 5.günde kızarıklık ile başlayan ve 7.günde şiddetli eriteme dönen cilt gözlendi. Mevcut temizleme mendili kullanılan hastada 3'ü bir arada mendil ve Bariyer Sprey kullanımına geçildi. Her defekasyon sonrası kullanıldı. 2. gün eritem sınırlamaya başladı. Aynı bakım ile devam edilerek 7.günde cilt hasarında gerileme izlendi. 4.güne kadar fekal inkontinans 5 ve üzeri idi. 9.günden itibaren normal deri gözlemlendiği için hastanemizdeki mevcut mendil ve bariyer krem ile bakıma devam kararı alındı.

SONUÇ: İnkontinans Alakalı Dermatitin yönetimi uygun bir deri bakımı ile mümkündür. 1-2 gün içinde derinin durumunda gözle görülür düzelme, 1-2 haftada da tam anlamıyla düzelme görülmelidir.Temizleme-Koruma-Onarma şeklinde tasarlanmış inkontinans bakım mendilleri, uygulama aşamalarının sayısını azaltmak,bakımı basitleştirmek,kısa sürede iyileştirme-onarma konusundaki başarısı,hemşirenin zamanından tasarruf açısından avantajlı görülmüştür.

KAYNAKLAR: Beitz 2006,Bliss ve ark. 2001,Driver 2007, Dimitri Beeckman(Küresel İAD Paneli)

Anahtar Kelimeler: Fekal İnkontinans, İnkontinans Alakalı Dermatit, Üçü bir arada Mendil

Poster Sunumlar

Genel Yoğun Bakım / Reanimasyon

Yoğun Bakımda Anüse Yakın Basınç Yaralarında Kapalı Bağırsak Tahliye Sisteminin Kullanımı: Olgu Sunumu

Nimet Şenoğlu, Hatice Küçüker, Derya Akyazı

Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Reanimasyon Yoğun Bakım Kliniği,İzmir

AMAÇ: Basınç Yaraları hastanede kalış süresini uzatan ve tedavi gideri yüksek olan bir sağlık sorunudur. Özellikle anüse yakın ileri evre basınç yaralarında gaita kontaminasyonu yara iyileşmesini olumsuz yönde etkilemektedir.Kontaminasyon enfeksiyon oluşumuna yol açarak morbidite ve mortalitede artışa neden olmaktadır.Bu olgu sunumunda anüse yakın bir basınç yarasına uygulanan Negatif Basınçlı Yara Pansumanı sırasında fekal kontaminasyonu önlemek için uyguladığımız Kapalı Bağırsak Tahliye Sistemi ile ilgili deneyimimiz sunulmuştur.

OLGU: Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesine dış merkezden sevkli gelen Y.K. 16 yaşında erkek hasta. Gelişinde mevcut,Sol Gluteal alanda, traksiyon cihazına bağlı oluştuğu belirtilen, 7*20cm boyutlarında,tam kat nekroze yara Plastik Cerrahi tarafından debride edildi. Debridman sonrası Negatif Basınçlı Yara Kapama Sistemi başlandı. Günaşırı değişimi planlandı. Ancak yaranın anüse yakınlığı ve hastanın enteral beslenme solüsyonlarına bağlı diyare olması nedeniyle pansumanı sık sık kirlenerek kendiliğinden açılmış ve kontrol edilemeyen gaita kontaminasyonu meydana gelmiştir.Negatif Basınçlı Yara Pansumanının yeterli süre yara üzerinde kalmasını sağlamak ve gaita bulaşını önlemek amacıyla hastaya Flexi-Seal Signal kapalı bağırsak tahliye sistemi uygulanmıştır. Bu sistem ile yara tamamen gaita bulaşından korunmuştur. Ek olarak Negatif Basınçlı Yara Pansumanının yara üzerinde yeterli süre kalabilmesi sağlanabilmiştir.

SONUÇ: İleri evre basınç ülserleri uzun bir tedavi süreci gerektirir. Bu süreçte yara iyileşmesini olumsuz etkileyen etkenlerden birisi de gaita kontaminasyonudur. Anüse yakın bölgelerdeki yaralarda,uygun şartlar oluşturularak,sıvı kıvamlı gaita çıkışı sağlanarak Kapalı Bağırsak Tahliye Sistemi maksimum 29 gün süre ile kullanılabilir.Planlanan yara pansumanı da uygulanabilir ve olumlu sonuçlar alınablir.

KAYNAKLAR: Roberts K,Simith Cf,Padmanabhan,ConvaTec inc.

Anahtar Kelimeler: Basınç yarası, Kapalı bağırsak tahliye sistemi, Negatif basınçlı yara pansumanı

Poster Sunumlar

Genel Yoğun Bakım / Reanimasyon

Bası Yarası Tedavisinde Gümüş Sülfadiazin İçeren Krem Kullanımı

Hatice Deveci, Fikriye Polat, Rukiye Kutlubay, Deniz Erdem, Belgin Akan

ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

GİRİŞ: Bası yaraları; hastalık ve ölüm riskini artıran, hastanede kalış süresini uzatan ve tedavi gideri yüksek olan bir sağlık sorunudur. Yatan hastalarda daha sık olmakla beraber oturan veya basıya uğrayan her vücut bölgesinde gelişebilir.

Gümüş sülfadiazin kremleri dünyada en sık kullanılan topikal ajandır. Gümüş iyonları bir çok mikroorganizmanın solunum membranında iyon transport sistemini bozarak etkili olmaktadır. Gümüş sülfadiazinin kontaminasyona engel olduğu, epitelizasyonu hızlandırdığı ve yara kontraksiyonunu geciktirdiği bilinmektedir.

Bu yazıda daha önce bası yarası debride edilen, sonrasında gümüş sülfadiazin içeren krem tedavisiyle iyileşme gözlemlenen ve flep çevrilmeye hazır hale gelen bir olgu ile ilgili deneyimlerimiz sunulmuştur.

OLGU: Hematüri tanısıyla üroloji servisinde izlenen 65 yaşında kadın hasta genel durumunun bozulması üzerine hastanemiz Yoğun Bakım-1 kliniğine yatırıldı. Yakınlarından geçirilmiş sağ kalça protez operasyonu ve aterosklerotik kalp hastalığı olduğu öğrenildi. Son üç aydır hastanın yataktan kalkamadığı ve yara oluştuğu öğrenildi. Yapılan muayenesinde sakral bölgede 10x10cm çapında sakruma kadar ilerleyen bası yarası mevcuttu.Yara yeri debride edilerek farklı yerlerinden kültür alındı. Üreme olmadığı belirlendikten sonra yara bakımı amaçlı; antiseptik solüsyonla yıkandıktan sonra kavite; gümüş sülfadiazin içeren kremle doldurulduu ve kompresle kapatıldı. Sık pozisyon değişikliği yanında hastanın genel destek tedavisi sürdürüldü. Aralıklı olarak alınan yara yeri kültürlerinde üreme olmadı. 54 günlük tedavi sonrası kavitenin küçüldüğü (5x5cm) tespit edildi. Plastik cerrahi konsültasyonunda yaranın flep çevirme için uygun olduğu ancak yaşı ve yandaş hastalıkları nedeniyle bu tedavinin uygulanamayacağı belirtildi. Kavite doldurucu ürün kullanılması önerildi. Hasta yatışının 60.gününde kalp yetmezliği ve gelişen akut böbrek yetmezliği sonucunda kaybedildi.

SONUÇ: Morbitide ve mortalitenin önemli nedeni olan hastanede kalış süresini önemli ölçüde artıran bası yaralarında kullanılan gümüs sülfadiazin içine girdiği kaviteyi ve yaraları rejenere eder. Maliyeti düşüktür. İzlediğimiz bu olguda da gördüğümüz gibi; gümüş sülfadiazin ile bası yarası tedavisinin enfekte olmayan yaralarda öncelikli tercih edilebileceğini, granülasyon dokusu oluşumunu hızlandırarak uzun dönem yara bakımında yararlı olabileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Gümüş sülfadiazin,bası yarası,yara bakımı

Poster Sunumlar

Genel Yoğun Bakım / Reanimasyon

Bir Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşire Sayısı İle Bası Yarası Oluşum Oranı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Selbi Yıldız, Ecehan Yenici, Hatice Çakmakcı, Merve Kaşıkçı

Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Bası yaraları, vücudun özellikle kemik çıkıntılarının bulunduğu bölgelerde uzun süreli ya da tekrarlayan basılara bağlı olarak o bölgede dolaşımın bozulması sonucu ortaya çıkan nekroz ve ülserasyonlardır. Hastane içinde insidansı %10-23 arasında iken, yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) bu oran %56'ya kadar çıkmaktadır (1). Bası yarasının gelişimine katkıda bulunan nedenler arasında yatak pozisyonlamasının yapılmaması, derinin nemli kalması, hemoglobin ve albümin değerlerinin normal değerlerin altında olması sayılabilir (2). Hemşirenin öncelikli rolü, bası yarası risk değerlendirme ölçekleri kullanarak risk altındaki bireyleri değerlendirerek, bası yaralarına neden olan faktörleri ortadan kaldırmaya yönelik önlemleri almak, deri bütünlüğünü korumak, sürdürmek ve yara gelişimini önlemektir (3).

AMAÇ: Bu çalışmanın amacı Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Erişkin Yoğun Bakım Ünitesi'nde hemşire sayısı ile bası yarası oluşumu arasında ilişki olup olmadığını incelemektir.

YÖNTEM: 01.01.2014-31.12.2015 tarihleri arasında Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Erişkin YBÜ'de yatan hastaların bası yarası oranları, bası yarası oluşum zamanı ve oluşan bölgeler ile aynı tarihlerde aylık çalışan hemşire sayısı verileri SPSS 22.0 paket programı ile değerlendirilmiştir.

BULGULAR: 01.01.2014-31.12.2015 tarihleri arasında erişkin YBÜ'nde toplam 2186 hasta yatmıştır. Bası yarası oluşan hasta sayısı 103 ve yatan hastalarda ortalama bası yarası oranı 4,92±2,68'di. Oluşan bası yaralarının %50,0'si 8-15 gün arasında, %95,8'si sakrumda, %50,0'si sağ ve sol topukta, %33,3'ü sağ gluteal bölgede gelişmiştir.

Aylık çalışan hemşire sayısı min.23 ve max. 33 olup ortalama 26,8±3,07'dir. Yapılan araştırma sonucunda bası yarası oranının çalışan hemşire sayısı değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan non-parametrik Mann Whitney-U Testi sonucunda, gruplar arasında 30 yaş ve üzeri çalışan hemşire sayısı lehine istatistiksel açıdan p=0.044 düzeyinde anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

SONUÇ: Yoğun bakım ünitesinde, çalışan hemşire sayısı arttıkça bası yarası oluşum oranı azalmaktadır.

Anahtar Kelimeler: yoğun bakım ünitesi, hemşire, bası yarası

Poster Sunumlar

Genel Yoğun Bakım / Reanimasyon

Erişkin Yoğun Bakım Ünitesi'nde Santral Venöz Kateter Takılma İşlemi İçin Oluşturulan Steril Setin CVP İşlem Sırasındaki Etkililiğinin Ölçülmesi

Selbi Yıldız, İlkay Ordu Balık, Ecehan Yenici, Hatice Çakmakcı

Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Özellikle anestezi ve yoğun bakım ünitelerinde pek çok amaç için sıklıkla kullanılmaktadır. Hastaneye yatan hastaların %6'sında santral venöz kateter (CVP) kullanım gereksinimi olduğu belirtilmektedir (1). CVP takılma işleminde ilk ve en önemli önlem el hijyenin sağlanmasıdır.(2). Kateter takılması sırasında steril şartlara azami ölçüde uyulması, kateter takılma girişiminin başlatılacağı yerin özenle hazırlanması, kateteri yerleştirme rehberlerindeki gerekliliklerin yerine getirilmesi gibi şartların zorunluluğu bir çok çalışmada detaylı belirtilmiştir (3).

AMAÇ: Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Erişkin Yoğun Bakım Ünitesi (YBÜ)'nde santral venöz kateter takılma işlemi için oluşturulan steril setin CVP işlem sırasındaki etkililiğinin ölçülmesi amacıyla yapılmıştır.

YÖNTEM: 2015 yılında Erişkin YBÜ'nde CVP kateter takılması için gerekli olan steril malzemeler (box gömleği, tek kullanımlık delikli örtü ve el kurulama bezi) ayrı ayrı steril edilmekte ve işlem öncesi 3 farklı yerden temin edilip kullanılmaktaydı. 57 hastada CVP takılması işleminde YBÜ sorumlu hemşiresi tarafından yapılan gözlemde uyumluluk değerlendirilmiş ve uyumluluğun arttırılması için bu malzemelerin bir pakette toplanmasına karar verilmiştir. Oluşturulan steril set kullanılmaya başlandıktan sonra 57 hastada CVP takılması işlemi yine aynı kişi tarafından gözlemlenmiş ve kaydedilmiştir. Malzemelerden herhangi birinin kullanılmadığı işlem "uyum yoktur" (steril giyime uyulmamıştır) şeklinde değerlendirilmiştir.

Elde edilen veriler SPSS 22.0 paket program ile değerlendirilmiştir.

BULGULAR: Steril set oluşturulmadan once gözlemlenen 57 hastada CVP takılma işleminde tam anlamı ile steril malzeme kullanılan işlem %5,9 (7)'du. Steril set oluşturulduktan sonra gözlemlenen 57 hastada CVP takılma işleminde tam anlamı ile steril malzeme kullanılan işlem %82,5 (n=47)'dir.

Oluşturulan steril setin etkili olup olmadığını değerlendirmek amacı ile yapılan Ki-Kare testi -- Mc Nemar Testi sonucunda, oluşturulan steril setin etkili olduğu, CVP takılması işleminde steril malzeme kullanımında tam uyumun arttığı tespit edilmiştir (p=0,000).

SONUÇ: CVP takılma işlemi için oluşturulan box gömleği, tek kullanımlık delikli örtü ve el kurulama bezinden oluşan steril set CVP takılma işleminde steril malzeme kullanımında etkili olmuş ve uyumu arttırmıştır.

Anahtar Kelimeler: CVP kateter, sterilizasyon, steril set

Poster Sunumlar

Genel Yoğun Bakım / Reanimasyon

Yoğun Bakım Hastalarında Ağrı Yönetiminde Kullanılan Tamamlayıcı Tedaviler

Hülya Fırat Kılıç, Sinem Dağ

Doğu Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Gazimağusa KKTC

GİRİŞ: Yoğun bakım ünitelerinde son yıllarda ileri teknoloji kullanılarak hastaların klinik sonuçlarında belirgin iyileşme sağlayan tedavi ve bakım uygulamaları gerçekleştirilmektedir. Ancak, bu uygulamalar yoğun bakım hastalarının ağrı yaşamalarına neden olmaktadır. Hastaların deneyimlediği ağrının kontrol altına alınması için bir takım farmakolojik girişimler uygulanmaktadır. Farmakolojik girişimlerin kullanılmadığı ya da etkilerinin yetersiz kaldığı durumlarda ise sağlık profesyonelleri tarafından ağrı kontrolünde tamamlayıcı tedaviler de kullanılmaktadır.

Ağrı yoğun bakım ünitelerinde yaygın olarak yaşanan bir sorundur. Yapılan çalışmalar ile yoğun bakım ünitelerinde hastaların %44-69 oranında ağrı deneyimlediği ve hastalarının %14.9'unun ağrılarının azaltılmasına yönelik gerçekleştirilen ağrı yönetiminden memnun olmadıkları belirlenmiştir. Ağrının giderilmesine yönelik alınan önlemlerin ise son derece yetersiz olduğu ve hastaların büyük bir kısmının ağrısının geçirilmediği, ağrı nedeniyle yaşam kalitelerinin düştüğü, hastanede kalış süresinin uzadığı ve mortalite oranının arttığı belirtilmektedir.

Ağrının azaltılmasındaki ilerlemelere karşın, ağrı hastaların tamamında belirgin olarak yönetilememektedir. Bu durum hem hastaları hem de bakım verenleri ağrının yönetiminde farklı arayışlara yönlendirmiştir. Bu nedenle tamamlayıcı tedaviler kullanılmaya başlanmıştır. Tamamlayıcı tedaviler çok uzun süredir mevcut olup tüm dünya da giderek yaygınlaşmakta dır. Modern ve bilimsel tedaviler dışındaki tedavilerin birçoğu Dünya Sağlık Örgütü tarafından tamamlayıcı uygulamalar olarak ifade edilir.

Hemşirelerin doğrudan uygulamaya dahil edebildikleri tamamlayıcı tedaviler arasında masaj, müzik terapi, refleksoloji, aromaterapi ve terapötik dokunma yer almaktadır. Masaj hemşirelik uygulamasında en yaygın olarak kullanılan tamamlayıcı tedavidir. Yapılan çalışmalarda masajın ve müzik terapini ağrı düzeyini azalttığı saptanmıştır. Hemşireler tarafından yaygın olarak kullanılan ikinci bir tamamlayıcı uygulama da Aromaterapidir. Aromaterapinin ağrı ve anksiyeteyi azalttığı çalışmalarla gösterilmiştir.

SONUÇ: Sonuç olarak tamamlayıcı tedavilerin sağlık bakım profesyonelleri arasında kullanımı giderek yaygınlaşmaktadır. Hemşireler yoğun bakım hastalarında ağrıyı kontrol altına almak için hasta bakımında tamamlayıcı tedavilere de yer vermelidir. Hemşireler, ağrı kontrolünde tamamlayıcı tedavi yöntemlerinin kullanımına ilişkin hemşirelik uygulamalarını geliştirmeli, etkin stratejiler belirlemeli, hastanın kişisel değerlerini dikkate alarak kullanılan tamamlayıcı tedavi yöntemlerinin etkilerini değerlendirmelidir.

Anahtar Kelimeler: Ağrı, Tamamlayıcı Tedaviler, Yoğun Bakım

Poster Sunumlar

Genel Yoğun Bakım / Reanimasyon

Sağlık kurumlarında yoğun bakım süreçleri

Hülya Savaş, Gökçe Öztürk, Gülperi Varol, Birgül Akçin, Medine Ardıç

Sağlık Bakanlığı

Sağlık Kurumlarında Yoğunbakım Süreçleri

Hülya Savaş1, Gökçe Öztürk2, Gülperi Varol3, Birgül Akçın4, Medine Ardıç5

Bir kurumun sürekli gelişebilmesi, hizmetlerinin daha verimli ve etkili bir düzeye gelebilmesi için süreçlerin iyi yönetilebilmesi temel şartlardandır.Bu nedenle birçok yönetim modelinde Süreç Yönetiminin üzerinde büyük bir önemle durulmaktadır.

Sağlık sektörünün temel kurumlarından olan hastaneler, sürdürülebilirlik ve rekabet gücü sağlama ve hastaların, sağlık personelinin ve paydaşların ihtiyaçlarına daha iyi yanıt verebilme düşüncesiyle yenilikçi olmak durumundadırlar.Bu düşünceden hareketle son on yılda toplam kalite yönetiminin sağlık sektörü ve hastaneler için önemi daha fazla gündeme gelmiş, sağlık sektörünün karmaşık yönetim yapısı ve hizmetlerine en uygun model arayışı başlamıştır. Sağlık sektörünün kaliteyi tanımlama ve kanıtlama gereksinimini en iyi karşılayacak model, mevcut sistemlerin güçlü yönlerini birleştiren, tanınacak ortak bir akreditasyon ya da sağlıkta kalite güvencesi sisteminin kurulması ile elde edilebilir. Tanı, tedavi ve bakım süreçleriyle birlikte, sağlık hizmetindeki tüm ana süreçlerin kalite ölçütlerini belirleyecek olan özgün bir model, sağlık alanında tek bir dilden konuşma, yarışma ve iyileşme fırsatını sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Kalite Yönetimi, Sağlık Sektörü, Yoğunbakım Süreç Yönetimi

Poster Sunumlar

Yenidoğan ve Pediatri Yoğun Bakım

Ajite saline puşesi ve hasta başı ultrasonografisi ile malpozisyonun kesin tanısı: Olgu sunumu

Nurkan Gültekin1, Ayşe Betül Ergül1, Hasan Samsa1, Ümit Altuğ1, Yasemin Akıl2, Yasemin Altuner Torun3

1Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi, Kayseri

2Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Yara Bakım ve Stoma Ünitesi, Adana

3Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Kayseri

Giriş

Malpozisyon tespitinde SVK girişimi sonrası akciğer grafisi çekilmesi çoğu merkez tarafından kullanılsa da, son çalışmalarda hasta başı ultrasonografisi ile ekokardiyografik olarak SVK yerleşiminin değerlendirilmesinin daha güvenilir olduğu belirtilmiştir. Juguler bölgeden kateter girişimi sonrasında ultrasonografi ile malpozisyondan şüphelenilen ve takibinde arteriyel kateterizasyon olduğu tespit edilen hastamızı, malpozisyon tanısında direkt radyografinin yanıltıcı olabileceğine dikkati çekmek amacı ile sunduk.

Vaka

Epidermolizis büllosa tanısı ile takip edilen ve damar yolu temin edilemeyen 32 günlük hastaya sol juguler venden santral venöz kateter girişimi yapıldı. Ultrasonografi eşliğinde aseptik koşullar sağlanarak seldinger tekniği ile 4F, çift lümenli, tünelsiz kateter ile girişim yapıldı. Lineer ultrason probu kullanılarak ilk ponksiyonda kan aspirasyonu yapıldı, ancak kılavuz tel ilerletilirken iğnenin yerinden oynaması üzerine iğne çıkarılmadan ileri geri hareket ettirilerek tekrar kan aspire edildi. Kılavuz tel rahat olarak ilerletildi, kateter yerleştirildi. Her iki kateter yolundan kan aspire edildi, kateterden kan gazında pH: 7,35, pCO2: 40.6 mmHg, PO2: 53.7 mmHg idi. Ajite salin kullanılarak hasta başı ultrasonografi eşliğinde kateter yeri kontrol edildi. Ajite salin kateter yolundan puşe edildiğinde sağ atriyumda kontrastlanma tespit edilememesi üzerine malpozisyondan şüphelenildi. Posteroanterior akciğer grafisinde kateter sağ atriyumda olarak tespit edildi (Resim 1). Ultrasonografi ile tekrar ajite salin verildi. Kontrastlanmanın tespit edilememesi üzerine tekrar kan gazı alındı. Kontrol kan gazında pH: 7.34, pCO2: 40.3 mmHg, PO2: 92 mmHg olarak saptandı. Kateter malpozisyonu olduğu tespit edilerek kateter çıkarıldı.

