

TAM VE ÖZET METİN KİTABI



1.ULUSLARARASI 6.ULUSAL
ACİL HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ
CEMİLE AKBİNAR ANISINA

*THE CONGRESS
BOOK OF
FULL TEXTS
AND
ABSTRACTS*



1.ULUSLARARASI 6.ULUSAL
ACİL HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ:
CEMİLE AKBİNAR ANISINA
1.INTERNATIONAL 6. NATIONAL
EMERGENCY NURSES CONGRESS
IN MEMORY OF CEMİLE AKBİNAR

4 - 6 Haziran 2021
4 - 6 June 2021

ÇEVİRİMİÇİ
ONLINE



1ST INTERNATIONAL 6TH NATIONAL EMERGENCY NURSES CONGRESS

1.ULUSLARARASI 6. ULUSAL ACİL HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

Editörler

Funda SOFULU - Yaşar BAĞ

1.BASKI

ISBN:978-605-74191-4-9



Değerli meslektaşlarımız; Ülkemizde 2010 yılında kurulan ACİL HEMŞİRELERİ DERNEĞİ (AHEMDER) olarak, Acil Hemşireliği alanında ulusal ve uluslararası düzeyde kongre, sempozyum ve mezuniyet sonrası eğitimlerle gerçekleştirdiğimiz bilimsel etkinliklerimize bu yıl bir yenisini daha ekliyoruz. Bu kapsamda ilk uluslararası kongremizi 04 – 06 Haziran 2021 tarihlerinde çevrimiçi olarak gerçekleştirecek olmanın heyecanı içerisindeyiz. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı'na ve Acil Hemşireliği alanına uzun yıllar emek vermiş olan değerli meslektaşımız Cemile AKBİNAR hemşiremize ithaf ettiğimiz bu kongremizde, GELECEĞİN SAĞLIK BAKIMI İÇİN ÖNCÜ BİR SES: ACİL HEMŞİRELERİ ana teması ile yola çıktık.

Kongremiz önde gelen bilim insanları, araştırmacılar ve acil servislerde hasta bakımında öncü olan klinisyenler birlikteliğinde, Acil Hemşireliğini tüm yönleriyle değerlendirmeyi amaçlarken; bu alandaki deneyim ve araştırma sonuçlarını paylaşmak için bir araya gelmeyi de sağlamaktadır. Bu amaçlarla, pratikte karşılaşılan zorlukları ve bu zorluklara karşı benimsenen çözümleri sunmanın yanı sıra, en son gelişmeleri, yenilikleri paylaşmayı hedefleyen disiplinler arası bir platform sağlayacaktır. Ulusal ve uluslararası konuşmacıların katılımıyla zengin bir içeriğe sahip olmasını planladığımız kongremiz, yenilikçi fikirleri ve uygulamaları aktarmak, meslektaşlarımızla ve hemşirelik öğrencilerimizle Acil Hemşirelerinin sorunlarını ve bu sorunlara çözüm önerilerini, Acil Hemşireliğinin sağlığın sürdürülmesindeki öncü sesini duyurmak ve paylaşmak için eşsiz bir fırsat sunacaktır. Üç gün sürecek olan kongremizde, Acil Hemşireliğinde kanıt temelli uygulamalar başta olmak üzere, Acil Hemşireliğinin tüm alanlarını kapsayan konularda sözlü ve poster bildirilere yer verilecektir. Kongremiz kapsamında Acil Hemşireliğinin güncel konuları, konferans, panel, sözlü ve poster bildiri sunumları ile farklı oturumlarda tartışılacak, meslektaşlarımızın ilgi duyabilecekleri bazı özel alanlara yönelik kurslar düzenlenecektir. Araştırma özetleri, derleme, olgu sunumları ve e-posterlerle kongremize katkıda bulunmaya, Acil Hemşireliğinin tüm alanlarındaki kavramsal, yapıcı, deneysel veya teorik çalışmaların sonuçlarını kongremizde sunmak için tüm meslektaşlarımızı ve Acil Hemşireliğine gönül veren herkesi davet ediyoruz. Katılımlarınızla zenginleşecek olan 1. Uluslararası 6. Ulusal Acil Hemşireliği Kongremizde sizleri de aramızda görmeyi umuyor, değerli katkı ve katılımlarınız için şimdiden teşekkür ediyoruz.

Kongre Başkanları

Dr. Öğr. Üyesi Gülbin KONAKÇI / Uzm. Hemşire Günnaz ŞAHİN



1.ULUSLARARASI 6.ULUSAL
ACİL HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ:
CEMİLE AKBİNAR ANISINA
1.INTERNATIONAL 6. NATIONAL
EMERGENCY NURSES CONGRESS
IN MEMORY OF CEMİLE AKBİNAR

4 - 6 Haziran 2021
4 - 6 June 2021

ÇEVİRİMİ
ONLINE



INVITATION LETTER

Dear Colleagues; As the ASSOCIATION OF EMERGENCY NURSES (AHEMDER) established in 2010 in our country, we are adding another one this year to our scientific activities carried out with congresses, symposiums and post-graduation trainings at national and international level in the field of Emergency Nursing. In this context, we are excited to hold our first international congress online on 4-6 June 2021.

This congress dedicated to our esteemed colleague Cemile AKBİNAR nurse who has worked in the field of Emergency Nursing and in the Department of Emergency Medicine at Ege University for many years. We set out with the main theme of the congress as A LEADING VOICE FOR THE HEALTHCARE OF THE FUTURE: EMERGENCY NURSES. This congress aims to evaluate all aspects of Emergency Nursing in a union of leading scientists, researchers and clinicians who are leading in patient care in emergency departments; to share experience and research results in this field. For these purposes, in addition to providing practical challenges and solutions to these challenges, it will provide an interdisciplinary platform aimed at sharing the latest developments and innovations. Our congress, which we plan to have rich content with the participation of national and international speakers, will provide a unique opportunity to convey innovative ideas and practices, to announce and share the problems of emergency nurses and solutions to these problems with our colleagues and nursing students, and to make the leading voice of Emergency Nursing in maintaining health. In this three-day congress, oral and poster presentations will be included on issues covering all areas of Emergency Nursing, especially evidence-based practices in Emergency Nursing. Within the scope of this congress, current issues of Emergency Nursing will be discussed in different sessions with conference, panel, oral and poster presentations. Additional courses will be provided for some special areas that our colleagues may be interested in. We invite all our colleagues and everyone who is committed to Emergency Nursing to contribute to this congress with research abstracts, reviews, case reports and e-posters, to present the results of conceptual, constructive, experimental or theoretical studies in all areas of Emergency Nursing. We hope to see you among us at the 1st International 6th National Emergency Nursing Congress, which will enrich with your participation, and thank you in advance for your valuable contribution and participation.

Congress Presidents

Dr. Gülbin KONAKÇI / Specialist Nurse Günnaz ŞAHİN



1.ULUSLARARASI 6.ULUSAL
ACİL HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ:
CEMİLE AKBİNAR ANISINA
1.INTERNATIONAL 6. NATIONAL
EMERGENCY NURSES CONGRESS
IN MEMORY OF CEMİLE AKBİNAR

4 - 6 Haziran 2021
4 - 6 June 2021

ÇEVİRİMİÇİ
ONLINE



KOMİTE VE KURULLAR

KONGRE ONURSAL BAŞKANLARI

Semih KORKUT (T.C. Sağlık Bakanlığı Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü)

Meral DÖLEK (AHEMDER I. ve II. Dönem Başkanı)

Yasemin TOKEM (AHEMDER III. Dönem Başkanı)

KONGRE BAŞKANLARI

Gülbin KONAKÇI

Günnaz ŞAHİN

KONGRE SEKRETERLERİ

Yaşar BAĞ

Funda SOFULU



1.ULUSLARARASI 6.ULUSAL
ACİL HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ:
CEMİLE AKBİNAR ANISINA
1.INTERNATIONAL 6. NATIONAL
EMERGENCY NURSES CONGRESS
IN MEMORY OF CEMİLE AKBİNAR

4 - 6 Haziran 2021
4 - 6 June 2021

ÇEVİRİMİÇİ
ONLINE



DÜZENLEME KOMİTESİ

Emrah AYKIR

Yaşar BAĞ

Ahmet BÜTÜN

Orhan ÇAKIR

Özüm ERKİN

Sadık HANÇERLİOĞLU

Nazlı ÖZCAN

Berna Nilgün ÖZGÜRSOY URAN

Sevgi ÖZTÜRK

Funda SOFULU

Gülten SUCU

İsmail TOYGAR

Özgür YETKİN



1. ULUSLARARASI 6. ULUSAL ACİL HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ
4-5-6 HAZİRAN 2021

Uluslararası Bilimsel Kurul

Dr. Alireza BARATLOO
Dr. Brian J Maguire
Dr. Bushra ALSHAMMARİ
Dr. Dimitris THEOFENADİS
Dr. Door LAUWAERT
Dr. Laurie MCKİBBEN

Dr. Manal Saleh Moustafa Saleh
Dr. Mariana PERİERA
Dr. Norah Abdullah BAZEK MADKHALİ
Dr. Norfadzilah Binti AHMAD
Dr. Pippa HEMİNGWAY
Dr. Reza NAGERANDE

Ulusal Bilimsel Kurul

Dr Adnan YAMANOĞLU
Dr. Ahmet BÜTÜN
Dr. Ahmet DEMİRCAN
Dr. Ahmet KAYALI
Dr. Aklime SARIKAYA
Dr. Ali EKŞİ
Dr. Ali Fuat ODUNCU
Dr. Aliye OKGÜN
Dr. Arzu BAHAR
Dr. Asiye DURMAZ
AKYOL
Dr. Aslı NEMLİ
Dr. Atiye ÖZTÜRK
Dr. Ayça AÇIKALIN
AKPINAR
Dr. Ayfer KARADAKOVAN
Dr. Ayhan
ÖZHASENEKLER
Dr. Aynur TÜREYEN
Dr. Ayşe ÖZKARAMAN
Bilim Uzm. Baha Ahmet
YILMAZ
Dr. Başak BAYRAM
Dr. Bedriye TUNÇSİPER
Dr. Beste Ö. ÖZTORNACI
Dr. Bilge KALANLAR
Dr. Birdal YILDIRIM
Dr. Bülent ERBİL
Dr. Canan DEMİR
BARUTÇU
Dr. Candan ÖZTÜRK
Dr. Cem ERTAN
Dr. Cem OKTAY
Dr. Cüneyt TUĞRUL
Dr. Çiçek FADİLOĞLU
Dr. Deniz ŞANLI
Dr. Deniz ŞELİMEN
Dr. Derya ÇINAR
Dr. Derya GEZER
Dr. Duygu S. DÜZKAYA
Dr. Ebru KARAZEYBEK
Dr. Ekrem MUSALAR
Dr. Elif GÜNAY
İSMAİLOĞLU
Dr. Elif ÜNSAL AVDAL
Dr. Emine ÇATAL
Dr. Erkan GÖKSU
Dr. Erkan GÜVENÇ
Dr. Ersin AKSAY

Dr. Esra ENGİN
Dr. Esra OKSEL
Dr. Eylem KARAHALLI
Dr. Fatih Esad TOPAL
Dr. Fatma CEBECİ
Dr. Fatma ETİ ASLAN
Dr. Fatma İLTUŞ
Dr. Fatma ORGUN
Dr. Figen COŞKUN
Dr. Filiz ÖĞCE
Dr. Filiz ÖZEL
Dr. Fisun ŞENUZUN AYKAR
Dr. Funda KARBEK
AKARCA
Dr. Göksu BOZDERELİ
BERİKOL
Dr. Güçlü Selahattin KIYAN
Dr. Gülay OYUR ÇELİK
Dr. Gülbin KONAKÇI
Dr. Gülcan BAKAN
Dr. Gülçin BOZKURT
Dr. Gülden KÜÇÜKAKÇA
ÇELİK
Dr. Gülseren PAMUK
Dr. Gülten SUCU DAĞ
Dr. Halil DOĞAN
Dr. Hatice MERT
Dr. Hülya UÇAR
Dr. İsmail TOYGAR
Dr. Kemal GÖKÇEK
Dr. Koray KADAM
Dr. Mahmut ATEŞ
Dr. Merve AKIN
Dr. Meryem YAVUZ
Dr. Murat ANIL
Dr. Murat ERSEL
Dr. Murat YÜCEL
Dr. Mustafa Burak SEYHAN
Dr. Muzaffer Berna DOĞAN
Dr. Müge GÜNALP
Dr. Nalan METİN AKSU
Dr. Nazan KILIÇ AKÇA
Dr. Neriman AKYOLCU
Dr. Nermin OLGUN
Dr. Neşe ÇOLAK
Dr. Nilay ORKUN

Dr. Nilüfer DEMİRAL YILMAZ
Dr. Nilüfer KAHRAMAN
Dr. Nimet OVAYOLU
Dr. Nuran AKDEMİR
Dr. Nurettin Özgür DOĞAN
Dr. Nurdan AKÇAY DİDİŞEN
Dr. Osman Hasan Tahsin KILIÇ
Dr. Özcan YAVAŞI
Dr. Özge CAN
Dr. Özge DAĞTEKİN
Dr. Özge DUMAN ATILLA
Dr. Özgür BOZKURT
Dr. Özgür DİKME
Dr. Özgür ÖZEN
Dr. Özlem BİLİK
Dr. Özlem İNCİ
Dr. Özlem KÜÇÜKGÜÇLÜ
Dr. Özlem VURAL
Dr. Öznur U. YEŞİLBALKAN
Dr. Özüm ERKİN
Dr. Rıdvan ATILLA
Dr. Sadık HANÇERLİOĞLU
Dr. Seçil TAYLAN
Dr. Seher GÖNEN ŞENTÜRK
Dr. Semih KORKUT
Dr. Senem NEBİ
Dr. Serap ÖZER
Dr. Sercan YALÇINLI
Dr. Serkan BİLGİN
Dr. Serkan YILMAZ
Dr. Sevdâ KARAKAŞ
Dr. Sevgi HATİPOĞLU
Dr. Sevilay ERDEN
Dr. Süreyya GÜMÜŞSOY
Dr. Şadiye MIDİK
Dr. Tanzer KORKMAZ
Dr. Umut PAYZA
Dr. Yıldırım ÇETE
Dr. Yusuf Ali ALTUNCI
Dr. Zeynep KARAKAYA
Dr. Zeynep SOFUOĞLU

****İsim Baş harfine göre sıralanmıştır.**



1.ULUSLARARASI 6.ULUSAL ACİL HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ: CEMİLE AKBİNAR ANISINA 1.INTERNATIONAL 6. NATIONAL EMERGENCY NURSES CONGRESS

BİLİMSEL PROGRAM

1. ULUSLARARASI 6. ULUSAL ACİL HEMŞİRELERİ KONGRESİ BİLİMSEL PROGRAMI

05/06/2021 CUMARTESİ

AÇILIŞ KONUŞMALARİ

10.00-10:45	T.C. Sağlık Bakanlığı Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü Dr. Semih KORKUT T.C. Sağlık Bakanlığı İzmir İl Sağlık Müdürü Dr. M. Burak ÖZTOP Uzm. Hemş. Meral DÖLEK Prof.Dr. Yasemin TOKEM Door LAURENT Dr. Öğr. Üyesi Gülbin KONAKÇI Uzm. Hemş. Günnaz ŞAHİN: Cemile AKBİNAR Kimdir? ve Kongre Tanıtımı
10.45-11.00	ARA
11:00-13:00	AFET OTURUMU- I: COVID-19 PANDEMİ SÜRECİNE ACİL SERVİSLER: ÜLKE DENEYİMLERİ Oturum Başkanları Door LAURENT (<i>The president of The European Society for Emergency Nursing- EuSEN</i>) Dr. Öğr. Üyesi Gülbin KONAKÇI (<i>Türkiye Acil Hemşireleri Derneği Başkanı- AHEMDER</i>)
11.00-11.30	Pandemi Sürecinde Hollanda Dr. M.Christien Van der LINDEN <i>Haaglanden Medical Center, The Hague, The Netherlands, Emergency Department</i>
11.30-12.00	Pandemi Sürecinde Kosova Dr. Rina DEMJAH <i>University of Vienna and Sarajevo</i>
12.00-12.30	Pandemi sürecinde İran Doç.Dr. Alireza BARATLOO <i>Department of Emergency Medicine, Tehran University of Medical Sciences</i>
12.30-13.00	Pandemi Sürecinde Türkiye Doç.Dr. Funda KARBK AKARCA <i>Ege Üniversitesi Acil Tıp AD Öğretim Üyesi & E.Ü.T.F.H Başhekim Yardımcısı</i>

ÖĞLE ARASI

13:00-13:30	Salon 1	Saat	Salon 2
13:30-14:30	Afet Oturumu-II: Hastane Öncesi Afet Yönetimi Oturum Başkanları Doç. Dr. Zeynep SOFUOĞLU – Doç. Dr. Özüm ERKİN	13:30-14:30	Sözel Bildiri Oturumları – I Oturum Başkanları Doç. Dr.Serap ÖZER - Dr. Öğr. Üyesi Mahmut ATEŞ
13.30-13.50	Hastane Öncesinde Afet Hazırlığı Uzm.Cihan YÜZER <i>Adana AFAD Eğitim Şube Müdürü- Sosyal Hizmet Uzmanı</i>		
13.50-14.10	Kitlesel Olaylarda Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Yönetimi Doç. Dr. Ali EKŞİ <i>E.Ü. Atatürk Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Müdürü</i>		
14.10-14.30	Hastane Öncesinde Afet Yönetiminde Avrupa Dr. M. Turhan SOFUOĞLU <i>İzmir Tınaztepe Üniversitesi</i>		
14:30-14:40	ARA		
14:40-15:40	Afet Oturumu- III: Acil Serviste Afet Yönetimi-I Oturum Başkanları Prof. Dr. Selahattin KIYAN- Prof. Dr. Türkan ÖZBAYIR	14:40-15:40	Sözel Bildiri Oturumları- II Oturum Başkanları Prof. Dr. Yasemin Yıldırım- Dr. Öğr. Üyesi Berna ÖZGÜR SOY URAN
14.40-15.00	Acil Serviste Afet Hazırlığı Hemşire Sevedegül BOZKURT <i>T.C. Sağlık Bakanlığı İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servis</i>		
15.00-15.20	Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi ve Afet Eğitimi Uzm. Dr. Cemile YURTSEVER <i>Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi (UMKE) Gönüllüsü</i>		
15.20-15.40	Jeolojik Afetlerde (Deprem) Acil Servis Yönetimi Prof. Dr. Serkan YILMAZ <i>Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD</i>		

15:40-15:50	ARA		
15:50-16:50	Afet Oturumu -IV: Acil Serviste Afet Yönetimi-II Oturum Başkanları Prof. Dr. Asiye DURMAZ AKYOL - Prof. Dr. Murat ERSEL	15:50-16:50	Sözel Bildiri Oturumları- III Dr. Öğr. Üyesi Ahmet KAYALI- Dr. Öğr. Üyesi Vildan KOCATEPE
16:50-17:10	Doğal Afetler; Deprem ve Hemşirelik Yönetimi Uzm. Hemşire Emel MIHÇI <i>T.C. Sağlık Bakanlığı Nevşehir İl Sağlık Müdürlüğü Nevşehir Devlet Hastanesi</i>		
17:10-17:30	Biyolojik Afetler ve Hemşirelik Yönetimi Dr. Aslı NEMLİ <i>T.C. Sağlık Bakanlığı İzmir İl Sağlık Müdürlüğü SBÜ Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi AR-GE</i>		
17:30-17:50	Teknolojik Afetler ve Hemşirelik Yönetimi Hemşire Aynur GEYİK <i>Diyarbakır SBÜ Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi</i>		
17:50-18:00	ARA		
18:00-19:00	Afet Oturumu -V: Hastanede Afet Yönetimi Oturum Başkanları Prof. Dr. Yasemin TOKEM - Uzm. Hemş. Meral DÖLEK	18:00-19:00	Sözel Bildiri Oturumları- IV Oturum Başkanları Dr. Öğr. Üyesi Fatma İLTUŞ- Dr. Öğr. Üyesi Aliye OKGÜN ALCAN
18:00-18:20	Hemşirelerin Afetlere Hazır Olma Durumları: Türkiye Dr. Öğr. Üyesi Gülcan TAŞKIRAN <i>Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü</i>		
18:20-18:40	Hemşirelerin Afetlere Hazır Olma Durumları: İsrail Gila HYAMS, RN, MA Director of Nursing Director of The Teaching Center for Trauma Systems, Emergency and MCS <i>Rambam Health Care Campus Haifa, Israel</i>		
18:40-19:00	Yönetici Hemşirelerin Afetlere Hazır Olma Durumları Doç. Dr. Sergül DUYGULU <i>Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelikte Yönetim</i>		

06/06/2021 PAZAR

Saat	Salon 1	Saat	Salon 2
10:00-11:00	Pediyatrik Aciller Oturum Başkanları Prof. Dr. Murat Anıl- Hem. Sema KAPLAN	10:00-11:00	Acil Serviste Kronik Hastalıklar ve Hemşirelik Yönetimi Oturum Başkanları Prof. Dr. Ayfer KARADAKOVAN- Dr. Öğr. Üyesi Esra TÜRKER
10:00-10:20	Çocuk Acil Servisinde Şok Yönetimi Prof. Dr. Eylem Ulaş SAZ <i>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Sağlığı Hastalıkları AD</i>	10:00-10:20	Diyabet ve Hemşirelik Yönetimi Prof. Dr. Nermin OLGUN <i>Hasan Kalyoncu Üniversitesi SBF Hemşirelik</i>
10:20-10:40	Çocuk Acil Servisinde Solunum Sistemi Acilleri Doç. Dr. Duygu Sönmez DÜZKAYA <i>İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü</i>	10:20-10:40	Kronik Böbrek Hastalıkları ve Hemşirelik Yönetimi Doç.Dr. Nazan KILIÇ AKÇA <i>İzmir Bakırçay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik</i>
10:40-11:00	Çocuk Acil Servisine Yüksek Ateş ile Başvuran Çocuğun Hemşirelik Yönetimi Prof. Dr. Gülçin BOZKURT <i>İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik-Çocuk Sağlığı ve Hastalığı AD</i>	10:40-11:00	KOAH ve Hemşirelik Yönetimi Prof. Dr. Hatice TEL AYDIN <i>Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik</i>
11:00-11:10	ARA		
11:10-12:10	Resüsitasyon Oturumu Oturum Başkanları Prof. Dr. Deniz ŞELİMEN & Prof. Dr. Neriman AKYOLCU	11:10-12:10	Travma Oturumu Oturum Başkanları Prof. Dr. Fatma ETİ ARSLAN – Doç. Dr. Özlem BİLİK
11:10-11:40	Çocuklarda Kardiyopulmoner Canlandırma (CPR Yönetimi) Prof. Dr. Murat ANIL <i>İzmir Demokrasi Üniversitesi Buca Seyfi Demirsoy Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Acil Servis</i>	11:10-11:30	Acil Serviste Travma Erken Uyarı Sistemleri Uz. Dr. Mustafa KÜÇÜK <i>İzmir Demokrasi Üniversitesi Buca Seyfi Demirsoy Eğitim ve Araştırma Hastanesi</i>



11.40-12.10	Yetişkinlerde Kardiyopulmoner Canlandırma (CPR Yönetimi) Uzm. Hem. Serap ÇELİK <i>Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi</i>	11.30-11.50	Acil Serviste Erişkin Travma Hastası ve Hemşirelik Yönetimi Hemşire Ahmet Fazıl CEYHAN <i>T.C. Sağlık Bakanlığı Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü Kayseri Devlet Hastanesi</i>
		11.50-12.10	Acil Serviste Çocuk Travma Hastası ve Hemşirelik Yönetimi Dr. Öğr. Üyesi Şadiye DUR <i>İzmir Demokrasi Üniversitesi SBF Hemşirelik</i>
12.10-12.30	ÖĞLE ARASI		
12.30-13.30	RİZİKO: ACİL HEMŞİRELERİ YARIŞIYOR Dr.Öğr. Üyesi Yusuf Ali Altuncı E.Ü.T.F.H Acil Tıp AD		
13.30-14.50	Geleceğin Acil Hemşireliği Oturum Başkanları Prof. Dr. Aynur TÜREYEN- Dr. Öğr. Üyesi Serkan BİLGİN	13.30-14.50	Acil Serviste Zor Hasta Yönetimi Oturum Başkanları Prof. Dr. Esra ENGİN- Dr. Öğr. Üyesi Hasan Tahsin KILIÇ
13.30-13.50	Acil Servis Hemşirelerini Gelecekte Ne Bekliyor? Uzman Hemşire Fatma İNCEKARA AYDIN <i>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhemşiresi</i>	13.30-13.50	Adli Hasta Yönetimi Prof. Dr. Ekin Özgür AKTAŞ <i>E.Ü.T.F.H. Adli Tıp AD</i>
13.50-14.10	Dünyada Acil Servis Hemşirelerinin Gelecekte Beklentileri Öğrenci Umut ÖZDEMİR <i>ÖHDER Başkanı</i>	13.50-14.10	Ajite ve Saldırgan Hasta Yönetimi Dr. Öğr. Üyesi Ayşe BÜYÜKBAYRAM <i>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi SBF Hemşirelik</i>
14.10-14.30	Türkiye’de Acil Servis Hemşirelerinin Gelecekte beklentileri Öğrenci Berfin ÇAPRAS <i>THDÖK Eğitim Koordinatörü</i>	14.10-14.30	Yanık hastası ve Yönetimi Dr. Öğr. Üyesi Ahmet BİÇER <i>E.Ü.T.F.H. Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD</i>
14.30-14.50	Gelecekte Acil Serviste Sağlık Teknolojileri ve Yapay Zekâ Uzm. Dr. Göksu BOZDERELİ BERİKOL <i>İstanbul Bakırköy Dr Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi</i>	14.30-14.50	İzolasyon Gerektiren Hasta Yönetimi Dr. Öğr. Üyesi Gül BÜLBÜL MARAŞ <i>İzmir Demokrasi Üniversitesi SHMYO Yaşlı Bakımı Programı</i>

14:50-15:00	<i>Acil Tıp Kliniği</i>	ARA	
15:00-16:20	Acil Serviste Şiddet ve Önlemler: Ülke Örnekleri Oturum Başkanları Prof. Dr. Fisun ŞENUZUN AYKAR – Ar. Gör. Dr. Sadık HANÇERLİOĞLU	15:00-16:20	Acil Serviste Vakalarla Hemşirelik Yönetimi Oturum Başkanları Prof. Dr. Elif Ü. AVDAL- Prof. Dr. Ükke KARABACAK
15:00-15:15	Acil servis Çalışanlarına Yönelik Şiddet ve Önlemler: Amerika Dr. Brian J MAGUIRE <i>Epidemiologist, USA</i>	15:00-15:15	Onkoloji Hastası (Febril Nötropeni) ve Hemşirelik Yönetimi Dr. Öğr. Üyesi Ayşe ÖZKARAMAN <i>Eskişehir Osmangazi Üniversitesi SBF Hemşirelik</i>
15:15-15:30	Acil serviste Şiddet ve Önlemler: Almanya Stajyer Dr. Felix LEUCHTER <i>University of Bonn, Germany</i>	15:15-15:30	Serebro Vasküler Olay ve Hemşirelik Yönetimi Doç. Dr. Dimitris THEOFANİDİS <i>International Hellenic University Thérmi, Greece</i>
15:30-15:45	Acil serviste Şiddet ve Önlemler: Mısır Asst. Prof.Dr.Manal Saleh Moustafa SALEH <i>Nursing Administration, Faculty of Nursing, Zagazig University. Egypt</i>	15:30-15:45	Göğüs Ağrısı ve Hemşirelik Yönetimi Doç. Dr. Sibel SEVİNÇ <i>Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi SBF Hemşirelik</i>
15:45-16:00	Acil serviste Şiddet ve Önlemler: Umman Ibrahim S. Al-BUSAIDI <i>Clinical Lecturer (Honorary), Department of Medicine, University of Otago Dunedin, New Zealand</i>		
16:00-16:15	Acil serviste Şiddet ve Önlemler: Türkiye Hemşire Kemal YILMAZ <i>E.Ü.T.F.H Acil Tıp AD</i>	15:45-16:00	Hepatik Koma ve Hemşirelik Yönetimi Dr. Öğr. Üyesi Nilay BEKTAŞ AKPINAR <i>Ankara Medipol Üniversitesi SBF Hemşirelik</i>
16:15-16:30	BİLDİRİ DEĞERLENDİRME SONUÇLARI VE ÖDÜLLER		
16:30-17:00	KONGRE DEĞERLENDİRMESİ VE KAPANIŞ		

1.ULUSLARARASI 6.ULUSAL
ACIL HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ:
CEMİLE AKBİNAR ANISINA
1.INTERNATIONAL 6. NATIONAL
EMERGENCY NURSES CONGRESS
IN MEMORY OF CEMİLE AKBİNAR **SCIENTIFIC PROGRAM**

4 - 6 Haziran 2021
4 - 6 June 2021

ÇEVİRİMİÇİ
ONLINE



1ST INTERNATIONAL 6TH NATIONAL EMERGENCY NURSES CONGRESS SCIENTIFIC PROGRAM

05/06/2021 SATURDAY

OPENING SPEECHES

10.00-10: 45	GENERAL MANAGER OF EMERGENCY HEALTH SERVICES, MINISTRY OF HEALTH, REPUBLIC OF TURKEY Dr. Semih KORKUT İzmir Provincial Health Director, Ministry of Health, Republic of Turkey Dr. M. Burak ÖZTOP Spc. Nurse Meral DÖLEK Prof. Dr. Yasemin TOKEM Door LAURENT Asst. Prof.Dr. Gülbin KONAKÇI Spc. Nurse Günnaz ŞAHİN: Who is Cemile Akbınar? and Congress Introduction
10.45-11:00	BREAK
11:00 - 13:00	DISASTER SESSION- I: EMERGENCY DEPARTMENT in COVID-19 PANDEMIC PROCESS: EXPERIENCES of COUNTRIES Session Moderators Door Laurent (<i>The president of The European Society for Emergency Nursing- EuSEN</i>) Asst. Prof.Dr. Gulbin Konakçı (<i>President of the Turkish Emergency Nurses Association - AHEMDER</i>)
1100-1130	Netherlands During the Pandemic Dr. M.Christien Van der Linden <i>Haaglanden Medical Center, The Hague, The Netherlands, Emergency Department</i>
11.30-12.00	Kosovo during pandemic process Dr. Rina DEMJAH <i>University of Vienna and Sarajevo</i>
12.00-12.30	Iran during the pandemic Assoc.Prof.Dr. Alireza BARATLOO <i>Department of Emergency Medicine, Tehran University of Medical Sciences</i>
12.30-13.00	Turkey during the pandemic process Assoc. Prof. Dr. Funda Karbek Akarca <i>Department of Emergency Medicine, Ege University and Associate Chief Physician of Ege University Medicine Hospital</i>

LUNCH BREAK

	Hall 1	Time	Hall 2
13: 30 - 14: 30	Disaster Session-II: Pre-hospital disaster management Session Moderators Assoc.Prof.Dr. Zeynep Sofuoğlu - Assoc. Prof.Dr. Özüm Erkin Pre-Hospital Disaster Preparedness Spc. Cihan Yüzer <i>Adana AFAD Education Branch Manager - Social Service Specialist</i>	13: 30 - 14:30	Oral Presentation Sessions - I Session Moderators Assoc.Prof.Dr.Seran ÖZER-Asst. Prof. Dr. Mahmut Ates
13.30-13.50			
13.50-14.10	Pre-hospital emergency health services management in mass incidents Assoc.Prof.Dr. Ali Eksi <i>E.Ü. Atatürk Health Services Vocational School Director</i>		
14.10-14.30	Europe in Pre-Hospital Disaster Management Spc. Dr. M. Turhan Sofuoğlu <i>İzmir Tınaztepe University</i>		
14: 30-14: 40			
		BREAK	
14: 40-15: 40	Disaster Session - III: Disaster Management in Emergency Department-I Session Moderators Prof. Dr. Selahattin Kıvanç- Prof. Dr. Türkan Özbayır Disaster Preparedness in Emergency Department Nurse Seydegül Bozkurt <i>TR Ministry of Health İzmir Provincial Health Directorate, Bakırçay University Cigli Training and Research Hospital Emergency Department</i>	14: 40-15:40	Oral Presentation Sessions - II Session Moderators Prof. Dr. Yasemin Yıldırım- Asst. Prof. Dr. Berna ÖZGÜR SOY URAN
14.40-15.00			
15.00-15.20	National Medical Rescue Team and Disaster Training Spc. Dr. Cemile Yurtsever <i>National Medical Rescue Team (UMKE) Volunteer</i>		
15.20-15.40	Emergency Department Management in Geological Disasters (Earthquakes) Prof. Dr. Serkan Yılmaz <i>Koçaeli University, Faculty of Medicine, Department of Emergency Medicine</i>		

1.ULUSLARARASI 6.ULUSAL
ACİL HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ:
CEMİLE AKBİNAR ANISINA
1.INTERNATIONAL 6. NATIONAL
EMERGENCY NURSES CONGRESS

4 - 6 Haziran 2021
4 - 6 June 2021

ÇEVİRİMİÇİ
ONLINE



15: 40-15: 50	BREAK		
15: 50-16: 50	Disaster Session - IV: Disaster Management in Emergency Department - II Session Moderators Prof. Dr. Asiye Durmaz Akyol - Prof. Dr. Murat Erşel Natural disasters; Earthquake and Nursing Management Sp. Nurse Emel Muhc <i>TR. Ministry of Health, Nevşehir Provincial Health Directorate, Nevşehir State Hospital</i>	15: 50-16: 50	Oral Presentation Sessions - III Asst.Prof. Dr. Dr. Ahmet Kayalı - Asst.Prof.Dr. Vildan Kocatepe
16.50-17.10			
17.10-17.30	Biological Disasters and Nursing Management PhD Nurse Dr. Aslı Nemli <i>TR Ministry of Health, İzmir Provincial Health Directorate SBÜ Dr. Suat Seren, Chest Diseases and Surgery Training and Research Hospital R-D</i>		
17.30-17.50	Technological Disasters and Nursing Management Nurse Aynur Gevrik <i>Diyarbakır SBÜ Gazi Yasargil Training and Research Hospital</i>		
17: 50-18: 00	BREAK		
18:00-19:00	Disaster Session - V: Disaster Management in the Hospital Session Moderators Prof. Dr. Yasemin TOKEM – Sp. Nurse Meral Dilek Preparedness of Nurses for Disasters: Turkey Asst.Prof.Dr. Gülcan Taskiran <i>Ondokuz Mayıs University Faculty of Health Sciences Nursing Department</i>	18:00-19:00	Oral Presentation Sessions Session Moderators Asst.Prof.Dr. Fatma Ütüs - Asst.Prof.Dr. Aliye Okgün Alcan
18:00-18:20			
18:20-18.40	Preparedness of Nurses for Disasters: Israel Gila Hyams, RN, MA Director of Nursing Director of The Teaching Center for Trauma Systems, Emergency and MCS <i>Rambam Health Care Campus Haifa, Israel</i>		
18.40-19.00	Preparedness of Executive Nurses for Disasters Assoc. Prof.Dr. Serzül Duygulu <i>Hacettepe University, Faculty of Nursing, Nursing Management</i>		

