



## 18. Türk Kalp ve Damar Cerrahisi Derneđi Ulusal Kongresi

21-24 Kasım 2024 / Antalya, Türkiye

# HEMŞİRELİK POSTER BİLDİRİLER

---

## Hemşire Bildirileri

### [EPH-02]

## LVAD takılan hastanın roy adaptasyon hemşirelik modeline göre değerlendirilmesi: olgu sunumu

**Esra Denler, Ceren Kurucu, Ayşe Doğruyol**

Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

**GİRİŞ VE AMAÇ:** İleri evre konjestif kalp yetmezliği tedavisinde geleneksel altın standart kalp naklidir. Uygun donör bulunup, kalp nakli gerçekleştirilene kadar klinik durumları kötüleşen hastalar için Ventrikül Destek Cihazları geliştirilmiş ve artan teknolojiyle kalıcı tedavi olarak kullanılmaktadır. Bu çalışmada hastanemizde sol ventrikül destek cihazı (LVAD) takılan bir hastanın Roy Adaptasyon Hemşirelik Modeline göre bakım süreci ele alınmıştır.

### YÖNTEM:

**BULGULAR:** 55 yaşındaki H.T. isimli erkek hasta, 2022 yılında geçirdiği miyokardiyal enfarktüs (MI) sonrasında kalp yetmezliği tanısı almıştır. Perkütan koroner girişim (PCI) uygulanmıştır. PCI sonrası hastanın şikayetleri artmış ve son üç ay içerisinde dört kez dispne ve bacaklarda ödem şikayetiyle acil servise başvurmuştur. Hastanın özgeçmişinde diyabet (DM), hipertansiyon (HT), 35 yıl boyunca sigara ve alkol kullanım vardır. Ekim 2023'ten itibaren sigara ve alkol kullanımını bırakmıştır. Kalp Nakli Kliniği'ne yatışı yapılmış ve LVAD takılması kararı alınmıştır. LVAD işlemi 21 Aralık 2023 tarihinde gerçekleştirilmiş ve işlem sonrası bir gün boyunca Yoğun Bakım Ünitesi'nde (YBÜ) takip edilmiştir. Hastanın genel durumu iyi olduğundan solunum cihazından ayrılmıştır. Bir gün sonra Kalp Nakli Kliniği'ne transfer edilmiştir. Bu olguda Roy Adaptasyon Modeline göre LVAD takılan hastanın hemşirelik bakımının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Roy Adaptasyon Modeli, LVAD takılan hastanın hemşirelik bakımının ele alınmasında uygun bir model olarak değerlendirilmiştir. Bu model, hastanın adaptasyon süreçlerine odaklanarak hemşirenin bireyi fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönleriyle değerlendirmesini sağlar. Bireyin bu yönleriyle ele alınması, hemşirelik tanılarının ve müdahalelerinin doğru bir şekilde belirlenmesine ve uygulanmasına yardımcı olur. Hastanın yeni durumuna adaptasyon süreci desteklenmiş ve iyileşme süreci olumlu yönde etkilenmiş, 12 gün servis sürecinden sonra taburcu olmuştur.

**Anahtar sözcükler:** LVAD.

**Tablo 1.** Modele göre hemşirelik bakım planları

| Roy'un Adaptasyon Modeline Göre Fizyolojik Alana İlişkin Hemşirelik Tanıları | Davranış                                                                                 | Uyaran                                                           | Hedef                                                                                                       | Girişimler                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Değerlendirme                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Ağrı</b>                                                                  | Sözlü olarak ağrıdan yakınma<br>Uykusuzluk                                               | Anksiyete<br>İşlemler (LVAD) ilaçlar                             | Hastanın ağrısının geçtiğini sözlü/sözüz ifade etmesi<br>Yeterli istirahat ettiğini ve uyuduğunu belirtmesi | Ağrının yeri, şiddeti, ne zaman başladığı saptanır (hastaya doğrulanır)<br>Ağrıyı artıran ve azaltan faktörler değerlendirilir ve izlenir<br>Ağrıya neden olan uyaranlar elimine edilir<br>Ağrı kontrolü için en uygun ilaç planına karar verilir<br>Çevre kontrol altına alınır (gürültü vb.)<br>Ağrı kontrol ilaçları, hastanın uykusunu bölmeyecek şekilde planlanır                                                                                                                                                                                                                                                                    | Hastanın analjeziği istirahat halindeyken yapıldı (hastanın isteği)                                                            |
| <b>Sıvı-Elektrolit Dengesizliği</b>                                          | Kardiyak debide azalma<br>Kalbin kasılma gücünde azalma                                  | Ağzıdan fazla sıvı alımı<br>Stres<br>Bilgi Eksikliği             | Hastanın aldığı çıkardığının eşit olması<br>Elektrolit değerlerinin normal değerlerde olması                | Yaşam bulgularının takip edilmesi ve kaydedilmesi<br>Aldığı çıkardığı takibinin yapılması ve kaydedilmesi<br>Laboratuvar bulgularının takip edilmesi ve kaydedilmesi<br>Gerekli elektrolitlerin, istemde olduğu şekilde replasmanının yapılması ve kaydedilmesi<br>Hemoglobin düzeyine ve drenajına göre hastaya eritrosit süspansiyon verilmesi<br>Kusma, diyare, ateş, ilgili ek sıvı kayıplarının kaydedilmesi ve dikkate alınması                                                                                                                                                                                                      | Hemoglobin düşük (6,8), hastaya 1 Ü ES replasmanı yapıldı                                                                      |
| <b>Enfeksiyon Riski</b>                                                      | Organizmaların yayılması için giriş yeri bulunması<br>Uzun süre hastanede yatıyor olması | Ameliyat<br>Uzun Süre hastanede yatma<br>İnvaziv yolların olması | Enfeksiyonun önlenmesi ve erken tanınması                                                                   | İnvaziv araçların sadece zorunlu olanlarla sınırlandırılması<br>İstem yapılan antibiyotiklerin planlanan zamanda uygulanması<br>Enfeksiyon belirtilerinin (ateş, idrarda bulanıklık, pürülan drenaj...) izlenmesi<br>Hastaya herhangi bir işlem için üniteden ayrılırken maske takılması<br>Etiken mikroorganizmaların tayini için kültür örneğinin istem üzerine alınması<br>İnizyon bölgesinin aseptik pansumanının ve uygun kateter bakımının yapılması<br>İnizyon bölgesi, kateter, ventrikül destek cihazının giriş yeri, lokal enfeksiyon belirtileri yönünden gözlenmesi (akıntı, kızamık, şişlik, hassasiyet, lokal ısı artışı vb) | Hasta ellerini sık sık yıkıyor<br>Tazocin 3x1 alıyor (Profilaksi)                                                              |
| <b>Kanama Riski</b>                                                          | LVAD takılması ve antikoagülan kullanımı                                                 | Antikoagülan kullanımı<br>Ameliyat<br>İnvaziv girişim            | Kanama belirtilerinin erken tanınması ve travmanın önlenmesi                                                | Erken kanama belirtilerinin gözlenmesi<br>Diş eti, burun kanaması, hematüri, hematemez gibi normal olmayan kanamaların rapor edilmesi<br>Kan basıncı, taşikardi, santral venöz basıncı, anemi ve PT, PTZ, trombosit sayısının azalma yönünden izlenmesi<br>Gerektiğinde, istene uygun trombosit transfüzyon, eritrosit süspansiyon ya da taze donmuş plazma infüzyonun verilmesi<br>İnizyon bölgesi, kateter, ventrikül destek cihazının giriş yeri, sızıntı yönünden kontrol edilmesi                                                                                                                                                     | Hastanın günlük INR, PT, Trombosit, hemoglobin (6,8), hematokrit takibi yapıldı. 1 Ü ES replase edildi kontrol hemoglobin 8,4) |

**Tablo 2.** Modele göre hemşirelik bakım planları

| Roy'un Adaptasyon Modeline Göre Benlik Alanı İlişkin Hemşirelik Tanıları | Davranış                                                                 | Uyaran                                                                  | Hedef                                                                                              | Girişimler                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Değerlendirme                                                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Anksiyete</b>                                                         | Huzursuzluk<br>Geceleri uykusu düzeninde bozulma                         | Uzun süre hastanede yatma<br>Hastalığıyla ilgili tedavinin uzun sürmesi | İlgili başatma yöntemleri geliştirebilme<br>Uygulanacak tedavi planının katılım sorumluluğunu alma | Bireyin anksiyete düzeyini düşürmek ve kendisini daha rahat ifade etmesini sağlamak<br>Bireyin anksiyetesini düşürmesi için ona fırsat tanınması<br>Hastaya güven veren bir iletişim ortamı sağlanması<br>Hasta ile iletişime geçerken ve konuşurken göz teması kurulması.<br>Yapılacak her işlemden hastaya kısa, basit cümleler kullanılarak, sakin ve yavaş konuşulması<br>Hastaya açıklama yaparken anksiyetesini arttıracak tıbbi terimlerin kullanılmaması                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Hasta duygularını daha rahat ifade etmeye başladı ve bakımına daha fazla katılmaya başladı                                                |
| <b>Etkisiz Baş Etme</b>                                                  | Motivasyon eksikliği,<br>Anksiyete<br>Rol beklentileri yerine getirememe | LVAD takılması nedeniyle fiziksel fonksiyonlarındaki değişim            | LVAD taşıma ile ilgili kaygılarını gidermek<br>Bakımında aktif rol almasını sağlamak               | Hastalığın ve fiziksel fonksiyonlardaki yetersizliğin açıklanması<br>Hemşirelik bakım uygulamalarına ve tedavi planına katılımı<br>Duygu ve düşüncelerini ifade etmesi için hastaya zaman ayrılması ve etkili dinlenmesi<br>Geçmişte stresli durumlarla başatmada kullandığı yöntemlerin değerlendirilmesi ve uygun olanların kullanılmasının sağlanması (Dua etmesinin desteklenmesi ancak sürekli ağlamanın desteklenmemesi)<br>Başatma yöntemlerinin öğretilmesi sırasında mental durum ve fiziksel durumunun uygunluğunun kontrol edilmesi<br>Eğitim için uygun zamanın seçilmesi (sabah bakımlardan sonra, hastanın sakin olduğu zaman gibi)<br>Hasta yakınına da aynı başatma yöntemlerinin öğretilmesi ve aile içi dayanışmanın gerçekleştirilmesi | Hastanın cihazı ile daha uyumlu olması için klinikte yatan ve yine LVAD yapılan hastalarla tanışması ve deneyimlerini paylaşması sağlandı |

**Tablo 3.** Modele göre hemşirelik bakım planları

| Roy'un Adaptasyon Modeline Göre Rol Fonksiyon Alanına İlişkin Hemşirelik Tanısı | Davranış                                                                 | Uyaran                                                                            | Hedef                                                                    | Girişimler                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Değerlendirme                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <b>Güçsüzlük</b>                                                                | Üzüntü (kendinin ifade etmesi)<br>Kendine çeki-düzen vermede yetersizlik | Hastalık<br>Hastalık nedeniyle yaşam biçimini değiştirme<br>İlaçlara bağımlı olma | Güçsüzlük hissettiğini kabul etmek<br>Geleceği için gerçekçi plan yapmak | Hastanın anksiyete düzeyinin azaltılarak yapılan açıklamaları anlaması<br>Bakımına katılımı<br>İletişim kurmak için hastaya yeterli zaman ayrılması<br>Anksiyeteye neden olan durumlarla ilgili duygularını ifade etmesinin sağlanması.<br>Hastaya açıklama yaparken anksiyetesini arttıracak tıbbi terimlerin kullanılmaması<br>Geçmişte kullandığı başatma yöntemlerinden uygun olanı kullanması için teşvik edilmesi<br>Depresyon tedavisinin aksatılmadan sürdürülmesi<br>Hastanın anksiyetesi yüksek iken bilgi verilmemesi | Hasta sorulara daha anlamlı ve uzun cevaplar vermeye başladı |

| Roy'un Adaptasyon Modeline Göre Karşılıklı Bağımlılık Alanına İlişkin Hemşirelik Tanısı | Davranış                                                   | Uyaran                                             | Hedef                          | Girişimler                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Değerlendirme                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>Uyku Düzeninde Bozukluk</b>                                                          | Uyumada güçlük çektiğini ifade etmesi<br>Uykunun bölünmesi | Anksiyete<br>Ağrı<br>Tedavi için uykunun bölünmesi | Daha fazla uyuduğunu belirtmek | İlgili bireysel, çevresel ve tedaviye ilişkin risk faktörleri önlenir/kontrol altına alınır<br>Hastanın uyku düzeni ve alışkanlıkları belirlenir<br>Hastanın çevreye uyumuna yardımcı olunur<br>Her şifte hastanın uyku düzeni kaydedilir<br>Hastanın korku ve endişelerini ifade etmesine yardımcı olunur<br>Hastanın ağrısı hafifletilir | Hasta dinlenmiş olduğunu ifade etti |

## Hemşire Bildirileri

### [EPH-03]

#### MIDKAB kalp cerrahisinde ameliyathane hemşiresinin rolü ve önemi

**Sevilay Sularoğlu, Yasemin Özdemir, Ayla Çatal, Tanıl Özer**

*Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul*

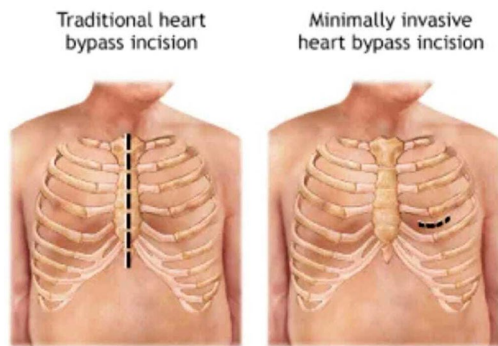
**GİRİŞ VE AMAÇ:** Koroner kalp hastalığı günümüzde dünyadaki en önemli sağlık sorunudur. Teknolojik gelişmeler de bu ölümleri azaltmamakta, bilakis her yıl dünyada koroner arter hastalığına maruz kalan hasta sayısı giderek artmaktadır. Buna ek olarak hastalığa yakalanma yaşı giderek ileri yaşlardan orta ve genç yaşlara doğru inmektedir. İlerleyen teknoloji ve hastaların fiziksel ve psikolojik travmalarının azalması, kısa sürede konforlu bir iyileşme, hastanede yatış süresinin kısılması için yapılan arayışlar minimal invaziv koroner baypas cerrahisinin gelişmesini sağlamıştır. Bu yöntem hastaların en kısa sürede günlük yaşantısına geri dönebilmesini sağlamıştır.

**YÖNTEM:** Bu bildiri minimal invaziv koroner (kapalı) baypass ameliyatı (MIDKAB) kalp cerrahisinde ameliyathane hemşiresinin rollerini içeren bilgiler ile oluşturulmuştur.

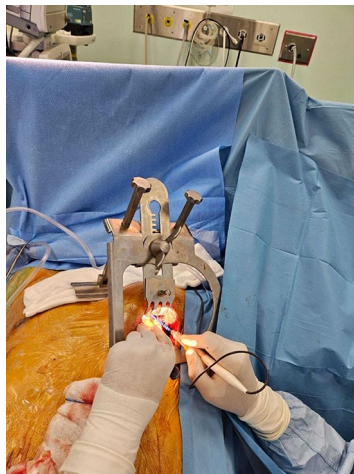
**BULGULAR:** Hasta odaya gelmeden bütün sarf malzemeler, cerrahi masa, steril örtüler, hastaya uygun ekartörler, vaka boyunca gerekli malzemeler hemşire tarafından temin edilir. Hasta batıcon ile boyanır, steril örtülür. Sol meme altından yaklaşık 7 cm kesi ile herhangi bir kemik kesmeden kaburgalar arasından kalbe ulaşılır. Sol internal meme arteri. (LIMA) çıkarılır. Safen ven kullanılacaksa çıkarılır. Femoral arter ve ven kanülasyonu yapılır. Hasta tam boşalamazsa juguler vene de kanül takılır. Antegrad uzun kanül seçilir. Kross klemp (chitwood klemp) ikinci interkostal aralıktan yerleştirilir. Aort ve pulmoner arter arasından teyp ile dönülerek asenden aort mobilize edilir. Anastomozlar yapılır, kross klemp kaldırılır. Hasta dekanüle edilir. Kanama kontrolü yapılır ve drenler takılarak hasta kapatılır. Hastanemizde MIDKAB vakaları başarılı bir şekilde yapılmaktadır. Teknoloji ve tecrübe daima el ele düşüncesiyle vakalarımızı yapmaktayız.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Ameliyat odasının düzeni, malzemelerin temini, sterilizasyonun devamlılığı vaka hemşiresine aittir. Enfeksiyon açısından aletlerin temiz, düzenli olması çok önemlidir. Küçük bir alandan yapıldığından masada kullanılacak malzemelerin uygun seçilmesi gerekmektedir. Vakanın sorunsuz geçmesi, konforun artması, ameliyat süresine katkı sağlaması için hemşire dikkatli ve sabırlı olmalıdır.

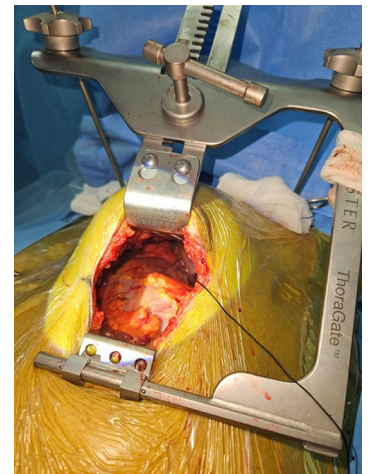
**Anahtar sözcükler:** Koroner.



**Şekil 1.** MIDCAP'de insizyon bölgesi.



**Şekil 2.** MIDCAP cerrahisi.



**Şekil 3.** MIDCAP cerrahisi.



## Hemşire Bildirileri

### [EPH-04]

#### Beating heart baypas cerrahisinde ameliyathane hemşiresinin rolü ve önemi

**Ayla Çatal, Sevilay Sularoğlu, Yasemin Özdemir, Safa Özçelik**

*Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul*

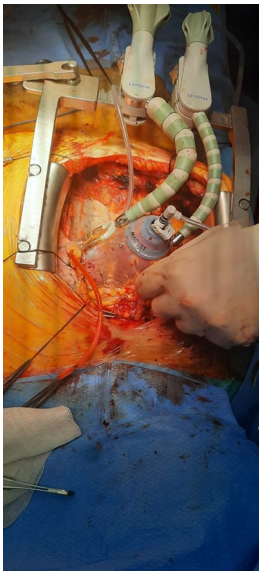
**GİRİŞ VE AMAÇ:** Beating heart ameliyatları kalbin kalp akciğer makinasına bağlanmadan baypasın yapıldığı ameliyatlardır. Kalbin tüm damarlarına kalp çalışmaya devam ederken yani atan kalpte bypass yapılabilmeyle beraber kalbin ön tarafındaki damarlar bu işlem için en ideal olanlardır. Kalbin içine yerleştirilen birçok kanül ve linenin olmaması, kanın vücut dışına çıkmaması ve başka bir yabancı yüzeye temas etmemesi en büyük avantajdır. Ayrıca bypass sonrası inme gibi problemlere daha az rastlanır. Bu ameliyatlarda kana daha az ihtiyaç duyulur ve enfeksiyon gelişme oranı daha düşüktür. Hastalar daha hızlı toparlayarak, erken taburcu olabilirler.

**YÖNTEM:** Bu bildiri ameliyathane ünitesinde beating heart bypass cerrahisi sürecinde hemşirenin rollerini kapsayan bilgiler ile oluşturulmuştur.

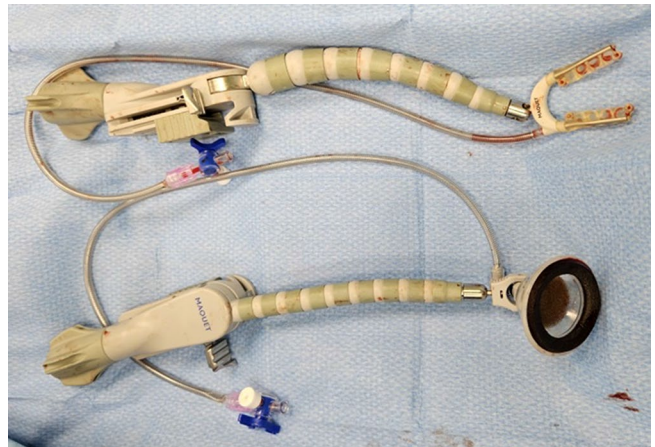
**BULGULAR:** Hasta odaya gelmeden bütün sarf malzemeler, cerrahi masa, steril örtüler, hastaya uygun ekartörler, vaka boyunca gerekli malzemeler hemşire tarafından temin edilir. Hasta batıconla boyanır, steril örtülür. Sternotomi yapılır, sol internal meme arteri (LIMA) çıkarılır. Safen ven ya da sağ ana koroner arter (RIMA) kullanılacaksa hazırlanır. Anastomoz yapılacak damar lastik looplarla dönülür. Damarı sabitleyen octopus cihazı yerleştirilir, damar açılır. Kan akımını sağlayabilmek için tercihe bağlı olarak şant kullanılabilir veya lastik looplarla akım durdurulur. Vakit kaybetmeden hızlıca anastomoz yapılır. Octopus kaldırılır, baypas işlemi biter. Kalbin sağına yapılacak amastomoz için starfish adı verilen apeks tutucu ve octopus birlikte kullanılır. Starfish kalbe uygun pozisyonu verirken octopus damarın sabit kalmasını, anastomozun yapılabilmesini sağlar. Anastomozlar bittikten sonra kanama kontrolü yapılır, drenler takılarak hasta kapatılır.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Ameliyat odasının düzeni, malzemelerin temini, sterilizasyonun devamlılığı vaka hemşiresine aittir. Enfeksiyon açısından aletlerin temiz düzenli olması önemlidir. Kullanılacak starfish ve octobusun kontrolü mutlaka yapılmalıdır. Vakanın sorunsuz geçmesi, konforun artması, ameliyat süresine katkı sağlaması için hemşire dikkatli ve sabırlı olmalıdır.

**Anahtar sözcükler:** Baypas.



Şekil 1.



Şekil 2.

## Hemşire Bildirileri

### [EPH-05]

#### Minimal invaziv kapak cerrahisinde ameliyathane hemşiresinin rolü ve önemi

**Yasemin Özdemir, Sevilay Sularoğlu, Ayla Çatal, Tanıl Özer**

*Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul*

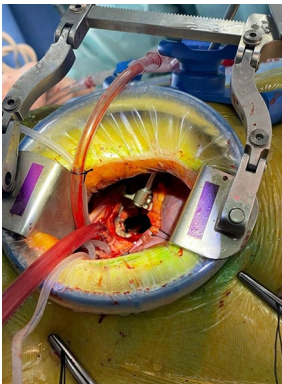
**GİRİŞ VE AMAÇ:** Mitral kapakta doğuştan veya sonradan gelişen darlık ya da yetmezlik olmaktadır. Hastada solunum sıkıntısı, ritm bozukluğu, son noktada kalp yetmezliğine sebep olabilen mitral kapak rahatsızlıklarının tedavisi ise teknolojinin ilerlemesi ile beraber küçük kesi olarak bilinen minimal invaziv yöntem ile yapılabilmektedir. Bu yöntem sayesinde daha kısa sürede iyileşme, hastanede yatış süresinin kısalması, hastaların fiziksel ve psikolojik travmalarının azalması hedeflenmiştir. Hastaya konforlu bir iyileşme ve kısa sürede günlük yaşantısına dönme imkanı sağlar. Minimal invaziv yöntemle mitral kapak onarılabilmekte veya tamamen değiştirilebilmektedir.

**YÖNTEM:** Bu bildiri minimal invaziv kapak cerrahisinde ameliyathane hemşiresinin rollerini kapsayan bilgilerle oluşturulmuştur.

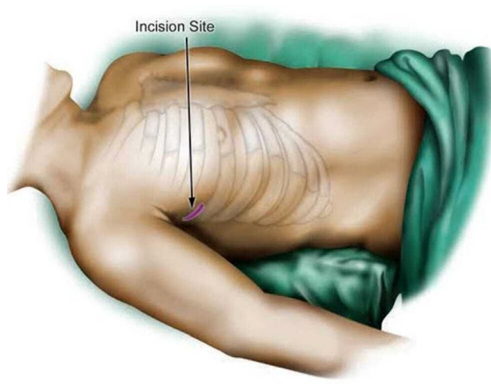
**BULGULAR:** Hasta odaya gelmeden bütün sarf malzemeler, cerrahi masa, steril örtüler, hastaya uygun ekartörler, vakada kullanılacak malzemeler ameliyathane hemşiresi tarafından hazırlanır. Hasta batıcon ile boyanır, steril örtülür. Sağ göğüs duvarı 4. aralıktan yaklaşık 3 cm'lik bir kesi ile açılır. Femoral arter ve ven kanülasyonu yapılır. İkinci venöz kanül süperior kavaya yerleştirilir. Antegrad uzun kanül seçilir. Kross klemp (chitwood) interkostal aralıktan yerleştirilir. süperior ve inferior kava teyplerle dönülür. Kross koyulur ve kardiyopleji verilerek kalp durdurulur. Sol atriyum açılarak mitral kapağa ulaşılır ve kapak sökülür. Hastaya uygun biyolojik ya da mekanik kapak tevdek dikişlerle takılır. Atriyum kapatılır, kross klemp kaldırılır. Hasta dekanüle edilir, kanama kontrolü yapılır ve drenler takılarak hasta kapatılır. Hastanemizde minimal invaziv cerahi ameliyatları büyük başarı ile yapılmaktadır.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Ameliyat odasının düzeni, malzemelerin temini, sterilizasyonun devamlılığı vaka hemşiresine aittir. Enfeksiyon açısından aletlerin temiz, düzenli olması çok önemlidir. Küçük kesiyle yapılan ameliyatlarda malzeme seçimi dikkatli bir şekilde yapılmalıdır. Vakanın problemsiz geçmesi, konforun artması, ameliyat süresine katkı sağlaması için vaka hemşiresi dikkatli ve sabırlı olmalıdır.

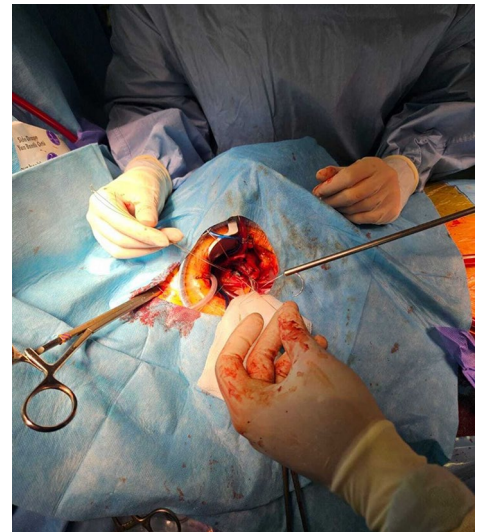
**Anahtar sözcükler:** Kapak.



Şekil 1.



Şekil 2.



Şekil 3.

## Hemşire Bildirileri

### [EPH-06]

#### Kardiyovasküler cerrahide ameliyat sonrası dönemde instentif spirometre kullanımının önemi

**Cigdem Cetiner, Kiymet Kaplan Yücel, Selin Uyar**

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara

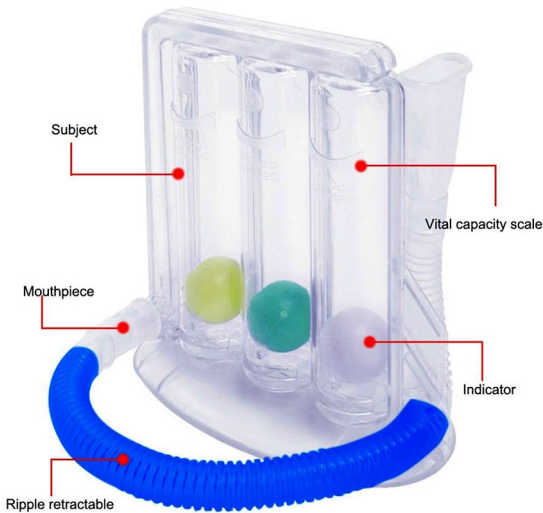
**GİRİŞ VE AMAÇ:** İntentif spirometre (İS), solunum terapisi ve solunum egzersizleri için kullanılan bir cihazdır. Bu cihaz, derin nefes almayı teşvik etmek ve akciğer kapasitesini artırmak amacıyla tasarlanmıştır. Yaygın ameliyat sonrası komplikasyonlardan bir tanesi normal solunum olmaksızın yüzeysel solunumda artıştan kaynaklanan akciğer genişlemesinin yeterli düzeyde olmamasıdır. İntentif spirometre gibi mekanik solunum egzersiz cihazları, akciğer genişlemesine destek olmak için bir araç olarak klinik uygulamaya sokulmuştur. Bu çalışmada İS'nin kardiyovasküler cerrahi geçiren hastaların iyileşmesi üzerindeki önemini vurgulamak amaçlanmıştır.

**YÖNTEM:** Konuya ait veriler; "kardiyovasküler cerrahi, İS, solunum egzersizi" anahtar kelimeleri, Google Akademik, Cochrane, PubMed arama motorlarında aratılarak, literatürdeki güncel olgu sunumları ve yapılan klinik çalışmalardan elde edilmiştir.

**BULGULAR:** Ameliyat sonrası dönemde hastaların karşılaşılabileceği en önemli sorunlardan biri solunumla ilişkili komplikasyonlardır. Özellikle erken ameliyat sonrası dönemde oluşan dren yeri ve insizyon alanı ağrıları bu komplikasyonları tetiklemektedir. Aynı zamanda solunum düzenindeki değişiklikler; uzun süre yatar pozisyonda kalma, mukosilyer klirensin azalması ve ameliyat sonrası dönemde öksürük performansının bozulması nedeniyle de oluşabilmektedir. Bu durum pulmoner sekresyonların azalmasıyla ilişkili riskleri artırmaktadır. Dolayısıyla İS'nin solunum komplikasyonlarını önlemede faydalı olduğu literatürdeki çalışmalarda mevcuttur.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Kalp ve damar cerrahisi kliniği için İS'ye erişim kolay olmalıdır. Hastalara İS kullanımı hakkında verilen eğitimler anlaşılır olmalı ve eğitim sonrası ilk uygulama hastaya yaptırılmalıdır. Solunum egzersizlerinin takip formları oluşturulmalıdır. Bu uygulamalar ameliyat sonrası dönemde oluşabilecek solunumla ilişkili komplikasyonların azalmasını sağlamaktadır.

**Anahtar sözcükler:** Kardiyovasküler cerrahi, instentif spirometre, solunum egzersizi.



Şekil 1. İntentif spirometre.



Şekil 2. İntentif spirometre kullanımı.

## Hemşire Bildirileri

### [EPH-09]

#### Kalp cerrahisi geçiren hastalarda depresyon ve anksiyete: Hemşirelik yaklaşımlarının rolü ve etkinliği

**Selman Ayyıldız, Hilal Akdeniz**

*Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, İstanbul*

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Kalp cerrahisi, hastalar üzerinde büyük fiziksel ve psikolojik stres yaratan ciddi bir tıbbi müdahaledir. Cerrahi süreç öncesinde ve sonrasında hastalar, anksiyete ve depresyon gibi psikiyatrik belirtilerle karşılaşabilirler. Bu belirtiler, hastaların iyileşme süreçlerini olumsuz etkileyebilir ve yaşam kalitelerini düşürebilir. Bu çalışmanın amacı, kalp cerrahisi geçiren hastalarda gelişen depresyon ve anksiyetenin sıklığını, bu durumların yönetiminde kullanılan hemşirelik yaklaşımlarını ve bu yaklaşımların etkinliğini incelemektir.

**YÖNTEM:** Bu çalışma, literatür taraması yöntemi ile gerçekleştirilmiştir. Kalp cerrahisi geçiren hastalarda depresyon ve anksiyete prevalansını ve bu durumların hemşirelik yönetimindeki yaklaşımlarını inceleyen bilimsel makaleler taranmıştır. Araştırma kapsamına 2015-2023 yılları arasında yayımlanmış, hakemli dergilerde yer alan çalışmalar dahil edilmiştir. Veriler, ilgili literatürden temin edilerek analiz edilmiştir.

**BULGULAR:** Literatür taraması sonucunda, kalp cerrahisi geçiren hastaların önemli bir bölümünde depresyon ve anksiyete belirtilerinin geliştiği tespit edilmiştir. Hastaların psikolojik durumları, cerrahi öncesi dönemde yükselen kaygı seviyeleri ve cerrahi sonrası dönemde yaşanan komplikasyonlarla ilişkilidir. Hemşirelik bakımında, psikososyal destek sağlama, hastaların duygusal ihtiyaçlarını anlama ve uygun müdahalelerde bulunma gibi yaklaşımlar, depresyon ve anksiyetenin yönetiminde etkin rol oynamaktadır. Çalışmalar, bu tür hemşirelik müdahalelerinin hastaların genel iyileşme süreçlerine olumlu katkı sağladığını göstermektedir.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Kalp cerrahisi geçiren hastalarda depresyon ve anksiyete, sık karşılaşılan psikiyatrik sorunlardır ve bu sorunlar, hemşirelik bakımının kritik bir parçasını oluşturmaktadır. Psikososyal destek, hastaların psikolojik durumlarını iyileştirmede önemli bir role sahiptir. Hemşirelerin bu alandaki bilgi ve becerilerinin artırılması, hastaların iyileşme sürecine olumlu katkılar sağlayabilir. Bu nedenle, kalp cerrahisi sonrasında psikiyatrik belirtilerle başa çıkmada hemşirelerin oynadığı rol daha fazla araştırılmalı ve bu alanda daha fazla çalışma yapılmalıdır.