Tartışma

Malpozisyondan tanısında gaydın ilerletilmesinde zorlanma, kateter linelarında kanın pulsasyonu, kan gazı analizinde arteriel kan ile uyumlu yüksek oksijen satürasyonu, akciğer grafisinde kateter ucunun farklı yerde gözlenmesi yardımcı olabilir. Kateterin doğru yerleşiminin tespiti için en etkili yöntem kateterden ajite salin puşe edilerek, hasta başı ultrasonografisi ile sağ atriyumda kontrastlanmanın görülmesidir, kontrastlanma görülmediğinde malposizyondan şüphelenilmelidir. Akciğer grafisi ile kateter malpozisyonun değerlendirilmesi bazı vakalarda malpozisyon tespitinde yetersiz kalmaktadır.

Anahtar Kelimeler: malpozisyon, pediyatri yoğun bakım, santral venöz kateter, ultrasonografi

Poster Sunumlar

Yoğun Bakımda Konfor

Yoğun Bakım Hastalarında Standart Enteral Nütrisyon İle Ümmünnütrisyonun Bası Yarası Üzerine Etkileri

Aslı Aygün, Ebru Yıldırım Tutkaç, Terlan Durak, Handan Değer Pala, Murad Özsoy

Özel Bağcılar Tekden Hastanesi Erişkin Yoğun Bakım Ünitesi, İstanbul

Giriş-Amaç

Bası yaraları yoğun bakım ünitelerinde(YBÜ) sık görülen, Morbidite ve mortaliteyi artıran, hastane yatış süresini uzatan, tedavi giderlerini yükselten bir sağlık sorunudur.(1) YBÜ'ne yatışı yapılan hastaların servise kabul edildiğinde, bası yarası riski "Braden Skalası Formu" ile değerlendirilir.(2) Bakım planı yapılır ve süreklilik sağlanır. Bu çalışmada YBÜ'ye yatan hastalarda standart enteral nütrisyon ile glutaminden zengin immünütrisyonun bası yarası oluşum riski üzerine etkilerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.(3)

Gereç-Yöntem

Çalışma 18 Ekim 2015 ve 11 Ocak 2016 tarihleri arasında Özel Bağcılar Tekden Hastanesi YBÜ'ne kabul edilen ve 72 saatten fazla süreyle takip edilen APHACHE II skoru 23 ve üstü 40 hasta dahil edilmiştir. Çalışmaya dahil edilen hastaların demografik verileri, klinik bulguları, albümin düzeylerinin benzer özellikte olmasına dikkat edilmiştir.

Hastalarımızın yaş ortalaması 71,22 olup yaş aralığı 63 ile 78 yaş dir. Hastaların %50'sine (n=20) standart enteralnütrisyon,%50'sine (n=20) de glutaminden zengin immünütrisyon uygulanmıştır. Hastaların mevcut kliniğine göre günlük kalori ihtiyacı hesaplanarak uygulanmıştır.

Bulgular

Çalışmaya dahil edilen 72 saatten uzun süreli YBÜ'de yatan ve APHACHE II skoru 23 ve üstü olan 13'ü erkek (Grup I: 6 kişi %30, Grup II: 7kişi %35) ve 27'si kadın (Grup I: 14 kişi %70, Grup II: 13kişi %65) olarak belirlenmiş ve gruplara ayrılmıştır. Grup I deki standart enteralnütrisyon ile beslenmesi sağlanan hastaların 7'sinde bası yarası (n=4 1. derece, n=3 2. derece), Grup II deki glutaminden zengin immünütrisyonunile beslenmesi sağlanan hastaların 3'de bası yarası (n=2 1. derece, n=1 2. derece)oluştuğu saptanmıştır.

Sonuç

YBÜ'de 72 saatten fazla takip edilen immobil hastaların bası yarasından korunması için risk skorlaması ve risk değerlendirilmesi yapıldıktan sonra gerekli önlemler alınmalı ve malnütrisyondan kaçınılmalı özellikle hipalbunemisi olan riskli hastalarda glutaminden zengin immünütrisyonun dan zengin enteral beslenme solüsyonlarının kullanılması öncelikle tercih edilmelidir. Ancak bu araştırmanın geniş tabanlı olarak yapılması, bizler daha sağlıklı bilgiler elde etmemizi sağlayacaktır.

Kaynaklar

1-Tenekeci H.Küçükkardalı Y, Top C, enteral risk assementstudy of the pressure ulsers in intersive care ünit patients.eur.J.intern.med 2003;20:394-7 (cross ref)

Yoğun Bakım Hastalarında Bası Yarası Gelişiminde Rol Oynayabilecek Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi.

Yoğun Bakım Derg.2013,4:9-12

2-Ersoy E.O, Öcal S,Öz A, Yılmaz P, Arsova B, Topal A

Yoğun Bakım Hastalarında Bası Yarası Gelişiminde Rol Oynayabilecek Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi.

Yoğun bakım derg. 2013;4:9

3- Shain ES, Dossen T,Halfens R, incidence prevention and treatment of pressureulcers in intensivecare patents; İnt J Nurs stud 2003;46:413-21(cross Ref)

Anahtar Kelimeler: yoğun bakım, nutrisyon, basınç yarası

Poster Sunumlar

Kardiyoloji Yoğun Bakım

Erişkinde kardiyopulmoner resüsitasyona bağlı kosta ve sternum Kırıkları

Sevda Türen, Necibe Uzun Morgül, Filiz Çetinkaya Işık, Rahime Atakoğlu

İstanbul Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.

Göğüs kompresyonu, kalbin sternumla omurga arasında sıkıştırılması olarak tanımlanabilir. Kardiyopulmoner resüsitasyon (KPR) esnasında intratorasik basıncın arttırılması ve hayati organlara kanın ulaşımının sağlanması açısından önemli bir yere sahiptir.(1)

KPR esnasında göğüs kompresyonuna bağlı en sık bildirilen komplikasyonlar, kosta ve sternum kırıklarıdır. Kırıklar sonucu oluşan parçalar kalp ve akciğere hasar vererek hemotoraks ve pnömotoraksa, çok nadir de olsa kardiyak rüptür ve karaciğer yaralanmasına yol açmaktadır.(2) KPR uygulama açısından yoğun kabul edilen hastanelerde yapılan post-mortem çalışmalarda (travmaların çalışma dışında tutulduğu) kosta ve sternum kırıklarındaki artışa dikkat çekmektedir. Kim ve ark.'nın yaptığı çalışmada 71 hastanın 22'sinde (%31) kosta ve sternum kırığı bildirilirken; 65 yaş ve üstü kişilerde, kadınlarda ve ortalama 15 dakikanın üzerinde KPR uygulanan hastalarda bu oranın daha yüksek olduğu vurgulanmıştır.(3) Hashimoto ve ark.'larının yaptığı çalışmada ise, 96 otopsi incelenmiş ve %52'sinde kosta kırığı saptanmıştır.(4) Yapılan diğer çalışmalar da bu sonuçlarla paralellik göstermektedir.(5,6)

Çalışmalar incelendiğinde; kırıkların sıklıkla sol anteriorda, 2. ve 7. kostalar arası değişmekle birlikte yüksek oranda (yaklaşık %90) 3. kostada olduğu tespit edilmiştir.(5-9)

Buschmann ve Tsokos'un yaptığı araştırmada; KPR oranlarının resüsitasyon kılavuzunda yer aldığı ölçüde yapılmasının komplikasyonları azalttığı belirtilmiştir.(7) 2015 CPR/ECC (resüsitasyon) kılavuzunda da; erişkin kardiyak arrestte dakikada 100-120 kompresyon uygulanması istenirken (sınıf IIa kanıt düzeyi C), bası derinliğinin 6cm'yi geçmemesi (sınıf I kanıt düzeyi C) (>6 cm ise yaralanma oranı %63) önerilmektedir.(10)

Sonuç olarak; literatürde yer alan KPR komplikasyonlarının yaklaşık %30-60'ının kosta ve sternum kırıklarından oluştuğu bildirilmektedir.(9) KPR esnasında el pozisyonu, kuvvet kullanımı, göğüs kompresyon yöntemi (el-cihaz), uygulayıcının eğitimi, KPR süresi ve hastaya ait özellikler (65 yaş ve üstü, kadın, kaşektik vb.) kosta ve sternum kırıklarında etkili olduğu bildirilen faktörlerdir.

Anahtar Kelimeler: Kardiyopulmoner resüsitasyon komplikasyonları, göğüs kompresyonu, kosta ve sternum kırıkları.

Poster Sunumlar

Kardiyoloji Yoğun Bakım

Koroner Bakım Hemşireliği İzlem ve Bakım Algoritmaları

Fatma Şahin

Sağlık Bakanlığı, Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Bursa

AMAÇ

Günümüzde bilimsel bilginin önemi giderek artmakta, sağlık bakım uygulamaları hızla farklılaşmaktadır. Nüfusun giderek yaşlanması, akut hastalıkların kronikleşmesi ve bunlara bağlı olarak tedavi modellerinin hızla değişmesi hasta izlem ve bakımına olan bakış açısını da değiştirmektedir. Hemşireliğin temelini oluşturan ''BAKIM'' ve bakım sürecini oluşturan ''İZLEM''. Hemşirelik uygulamaları, hastanın yaşam kalitesi, hastanede kalış süresi ve morbiditesi ile yakından ilişkili oldukça önemli bir mesleki roldür. Bu nedenle kanıt düzeyli izlem ve bakım algoritmaları, izlem sürecinin elektif sürdürülmesinde ve bakımda kalitenin yükseltilmesinde, hemşirelerin süreçler adaptasyonunda ve standartizasyonun oluşturulmasında önemlidir.

METODLAR

Çalışma ön lisans/lisans/yüksek lisans mezunu hemşirelerimizden oluşturulan çember aracılığıyla literatür taranarak hemodinamik izlem, hasta fizik muayene ve değerlendirme, hasta öz-bakım gereksinimleri, koroner ilaç protokolleri başlıkları olarak oluşturuldu. Algoritmanın basamakları ünite hemşireleri ile yapılan beyin fırtınası ve ünite sorumlu hemşireleri ile yapılan toplantı doğrultusunda belirlendi.

BULGULAR

Çalışma 46 hemşirenin öneri ve istekleri doğrultusunda belirlendi. Çalışmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması 29.71± 5.13 olduğu, %37.1 inin ön-lisans, %48.8 inin lisans, %14.1 inin yüksek-lisans mezunu olduğu saptandı. Algoritmalara ilişkin 4 ana başlık belirlenmiş ve başlıklar kendi içlerinde basamaklandırılmıştır. Algoritmaların son şekli kanıt düzeyli uygulamalara ek olarak ünite hemşirelerinin uygulama kolaylığına yönelik önerileri doğrultusunda revize edildi.

SONUÇLAR

4 ana başlık altında belirlenen ve kendi içinde basamaklandırılan algoritmalar ünite hemşirelerinin daha spesifik ve efektif hizmet vermesini sağlayacaktır. Oluşturulan bu algoritmanın kitapçık halinde düzenlenmesi ve çıkarılması planlanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Koroner Bakım Hemşireliği, Algoritma, Hemodinamik İzlem

Poster Sunumlar

Yoğun Bakımda Konfor

Yoğun Bakım Ünitelerinde Fiziksel Tespit Kullanımına İlişkin Bilgi, Tutum ve Uygulamalar

Mukadder Mollaoğlu1, Muharrem Aşudu2, Muratcan Mollaoğlu2

1Cumhuriyet Universitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Sivas

2Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp fakültesi, Genel Cerrahi ABD.

AMAÇ: Bu çalışma yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin fiziksel tespit kullanımına ilişkin bilgi, tutum ve uygulamalarının değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

YÖNTEM: Çalışmanın tipi, Kesitsel-tanımlayıcı nitelikte olup, örneklemini 85 yoğun bakım hemşiresi oluşturmaktadır. Veriler; Hemşire Bilgi Formu (HBF) ve Hemşirelerin Fiziksel Tespitlere İlişkin Bilgi Düzeyi, Tutum ve Uygulamaları Ölçeği (HFTİBDTUÖ) ile elde edilmiştir. Veriler SPSS programında ortalama ve yüzdelik dağılım ile değerlendirilmiştir.

BULGULAR: %63.5'i kadın, %67,0'ı lisans mezunu olan hemşirelerin yaş ortalaması 29±4.51yıldır. Yoğun bakım hemşirelerinin Fiziksel Tespitlere İlişkin Bilgi Düzeyi, Tutum ve Uygulamaları Ölçeği bilgi puan ortalaması 8.98 ±1.41, tutum puan ortalaması; 38.76 ± 6.05 iken, uygulama puan ortalaması ise, 37.26 ± 4.69'dır. Çalışmada, hemşirelerin bilgi düzeylerinin yeterli olmadığı, fiziksel tespit yöntemi uyguladıkları için özellikle aile üyelerine karşı kendilerini kötü hissettikleri ve profesyonel bir tutum geliştirmedikleri belirlenmiştir. Ayrıca, hemşirelerin fiziksel tespit edicileri uygularken, hastalar üzerindeki fiziksel etkilerine karşı dikkatli oldukları, önemli bir kısmının ise hekim direktifi olmaksızın hastalara fiziksel tespit yöntemini uyguladıkları belirlenmiştir.

SONUÇ: Hemşirelerin önemli oranda fiziksel tespit edici kullanımına ilişkin bilgileri yeterli değil, tutumları profesyonel olmaktan çok duygusal ve fiziksel tespit edicilerin uygulanmasına ilişkin özellikle etik ve yasal boyutlarda eksiklikler bulunmaktadır. Kurumların hizmet içi eğitimlerle sağlık çalışanlarını desteklemeleri, fiziksel tespit yöntemlerinin daha etkin, etik ve yasal olarak uygulanmasını sağlayacaktır.

Kaynaklar

1. Huang HT1, Chuang YH, Chiang KF. Nurses' physical restraint knowledge, attitudes, and practices: the effectiveness of an in-service education program. J Nurs Res. 2009 Dec;17(4):241-8.

2. Lİ X, Fawcett TN. Clinical decision making on the use of physical restraint in intensive care units. Int J Nurs Sci 2014: 446-450.

3. Hakverdioğlu G, Demir A, Ulusoy MF. Yoğun bakım hemşirelerinin fiziksel kısıtlamaya ilişkin bilgilerinin değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2006; 26(6): 634-641.

Anahtar Kelimeler: Fiziksel tespit, yoğun bakım, yoğun bakımla ilgili bilgi,tutum,uygulamalar

Poster Sunumlar

Yoğun Bakımda Konfor

Yoğun Bakım Hemşirelerinde Merhamet Yorgunluğu

Handan Çetiner1, Sevim Ulupınar2

1Eyüp Devlet Hastanesi Yoğun Bakım Ünitesi

2İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

GİRİŞ: Yoğun bakım ünitesi, hasta bakımının en karmaşık olduğu, teknoloji ile iç içe, birden fazla organ ve sistemi ilgilendiren, hayatı tehdit eden durumlara müdahaleyi ön plana çıkaran uygulama alanlarıdır. Kritik hastaların iyileşmesinin amaçlandığı bu ünitelerde çalışan yoğun bakım hemşireleri, bireyin fizyolojik, psikolojik, duygusal ve sosyal dengesini optimum düzeye getirmeyi ve yaşama doğrudan etki eden bireysel bakımı sağlamayı amaçlarlar. Gerek hasta profili, gerek çalışma koşullarının zorluğu nedeniyle yoğun bakım hemşirelerinin duygusal yükü oldukça fazladır. Bu yük zamanla strese, tükenmişliğe ve bunların sonucu olarak merhamet yorgunluğuna yol açabilmektedir. Merhamet yorgunluğu, birey için önemli bir diğer kişinin yaşadığı travmatize edici olayları bilmekten kaynaklanan doğal davranış ve duygu; travmaya uğramış birine yardım etme ya da yardım etmeyi istemekten kaynaklanan stres olarak tanımlanır.

AMAÇ: Araştırmada yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerde merhamet yorgunluğu ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Araştırma, bir devlet hastanesinin Erişkin Yoğun Bakım Ünitesi'nde görev yapan yoğun bakım hemşireleri ile yürütülen nitel bir çalışmadır. Evren, 12 yoğun bakım hemşiresinden oluşmuş evren örneklem olarak alınmıştır. Araştırmada gönüllülük esas alınmış, tüm hemşireler çalışmaya katılmaya gönüllü olmuşlardır. Veriler, bireysel görüşme yöntemiyle elde edilmiş ve kaydedilmiş, görüşmelerde 10 sorudan oluşan yarı yapılandırılmış soru formu kullanılmıştır.

BULGULAR: Katılımcılar, 22-43 yaşları arasındadır, hepsi farklı düzeylerde de olsa merhamet yorgunluğu yaşamaktadır. Merhamet yorgunluğunu tetikleyen etmenler arasında, yoğun iş yükü, maddi ve manevi olarak beklenen değeri görememek sıklıkla ifade edilmiştir. Merhamet yorgunluğu sonucu hemşirelerin bazı hastalarla çalışmaktan kaçındıkları, kendilerini keyifsiz ve huzursuz hissettikleri belirlenmiştir. Merhamet yorgunluğu ile başa çıkma stratejileri olarak; çalışma ortamından belli aralıklarla uzaklaşmak, hasta/hasta yakınlarını duymazdan gelmek ve sosyal etkinliklere daha fazla yer vermek cevapları öne çıkmıştır.

SONUÇ: Hemşirelik bakımının kalitesini olumsuz etkileyen, hemşirelerin hastalarına ve hasta yakınlarına karşı duyarsızlaşmasına neden olan merhamet yorgunluğuna karşı acil önlemler alınması, hemşirelik mesleği açısından olduğu kadar, hasta ve hasta yakınları açısından da büyük önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Hemşire, merhamet, merhamet yorgunluğu, yoğun bakım

Poster Sunumlar

Yoğun Bakımda Konfor

Yoğun Bakım Hastalarında Terapötik Dokunmanın Konfor Düzeyine Etkisi

Aysun Akçakaya, Sevilay Hintistan

Karadeniz Teknik Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, TRABZON

GİRİŞ: Terapötik dokunma; hastalık/semptomları iyileştirme amacıyla, eller ile enerji alanlarını etkileyip, enerjiyi düzenleme, arttırma ve korumaya yönelik tamamlayıcı bir tedavi yöntemidir. Konfor ise hastaların "fiziksel, psikospritüel, sosyokültürel ve çevresel gereksinimlerinin karşılanarak huzura kavuşma durumunu" ifade eder. Yoğun bakım ünitelerinde oldukça sık deneyimlenen ağrı, mekanik ventilasyon, endotrakeal aspirasyon, sözlü/sözsüz iletişim kuramama/kısıtlanma, izole olma, anksiyete/korku hissi, güvende hissetmeme, güçsüz hissetme, karmaşık ortamda bulunma, yabancı/rahatsız edici seslere maruz kalma gibi nedenler hastaların konfor düzeyinin azalmasına neden olmaktadır. Oysa ki hastaların konforunu sağlamak/arttırmak, bütüncül hemşirelik bakımının temeli ve anlamlı bir gereksinimidir.

Yoğun Bakımda Terapötik Dokunma ve Konfor: Yoğun bakım ünitelerindeki hastaların kendilerini rahat, huzurlu, güvende ve güçlü hissedebilmelerini sağlamak önemli bir hemşirelik girişimidir. İyileştirici ve rahatlatıcı etkileri olduğu kabul edilen, bireylere yardım etmeyi amaçlayan ve son yıllarda hemşireler arasında kullanımı artan tamamlayıcı tedavilerden biri olan terapötik dokunmanın yoğun bakım hastalarında kullanımı önem kazanmıştır. Senderon ve arkadaşları (2014) terapötik dokunma uygulanan hastaların gevşeme/uyku hali elde ettiğini, terapötik dokunmanın hastalar üzerinde oldukça olumlu ve etkili sonuçlar verdiğini belirtmektedir. Hemşire ve hasta arasında enerji geçişi ile vücudun fiziksel gevşemesini sağlayan terapötik dokunma; daha yavaş/derin soluk alıp verme, kaslarda gevşeme ve ısı artışı sağlamakta, hücre yenilenmesini/yapım faaliyetini arttırmakta, hemoglobin/hematokrit değerlerini düzenlemekte ve iyileşme sürecini hızlandırmaktadır. Ayrıca terapötik dokunma; hastalarda duyusal algıları harekete geçirip gevşeme etkisi oluşturabilmekte, nabız, kan basıncı, solunum gibi fizyolojik göstergeleri iyileştirebilmekte, uyku bozukluğu, ağrı gibi semptomları kontrol altına alabilmektedir. Hemşireler, terapötik dokunma ile hastalara yakınlık, ilgi, güven, cesaret, empati, saygı, destek ve yardıma isteklilik mesajlarını iletebilmekte, korku, anksiyete ve kontrol kaybı gibi duygularını azaltabilmektedir. Böylece yoğun bakım hastalarının konfor düzeyi arttırılarak tedavi/bakım süreci hızlandırılabilmekte ve yoğun bakım ünitelerinde yatış süresi kısaltılabilmektedir.