06/06/2021 SUNDAY

Time	Hall 1	Time	Hall 2
10:00-11:00	Pediatric Emergencies Session Moderators Prof. Dr. Murat Anıl - Nurse Sema Kaplan	10:00-11:00	Chronic Diseases and Nursing Management in Emergency Department Session Moderators Prof. Dr. Ayfer Karadakyoyan - Asst.Prof.Dr. Esra Turker Diabetes and Nursing Management Prof. Dr. Nermin Olgun <i>Hasan Kalyoncu University SBF Nursing</i>
10.00-10.20	Shock Management in Pediatric Emergency Department Prof. Dr. Evlen Ulas Saz <i>Ege University, Faculty of Medicine Hospital, Department of Child Health Diseases</i>	10.00-10.20	
10.20-10.40	Respiratory System Emergencies in Pediatric Emergency Department Assoc. Prof.Dr. Duygu Sönmez Düzgaya <i>Istanbul University Faculty of Medicine Nursing Services Directorate</i>	10.20-10.40	Chronic Kidney Diseases and Nursing Management Assoc. Prof. Dr. Nazan Kılıç Akca <i>İzmir Bakırçay University Faculty of Health Sciences Nursing</i>
10.40-11.00	Nursing management of the child admitted to emergency department with high fever Prof. Dr. Gülçin Bozkurt <i>Istanbul University- Cerrahpaşa Faculty of Health Sciences Midwifery-Child Health and Disease Department</i>	10.40-11.00	COPD and Nursing Management Prof. Dr. Hatice Tel Aydın <i>Sivas Cumhuriyet University, Faculty of Health Sciences, Nursing department</i>
11: 00-11: 10	BREAK		
11: 10-12: 10	Resuscitation Session Session Moderators Prof. Dr. Deniz ŞELİMEN & Prof. Dr. Neriman AKYOLCU Cardiopulmonary Resuscitation (CPR Management) in Children Prof. Dr. Murat Anıl <i>İzmir Demokrasi University Buca Seyfi Demirsoy Training and Research Hospital Pediatric Emergency Department</i>	11:10-12:10	Trauma Session Session Moderators Prof. Dr. Fatma Eti Arslan - Assoc. Prof.Dr. Özlem Bilik Trauma Early Warning Systems in Emergency Department Sp. Dr. Mustafa KÜÇÜK <i>İzmir Demokrasi University Buca Seyfi Demirsoy Training and Research</i>
11.10-11.40		11.10-11.30	

1.ULUSLARARASI 6.ULUSAL
ACİL HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ:
CEMİLE AKBİNAR ANISINA
1.INTERNATIONAL 6. NATIONAL
EMERGENCY NURSES CONGRESS

4 - 6 Haziran 2021
4 - 6 June 2021

ÇEVİRİMİÇİ
ONLINE



		Hospital	
11.40-12.10	Cardiopulmonary Resuscitation (CPR Management) in Adults Spc. Nurse Serap ÇELİK <i>Health Sciences University İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Training and Research Hospital</i>	11.30-11.50	Adult Patient with Trauma and Nursing Management in Emergency Department Nurse Ahmet Fazıl Ceyhan <i>TR Ministry of Health Kayseri Provincial Health Directorate Kayseri State Hospital</i>
		11.50-12.10	Child Patient with Trauma and Nursing Management in Emergency Department Asst. Prof. Dr. Sadiye Dur <i>Izmir Demokrasi University SBF Nursing</i>
12.10-12.30	LUNCH BREAK		
12.30-13.30	RIZIKO: EMERGENCY NURSES COMPETE Asst. Prof. Dr. Yusuf Ali Altunç E.Ü.TFH Emergency Medicine Department		
13.30-14.50	Future of Emergency Nursing Session Moderators Prof. Dr. Aynur Türezen - Asst. Prof. Dr. Serkan Bilgin	13.30-14.50	Difficult Patient Management in Emergency Department Session Moderators Prof. Dr. Esra Engin - Asst. Prof. Dr. Hasan Tahsin Kılıç
13.30-13.50	What awaits Emergency Department Nurses in the Future? Spc. Nurse Fatma İNCEKARA AYDIN <i>Izmir Kâtip Celebi University Atatürk Training and Research Hospital Chief Nurse</i>	13.30-13.50	Forensic Patient Management Prof. Dr. Ekin Özgür Aktas <i>E.Ü.T.F.H Emergency Medicine Department</i>
13.50-14.10	Future Expectations of Emergency Department Nurses in the World Student Umur Özdemir <i>President of ÖHDER</i>	13.50-14.10	Agitated and Aggressive Patient Management Asst. Prof. Dr. Ayşe Büyükbayram <i>Izmir Kâtip Celebi University SBF Nursing</i>
14.10-14.30	Expectations of Emergency Department Nurses from the Future in Turkey Student Berfin ÇAPRAS <i>THDÖK Education Coordinator</i>	14.10-14.30	Burn Patient and Management Spc. Dr. Ahmet Bicer <i>E.Ü.T.F.H Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery Department</i>
14.30-14.50	Health Technologies and Artificial Intelligence in the Emergency Department in the Future Spc. Dr. Gökçe BOZDERELİ BERİKOL <i>Health Sciences University İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Training and Research Hospital Department of Emergency Medicine</i>	14.30-14.50	Patient Management Requiring Isolation Asst. Prof. Dr. Gül Bulbul Maras <i>Izmir Demokrasi University SHMYO Elderly Care Program</i>
14.50-15.00	BREAK		
15.00-16.20	Violence and Precautions in the Emergency Department: Country Examples Session Moderators Prof. Dr. Fusun Senuzun Aykar - Dr. Sadık Hancerlioğlu	15.00-16.20	Nursing Management with Cases in the Emergency Department Session Moderators Prof. Dr. Elif Ünsal Aydal - Prof. Dr. Ukke Karabacak
15.00-15.15	Violence and Precautions in the Emergency Workers: United State of America Dr. Brian J Maguire <i>Epidemiologist, USA</i>	15.00-15.15	Oncology Patient (Febrile Neutropenia) and Nursing Management Asst. Prof. Dr. Ayşe Özkaraman <i>Eskisehir Osmangazi University, SBF, Nursing</i>
15.15-15.30	Violence and Precautions in Emergency Department: Germany Intern Dr. Felix Leuchter <i>University of Bonn, Germany</i>	15.15-15.30	Cerebro Vascular Incident and Nursing Management Assoc. Prof. Dr. Dimitris Theofanidis <i>International Hellenic University Thessaloniki, Greece</i>
15.30-15.45	Violence and Precautions in Emergency Department: Egypt Asst. Prof. Dr. Dr. Manal Saleh Moustafa Saleh <i>Nursing Administration, Faculty of Nursing, Zagazig University, Egypt</i>	15.30-15.45	Chest Pain and Nursing Management Assoc. Prof. Dr. Sibel Seyinc <i>Hatay Mustafa Kemal University SBF Nursing</i>
15.45-16.00	Violence and Precautions in Emergency Department: Oman Dr. Ibrahim S. Al - Busaidi <i>Clinical Lecturer (Honorary), Department of Medicine, New Zealand</i>		
16.00-16.15	Violence and Precautions in Emergency Department: Turkey Nurse Kemal Yılmaz <i>E.Ü.T.F.H Emergency Medicine Department</i>	15.45-16.00	Hepatic Coma and Nursing Management Assistant Professor Nilay Bektaş Akınar <i>Ankara Medipol University SBF Nursing</i>
16:00-16:30	PRESENTATIONS EVALUATION RESULTS AND AWARDS		
16:30-17:00	CONGRESS EVALUATION AND CLOSING		



İÇİNDEKİLER

DAVET MEKTUBU.....	3
INVITATION LETTER.....	4
BİLİMSEL PROGRAM.....	8
SCIENTIFIC PROGRAM	11
ÖZET BİLDİRİLER	18
GERİATRİK HASTALARDA ENDOKRİN ACİLLERDE HASTA YÖNETİMİ.....	19
COVID-19 DÖNEMİNDE SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA STİGMA: SİSTEMATİK DERLEME.....	21
ACİL SERVİSTE AYDINLATILMIŞ ONAM (BİLGİLENDİRİLMİŞ RIZA).....	24
INFORMED CONSENT AT THE EMERGENCY DEPARTMENT	26
APPROACH TO THE PATIENT WHO APPLIED TO THE EMERGENCY DEPARTMENT WITH DIABETIC KETOACIDOSIS CASE REPORT.....	28
PARAMEDİK VE PARAMEDİK ADAYLARININ ACİL HEMŞİRELİĞİNE YÖNELİK METAFORLARI.....	30
PARAMEDIC AND PARAMEDIC CANDIDATES METAPHORS FOR EMERGENCY NURSING	31
PATIENT DEPENDENCY IN THE EMERGENCY DEPARTMENT: THE TURKISH RELIABILITY AND VALIDITY OF THE JONES DEPENDENCY TOOL (JDT)	33
A STUDY IN SCALE DEVELOPMENT: ENDOTRACHEAL INTUBATION ATTITUDE EVALUATION SCALE (research article)	35
ACİLE TEKRAR BAŞVURU (DERLEME).....	37
EMERGENCY RE-APPLICATION (REVIEW)	38
CRUSH SENDROMU VE HEMŞİRELİK BAKIMI	40



EVALUATION OF THE FIELD TRIAGE KNOWLEDGE LEVELS AND DEVELOPING OF TRIAGE SCALE (Araştırma).....	46
CEMİLE AKBİNAR ANISINA 1. INTERNATIONAL 6. NATIONAL EMERGENCY NURSES CONGRESS IN MEMORY OF CEMİLE AKBİNAR	
NADİR BİR HASTALIK OLGUSUNUN ACİL BAKIM SÜRECİ: SKLERODERMA RENAL KRİZİ	48
PRONE POZİSYONUNDA KARDİYOPULMONER RESÜSİTASYON VE HEMŞİRENİN ROLÜ (DERLEME).....	50
LOPERAMİD ‘ZAVALLI ADAMIN METADONU’ TOKSİSİTESİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI: OLGU SUNUMU	52
AWARENESS OF TRIAGE IN PREVENTING COVID-19 CONTACT: A CASE STUDY.	54
AFETLERDE TRİYAJ	56
ACİL SERVİSTE ÇALIŞANLARININ ALGILANAN STRES DÜZEYLERİ İLE KARAR VERME STRATEJİLERİ ARASINDA İLİŞKİ.....	58
COVID-19 PANDEMİSİNDE ACİL SERVİSLERDE CERRAHİ HASTALARIN YÖNETİMİ: DERLEME..	59
MANAGEMENT OF SURGICAL PATIENTS IN EMERGENCY DEPARTMENTS IN THE COVID-19 PANDEMIC: A REVIEW	61
AFETLERİN ALZHEİMER HASTALARI ÜZERİNDEKİ ETKİSİNE GENEL BAKIŞ OVERVIEW OF THE EFFECT OF DISASTERS ON ALZHEIMER PATIENTS	63
EVALUATION of the EFFECT of LAVENDER OİL AROMATHERAPY on the LEVEL of ANXIETY RELATING to OVERCROWDİNG in EMERGENCY DEPARTMENT HEALTH CARE WORKERS	66
HASTALARIN ACİL SERVİSTEN GÜVENLE TABURCU EDİLMESİNDE.....	68
HEMŞİRELERİN ROLLERİ.....	68
NURSES' ROLE in PATİENTS' SAFE DİSCHARGE from the EMERGENCY DEPARTMENT	70
ACİL SERVİSE BAŞVURAN HASTALARDA COVID-19 İLE İLGİLİ KORKU VE ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ	72
INVESTİGATION OF COVID-19-RELATED FEAR AND ANXIETY LEVELS IN PATİENTS ADMİTTED TO THE EMERGENCY DEPARTMENT	74
RELATIONSHIP AND COMMUNICATION MANAGEMENT	76



IN THE EMERGENCY DEPARTMENT	76
ACİL HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ:	
ACİL SERVİS VE YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN ÇALIŞMA ORTAMLARININ HASTA GÜVENLİĞİ TUTUMUNA ETKİSİ	78
INTERNATIONAL 6. NATIONAL EMERGENCY NURSES CONGRESS IN MEMORY OF CEMİLE AKBİNAR	
IMPACT OF EMERGENCY DEPARTMENT AND INTENSIVE CARE NURSES' WORKING ENVIRONMENTS ON PATIENT SAFETY ATTITUDE (RESEARCH)	80
AN IMPORTANT RESPONSIBILITY IN EMERGENCY DEPARTMENT NURSING: HEADACHE AWARENESS	82
GÖZDEN KAÇIRILAN BİR KONU: TIBBİ ARAÇ BASINÇ ÜLSERLERİ	84
NURSING APPROACH ACCORDING TO THE WATSON HUMAN CARE MODEL OF A PATIENT WHO HAD COVID 19 AND OPEN HEART SURGERY (CASE REPORT)	86
DETERMINING THE PAIN AND ANXIETY LEVELS OF PATIENTS WHO APPLY TO THE EMERGENCY DEPARTMENT WITH MECHANICAL TRAUMA COMPLAINTS (RESEARCH)	89
SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA COVID-19 PANDEMİSİNDE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK	91
THE PSYCHOLOGICAL HARDINESS OF HEALTHCARE PROFESSIONALS DURING THE COVID-19 PANDEMİC	93
EFFECT OF EMERGENCY PSYCHIATRIC CARE TRAINING ON NURSES	95
GIANT HEMATOMA IN A PATIENT WITH INHIBITOR POSITIVE HEMOPHILIA A	98
EMERGENCY MANAGEMENT AS A PART OF THE COMPREHENSIVE CARE OF PATIENTS WITH SICKLE CELL DİSEASE: CASE REPORT	100
DETERMINATION OF CPR (CARDİOPULMONARY RESUSCİTATION) KNOWLEDGE AND SKİLL LEVEL OF THE EMERGENCY DEPARTMENT HEALTHCARE PROFESSIONALS	103
VARDİYALI ÇALIŞMA SİSTEMİNİN ACİL SERVİS HEMŞİRELERİNİN SAĞLIĞI ÜZERİNE ETKİSİ	105
ACİL SERVİSTE VARDİYALI ÇALIŞMA SİSTEMİNİN HASTA SONUÇLARINA ETKİSİ	107
EXPLORİNG ATTENDANCE AT EMERGENCY DEPARTMENTS FOR CHILDREN WITH NON- URGENT CONDITIONS IN TURKEY: A QUALİTATIVE STUDY OF PARENTS PERSPECTİVES	109
TAM METİN BİLDİRİLER	111



CEMİLE AKBİNAR ANISINA 1. INTERNATIONAL 6. NATIONAL EMERGENCY NURSES CONGRESS COVID-19 DÖNEMİNDE SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA STİGMA: SİSTEMATİK DERLEME.....	115
---	-----

INFORMED CONSENT AT THE EMERGENCY DEPARTMENT	1287
LOPERAMİD ‘ZAVALLI ADAMIN METADONU’ TOKSİSİTESİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI: OLGU SUNUMU	1344
OVERVIEW OF THE EFFECT OF DISASTERS ON ALZHEIMER PATIENTS.....	1444
NURSES' ROLE IN PATIENTS' SAFE DISCHARGE FROM THE EMERGENCY DEPARTMENT	15153
RELATIONSHIP AND COMMUNICATION MANAGEMENT IN THE EMERGENCY DEPARTMENT.....	160
NURSING APPROACH ACCORDING TO THE WATSON HUMAN CARE MODEL OF A PATIENT WHO HAD COVID 19 AND OPEN HEART SURGERY	1655
THE PSYCHOLOGICAL HARDINESS OF HEALTHCARE PROFESSIONALS DURING THE COVID-19 PANDEMİC.....	1764
VARDİYALI ÇALIŞMA SİSTEMİNİN ACİL SERVİS HEMŞİRELERİNİN SAĞLIĞI ÜZERİNE ETKİSİ	18282
ACİL SERVİSTE VARDİYALI ÇALIŞMA SİSTEMİNİN HASTA SONUÇLARINA ETKİSİ	1899
YETİŞKİNLERDE KARDİYOPULMONER CANLANDIRMA (CPR YÖNETİMİ).....	1966
A CASE REPORT OF CHRONIC KIDNEY FAILURE ADMITTED TO THE EMERGENCY DEPARTMENT DUE TO CHEST PAIN.....	202.....202
ACİL SERVİSTE ÇOCUK TRAVMA HASTASI VE HEMŞİRELİK YÖNETİMİ.....	210



1.ULUSLARARASI 6.ULUSAL
ACIL HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ
CEMİLE AKBİNAR ANISINA

ÖZET
BİLDİRİLER



GERİATRİK HASTALARDA ENDOKRİN ACİLLERDE HASTA YÖNETİMİ

Funda Sofulu, Berna Nilgün Özgürsoy Uran, Elif Ünsal Avdal, Yasemin Tokem

¹ Arş. Gör. Funda SOFULU, İzmir Katip Çelebi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemş AD, İzmir / ORCID NO: 0000-0002-1252-8158

² Doktor öğretim üyesi, İzmir Katip Çelebi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemş AD, İzmir / ORCID NO: 0000-0002-4096-4619

³ Prof. Dr. İzmir Katip Çelebi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemş AD, İzmir / ORCID NO: 0000-0001-6888-0882

⁴ Prof. Dr. İzmir Katip Çelebi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemş AD, İzmir / ORCID NO: 0000-0001-9140-2846

Giriş

Yaşlanma, hücre, organ ve sistemlerdeki değişikliklerin ve fonksiyonel kayıpların görüldüğü geri dönüşü olmayan bir süreçtir. Bu değişikliklere bağlı olarak yaşlı bireylerde fizyolojik değişiklikler ortaya çıkmaktadır. Yaşlanma süreci endokrin sistemi başta olmak üzere tüm biyolojik sistemlerde çeşitli değişikliklere neden olmaktadır. Acil servise başvuran 65 yaş üzeri bireylerin en sık kullandığı ilaçlar açısından 2. Sırada insülin, 4. sırada ise oral anti-diyabetikler yer almaktadır (TEMD, 2019).

Endokrin sistem hastalıkları olan geriatric hastalar, sıklıkla klinik belirtileri değerlendirmeyi ve tedaviyi karmaşıklatabilen birden fazla kronik tıbbi duruma (veya "multimorbidite") sahiptir. Eşlik eden komorbiditelerin varlığı, bu hastalıkları tedavi etmek için kullanılan ilaçlar ve beslenme durumundaki değişiklikler, endokrin bozuklukların biyokimyasal değerlendirmesini etkileyebilmektedir (1). Klinik olarak, genç hastalarla karşılaştırıldığında, yaşlı bireylerde endokrin bozukluklarının belirtileri genellikle atipiktir. Spesifik olmayan geriatric sendromlar olarak görülür (örn., hipotiroidizm veya hipertiroidizmlili yaşlı



hastalarda kilo kaybı, halsizlik, fonksiyonel düşüş ve düşmeler, depresyon, konfüzyon ve bilişsel bozukluk) ve bu durumlar hastalar tarafından "yaşlılığa" bağlanmaktadır(1). Geriatrik hastalarda endokrin sistem hastalıklarının ortaya çıkışları, klinisyenler tarafından eşlik eden hastalıkların veya ilaçların kötüleşmesine bağlı olduğu düşünülür (Önceden var olan kardiyak hastalığı olan yaşlı hastalarda hipertiroidizm nedeniyle ortaya çıkan konjestif kalp yetmezliği, atriyal fibrilasyon veya anjina alevlenmeleri gibi) (1).

Amaç: Bu makalede, acil servislerde, geriatrik hastalarda tedavi alanı ve bakım yaklaşımının geliştirilmesi için geriatrik hastalıklarda endokrin acillerin önemi ve geriatrik hastalarda Hipoglisemi, Nonketotik Hiperozmolar Koma, Diyabetik Ketoasidoz, Tiroid Krizi ve Miksödem Koması ele alınacaktır. Yaşlılar genellikle bu acil durumların tedavisini daha zor hale getiren ve morbidite ve mortaliteyi artıran komorbid koşullara sahiptir (2). Örneğin felç ve demans, yaşlı bir hastadan herhangi bir öykü almayı zorlaştırabilir, teşhis ve tedavi planını daha zor hale getirebilir. Çoklu ilaç rejimleri tehlikeli iyatrojenik yan etkiler yaratabilmektedir (2).

Sonuç: Endokrin bozukluğu olan geriatrik hastalarda, tedavi hasta merkezli olmalı, bakımın hedefleri belirlenmeli ve bakım ortamında işlev ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesine odaklanmalıdır (1). Endokrin bozukluğu olan geriatrik hastaların optimal bakımı için disiplinler arası bakıma ihtiyaç duyulabileceği kabul edilmelidir (1). Klinik pratiği bilgilendirmek ve yönlendirmek için yaşlanmanın ve yaşla ilişkili komorbiditelerin, endokrin sistem üzerindeki etkilerine ilişkin araştırmaların genişletmesi gerekmektedir (1).

Anahtar kelimeler: Geriatrik Hasta, Endokrin Acil, Hemşirelik

KAYNAKLAR

1. Matsumoto, A. M., & Robertson, R. P. (2016). Commentary: geriatric endocrinology: an important competency for endocrinologists in an aging society. Endocrine News, 1-4.
2. Samson K., Elsayegh D. (2014). Metabolic and endocrine emergencies in the elderly. Cambridge University Press.
3. Owens, D., Kalra, S., & Sahay, R. (2011). Geriatric endocrinology. Indian journal of endocrinology and metabolism, 15(2), 71.
4. Yaşlılıkta Endokrinolojik Hastalıkların Tedavi Kılavuzu (2019). Adrenal, Diyabet, Hipofiz, Obezite, Osteoporoz, Tiroid Çalışma Grupları. <https://temd.org.tr/Kilavuzlar>



COVID-19 DÖNEMİNDE SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA STİGMA: SİSTEMATİK DERLEME

Gülendam Hakverdioğlu Yönt¹, Orhan Çakır², Kemal Yılmaz³

¹İzmir Tınaztepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi / ORCID NO: 0000-0003-3257-2102

² İzmir Tınaztepe Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu / ORCID NO: 0000-0002-4231-3561

³Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Tıp Ana Bilim Dalı / ORCID NO: 0000-0002-6886-7781

ÖZET

Giriş: COVID-19 pandemisi, kişiden kişiye solunum damlacıkları yoluyla ve hızlı bir şekilde bulaşmaktadır. Bir yıldan fazla zamandır süren pandemi insanları fiziksel ve psikolojik olarak olumsuz yönde etkilemiş, özellikle insanların korku ve endişe düzeyi salgının bitmemesi nedeniyle giderek artmıştır. Diğer salgın hastalıklarda olduğu gibi COVID-19 pandemisi de, insanlarda damgalanma ve ayrımcılık gibi psikososyal problemlerin ortaya çıkmasına neden olmuştur. Damgalanma çoğunlukla “biz” ve “onlar” algısı yaratmakta ve topluma yönelik zararlı davranışların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu çalışma, sağlık çalışanlarının COVID-19 ve damgalanma ile ilgili deneyimlerini ve görüşlerini içeren çalışmaların sonuçlarını değerlendirmek amacıyla yapılmış bir sistematik derlemedir.

Gereç ve Yöntem: Bu sistematik derlemede, 2020 yılında yayınlanmış 339 çalışma incelenmiştir. “Stigma” ve “COVID-19” anahtar kelimeleri kullanılarak Pub Med, Web of Science, YÖK Ulusal Tez Merkezi ve ULAKBİM elektronik veri tabanları taranmıştır. Çalışmaya dahil edilme kriterlerini sağlayan 14 araştırma dahil edilmiştir.

Bulgular: Çalışmalar incelendiğinde; COVID-19 hızlı bir şekilde yayılması ve pandemik doğası nedeniyle, insanlarda damgalanma ve ayrımcılık gibi psikososyal problemlere yol açtığı, özellikle panik bozukluk, anksiyete bozukluğu, keder, kayıp ve depresyon gibi çok çeşitli psikolojik sorunların oluşumunu tetiklediği belirlenmiştir. Sürekli enfekte hastalarla temas halinde ve onların bakımından sorumlu olan sağlık çalışanları, işyerinde ve çevresinde damgalama ve ayrımcılık gibi zorluklarla karşı karşıya kaldıklarını belirtmişlerdir.



Çalışmalarda, salgın sırasında artan vakalar ve ölüm oranı, sağlık çalışanlarının sosyal izolasyon, damgalanma ve ayrımcılık nedeniyle aşırı baskı altında hissetmelerine neden olduğu ve otellerdeki personel tarafından ayrımcılığa uğradıkları, yiyecek ve kalacak yer bulmakta zorlandıkları hatta toplum tarafından dışlandıkları belirtilmiştir.

Sonuç: Sağlık çalışanlarının COVID-19 damgalanması yaşamalarında, toplumun ve meslektaşlarının görüş ve tutumları önemlidir. Damgalanmayı önlemek çok yönlü stratejilerin geliştirilmesini gerektirmektedir. Bu nedenle sorumluluğun sadece bireylerde değil aynı zamanda sivil toplum örgütlerinde de olması gerektiği ve damgalanmanın azaltılmasında halkın hastalık hakkında doğru bilgilendirilmesinin önemli rolü olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Stigma, COVID-19, Sağlık çalışanları

STİGMA IN HEALTHCARE WORKERS IN THE COVID-19 ERA: A SYSTEMATIC REVIEW

Gülendam Hakverdioğlu Yönt¹, Orhan Çakır², Kemal Yılmaz³

¹ İzmir Tınaztepe University Faculty of Health Sciences / ORCID NO: 0000-0003-3257-2102

² İzmir Tınaztepe University Vocational School of Health Services / ORCID NO: 0000-0002-4231-3561

³Ege University Faculty of Medicine Hospital, Department of Emergency Medicine / ORCID NO: 0000-0002-6886-7781

SUMMARY

Introduction: The COVID-19 pandemic is spread rapidly from person to person through respiratory droplets. The pandemic that has been going on for more than a year has negatively affected people physically and



psychologically, especially the level of fear and anxiety of people has increased gradually due to the persistence of the epidemic. As with other epidemic diseases, the COVID-19 pandemic has caused the emergence of psychosocial problems such as stigma and discrimination in humans. Stigma mostly creates a perception of "us" and "them" and causes the emergence of harmful behavioral patterns towards society. This study is a systematic review conducted to evaluate the results of studies involving healthcare professionals' experiences and views on COVID-19 and stigma.

Materials and Methods: In this systematic review, 339 studies published in 2020 were analyzed. Pub Med, Web of Science, YÖK National Thesis Center and ULAKBİM electronic databases were scanned using the keywords "Stigma" and "COVID-19". 14 studies meeting the inclusion criteria were included in the study.

Results: When these previous studies were examined, it was determined that it causes psychosocial problems such as stigma and discrimination in humans, triggering the formation of a wide range of psychological problems such as panic disorder, anxiety disorder, grief, loss and depression due to the rapid spread of COVID-19 and its pandemic nature. Healthcare professionals who are constantly in contact with infected patients caring for them stated that they were faced with difficulties such as stigmatization and discrimination in and around the workplace. In the studies, it was stated that the increasing cases and mortality rate during the epidemic caused healthcare workers to feel extreme pressure due to social isolation, stigma and discrimination, and they were discriminated against by staff in hotels, had difficulty in finding food and accommodation, and even were excluded by the society.

Conclusion: The opinions and attitudes of the society and their colleagues are important in the way healthcare professionals experience stigmatization due to COVID-19 . Preventing this stigmatization requires the development of sophisticated strategies. For this reason, it is thought that the responsibility should be not only burdened on individuals but also on non-governmental organizations and that accurate information about the disease plays an important role in reducing stigma.

Keywords: Stigma, COVID-19, Healthcare workers



ACİL SERVİSTE AYDINLATILMIŞ ONAM (BİLGİLENDİRİLMİŞ RIZA)

Melih ÇAMCI

Ağrı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servis / ORCID NO: 0000-0003-4797-0816

Giriş

Acil durum, hayatı tehdit edici bir kriz hali altında, ivedilikle müdahale gerektiren tüm durum ve hallerdir. Tıp pratiğimizde ise en sık acil durumlar ile karşılaşacağımız yerler, hastane öncesi acil sağlık hizmetleri ve hastane içi acil servislerdir. Konunun yapıtaşlarından olan tıbbi müdahale, bilgilendirme ve rıza, Hasta Hakları Yönetmeliği Madde 4'te;

Tıbbi müdahale: Tıp mesleğini icraya yetkili kişiler tarafından uygulanan, sağlığı koruma, hastalıkların teşhis ve tedavisi için ilgili meslekî yükümlülükler ve standartlara uygun olarak tıbbın sınırları içinde gerçekleştirilen fizikî ve ruhî girişimi,

Bilgilendirme: Yapılması planlanan her türlü tıbbi müdahale öncesinde müdahaleyi gerçekleştirecek sağlık meslek mensubu tarafından kişiye gerekli bilginin verilmesini,

Rıza: Kişinin tıbbi müdahaleyi serbest iradesiyle ve bilgilendirilmiş olarak kabul etmesi," şeklinde tanımlanmıştır.

Bilgilendirme Yükümlülüğü

Sağlık çalışanları ve sağlık kurum, kuruluşlarının tıbbi teşhis ve tedavi edimini gerçekleştirirken bu edimi icra etmeden önce, hastayı veya kanuni temsilcisini (veli veya vasi) bilgilendirmesi tıbbi olduğu kadar hukuki bir ödev, yükümlülük ve zorunluluktur.



Bilgilendirme Yükümlülüğünün Ortadan Kalktığı Haller ve Acil Durumlarda Aydınlatılmış Onam

Hasta Hakları Yönetmeliği'nin ilgili maddelerinde, bilgilendirme yükümlülüğünün ortadan kalktığı haller olarak geçen başlıca 4 durum belirtilmektedir. Bunlar; hastanın bilgilendirilme hakkından vazgeçmesi, hastanın yapılacak bilgilendirme hakkında bilgi sahibi olması, yapılacak bilgilendirmenin hasta üzerinde kötü etki yapacak olması, acil haller ve durumlardır. İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi'nin 2. bölümünde yer alan “muvafakat” başlığı altındaki 8. madde acil durumlarda tıbbi müdahale ve rızayı açık, sade ve net bir şekilde açıklamaktadır; *“Acil bir durum nedeniyle uygun muvafakatin alınamaması halinde, ilgili, bireyin sağlığı için tıbbî bakımdan gerekli olan herhangi bir müdahale derhal yapılabilir.”*

Varsayılan/Farazi/Umulan Rıza

Varsayılan rıza, müdahalede bulunulan hastanın rızasının bulunmadığı ancak objektif ölçütlere göre rızanın var olduğunun kabul edilmesi durumudur. Varsayılan rızanın ön koşulu şudur; eylem, hukuka ve ahlaka uygun olmalı ve yaşam hakkına zarar verecek şekilde olmamalıdır. Varsayılan rıza, hukuka uygunluk nedeni olarak ortaya çıkar. Dayanağı ise, hastanın müdahale sırasında rızasını açıklayabilecek durumda olmaması, önceden aksi bir beyanının bulunmaması, hastanın normal koşullarda rıza konusundaki iradesini tahmin etmeye ve bunun sonucuna göre davranılmasıdır.

Sonuç

Acil durumlarda aydınlatılmış onam, bilgilendirilmiş rızanın evrensel olarak kabul gören istisnalarından biridir. Evrensel etik değerlerle ve kanunlarla desteklenen, gerekliliği ve zorunluluğu tanımlanmış olan bilgilendirilmiş rızanın, aranmadığı ve onaylanabildiği durumların çoğu acil hallerdir. Bilgilendirilmiş rıza elde etmeden hastaya tıbbi müdahale hakkına, ayrıcalığına sahip olan sağlık çalışanı bir imtiyaz hakkı elde etmiş olur. Hastasının karar vermesi için ihtiyacı olan bilgiyi verecek yeterli zamana sahip olmadığı durumda hastasının onamını elde etmeksizin yaşam kurtarıcı tedavinin yapılması etik açıdan savunulabilen bir durumdur.

Anahtar Kelimeler

Bilgilendirme, Rıza, Acil servis



INFORMED CONSENT AT THE EMERGENCY DEPARTMENT

Melih ÇAMCI

Ağrı Training and Research Hospital, Emergency Department / ORCID NO: 0000-0003-4797-0816

Introduction

Emergency is all situations that require immediate intervention under a life-threatening crisis. In our medical practice, the most common emergency situations are the pre-hospital emergency health services and in-hospital emergency departments. Medical intervention, information and consent, which are the building blocks of the subject, in clause 4 of the Patient Rights Regulation;

Medical intervention: Physical and mental intervention carried out within the boundaries of medicine in accordance with the relevant professional obligations and standards for the protection of health, diagnosis and treatment of diseases, applied by persons authorized to perform the medical profession,

Information: Before any medical intervention planned to be made, the necessary information is given to the person by the healthcare professional who will perform the intervention

Consent: The person accepts the medical intervention with his / her free will and informed."

Disclosure Obligation

It is a legal duty, obligation and obligation for healthcare professionals and healthcare institutions to inform the patient or their legal representative (parent or guardian) before performing medical diagnosis and treatment.



Informed Consent in Cases of No Disclosure Obligation and Emergency Situations

In the relevant articles of the Patient Rights Regulation, 4 main situations that are mentioned as the cases where the obligation to inform is removed are specified. These; The patient relinquishes the right to be informed, the patient has information about the information to be made, the information to be given will have a negative effect on the patient, emergencies and situations. Clause 8 under the heading "consent" in the 2nd part of the Convention on Human Rights and Biomedicine explains the medical intervention and consent in emergency situations clearly, simply and clearly; *"If appropriate consent cannot be obtained due to an emergency, any intervention that is medically necessary for the health of the individual can be made immediately."*

Default / Assumed / Expected Consent

Assumed consent is the acceptance of the patient's consent without the consent of the intervened patient, but the existence of consent according to objective criteria. The precondition for the default consent is; the action must be in accordance with the law and morality and not in a way that deters the right to life. Supposed consent occurs as a reason for lawfulness. The basis is that the patient is not in a position to reveal his consent during the intervention, he does not have a prior declaration, to anticipate the patient's will for consent under normal conditions and to act accordingly.

Result

Informed consent in emergency situations is one of the universally accepted exceptions to informed consent. Most of the situations in which informed consent, which is supported by universal ethical values and laws and whose necessity and obligation is defined, is not sought and can be approved, are emergency situations. The health worker who has the right to medical intervention to the patient without obtaining the informed consent, gains a privilege. In cases where the patient does not have enough time to give the information he needs to make a decision, performing life-saving treatment without obtaining the patient's consent is an ethically defensible situation.

Keywords; Information, Consent, Emergency department



APPROACH TO THE PATIENT WHO APPLIED TO THE EMERGENCY DEPARTMENT WITH DIABETIC KETOACIDOSIS CASE REPORT

Dilan ÇİFTÇİ¹

Aynur TÜREYEN²

¹SBÜ İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir, TÜRKİYE

ORCID NO: 0000-0002-5092-9382

²Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İzmir, TÜRKİYE

ORCID NO: 0000-0002-2361-2099

Abstract:

The prevalence of diabetes mellitus is increasing in our country and in the world. As a common disease, it causes many acute and chronic complications. Diabetic ketoacidosis is an acute complication of diabetes mellitus. In this study; We aimed to present a case report of a patient who applied to the emergency department with DKA.