**Anahtar sözcükler:** Anksiyete, depresyon, hemşirelik bakımı, kalp cerrahisi, psikososyal destek.



## Hemşire Bildirileri

### [EPH-10]

#### Cerrahi sonrası bakım: Hemşirelik perspektifinden komplikasyonların yönetimi

**Hilal Akdeniz, Selman Ayyıldız**

*Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, İstanbul*

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Kalp cerrahisi, yüksek riskli bir işlem olup, ameliyat sonrası dönemde çeşitli komplikasyonlar gelişebilir. En yaygın komplikasyonlar arasında enfeksiyonlar, kanama, aritmi ve solunum yetmezliği bulunmaktadır. Bu komplikasyonlar, hastanın iyileşme sürecini geciktirir ve yaşam kalitesini düşürür. Hemşirelik bakımı, bu komplikasyonların önlenmesi ve yönetiminde kritik bir rol oynar. Bu çalışmanın amacı, kalp cerrahisi sonrası sık görülen komplikasyonları ve bu komplikasyonların önlenmesi ile yönetiminde hemşirelik bakımının etkisini incelemektir.

**YÖNTEM:** Bu çalışma, literatür taramasına dayalı bir derlemedir. 2010-2024 yılları arasında yayınlanan makaleler, PubMed, Scopus ve Google Scholar veritabanları kullanılarak incelenmiştir. "Kalp cerrahisi," "komplikasyonlar," "hemşirelik bakımı" ve "postoperatif bakım" gibi anahtar kelimelerle yapılan aramalar sonucunda ilgili çalışmalar değerlendirilmiştir.

**BULGULAR:** Literatür taraması, kalp cerrahisi sonrası en sık görülen komplikasyonların enfeksiyon (%20-30), kanama (%15-20), aritmi (%10-40) ve solunum yetmezliği (%10-15) olduğunu göstermiştir. Hemşirelik bakımı, bu komplikasyonların önlenmesinde önemli bir role sahiptir. Enfeksiyonların önlenmesi için el hijyeni, steril teknikler ve yara bakımı önemlidir. Aritmi yönetiminde hastanın vital bulgularının takibi ve erken müdahale kritik öneme sahiptir. Kanama kontrolü için dren takibi ve pansumanların düzenli kontrolü gereklidir. Solunum yetmezliğini önlemek için solunum egzersizleri ve erken mobilizasyon uygulanmalıdır.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Kalp cerrahisi sonrası komplikasyonlar, hastaların iyileşme sürecini olumsuz etkiler. Hemşirelik bakımı, bu komplikasyonların yönetiminde hayati bir rol oynar. Hemşirelerin proaktif yaklaşımı, hasta sonuçlarını iyileştirebilir. Bu nedenle, hemşirelik eğitime ve bakım protokollerinin güncellenmesine önem verilmelidir. Çalışma, kalp cerrahisi sonrası komplikasyonların yönetiminde hemşirelik bakımının önemini vurgulamaktadır.

**Anahtar sözcükler:** Postoperatif, komplikasyonlar, rehabilitasyon, yaklaşımlar, izlem.

## Hemşire Bildirileri

### [EPH-14]

#### Kalp transplantasyonu ameliyatı geçiren hastanın yoğun bakım ünitesi süreci: Olgu sunumu

**İbrahim Ayata, Esmâ Ketenci**

*SBÜ İstanbul Mehmet Akif Ersoy Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, İstanbul*

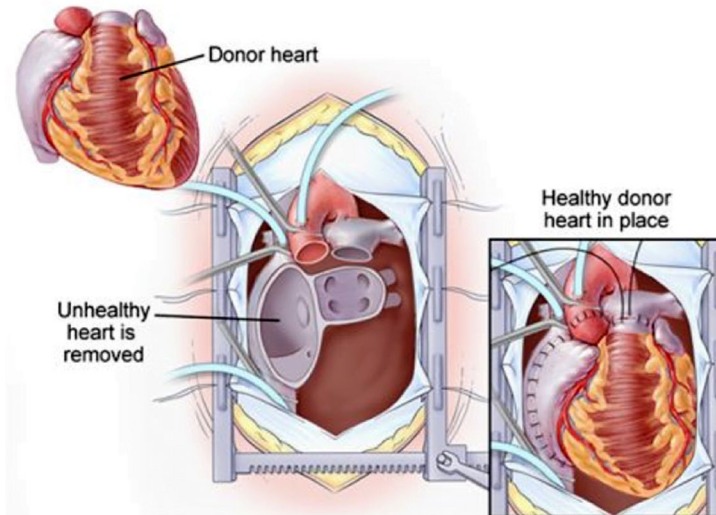
**GİRİŞ VE AMAÇ:** Kalp transplantasyonu, diğer tıbbi-cerrahi tedaviler başarısız olduğunda, son evre kalp yetmezliği-ciddi koroner arter hastalığı olan hastalarda gerçekleştirilen cerrahi bir nakil ameliyatıdır.

**YÖNTEM:** Bu derlemede 15 yaşındaki erkek hastanın Mehmet Akif Ersoy Göğüs, Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi'nde kalp transplantasyonu ameliyatı sonrası erişkin kardiyovasküler cerrahi (KVC) yoğun bakım ünitesindeki takibi ve hemşirelik tanımları ele alındı.

**BULGULAR:** Entübe olarak ve mekanik ventilatörde PRVC modunda inotrop desteğiyle takip edilen hastanın cell saver cihazıyla kanama kontrolü sağlandı. Hastanın erken uyanmasını önlemek amacıyla sedatif infüzyonlar eklendi, doktor tarafından ağrı ve bilinç durumu ekstübasyona uygun olarak değerlendirildikten sonra hastaya yatak başında ekokardiyografi çekildi ve negatif bir durum saptanmayınca ekstübasyon amaçlı sedatif ilaçlar doktor isteğiyle durduruldu. Kanaması duran hasta cell saver cihazından ayrılıp drenler drenaj şişesine bağlandı. SIMV (basınç kontrol) modunda üç saat kadar izlenen hasta vital bulguları ve arter kan gazı sonuçlarına bağlı doktor tarafından sürekli pozitif hava yolu basıncı (CPAP) moduna alınmış ve CPAP kan gazı görüldükten sonra doktor eşliğinde ekstübe edildi. Kardiyolog tarafından düzenlenen orderda bağışıklığı baskılayan antitimosit globulin 2x100 mg intravenöz, prograf 2x1 mg oral, cellsept 2x500 mg oral şeklinde belirtildi. Tedavisi günlük olarak kardiyolog tarafından düzenlenen hastanın odası izole edildi, oda dışından nonsteril hiçbir malzemenin odaya girişine müsaade edilmedi. Hastaya NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) kaynaklı hemşirelik tanısı olarak enfeksiyon riski, kanama, deri bütünlüğünde bozulma riski, sıvı ve elektrolit dengesizliği riski, aritmi, güçlenmek için desteklenmeye hazır oluş, beden imajında bozulma eklendi ve bu tanımlara yönelik girişimler planlanıp uygulandı.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Ameliyat sonrası 11. gününe kadar yoğun bakım ünitesinde takip edilen hastanın, uygun koşullar sağlanınca nazal 5 lt/dk oksijen desteğiyle servise transferi gerçekleştirildi.

**Anahtar sözcükler:** Kalp transplantasyonu, hemşirelik bakımı.



**Şekil 1.** Kalp transplantasyonu.

## Hemşire Bildirileri

### [EPH-17]

#### Unbalanced AVSD tanılı hastaya cerrahi operasyon sonrası NANDA'ya göre belirlenen hemşirelik tanıları doğrultusunda verilen hemşirelik bakımı: Olgu sunumu

**Sibel Şahin, Ece Altıntaş, Halime Eltuğral Fidan, Huriye Arslaner, Sema Bahçeci, Dilek Aydın**

*Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp Damar Cerrahisi Kliniği, İstanbul, Türkiye*

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Unbalanced atriyoventriküler septal defekt (AVSD), çok çeşitli anatomik bulgulara sahip nadir bir lezyondur. Dengesizlik şiddetli olduğunda, tek ventrikül fizyolojisine yönelik cerrahi uygulamalar yapılmaktadır. Santral shunt cerrahi tedavinin ilk aşamasını oluşturmaktadır. Ameliyat sonrası yoğun bakıma kabulü yapılan hastalara NANDA hemşirelik tanıları ile kanıta dayalı hemşirelik bakımı gerçekleştirilmektedir. 06.01.2023 tarihinde anjiyo sonrası unbalanced komplet AVSD tanısı alan hasta 17.01.2023 tarihinde santral shunt ameliyatı yapılmış olup santral ekstrakorporeal membran oksijenizasyonu (ECMO) desteği ile Pediatri Kardiyovasküler Cerrahi yoğun bakım ünitesine kabul edilmiştir. Hastanın yoğun bakıma kabulü sonrası NANDA'ya göre hemşirelik bakım belirlenmiş olup uygulanacak hemşirelik girişimleri planlanmıştır. Unbalanced komplet AVSD tanılı hastaya ameliyat sonrası dönemde NANDA'ya Göre belirlenen hemşirelik tanıları doğrultusunda verilen hemşirelik bakımının olgu üzerinden aktarılması amaçlanmıştır.

**YÖNTEM:** Çalışma ameliyat sonrası dönemde 49. gününe kadar yoğun bakım ünitesinde takip edilen hastaya NANDA'ya göre belirlenen hemşirelik tanıları doğrultusunda uygulanan hemşirelik girişimleri ile oluşturulmuştur.

**BULGULAR:** Hastaya NANDA'ya göre santral shunt prosedürü komplikasyonlarından olan kanama, aspirasyon riski, enfeksiyon riski, deri bütünlüğünde bozulma riski, düşme riski, beslenmede dengesizlik, oral mukoz membranda bozulma riski hemşirelik tanıları belirlenmiş ve bu tanılarına yönelik hemşirelik bakımı verilmiştir.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Unbalanced komplet AVSD fizyolojisi olan hastaya ameliyat sonrası dönemde verilen hemşirelik bakımının yoğun bakım sürecine etkisini açıklamak amacıyla hazırlanan olguda olası komplikasyonları önlemeye yönelik hemşirelik tanılarının belirlendiği ve bu doğrultuda verilen hemşirelik bakımı sonucunda hastada gelişme riski olan olası komplikasyonların önlendiği ve hedeflenen hemşirelik bakım sonuçlarına ulaşıldığı görülmüştür.

**Anahtar sözcükler:** Kardiyovasküler cerrahi, hemşirelik bakımı, yoğun bakım.

**Tablo 1.** Bakım planları

| Hemşirelik tanıları                     | Nedenler                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Amaç/Sonuç Kriterleri                              | Hemşirelik Girişimleri                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Kanama riski</b>                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>*İnvaziv girişimler</li> <li>*ECMO uygulanan hastada antikoagulan tedavisinin aralıksız sürdürülmesi</li> <li>*Uzun heparin kullanımına bağlı trombositopeni</li> </ul>                                                                                                         | *Hastada kanama gelişmesini önlemek                | <ul style="list-style-type: none"> <li>*Dr.istemine göre ACT,hemogram ve koagülasyon parametrelerinin takibi</li> <li>*Dren takibinin yapılması</li> <li>*Hematüri,hemoptizi ve GIS kanama yönünden takip edilmesi</li> <li>*Kan basıncı ,CVP yönünden takip edilmesi</li> <li>*Dr.istemine göre antikoagulan ve pıhtılaşma faktörlerinin uygulanması</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Enfeksiyon riski</b>                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>*Sistemün açık olması</li> <li>*İnvaziv kateterler(dren, foley sonda venöz veya arterial kateterler)</li> <li>*Uzun süre entübasyon ve mekanik ventilasyon</li> <li>*Hastanede yatış süresinin uzaması</li> <li>*Enteral beslenme</li> <li>*Paralitik ajan kullanımı</li> </ul> | *Hastada enfeksiyon gelişmesini önlemek            | <ul style="list-style-type: none"> <li>*Bakım ve diğer uygulamalarda el hijyeni sağlanması</li> <li>*Düzenli ağız bakımının yapılması</li> <li>*Sistemün pansumanının düzenli aralıklarla steril şekilde yapılması</li> <li>*Kateter giriş yolları enfeksiyon belirti ve bulguları yönünden izlenmeli</li> <li>*Tüp içi göllen sekresyonun miktardan yada rengindeki değişiklik durumunda doktor bilgilendirilmeli</li> <li>*Üriner kateter kullanımında kapalı devre kullanılması ve mesanenin altında bulundurulmalı.</li> <li>*Hastanın laboratuvar bulguları takip edilmeli.</li> </ul> |
| <b>Deri bütünlüğünde bozulma riski</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>*Sistemik dolaşımın etkilenmesi ve ECMO kanülünün çıkma riski nedeniyle hastaya elektif pozisyon verilememesi</li> <li>*Ödem</li> <li>*Dehidratasyon(kuru cilt)</li> <li>*İmmobilite</li> </ul>                                                                                 | *Hasta bası yarası gelişmesini önlemek             | <ul style="list-style-type: none"> <li>*Hasta BRADEN Q ölçeğine göre değerlendirilir.</li> <li>*Hastanın yatak çarşafının kuru,düzgün olmasına hastanın cildine zarar vermemesine dikkat edilir.</li> <li>*Hastadan flaster yada diğer yapışkan maddelerin ısılatılarak yada yağlanarak çıkartılması gerekir.</li> <li>*Pozisyon verilemiyor ise havali yatak kullanılması,baş,omuz ve kalçanın yükseltilmesi ve bu bölgelerin basıç azaltıcı yüzeylerle çevrilmesi</li> <li>*Basıncı altında kalan bölgeler için bariyer krem kullanılmı.</li> </ul>                                       |
| <b>Oral mukoz membran bozulma riski</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>*Hastanın uzun süre sedatize edilmesi</li> <li>*Entübasyonun oral yolla yapılmış olması</li> </ul>                                                                                                                                                                              | *Hastanın oral mukoz membran bütünlüğünü korumak   | <ul style="list-style-type: none"> <li>*Hastanın ağız mukozasının günlük olarak değerlendirilmesi</li> <li>*Ağız boşluğunun tamamı (yanak mukozası,dışların üstü ve altı,dil üstü ve altı ,damak)2-4 saat aralıklarla temizlenir.</li> <li>*Dudaklar her iki saatte bir nemlendirilir.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Beslenmede dengesizlik</b>           | <ul style="list-style-type: none"> <li>*Beslenme intoleransı(Kusma,Abdominal distansiyon)</li> <li>*Gastrik distmotile</li> <li>*İşlemler için açık</li> <li>*Hemodinamik instabilite</li> <li>*Protein ve kalori ihtiyacı açığa çıkması</li> </ul>                                                                    | *Hastanın yeterli ve dengeli beslenmesini sağlamak | <ul style="list-style-type: none"> <li>*Beslenme toleransı olmayan hastalarda parenteral beslenme yöntemine geçilerek hastanın alması gereken günlük kalori ihtiyacı karşılanmalı</li> <li>*Nutrisyon destek ekibi veya bu konuda deneyimli diyetisyenin çocuk yoğun bakım ekibine dahil edilip hastaya optimal besin desteğinin sağlanması</li> <li>*Hastada gastrointestinal fonksiyon değerlendirilmesi rutin yapılmalıdır.</li> <li>*Gastrik asiditeyi ve bulantıyı azaltacak ilaç kullanılması</li> </ul>                                                                              |
| <b>Sıvı volum dengesizliği riski</b>    | *İntravasküler/interstiyel/intrasellüler                                                                                                                                                                                                                                                                               | * Sıvı elektrolit dengesizliğini önlemek           | <ul style="list-style-type: none"> <li>*Aldığı çıkardığı takibinin yapılması</li> <li>*CVP-Kan basıncı takibinin</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |



## Hemşire Bildirileri

### [EPH-19]

#### Ameliyat sırası ekokardiyografinin ve hemşire görüntüleyicilerin sürece dahil olmasının kalp cerrahisindeki önemi

**Dilek Akbaş, Serkan Ertugay**

*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, İzmir*

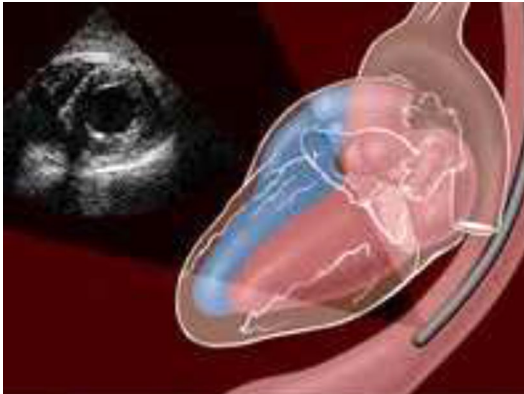
**GİRİŞ VE AMAÇ:** Ekokardiyografi, çoğunlukla kalbin ve kapakçıklarının anatomisini ve işlevini değerlendirmek için kullanılır. Çeşitli formları vardır. Üzerinde durmak istediğimiz konu, kalp cerrahisinde büyük önem taşıyan ameliyat sırası transözofageal ekokardiyografi (TEE)'de hemşire görüntüleyicilerin önemi ve gerekliliğidir.

**YÖNTEM:** Kardiyak cerrahide özellikle kapak, aort damar ve intrakardiyak kitle cerrahisinde ameliyat sırası TEE kullanımı giderek yaygınlaşmakta ve standart bir monitorizasyon haline gelmektedir. Minimal invaziv cerrahide gerek kanülasyonun doğrulanmasında gerekse ameliyatin diğer aşamalarının takibi ve sonunda işlemin kontrolünde kullanımı rutin hale gelmiştir.

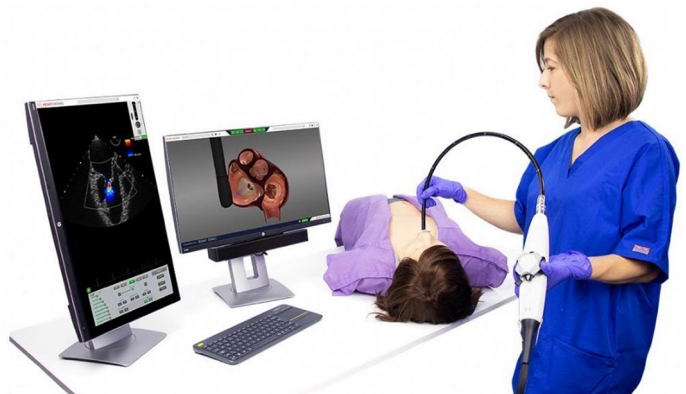
**BULGULAR:** Ameliyat sırası TEE kullanımı cerrahi kararı etkileyen bir faktördür. Hastaların kardiyopulmoner baypas (KPB) öncesi ve sonrası değerlendirilmesi ile, doğru cerrahi yaklaşımın yanı sıra hemodinamik monitorizasyona da olanak sağlaması, kapak cerrahisinin başarısına sağladığı katkılar, cerrahi sonuçları anında değerlendirebilmek ve cerrahi sonrası gelişebilecek komplikasyonların saptanması açısından önem taşımaktadır. Ekokardiyografi işlemi için personel gereksinimleri ülkeler arasında farklılık gösterir ve klinik ekokardiyografide hemşirenin rolü gelişmektedir. Ekokardiyografi hizmetleri kapsamında hemşirelerin rolü; planlama, hasta kimliğini doğrulama ve hastaları işleme hazırlamaktır. Yapılan çalışmalarda tanı amaçlı, odaklanmış eğitimlerle belirli göstergeler incelenmiştir. Bizim amacımız ise vaka boyunca sürece katılım sağlayacak görüntüleyicilerin gerekliliğini vurgulamaktır. Kardiyovasküler deneyimi olan hemşireler ekokardiyografi laboratuvarındaki bir pozisyon için en uygun adaylar olsa da TEE muayenelerinin izlenmesi özel eğitim gerektirir.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Ülkemizde hemşirelerin ekokardiyogramları gerçekleştirmesi için bir eğitim programı yoktur ve bu iş neredeyse yalnızca doktorlar tarafından yapılır. Birleşik Krallık ve ABD dahil olmak üzere birçok ülkede uzman hemşireler ekokardiyogramları bağımsız olarak gerçekleştirir ve raporlar. Destek personeli ise hasta planlaması, kayıt tutma ve laboratuvar ekipmanlarının bakımı için hazır bulunur. Genel olarak, hemşirelerin ekokardiyografi uygulamalarına katılımı, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırma ve hastaların daha iyi bir bakım almasını sağlama açısından olumlu bir adımdır.

**Anahtar sözcükler:** Kalp cerrahisi, hemşirelik, ekokardiyografi, TEE.



Şekil 1. Ekokardiyografi.



Şekil 2. TEE uygulaması.

## Hemşire Bildirileri

### [EPH-21]

## Açık kalp cerrahisi sonrası ağrı yönetimi ve solunum fonksiyonlarına yönelik bakım protokolünün hasta sonuçlarına etkisinin incelenmesi

Aylin Durmaz Edeer<sup>1</sup>, Eda Ayten Kankaya<sup>1</sup>, Nihal Müezziner Evsine<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir

<sup>2</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahi Bölümü, İzmir

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Bakım protokolleri, hastaların klinik seyrini iyileştiren düzenli bakım dizileridir ve kanıta dayalı uygulamalarla hasta sonuçlarını geliştirir. Açık kalp cerrahisi sonrası dönem, hastalar için en kritik dönemdir; ancak ülkemizde bu alanda geçerliliği doğrulanmış bir bakım protokolü bulunmamaktadır. Bu araştırmanın amacı, açık kalp cerrahisi sonrası ağrı ve solunum ilişkili bir bakım protokolü oluşturmak ve bunun hasta sonuçlarına etkisini incelemektir.

**YÖNTEM:** Çalışma yarı deneysel tipte olup; Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi Servisi'nde yürütülmüş olup öncelikle girişim grubu (n=40) ardından kontrol grubu (n=40) verileri toplanmıştır. Verilerin ameliyat sonrası 2. günde ve 3. günde hasta dosyası ve Hemşire Gözlem Formları kullanılarak kullanılmıştır. Kontrol grubu verilerinin toplanmasının ardından hemşirelere bakım protokolünün önemine ilişkin video eğitimler yapılmış olup, ardından girişim grubu verileri toplanmıştır. Bakım protokolleri hasta gözlem formlarının arasına koyarak, hemşirelerin yaptıkları uygulamaları işaretlemeleri istenmiştir.

**BULGULAR:** Bakım protokolünün girişim grubundaki tüm hastalara uygulandığı saptandı. Tüm kontrol listelerinin adımları yapılmıştı. Girişim ve kontrol grubu cinsiyet ( $X^2=1,35$ ,  $p=0.24$ ), cerrahi tipi ( $X^2=0.58$ ,  $p=0.74$ ) ve yaş ( $t=-0.93$ ,  $p=0.35$ ) komorbiditeler açısından ( $t=1.54$ ,  $p=0.06$ ) benzerdir. Bakım protokolü uygulanan ve uygulanmayan hastalar arasında ameliyat sonrası üçüncü gün spirometre değerleri ( $U=526.00$ ,  $p<0.001$ ) ve spirometre yapma sıklığı ( $X^2=16.60$ ,  $p<0.001$ ) açısından fark olduğu belirlenmiştir. Girişim grubu hastalarında ameliyat sonrası ikinci ve üçüncü gün ağrı puanları arasında bir fark yoktu.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Bu çalışma, açık kalp cerrahisi sonrası uygulanan bakım protokolünün solunum fonksiyonlarını iyileştirerek hasta sonuçlarını olumlu etkilediğini göstermiştir. Sonuçlar, bakım protokolünün klinik uygulamalarda daha yaygın hale getirilmesini önermektedir.

**Anahtar sözcükler:** Kalp cerrahisi, ağrı, solunum, hemşirelik, spirometre.

**Tablo 1.** Bakım protokolü maddeleri.

| Açık kalp cerrahisi sonrası ağrı yönetimi ve solunum fonksiyonlarına yönelik bakım protokolü maddeleri                           | Tarih     | Tarih:      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------|
|                                                                                                                                  | Uygulandı | Uygulanmadı |
| Ağrı tanınması 4*1 olarak yapılmalıdır.                                                                                          |           |             |
| Ağrı yönetiminde farmakolojik ajan kullanıldı ise ilaç kullanımından sonra ağrı değerlendirilmesi tekrarlanmalıdır.              |           |             |
| Hastanın oksijen saturasyonu değerlendirilmelidir                                                                                |           |             |
| Göğüs tüpü hakkında (tüpün bel seviyesinin altında olması, tüpler katlanmamalı, tüpün devrilmesi vb) hasta bilgilendirilmelidir. |           |             |
| Göğüs tüpünden gelen miktar, renk izlenmeli ve kayıt edilmelidir                                                                 |           |             |
| Hasta servise kabul edildikten sonra;                                                                                            |           |             |
| -İlk gün hasta, 2 saatte bir spirometre çalıştırılmalı ve spirometre değeri kaydedilmelidir                                      |           |             |
| -Diğer günler hastanın solunum kapasitesi değerlendirilerek solunum egzersizleri devam ettirilir.                                |           |             |
| Hastanın:                                                                                                                        |           |             |
| Yaşam bulguları stabil                                                                                                           |           |             |
| Ağrı şiddeti tolere edilebilir ise hasta mobilizasyona teşvik edilmelidir.                                                       |           |             |

**Tablo 2.** Bakım protokolü uygulanma durumuna göre ağrı, hastanede kalış, spirometre değerlerinin incelenmesi

|                                               | Girişim<br>n(%)  | Kontrol<br>n(%)  | Test value            | P       |
|-----------------------------------------------|------------------|------------------|-----------------------|---------|
| Bakım protokolü uygulanma süresi (gün)        | 1,21±1,15        | 0                |                       |         |
| Ağrı puan ikinci gün                          | 1.62±2.37        | 1.12±2.30        | t=1.13                | 0.25    |
| Ağrı puan üçüncü gün                          | 1.35±2.19        | 0.82±1.93        | t=0.95                | 0.34    |
| Ağrı – Farmakolojik girişim ikinci gün        |                  |                  |                       |         |
| Uygulanan                                     | 14 (35)          | 9 (22.5)         | X <sup>2</sup> =1.52  | 0.21    |
| Uygulanmayan                                  | 26 (65)          | 31 (77.5)        |                       |         |
| Ağrı – Farmakolojik girişim üçüncü gün        |                  |                  |                       |         |
| Uygulanan                                     | 7 (17.5)         | 8 (20)           | X <sup>2</sup> =0.11  | 0.73    |
| Uygulanmayan                                  | 33 (82.5)        | 32 (80)          |                       |         |
| Ameliyat sonrası ikinci gün                   |                  |                  |                       |         |
| spirometre sıklık                             |                  |                  |                       |         |
| Saatlik                                       | 26 (65)          | 16 (40)          | X <sup>2</sup> =8.88  | 0.12    |
| İki saat arayla                               | 14 (35)          | 18 (45)          |                       |         |
| Dört saat arayla                              | 0                | 6 (15)           |                       |         |
| Ameliyat sonrası üçüncü gün                   |                  |                  |                       |         |
| spirometre sıklık                             |                  |                  |                       |         |
| Dört saat arayla                              | 27 (67.5)        | 10 (25)          | X <sup>2</sup> =16.60 | <0.001  |
| Altı saat arayla                              | 13 (32.5)        | 25 (62.5)        |                       |         |
| Sekiz saatte arayla                           | 0                | 5 (12.5)         |                       |         |
|                                               | Girişim<br>XX±SD | Kontrol<br>XX±SD | Test value            | P       |
| İlk 30 gün içinde rehospitization             |                  |                  | X <sup>2</sup> *=0.71 | 0.35    |
| Yes                                           | 3 (7.5)          | 5 (12.5)         |                       |         |
| No                                            | 37 (32.5)        | 35 (87.5)        |                       |         |
| 31-90 gün içi rehospitization                 |                  |                  | X <sup>2</sup> *=0.26 | 0.13    |
| Evet                                          | 2 (5)            | 6 (15)           |                       |         |
| Hayır                                         | 38 (95)          | 34 (85)          |                       |         |
| Ameliyat sonrası ikinci gün                   | 886.25±388.45    | 725.324±324.23   | t=2.01                | 0.04    |
| spirometre değeri                             |                  |                  |                       |         |
| Ameliyat sonrası üçüncü gün                   | 1192.00±403.75   | 712,50±257.63    | U=526.00              | p<0.001 |
| spirometre değeri                             |                  |                  |                       |         |
| Ameliyat sonrası hastanede kalış süresi (gün) | 8.27±3.56        | 8.51±3.31        | t=-0.31               | p=0.76  |

## Hemşire Bildirileri

### [EPH-22]

#### Kardiyovasküler cerrahi geçiren hastalarda erken mobilizasyonun önemi

**Birgül Esen**

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara

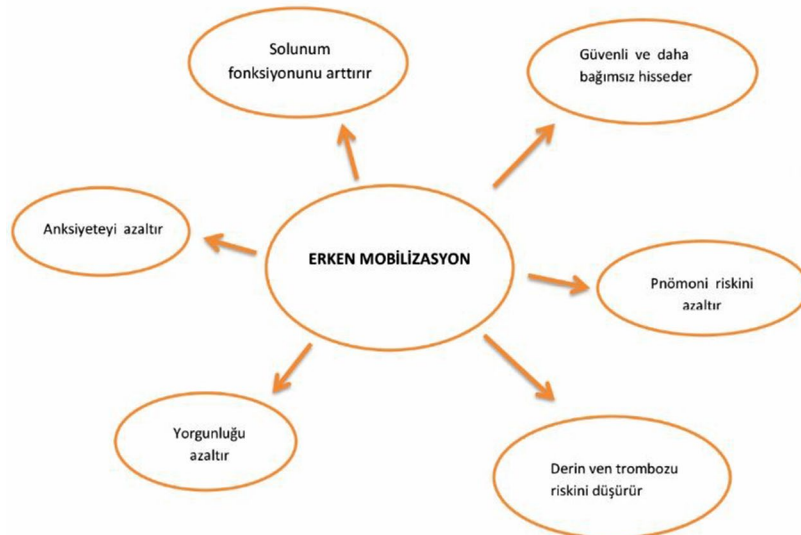
**GİRİŞ VE AMAÇ:** Erken mobilizasyon, cerrahi müdahale veya hastalık sonrası hastanın bilincinin açılmasıyla birlikte mümkün olan en kısa sürede ayağa kalkıp yürümesinin sağlanmasıdır. Kardiyovasküler cerrahi sonrası erken mobilizasyon, mekanik ventilatörden ayrılma süresini kısaltmak, yoğun bakım ünitesi ve hastanede kalış süresini azaltmak, hastanın bağımsızlık seviyesini iyileştirmek ve sağ kalım oranını artırmak gibi önemli yararlar sağlamaktadır. Bu çalışmada, kardiyovasküler cerrahi geçiren hastaların ameliyat sonrası dönemde erken mobilizasyonunun önemini vurgulamak ve bu uygulamanın hasta sonuçları üzerindeki olumlu etkilerini ortaya koymak amaçlanmaktadır.

**YÖNTEM:** Hasta bakım deneyimlerimiz ve literatür kapsamında derlenmiştir. Hasta bakım deneyimlerimiz "yoğun bakım, kardiyovasküler cerrahi, erken mobilizasyon, hemşirelik bakımı" anahtar kelimeleri kullanılarak Google Scholar veri tabanında yer alan makaleler kapsamında derlenmiştir.

**BULGULAR:** Yoğun bakım hastaları, kısa veya uzun süreli yatak istirahati nedeniyle hareketsiz kalmaktadır. Erken dönemde yapılan mobilizasyonun, fiziksel fonksiyonları iyileştirmenin yanı sıra psikososyal ve sosyal açıdan da bütüncül yararlar sağladığı görülmüştür. Erken mobilizasyonun, solunum fonksiyonunu artırarak optimal düzeyde oksijenasyon sağladığı ve böylece pnömoni insidansında azalma meydana getirdiği saptanmıştır. Ayrıca erken mobilizasyonun yorgunluğu azalttığı ve derin ven trombozu riskini düşürdüğü belirlenmiştir. Psikososyal sorunlarda ise anksiyete ve depresif duygu durum semptomlarında azalma, rahatlatma halinde artış sağladığı; sosyal sorunlarda ise kendine güvenli ve daha bağımsız hareket edebilme yeteneği kazandırdığı belirtilmiştir.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Yapılan bütün çalışmalarda komplikasyonları önlemek için hastaların erken dönemde mobilizasyonun yapılması gerektiği bildirilmektedir. Ameliyat sonrası hastaların erken dönem mobilizasyonu geç dönemde gelişebilecek fiziksel, psikososyal ve sosyal sorunların önlenmesinde de önemli rol oynamaktadır. Erken mobilizasyon, bu komplikasyonları azaltmak ya da önlemek üzere güvenli ve uygulanabilir bir yöntemdir.

**Anahtar sözcükler:** Yoğun bakım, kardiyovasküler cerrahi, erken mobilizasyon.



**Şekil 1.** Erken mobilizasyonun önemi.

## Hemşire Bildirileri

### [EPH-23]

#### Pediyatrik kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım hemşireliğinde aile merkezli bakım: Olgu sunumu

**Betül Çelik, Ayşe Doğruyol, Halime Eltuğral Fidan, Huriye Arslaner, Dilek Aydın**

*Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp Damar Cerrahisi Kliniği, İstanbul, Türkiye*

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Aile merkezli bakım; sağlık hizmeti veren ekip ile hastaların aileleri arasında işbirliğine dayalı, sağlık hizmetinin planlanması, sunulması ve değerlendirilmesini içeren çocuk ve ailenin fiziksel, duygusal, sosyal, bilişsel ve kültürel yönlerden bir bütün olarak ele alındığı bütüncül bakım yaklaşımıdır. Bu olgu ile Pediyatrik kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım ünitesinde ameliyat sonrası dönemde uygulanan aile merkezli bakım prosedürünün çocuğun iyileşme sürecindeki etkinliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**YÖNTEM:** Bu olgu aort kapak replasmanı yapılan yedi yaşındaki hastaya pediyatrik kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım ünitesinde ameliyat sonrası dönemde uygulanan aile merkezli bakım prosedürü doğrultusunda verilen hemşirelik bakımını içermektedir.