SONUÇ: Yoğun bakım hastalarının bozulan konfor düzeyi, terapötik dokunma ile azaltılabilir ve hastaların tedavi/bakım sürecine olumlu katkı sağlanabilir.

Anahtar Kelimeler: Yoğun bakım, terapötik dokunma, konfor, hemşirelik

Poster Sunumlar

Çalışan Sağlığı ve Güvenliği

Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin örgütsel stres düzeylerinin belirlenmesi

Şengül Üzen1, Ükke Karabacak2, Özlem Doğu3, Alev Duyan1

1GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, İstanbul

2Acıbaden Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul

3Sakaya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Sakarya

Giriş; Yoğun bakımlarda ağır çalışma koşulları altında çalışan hemşirelerin stres yaşadıkları görülmektedir. Amaç; Bu araştırma, yoğun bakımda çalışan hemşirelerin stres durumlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır. Yöntem; Araştırma haziran 2014- eylül 2014 tarihleri arasında bir kamu hastanesinde gerekli izinler alındıktan sonra yoğun bakımda çalışan toplam 50 hemşire ile yapılmıştır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş çalışmaya katılmayı kabul eden ve araştırmanın yapıldığı tarihlerde kurumda bulunan hemşireler araştırma kapsamına alınmıştır. Katılım oranı % 73.5 tir. Araştırma verileri, 'Bilgi Formu' ve 'Örgütsel Stres Kaynakları Ölçeği' ile toplanmıştır. Bulgular; Araştırmaya katılan hemşirelerin %72,0 (n=36)'sinin 20-30 yaş genç nüfusun oluşturduğu, %64,0'ünün (n=32) bekar, % 100 (n=50)'ünün en az lisans mezunu, çoğunluğunun, (%92.0) çalışma şeklinin vardiya usulü olduğu, (% 90.0) mesai saatinden 24 saat ve üzeri çalışarak devam ettiği ve çoğunluğunun (%96.0) yoğun bakım sertifikası olmadığı saptanmıştır. Yoğun bakım hemşirelerinin toplam iş stresi puanı 189.60±34.65 olarak yüksek düzeyde bulundu. Toplam iş stresinin alt puanlarında katılımcıların örgütsel stres kaynağı puanı (ÖSK) 79,54±13,88, örgütsel stres puanı (ÖS) 30.90±17.04 ve örgütsel rahatsızlık puanı (ÖR) ise 79.16±13.64 olarak yüksek düzeyde idi. SONUÇ: Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin stres düzeylerinin yüksek olduğu görülmektedir. Bu nedenle çalışma koşullarının yeniden düzenlenmesi stres düzeylerinin azaltılması için belli standartların oluşturulması ve uygulanması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Yoğun bakım, hemşire, örgütsel stres

Poster Sunumlar

Çalışan Sağlığı ve Güvenliği

Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerin Uyku Düzenine Stresin Etkisi

Hamide Şişman, Pınar Kum

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi

AMAÇ: Merkezimizdeki Yoğun Bakım hemşirelerinin hastanede yaşadıkları stresin uyku durumlarına etkisini belirlemek.

MATERYAL-METOD: Çalışma Yoğun Bakımda çalışan hemşirelere uygulanmıştır. Veriler hemşire tanıtım formu, uyku değerlendirilmesi içinde literatür taranarak araştırmacı tarafından oluşturulan uyku değerlendirme bölümünden oluşan anket formu kullanılarak toplanmıştır. Elde edilen verilerin istatiksel analizi SPSS 16.0 paket programı ile yapılmıştır.

BULGULAR: Çalışmaya 10 (%14,7)'ü erkek olmak üzere toplam 68 hemşire dahil edilmiş olup, katılımcıların yaş ortalamaları 27 (18-54) idi. Katılımcıların 35(%51,5)'i evli olup, eğitim düzeyleri en yüksek oranda 37(%54,4) kişi lisans mezunuydu. Yoğun bakımda çalışma sürelerine bakıldığında 16 (%23,5) kişi 0-1 yıl, 12 (%17,6)kişi 1-2 yıl çalışma süresine sahipti. Çalışma şekline bakıldığında 49 (%72,1) kişinin gündüz+nöbet şeklinde olup, aylık ortalama nöbet sayısı 8 (0-15) arası bulundu. Çalışma ortamında hemşireleri en çok mutsuz eden üç şey sorulduğunda stres 24(%35,5) kişi ile ilk sırada bulundu. Hemşirelerin hastanede yaşadıkları stres puanı ortalaması 8 (0-10) bulundu. Hastanede yaşadığı strese bağlı uykusuzluk yaşadığını söyleyen hemşire sayısı 47 (%69,9)'dir. Mesleki problemlerinin ev hayatına yansıdığını söyleyen hemşire sayısı 53(%77,9) olup, günlük uykusunun yetersiz olduğunu söyleyen hemşire sayısı 37 (%54,4), uyandığında kendini dinlenmiş hissetmeyen 40(%58,8) kişi idi. Gün içinde kendini uykusuz hissedip hissetmedikleri sorgulandığında her zaman diyen hemşire sayısı 19(%27,9) olup, uykusuz hissetmiyorum diyen 4(%5,9) kişidir. Hastanede hemşirelerin yaşadığı stres ile günlük uykunun yeterli olup olmaması ve uyandığında dinlenmiş hissetmeme arasında anlamlı bir ilişki bulunamazken, gün içinde kendini uykusuz hissetme arasında anlamlı bir ilişki bulunamazken, uyumak için ilaç desteği alma arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur (sırasıyla; p=0,63, p=0,27, p=0,43, p=0,03). Uyandığında kendini dinlenmiş hissetmediğini söyleyen kişilere nedeni sorulduğunda etkenin iş olduğunu söyleyen 30 (%44,1) kişidir.

Tartışma ve SONUÇ: Yoğun Bakım hemşirelerinin hastanede yaşadıkları stres düzeyi yüksek bulunmuş olup, uyumak için ilaç desteğine ihtiyaç duyulmasında etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. İş ortamında stres oluşturan sebeplerin saptanarak iyileştirmeye gidilmesi ve stres yönetimi konusunda eğitim planlanarak yoğun bakım hemşirelerinin güçlendirilmesi sağlanabilir.

Anahtar Kelimeler: Uyku, Stres, Hemşire, Yoğun Bakım

Poster Sunumlar

Hemşirelik Sürecinin Kullanımı; Elektronik Hasta Kayıt Sistemleri

Kalemsiz Kayıt Sistemlerinin Avantaj ve Dezavantajları

Bilal Kirmizigül

Amerikan Hastanesi İstanbul

Teknolojinin sağlık alanına yazılımsal etkileri,sağlık alanına olumlu etkileri,Sağlık çalışanlarının yeniliklere yaklaşımının nasıl olması gerektiği anlatılmıştır.

Yazılımsal Etkiler

HİS (Hastane İşletim Sistemi)

Office programları

Arşivleme programları (Paper work v.b.)

Yoğun bakımlarda klinik karar sistemleri (Metavision)

Olumlu Etkileri

Hasta başı monitörleri

Ventilatörler (Hasta başı,transport,bipap vs.)

İnfüzyon pompaları

Hemofiltrasyon ve Hemodiyaliz cihazı

BT ve MR, Ultrason cihazları

EKG, EKO ve Ecmo cihazı

Kan Gazı Cihazları ve Glukometreler vs.

Sağlık çalışanlarının yeniliklere yaklaşımının nasıl olmalıdır?

Teknoloji ile iç içe olmalıdır.

Hastaneye veya çalıştığı birime yapılan yeniliklere ön yargıyla yaklaşmamalıdır.

İş yapısına ve hasta bakımına katkı sağlayacak bütün yeniliklere uyum göstermelidirler.

Oluşturulacak herhangi bir yazılımda ve yerleştirilecek cihazlar hakkında ilgililere fikir sunmalıdır.

Mesleki kurslar ve seminerlerin yanı sıra temel bilgisayar eğitimleri ve seminerlerine katılmalıdır.

Yoğun bakımlarda kullanılan klinik karar destek sisteminin (Metavision) kullanım kolaylığı,avantajları ve dezavantajları belirtilmiştir.

Avantajları

-İstediğimiz formları istediğimiz şekilde oluşturabiliyoruz.

-Ölçümler hatasız ve kolay yapılabiliyor.

-Skorlamalar (Apache II,SOFA,Nutric v.s) çok hızlı yapılabiliyor.

-Tedavinin düzenli ve etkin takibi.

-Hemşirelik bakımlarının görselliği ve takipteki kolaylığı.

-El yazısı okuma zorluklarının aşılması.

-Verilere hızlı ve uzaktan ulaşım imkanı.

-Verileri uzaktan kontrol imkanı.

-Yaşamsal verilerin istenilen zaman aralıkları içinde kolay takibi.

-Grafiksel veri değerlendirmesi.

-Cihaz entegrasyonları sayesinde hızlı ve güvenilir veri akışı

-Sıvı Yönetimi

-Solunumsal parametrelerin güvenli takibinin sağlanması

-Kangazı takibinde değişikliklerin görselliğinin sağlanması.

-Şeffaflık

-Uyarı sistemleri (Eventler)

-Toplu vizit yapma imkanı sağlıyor.

-Çalışma kolaylığı ve pratiklik sağlar, israfı önler.

Dezavantajları

Dezavantajları

-Alt yapının iyi olmaması ile oluşan bağlantı sorunları oluşabilir.

Anahtar Kelimeler: Kalem, Kayıt, Yoğun bakım,Hasta,Metavision,

Poster Sunumlar

Veri Giriş

Protokol no	Adı	Soyadı	Kullandığı Kan Ürünü	Ünite Miktarı	Bölüm
1	AHMET	x	TDP	3	CERRAHİ
2	ALİ	y	ES	2	CERRAHİ
3	BERNA	Z	TDP	5	CERRAHİ
4	ZAFER	A	R.TROMBOSİT	8	HEMATOLOJİ
5	KAMİL	B	A.TROMBOSİT	2	HEMATOLOJİ
6	BURAK	C	ES	2	CERRAHİ
7	CİHAN	C	TDP	1	DAHİLİYE
8	HALİL	R	ES	2	K.CERRAHİSİ
9	ENGİN	A	ES	1	DAHİLİYE
10	YAŞAR	S	ES	3	K.CERRAHİSİ
11	OSMAN	A	R.TROMBOSİT	16	HEMATOLOJİ
12	KEMAL	A	TDP	2	CERRAHİ
13	AHMET	Y	A.TROMBOSİT	2	HEMATOLOJİ
14	RIZA	Y	TDP	5	CERRAHİ
15	AYNUR	B	ES	1	HEMATOLOJİ
16	FATMA	K	TDP	1	DAHİLİYE
17	AHMET	D	R.TROMBOSİT	8	HEMATOLOJİ
18	SALİH	R	TDP	3	K.CERRAHİSİ
19	KENAN	Y	TAM KAN	1	K.CERRAHİSİ
20	CANAN	Z	ES	3	K.CERRAHİSİ

Bölüm bazlı kan ürünü verileri.

Poster Sunumlar

Formüller

BÖLÜM	Hasta Sayısı	Kullanılan Ürün Sayısı TDP	ES	TAM KAN	A:TROMBOSİT	R:TROMBOSİT
Cerrahi	6	15	4	0	0	0
Hematoloji	6	0	1	0	4	32
Dahiliye	3	2	1	0	0	0
K.Cerrahisi	5	3	8	1	0	0

Verileri formül ile gruplandırma.

Poster Sunumlar

Pivot Table

1	Ahmet	x	TDP	3	Cerrahi
2	Ali	y	ES	2	Cerrahi
3	Berna	z	TDP	5	Cerrahi
4	Zafer	a	R.TROMBOSİT	8	Hematoloji
5	Kamil	b	A.TROMBOSİT	2	Hematoloji
6	Burak	c	ES	2	Cerrahi
7	Cihan	c	TDP	1	Dahiliye
8	Halil	r	ES	2	K.Cerrahisi
9	Engin	a	ES	1	Dahiliye
10	Yaşar	s	ES	3	K.Cerrahisi
11	Osman	a	R.TROMBOSİT	16	Hematoloji
12	Kemal	a	TDP	2	Cerrahi
13	Ahmet	y	A.TROMBOSİT	2	Hematoloji
14	Rıza	g	TDP	5	Cerrahi
15	Aynur	b	ES	1	Hematoloji
16	Fatma	k	TDP	1	Dahiliye
17	Ahmet	d	R.TROMBOSİT	8	Hematoloji
18	Salih	r	TDP	3	K.Cerrahisi
19	Kenan	y	TAM KAN	1	K.Cerrahisi
20	Canan	z	ES	3	K.Cerrahisi

Verileri pivot table uygulaması ile gruplandırma.

Poster Sunumlar

Yoğun Bakımda Bakım Kavramı

Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Ailesinde Gereksinimlerin Belirlenmesi

Sevim Çelik-1, Tülin Kurt-2, Ahu Uzun-2, Elif Dirimeşe-1, Nurten Taşdemir-1

1.Bülent Ecevit Üniversitesi, Zonguldak Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Zonguldak

2.Bülent Ecevit Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Zonguldak

GİRİŞ: Yoğun bakım ünitesinde yatan hastanın yakınları, yoğun bakım hastasının tedavi ve bakımının ayrılmaz bir parçasıdır.

AMAÇ: Bu sistematik inceleme, bütüncül bakım kapsamında yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların ailelerinin gereksinimlerini ortaya koymak ve bu gereksinimleri karşılayacak hemşirelik bakım stratejilerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

YÖNTEM: Araştırma için PubMED ve CINAHL' de 2010-2015 yılları arasında yer alan yayınlar incelenmiştir. "Hasta ailesi", "gereksinim", "yoğun bakım ünitesi", "yoğun bakım hastası", "hemşirelik bakımı" anahtar kelimeleri girilerek, İngilizce dilinde 60 makale taranmıştır. Derinlemesine literatür incelemesi yapılarak 21 makale ile inceleme tamamlanmıştır. Bunlar hasta ilesinde fizyolojik ve psikolojik gereksinimler, bilgi edinme, iletişim başlıkları altında tartışılmıştır.

BULGULAR: Yapılan incelemede sağlık profesyonellerinin hasta ailelerinin gereksinimlerini belirlemede yetersiz oldukları, daha sıklıkla hastalarının bakımlarına odaklandıkları saptanmıştır. Hasta ailelerin öncelikli gereksinimleri arasında hastası hakkında doğru bilgi almanın, sağlık profesyonelleri ile sürekli iletişim içerisinde olmak istediklerinin, kişisel bakım gereksinimlerini karşılayacak ortamların yaratılmasının yer aldığı belirlenmiştir. Hasta yakınlarının gereksinimlerini gidermede hemşirelerin anahtar konumda oldukları bulunmuştur.

SONUÇ: Sağlık profesyonellerinin, özellikle de anahtar konunda olan hemşirelerin, bakım sürecinde hasta ailelerinin gereksinimlerini göz ardı etmemeleri ve hasta ailelerinin öncelikli gereksinimlerini sürekli olarak değerlendirmeleri bakımın kalitesinin artırılmasında önemli olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Yoğun bakım ünitesi, hasta ailesi, gereksinim, yoğun bakım hastası, hemşirelik bakımı

Poster Sunumlar

Yoğun Bakımda Bakım Kavramı

Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Etik Karar Verebilme Düzeylerinin Ölçülmesi

Hamide Şişman, Pınar Kum, Neslihan Emlik

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi

AMAÇ: Merkezimizdeki Yoğun Bakım Ünitelerinde çalışan hemşirelerin etik karar verebilme düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Materyal, METOD: Çalışma Yoğun Bakım ünitelerinde çalışan hemşirelere uygulanmıştır. Çalışma verileri hemşire tanıtım formu ve Etik Duyarlılık testini içeren anket formu ile toplanmış olup, istatiksel analizi SPSS 16.0 paket programı ile yapılmıştır.

BULGULAR: Çalışmaya 8 (%7,2)' i erkek hemşire olmak üzere toplam 111 hemşire dahil edilmiş olup, yaş ortalamaları 26 (18-44) bulunmuştur. Hemşirelerin 49 (%44)' ü evli olup, 71 (%64) 'i lisans mezunudur. Yoğun Bakımda çalışma süreleri değerlendirildiğinde en fazla oranda 54 (%48,6) hemşirenin 1-5 yıl arası çalıştığı, onu 23 (%20,7) hemşirenin 0-1 yıl süre ile takip ettiği görülmüştür. Hemşirelik mesleğini sevip sevmedikleri sorgulandığında 88 (%79,3) hemşire sevdiğini ifade etmiştir. Etik eğitim alma oranı 93 (583,4) olarak bulunurken, 77 (%69,4) kişi etik eğitim almak istediklerini belirtmişlerdir. İlksel Düşünme (İD) ve Pratik Düşünme (PD) durumlarının sorgulandığı Etik ikilem Testi sonuçlarına göre ID toplam puanı 34 (12-44); PD toplam puanı 13 (4-24) bulunmuştur. Hemşirelerin aşinalık puan ortalaması 12 (4-17) bulunmuş olup, katılımcıların daha önce benzer bir ikileme aşina oldukları sonucuna ulaşılmıştır. Uyum PD puanı ile Yoğun Bakımda çalışma süresi arasında, ID toplam puanı ile Yoğun Bakımda çalışma süresi arasında, Anomali Aşinalık puanı ile çalışma süresi ve Yoğun bakımda çalışma süresi arasında istatiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (sırasıyla p=0,01, p=0,02, p=0,00, p=0,00).

TARTIŞMA-SONUÇ: Çalışmaya katılan hemşirelerin Etik İkilem konusunda ID puanlarının yüksek olmasına karşın ilkesel düşünceye dikkat ettikleri sonucuna ulaşılmıştır. Hemşirelerin Etik Karar verebilme düzeylerinin ölçülmesi ile bu konudaki tutumları ve eğitim gereksinimi saptanabilecek ve eksikliklerin giderilmesi ile hemşirelik bakım kalitesinin artmasına katkıda bulunabilecektir.

Anahtar Kelimeler: Etik İkilem, Hemşire, Yoğun Bakım

Poster Sunumlar

Yoğun Bakımda Bakım Kavramı

Yoğun Bakım Hastalarında Renal Sorunlara İlişkin Semptomlar ve Hemşirelik

Amine Deniz, Burcu Topçuoğlu

Karadeniz Teknik Üniversitesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Trabzon

GİRİŞ: Yoğun bakım ünitesinde yatan hastalar, yoğun bakım sürecinin öncesi/sırası/sonrasında immobilite, sedasyon kullanımı, çoklu ilaç tedavileri gibi nedenlerle renal sorunlarla karşılaşabilmektedir. Renal sorunlar, hastalar için yoğun bakım sürecini daha da zorlaştırmaktadır.

Renal Sorunlar ve Nedenleri: Yoğun bakım hastalarının sıklıkla yaşadığı renal sorunlar arasında; akut/kronik böbrek yetmezliği, intoksikasyon (zehirlenmeler), sıvı-elektrolit dengesizliği yer almaktadır. Renal sorunlar yaşayan hastalarda plazma proteinlerinin düşük olması nedeni ile ödem, üre düzeyinin yüksek olması nedeni ile kaşıntı görülebilmektedir. Bu durum yoğun bakım hastalarının sıklıkla deneyimlediği basınç ülseri gelişme riskini de artırmaktadır. Yüksek üre aynı zamanda kemik iliğinin baskılanmasına neden olarak gastrointestinal kanama riskini artırmakta, beyinde birikerek bilişsel fonksiyonlarda bozukluklara ve deliryuma neden olmaktadır. Yine üremik sendroma bağlı olarak hastalar sıklıkla bulantı, kusma semptomlarını da deneyimlemektedir. Renal semptomlar arasında yer alan anemiye bağlı gelişen yorgunluk da eritropoetin sentezindeki azalma ile ilişkilidir. Ayrıca, sıvı elektrolit dengesizliği hastalarda akciğer ödemi gelişiminde etkili olabilmekte ve dispne gelişimini kolaylaştırabilmektedir.

Baş ağrısı, bulantı-kusma, kaşıntı, ödem, yorgunluk, dispne ve kramp gibi renal semptomları deneyimleyen yoğun bakım hastalarının fiziksel ve emosyonel iyilik hali olumsuz etkilenmekte, yatış süreleri uzamakta ve mortaliteleri artmaktadır. Bu nedenlerle yoğun bakım hastalarında renal sorunlara ilişkin semptomların erken fark edilmesi ve kontrol altına alınması gereklidir.

Renal Semptomlar ve Hemşirelik: Yoğun bakım hastalarında gelişen renal semptomların kontrolünde önemli sorumlulukları olan hemşireler, renal semptomların erken saptanmasında, tedavi/bakım sürecinin iyileştirilmesinde ve yatış süresinin kısaltılmasında etkin hemşirelik girişimleri planlayıp uygulayabilmelidir. Hemşireler, özellikle yoğun bakım ünitesindeki hastalarda renal sisteme ait beklenen semptomların neler olduğunu, semptomların altında yatan nedenleri, uygulanmakta olan tedavi/bakımın yan etkilerini bilmelidir.

SONUÇ: Hastaların yaşadıkları renal semptomların kontrol altına alınması ve hastanın rahatının sağlanması, bu semptomlara yönelik uygun hemşirelik bakımının sağlanması ile mümkündür.