Case report:

- Introductory Features: A.K; 75 year old male. He is married and lives with his wife.
- Complaint: The patient presented to the emergency service with the complaint of high blood glucose level measured at home in the evening (444 mg / dl), dyspnea and shortness of breath.
- Resume: A.K has Hypertension, DiabetesMellitus and Coronary Heart Disease diagnoses and is under follow-up. The patient has left leg amputation due to diabetes complications. Coronary angiography was performed before and coumadin treatment was given to the patient. Coronary bypass was recommended for the patient.



Pedigree History: Could not be questioned

- Habits: Smoking
- Vital signs: Blood pressure: 129/69mmHg, Pulse: 67/dk, respiratory: 22/dk, Body

Temperature: 36.5C

Laboratory Findings: Glucose:456 mg/dl Üre:109 Creatinin:2.25 CRP:21 pH: 7.16 HCO3: 16.1
PCO2:61 K⁺:5Troponin HS: 911.90 CK-MB: 8.9

- Physical Exam:
 1. GKS:15
 2. No signs of Defense Rebound on abdominal examination
 3. Prolonged expiration
 4. No signs of edema
- Treatment Applied: It was planned to start infusion from 70 cc / h by placing 50 units of Humulin R in 500 cc 0.9% NaCl, to start 1000 cc 0.9% NaCl in the other arm, to reduce the infusion dose to half when blood sugar is below 250 md / dl, and to start dextrose infusion. It was suggested that blood glucose should be kept between 150-200 by hourly blood glucose monitoring, weight and K⁺ control is seen every 4 hours, and KCl replacement should be made if the K⁺ value falls below 4.
- Diagnoses: DKA, Atherosclerotic heart disease

Conclusion: As a result of the consultations made to the patient who applied to the emergency department with 112, the examinations and treatment for the acute period were planned. The patient was recommended to be transferred to another center for the additional atherosclerotic heart disease found in the patient.

Key Words: Diabetic Ketoacidosis, emergency room, acute intervention



PARAMEDİK VE PARAMEDİK ADAYLARININ ACİL HEMŞİRELİĞİNE YÖNELİK

METAFORLARI

Aslı SALDAMLI

Bartın Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu / ORCID NO: 0000-0003-1152-7249

Amaç: Bu çalışmada paramedik ve paramedik adaylarının acil hemşireliğine yönelik metaforlarının incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Tanımlayıcı-niteliksel tipteki araştırmada “kartopu örnekleme yöntemi” kullanıldı. Araştırmada veriler yarı yapılandırılmış anket ile toplandı. Anketin ilk kısmında sosyodemografik özelliklere dair 6 soru, ikinci kısmında ise “Acil hemşireliği gibidir, çünkü” şeklindeki boşluk tamamlama ifadesi yer aldı. Online anket uygulaması sonucunda 141 anket analiz edildi. Metaforlar içerik analizi ile kategorize edilip incelendi. Sosyodemografik değişkenler ile metaforlar arasındaki yüzde (%) değerleri SPSS programı ile hesaplandı.

Bulgular: Katılımcıların %27’si İlk ve Acil Yardım Programı 1.sınıf, %51’i 2.sınıf öğrencisi ve %22’si ise mezun paramedikti. Katılımcılar 46 farklı metafor oluşturdu ve metaforlar 7 farklı kategoride incelendi. En sık üretilen metaforlar “kahraman, paramedik, anne, melek ve bomba imha etmek”, en çok tercih edilen kategoriler ise “diğer mesleklere benzer” (%24), “kurtarıcı” (%21), “merhametli” (%12), “ihtiyaç duyulmayan”dı (%8). Katılımcılardan 1. sınıf öğrencilerinin “kurtarıcı”, 2. sınıf öğrencilerinin “diğer mesleklere benzer” ve mezunların ise “ihtiyaç duyulmayan” kategorisindeki metaforları çoğunlukla ürettikleri saptandı. İhtiyaç duyulmayan kategorisindeki metaforları oluşturan mezunların %86’sının 112 istasyonunda çalıştığı belirlendi. Katılımcıların %24’ü acil hemşireliğini çeşitli mesleklere benzetirken, benzetmelerin yarısının “paramedik” olduğu görüldü. Bu gruptaki katılımcıların %20’sinin “acil servislerde sadece paramedikler çalışmalı” ifadeleri göze çarptı. Ancak çoğu katılımcının “ilkyardım meleği”, “yol gösterici rehber”, “acil servisin aortu”, “can suyu” gibi metaforlar ürettiği gözlemlendi. Açıklama cümlelerinde ise “covid döneminde fedakarca çalıştılar”, “her an her şeye hazırlar” ve “vücut susuz, acil hemşiresiz olmaz” gibi cümlelerin yer aldığı görüldü.



Sonuç: Çalışmada paramediklerin çalıştıkları birimin metafor üretmede farklılık oluşturduğu saptanmıştır.

Özellikle 112 istasyonlarında çalışan paramedikler ile acil hemşirelerinin kuracakları etkin iletişimin hasta güvenliği ile meslekler arası algı ve tutumları da iyi yönde etkileyeceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Paramedik, acil hemşireliği, metafor

PARAMEDIC AND PARAMEDIC CANDIDATES METAPHORS FOR EMERGENCY NURSING

Aslı SALDAMLI

Bartın Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu / ORCID NO: 0000-0003-1152-7249

Purpose: In this study, it was aimed to examine the metaphors of paramedic and paramedic candidates towards emergency nursing.

Material-Method: In the descriptive-qualitative type of research "snowball sampling method" was used. Data in the study were collected with a semi-structured questionnaire, in the first part of the questionnaire 6 questions about sociodemographic characteristics, in the second part "Emergency nursing because” blank space completion statement took place. 141 questionnaires were analyzed as a result of the online survey application. Metaphors were categorized and analyzed with content analysis. Percentage (%) values between sociodemographic variables and metaphors were calculated with the SPSS program.

Results: Of the participants, 27% were first year students in the Paramedic Program, 51% were second year students and 22% were graduates. Participants produced 46 different metaphors and the metaphors were analyzed in 7 different categories. The most frequently produced metaphors were "hero", "paramedic",



“mother”, “angel” and “bomb disposal”, and the most preferred categories were “similar to other professions”

(24%), “savior” (21%), “compassionate” (12%), “unneeded” (8%). Among the participants, it was determined that 1st grade students mostly produced metaphors in the category of “rescuer”, 2nd grade students “similar to other professions” and graduates in the “unneeded” category. It was determined that 86% of the graduates who make up the metaphors in the not needed category worked at 112 stations. While 24% of the participants likened emergency nursing to various professions, it was seen that half of the comparisons were “paramedic”. Statements of 20% of the participants in this group that “only paramedics should work in emergency services” stood out. However, it was observed that most of the participants produced metaphors such as “first aid angel”, “guiding guide”, “the aorta of the emergency room” and “life water”. In the statement sentences, it was seen that phrases such as “they worked devotedly during the covid period”, “they are ready for anything at any time” and “the body can’t live without water, ER can’t exist without emergency nurses” were found.

Conclusion: In the study, it was determined that paramedics made a difference in producing metaphors in the unit they work. It is thought that effective communication between paramedics and emergency nurses working in 112 stations will affect patient safety and interprofessional perceptions and attitudes in a positive way.

Keywords: Paramedic, emergency nursing, metaphor



PATIENT DEPENDENCY IN THE EMERGENCY DEPARTMENT: THE TURKISH RELIABILITY AND VALIDITY OF THE JONES DEPENDENCY TOOL (JDT)

Müsteyde Arslan*, Gülten Sucu Dağ**

*Uzm, Hem., Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Acil Servis / ORCID NO: 0000-0002-4764-1441

** Doç.Dr., Doğu Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü ORCID NO: 0000-0003-4887-2214

Background:

The increasing number of patients in the emergency department is an international problem.

Patient dependency (the degree of nursing care required) has major implications for nursing. In our country, there is no valid and reliable tool to evaluate patient dependency in the emergency department.

Aim: The aim of this study was to test the Turkish validity and reliability of the Jones Dependency Tool developed for use in emergency departments.

Methods: The sample of the study included 400 patients over the age of 18 who applied to the emergency department of Dr. Burhan Nalbantoğlu State Hospital and accepted to participate in the study. Data were collected between October and December 2020. The reliability of the Jones Dependency Tool was evaluated with 50 patients by two Independent nurses when the patient first arrived in the emergency department and left the emergency department and tested by Kappa analysis. After the necessary institutional and board permissions were obtained, the research was conducted.

Results: Translation and back-translation methods were used to ensure the language validity of the scale. Content validity was provided by obtaining opinions from 8 experts. The Item Validity Index of the scale was 0.95 and the Scale Validity Index was 0.95. In the JBA dependency classification, the Cohen kappa coefficient was 0.880 and 0.941, respectively. The difference between their scores from the Jones Dependency Tool, the age group, the way they came to the emergency department, triage categories, monitoring area, pulse, respiratory and oxygen saturation levels and the scores they received was statistically significant ($p<0.05$).



Conclusions: As a result, it has been determined that the Jones Dependency Tool in our country is a valid and reliable tool that can be used in determining the patient dependency level in emergency departments and accurately estimating the emergency department nurse workload.

Keywords: Patient classification, Emergency departmnet, Validity and Reliability Jones Dependency Tool



A STUDY IN SCALE DEVELOPMENT: ENDOTRACHEAL INTUBATION ATTITUDE EVALUATION SCALE (research article)

Göknur PARLAK^{1,*} Özlem YAZICI²

1- ORCID ID: 0000-0002-7289-159X

2- ORCID ID: 0000-0002-7369-2699

¹ Provincial Health Directorate, Istanbul, Turkey

²Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Okan University, Istanbul, Turkey

Introduction: Proper airline management is one of the preventable causes of death (1,2). Endotracheal intubation (IE); it is the most reliable way to secure the airway, effective ventilation and aspiration (3,4). Esophageal intubation and unilateral main bronchial intubation are the most serious and common complications in IE application. Verifying the location of the tube is one of the most important steps of airway management (3). When the literature was scanned, no scale was found to evaluate the attitudes of the practitioners about IE application.

Aim: The aim of our study is to develop a scale in which the attitudes of healthcare professionals working in emergency healthcare services towards IE can be evaluated.

Method: The research was designed as a metological research, and was carried ou with a total of 335 Emergency Medical Technicians and Paramedics working at Emergency Aid Stations between September-November 2018, after obtaining permission from the Provincial Health Directorate. Primarily, a draft scale consisting of 22 items of 5-point Likert type was created by scanning the literature, and the scope validity was obtained by taking expert opinions from 10 people. Preliminary practice was done to 10 personnel who were not included in the study, it was evaluated whether each substance was understandable or not, and the necessary corrections were done. In order to test internal consistency, item-total score correlation and Cronbach's alpha values were calculated and factor analysis was performed to test the construct validity.



Results: As a result of the analysis performed to test the content validity, Kendall's $W = 0.069$; $p = 0.82$ was found. After the analysis made by evaluating the consistency of the expert scores, 2 questions were removed from the scale. Exploratory Factor Analysis was used to test the construct validity. The fact that the Kaiser Meyer-Olkin (KMO) test was 0.77 and the

Barlett test was significant ($p < 0.001$) showed that the correlation matrix of the items in the scale was suitable for factor analysis.

Cronbach Alpha coefficient was found to be 0.666. Internal consistency of the scale; 0.507 for the "Preparation"(4 items) dimension, 0.595 for the "Practice"(5 items) dimension, and 0.720 for the "Verification" (5 items) dimension. In this case, it was determined that the items that make up the scale are consistent with each other. According to the test-retest findings ($ICC = 0.91$; Pearson correlation coefficient = 0.95), it was concluded that the scale could be repeated over time, since the values were high.

Conclusion: This scale is a valid and reliable tool that can be used to evaluate attitude towards IE process.

Keywords: Endotracheal intubation, Verification of tube placement, Scale development

References:

- 1- Sagarin MJ, Barton ED, Chng YM, Wals RM. "Airway management by US and Canadian emergency medicine residents: a multicenter analysis of more than 6,000 endotracheal intubation attempts", *American College of Emergency Physicians*, 2005, 46(4): 328-336. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16187466#> Erişim: 04.02.2018
- 2- Brown CA, Walls RM. "Critical Management Principles", Edidöt: Walls RM, Rosen's Emergency Medicine, 9 th ed.,Elsevier, Philadelphia, 2018.
- 3- Erdem NB. *Endotrakeal entübasyonda tüp yerinin doğrulanmasında beş konvansiyonel yöntemin kapnometre ile karşılaştırılması* (Tez).Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği Uzmanlık Tezi; 2017.
- 4- Acil hava yolu kontrolü, Acil Sağlık Hizmetleri, Ankara, 2011. http://megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf. Erişim: 10 Aralık 2017.



ACİLE TEKRAR BAŞVURU (DERLEME)

Semra Engin

ORCID NO: 0000-0001-8087-6325

ÖZET

Acil servisler 24 saat kesintisiz olarak hizmet veren, beklenmedik hastalık ve yaralanma ile karşılaşan hastaların değerlendirildiği, gerekli acil bakımın ve tedavinin yapıldığı, gerektiğinde hastaların ileri merkeze transferinin sağlandığı birimlerdir. Dünyada son on yılda acil servislere başvuran hasta sayısında ciddi oranda artış bulunmaktadır. 2018 yılında Türkiye de 110 milyon kişinin acil servislere başvuru yaptığı tespit edilmiştir. Aynı şikâyetle tekrar başvuruların olması hasta sayısındaki artışa neden olan faktörlerden biridir. Acil servis hastalarının %2-11'ini aynı şikâyetle kısa süreler içerisinde tekrar başvuran hastalar oluşturmaktadır. Tekrar başvuru 'erken dönem' taburculuktan sonraki ilk 72 saat içindeki başvurulardır. Yoğunluk arttıkça hastalara ayrılan zaman azaldığından, "yoğunluk - hastaya ayrılan zamanın azalması - aynı şikâyetle tekrar başvurular" arasında kısır bir döngü oluşmaktadır. Tekrarlı başvurulara bağlı hasta sayısının artmasıyla daha kısa zamanda daha fazla hastaya bakılması zorunlu hale gelmekte ve hastalarla ilgili hayati kararlar daha hızlı alınmaktadır. Bu durumda hastanelerin iş yükü, sağlık harcamaları ve sağlık çalışanlarının hata yapma olasılığı artmakta, hasta bakım kalitesi düşmekte ve acil servislerde hasta bekleme süreleri uzamaktadır. Tekrar başvurunun yaygın nedenleri; hastaların özellikleri, hastalıkların yetersiz tedavisi, kronik hastalıkların iyi tedavi edilmemesi, önceki başvuruda nedeni saptanamayan karın ağrısı, dehidratasyon, sepsisemi gibi bazı hastalık grupları, tedavi giderlerinin sigorta kurumları tarafından karşılanması, ilk başvuru yerindeki tanı ve tedavi kalitesinin yetersizliği, önceki başvuruların gece saatlerinde yapılması, süregen hastalıkların akut atakları, kronik olarak acili kullanan yaşlılar, evsizler, alkolikler ve tek başına yaşamak olarak sıralanabilir. Keith ve ark. çalışmalarına göre tekrar başvuruların %32.3 ü engellenebilir başvurulardır. Bu nedenle, sevk zincirinin etkin hale getirilmesi, hizmet içi eğitimin artırılması, hastaların ilk değerlendirilmesinde tanısal hataların azaltılması ve taburcu edilen hastalara, hastalıklarının tanı ve tedavileri hakkında yeterli bilgi verilmesi, taburculuk sonrası telefon görüşmeleri, ev ziyaretleri gibi düşük maliyetli önlemler ve poliklinik kontrollerine ulaşma yöntemlerinin iyileştirilmesinin tekrar başvuru oranını azaltacağı



düşünülmektedir. Tekrar dönüşleri azaltıcı çabalar zaten kalabalık olan acil servislerin aşırı veya yanlış kullanımını engellemek için gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Acil servis, tekrar başvuru, yoğunluk

Samsun Kavak Devlet Hastanesi. inacsemra1991@gmail.com

EMERGENCY RE-APPLICATION (REVIEW)

Semra Engin

ABSTRACT

Emergency services are units that provide uninterrupted service for 24 hours, evaluate patients with unexpected illnesses and injuries, provide necessary emergency care and treatment, and transfer patients to advanced centers when necessary. There has been a significant increase in the number of patients admitted to emergency services in the world in the last decade. It was determined that 110 million people applied to emergency services in Turkey in 2018. Re-applications with the same complaint is one of the factors leading to the increase in the number of patients. 2-11% of the emergency room patients are the patients who apply again in a short time with the same complaint. Re-applications are "early stage" applications within the first 72 hours after discharge. Since the time allocated to patients decreases as the density increases, a vicious cycle occurs between “intensity - decrease in the time allocated to the patient - referrals with the same complaint”. With the increase in the number of patients due to repeated applications, it becomes mandatory to take care of more patients in a shorter time and vital decisions about patients are made faster. In this case, the workload of hospitals, health expenditures and the possibility of making mistakes by healthcare professionals increase, the quality of patient care decreases and patient waiting periods in emergency services are prolonged. Common reasons for reapplication; characteristics of the patients, inadequate treatment of the diseases, inadequate treatment of chronic diseases, some disease groups such as abdominal pain, dehydration, septicemia whose cause could not be determined at the previous application, treatment expenses being covered by insurance institutions, inadequate diagnosis and treatment quality at the place of first application, making previous applications at night, Acute attacks of chronic diseases can be listed as chronically using the elderly, the homeless, alcoholics and living alone. Keith et al. According to their studies, 32.3% of repeat applications are



preventable applications. For this reason, it is necessary to increase the effectiveness of the referral chain, to increase the in-service training, to reduce the diagnostic errors in the initial evaluation of the patients and to provide sufficient information about the diagnosis and treatment of their diseases, low-cost measures such as phone calls after discharge, home visits and methods of accessing outpatient clinic controls. improvement is thought to reduce the rate of reapplication. Efforts to reduce repeat returns are necessary to prevent overuse or misuse of already crowded emergency services.

Keywords: Emergency service, reapplication, density

Samsun Kavak Devlet Hastanesi. inacsemra1991@gmail.com



CRUSH SENDROMU VE HEMŞİRELİK BAKIMI

*Emel MIHÇI **Nülfir Nermin YILMAZ

*Uzman Hemşire Nevşehir Devlet Hastanesi, ORCID NO: 0000-0002-1844-828X

** Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, ORCID NO: 0000 0002 7945 3349

GİRİŞ



Dünyada tarih boyunca birçok doğal afete meydana gelmiş, maddi ve manevi kayıplara neden olmuştur. Doğal afetlerden biri olan depremler nedeniyle çok sayıda ölüm, yaralanma, post travmatik stres bozuklukları ve Crush Sendromu vakası rapor edilmiştir.



Deprem sonrası görülen en önemli komplikasyon olan Crush Sendromu, ilk kez Van Colmers tarafından Messina depreminde, bildirilmiştir. Crush sendromu, (veya travmatik rhabdomyolizis) vücut dokularının kısmen veya tamamen ezilmesi veya baskıya maruz kalması sonucunda oluşan ödem, şok, böbrek yetmezliği, kalp ve solunum yetmezliği gibi sonuçlara verilen isimdir.

Crush sendromu olan kişilerde kahverengi idrar, ödem, halsizlik, aritmi ve düşük tansiyon en fazla oluşan semptomlardır. Göçük altından kurtulan kişi başta sağlıklı gözükebilir. Ancak potasyum (K) ve ezilen doku proteinlerinin kana karışması; böbrek, kalp ve akciğer gibi organları etkilemesiyle bir süre sonra kan basıncında düşme, solunum yetmezliği ve ölüm meydana gelir.



AMAÇ



Afet durumlarında oluşabilecek sağlık tehlikeleri ve yaşamı tehdit edici zararları en aza indirmek amacıyla, hemşireler afet süreci boyunca sağlık yönetimi ve bakım vermede görev alırlar.

Hemşirelerin uzmanlık alanı acil durum ve afet yönetimi ile ilgili olmasa bile tüm hemşirelerin afet yönetimini, afetlerde müdahaleyi bilmesi ve uygulaması

sağlanmalıdır.

Başlangıçta yalnızca halk sağlığı hemşirelerinin, acil hemşirelerinin ya da orduda görev yapan hemşirelerin uygulama alanı olarak görülen afet yönetimi, günümüzde tüm alanlarda çalışan hemşirelerin öğrenmesi gereken bir konudur.

Bu nedenle bu çalışmada afetlerde görülen crush sendromunun belirti ve bulgularının hemşireler tarafından fark edilebilmesi ve komplikasyonların önlenmesinde hemşirelerin farkındalık düzeyini artırılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Bu çalışma afetlerde görülen crush sendromu vakalarının hemşireler tarafından tanınması ve hemşirelik müdahalesi ve hemşirelik bakımı açısından farkındalık yaratması amacıyla literatür taramasını içeren bir derleme çalışmasıdır.

BULGULAR

Crush Sendromu gelişmiş ya da gelişme riski olan bir yaralının göçükten çıkarılmasından itibaren en geç 12 saat içerisinde hastaneye ulaştırılması önemli olup sonrasında crush sendromunun belirti ve bulguları yönünden hasta gözlemlenmeli ve gelişen değişiklikler not edilmelidir.

Kreatinin kinaz (CK) yüksekliği en önemli bulgudur.



Hiperpotasemi (K+) ((K>7mEq/L) mevcut ise; 1cc/kg IV bolus bikarbonat yapılmalı ve glukoz +insülin perfüzyonu başlatılmalıdır. Ca glukonat hiperpotasemi tedavisi için tercih edilmemelidir)

Hiponatremi (Na<135mEq/L beklenen bir bulgudur ve hipertonic sıvı tedavisi ile yeterli önlem alınmalıdır)

Akut böbrek yetmezliği (BUN ve serum üre düzeyinde artış, serum kreatinin düzeyinde artış, Hiperürisemi)

Sıvı elektrolit dengesizliği (Dehidratasyon, hiperfosfatemi)

Yaygın İntravasküler Koagülasyon (Disseminated Intravascular Coagulation-DIC)

Enfeksiyon ateş ve travmaya bağlı gelişen lokal klinik belirtilerden; ezilen kasta ödem, hassasiyet, gerginlik, ciltte renk değişikliği (solukluk, hemoraji), miyalji, periferik nöropati, kaslarda kuvvetsizlik, sertlik, kas nekrozu ön plandadır.

Hastalardaki tipik lokal bulgu, kompartman sendromudur ve bu sendroma eşlik eden ağrı beklenenden daha fazladır. Ezilme sendromlu hastalardaki sistemik bulgular etkilenen organ ve sisteme göre çok farklılık gösterir.

En sık rastlanan bulgular akut böbrek yetersizliği, hiperpotasemi, hipotansiyon ve hipovolemik şok ile beraber kalp ve solunum yetmezlikleridir. Ayrıca, felaketin stresine bağlı olarak koroner kalp hastalığına bağlı ölümlerin arttığı, hipertansiyonun daha zor kontrol edildiği ve çok sayıda hastada psişik problemlerin (değişik düzeyde şuur seviyesi) ortaya çıktığı da bilinmektedir.

SONUÇ

Crush Sendromunda hemşirelik bakımı;

- Hasta ve yakınına yapılacak olan tüm girişimler hakkında önceden bilgi vermek ve gerekli izni almak
- Hastanın şuur durumunu sık aralıklarla takip etmek şuur durumundaki değişiklikleri hekime bildirmek ve hastayı yalnız bırakmamak
- Yaşam bulgularını yakından izlemek ve değişiklikleri hekime bildirmek

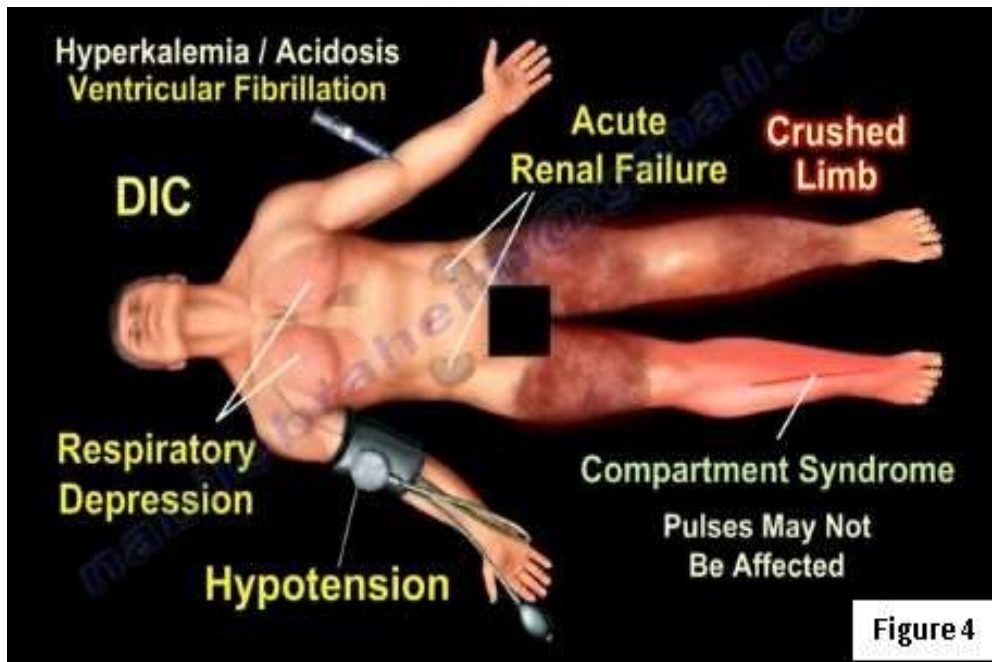


- Laboratuvar bulgularını izlemek (BUN, kreatinin, elektrolit değerleri, hematokrit, LDH, SGOT, ATP, serum miyogloblin)
- Deri rengi, ısısı ve yapısını kontrol etmek Ezilen kasın bulunduğu ekstremitenin kan akımını engelleyen pozisyonlardan kaçınmasını söylemek ve pozisyonunu sık aralıklarla değiştirmek
- Aktif, pasif egzersiz yapmasını sağlamak
- Aktivite toleransını kontrol etmek, aşamalı olarak artırmak için uygun aktivite ve istirahat periyotları sağlamak
- Yeterli derecede istirahatını sağlamak ve erken ambulasyona teşvik etmek
- Uzun süre soğuk ortamda kalmasına engel olmak
- Uygun cilt bakımı ve cildin nemli tutulmasını sağlamak
- Sık ve dar giysiler giymesine engel olmak
- İlaçların nefrotoksik etkilerini değerlendirmek
- İdrar bulgularını ve rengini izlemek
- Ödem izlemi yapmak, değerlendirmek ve cilt bakımı yapmak
- Hiperpotasemi belirtileri yönünden (K⁺ seviyesi, EKG kontrolü, arteriyel kan gazları) izlemek
- Aldığı çıkardığı takibi yapmak, eksik olan sıvı, kan, plazmayı yerine koymak K⁺ içeren yiyecekler vermemek (muz, portakal, kayısı, üzüm, v.b)
- Yüksek karbonhidrat içeren, fosfattan ve proteinden fakir diyet uygulamak
- Sık ağız bakımı yapmak K⁺ miktarı 6 mEq/L yüksekse periton veya hemodiyaliz / diyaliz için gerekli hazırlıklara başlamak
- Kardiyak arrest açısından hastayı monitörize etmek ve acil kalp ilaçlarını hazır bulundurmak
- Serum Ca⁺⁺, Na⁺ ve fosfor seviyelerini belli aralıklarla takip etmek ve gerektiğinde hipokalsemi durumunda Ca glukonat önerilen dozda IV yavaş uygulamak
- Fosfor içeren gıdaları kısıtlamak (süt ve ürünleri çikolata, et ve ürünleri kuru baklagiller, meyveler)
- Tansiyon ölçerken ebe eli bulgusuna dikkat etmek (Hipokalsemi belirtisi)
- Metabolik Asidoz belirti ve bulgularını değerlendirmek (apati, kuvvetsizlik, oryantasyon bozukluğu v.b) ve gerektiğinde istenilen miktarda HCO₃ (bikarbonat) perfüzyonu uygulamak
- Enfeksiyon belirti ve bulgularını gözlemlemek (ateş, lökositöz v.b)



- Mesane, CVP, arter, periferik kateterlerinin bakımlarını uygun şekilde yapmak. İdrar ve CVP kateterlerini 72 st, periferik ven kateterleri 48-72 st, arter kateterini ise 96 st bir değiştirmek Belli aralıklarla kültür için örnek almak (kateter ucu, idrar, kan v.b)
- Yeterli ve dengeli beslenmesini sağlamak ve diyetine uygun besinlerden sık ve az miktarda almasını sağlamak
- Kanama belirti ve bulgularını gözlemlemek (peteşi, ekimoz, hipotansiyon, taşikardi, hematüri v.b) ve anormal durumları hekime haber vermek
- Çarpma, düşme v.b. kazaları önlemek

Anahtar kelimeler: crush sendromu, afet, deprem, hemşire



KAYNAKLAR

Alpay H (2000). Crush sendromu. İ.Ü. Çocuk Sağlığı Enstitüsü, İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Türkiye Milli Pediatri 22. Pediatri Günleri ve 2.Pediatri Hemşirelik Günleri. İstanbul, 31–33.

Aygin, D., & Atasoy, İ. (2008). Crush Sendromu Tedavi Ve Bakımı. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 11(1), 93-100.

Bektaş Akpınar, N., & Aşkın Ceran, M. (2020). Current Approaches About Disasters And Role And Responsibilities Of Disaster Nurse. Journal of Paramedic and Emergency Health Services.1(1):28-40

Bilge I (2000). Crush sendromu tanı ve tedavisi. İ.Ü. Çocuk Sağlığı Enstitüsü, İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Türkiye Milli Pediatri 22. Pediatri Günleri ve 2..Pediatri Hemşirelik Günleri, İstanbul, 311-313.

Hacıbekiroğlu M, Balcı H, Kasım A (2000). Depremzede kan örneklerinde 14 biyokimyasal parametrede meydana gelen değişimler. Cerrahpaşa Tıp Dergisi 31(4): 216–219.

International Council of Nurses Uluslararası-ICN, Hemşireler Konseyi 2009

Olchin ve Krutz 2012, L., Krutz, A. (2012). Nurses as first responders in a mass casualty. Journal of Trauma Nursing: the Official Journal of the Society of Trauma Nurses. 19(2): 122-129.

Sever MŞ (2002). Crush (Ezilme) Sendromu ve Marmara Depremi'nden Çıkarılan Dersler. Türk Nefroloji Derneği Yayınları, İstanbul

Şenel, Ferda (Aralık 2011). "Crush Sendromu". Bilim ve Teknik (PDF). Cilt 310. s. 86.

Yıldız S (2000). Crush sendromlu çocukta hemşirelik bakımı. İ.Ü. Çocuk Sağlığı Enstitüsü, İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Türkiye Milli Pediatri 22. Pediatri Günleri ve 2.Pediatri Hemşirelik Günleri. İstanbul, 314–322



EVALUATION OF THE FIELD TRIAGE KNOWLEDGE LEVELS AND DEVELOPING OF TRIAGE SCALE (Araştırma)

Zeynep Kaplan Afacan*, Dr. Öğr. Üyesi Özlem Yazıcı**

* Aydın İl Sağlık Müdürlüğü /ORCID: 0000-0002-7543-6357

**İstanbul Okan Üniversitesi /ORCID: 0000-0002-7369-2699

Introduction: Pre-hospital healthcare is provides emergency health care to patients up to reach to hospital. Before intervening to the patient, the field should be managed and it should be decided whether triage will be performed or not. Triage; It is the classification of affected patients according to the degree of injury endangering their lives in the event of an emergency or disaster.

There are no studies in the literature showing the triage knowledge level of the personnel who intervened with the sick and injured at the field. At the same time triage scale not found in the literature.

Aim: This study was conducted to evaluate the triage knowledge of prehospital staff. Therewithal with this study, it is aimed to develop a scale and add it to the literature.

Method: This study was planned as a descriptive, cross-sectional and methodological study. The study was carried out with health personnel working in Istanbul 112 Provincial Ambulance Service Chief Physician between September-December 2018. The data were collected using by survey method. A total of 338 people participated in the study.

There are questions in the sociodemographic information form. In the scale prepared based on START and JumpSTART Triage model criteria, there are 16 questions with "True", "False" and "Undecided" options. Opinions of 11 experts were obtained for content validity. Test-retest 4 weeks later, the study was repeated on 30 people who participated in the study. There are 16 questions in the scale. While the minimum score



that can be taken is 0, the highest score is 16. 0-10 point is low, 11-13 point is moderate, 14-16 point is high level. R vers. 2.15.3 programı (R Core Team, 2013) used for statistical analysis.

Findings:

Sociodemographic Feature Findings

Age of participants mean 26.63 ± 5.75 years, 52.4% (n = 177) are women, 49.4% (n = 166) are associate degree graduates, 83.4% (n = 281) of them work at the emergency aid station, 83.7% (n = 283) have triage training, 50.3% (n = 170) applied field triage.

Triage Scale of Findings

Scores range from 5 to 16 with an average of 11.77 ± 2.30 . The internal consistency level of 16 items is 0.563. Test - retest analysis results are intra-class correlation coefficients 0.958 and Pearson's correlation coefficient is 0.959.

Results: The findings showed that the pre-hospital staff had moderate knowledge of field triage. Content of scale applies and repeatable.

Key words: Pre-hospital, emergency, field triage, triage



NADİR BİR HASTALIK OLGUSUNUN ACİL BAKIM SÜRECİ: SKLERODERMA RENAL KRİZİ

Serap ÖZER*

Adile AY**

* Doç.Dr, Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye /
ORCID NO: 0000-0002-8903-1596

** Doktora Öğrencisi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim
Dalı, İzmir, Türkiye / ORCID NO: 0000-0003-0278-4841

Skleroderma; fibrozis, vaskülopati ve otoimmünite reaksiyonları ile karakterize bir bağ dokusu hastalığıdır. Nadir görülen bir hastalık olan sklerodermada genel insidans, küresel olarak yılda bir milyonda 8 ila 56 yeni olgu arasında değişmekte olup, prevelans yılda bir milyonda 38 ila 341 olgu arasında gösterilmektedir. Kadın cinsiyetinde daha fazla görülen hastalıkta; akciğerler, gastrointestinal sistem, böbrekler, kardiyovasküler sistem ve kas- iskelet sistemi etkilenecek çoklu organ hasarı ortaya çıkabilmektedir.

Renal kriz, sklerodermanın en korkulan komplikasyonlarından birisidir ve tıbbi bir acil durum olarak kabul edilmektedir. Sklerodermalı hastaların %5-18'inin renal kriz yaşadığı bildirilmektedir. Renal kriz genellikle ani başlangıçlı malign hipertansiyonun eşlik ettiği akut böbrek yetersizliği tablosudur. Tedavi sürecinde anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE) inhibitörlerinin artan dozları ile erken ve agresif kan basıncı kontrolü çok önemlidir. Kan basıncı kontrolü ile böbrek kan akımı iyileştirilebilmektedir. Bunun yanında idrar çıkışı ve böbrek fonksiyonları yakından izlenmelidir. İlerleyen dönemlerde hemodiyaliz de gerekli olabilmektedir.