**BULGULAR:** Hastanemizin aile merkezli bakım prosedürü doğrultusunda hasta ameliyat sonrası 62. gününe kadar yoğun bakım ünitesinde izlenmiş, ameliyat sonrası 41. günden itibaren anne yanında takibi sağlanmıştır. Yoğun bakım yatışı uzun süren hastaya, anksiyete, beden gereksiniminden az beslenme, duygusal algılamada bozulma, fiziksel mobilitede bozulma, sözel iletişimde bozulma, korku, post travma sendromu, sosyal etkileşimde bozulma, uyku bozukluğu hemşirelik tanıları belirlenmiş, bu tanımlara yönelik aile merkezli bakım sunulmuştur. Aile merkezli bakım ile hastanın zihinsel, fiziksel, psikolojik potansiyeli en üst seviyeye çıkarılmıştır.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Aile merkezli bakımın, çocuğa ve aileye güven duygusu ve psikososyal destek sağladığı, çocuğun ve ailenin anksiyetesini azaltarak hastalığın seyrini ve hastanede yatış sürecini yönde etkilediği düşünülmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Aile merkezli bakım, pediyatrik kardiyovasküler cerrahi, hemşirelik bakımı.



**Şekil 1.** Erken mobilizasyonun önemi.



HEMŞİRELİK BAKIM PLANLARI

| Hemşirelik tanıları                                              | Nedenler                                                                                                                                                                                                            | Amaç/Sonuç Kriterleri                                                                                                                                       | Hemşirelik Girişimleri                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Anksiyete</b>                                                 | <ul style="list-style-type: none"><li>*İnvasif girişimler</li><li>*Cerrahi girişim</li><li>*Ölüm korkusu</li><li>*Ağrı</li></ul>                                                                                    | <ul style="list-style-type: none"><li>*Hastanın ve ailesinin psikolojik ve fiziksel olarak rahatlamasını sağlamak</li></ul>                                 | <ul style="list-style-type: none"><li>*Sessiz rahat bir çevre sağlanmalı</li><li>*Yapılan işlemler hakkında hasta ve ailesine bilgi verilmeli</li><li>*Ailenin bakımı katılımı sağlanmalı ve teşvik edilmeli</li><li>*Sakin, destekleyici ve güvenli bir şekilde bakım sağlanmalı</li><li>*Sevdiği oyuncak veya eşyaları yakınında bulundurulmalı</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Duyusal algılamada bozulma</b>                                | <ul style="list-style-type: none"><li>*Nörolojik problemler</li><li>*Okşijen yetersizliği</li><li>*İlaç tedavileri</li><li>*Gürültü, ışıklar, ağrı hareketlilik</li></ul>                                           | <ul style="list-style-type: none"><li>*Hastada oluşan duyuusal algılama değişikliklerini ve bozulmaları optimize etmek ve ilerlemesini engellemek</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>*Çevredeki mevcut gürültü ve ışık azaltılmalı</li><li>*Araç gereçler, amaçları ve sesleri açıklanarak korku azaltılmalı</li><li>*Hastanın düzenli aralıklarla uyuması ve dinlenmesi sağlanmalı</li><li>*Duyuları uyarmak için çeşitli yöntemler kullanılmalı</li><li>*Yatak içi ve dışı hareketler geliştirilmeli</li><li>*Ailenin bakımı katılımı desteklenmeli, kendisinin gerçekleştirebileceği bakımları yapmasına izin verilmeli</li><li>*Hastaya hafif ve gevşeme sağlayan bir müzik dinletilmeli</li></ul>                                                                                                                                                                                   |
| <b>Fiziksel mobilitede bozulma</b>                               | <ul style="list-style-type: none"><li>*Cerrahi girişim sonrası hareket etmede korku</li><li>*Ağrı</li><li>*Göğüs tüpü, dren, monitörizasyon varlığı</li><li>*Dispne</li></ul>                                       | <ul style="list-style-type: none"><li>*Hastanın fiziksel mobilitesini ve beraberinde bulunan vücut fonksiyonlarını eski haline getirmek</li></ul>           | <ul style="list-style-type: none"><li>*Ağrı kontrol altına alınmalı</li><li>*Tüm güvenli önlemleri alınarak gerekirse fizyoterapist ile işbirliği sağlanmalı</li><li>*Hasta ilk defa yürütülürken;</li><li>Önce yavaş oturma pozisyonu verilir, gerekirse desteklenir.</li><li>Biraz dinlendirildikten sonra yatağına kenarına oturulur ve ayakları sağağa sarkınır. Ayağa kaldırmadan önce biraz bekletilir.</li><li>İşlem esnasında hasta (baş dönmesi, mide bulantısı, göz kararması) gözlemlenir.</li><li>İşlem esnasında hasta kendini iyi hissetmezse işleme ara verilir.</li><li>*Komplikasyonları önlemek için duruma uygun pozisyon verilmeli</li><li>*Dizine için uygun pozisyon verilmeli ve solunumu rahatlatılmalı</li></ul> |
| <b>Sözel iletişimde bozulma</b>                                  | <ul style="list-style-type: none"><li>*Sosyal izolasyon</li><li>*Farklı bir dil konuşma</li><li>*Uygun olmayan ortam</li><li>*İletişime geçmeyi reddetme</li><li>*Yorgunluk, öfke, anksiyete</li></ul>              | <ul style="list-style-type: none"><li>*Hastanın anlamlı ve anlaşılır bir biçimde sözel iletişim kurmasını sağlamak</li></ul>                                | <ul style="list-style-type: none"><li>*İletişimi güçlendirmek için el kol hareketleri ve dokunma kullanılmımalı</li><li>*Dikkat dağıtan çevresel uyaranlar en aza indirilmeli</li><li>*İletişim süresince hastanın sözel ve sözel olmayan mesajları dikkatlice gözlenmeli</li><li>*Başka yollarla da iletişim kurması için cesaretlendirilmeli (çizim, yazı, mimik ve jestler)</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Beslenmede dengesizlik: Beden gereksiniminden az beslenme</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>*Beslenme intoleransı(Kuruma,Abdominal distansiyon)</li><li>*İşlemler için açlık</li><li>*Hemodinamik instabilite</li><li>*Protein ve kalori ihtiyacı açığa çıkması</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>*Hastanın yeterli ve dengeli beslenmesini sağlamak</li></ul>                                                          | <ul style="list-style-type: none"><li>*Algıyı çıkardığı ve kilo takibi yapılmalı</li><li>*Beslenme toleransı olmayan hastalarda parenteral beslenme yöntemine geçilerek hastanın alması gereken günlük kalori ihtiyacı karşılanmalı</li><li>*Nutrisyon destek ekibi veya bu konuda deneyimli diyetisyenin çocuk yoğun bakım ekibine dahil edilip hastaya optimal besin desteği sağlanmalı</li><li>*Gastrik asiditeyi ve bulantıyı azaltacak ilaç kullanılmalı</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Sosyal etkileşimde bozulma</b>                                | <ul style="list-style-type: none"><li>*Tedavi amaçlı izolasyon</li><li>*Dil, kültür farklılığı</li><li>*Fiziksel harekette kısıtlılık</li><li>*Hastanede yatış süresinin uzaması</li></ul>                          | <ul style="list-style-type: none"><li>*Hastanın çevresiyle sağlıklı iletişim kurması</li></ul>                                                              | <ul style="list-style-type: none"><li>*Olumlu davranışlar pekiştirilmeli</li><li>*Aile ile işbirliği içerisinde günlük sosyal aktiviteler planlanmalı</li><li>*Duygu ve düşüncelerini ifade etmesine olanak sağlanmalı</li><li>*Hastaya anamları ve desteklemeleri için aile cesaretlendirilmeli</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Uyku ritiminde bozulma</b>                                    | <ul style="list-style-type: none"><li>*Dispne, oksürük</li><li>*De uyaranlar</li><li>*Korku</li><li>*İlaçlar, invaziv girişimler</li></ul>                                                                          | <ul style="list-style-type: none"><li>*Hastanın yeterli ve düzenli uyumasını sağlamak</li></ul>                                                             | <ul style="list-style-type: none"><li>*Uyku/aktivite döngüsü belirlenmeli</li><li>*Uyku kesintiyi uğratan fiziksel ve psikolojik durumlar belirlenmeli</li><li>*Uykuyu geliştirmek için ışık,ses,yatacak gibi çevresel düzenlemeler yapılmalı</li><li>*Masaj, pozisyon verme ve duygusal dokunma gibi rahatlama yöntemleri kullanılmalı</li><li>*Hastanın bakımı uyku/uyanıklık döngüsüne göre planlanmalı</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

## Hemşire Bildirileri

### [EPH-25]

#### Parsiyel pulmoner venöz dönüş anomalilerinde hemşirelik bakımı

**Ahmet Songul, Ayşe Doğruyol, Melek Aydın, Dilek Aydın**

*Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp Damar Cerrahisi Kliniği, İstanbul, Türkiye*

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Pulmoner venöz dönüş anomalileri ender rastlanan doğumsal kalp hastalıklarından biridir. Parsiyel pulmoner venöz dönüş anomalisi bir ya da daha fazla pulmoner venin sağ atriuma ya da sağ boşluklara açılan sistemik dolaşım bölgelerine dökülmesiyle oluşur. Parsiyel pulmoner venöz dönüş anomali tanısı konan hastalarda cerrahi müdahale genellikle gereklidir ve ameliyat sonrası dönemde hemşirelik bakımı, bilgi ve tecrübesi hayati önem taşır. Bu olgu ülkemizde nadir görülen olgulardan biri olduğundan dolayı sağlığına kavuşma sürecinde hemşirelik bakımının katkısını sunmak amacıyla hazırlanmıştır.

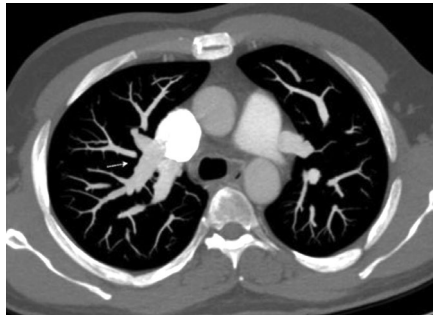
**YÖNTEM:** Bu olgu tanı koyulduktan sonra hekimi ile iş birliği yapılarak takip edilmiştir ve olgu sunumu olarak hazırlanmıştır.

**BULGULAR:** On beş yaşında A.R.A isimli hasta dispne şikâyeti ile hastanemize başvurdu, gerekli tetkikler (ekokardiyografi, tomografi vb.) yapılarak parsiyel pulmoner venöz dönüş anomalisi tanısı konulmuş ve 26.08.2024 tarihinde kliniğe yatırışı yapılmıştır. 27.08.2024 tarihinde ameliyat edilmiştir. Ameliyat sonrası pediatrik kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım ünitesine alındı. Ameliyat sonrası dönemde hastalara uygulanan bakım, komplikasyonların önlenmesi ve hastalık sürecinin olumlu yönde ilerlemesi için önemlidir. Hastaya ameliyat sonrası dönemde uygulanan hemşirelik bakımları: hemodinamik stabilitenin sağlanması, solunum fonksiyonlarının izlenmesi, ağrı yönetimi, enfeksiyon riskini azaltma, kanama riskini azaltma, hidrasyon ve beslenmenin desteklenmesi, psikososyal destek. Etkin hemşirelik takip ve bakımı ile hastanın ameliyat sonrası süreci olumlu ilerleyerek, hasta ameliyat sonrası birinci gününde servise transfer edilip, ameliyat sonrası dördüncü gününde taburcu edilmiştir.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Parsiyel pulmoner venöz dönüş anomali hastalarının ameliyat sonrası dönemde karşılaşılabilecekleri riskler ve komplikasyonlar, multidisipliner bir yaklaşımı gerektirir. Nadir görülen bu olgunun kısa zamanda sağlığına kavuşmasında hemşirelerin bütüncül takip ve bakımını sağlaması kilit rol oynamaktadır.

Sonuç olarak, PAPVD cerrahisi sonrası hemşirelik bakımı, multidisipliner bir yaklaşımla yürütülmeli ve hastanın ihtiyaçlarına göre bireyselleştirilmiş olmalıdır. Bu olgu, hemşirelik bakımının cerrahi sonuçlar üzerindeki olumlu etkisini ortaya koymaktadır. Hemşirelerin, cerrahi sonrası dönemde hastanın hemodinamik durumunu izleyerek, pulmoner ve kardiyovasküler komplikasyonları önlemeye yönelik müdahaleleri uygulamaları, hasta güvenliğini ve iyileşme sürecini desteklemektedir. Sonuç olarak, iyi bir hemşirelik bakımı, ppvda cerrahisi sonrası komplikasyonların önlenmesinde ve hastanın hızlı bir şekilde normal yaşantısına dönmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Bu bulgular ışığında, hemşirelik bakımında standardize edilmiş protokollerin uygulanmasının, cerrahi sonuçların iyileştirilmesine katkıda bulunabileceği düşünülmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Parsiyel venöz dönüş anomalisi, hemşirelik bakımı.



Şekil 1.

## Hemşire Bildirileri

### [EPH-26]

#### Kalp ve damar cerrahisinde intraoperatif hemşirelik yönetimi ve ekip iletişiminin cerrahi başarı üzerindeki rolü

**Emine Aslan Uslu, Filiz Çetinkaya Işık, Elif Yıldırım**

*SBÜ İstanbul Mehmet Akif Ersoy Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, İstanbul*

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Kalp ve damar cerrahisinde intraoperatif hemşirelik, multidisipliner ekip çalışması gerektiren kompleks bir süreçtir. İntraoperatif dönemde hemşirelik yönetimi, ameliyat başarısını ve hasta güvenliğini sağlamak açısından kritik öneme sahiptir. Bu süreçte etkili ekip iletişimi, komplikasyon riskini azaltmada önemli bir faktördür. Bu çalışmanın amacı, kalp ve damar cerrahisinde intraoperatif hemşirelik yönetiminin ve ekip içi iletişimin cerrahi süreç üzerindeki etkisini ve hemşirelerin bu süreçteki rollerini incelemektir.

**YÖNTEM:** Bu çalışma; YÖK Tez merkezi, Google Scholar, Google Akademik, PubMed veri tabanları taranarak oluşturulmuştur.

**BULGULAR:** Literatür incelendiğinde intraoperatif süreçte etkili ekip iletişiminin sağlandığı vakalarda komplikasyon oranlarının %40 oranında azaldığı görülmüştür. Hemşirelerin ekip içindeki iletişim ve koordinasyonu, acil kararların hızla alınmasını sağlamış ve hasta güvenliğini artırmıştır. Hemşirelerin ameliyathanedeki mesleki deneyimlerinin olması, alanda bulunan cihaz kullanımını bilmesi, sarf malzemelerini tanıması ve süreçlere hakim olması cerrahi başarıyı artırarak hastalarda gelişebilecek komplikasyonları azaltmaktadır. İntraoperatif dönemde hemşirelerin aktif rol oynadığı vakalarda, cerrahi işlemler daha sorunsuz ilerlemiştir.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Hemşirelerin cerrahi ekiple etkili iletişim ve işbirliği, hasta güvenliğini artıran temel bir unsurdur. İntraoperatif hemşirelik yönetimi ve etkili ekip iletişimi, kalp cerrahisinde hasta güvenliğini artırmada ve cerrahi başarıyı sağlamada kilit bir role sahiptir.

**Anahtar sözcükler:** İntraoperatif hemşirelik, ekip iletişimi, kalp cerrahisi, hasta güvenliği.

## Hemşire Bildirileri

### [EPH-27]

#### Levine koruma modeli ile hemşirelik bakımı: Bilateral femoral arter embolektomisi sonrası yenidoğan olgu sunumu

**Elif Kaya, Kayacan Kaya, Yunus Emre Türk**

*İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul*

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Yenidoğanlarda hemostatik sistemin tam gelişmemiş olması tromboembolik olaylar açısından risk oluşturmaktadır. Hiponatremi/hipernatremi varlığı elektrolit imbalansa bağlı olarak tromboemboli görülme riskini artırmaktadır. Neonatal tromboemboli olgularında hemşirelik bakım sürecinde bütüncül hemşirelik yaklaşımı ile takip ve tedavi uygulaması önemlidir. Levine koruma modelinde bireyin bütünlüğünün korunması ve çevredeki değişimlere adaptasyonunun sağlanması yer almaktadır. Modele göre hemşirenin iyi bir gözlem yapması, hastasını bütüncül olarak ele alması, hastası ile etkileşim içinde olması büyük önem taşımaktadır. Bu sebeple neonatal bakım için Levine koruma modeliyle olgu sunumu yapılması amaçlanmıştır.

**YÖNTEM:** Bu çalışma İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kalp Damar Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde 15.05.2024 - 22.05.2024 tarihleri arasında yatan S.A.K isimli hastaya Levine Koruma modeli kapsamında verilen hemşirelik bakımı içermektedir. Hasta ailesinden sözlü ve yazılı onam alınmıştır.

**BULGULAR:** S.A.K isimli 18 günlük hasta dış merkezden abdominal aorta ve iliak arterlerde trombus varlığı ile sol ayak iskemik olarak transfer edildi. Ek hastalığı hipernatremi olan hastanın sol ayağında yaygın iskemik alan mevcut olup ameliyat için hazırlıkları tamamlandıktan sonra acil ameliyata alındı. Hastanın bilateral femorallerine embolektomi yapılarak hemşirelik bakımı verildi. Koruma Modeli kapsamında; akut ağrı, sıvı volüm dengesizliği, kişisel bütünlüğün korunması, anksiyete, bakım verici rolünde zorlanma, sosyal bütünlüğün korunması, bilgi eksikliği, korku, yapı bütünlüğünde bozulma, enfeksiyon ve doku bütünlüğünde bozulma tanıları konuldu.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Bilateral femorallerine embeloktomi yapılan hastanın Levine Koruma Modeline göre hemşirelik bakım süreci yürütülmüş olup koruma modeli kapsamında ve aile merkezli bakım yaklaşımı ile neonatal damar cerrahisi hastalarında kullanımı uygun görülmüş ve modelin kullanımı önerilmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Yenidoğan, hemşirelik bakımı, koruma modeli, damar cerrahisi.



**Şekil 1.** Olgunun hastaneye gelişi.



**Şekil 2.** İlk oksijen ve heparin enflamasyon tedavisi.



**Şekil 3.** Hiperbarik, oksijen, heparin inf. ve cerrahi sonrası.



**Şekil 4.** Ampütasyona gerek kalmadan nekrotik dokunun ilerlememesi/düşmesi.

**Tablo 1.** Değerlendirme ve izlem

**Solunum desteği**

Entübe olan hastanın solunumu değerlendirildi P-SIMV modda FiO<sub>2</sub>: 40 PEEP: 5 f:30 P:14 parametreleri sonrası 2. günde hasta extübe edildi. High flow'da 4 lt/dk, 45 O<sub>2</sub> ile takip edilen hastanın solunumu değerlendirildiğinde aynı gün içinde nazal kanülü ile 4 lt/dk olarak devam etti. Post-op 5. gününde solunum sayısı 30-35 ve sPo<sub>2</sub> değerinin 98-100 arasında olması sebebiyle oksijen tedavisi kesildi.

**Nütrisyonel destek**

Hastanın geliş sodyum değeri 187 mEq/L olup sıvıları düzenlendi. Postop 1. gününde total parenteral nütrisyon tedavisi başlandı. %5 dextroz 534 cc, Serum sale 2.5 cc, %7.5'luk Potasyum klorür 4 cc sıvı 22.5/h'ten başlandı. Ayrıca postop 2. günde 30 cc/h'ten anne sütü enteral olarak verilmeye başlandı. Daha sonra sodyum değeri 144 mEq/L olarak saptandı.

**Ağrı tedavisi**

Hastanın ağrı değerlendirilmesi yenidoğanlarda kullanılan FLACC skalası kullanılmıştır. İskemi ağrısı olduğu için hastaya ilk 3 gün Midazolam 0.05 mg/kg/h şeklinde infüzyon tedavisi uygulanmıştır. Postop 2-5 gün arasında Flacc ağrı puanı 6-8 olarak değerlendirildi. Hastaya Parasetamol 3x20 mg IV uygulandı.

**Enfeksiyon tedavisi**

Hastanın dış merkez kabulü sonrası Periferik kan kültürü, idrar kültürü, trakial aspirat kültürü ve rektal sürüntü numuneleri alındı. Hastanın rektal sürüntüsünde vankomisine dirençli enterokok üredi. Hastanın antibiyotikleri revize edilerek yeniden orderlandı. Vankomisin 1x40 mg IV, Meronem 2x80 mg IV olarak uygulandı. Hastanın daha sonra alınan kültür sonuçları temiz geldi.

**İskemik ekstremitte tedavisi**

Hastanın ameliyat sonrası hemodinami sağlandıktan sonra sol ekstremitte ısıtmaya başlandı. Aynı zamanda ayak şeffaf bir aparat ile çevrelenip oksijen verilerek dokuların dışardan oksijenlenmesi sağlandı. Bu sayede dokuların hızlı toparlanması öngörüldü. Hastaya Hiperbarik oksijen tedavisi 12 seans uygulanmıştır.

**Tablo 2.** Levine koruma modeline göre hemşirelik tanıları

|                         |                              |                             |                           |
|-------------------------|------------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| Enerjini korunması      | Kişisel bütünlüğün korunması | Sosyal bütünlüğün korunması | Yapı bütünlüğünde bozulma |
| Akut ağrı               | Anksiyete                    | Bilgi eksikliği             | Enfeksiyon                |
| Sıvı volüm dengesizliği | Bakım verici rolünde zorunma | Korku                       | Doku bütünlüğünde bozulma |



## Hemşire Bildirileri

### [EPH-28]

## Orem'in öz bakım eksikliği hemşirelik teorisine göre Scimitar Sendrom'lu bir çocuk hastada hemşirelik bakımı: Olgu sunumu

**Ezgi Bayır**

*Dr. Siyami Ersek Göğüs, Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, İstanbul*

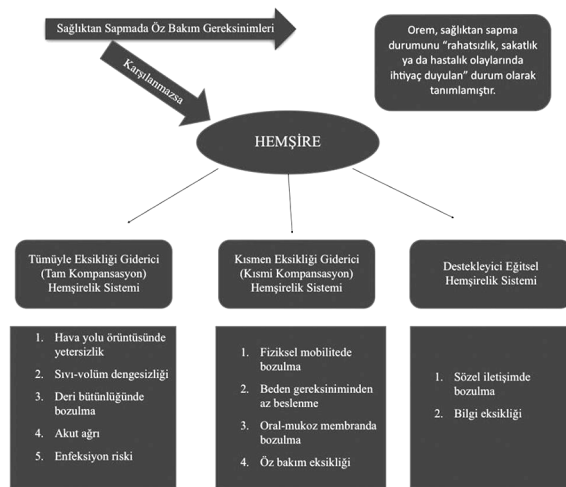
**GİRİŞ VE AMAÇ:** Scimitar sendromu nadir görülen bir pulmoner venöz dönüş anomalisi olup, sağ taraf pulmoner venlerinin inferior vena kava veya sağ atriyuma açılması ile karakterizedir. Hastalığın görülme sıklığı 1-3/100.000 olarak kabul edilmektedir. Bu çalışmada "Scimitar Sendromu" tanısı ile Pediatrik Kalp ve Damar Cerrahisi (KVC) Yoğun Bakım ünitesinde izlenen çocuk hastanın Orem'in Öz bakım Eksikliği Kuramı'na göre öz bakım gereksinimlerinin belirlenmesi ve hemşirelik girişimlerinin planlanması amaçlanmıştır.

**YÖNTEM:** Hastanın Orem'in "Öz Bakım Eksikliği Teorisi'ne" göre öz bakım gereksinimleri belirlenmiş, gereksinimlerini karşılayabilmek amacıyla NANDA sınıflama sisteminde hemşirelik tanıları kullanılmıştır. Olgunun bilimsel amaçlı verilerinin kullanılacağı konusunda tedavi gördüğü üniteden ve ailesinden sözlü onam alınmıştır.

**BULGULAR:** Scimitar sendromlu altı yaşında kız hastanın, ameliyat sonrası dönemde öz bakım gereksinimlerini karşılamada solunum sıkıntısı ve kas güçsüzlüğü olmak üzere iki önemli faktör etkilediği görülmüştür. Ekstübasyon sonrası vapotherm ile akciğerleri havalandıran hastada havayolu açıklığını sağlamak için postural drenaj uygulanmış ve hasta öksürmeye teşvik edilerek satürasyon değerinde yükselme izlenmiştir. Fizyoterapist ve hemşirelik girişimleri eşliğinde solunum egzersizleri ve fiziksel mobilitesi sağlanan hastanın kas gücü artırılmaya çalışılmıştır. Ekstremitelerde yaygın ödemi bulunan hastanın sıvı volüm dengesi saatlik AÇT takibi ile dengede tutulmuş, ekstremiteler elevasyona alınmış, uygun beslenme desteği sağlanmıştır. Başlarda hasta ile iletişim kapalı uçlu sorular sorularak hastanın yüz ifadeleri aracılığıyla kurulmuştur. Hastaya konuşmaya cesaretlendirilmesi için girişimlerde bulunulmasına rağmen hastayla etkin bir iletişim kurulamamıştır. Hastanın Yoğun Bakım ünitesinden servise taburculuğu sağlanmıştır.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Bu olgu sunumunda uygun hemşirelik girişimleri ile hemşirelik bakım süreci oluşturulmuştur. Uygulanan bakım sonucunda, hastanın öz bakım gereksinimlerini yerine getirmesine yardımcı olunmuş, destekleyici eğitsel hemşirelik girişimleri ile hasta ve ailesinin bakım sürecine dahil edilmesi sağlanmış ve bakım kalitesi olumlu yönde etkilenmiştir.

**Anahtar sözcükler:** Hemşirelik bakımı, öz bakım eksikliği, Scimitar sendromu.



Şekil 1: Orem'in Öz bakım Eksikliği Kuramına Göre Kavram Haritası

**Şekil 1.** Orem'in öz bakım eksikliği kuramına göre kavram haritası.

**Tablo 1.** Hemşirelik bakım planı

| Hemşirelik tanıları                 | Girişimler                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Havayolu örüntüsünde yetersizlik | 1. Gereklikçe sekresyonları aspire edildi. (Nazotrakeal aspirasyon)<br>2. Akciğer sesleri, solunum sayısı, saturasyon değerleri takip edildi.<br>3. Acil girişim malzemeleri, ambu-maske başında hazır olarak tutuldu.<br>4. Uygun pozisyon verildi.<br>5. Fizyoterapist eşliğinde solunum egzersizleri uygulandı.                                                                                                                                                                      |
| 2. Sıvı volüm dengesizliği          | 1. Ödem takibi yapıldı.<br>2. Elektrolit düzeyleri izlendi.<br>3. Elektrolit açığına uygun sıvı tedavisi uygulandı.<br>4. Foley katater ile saatlik idrar takibi yapıldı.                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 3. Deri bütünlüğünde bozulma        | 1. İki saatte bir pozisyonu değiştirildi.<br>2. İnvasiv girişim uygulanan bölgeler enfeksiyon belirtileri yönünden gözlemlendi.<br>3. Basınç bölgeleri kızarıklık yönünden izlendi, yatak çarşafı her gün değiştirildi, gergin ve kırışksız olmasına dikkat edildi.<br>4. Her gün cilt kontrolü yapıldı, bariyer kremleri nemlendirilmesi sağlandı.                                                                                                                                     |
| 4. Fiziksel mobilitede bozulma      | 1. Ağrı ve egzersiz eşiği değerlendirildi.<br>2. Fiziksel mobilizasyonu aile ve personel desteğiyle sağlandı.<br>3. Yatak içi egzersizler uygulandı.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 5. Beden geresiniminden az beslenme | 1. Beslenme durumu değerlendirildi.<br>2. Aldığı çıkardığı sıvı takibi yapıldı.<br>3. Defekasyon durumu günlük takip edildi.<br>4. Kan değerlerindeki parametreler izlendi.                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 6. Oral-mukoz membranda bozulma     | 1. Ağız içi mukoza her shiftte değerlendirildi.<br>2. 1/1 serum fizyolojik ile dilüe edilmiş sodyum bikarbonat ya da ağız bakım solüsyonu ile ağız bakımı verildi.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 7. Akut ağrı                        | 1. Ağrı skalası kullanılarak ağrı düzeyi değerlendirilmiştir.<br>2. Var olan ağrı medikal tedavi uygulanarak kontrol edilmiştir.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 8. Enfeksiyon riski                 | 1. Hastane ortamına bağlı gelişen enfeksiyonları önlemek için antisepsi, asepsi ilkelerine uygun belli aralıklarla bakım, tedavi ve girişimler uygulandı.<br>-Povidon iyot antiseptik solüsyon kullanılarak yara bakımı, katater bakımı yapılmış, her gün rutin olarak ve kirlendikçe pansumanlar değiştirilmiştir.<br>2. Çapraz bulaşmayı önlemek için işlem öncesi ve sonrası el yıkama ve eldiven kullanımına dikkat edildi.<br>3. Uygun medikal antibiyotik tedavisi uygulanmıştır. |
| 9. Öz bakım eksikliği               | 1. Bağımlılık düzeyi belirlenerek uygun bakım sağlandı.<br>2. Yatak içi banyo yaptırıldı.<br>3. Hava, su, beslenme, boşaltım, hijyen, aktivite, etkileşim ve sosyalizasyon gibi temel yaşam gereksinimlerinin karşılanmasına destek sağlandı.                                                                                                                                                                                                                                           |
| 10. Sözel iletişimde bozulma        | 1. Uygun iletişim tekniği belirlendi.<br>2. Hasta ile kapalı uçlu sorularla iletişime geçildi.<br>3. İşlem öncesi hastaya işlemler hakkında açıklama yapıldı.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 11. Bilgi eksikliği                 | 1. Başta anne olmak üzere hasta ve yakınlarına serviste dikkat etmeleri gereken noktalar hakkında (postural drenaj, öksürme egzersizleri, mobilizasyon, beslenme vb.) bilgi verilmiştir.<br>2. Gelişebilecek olumsuz sonuçlara karşı ailenin ve hastanın bilgi eksikliği giderilmiştir.                                                                                                                                                                                                 |

## Hemşire Bildirileri

### [EPH-29]

#### Abdominal aort anevrizmasında cerrahi masa hazırlığı

**Halil Ceyhan**

*SBÜ İstanbul Mehmet Akif Ersoy Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, İstanbul*

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Abdominal aort anevrizması (AAA), genellikle asemptomatik seyreden ve rüptüre olduğunda hayati risk taşıyan bir damar hastalığıdır. Tedavi seçenekleri arasında açık cerrahi onarımı (OSR) ve endovasküler aort onarımı (EVAR) yer alır. Açık cerrahi onarımı, düşük ve orta riskli hastalarda etkili bir yöntem olmaya devam ederken, yüksek riskli hastalar için EVAR daha az invaziv seçenek olarak öne çıkmaktadır. Bu çalışma, AAA cerrahisinde cerrahi masa hazırlığının önemini ve ameliyat hemşiresinin rolünü incelemeyi amaçlamaktadır.

**YÖNTEM:** Abdominal aort anevrizmasının cerrahi tedavisinde ameliyat hemşiresinin sorumlulukları ele alınmış, cerrahi masanın hazırlanması, sterilizasyon ve ekipmanın doğru yerleştirilmesi konuları analiz edilmiştir.

**BULGULAR:** Abdominal aort anevrizması cerrahisinde ameliyat hemşiresinin rolü son derece kritiktir. Hemşireler, cerrahi ekibin ayrılmaz bir parçası olarak hastanın güvenliğini sağlamak ve cerrahin ameliyatı en verimli şekilde gerçekleştirmesi için gerekli desteği sağlarlar. Ameliyat öncesinde, hemşireler hasta hazırlığı, cerrahi ekipmanın doğru şekilde hazırlanması ve sterilizasyon gibi görevlerden sorumludur. Cerrahi masa hazırlanırken, her türlü aletin ve malzemenin steril ve erişilebilir bir şekilde yerleştirilmesi, ameliyat sırasında herhangi bir gecikmenin önlenmesi açısından hayati önem taşır. Ayrıca, ameliyat sırasında cerraha doğru aleti zamanında sağlayarak ameliyatın akışını kesintisiz hale getirirler. Bu hazırlıklar, cerrahin sadece ameliyatın teknik kısmına odaklanabilmesini sağlar ve hastanın güvenliğini en üst düzeye çıkarır.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Sonuç olarak, AAA cerrahisinde başarı, doğru cerrahi yöntem seçimi, cerrahi ekibin koordinasyonu ve ameliyat hemşiresinin dikkatli hazırlığı ve desteği ile sağlanabilir. Ameliyat hemşiresinin sterilizasyon ve ekipman hazırlığı, cerrahin ameliyat sürecine odaklanabilmesini, hastanın iyileşme sürecinin sorunsuz ilerlemesine ve komplikasyonların en aza indirilmesine yardımcı olur. Dolayısıyla, hemşirelerin bu süreçteki kritik rolü, cerrahi başarı ve hasta güvenliği açısından büyük önem taşır.

**Anahtar sözcükler:** Abdominal aort anevrizması, cerrahi masa hazırlığı, ameliyathane hemşireliği.



**Şekil 1.** Thompson ekartör. Bu sistem, cerrah ve ekibine optimal cerrahi alan sağlarken, el kullanımını en aza indirerek ameliyat sırasında büyük bir konfor sunar.



**Şekil 2.** Cerrahi masa. Her iki masada ameliyatta kullanılacak aletlerin kolay erişilebilir olması için düzenli bir şekilde hazırlanmış ve steril örtü üzerine yerleştirilmiştir.