Anahtar Kelimeler: Yoğun bakım, semptom, hemşirelik,hasta

Poster Sunumlar

Yenidoğan ve Pediatri Yoğun Bakım

Pediatri Yoğun Bakım Ünitesinde Epidermolisiz Bülloza Tanılı Hastanın Hemşirelik Bakımı

Berfim Güngördü, Emine Meziyet Köşkeroğlu, Tülay Yakut

İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı İstanbul

Sekiz aylık 9 kilo olan erkek hasta, G7P6A1C0 annenin spontan gebeliği sonucu gerçekleşen doğumu takiben 4. günde vücudunda büller olması sebebiyle Malatya Devlet Hastanesinde Yenidoğan Yoğunbakım Bilim Dalında tedavi altına alınır. 40 gün uygulanan tedavi sonucunda taburcu edilir. Taburculuğu sonrasında aile tekrarlayan enfeksiyonlar sebebiyle Muş Devlet Hastanesine başvurur. 7. aydan itibaren ise solunum sıkıntısı nedeniyle bir ay Muş Devlet Hastanesinde Yenidoğan Yoğunbakım Bilim Dalında tedavi amaçlı yatırılır. Eve taburculuğu sağlanan hastanın iki gün sonra tekrar solunum sıkıntısı başlar ve tekrar Muş Devlet Hastanesi Yenidoğan Yoğunbakıma iki hafta süre ile yatırılır. Hastanın yeterli beslenememesi ve kilo alamaması nedeniyle PEG takılması planlanan hastanın ailesinin tedaviyi kabul etmemesi sonucu daha ileri tetkik amacıyla Acıbadem Üniversitesi Atakent Kampüsü Çocuk Yoğunbakım Bilim Dalına gönderilir. Yapılan ilk muayenesinde genel durumu kötü bulunan hastanın farklı çocuk bilim dalları tarafından konsültasyonu uygun görülerek İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Yoğunbakım a sevk edilir. Genel durumu kötü olan hastanın ilk muayenesinde şuuru açık, ciltte patlamış büllere bağlı açık kanayan lezyonları, burun kanadı solunumu, bilateral kaba sekratuar ralleri, interkostal ve subkostal çekilmeleri görülmüştür. Takibinde SPO2 % 80, kalp tepe atımı 112 / dak, kan basıncı 56/32 mm/Hg olarak ölçülmüştür. Airwo (yüksek akımlı ılık oksijen) cihazına bağlanan hastanın solunum patenti, kan gazı değerleri normale değerler aralığına getirilmeye çalışılmıştır. Solunum sıkıntısı ve ağzındaki açık yaralar nedeniyle beslenmesi mümkün olmayan hastaya hemen IV sıvı başlanmış düşük albümin değeri nedeniyle albümin verilmiştir. Steril distile su ile vücut banyosu yaptırılan hasta yaralarına gerekli antibiyotik ve ağrı kesici kremleri sürüldükten sonra koruyucu bariyer yara örtüleri ile kaplanarak steril çarşaflara yatırılmıştır.

Epidermolisiz bülloza tanısı alan hasta yaşam aktivitelerine dayalı hemşirelik modeline (YADHM) göre NANDA'nın hemşirelik tanıları kullanılarak hemşirelik süreci oluşturulmuş ve sonucu değerlendirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Epidermolisiz bülloza, Hemşirelik Tanıları, Pediatri

Poster Sunumlar

Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeline (YADHM) Göre Gruplandırılması

Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeline Göre Epidermolisiz Bülloza Tanılı Bireylerin Sorunları	Belirti ve Semptomlar	Hemşirelik Tanıları
Güvenli çevrenin sürdürülmesi	Cilt dokusunda açık yaralar olması, invaziv birçok girişim, hasta transfer süreçleri, oda değişikliği	-Deri bütünlüğünde bozulma -İnfeksiyon riski -Akut ağrı
Solunum	Spontan solunumun yetersiz olması, bozulmuş hemodinami, invaziv işlemler (NGS varlığı)	-Etkisiz solunum örüntüsü -Gaz değişiminde bozulma -Spontan solunumu sürdürmede yetersizlik -Solunum biçiminde yetersizlik
Beden ısısının kontrolü	Bozulan hemodinami, invaziv işlemler.	Beden ısısının düzenlenmesinde yetersizlik: hipotermi
Yeme-içme	Hastanın beden kitle indeksinin yaş ortalamasının çok altında olması, oronazal bölgede çok fazla açık yaranın olması.	-Sıvı volüm eksikliği -Beden imajında bozulma -Beslenmede değişim: Beden gereksiniminden az beslenme -Oral membranda değişiklik
Hareket	Deride açılmaya yatkın alanlar, kas ve yağ dokusunun tamamen kaybedilmiş olması.	-Fiziksel harekette bozulma
Boşaltım	Sacrumda açık yaraların varlığı yağ dokusunun yetersiz olması.	-Barsak boşaltımında değişim: konstipasyon -Üriner boşaltımda bozulma
İletişim	Hastanın bedenine yapılan işlemler sonucu çok fazla ağrı çekmesi, çocuk ile annenin aynı ortamda bulunamaması, ailenin hastalık hakkında bilgi eksikliği,	-Anksiyete -Ybu hakkında bilgi eksikliği -İletişimde yetersizlik
Uyku	Uzun süreli tedavi, yaşamın tehdit altında olması ve aileye ulaşımın zor olması	-Uyku örüntüsünde bozulma

Poster Sunumlar

Yenidoğan ve Pediatri Yoğun Bakım

Pediatri Yoğun Bakım Ünitesinde Anoreksiya Nervoza Tanılı Hastanın Hemşirelik Bakımı

Berfim Güngördü, Emine Meziyet Köşkeroğlu, Tülay Yakut

İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

On dört yaşında 24 kilo olan kız hasta, son üç ayda aşırı kilo kaybına uğramış ailesi tarafından fark edildiğinde bir eğitim ve araştırma hastanesine götürülmüş buradan diyetisyene sevk edilmiştirler. Geçen iki haftada kilo vermesi devam eden hasta düşkünlük, genel durumunda bozulma nedeniyle tekrar aynı hastaneye gitmiş, değerlendirmede genel durumunda ciddi bozulma ve bunu takiben beslenme ve metabolizma bilim dalının değerlendirmesi için 112 aracılığıyla 16.11.2015 tarihinde kliniğimize sevk dilmiştir. Genel durumu kötü olan hastanın ilk takibinde ateşi 33.4 C, kalp tepe atımı 38-43 \ dak., kan şekeri 26 mg \dl ve tansiyonu 55 \ 30 mm \ Hg olarak saptanmıştır. Maske ile 2 lt den oksijen alan hastanın solunumunda düzensizlikler mevcuttur. Nörolojik bulgularında azalma olan hastanın ciddi hareket kaybı söz konusu olmuştur. İlerleyen ilk saatlerde Çocuk Beslenme ve Metabolizma, Çocuk Gastrohepatoloji Bilim Dalları tarafından konsulte edilen hastaya uygun diyet programı başlanmıştır. Hemodinamisi bozuk olan hastaya dopamin, perfüzyonu başlanıp elektrolitlerini düzenlemek için yüksek enerjili TPN başlanarak pediatri yoğun bakım ünitesine alınarak yakın gözetim altına tutulmuştur. Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalıyla konsültasyonu sağlanarak multidisipliner yaklaşım sağlanmıştır.

Epidermolisiz bülloza tanısı alan hasta yaşam aktivitelerine dayalı hemşirelik modeline (YADHM) göre NANDA'nın hemşirelik tanıları kullanılarak hemşirelik süreci oluşturulmuş ve sonucu değerlendirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Anoreksiya Nervoza, Hemşirelik Tanıları, Pediatri

Poster Sunumlar

Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeline (YADHM) Göre Gruplandırılması

Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeline Göre Anoreksiya Nervozalı Bireylerin Sorunları	Belirti ve Semptomlar	Hemşirelik Tanıları
Güvenli çevrenin sürdürülmesi	Cilt altı dokusunun olmaması, invaziv birçok girişim, hasta transfer süreçleri,	-Deri bütünlüğünde bozulma -İnfeksiyon riski -Akut ağrı
Beden ısısının kontrolü	Bozulan hemodinami, invaziv işlemler.	Beden ısısının düzenlenmesinde yetersizlik: hipotermi
Solunum	Spontan solunumun yetersiz olması, NGS varlığı	-Etkisiz solunum örüntüsü -Gaz değişiminde bozulma -Spontan solunumu sürdürmede yetersizlik -Solunum biçiminde yetersizlik
Yeme-içme	Hastanın beden kitle indeksinin yaş ortalamasının çok altında olması, beslenmeyi reddetmesi.	-Sıvı volüm eksikliği -Beden imajında bozulma -Beslenmede değişim: Beden gereksiniminden az beslenme -Oral membranda değişiklik
İletişim	Hastanın bedeniyle ilgili sorunlarının olması, kendini olduğundan çok fazla kilolu görmesi, hastalığı hakkında bilgi eksikliği,	-Anksiyete -Ybu hakkında bilgi eksikliği -İletişimde yetersizlik
Boşaltım	Üriner kateterizasyon,	Diyare -Üriner boşaltımda bozulma -Barsak boşaltımında değişim: diyare
Hareket	Deride açılmaya yatkın alanlar, kas ve yağ dokusunun tamamen kaybedilmiş olması.	-Fiziksel harekette bozulma

Poster Sunumlar

KVC Yoğun Bakım

Kalp transplantasyonu yapılan hastada postoperatif dönemdeki komplikasyonların önlenmesi ve hemşirelik bakımı:Olgu sunumu

Emine Kehya, Sultan Yıldırım, Şeyma Can

Hacettepe Üniversitesi Toraks Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesi,Ankara

Kalp yetmezliği mortalitesi ve morbiditesi yüksek olan yaşam kalitesini düşüren bir hastalıktır.Kalp transplantasyonu hastanın hayatta kalımını sağlar fakat bununla birlikte enfeksiyon,akut rejeksiyon gibi çeşitli komplikasyonlara da sebep olabilmektedir.Postoperatif hemşirelik bakımının; komplikasyonların önlenmesinde ve mortalite/morbidite oranının düşürülmesinde önemi büyüktür.

Olgu Sunumu

9 yaşındaki hasta bir yıldır devam eden göğüs ağrısı ve eforla ortaya çıkan epigastrik bölgede ağrı şikayetiyle dış merkeze başvurmuştur.Yapılan muayenesinde üfürüm,EKO'da dilate kardiyomiyopati,3.derece mitral yetmezlik ve pulmoner hipertansiyon saptanmıştır.Dış merkezde bir haftalık tedavisinden sonra hasta kendi isteğiyle HÜTF'ne başvurmuştur.Hastaneye yatışı yapıldıktan sonra hipotansif seyretmesi üzerine hastanın servisten yoğun bakıma transferi yapılmıştır.Hasta inotrop ilaçlarla desteklenip, transplantasyon listesine alınmıştır.Hastanın genel durumunun bozulması nedeniyle Ventriküler Asist Device(VAD) takılmıştır.Ameliyattan sonra hasta yoğun bakım ünitesine entübe,inotrop ilaçlarla kabul edilmiştir.Postoperatif 5.gününde extübe edilmiş,inotrop ilaçlar kapatılmıştır.Postoperatif 7.gününde uygun donör bulunması üzerine hastaya kalp transplantasyonu yapılmış,ameliyat sonrası hasta yoğun bakım ünitesine entübe,inotrop ilaçlar,100 atım/dk external pacemaker ve ekstrakorporeal membran oksijenasyonu (ECMO) desteğiyle kabul edilmiştir.Hasta postoperatif 3.gününde ameliyathanede ECMO desteğinden ayrılmış ve internal pacemaker(120 atım/dk) takılmıştır.Postoperatif 5.gününde extübe edilmiş ve aynı gün inotrop ilaçları da kapatılmıştır.Postoperatif 4.gününden itibaren bir aylık süreçte aralıklı olarak gerçekleşen ve en uzunu bir dakika süren jeneralize nöbetleri olmuştur.MRG sonucunda posterior reversibl ensefelopati sendromu(PRES) tanısını almıştır.Nöroloji takibinde değişen medikal tedavilerle yaklaşık bir aylık süreçten sonra nöbet görülmemiştir.Postoperatif 53.gününde yoğun bakımdan servise transferi yapılıp 66.gününde hasta taburcu edilmiştir.Hastanın yatış sürecinde immünsüpresif tedavi almasına ve cerrahi girişimlere yönelik enfeksiyon riski bulunduğu için aseptik ilkelere dikkat edilmiş,hasta enfeksiyon bulguları açısından gözlenmiştir.Konvülsiyon nedeniyle duyusal algılama bozukluğu riskine yönelik hastaya iki saatte bir nörolojik değerlendirme yapılmıştır.Akut rejeksiyon riskine yönelik olarak hasta hipertermi,aritmi,juguler venöz dolgunluk belirtileri açısından değerlendirilmiştir.

Sonuç

Büyük cerrahi girişimlerin uygulandığı hastamız postoperatif dönemde gelişebilecek komplikasyonlar açısından değerlendirilmiş ve gerekli önlemler alınmıştır.Kalp transplantasyonu sonrası komplikasyonları önlemek,hastanın hastanede yatış süresini kısaltmak,yaşam kalitesini arttırmak için hemşirelik bakımı çok önemli bir yere sahiptir.

Anahtar Kelimeler: hemşirelik bakımı,kalp transplantasyonu,komplikasyon

Poster Sunumlar

Genel Yoğun Bakım / Reanimasyon

Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yeni Bir Sorumluluk Alanı: Ekstrakorporal Membran Oksijenizasyonu (ECMO)

Simge Özbay

Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Ekstrakorporal membran oksijenizasyonu (ECMO) geleneksel tedavi ile sonuç alınamayan akut veya geri dönüşümlü kalp ve akciğer hasarında yeterli doku oksijenizasyonu sağlamakta kullanılan yeni bir tedavi yaklaşımıdır. Yurtdışında bunun için ECMO merkezleri mevcut olup Türkiye'de henüz böyle bir merkez bulunmamaktadır. Özel uygulama şartları gerektiren ECMO, hastadan gelen sistemik venöz kanın vücut dışarısına alınarak yapay bir akciğer olan oksijenatör vasıtası ile kandan karbondioksitin (CQ2) uzaklaştırılması ve oksijenin (Q2) verilmesi, yine yapay bir kalp görevi gören pompa yolu ile de kanın vücuda gönderilmesi prensibi ile çalışmaktadır. ECMO yüksek riskli bir işlem olduğundan hastanın yakın takibi gerekmektedir. ECMO'nun başarıya ulaşabilmesi komplikasyonların gelişmemesine bağlıdır. Sıklıkla intrakranial ve gastrointestinal kanama, konvülziyon, böbrek yetmezliği, pnömatoraks, infeksiyonlar, metabolik bozukluklar mortaliteyi arttıran komplikasyonlar olarak sıralanmaktadır. Yüksek risklere sahip böylesi bir uygulama sağlık bakımı ekibinden farklı disiplinlerin işbirliğini zorunlu kılmakta bu ekibin bir üyesi olan yoğun bakım hemşiresine önemli sorumluluklar getirmektedir.

ECMO ekibinde görev alacak hemşirenin en az bir yıl yoğun bakım deneyimi olması, ECMO sistemi ve işleyişi ile ilgili eğitim alması gerekmektedir. ECMO uygulamasının tüm aşamalarında hasta bireyin güvenliği sağlanmalı, riskler izlenmeli ve bireyin günlük yaşam aktivitelerinin sürdürülmesine yönelik bireyselleştirilmiş bakım planlanmalıdır.

Bu doğrultuda bu olgu sunumu ile ECMO uygulamasında hemşirenin sorumluluklarının tartışılması amaçlanmakta; ilgili literatür bilgilerinin sistematize edilmesi ile ECMO ekibinde görev alacak hemşirelere rehberlik edilmesi planlanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Ecmo, Yaşam desteği, Yapay akciğer

Poster Sunumlar

Genel Yoğun Bakım / Reanimasyon

Yoğun Bakım Ünitesinde Hemşire Kontrollü Sedasyon Uygulaması

Hatice Tel Aydın, Pelin Çelik

Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Sivas

Giriş

Sedasyon; sedatif etkili ilaçlar kullanılarak santral sinir sisteminin baskılanmasıdır. Sedasyon, birçok klinik alanda uygulanmakla birlikte özellikle yoğun bakım ünitelerinde hastanın anksiyete, ajitasyon ve ağrısını azaltma, hasta-ventilatör uyumunu sağlama, hemodinamik stabiliteyi sağlama, intrakranial basıncı azaltma ve aspirasyon, invaziv girişimler, pansumanlar gibi işlemlerin uygulanmasını kolaylaştırma amacıyla yaygın olarak kullanılmaktadır. Sedasyon ve ağrı kontrolü yoğun bakım hemşirelerin en önemli sorumluluklarından biridir. Yoğun bakım ünitelerinde farklı sedasyon uygulama stratejileri bulunmaktadır. Son zamanlarda özellikle hemşire kontrollü sedasyon uygulamasına dikkat çekilmekte; hemşire kontrollü sedasyon uygulamalarıyla hastalarda daha iyi sedasyon ve ağrı kontrolünün başarılabildiği, daha az dozda sedatif ve analjezik uygulandığı, hastaların mekanik ventilasyon ve trakeostomi ihtiyacının azaltılabildiği bildirilmektedir. Yetkin yoğun bakım hemşirelerinin sedatifleri daha düşük dozlarda vermeye eğilimli olduklarını, hastaların anksiyete ve huzursuzluğunu rahatlatmada ilk olarak nonfarmakolojik yöntemleri kullanmayı tercih ettiklerini ve hemşire kontrollü sedasyon uygulamalarının olumlu sonuçlarını gösteren birçok araştırma sonucu sedasyon uygulamasında hemşirelerin önemini ortaya koymaktadır. Hemşire kontrollü sedasyon uygulamalarında algoritma kullanımıyla ventilatör desteği alan hastalarda intravenöz sedasyonun gereksiz kullanımının önlendiği, teröpatik ajanların akılcı kullanımının desteklendiği belirtilmektedir.

Sonuç

Sedasyon uygulaması, yoğun bakımın tamamlayıcı bir bileşenidir. Yoğun bakım ünitelerinde güvenli tedavi uygulamaları ve hasta konforunun en uygun olduğu sedasyon düzeylerini tanımlamak, tanımlanan sedasyon düzeyine ulaşmak ve sürdürmek temel amaçtır. Bu amaçlara ulaşmada; hemşirelerin sedatif yönetimdeki etkinliklerinin arttırılması, sedasyon değerlendirme araçlarının ve hemşire kontrollü sedasyon uygulamalarının kullanımının yaygınlaştırılması önemlidir. Bu kapsamda sistematik, standardize, disiplinlerarası işbirliğiyle sedasyon uygulama protokollerinin geliştirilmesi ve yoğun bakım ünitelerinde etkin bir biçimde kullanılmasının sağlanması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Yoğun bakım ünitesi, sedasyon, hemşire kontrollü sedasyon, hemşirelik

Poster Sunumlar

Genel Yoğun Bakım / Reanimasyon

Koroid Pleksus Papillomu Tanısına Bağlı Gelişen Hidrosefali Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu

Gökçe Arslan-1, İlknur Yayla-2, Esra Uğur-3

1.Gökçe Arslan, Acıbadem Kozyatağı Hastanesi, Genel Yoğun Bakım Ünitesi,Klinik Eğitim Hemşiresi,İstanbul

2.Uzm.Hem.İlknur Yayla, Acıbadem Kozyatağı Hastanesi, Acıbadem Sağlık Grubu Ameliyathaneler ve Merkezi Sterilizasyon Üniteleri Koordinatörü, Acıbadem Kozyatağı Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürü,İstanbul

3.Yar.Doç.Dr.Esra Uğur, Acıbadem Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi,Hemşirelik Bölümü, İstanbul

Hidrosefali, pediatrik hasta grubunda çok sık görülür. Hidrosefali tanısı alan hastanın, takibi ve hemşirelik bakımı bütüncül yaklaşım gerektirir. Ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası yakın takip ve gözlem sürecinde hastanın bir çok semptom yönünden değerlendirilmesi gereklidir. Olgu sunumunda belirtilen vakanın yabancı uyruklu ve pediatrik hasta grubunda olması bakımın yaşa özgü planlanması ve kültürler arası hemşirelik sürecinin de etkin yönetimini gerektirmektedir.

Pediatrik hasta grubunda hidrosefali vakasının tanınması, etkin bakımın sağlanması, uygun şekilde takip edilmesi için pratik, etkin, güvenilir hemşirelik bakımının sağlanması, diğer sağlık kuruluşlarında da bakımın yönetiminde sağlık profesyonellerine ışık tutması sağlanarak, örnek olgunun tartışılması amaçlanmıştır.

Bu vakada, on dört aylık erkek hidrosefali tanısı alan hastanın hemşirelik bakımı ve hemşirelik süreci literatür bilgileri eşliğinde tartışılmıştır. Ayrıca pediatrik hasta grubunda tanılanan hidrosefali vakalarının tanınması, bakımın yönetimi ve güvenilirliğinin sağlanması için vaka Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri modeline göre incelenmiştir.

Anahtar Kelimeler: hidrosefali,hemşirelik bakımı,kültürler arası hemşirelik, pediatrik hasta

Poster Sunumlar

Hidrosefali Vaka



Poster Sunumlar

Hidrosefali Vaka



Poster Sunumlar

Hidrosefali Vaka



Vakanın eski shunt bölgesinde oluşan BOS sızıntısını gösteren resim(3), gluteal bölge ve koksiksteki eritem doku,kızarıklık (resim2), avuç içi ve parmaklarda deri bütünlüğünde bozulma (resim 1)

Poster Sunumlar

Genel Yoğun Bakım / Reanimasyon

Yoğun Bakım Gerektiren Obstetrik Sorunlar

SAADET YAZICI

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ/ EBELİK BÖLÜMÜ /İSTANBUL

AMAÇ: Bu derlemenin amacı yoğun bakım gerektiren obstetrik olguların nedenlerini araştırmaktır.

GİRİŞ: Yoğun bakım ünitelerindeki obstetrik vakalar genelde genç, primipar ve sağlıklı bireylerdir. Ciddi ve diramatik problemler, yanlış uygulanan prosedürlerin komplikasyonu ile ilişkili olabileceği gibi gebelik ya da gebelik öncesi var olan sorunlara bağlı olarak görülebilir. Gebelik öncesi ya da gebelikte oluşan bu sorunlar nedeni ile annelerin yoğun bakım ihtiyacı olabilir. Yoğun bakım üniteleri, hayatı tehdit eden ve yakın gözlem gerektiren akut ya da kronik durumlarda hızlı müdahale olanağı sağlayan, yüksek teknolojik olanakların olduğu, organ yetersizliği durumunda tedavisi ve takip yapılan "Hasta başına düşen hemşire" özel tedavi birimleridir.