Etkin yönetimi sağlanamadığında böbrek kaybı ve yüksek mortalite ile sonuçlanabilen skleroderma renal krizinde; organ hasarı takibinin yapılması, yeni organ komplikasyonlarının ve kötüleşme riski taşıyan hastaların tanınması gerekmektedir. Hemşirelerin acil servise hipertansiyon ile başvuran sklerodermalı hastalarda renal kriz bulgularını tanılayıp değerlendirerek acil bakım sürecini başlatmaları önem taşımaktadır.



Bu olgu çalışmasında; nadir bir hastalık olgusunun acil bakım sürecini açıklamak amaçlanmıştır. Bunun için de nadir hastalık olgusu olarak skleroderma renal krizi seçilmiştir. Uzun süredir Sjögren sendromu ve skleroderma tanısı ile yaşayan 60 yaşındaki kadın olgu AC üç haftadır devam eden epigastrik ağrı ve bulantı-kusma öyküsü ile acil servise başvurmuştur. Olgunun geçmiş ve şimdiki sağlık öyküsü değerlendirilmiştir. Objektif tanılması yapılmış, tanı testlerinin sonuçları yorumlanmıştır. Acil servise başvuru anında kan basıncı 178/85 mmHg, kreatinin değeri 1.4 mg/dL olarak belirlenmiştir. Olgunun ileri tetkiki ve tedavisi için yatırışı yapılmıştır. Acil bakım sürecinde; monitörizasyon ile yakın kan basıncı kontrolü, bilinç durumu, aldığı çıkardığı takibi, hematüri izlemi gerçekleştirilmiş, ilaç tedavisi önerildiği şekilde uygulanmıştır. Yan etkilerin takibi yapılmış, AC'nin anksiyetesinin kontrol altına alınmasına yönelik girişimlerde bulunulmuştur. Ortaya çıkan halsizlik, dispne ve yorgunluk bulguları gevşeme yöntemleri, dikkati başka yöne çekme gibi non-farmakolojik girişimler ile rahatlatılmaya çalışılmıştır.

Sonuç olarak; skleroderma renal krizinde hemşireler komplikasyonların gelişimi açısından sık izlemler yapmalı, özellikle kan basıncı ve böbrek fonksiyonları izlemine göz ardı etmemelidir. Dolayısıyla hemşirelerin bu konuda bilgili olması ve olgu çalışmamızda olduğu gibi acil bakım sürecini etkili bir şekilde yönetebilmesi önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Skleroderma, Renal kriz, Acil bakım



PRONE POZİSYONUNDA KARDİYOPULMONER RESÜSİTASYON VE HEMŞİRENİN ROLÜ (DERLEME)

Serap ÖZER¹

Berna CAFER KARALAR²

1-Doç. Dr., Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir /

ORCID NO: 0000-0002-8903-1596

2-Uzm. Hemşire, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı,
İzmir / ORCID NO: 0000-0001-9429-238X

Özet

Giriş: Kardiyak arrest durumlarında hızlı ve hemen başlanan kardiyopulmoner resüsitasyonun (KPR) hastayı kurtarmadaki önemi yadsınamaz bir gerçektir. Standart KPR, hastanın supine olduğu pozisyonda uygulanmaktadır. Fakat hastaya supine pozisyonu verilemiyorsa, akut solunum yetersizliği sendromu, spinal cerrahi ve omurga cerrahisi gibi durumlar söz konusu ise prone pozisyonu verilerek de KPR uygulanabilmektedir. Ayrıca günümüzde Covid-19 hastalığında da prone pozisyonunun yararlı etkileri gösterilmekte ve bu hastalarda kardiyak arrest tablosu ile karşılaşıldığında prone KPR uygulaması tercih edilebilmektedir. Bu uygulama ile ciddi kardiyak ve nörolojik sekellerden kaçınılarak gecikmeden resüsitasyona başlanabilmesi mümkün hale gelmektedir. Bulaş oranının az olması ve bu sayede sağlık profesyonellerinin sağlığının korunması avantajları da bulunmaktadır. Prone pozisyonunda KPR’da havayolu açıklığının korunması, gastrik içeriğin minimum aspirasyon riski, yaralanma riskinin az olması ek avantajlar arasında sayılabilmektedir. Konuyla ilgili görüşler farklılık göstermekte olup, sınırlı sayıda araştırma verisi bulunmaktadır. Amerikan Kalp Derneği’nin 2010 yılı kılavuzunda standart pozisyonda KPR yapılamadığı durumlarda prone pozisyonunun tercih edilebileceği önerisi yer alırken, 2015 yılında yayınlanan kılavuzda bu



konuda bir öneri verilmediği görülmektedir. Türk Kardiyoloji Derneği'nin 2020 yılında yayınladığı Covid-19 Uzlaş Raporu'nda ise; bulaş riskini en aza indirecek şekilde prone pozisyonunda KPR yapılabileceği belirtilmektedir.

Hemşireler, hasta bakımında her zaman aktif olan ve genellikle arrest durumunda ilk tanılayan ve müdahaleyi gerçekleştiren sağlık profesyonelleridir. Hasta için tüm önlemleri alarak KPR uygulamalarını başlatmakta ve komplikasyonlardan korumak adına girişimleri uygulamaktadır. Bu derlemede; prone pozisyonunda KPR uygulamasının ve bu kapsamda hemşirenin rolünün açıklanması amaçlanmıştır.

Sonuç: Prone pozisyonunda KPR; etkinliği tam olarak bilinmemekle birlikte, günümüzde covid-19 hastalığı ve diğer nedenlerle prone pozisyonu verilen hastalardaki kardiyak arrestte alternatif bir yoldur. Küresel sağlığın öneminin anlaşıldığı bu günlerde; sağlığın ve hastalığın merkezinde olan hemşirelerin bu gibi yeni uygulamalar hakkında bilgi edinmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Prone pozisyonu, kardiyopulmoner resusitasyon, hemşirelik.



LOPERAMİD “ZAVALLI ADAMIN METADONU” TOKSİSİTESİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI: OLGU SUNUMU

Loperamide, The “Poor Man’s Methadone” Toxicity And Nursing Care: Case Report

Arzu GÜNGÖR TOLASA¹ Ayşegül TÜRKMENOĞLU²

¹ORCID:0000-0003-0649-7858, Dr (PhD) İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İZMİR

²ORCID: 0000-0001-9906-9822, Uzman Hemşire, PhD (c), İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İZMİR

Özet: Loperamid, ucuz, kolay erişilebilir ve yaygın olarak kullanılan, reçetesiz satılan bir ishal önleyici ilaçtır. Loperamid, semptomlar ve opioid kesilmesinin öforik etkisi için alternatif bir tedavi olarak etiket dışı kullanımda yakın zamanda ciddi bir artış göstermiştir. Sosyal damgalanmanın olmaması da kullanımını artırmaktadır. Ulusal Toksik Veri Sistemini inceleyen bir çalışma, 2010'dan 2015'e kadar bildirilen loperamid maruziyetlerinde %91'lik bir artış buldu. Günde 70-100 miligram (mg) gibi yüksek dozlarda loperamid, opioid yoksunluğunun etkilerini hafifletmek veya öforik etkilerini azaltır. Yüksek dozlarda loperamid, QTc uzaması, QRS genişlemesi, ventriküler taşikardi, ventriküler fibrasyon ve hem sodyum hem de potasyum kanal blokajına bağlı diğer kardiyak aritmiler dahil olmak üzere ciddi kardiyotoksik etkilere neden olabilir. Loperamid toksikolojisinde hemşirelik bakımının amaçları; Gastrointestinal dekontaminasyonun sağlanması, solunum depresyonu ve kardiyotoksikitenin önlenmesi ve hasta eğitimi. Bu yazıda bir loperamid doz aşımı vakasını anlatıyoruz.

Anahtar Kelimeler: Loperamid toksisitesi; hemşirelik bakımı; fonksiyonel sağlık örüntüleri

Abstract: Loperamide is an inexpensive, easily accessible, and widely used over-the-counter anti-diarrhea medication. Loperamide has had a recent, drastic increase in off-label use as an alternative treatment for symptoms and euphoric effect of opioid withdrawal. The absence of social stigma also increases its use. A study examining the National Toxic Data System found a 91% increase in reported loperamide exposures from 2010 to 2015. High doses of loperamide, such as 70-100 milligrams (mg) per day, are abused to alleviate



the effects of opioid withdrawal or to reduce its euphoric effects. High doses of loperamide may cause serious cardiotoxic effects, including QTc prolongation, QRS widening, ventricular tachycardia,

ventricular fibrillation, and other cardiac dysrhythmias due to both sodium and potassium channel blockade. Nursing care objectives in loperamide toxicology; Providing gastrointestinal decontamination,

prevention of respiratory depression and cardiotoxicity, and patient education. In this article we describe a case of loperamide overdose.

Keywords: Loperamide toxicity; nursing care; functional health patterns



AWARENESS OF TRIAGE IN PREVENTING COVID-19 CONTACT: A CASE STUDY.

Gulbin Konakçı* Kemal Yılmaz**

* Asst. Prof., Department of Internal Medicine Nursing Faculty of Health Sciences Izmir Demokrasi
University / ORCID NO: 0000-0002-0567-574X

**Nurse, Department of Emergency, Ege University of Medicine of Faculty / ORCID NO: 0000-0002-
6886-7781

Abstract

Background: Severe Aching Occurs Through Respiratory Route Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2), first seen and spread in Wuhan, China extremely fast around the world. Fever, cough, dyspnoea, myalgia, and fatigue are common symptoms.

Case presentation: 42-year-old male patient, known to have hypertension, presented to emergency department with a history of moderate abdominal pain that started 3 days ago, and rash on the body. Fatigue was accompanied by watery diarrheic six to seven times a day.

Conclusion: The COVID-19 disease symptoms can occur without pulmonary symptoms. The knowledge of the triage nurse is important in diagnosing COVID-19 and therefore can isolate patients with COVID-19.

REFERENCES

Aslan, R. Tarihten günümüze epidemiler, pandemiler ve COVID19. Göller Bölgesi Aylık Ekonomi ve Kültür Dergisi, 2020,8(85):35-41

Ata F., Almasri H., Sajid J., Yousaf Z. COVID-19 presenting with diarrhoea and hyponatraemia; case report. BMJ Case Rep, 2020; 13: e235456 <https://doi.org/10.1136/bcr-2020-235456>



Bhowmik D., Kumar K P S., Yadav A., Srivastava S., Paswan S., Dutta A S. Recent Trends in Indian Traditional Herbs Syzygium aromaticum and its Health Benefits. Journal of Pharmacognosy and Phytochemistry, 2012;1(1): 13-22

Centres for Disease Control and Prevention. Coronavirus disease 2019. Symptoms. 2020. Accessed on 15.02. 2021 <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/symptoms-testing/symptoms.html>

El-Saber Batiha G., Alkazm LM., Wasef LG., Beshbishy AM., Nadwa EH., Rashwan EK. Syzygium aromaticum L. (Myrtaceae): Traditional Uses, Bioactive Chemical Constituents, Pharmacological and Toxicological Activities. Biomolecules, 2020; 10: 202

Gu J., Han B., Wang J. COVID-19: Gastrointestinal Manifestations and Potential Fecal-Oral Transmission. Gastroenterology, 2020; 158:1518–9 <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2020.02.054>



AFETLERDE TRİYAJ

Emel MIHÇI

Uzman Hemşire, Nevşehir Devlet Hastanesi / ORCID NO: 0000-0002-1844-828X

Giriş

Afet durumlarında sağlık hizmetleri, toplum tarafından en fazla talep edilen ve kaliteli bir şekilde sunulması beklenen hizmetlerden biridir. Sağlık personellerinin içinde en büyük grubu oluşturan hemşirelerin hızlı müdahale ve etkili afet yönetimi için afetlere hazır oluşlukları son derece önemli bir konu olarak ele alınmaktadır

Hemşirelerin Afet Durumunda Triyaj Yapabilme Gerekliği

Hemşirelerin, afet öncesi, sırası ve sonrası yeterli sağlık hizmetlerinin sunulmasını sağlamak için profesyonel yeteneklerini arttırmaları gerektiği belirtilmektedir. Uluslararası Hemşirelik Konseyi de, ICN (International Council of Nurses), tüm hemşirelerin afetlere hazırlık ve müdahaleye yönelik bilgi ve becerilere, afet bakımını planlama ve yürütme yeteneklerine en iyi şekilde, sahip olması gerektiğini vurgulamaktadır. Bu görüşe göre hemşirelerin; kendi uzmanlık alanları ne olursa olsun afet yönetimini bilmesi ve afetlerin tüm evrelerinde görev almaları sağlanmalıdır.

Sonuç

Trijaj, tedavi ve tahliye amacıyla hastaların hızlı değerlendirilmesi ve sınıflandırılmasıdır.

Afet triyajında amaç, olabildiği kadar kısa zamanda, olabildiği kadar çok hastayı değerlendirmek ve kurtarmaktır. Bu derlemede, afet triyajı, afet triyajında en sık kullanılan START modelinin uygulama basamakları ve kullanılan renk kodları literatür doğrultusunda incelenmiştir.

Anahtar kelimeler: Hemşirelik, Afet, Triyaj



DISASTERS TRIAGE

Msc Emel MIHÇI

Uzman Hemşire, Nevşehir Devlet Hastanesi / ORCID NO: 0000-0002-1844-828X

Introduction

Health services in disaster situations are one of the most demanded services by the society and expected to be provided in a quality manner. The disaster preparedness of nurses, who constitute the largest group of healthcare personnel, for rapid response and effective disaster management is considered as an extremely important issue.

Nurses' Necessity To Triage In The Event Of Disaster

It is stated that nurses need to increase their professional skills in order to provide healthcare services before, during and after disasters.

The International Council of Nursing, ICN (International Council of Nurses), emphasizes that all nurses should have the knowledge and skills for disaster preparedness and response, and the ability to plan and manage disaster care. According to this view, nurses; Regardless of their area of expertise, they should be ensured to know disaster management and take part in all phases of disasters.

Conclusion

Triage is rapid evaluation and classification of patients for the purpose of treatment and evacuation. The goal of disaster triage is to evaluate and save as much patients as possible in as short time as possible. In this review, disaster triage, application steps of the most commonly used START (Simple Triage and Rapid Triage) model in disaster triage and used color codes were examined according to literature.

Keywords: Nursing, Disaster, Triage



ACİL SERVİSTE ÇALIŞANLARININ ALGILANAN STRES DÜZEYLERİ İLE KARAR VERME STRATEJİLERİ ARASINDA İLİŞKİ

*Doç.Dr.Burcu Arkan, **Araş Gör.Gökşen Polat, ***Prof.Dr.Elif Ünsal Avdal,

* Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi / ORCID NO: 0000-0002-7285-6196

**Tınaztepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi / ORCID NO: 0000-0001-9575-2325

***İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi / ORCID NO: 0000-0001-6888-088

ÖZET

Giriş: Acil servisler kısıtlı zamanda kritik ve en zor işlemlerin yapıldığı alanlardan biridir. Acil servis çalışanlarında algılanan stres ile karar verme süreçlerindeki psikososyal risk faktörlerine maruziyet yoğun olarak görülmektedir.

Amaç: Bu çalışmanın amacı acil servis çalışanlarının algılanan stres düzeyleri ile karar verme stratejileri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntem: Çalışma kesitsel ve tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Çalışmada “Algılanan Stres Ölçeği” ve “Karar Verme Stratejileri Ölçeği” kullanılmıştır. Bir üniversite hastanesinin acil servisinde çalışan 100 kişi çalışmaya gönüllü olarak katılmıştır. Yapılan analizler sonucunda stres ve karar verme düzeylerinin birbirleriyle ilişkileri incelenmiştir. Verilerin analizi SPSS 20 paket programında yapılmıştır.

Bulgular: Araştırmada “Algılanan Stres Ölçeği” ‘nin cronbach alfa değeri 0.90, “Karar Verme Stratejileri Ölçeği”nin cronbach alfa değeri 0.70 bulunmuştur. ASÖ sonuçları ile Karar Verme Stratejileri Ölçeği arasında bulunan ilişkinin tespiti için yapılan korelasyon analizi sonuçları Tablo 6 da gösterilmiştir. Algılanan stres ile karar verme stratejileri ile stres düzeyleri arasında negatif yönlü bir ilişki vardır. ($r=-0,721$). Bu hesaplamalara ait p değerleri 0,05’ten küçük olduğundan bu ilişkiler istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Sonuç : Araştırma sonucunda acil servis çalışanının stres düzeyini azalınca ve karar verme stratejileri de artacaktır, şeklinde yorumlanabilir.

Bu sonuca göre acil serviste çalışan sağlık personellerinin stres düzeylerinin artmasının karar verme stratejilerini olumsuz etkilediğini söyleyebiliriz

Anahtar Kelimeler: Acil Servis, Sağlık Personeli, Algılanan Stres, Karar Verme



COVID-19 PANDEMİSİNDE ACİL SERVİSLERDE CERRAHİ HASTALARIN YÖNETİMİ: DERLEME

Hale Turhan Damar¹, Özlem Bilik²

1-İzmir Demokrasi Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Yaşlı Bakım Programı, İzmir /
ORCID NO: 0000-0002-1218-5319

2-Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, İzmir / ORCID NO:
0000-0002-8372-8974

Giriş: COVID-19, şiddetli akut solunum yolu sendromu koronavirüs 2'nin (SARS-CoV-2) neden olduğu bulaşıcı bir solunum yolu hastalığıdır. COVID-19 salgını tüm dünyada hızlı bir şekilde yayılırken, etkilenen ülkelerin yöneticileri, sağlık çalışanları ve araştırmacılar, bir taraftan uygun tedavinin yapılması, bir taraftan da dalgalar halinde hızlı tekrarı önlemeye yönelik politika ve prosedürler belirlemeye çalışmaktadır. Hastanede de yoğun bakımlar başta olmak üzere farklı düşünülmesi ve yönetilmesi gereken diğer bir alan acil servislerdir. Hastaneye yatış ve acil ameliyat için bekleyen tüm akut cerrahi hastalarının acil serviste COVID-19 enfeksiyonu için taranarak PCR nazofaringeal sürüntü testi ve göğüs BT'si veya göğüs röntgeni önerilmektedir. Bunlar yoksa, ameliyattan önce tam olarak göğüs BT taraması gibi COVID-19 pnömonisinin ciddiyetini değerlendirmeye yardımcı olabilecek Göğüs XR veya akciğer US ile COVID-19 taramasının tamamlanması önerilmektedir. Eğer tamamlanmadıysa, hastanın PCR swab testi sonucu elde edilene kadar izolasyonda tutulması ve COVID-19 hastası gibi düşünülerek girişimlerin yapılması önerilmektedir. Nazofaringeal sürüntü testi pozitifse, hasta COVID-19 onaylıdır. COVID-19 cerrahi hastalarının yönetimi multidisiplinerdir. Renklere ve sayılara göre ameliyatların sınıflandırıldığı Akut Bakım Cerrahisinin Zamanlaması [Timing of Acute Care Surgery (TACS)] sınıflamasına göre COVID-19 hastası olan veya tanısı henüz PCR testi ile doğrulanmasa dahi TACS 1 ve 2 sınıflamasındaki hastaların cerrahilerinin en yakın zamanda yapılması önerilmektedir. Akut cerrahi hastasında tanıyı PCR testiyle doğrulamak mümkün değilse, hastanın çevresel kontaminasyon ve viral enfeksiyona karşı tüm zorunlu önlemlerle birlikte COVID-19 (+) gibi yönetilmesi gerekmektedir. Sağlık personelinin maruziyet riskini azaltmak için tüm koruyucu önlemler alınmalı ve ameliyathane için özel bir yol kullanılmalıdır. Hastanede COVID-19 (+) hastalarına özel yol



yoksa, uygun yönetim için hasta en yakın COVID-19 hastanesine transfer edilmelidir. Sağlık profesyonellerinin postoperatif temastan kaçınmaları için postoperatif vizitleri, ilaçları ve yara yönetimini kişisel koruyucu ekipmanlarla yapmaları önerilmektedir. Cerrahi stres viral yükü artırabileceğinden ve bağışıklık sisteminin zayıflamasına neden olarak sağlıklı taşıyıcıyı daha bulaşıcı hale getirebileceğinden; bu hasta grubunda vücut ısı ve solunum semptomları günlük değerlendirilmelidir. Tüm postoperatif ateşlerde SARS-CoV-2 enfeksiyonu düşünülerek PCR testi önerilmektedir. Enfeksiyona ve acil cerrahiye bağlı tromboemboli riskini azaltmak için hastaneye kabul edilen COVID-19 hastalığı olan tüm cerrahi hastalarına profilaktik dozda DMAH başlatılması önerilmektedir. Yoğun bakımda mekanik ventilasyondaki hastalarda dirençli bakterilerin riskinin yüksek olması nedeniyle antibiyotiklerin dikkatlice uygulanması önerilmektedir. Taburculuk sonrası, tüm doğrulanmış asemptomatik cerrahi COVID-19 hastalarına ilk pozitif PCR testinden bu yana en az 2 hafta boyunca karantina önerilmektedir.

Anahtar Kelime: Covid-19, Acil Servis, Cerrahi



MANAGEMENT OF SURGICAL PATIENTS IN EMERGENCY DEPARTMENTS IN THE COVID-19 PANDEMIC: A REVIEW

Introduction: COVID-19 is an infectious respiratory disease caused by severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2). As the COVID-19 pandemic is spreading rapidly all over the world, managers, healthcare professionals and researchers from the affected countries are trying to determine policies and procedures to provide appropriate treatment on the one hand, and to prevent rapid recurrence in waves on the other. Another area that needs to be considered and managed differently in hospitals, especially in intensive care units, is emergency services. All acute surgery patients waiting for hospitalization and emergency surgery are screened for COVID-19 infection in the emergency department, and PCR nasopharyngeal swab test and chest CT or chest x-ray are recommended. If these are not available, it is recommended that a full chest CT scan be completed prior to surgery, as well as a COVID-19 scan with Chest XR or lung US that can help assess the severity of COVID-19 pneumonia. If it is not completed, it is recommended that the patient be kept in isolation until the PCR swab test result is obtained and interventions should be made by considering them as a COVID-19 patient. If the nasopharyngeal swab test is positive, the patient is confirmed for COVID-19. Management of COVID-19 surgical patients is multidisciplinary. According to the Timing of Acute Care Surgery (TACS) classification, in which surgeries are classified according to colors and numbers, it is recommended that patients with COVID-19 or patients in TACS 1 and 2 classification be performed as soon as possible, even if the diagnosis has not yet been confirmed by PCR testing. If it is not possible to confirm the diagnosis by PCR testing in an acute surgery patient, the patient should be managed like COVID-19 (+) with all mandatory precautions against environmental contamination and viral infection. All protective measures should be taken to reduce the exposure risk of healthcare personnel and a special route should be used for the operating room. If the hospital does not have a dedicated route for COVID-19 (+) patients, the patient should be transferred to the nearest COVID-19 hospital for proper management. It is recommended that healthcare professionals should perform postoperative visits, medications, and wound management with personal protective equipment to avoid postoperative contact. Because surgical stress can increase viral load and weaken the immune system, making the healthy carrier more contagious; In this patient group, body temperature and respiratory symptoms should be evaluated daily. PCR test is recommended in all postoperative fevers considering SARS-CoV-2 infection. In order to reduce the risk of thromboembolism due



to infection and emergency surgery, it is recommended to initiate prophylactic doses of LMWH for all surgical patients with COVID-19 disease admitted to the hospital. Due to the high risk of resistant bacteria in mechanically ventilated patients in the intensive care unit, careful administration of antibiotics is recommended. Post-discharge quarantine is recommended for all confirmed asymptomatic surgical COVID-19 patients for at least 2 weeks since the first positive PCR test.

Keywords: Covid-19, Emergency Service, Surgery



AFETLERİN ALZHEİMER HASTALARI ÜZERİNDEKİ ETKİSİNE GENEL BAKIŞ OVERVIEW OF THE EFFECT OF DISASTERS ON ALZHEIMER PATIENTS

Dilek DORUK KONDAKCI¹

¹Doktor Öğretim Üyesi, Trakya Üniversitesi Keşan Hakkı Yörük Sağlık Yüksek Okulu, Acil Yardım ve Afet
Yönetimi Bölümü, Edirne/Türkiye
ORCID NO: 0000-0001-9752-3833

ÖZET

Afetler insan hayatında dramatik etkiler yaratan olaylardır. Her yıl çok sayıda insanın yaralanması ve ölümüne neden olmaktadır. Bununla birlikte afetlerde yaşlı nüfus savunmasız grubu oluşturmaktadır. Afet sırası ve sonrasında yaşlı bireyler, ortaya çıkan değişimler (fizyolojik, duyuşsal ve bilişsel) sosyal ve ekonomik sınırlılıklar nedeniyle daha fazla etki altında kalmaktadır. Bu dönemde yaşlı için aile ile birlikte yaşama ve bakıcı desteği büyük önem kazanmaktadır. Pandemi süreci, dünyanın her yerinde demansla yaşayan bireyler için bakıcı desteğinin önemini bir kez daha ortaya koymuştur.

Son verilere göre dünyada demans tanısı alan 50 milyon kişi bulunmaktadır. Demans hastalarının çoğu evde aile veya bakıcılarından bakım alarak hayatını sürdürmektedir. Huzurevlerinde yaşayan yaşlıların ise büyük bir çoğunluğu demans tanılıdır. Buna rağmen literatürde demansın en yaygın şekli olan Alzheimer hastalarına afetlerin (deprem, fırtına, sel, tsunami vb.) etkisini inceleyen sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmaktadır. Literatürün çoğu, Alzheimer hastalığında günlük bakım aktivitelerine odaklanmaktadır, ancak afet gibi olaylar karşısında izlenecek ortak algoritmalar/planlara değinilmemiştir. Afetler, zihinsel ve psikolojik sorunlar, kronik hastalıklar, yaralanmalar, tıbbi bakıma ulaşım planlarının olmaması, sosyal desteğe erişimde sorunlar yaşanması nedeniyle yaşlıların sağlık durumunu ve hayatta kalma şansını olumsuz yönde etkilemektedir.

Alzheimer gibi kronik hastalığı olan bireylerin ailelerinin afet esnasında yaşadıkları tecrübeler afetlere yeterince hazırlıklı olmadıkları ve daha stresli olduklarını ortaya koymaktadır. Alzheimer hastası bakıcıların bakımını üstlendikleri birey ile birlikte bir afet planına sahip olması önemlidir. Afet esnasında uygulayacakları tahliye planı oluşturmalıdır. Acil durum ihtiyaç listeleri oluşturmalı ve malzemeleri stoklanmalıdır. Acil durum ihtiyaç listelerinde hastanın ilaçları, gözlüğü, işitme cihazı ve ekstra piller, yardımcı teknoloji araçları



olmalıdır. Alzheimer hastası bireyin ilaç isimleri, doktorları ve eczanelerinin bir listesi su geçirmez bir çantada tutulmalıdır.

Sonuç olarak, Alzheimer hastalığına sahip bireyler dezavantajlı yaşlı grubu oluşturmaktadır. Bu nedenle afetlere hazırlık ve farkındalık için grubun ihtiyacına yönelik planlamalar ve uygulamalar üzerine çalışmalar yapılması önem arz etmektedir.

Anahtar kelimeler: Alzheimer hastalığı, afet, yaşlı

ABSTRACT

It is a fact that disasters cause dramatic effects on human life including injuries and deaths of a vast number of people each year. Elderly population is the most vulnerable group among others, who are more affected by the physiological and cognitive traumas, which can lead to social and economic consequences. In this paper we consider disaster planning, implementation procedures and techniques for treatment, and classification of the needs for elderly patients suffering from Alzheimer's disease.

Following a disaster, living with the family and caregiver support for the elderly are of great importance. The Covid-19 pandemic has once again demonstrated the importance of caregiver support for individuals living with dementia all over the world.

According to recent data, 50 million individuals have been diagnosed with dementia in the world. Most dementia patients live at home being cared by their families or private caregivers. Most of the elderly living in nursing homes are also diagnosed with dementia. Despite this fact, there exist a limited number of studies in the literature examining the effects of disasters (earthquake, storm, flood, tsunami etc.) on patients with Alzheimer, which is the most common type of dementia. Most of the literature focus on daily care activities dealing with Alzheimer's disease, however common practices/plans to be followed, during catastrophic events such as disasters, are not considered. During disasters mental and psychological problems, chronic diseases, injuries, lack of access to medical care, problems in accessing social support negatively affect the health status and survival chances of the elderly.

Experiences of families of the individuals with chronic diseases such as Alzheimer's during disasters reveal the fact that they are not sufficiently prepared for disasters, hence they undergo stress when disasters occur. It is important that caregivers with Alzheimer's disease have a disaster plan for the individual they are



responsible for. They should create an evacuation plan that they will implement during the disaster. A list of emergency needs should also be created, where necessary material should be stocked. The list should include the patient's medications, glasses, hearing aid, extra batteries, and assistive technology tools. A list of drug names, doctors and pharmacies for the individual with Alzheimer's disease should be kept in a safe and waterproof bag.

As a result, individuals with Alzheimer's disease belong to a disadvantaged elderly group. Due to this, it is important to work on proper planning and applications for the needs required for the elderly and their relatives who can enhance disaster preparedness and awareness.

Keyword: Alzheimer's disease, disaster, elderly



EVALUATION of the EFFECT of LAVENDER OİL AROMATHERAPY on the LEVEL of ANXIETY RELATING to OVERCROWDİNG in EMERGENCY DEPARTMENT HEALTH CARE WORKERS

Perihan ŞİMŞEK¹, Dilek ÇİLİNGİR²

¹Trabzon University School of Applied Sciences Department of Emergency Aid and Disaster Management,
ORCID NO: 0000-0002-0216-3968

²Karadeniz Technical University Faculty of Health Sciences, ORCID NO: 0000-0002-0660-8426

Introduction: Overcrowding is a major problem complicating emergency department functions around the world.

Objective: The study was conducted to evaluate the effect of lavender oil aromatherapy on the level of anxiety relating to overcrowding in the emergency department health care workers.

Method: In the study, data were collected between November 2018-July 2019 in the emergency department of Farabi Hospital, Health Research and Application Center of Karadeniz Technical University in Trabzon. Thirty five emergency health care workers were included in the study. Data were collected by face-to-face interview method using state part of The “State-Trait Anxiety Inventory (STAI)“ the “National Emergency Departments Overcrowding Study (NEDOCS) “ scale and “Evaluation Form for Emergency Department Health Care Workers' Crowding Perception“, “Emergency Department Health Workers Information Form” developed by researchers. In the study, the level of crowding in the emergency department was simultaneously measured with NEDOCS and the crowding perception of emergency department health care workers using the Evaluation Form for Emergency Department Health Care Workers' Crowding Perception. The State Anxiety Inventory was administered to the participants in each of the six different crowding levels in the Evaluation Form for Emergency Department Health Care Workers' Crowding Perception. Lavender oil aromatherapy was applied when the fifth level of crowding was detected according to Evaluation Form for Emergency Department Health Care Workers' Crowding Perception. Lavender oil aromatherapy was repeated



three times on different days. Before and after aromatherapy, anxiety levels of emergency department health care workers were evaluated using State Anxiety Inventory.

Findings: It was determined that there was a positive and moderate relationship between state anxiety level and crowding level ($r=0.415$, $p<0.001$). It was determined that lavender oil aromatherapy had a statistically significant effect on decreasing the anxiety level related to crowding in emergency department health workers ($p<0.05$).

Conclusion: The results of the study show that there is a significant relationship between crowding and state anxiety level of emergency department health care workers and that lavender oil aromatherapy can be used as an effective method in reducing this anxiety.

Keywords: Anxiety, aromatherapy, crowding, emergency department, lavender oil



HASTALARIN ACİL SERVİSTEN GÜVENLE TABURCU EDİLMESİNDE

HEMŞİRELERİN ROLLERİ

Perihan ŞİMŞEK¹, Abdülkadir GÜNDÜZ²

¹Trabzon Üniversitesi Uygulamalı Bilimler Yüksekokulu Acil Yardım ve Afet Yönetimi Bölümü, ORCID
NO: 0000-0002-0216-3968

²Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, ORCID NO: 0000-0001-8591-9769

Dünya genelinde acil servislere yapılan başvurular artmakta ve her yıl milyonlarca hasta çeşitli sağlık sorunları nedeniyle acil servislere başvurmaktadır. Acil servislere başvuran hastaların acil tedavi ve bakımlarının gecikmeksizin uygulanması yaşamsal önem taşıdığı gibi hastaların acil servisten güvenli taburcu edilmesi de büyük öneme sahiptir. Hastalar acil servisten taburcu edilirken gerekli bilgilendirmenin yapılmaması ya da taburculuk planındaki olası aksaklıklar 30 gün içinde acil servise yeniden başvuru ve acil servislere tekrarlayan başvurulara yol açtığı; olumsuz klinik sonuçlar ve ciddi maliyet artışı ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Hastaların acil servislerden güvenli taburcu edilebilmesi için gerekli planlama hasta acil servise kabul edildiği anda başlatılmalıdır. Hastanın başvuru nedeni, tıbbi öyküsü, triyaj değerlendirilmesi kapsamında ve serviste kaldığı süre içindeki yeniden değerlendirmeler sürecinde güvenli taburculuk açısından gerekli veriler elde edilmelidir. Hasta ile etkileşim sürecinde taburculuk talimatlarına uyumunu etkileyebilecek davranış sorunları ve ileri yaş, mental bozukluklar, madde kullanımı, kronik hastalıklar, bakım vericiye bağımlılık gibi risk faktörleri değerlendirilmelidir. Hastaların taburculuk açısından risk düzeylerini belirlemek için geçerli ve güvenilir ölçüm araçlarından da yararlanmak mümkündür. İlgili risk faktörlerinin yanı sıra acil servisten taburcu edilen hastaların gerekli uyarılara uyum göstermemesi ve iletişim engellerinin yaşanması gibi güvenli taburculuğu etkileyebilecek çeşitli sorunlarla karşılaşlabilmektedir. Dahası acil servis koşulları iş yükünün ağır olması, hasta döngüsünün çok hızlı olması ve zaman kaybetmeden müdahale gerektiren vakaların başvurusu gibi nedenlerden dolayı hasta eğitimini güçleştirebilmektedir. Bu gibi güçlükler göz önüne alındığında taburculuk bilgilendirmesinin etkili olabilmesi ve hasta uyumunun artırılabilmesi için hemşirelerin çeşitli teknikleri kullanması yarar sağlayabilmektedir. Örneğin hastaya açıklanan yönergelerin ortalama sekizinci sınıf öğrencisinin anlayabileceği düzeyde olması önerilmektedir. Ayrıca etkili iletişim tekniklerinin kullanılması, hastaya soru sorması için fırsat tanınması, yazılı materyallerin



verilmesi de yarar sağlayabilmektedir. Sonuç olarak acil servis hemşirelerinin hastaların güvenle taburcu edilmesi kapsamında önemli rol ve sorumlulukları bulunmaktadır. Bu süreçte hemşirelerin tıbbi ekipman, cihaz ve ilaçların kullanılması, yara bakımı, varsa yaptırılması gereken tanı testleri ve ileri değerlendirme için başvurulması gereken sağlık kuruluşları gibi konularda vereceği taburculuk eğitimi hem acil servis hizmetlerinin kalite göstergeleri hem de hastaların yaşam kalitesi açısından oldukça önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Acil servis, acil hemşireliği, hasta güvenliği, taburculuk



NURSES' ROLE in PATIENTS' SAFE DISCHARGE from the EMERGENCY DEPARTMENT

Perihan ŞİMŞEK¹, Abdülkadir GÜNDÜZ²

¹Trabzon University School of Applied Sciences Department of Emergency Aid and Disaster Management,
ORCID NO: 0000-0002-0216-3968

²Karadeniz Technical University Faculty of Medicine, ORCID NO: 0000-0001-8591-9769

Emergency department visits are increasing worldwide and millions of patients attendance to emergency departments every year due to various health problems. It is of vital importance that the emergency treatment and care of the patients who need immediately medical care without delay, and it is also of great importance that the patients be discharged from the emergency department safely. It was found that failure to inform the patients while they are being discharged or possible disruptions in the discharge plan can lead to re-admission to the emergency department within 30 days and frequent use, which were associated with negative clinical results and serious cost increase. Planning for the safe discharge should be initiated as soon as the patients are admitted to the emergency department. Necessary data in terms of safe discharge should be obtained within the scope of the both first assessment including presentation complaints, medical history, triage and also re-evaluations during patient's stay in the department. Throughout the interaction process with the patient, behavioral problems that may affect compliance with discharge instructions and risk factors such as advanced age, mental disorders, substance use, chronic diseases, and dependency on caregivers should be evaluated. It is also possible to use valid and reliable measurement tools to determine the risk level of patients in terms of discharge. In addition to the risk factors related to patients, it is possible to encounter various problems that

may affect discharge safety, such as patients not complying with the instruction and communication barriers. Moreover, emergency department conditions can complicate patient education due to reasons such as heavy workload, very fast patient turnover, and cases requiring immediate medical intervention. Considering such difficulties, it may be beneficial for nurses to use various techniques so that discharge information can be



effective and patient compliance can be increased. For example, it is recommended that the explanations for the patients should be at a level that the average eighth grade student can understand. In addition, the use of effective communication techniques, giving the patient the opportunity to ask questions, and providing written materials can also be beneficial. As a result, emergency department nurses have important roles and responsibilities within the scope of safe discharge of patients. In this process, the discharge training that nurses will give on issues such as the use of medical equipment, devices and medicines, wound care, diagnostic tests that should be done, and health institutions that the patient should apply for further evaluation is very important in terms of both the quality indicators of the emergency departments and the quality of life of the patients.