## Hemşire Bildirileri

### [EPH-30]

#### Intra-aortik balon pompası ile takip edilen hastalarda uygulanan hemşirelik girişimleri

**Merve Gizem Bağcı, Hande Vurgun**

*Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Yoğun Bakım Birimi, Balıkesir*

**GİRİŞ VE AMAÇ:** İntra-aortik balon pompası (İABP), kardiyovasküler hastalıkların yönetiminde etkili bir dolaşım destek tedavisi olarak geniş bir kullanım alanına sahiptir. İABP takılmış hastaların yönetimi, özel eğitim ve ileri düzey hemşirelik becerileri gerektirir. Hemşireler, İABP'nin fizyolojisi, avantajları ve komplikasyonları hakkında kapsamlı bilgiye sahip olmalı; hastanın kalp fonksiyonlarını izleme ve tedavi sürecini yürütme konusunda temel rol oynamalıdır. Bu bildiride, İABP ile takip edilen hastaların hemşire gözünden değerlendirilmesi ve hemşirelik müdahalelerinin ele alınması amaçlanmaktadır.

**YÖNTEM:** Literatür taraması "İntra-aortik balon pompası", "İABP ve Hemşirelik Bakımı" ve bunların ingilizce karşılığı olan anahtar kelimeleri ScienceDirect, Cochrane Library, ClinicalTrials, Google Akademik ve PUBMED veri tabanlarında taratılarak hemşirelik girişimleriyle ilgili çalışmalar incelenmiştir.

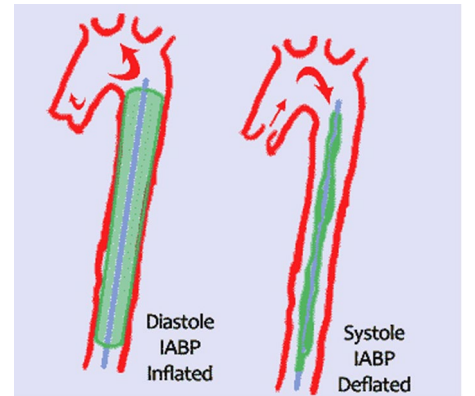
**BULGULAR:** İntra-aortik balon pompası, iskemik kalp hastalığı, akut koroner sendrom, kalp yetmezliği ve koroner arter baypas greftleme (KABG) sonrasında düşük kalp debi sendromunu önlemek ve tedavi etmek için mekanik olarak dolaşıma destek sağlayan bir cihazdır. Hemşireler İABP tedavisi gören hastaların bakımında kritik rol oynarlar. İABP ile yönetilen hastalara bakan hemşirelerin bu cihazın mekanizmaları hakkında bilgi sahibi olmaları ve ayrıca İABP'nin endikasyonlarını, kontrendikasyonlarını, işlev fizyolojisini olası komplikasyonları ve güvenlik hususunu da ele almaları gerekmektedir. İABP takibinin yapılması, komplikasyonların önlenmesine yönelik girişimlerin uygulanması ve bu kapsamda iyi bir hemşirelik bakımının verilmesiyle hasta sonuçlarında önemli katkılar sağlayacaktır.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** İntra-aortik balon pompası ile yönetilen hastaya bakarken hemşire, hastanın durumundaki değişiklikleri sürekli olarak değerlendirmeli ve takip etmelidir. Kardiyovasküler hastalıkların tedavisinde teknoloji geliştikçe, hemşireler klinik uygulama standartlarını sürekli olarak incelemeli ve gözden geçirmelidir. Hemşirelik mesleğinde yenilikleri takip etmek ve araştırmak, bu alanındaki mevcut bilgi birikimini iyileştirmenin en iyi yoludur. Değişim, araştırma verilerini kullanarak ve bakım kalitesini iyileştirerek gerçekleştirilebilir.

**Anahtar sözcükler:** İABP, intra-aortik balon pompası.



**Şekil 1.** İntra-aortik balon pompası.



**Şekil 2.** Kontrpulsasyon.

**Tablo 1.** Sık karşılaşılan İABP alarm sorunları

|                                                |                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Kateter alarmı (Catheter Alarm)                | Kateter, kateter hattı, balonda kısmi ya da tam tıkanma. Kateterin takılı olduğu bacağın düz pozisyonunda olmaması                                                     |
| Tetikleyici kaybı (Loss of Trigger)            | EKG: Asistoli, ritimde bozulma ya da düşük EKG boyu<br>Arteriyel Basınç: Nabız basıncının algılama eşiğinin altında olması<br>Pace: Spike algılanamaması ya da yokluğu |
| Gaz kaybı (Gas Boss Alarms)                    | Balonda ya da gaz dolaşım hattında sızıntı (Helyum embolisi riski)                                                                                                     |
| Düşük augmentasyon (low augmentation)          | Augmente diyastolik basıncın, operatör tarafından seçilen alarm seviyesinden daha düşük olması                                                                         |
| Pnömotik sistem (pneumatic drive)              | Pompa şişirme/indirme pnömatik sistemiyle ilgili işlevsel sorun olması                                                                                                 |
| Otomatik dolum yetersizliği (autofill failure) | Sistemin rutin olarak 2 saatte bir helyum gazı ile doldurulmasında yetersizlik olması                                                                                  |
| Sistem hatası (system failure)                 | Sistem kendi kendini test ettiğinde sorun tespit etmesi                                                                                                                |
| Topçu, 2020.                                   |                                                                                                                                                                        |



## Hemşire Bildirileri

### [EPH-31]

## Kalp cerrahi sonrası akut solunum sıkıntısı sendromu gelişen entübe hastalarda prone pozisyonunun yönetimi ve hemşirelik yaklaşımı

**Esma Ketenci**

SBÜ İstanbul Mehmet Akif Ersoy Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, İstanbul

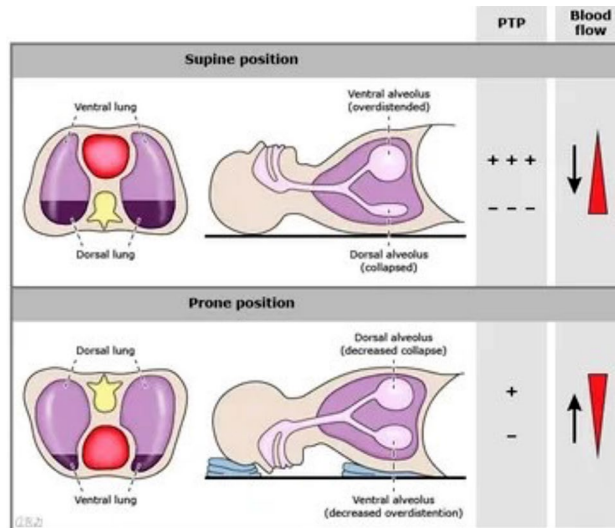
**GİRİŞ VE AMAÇ:** Akut solunum sıkıntısı sendromu (ARDS), şiddetli hipoksemiye yol açan enflamatuar pulmoner ödem ile karakterize, yaşamı tehdit eden bir solunum yetmezliğidir. ARDS; miyokardiyal hasar, ventriküler aritmiler ve şoka bağlı hipoksemik solunumsal yetmezlik hastalar arasında sık görülür ve kardiyak arreste neden olur.

**YÖNTEM:** Bu derlemede kalp cerrahi sonrası ARDS gelişen entübe hastalarda prone pozisyonunun yönetimi ele alındı.

**BULGULAR:** Prone pozisyonunda ARDS gelişen hastaların ventilasyon ve perfüzyon heterojenliği azaldığından gaz değişimi düzelir. Prone pozisyonu verilecek hastaya sedatize edici ilaçlar infüzyon olarak başlanır, yeterli sedasyon ve analjezi aldığı kontrol edilir. Pozisyonun güvenli bir şekilde gerçekleştirilmesi için yeterli sayıda personelin olmasına dikkat edilir. Endotrakeal tüp bağı ve kaf basıncı kontrolü sağlanır. Arteriyel ve santral venöz kateterin yeterli tespiti yapılır. Pozisyon öncesi insizyon yerlerinin (sternum, safen vb.) pansuman değişikliği ihtiyacının olup olmadığının kontrolü yapılır. Dren kateterleri klemplenir, hastanın vücudunun yakınına yerleştirilir. Üriner kateter hastanın bacaklarının arasına yerleştirilir. Prone pozisyonu verilirken hasta için uygun yatak ve yastık seçilir, hastanın göğüs kemiğine dikkat edilerek karnının üzerine çevrilir, stabilizasyonunun ve basınç noktalarının korunması için hasta yastıklarla desteklenir. Prone pozisyonu verdikten sonra dren kateterlerinin klempleri açılarak kontrolü yapılır. Cilt değerlendirilir, basınç yaralanmasının gelişimini önleyici girişimler yapılır. Saatlik vital bulguları, ventilatör modları ve kan gazı değerleri takip edilir.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Prone pozisyonu, solunum desteği sağlamak için etkili bir yöntemdir. Hastaların prone pozisyonuna uygunluğu, çok yönlü bir bakış açısıyla değerlendirilir, multidisipliner bir yaklaşım tercih edilir. ARDS'nin yönetiminde uygulanan prone pozisyonun başlatılmasında, sürdürülmesinde ve sonlandırılmasında prone pozisyonuna bağlı gelişebilecek komplikasyonların erken dönemde saptanması, bildirilmesi ve gerekli müdahalenin yapılmasında hemşire gözleminin önemli bir yeri bulunur.

**Anahtar sözcükler:** ARDS, prone pozisyonu.



Şekil 1. Supine-prone.

## Hemşire Bildirileri

### [EPH-32]

#### Sol ventrikül destek cihazı implante edilen hastanın olgu sunumu ve hemşirelik yaklaşımı

**Esma Ketenci**

SBÜ İstanbul Mehmet Akif Ersoy Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, İstanbul

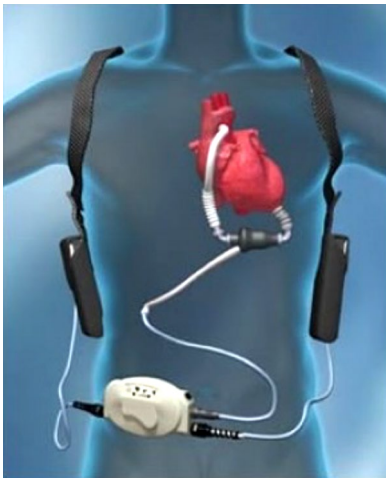
**GİRİŞ VE AMAÇ:** Sol ventrikül destek cihazı (LVAD), kalp yetmezliğinin son aşamasında olan hastalarda kalbin pompalama gücünü üstlenerek destek sağlar. Tıbbi tedaviye rağmen kötüleşen hastalarda kalp nakline geçiş süreci veya nakil için uygun olmayan hastalarda hedef tedavi olarak görülür.

**YÖNTEM:** 14.08.2024 tarihinde kalp yetmezliği, diabetes mellitus, hipertansiyon, atriyal fibrilasyon tanısı ve ejeksiyon fraksiyonu %20 olan 53 yaşındaki kadın hastanın ameliyat sonrası hemşirelik yaklaşımı ele alınmıştır.

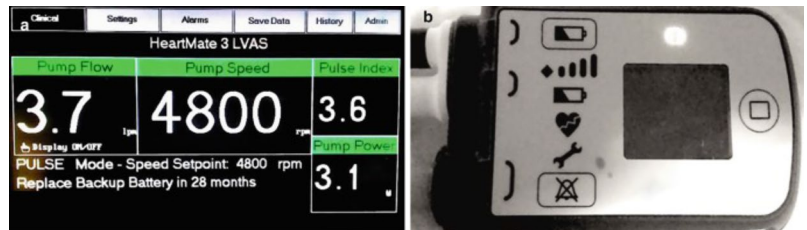
**BULGULAR:** Median sternotomi ve kardiyopulmoner baypas yöntemiyle sol ventrikül destek cihazı implante edilen hasta, yoğun bakıma ameliyathane ekibinden entübe olarak mekanik ventilatörde PRVC modunda ve yüksek dozda inotrop desteğiyle teslim alındı. Ortalama arter kan basıncının 60-90 mmHg arasında takip edilen hastanın inotrop dozları ayarlandı. Heparin infüzyonu başlanan hastaya 4 saatte bir aktive edilmiş kısmi tromboplastin zamanı (aPTT) ve etkinleştirilmiş pıhtılaşma zamanı (ACT) takibi yapıldı. LVAD bilgisayar paneline bağlanarak cihaz ayarlarının saatlik kaydı ve takibi yapıldı. Uyanıklığı olan hastanın ventilatördeki modu doktor tarafından SIMV (basınç kontrol) olarak değiştirildi. Kan gazı takibinde laktat yüksekliği nedeniyle hasta ameliyat sonrası 0. gününde ekstübe edilemedi. Ameliyat sonrası 1. gününde hastanın kas gücünün gelmesi ve kan gazı değerlerinin normale dönmesi sonucu doktor eşliğinde ekstübe edildi. Ekstübasyondan sonra mobilize edildi ve triflow eğitimi verildi. Ameliyat sonrası 2. günün gecesinde bası yarası oluşmaması için hasta havalı yatağa alındı, yastıklarla desteklenerek pozisyon verilmeye başlandı. Ameliyat sonrası dönemde yaşam bulguları, aldığı-çıktığı sıvı ve kanama takibi, infüzyon dozları, kan gazı saatlik olarak takip edilip kayıt altına alındı. Hasta LVAD komplikasyonları (kanama, hemoliz, trombolizm, enfeksiyon) yönünden yakından izlendi.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Hasta ameliyat sonrası 5. gününde nazal 5 lt/dk oksijen desteğiyle servise transferi edildi.

**Anahtar sözcükler:** LVAD, hemşirelik yaklaşımı.



Şekil 1. LVAD.



Şekil 2. LVAD monitör.

## Hemşire Bildirileri

### [EPH-34]

## Açık kalp cerrahisi geçiren hastaların ameliyat sonrası iyileşme ve ağrı düzeyleri ile şükran duygusu arasındaki ilişki

**Zehra Balcık<sup>1</sup>, Sultan Ozkan<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi, Aydın

<sup>2</sup>Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi, Hemşirelik Fakültesi, Aydın

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Açık kalp cerrahisinden sonra, 6-8 hafta iyileşme süreci mevcuttur ve bu süreçte komplikasyonlar görülebilir. En sık komplikasyonlardan biri de ağrıdır. Çalışmalar, şükran duyan bireylerin travma nedeniyle oluşan strese karşı dirençlerinde artış gösterdiklerini, hızlı iyileştiklerini ve daha sağlıklı olduklarını göstermektedir. Bu çalışma, açık kalp cerrahisi olan hastaların ameliyat öncesi şükran duygularının ameliyat sonrası iyileşme ve ağrı düzeyleriyle ilişkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

**YÖNTEM:** Bu çalışma kesitsel-analitik şekilde Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi kalp damar cerrahi yoğun bakım ünitesinde açık kalp cerrahisi geçiren 86 hasta ile gerçekleştirildi. Bu çalışmada veriler 5 bölümden (Tanımlayıcı Bilgi Formu, Şükran Ölçeği, Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi, McGill Ağrı Ölçeği Kısa Formu, Ameliyat Sonrası Değerlendirme) oluşan anket formu ile toplandı.

**BULGULAR:** Şükran Ölçeği ile 0-2. günler Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi psikolojik semptomlar, fiziksel aktiviteler, genel semptomlar, istek ve arzu semptomları alt boyutları ve toplam puan arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ( $p<0,05$ ). Şükran Ölçeği ile 15-30. günler arası Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi psikolojik semptomlar, fiziksel aktiviteler, istek ve arzu semptomları alt boyutları ve toplam puan arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ( $p<0,05$ ). Şükran Ölçeği ile hem 24. hem 48. saat McGill Ağrı Ölçeği Kısa Formu arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ( $p<0,05$ ).

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Bu araştırma sonucunda şükran düzeyi arttıkça ameliyat sonrası iyileşmenin arttığı, ameliyat sonrası ağrının azaldığı görüldü.

**Anahtar sözcükler:** Açık kalp cerrahisi, ameliyat sonrası bakım, fonksiyonların iyileşmesi, ameliyat sonrası ağrı, şükran.

**Tablo 1.** Şükran ölçeği ile ASİİ ameliyat sonrası 0-2. ve 15-30. gün genel ve ölçek alt boyutları puan ortalamaları arasındaki ilişkinin incelenmesi (n=86)

| Pearson Korelasyon Analizi                  |                           | Şükran Ölçeği |      |
|---------------------------------------------|---------------------------|---------------|------|
|                                             |                           | Pearson r     | p    |
| Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi 0-2.gün   | Psikolojik semptomlar     | -,384**       | ,000 |
|                                             | Fiziksel aktiviteler      | -,284**       | ,008 |
|                                             | Genel semptomlar          | -,274*        | ,011 |
|                                             | Bağırsak semptomları      | -,020         | ,853 |
|                                             | İstek ve arzu semptomları | -,348**       | ,001 |
|                                             | ASİİ toplam               | -,371**       | ,000 |
| Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi 15-30.gün | Psikolojik semptomlar     | -,316**       | ,003 |
|                                             | Fiziksel aktiviteler      | -,238*        | ,028 |
|                                             | Genel semptomlar          | -,145         | ,183 |
|                                             | Bağırsak Semptomları      | -,105         | ,338 |
|                                             | İstek ve arzu semptomları | -,337**       | ,002 |
|                                             | ASİİ toplam               | -,294**       | ,006 |

\* Korelasyon 0.05 düzeyinde önemlidir; \*\* Korelasyon 0.01 düzeyinde önemlidir.

**Tablo 2.** Şükran ölçeği ile MAÖ-KF puan ortalamaları arasındaki ilişkinin incelenmesi (n=86)

|                            |           | 24. saat McGill Ağrı Ölçeği Kısa Formu | 48. saat McGill Ağrı Ölçeği Kısa Formu |
|----------------------------|-----------|----------------------------------------|----------------------------------------|
| Pearson Korelasyon Analizi | Pearson r | -,317**                                | -,301**                                |
|                            | P         | ,003                                   | ,005                                   |

\*\* Korelasyon 0.01 düzeyinde önemlidir.

## Hemşire Bildirileri

### [EPH-35]

#### Kalp yetmezliği nedeniyle sol ventrikül destek cihazı takılan hastanın hemşirelik bakımı

**Fatma Aslı Çelebi**

*Dr. Siyami Ersek Göğüs, Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, İstanbul*

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Kalp yetmezliği dünyada ve ülkemizde önemli morbidite ve mortalite nedenidir. Kalp yetmezliğinin tedavisinde temel amaç; kalbin yükünü azaltarak belirti ve bulguları hafifletmek, kalp kontraktilitesini güçlendirmek, fonksiyonel kapasiteyi artırmak, hastanın yaşam kalitesini yükselterek hastalık ve ölüm oranlarını azaltmaktır. Medikal tedavi ile istenilen sonuçlara ulaşılamadığı durumlarda dolaşım desteği sağlamak için sıklıkla sol ventrikül destek cihazı (LVAD) kullanılmaktadır. Hasta ve yakınlarının uyum ve eğitim sürecinde kapsamlı ve kaliteli bir bakım alması ve yaşam kalitesinin artırılmasında multidisipliner ekip üyesi olan hemşirelerin önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Bu çalışmada kalp yetmezliği nedeniyle LVAD takılan hastaya uygulanan hemşirelik bakımının sunulması amaçlanmıştır.

**YÖNTEM:** Bu çalışma Dr. Siyami Ersek Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi (KVC) yoğun bakım ünitesinde, 10.05.2024-20.05.2024 tarihleri arasında yatan, 18 yaşındaki LVAD takılan erkek hastaya ameliyat sonrası döneminde belirlenen hemşirelik tanılarına yönelik uygulanan hemşirelik bakımını değerlendirecektir.

**BULGULAR:** Hasta ameliyat sonrası dönemde 10 gün yoğun bakım, 24 gün serviste takip edilmiştir. Bu süreçte hastaya yönelik toplam 15 hemşirelik tanısı konulmuştur. Başlıca hemşirelik tanıları; kardiyak outputta azalma, etkisiz periferel doku perfüzyonu, hipotermi, etkisiz solunum örüntüsü, hava yolunu temizleme etkisizlik, sıvı elektrolit dengesizliği, akut ağrı, anksiyete, bilgi eksikliği, korku, beden imajında bozulma, aile içi süreçlerinin devamlılığında bozulma, travma riski, düşme riski, kanama riski olarak belirlenmiş, bu doğrultuda hemşirelik girişimleri uygulanmış ve değerlendirilmiştir.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Multidisipliner ekip işbirliği ile sunulan hemşirelik bakımı ile hastaların yaşam kalitesi artırılmaktadır. Bu nedenle sol ventrikül destek cihazı takılan hastaların bakım sürecinde hemşirelik bakımı oldukça önemlidir.

**Anahtar sözcükler:** Sol ventrikül destek cihazı.

## Hemşire Bildirileri

### [EPH-36]

#### Taburculuk döneminde çocuk hastalar için yapılan motivasyon destek uygulamaları

**Merve Gül Güney**

*Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara*

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Kardiyovasküler cerrahi geçirmiş çocuk hasta için taburculuk, kendisinin iyileştiği hastanede kalma süresinin sona erdiği ve evine dönebileceği anlamlarını taşır. Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi servis hemşireleri olarak kardiyovasküler hastalığı olan çocukların aldıkları tedavi sonrası taburculuk döneminde motivasyonunu artırmak, tedavi sürecine uyum sağlamak için eve gitme zili ve cesaret belgesi gibi motivasyon destek uygulamalarımızı başlattık. Yurt dışı örneklerde uygulamalar onkoloji ve hematoloji hastalarında uygulanmış onların tedavi sürecinde moral ve motivasyonlarını artırmak amacıyla etkili bir yöntem olduğu gözlemlenmiştir. Bizlerin uyguladığı eve gitme zili ve cesaret belgesi gibi sembolik ödüller çocuklara hastanede geçirdikleri süre boyunca verdikleri mücadeleyi ve iyileşme sürecini kutlamada yardımcı olmuştur.

**YÖNTEM:** Klinikte tedavi süresince hastaların gözlenmesi.

**BULGULAR:** Bu tür teşvikler çocuk hastaları tedavi sürecine daha olumlu bakmalarını sağlayabilir hastaneye tekrar tedavi için geldiklerinde hastane ortamını onlar için daha dayanılabilir hale getirebilir. Çocuk dostu olduğumuz Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesinde Kalp Damar Cerrahisi Servisi olarak sağladığımız bu tür uygulamalar aileler için destek olup, çocuklarının iyileşme sürecini ve taburculuk anını daha anlamlı ve kutlamaya değer bir deneyim olarak görmelerini sağlamıştır.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Sonuç olarak taburculuk sürecini olumlu ve destekleyici bir şekilde ele almak hem çocuğun hem de ailenin tedavi sürecine uyum sağlamasına sağlık ekibiyle birlikte iş birliği yapmasına katkı sağlamıştır.

**Anahtar sözcükler:** Motivasyon, iyileştirme, kalite.



**Şekil 1.** Eve gitmek için hazırım zili.



**Şekil 2.** Cesaret belgesi.



## Hemşire Bildirileri

### [EPH-37]

#### Pulmoner endarterektomide amaliyathane içi patoloji süreçleri ve ameliyathane hemşiresinin rolü

**Saray Özkaya, Deniz Yavuz, Dilek Aydın**

*Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, İstanbul*

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Pulmoner hipertansiyonun alt sınıflarından biri kronik tromboembolik pulmoner hipertansiyondur (KTEPH). KTEPH masif, tekrarlayan ve organize olan trombüslerin veya damar duvarı yeniden biçimlenmesiyle pulmoner damarları tıkaması ve kan akımını yavaşlatmasıyla oluşan prognozu kötü bir hastalıktır. Pulmoner endarterektomi (PEA) KTEPH hastalığının küratif tedavisidir. Bu bildiride PEA'da ameliyathane içi patoloji süreçleri ve ameliyathane hemşiresinin rolünü incelemek amaçlanmıştır.

**YÖNTEM:** Bu bildiri PEA'da ameliyathane içi patoloji süreçlerini ve ameliyathane hemşiresinin rollerini içeren bilgiler ve kurumsal protokollerden yararlanarak hazırlanmıştır.

**BULGULAR:** Pulmoner endarterektomi ameliyatı kalp akciğer makinesi eşliğinde yapılır. Ameliyat süresi ortalama 6-8 saat kadar sürer. Vücut sıcaklığı 20°C'ye kadar düşürülür. Önce sağ ana damar daha sonra sol ana damar olmak üzere tıkalı olan damarlar açılır. Alınan materyaller ameliyathanede uygun boyutlardaki patoloji numune kabına uygun solüsyon eklenerek koyulur. Doktor tarafından patoloji numune kağıdı yazılır. Numunenin laboratuvara transfer edilinceye kadar herhangi bir değişime uğramaması, bozulmaması gerekir. Patoloji defterine kayıt edilerek hızlı bir şekilde transferi sağlanmalıdır.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Pulmoner endarterektomi ameliyatında alınan patolojilerin güvenliğini ve transferini sağlamak, kayıt işlemlerinin doğru yapılması ameliyathane hemşiresinin en önemli görev ve sorumluluklarından biridir.

**Anahtar sözcükler:** Pulmoner endarterektomi, patoloji süreci, ameliyathane hemşiresi.



Şekil 1.



Şekil 2.



Şekil 3.

## Hemşire Bildirileri

### [EPH-38]

## Açık kalp cerrahisi geçiren hastada konfor kuramına dayanan hemşirelik bakımı: Olgu sunumu

**Ayşenur Yılmaz, Huriye Arslaner, Sema Bahçeci, Dilek Aydın**

Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Koroner arter hastalığı ve kalp kapak hastalıkları gelişmiş ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de ölüm nedenleri arasında ilk sıralarda yer almaktadır. Güvenilir ve yaygın tedavi seçenekleri içinde açık kalp cerrahisi yer almaktadır. Açık Kalp Cerrahisi uygulanan hastalarda konforun sağlanması ve sürdürülmesi hemşirelik bakımının temel amaçları arasındadır. Katharina Kolcaba tarafından geliştirilen Konfor Kuramı rahatlatma işlevi üzerine temellenmiştir. Bu olguda; bireyin açık kalp cerrahisi sonrası yaşadığı konfor sorunlarına yönelik verilen hemşirelik bakımı ele alınmıştır.

**YÖNTEM:** Bu bildiri açık kalp cerrahisi geçiren hastada konfor kuramına dayanan hemşirelik bakımını içeren bilgiler ile olgu sunumu olarak hazırlanmıştır.

**BULGULAR:** 27.08.2024'de çarpıntı şikayeti ile acil servide başvuran olgu yapılan tetkikler ve koroner anjiyografi sonrası Koroner Arter Hastalığı ve Mitral Yetmezlik tanısı almıştır. 28.07.2024 tarihinde Kalp ve Damar Cerrahisi (KVC) kliniğine yatışı sonrası 05.08.2024 tarihinde açık kalp cerrahisi geçiren ve 14 gün yoğun bakım ünitesinde izleminin ardından 19.08.2024 tarihinde kliniğimize transfer edilmiş, yoğun bakım ünitesinde alınan balgam kültüründe üremesi olan olgu sıkı temas izalasyonuna alınmıştır. Olgunun hemşirelik değerlendirmesiyle elde edilen veriler doğrultusunda konfor kuramının boyutlarına göre hemşirelik tanıları belirlenmiştir. Fiziksel Boyut: Ağrı, fiziksel mobilitede bozulma, sıvı volüm fazlalığı, konstipasyon, vücut sıcaklığında dengesizlik riski, Psikospiritüel Boyut: Anksiyete, Çevresel Boyut: Enfeksiyon bulaştırma riski, düşme riski Sosyokültürel Boyut: Sosyal etkileşimde bozulma, aile içi süreçlerin devamlılığında bozulma. Belirlenen bu hemşirelik tanılarına yönelik hemşirelik girişimleri uygulanmıştır.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Bu olgunun Konfor Kuramına temellenen bakımında; fiziksel, çevresel, sosyokültürel ve psikospiritüel boyutta ele alınmış, hemşirelik değerlendirmesi doğrultusunda hemşirelik tanıları belirlenmiş ve bunlara yönelik hemşirelik girişimlerinde uygulanarak konforu sağlanmıştır. Konfor Kuramına dayanan hemşirelik bakımının açık kalp cerrahisi geçiren hastalarda iyileşme sürecini olumlu etkilediği görülmüştür.

**Anahtar sözcükler:** Açık kalp cerrahisi, konfor kuramı, hemşirelik bakımı.

**Tablo 1.** Konfor kuramının boyutlarına göre belirlenen hemşirelik tanıları ve gerçekleştirilen hemşirelik uygulamaları

| BOYUTLAR              | HEMŞİRELİK TANILARI                               | FERAHLAMA                                                                                                                                                       | RAHATLAMA                                                                                                                                           | ÜSTÜNLÜK                                                                                                           |
|-----------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FİZİKSEL BOYUT        | <b>AĞRI</b>                                       | Farmakolojik ve Non-farmakolojik girişimlerde bulunuldu.                                                                                                        | Hastanın var olan ağrısı azaltılarak rahatlaması sağlandı.                                                                                          | Hastanın ağrı ile başetme yöntemleri güçlendirildi.                                                                |
| FİZİKSEL BOYUT        | <b>FİZİKSEL MOBİLİTEDE BOZULMA</b>                | Gerekli, önlemler alınarak 2 saatte bir mobilizasyonu sağlandı.                                                                                                 | Günlük yaşam aktivitelerine katılımını artırılarak rahatlaması sağlandı.                                                                            | Hastanın düzenli aralıklar ile kendi kendine mobilize olması sağlandı.                                             |
| FİZİKSEL BOYUT        | <b>SIVI VOLÜM FAZLALIĞI</b>                       | Sıvı volüm fazlalığı belirtileri izlenerek, aldığı çıkardığı takibi yapıldı.                                                                                    | Hastada sıvı volüm fazlalığına neden olan faktörler azaltıldı.                                                                                      | Hastada sıvı volüm dengesi sağlandı.                                                                               |
| FİZİKSEL BOYUT        | <b>KONSTİPASYON</b>                               | Hastanın diyetine lifli, posalı gıdalar eklendi.                                                                                                                | Boşaltım alışkanlığı değerlendirildi, konstipasyon giderildi.                                                                                       | Hastanın boşaltımı normal yaşantısındaki düzeye getirildi.                                                         |
| FİZİKSEL BOYUT        | <b>VÜCUT SICAKLIĞINDA DEĞİŞİKLİK/HİPERTERMİ</b>   | Hastanın vücut sıcaklığı takip edildi, soğuk uygulama başlatıldı. Hekim istemi ile farmakolojik tedavi uygulandı.                                               | Vücut sıcaklığı normal seviyeye getirildi.                                                                                                          | Vücut sıcaklığı normal seviyede kalması sağlandı.                                                                  |
| PSİKO-SPIRİTÜEL BOYUT | <b>ANKSİYETE</b>                                  | Hasta yapılan bütün işlemler hakkında bilgilendirildi. Korkularını ifade etmesi konusunda cesaretlendirildi.                                                    | Korkularına yönelik bilgilendirmeler yapılarak, rahatlaması sağlandı.                                                                               | Korkularıyla başetmesi ve kendi güvencine hissetmesi sağlandı.                                                     |
| ÇEVRESEL BOYUT        | <b>ENFEKSİYON BULAŞTIRMA RİSKİ</b>                | Gerekli izolasyon önlemleri alındı.                                                                                                                             | Enfeksiyon bulaş yolları hakkında hasta ve yakınları bilgilendirildi. Bütün işlemlerde gerekli koruyucu ekipman kullanılarak bulaş riski azaltıldı. | Enfeksiyon bulaştırma riski önendi.                                                                                |
| ÇEVRESEL BOYUT        | <b>DÜŞME RİSKİ</b>                                | Düşme riskine yönelik alınacak önlemler konusunda hasta ve yakınları bilgilendirildi. Hasta odası düşmeyi önleyecek şekilde düzenlendi, güvenli ortam sağlandı. | Düşme gelişmesi önlenerek konforu sürdürüldü.                                                                                                       | Düşme riski ortadan kaldırdı, güvenli çevre sürdürüldü.                                                            |
| SOSYOKÜLTÜREL BOYUT   | <b>SOSYAL ETKİLEŞİMDE BOZULMA</b>                 | Hasta odasına sık sık uğranarak soruları cevaplandı. Duygu düşüncelerini rahatça ifade etmesi sağlandı.                                                         | Hasta yaşadığı stres durumu ile ilgili başa çıkma yöntemlerini etkin şekilde kullandı.                                                              | Hastanın sosyal etkileşimi, sevdikleri ile telefon görüşmesi ve görüntülü görüşmeler yapması sağlanarak artırıldı. |
| SOSYOKÜLTÜREL BOYUT   | <b>AİLE İÇİ SÜREÇLERİN DEVAMLILIĞINDA BOZULMA</b> | Aile üyeleri arasındaki sorunlar gözlemlendi ve tespit edildi.                                                                                                  | Aile içi etkili iletişim kurması sağlanarak, iletişim güçlendirildi.                                                                                | Aile üyeleri arasındaki iletişimin sağlıklı bir şekilde devam etmesi sağlandı.                                     |

## Hemşire Bildirileri

### [EPH-39]

#### Koroner baypas cerrahisi kullanışlı masa düzeni ve önemi

**Ahmet Turan Dogan, Barış Akça, Serap İbooğlu, Cihan Yetiş, Mehmet Emin Murat, Cebtrail Özbulut, Mehmet Cengiz Çolak**

*İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Turgut Özal Tıp Merkezi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Malatya*

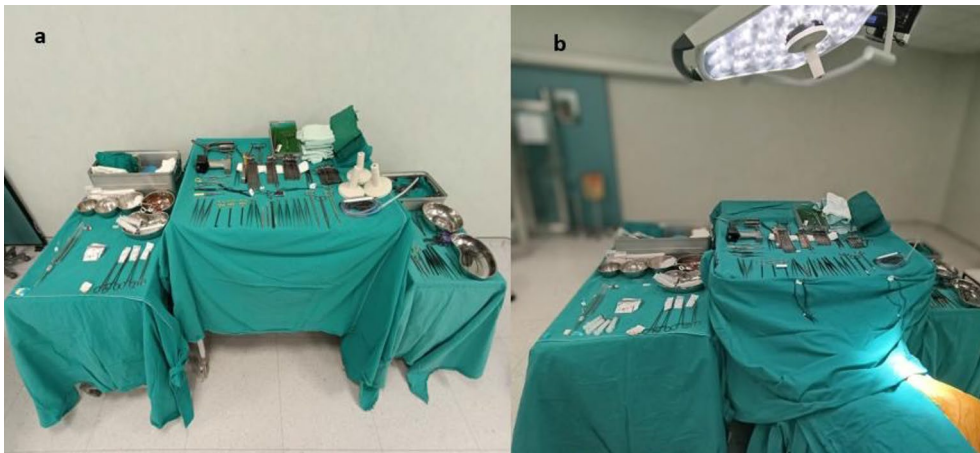
**GİRİŞ VE AMAÇ:** Koroner baypas ameliyatları ülkemizde birçok sağlık kuruluşunda sıklıkla uygulanmaktadır. Hastalar için hayati öneme sahip bu ameliyatta ameliyathane de kullanılan cerrahi aletler ile masa düzeni önem arz etmektedir. Bu yazımızda kliniğimizde uygulanan masa düzeni, önemi ve cerrahiye olan katkılarını vurgulamayı amaçladık.