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yoğun bakım gerektiren önemli obstetrik nedenler arasında kanama ve hipertansif bozukluklar ilk sıralarda gelmektedir. Ancak gelişmiş ülkelerdeki obstetrik yoğun bakım olanakları gelişmekte olan ülkelerden tamamen farklı olmaya devam etmektedir.

BULGULAR: Hindistan'da 540 obstetrik vakadan biri yoğun bakım ünitelerinde yatarken, Kanada'da bu oran 1000 doğumda 0.7 dir. Türkiye'de annelerin doğum öncesi sağlık profesyonelleri tarafından verilecek iyi bir bakım ile önlenebilecek nedenlere yoğun bakım gereksinimi olmakta ya da anneler ölmektedir. Doğan ve ark (2011) yoğun bakım gerektiren obstetrik olguların oranını %7.33 olarak tanımlamıştır. Obstetrik hastalarda ölüm oranını ise (5 olgu) % 2.97 olarak bulunmuştur.

SONUÇ: Obstetrik vakaların yoğun bakım ünitesine yatış nedenleri arasında % 80 oranında kanama, hipertansiyon, kalp hastalığı, solunum bozuklukları ve enfeksiyon gelmektedir.

Anahtar kelimeler: Yoğun bakım, kadın doğum, obstetrik vakalar.

Anahtar Kelimeler: Yoğun bakım, kadın doğum, obstetrik vakalar

Poster Sunumlar

Genel Yoğun Bakım / Reanimasyon

Postopereratif Yoğun Bakımın Efektivitesi

Figen Öztürk, Hülya Şahindokuyucu, Evrim Kucur Tülübaş, Ayten Zeydan, Güray Demir, Gülsüm Oya Hergünsel

Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ

Post operatif yoğun bakım üniteleri (POYB) kronik hastalıkları sebebiyle yakın takip gereken hastaların operasyon sonrası takip ve tedavileri için planlanan ünitelerdir. Bu ünitelerin kurulum amacı genel yoğun bakım ünitelerinin (GYBÜ) hasta yükünün fazla olması sebebiyle bu hasta grubuna yatak planlanamamasıdır.Biz bu bildiri de kliniğimiz bünyesinde kurduğumuz POYB 'da takip ettiğimiz hastaların geriye dönük sonuçlarını bildirmeyi amaçladık.

YÖNTEM

POYB'da post operatif takip edilen hastaların demografik verileri, tedavi sonuçları geriye dönük analiz edilmiştir.

BULGULAR

09/03/15 ile 31/12/15 arasında toplam 173 post op hasta verileri incelendi. Yatışı yapılan 151 hasta (%87.2) 24 saat sonra servise devredildi, 20 hasta (%11.5) yoğun bakım endikasyonu devam ettiği için GYB'a devredildi. 2 hasta ilk 24 saat takibinde (1 i kardiyak,1 i solunum yetmezliği sebebiyle) kaybedildi. Takip edilen hastaların 75' i (% 43.3)büyük batın cerrahisi; 21 hasta (%12.1) ürolojik girişimler; 42 hasta (%24.2) baş boyun cerrahisi; 12 hasta (%6.9) jinekolojik girişimler; 5 hasta (%2.8) intrakraniyal girişimler; 6 hasta (%3.4) kardiyovasküler girişimler; 8 hasta (%4.6) büyük kemik cerrahisi; 2 hasta (%1.1) oftalmik cerrahi; 1 hasta (% 0.5) çocuk cerrahisi ve 1 hasta (%0.5) toraks cerrahisi sonrası takip edildi.Post operatif yoğun bakım sebebi 100 hastanın (%57.8) kronik solunum sistemi hastalıkları olması, 60 tanesinin (% 34.6) kardiyovasküler hastalıkları olması; 10 tanesinin (%5.7) peroperatif beklenmeyen ciddi hemodinamik bozukluk gelişmesi; 3 hastada da (%1.7) peroperatif zor hava yolu olması sebebiyle takip edilmiştir.

SONUÇ

Gelişmekte olan teknolojik ve tıbbi imkanlarla kronik hastalıklı hastaların yaşam beklentisi uzamış olup operasyon geçirme oranı artmıştır. GYB ünitelerinin yatak kapasitesinin az ve yatış süresi uzun olan hasta grubu sebebiyle bu ihtiyacı karşılayamamaktadır. Kliniğimizde yaptığımız geriye dönük incelemede POYB 'ların efektif kullanılmasıyla bu riskli hasta grubunun operasyonları daha komplike olmadan, ertelenmeden yapılmakta ve hastanede operasyon bekleme süreleri azalmaktadır.

Anahtar Kelimeler: POSTOPERATİF, YOĞUN,BAKIM

Poster Sunumlar

Genel Yoğun Bakım / Reanimasyon

Yoğun Bakım Ünitemizde Basınç Yarası Sorunu; Ne Kadar Yol Aldık?

Ebru Kıraner, Berrin Tunalı, Nurten Hacıoğlu, Gülhan Yılmaz

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ABD, İstanbul

GİRİŞ:. Amerikan Ulusal Basınç Ülseri Danışmanlık Paneline (NPUAP) göre basınç yarası; "Tek başına, basınç ya da yırtılma ile basıncın bir arada neden olduğu, genellikle kemik çıkıntılar üzerinde ortaya çıkan lokalize deri ve/veya deri altı doku hasarı" dır. Yoğun bakımda basınç yarası oluşma riski daha yüksek olup bu oran % 11- 40 arasında değişmektedir. Basınç yaraları, mortalite ve morbiditede neden olduğu önemli artış ile hem sağlık açısından hem de ekonomik açıdan önemli bir sorundur. Aslında en önemlisi, hemşirelik bakımı ile büyük oranda önlenebilir oluşudur.

AMAÇ: Sunduğumuz bakım hizmetini değerlendirmek amacıyla yola çıktığımız bu çalışma, ünitemizde 2008 – 2015 yılları arasında Basınç Yarası sorununda ne kadar yol alabildiğimizi ortaya koymayı amaçlamıştır.

BULGULAR: 2008 yılında ilk kez ünitemizde bir yıllık basınç yarası insidansını retrospektif olarak araştırdığımızda 67 hastada (%6.2) basınç yarası oluştuğunu gördük. 2009 yılında basınç yarasını önlemek için, bariyer krem ve film sprey kullanmaya başladık. Kullanım süresi dolmuş olan destek yüzeylerin tamamını yine viskoelastik yüzeyler ile değiştirdik. 2010 yılında ünitemizde çalışan tüm hemşirelere bir yılda 2 kez "Basınç Yarası Önleme ve Bakım" eğitimleri gerçekleştirdik. 2011 yılında ünitemizde Braden Risk Değerlendirme Ölçeğini her gün uygulamaya başladık. Bu yılda basınç yarası oluşan hasta sayısı 59 (%4.3)'du. 2012 yılında ünitemizde "Pozisyon Şeması" kullanımını aktif hale getirdik. Ünitemizde basınç yarası oluşan hasta sayısı 44 (%3.5) oldu. 2013 yılı 1876 hastanın 1079'unun Braden Puanına göre " Çok Yüksek Riskli" olarak tanımlandığı bir yıl oldu. Bu yılda ünitemizde basınç yarası oluşan hasta sayısı 115 (%6.1) olarak gerçekleşti. Ancak 2013 yılında daha çok sayıda Evre I yara tespit edebilmiştik. 2014 yılına geldiğimizde ünitemizde bir yılda 68 (%3.4) hastada basınç yarası oluştuğunu gördük. 2015'te ise ünitemizde 52 (%4.6) hastamızda basınç yarası tespit ettik. Basınç yaralarının tamamı hastane kaynaklıdır ve Evre I dahildir.

SONUÇ: Hizmet kalitemizi arttırmak amacıyla planladığımız çalışmamız kliniğimizde basınç yaralarının önlenmesi için yapacağımız yeni düzenlemelere temel oluşturacaktır.

Anahtar Kelimeler: Bakım,basınç yarası, hemşirelik,önleme

Poster Sunumlar

Genel Yoğun Bakım / Reanimasyon

Ağrı Yönetiminde Yeni Bir Yöntem; Dorsal Kord Stimülasyonu

Yeliz Beşli, Semra Dönmez, Ebru Kıraner

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ABD, İstanbul

Dorsal kord stimulasyonu; spinal korda düşük voltajlı elektrik akımı vererek ağrının baskılanmaya çalışılmasıdır. Epidural bölgeye yerleştirilen bir elektrot, dışarıdan verilen ya da cilt altına yerleştirilen bir kaynaktan verilen elektrik akımıyla uyarılır. Beyin ve omurilik zarı yırtılması, spinal kök veya kord hasarı, kanama, enfeksiyon gibi erken komplikasyonların yanı sıra, en sık rastlanan komplikasyon elektrotun ayrılması ve yerinden çıkmasıdır. Hastanın sosyo-demografik bilgileri, mevcut hastalığın öyküsü, ağrının başlangıcı, süresi, şiddeti, özellikleri, ağrıyı rahatlatan ve arttıran faktörler, kullandığı ilaçlar, ilaç alerjisinin olup olmadığı, geçmiş tıbbi öyküsü alınır. Ağrının nabız, solunum, kan basıncına olan etkisi değerlendirilir. Kan sulandırıcı ilaçlar ve gingko biloba içeren ilaçlar 4 gün önceden kesilmelidir. Özel durumlarda kullanılan pıhtılaşma önleyici ilaçlar onay alınarak işlemden en az 1 hafta önceden kesilmelidir. Hasta girişimin 4 saat öncesinden itibaren aç kalmalıdır. Müdahalenin yapılacağı bölgede açık yara, enfeksiyon düşündürecek cilt defektleri olmamalıdır.

• Hasta için sessiz, sakin, güvenli bir ortam hazırlanmalı

• Hasta yatağının fonksiyonları kontrol edilmeli, yatak düz yatış pozisyonunda tutulmalıdır.

• Çarşafın gergin, aletlerin yerinde ve takılı olması sağlanmalıdır..

• Hastanın yaşam bulgularının takibi, ameliyat sonrası ilk 1 saat 15 dk da bir, daha sonraki saatlerde hastanın durumuna göre belirlenecek sıklıkta yapılmalıdır.

•Ağrı düzeyi,

• Bulantı kusma varlığı,

• Şuur durumu,

• Kanama belirtileri ve kanama [pansuman] kontrol edilmeli

• Hasta ve ailesine operasyonla ilgili bilgi verilmelidir.

Test uygulaması sonrası hastalar 3-4 hafta süreyle izlenir, psikolojik değerlendirmeleri genel sağlık durumları ve mevcut şikayetlerdeki değişiklikler takip edilir ve gerekiyorsa kalıcı sistem takılır. Stimulasyon uygulamasına implantasyondan 1 gün sonra başlanır ve hastaların uygun parametrelerinin saptanması, cihazı tam olarak kullanabilmesi için bir kaç gün hastanede kalmaları gerekebilir. Kalıcı sistem yerleştirildikten sonra taburcu edilen hastalar daha sonra düzenli aralarla yaşam kalitesi skorları ile takip edilirler. Başarılı sonuçlar % 48-75 arasında değişmektedir. Yöntemin uzun süreli takibine ait, iskemik ağrıda %80-90, nöropatik ağrı da ise % 50 başarılı sonuçlar alınmıştır.

Anahtar Kelimeler: Dorsal kord stimülasyonu, Hemşirelik, Kronik ağrı, Yaşam kalitesi,

Poster Sunumlar

[Genel Yoğun Bakım / Reanimasyon

Travmaya bağlı yara bakımı deneyimimiz

Fatma Polat, Canan Kandemir

Bakırköy dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi,İstanbul

GİRİŞ:

Yara doku butunluğunun cerrahi ya da travmatik olarak bozulmasıdır. Her yaraya uygun ideal bir pansuman malzemesi yoktur.Yaranın gereksınımlerıne gore aktif ve pasif kapama ürünleri ile eşleştirilmelidir

OLGU:.

22.09.2015 tarihinde 3, basamak yoğun bakıma yatışı yapılan 42 yaşında C.E. isimli hastanın genel durumu kötü,şuur sedatize perine bölgesinden başlayarak travmaya bağlı gelişen oldukça geniş yüzeyli (35*35 *10 cm) düzensiz uzanım gösteren cilt -cilt altı dokusunu tam flep tarzında kaldırmış yarası mevcuttu. Vac(Vacuum Assisted wound Closure) sistemi uygulaması, pasif kapama yöntemleri,hemşirelik bakımı ve enfeksiyon yönetimini de kapsayan bütüncül bir yaklaşım ile 25.02.16 tarihinde yaranın (22*22*3 cm)düzenli yara haline dönüşümü görüldü.

SONUÇ:

Bu olgu da hastaya ve yarasına göre multıdisipliner yaklaşımlarla yara iyileşmeye başlamıştır.Hastanın bakım ve tedavisine devam edilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Travma,vac,yara, yara örtüleri

Poster Sunumlar

Yaranın İlk Hali



Yaranın İlk Hali



Poster Sunumlar

Genel Yoğun Bakım / Reanimasyon

Siyanür Zehirlenmesinde Erken Dönem Hidroxikobalamin Kullanımı: Bir Olgu Sunumu

Hasibe Sunul-1, Yüksel Öztürk-2, Nedret Ergüven-1

1.Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Bölümü, Uzm. Dr., İstanbul

2.Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Bölümü, Sorumlu Hemşire, İstanbul

Hidroxikobolamin siyanür zehirlenmesinin tedavisinde kullanılan diğer antidotlara göre daha güvenilir ve daha iyi tolere edilebilen bir antidottur.Bu olgu sunumunda, ağız yolundan suicid amacıyla alınan siyanür zehirlenmesi vakasında hidroxikobolaminin başarı ile kullanılması anlatılmaktadır.

Altın kuyumculuğunda işçi olarak çalışan 29 yaşında erkek hasta suicid amaçlı 1.5 gm siyanür içme nedeniyle acil servisimize getirildi.Hasta acil servise getirildiğinde bilinç kapalı, solunum yüzeyel, pupiller midriatik ve ışık refleksi her iki tarafta alınmıyordu (IR -/-).Kardiyak atım 110/dk, kan basıncı 100/80 mmHg idi.Alınan arter kan gazı örneğinde ağır metabolik asidoz tablosu (pH: 6.9, pCO2: 47.9 mmHg, pO2:75.3 mmHg, sO2: 78.5, BE: -23.1, HCO3: 8.5) vardı.Hasta acil olarak orotrakeal entübe edildi ve mekanik ventilatöre bağlandı.Aktif kömürle mide lavajı yapıldı.Yüksek anyon açığı (24.14 mmol/L) olan hastaya HCO3 düzeyi 15 mmol/L seviyesine yükselecek şekilde sodyum bikarbonat infüzyonuna başlandı.Hastaya oral yolla siyanür alımından üç buçuk saat sonra Sağlık Bakanlığından temin edilen siyanür antidotu hidroxikobalamin (Cyanokit^{R}2.5 g Merck Serono) verildi. Hastada yaklaşık 6 saat sonra siyanürün etkisi olduğu düşünülen ajitasyon gelişmesi üzerine deksmedetomidin infüzyonuna başlandı. 2. gün bilinci açık, arter kan gazları normaldi. Hidroxikobalamin dozu tekrar edildi. Bu süre zarfında hastanın kan basınçları ve kan glukoz düzeyleri stabildi. Spontan solunumun yeterli olması ve kan gazlarında herhangi bir patolojinin saptanmaması üzerine hasta ekstübe edildi. Yatışından üç gün sonra hasta yoğun bakım ünitesinden dahiliye servisine çıkarıldı.

Hidroksikobalamindeki kobalt görece olarak daha az zehirli bir bileşik olan siyanokobalamin oluşturmak üzere siyanür ile bağlanır. Borron ve ark.2 ağızdan veya inhalasyon yoluyla alınarak gelişen akut siyanür zehirlenmelerinde ardışık 14 vakaya uyguladıkları hidroxikobolaminin ortalama 2.1 saatte hastaya başlanması halinde tedavide % 71 düzeyinde başarıya ulaşıldığını bildirmişlerdir.Hastamızın yüksek dozda siyanür almasına rağmen hemodinamisinin bozulmadan 2. gün bilincinin açılabilmesi hidroxikobalamin tedavisinin erken başlanabilmesine bağlanmıştır.

Erken tanı ve erken antidot tedavisi mortalite ve morbilite ile ilişkilidir.Vakamızda etkin destek tedavisi ile antidot tedavisinin erken başlaması başarı şansımızı arttırmıştır.

Anahtar Kelimeler: Siyanür /zehirlenmesi, Antidot, hidroxikobalamin

Poster Sunumlar

Genel Yoğun Bakım / Reanimasyon

Anestezi Yoğun Bakım Ünitesinde Temizliğin Monitörizasyonu

Kamile Hatipoğlu Çakirca-1, Canan Kandemir-2, Habip Gedik-1, Leyla Günay-1, Fatma Polat-2, Kadriye Kart Yaşar-1

1.Bakırköy Dr.Sadi Konuk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi,enfeksiyon Kontrol Komitesi,istanbul

2.Bakırköy Dr.Sadi Konuk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi,erişkin Yoğun Bakım Ünitesi,istanbul

AMAÇ: Yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) çevre temizliği enfeksiyon kontrolü açısından çok önemlidir. Bu çalışmada hastanemiz YBÜ'de yapılan temizlik süreçlerini değerlendirmek ve temizlik personellerinde farkındalık oluşturmak amacıyla enfeksiyon kontrol komitesi (EKK) tarafından temizliğin denetlenmesinin, kantitatif bir yöntemle yapılması amaçlanmıştır.

Gereç ve YÖNTEMLER: Hastanemiz erişkin YBÜ'de yapılan rutin temizlik, Clean-Trace ATP Hijyen Monitör Sistemiyle (3M™ Clean Trace™ NG Luminometre) 30 saniye içinde değerlendirilerek uyarıcı firma önerileri doğrultusunda 250 RLU altında saptanan değerler, uygun olarak kabul edildi. Temizlik sırasında, ünitede çalışan temizlik personeli EKK tarafından gözlemlendi.

BULGULAR: YBÜ'de hasta taburcu olduktan sonra yapılan rutin temizlik, söz konusu yöntemle EKK ve birim sorumlusunun belirlediği yerlerden ölçüm yapılarak değerlendirildi. Yapılan ölçümlerde değerin >250 RLU üzerinde çıkması durumunda temizlik işlemi tekrarlatıldı. Bu yöntemle hekim ve hemşire gibi personelin sık kullandığı bilgisayar klavyelerinin, temizliğin efektif yapılamadığı yerler olduğu sonucu ortaya çıkmıştır. Temizlik etkinliğinin kantitatif bir yöntem ile gösterilmesinin, personel üzerinde etkili olduğu gözlendi.

SONUÇ: YBÜ'ler hastane enfeksiyonlarının en sık görüldüğü birimlerdir. Direkt temas yoluyla bulaşan enfeksiyonların sıklığı ve bu enfeksiyonların yol açtığı mortalite, morbidite ve tedavi maliyeti gibi sorunlar enfeksiyonların önlenmesinin önemine dikkati çekmektedir. Clean-Trace ATP Hijyen Monitör Sistemi, mikroorganizma varlığına işaret eden ölçüm yöntemiyle pratik ve 30 saniye gibi kısa sürede sonuç veren bir sistemdir. Kısa sürede geri bildirim ve temizlik işlemin yeniden yapılmasına olanak sağlaması önemli bir avantajdır. Çalışmamıza göre YBÜ'lerde elle temasın yoğun olduğu monitör, bilgisayar klavyesi gibi gözden kaçabilen yüzeylerde temizliğin daha sık yapılması gerektiği sonucu ortaya çıkmıştır.

Anahtar Kelimeler: ATP, YBÜ, temizlik

Poster Sunumlar

Genel Yoğun Bakım / Reanimasyon

Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Erişkin Yoğun Bakım Ünitesi Etken Dağılımları

Kamile Hatipoğlu Çakirca-1, Canan Kandemir-2, Habip Gedik-1, Gülay Aşık Eren-2, Kadriye Kart Yaşar-1

1.Bakırköy Dr.Sadi Konuk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi,enfeksiyon Kontrol Komitesi,istanbul

2.Bakırköy Dr.Sadi Konuk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi,erişkin Yoğun Bakım Ünitesi,istanbul

AMAÇ: Hastane enfeksiyonları en sık yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) görülen, yüksek morbidite ve mortaliteye sebep olan enfeksiyonlardır. Bu çalışmada Temmuz 2014-Temmuz 2015 tarihleri arasındaki bir yıllık dönemde erişkin YBÜ'de saptanan hastane enfeksiyonlarının etken dağılımları irdelenmiştir.

GEREÇ-YÖNTEM: Hastanemizde 20 yataklı üçüncü basamak erişkin YBÜ'de 01.07.2014-01.07.2015 tarihleri arasında, aktif ve laboratuvara dayalı sürveyans çalışması yürütülmüş, tanıda CDC tanı kriterleri kullanılmıştır.

BULGULAR: Erişkin YBÜ'de bir yıllık dönemde 897 hasta, 6717 hasta gününde izlenmiştir. Bir yıllık dönemde 71 sağlık bakımıyla ilişkili enfeksiyon tanısı konmuştur. İzole edilen 76 etken arasında gram negatif bakteriler (%71) hakimken, Acinetobacter cinsi bakteriler (%30) en sık saptanan etken olmuştur.(Tablo 1).