Key words: Emergency department, emergency nursing, safety discharge, patient safety



ACİL SERVİSE BAŞVURAN HASTALARDA COVID-19 İLE İLGİLİ KORKU VE ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

Beste UÇKAY^{1,2}

Dilay ARI^{1,3}

Berna Nilgün ÖZGÜRSOY URAN⁴

Ruşengül KORUK⁵

1-ORCID NO: 0000-0002-7893-1185

2-ORCID NO: 0000-0002-2186-345X

3-ORCID NO: 0000-0002-4096-4619

¹İzmir Katip Çelebi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hemş AD, İzmir

²Bursa Şehir Hastanesi, Acil servis, Bursa

³Dokuz Eylül Üniversite Hastanesi, Yeni Doğan Yoğun Bakım Servisi, İzmir

⁴İzmir Kâtip Çelebi Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemş AD, İzmir

⁵Bursa Şehir Hastanesi, Acil Tıp AD, Bursa

Giriş

Tüm dünya Aralık 2019 tarihi ile birlikte eşi benzeri görülmemiş ortak küresel savaş olan yeni tip Koronavirüs (Covid-19)adlı bulaşıcı bir hastalığın salgınını yaşıyor. Bu küresel savaşın çıkış noktası Çin'in Wuhan kenti olmuş ve ilk etkilenen şehir olmuştur. Şiddetli akut solunum sendromu koronavirüs 2 (SARS-CoV-2) nedeniyle başlayıp ölümcül bir halk sağlığı hale gelmiştir. Dünya Sağlık Örgütüne (WHO) göre ülkemizde ilk koronavirüs vakasını 11 Mart 2020 tarihinde salgın haline gelmektedir. 2020 Mart ayından



günümüze kadar yaklaşık 3,32 Mn kişi hayatını kaybetmiştir. Yüksek enfeksiyon oranı ve ölüm oranları

COVID-19 hakkındaki endişeleri arttırmakta ve bulaş açısından insanlar arasında temastan kaçınmalar oluşmuştur. Fiziksel sağlık üzerinde oluşturduğumuz önlemler üzerinde odak oluşturduğumuz bu zamanlarda COVID-19'un psikolojik insan sağlığı üzerinde de etkileri oldukça fazladır ve göz ardı edilmemelidir. Bu salgın, dünya genelinde stres, anksiyete, korku, panik hali, depresif belirtiler, inkar gibi ek sağlık sorunlarına yol açmaktadır. Covid-19, ruh sağlığı üzerinde en çok korkuyu tetiklemektedir. Korku ise anksiyeteye neden olur ve birey kendini tehdit içinde hisseder. Küresel salgın için birçok çalışma yapılmıştır ancak ruh sağlığı açısından yapılan çalışmalar sınırlı sayıda olmakla birlikte korku ve anksiyete için ölçekler geliştirilmiştir.

Amaç

Covid-19 Acil Servise başvuran, Covid 19 şüpheli/ tanılı bireylerde korku ve anksiyete duyguları yaşandığı görülmektedir. Bu durum çalışmaya başlamak için dayanak olmuştur. Bireylerin korku ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem

Çalışmaya Covid-19 Acil Servisine Mart-Mayıs 2021 tarihlerinde başvuran 100 kadın, 100 erkek olmak üzere 200 Covid 19 şüpheli/tanılı bireyler dahil edildi. Veriler; 9 sorudan oluşan sosyodemografik veri formu ile birlikte, Haktanır ve ark. (2020) tarafından Türkçe uyarlaması yapılmış beşli likert tipinde yedi sorudan oluşan Koronavirüs Korku Ölçeği (KKÖ) ve Biçer ve ark. (2020) tarafından Türkçe uyarlama çalışması yapılmış beşli likert tipinde beş sorudan oluşan Koronavirüs Anksiyete Ölçeği (KAÖ) kullanılarak toplanmıştır. KKÖ'de yüksek puanlar daha yüksek koronavirüs korkusunu, KAÖ'de 9 ve üzeri puanlar anksiyete seviyesi yüksek olarak yorumlanmaktadır.

Bulgular

Çalışma kapsamına 100 kadın 100 erkek olmak üzere 200 birey dahil edilmiş olup, diğer Bulguların analizi devam etmektedir ve bulgular sunumda paylaşılacaktır.

Sonuç

Covid servisine başvuran bireylerin korku ve anksiyetesi göz ardı edilmemelidir. Korku ve anksiyete tedavi sürecini geciktirmektedir.

Anahtar kelimeler: Korku; anksiyete; Covid-19



INVESTIGATION OF COVID-19-RELATED FEAR AND ANXIETY LEVELS IN PATIENTS ADMITTED TO THE EMERGENCY DEPARTMENT

1-Beste UÇKAY^{1,2}

2-Dilay ARI^{1,3}

3- Berna Nilgün ÖZGÜRSOY URAN⁴

Ruşengül KORUK⁵

1-ORCID NO: 0000-0002-7893-1185

2-ORCID NO: 0000-0002-2186-345X

3-ORCID NO: 0000-0002-4096-4619

İzmir Katip Çelebi University Institute of Health Sciences, İzmir, TURKEY

Bursa City Hospital, Emergency room, Bursa TURKEY

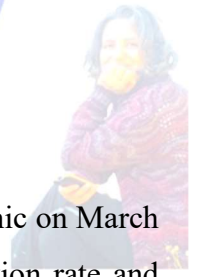
Dokuz Eylül University Hospital, Pediatric Intensive Care Service, İzmir, URKEY

İzmir Kâtip Çelebi University Faculty of Health Sciences, İzmir, TURKEY

Bursa City Hospital, Department of Emergency Medicine, Bursa, TURKEY

İntroduction

The whole world is experiencing an epidemic of an infectious disease called the new type of coronavirus (Covid-19), which is an unprecedented common global war with the date of December 2019. The starting point of this global war was Wuhan, China, and was the first city to be affected. Severe acute respiratory syndrome started due to coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and has become a fatal public health. According to the



World Health Organization (WHO), the first coronavirus case in our country becomes an epidemic on March 11, 2020. Approximately 3.32 Mn people have lost their lives since March 2020. High infection rate and mortality rates raise concerns about COVID-19 and avoidance of human contact in terms of transmission has occurred. In these times when we focus on the measures we have created on physical health, the effects of COVID-19 on psychological human health are quite high and should not be ignored. This epidemic causes additional health problems such as stress, anxiety, fear, panic state, depressive symptoms, denial, worldwide. Covid-19 triggers the most fear of mental health. Fear causes anxiety and the individual feels threatened. Many studies have been carried out for the global epidemic, but although studies in terms of mental health are limited, scales have been developed for fear and anxiety.

Purpose

It is observed that individuals who applied to the Covid-19 Emergency Service and who are suspected / diagnosed with Covid 19 experience feelings of fear and anxiety. This situation became the basis for starting work. It was aimed to determine the fear and anxiety levels of individuals.

Method

The study included 100 women and 100 men with 200 Covid 19 suspects / diagnosed individuals who applied to the Covid-19 Emergency Service between March-May 2021. Data; Along with the sociodemographic data form consisting of 9 questions, Haktanır et al. (2020) and the Coronavirus Fear Scale (SDS), which consists of seven questions in five-point Likert type, and Biçer et al. (2020), it was collected using the Coronavirus Anxiety Scale (CAÖ), which consists of five questions in a five-point Likert type. High scores in SDL are interpreted as higher fear of coronavirus, scores of 9 and above in DMC are interpreted as high anxiety level.

Results

200 individuals, 100 women and 100 men, were included in the scope of the study, and the analysis of other Findings continues and the findings will be shared in the presentation.

Conclusions; The fear and anxiety of individuals who apply to the Covid service should not be ignored. Fear and anxiety delay the treatment process.

Keywords: Fear; anxiety; Covid-19



RELATIONSHIP AND COMMUNICATION MANAGEMENT IN THE EMERGENCY DEPARTMENT

Melih ÇAMCI¹

¹Uzman Doktor, Ağrı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Servis

ORCID NO: 0000-0003-4797-0816

ABSTRACT

One of the occupational groups that require intense interpersonal relations and knowledge transfer in working life is health professional groups. Health personnel, who are human at the center of their work, use their communication skills in their relations with patients and their relatives, informing them, and exchanging feelings and thoughts. Although emergency medicine ethics is a new discipline, one of the most important parts of the hospital and the clinic that is in contact with other branches, the emergency department is also busy with many ethical problems due to the large number of health users it serves. Considering that emergency services are extremely stressful places, high levels of violence can be seen in a pattern such as long and often uncomfortable waiting and being available at any time of the day or night. It should not be forgotten that the health worker and the patient are not opposite poles, on the contrary, they are seen as complementary to each other due to the roles and responsibilities they undertake.

Keywords

Communication, Emergency department, Ethics, Violence

ÖZET

Çalışma hayatı içerisinde yoğun olarak kişiler arası ilişki ve bilgi aktarımına gerek olan meslek gruplarından biri de sağlık meslek gruplarıdır. İşinin merkezinde insan olan sağlık personelleri, hasta ve hasta yakınları ile olan ilişkilerinde, bilgilendirmelerinde, duygu ve düşünce alışverişlerinde iletişim becerilerini kullanmaktadır.



Acil tıp etiği henüz yeni sayılacak bir disiplin olmakla birlikte hastanenin en önemli parçalarından biri ve diğer branşlar ile en çok temas halindeki klinik olan acil servis, bunun yanında hizmet verdiği sağlık kullanıcısı kitlesinin sayı olarak fazla olması nedeniyle de birçok etik sorunla meşgul olmaktadır. Acil servislerin aşırı stresli yerler olduğu göz önüne alınırsa, uzun ve sıklıklar konforsuz beklemler ile gündüz ya da gece herhangi bir anda ulaşılabilir olma gibi bir düzende, yüksek seviyede şiddetin görülebilmektedir. Unutulmamalıdır ki sağlık çalışanı ve hasta zıt kutuplar değildir, tam aksine üstlendikleri rol ve sorumluluklar gereği birbirini tamamlayıcı olarak görülmektedir.

Anahtar Kelimeler

İletişim, Acil servis, Etik, Şiddet



ACİL SERVİS VE YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN ÇALIŞMA ORTAMLARININ HASTA GÜVENLİĞİ TUTUMUNA ETKİSİ

1-Emre Dokgöz, 2-Aygül Kıssal,

1-Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Acil Tıp Hemşireliği Anabilim Dalı, Tokat,
ORCID ID: 0000-0001-9475-4898, E-Posta: emre.ismet19@gmail.com

2-Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı,
Tokat, ORCID ID: 0000-0003-4570-5031, E-Posta: aygul.kissal@gmail.com

Giriş: Sağlıklı çalışma ortamı hasta güvenliğini sağlamada önemli bir unsurdur.

Amaç: Çalışmanın amacı, acil servis ve yoğun bakım servis hemşirelerinin çalışma ortamlarının hasta güvenliği tutumlarına etkisini belirlemektir.

Yöntem: Tanımlayıcı kesitsel tipte olan çalışma bir ilin Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servis ve Yoğun Bakım Servislerinde çalışan, araştırmayı katılmayı kabul eden 71 hemşire ile yapılmıştır. Veriler Hemşire Tanıtım Formu, Çalışma Ortamı Ölçeği (ÇÖÖ), Hasta Güvenliği Tutumu Ölçeği (HGTÖ) ile toplanmıştır. Veriler SPSS-20 paket programı tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama), bağımsız gruplarda t testi, Mann-Whitney U-testi, Anova ve Kruskal Wallis ve korelasyon testleri ile değerlendirilmiştir. Araştırma için etik kurul, kurum izni, çalışmayı kabul eden hemşirelerden yazılı ve sözlü onam alınmıştır.

Bulgular: Hemşirelerin yaş ortalaması 31.89 ± 7.13 , %52.1'i kadın, %47.9'u erkek, %54.9'u mesleğini isteyerek seçmiş, %60.6'sı çalıştığı klinikten memnun, %53.5'i ayda 9 ve üzerinde nöbet tutmaktadır. Katılımcıların ÇÖÖ toplam puan ortalaması 86.69 ± 13.01 , HGTÖ toplam puan ortalaması 145.55 ± 21.71 'dir. Hemşirelerin cinsiyete göre iş doyumu alt boyutu hariç ($p < 0.05$), yaş, medeni durum, çalışılan birim ve sağlık sorunu varlığı ve çalışma ve hasta güvenliği özelliklerine göre ÇÖÖ ve alt boyutlarından alınan puan ortalamalarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Hemşirelerin yaşa göre stresi tanımlama; medeni duruma göre çalışma koşulları alt boyutları ($p < 0.05$) hariç diğer değişkenlerin HGTÖ ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p > 0.05$). Hemşirelerin çalıştığı klinikten memnun olma ile meslek hayatında hasta hayatını



etkileyecek en az bir hata yapma durumuna göre HGTÖ toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı belirlenmiştir ($p < 0,05$). HGTÖ ile ÇÖÖ Korelasyonunda puanlar arasında orta düzeyde pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r:0,398$ $p < 0.01$).

Sonuç: Araştırmanın bulguları hemşirelerin ÇÖÖ ve HGTÖ toplam ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının orta düzeyde olduğunu ve çalışma ortamının hasta güvenliği tutumlarını pozitif yönde etkilediğini göstermiştir. Olumlu çalışma ortamı algılarının artırılması hasta güvenliğini artırmak için önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Acil servis, yoğun bakım, hasta güvenliği, hemşire, çalışma ortamı.



IMPACT OF EMERGENCY DEPARTMENT AND INTENSIVE CARE NURSES' WORKING ENVIRONMENTS ON PATIENT SAFETY ATTITUDE (RESEARCH)

1-Emre Dokgöz, 2-Aygül Kıssal

1-Tokat Gaziosmanpaşa University, Institute of Health Sciences, Department of Emergency Medicine Nursing, Tokat, ORCID ID: 0000-0001-9475-4898, E-mail: emre.ismet19@gmail.com

2-Tokat Gaziosmanpaşa University, Faculty of Health Science, Department of Public Health Nursing, Tokat, ORCID ID: 0000-0003-4570-5031, E-mail: aygul.kissal@gmail.com

Introduction: A healthy working environment is an important element in ensuring patient safety.

Aim: The aim of the study is to determine the impact of the working environments of emergency and intensive care unit nurses on patient safety attitudes.

Method: The descriptive cross-sectional study was conducted with 71 nurses working in the Emergency and Intensive Care Units of the Education and Research Hospital of a province, who agreed to participate in the study. The data were collected using the Nurse Introduction Form, Working Environment Scale (WES), Patient Safety Attitude Questionnaire (PSAQ). The data were evaluated by SPSS-20 software descriptive statistics (frequency, percentage, mean), and independent groups t test, Mann-Whitney U-test, Anova, Kruskal Wallis and correlation tests. Ethics committee, institutional permission, written and verbal consent from the nurses who accepted the study were obtained for the study.

Results: The mean age of the nurses is 31.89 ± 7.13 years, 52.1% female, 47.9% male, 54.9% willingly chose their profession, 60.6% are satisfied with the clinic they work in, 53,5% of them have on duty 9 or more per month. The total mean score of the WES of the participants is 86.69 ± 13.01 , and the total mean score of the

PSAQ is 145.55 ± 21.71 . No statistically significant difference was found in the comparison of the mean scores obtained from the WES and its sub-dimensions according to age, marital status, the unit of work and the presence of health problems, and the work and patient safety features ($p > 0.05$), except for the job satisfaction sub-dimension by gender ($p < 0.05$). Except for the Nurses' definition of stress according to age and except working conditions according to marital status ($p < 0.05$), no statistically significant difference was found in



the comparison of the mean scores of the PSAQ and the sub-dimension of the other variables ($p > 0.05$). The difference between the total mean score of the PSAQ according to the satisfaction of the nurses with the clinic they work, and the situation of making at least one mistake that will affect the patient's life in the profession was statistically significant ($p < 0.05$). A moderately positive correlation was found between the PSAQ and the WES ($r: 0.398$ $p < 0.01$).

Conclusion: The findings of the study showed that the mean scores obtained by the nurses from the total and sub-dimensions of the WES and PSAQ were moderate and the working environment positively affected patient safety attitudes. Increasing positive work environment perceptions is important to increase patient safety.

Keywords: Emergency service, intensive care, patient safety, nursing, working environment.



AN IMPORTANT RESPONSIBILITY IN EMERGENCY DEPARTMENT NURSING: HEADACHE AWARENESS

Öğr. Gör. Gizem ÖZBUDAK* Uzm. Hem. Dilek TAŞ** Prof. Dr. Aynur TÜREYEN***

*Trakya Üniversitesi Keşan Hakkı Yörük Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü, Edirne / ORCID NO: 0000-0002-2063-9544

** 112 Acil Sağlık Hizmetleri, Dikili, İzmir

***Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir / ORCID NO: 0000-0002-2361-2099

Introduction

Headache is one of the most common physical complaints in the society and the prevalence of headache is over 90% regardless of its cause. According to the World Health Organization, two-thirds of adults aged 18-65 experience headaches. It is known that 1% to 16% of emergency room admissions are due to headaches.

Correct diagnosis in the emergency department is very important in the treatment of headache disorder, developing early management strategies and determining the optimal emergency room activities.

Headache Classification

International Headache Society classifies headaches as primary and secondary headaches. Primary headaches are headaches not associated with central nervous system and other systemic diseases. Secondary headaches are defined as headaches secondary to systemic or central nervous system pathologies.

Primary headaches admitted to the emergency department are usually caused by migraine, chronic migraine and known as migraine vertigo with headache, and are headaches with frequent or severe attacks such as



tension headache and cluster headache. Common secondary headaches are headache due to head and / or neck trauma or injury, headaches due to neurovascular causes (transient ischemic attack, ischemic stroke, non-traumatic intracranial hemorrhage, temporal arteritis, (giant cell arteritis)).

Nursing Approach to Headache in Emergency Department

Nurse should take a comprehensive history of the patient, including a detailed headache history. Headache assessment should include questions about the history, severity, location and frequency of the pain, the characteristics of the headache, and the signs and symptoms related to the factors that increase and decrease. The state of the headache process preventing daily activities and the presence of changes in consciousness should be especially questioned. As a result of the physical and neurological evaluation of the patient, as well as taking the sociodemographic history, health history, and headache history, the first thing to do is to distinguish whether the headache is a primary-secondary headache or not. Because rapid early diagnosis of life-threatening secondary headaches (subarachnoid hemorrhage, subdural hematoma, meningitis, thrombosis and stroke etc.) in the first triage examination in the emergency department is an important factor in minimizing the risk of mortality and morbidity.

Conclusion

Nurses play an important role in the evaluation of patients who present to the emergency department with headache. For this reason, nurses should understand the importance of headache, be aware of headache classification, symptoms and signs, take a detailed and comprehensive history of the patient and, with this sense of responsibility, follow current guidelines on headaches and reflect them on their routine practices.

Keywords: Emergency service, Headache, Awareness



GÖZDEN KAÇIRILAN BİR KONU: TIBBİ ARAÇ BASINÇ ÜLSERLERİ

Arzu BAHAR

Yüksek İhtisas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ankara. / ORCID NO: 0000-0002-2132-1968

ÖZET

Giriş: Basınç yarası, uzun yıllardır sağlık alanında önemli bir bakım sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Tanı veya tedavi amaçlı kullanılan tıbbi cihazlara bağlı olarak basınç yaralanmaları meydana gelir. Tıbbi cihazlara bağlı basınç yaraları (TCBBY), hastane ortamında meydana gelen önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. tüm basınç yaralarının %30'undan fazlasını oluşturmaktadır. Bu ülserlerin tedavisi, hareketsizliğe bağlı gelişen basınç ülserlerinden daha karmaşıktır.

Amaç: Bu çalışma hastanelerde tedavi alan hastalarda gelişen tıbbi araç ülserlerinin gelişimi, gelişimini etkileyen faktörler, prevalans ve önlemeye yönelik girişimlere yönelik klavuz olması amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Bu araştırmada bulgular MEDLINE, ScienceDirect, Scopus, Cochrane, PubMed, Ovid, ULAKBİM veri tabanları kullanılarak oluşturuldu. Derlemeye 01.04.2021-01.05.2021 tarihleri arasında yayın dili Türkçe ve İngilizce olan, orijinal, randomize kontrollü, prospektif, retrospektif ve tam metin erişimi bulunan makaleler dâhil edildi. Yapılan taramalarda ‘tıbbi araç ülserleri, medikal araç ülserleri’, gibi anahtar kelimeler kullanılmıştır.

Bulgular: Literatür taraması sonucunda ulaşılan çalışmaların bir çoğunda, özellikle yoğun bakımlarda, immobil hastaların bulunduğu birimlerde tıbbi araçlara bağlı bası ülserlerinin daha sık görüldüğü belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda Tıbbi cihazlara bağlı basınç yaraları (TCBBY), hastane ortamında meydana gelen tüm basınç yaralarının %30'undan fazlasını bildirilmiştir.

Sonuç: İncelenen çalışmalarda, bu tür basınca bağlı gelişen yaralanmalarının önlenmesinde ilk adımın risk belirlenmesi, izlem ve basınçtan koruyucu pansumanlar, pozisyon değişimi gibi girişimlerin yapılması önerilmektedir. Bu önerilere ek olarak, soruna ilişkin prevalans insidans çalışmalarının yapılması gerekliliği vurgulanmıştır.



Anahtar sözcükler: tıbbi araç, basınç ülseri, önleme, hemşirelik

ABSTRACT

Introduction: Pressure sores have been encountered as an important healthcare problem for many years. Pressure injuries occur depending on the medical devices used for diagnosis or treatment. Pressure sores due to medical devices constitute an important part of the hospital environment. it accounts for more than 30% of all pressure sores. The treatment of these ulcers is more complex than pressure ulcers that develop due to immobility.

Objective: This study was conducted to guide the development, factors affecting the development, prevalence and prevention of medical device ulcers in patients receiving treatment in hospitals.

Method: Findings in this study were created using MEDLINE, ScienceDirect, Scopus, Cochrane, PubMed, Ovid, ULAKBIM databases. Original, randomized controlled, prospective, retrospective and full-text articles with Turkish and English publication language between 01.04.2021-01.05.2021 were included in the review. Keywords such as medical device ulcers, medical device ulcers ”were used in the screenings.

Results: In most of the studies obtained as a result of the literature review, it has been determined that pressure ulcers due to medical devices are more common in units with immobile patients, especially in intensive care units. Pressure sores due to medical devices have been reported in more than 30% of all pressure sores that occur in the hospital environment.

Conclusion: In the studies reviewed, it is recommended that the first step in preventing such pressure-related injuries is risk determination, follow-up, pressure-protective dressings, and position change. In addition to these recommendations, the need for prevalence incidence studies related to the problem was emphasized.

Keywords: medical device, pressure ulcer, prevention, nursing



NURSING APPROACH ACCORDING TO THE WATSON HUMAN CARE MODEL OF A PATIENT WHO HAD COVID 19 AND OPEN HEART SURGERY (CASE REPORT)

Necibe DAĞCAN¹ Gülşah GÜROL ARSLAN²

¹Uzman Hemşire, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları AD

ORCID No: 0000-0002-9574-0284

²Doç. Dr. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları AD

ORCID No: 0000-0001-8893-5625

ABSTRACT

Introduction COVID 19 is an infectious disease that negatively affects individuals. Studies show that the disease also causes heart damage. The effect of COVID 19 on patients undergoing coronary artery bypass graft (CABG) is still undefined. One of the most effective methods in the treatment of coronary artery disease (CAD) is coronary artery bypass grafting. After surgery, nurses should take a holistic approach to the individual. The model developed by Jean Watson aims to increase the quality of patient care and nursing practices and to maintain effective patient-nurse communication. Passing CABG and COVID 19 increases individuals' fear of death and spiritual needs. It causes compliance problems. IBM addresses spirituality in nursing care and supports individuals' adaptation. It is easy to use and also reduces negative emotions caused by chronic illnesses. For all these reasons, IBM was preferred in the nursing care of the patient with COVID 19 and CABG. The purpose of this case report is to explain the nursing approach of the individual with COVID 19 and undergoing open heart surgery, according to Watson IBM, and to provide an example of using a model.

Case The patient, who had COVID 19 disease and applied to the emergency service of an education and research hospital with the complaint of chest pain, was followed up in intensive care for 2 days after CABG operation and the data were collected by face-to-face interview method using Gordon's Functional Health Patterns Model. Nursing care was provided according to Watson IBM and the results were followed. The patient was informed about the study and informed consent was obtained.



Result In our study, it is thought that the improvement processes in the model increase the satisfaction and safety of the case. The patient stated that his pain, anxiety and fear decreased. He started to fulfill his self-care needs without assistance. He communicated with the intensive care team and expressed his fears and concerns. He said he was well informed about COVID and CABG. He said that he was very sorry that he lost his wife, but that life continues and that he will also take care of his own health. He said that he was not as lonely as he used to be.

Keywords: COVID 19; Open Heart Surgery; Watson's Human Care Model; Nursing

ÖZET

Giriş COVID 19, bireyleri olumsuz yönde etkileyen bir bulaşıcı hastalıktır. Yapılan çalışmalar hastalığın kardiyak hasara da neden olduğunu göstermektedir. Eşzamanlı COVID 19'un koroner arter bypass greft uygulanan hastalar üzerindeki etkisi hala tanımlanmamıştır. Koroner arter hastalığının tedavisinde en etkili yöntemlerden biri koroner arter bypass greftlemedir. Ameliyat sonrası kaliteli bir hemşirelik bakımı için hemşireler bireyi bütüncül olarak ele almalıdır. Hemşirelerin bakım davranışları Watson İnsan Bakım Modeli'nin (İBM) temelini oluşturur. İBM, hemşirelik bakımında maneviyatı ele alarak, bireylerin iyilik halini arttırmaya çalışmaktadır. Kullanımı kolaydır ve koroner arter hatalığı gibi kronik hastalıkların neden olduğu negatif duyguları da azaltmaktadır. Bu olgu sunumunda amaç, COVID 19 geçirmiş, açık kalp cerrahisi uygulanan bireyin modele göre hemşirelik yaklaşımını açıklamak ve model kullanımına örnek sağlamaktır.

Olgu COVID 19 hastalığı geçiren ve göğüs ağrısı şikayeti ile bir eğitim araştırma hastanesinin acil servisine başvuran olgu, bypass operasyonu sonrası yoğun bakımda 2 gün takip edilmiş ve verileri Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Modele göre hemşirelik bakımı sağlanmış ve sonuçları takip edilmiştir. Hasta çalışma hakkında bilgilendirilerek aydınlatılmış onamı alınmış, kurum ve klinik izni için ise sorumlu kişilerden sözel izin alınmıştır.

Sonuç Çalışmamızda modeldeki iyileştirme süreçlerinin, olgunun memnuniyetini ve güvenliğini arttırdığı düşünülmektedir. Olgu ağrı, anksiyete ve korkusunun azaldığını ifade etmiştir. Öz bakım ihtiyaçlarını yardımsız yerine getirmeye başlamış, yoğun bakım ekibi ile iletişimi sürdürmüştür. COVID 19 ve bypass



hakkında yeterince bilgilendiğini, eskisi kadar kötü hissetmediğinin belirtmiştir. Pandemiden dolayı taburculuk sonrası yalnız kalacağını ifade eden olgu, artık yalnızlıktan korkmadığını ifade etmiştir.

Anahtar Kelimeler: COVID 19; Açık Kalp Cerrahisi; Watson İnsan Bakım Modeli; Hemşirelik



DETERMINING THE PAIN AND ANXIETY LEVELS OF PATIENTS WHO APPLY TO THE EMERGENCY DEPARTMENT WITH MECHANICAL TRAUMA COMPLAINTS (RESEARCH)

Mücahit BAŞTÜRK¹, İlknur ÇALIŞKAN²

¹Taksim Education and Research Hospital / ORCID NO: 0000-0001-6670-0059

²Istanbul Okan University, Faculty of Health Sciences, Nursing Department / ORCID NO: 0000-0003-0770-5735

Introduction: It is reported that trauma is an important cause of morbidity and mortality in Turkey (1). Pain is frequently seen in trauma patients admitted to the emergency department and pain assessment is recommended (2). Physiological signs of pain are also seen in anxiety (3). If the pain is not treated adequately, it can cause anxiety (4).

Objectives: This study was aimed to determine pain and anxiety levels of patients admitting to emergency service with mechanical trauma complaint.

Methods: This research is descriptive type. The universe of the study consisted of patients who applied to the emergency service of Health Sciences University Gaziosmanpaşa Training and Research Hospital with the complaint of mechanical trauma. The sample of the study consisted of 377 patients who were above 18 years of age, were conscious, had no hearing and speech impairment, and volunteered to participate. The data of the study were collected between 15.10.2019 and 31.12.2019 using the Patient Introduction Form, the Melzack McGill Pain Questionnaire and the Beck Anxiety Inventory. With the McGill Melzack Pain Questionnaire, the location of the pain in the individual, sensory, perceptual and evaluation, the relationship with time and the severity of the pain are determined (5,6). The score of the Beck Anxiety Inventory is between 0 and 63. Between 0 and 7 points are considered low, 8-15 points as mild, 16-25 points as moderate, and 26-63 points as high level of anxiety (7,8). In statistical analysis of descriptive data, number, percentage, standard deviation and mean value was used.



Results: It was found that the ages of the patients varied between 18 and 85 years, average 37.23 ± 14.68 years, 62.6% were male, 46.7% were university graduates, and 94.2% had social security. 86.2% of the patients in the study had blunt trauma, 48% had trauma due to a car accident, 55.4% had extremity injury, 84.4% used nonsteroidal anti-inflammatory analgesics, 43.8% had soft trauma. tissue injury, 39.3% of them experienced extreme pain, 58.6% of them had superficial pain and 49.6% of them had very severe pain. Beck Anxiety Inventory total points were $15.50 (\pm 9,14)$.

Conclusions: This study concluded that patients had extreme pains and moderate anxiety symptoms. It was suggested to replicate the study on different populations and samples.

Keywords: Anxiety, emergency service, mechanical trauma, pain

References

- 1- Bayramoğlu A. Travmada dünyada ve Türkiye de istatistikler ve sistemler, https://file.atuder.org.tr/_atuder.org/fileUpload/b8a7c3O7tccG.pdf
- 2- Dilugna G., Sawe H., Kulola İ., Mfinanga J., Lucumay N., Mulosi E., Weber E. (2018). “Pain Assesmant And Management Of Trauma patients in An Emergency Department Of A Tertiary Hospital İn Tanzania, Safety in health, 4:12
- 3- Pain Management, https://www.rch.org.au/trauma_service/manual/Pain_Management/
- 4- Braun E.E., Khan T.W., Campbell S.M. (2015). Acute Pain Management in Trauma. In: Papadakos P.J., Gestring M.L. (eds) Encyclopedia of Trauma Care. Springer, Berlin, Heidelberg.
- 5-Melzack R. (1975). “The McGill Pain Questionnaire: Major properties and scoring methods”. Pain, 1 pp. 277-299.
- 6- Kuşuoğlu S., Aslan F.E., Olgun N (2003). “Turkish Version Of The Mcgill Melzack Pain Questionnaire Form (MPQF)”, Ağrı, 15 (1): 47-51.
- 7- Beck A.T., Epstein N., Brown G, & Steer, R.A. (1998). “An inventory for measuring clinical anxiety, Psychometric properties”, Journal of Consulting & Clinical Psychology , 56, 893-897.
- 8- Ulusoy M., Şahin N., Erkmen H. (1998). “Turkish Version Of The Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties”, Journal of Cognivite Psychotherapy 12(2):163-172.



SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA COVID-19 PANDEMİSİNDE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK

Dilek GELİN*, Fatma Gönül BURKEV **

1 Uzman Hemşire,Dilek GELİN,Kayseri Şehir Hastanesi, ORCID NO:0000-0002-4079-3776

2 Uzman Hemşire,Fatma Gönül BURKEV,Kayseri Şehir Hastanesi, ORCID NO: 0000-0003-2707- 2250

Derleme türünde olan bu çalışmada **amaç** ;sağlık çalışanlarında COVID-19 pandemisinde psikolojik dayanıklılık durumlarını incelemektir.