**YÖNTEM:** İnönü Üniversitesi Kardiyovasküler Cerrahi ameliyathanesinde kullanılan masa düzenleri incelenerek uygun düzenin çalışma konusu olması kararlaştırıldı.

**BULGULAR:** İnönü Üniversitesi Kardiyovasküler Cerrahi ameliyathanesinde koroner baypas ameliyatlarında hastanın ayak ucunda konumlandırılan etrafı yüksek büyük dikdörtgen masa ile sağında küçük ve solunda safen masası ameliyat odasının ve hasta masasının şekline uygun olarak yerleştirilmiştir. (Şekil 1a,b) Yerden yüksekliği 140 cm olup ameliyatlar sırasında hasta masasına verilebilecek pozisyonlarda (IMA, Trendelenburg...) aletlerin sterilizasyonunu korumakta, cerrahi anında hızlı hareket edildiği durumlarda aletlerin dağılmasını engellemektedir. Masa üzerindeki alet sayısı ve düzeni sabit olup hızlı (refleksif) kullanım ve sayım kolaylığı için katlı havlular üzerine dizilmiştir. Bu düzen Kardiyovasküler Cerrahi hemşireleri tarafından bilinmekte olup ekip değişimlerinden etkilenmemektedir. Büyük masanın sağ tarafı hassas el aletleri (koroner pensetler, potts makasları) için ayrılmışken masanın orta ve sol tarafı klempler, pensetler ve diğer el aletleri için ayrılmıştır. Küçük dikdörtgen masada cerrahi süturlar, askılar ve diğer medikal malzemeler bulunmakta olup ameliyatta kullanım sırasına göre düzenlenmiştir. Safen masası üzerinde greft hazırlanması için kullanılan safen set aletleri ve süturlar bulunur. İşlem esnasında koroner setle karışmaması ve sonrasında kolay toplanarak cerrahi alandan uzaklaştırılabilmesi için ayrı konumlandırılmıştır.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Koroner baypas cerrahisinde sabit, kullanışlı masa düzeni ve ekibin masa düzenine hakimiyetinin sterilizasyon korunması ve ameliyat süresine olumlu etkileri olup, özellikle hızlı davranılması gereken kritik durumlarda önem arz etmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Koroner baypas cerrahisi, masa düzeni.



**Şekil 1.** Koroner baypas (a) ameliyat masa düzeni ve (b) ameliyattaki uygulama görüntüsü.

## Hemşire Bildirileri

### [EPH-40]

#### Kalp cerrahisi sonrası antiembolik çorap kullanımının venöz dolaşıma etkisi

**Beritan Türe, Çiğdem Gündüz, Ceyda Ak**

*SBÜ İstanbul Mehmet Akif Ersoy Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, İstanbul*

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Kalp cerrahisi sonrası hastalar, immobilizasyon ve cerrahi müdahaleye bağlı olarak artan venöz tromboembolizm (VTE) riski altındadır. Antiembolik çoraplar, ameliyat sonrası dönemde venöz tromboembolizm riskini azaltmak için yaygın olarak kullanılır. Antiembolik çorapların etki mekanizması, alt ekstremitelerde belirli bir basınç uygulayıp kanın geri dönüşünü artırarak venöz stazı azaltır.

**YÖNTEM:** "Antiembolik çorap", "venöz dolaşım", "tromboembolizm riski", Google Scholar, Google Akademik veri tabanları taranarak hazırlanmıştır.

**BULGULAR:** Venöz tromboembolizm, çoğunlukla bacak derin venlerinde oluşan trombüslendir. Antiembolik çorap her iki bacağına giyilir ve ameliyattan sonra bir ay boyunca kullanılmalıdır. Antiembolik çoraplar sabah uyanır uyanmaz yatak içinde refakatçi yardımıyla gergin olacak bir şekilde giyilir sonra ayağa kalkılır, gece yatarken çıkarılır. Antiembolik çoraplar duş alınacağı zaman çıkarılır duştan sonra hastanın ayakları elevasyona alındıktan 20-30 dakika sonra tekrar giyilir. Çeşitli araştırmalar, kalp cerrahisi sonrası antiembolik çorap kullanımının VTE insidansını azalttığını göstermiştir. Hastalarda antiembolik çoraplar kullanımı sonrası venöz kan akımında hızlanma ve derin ven trombozun insidansında azalma kaydedilmiştir. Bu süreçte hemşire tarafından verilen hasta eğitiminde, çorapların neden kullanılması gerektiği, nasıl doğru şekilde giyileceği ve doğru kullanımla maksimum fayda sağlandığı hakkında bilgi verilmelidir.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Antiembolik çoraplar, kalp cerrahisi sonrası venöz tromboz riskini azaltmada etkili bir yöntemdir ve ameliyat sonrası bakımda standart bir uygulama olarak önerilmektedir. Kalp cerrahisi sonrası hastalarda çorap kullanımının devam etmesi ve kullanım sürelerinin kişisel risk faktörlerine göre ayarlanması önerilir.

**Anahtar sözcükler:** Antiembolik çorap, venöz tromboembolizm, kalp cerrahisi.

## Hemşire Bildirileri

### [EPH-41]

## Aort kapak cerrahisi geçiren hastanın yaşam modeline göre hemşirelik bakımı: Olgu sunumu

**Gizem Bakır, Huriye Arslaner, Sema Bahçeci, Dilek Aydın**

Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp Damar Cerrahisi Kliniği, İstanbul

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Kalp kapak hastalıkları, mortalite ve morbitide nedenleri açısından iskemik kalp hastalıkları ve kalp yetersizliğinden sonra ilk sıralarda yer almaktadır. Kalp kapak hastalıklarının cerrahi tedavisinde ilgili kapağın onarılması ya da değiştirilmesi yöntemlerine başvurulmaktadır. Cerrahi yöntem ile kapağın değiştirilmesi işlemine kapak replasmanı denilmektedir. Bu bildiride aort kapak replasmanı yapılan bir olgunun yaşam modeline dayanan hemşirelik bakımı ele alınmıştır.

**YÖNTEM:** Bu bildiri aort kapak replasmanı yapılan hastada yaşam modeline dayanan hemşirelik bakımını içeren bilgiler ile olgu sunumu olarak hazırlanmıştır.

**BULGULAR:** Yaklaşık 20 yıldır aort kapak darlığı ile takip edilen hastaya yapılan kontrol tetkikleri sonucunda aort kapak replasmanı yapılmasına karar verilmiştir. 07.08.2024'de kardiyovasküler cerrahi kliniğine yatırılıp yapılan hasta gerekli hazırlıkları yapılarak 15.08.2024 tarihinde ameliyata alındı, ameliyat sonrası dönemde 5 günlük yoğun bakım yatışının ardından 20.08.2024 tarihinde kardiyovasküler cerrahi kliniğine transfer edilmiştir. Yaşam modeline göre yapılan hemşirelik değerlendirmesine göre; 1. Güvenli Çevrenin Sağlanması: Düşme riski, enfeksiyon riski, 2. İletişim: sosyal izolasyon, 3. Solunum: solunum örüntüsünde bozulma, 4. Beslenme: gereksinimden az beslenme, 5. Boşaltım: Konstipasyon riski, 6. Kişisel Temizlik ve Giyinme: Özbakım eksikliği 7. Beden Sıcaklığının Kontrolü: beden sıcaklığında değişim riski: Hipertermi riski, 8. Hareket: Yürümede bozulma, 9. Çalışma ve Eğlence: eğlence aktivitesinde değişiklik, 10. Cinsellik: cinsellik örüntüsünde eksiklik, 11. Uyku: uyku örüntüsünde bozulma, 12. Ölüm: ölüm korkusu hemşirelik tanıları belirlenmiş ve bu hemşirelik tanılarına yönelik hemşirelik girişimleri uygulanmıştır.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Bu olguya yaşam modeli kullanılarak verilen hemşirelik bakımında; 12 yaşam aktivitesine yönelik hemşirelik tanıları belirlenmiş ve bunlara yönelik hemşirelik girişimlerinde uygulanarak bütüncül bir hemşirelik bakımı sağlanmıştır. Yaşam modeli kullanılarak verilen hemşirelik bakımının aort kapak cerrahisi geçiren hastalarda iyileşme sürecine katkı sağladığı gözlemlenmiştir.

**Anahtar sözcükler:** Kapak cerrahisi, aort kapak, yaşam modeli, hemşirelik bakımı, cerrahi.

**Tablo 1.**

| Yaşam Aktiviteleri          | Hemşirelik Tanısı           | Hemşirelik Girişimleri                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Güvenli Çevrenin Sağlanması | Düşme Riski                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>Düşme riskine yönelik önlemler alındı.</li> <li>Hasta yakınlarına alınacak önlemlerle ilgili bilgi verildi, iş birliği sağlandı.</li> <li>Kullanılan ekipmanlar ve hasta odası hastaya riskle sokmayacak şekilde düzenlendi.</li> <li>Düşme riski olan hasta ayağa kalkmak istediğinde yalnız kalmaması konusunda ve ayağa kalkmak istediğinde mutlaka hemşireyi çağırması konusunda bilgilendirildi.</li> <li>Hasta ayağa kalkarken hemşire veya yakını tarafından yardım ve destek sağlandı.</li> <li>Hasta mobilize edilirken kaymaz ayakkabı (terlik) kullanıldı.</li> </ul> |
| Güvenli Çevrenin Sağlanması | Enfeksiyon Riski            | <ul style="list-style-type: none"> <li>Her türlü invaziv işlemlerde aseptik teknikte dikkat edildi.</li> <li>Hasta ve yakınına el hijyeni öğretildi.</li> <li>Hastadaki olası risk faktörleri tanımlandı ve değerlendirildi.</li> <li>Enfeksiyonun klinik belirtileri (ateş, ağrı, ıdrarda bulantılık, pürülan akıntı vb.) gözlendi.</li> <li>Periferik kateter 96 saate bir değiştirildi.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                   |
| İletişim                    | Sosyal İzolasyon            | <ul style="list-style-type: none"> <li>Hastada sosyal izolasyonu neden olan faktörler belirlendi.</li> <li>Hastanın kendisini, duygularını ifade edebilmesi için yeterli zaman ayrıldı.</li> <li>Hasta günlük yaşam aktivitelerine katılması için cesaretlendirildi.</li> <li>Hasta ve yakınlarının bilgi gereksinimlerine yönelik eğitimler planlandı ve uygulandı.</li> <li>Hastaya yürüyüş yapmak, kitap okumak, sevdiğiyle görüntülü konuşmak sosyalleşmek için ortam fırsatlar oluşturuldu.</li> </ul>                                                                                                             |
| Solunum                     | Solunum Örüntüsünde Bozulma | <ul style="list-style-type: none"> <li>Hastaya semifowler pozisyonu verildi.</li> <li>Hekim istemi ile O2 desteği sağlandı.</li> <li>Yaşam bulguları ve oksijen saturasyonu izlendi.</li> <li>Hasta sputum ve solunum kurları açısından izlendi. Hastanın kendisini güvende hissetmesi sağlandı.</li> <li>Günde 2 kez fizyoterapi ile solunum egzersizi yapıldı.</li> <li>Sekreyonları kolay atabilmesi için sıvı alımı teşvik edildi ve izlendi.</li> <li>Güvenlik önlemleri alınarak sık sık mobilize edildi.</li> </ul>                                                                                              |
| Beslenme                    | Gereksinimden Az Beslenme   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Hasta ve yakınlarına hastanın bol proteinli, lifli ve az ve az ve sık sık beslenmesi gerektiği anlatıldı ve beslenmesi bu şekilde düzenlendi.</li> <li>Hastanın istediği yemekler mümkün olduğunca diyetine eklendi.</li> <li>Nutrisyon ekibiyle iş birliği yapılarak hastaya bol proteinli diyet ve mama desteği 4x1 başlandı.</li> <li>Yemek yerken fowler pozisyonu verildi.</li> <li>Aldığı sıvı ve kilo takibi günlük olarak yapıldı.</li> <li>Öğünler öncesi ve sonrası ağız bakımı yapıldı.</li> </ul>                                                                    |



**Tablo 2.**

|                                    |                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Boşaltım</b>                    | <b>Konstipasyon Riski</b>                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diyetinde lifli gıdalar olması sağlandı , günlük olarak defekasyona çıkıp çıkmadığı takip edildi.</li> <li>• Sık sık mobilize olması, hareket etmesi sağlandı, düzenli aralıklarla tuvalete gitmesi sağlandı.</li> <li>• Hasta ve yakınları bol sıvı almanın önemi konusunda bilgilendirildi ve teşvik edildi.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Kişisel Temizlik ve Giyinme</b> | <b>Özbakım Eksikliği</b>                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hasta ve yakınlarına kişisel temizlik eğitimi verildi.</li> <li>• Günlük vücut bakımı yapıldı iki günde bir saç bakımı verildi.</li> <li>• Her öğünden sonra ağız ve diş bakımı yapması sağlandı.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Beden Sıcaklığının Kontrolü</b> | <b>Beden Sıcaklığında Değişim Riski/ Hipotermi riski</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hastanın yaşam bulguları yakından izlendi, sık aralıklar ile ateş ölçümü yapıldı.</li> <li>• Oda ısısı uygun sıcaklığa ayarlandı.</li> <li>• Hastanın ince ve rahat giysiyeler giymesi sağlandı.</li> <li>• Baş ağrısı, iştahsızlık,yorgunluk gibi belirtiler değerlendirildi.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Hareket</b>                     | <b>Yürümede Bozulma</b>                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hastanın kas gücü kontrol edildi.</li> <li>• Yavaş ve güvenli bir şekilde, destek sağlanarak mobilize edildi.</li> <li>• Laboratuvar değerleri kontrol edildi.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Çalışma ve Eglence</b>          | <b>Eğlence Aktivitesinde Değişiklik</b>                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mümkün olduğunca günlük rutinler çeşitlendirildi.</li> <li>• Günlük programın planlamasına hasta dahil edildi.</li> <li>• Daha önce ilgilendiği hobiler ile ilgili bilgi edinildi.</li> <li>• Kitap okuma, müzik dinleme gibi fiziksel olarak çok yormayacak aktivitelere yönlendirildi.</li> <li>• Küçük uğraşlar ile ilgilenmesi için teşvik edildi.</li> </ul>                                                                                                                                                                                           |
| <b>Cinsellik</b>                   | <b>Cinsellik Örüntüsünde Etkisizlik</b>                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hastayla güvenli bir iletişim sağlandı.</li> <li>• Cinsel yaşam örüntüleri hakkında hastadan bilgi alınır</li> <li>• Hasta mahremiyetine özen gösterilerek elde edilen bilgilerin gizli tutulacağına dair güven verildi.</li> <li>• İşlevselliği azaltan stresör faktörler belirlendi ve bunların zaman ile ortadan kalkacağı konusunda hasta bilgilendirildi.</li> </ul>                                                                                                                                                                                   |
| <b>Uyku</b>                        | <b>Uyku Örüntüsünde Bozulma</b>                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hastanın uyku alışkanlığı ve uyku gereksinimi belirlendi.</li> <li>• Tedavi ve yaşam bulgu takibi hastanın uyuma düzenine göre ayarlandı. Ziyaretçi sayısı kısıtlandı.</li> <li>• Hekim istemi ile hastanın ameliyat öncesi kullandığı rutin ilaçlarını tekrar kullanması sağlandı.</li> <li>• Gece gündüz uyku düzeni sağlaması için gündüzleri kısa ya da uzun süreli de olsa şekerleme yapmaması gerektiği, hergün düzenli olarak aynı saatte yatıp uyanmak için gitmesi gerektiği hakkında bilgi verildi.</li> </ul>                                    |
| <b>Ölüm</b>                        | <b>Ölüm Korkusu</b>                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hastanın duygu, düşünce ve endişelerini paylaşması için cesaretlendirildi.</li> <li>• Ölüm hakkındaki duygu ve düşüncelerini anlatmasına izin verildi.</li> <li>• Yaşamından minik kesitler anlatması sağlanarak rahatlatıldı.</li> <li>• Hastanın inanç sistemine dahil olan aktiviteler (Yehova Şahidi) ve düşünsel aktiviteler yapması konusunda teşvik edildi.</li> <li>• Aile ve yakınlarının her zaman onun yanında olacağı ve ona destek olacağı sık sık hatırlatılır.</li> <li>• Yakınlarına hastaya destek olmalarının önemi anlatıldı.</li> </ul> |

## Hemşire Bildirileri

### [EPH-42]

#### Triküspit kapak replasmanı ve mitral onarım yapılan çocuk hastanın yaşam aktivitelerine dayalı hemşirelik modeline göre hemşirelik bakımı: Olgu sunumu

**Zarife Baltalı**

*Istanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul*

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Fonksiyonel triküspit yetmezliği (FTY), mitral veya aort kapak patolojisine bağlı olarak gelişen, pulmoner hipertansiyon ve sağ ventrikül dilatasyonu sonucu ortaya çıkan ve sağ kalp yetmezliği semptomlarıyla seyreden klinik bir tablodur. Cerrahi tedavide özellikle mitral kapak onarımı iyi sonuçlar vermektedir. Triküspit kapak hastalıklarında onarılması mümkün olmayan kapaklarda ise protez kapaklarla replasman uygulanmaktadır. Kardiyak cerrahi operasyon geçiren hastalar bir süre yoğun bakım ünitelerinde izlenerek tedavi ve bakım almaktadır. Kalp kapak ameliyatı olan hastaların hemşirelik bakımı oldukça karmaşıktır. Bu ameliyatlar açık kalp cerrahisi tekniğiyle yapıldığından; ameliyatta hipotermi uygulanması, median sternotomi, mekanik protez kapak implantasyonu, göğüs tüpleri, akut dönemde yoğun bakımda mekanik ventilasyona bağlı kalınması çeşitli güçlükler yaratan konulardan bazılarıdır. Bu çalışmada triküspit kapak replasmanı ve mitral onarım ameliyatı geçiren çocuk hastaya ameliyat sonrası süreçte uygulanan hemşirelik bakımının sunulması amaçlanmıştır.

**YÖNTEM:** Bu çalışma yedi yaşındaki M.D.'nin hasta dosyaları, kayıtları ve uygulanan hemşirelik bakımı göz önüne alınarak elde edilmiştir. Hastadan sözel ve yasal vasisinden yazılı onam alınmıştır.

**BULGULAR:** Yedi yaşındaki M.D. genel poliklinik muayenesi için kalp damar polikliniğine başvurdu. Ameliyat hazırlığı için kalp damar cerrahi servisine yatırışı yapıldı. Servis yatırışı sonrası ameliyata alındı. Ameliyat sonrası Kalp ve Damar Cerrahisi (KVC) yoğun bakıma yatırışı yapıldı. Bu süreçte hastaya Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeli dikkate alınarak etkisiz solunum örüntüsü, sıvı volüm eksikliği, deri bütünlüğünde bozulma, kardiyak out-putta azalma, kanama riski, uyku örüntüsünde bozulma gibi hemşirelik tanılarına yönelik girişimler uygulandı.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Hemşirelik bakım ve uygulamalarında teori ve modeller hemşirelere rehberlik etmektedir. Yaşam aktiviteleri modeli hemşirelik uygulamalarında sıklıkla kullanılmaktadır. Hastayı bütün olarak ele alan bu model ile toplanan veriler doğrultusunda girişimler uygulanmaktadır. Yaşam aktiviteleri modeli, hemşirelik bakım ve uygulamalarında hasta çocuğun günlük aktivitelerini sağlamasına destek olmaktadır.

**Anahtar sözcükler:** Çocuk, hemşirelik bakımı, kalp-damar cerrahisi.



Şekil 1.

## Hemşire Bildirileri

### [EPH-43]

## Konjenital kalp cerrahisi sonrası trakeostomili çocuklarda multidisipliner yaklaşımda hemşirenin rolü

Avşar Yazıcı, Safiye Kayapinar, İktö Gülistan

*İstanbul Mehmet Akif Ersoy Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Pediatrik Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, İstanbul*

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Konjenital cerrahi sonrası erken ekstübasyon, hasta için güvenli ve istenilen bir durumdur. Konjenital hava yolu anomalileri ameliyat sonrası havayolu komplikasyonları, Di George Sendromu gibi havayolu ve yüz anomalileri ile ilişkili genetik sendromlar hastaların ventilatörden ayrılamama sebepleri arasında olup pediatrik hastalarda ventilasyon süreleri uzamaktadır. Bu durumda trakeostomi oldukça güvenli ve alternatif bir yaklaşımdır. Fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan yetişkinlerden farklı olan çocukların kalp cerrahisi sonrası trakeostomi açılması ve sürecin devamındaki hasta bakımı multidisipliner bir yaklaşım gerektirmektedir. Multidisipliner takım içerisinde yer alan hemşireler pediatrik yoğun bakım ünitelerinde ve servislerde bütüncül yaklaşımı benimseyerek trakeostomili çocukların bakımlarını üstlenerek ailelerinin eğitim ve rehberliğinden sorumlu olur. Bu çalışmanın amacı hemşirenin trakeostomili hasta bakımında multidisipliner takım içerisinde ki rolünün önemini vurgulamaktır

**YÖNTEM:** Trakeostomili hastanın sağlık bakımını veren yetkililerin, hastaların ve ailelerinin sorunlarla baş etme becerisini artıracak şekilde bakım vermeleri gerekmektedir. Bakım sürecinde konuşma terapisti, diyetisyen, psikolog, eczacı, solunum fizyoterapisti, doktor, çocuk gelişim uzmanı beraber çalışmalıdır. Bu süreçte pediatri hemşireleri ise kanıta dayalı araştırmalar ve rehberler doğrultusunda bilgi, tecrübe ve deneyimlerine dayanarak multidisipliner takım içerisinde bakım koordineasyonu sağlamalıdır. Konjenital kalp cerrahisi sonrası trakeostomili çocuklarda özellikle cerrahi işlem sonrasında hemşire primer bakımda görev almaktadır.

**BULGULAR:** Konjenital kalp cerrahisi sonrası trakeostomili çocuklarda özellikle cerrahi işlem sonrasında hemşire primer bakımda görev almaktadır. Hemşirelik bakımı, trakeostomi tüpünün değiştirilmesi, aspirasyon, stoma/yara bakımı, nemlendirme, hastanın ameliyat sonrası komplikasyonlar (kanama, enfeksiyon vb.) açısından izlenmesi, yeterli ve dengeli beslenme, aile merkezli yaklaşım ve taburculuk eğitimi, evde bakım ve psikolojik destek konularını kapsamaktadır.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Multidisipliner yaklaşım ve sistematik ilerlemek çocuğun iyileşme sürecini ve yaşam kalitesini olumlu anlamda artırır. Hemşirenin trakeostomili çocuğa verdiği etkin bakım ve değerlendirme, aile merkezli yaklaşımı benimsemesi, çocuğun ve ailenin sürece adaptasyonunu kolaylaştırmakta, baş etme becerilerini pozitif olarak etkilemekte ve hastaneden ayrılma süresini kısaltmaktadır.

**Anahtar sözcükler:** Konjenital, kalp cerrahisi, trakeostomi, multidisipliner yaklaşım, hemşirelik rolü.



Şekil 1.



Şekil 2.

## Hemşire Bildirileri

### [EPH-45]

#### Kalp cerrahisi geçiren hastanın ağrı yönetiminde sanal gerçeklik

**Mehmet Kılıç**

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Hastalar kalp cerrahisi sonrasında sternumun açılması ile göğüs duvarındaki doku ve sinirler üzerinde oluşan hasar sonucunda şiddetli ağrı yaşarlar. Bu duruma ek olarak, kullanılan göğüs drenleri ve kateterizasyon işlemleri ile yoğun bakım takip süreci hastalarda stres durumu oluşturmakta ve ağrı düzeylerini artırmaktadır. Ağrı durumunu kontrol altına alabilmek için hızlı, etkili ve kolay uygulanabilmesi sebebiyle sıklıkla analjezik ilaçlar kullanılır. Fakat kullanılan analjezik miktarının fazla olması ve özellikle narkotik ilaçların kullanımı hasta için, solunumun baskılanması, bulantı, konstipasyon gibi birçok olumsuz sonuçlara neden olmaktadır. Bu sebepler doğrultusunda kullanılan farmakolojik ilaçları azaltmak için nonfarmakolojik yöntemlere başvurulması ve kombine olarak kullanılması önem arz etmektedir. Araştırmamızın amacı, kalp cerrahisi geçiren hastalarda, ameliyat sonrası oluşan ağrının yönetiminde sanal gerçeklik uygulanmasına dikkat çekmektir.

**YÖNTEM:** Konu ile ilgili veriler; Pubmed, Google akademik, Yöktez arama motorlarında Türkçe olarak 'Ağrı, sanal gerçeklik, ağrı yönetimi, kalp cerrahisi' anahtar kelimeler kullanılarak ve İngilizce olarak 'Pain, pain management, virtual reality, intensive care unit, open heart surgery' kelimeleri ile veri tabanı taranılarak ulaşılan klinik çalışmalar ve bilimsel makalelerden elde edilmiştir.

**BULGULAR:** Yapılan çalışmalar incelendiğinde kalp ameliyatı sonrası hastalara sanal gerçeklik uygulamasının ağrı skorlarını düşürdüğü, stres düzeyini azalttığı ve konfor seviyesini artırdığı görülürken, ağrı ve stres düzeyleri arasında anlamlı fark oluşmayan çalışmalarda literatürde mevcuttur.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Kalp cerrahisi sonrası güncel nonfarmakolojik tedaviler arasında yer alan sanal gerçeklik uygulaması, hastanın ağrı düzeyinin azaltılması ve konfor düzeyinin artırılması konusunda yardımcı olabileceği düşünülmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Ağrı, kalp cerrahisi, sanal gerçeklik.

**Tablo 1.** Bulunan literatür çalışmaları

| Yazar/Yıl                  | Örneklem                    | Uygulama                                                                                                                                                                                                                                                     | Sonuç                                                                                                                                                                         |
|----------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Masso-Vanquez et al. 2017. | 67 Kalp cerrahisi hastası.  | Kalp cerrahisi geçirmiş ve 24 saat boyunca takip edilen hastalara 30 dakika sanal gerçeklik gözlüğü kullanmış ve ardından yaşamal bulguları kayıt altına alınmıştır.                                                                                         | Kalp cerrahisi sonrası 30 dakika uygulanan sanal gerçeklik uygulaması sonucunda 59 hasta ağrı düzeylerinin ve stres seviyelerinin azaldığını sonucuna varılmıştır.            |
| Gerber et al. 2019.        | 33 Kalp cerrahisi hastası.  | Hastalara YBÜ alınmadan önce, kalp sırasında ve taburcu olduktan 3 ay sonra sanal gerçeklik simülasyonu 5 dakika olarak uygulanarak, fizyolojik parametreler kayıt altına alınmıştır.                                                                        | Uygulamanın yapıldığı grupta stres düzeyi anlamlı derece düşük olduğu sonucuna varılmıştır ve bu sonuç solunum hızındaki azalma ile desteklenmiştir.                          |
| Rousseaux et al. 2022.     | 100 Kalp cerrahisi hastası. | Hastalar 4 farklı gruba ayrılmış olup (kontrol, hipnoz, sanal gerçeklik, sanal gerçeklik & hipnoz) hastalara ameliyat öncesi ve sonrası 20 dakika uygulamalar yapılmıştır.                                                                                   | Tüm gruplarda anksiyete azaldı, ağrı başlangıç seviyesinden ameliyat gününe kadar arttı. Ameliyat öncesi ve sonrası dönemde tüm gruplarda gevşeme, rahatlama oranı artmıştır. |
| Laghnam et al. 2021.       | 200 Kalp cerrahisi hastası. | Kalp cerrahisi geçirmiş hastaların drenleri çekilmeden önce VR grubuna işlemden 5 dakika önce görüntüler izletilmeye başlanmış ve çalışma grubuna N2O ve O2 işlem öncesi 1. Dakika başlanarak işlem sonrası 1 dakika boyunca inhalasyon yoluyla verilmiştir. | VR grubunda dren çıkarıldıktan sonra ilk on dakika daha şiddetli bir ağrı düzeyi belirtilirken on dakikadan ardından ağrı düzeyleri arasında fark gözlemlenmemiştir.          |
| Hendricks et al. 2020.     | 20 Kalp cerrahi hastası.    | Hastalara ameliyat günü transfer süreci öncesinde odalarında , tablet üzerinden VR olmayan oyun ve VR ile simülasyon oynanan 20 dk boyunca oynatılmıştır.                                                                                                    | VR grubunda, kontrol grubuna göre; stres ve kaygı düzeylerinde anlamlı derecede düşüş gözlemlenmiştir.                                                                        |
| Cacau et al. 2013.         | 60 Kalp cerrahisi hastası.  | Hastalar üzerinde sanal gerçeklik gözlüğü kullanılmıştır.                                                                                                                                                                                                    | Sanal gerçeklik uygulaması yapılan grubun ağrı düzeyi kontrol grubuna göre daha düşük seviyede çıkmıştır.                                                                     |

## Hemşire Bildirileri

**[EPH-48]**

## IABP desteğine alınan hastanın nabız takibi

**Büşra Ceri, Ceyda Sönmez**

*T.C S.B İstanbul Mehmet Akif Ersoy Eğitim Kalp ve Damar Cerrahisi Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, İstanbul*

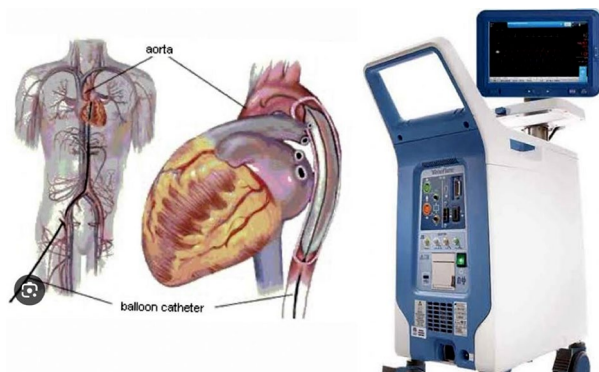
**GİRİŞ VE AMAÇ:** Intra-aortik balon pompası (IABP) desteğine alınan hastalarda ekstremitte iskemisi sık görülen bir komplikasyondur. Düzenli aralıklarla yapılacak olan nabız, ısı ve renk takibi ile ekstremitte iskemisi komplikasyonunun önüne geçilmesi amaçlanmıştır.

**YÖNTEM:** Bu olgu sunumunda İstanbul Sağlık Bilimleri Üni. Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp Damar Cerrahisi EAH'de koroner arter baypas greftleme (KABG) ameliyatı sonrası 2. gününde düşük debi nedeniyle IABP'ye alınması ve periferik nabız takibi ele alınmıştır.

**BULGULAR:** Koroner arter baypas greftleme ameliyatı sonrası düşük debi bulguları (hipotansiyon, idrar miktarında azalma vb.) gözlenen ameliyatı sonrası 2. gününde olan hastanın hekim kararı ile femoral arter yoluyla invaziv girişimi ile IABP desteğine alındı. Hastanın IABP parametrelerinde gerekli düzenlemeler yapıldı. Girişim sonrası iskemi takibi amaçlı nabız takip formu oluşturuldu. Takip edilen parametreler; Ekstremiteler arası ısı, renk, nabız ve çap farkı değerlendirildi. Hekim tarafından elle nabız palpe edildi. Palpasyon yolu ile alınamayan nabız el doppleri cihazı ile kontrol edildi. IABP desteği boyunca dört saate bir takibi sağlanarak form üzerine not edildi. Ekstremitenin ısı, renk ve nabız bulguları korundu. Ameliyatı sonrası 6. gününde IABP çıkarılması karar verilen hastanın femoral kateteri çekildi. Kompresyon uygulanarak kanama kontrolü sağlandı. Altı saat kum torbası ile olası kanama engellendi.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Kalp ve Damar Cerrahisi (KVC) YBÜ'ünde 96 saat IABP ile takip edilen hastanın ekstremitе iskemisi komplikasyonu gözlenmeden desteği sonlandırıldı.

**Anahtar sözcükler:** Ekstremité iskemisi, nabız takibi, IABP.



**Şekil 1.** IABP cihazı.

[illegible]

**Şekil 2.** İABP takip formu.



## Hemşire Bildirileri

### [EPH-49]

#### Sessiz katil: Torakoabdominal aort anevrizması ameliyatı olan hastalarda erken dönemde gelişebilecek olan komplikasyonlarda hemşirelik bakımı

**Muhammet Ali Caymaz, Hakan Özkan, Kadir Ergun**

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Torakoabdominal aort anevrizmaları (TAAA), aort çapının 3 cm'den fazla olması olarak tanımlanır. Genellikle klinik bulgularını geç gösterdiği için ölüm riski yüksektir ve toplumda sık görülen bir sağlık sorunudur. Amacımız anevrizma onarımı sonrası erken dönemde gelişebilecek komplikasyonları ve bunlara yönelik hemşirelik bakımını ortaya koymaktır.