SONUÇ: Son yıllarda erişkin YBÜ'lerde hastane enfeksiyonlarından en sık izole edilen ajanların gram negatif bakteriler olduğu bilinmektedir. Ancak pek çok antibiyotiğe dirençli Acinetobacter cinsi bakteriler, gram negatif ajanlar içinde öne çıkmakta, klinisyeni zorda bırakmaktadır. Bu nedenle akılcı antibiyotik kullanımı ve etkin enfeksiyon kontrol önlemlerine uyumun arttırılması şarttır.

Anahtar Kelimeler: Yoğun bakım ünitesi, hastane enfeksiyonu, Acinetobacter spp

Poster Sunumlar

Tablo 1. Etken dağılımı.

Etken	n (%)
Acinetobacter spp.	15 (19,8)
Klebsiella pneumoniae	11 (14,5)
Koagülaz-negatif stafilokok	10 (13,1)
Acinetobacter baumannii	8 (10,6)
Pseudomonas aeruginosa	8 (10,6)
E. coli	5 (6,6)
Enterococcus spp.	5 (6,6)
Staphylococcuc aureus	3 (3,9)
Stenotrophomonas maltophilia	3 (3,9)
Candida albicans	3 (3,9)
Enterobacter spp.	2 (2,6)
Enterococ faecalis	1 (1,3)
Proteus mirabilis	1 (1,3)
Diğer gram(-)basiller	1 (1,3)
Toplam	76(100)

Poster Sunumlar

Nöroloji ve Noroşirurji Yoğun Bakım

Yoğun Bakımda Beyin Ölümü Sürecinin Yönetimi ve Hemşirenin Rolü

Sacide Yildizeli Topçu

Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

Günümüzde, yoğun bakım ünitelerinin daha donanımlı hale gelmesine rağmen yoğun bakımda takip edilen komalı hastaların bazılarının beyin fonksiyonlarının geri dönmediği de gözlenmektedir. Organ yetersizliği olan birçok hasta için potansiyel donör umudu olması nedeniyle, geri dönüşü olmayan koma tablosundaki hastaların beyin ölümü sürecindeki takip ve bakımının uygun yapılması büyük önem taşımaktadır. Beyin ölümü saptanmadan önce, optimal nörolojik iyileşme öncelikli iken, beyin ölümü sonrası organ bağışı bakımın odak noktası haline gelmektedir. Kardiyovasküler, solunum, endokrin, metabolik ve hematolojik birçok önemli değişikliğe neden olan beyin ölümünün saptanması ve tedavinin yönlendirilmesi organ nakil şansının kullanılması açısından önemli konulardır.

Beyin ölümü beklenen ya da gerçekleşmiş potansiyel donör hastalarının yoğun bakımda takip edilerek, bu duruma özel bakım almaları sağlanmalıdır. Beyin ölümünün saptanması sırasında ve sonrasında bakım hasta odaklı yaklaşımdan organların yönetimi yaklaşımına doğru kayar ve hemşireler bu süreçte değişen bakım önceliklerinin karşılanmasında hayati önem taşımaktadırlar. Böyle bir durumda, hemşire organ perfüzyonunu optimizme edecek bakımı sağlamalı, hormonal resusitasyon protokollerini başlatmalı, agresif kardiyopulmoner resusitasyonu desteklemeli ve amaca yönelik tedaviyi sağlamalıdır.

Öte yandan, bu travmatik süre boyunca, hemşireler ve diğer sağlık çalışanları klinik beyin ölümü tanısıyla yüzleşmeye çalışan ailelerin yaşadığı, bu zorlu duygusal krizde onları destekleme göreviyle de karşı karşıya kalmaktadırlar. Bu sıkıntılı durumu yaşayan hasta ve hasta yakınlarının bakım gereksinimlerini karşılayan hemşireler, hem potansiyel donör olan hastanın bakımında hem de beyin ölümü sürecini kabullenmeye çalışan ailenin desteklenmesinde önemli roller üstlenmektedirler.

Anahtar Kelimeler: Beyin ölümü, donör bakımı, hemşirelik, organ nakli, yoğun bakım,

Poster Sunumlar

Nöroloji ve Noroşirurji Yoğun Bakım

Nöroloji Yoğun Bakımda Yatan Olgularda Perkutan Endoskoik Gastrostomi Uygulaması

Dilek Bülbül, İsmail Ulucan , Levent Öcek , Metin Murat Özçelik , Ufuk Şener

TCSB Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği

AMAÇ: Beslenme desteği, oral alımı olmayan ya da yetersiz olan nörolojik yoğun bakım hastalarında oldukça önemlidir. Santral sinir sitemi etkilenimi sonrasında yutma fonksiyonu bozulan hastalarda beslenme tüpleri yardımı ile aktif enteral beslenme uygulamalarının gerekliliği, nasıl uygulanacağı ve uygulanacak işlemin kazanımları hala tartışmalıdır. Bu calışmamızda nörolojik yoğun bakım olgularında perkutan endoskopik gastrostomi (PEG) uyguladığımız hastaların özellikleri ve PEG ile ilişkili sorunları incelenmiştir.

GEREÇ-YÖNTEM: Ocak 2012-Aralık 2015 tarihleri arasında nöroloji yoğun bakım ünitesinde yatan ve PEG uygulanımı gerçekleştirilen hastalar retrospektif olarak incelendi. Cinsiyet, yaş, yoğun bakımda kalış süresi, mekanik ventilatör desteği, pnömoni gelişimi, hemoglobin ve albumin değerleri kaydedildi. Bası yaraları "National Pressure Ulcer Advisory Panel" e göre evrelendirildi.

BULGULAR: Nöroloji yoğun bakımda 845 hastanın dosyası incelendi. 10'u(%66,7) Kadın ve 5'i(%33,3) erkek, yaş ortalaması 71.87 17.67(32-90) olan 15(1,7%) hastaya PEG takıldığı saptandı. PEG takılan hastaların 7'sinde(%46,7) iskemik, 4'ünde(%26,7) hemorajik serabrovasküler hastalık saptandı. Hastaların yoğun bakımda yatış süresi 76.2±75.2 (10-285) gün idi. PEG takılma kararı yatıştan itibaren ortama 44.6±46.1(4-161) gün sonra alındı. PEG takılma kararı alındıktan sonra PEG takılana kadar geçen süre ortalama 7.1±7.4(1-28) gün olarak saptandı. Hastalarda en sık 2. evre (%46,7) bası yarası tespit edilirken, 4.evre bası yarası saptanmadı. Hastaların 5'i(%33,3) mekanik ventilatör desteğinde izlenirken; 2 hasta'da (%13,3) uzamış mekanik ventilatör desteği nedeniyle trakeostomi açıldı. PEG işlemi öncesinde 8(%53,3) hastada pnömoni saptanırken, işlem sonrasında 4(%26,7) hastada pnömoni geliştiği saptandı.

SONUÇ: Çalışmamızda PEG uygulanmasına bağlı koplikasyonlar literatür ile uyumlu olarak düşük çıkmış ve PEG ile ilişkili mortalite gözlenmemiştir. Kronik ve ağır sekellere yol açan nörolojik hastalıklarda; PEG uygulanması uzun süreli nutrisyonel destek gerektiren durumlarda güvenli ve fizyolojik bir şekilde beslenmenin sağlanması, uygulanım kolaylığı ve düşük koplikasyon oranları nedeniyle tercih edilmesi gereken bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Serebrovasküler hastalık, Perkutan endoskopik gastrostomi, Bası yarası

Poster Sunumlar

Kardiyoloji Yoğun Bakım

Çocuklarda Kalıcı Pace Uygulaması: Hemşirelik Bakımı ve Aile Eğitimi

Özlem Doğu-1, Nursan Çınar-2

1.Sakarya Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Esasları Ana Bilim Dalı, Sakarya

2.Sakarya Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Sakarya

GİRİŞ: Çocuklarda doğumsal veya semptomatik olan kalp rahatsızlıklarının sonucu genellikle sinoatriyal düğüm kaynaklı ileti problemleri görülmektedir. Pacemaker, kalbin sinoatriyal (SA) nodu yeterli fonksiyon görmüyorsa ya da SA nodundan ventriküllere yeterli sayıda iletilemiyorsa uygulanmaktadır. Kalıcı pace uygulanacak hastaların bakımında hemşirenin rol ve sorumlulukları çocuğun bakımı ve ailenin eğitimi, işlem öncesi semptomların yönetimi, işlem sırasında komplikasyonların önlenmesi ve uzun süreli takip gerektirmesi nedeniyle önemlidir. Cihazın çocuğun günlük yaşam aktivitelerini, sportif faaliyetlerin etkileyip etkilemediği veya manyetik ortamlarda yaşayabilecekleri sorunlar merak ve endişe konusudur. Çocuk ve ailenin eğitimi; yara bakımı, pace fonksiyonlarında bozulma göstergeleri, egzersiz, çevresel risklerin önlenmesi, düzenli takip programının oluşturulması başlıklarını içermektedir.

SONUÇ: Bu derlemede kalıcı pace uygulanan çocuklarda hemşirelik bakımı ve aile eğitim güncel literatür bilgileri doğrultusunda kapsamlı biçimde ele alınmıştır.

Anahtar Kelimeler: Çocuklarda pace, hemşirelik bakımı, aile eğitimi

Poster Sunumlar

Kardiyoloji Yoğun Bakım

Konjestif Kalp Yetersizliğine Bağlı Yaygın Ödem: Olgu Sunumu

Döne Günay-1, Neslihan Görmüş-1, Asiye Gül-2

1.Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi

2.İstanbul Üniversitesi

GİRİŞ: Konjestif kalp yetersizliği (KKY), dokuların metabolik gereksinimlerini karşılayacak yeterli miktarda kanı perifere pompalayamaması sonucu oluşan sistemik ve pulmoner konjesyon ile karakterize klinik bir durumdur. Kalp debisinin azalması sonucu sempatik sistemin ve renin-anjiyotensin-aldesteron sisteminin aktive olması, tuz ve su atılımının azalması ve damarlarda vazokonstriksiyon oluşması nedeniyle hücreler arası alanda hacim artmasına neden olur. Bunlara ek olarak susama hissiyle antidiüretik hormon üretimi sonucu ödemin şiddeti artmaktadır. Ayrıca kapiller endotel tabakasının haraplanma sonucu sıvı ve proteinlerin intersitisyel alana geçişi plazma kolloid onkotik basıncını azaltarak da ödeme neden olmaktadır.

OLGU: 60 yaşında, ilkokul mezunu ve evli olan, minibüs şoförlüğü yapan erkek hastaya 10 yıl önce anjiyo yapılmış ve konjestif kalp yetmezliği tanısı konulmuştur. Üç yıl önce tekrar anjiyo yapılmış ve stent konulan hasta 1.5 ay önce kardiyoloji servisine çarpıntı ve nefes darlığı şikayeti ile yatırılmıştır. Burada dekompanse konjestif kalp yersizliği geliştiği için koroner yoğun bakım ünitesine alınan hastanın özgeçmişinde hipotiroidi olduğu, 40 yıldan fazla sigara içtiği, alkol kullanmadığı ve beden kitle indeksinin 35.26 olduğu belirlenmiştir. Fizik muayenede sağ patella üzerinde yara olduğu, cildinde çizikler, renk değişikliği ve kuruluk olduğu saptanmıştır. Hastada pretibial ve skrotal ödem ve asit bulguları bulunmaktadır. Skratumda ki ödem nedeniyle hasta normal kıyafetlerini giyememekte ve hasta beden imgesinde bozukluk ve sosyal izolasyon yaşamaktadır. Hastanın cilt bütünlüğünü koruma konusunda hiçbir bilgisinin olmadığı belirlenmiştir. Hastaya konulan diğer hemşirelik tanıları: Aktivite İntoleransı, Düşme Riski, Sıvı Volüm Fazlalığı, Etkisiz Doku Perfüzyonu Ve Ölüm Korkusu'dur.

TARTIŞMA: Kalp yetersizliği olan bireyin, hastalık belirti ve bulgularının azaltılması, bakım ve tedavinin önemli hedeflerinden biridir. Gelişen semptomların iyi değerlendirilmesi ve bakımın planlanması ile mümkündür.

Anahtar Kelimeler: Bakım, Kalp Yetersizliği, Ödem

Poster Sunumlar

Kardiyoloji Yoğun Bakım

Yetiştirme Yurdunda Kalan Mental Retarde Hastanın Yaşam Kalitesini Artırma

Döne Günay, Neslihan Görmüş

Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi

Yetiştirme Yurdunda Kalan Mental Retarde Hastanın Yaşam Kalitesini Artırma

GİRİŞ: Kalp yetersizliği (KY), kalbin çalışma prensibinin akut ya da kronik bozulmasına bağlı olarak gelişen semptomların kompleksidir. Kalp yetersizliği, normal pompa basınçlarına rağmen (veya sadece artmış dolum basınçları pahasına), kalbin dokuların metabolik ihtiyaçlarını karşılayacak ölçüde oksijen sunamamasına yol açan, kardiyak yapısal veya işlevsel bozukluk şeklinde tanımlanabilir. Kardiyak atım hacminin dokuların metabolik ihtiyacını karşılayamayacak seviyede azalması, kalp yetersizliği semptomlarının oluşumuna neden olur. KY, sıklıkla değişik kardiyak hastalıkların seyrinde, son evrede ortaya çıkar ve önemli bir mortalite ve morbidite nedeni olarak kabul edilir. Kalp yetersizliğinin ilerlemesi, yaşam kalitesinin azalması, tekrar hastaneye yatanların, morbidite ve mortalitenin artışı ile birliktedir.

OLGU: 32 Yaşında, okuryazar olmayan erkek hasta çocuk esirgeme kurumunda yetişmiş, hala yetiştirme yurdunda kalmaktadır. Mental retardasyonu olan hasta Dilate Kardiyomiyopati tanısı nedeniyle hastane tarafından takip edilmektedir. 19.01.2016 tarihinde acil servise solunum sıkıntısı nedeniyle başvuran hastanın yapılan fizik muayenesi ve laboratuvar bulguları sonucunda Dekompanse Kalp Yetmezliği tanısı ile hasta koroner yoğun bakım ünitesine yatışı yapıldı. Hastanın beden kitle indeksi 34,9 olup, özellikle alt eksteremitelerde olmak üzere vücudunda belirgin şekilde ödem bulunmaktaydı. Vücudunda çizikler mevcuttu. Hastanın genel aktivite düzeyi sınırlı ve uyaranlara yanıtı çok azdı. Hasta koroner yoğun bakım ünitesine yetiştirme yurdu kurumu çalışanları tarafından getirildi. Hastada öz bakım ihtiyacını gidermede yetersizlik görülmekle birlikte bakımı konusunda kurum çalışanlarının bilgi eksikliği olduğu anlaşıldı. Hastaya konulan diğer hemşirelik tanıları; cilt bütünlüğünün bozulma riski, sıvı-volüm fazlalığı, aktivite intoleransı, etkisiz doku perfüzyonu, tanımlanan tedaviye uymada güçlük, beslenmede dengesizlik: gereksinimden fazla beslenme potansiyeli, kendine zarar verme ve düşme riskidir.

TARTIŞMA: Mental retarde olan, yetiştirme yurdunda kalan bireyin, hastalık belirti ve bulgularının azaltılması bakım ve tedavinin önemli hedeflerindendir. Hastanın bakımını üstlenen kişilerin hasta tanılarına yönelik eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi, yapılacak eğitimler ile bakım konusunda bilgi düzeylerinin arttırılması ve bireyin yaşam kalitesini artırmaya yönelik önlemlerin alınması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bakım, Hastalık, Yaşam Kalitesi

Poster Sunumlar

Kardiyoloji Yoğun Bakım

Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerin Ritim Analizi Üzerine Bilgi ve Tutumları

Refiye Özgen-1, Yasemin Akıl-2, Hatice Bulut-3

1.Çukurova Üniversitesi, Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü,Adana

2.Çukurova Üniversitesi, Stomaterapi Ünitesi, Adana

3.Çukurova üniversitesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı,Adana

Yoğun bakım üniteleri (YBÜ) hastaların yakın izlemde tutulduğu, invaziv girişimlerin daha fazla uygulandığı, mortalite-morbidite oranının daha yüksek olduğu birimlerdir. Hasta bakımının en iyi şekilde sağlanmasında kullanılan araç gereçlerin dışında donanımlı bir ekibin büyük etkisi vardır. Hastadaki bulguların erken tanılanmasında ve gerekli girişimlerin belirlenmesinde yoğun bakım hemşiresinin önemli sorumlulukları bulunmaktadır.. YBÜ' sinde çalışan hemşirelerin EKG yorumlama konusunda bilgili olmalarının, ciddi kalp problemlerinin belirlenmesi ve yapılacak girişimler açısından hayati önemi vardır.

AMAÇ: Çalışmamızda hastanemiz YBÜ'de çalışan hemşirelerin acil ritimlerin analizi konusunda bilgi ve tutumlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM: YBÜ'de çalışan 200 hemşirenin 156'sı çalışmaya dahil edildi. Çalışma dışı kalan diğer hemşirelerin mazeretli izinleri vardı. Hazırlanan anket formu hemşirelere yüz yüze yöntemiyle uygulandı. 156 hemşireye Ekg eğitimi verildi. Eğitim sonrası aynı anketler tekrar uygulandı. Veriler SPSS de analiz edildi.

BULGULAR: Çalışmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması 26(18-53 yıl), % 83.3' ü kadın, % 22,4'ü Acil de çalışıyordu, meslekte ve YBÜ de çalışma yılına bakıldığında 39,1' i 5 yıl ve altında idi. % 56,4' ü EKG eğitimi almamış, % 73.1'i CPR eğitimi almıştı. Eğitim öncesi ankette sorulan ritimlerin doğru bilme oranı eğitim sonrasına oranla istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktü ($p<0.005$).

SONUÇ: Bu çalışmayla YBÜ de çalışan hemşirelerimizde bir farkındalık sağlandı.

YBÜ' de çalışan hemşirelere oryantasyon programında Ekg eğitimi verilmesi ve düzenli aralıklarla tekrarlanması gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: EKG, Eğitim, Yoğun Bakım Ünitesi

Poster Sunumlar

Kardiyoloji Yoğun Bakım

Olgu Sunumu: Kardiyojenik Şok Gelişen Hastada Fizik Muayenenin Hemşirelik İzlem ve Bakım Sürecine Katkısı

Fatma Şahin, Miray Eşlik

Sağlık Bakanlığı, Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Bursa

AMAÇ

Kardiyojenik şok gelişen hastada morbidite ve mortaliteyi etkileyen sebeplerin başında akut dolaşım yetersizliği gelmektedir. Planlı ve profesyonel hemşirelik izlem ve bakımı ile kardiyojenik şok gelişen hastada sağ kalım oranını artırmak, hastane enfeksiyonunu engellemek ve ileri dönemde hastanın daha kaliteli bir yaşama sahip olmasının sağlanması amaçlanmıştır.

METODLAR

Verilerin toplanması amacı ile literatür taranması sonrasında veri toplama formu hazırlanmıştır. Hastanın demografik ve kliniksel özelliklerinin değerlendirildiği veri toplama-değerlendirme, tanılama ve günlük planlama olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır.

BULGULAR

46 yaşında erkek hasta, Akut İnferiyor Miyokard İnfartüsü geçirmiş Perkütan Koroner İnvazyon (PCI) sonrası koroner bakım ünitesine alınmış, spesifik ve medikal tedavisi başlanmıştır. Hasta koopere, glaskow koma skalası 15 puan (E5-M6-V4), pupiller izokorik-reaktif, her iki sklera normal renkte, cilt tonüsü normal karakterde, üst ekstremitelerde ödem yok, alt ekstremiteler de hafif ödem mevcut, kapiller dolgunluk üst-alt normal 3 sn, boyun venleri dolgun, her iki akciğer eşit havalanıyor, abdomen palpasyonda doğal (4 kadran). Hastanın kalp hızı 121/dk (sinüs taşikardisi aralıklı ventriküler ekstra sistol geçişi görülüyor), kan basıncı 71/32 mmHg (arteriyal monitarizasyon), solunum 28/dk (taşipneik ve düzenli, oksijen maske destekli), kan satürasyon değeri %91 (oksijen destekli, 3-4 lt/dk). Takibinin 6. saatinde hastaya İntra Aortik Balon Pompası (IABP) takılmış ve 3 gün IABP desteği ile takip edilmiştir. Pompa desteğinde iken hastada Akut Pulmoner Ödem gelişmiş ve medikal tedavisine ek olarak non-invazif mekanik ventilatör ile destek verilmiştir. Spesifik tedavisi devam eden hastada gelişen komplikasyonlar yönünden iyilik hali sağlandıktan sonra medikal tedavi sürecine devam edilmiş, takibin 5. gününde yatak kenarı mobilizasyon, 6. gününde tam mobilizasyon sağlanmış ve 7. gününde koroner bakım ünitesinde kliniğe transfer edilmiştir.

SONUÇLAR

Birden fazla non-invazif ve invazif işlem geçiren hastamız 7 günlük koroner bakım sürecinde planlı ve profesyonel hemşirelik izlem ve bakımı ile tam iyilik halinin sağlanılmaya çalışılması, hiç enfeksiyonunun olmaması ve taburcu olması sağlandı.