Yüzyılın salgını olan COVID-19 Hastalığı, 2019 yılı aralık ayında koronavirüs ailesinden RNA virüsünün etken olduğu belirlenmiştir.30 Ocak'ta Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ) tarafından , halk sağlığını tehdit eden COVID-19 hastalığı vakalarının hızla görülmeye başlaması ile acil durum olarak tüm dünyada pandemi ilan edildi. Dünya genelinde olduğu gibi Türkiye'de vakalar görülmeye başladığında birçok kurum; kısıtlama, izolasyon ve esnek çalışma stili gibi salgını önleyici tedbirler aldı,sağlık hizmet sunumunda sağlık personelleri koronavirüs hastalarına bakım vermeye başladı. COVID-19 hastalığı; ateş, öksürük, kas ağrıları, ishal, baş ağrıları ve solunum yetersizliği semptomlarının başlaması ile özellikle insanlar ve hayvanların solunum, bağırsak, sinir ve dolaşım sistemini etkilemekte ve mortaliteye neden olmaktadır(Arpacıoğlu ve ark., 2021; Avcı ve Yağcı, 2021).Acil servis çalışanları karşılaştıkları vakalar nedeni ile güvenli olmayan çalışma koşullarında, enfeksiyon bulaşı korkusu ile fizyolojik ve psikiyatrik rahatsızlıklar sık yaşamaktadırlar. Özellikle COVID-19 pandemisinin getirdiği yoğun çalışma şartları ile bulaş ve bulaştırmacılık anksiyetesini sağlık çalışanlarında ciddi oranda yaşadığı görülmektedir. Wuhan'da bir sağlık kuruluşunda COVID-19 ile enfekte, bildirilen hastalardan 40 kişinin sağlık personeli olması, hastalığın bulaştırmacılık hızının çok yüksek olduğunu ve sağlık çalışanlarının hastalara hizmet sunabilmek için yakın temas etmek zorunda kaldıklarının göstergesidir. Türkiye'de 2020 yılı haziran ayında yapılan bir çalışmada, acil serviste COVID-19 pandemisinde çalışan sağlık personelinin psikolojik durumunu inceleyen çalışmaya göre, acil servis çalışanlarında; anksiyete, depresyon, umutsuzluk tespit edilmiş, ruhsal yönden iyilik hali sağlanması için eğitim seminerleri verilmesini önermişlerdir(Avcı ve Yağcı, 2021; Okechukwu at all., 2020).Dünya'da bildirilen enfekte vakalar ve mortalite oranları, sağlık çalışanlarında ölüm korkusu ve ciddi kaygı bozukluklarına neden olmaktadır. Çin'de yapılan bir çalışmada Covid-19 enfeksiyonu geçiren sağlık



personellerinin yaşadıkları post-travma oranının %10 olduğu, salgın nedeni ile iş doyumsuzluğu ve tükenmişlik sendromunu yoğun yaşadıkları belirlenmiştir(Arpacıoğlu ve ark., 2021). Yapılan diğer bir çalışmada; Çin’de sağlık kurumlarındaki sağlık çalışanlarının yaklaşık yarısı hafif depresyon, üçte birinde uykusuzluk yakınmaları, doktorların % 14’ü ve hemşirelerin %16’sı orta ve ağır depresyon yaşamaktadır. Hemşirelerin, panik atak, depresyon ve post-stres travması gibi nedenlerle suicid düşündükleri bildirilmektedir (Okechukwu at all., 2020). Bu bağlamda pandemi iş yükünü artırarak akıl sağlığını olumsuz etkilemektedir. Sağlık personelleri psikolojik risk altındadırlar, kurumların yöneticileri, düzenli iletişim ile akıl sağlığını korumaya yönelik önlemler almalı, refah ortamı sağlamalıdırlar (Greenberg at all., 2020). Sosyal destek ile anksiyete, öz yetersizliği olan bireyler büyük ölçüde iyileşmektedir. Pandemi sürecinde sağlık çalışanlarının uyku kalitesi bozulduğu görülmektedir. İmmün sistemin sağlığı için uyku sağlığı önemli bir unsurdur, öz yeterlilik, uygun çalışma koşulları ve psikolojik destek ile uyku kalitesi düzeltilmektedir (Xiao at all., 2020). Çalışanlara iç güvenliği ve psikolojik hizmet sağlanmalıdır. Ülkeler, sağlık personellerine, psikolojik sağlıkları için psikiyatrist, psikiyatri hemşireleri ve psikologlardan oluşan bir ekip ile ücretsiz destek sağlamalıdırlar. Çin’de sağlık çalışanları ve halkın psikolojik dayanıklılığını artırmak için telefon ve internet aracılığıyla psikolojik danışmanlık hizmetleri sunulmuştur (Lai at all., 2020; Huang at all., 2020; Wang at all., 2020; Xiang at all., 2020; Bao at all., 2020) **Sonuç olarak;** sağlık personelleri pandeminin baş kahramanlarıdır, hizmet verdikleri kurumlar ve bakanlıklar; koşulları iyileştiren sağlık politikaları ile can güvenliği, çalışma saatleri, özlük hakları ve psikolojik durumlarının iyileşmesi için destek sağlamalıdırlar.

Anahtar Kelimeler : Sağlık Çalışanları, Pandemi, Psikolojik Dayanıklılık



THE PSYCHOLOGICAL HARDINESS OF HEALTHCARE PROFESSIONALS DURING THE COVID-19 PANDEMIC

Dilek GELİN*, Fatma Gönül BURKEV**

1 Marmara University, Kayseri City Hospital, Istanbul, Turkey

2 Nevsehir Hacı Bektas Veli University, Kayseri City Hospital, Nevsehir, Turkey

The aim of this study, which is a compilation type, is to examine the psychological hardiness conditions of the healthcare professionals during the COVID-19 pandemic. COVID-19 disease, an outbreak of the century, was identified as a factor in the RNA virus from the coronavirus family in December 2019. On the 30th of January,

COVID-19 disease threatening public health was declared as a pandemic worldwide as an emergency with cases rapidly starting to appear by the World Health Organization (WHO). As around the world, when cases began to appear in Turkey, many institutions took measures to prevent the outbreak, such as restriction, isolation and flexible working style. Healthcare professionals began to provide treatment to the coronavirus patients within the provision of health services. COVID-19 disease affects the respiratory, intestinal, nervous, and circulatory system of especially people and animals starting with the symptoms of fever, cough, muscle pain, diarrhea, headaches, and respiratory failure and causes mortality (Arpacioglu et al., 2021; Avci and Yagci, 2021). Emergency service employees often experience physiological and psychiatric disorders due to the cases they encounter in unsafe working conditions and fear of infection transmission. Especially with the intensive working conditions lead by the COVID-19 pandemic, transmission and contagion anxiety are seen to be seriously experienced by the healthcare professionals. The fact that 40 people of the patients reported to be infected with COVID-19 at a health facility in Wuhan are healthcare personnels indicates that the rate of transmission of the disease is very high and that the healthcare professionals have to be in close contact to provide services to patients. According to a study examining the psychological status of healthcare professionals working in the emergency service during the COVID-19 in Turkey in June 2020, anxiety, depression and hopelessness were identified in the emergency service employees and training seminars were recommended to ensure mental well-being (Avci and Yagci, 2021; Okechukwu et al., 2020). Infected cases and mortality rates reported around the world cause the fear of death and serious anxiety disorders in healthcare professionals. In a study conducted in China, it was determined that the post-trauma rate



experienced by the healthcare professionals who had Covid-19 infection was 10%, and they experienced job dissatisfaction and burnout syndrome intensely due to the pandemic (Arpacioglu et al., 2021). In another study, almost half of the healthcare professionals in health institutions in China suffer from mild depression, one third of them suffer from insomnia, 14% of the doctors and 16% of the nurses experience moderate and severe depression. It is reported that the nurses consider suicide because of the reasons such as panic attack, depression, and post-stress trauma (Okechukwu et al., 2020). In this context, the pandemic negatively affects mental health by increasing the workload. Healthcare personnels are at psychological risk, and the managers of institutions should take measures to protect their mental health with regular communication and provide an environment of well-being (Greenberg et al., 2020). With social support, individuals with anxiety and self-inadequacy get greatly better. During the pandemic, it is observed that the quality of sleep of the healthcare professionals is impaired. Sleep health is an important element for the health of the immune system, and sleep quality is fixed with self-sufficiency, appropriate working conditions, and psychological support (Xiao et al., 2020). Internal security and psychological services should be provided to the employees. Countries should provide their healthcare personnels with free support for their psychological health with a team of psychiatrists, psychiatric nurses and psychologists. In China, psychological counseling services by telephone and internet are provided to increase the psychological hardiness of the healthcare professionals and the public (Lai et al., 2020; Huang et al., 2020; Wang et al., 2020; Xiang et al., 2020; Bao et al., 2020). As a result, the healthcare professionals are the main heroes of the pandemic, and the institutions and ministries they serve must provide health policies that improve conditions, as well as support for life safety, working hours, personal rights, and the improvement of their psychological conditions.

Key Words: Healthcare Professionals, Pandemic, Psychological Hardiness



EFFECT OF EMERGENCY PSYCHIATRIC CARE TRAINING ON NURSES

Ayşe Büyükbayram Arslan ¹, Esra Engin²

- 1- RN, PhD. Asts. Prof. Izmir Katip Celebi University, Faculty of Health Sciences, Department of Psychiatric Nursing, Izmir, Turkey. / ORCID NO: 0000-0003-2479-9139
- 2- RN, PhD. Prof. Ege University, Faculty of Nursing, Department of Psychiatric Nursing, Izmir, Turkey. / ORCID NO: 0000-0003-0836-1532

Introduction: The “*Emergency Psychiatric Care*” training program is an important application that increases nurses' self-confidence and competence and provides evidence-based standard care to patients to provide quality emergency psychiatric care.

Aim: This study was conducted to examine the effect of “*Emergency Psychiatric Care*” training on emergency nurses' approaching patients with mental disorders.

Method: This cross-sectional and quasi-experimental study was carried out between May 2018-March 2019 in an emergency department of a university hospital in Turkey. A total of 30 nurses who agreed to participate in this study (participation rate: 68.18%) participated in the training program. The “*Emergency Psychiatric Care*” training program lasts approximately 19 hours (13 topics-10 sessions) were applied to the nurses. Data were collected using “*Introductory Form*”, “*Vocational Knowledge Form*”, and “*Training Program Evaluation Questionnaire*”. In study examined nurses' level of knowledge, feelings, thoughts, and attitudes toward patients with mental disorders, nurses' job satisfaction and workload perceptions, self-confidence and having difficulties in giving care in the periods of pre-training, posttraining, three months after training. Parametric and nonparametric tests were used in SPSS 22 program in the analysis of the data.

Results: It was determined that when compared to the pre-training period, the average score level of knowledge of nurses for providing emergency psychiatric care, and their average rank of self-confidence increased in the post-training period and within three months after training; that the average score of workload decreased; and that there was a statistically significant difference between the periods ($p<0.05$). Additionally, it was found that, when compared to the pre-training period, average scores of nurses for having difficulties in giving care decreased in the post-training period and within three months after training, while the average score of job satisfaction perception increased and that there was no statistically significant difference between



the periods. ($p>0.05$). Besides, it was determined that nurses' feelings and thoughts about care changed positively after the training, while their attitudes did not change.

Conclusions: The training program is effective on the nurses' level of knowledge of giving care to patients with mental disorders, and their workload perceptions, self-confidence, feelings and thoughts. However, in terms of attitude change, regular and continuous training program is crucial.

Keywords: Emergency department, emergency nursing, psychiatric emergency, training program

HEMŞİRELERDE ACİL PSİKİYATRİK BAKIM KONULU EĞİTİMİN ETKİSİ

Giriş: Acil Psikiyatrik bakım konulu eğitim programı, kaliteli acil psikiyatrik bakım hizmeti sunabilmek için, hemşirelerin güven ve yetkinliğini artıran, hastalara standart bakım imkanı sağlayan önemli bir uygulamadır.

Amaç: Bu çalışma “Acil Psikiyatrik Bakım” konulu eğitimin acil hemşirelerinin ruhsal bozukluğu olan hastalara yaklaşımlarına yönelik etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Kesitsel ve yarı deneysel olarak yapılan çalışma, Türkiye’de bir üniversite hastanesi acil servisinde Mayıs 2018–Mart 2019 tarihleri arasında; eğitim programına gönüllü olarak katılan 30 acil servis hemşiresi (katılım oranı: %68,18) ile yürütülmüştür. Çalışmada hemşirelere “*Acil Psikiyatrik Bakım*” konulu yaklaşık 19 saat süren eğitim programı (13 konu-10 oturum) uygulanmıştır. Çalışma verileri “*Tanıtıcı Bilgi Formu*”, “*Mesleki Bilgi Formu*” ve “*Eğitim Programı Değerlendirme Formu*” ile toplanmıştır. Çalışmada eğitim öncesi, eğitim sonrası ve eğitimden üç ay sonra hemşirelerin ruhsal sıkıntısı olan hastalara bakım vermeye yönelik bilgi düzeyi, duygu, düşünce ve tutumları, iş doyumu ve iş yükü algıları, kendine güvenme ve bakım vermede güçlük yaşama durumu değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde SPSS 22 programında parametrik ve nonparametrik testler kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmada eğitim öncesine göre eğitim sonrası ve eğitimden üç ay sonra hemşirelerin acil psikiyatrik bakım vermeye yönelik bilgi düzeyi puan ortalamasının ve kendilerine güvenme durumu puan ortalamasının arttığı, iş yükü puan ortalamasının azaldığı, dönemler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bununla birlikte eğitim öncesine göre eğitim sonrası ve eğitimden üç ay sonra hemşirelerin bakım verirken güçlük yaşama durumu puan ortalamasının azaldığı, iş doyumu algısı puan ortalamasının arttığı ve dönemler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).



Ayrıca eğitim sonrasında hemşirelerin bakım vermeye yönelik duygu ve düşünceleri olumlu bir şekilde değişirken, tutumlarının değişmediği belirlenmiştir.

Sonuç: Eğitim programı, hemşirelerin ruhsal sıkıntısı olan hastalara bakım vermeye yönelik bilgi düzeyi, iş yükü algıları, kendine güvenme durumu, duygu ve düşüncelerini konusunda etkilidir. Ancak tutum değişikliği için eğitim programının düzenli ve sürekli olarak devam etmesi önemlidir.

Anahtar kelimeler: Acil servis, acil hemşireliği, psikiyatrik aciller, eğitim programı.



GIANT HEMATOMA IN A PATIENT WITH INHIBITOR POSITIVE HEMOPHILIA A

1-Fatma Keklik Karadağ^{1,2} - 2-Zuhal Demirci^{1,2} - 3-Güray Saydam^{1,2} - 4-Fahri Şahin^{1,2}

1-ORCID NO: 0000-0001-6078-5944

2-ORCID NO: 0000-0001-7509-8020

3-ORCID NO: 0000-0001-8646-1673

4-ORCID NO: 0000-0001-9315-8891

¹Ege University Hospital, Department of Hematology, Izmir, Turkey

²Ege Adult Hemophilia and Thrombosis Center, Izmir, Turkey

Introduction: Inhibitor which is an antibody directed against infused factor that inhibits the function of the factor can be seen in hemophilia A and B patients. Development of inhibitors is a serious complication and important clinical challenge in hemophilic patients due to limited treatment options. An elevated inhibitor titer is typically defined as a level ≥ 0.6 Clot-based Bethesda unit (BU) per mL. Inhibitors are more common in hemophilia A than hemophilia B and the prevalence of inhibitor in haemophilia was reported range from 3.6% to 25%. Bleeding episodes, morbidity and mortality are increased in patients with inhibitör. Recombinant human activated FVII and plasma-derived activated prothrombin complex concentrate (FEIBA) are available in Turkey for treatment of inhibitor positive hemophilia patients.

Materials and Methods: *We present the management of hemophilia A patient with inhibitor who admitted with massive hematoma on his back after trauma.*

Results: 28 year old man was admitted for swelling on his back. He was diagnosed severe hemophilia A when he was at 1 year old after bruising. He has no family history of any bleeding disorder. Inhibitor detected when he was 14year old and started to prophylaxis with activated prothrombin complex concentrate (aPCC), such as FEIBA (factor eight inhibitor bypassing agent). He was on demand therapy with Feiba 1500 IU three times in a week. In January 2021, he was evaluated at emergency room with gross hematoma on his left arm and



back after crash the door (**Picture-1**). On physical examination his blood pressure (BP) 90/50 mmHg; pulse 105/sec. On his laboratory tests, hemoglobin level was 6 g/dl, active partial thromboplastine time was 48 sec. Eritrocyte transfusion was started due to low blood pressure Feiba was given 50U/kg (2500U). After 8 hours, the patient had stable hemodynamia BP= 100/60. Feiba was given 50U/kg. He stayed at the hospital for 7 days. Feiba was given 50U/kg 3 times on day 1. Hb level was decreased 6,7mg/dl again on day 2 and Feiba was given 50U/kg every 6 hours. He was discharged with feiba 2x2500U. After 5 days; hematoma gets smaller and Feiba was given 1500U/day. After a week; feiba 1500U was given every other day.

Conclusion: Unexpected and severe bleeding episodes could be life threatening in inhibitör positive hemophilic patients. It is known that good and early intervention from haemophilia center and experienced hemophilia staff is associated with significantly reduced mortality.

Picture-1.



Key words: hemophilia, inhibitor, by pass agents, bleeding **References:**

1. Kulkarni R, et al. Complications of haemophilia in babies (first two years of life): a report from the Centers for Disease Control and Prevention Universal Data Collection System. Haemophilia. 2017;23(2):207. Epub 2016 Nov 4.
2. Sultan Y. Prevalence of inhibitors in a population of 3435 hemophilia patients in France. French Hemophilia Study Group. Thromb Haemost. 1992;67(6):600.
3. Kavakli K, Gringeri A, Bader R, Nisli G, Polat A, Aydinok Y. Inhibitor development and substitution therapy in a developing country: Turkey. Haemophilia. 1998 Mar;4(2):104-8. doi: 10.1046/j.1365-2516.1998.00171.x. PMID: 9873847.



EMERGENCY MANAGEMENT AS A PART OF THE COMPREHENSIVE CARE OF PATIENTS WITH SICKLE CELL DISEASE: CASE REPORT

1-Zühal DEMİRCİ¹ 2-Fatma KEKLİK KARADAĞ¹ 3-Nur SOYER¹

1-ORCID NO: 0000-0001-7509-8020

2-ORCID NO: 0000-0001-6078-5944

Nur SOYER¹ / ORCID NO: 0000-0002-7722-506X

¹ Ege University Hospital, Department of Hematology, Izmir, Turkey

Introduction

Sickle cell anemia (SCA) is a disease caused by production of abnormal hemoglobin, which binds with other abnormal hemoglobin molecules within the red blood cell to cause rigid deformation of the cell (1). SCD crises are still responsible for high morbidity and early mortality. While most patients initially seek care in the acute setting for a seemingly uncomplicated pain episode (pain crisis or vaso-occlusive crisis), this initial event is the primary risk factor for potentially life-threatening complications.(2). SCD is characterized by chronic hemolytic anemia, vaso-occlusion, and progressive vascular injury affecting multiple organ systems(3).

Results

A 36 year old male patient who is a diagnosed case of sickle cell anemia on follow up was brought to emergency department as a case with breathlessness, chest discomfort. The patients' main problem is pain, which could be due to their disease. He presented to the emergency department (ED) complaining of pain involving the chest and also aspect of his back. On his physical examination tachycardia was detected with 115 pulse in a minute. The patient who was conscious, cooperative and oriented, had difficulty talking due to pain. Chest auscultation was only performed from the front because he couldn't be position. This patient treated supportive care including intravenous fluids, antibiotics, blood transfusion, analgesics and oxygen inhalation immediately. Patient recovered and transsion to Haemtology Unit for exchange transfusion.



Conclusion

Emergency departments play an important role in providing acute and urgent care. Such services are indispensable in selected situations and circumstances.(5). Innovative care models, such as sickle cell disease day centers or day hospitals. Comprehensive sickle cell disease centers, and sickle cell disease inpatient units, have shown value in reducing emergency department usage and hospital admissions (6). In order to improve the quality of care provided to people with sickle cell disease and to reduce morbidity and mortality rates, there is a clear need to develop educational interventions to increase knowledge of professional healthcare providers about sickle cell disease (7). Triage nurse plays an important role in facilitating care. Emergency nurses should know potential triggers of the acute pain crisis that include fever, stress, dehydration etc. Patient education should be about resting, fluid intake, analgesic dosing, how coping constipation that is an opioid side effect (8).

Key Words Sickle cell disease, pain management, comprehensive care

References:

1. Lonergan GJ, Cline DB, Abbondanzo SL. Sickle cell anemia. Radiographics. 2001 Jul-Aug;21(4):971-94. doi: 10.1148/radiographics.21.4.g01jl23971. PMID: 11452073
2. Novelli EM, Gladwin MT. Crises in Sickle Cell Disease. Chest. 2016 Apr;149(4):1082-93. doi: 10.1016/j.chest.2015.12.016. Epub 2015 Dec 28. PMID: 26836899; PMCID: PMC6637264
3. Neumayr LD, Hoppe CC, Brown C. Sickle cell disease: current treatment and emerging therapies. Am J Manag Care. 2019 Nov;25(18 Suppl):S335-S343. PMID: 31809007.
4. .(Carden MA, Little J. Emerging disease-modifying therapies for sickle cell disease. Haematologica. 2019 Sep;104(9):1710-1719. doi: 10.3324/haematol.2018.207357. Epub 2019 Aug 14. PMID: 31413089; PMCID: PMC6717563.)
5. American Journal of Preventive Medicine Volume 38, Issue 4, Supplement, April 2010, Pages S536-S541



6. P. Adams-Graves And L. Bronte-Jordan, Recent Treatment Guidelines For Managing Adult Patients With Sickle Cell Disease: Challenges İn Access To Care, Social İssues, And Adherence. Expert Review Of Hematology, 2016 Vol. 9, No. 6, 541–552
7. Katy Karoline SantosDinizAdriana SilvinaPaganoAna Paula Pinheiro ChagasFernandesIlka AfonsoReisLeonardo GonçalvesPinheiro JúniorHeloísa de CarvalhoTorres . Knowledge of professional healthcare providers about sickle cell disease: Impact of a distance education course Hematology, Transfusion and Cell Therapy Volume 41, Issue 1, January–March 2019, Pages 62-68
8. Reddin CD, Cerrentano E, Tanabe P. Sickel cell disease management in the emergency department: what every emergency nurse should know. J Emerg Nurs. 2011 Jul;37(4):341-5; quiz 426. doi: 10.1016/j.jen.2010.04.014. Epub 2010 May 21. PMID: 21741568.



DETERMINATION OF CPR (CARDIOPULMONARY RESUSCITATION) KNOWLEDGE AND SKILL LEVEL OF THE EMERGENCY DEPARTMENT HEALTHCARE PROFESSIONALS

Dilek GELİN¹ , Sıdıka OĞUZ² , Mükerrerem ALTUNTAŞ³ , Gülay YILDIRIM⁴

¹Marmara University Faculty of Health Sciences PhD Student, Nurse at Kayseri City Training and Research Hospital, Turkey / ORCID NO: 0000-0002-4079-3776

²Marmara University Faculty of Health Sciences, Department of Internal Medicine Nursing, Turkey / ORCID NO: 0000-0002-1101-1923

³Emergency Medicine Specialist, Kayseri City Training and Research Hospital, Turkey / ORCID NO: 0000-0001-5775-3909

⁴Nursing Department, School of Health Sciences, Istanbul Gelisim University, Avcılar, Istanbul, Turkey / ORCID NO: 0000-0002-9589-7134

Aim: The aim of this study is to determine the CPR (Cardiopulmonary Resuscitation) knowledge and skill level of the healthcare professionals in the emergency department.

Materials and Methods: The study was conducted in a public hospital with the permission of the BESM (Board of Education for Specialty in Medicine) between the dates of December 2020 and April 2021. The universe of the study consisted of 145 healthcare professionals working at the hospital's adult and children's emergency department and the sample of the study consisted of 130 healthcare professionals who are working in these departments and agreed to participate in the study. The data were obtained using a "Survey Form" prepared by the researchers. The questionnaire consists of a total of 17 questions created by taking expert opinions to measure the socio-demographic information of healthcare professionals and the CPR (Cardiopulmonary Resuscitation) knowledge and skill level of the healthcare professionals working in the emergency department. The data were performed using percentile, average, Mann Whitney U and Kruskal-Wallis H tests in the SPSS program.

Findings: The average age of the healthcare professionals participating in the study was 34.08 (± 7.3). It was determined that 56.9% of healthcare professionals were bachelor's level, 66.2% were nurses, 29.2% worked between 6 and 10 years and 11 to 15 years. It was determined that 66.2% of healthcare professionals have not heard of American Heart Association (AHA), European Resuscitation Council (ERC) and the European



Society of Cardiology (ESC) guidelines before, 68.5% of healthcare professionals had CPR (Cardiopulmonary Resuscitation) training and 31.5% of the ones, who got the training, received this training a year ago. It was confirmed that 63% of healthcare professionals had CPR knowledge and skill in CPR-related questions, and 60.8% answered CPR chest compression pressure depth and speed correctly. It was found that 71.5% of healthcare professionals knew about the endotracheal intubation is contraindicated, 67.7% have the knowledge about how the endotracheal intubation is performed in the patients without trauma, 64.5% knew how the endotracheal intubation is performed in the patients with cervical trauma, 53.1% did not know in which cases oropharyngeal airway should be used, 67.7% showed a right approach to the pregnant women at emergency clinic, 75.4% knew the intended use of EtCO₂ during the CPR (Cardiopulmonary Resuscitation), 52.3% did not know that IV (pushe) would not be performed in the application of adrenaline (adrenaline anaphylaxis), 64.4% knew the drug therapy (300 mg cordarone IV) that could be applied to the patient entering resistant VF (ventricular fibrillation) during CPR (Cardiopulmonary Resuscitation), 56.2% knew the method of application of cordarone infusion, 70.8% knew that the antidote of opioids was naloxane. The average score of CPR knowledge and skill level of healthcare professionals is 6.50 ± 2.7 (Min=1, Max=11). No significant relationship was found between the educational status, profession, working time of healthcare professionals and the average CPR knowledge level score ($p>0.05$). When the AHA, ERC and ESC guidelines knowledge of the healthcare professionals and their CPR knowledge levels were compared, it was found that those who knew about these guidelines had higher average knowledge level scores than those who did not ($p<0.05$). When CPR training status and CPR knowledge levels were compared, it was found that those who received CPR training had a higher average knowledge level score than those who did not ($p<0.05$). It was found that there was no significant difference between the time process of taken CPR training and CPR information levels ($p>0.05$).

Conclusion: According to this study, the CPR knowledge and skill level of emergency department healthcare professionals were found to be medium-level. The knowledge and skill level of healthcare professionals receiving CPR training is high.

Key Words: Emergency Department, CPR (Cardiopulmonary Resuscitation), Knowledge and Skill Level, Healthcare Professional



VARDİYALI ÇALIŞMA SİSTEMİNİN ACİL SERVİS HEMŞİRELERİNİN SAĞLIĞI ÜZERİNE ETKİSİ

Abdülkadir MERCAN ¹, Deniz ŞANLI ²

¹ Manisa Turgutlu Devlet Hastanesi, Acil Servis, Manisa, ORCID NO: 0000-0001-7448-0260

² İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Cerrahi Hastalıkları
Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, ORCID NO: 0000-0001-6076-0317

ÖZET

Vardiyalı çalışma ve uzun çalışma saatlerinin hemşirelerin sağlığı üzerinde olumsuz etkileri bulunmaktadır. Aşırı uzun vardiyaların hemşirelerde yorgunluğa ve strese yol açtığı vurgulanmaktadır. Vardiyalı çalışma, iç vücut ısısı, hormon düzeyleri, kan basıncı ve uyku düzenini korumaya yardımcı olan sirkadiyen ritmi bozar. Uykunun bozulması ve buna bağlı uyku hali, yorgunluğun artmasına ve konsantrasyonun ve iş performansının azalmasına neden olur. Vardiyalı çalışma ve kronik uyku yoksunluğunun uzun vadeli sağlık zararları da vardır. Uyku yoksunluğu ve sirkadiyen sistem metabolik süreçleri etkiler. Bu durum kardiyovasküler hastalık, insülin direnci ve diyabet riskinde artışa neden olur. 12 saatlik vardiyalarda çalışan hemşireler, 8 saatlik vardiyada çalışanlardan önemli ölçüde daha yüksek stres yaşamaktadır. Sağlık çalışanlarının 12.5 saatten daha uzun vardiyalarda çalıştıklarında iş kazası geçirme riskinin önemli ölçüde arttığı bildirilmektedir. Değişen vardiyalarda çalışan hemşirelerde daha yüksek stres ve daha düşük iş performansı algısı vardır. Bu vardiyayla ilişkili risk faktörünü ortadan kaldırmanın bir yolu olmadığından riske karşı koymak için kaynak ve eğitim sağlamak gerekmektedir. Personel sağlama politikalarına ilişkin çıkarımlar, hemşirelerin vardiyalarının uzunluğunun 12 saatten fazla olmaması ve 12 saati aşan çalışma saatlerini sınırlandırmak için stratejilerin uygulanması gerektiğini göstermektedir. Hemşirelerde sağlıklı yaşam şeklini teşvik etmek için kurumların daha iyi vardiyaları benimsemeleri pahalıdır. Ancak kısa vadeli sonuçların olumlu etkileri bile bu yatırımın gerekli olduğunu gösterecektir. Hemşireler bu sorunların ve risklerin farkında olmayabilir. Hastane liderleri, hemşirelik ekiplerine gece vardiyasında çalışmanın olası riskleri hakkında eğitim verilmesini sağlamalıdır. Vardiyalı çalışma sisteminin çalışanların sağlığını ve refahını bozmayacak şekilde planlanması çalışanların yaşam kalitesini artırır.

Anahtar Kelimeler: Acil servis hemşiresi, çalışma çizelgesi, hemşire sağlığı, nöbet listesi, vardiyalı çalışma.



ABSTRACT

Shift work and long working hours have negative effects on nurses' health. It is emphasized that excessively long shifts cause nurses to suffer fatigue and stress. Shift work disrupts the circadian rhythm that helps maintain core body temperature, hormone levels, blood pressure and sleep patterns. Sleep disruption, and sleep disruption-induced sleepiness increase fatigue and decrease concentration and work performance. Shift work and chronic sleep deprivation also have long-lasting negative effects on health. Sleep deprivation and the circadian system affect metabolic processes, which leads to an increased risk of developing cardiovascular disease, insulin resistance, and diabetes. It is reported that if healthcare workers work in shifts longer than 12.5 hours, their risk of experiencing occupational accidents increases significantly. Nurses working in 12-hour shifts experience significantly higher stress than do those working in 8-hour shifts. Nurses working in changing shifts perceive stress more and have perception of lower job performance. As it is impossible to eliminate this shift work-related risk factor, it is necessary to devote resources and provide training to overcome the risk. Outcomes of studies regarding staffing policies suggest that the duration of nurses' shifts should not exceed 12 hours and that strategies should be developed to limit working hours exceeding 12 hours. Outcomes of studies regarding staffing policies suggest that the duration of nurses' shifts should not exceed 12 hours and that strategies should be developed to limit working hours exceeding 12 hours. Nurses may not be aware of these problems and risks. Hospital leaders should ensure that their nursing teams are given training about the potential risks of working the night shift. Planning the shift work system in such a way not to harm the health and well-being of the employees increases their quality of life.

Keywords: Emergency nurses, work schedule, nurse health, rostering, shift work.



ACİL SERVİSTE VARDİYALI ÇALIŞMA SİSTEMİNİN HASTA SONUÇLARINA ETKİSİ

Deniz ŞANLI 1, Abdülkadir MERCAN 2

¹ İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Cerrahi Hastalıkları
Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, ORCID NO: 0000-0001-6076-0317

² Manisa Turgutlu Devlet Hastanesi, Acil Servis, Manisa, ORCID NO: 0000-0001-7448-0260

ÖZET

Vardiyalı çalışma sisteminde uzun vardiya saatleri, olumsuz hemşirelik bakımı sonuçlarına neden olur. Hasta güvenliği için bir risk faktörü olarak kabul edilir. Hemşirelerde yorgunluğa ve konsantrasyon eksikliğine neden olarak istenmeyen olaylara ve tıbbi hatalara yol açar. Gece vardiyasında çalışan hemşireler, iş aktiviteleri sırasında uyanık kalmak için daha fazla mücadele eder. Gece vardiyası dahil dönüşümlü vardiyalarda çalışanlarda hata oranı, sabit gündüz vardiyasında çalışanlardan daha yüksekken, konsantrasyon performans puanları daha düşük bulunmuştur. Dönüşümlü vardiyalarla çalışan deney grubunda, gece vardiyasındaki hata oranının gündüz vardiyasına göre 0.44 kat, akşam vardiyasına göre 0.62 kat daha fazla olduğu gösterilmiştir. Hemşireler 12.5 saat veya daha uzun süren vardiyalarda çalıştıklarında tıbbi hata yapma olasılığının üç kat daha yüksek olduğu bulunmuştur. Hemşireler daha uzun vardiyalardan sonra fazla mesai yaptıklarında riskin arttığı, 12 saatlik bir vardiyanın ardından riskin üç kat arttığı gösterilmiştir. 12 saatlik vardiyayı aşan her bir saatlik çalışma için yanlış ilaç veya yanlış dozu uygulama olasılığı %2 artmıştır. Hasta güvenliğini ve hemşirelik bakım kalitesini artırmak amacıyla hemşirelerin çalışma koşullarını iyileştirmede temel stratejileri belirlemek önemlidir. Hemşirelerin yorgunluğunu gidermek ve stresle baş edebilmesini sağlamak için yeterli dinlenme süresi verilmelidir. Kurumlar güvenli çalışma saati sınırları oluşturmali ve bunları uygulamalıdır. Yetersiz uyku ve somnolans durumu, gece vardiyasında çalışanların dikkat ve çalışma hızını olumsuz yönde etkilediği için gece vardiyasından diğer vardiyalara geçiş yapılırken sirkadiyen ritmin düzenlenmesine yeterli zaman sağlamak amacıyla 2 günden fazla izin verilmelidir. 24 saatlik bir süre boyunca güvenli ve kaliteli bakım sağlamak için çalışma koşulları en iyi duruma getirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Acil servis hemşiresi, çalışma çizelgesi, hasta sonuçları, nöbet listesi, vardiyalı çalışma.



ABSTRACT

Long shift hours in the shift work lead to negative nursing care outcomes. It is considered a risk factor for patient safety and causes nurses to experience fatigue and lack of concentration, and thus leads to undesirable events and medical errors. Nurses working the night shift struggle more to stay awake during work activities. The error rate was higher and concentration performance scores were lower in those working in rotating shifts, including night shifts, than in those working only in day shifts. In the experimental group working in rotating shifts, the error rate in those working the night shift was 0.44 times higher than in those working in the day shift and 0.62 times higher than in those working in the evening shift. The participating nurses were three times more likely to make medical errors when they worked shifts lasting 12.5 hours or longer. It was demonstrated that the risk increased when the nurses worked overtime after longer shifts, and that the risk increased threefold after a 12-hour shift. For each hour of work exceeding a 12-hour shift, the probability of administering the wrong drug or wrong dose increased by 2%. Determining the basic strategies aimed at improving the working conditions of nurses in order to increase patient safety and nursing care quality is of great importance. Nurses should be given adequate rest time to relieve their fatigue and to enable them to cope with stress. Organizations should establish and enforce hour limits for safe working. Because inadequate sleep and somnolence negatively affect night shift workers' attention and working speed, they should be given more than 2 days' leave for the regulation of their circadian rhythm when they transition from night shifts to other shifts. Therefore, nurses' working conditions must be optimized to provide safe and quality care over a 24-hour period.

Keywords: Emergency nurses, work schedule, patient outcome, rostering, shift work.