**YÖNTEM:** "Cochrane, Google Akademik, Scopus, WOS" veri tabanlarında anahtar kelimeler kullanılarak son 10 yılı kapsayan literatür taraması yapılmıştır.

**BULGULAR:** Torakoabdominal aort anevrizması ameliyatı tüm sistemleri etkileyebilecek, komplikasyon riski ve oranı yüksek bir cerrahidir. Erken dönemde en sık görülen komplikasyonlar arasında kanama, girişim yerine bağlı vasküler komplikasyonlar, aortik/greft-stent kaynaklı patolojiler, nörolojik patolojiler, parapleji/paraparezi, orta dönemde ise endoleak denen kaçaklar, anastomoz kaynaklı enfeksiyon, psödoanevrizma gelişimi yer almaktadır. Literatür taramasında TAAA onarımında gelişebilecek komplikasyonlara ilişkin hemşirelik bakımıyla ilgili sınır sayıda çalışmaya ulaşılmıştır. Çalışmalarda, damar cerrahisi ekibinde hemşirenin perioperatif süreçte önemli role sahip olduğu ortaya konmuştur. Hemşirelerin aynı zamanda TAAA'nın tanınmasında, tanı almış veya riskli gruptaki hastaların eğitiminde yer almasının önemini; mevcut prosedürlerin risklerini ve faydalarını bilmelerinin gerekliliğini ortaya koyan çalışmalara ulaşılmıştır. Hemşire liderliğinde gerçekleştirilecek anevrizma onarımından önce prehabilitasyon egzersiz programının ameliyat sonrası erken kardiyak ve renal komplikasyonları azaltabildiği randomize kontrollü bir çalışma ile belirlenmiştir.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Literatürde konuyla ilgili daha fazla hemşirelik çalışmasına ve randomize kontrollü çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Komplikasyon yönetiminde önemli rollere sahip olan hemşirelerin, TAAA ameliyatı sonrası erken dönemde gelişebilecek komplikasyonlara dair bilgi ve farkındalık düzeylerinin yüksek olması bu komplikasyonların önlenmesi açısından önem arz etmektedir. Damar cerrahisi ekibindeki hemşireler için buna yönelik eğitim programlarının düzenlenmesi ve bunların etkinliğinin değerlendirilmesi önerilmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Torakoabdominal cerrahi, komplikasyon, hemşirelik bakımı.



**Şekil 1.** Henüz rüptüre olmamış, dev anevrizma.

## Hemşire Bildirileri

### [EPH-50]

#### Kapak ameliyatlarında stok takibi

**Neslihan Savaş Akbaba**

*Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp Damar Cerrahisi Kliniği, İstanbul*

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Stok takibi, cerrahi süreçlerin başarıyla yürütülmesi ve hasta güvenliğinin sağlanması açısından büyük bir öneme sahiptir. Kapak ameliyatları, kalp kapaklarının tamiri veya değiştirilmesi gereken karmaşık cerrahi işlemlerdir. Bu ameliyatlar sırasında kullanılan malzemelerin, özellikle mekanik ve biyolojik kapakların zamanında ve doğru miktarda ameliyathane deposunda bulunması, ameliyat ekibinin işini kolaylaştırır ve ameliyatların sorunsuz yürütülmesini sağlar.

**YÖNTEM:** Kapak ameliyatlarında kullanılan malzemelerin operasyonel verimlilik ve hasta güvenliği üzerindeki etkilerini incelemektir. Ayrıca cerrahi ekip ve ameliyathane depo arasındaki işbirliğinin önemini vurgulamaktır.

**BULGULAR:** Stok takibinin etkin yapılması, eksik veya fazla malzeme sorunlarını önler. Eksik malzeme, ameliyatın ertelenmesine veya acil durumlarda hasta güvenliğinin tehlikeye girmesine sebep olabilir. Fazla stok ise maliyetleri artırır ve kaynakların verimsiz kullanılmasına yol açar. Bu nedenle, doğru bir stok yönetimi sistemi, ameliyatlarda zamanlama ve maliyet kontrolünü optimize eder. Stok seviyelerini anlık olarak takip ederek malzeme eksikliklerinin önüne geçer ve stok güncellemelerini hızlı bir şekilde sağlar.

Ayrıca, cerrahi ekipler arasındaki iletişim ve koordinasyon, stok yönetiminde kilit rol oynar. Ameliyathane tıbbi sarf depo ve cerrahlar arasındaki güçlü bir iş birliği, stokların doğru yönetilmesini ve ameliyat sırasında gerekli malzemelerin her zaman hazır olmasını sağlar.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Kapak ameliyatlarında etkin bir stok takibi, verimliliği artırır, maliyetleri düşürür ve hasta güvenliğini en üst düzeye çıkarır. Ayrıca ekipler arası koordinasyonu güçlendirir.

**Anahtar sözcükler:** Kapak cerrahisi, ameliyathane, stok takibi.



**Şekil 1.**

## Hemşire Bildirileri

### [EPH-54]

#### Karotis endarterektomi sonrası serebrovasküler olay gelişen hasta

**Ceyda Sönmez, Büşra Ceri**

*T.C S.B İstanbul Mehmet Akif Ersoy Eğitim Kalp ve Damar Cerrahisi Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, İstanbul*

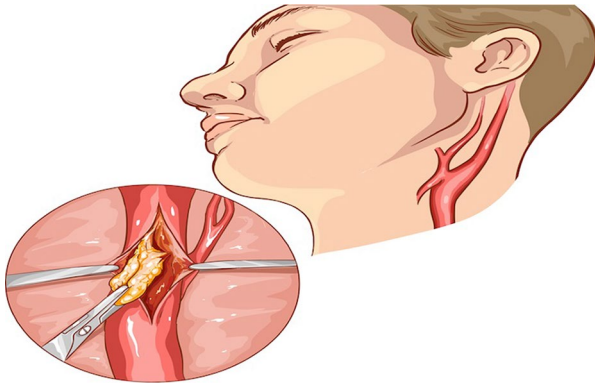
**GİRİŞ VE AMAÇ:** Karotis arter darlığı, serebrovasküler olayların (SVO) en önemli nedenlerinden biridir. Karotis endarterektomi (KEA), inme riskini azaltmak için yaygın olarak uygulanan bir cerrahi prosedürdür. Ancak, nadiren de olsa KEA sonrasında yeni bir serebrovasküler olay gelişebilir. Bu olgu sunumunda, karotis endarterektomi sonrası SVO geçiren bir hastanın klinik durumu ele alınmaktadır.

**YÖNTEM:** Bu olgu sunumunda Kalp ve Damar Cerrahisi (KVC) Yoğun Bakım Ünitesinde KEA sonrası ameliyat sonrası 2. gününde SVO gelişen hastanın takip ve tedavisi ele alınmıştır.

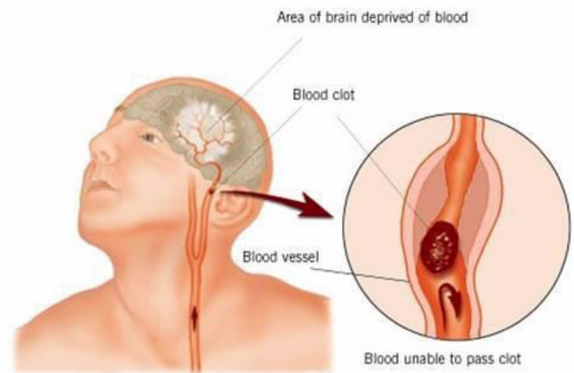
**BULGULAR:** 65 yaşında erkek hasta, sol karotis arterinde %80 darlık saptanması sonrası planlı karotis endarterektomi ameliyatına alındı. Sol karotis endarterektomi başarılı bir şekilde gerçekleştirildi ve herhangi bir komplikasyon bildirilmedi. Ameliyat sonrası ilk 48 saat boyunca nörolojik bulgular stabildi. Ameliyattan yaklaşık 48 saat sonra hasta ani bir şekilde bilinç değişikliği, sağ hemipleji (sağ taraflı felç) gelişti. Bu bulgular, akut SVO olarak değerlendirildi. Acil çekilen beyin tomografisi ve manyetik rezonans (MR) görüntülemesi sonucu, sol orta serebral arter (MCA) dağılımında geniş bir iskemik inme tespit edildi. Ecoprin 1\*1, clexane 0,6 2\*1 tedavisine devam edildi. Kan basıncı kontrol altında tutularak serebral perfüzyon korunmasına özen gösterildi. Hastanın motor fonksiyonlarını geri kazanabilmesi için erken dönemde fizik tedavi ve rehabilitasyon (FTR) programı başlatıldı. Sağ tarafındaki hemiplejiye yönelik pasif ve aktif egzersizler düzenli olarak uygulandı. Hastanın sağ tarafındaki motor kayıplarının kısmen düzelme gösterdiği ancak tam iyileşmenin gerçekleşmediği gözlemlendi.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Bu olgu, SVO riskini en aza indirmek için karotis endarterektomi sonrasında hastaların yoğun nörolojik takip altında tutulmasının önemini vurgulamaktadır. Komplikasyonların erken fark edilmesi, uygun tedavi ve multidisipliner yaklaşımla hastanın prognozu iyileştirilebilir. Ancak komplikasyonlar bazen kalıcı sekel bırakabilir.

**Anahtar sözcükler:** Karotis endarektomi, hemipleji, serebrovasküler olay.



**Şekil 1.** Karotis endarterektomi.



**Şekil 2.** SVO.

## Hemşire Bildirileri

### [EPH-56]

#### Kalp transplantasyonunda hemşirelik bakımı süreçlerinin incelenmesi

**Sümeyye Şimşek, Nazlıcan Zerman**

*SBÜ İstanbul Mehmet Akif Ersoy Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, İstanbul*

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Kalp yetersizliği, kalbin organ ve dokuların ihtiyaç duyduğu metabolik faaliyetlerini karşılayacak miktarda oksijen taşıyamamasına bağlı fonksiyonel ve işlevsel bozukluğa yol açan bir sendromdur. Kalp nakline ihtiyacı olan hasta sayısının prevalansı gittikçe artmakta olup önemli bir halk sağlığı problemi teşkil etmektedir. Bu olgu sunumu ünitemizde yapılan kalp transplantasyonu sonrası uygulanan hemşirelik bakımının süreçlerinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

**YÖNTEM:** Bu olgu sunumunda hastanemizde Nisan 2023'de yapılan kalp transplantasyonu sonrası alıcı hastaya uygulanan hemşirelik bakım sürecini kapsamaktadır.

**BULGULAR:** Bu olguda ele alınan 53 yaşında erkek hasta ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası tüm süreci yakın takip edilmiş ve tüm süreç kayıt altına alınmıştır. Hastanın ameliyat öncesi emosyonel ve ruhsal durumu değerlendirilmiş olup süreç hakkında hasta ve hasta yakınına eğitim verilmiştir. Hastanın gerekli kayıt ve kabul işlemlerinin yapılmasının ardından ameliyat öncesi hazırlıkları tamamlanmıştır. Hasta yoğun bakım ünitesine alınmadan önce ünite gerekliliği fiziki hazırlık yapılması, transplantasyon sonrası yoğun bakım ünitesi sürecinde ise hastanın hemodinamik bulguları, gerekli ventilasyonun sağlanması, nazokomiyal hastane enfeksiyonların önlenmesi, immün süpresif ajanların kullanımı, güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi, aseptik ilkelerin uygulanması, cerrahi sonrası ağrı kontrolü, mobilitenin sağlanması ve korunması, hastaya süreç hakkında bilgi verilmesi gerekli emosyonel destek sağlanması ve nutrisyonun değerlendirilmesi gibi kriterlerin takibi yapılmıştır.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Kalp transplantasyonu cerrahisi sonrası uygulanan hemşirelik bakımı ile ilgili yapılan bu çalışmadan elde edilen sonuçlara göre hemşirelik bakımının süreç boyunca edinmiş olduğu görev ve sorumlulukların önemli bir payı olduğu görülmüştür. Etkin ve sürdürülebilir hasta bakımında hemşirenin etkinliğinin artırılmasının hastanın sağlık deneyimi ve iyileşmesi üzerinde olumlu etkilerinin olacağının kanaatine varılmıştır.

**Anahtar sözcükler:** Hemşirelik bakımı, kalp transplantasyonu.

**Tablo 1. Tedavi şeması**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>İnstitü Hısta</p> <p>Adrenalin IV infüzyon 3cc/3 (70 kg. Hastada ortalama doz)</p> <p>Dobutamin IV infüzyon 10cc/3 (70 kg. Hastada ortalama doz)</p> <p>Nitroglicerin IV infüzyon 10-20 cc/3</p> <p>Protaglandin infüzyon (İlaçların 50cc izotonik içinde 1 ampul 4cc/3</p> <p>Nitrikoksit inhalasyon (pulmoner hipertansiyon hastalarında ventilatör yok ise)</p> <p>Similest ilaın 20mg (Ameliyata girmeden ilk saat önce, izotonik içinde 1 saat infüzyon) veya ATG (Antitrombotik Globulin, intravenöz olarak saat 100cc izotonik içinde toplam 200mg, 8 saatte)</p> <p>1- Tacrolimus (Prograf) IV 0,05 mg/kg/3 24 saatte gidecek şekilde hastaya</p> <p>2- Metilprednizolon ampul 1000mg, intravenöz olarak hastaya</p> <p>3- Sulfametoksazol ve Trimetoprim amp.400mg/80mg IV 2*1</p> <p>4- Vancemycin profilaksi duruma devamı olarak operasyon saatine bağlı olarak 1gr IV ikinci doz olarak verilir</p> <p>5- Pantoprazol sodyum sekizhidrat 40mg IV 2*1</p> <p>• Cyclosporine kullanılmak hastalarda tacrolimus kullanılmamak</p> <p>Basiliskimip 8k ile ATG 8k birbirlerinin yerine kullanılır. İkisi birarada kullanılmamalıdır.</p> <p>Basiliskimip 8k yalnızca 0. günde (20mg) ve 4. günde (20mg) olmak üzere toplam 2 doz verilir. ATG 8k ise 8k 4 gün ve daha sonra gün arası 3 kez olmak üzere toplam 7 doz (her defasında 100-200 mgr.) olarak verilir.</p> | <p>İnstitü ilaın hekimin direktifine göre stüdürlür.</p> <p>ATG (Antitrombotik Globulin; 2. doz 200mg, 8k 100cc izotonik içinde 8 saatte gidecek)</p> <p>Mikofenolat mofetil (Cellcept) 2*1000mg. (PO veya nazostrik yoldan)</p> <p>Tacrolimus (Prograf) 2*1mg. / IV olarak 0,05 mg/kg/3</p> <p>Metilprednizolon 8k. 3*125mg. IV</p> <p>Sulfametoksazol ve Trimetoprim amp.400mg/80mg. 2*1 IV</p> <p>Valganciklovir (Valcyte) 450mg. 1*2 (renal fonksiyonlara göre)</p> <p>Flikanazol IV 2*100mg</p> <p>Ampisilin-sulbaktam 8k IV 4*1</p> <p>Pantoprazol sodyum sekizhidrat 40mg IV 2*1</p> <p>• 0. günde Basiliskimip 8k 20mg. Verildi ise ATG verilmez.</p>                                                                                            | <p>İnstitü ilaın hekimin direktifine göre stüdürlür.</p> <p>ATG (Antitrombotik Globulin; 3. doz 200mg, 8k 100cc izotonik içinde 8 saatte gidecek)</p> <p>Mikofenolat mofetil (Cellcept) 2*1000mg. (PO veya nazostrik yoldan)</p> <p>Tacrolimus (Prograf) 2*1mg. / IV olarak 0,05 mg/kg/3</p> <p>Metilprednizolon 8k. 3*125mg. IV</p> <p>Sulfametoksazol ve Trimetoprim amp.400mg/80mg. 2*1 IV</p> <p>Valganciklovir (Valcyte) 450mg. 1*2 (renal fonksiyonlara göre)</p> <p>Flikanazol IV 2*100mg</p> <p>Ampisilin-sulbaktam 8k IV 4*1</p> <p>Pantoprazol sodyum sekizhidrat 40mg IV 2*1</p> <p>• 0. günde Basiliskimip 8k 20mg. Verildi ise ATG verilmez.</p>                       |
| <p>İnstitü ilaın hekimin direktifine göre stüdürlür.</p> <p>ATG (Antitrombotik Globulin; 4. doz 200mg, 8k 100cc izotonik içinde 8 saatte gidecek)</p> <p>Mikofenolat mofetil (Cellcept) 2*1000mg. (PO veya nazostrik yoldan)</p> <p>Tacrolimus (Prograf) 2*1mg.</p> <p>Metilprednizolon 8k. 3*125mg. IV</p> <p>Sulfametoksazol ve Trimetoprim 2*1</p> <p>Valganciklovir (Valcyte) 450mg. 1*2 (renal fonksiyonlara göre)</p> <p>Flikanazol IV 2*100mg</p> <p>Ampisilin-sulbaktam 8k IV 4*1</p> <p>Pantoprazol sodyum sekizhidrat 40mg IV 2*1</p> <p>• 0. günde Basiliskimip 8k 20mg. Verildi ise ATG verilmez.</p> <p>Tacrolimus düzeyi bakılır.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <p>İnstitü ilaın hekimin direktifine göre stüdürlür.</p> <p>ATG (Antitrombotik Globulin; 5. doz 200mg, 8k 100cc izotonik içinde 8 saatte gidecek)</p> <p>Mikofenolat mofetil (Cellcept) 2*1000mg. (PO veya nazostrik yoldan)</p> <p>Tacrolimus (Prograf) 2*1mg.</p> <p>Metilprednizolon 8k. 3*125mg. IV</p> <p>Sulfametoksazol ve Trimetoprim 2*1</p> <p>Valganciklovir (Valcyte) 450mg. 1*2 (renal fonksiyonlara göre)</p> <p>Flikanazol IV 2*100mg</p> <p>Ampisilin-sulbaktam 8k IV 4*1</p> <p>Pantoprazol sodyum sekizhidrat 40mg IV 2*1</p> <p>• Eğer 8k 4 gün ATG tercih edildi ise bugün verilmez.</p> <p>İla duruma hasta 4. günde Basiliskimip ya da ATG alınır.</p> <p>• Metilprednizolon 8k. Başlandıktan sonra sonra her gün 4mg. azalır.</p> | <p>İnstitü ilaın hekimin direktifine göre stüdürlür.</p> <p>ATG (Antitrombotik Globulin; 5. doz 200mg, 8k 100cc izotonik içinde 8 saatte gidecek)</p> <p>Mikofenolat mofetil (Cellcept) 2*1000mg. (PO veya nazostrik yoldan)</p> <p>Tacrolimus (Prograf) 2*1mg.</p> <p>Metilprednizolon 8k. 3*125mg. IV</p> <p>Sulfametoksazol ve Trimetoprim 2*1</p> <p>Valganciklovir (Valcyte) 450mg. 1*2 (renal fonksiyonlara göre)</p> <p>Flikanazol IV 2*100mg</p> <p>Ampisilin-sulbaktam 8k IV 4*1</p> <p>Pantoprazol sodyum sekizhidrat 40mg IV 2*1</p> <p>• 0. günde Basiliskimip 8k 20mg. Verildi ise ATG verilmez.</p> <p>• 0. ve 4. günde Basiliskimip 8k verildi ise ATG verilmez.</p> |
| <p>İnstitü ilaın hekimin direktifine göre stüdürlür.</p> <p>ATG (Antitrombotik Globulin; 6. doz 200mg, 8k 100cc izotonik içinde 8 saatte gidecek)</p> <p>Mikofenolat mofetil (Cellcept) 2*1000mg. (PO veya nazostrik yoldan)</p> <p>Tacrolimus (Prograf) 2*1 mg.</p> <p>Metilprednizolon 8k. 3*125mg. IV</p> <p>Sulfametoksazol ve Trimetoprim 2*1</p> <p>Valganciklovir (Valcyte) 450mg. 1*2 (renal fonksiyonlara göre)</p> <p>Flikanazol IV 2*100mg</p> <p>Ampisilin-sulbaktam 8k IV 4*1</p> <p>Pantoprazol sodyum sekizhidrat 40mg IV 2*1</p> <p>• 0. ve 4. günde Basiliskimip 8k verildi ise akut rejeksiyon gelişmedikçe ATG verilmez.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <p>İnstitü ilaın hekimin direktifine göre stüdürlür.</p> <p>ATG (Antitrombotik Globulin; 6. doz 200mg, 8k 100cc izotonik içinde 8 saatte gidecek)</p> <p>Mikofenolat mofetil (Cellcept) 2*1000mg. (PO veya nazostrik yoldan)</p> <p>Tacrolimus (Prograf) 2*1mg.</p> <p>Metilprednizolon 8k. 3*125mg. IV</p> <p>Sulfametoksazol ve Trimetoprim 2*1</p> <p>Valganciklovir (Valcyte) 450mg. 1*2 (renal fonksiyonlara göre)</p> <p>Flikanazol IV 2*100mg</p> <p>Ampisilin-sulbaktam 8k IV 4*1</p> <p>Pantoprazol sodyum sekizhidrat 40mg IV 2*1</p> <p>• 0. ve 4. günde Basiliskimip 8k verildi ise akut rejeksiyon gelişmedikçe ATG verilmez.</p> <p>• ATG bugün verilmez.</p>                                                                              | <p>İnstitü ilaın hekimin direktifine göre stüdürlür.</p> <p>ATG (Antitrombotik Globulin; 6. doz 200mg, 8k 100cc izotonik içinde 8 saatte gidecek)</p> <p>Mikofenolat mofetil (Cellcept) 2*1000mg. (PO veya nazostrik yoldan)</p> <p>Tacrolimus (Prograf) 2*1mg.</p> <p>Metilprednizolon 8k. 3*125mg. IV</p> <p>Sulfametoksazol ve Trimetoprim 2*1</p> <p>Valganciklovir (Valcyte) 450mg. 1*2 (renal fonksiyonlara göre)</p> <p>Flikanazol IV 2*100mg</p> <p>Ampisilin-sulbaktam 8k IV 4*1</p> <p>Pantoprazol sodyum sekizhidrat 40mg IV 2*1</p> <p>• 0. ve 4. günde Basiliskimip 8k verildi ise akut rejeksiyon gelişmedikçe ATG verilmez.</p> <p>• ATG bugün verilmez.</p>         |

| Günler                                      | Tarih | KALP NAKLI SONRASI EKO TAKİPLERİ |
|---------------------------------------------|-------|----------------------------------|
| 24. SAAT                                    |       | Sonuçlar                         |
| 3. GÜN                                      |       |                                  |
| 7. GÜN                                      |       |                                  |
| 15. GÜN                                     |       |                                  |
| 30. GÜN                                     |       |                                  |
| 45. GÜN                                     |       |                                  |
| 60. GÜN                                     |       |                                  |
| 120. GÜN                                    |       |                                  |
| 180. GÜN                                    |       |                                  |
| 1. YIL                                      |       |                                  |
| 2. YIL                                      |       |                                  |
| 3. YIL                                      |       |                                  |
| 4. YIL                                      |       |                                  |
| 5. YIL                                      |       |                                  |
| <b>Koordinatör Notları</b>                  |       |                                  |
| <b>Hasta İçin Planlanan Tedavi</b>          |       |                                  |
| 1-                                          |       |                                  |
| 2-                                          |       |                                  |
| 3-                                          |       |                                  |
| <b>Hasta İçin Planlanan İlaçlar</b>         |       |                                  |
| 1-                                          | 5-    |                                  |
| 2-                                          | 6-    |                                  |
| 3-                                          | 7-    |                                  |
| 4-                                          | 8-    |                                  |
| <b>Hasta İçin Planlanan Diyet</b>           |       |                                  |
| <b>Hasta İçin Planlanan Egzersizler</b>     |       |                                  |
| 1-                                          |       |                                  |
| 2-                                          |       |                                  |
| <b>Hasta İçin Planlanan Testler</b>         |       |                                  |
| 1-                                          |       |                                  |
| 2-                                          |       |                                  |
| 3-                                          |       |                                  |
| <b>Hastanın Durumunun Değerlendirilmesi</b> |       |                                  |
| <b>Hastaya Eğitim Verilmesi</b>             |       |                                  |

**Şekil 2.**



T.C.  
Sağlık Bakanlığı

S.B.Ü. İstanbul Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi



### TRANSPLANTASYON SONRASI HASTA İZLEM FORMU

Hasta Adı, Soyadı : \_\_\_\_\_ Yaş/Cinsiyet : \_\_\_\_\_  
 Protokol : \_\_\_\_\_ Nakil Tarihi : \_\_\_\_\_  
 Doğum Tarihi : \_\_\_\_\_ Kan Grubu : \_\_\_\_\_

| Günler      | Tarih | CYCLOSPORİNE A / TACROLİMUS Düzeyleri |
|-------------|-------|---------------------------------------|
|             |       | Sonuçlar                              |
| 3. GÜN      |       |                                       |
| 7. GÜN      |       |                                       |
| 15. GÜN     |       |                                       |
| 30. GÜN     |       |                                       |
| 45. GÜN     |       |                                       |
| 60. GÜN     |       |                                       |
| 75. GÜN     |       |                                       |
| 90. GÜN     |       |                                       |
| 105. GÜN    |       |                                       |
| 120. GÜN    |       |                                       |
| 135. GÜN    |       |                                       |
| 150. GÜN    |       |                                       |
| 165. GÜN    |       |                                       |
| 180. GÜN    |       |                                       |
| 195. GÜN    |       |                                       |
| 210. GÜN    |       |                                       |
| 225. GÜN    |       |                                       |
| 240. GÜN    |       |                                       |
| 255. GÜN    |       |                                       |
| 270. GÜN    |       |                                       |
| 285. GÜN    |       |                                       |
| 300. GÜN    |       |                                       |
| 315. GÜN    |       |                                       |
| 330. GÜN    |       |                                       |
| 345. GÜN    |       |                                       |
| 360. GÜN    |       |                                       |
| 375. GÜN    |       |                                       |
| 390. GÜN    |       |                                       |
| 405. GÜN    |       |                                       |
| 420. GÜN    |       |                                       |
| 435. GÜN    |       |                                       |
| 450. GÜN    |       |                                       |
| 465. GÜN    |       |                                       |
| 480. GÜN    |       |                                       |
| 495. GÜN    |       |                                       |
| 510. GÜN    |       |                                       |
| 525. GÜN    |       |                                       |
| 540. GÜN    |       |                                       |
| 555. GÜN    |       |                                       |
| 570. GÜN    |       |                                       |
| 585. GÜN    |       |                                       |
| 600. GÜN    |       |                                       |
| 615. GÜN    |       |                                       |
| 630. GÜN    |       |                                       |
| 645. GÜN    |       |                                       |
| 660. GÜN    |       |                                       |
| 675. GÜN    |       |                                       |
| 690. GÜN    |       |                                       |
| 705. GÜN    |       |                                       |
| 720. GÜN    |       |                                       |
| 735. GÜN    |       |                                       |
| 750. GÜN    |       |                                       |
| 765. GÜN    |       |                                       |
| 780. GÜN    |       |                                       |
| 795. GÜN    |       |                                       |
| 810. GÜN    |       |                                       |
| 825. GÜN    |       |                                       |
| 840. GÜN    |       |                                       |
| 855. GÜN    |       |                                       |
| 870. GÜN    |       |                                       |
| 885. GÜN    |       |                                       |
| 900. GÜN    |       |                                       |
| 915. GÜN    |       |                                       |
| 930. GÜN    |       |                                       |
| 945. GÜN    |       |                                       |
| 960. GÜN    |       |                                       |
| 975. GÜN    |       |                                       |
| 990. GÜN    |       |                                       |
| 1005. GÜN   |       |                                       |
| 1020. GÜN   |       |                                       |
| 1035. GÜN   |       |                                       |
| 1050. GÜN   |       |                                       |
| 1065. GÜN   |       |                                       |
| 1080. GÜN   |       |                                       |
| 1095. GÜN   |       |                                       |
| 1110. GÜN   |       |                                       |
| 1125. GÜN   |       |                                       |
| 1140. GÜN   |       |                                       |
| 1155. GÜN   |       |                                       |
| 1170. GÜN   |       |                                       |
| 1185. GÜN   |       |                                       |
| 1200. GÜN   |       |                                       |
| 1215. GÜN   |       |                                       |
| 1230. GÜN   |       |                                       |
| 1245. GÜN   |       |                                       |
| 1260. GÜN   |       |                                       |
| 1275. GÜN   |       |                                       |
| 1290. GÜN   |       |                                       |
| 1305. GÜN   |       |                                       |
| 1320. GÜN   |       |                                       |
| 1335. GÜN   |       |                                       |
| 1350. GÜN   |       |                                       |
| 1365. GÜN   |       |                                       |
| 1380. GÜN   |       |                                       |
| 1395. GÜN   |       |                                       |
| 1410. GÜN   |       |                                       |
| 1425. GÜN   |       |                                       |
| 1440. GÜN   |       |                                       |
| 1455. GÜN   |       |                                       |
| 1470. GÜN   |       |                                       |
| 1485. GÜN   |       |                                       |
| 1500. GÜN   |       |                                       |
| 1515. GÜN   |       |                                       |
| 1530. GÜN   |       |                                       |
| 1545. GÜN   |       |                                       |
| 1560. GÜN   |       |                                       |
| 1575. GÜN   |       |                                       |
| 1590. GÜN   |       |                                       |
| 1605. GÜN   |       |                                       |
| 1620. GÜN   |       |                                       |
| 1635. GÜN   |       |                                       |
| 1650. GÜN   |       |                                       |
| 1665. GÜN   |       |                                       |
| 1680. GÜN   |       |                                       |
| 1695. GÜN   |       |                                       |
| 1710. GÜN   |       |                                       |
| 1725. GÜN   |       |                                       |
| 1740. GÜN   |       |                                       |
| 1755. GÜN   |       |                                       |
| 1770. GÜN   |       |                                       |
| 1785. GÜN   |       |                                       |
| 1800. GÜN   |       |                                       |
| 1815. GÜN   |       |                                       |
| 1830. GÜN   |       |                                       |
| 1845. GÜN   |       |                                       |
| 1860. GÜN   |       |                                       |
| 1875. GÜN   |       |                                       |
| 1890. GÜN   |       |                                       |
| 1905. GÜN   |       |                                       |
| 1920. GÜN   |       |                                       |
| 1935. GÜN   |       |                                       |
| 1950. GÜN   |       |                                       |
| 1965. GÜN   |       |                                       |
| 1980. GÜN   |       |                                       |
| 1995. GÜN   |       |                                       |
| 2010. GÜN   |       |                                       |
| 2025. GÜN   |       |                                       |
| 2040. GÜN   |       |                                       |
| 2055. GÜN   |       |                                       |
| 2070. GÜN   |       |                                       |
| 2085. GÜN   |       |                                       |
| 2100. GÜN   |       |                                       |
| 2115. GÜN   |       |                                       |
| 2130. GÜN   |       |                                       |
| 2145. GÜN   |       |                                       |
| 2160. GÜN   |       |                                       |
| 2175. GÜN   |       |                                       |
| 2190. GÜN   |       |                                       |
| 2205. GÜN   |       |                                       |
| 2220. GÜN   |       |                                       |
| 2235. GÜN   |       |                                       |
| 2250. GÜN   |       |                                       |
| 2265. GÜN   |       |                                       |
| 2280. GÜN   |       |                                       |
| 2295. GÜN   |       |                                       |
| 2310. GÜN   |       |                                       |
| 2325. GÜN   |       |                                       |
| 2340. GÜN   |       |                                       |
| 2355. GÜN   |       |                                       |
| 2370. GÜN   |       |                                       |
| 2385. GÜN   |       |                                       |
| 2400. GÜN   |       |                                       |
| 2415. GÜN   |       |                                       |
| 2430. GÜN   |       |                                       |
| 2445. GÜN   |       |                                       |
| 2460. GÜN   |       |                                       |
| 2475. GÜN   |       |                                       |
| 2490. GÜN   |       |                                       |
| 2505. GÜN   |       |                                       |
| 2520. GÜN   |       |                                       |
| 2535. GÜN   |       |                                       |
| 2550. GÜN   |       |                                       |
| 2565. GÜN   |       |                                       |
| 2580. GÜN   |       |                                       |
| 2595. GÜN   |       |                                       |
| 2610. GÜN   |       |                                       |
| 2625. GÜN   |       |                                       |
| 2640. GÜN   |       |                                       |
| 2655. GÜN   |       |                                       |
| 2670. GÜN   |       |                                       |
| 2685. GÜN   |       |                                       |
| 2700. GÜN   |       |                                       |
| 2715. GÜN   |       |                                       |
| 2730. GÜN   |       |                                       |
| 2745. GÜN   |       |                                       |
| 2760. GÜN   |       |                                       |
| 2775. GÜN   |       |                                       |
| 2790. GÜN   |       |                                       |
| 2805. GÜN   |       |                                       |
| 2820. GÜN   |       |                                       |
| 2835. GÜN   |       |                                       |
| 2850. GÜN   |       |                                       |
| 2865. GÜN   |       |                                       |
| 2880. GÜN   |       |                                       |
| 2895. GÜN   |       |                                       |
| 2910. GÜN   |       |                                       |
| 2925. GÜN   |       |                                       |
| 2940. GÜN   |       |                                       |
| 2955. GÜN   |       |                                       |
| 2970. GÜN   |       |                                       |
| 2985. GÜN   |       |                                       |
| 3000. GÜN   |       |                                       |
| 3015. GÜN   |       |                                       |
| 3030. GÜN   |       |                                       |
| 3045. GÜN   |       |                                       |
| 3060. GÜN   |       |                                       |
| 3075. GÜN   |       |                                       |
| 3090. GÜN   |       |                                       |
| 3105. GÜN   |       |                                       |
| 3120. GÜN   |       |                                       |
| 3135. GÜN   |       |                                       |
| 3150. GÜN   |       |                                       |
| 3165. GÜN   |       |                                       |
| 3180. GÜN   |       |                                       |
| 3195. GÜN   |       |                                       |
| 3210. GÜN   |       |                                       |
| 3225. GÜN   |       |                                       |
| 3240. GÜN   |       |                                       |
| 3255. GÜN   |       |                                       |
| 3270. GÜN   |       |                                       |
| 3285. GÜN   |       |                                       |
| 3300. GÜN   |       |                                       |
| 3315. GÜN   |       |                                       |
| 3330. GÜN   |       |                                       |
| 3345. GÜN   |       |                                       |
| 3360. GÜN   |       |                                       |
| 3375. GÜN   |       |                                       |
| 3390. GÜN   |       |                                       |
| 3405. GÜN   |       |                                       |
| 3420. GÜN   |       |                                       |
| 3435. GÜN   |       |                                       |
| 3450. GÜN   |       |                                       |
| 3465. GÜN   |       |                                       |
| 3480. GÜN   |       |                                       |
| 3495. GÜN   |       |                                       |
| 3510. GÜN   |       |                                       |
| 3525. GÜN   |       |                                       |
| 3540. GÜN   |       |                                       |
| 3555. GÜN   |       |                                       |
| 3570. GÜN   |       |                                       |
| 3585. GÜN   |       |                                       |
| 3600. GÜN   |       |                                       |
| 3615. GÜN   |       |                                       |
| 3630. GÜN   |       |                                       |
| 3645. GÜN   |       |                                       |
| 3660. GÜN   |       |                                       |
| 3675. GÜN   |       |                                       |
| 3690. GÜN   |       |                                       |
| 3705. GÜN   |       |                                       |
| 3720. GÜN   |       |                                       |
| 3735. GÜN   |       |                                       |
| 3750. GÜN   |       |                                       |
| 3765. GÜN   |       |                                       |
| 3780. GÜN   |       |                                       |
| 3795. GÜN   |       |                                       |
| 3810. GÜN   |       |                                       |
| 3825. GÜN   |       |                                       |
| 3840. GÜN   |       |                                       |
| 3855. GÜN   |       |                                       |
| 3870. GÜN   |       |                                       |
| 3885. GÜN   |       |                                       |
| 3900. GÜN   |       |                                       |
| 3915. GÜN   |       |                                       |
| 3930. GÜN   |       |                                       |
| 3945. GÜN   |       |                                       |
| 3960. GÜN   |       |                                       |
| 3975. GÜN   |       |                                       |
| 3990. GÜN   |       |                                       |
| 4005. GÜN   |       |                                       |
| 4020. GÜN   |       |                                       |
| 4035. GÜN   |       |                                       |
| 4050. GÜN   |       |                                       |
| 4065. GÜN   |       |                                       |
| 4080. GÜN   |       |                                       |
| 4095. GÜN   |       |                                       |
| 4110. GÜN   |       |                                       |
| 4125. GÜN   |       |                                       |
| 4140. GÜN   |       |                                       |
| 4155. GÜN   |       |                                       |
| 4170. GÜN   |       |                                       |
| 4185. GÜN   |       |                                       |
| 4200. GÜN   |       |                                       |
| 4215. GÜN   |       |                                       |
| 4230. GÜN   |       |                                       |
| 4245. GÜN   |       |                                       |
| 4260. GÜN   |       |                                       |
| 4275. GÜN   |       |                                       |
| 4290. GÜN   |       |                                       |
| 4305. GÜN   |       |                                       |
| 4320. GÜN   |       |                                       |
| 4335. GÜN   |       |                                       |
| 4350. GÜN   |       |                                       |
| 4365. GÜN   |       |                                       |
| 4380. GÜN   |       |                                       |
| 4395. GÜN   |       |                                       |
| 4410. GÜN   |       |                                       |
| 4425. GÜN   |       |                                       |
| 4440. GÜN   |       |                                       |
| 4455. GÜN   |       |                                       |
| 4470. GÜN   |       |                                       |
| 4485. GÜN   |       |                                       |
| 4500. GÜN   |       |                                       |
| 4515. GÜN   |       |                                       |
| 4530. GÜN   |       |                                       |
| 4545. GÜN   |       |                                       |
| 4560. GÜN   |       |                                       |
| 4575. GÜN   |       |                                       |
| 4590. GÜN   |       |                                       |
| 4605. GÜN</ |       |                                       |



## Hemşire Bildirileri

### [EPH-57]

#### Konjenital kalp cerrahisi sonrası VAC tedavisi uygulanan hastanın yoğun bakım hemşirelik bakımı

**Buse Kaya, Hamide İlknur Çulcuoğlu**

*İstanbul Mehmet Akif Ersoy Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Pediatrik Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, İstanbul*

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Bu çalışmada, konjenital kalp cerrahisi sonrası sternal yara iyileşmesi geciken ve vakum destekli kapatma (VAC) tedavisi uygulanan pediatrik olgu sunuldu.