Anahtar Kelimeler: Kardiyojenik Şok, Hemşirelik İzlemi, Hemşirelik Bakımı

Poster Sunumlar

Yoğun Bakımda Konfor

Yoğun Bakımda Farmakolojik Olmayan Ağrı Yönetiminde Kanıta Dayalı Uygulamalar

Sevgi Deniz, Sevilay Erden, Sevban Arslan

Çukurova üniversitesi sağlık bilimleri fakültesi cerrahi hastalıkları hemşireliği

Yoğun Bakım (YB) üniteleri ileri teknoloji ve yetişmiş çalışanlarla donatılmasına rağmen YB hastalarının %40-70'i ağrı çekmektedir. Uygulanan cerrahi girişimler, uzun suren hareketsizlik, tanı ve tedavi amaçlı invaziv ve noninvaziv işlemler, mekanik ventilasyon, endotrakeal aspirasyon, rehabilitasyon uygulamaları, günlük pansumanlar ve pozisyon değişimleri ile hasta nakilleri ağrıya neden olan uygulamalardır. Ağrının kontrol altına alınmasında hızlı, etkili ve kolay uygulanabilir olması nedeniyle yaygın olarak farmakolojik yöntemler kullanılmaktadır. Ancak, analjeziklerin bilinçsiz ve yoğun bir şekilde kullanılmasının birey ve ülke ekonomisine getirdiği yük, bazı fizyolojik fonksiyonlara olumsuz etkisi ve özellikle narkotiklerin kullanıldığı durumlarda her defasında dozun artırılması nedeniyle tolerans gelişmesi gibi birçok olumsuz yönleri vardır. Bu nedenle; analjeziklerin kullanım oranının azaltılması, birey tarafından kolaylıkla uygulanabilir olması ve ekonomik yük getirmemesi açısından farmakolojik yöntemlerin yanısıra farmakolojik olmayan yöntemler de ağrı yönetiminde önerilmektedir. Literatürdeki çalışmalarda YB hemşirelerinin ağrılı girişimler sırasında hastalara uyguladıkları / uygulattıkları kanıt temelli yöntemler uyguladıkları belirlenmiştir. Bu yöntemler arasında; diyet, egzersiz, gevşeme teknikleri, dua etme, sakin ses tonuyla konuşma, bilgi verme, derin nefes alma sıklıkla uygulanan farmakolojik olmayan yöntemlerdir. Bununla birlikte, etkili iletişimde bulunma, irritasyon yaratan durumların eliminasyonu (endotrakeal tüpün traksiyonunun düzeltilmesi, pozisyon, aspirasyon, ağız bakımı), yara bakımı, soğuk uygulama, müzik terapisi ve masaj diğer uygulamalar arasındadır. Ağrı kontrolünde anahtar rolü üstlenmesi nedeniyle hemşireler, analjezi için kanıta dayalı bu yöntemleri uygulamalıdır. Bu durum, bakım kalitesini ve bakım sonuçlarını iyileştirmek, hasta bakım sonuçlarında fark yaratmak, bakımı standardize etmek, hemşire ve hasta memnuniyetini artırmak gibi sonuçlar açısından çok önemlidir. Bu bağlamda, hastalara kanıta dayalı ilaç dışı ağrı kontrol yöntemlerinin uygulanması konusunda hemşirelere eğitim verilmelidir.

Bu derlemenin amacı; ağrı kontrolünde kanıta dayalı farmakalojik olmayan uygulamaları gözden geçirmektir.

Anahtar Kelimeler: Ağrı kontrolü, Farmakolojik olmayan yöntemler, Hemşire, Yoğun bakım

Poster Sunumlar

Yoğun Bakımda Konfor

Noninvaziv Mekanik Ventilasyon Uygulamasında Maske İle İlişkili Komplikasyonlar ve Hemşirelik Yaklaşımları

Kamile Kirca-1, Burcu Bayrak Kahraman-2

1.Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Hemşirelik Programı,Ankara

2.Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelk Bölümü, Ankara

Noninvaziv mekanik ventilasyon (NIMV), hastaya endotrakeal tüp olmaksızın pozitif basınçla solunum desteğinin verildiği ve özellikle yoğun bakım ünitelerinde uygulanan bir yöntemdir. Hastanın solunum iş yükünü azaltmak; oksijenizasyonu iyileştirmek; entübasyonu engellemek ve yaşam kalitesini arttırmak amacıyla uygulanmaktadır. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, pulmoner ödem, obstruktif uyku apne sendromu, pnömoni, astım, postoperatif solunum yetmezliği ve akut respiratuvar distres sendromu NIMV'nin uygulandığı hastalıklar arasında yer almaktadır.

Noninvaziv mekanik ventilasyon hastaya, nazal, oranazal, tam yüz maskesi veya Helmet tipi maskeler kullanılarak, kafayı saran bantlar (headstrap) aracılığı ile kuvvetli, çok sıkı olmayacak şekilde uygulanmaktadır. Sıklıkla NIMV uygulamasında oronazal yüz maskeleri tercih edilmektedir. Ancak hastanın geçirilmiş yüz cerrahisi, travması veya deformitesinin bulunduğu durumlarda maske ile NIMV uygulanamamaktadır. Gerek nazal, oranazal veya tam yüz maskesi gerekse Helmet tipi maske kullanıldığında uygulamaya bağlı olarak pek çok komplikasyonla karşılaşmak mümkündür. Nazal ülserasyon, yüzde eritem, klostrofobi, maske-yüz uyumsuzluğu, ağrı ve rahatsızlık hissi, hava kaçaklarıyla ilişkili solunum parametrelerinde bozulma, NIMV ile ilişkili gelişebilecek başlıca komplikasyonlardır. Bu komplikasyonların önlenmesi NIMV uygulamasında başarıyı artıracaktır. Bu noktada hemşirenin rolü ön plana çıkmaktadır. Bu komplikasyonlara yönelik temel hemşirelik girişimleri; basınç bölgelerinin izlenmesi, bağların gerginliğinin ayarlanması, ağrı, anksiyete değerlendirmesi, cilt bakımı ve hastaya psikolojik desteğin sağlanmasıdır. Bu girişimler ile NIMV uygulamasına bağlı gelişebilecek komplikasyonların önüne geçilecek ve bu uygulamaya hastanın uyumu artırılacaktır. Aksi takdirde gelişen komplikasyonlarla birlikte hastanın tedaviye uyumu güçleşmekte ve tedavinin etkinliği olumsuz yönde etkilenerek invaziv mekanik ventilasyon ihtiyacı ortaya çıkmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Noninvaziv mekanik ventilasyon, maske, komplikasyonlar, hemşirelik yaklaşımları

Poster Sunumlar

Yaşam Sonu Bakım; İyi Ölüm Kavramı

Palyatif Bakım ve Etik

Selma Tepehan Eraslan-1, Meral Madenoğlu Kıvanç-2

1.Trakya Üniversitesi, Keşan Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Edirne

2.İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul

GİRİŞ: Palyatif bakım; ilerleyici ve tedavisi olmayan, ölümcül hastalıklarda yaşam kalitesini artırmaya yönelik bir bakım sistemidir.

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre palyatif bakım; kapsamlı bir değerlendirme ve tedaviyle hastalar tarafından yaşanan fiziksel, psikososyal ve manevi semptomların giderilmesini, aynı zamanda ailenin, arkadaşların, bakım verenlerin desteklenmesini ve acılarının hafifletilmesini amaçlar. Yaşam süresinden çok yaşamın niteliğiyle ilgilenir. Palyatif bakım hizmeti multidisipliner ve interdisipliner bir yaklaşım gerektirir. Amaç hastalığın neden olduğu semptomların önlenmesine yönelik farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemlerin kullanılması, hastaya son döneme kadar aktif, kaliteli bir yaşam sunulmasıdır. 1990 yıllarının başında 'palyatif bakım' kavramı Amerika'da kanserden ölmekte olan bireylerin bakımı için kullanılmıştır. Zamanla palyatif bakım anlayışı değişmiştir. Kanser, kronik hastalıklar, nörolojik hastalıklar, ileri dönem organ yetmezlikleri, konjenital anomaliler, AIDS gibi infeksiyonlar palyatif bakım gerektiren hastalıklardır ve her yaş grubundan hastayı kapsamaktadır. DSÖ verilerine göre her yıl tahminen 40 milyon kişinin palyatif bakım gereksinimi olmakta ve bunların %78'i düşük-orta gelir düzeyindeki ülkelerde yaşamaktadır. Yaşam sonu bakım tüm dünyada sağlık kalitesinin bir göstergesi olarak kabul edilmektedir. Ülkemizde de son yıllarda palyatif bakım hizmetleri ile ilgili çalışmalar ivme kazanmış, palyatif bakım merkezleri ülke genelinde yaygınlaşmaya başlamıştır. Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge 7 Temmuz 2015 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Palyatif bakım tedavisi, Sağlık Bakanlığınca palyatif bakım verme konusunda tescil edilmiş olan Sağlık Bakanlığına bağlı yataklı sağlık tesislerince faturalandırılmaktadır. Diğer taraftan bu hastaların uzun süreler hastanede yatak işgal etmesi, tedavi edilebilir hastalıklara sahip hastaların yaşam şanslarını azaltmakta, sağlık personeli gücünün, hastane olanaklarının etkin kullanılmamasına neden olmaktadır. Sağlık profesyonelleri palyatif bakım hizmetlerini sağlarken; hasta otonomisi, beslenme ve sıvı desteği, yaşam desteğinin kesilmesi/verilmemesi ve derin sedasyon/analjezi uygulamaları gibi konularda etik ikilemler yaşayabilmektedir.

SONUÇ: Bu dönemde meydana gelebilecek etik ikilemler hastanın kendi tedavisi ile ilgili kararlara katılımının sağlanması ile azaltılabilecektir. Ulusal ve dünya çapında bu etik sorunların bilincinde olmak, hassas bir şekilde yönetimini sağlamak nitelikli bakım kalite göstergelerinden olacaktır.

Anahtar Kelimeler: palyatif bakım, etik, kalite

Poster Sunumlar

Yaşam Sonu Bakım; İyi Ölüm Kavramı

Neuman Sistemler Modeli'ne Göre Çocuklarda Yaşam Sonu Bakım: Olgu Sunumu

Yasemin Yeşilyurt-1, Sibel Öztürk-2, Refiye Özgen-2, Rıza Dinçer Yıldızdaş-1

1.Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı, Adana

2.Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü, Adana

GİRİŞ

Çocuklarda yaşam sonu bakım, çocukların ve ailenin fiziksel, psikososyal ve spiritüel gereksinimlerini değerlendirme ve yönetmeyi, semptom kontrolünü, hastalık ve yas süreci boyunca aileyi desteklemeyi içerir. Bu çalışmada, bir olgu üzerinden Neuman sistemler modeline göre yaşam sonu bakımda hemşirelik girişimleri ele alınacaktır. Neuman Sistemler modeli bütüncül yaklaşımlı, iyiliğe adapte olmuş, açık sistem özellikleri ile bireyin fizyolojik, psikolojik, sosyokültürel, spritüel ve gelişimsel beş majör değişkenine yer verilmesi nedeniyle uygun bir modeldir.

OLGU

A: HASTAYA AİT VERİLER

Evde annesi tarafından stor perde zinciri ile boynundan asılı bulunan 4 yaşındaki kız hasta; kardiyopulmoner resüsitasyon sonrasında Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım Ünitesine yatırılmıştır. Birinci gün; genel durumu kötü, entübe mekanik ventilatörle takip edilen hastanın boyun ön kısmında ekimotik lezyonlar mevcut. Beyin ödemi olan hasta, sedatize edildi. 3. gün yapılan MR inceleme sonucu, hipoksik iskemik ensefolopati ile uyumluydu. Beyin ölümü açısından yapılan değerlendirmede apne testi (+), pupiller fiks dilate, derin tendon refleksi (-), motor yanıt (-).

B:HASTANIN/AİLENİN ALGILADIĞI STRESÖRLER

Ailenin en önemli stresi; çocuğunu kaybetme korkusu.

C:HEMŞİRENİN ALGILADIĞI STRESÖRLER

Hastanın günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememesi. Ailenin yaşamış olduğu korku.

D:VERİLERİN ÖZETLENMESİ

1)İçsel faktörler

a) Fizyolojik; Hasta entübe mekanik ventilatöre bağlı. Derin tendon refleksi hiperaktif. Ekstremiteler paralizik. Bilinç kapalı. Babinski (-).

b) Psikolojik:

Hastanın bilinci kapalı emosyonel durumu değerlendirilemiyor.

c) Sosyokültürel:

4 yaşındaki hasta, hastalık öncesi dönemde yaşıtları ile uyumlu. Kreş eğitimi alıyor.

d) Gelişimsel: Hastalığı öncesinde yaşıtlarıyla uyumlu.

e) Spiritüel: Ailesi çocuklarının iyileşmesi için dua ediyor.

2) Kişilerarası faktörler

Annesi babası her gün ziyaretine geliyor.

3) Kişi dışı faktörler

Hastanın bilinci kapalı, yoğun bakımda yatıyor. Tüm gereksinimleri yoğun bakım hemşireleri tarafından karşılanıyor.

E. HEMŞİRELİK TANILARININ NEUMAN SİSTEMLER MODELİNE GÖRE İNCELENMESİ

Deri Bütünlüğünde Bozulma Riski

Aile desteğinin sağlanması

Spiritüel distress

Acı çekme/Yas

Çocuğun fiziksel semptomlarının yönetimi

SONUÇ: 11. gün arrest olan hastaya kardiyopulmoner resüsitasyon başlandı. Hastadan yanıt alınamadı ve hasta exitus kabul edildi.

Anahtar Kelimeler: neuman sistemler modeli, yaşam sonu bakım, çocuk yoğun bakım

Poster Sunumlar

Yaşam Sonu Bakım; İyi Ölüm Kavramı

Terminal Dönem Hastaya Psikolojik Yaklaşım

Ayşe Güzel, Berra Yılmaz Kuşaklı

Çatalca Devlet Hastanesi, Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü

GİRİŞ: Ölümü yaklaşan hasta ve ailesinin içinde bulunduğu süreç literatürde 'terminal dönem' olarak adlandırılmaktadır.

Bireyin ölüme karşı duygusal tepkileri inançlarına,kültürlerine, toplumsal değer yargılarına; ve yaşam boyu edindikleri deneyimlerine göre değişim gösterse de, şüphesiz ortak tepkileri korku ve beraberinde çoğu hastanın 'tahammül edilemez acı' olarak tanımladıkları duygusal acıdır.

Korku ve duygusal acının temelinde derin bir umutsuzluk duygusu, zamanının sınırlı olduğunu bilinmesi, bedenini ve beden denetiminin yitirilmesi, tamamlanamayan hedeflerin olması,ailesini yalnız bırakacak olduğunu bilmesi gibi nedenler bulunmaktadır.

Elizabeth Kübler Ross, ölümle karşı karşıya olan bir kişinin duygusal reaksiyonlarını inceleyerek, ölümcül hastalığı olan bireylerin bu durumla baş edebilmelerinde; reddetme(inkar), kızgınlık(öfke), pazarlık, depresyon, kabullenme mekanizmalarını kullandıklarını belirtmiştir.

TERAPÖTİK YAKLAŞIM:Terminal dönemdeki hasta ve ailesine gereksinim duydukları bakımı sağlamak hemşirenin sorumlulukları arasındadır. Kaliteli sağlık bakımı için, terapötik iletişim kurarak iletişimi sürdürmek gerekmektedir. Ancak hastanın beklenen ölümü, hemşirenin yaşamı koruma ve sürdürme amacına ters düşmekte, ve bunun sonucunda hasta ile iletişimde güçlükler yaşanmaktadır. Hemşire hasta ve ailesiyle iyi bir iletişim kurmalıdır. Hemşire hasta ve ailesiyle dürüst ve saygıya dayalı bir iletişim kurarak güven duymalarını sağlamalıdır. Hasta ile iletişim kanalları herzaman açık tutulmalı, mümkün olduğu kadar birlikte olunmalı, soruları açık bir şekilde yanıtlanmalı ve duygularını ifade etmesi için cesaretlendirilmelidir.

Bir hastaya onu anladığını, ona saygı duyduğunu ve nezakat içerisinde yaklaştığını göstermenin özellikle beden dili aracılığıyla sayısız yöntemi vardır. Örneğin hastaya nazik bir dokunuş, hastanın yatak kenarına oturarak kısa süreli vakit geçirme gibi bütün bunlar hastaya şu mesajı verir. –' sen bir bütün olarak benim zamanımı ve saygımı hak ediyorsun… ' içtenlik, koşulsuz saygı ve empatik anlayış; hastanın kendisini değerli hissetmesine ve duygusal acı hissinin azalmasına yol açar.

SONUÇ: Hemşire hasta ve yakınları için zor olan bu dönemde onlara planlı ve yeterli zaman ayırmalı. Hasta ile iletişimi açık tutarak duygularını ifade etmesini sağlamalıdır. Hasta ve ailesinin bu dönemde kaliteli zaman geçirmeleri ve duygusal yönden daha güçlü olmalarını sağlamalıdır.

Anahtar Kelimeler: iletişim, psikolojik yaklaşım, terminal dönem

Poster Sunumlar

Terapötik Yaklaşım



Poster Sunumlar

Yoğun Bakımda Bakım Kavramı

Yoğun Bakımlarda Ventilatöre İlişkin Pnömoni Bakım Paketinin Yeri

Sevilay Erden-1, Birgül İzdeş-2, Sevban Arslan-1

1.Çukurova Üniversitesi, sağlık bilimleri fakültesi, Hemşirelik, Adana

2.Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Balcalı hastanesi

Hastane Enfeksiyonları (HE), tüm dünyada en önemli morbidite ve mortalite kaynağı olarak, ilk 10 ölüm nedeni içinde yer almakta olup, bu enfeksiyonların %20-40'ından fazlası sağlık profesyonellerinin aldıkları önlemlerle önlenebilmektedir.

Son 20 yıldır yapılan çalışmalar HE'nın önlenmesinde kanıt temelli girişimlerin bir paket halinde, eş zamanlı ve eksiksiz olarak uygulanmasıyla sıfır enfeksiyon hedefine ulaşılabileceğini göstermiştir. "Bakım Paketi" denilen bu yaklaşım sağlık bakım ekibinin sıkı uyumu ile sağlanabilir. Bu bağlamda, etkinliği bilimsel olarak kanıtlanmış en az 3-5 bileşen bulunmalı, girişimler multidisipliner bir yaklaşımla sunulmalı, uyumun ölçülmesi ya hep ya hiç yöntemi ile yapılmalıdır. Ayrıca pakete uyum %95 ya da daha fazla olmalı, pakette yer alan girişimlerden birinde uyumsuzluk saptanması durumunda diğerlerine de uyulmamış olduğu kabul edilmelidir.

Enfeksiyon kontrol önlem paketlerinin santral venöz kateter ilişkili kan dolaşım enfeksiyonları, kateter ilişkili üriner sistem enfeksiyonları, cerrahi alan enfeksiyonları ve ventilatör ilişkili pnömoninin (VİP) önlenmesinde etkili olduğu yoğun bakım çalışmalarında kanıtlanmıştır. VİP ABD'deki Sağlık Bakımı İyileştirme Enstitüsü tarafından ilk geliştirilen bakım paketinden biridir. Bu paket, işlemlerden önce ve sonra el hijyeninin sağlanması, koruyucu ekipman kullanılması, yatak başının 35-45º yükseltilmesi, günlük olarak sedasyona ara verilerek ekstübasyona hazırlığın değerlendirilmesi, peptik ülser profilaksisi, DVT profilaksisi ve klorheksidin glukonat ile günlük ağız bakımı gibi girişimlerden oluşmaktadır. Bu paketin uygulanmasıyla VİP hızında anlamlı şekilde düşme saptanmıştır. Bir çalışmada VİP önlem paketinin uygulanmasıyla ilk yıl VİP hızı 1000 ventilatör gününde 10.2'den 3.4'e, başka bir çalışmada ise 14.1'den 0'a düşürülmüştür. Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise VİP bakım paketine %92.3 uyum ile VİP hızının 103 ventilatör gününde 14.7'ten 3.28'e düştüğü belirlenmiştir.

VİP mortalite ve morbiditesi yüksek olan, önlenebilir bir enfeksiyon hastalığıdır. Yoğun bakımlarda VİP hızının düşürülmesi için bakım paketi uygulanmadan önce ve sonra VİP hızı takip edilmeli, multidisipliner bir yaklaşımla bakım paketlerinin oluşturulmasında, uygulanmasında ve uyumun sağlanmasında yoğun bakım hemşireleri anahtar rolü üstlenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Bakım paketi, Ventilatöre ilişkin pnömoni,Hemşire, Yoğun Bakım

Poster Sunumlar

Yoğun Bakımda Bakım Kavramı

Yoğun Bakım Ünitelerinde Muldisipliner Çalışmanın Yararları

Meral Madenoğlu Kıvanç-1, Selma Tepehan Eraslan-2

1.İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, İstanbul

2.Trakya Üniversitesi, Keşan Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Edirne

GİRİŞ: Yoğun bakım üniteleri (YBÜ), birçok uzmanlık alanını kapsayan ve multidisipliner çalışmayı gerektiren, teknik donanım, insan gücü ve profesyonel beceriler açısından nitelikli olması beklenen ünitelerdir.

YBÜ'nin yapılanmasında ilk koşul hastaların bakımını sağlayacak multidisipliner ekibin oluşturulmasıdır. Multidisipliner ekip yaklaşımı kurum içerisinde bireyler arasında bağımsızlığı ve iletişimi geliştirip, güven ortamının oluşmasına zemin hazırlayan bir çalışma sistemidir. Ekip üyelerinin felsefesi ve amacı ortak olduğu halde becerileri farklı yöndedir. Her ekip elemanı mesleği doğrultusunda katkı verir ve meslek grubunun özel otoritesini temsil eder. Multidisipliner ekip üyeleri rastlantı ve zorunlu olarak bir araya gelmiş meslek üyelerinden değil içinde bulundukları duruma uygun bilgi, deneyim, beceri ve uzmanlıkları ile katkıda bulunacak seçilmiş elemanlardan oluşur. Ekip üyelerinin beraberce sorunları tanımlaması, veri toplaması, sorunu değerlendirmesi ve amaçları belirlemesi, yaşanan sorunların çözümü için birlikte karar vermesi, hastayı ve ailesini ekibin merkezine alarak optimal bakımı vermesi hasta ve ailesi açısından önemlidir.