EXPLORİNG ATTENDANCE AT EMERGENCY DEPARTMENTS FOR CHILDREN WITH NON-URGENT CONDITIONS İN TURKEY: A QUALİTATIVE STUDY OF PARENTS PERSPECTİVES

Dr Ahmet Butun, Dr Mark Linden, Dr Fiona Lynn, Dr Jennifer McGaughey, Dr Katrina McLaughlin

Dr Ahmet Butun, PhD, MSc, BSc Hons, Mardin Artuklu University, Turkey; Queen's University Belfast,
UK / ORCID NO: 0000-0002-6856-9389

Dr Mark Linden, PhD, MSc, BA Hons, Queen's University Belfast, UK. / ORCID NO: 0000-0002-3832-
4102

Dr Fiona Lynn, PhD, MSc, BA Hons, Queen's University Belfast, UK. / ORCID NO: 0000-0002-0216-
643X

Dr Jennifer McGaughey, PhD, MSc, BSc Hons, Queen's University Belfast, UK. / ORCID NO: 0000-0003-
2295-1117

Dr Katrina McLaughlin, PhD, MSc, BSc Hons, Queen's University Belfast, UK. / ORCID NO: 0000-0003-
2443-0710

Abstract

Background: Non-urgent visits to Emergency Departments (EDs) are on the increase, and the pressure on EDs is a significant concern globally. The use of EDs by parents of children with non-urgent conditions is an important and unresolved problem, associated with overcrowding, higher costs, lower quality of care and longer waiting times. The majority of research on this topic has taken place in high-income countries with a dearth of work originating in middle and low-income regions. The aim of this study was to explore reasons for parents attending EDs with their child for non-urgent conditions in Turkey.



Methodology: This study utilised a qualitative approach. Semi-structured interviews were conducted with thirteen parents in two regions of Turkey between March and May 2017. Data were analysed using principles of grounded theory.

Findings: Parents' perspectives were classified into five core categories: (1) parents' feelings, knowledge, and ability to provide self-care; (2) perceived needs for care; (3) limitations of healthcare services/system and staff; (4) trust with ED services, greater resources, convenience and access; and (5) experiences with ED services and the consequences of ED overcrowding. Parents expressed how their feelings regarding their children affected their decision-making processes in relation to healthcare services utilisation. Parents reported that they were worried, anxious, and nervous as well as expressing their fears when their child was sick, and how such parental feelings may have influenced them to use the ED. In addition, low health literacy amongst parents, a limited ability to provide self-care and, therefore, being less capable to manage common childhood illnesses affected ED utilisation. Furthermore, parents perceived their child's condition as urgent and thought that they would need an ED visit. Moreover, greater trust in ED services, greater resources, being more convenient and ease of access had influenced parents in relation to using the ED rather than their GP. Finally, parents expressed their experiences with using the ED and reported how overcrowding in the ED affected ED services, ED staff and patients. These adverse impacts of ED overcrowding included dissatisfaction, staff occupational stress, lack of interest, being unable to treat patients effectively, poor patient outcomes which led parents to revisit the ED or other healthcare services.

Conclusion: This is the first Turkish-based study on parents' reasons for using EDs for their children with non-urgent conditions. The study identified how ED use is a complex and multi-dimensional issue. This study may inform healthcare providers and policymakers to better understand this issue and help to design high-impact solutions and interventions to mitigate overcrowding in EDs. Greater effort must be made to reduce unnecessary visits to the ED to meet service user needs, and to increase satisfaction of both parents and healthcare staff.

Keywords: Emergency Departments; Non-urgent; Overcrowding; Parent experiences; Qualitative research.



1.ULUSLARARASI 6.ULUSAL **ACİL HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ**

CEMİLE AKBİNAR ANISINA

TAM METİN BİLDİRİLER

4 - 6 Haziran 2021

Çevrimiçi Kongre

<https://ahemder.org.tr/acil-hemsireligi-kongresi>

etkinkampus



PANDEMIC AND HEALTH SERVICE MANAGEMENT IN TURKEY

Funda KARBEEK AKARCA

Doçent Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Acil Tıp AD

ORCID No:0000-0003-2455-8044

ABSTRACT

The first case was reported in Wuhan, China, on 31 December 2019 by the World Health Organization China Office. In this presentation, the process in Turkey, the decisions taken in the field of health and the results of the Pandemic first-year, will be shared.

Key words: Pandemic, Turkey, immunization

ÖZET

Dünya Sağlık Örgütü Çin Ofisi tarafından 31 Aralık 2019 tarihinde Çin'in Vuhan kentinde ilk vaka bildirilmiştir. Sebebi belli olmayan pnömoni vakaları bildirilmesiyle başlayan ve tüm dünyayı etkisi altına alan Pandemide Türkiye'deki süreci, sağlık alanına yönelik alınan kararları ve ilk yılın sonuçları bu sunumda paylaşılacaktır.

Anahtar kelimeler: Pandemi, Türkiye, bağışıklama

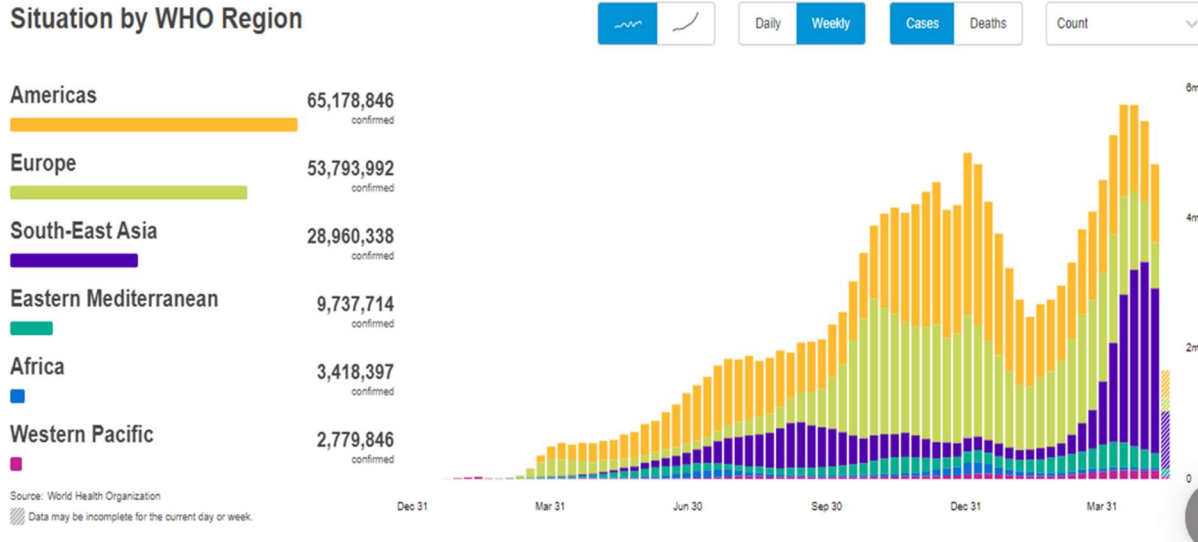
TAM METİN

Dünya Sağlık Örgütü Çin Ofisi tarafından 31 Aralık 2019 tarihinde Çin'in Vuhan kentinde sebebi belli olmayan pnömoni vakaları bildirilmesiyle başlayan ve tüm dünyayı etkisi altına alan Pandemide Türkiye'deki süreci, sağlık alanına yönelik alınan kararları ve sonuçları bu sunumda paylaşılacaktır.

Başlangıçta nCoV olarak adlandırılan bu hastalık 11 Şubat'ta Covid-19 olarak tanımlanmış ve üç ayda tüm dünyayı etkisi altına almıştır (WHO 2020). 5 Ocak 2020'de ilk kez bu yeni hastalık salgın olarak tanımlandı. Tüm kıtalardan vaka haberleri peş peşe bildirilirken özellikle Avrupa'dan ciddi vaka ve ölüm verileri paylaşılmaya başlandı. Başta İtalya, Fransa, İspanya olmak üzere Avrupa kıtası Covid-19 nedeniyle sağlık hizmet sunumunda yaşadığı sıkıntılarla dünya gündemine oturdu (Şekil 1). Dünyadan karantina kararları açıklanırken 11 Mart 2020'de Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanı tarafından ilk vaka açıklaması yapıldı (T.C. Sağlık Bakanlığı 2020). Aynı gün ABD uçuş yasaklarını tüm Avrupa'yı da kapsayacak şekilde genişlettiğini duyurdu.



Şekil 1. Dünyada Covid-19 enfeksiyonun yaygınlığı



Kaynak: <https://covid19.who.int/>

Türkiye’de 11 Martta ilk vakanın tespit edilmesi ile başlayan dönem T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından yeni planlamaları gündeme getirdi. Günlük medya kanallarından paylaşılan vaka ve test sayılarının bildirimi ile beraber tedavinin standardizasyonu için T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü bünyesinde Bilim kurulu oluşturuldu. Bilimsel Danışma Kurulu tarafından tedavi algoritmaları Covid-19 hastalarına standart bir tedavi yaklaşım stratejisi sunuldu. Ek olarak ARDS, sepsis ve septik şok yönetiminden morg ve defin hizmetlerine kadar sağlık alanına kılavuzlar paylaşıldı (T.C. Sağlık Bakanlığı 2020). Sağlık Bakanlığı tarafından tüm ülkede yeni bir dönem başladı ve pandeminin kontrolü için çalışma ve sosyal yaşam alanlarında sınırlandırma kararları alındı. Bulaşı önleme ve vaka sayısını düşürmeye yönelik aşağıda sıralanan bir dizi önlem hayata geçirildi. Bir yandan pandeminin yayılımı ile mücadele edilirken bir yandan Ocak 2021 itibariyle öncelikli ve riskli gruplarla aşılama başlamıştır.

1. Çalışma yaşamında sınırlandırmalar
2. Sosyal yaşamda sınırlandırmalar
3. Ulusal ve uluslararası seyahatlerin sınırlandırılması
4. Yüzyüze eğitime ara verilmesi
5. Maske – Mesafe – Hijyen – Havalandırma
6. Test – Filyasyon – Temaslı tespit – İzolasyon – Karantina
7. Sürveyans
8. Klinik Tanı – Tedavi – Yoğun Bakım



Covid-19 enfeksiyonunun tüm dünyaya yayılmasıyla neredeyse eş zamanlı aşı çalışmaları da başlamıştır. Bir yılın sonunda 13 aşı yaygın kullanıma sunulduğu, 6 aşıya acil kullanım onayı verildiği ve 13 aşının da onay aşamasında olduğu görülmektedir. Aşının sonuçlarına yönelik yayınlanan ilk çalışmalarda ağır hastalık ve ölümü engellemede %94'lere varan etkinlik bildirilmiştir. Aşılanmanın Pandemi sürecini ne zaman durduracağı sorusu aslında bazı kriterlere bağlıdır. Aşıların etkinliği, varyant virüslere aşıların etkisi ve hedef toplumun aşılanma oranı bu sorunun yanıtı olacaktır. Toplumun en az %66'sının bağışık hale gelmesiyle Pandemi kontrol altına alınabilecektir. Maalesef daha pandeminin ne zaman biteceği yanıtını vermekten uzak bir durumdayız.

Geçen bir yıllık süreçte global durum değerlendirildiğinde 170 milyona varan vaka sayıları ve 3.5 milyon ölümle dünya sağlık hizmetlerinin yapısını tekrar sorgulamak zorunda kaldı. Türkiye bir yıllık sürecin sonunda DSÖ verilerine göre 5 Milyonu aşan vaka ve 47 binlere ulaşan ölüm bildirilmiştir (Şekil 2).

Şekil 2. Türkiye'de salgın eğrisi

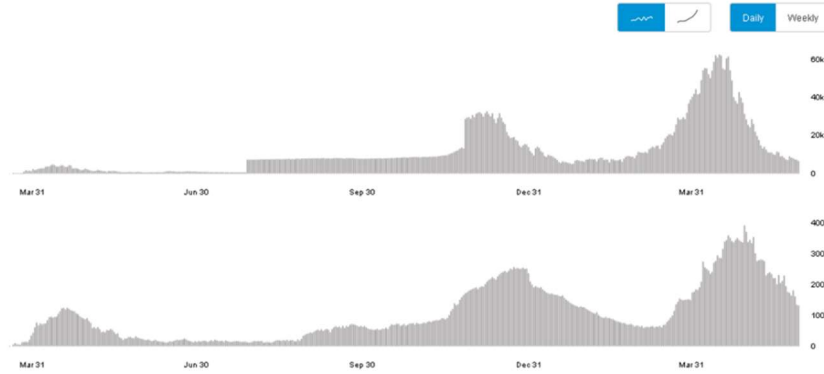
In **Turkey**, from **3 January 2020** to **2:48pm CEST, 31 May 2021**, there have been **5.242.911 confirmed cases** of COVID-19 with **47.405 deaths**, reported to WHO. As of **29 May 2021**, a total of **28.048.727 vaccine doses** have been administered.

Turkey Situation

5,242,911
confirmed cases

47,405
deaths

Source: World Health Organization



Kaynak: <https://covid19.who.int/>

DSÖ sağlık direktörü tarafından Mayıs 2021 de dünya genelinde 115 bin sağlık çalışanının hayatını kaybettiğini açıkladı (WHO 2021). TTB'nin 31 Mart 2021 verilerine göre Türkiye 362 sağlık personeli Covid-19 enfeksiyonu nedeniyle öldüğü, %18'inin de enfeksiyona yakalandığı belirtildi.



KAYNAKLAR

1. Kaynak: <https://covid19.who.int/>
2. Sağlık Bakanlığı 2020; Covid-19 (SARS-Cov 2 Enfeksiyonu) Rehberi.
[https://covid19.saglik.gov.tr/depo/rehberler/Covid-19 Rehberi.pdf](https://covid19.saglik.gov.tr/depo/rehberler/Covid-19_Rehberi.pdf) (Erişim tarihi 02.Nisan 2021)
3. Sağlık Bakanlığı 2021;Günlük Covid 19 tablosu; <https://covid19.saglik.gov.tr/gunluk-vaka> (Erişim tarihi 01.Haziran 2021)
4. TTB Covid-19 Pandemisi 1. Yıl Değerlendirme Raporu



COVID-19 DÖNEMİNDE SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA STİGMA: SİSTEMATİK DERLEME

Gülendam Hakverdioğlu Yönt¹, Orhan Çakır², Kemal Yılmaz³

¹ Doçent Doktor, İzmir Tınaztepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

ORCID No: 0000-0003-3257-2102

² Öğretim Görevlisi, İzmir Tınaztepe Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

ORCID No: 0000-0002-4231-3561

³ Hemşire, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Tıp Ana Bilim Dalı

ORCID No: 0000-0002-6886-7781

ÖZET

Giriş: COVID-19 pandemisi, kişiden kişiye solunum damlacıkları yoluyla ve hızlı bir şekilde bulaşmaktadır. Bir yıldan fazla zamandır süren pandemi insanları fiziksel ve psikolojik olarak olumsuz yönde etkilemiş, özellikle insanların korku ve endişe düzeyi salgının bitmemesi nedeniyle giderek artmıştır. Diğer salgın hastalıklarda olduğu gibi COVID-19 pandemisi de, insanlarda damgalanma ve ayrımcılık gibi psikososyal problemlerin ortaya çıkmasına neden olmuştur. Damgalanma çoğunlukla “biz” ve “onlar” algısı yaratmakta ve topluma yönelik zararlı davranışların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu çalışma, sağlık çalışanlarının COVID-19 ve damgalanma ile ilgili deneyimlerini ve görüşlerini içeren çalışmaların sonuçlarını değerlendirmek amacıyla yapılmış bir sistematik derlemedir.

Gereç ve Yöntem: Bu sistematik derlemede, 2020 yılında yayınlanmış 339 çalışma incelenmiştir. “Stigma” ve “COVID-19” anahtar kelimeleri kullanılarak Pub Med, Web of Science, YÖK Ulusal Tez Merkezi ve ULAKBİM elektronik veri tabanları taranmıştır. Çalışmaya dahil edilme kriterlerini sağlayan 14 araştırma dahil edilmiştir.

Bulgular: Çalışmalar incelendiğinde; COVID-19 hızlı bir şekilde yayılması ve pandemik doğası nedeniyle, insanlarda damgalanma ve ayrımcılık gibi psikososyal problemlere yol açtığı, özellikle panik bozukluk, anksiyete bozukluğu, keder, kayıp ve depresyon gibi çok çeşitli psikolojik sorunların oluşumunu tetiklediği belirlenmiştir. Sürekli enfekte hastalarla temas halinde ve onların bakımından sorumlu olan sağlık çalışanları, işyerinde ve çevresinde damgalama ve ayrımcılık gibi zorluklarla karşı karşıya kaldıklarını belirtmişlerdir.



Çalışmalarda, salgın sırasında artan vakalar ve ölüm oranı, sağlık çalışanlarının sosyal izolasyon, damgalanma ve ayrımcılık nedeniyle aşırı baskı altında hissetmelerine neden olduğu ve otellerdeki personel tarafından ayrımcılığa uğradıkları, yiyecek ve kalacak yer bulmakta zorlandıkları hatta toplum tarafından dışlandıkları belirtilmiştir.

Sonuç: Sağlık çalışanlarının COVID-19 damgalanması yaşamalarında, toplumun ve meslektaşlarının görüş ve tutumları önemlidir. Damgalanmayı önlemek çok yönlü stratejilerin geliştirilmesini gerektirmektedir. Bu nedenle sorumluluğun sadece bireylerde değil aynı zamanda sivil toplum örgütlerinde de olması gerektiği ve damgalanmanın azaltılmasında halkın hastalık hakkında doğru bilgilendirilmesinin önemli rolü olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Stigma, COVID-19, Sağlık çalışanları

STIGMA IN HEALTHCARE WORKERS IN THE COVID-19 ERA: A SYSTEMATIC REVIEW

SUMMARY

Introduction: The COVID-19 pandemic is spread rapidly from person to person through respiratory droplets. The pandemic that has been going on for more than a year has negatively affected people physically and psychologically, especially the level of fear and anxiety of people has increased gradually due to the persistence of the epidemic. As with other epidemic diseases, the COVID-19 pandemic has caused the emergence of psychosocial problems such as stigma and discrimination in humans. Stigma mostly creates a perception of "us" and "them" and causes the emergence of harmful behavioral patterns towards society. This study is a systematic review conducted to evaluate the results of studies involving healthcare professionals' experiences and views on COVID-19 and stigma.

Materials and Methods: In this systematic review, 339 studies published in 2020 were analyzed. Pub Med, Web of Science, YÖK National Thesis Center and ULAKBİM electronic databases were scanned using the keywords "Stigma" and "COVID-19". 14 studies meeting the inclusion criteria were included in the study.

Results: When these previous studies were examined, it was determined that it causes psychosocial problems such as stigma and discrimination in humans, triggering the formation of a wide range of psychological



problems such as panic disorder, anxiety disorder, grief, loss and depression due to the rapid spread of COVID-19 and its pandemic nature. Healthcare professionals who are constantly in contact with infected patients caring for them stated that they were faced with difficulties such as stigmatization and discrimination in and around the workplace. In the studies, it was stated that the increasing cases and mortality rate during the epidemic caused healthcare workers to feel extreme pressure due to social isolation, stigma and discrimination, and they were discriminated against by staff in hotels, had difficulty in finding food and accommodation, and even were excluded by the society.

Conclusion: The opinions and attitudes of the society and their colleagues are important in the way healthcare professionals experience stigmatization due to COVID-19 . Preventing this stigmatization requires the development of sophisticated strategies. For this reason, it is thought that the responsibility should be not only burdened on individuals but also on non-governmental organizations and that accurate information about the disease plays an important role in reducing stigma.

Keywords: Stigma, COVID-19, Healthcare workers

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü, Çin’den başlayarak dünyanın dört bir yanında hızlı ve çok şiddetli bir şekilde yayılan Covid-19 salgını “Uluslararası Boyutta Halk Sağlığı Acil Durumu” olarak ve kısa bir süre sonra da “Küresel Salgın (pandemi)” olarak ilan etmiştir (Hatun ve ark., 2020). COVID-19 pandemisi, kişiden kişiye solunum damlacıkları ve temas yoluyla bulaşması nedeniyle, insanları yaşamını evde devam ettirmeye mecbur bırakmıştır. İnsanların COVID-19 hakkında endişeleri artmış ve insanlarda COVID-19 ile enfekte olmuş bireylerle temasa geçme korkusu ortaya çıkmıştır (Lin, 2020). Enfekte olma korkusunun yanında insanlar için fiziksel ve ruhsal açıdan ciddi tehditler görülmüştür. Özellikle pandemi süreci panik bozukluk, anksiyete bozukluğu, keder, kayıp ve depresyon gibi çok çeşitli psikolojik sorunların oluşumunu tetiklemektedir (Hatun ve ark., 2020; Qiu ve ark., 2020).

COVID-19 hızlı bir şekilde yayılması ve pandemik doğası nedeniyle, insanlarda damgalanma ve ayrımcılık gibi psikososyal problemlere de yol açmaktadır (Lin, 2020). Damga (stigma) sözcüğü, günümüzde daha çok “kara leke” anlamında kullanılmaktadır (Sevindik ve ark., 2014). Ayrıca bir kişiyi diğerlerinden ayıran utanç veren bir işaret olarak da tanımlanmaktadır (Ramaci ve ark., 2020). Damgalama bir ayrımcılıktır ve maruz kalan bireyleri birçok alanda dezavantajlı konuma getirmektedir (Sartorius, 2006). Damgalama bir



kişinin diğerlerinden ayıracak şekilde gözden düşürülmesi, aşağı görülmesi, genel anlamda kötülenmesidir. Damgalama ile damgalanan kişi ya da grubun farklı olduğu vurgulanmakta ve bu farklılık nedeniyle de damgalı kişilere birçok olumsuz özellik atfedilmektedir (Doğanavşargil, 2013).

Sürekli enfekte hastalarla temas halinde ve onların bakımından sorumlu olan sağlık çalışanları, işyerinde ve çevresinde damgalama ve ayrımcılık gibi zorluklarla karşı karşıya kalabilmektedir (Tandon, 2020). Salgın sırasında artan vakalar ve ölüm oranı, sağlık çalışanlarının sosyal izolasyon, damgalanma ve ayrımcılık nedeniyle aşırı baskı altında hissetmelerine ve psikolojik problemler yaşamalarına neden olmaktadır (Xiong ve Peng, 2020). Hastanelerde ve laboratuvarlarda çalışan sağlık çalışanları, otellerdeki personel tarafından ayrımcılığa uğramakta, yiyecek ve barınak bulmakta güçlük çekmektedir (Poudel, 2020). Toplumdaki kişiler sağlık çalışanları ile konuşmayı reddetme ve aynı kafeteryada yemek yemek istememe gibi davranışlarla ayrımcılık yapmaktadır. Sağlık çalışanları tüm koruyucu önlemlere dikkate ederek çalışmasına rağmen, komşuları tarafından da aynı binada yaşamak istememektedir. Maalesef sağlık çalışanları Covid-19 sürecinde damgalanma nedeniyle etkilenmekte ve ayrımcılığa maruz kalmaktadır (Tandon, 2020).

Damgalama, korku, yanlış inançlar, negatif tutumlar ve kalıplaşmış bazı yargılar nedeniyle hastalığın diğer bireyler tarafından anlaşılmasını zorlaştıran bir sorundur (Doğanavşargil 2013). Rithser ve Phelan damgalanan kişinin damgalamanın zararlı etkilerini duygu, inanç ve algılarla içselleştiklerini öne sürmüşlerdir (Ritsher ve Phelan, 2004).

Bulaşıcı hastalık salgınları ve pandemilerde, sağlık çalışanları genellikle toplum tarafından damgalanmakta ve enfeksiyon kaynağı olarak düşünülmektedir. Hatta kamuoyunda bulaşıcı hastalıklara karşı oluşan korku nedeniyle sağlık çalışanları toplum tarafından dışlanabilmektedir (Taylor ve ark. 2020). Şiddetli Akut Solunum Sendromu (SARS) 2013 yılında ortaya çıkmış ve farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda, bu hastalara bakım veren sağlık personelinin insanlar tarafından dışlandıkları, toplumun onlardan uzaklaştığı ve damgalandıkları belirlenmiştir. Sağlık çalışanlarının ailelerinin bile bu tür damgalanmaya maruz kaldığı saptanmıştır (Taylor ve ark., 2020). Bu çalışma, sağlık çalışanlarının COVID-19 ve damgalanma ile ilgili deneyimlerini ve görüşlerini içeren çalışmaların sonuçlarını belirlemek amacıyla yapılmış bir sistematik derlemedir.

GEREÇ-YÖNTEM

Bu sistematik derlemede, 2020 yılında yayınlanmış 339 çalışma incelenmiştir. “Stigma”, “COVID-19” anahtar kelimeler kullanılarak Pub Med, Web of Science, YÖK Ulusal Tez Merkezi ve ULAKBİM



elektronik veri tabanları taranmıştır. Elektronik tarama ile saptanan makalelerin başlık ve özetleri, araştırmacılar tarafından bağımsız olarak incelenmiştir. Veri tabanlarının taranması sonucunda toplam 339 makaleye ulaşılmış ancak araştırma sınırlılıklarına uyan 14 makale çalışma kapsamına dahil edilmiştir. Araştırmaya dahil edilme kriteri olarak; pandemi sürecinde sağlık çalışanlarının maruz kaldığı stigmaya maruz kalınması, yayın dilinin Türkçe ya da İngilizce olması, çalışmanın tam metnine ulaşılabilmesi olarak belirlenmiştir. Araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan 14 çalışma incelenmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmaya dahil edilen araştırma makaleleri erişime açık olan elektronik veri tabanları ve arama motorlarından alındığı için etik kurul onayı gerektirmemektedir.

BULGULAR

Bu sistematik incelemede, 2020 yılında yayımlanan ve taramalar sonucu dahil edilme kriterlerine uyan 14 makaleye ulaşılmıştır. Dahil edilme kriterlerine uyan 14 çalışma analiz edilmiş ve çalışmaların yöntemi, örneklemin özellikleri, bulguları ve sonuçları değerlendirilmiştir (Tablo 1). Konu ile ilgili yayınlanmış makalelerin 10'u kesitsel, 2'si karma, 1'i nitel ve 1'i karşılaştırmalı tasarım tipindedir. İncelenen çalışmaların sadece bir tanesinde örneklemini sağlık çalışanı ve toplum oluştururken, diğer 13 çalışma sağlık çalışanları (hekim ve hemşire) ile yapılmıştır. Sorokin ve ark. (2020) tarafından Rusya'da 1800 sağlık çalışanı ile en fazla örneklem kullanılarak yapılan çalışmadır. Genel olarak çalışmalarda, sağlık çalışanlarını COVID-19 döneminde stigmaya maruz kalıp kalmadıkları, stigmaya neden kaynaklandığı, stigmayı nelerin etkilediği ve stigmaya ne boyutta olduğu incelenmiştir.

Tablo 1: İncelenen Makalelere İlişkin Bulgular

Yazarlar – Yıl – Ülke	Başlık	Araştırmanın Yöntemi ve Örneklemi	Bulgular ve Sonuçlar
Said ve El-Shafei, 2020 Mısır	Occupational stress, job satisfaction, and intent to leave: nurses working on front lines during COVID-19 pandemic in Zagazig City, Egypt	Kesitsel çalışma 210 Hemşire	- Hemşirelerde damgalanmanın yüksek stresör olduğu ve damgalanma korkusu yaşadıkları belirtilmiştir.

Dalky ve ark., 2020 Ürdün	Social discrimination perception of health-care workers and ordinary people toward individuals with COVID-19	Karşılaştırmalı tasarım 109 Sağlık çalışanı ve 272 sıradan insan	4 - 6 Haziran 2021 4 - 6 June 2021 Sağlık çalışanlarının damgalanma düzeyinin yüksek bulunduğu ve damgalanma korkusu yaşadıkları saptanmıştır.
Uvais ve ark., 2020 Hindistan	Perceived Stress and Stigma Among Doctors Working in COVID-19-Designated Hospitals in India	Kesitsel çalışma 58 Sağlık çalışanı	- Daha önceki salgınlardaki duruma benzer şekilde damgalanma ve stres arasında benzer bir bağlantı olduğu tespit edilmiştir. - Sağlık çalışanlarında damgalanma düzeylerinin ve stres seviyelerinin yüksek olduğu belirtilmiştir. - Algılanan damgalanmanın, algılanan stres ile önemli ölçüde ilişkili olduğu belirtilmiştir.
Khanal ve ark., 2020 Nepal	Mental health impacts among health workers during COVID-19 in a low resource setting: a cross-sectional survey from Nepal	Kesitsel çalışma 475 sağlık çalışanı	- Sağlık çalışanlarının damgalanma korkusu yaşadıkları belirtilmiştir. - Damgalama yaşayan sağlık çalışanlarda anksiyete ve depresyon sorunlarına yol açabileceği belirtilmiştir. - Stigma ile karşı karşıya kalan sağlık çalışanlarında ruh sağlığı sorunları gelişme riskinin olduğu ifade edilmiştir. - Sağlık çalışanlarına damgalamanın derhal azaltılmasına dikkat edilmesi gerektiği ifade edilmiştir.
Park ve ark., 2020	COVID-19 Outbreak and Its Association with Healthcare	Kesitsel çalışma 1003 sağlık çalışanı	- Sağlık çalışanlarının damgalanma korkusu yaşadıkları belirtilmiştir.

	Workers' Emotional Stress: a Cross-Sectional Study		4 - Damgalanma ile beraber sosyal reddedilme ve farklı olumsuz olaylar yaşandığı belirtilmiştir. - Sağlık çalışanlarının damgalanmanın yanında anksiyete ve depresyon bildirdikleri belirtilmiştir. - COVID-19'a maruz kalma riskinin düşük olduğu sağlık çalışanları bile damgalanma yaşadıkları saptanmıştır.
Güney Kore			
Sorokin ve ark., 2020 Rusya	Stress and Stigmatization in Health-Care Workers during the COVID-19 Pandemic	Kesitsel çalışma 1800 sağlık çalışanı	- Sağlık çalışanlarında COVID-19 ile doğrudan temasın yüksek stres ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. - Damgalanma düzeyinin yüksek olduğu ve damgalanmanın yaygın olduğu belirtilmiştir.
Dye ve ark., 2020 ABD	Risk of COVID-19-related bullying, harassment and stigma among healthcare workers: an analytical cross-sectional global study	Karma Yöntem 836 sağlık çalışanı	- Sağlık çalışanlarının COVID-19 yaşama riski ile damgalanmanın ilişkili olduğu belirtilmiştir.
Mohindra ve ark., 2020 Hindistan	The experience of social and emotional distancing among health care providers in the context of COVID-19: A study from North India	Karma Yöntem 574 sağlık çalışanı	- Sağlık çalışanlarının evlerine enfeksiyon getirme endişesi olduğu ve aynı zamanda damgalanma korkusu yaşadıkları belirtilmiştir.
Teksin ve ark., 2020 Türkiye	Stigma-related Factors and their Effects on Health-care Workers during COVID-19 Pandemics in Turkey A Multicenter Study	Kesitsel çalışma 452 sağlık çalışanı	- Sağlık çalışanlarının COVID-19 hastaları ile doğrudan temasının anksiyete oluşturduğu ve damgalanma algısı yaşadıkları belirtilmiştir. - Sağlık çalışanlarının damgalanma korkusu yaşadıkları belirtilmiştir.

Mostafa ve ark., 2020 Mısır	COVID-19-related stigmatization among a sample of Egyptian healthcare workers	Kesitsel çalışma 509 hekim	- Çalışmadaki hekimlerin ciddi düzeyde damgalanma korkusu yaşadıkları yüksek stigma puanı ile belirtilmiştir. - Mısırlı sağlık çalışanlarının önemli düzeyde COVID-19 ile ilgili damgalanma yaşadığı belirtilmiştir.
Zandifar ve ark., 2020 İran	Prevalence and Associated Factors of Posttraumatic Stress Symptoms and Stigma among Health Care Workers in Contact with COVID-19 Patients	Kesitsel çalışma 894 sağlık çalışanı	- Damgalanma skorunun sağlık çalışanlarında ciddi seviyede olduğu saptanmıştır.
Hendy ve ark., 2020 Mısır	Predictive factors affecting stress among nurses providing care at COVID-19 isolation hospitals at Egypt	Kesitsel çalışma 374 Hemşire	- Hemşirelerin stres seviyelerinin yüksek olduğu ve COVID-19'un hemşirelere damgalanma ile enfeksiyon korkusu yaşattığı belirtilmiştir.
Brondani ve Donnelly, 2020 Kanada	The HIV and SARS-CoV-2 Parallel in Dentistry from the Perspectives of the Oral Health Care Team	Nitel (odak gruplu) çalışma 45 Sağlık Çalışanı	- COVID-19'un AIDS ile paralel özellikler gösterdiği belirtilmiştir. - Pandeminin sağlık çalışanlarında damgalanma, ayrımcılık ve sosyal huzursuzluğa yol açtığı belirtilmiştir.
Chew ve ark., 2020 Singapur ve Hindistan	A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak	Kesitsel çalışma 906 sağlık çalışanı	- COVID-19 pandemisi ile beraber sağlık çalışanlarının damgalanma, dışlanma ve yoğun korku yaşadıkları belirtilmiştir.

TARTIŞMA

COVID-19, farklı popülasyonlardaki çeşitli insan grupları arasında damgalanmaya ve ayrımcılığa neden olmuştur. Bu çalışma da pandemi sürecinde Dünya'da ve Türkiye'de COVID-19 döneminde sağlık



çalışanlarında stigma konusunda yayınlanmış olan çalışmalar incelenmiştir. İncelenen makalelerde sağlık çalışanlarının COVID-19 sürecinde sosyal reddedilme, damgalanma korkusu yaşadığı, bu sürecin anksiyete bozuklukları ve depresyon süreci ile ilişkilendirildiği görülmüştür. Damgalanan kişiler benlik saygılarını azaltacak olumsuz çok sayıda yaşam olayına maruz kalabilir ve toplumsal damganın farkında olma kişinin benlik saygısını ve psikolojik iyi olma halini olumsuz yönde etkileyebilir (Sartorius, 2006). Bir anlamda damgalanma bireylerin yaşamı anlamlı kılan iş yaşamı, sosyal ilişkiler, maneviyat ve iyileşme çabasından uzaklaştırır (Corrigan ve ark., 2009; Brohan ve ark., 2010; Phelan, 2006).

Uvais ve arkadaşları tarafından (2020) yapılan çalışmada, sağlık çalışanlarında damgalanma düzeylerinin ve stres seviyelerinin yüksek olduğu, algılanan damgalanmanın, algılanan stres ile önemli ölçüde ilişkili olduğu belirtilmiştir. Pandemi toplumda ve özellikle sağlık çalışanlarında yoğun stres ve kaygının yaşanmasına neden olmuştur. Sağlık çalışanları bir taraftan hastane ortamında bulaşıcı hastalıkla mücadele etmiş bir taraftan da hastalığı ailesi ve sevdiği insanlara bulaştırmamak için onlardan uzaklaşmak zorunda kalmıştır. Bütün bu olumsuzların yanında hastanede çalıştığı içinde insanlar ve toplum tarafından damgalanma kaygısı da yaşayabilmektedir. Mohindra ve arkadaşları (2020) çalışmasında sağlık çalışanlarının evlerine enfeksiyon getirme endişesi olduğunu ve aynı zamanda damgalanma korkusu yaşadıklarını belirtmiştir.