**YÖNTEM:** 13 günlük, 4600 gram yenidoğan hasta entübe şekilde pediatrik kardiyak yoğun bakım ünitemize kabul edildi. İki gün sonra arkus rekonstrüksiyonu, çıkan aort genişletilmesi ve ASD küçültülmesi ameliyatı sonrası sternum açık bir şekilde yoğun bakım takibine başlandı.

**BULGULAR:** Hemodinamisi unstabil seyreden hasta 14 gün sternum açık, aralıklı revizyonlarla takip edildi. Bu işlemler sırasında hastadan sternal yara kültürleri alındı. Acil ilaçlar ve eritrosit süspansiyonu gerektiğinde kullanılmak üzere hazırda bulunduruldu. Yoğun bakıma kabulünden itibaren hastaya temas izolasyonu uygulandı. Bası yarası oluşma riskine karşı baş ve sakruma hafif pozisyon verildi. Basınç önleyici materyallerle basınç bölgeleri desteklendi. Enteral/parenteral beslenme, diyetisyen ile iş birliği kurularak sağlandı. Ameliyat sonrası 14. gününde, yoğun bakım şartlarında sternum kapatılarak VAC tedavisi sürekli terapi modunda ve 40 mmHg negatif basınç desteğinde başlandı. Takibinde hasta kanama ve ağrı yönünden takip edildi. Pansuman bölgesi renk, şişlik ve akıntı açısından gözlemlendi. VAC pansumanında hava sızıntısı olması veya drenaj hattının katlanması, VAC cihazı haznesinin 2/3'ünün dolması, cihazın çalışmaması gibi mekanik durumların önüne geçilemediğinde hekim ile iletişime geçildi. Ameliyat sonrası 19. günde VAC tedavisi sonlandırılarak ameliyat sonrası 29. günde yüksek akış cihazı desteğiyle ekstübe edildi. Destek tedavileri azaltılarak ameliyat sonrası 37. günde servise transferinin ardından ameliyat sonrası 48. günde taburcu edildi.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Komplike konjenital kalp cerrahisi sonrası sternum kapatılmasının gecikmesi önemli bir sorundur. Tecrübeli bir ekibin bütüncül bir yaklaşımla uyguladığı VAC tedavisi, bu sürecin güvenli bir şekilde yönetilmesini sağlayabilir.

**Anahtar sözcükler:** Konjenital kalp cerrahisi, vakum destekli kapatma.



**Şekil 1.** Örnek VAC pansumanı görünümü.



**Şekil 2.** VAC cihazı.

## Hemşire Bildirileri

### [EPH-59]

#### Minimal invaziv direkt koroner arter baypas (MIDCAB) cerrahi masa hazırlığı

**Meryem Ağırman, Edanur Coşkun Aktı**

*SBÜ İstanbul Mehmet Akif Ersoy Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, İstanbul*

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Minimal invaziv direkt koroner arter baypas (MIDCAB), koroner arter baypas grefti (KABG) cerrahisine minimal invaziv bir alternatif olarak geliştirilmiştir. Bu yenilikçi cerrahi teknik, kardiyopulmoner baypas gerektirmeden küçük bir torakotomi ile uygulanır. Özellikle tek veya çift damar hastalığı olan hastalar için tercih edilen bu yöntem, daha kısa hastanede kalış süresi, azalmış ameliyat sonrası ağrı ve hızlı iyileşme gibi avantajlar sunmaktadır. MIDCAB cerrahisinde ameliyat hemşiresinin rolü kritik öneme sahiptir. Hemşireler, cerrahi ekipman hazırlığı ve cerrahi masanın düzenlenmesi gibi görevlerle ameliyatın başarısına katkıda bulunurlar.

**YÖNTEM:** MIDCAB cerrahisinde kullanılan teknikler ve cerrahi süreç incelenmiştir. Minimal invaziv yaklaşımlar ile açık cerrahi yöntemler arasındaki farklar ele alınmış, bu süreçte ameliyat hemşiresinin görev ve sorumlulukları değerlendirilmiştir. Özellikle cerrahi masanın hazırlanması, steril alanın korunması ve ekipmanların doğru yerleştirilmesi konuları analiz edilmiştir.

**BULGULAR:** Hastanemizde MIDCAB yapılmaktadır. Masada yer alan cerrahi aletlerin yerleşimi standart olup ekip tarafından bilinmektedir. Scrub hemşire ameliyata başlarken masa düzenini açık kalp cerrahisine ilave olarak MIDCAB cerrahisinde kullanılan özellikli aletlerle hazırlamaktadır. Ameliyat öncesi ve ameliyat esnasında hemşireler, cerrahi ekipman hazırlığı ve cerrahi masanın düzenlenmesi sayesinde ameliyatın başarısına katkı sağlar ve hemşirenin tecrübeli olması cerrahi sürenin kısalmasında ve cerrahi ekibin konforuna katkı sağlamaktadır.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** MIDCAB, minimal invaziv bir cerrahi yöntem olarak düşük komplikasyon oranları ve hızlı iyileşme süreci ile ön plana çıkmaktadır. Ancak bu yöntemin başarısı, cerrahi ekibin uyumlu çalışması ve ameliyat hemşiresinin titiz hazırlıklarına bağlıdır. Hemşirenin operasyon öncesi ve sırasındaki dikkatli çalışmaları hem cerrahin başarısını hem de hastanın güvenliğini doğrudan etkiler. Sonuç olarak, MIDCAB cerrahisinde ameliyat hemşiresinin rolü hayati öneme sahiptir.

**Anahtar sözcükler:** MIDCAB, cerrahi hemşire, minimal invaziv cerrahi.



Şekil 1. Mamarya ekartörü.



Şekil 2. Perifer kanülasyon dikişinin hazırlanması.



Şekil 3. MIDCABG masa düzeni.



Şekil 4. Minimal invaziv seti ve masa düzeni.



## Hemşire Bildirileri

### [EPH-60]

#### Yoğun bakım hemşirelerinin insizyon bölgelerinde steril pansumana karar verme durumları

**Nazlıcan Zerman, Sümeyye Şimşek**

*SBÜ İstanbul Mehmet Akif Ersoy Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, İstanbul*

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Steril cerrahi pansuman cerrahi alan veya yaraların enfeksiyöz ajanlardan korunmasını sağlamak ve bölgenin dış etmenlere karşı korunmasını sağlamak amacıyla steril bir şekilde aseptik tekniklere uyulmak kaydıyla kapatılması işlemidir. Bu çalışmanın amacı açık kalp ameliyatı geçirmiş hastalara yoğun bakım hemşirelerinin steril cerrahi pansuman işlemine karar verme durumlarını değerlendirmektir.

**YÖNTEM:** Ameliyat sonrası ilk sekiz saat cerrahi pansuman açılmamaktadır. Cerrahi bölge etrafındaki dokular gözlenmekte olup cerrahi bölgede ağrı, şişlik, kanama ve hematoma yönünden izlenmektedir. Yoğun bakım hemşiresinin insizyon bölgesi takibini yapıp, ağrı ve endikasyonlarını göz önünde bulundurarak pansuman yapılmasını sağlamasından sorumludur.

**BULGULAR:** Hastaların insizyon bölgelerinin sıklıkla açılmaması gerektiği, açılması durumunda ise steril tekniğe uygun şekilde iki kişi ile beraber yapılmasına karar verildiği insizyon bölgesinde akıntı, kanama, hematoma gibi endikasyonların 72 saat içerisinde görülmediği takdirde pansuman değişimine ihtiyaç olmadığı, steriliteyi korumak ve enfeksiyonu önlemek amaçlı yapılmaması öngörülmüştür. İnsizyon bölgesindeki pansumanların hemşire kararı ile açılması gerekliliği kararına varıldığında ise steril örtü, steril eldiven, steril, spanç, steril şeffaf göğüs pedi ve antiseptik solüsyon [povidon iyot] ile pansumanın yenilenmesi uygun bulunmuştur. Hastanın cerrahi bölge pansumanlarının kanama ve hematoma takibi post dönemde sık sık yapılarak erken dönemde oluşabilecek enfeksiyonları önlemek ve hastanın yoğun bakım taburcu sürecini kısaltmak.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Açık kalp ameliyatı geçiren hastaların erken dönemde pansumanlarının açılmaması gerektiği yara bölgesinin pansuman değişimi hemşirelik kararı ile yapılması, steril tekniğe uyulması, bölgenin enfeksiyondan korunmasının etkisinin artıracakı düşünülmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Steril cerrahi pansuman.



**Şekil 1.** Steril pansuman için gerekli olan malzemeler.

## Hemşire Bildirileri

**[EPH-64]**

## Yapay-biyolojik mitral kalp kapağı olan gebe hastaların klinik takibinin önemi

Alim Eken

Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, Van

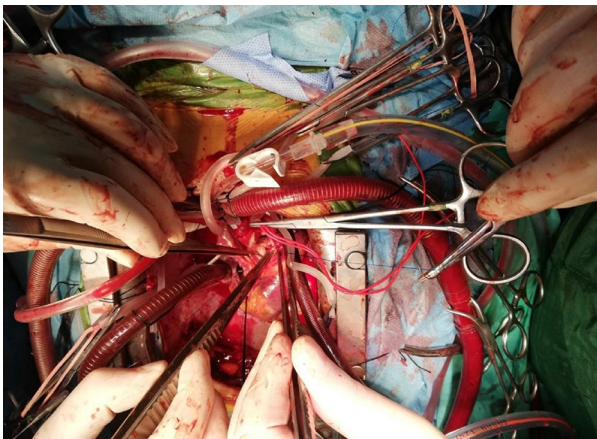
**GİRİŞ VE AMAÇ:** Kalp kapak protezleri ya mekanik ya da biyolojiktir. Uygulama kılavuzları, aort kapağı ve mitral kapak protezleri arasında ayrım yapmaz ve 50 yaşından genç kişilerde mekanik kapaklar, 70 yaşından büyük kişilerde biyolojik protez kapaklar ve 50-70 yaş arasındaki kişilerde ise her iki tip kapak önerilir. 10 yıllık TEKHARF çalışması verilerine göre; günümüzde Türkiye’de kalp kapak hastalığı prevalansının 143.000 olduğu bildirilmiştir. Ülkemizde kalp kapak hastalıkları sık görülmesine rağmen, bu konuda herhangi bir epidemiyolojik veri bulunmadığı belirtilmektedir. Bu çalışma, 10 yıl önce biyolojik mitral kapak takılmış gebe bir hastanın klinik takibinin önemini vurgulamaktadır.

**YÖNTEM:** Bu çalışmada, 10 yıl önce mitral valve replasmanlı (MRV) 31 yaşında ve dördüncü gebeliği olan kadın bir hastanın klinik bulguları ele alınmıştır.

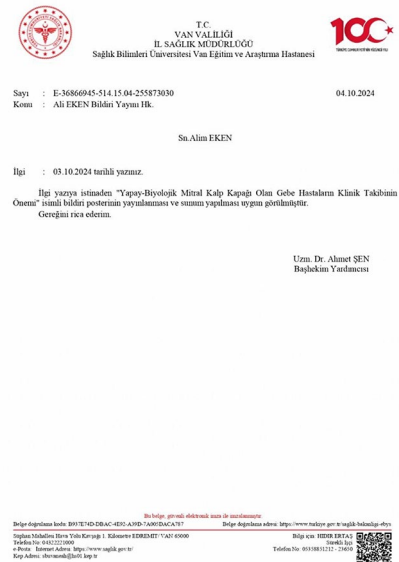
**BULGULAR:** Bu hasta acil servise, nefes darlığı şikâyeti ile başvurmuş ve yapılan ekokardiyografi (EKO)'da EF: %60 oranında saptanmıştır. Biyoprotez mitral kapağında ciddi darlık görülen hastanın acil serviste arrest olması üzerine bir yandan hastaya acil şartlarda CPR yapılırken diğer yandan kadın doğum uzmanları tarafından acil sezeryan ve histerektomi yapıldıktan sonra entübe ve genel durumu kötü bir şekilde Kalp ve Damar Cerrahisi (KVC) Yoğun Bakım Ünitesine sevk edilmiştir.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Biyolojik protez kapaklar, yapısal kapak bozulması nedeniyle mekanik kapaklara göre daha yüksek oranda yeniden ameliyat riski ile ilişkiliyken mekanik kapaklar, tipik olarak kanama ve tromboembolizm riskini artıran ömür boyu antikoagülasyon kullanımını gerektirir. Daha önce biyolojik kapak takılmış olan bu hasta, gebelik süresince kardiyolojik takiplerinin yapılmamasından dolayı gebeliğinin sonlarına doğru genel durumu kötüleşmiştir. Daha sonra, eski kapakta ileri derece darlık olduğu görülmesi üzerine kapak rezeke edilerek 27 nolu mekanik mitral kapak kullanıldı ve MVR yapıldı. Ameliyat başarı ile sonlandırıldı.

**Anahtar sözcükler:** Biyolojik mitral kalp kapağı, gebe, kapak cerrahisi, mekanik mitral kalp kapağı.



**Şekil 1.** Mitral kapak değişimi.



**Şekil 2.** Etik onay formu.



## Hemşire Bildirileri

### [EPH-65]

#### Brucella endokarditine bağlı aort kapak replasmanı yapılan bir çocukta varfarin dozu ayarlanması

**Ceylan Özcan, Furkan İnci, Erkut Öztürk**

*S.B.Ü İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Pediatrik Kalp ve Damar Cerrahi Kliniği, İstanbul*

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Brucella, Türkiye ve diğer Akdeniz ülkelerine özgü, değişken klinik bulgu ve semptomları olan zoonotik bir hastalıktır. Brucella birçok sistemi etkileyen komplikasyonlara neden olabilir. Endokardit, brusellozun nadir bir komplikasyonudur ve yüksek mortalite oranına sahiptir. Kalp kapak yetmezliği veya stenozu gibi durumlar nedeniyle hastalara mekanik kapak replasmanı uygulanabilir. Tromboembolik olayları önlemek için varfarin ile kanın akışkanlığını artırmak zor olabilir. Bu yazıda Brucella endokarditi nedeniyle mekanik aort kapak replasmanı yapılmış ve varfarin dozunun ayarlandığı bir olgu sunulmuştur.

**YÖNTEM:** Bu çalışmada mekanik kapak replasmanı yapılan bir olgunun varfarin ve varfarin diyeti ile INR değeri arasındaki ilişki değerlendirilmiştir.

**BULGULAR:** Dış merkezde biküspit aorta tanısı ile takipli; 16 yaşında erkek hasta son iki aydır halsizlik, yorgunluk, bacaklarda döküntü ve kilo kaybı şikayeti olan hasta FM: hepatosplenomegali+peteşi, LAP olması üzerine yapılan kan tetkiklerinde akut enfeksiyon bulgularında artış saptanmış ve dış merkezde yapılan ekokardiyografik incelemede biküspit aorta, aort stenozu, aort yetersizliği ve aort kapakta vejetasyon saptanmış, hastaya önce ampirik olarak vankomisin+seftriakson başlanmış ve brucella tetkiklerinin pozitif olması üzerine gentamisin, doksisisiklin ve rifampisin tedavisine geçilip tarafımıza brucella endokarditi tanısı ile sevk edilmiştir. Yapılan ekokardiyografik incelemede aort kapağının sol koroner **kaspı** üzerinde 12x10 mm vejetasyon izlendi. Vejetasyon nedeni ile santral bölgede koaptasyon kusuruna bağlı yetersizlik izlendi. Sol koronere yakın **kasp** ve kommisür kaynaklı önemli aort jeti izlenmesi sonucunda hastaya 23 numara mekanik aort kapak replasmanı yapıldı. Yoğun bakım ihtiyacı kalmayan hasta ameliyat sonrası 2. gününde servise alındı. Hastadan alınan INR sonucuna göre varfarin tedavisine ile birlikte varfarin diyetine başlandı. Hasta ve hasta yakınına diyet eğitimi ve önemi anlatıldı. INR sonuçlarına göre varfarin dozları günlük olarak ayarlanıp beklenen INR düzeyine ulaşılarak taburcu edildi.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Varfarin dozu ayarlamak çocuk hastalarda zor olabilir, ilaç etkileşimleri, diyet ve aile eğitimi önem taşımaktadırlar.

**Anahtar sözcükler:** Enfektif endokardit, brucella, varfarin, mekanik kapak replasmanı.



Şekil 1. Brucella.



Şekil 2. Enfektif endokardit.



Şekil 3. İnır takibi.

## Hemşire Bildirileri

### [EPH-66]

#### KVC hastalarının bakım bağımlılığı düzeylerinin belirlenmesi

**Meral Gündoğan Gelik, Ayça Simge Kökten, Selma Karakaplan, Esra Çetin, Asiye Tüfekçi**

*Dr. Siyami Ersek Göğüs, Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, İstanbul*

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Kardiyovasküler cerrahi ameliyatları geçirmiş ameliyat sonrası dönemde kliniklerde yatan yetişkin hastaları diğer klinik hastalarından ayıran en önemli özellik; ameliyat sonrası dönemde hareket aktivitelerinde, öz bakımda ve emosyonel durumunda kısa ya da uzun süreli kısmi veya tam olarak bir başkasına bağımlı olmalarıdır. Bu araştırma hastaların ameliyat sonrası bakım bağımlılık düzeylerinin ve bakım bağımlılığı düzeylerini etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla kesitsel-tanımlayıcı tipte yapılmıştır.

**YÖNTEM:** Araştırmanın evrenini, Dr. Siyami Ersek Hastanesi kardiyovasküler cerrahi kliniğinde koroner arter baypas, kalp kapak replasmanı, atrial/ventriküler defekt kapatılması vb. ameliyatları geçiren hastalar, örneklemi ise 28.06.2024-30.08.2024 tarihleri arasında araştırmaya alınma kriterlerini taşıyan ve gönüllü olarak katılmayı kabul eden 94 hasta (34 kadın 60 erkek) oluşturmuştur. Araştırmada veri toplama aracı olarak, "Kişisel Bilgi Formu" ve "Bakım Bağımlılığı Ölçeği (BBÖ)" kullanılmıştır. Veriler araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır.

**BULGULAR:** Hastaların %40.4'ü 60 yaş ve üzeri, %63.8'i erkek, %47.9'u ortaöğrenim mezunu idi. Hastaların bakım bağımlılığı ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde bakım bağımlılığı düzeylerinin yüksek ( $44.96 \pm 10.04$ ) olduğu belirlendi. Bakım bağımlılığı ve cinsiyet arasında bir fark bulunmazken ( $p > 0.05$ ) eğitim düzeyi ve yaş arasında anlamlı fark bulundu ( $p < 0.05$ ). BBÖ alt maddelerine bakıldığında hastaların kontinans (%56.4), iletişim (%48.9), kurallara uyma (%48.9), bellek/hafıza (%51.1), başkaları ile ilişki kurmada (%40.4) bağımlı olmadıkları; eğlence aktiviteleri (%33), beden duruşunda (%30.9) kısmen bağımlı; hareketlilik (%33), giyinme ve soyunma (%28.7), vücut temizliğinde (%25.5) oldukça bağımlı; ibadet yapma (%25.5), tehlikelerden kaçınmada (%31.9) tamamen bağımlı oldukları görüldü. Ölçeğin Cronbach's alfa değeri 0.91 iken bu çalışmada 0,89 saptandı.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Hemşirelerin bakım vermekle sorumlu oldukları bireylerin bakım bağımlılığı düzeylerinin saptanmasının bakım yönetiminin planlanmasına ve hemşirelik bakım kalitesinin geliştirilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Bakım bağımlılığı.

## Hemşire Bildirileri

### [EPH-69]

#### Sol ventrikül destek cihazı pompa trombozu olan hastanın Roy hemşirelik modeline göre değerlendirilmesi: Olgu sunumu

**Gamze Özdemir, Şule Nur Kavak, Dilek Aydın**

*Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp Damar Cerrahisi Kliniği, İstanbul*

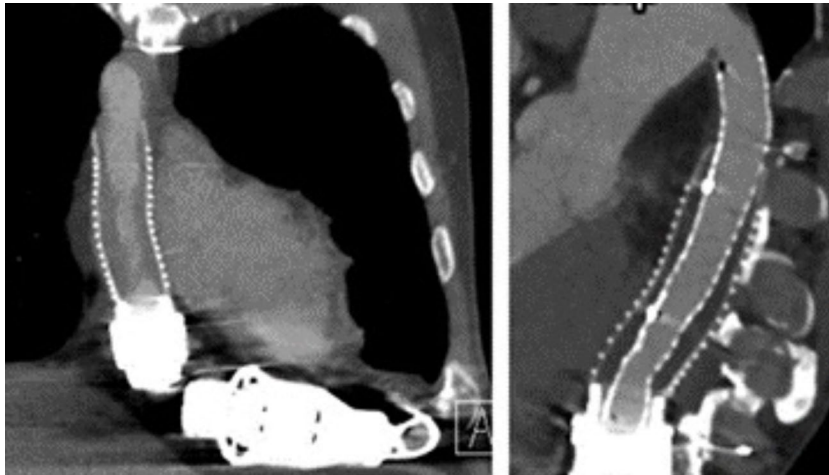
**GİRİŞ VE AMAÇ:** Kalp yetmezliği (KY), mortalite, morbidite, yani hastaneye yatışlar ve düşük yaşam kalitesinin başlıca nedeni olmaya devam etmektedir. Sol ventrikül destek cihazları (LVAD'ler), son dönem kalp yetmezliğinin tedavisinde, nakil öncesi köprü veya hedef tedavi olarak yerleşik bir tedavi haline gelmiştir. LVAD'ler yaygın olarak kullanılmaya başlandığından beri, pompa trombozu (LVAD sisteminde pompa disfonksiyonuna ve klinik komplikasyonlara yol açabilen pıhtı oluşumu) ile ilgili artan raporlar olmuştur. Pompa trombozu için ilaç tedavisi, cerrahi pompa değişimi veya kalp naklinden daha az invaziv bir seçenek sunar, ancak kanama olayları, tekrarlayan pompa trombozu ve mortalite açısından yüksek risklerle ilişkilidir.

**YÖNTEM:** Bu bildiri LVAD takılan hastada Roy Hemşirelik Modeline göre hazırlanmış hemşirelik bakımını içeren bilgilerden oluşan olgu sunumudur.

**BULGULAR:** Hastaların LVAD ameliyat öncesi, sırası ve sonrası hemşirelik bakımı ameliyat öncesi, yoğun bakım ve ameliyat sonrası dönem servislerinde gerçekleştirilmektedir. Ayrıca hastaların taburculuk dönemine hazırlanmalarında da hemşirelik bakımı yer almaktadır. Komplikasyonları önlemek ve yaşam kalitesini en üst düzeye getirmek için, hem hastane sürecinde hem de taburculuk sonrası dönemde hemşirelik bakımı ve hasta eğitimi büyük önem taşımaktadır. Bu doğrultuda hemşirelik bakımının temel hedefleri; enfeksiyonların önlenmesi ve erken tanınması, kanama belirtilerinin erken tanınması ve travmaların engellenmesi, antikoagülan tedaviye bağlı oluşabilecek vücut sistemlerindeki değişikliklerin tanınmasını sağlamak ve yaşam tarzı değişikliklerine uyum sağlamasına yardımcı olmaktır

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Bu olgu sunumunda LVAD olup pompa trombozu gelişen 62 yaşındaki erkek hastanın bakım gereksinimleri doğrultusunda ele alınarak bakım planı hazırlanmış ve uygulanmıştır.

**Anahtar sözcükler:** Sol ventrikül destek cihazı, LVAD, pompa trombozu, hemşirelik bakımı, roy hemşirelik modeli.



**Şekil 1.** LVAD pompa trombozu gelişen hastanın BT anjiyografi görüntüsü.

**Tablo 1.** Roy adaptasyon modeline göre oluşturulmuş hemşirelik bakım planları

| ADAPTASYON MODELİ                | DAVRANIŞIN TANIMLANMASI                                                                        | UYARANIN TANIMLANMASI                                                                                                                                                                     | HEMŞİRELİK TANISI                     | HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>FİZYOLOJİK ALAN</b>           | Hastane ortamında bulunma ve driveline varlığına bağlı enfeksiyon riski                        | <b>FOKAL:</b> Cerrahi girişim<br><b>KONTEKSTÜEL:</b> Hastane ortamı<br><b>REZİDÜEL:</b> Uzun hastane yatışları nedeniyle hastanın enfeksiyon kapma düşüncesi                              | <b>ENFEKSİYON RİSKİ</b>               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Driveline hattı 4-6 saatte bir lokal inflamasyon belirtileri açısından gözlemlenir,</li> <li>• İnvasiv girişimler olabildiğince azaltılır.</li> <li>• El hijyenine dikkat edilir.</li> <li>• Hastanın vücut sıcaklığı takip edilir, gerekli ile hekim isteminde kültürleri alınır.</li> </ul>                                     |
| <b>FİZYOLOJİK ALAN</b>           | Antikoagülan kullanımına bağlı kanama riski                                                    | <b>FOKAL:</b> Antikoagülanlar<br><b>KONTEKSTÜEL:</b> Trombositopeni<br><b>REZİDÜEL:</b> Vücutta bulunan ekimozlar                                                                         | <b>KANAMA RİSKİ</b>                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kanama belirti ve bulguları takip edilir.</li> <li>• Hasta yatak istirahatına alınır ve hareketleri kısıtlanır.</li> <li>• Çevre düzeni sağlanır, hasta travmalardan korunur.</li> <li>• Trombosit sayısı, Htc. , Hb. , PT, aPTT hekim istemi ile bakılır ve değerlendirilir.</li> </ul>                                          |
| <b>BENLİK KAVRAMI ALANI</b>      | Lvad cihazının düşük akım sebebiyle verdiği alarm yüzünden hastanın uyuyamadığını ifade etmesi | <b>FOKAL:</b> Lvad pompa trombozu<br><b>KONTEKSTÜEL:</b> Lvad cihazının alarm sesi<br><b>REZİDÜEL:</b> Hastanın Lvad alarm sesi nedeniyle mutsuz olduğunu söylemesi                       | <b>ANKŞİYETE</b>                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hasta ile sakin, güvenli bir iletişim ortamı sağlanır.</li> <li>• Geçmişteki baş etme yöntemleri değerlendirilmeli, uygun yöntemin kullanılması sağlanır.</li> <li>• Progresif gevşeme egzersizleri ve solunum egzersizleri yaptırılır.</li> <li>• Gerektiğinde hekim istemi ile antipsikotik tedaviden yardım alınır.</li> </ul> |
| <b>ROL FONKSİYON ALANI</b>       | Lvad operasyonu sonrası işini devam ettirmede sıkıntı yaşadığını ifade etmesi                  | <b>FOKAL:</b> Lvad takılması<br><b>KONTEKSTÜEL:</b> Lvad cihazının varlığı<br><b>REZİDÜEL:</b> Hastanın Lvad takılması sonrası fiziksel kısıtlamalardan dolayı çalışamayacağını düşünmesi | <b>ROL PERFORMANSINDA YETERSİZLİK</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hasta işvereni ve ailesi ile içinde bulunduğu durum hakkında konuşabilmesi için teşvik edilir.</li> <li>• Hastanın duygularını anlatması için yeterli zaman ayrılır.</li> <li>• Her iki tarafa uygun olabilecek çalışma programı düzenlenebilmesi için hastanın dikkat etmesi gerekenler ile ilgili eğitim verilir.</li> </ul>    |
| <b>KARŞILIKLI BAĞLILIK ALANI</b> | Hastanın Lvad operasyonu sonrası yakın çevresi ile görüşmek istememesi                         | <b>FOKAL:</b> Lvad takılması<br><b>KONTEKSTÜEL:</b> Lvad cihazının varlığı<br><b>REZİDÜEL:</b> Hastanın Lvad takılması sonrası yaşamının aynı olmayacağını düşünmesi                      | <b>SOSYAL İLTİŞİMDE BOZULMA</b>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hastanın duygularını paylaşması için ortam oluşturulur.</li> <li>• Aile üyelerine destek sistemlerini belirlemeleri ve gerektiğinde kullanabilmeleri için yardım edilir.</li> </ul>                                                                                                                                               |

## Hemşire Bildirileri

### [EPH-72]

#### İntraaortik balon pompası ve hemşirelik bakımı

**Selvanur Korkmaz, Özge Direybatoğulları**

*Dr. Siyami Ersek Göğüs, Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi, İstanbul*

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Kalp damar cerrahisinde ve kardiyoloji yoğun bakım ünitelerinde, intraaortik balon pompası (İABP) uygulanan hastaların bakımı önemlidir. Kalbin yetersiz kaldığı durumlarda mekanik destek hastanın sağlığının iyileştirilmesi için çok önemlidir. İABP miyokardın oksijenlenmesi için önemlidir. Sol ventrikülün iş yükünü azaltır. Kalp debisini artırır. İABP; miyokart enfarktüsü, kalp yetmezliği, kardiyojenik şok, angina pectoris ve baypas cerrahisinde önemli rol oynar. İskemi, kanama, tromboemboli en yaygın görülen komplikasyonlardır. Hemşirelik bakımı bu noktada önemli role sahiptir. İABP takılma sürecinden tedavi boyunca yakın gözlem, balondan ayrılma süreci ve sonrasında yaşanacak sorunlar hemşirelik bakımını yakından ilgilendirir.