Multidisipliner ekip çalışması çalışanların; olumlu iletişim, paylaşma ve karşılıklı öğrenme, özerklik ve iş tatmini, daha az iş stresi, yenilikleri çabuk kavrayarak hızlı ve etkin bir şekilde uygulamaya koyma, motivasyonun artması, bireysel gelişim ve sürekli bir değişim ortamında yaşamayı öğrenmelerini sağlar. Multidisipliner ekip çalışmasına kuruma yararı açısından bakıldığında; kurumlarda yüksek performans, düşük maliyetle hızlı ve kaliteli hizmet verme, farklı fonksiyonlar arasında daha yüksek entegrasyon, ortak dil ve ortak çalışma yöntemlerinin kullanılması, daha iyi ekip çalışması ve zaman yönetimi, daha fazla katılım, verimli kaynak tahsisi ve yetkinliğin artmasını sağlar.

SONUÇ: Yapılan birçok çalışmada yoğun bakımda multidisipliner ekip yaklaşımın hasta mortalitesi, yatış süresi ve maaliyetlerinin azalmasında etkili olduğu belirtilmiştir. Dolayısıyla YBÜ'de multidisipliner anlayışla hareket edilmesi hasta bakım kalitesinin artmasında önemli katkılar sağlayacaktır. Multidisipliner yaklaşımla ilgili olarak anahtar ögenin multidisipliner yaklaşım kültürü olduğu hatırlanmalıdır. Bunun için bireysel farklılıklara saygı ve güven ortamı oluşturulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: yoğun bakım, multidisipliner çalışma, ekip

Poster Sunumlar

Yoğun Bakımda Bakım Kavramı

Yoğun Bakım Hastalarında Ağrı Kontrolünde Refleksoloji

Amine Deniz , Sevilay Hintistan

Karadeniz Teknik Üniversitesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Trabzon

GİRİŞ: Ağrı, bedenin herhangi bir yerinden kaynaklanan, davranış ve düşünce bozukluğuna neden olan, bireyin geçmiş deneyimleri ile ilgili hoş olmayan karmaşık bir deneyimdir. Yoğun bakım hastalarının da sıklıkla yaşadığı ağrının kontrolünde gün geçtikçe refleksoloji gibi nonfarmakolojik yöntemlerin kullanımı artmaktadır.

Yoğun Bakım Hastalarında Ağrı: Yoğun bakım hastalarında yaygın olarak görülen ağrı her hastada farklı düzeylerde deneyimlenmekle birlikte tüm yoğun bakım hastaları ödem, enfeksiyon, iskemi, immobilizasyon, invaziv/non invaziv uygulamalar nedeniyle ağrı için yüksek riskli olarak değerlendirilmektedir.

Refleksoloji ve Ağrı: Refleksoloji, el, ayak ve kulaklarda bulunan vücut bölümleri ve organlarla ilgili refleks noktalarına yapılan uygulamalarla, birçok semptomda hafifleme sağlayan, hemşirelerin rahatlıkla uygulayabileceği invaziv olmayan bir tedavi biçimidir. Refleksolojinin etki mekanizmasını açıklayan birçok teori olmasının yanı sıra, refleksologlar uygun refleks noktalarına yapılan basının beyinde uyarılara neden olarak, ilgili bölümde rahatlama sağladığı görüşündedirler. Refleksoloji; ağrı, yorgunluk, kas krampları, konstipasyon, uykusuzluk gibi birçok semptomun hafifletilmesi, bağışıklık sisteminin güçlendirilmesi gibi alanlarda kullanılmaktadır. Yoğun bakım ünitelerinde de yatan kanser hastaları, diyaliz hastaları, kronik obstrüktif akciğer hastaları gibi farklı hasta gruplarında yapılan birçok çalışmada da refleksolojinin ağrı kontrolünde tamamlayıcı ve destekleyici bir yöntem olarak kullanıldığı belirtilmektedir. Özdemir ve arkadaşları tarafından (2013) diyaliz hastaları ile yapılan bir çalışmada, her biri 30 dakika süren 12 seanslık bir refleksoloji uygulamasının hastaların ağrılarını hafiflettiği bulunmuştur. Mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalarda refleksolojinin sedasyon düzeyi ve yaşamsal belirtiler üzerine etkisini araştıran bir çalışmada, refleksolojinin gevşemeyi sağladığı ve sedasyon gereksinimini azalttığı saptanmıştır.

SONUÇ: Hastayı yakından takip etmesi ve hasta ile en fazla birlikte olan sağlık personeli olması nedeniyle ağrının değerlendirilmesi ve giderilmesinde önemli sorumlulukları olan yoğun bakım hemşireleri ağrı kontrolünde etkili bir yöntem olan refleksolojiyi kullanabilirler.

Anahtar Kelimeler: Ağrı, refleksoloji, yoğun bakım, hemşire

Poster Sunumlar

Yoğun Bakımda Bakım Kavramı

Üniversite Hastanesinin Yoğun Bakım Ünitelerinde Yatan Hastaların Özellikleri: 2009-2013 Yılları Arası Geriye Dönük Analizi

Sevim Çelik-1, Filiz Acar-1, Merve Güray-2, İsmail Gelmez-3, Aygül Özcan-1

1.Bülent Ecevit Üniversitesi

2.Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

3.Kırklareli Devlet Hastanesi

AMAÇ: Bu çalışmanın amacı, yoğun bakım hastalarının kabul ve taburculuk sırasındaki özellikleri ile yoğun bakım hastalarına uygulanan hemşirelik girişimlerini belirlemektir.

YÖNTEM: Çalışma geriye dönük olarak tasarlandı. Çalışma Ocak 2009-Aralık 2013 tarihleri arasında üniversite hastanesinin yoğun bakım ünitelerinde yatan yetişkin 494 hasta ile gerçekleştirildi. Araştırmaya yoğun bakımda 24 saatten fazla kalan, 20 yaş ve üzerinde olan invaziv mekanik ventilasyon desteği alan ve değerlendirilecek parametrelere tam ulaşılabilen hastalar alındı. Veriler kişisel bilgi formu, hemşirelik bakım kontrol listesi ile toplandı. Veriler tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, eşlendirilmiş örneklemde t testi ve ki- kare testi ile değerlendirildi.

BULGULAR: Hastalarda, taburculuk sırasındaki basınç ülseri oranı (%63.8) kabul sırasındakinden (%65.6) daha azdı, ancak taburculuk sırasındaki 1. ve 2. derece basınç ülseri sıklığı kabul sırasındakine göre artmıştı (p=0.000). Taburculuk sırasında hastalarda perineal dermatit, trakeostomi varlığı, üriner inkontinans ve enfeksiyon oranı istatistiksel anlamlı şekilde artmıştı (p=0.000). Taburculuk sırasında hastalarda birinci sırada üriner enfeksiyon (%60.7), ikinci sırada kateter enfeksiyonu (%30.7) ve üçüncü sırada ventilatörle ilişkili pnömoni (%23.8) mevcuttu. Hemşireler daha sıklıkla kabulden sonra 24 saat içinde beslenme desteğine başlamışlardı (%39.5) Hemşirelerin tamamına yakını (%99.4) üç saatte bir hastaların pozisyonu değiştirmiş ve günde bir kez göz bakımı vermişlerdi (%99.8). Hemşirelerin tümü (%100) günde iki kez hastalarına oral bakım, günde bir kez yatak içi banyo (%100) vermişlerdi. Yoğun bakım hemşirelerinin tamamına yakınının (%91.7) derin ven trombozunu önlemek üzere hastalarına varis çorabı giydirmişlerdi. Hemşirelerin %44.9'u skala kullanarak ağrı tanılaması yapmışlardı.

SONUÇ: Hemşirelik uygulamalarının yetersizliğine bağlı hasta bakım sonuçları negatif olarak etkilenir.

Anahtar Kelimeler: Yoğun bakım ünitesi, hasta, hemşire, hemşirelik bakımı, hasta sonuçları

Poster Sunumlar

Yoğun Bakımda Bakım Kavramı

Renal Transplantasyon Sonrası, Periferik Venöz Kateter Uygulamalarında Kullanılan Kanül Materyalinin Kateterin Vende Kalış Süresine Etkisi

Neslihan Şebnem Çakın, Nilgün Demiröz

Özel Acıbadem International Hastanesi, İstanbul

Son dönem böbrek yetmezliğinin en önemli ve başarılı tedavisi olan renal transplantasyon sonrasında rejeksiyon, enfeksiyon, vesikoüretral reflü, diyare, ödem, pnömoni, hipertansiyon, herpes, CMV, eviserasyon gibi çeşitli komplikasyonlar nedeniyle yeniden yatışlar görülebilmektedir.Transplantasyon sonrası takip ve tedavi sürecinde hasta santral venöz kateter ile takip edilirken, taburculuk sonrası yeniden yatışlarda periferik intravenöz kateter ile takip ve tedavi devam ettirilir.Hastaların tek kolları arteriovenöz fistül nedeniyle kullanılamazken, intravenöz hidrasyon, yoğun elektrolit ve antibiyotik tedavilerinden dolayı periferik intravenöz kateter değişimlerinin sık olduğu görülmektedir.

Çalışmanın amacı, organ nakli hastalarında periferik intravenöz kateter uygulamalarında kullanılan iki farklı kanül materyalinin vende kalış süresine etkisini belirlemektir.

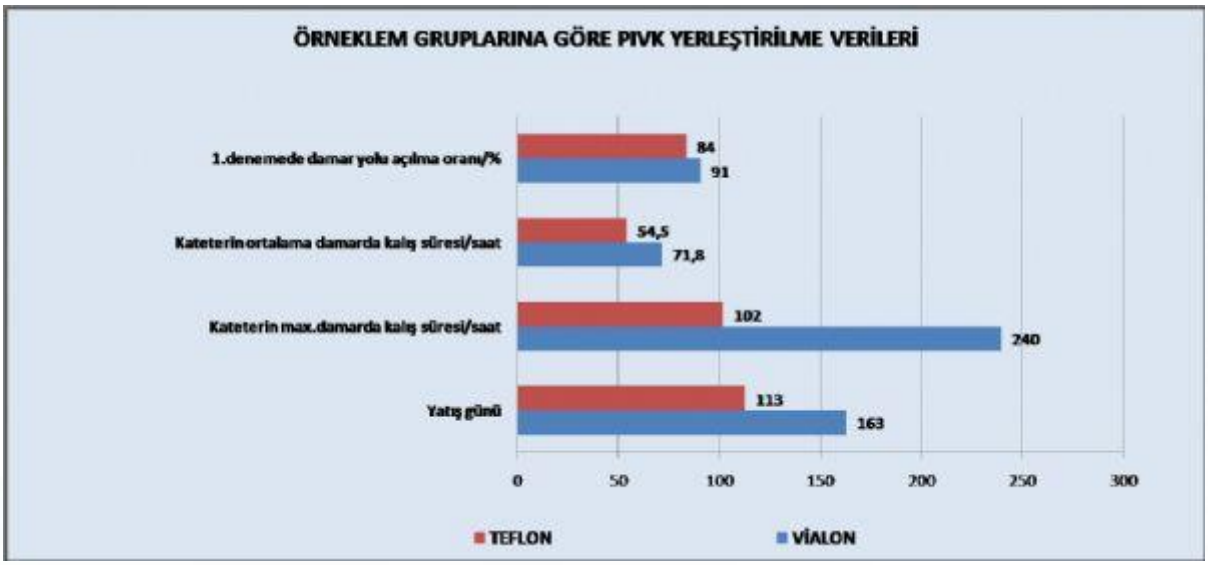
Araştırmanın evrenini, organ nakli servisinde renal transplantasyon sonrası yatan ve periferik venöz kateter uygulanan hastalar oluşturdu.Örneklem grubuna, 2 ay içinde Teflon içerikli 43, sonraki 2 ay içinde de Vialon içerikli 43 kateter ile damar yolu açılmış hastalar seçildi.Çalışma prospektif, randomize, tek kör ve kontrollü olarak yapıldı.Araştırma verileri, literatür taranarak oluşturulan gözlem formu ile toplandı.3 bölümden oluşturulan gözlem formunun 1.bölümünde periferik intravenöz kateter yerleştirilmesi, 2.bölümünde kateter bakımı, 3.bölümünde kateterin çıkarılması değerlendirildi.Değerlendirmeye kateterin hastada takılı kaldığı süre boyunca ve kateter çıkarıldıktan sonraki 48 saat boyunca devam edildi.Hasta tarafından yakınma olduğunda ya da flebit ve infiltrasyon belirtileri saptandığında kateter çıkarıldı.Flebit değerlendirmesinde 2011 İnfüzyon Hemşireler Topluluğu'nun skalası kullanıldı.Araştırma sınırlılıklarına uyan hastalara araştırma hakkında bilgi verildi ve araştırmayı kabul eden hastalardan sözel onam alındı.Elde edilen veriler frekans dağılımı ile değerlendirildi. Vialon kateterin damarda ortalama kalış süresi 71.8 saatken Teflon kateterin damarda ortalama kalış süresi 54.5 saat bulundu.

Çalışmanın sonucu teflon içeren periferik venöz kateterlere göre vialon içeren kateterlerin damar yolunda kalış sürelerini uzattığını, flebit gelişme riskini azalttığını, iğnesiz ven valfinin kateter üzerinde kullanıma hazır veriliyor olmasının enfeksiyon yönünden kontrol edilebilir ve riski azaltıyor olduğunu, kapalı sistem olması nedeniyle kana maruziyetin olmadığını, sürekli infüzyon veriliyor olmasına karşın belli aralarla türbülan akım ile yıkama yapılıyor olmasının tıkanma komplikasyonunu önlediğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Kanül materyali, periferik venöz kateter, renal transplantasyon

Poster Sunumlar

Örneklem gruplarına göre PIVK yerleştirilme verileri



Poster Sunumlar

Yoğun Bakımda Bakım Kavramı

Yoğun Bakımda Kritik Hastalık ve Yaşlılık

Aysun Akçakaya, Burcu Topçuoğlu

Karadeniz Teknik Üniversitesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Trabzon

GİRİŞ: Kritik hastalık; kognitif fonksiyonların gerilemesi ya da önceden var olan bozuklukların alevlenmesiyle karakterize fiziksel/bilişsel bir bozukluktur. Alzheimer, kanser, sepsis, polinöropati, koroner arter hastalığı, serebrovasküler olaylar, organ yetmezlikleri ve görme, işitme gibi duyu kayıpları kritik hastalıklar arasında yer almaktadır.

Yoğun Bakımda Kritik Hastalık: Yoğun bakım ünitesi bireyin yaşamını zorlayan bir deneyim olmakla birlikte yaşlı yoğun bakım hastası olmak kritik hastalık gelişimi için önemli bir risktir. Yoğun bakım ünitesindeki uzun süreli ağır sedasyon, fiziksel kısıtlılıklar ve immobilite gibi uygulamalar, yaşlı hastalarda kritik hastalık insidansını artırmaktadır. Yaşla birlikte artan kas kuvvetinin azalması, kas-sinir iletiminde değişim, kemik-mineral yoğunluğunun azalması, sempatik ve parasempatik fonksiyonlarda azalma, damar elastikiyetinin azalması, dolaşım yetersizliği, böbrek fonksiyonlarında gerileme ve duyu kayıpları kritik hastalığa neden olmakta ya da mevcut kritik hastalık tablosunu şiddetlendirmektedir. Özellikle yoğun bakım ünitesindeki yaşlı hastalar, kognitif yetmezlik, demans ve deliryum gibi bilişsel bozuklukları kritik hastalık komplikasyonları olarak daha sık deneyimlemektedir. Yine yoğun bakım ünitelerinde bilinmezlik, kontrol kaybı, güçsüzlük, bedene yapılan sürekli girişimler gibi artan stresörler kritik hastalığı olan yaşlılarda morbidite ve mortaliteyi artırmaktadır.

Kritik Hastalık ve Yaşlılık: Yoğun bakım ünitelerinde tedavi alan hastaların %60.0'ını yaşlı bireyler oluşturmaktadır. Yoğun bakım ünitelerinde sağkalımı etkileyen yaş ve fonksiyonel durum taburculuktan sonraki 6-12 ayda da sağkalımı belirlemede önemlidir. Neuman ve Eckenhoff (2015), 70 yaş ve üstü kritik hastalığa sahip yaşlıların %53.0'ının ya 30 gün içerisinde öldüğünü ya da günlük yaşam aktivitelerini bozan yeni önemli bir sorunla yaşamını devam ettirdiğini belirtmektedir.

SONUÇ: Yoğun bakımda özellikle yaşlı bireylerde kritik hastalığı tanımak, hastalığın ve yaşlılığın fizyolojisini anlamak hemşirelik girişimleri/bakımı açısından oldukça önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Yoğun bakım, kritik hastalık, yaşlı, hemşirelik

Poster Sunumlar

Çalışan Sağlığı ve Güvenliği

Yoğun bakım ünitesinde ergonominin tanılanması

Nuray Turan-1, Nurten Kaya-2

1.İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, İstanbul

2.İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul

Yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşireler, kas-iskelet sistemi bozuklukları ve bu bozukluklara bağlı sorunları (ağrı, vb) ciddi düzeyde deneyimlemektedir. Bu konuda yapılan çalışmalar, özellikle omuz, boyun, kol ve dize ait vücut bölümlerindeki yaralanmaların yüksek insidans ve prevelans hızına sahip olduğunu göstermektedir. Öte yandan yoğun bakım hemşireleri, rol ve sorumlulukları kapsamında yer alan yüksek-riskli uygulamalar hakkında yeterince bilgi sahibi değildir. Bu derlemenin amacı hasta ve çalışan güvenliği yönünden yoğun bakım ünitesinde ergonominin ölçütlerini oluşturmak ve açıklamaktır.

Teknolojik gelişim, insanın fiziksel işlerini azaltarak hızlandırmaktadır. Teknolojik gelişime paralel olarak insana duyulan gereksinim azalacak gibi görünmesine rağmen, insanın yaptığı işin niteliği artmaktadır. Diğer bir ifade ile teknolojik ilerleme ile birlikte insanın daha nitelikli, yetenekli, becerikli ve eğitimli olması gerekmektedir. Ancak biyo-psiko-sosyo-kültürel bir varlık olan insan, belirli anatomik ve antropometrik özelliklere sahiptir. Bu nedenle her teknolojik gelişim insan özelliklerini dikkate alınarak tasarlanmak zorundadır. Bu konuda yararlanılan en önemli bilim dalı ise ergonomidir. Ergonomi, insan-makine özelliklerini ve bu özelliklerin birbiri ile uyumunu inceleyen bilim dalıdır. Ergonomi, çevre ilişkisinin yanı sıra sağlık bakımı kurumlarında sağlık ekibi üyeleri-makineler-çevre-sağlıklı/hasta birey arasındaki ilişkiyi incelemektedir. Yoğun bakım üniteleri, sağlık bakımında çeşitli, karmaşık ve pahalı öğeleri içeren birimlerdir. Bu kapsamda yoğun bakım ünitesinde sağlık bakım ekibi üyeleri, hasta bireyin yaşamında kritik önem taşıyan çok sayıda yaşam kurtarıcı teknolojik araç-gereç kullanmak zorundadır. Aynı zamanda yoğun bakım ünitelerde hastalar genellikle tüm boyutları ile hemşirelik bakımına bağımlıdır ve bu durum hemşirenin fiziksel gücünü kullanmasının yanısıra duygusal emeği gerektirmektedir.

Yoğun bakım ünitesi çalışanlarında ağrı ve hastalıkların gelişiminde ergonominin etkisi oldukça fazladır. Bu kapsamda yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin yaşam kalitesini arttırmak amacı ile biyolojik, fiziksel, psikolojik ve sosyo-kültürel özellikler ile uyumlu ergonomik hasta bakımı sistemleri oluşturulmalı, insan faktörleri ile ilişkili kalite güvencesi, psikoloji, sosyoloji ve iletişim bilimlerinin sağlık sistemine olan uyumu geliştirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Ergonomi, Yoğun Bakım Ünitesi, Hasta Birey, Hemşire

SPONSORLAR

Kongremize değerli katkılarından dolayı;

Beckton and Dickinson
Abbott
Fresenius
Nutricia Ilac
Nestle
3M
Intermed Evde Bakim
Kimeks

- **BBraun Medikal**
- **Kurtbas Medikal**
- **Startek**
- **Asilbay**
- **Protek**
- **TRIO Sağlık**
- **Medicol**
- **Semson Ticaret**
- **ABT Medikal**
- **Meditera Group**
- **Guneytip Tıbbi Cihazlar**
- **Medar Salik**
- **Tera Sağlık**
- **A2 Medikal**
- **Hitit**
- **Destek Rehabilitasyon**
- **Arun Sağlık**
- **SLT medikal**
- **Ceren Medikal**
- **Canel Medikal**
- **3AF Group**
- **Atilla Kimya**
- **Aksu Medikal**
- **Meditera Group**
- **TMP Ekstrakorporeal Tedaviler**
- **TUS Tıbbi Malzeme**
- **Yasam Medikal**
- **ER-KA Tıbbi Malzeme**
- **Promed**
- **NF Tıbbi Mamuller**
- **Goker Medikal**
- **Serdis**
- **Akademisyen A.S.**

firmalarına teşekkür ederiz.

İLETİŞİM

7.ULUSAL YOĞUN BAKIM HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

BİLİMSEL SEKRETERYA

Adres: İnönü caddesi Işık Apt. No 53 Kat 4 - Gümüşsuyu
Taksim / İSTANBUL

Telefon: +90 536 480 39 19

E-mail: ybhkongre2016@gmail.com

Site: www.tybhd.org.tr

PUZZLE TRAVEL

ORGANİZASYON SEKRETERYASI

Adres: Gülseren Yolu Cahit Sıtkı Tarancı Sokak No:23 Karakol Bölgesi
Gazimağusa / K.K.T.C

Telefon: +90 392 630 62 36

E-mail: ybhkongre2016@puzzletravel.com

Site: www.puzzletravel.com