**YÖNTEM:** İntraaortik balon pompası için ekipmanın hazır olması gerekir balon cihazı, elektrokardiyografi (EKG) kablo ve elektrotları, dolu helyum tüpü, İABP kateteri (no yaş ve kiloya göre değişim göstermektedir), koruyucu eldiven, önlük, maske, acil arabası, steril delikli örtü ile steril ortam sağlanır. Kateter takıldıktan sonra yer tespiti için akciğer filmi istenir. İABP takibinde hemşirelik girişimleri hasta stabil olana kadar vital bulgular 15 dakikada bir kontrol edilir. Her saat Doppler ile nabız kontrolü yapılır. İki ekstremitte arasında renk, ısı, nabız ve sinirsel refleksler kontrol edilir.

**BULGULAR:** Cihaz sistol sırasında sönüp diastol sırasında şişen bir mekanizmaya sahiptir. Kardiyak yükü azaltarak kardiyak aoutputu artırıp, kalbim oksijen ihtiyacını azaltmak ve diastol sırasında koroner kan akımını artırarak miyokardın oksijen ihtiyacını karşılamaktadır. Herhangi bir alarm durumunda tromboemboli olmaması için dikkatli olmak gerekir.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** İntraaortik balon pompası kateteri bulunan hastalara yaklaşımda oluşabilecek komplikasyonların öngörülmesi ve önlenmesi önemli rol oynamaktadır.

**Anahtar sözcükler:** İABP katateri ısı, nem, periferik dolaşım.



## Hemşire Bildirileri

### [EPH-75]

#### Fontan operasyonu geçirmiş bir pediatrik olguda uygulanan özel diyetin tedavi sürecine katkısı

**Ceylan Özcan, Furkan İnci, Gizem Göktaş, Ali Can Hatemi**

*S.B.Ü İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Pediatrik Kalp ve Damar Cerrahi Kliniği, İstanbul*

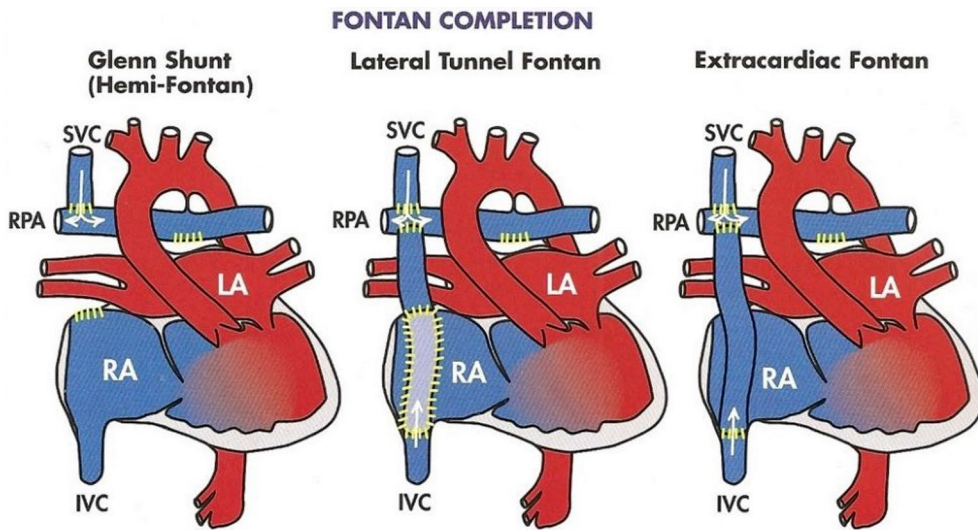
**GİRİŞ VE AMAÇ:** Konjenital kalp hastalıklı tek ventrikül olgularında uygulanan Fontan operasyonu son aşamadır. Bu olgularda ventrikül morfolojisi, fonksiyonu, yapılan daha önceki operasyonların etkisi ve pulmoner basıncın yüksek olması gibi nedenlerle operasyon sonrası plevra, periton ve perikart gibi üçüncü boşluklarda uzayan drenajlar görülebilir. Fontan operasyonu, tek ventrikül konjenital kalp hastalığı olan hastalarda son aşama cerrahi tedavidir. Fontan operasyonu geçiren hastaların yaşam boyu izlem ve bakımı gereklidir. Bu süreçte beslenme kritik rol oynar. Fontan diyeti, düşük sodyum alımı, yeterli protein, düşük yağ tüketimi, sıvı dengesi ve vitamin-mineral desteğini içerir. Diyet, hastanın kalp ve dolaşım sistemini destekleyerek komplikasyonları önlemeyi amaçlar. Bu çalışmada, Fontan operasyonu geçiren bir hastaya uygulanan özel diyetin tedavi sürecine katkısı incelenmiştir.

**YÖNTEM:** Bu çalışmada Fontan operasyonu geçirmiş bir olgunun Fontan diyetine uyumunun iyileşme sürecine olan katkısı değerlendirilmiştir.

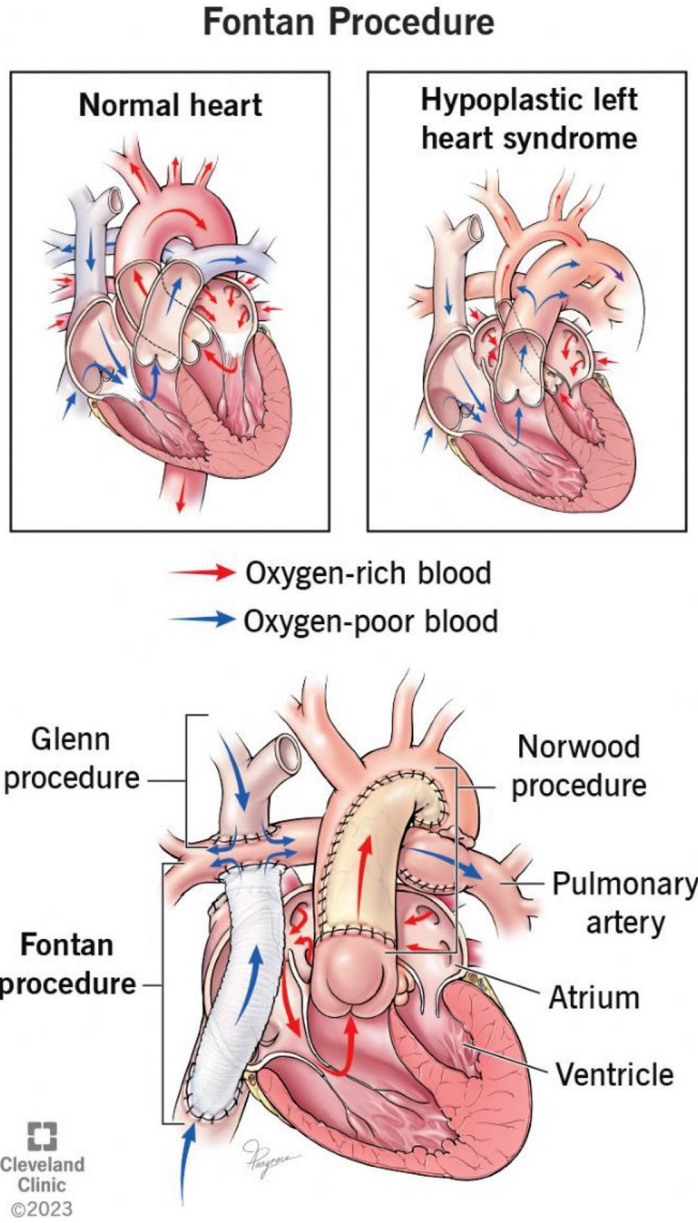
**BULGULAR:** İstanbul'da bir şehir hastanesinde TGA, VSD, PA, sol ventrikül hipoplazisi, sağ ventriküler non-compaction ve ASD tanıları olan üç yaşındaki erkek hastaya yenidoğan döneminde balon atriyal septostomi ve PDA stenti, altı aylıkken Glenn operasyonu ve son olarak Fontan operasyonu uygulanmıştır. Ameliyat sonrası hastaya özel diyet başlatılmış, ancak ailenin diyetle uyum sağlayamadığı görülmüştür. Efüzyon miktarında artış saptanmış ve drenaj yerleştirilmiştir. Şilöz drenaj nedeniyle hastanın oral alımı durdurulmuş, TPN başlanmıştır. Beşinci günde drenaj miktarı azalmış ve Fontan diyetine geçilmiştir. TPN yedinci günde kesilmiş ve drenaj tekrarlamamıştır. Hasta ameliyat sonrası 14. günde taburcu edilmiştir.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Fontan diyeti, drenaj miktarının azalmasına ve iyileşme sürecine olumlu katkı sağlamıştır.

**Anahtar sözcükler:** Konjenital kalp hastalığı, Fontan, Fontan diyeti.



**Şekil 1.** Fontan tamamlandı.



**Şekil 2.** Fontan prosedürü.

## Hemşire Bildirileri

### [EPH-78]

#### Koroner arter baypas greft ameliyatı geçiren hastalarda erken mobilizasyonun önemi

Ferişah Zeybek<sup>1</sup>, Zeynep Çekim<sup>2</sup>

<sup>1</sup>T.C S.B Manisa Şehir Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi, Yoğun Bakım Ünitesi, Manisa

<sup>2</sup>SBÜ İstanbul Mehmet Akif Ersoy Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, İstanbul

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Erken mobilizasyon ameliyat sonrası en kısa sürede hastanın ayağa kalkıp yürümesidir. Koroner arter baypas greftleme (KABG) ameliyatı geçiren hastalarda erken mobilizasyon uzun süreli immobilizasyonun etkilerini azaltmakta önemli bir faktördür. Bu nedenle KABG ameliyatı sonrası hastaların mobilizasyonun yoğun bakım ünitesinde başlaması önemlidir.

**YÖNTEM:** Koroner arter baypas greftleme ameliyatı sonrası mobilizasyon literatür taranması ve saha deneyimleri kapsamında derlenmiştir.

**BULGULAR:** Hastaların fiziksel fonksiyonlarının normal seviyelerine dönmelerini sağlamak için uygulanan erken mobilizasyon teknikleri; pozisyon verilmesi, hastanın yatak kenarına oturtulması, ayakta durması ve yürümesini içermektedir. Sternotomi ve safen ven insizyonu hastaların mobilizasyonlarını kısıtlayan faktörlerdir. Hastanede yattığı süre boyunca hastaların fiziksel aktivitede desteklenmesi, kendi bakımını sağlayan seviyeye ulaşabilmesinde etkilidir. Bu süreçte hemşireler önemli rol oynamaktadır. Hastaların mobilizasyon süresi ve zamanı planlamalı, aktivite düzeyi kademeli olarak artırılmalı, mobilizasyon sonrası hasta değerlendirmesi yapılmalıdır. KABG ameliyatı sonrasında hipovolemi ve taşikardi sık görülen komplikasyonlardır. Hareketsiz yatmaya bağlı oluşan sırt ağrısı, pnömoni, atelektazi, derin ven trombozu (DVT), gibi komplikasyonlarında azalmasında rol oynamaktadır. Erken mobilizasyon bu komplikasyonları azaltmakla birlikte anksiyete seviyesinin de kontrol alınmasına yardımcı olur. Bu şekilde hastane yatış süresi kısalması ve bakım maliyetlerini düşmesini sağlar.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Koroner arter baypas greftleme ameliyatı geçiren hastalarda 12 saat içinde uygulanan mobilizasyon ve egzersiz programının güvenli olduğu tespit edilmiştir. Erken dönemde yapılan mobilizasyonun fiziksel fonksiyonları iyileştirmesiyle birlikte sosyal ve psikososyal açıdan da katkı sağladığı gözlemlenmiştir.

**Anahtar sözcükler:** Cerrahi, erken mobilizasyon.

## Hemşire Bildirileri

### [EPH-79]

#### Dilate kardiyomiyopati tanılı hasta ve ailesinin psikososyal uyumu ve hemşirelik yaklaşımı: Olgu sunumu

**Ecem Öztürk Acar, İpek Ayhan, Rojda Beşeren**

*İstanbul Mehmet Akif Ersoy Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Pediatrik Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, İstanbul*

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Dilate kardiyomiyopati (DKMP) ventriküllerdeki sistolik ve diastolik fonksiyon bozukluğu ve dilatasyonuna eşlik eden, en sık görülen kardiyomiyopati tipidir. Bu hastalığın yaklaşık %20-50'si ailesel geçişli olup genetik kaynaklıdır. Mortalite ve morbiditesi yüksek olan bu hasta ve aileleri psikososyal açıdan desteğe ihtiyaç duyarlar. Bu aşamada, hemşireler olarak en önemli sorumluluklarımızdan biri hasta bakım sürecinde psikolog, aile danışmanı ve hekimle iş birliği içinde çalışarak multidisipliner bir yaklaşımla hasta ve ailesine en üst düzeyde bütüncül bakım sağlamaktır.

**YÖNTEM:** Olgu sunumu

**BULGULAR:** Yedi yaşında kız hasta, tekrarlayan karın ağrısı ve mide bulantısı, karında distansiyon, halsizlik, yorgunluk, hareket ile artan göğüs ağrısı sebebiyle hastaneye başvurmuş DKMP tanısı almış hasta dış merkezden yoğun bakım ünitemize yatırılıp yapılmıştır. Hasta extübe, ödemli (+3/+4), vücudunun farklı bölgelerinde bası yaraları bulunmaktadır. Yatışının otuz beşinci gününde solunum sıkıntısı nedeniyle entübe edildi. Hastada anüri gelişmesi nedeniyle foley sonda, akciğer ödemi gelişmesi nedeniyle de sağ ve sol toraks plöroken dren takıldı. Mevcut bası yaralarının tedavisi için yara bakım hemşiresi ile işbirliği sağlandı. Hastaya sık pozisyon verildi ve cilt bakımı desteklendi. Yatışının 60. gününde genel durumu iyiye giden hasta ekstübe edildi. Uzun süreli hastanede yatmaya bağlı anksiyete gelişen hastaya psikososyal uyum için hemşirelik bakımı uygulandı. Günlük rutin bakımları, pozisyon verme, beslenme gibi uygulamalara ailesinin katılması desteklendi. Hasta ve ailesine çocuk gelişim uzmanı ile birlikte psikososyal destek sağlandı. Yavaş yavaş iletişim kurmaya başlayan hastaya yaşına uygun oyunlar oynatıldı, dış ortam ile bağlantı kurmasına yardımcı olundu.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Dilate kardiyomiyopati tanılı hasta ve ailesine psikososyal yaklaşım ve bütüncül aile merkezli bakım sağlayarak çocuğun iyileşme süreci ve bakım kalitesi artırılarak taburculuk süreci hızlandırılmıştır.

**Anahtar sözcükler:** DKMP, hemşirelik yaklaşımı, psikososyal uyum.

## Hemşire Bildirileri

### [EPH-80]

## Konjenital kalp ameliyatı sonrası trakeostomi açılan hastaların evde bakıma yönelik hemşirelik yaklaşımı

**İpek Ayhan, Rojda Beşeren, Ecem Öztürk Acar**

*İstanbul Mehmet Akif Ersoy Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Pediatrik Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, İstanbul*

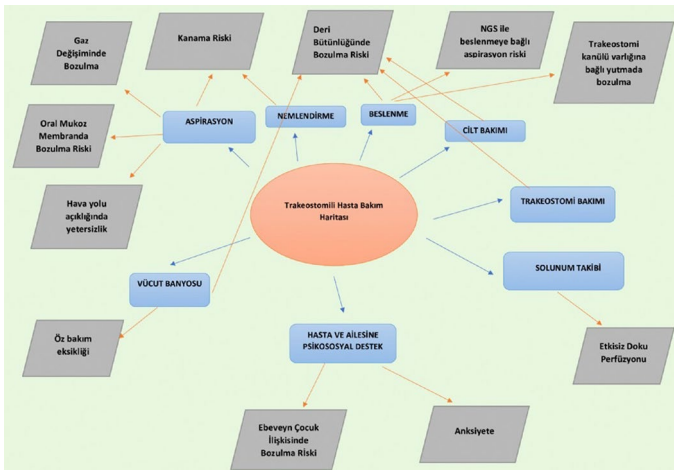
**GİRİŞ VE AMAÇ:** Trakeostomi, trakeanın dışarıya doğru ağızlaştırılması ve kanül yardımıyla yapay bir hava yolu açılması işlemidir. Konjenital kalp hastalığı nedeniyle ameliyat olan her hasta, uzun süreli mekanik ventilasyon desteğine ihtiyaç duyabilir. Ameliyat sonrası dönemde mekanik ventilasyon süresi, yoğun bakım ünitesinde kalış süresinin önemli bir belirleyicisidir. Konjenital kalp cerrahisi sonrası uzamış mekanik ventilasyon, enfeksiyon varlığı, yüksek morbitide ve mortaliteye ek olarak hastanede kalış süresinin de artmasına neden olur. Tekrarlayan başarısız ekstübasyonlar sonucunda hastanın iyileşme sürecini hızlandırmak ve taburculuğa hazırlamak için trakeostomi açılması gerekebilir. Trakeostomili hastaların evde bakımı, cerrahi sonrası iyileşme sürecinde kritik bir öneme sahiptir ve bu süreçte hemşirelik yaklaşımı, süreç yönetiminde belirleyici rol oynar.

**YÖNTEM:** google akademi, pubmed, literatür tarama, hemşire takip ve bakım dosyaları

**BULGULAR:** Trakeostomili hasta takibinde beslenme ve aspirasyon en önemli bakım kriteridir. Hastaya uygun beslenmenin sağlanması, sıvı dengesinin korunması ve aileyi sürece dahil etmek çok önemlidir. Beslenme genellikle nazogastrik sonda (NG) yoluyla yapılmaktadır. NG'nin takılması, yeri, sabitlenmesi, rezidü varlığı kontrolü, beslenme şekli en önemli parametrelerdir. Konu ile ilgili bakım veren hemşire ve ailesinin gerekli bilgiye sahip olması gelişebilecek komplikasyonları en aza indirecektir. Diğer önemli kriterde aspirasyon işlemidir. Aspirasyonun uygun teknik, kateter ve sıklıkta yapılması gerekmektedir. Trakeostominin pansumanı ve tespiti günde en az bir kere ve kirlendikçe yenilenmelidir. Bu konu ile ilgili ailesine kapsamlı bir eğitim verilmelidir. Eğitim konu başlıkları beslenme, aspirasyon, pansuman, banyo, enfeksiyondan korunma gibi konuları içermelidir.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Trakeostomi açılan hastanın ailesi bütüncül ve aile merkezli bakımı sürdürerek süreci yönetebilir. Aileye psikososyal destek sağlanarak sürecin devamı sağlanabilir. Trakeostomili hastalar için evde bakım kılavuzlarının oluşturulması bakımı kolaylaştıracak ve faydalı olacaktır.

**Anahtar sözcükler:** Evde bakım, hemşirelik yaklaşımı, trakeostomi.



**Şekil 1.** Trakeostomili hasta bakım haritası.



**Şekil 2.** Trakeostomili hastanın evde bakım süreci.



## Hemşire Bildirileri

### [EPH-81]

#### KVC Ameliyathanelerinde Dikkat Dağıtan Unsurlar

**Seval Baş, Seda Orhan, Tansu Tari, Hatice Şevval Evin**

*Dr. Siyami Ersek Göğüs, Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, İstanbul*

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Kalp ve Damar Cerrahisi (KVC) ameliyathaneleri birçok disiplinin bir arada uyumla çalıştığı alanlardır. Yoğun ve uzun süren vakalarda dikkat dağıtıcı unsurlar oldukça fazladır. Bu çalışmada amacımız iletişim, ameliyathanenin fiziki koşulları, koordinasyon ve organizasyon bozuklukları gibi alanlarda dikkat dağıtan unsurları tespit ederek farkındalık oluşturmak ve buna uygun gerekli önlemleri belirlemektir. Bu amaçla KVC Ameliyathanelerinde Dikkat Dağıtıcı Unsurlar adlı çalışmanın yapılması planlanmıştır.

**YÖNTEM:** Tanımlayıcı ve kesitsel olarak planlanan araştırma Dr. Siyami Ersek GKDCEAH ameliyathane çalışanları ile 15 Ağustos-15 Eylül 2024 arasında yapılacaktır. Araştırmanın verileri araştırmacılar tarafından literatür taraması yapılarak "Ameliyathanede Dikkat Dağıtıcı Unsurlar İndeksi" kullanılarak oluşturulan anket ile toplanacaktır.

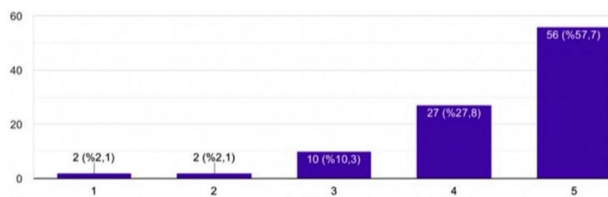
**BULGULAR:** Dikkat dağınıklığı sebebi olarak en çok ısı-nem (%47.4), kullanılmayan veya çalışmayan ekipman (%57.7) yanlış hasta bilgisi (%68), ekibin bir parçası gibi hissedememe (%46.4) belirtilmiştir. Hemşireler için en çok hastane politikaları ve kullanılmayan ekipman dikkat dağınıklığı yaratırken, anestezi hekimleri için hasta bilgileri eksikliği, perfüzyonistler için eksik test sonuçları olmuştur. Kalp damar cerrahları için ısı-nem ve kullanılmayan ekipman unsuru en dikkat dağıtıcı sebep iken, anestezi teknikerleri için ameliyat listelerinde yapılan değişiklikler sebebi ilk sırada belirlenmiştir.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Araştırma sonucunda en çok dikkat dağınıklığına sebep olarak ısı-nem, kullanılmayan ekipman ve yanlış hasta bilgisi olduğu belirlenmiştir. Hem bedensel hem ruhsal olarak olumsuz etkilenen sağlık çalışanlarının rahat çalışma ortamına kavuşup daha huzurlu ve mutlu olabilmeleri için olumsuz çalışma ortamlarının iyileştirilmesi gerekir.

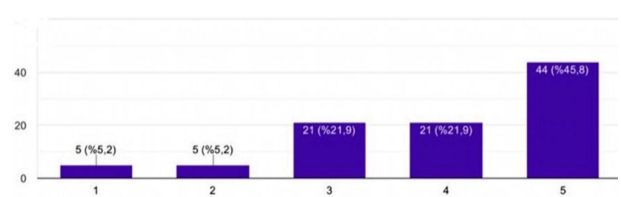
Bunun için belirlenen öneriler;

1. Ekipmanların düzenli kontrolünün sağlanması
2. Çalışanların ihtiyaçlarının ve isteklerinin belirlenmesi
3. Çatışmayı önlemek için ekip üyeleri arasında etkili iletişim sağlamak
4. Pozitif kurum yapısı ve kültürünün sağlanması.

**Anahtar sözcükler:** KVC ameliyathane, dikkat dağıtıcı unsur.



Şekil 1. Kullanılmayan veya çalışmayan ekipman.



Şekil 2. Hastane politikaları.

## Hemşire Bildirileri

### [EPH-83]

#### Dopapace satış sonrası klinik takip anket analizi

**Seda Orhan, Seval Baş, Tansu Tari, Hatice Şevval Evin**

*Dr. Siyami Ersek Göğüs, Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, İstanbul*

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Çalışmanın amacı, cihazı satış sonrası takip etmek ve ilave klinik veri sağlamak için DOPACE'i geçici açık kalp ameliyatı sırasında ve sonrasında geçici olarak kalp hızının elektrikli kontrolü (pacing) ve kalp içi EKG izlenmesi için kendi boyunca ve harici pacemaker ünitesi ile hasta kalbi arasında elektrik enerjisinin iletiminde kullanan kullanıcıların memnuniyetini ölçebilmek ve varsa olumsuz olayları tespit etmek.

Anketler aşağıdaki 5 bölümden oluşmuştur.

- 1) Vaka bilgileri
- 2) Ürün memnuniyeti
- 3) Deneyim
- 4) Komplikasyonlar
- 5) Öneriler

**YÖNTEM:** Bu çalışma Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi'nde 03.05.2021-29.12.2022 tarihleri arasında DOPACE'in onaylı indikasyon, hasta popülasyonu ve Kullanım Kılavuzu'nda belirtilen talimatlara uygun şekilde DOPACE kullanılan 60 hastalara ait ameliyat sonrası üç aylık takibi içermektedir. Her hasta için bir anket kullanılmıştır. Anketler ameliyatı gerçekleştiren ve hastanın takibini yapan doktorlar tarafından doldurulmuştur.

**BULGULAR:** İstatistiksel anlamlılık düzeyi 0,05 olarak belirlenmiştir. Özet tablolar ve veri listeleri dahil tüm istatistiksel analizler IBM SPSS Statistics for Window, Version 27.0 programı ile gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmaya aşağıdaki ameliyatlar sırasında geçici pace teli kullanımı ihtiyacı doğan ve Doğsan Dopace ürünü kullanılan 60 hasta dahil edilmiştir.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Bu çalışma ile DOPACE ürününün etkinliği ve güvenliği araştırılmıştır. Dopace kaynaklı herhangi bir komplikasyon ile karşılaşılmamıştır ve hiçbir hastaya ek tedavi ihtiyacı doğmamıştır. DOPACE'in endikasyonu kapsamında kullanıldığında etkili ve güvenli olduğunu destekleyici niteliktedir.

**Anahtar sözcükler:** Pace teli, KVC.

**Tablo 1.** Cinsiyet

|         |        | Sıklık | Yüzde | Geçerli Yüzde | Kümülatif Yüzde |
|---------|--------|--------|-------|---------------|-----------------|
| Geçerli | Erkek  | 21     | 35,0  | 35,0          | 35,0            |
|         | Kadın  | 39     | 65,0  | 65,0          | 100,0           |
|         | Toplam | 60     | 100,0 | 100,0         |                 |

**Tablo 2.** Hasta türü

|         |            | Sıklık | Yüzde | Geçerli Yüzde | Kümülatif Yüzde |
|---------|------------|--------|-------|---------------|-----------------|
| Geçerli | Yetişkin   | 39     | 65,0  | 65,0          | 65,0            |
|         | Pediyatrik | 20     | 33,3  | 33,3          | 98,3            |
|         | Yenidoğan  | 1      | 1,7   | 1,7           | 100,0           |
|         | Total      | 60     | 100,0 | 100,0         |                 |

## Hemşire Bildirileri

### [EPH-84]

#### Koroner arter baypas greft (KABG) ameliyatı uygulanan hastanın ekstrakorporeal membran oksijenizasyonu (ECMO) ile desteklenmesi sürecinde hemşirelik takibi ve bakımı: Olgu sunumu

**Zeynep Çekim**

*SBÜ İstanbul Mehmet Akif Ersoy Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, İstanbul*

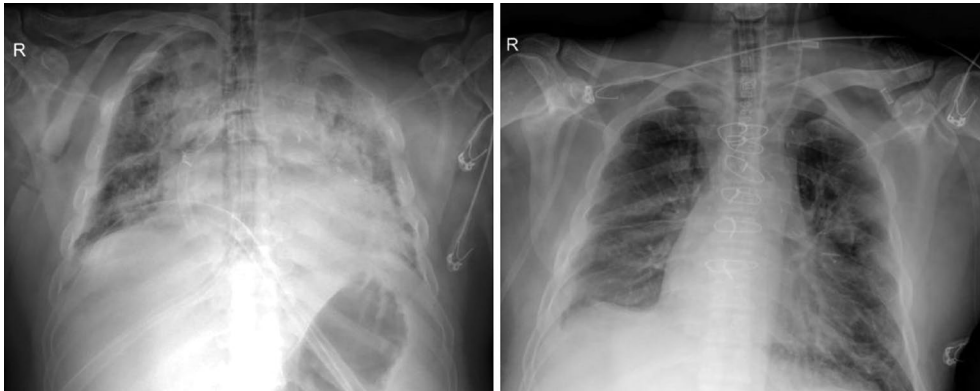
**GİRİŞ VE AMAÇ:** Ekstrakorporeal membran oksijenizasyonu (ECMO); pulmoner ve/veya kardiyak yetmezlikte başvurulacak geçici bir yöntemdir. Venovenöz (V-V) ECMO mekanik ventilasyona yanıt vermeyen hastalarda oksijenasyonu sağlamak amacıyla kullanılır. V-V ECMO sırasında hastanın kalp fonksiyonlarında bir azalma olabilir. Bu durumda Venovenöz (V-A-V) ECMO ile hibrit yapılandırma ile desteklenmelidir.

**YÖNTEM:** Bu çalışmada koroner arter baypas greft (KABG) ameliyatı geçiren hastanın akut akciğer ödemi gelişmesi nedeniyle V-V ECMO'ya alınması, sonrasında tedavinin yetersiz olması ile V-A-V ECMO'ya geçilmesi, bu süreçteki hemşirelik takip ve bakımını içeren olgunun sunulması amaçlanmıştır.

**BULGULAR:** Hastanemizde KABG\*1 ameliyatı yapılan 40 yaşındaki erkek hasta ameliyat sonrası Kalp ve Damar Cerrahisi (KVC) yoğun bakıma kabul edildi. Hastanın vital bulguları ve arteriyel kan gazı değerleri yakın takip edildi. Mekanik ventilasyonda FiO<sub>2</sub>: %80 ile desteklenen hastanın pO<sub>2</sub> seviyeleri 50-60 mmHg aralığında seyretmesi, hemodinamik açıdan stabil olmaması ve akciğer grafisi sonucunda ameliyat sonrası 1. günde V-V ECMO'ya alındı. Ameliyat sonrası 2. günde hastanın kalp fonksiyonlarında bozulma görülmesi sonucunda V-A-V ECMO düzeneğine geçildi. Vital bulguları, arteriyel kan gazı değerleri, periferik nabız, kanama ve enfeksiyon kontrolü yapılan hastaya sıvı elektrolit dengesizliği, gaz alışverişinde bozulma, kanama ve enfeksiyon riski tanıları ile bakım verildi. Ameliyat sonrası 8. günde ECMO tedavisi sonlandırılan hasta ameliyat sonrası 12. günde ekstübe edildi. Ekstübasyon sonrası solunum egzersizi, mobilizasyon ve beslenme desteği sağlanarak servise transferi yapılan hasta sağlıklı olarak ameliyat sonrası 23. günde taburcu edildi.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** ECMO uygulanan hastalara verilen hemşirelik bakımının, ECMO'ya bağlı gelişebilecek komplikasyonların önlenmesine, erken tanınmasına ve tedavi edilmesine, hasta bakımının ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesine katkısı bulunmaktadır.

**Anahtar sözcükler:** Ekstrakorporeal membran oksijenizasyonu, hemşirelik bakımı, komplikasyon.



**Şekil 1.** ECMO 1. günü ve ECMO ayrılış günü.

## Hemşire Bildirileri

### [EPH-85]

#### Uzun süre metal işinde çalışmış pnömokonyoz tanılı açık kalp cerrahisi geçiren hastanın hemşirelik bakımı: Olgu sunumu

**Berna Doman, Mihriban Bülbül, Nevzat Erdil**

TC. SB. Antalya Şehir Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, Antalya

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Pnömokonyoz, işyerlerindeki çeşitli kimyasal madde ve metal tozlarının uzun süre solunmasıyla ortaya çıkan interstisyel akciğer hastalıklarının ortak adıdır. Bu hastalığa sebep olan metallerin başında krom, nikel, kobalt, bakır, çinko gelmektedir. Meslek hastalıklarının en önemlilerindendir. Bu olgu sunumunda uzun süre bakır işinde çalışan ve açık kalp cerrahisi geçiren pnömokonyozlu bir hastanın yatış sürecinde hemşirelik bakımı bildirilmektedir.

**YÖNTEM:** 69 yaşındaki hasta, 50 yıl bakır işinde çalışmış ve yaklaşık 30 yıllık sigara öyküsü bulunmaktadır. Daha önce herhangi bir sebeple hastaneye başvurusu olmamıştır. Göğüs ağrısı ile hastanemize başvurmuş, anjiyo yapılmış, yapılan tetkikler sonucunda koroner arter baypas greftleme (KABG) kararı çıkmıştır. Ameliyat öncesi hazırlıkları tamamlanıp ameliyata alınmıştır.

**BULGULAR:** Hasta ameliyat sonrasında entübe ve nonstabil olarak yoğun bakıma kabul edildi. Takibinde; hastanın vital bulguların kontrolü, kan elektrolit değerlerinin değerlendirilmesi, elektrokardiyografi (EKG) değerlendirilmesi yapıldı. Akciğer PA çekildi. Erken ameliyat sonrası dönemde mekanik ventilatörde fio2: 50-70 aralığında spo2 değerleri 93-96 arasındaydı. Ekstübasyon prosedürleri uygulanıp ameliyat sonrası 7±1. saatinde ekstübe edildi. Bilinen kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), astım ve akciğer hastalığı olmayan hastanın uzun süre metal işinde çalışması pnömokonyoz şüphesini güçlendirdi ve hastaya yüksek akış oksijen ve sürekli pozitif hava yolu basıncı (CPAP) tedavisi planlandı. Bunun yanında solunum fizyoterapisi, sık mobilizasyon, 6x1 CPAP desteği, yüksek akış oksijen tedavisi uygulandı. Hasta ameliyat sonrası 28. gününde, ev tipi ventilatörle hastaneden taburcu edilmiştir.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Pnömokonyozda dikkat edilmesi gereken en önemli şey hava yolu açıklığının sağlanıp en etkili oksijen tedavisinin başlanmasıdır. Yoğun bakım ünitesinde hastaya yapılan erken CPAP ve yoğun aktif solunum fizyoterapisi ile reentübasyona gerek kalmadan hasta izlenmiş ve durumu stabillenmiştir. Sonuç olarak yoğun toz ve metal işinde çalışan kişilerin pnömokonyoz riskine karşı solunum yolunu gerekli önlemler olarak koruması gerekmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Pnömokonyoz, hemşirelik bakımı.