Bireyin toplumdaki olumsuz yargıları kendisi için kabullenmesi ve bunun sonucunda değersizlik, utanç gibi olumsuz duygularla kendisini toplumdan geri çekmesi içselleştirilmiş damgalanmadır (Doğanavşargil, 2013). İçselleştirilmiş damgalanma, bireyin toplumdaki önyargıları içselleştirmesi ile kendine karşı ayrımcılık geliştirip değersizlik ve utanç gibi olumsuz duygularla toplumdan soyutlanması olarak tanımlanmaktadır. Damgalanmanın içselleştirilmesi yalnızlık, toplumsal desteğin azalması ve benlik saygısının düşmesine neden olurken aynı zamanda hastalıkların tedavi sürecinde de bir engel olabilmektedir (Sevinik ve Taş Arslan, 2020; Arabacı ve ark., 2015). Olumsuz etkileşimler, sosyal alandaki güçlükler hastalıkla pekişir ve hastalığın başlangıç ve gidişini etkiler.

Khanal ve arkadaşları tarafından (2020) yapılan çalışmada, sağlık çalışanlarının damgalanma korkusu yaşadıkları ve bunun sonucunda da anksiyete ve depresyon sorunları ile karşı karşıya kaldıkları belirtilmiştir. Damgalanma çoğunlukla “biz” ve “onlar” algısı yaratmakta ve topluma yönelik zararlı davranışların ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Williams ve Gonzalez, 2011). Bu durum, damgalanan kişilerin iş arkadaşları, sosyal arkadaşları, komşuları ve yakın çevresinde bulunan kişilerden uzaklaşmasına ve kendisini topluma ait hissetmemesine neden olmaktadır (Çam ve Çuhadar, 2011). Park ve arkadaşları tarafından (2020) yapılan çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiş ve damgalanma ile beraber sosyal reddedilme ve farklı olumsuz



olaylar yaşandığı belirtilmiştir. Bir gruba ve topluma ait hissetmeme duygusu ise beraberinde depresyon ve anksiyeteyi getirebilmekte ve yalnızlık duygusunu artırabilmektedir.

Dye ve arkadaşları tarafından (2020), sağlık çalışanlarının COVID-19 yaşama riski ile damgalanmanın ilişkili olduğunu saptamıştır. Zandifar ve ark. (2020) tarafından da damgalanma skorunun sağlık çalışanlarında yüksek düzeyde olduğunu saptamıştır. Geçmişte de yaşanan salgın hastalıklar düşünüldüğü zaman salgın hastalığa yakalanan ya da hasta olan kişi ile temas eden kişilerin toplum tarafından soyutlandığı ve kişilerin izole edildiği dikkat çekmektedir. Brondani ve Donnelly (2020) COVID-19'un AIDS ile paralel özellikler gösterdiğini ve pandeminin sağlık çalışanlarında damgalanma, ayrımcılık ve sosyal huzursuzluğa neden olduğunu belirtmiştir. Bana (2020) çalışmasında, Hawryluck ve arkadaşları tarafından SARS Salgını sürecinde gerçekleştirilen bir çalışma sonucunda, karantina sonrasındaki süreçte karantinaya alınan kişilerin %51'inin insanların kendilerinden kaçtığını, %29'unun sosyal organizasyonlara davet edilmediğini, %7'sinin arkadaşları tarafından aranmadığını ve %7'sinin ailelerinin de kendilerinden dolayı bu toplantılara davet edilmediklerini belirtmiştir. Olumsuz önyargılar nedeniyle insanların davranışları etkilenmekte, hasta kişiler toplum tarafından dışlanmakta ve hastalar bazı hak ve menfaatlerinden yoksun kalabilmektedir (Öztürk, 2018). Sosyal damgalanma, insanların etiketlendiği, klişeleştirildiği, ayrımcılığa uğradığı, ayrı tedavi edildiği ve / veya bir hastalıkla algılanan bir bağlantı nedeniyle statü kaybı yaşadığı anlamına gelmektedir. Bu durum, hastalığı olanların yanı sıra ailelerini, arkadaşlarını ve toplumları olumsuz yönde etkilemektedir. Stigma, diğer insanlara yönelik korku, öfke ve hoşgörülü olmamak gibi ciddi sonuçlara neden olmaktadır (Chopra ve Arora, 2020). Araştırma kapsamına alınan çalışmaların çoğunda kişilerin yüksek oranda korku, stres, depresyon ve huzursuzluk yaşadığı belirtilmiştir.

SONUÇ

Pandemi sürecinin merkezini oluşturan sağlık çalışanlarının bu süreçte sadece hastalık ile mücadele etmedikleri bunun yanında toplumsal olaylar, duygular ve yaklaşımlar ile de mücadele ettikleri görülmektedir. İncelenen çalışmaların tamamında sağlık çalışanlarının damgalanma korkusu yaşadıkları belirtilmiştir. Damgalanma korkusu sürecinin anksiyete bozukluklarına ve depresyonlara yol açtığı için bu durum ile ilgili önlemler alınması gereklidir. Sağlık merkezli yaşanmakta olan bu savaşta, evrensel bir orduyu temsil eden sağlık çalışanları belirli imtiyazlar sunulmalı ve profesyonel destek sağlanmalıdır. Damgalanmayı önlemek çok yönlü stratejilerin geliştirilmesini gerektirmektedir. Bu nedenle sorumluluğun sadece bireylerde değil aynı zamanda sivil toplum örgütlerinde de olması gerektiği ve damgalanmanın azaltılmasında halkın hastalık hakkında doğru bilgilendirilmesinin önemli rolü olduğu düşünülmektedir.



KAYNAKLAR

- Öztürk FÖ. Damgalanma Kavramı ve Tüberküloz. Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi. 2018;13:136-148.
- Tandon, R., 2020. The COVID-19 pandemic, personal reflections on editorial responsibility. Asian J. Psychiatr. 50, 102100. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102100>. The Economist, 2020. Health Workers Become Unexpected Targets During COVID-19. The Economist May 11, 2020
- Poudel, A., 2020. Stigma Against Health Workers, Patients and Area Locals Continues in Covid-19 Hotspots. <https://kathmandupost.com/national/2020/05/01/stigmaagainst-health-workers-patients-and-area-locals-continues-in-covid-19-hotspots>
- Xiong, Y., Peng, L., 2020. Focusing on health-care providers' experiences in the COVID-19 crisis. Lancet Glob. Health 8 (6), e740–741.
- Letter to the Editor. COVID-19 and stigma: Social discrimination towards frontline healthcare providers and COVID-19 recovered patients in Nepal. Asian Journal of Psychiatry 53 (2020) 102222.
- Qiu J, Shen B, Zhao M, Wang Z, Xie B, Xu Y. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID 19 epidemic: implications and policy recommendations. General Psychiatry. 2020; 33(2).
- Lin CY. Social reaction toward the 2019 novel coronavirus (COVID-19). Social Health and Behavior. 2020; 3(1); 1–2.
- Hatun O, Dicle AN, Demirci İ. Koronavirüs Salgınının Psikolojik Yansımaları ve Salgınla Başa Çıkma. Turkish Studies. 2020; 15(4); 531-554.
- Sevindik CS, Özer ÖA, Kolat U, Önem R. Major Depresif Bozukluğu veya Psikotik Bozukluğu Bulunan Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalanma ve İşlevsellik Üzerine Etkisi. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni 2014;48(3):198-207.
- Arabacı L, Başoğlu C, Büyükbayram A. Social functionality and internalized stigmatization levels of forensic psychiatry patients. Anadolu Psikiyatri Derg 2015;16:113–21.
- Sevinik H, Taş Arslan F. Şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal işlevsellik düzeyinin belirlenmesi. J Psychiatric Nurs 2020;11(3):177-180.
- Fırat M, Demir Gökmen B, Mine C. Psikiyatri servisinde yatan hastalarda içselleştirilmiş damgalanma ve yalnızlık ilişkisinin incelenmesi. J Psychiatric Nurs 2020;11(4):268-274.
- Phelan J. Stigma and its public health implications. Lancet. 2006; 367: 528–29 http://www.ahrn.net/LancetStigma_and_its_public_health_implications.pdf Accessed: 28.02.2017



Brohan E, Slade M, Clement S, Thornicroft G. Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures. BMC Health Services Research. 2010; 10 (80): 2-11 <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-10-80.pdf> Accessed: 28.02.2017.

Bana PE. Evaluation of The Social Implication Perception of Healthcare Employees in The COVID-19 Outbreak Process. PressAcademia Procedia. V.11-2020 (23):115-120.

Williams J, Gonzalez-Medina D. Infectious diseases and social stigma. Applied Innovations and Technologies. 2011; 4 (1): 58-70.

Çam O, Çuhadar D. Ruhsal hastalığa sahip bireylerde damgalama süreci ve içselleştirilmiş damgalama. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2011; 2 (3): 136-140.

El-Badri S, Mellsop G. Stigma and quality of life as experienced by people with mental illness. Australas Psychiatry. 2007; 15:195-200.

Staring AB, Van der Gaag M, Van den Berge M, Duivenvoorden HJ, Mulder CL. Stigma moderates the associations of insight with depressed mood, low self-esteem, and low quality of life in patients with schizophrenia spectrum disorders. Schizophr Res. 2009;115:363-9.

Corrigan PW, Larson JE, Rüsch N. Self-stigma and the “why try” effect: impact on life goals and evidence-based practices. World Psychiatry. 2009; 8:75-81.

Sartorius N. Lessons from a 10-year global programme against stigma and discrimination because of illness. Psychol Health Med. 2006;11:383-8.

Doğanavşargil Baysal GÖ. Damgalanma ve Ruh Sağlığı. Archives Medical Review Journal 2013; 22(2):239-251

Ramaci T, Barattucci M, Ledda C, Rapisarda V. Social Stigma during COVID-19 and its Impact on HCWs Outcomes. Sustainability 2020, 12, 3834.

Taylor S, Landry CA, Rachor GS, Paluszec MM, Asmundson GJG. Fear and avoidance of healthcare workers: An important, under-recognized form of stigmatization during the COVID-19 pandemic. Journal of Anxiety Disorders 75 (2020) 102289.

Ritsher JB, Phelan JC. Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. Psychiatry Res. 2004;129:257-65.

Chopra KK, Arora VK. (2020) Covid-19 and social stigma: Role of scientific community. Indian Journal of Tuberculosis. 67: 284-285.



INFORMED CONSENT AT THE EMERGENCY DEPARTMENT

Melih ÇAMCI¹

¹Uzman Doktor, Ağrı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Servis

ORCID NO: 0000-0003-4797-0816

ABSTRACT

Emergency is all situations that require immediate intervention under a life-threatening crisis. In our medical practice, the most common emergency situations are the pre-hospital emergency health services and in-hospital emergency departments. It is a legal duty, obligation and obligation for healthcare professionals and healthcare institutions to inform the patient or their legal representative (parent or guardian) before performing medical diagnosis and treatment. There are 4 main situations that are referred to as the situations where the obligation to inform is eliminated. These; These are the patient's refusal of the right to be informed, the patient's knowledge of the information to be made, the fact that the information to be made will have a bad effect on the patient, emergencies and situations. Assumed consent is the acceptance of the patient's consent without the consent of the intervened patient, but the existence of consent according to objective criteria. In this context, informed consent in emergencies is one of the universally accepted exceptions to informed consent.

Keywords; Information, Consent, Emergency department

ÖZET

Acil durum, hayatı tehdit edici bir kriz hali altında, ivedilikle müdahale gerektiren tüm durum ve hallerdir. Tıp pratiğimizde ise en sık acil durumlar ile karşılaşacağımız yerler, hastane öncesi acil sağlık hizmetleri ve hastane içi acil servislerdir. Sağlık çalışanları ve sağlık kurum, kuruluşlarının tıbbi teşhis ve tedavi edimini gerçekleştirirken bu edimi icra etmeden önce, hastayı veya kanuni temsilcisini (veli veya vasi) bilgilendirmesi tıbbi olduğu kadar hukuki bir ödev, yükümlülük ve zorunluluktur. Bilgilendirme yükümlülüğünün ortadan



kalktığı haller olarak geçen başlıca 4 durum belirtilmektedir. Bunlar; hastanın bilgilendirilme hakkından vazgeçmesi, hastanın yapılacak bilgilendirme hakkında bilgi sahibi olması, yapılacak bilgilendirmenin hasta üzerinde kötü etki yapacak olması, acil haller ve durumlardır. Varsayılan rıza, müdahalede bulunulan hastanın rızasının bulunmadığı ancak objektif ölçütlere göre rızanın var olduğunun kabul edilmesi durumudur. Bu kapsamda acil durumlarda aydınlatılmış onam, bilgilendirilmiş rızanın evrensel olarak kabul gören istisnalarından biridir.

Anahtar Kelimeler

Bilgilendirme, Rıza, Acil servis

FULL TEXT

Introduction

Emergency is all situations that require immediate intervention under a life-threatening crisis. In our medical practice, the most common emergency situations are the pre-hospital emergency health services and in-hospital emergency departments. Medical intervention, information and consent, which are the building blocks of the subject, in clause 4 of the Patient Rights Regulation;

Medical intervention: Physical and mental intervention carried out within the boundaries of medicine in accordance with the relevant professional obligations and standards for the protection of health, diagnosis and treatment of diseases, applied by persons authorized to perform the medical profession,

Information: Before any medical intervention planned to be made, the necessary information is given to the person by the healthcare professional who will perform the intervention

Consent: The person accepts the medical intervention with his / her free will and informed.” If we expand the definition of information by taking into account the judicial decisions; an individual's health status, itself with the diagnosis and treatment requires intervention to bodily integrity will be implemented, the benefits and possible risks of medical intervention and treatment, prognosis of possible consequences and diseases that may arise in case of acceptance of treatment, results are unpredictable and out of the recommended treatment in case of emergency detailed issues and to be informed in writing.



Disclosure Obligation

It is a legal duty, obligation and obligation for healthcare professionals and healthcare institutions to inform the patient or their legal representative (parent or guardian) before performing medical diagnosis and treatment. After this information, the physician or private health institutions and organizations obtain the license to perform the diagnosis and treatment while the patient or his legal representative decides whether to consent to the medical diagnosis and treatment to be applied. Except for medical research, there is no special regulation in Turkey or even in European countries on how to inform. Informing the patient is almost always done, regardless of the health system. However, some elements must be present for complete information. Here, most of the problems with information arise at the point of what these elements are and whether they are present in every information process. As a rule, medical intervention can be made after the patient has been fully informed and given "informed consent".

Informed Consent in Cases of No Disclosure Obligation and Emergency Situations

In the relevant articles of the Patient Rights Regulation, 4 main situations that are mentioned as the cases where the obligation to inform is removed are specified. These; The patient relinquishes the right to be informed, the patient has information about the information to be made, the information to be given will have a negative effect on the patient, emergencies and situations. Clause 8 under the heading "consent" in the 2nd part of the Convention on Human Rights and Biomedicine explains the medical intervention and consent in emergency situations clearly, simply and clearly; *"If appropriate consent cannot be obtained due to an emergency, any intervention that is medically necessary for the health of the individual can be made immediately."*

In emergency and mandatory situations where the patient cannot give consent and there is no legal representative, the physician's intervention to the patient may be considered as a duty and obligation that does not depend on consent. Because the person authorized as a physician has to intervene for the recovery of the patient who needs medical intervention. The physician's guarantor capacity will come into play here.



For example, the obligation to inform an unconscious patient who is brought to the emergency room after a traffic accident may be waived for emergency interventions in order to maintain respiration and circulation. Again, if there is a need for another intervention during an operation and if the operation is interrupted in the current table and informing the patient or his relatives will cause negative consequences for the patient, the condition of consent is not sought and the operation is continued. Jehovah's Witness patients do not accept blood transfusion due to their belief. If a Jehovah's Witness, who has the freedom to decide about his or her future, does not want to be intervened while he is conscious, his will cannot be compelled to be subjected to a procedure that is respected. Although it has been stated that blood transfusion cannot be given to a patient who is understood to be a Jehovah's Witness, in our opinion, it is not acceptable to not intervene in an unconscious patient who is in an emergency and leave him to die just because of his belief. In such a case, the physician has an obligation to intervene in accordance with the legislation and must intervene and provide assistance to the patient in order to save his life.

As with patients who are unconscious for any reason, there are rare situations in which emergency intervention can be performed without the informed consent of the psychiatric emergency patient. The first of these is the lack of time to inform the psychiatric emergency patient and the necessity of immediate intervention. However, the fact that involuntary treatment is lifesaving is absolute. Another is the decrease in the decision-making competence of the psychiatric emergency patient or inability to make a decision. In the event that the psychiatric emergency patient is medically incapable of giving informed consent, if the emergency treatment needed by the patient is of vital importance, the physician can still use the privilege of treating the patient in the best interest of the patient. If the need for urgent intervention is not of vital importance, an absolute representative should be sought and the emergency physician should prefer responsibility sharing.

In ethical and legal terms, it is obligatory to obtain the consent of the family for the treatment of the child. Children and parents have the right to participate in any decision concerning their health. Although parental consent is an ethical and legal obligation in the treatment of minors, there are exceptional cases where this rule is broken and parental consent is not sought. The most common exception is when the child needs urgent treatment. In the event that the parents of the emergency patient refuse the life-saving intervention, the emergency physician can provide emergency intervention without seeking parental consent, considering the best interests of the child.



Default / Assumed / Expected Consent

Assumed consent is the acceptance of the patient's consent without the consent of the intervened patient, but the existence of consent according to objective criteria. The precondition for the default consent is; the action must be in accordance with the law and morality and not in a way that deters the right to life. Supposed consent occurs as a reason for lawfulness. The basis is that the patient is not in a position to reveal his consent during the intervention, he does not have a prior declaration, to anticipate the patient's will for consent under normal conditions and to act accordingly.

In the presumed consent, it is necessary to clarify what is in the patient's best interest. If the patient himself had decided and declared, what would his consent be in any case with objective evaluation? Accordingly, assumed consent is a special case where objective and subjective elements come together. As a result, the direction of the patient's consent/will will be investigated, if there is no clear indication of this, then the attitude of a moderately reasonable person can be accepted as a criterion.

If there is a danger such as an emergency disease that will affect the general health and the patient is not in a position to express his consent, and if this person does not have a parent or guardian authorized to give consent, the assumed consent should be accepted. The assumed consent of the person concerned has to be sought, for those who are not capable of giving consent due to a minor or mental illness, the consent of the legal representative is the subject of the investigation. While determining that there is presumed consent, the physician should pay attention to the fact that the assumed consent is in compliance with the law, be aware of the possibility of making a wrong assessment, and try to determine the real will of the patient by highlighting his conscientious behavior in order to make the right decision.

Result

Informed consent in emergency situations is one of the universally accepted exceptions to informed consent. Most of the situations in which informed consent, which is supported by universal ethical values and laws and whose necessity and obligation is defined, is not sought and can be approved, are emergency situations. The health worker who has the right to medical intervention to the patient without obtaining the informed consent, gains a privilege. In cases where the patient does not have enough time to give the information he needs to



make a decision, performing life-saving treatment without obtaining the patient's consent is an ethically defensible situation.

KAYNAKLAR

ÖZCAN, Burcu G.; ÖZEL, Çağlar. Kişilik Hakları- Hasta Hakları Bağlamında Tıbbi Müdahale Sonucu Çıkan Hukuki İlişkide Aydınlatma Yükümlülüğü ve Aydınlatılmış Rızaya İlişkin Bazı Değerlendirmeler, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2007, Sayı: 1, Cilt: 10, s. 50- 73.

ERMAN, Barış. Ceza Hukukunda Tıbbî Müdahalenin Hukuka Uygunluğu, İstanbul, 2003, s. 146.

BIGGS, Hazel. Aydınlatma ve Sır Saklama Yükümlülüğü, Uygulama ve Malpraktis, A.Ü Hukuk Fakültesi Sağlık Hukuku Kurultayı, 1-3 Kasım 2007, Ankara, s. 54.

MAHMUTOĞLU, Fatih Selami. 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'daki Yeni Düzenlemeler Işığında Tıbbi Müdahalelerde Hekimin Ceza Sorumluluğu, İleri teknoloji Tıbbi ve Hekim Hasta İlişkisi, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2007, s. 210-211.

YARGITAY CGK. T. 24.03.1980, E. 1979/276, K. 1980/115, YKD. C.6, Temmuz 1980, S.7, s.1018, 1024.

ÇİLİNGİROĞLU, Cüneyt. Tıbbî Müdahaleye Rıza, İstanbul, 1993, s. 49.

GÜNDÜZ Tarık, KIRIMLIOĞLU Nurdan, EŞİYOK Burcu. Aydınlatılmış onam ve çocuk hastaya ilişkin hukuki düzenlemeler. T. K. Tıp Etiği 2001;9:27-34.

ERSOY Nermin, ÖZCAN ŞENSES Müesser, AYDIN ER Rahime. Acil tıp'ta aydınlatılmış onam, Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. 2010;16 (1):1-8.

İÇEL Kayıhan; SOKULLU AKINCI Füsün; ÖZGENÇ İzzet; SÖZÜER Adem; MAHMUTOĞLU Fatih Selami; ÜNVER Yener. Suç Teorisi, İstanbul, Beta Yayınları, 3. bası, 2004, s.176.



LOPERAMİD “ZAVALLI ADAMIN METADONU” TOKSİSİTESİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI: OLGU SUNUMU

LOPERAMIDE, THE “POOR MAN’S METHADONE” TOXICITY AND NURSING CARE: CASE REPORT

Arzu GÜNGÖR TOLASA¹ Ayşegül TÜRKMENOĞLU²

¹ORCID:0000-0003-0649-7858, Dr (PhD) İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İZMİR

²ORCID: 0000-0001-9906-9822, Uzman Hemşire, PhD (c), İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İZMİR

Özet: Loperamid, ucuz, kolay erişilebilir ve yaygın olarak kullanılan, reçetesiz satılan bir ishal önleyici ilaçtır. Loperamid, semptomlar ve opioid kesilmesinin öforik etkisi için alternatif bir tedavi olarak etiket dışı kullanımda yakın zamanda ciddi bir artış göstermiştir. Sosyal damgalanmanın olmaması da kullanımını artırmaktadır. Ulusal Toksik Veri Sistemini inceleyen bir çalışma, 2010'dan 2015'e kadar bildirilen loperamid maruziyetlerinde %91'lik bir artış buldu. Günde 70-100 miligram (mg) gibi yüksek dozlarda loperamid, opioid yoksunluğunun etkilerini hafifletmek veya öforik etkilerini azaltır. Yüksek dozlarda loperamid, QTc uzaması, QRS genişlemesi, ventriküler taşikardi, ventriküler fibrasyon ve hem sodyum hem de potasyum kanal blokajına bağlı diğer kardiyak aritmiler dahil olmak üzere ciddi kardiyotoksik etkilere neden olabilir. Loperamid toksikolojisinde hemşirelik bakımının amaçları; Gastrointestinal dekontaminasyonun sağlanması, solunum depresyonu ve kardiyotoksitenin önlenmesi ve hasta eğitimi. Bu yazıda bir loperamid doz aşımı vakasını anlatıyoruz.

Anahtar Kelimeler: Loperamid toksisitesi; hemşirelik bakımı; fonksiyonel sağlık örüntüleri

Abstract: Loperamide is an inexpensive, easily accessible, and widely used over-the-counter anti-diarrhea medication. Loperamide has had a recent, drastic increase in off-label use as an alternative treatment for symptoms and euphoric effect of opioid withdrawal. The absence of social stigma also increases its use. A study examining the National Toxic Data System found a 91% increase in reported loperamide exposures



from 2010 to 2015. High doses of loperamide, such as 70-100 milligrams (mg) per day, are abused to alleviate the effects of opioid withdrawal or to reduce its euphoric effects. High doses of loperamide may cause serious cardiotoxic effects, including QTc prolongation, QRS widening, ventricular tachycardia, ventricular fibrillation, and other cardiac dysrhythmias due to both sodium and potassium channel blockade. Nursing care objectives in loperamide toxicology; Providing gastrointestinal decontamination, prevention of respiratory depression and cardiotoxicity, and patient education. In this article we describe a case of loperamide overdose.

Keywords: Loperamide toxicity; nursing care; functional health patterns

GİRİŞ

İlk olarak 1969 yılında Janssen Pharmaceutica'da Paul Janssen tarafından sentezlenen Loperamid, 1976 yılında Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) onayından bu yana tıbbi olarak kullanılmaktadır (1). Dünya Sağlık Örgütü'nün Temel Tıp Listesi'nin bir parçası ve aynı zamanda temel sağlık sisteminde ihtiyaç duyulan en önemli ilaçlar arasında yer almaktadır (2). Loperamid, peristaltizmi ve gastrointestinal motiliteyi yavaşlatmak için bağırsaktaki opioid reseptörlerine bağlanan sentetik bir opioiddir. Son yıllarda loperamid hakkında tartışmalar giderek artmış, ilacın kolay ulaşılabilir olduğu ve bununla kötü kullanım için kolaylaştırıcı olduğu belirtilmiştir. Satışlarda herhangi bir kısıtlamanın olmaması ve düşük maliyetli olması herkesin düşük bir ücretle satın alıp ulaşabilmesine olanak tanımaktadır. 2-16 mg/gün'lük terapötik dozlarda, etkisini minimal psikoaktif etkilerle esas olarak intestinal opioid reseptörleri üzerinde gösterir; ancak supratherapötik dozlarda merkezi opioid reseptörlerine ulaşır (3).

Reçeteli opioid ağrı kesicilere ilişkin daha sıkı düzenlemelerle loperamid, yoksunluk semptomlarını hafifletmek isteyen opioid kullanıcıları için bir alternatif olarak ortaya çıkmıştır (3,4). Özellikle, son birkaç yılda loperamidin yanlış kullanımı, bağımlılığı ve buna bağlı ölüm oranlarına ilişkin raporlarda bir artış olmuştur. Dierksen ve ark. loperamid kullanımından kaynaklanan ilk ölüm vakasını bildirmiş ve 2012'den 2016'ya kadar Kuzey Carolina'da loperamid içeren 19 ölüm meydana geldiği bildirilmiştir (5,6). Ulusal Toksik Veri Sistemi'ni inceleyen bir çalışma, 2010'dan 2015'e kadar bildirilen loperamid maruziyetlerinde % 91'lik bir artış bulmuştur. Günde 70-100 miligram (mg) gibi yüksek dozlarda loperamidin, opioid yoksunluğunun etkilerini hafiflettiği veya öforik etkilerini azalttığı belirlendi. Yapılan çalışmalar



doğrultusunda loperamidin ishalin giderilmesi için kullanılmasından ziyade bir opioid alternatifi olarak kullanılmasına doğru bir kayma olduğu belirlenmiştir (7). Yüksek dozlarda loperamid, QTc uzaması, QRS genişlemesi, ventriküler taşikardi, ventriküler fibrasyon, sodyum ve potasyum kanal blokajına bağlı diğer kardiyak aritmiler dahil olmak üzere ciddi kardiyotoksik etkilere neden olabilir (8). Artan loperamidin kötüye kullanım ve bağımlılık oranlarına rağmen, bu bozukluk için standart bir tedavi planı yoktur. Loperamid toksikolojisinde hemşirelik bakımının amaçları; gastrointestinal dekontaminasyonun sağlanması, solunum depresyonu ve kardiyotoksisitenin önlenmesi ve hasta eğitimidir. Bu yazıda bir loperamid doz aşım vakası anlatılmaktadır.

OLGU

32 yaşında erkek hasta saat 06:00'da ambulansla acil servise gelmiş. Önceki akşam saat 22:00'de 70 tablet loperamid aldığını bildirmiş. Sabah baş dönmesi, sağ karın ağrısı, mide bulantısı ve nefes darlığı ile uyanmış. Kısa süreli bir senkoptan sonra kız arkadaşı 112'yi arayarak yardım istemiş. Acil serviste çekilen ilk EKG bulgularında genişlemiş QRS ve aşırı uzamış QT görüldü. Uyuşturucu, tütün ve alkol dahil olmak üzere devam eden bir madde kötüye kullanımı öyküsü vardı. Acil serviste yapılan ilk müdahalenin ardından hasta servise yatırılmıştır. Olgu Marjory Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Hemşirelik Bakım Modeli ile değerlendirildi ve hemşirelik bakımı verildi. Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Hemşirelik Bakım Modeli doğrultusunda değerlendirilen vakada, "Etkisiz Solunum Örüntüsü, Kardiyak Doku Perfüzyonunda Azalma Riski, Akut Ağrı, Düşme Riski, Bulantı Kusma, Sıvı Elektrolit Eksikliği/Bozukluğu, Etkisiz Sağlık Yönetimi, Düşme Riski, İntihar Riski" hemşirelik tanıları belirlendi, bu tanımlara yönelik hemşirelik girişimleri uygulandı ve değerlendirildi.

FONKSİYONEL SAĞLIK ÖRÜNTÜLERİ MODELİ'NE GÖRE DEĞERLENDİRME

Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Modelleri, 1987 yılında Marjorie Gordon tarafından kapsamlı bir hemşirelik veri tabanı oluşturmak için bir kılavuz olarak önerilen fonksiyonel sağlık kalıpları tarafından geliştirilen bir yöntemdir (9). Gordon'un belirli bir zaman diliminde davranışların sırası olarak tanımladığı FSÖ hemşirelik süreci, kritik düşünme ve klinik karar vermenin üzerinde durmaktadır. FSÖ insan sağlığı ve yaşam süreci ile ilişkili 11 başlık altında sınıflandırmıştır. Bunlar; Sağlık Algısı Sağlık Yönetimi Modeli, Beslenme Metabolik Modeli, Eliminasyon Modeli, Aktivite Egzersiz Modeli, Uyku Dinlenme Modeli, Bilişsel-Algısal Model,



Benlik-Algı-Benlik-Kavram Modeli, Rol-İlişki Modeli, Cinsellik-Üreme, Başa Çıkma Stres Tolerans Modeli, Değer-İnanç Modelidir (10,11).

1.Sağlığı Algılama- Sağlığın Yönetimi

FS sağlığını orta düzeyde tanımladı, düzenli sağlık kontrolü yaptırmadığını, ara sıra egzersiz yaptığını, uyuşturucu, tütün ve alkol dahil olmak üzere devam eden bir madde kullanımının olduğunu belirtti. Baskı hissi yaratan göğüs ağrısı şikayeti yaşadığını belirtti. Ağrı skalasına göre ağrının derecesini 3 olarak ifade etti.

2. Beslenme- Metabolik Durum

FS endişeli, stresli olduğu zamanlarda iştahsızlık hissettiğini, son 3 ayda 10 kilo verdiğini belirtti. Düzenli öğün tüketme alışkanlığının olmadığını, sıklıkla bulantı-kusma şikayetlerinin devam ettiğini ifade etti.

3.Boşaltım

Hastada sıvı dengesizliği ile birlikte serum sodyum (133-122 mEq/L), potasyum (3-3.5 mEq/L), magnezyum (0.74 mEq/L) ve kalsiyum (7.8-9 mg/L) düzeylerinde azalma ve/veya dengesizlik olduğu tespit edildi. Günlük idrar miktarında azalma olduğu belirlendi.

4. Aktivite- Egzersiz

FS'nin solunum sayısı 22/dk, radyal nabızı 132/dk, kan basıncı 90/65 mm Hg ölçüldü ve nefes darlığı öksürük şikayeti oldu. EKG bulgularında QRS genişlemesi sebebiyle hasta monitizasyonda izlendi. Aktivite ile artan solunum sıkıntısından dolayı kısıtlama yaşandığı belirlendi.

5. Uyku – Dinlenme

Sabahları dinlenmiş olarak uyanmadığını, uykuya dalmada zorlandığını ve bazen geceleri hiç uyuyamadığını belirtti. Alkol ve madde kullandığı zamanlarda uzun saatler (20 saat üzeri) uyuduğunu belirtti. Hasta gece ara ara solunumda sıkıntı yaşayıp uyandığını ifade etti.



6. Bilişsel-Algisal Durum

FS'nin zaman, yer, kişi oryantasyonu var. Glaskow koma puanı 15'dir

7. Kendini Algılama- Benlik Kavramı

Hastanın tekrar intihar girişiminde bulunma düşüncesi var. Hastanede yatmak istemiyor. Huzursuz ve tedaviyi uyum konusunda isteksiz.

8. Rol ve İlişki Modeli

Kız arkadaşıyla birlikte yaşıyor. Aile içi ilişkilerinin iyi düzeyde olduğunu ifade etti. **9. Cinsellik-Üreme Modeli**

Bekar, cinsel yaşamını etkileyen bir durum yok.

10. Başetme-stres toleransı

Stresli ve endişeli hissettiği dönemlerde sigara ve alkol kullanarak rahatladığını söylüyor. **11. Değer-İnanç**

Hastalığının değer ve inançlarını etkilemediğini ifade etti.

NANDA'YA GÖRE HEMŞİRELİK TANILARI

Toplanan veriler, planlanan ve uygulanan bakım olgu sunumu tekniği ile incelenmiştir ve “Gordon Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli” ve “NANDA Hemşirelik Tanıları” ile değerlendirilmiştir (Tablo 1).

HEMŞİRELİK TANISI	UYGULANAN GİRİŞİMLER	DEĞERLENDİRME
-------------------	----------------------	---------------

pulseoksimetre 92 mmHg

 Kan gazı PaO₂: 90
mmHg PaCO₂:42 mmHg

pH: 7.41

Solunum sayısı: 22 olarak

değerlendirildi.

1. Etkisiz Solunum Düzeni

 ✓ Hastaya semifowler pozisyonu
verildi. ✓ Doktor istemine göre 2 lt
oksijen desteği sağlandı.

 ✓ Sık aralıklar ile oksijen
satürasyonu değerlendirildi.

 ✓ Doktor istemi ile prednol 40 mg
intravenöz uygulandı.

 ✓ Kan gazı alınarak hastanın
solunumsal parametreleri
değerlendirildi.

**2.Kalp Dokusu
Perfüzyonunun Azalması
Riski**

✓ Saatlik idrar çıkışı takibi yapıldı.

✓ Hasta monitorize edildi.

✓ Saatlik EKG çekildi.

✓ Saatlik vital bulgu takibi alındı.

 ✓ Kişinin oryantasyonu sık sık
sorgulandı.

Hastanın nabız : 132/dk

Solunum sayısı: 22/dk

 Deri rengi: Kuru ve soluk EKG
bulgularında genişlemiş QRS
mevcut.

3.Akut Ağrı

 ✓ Hastanın ağrısının yeri, şiddeti ve
niteliği, derecesi değerlendirildi.

 ✓ Ağrıyı azaltan/arttıran
faktörlerin

sorgulandı.

 ✓ Hekim istemine göre analjezik
tedavi (parol flk) uygulandı.

 FS'nin ağrı skalası
kullanılarak ölçülen ağrı şiddeti
analjezik uygulandıktan sonra 3
den 2 ye geriledi.



1.ULUSLARARASI 6.ULUSAL
ACİL HEMŞİRELİK KONGRESİ:
CEMİLE AKBİNAR ANISI
1.INTERNATIONAL 6. NATIONAL
EMERGENCY NURSES CONGRESS
IN MEMORY OF CEMİLE AKBİNAR

4 - 6 Haziran 2021
4 - 6 June 2021

✓ Kas gevşeme egzersizleri, masaj, pozisyon değiştirme gibi nonfarmakolojik yöntemler önerildi.

4.Düşme Riski

✓ Yatak kenarlıkları yukarı kaldırıldı ve yatak tekerleri kilitletti.

✓ Hastanın hijyen ve tuvalet ihtiyaçları için yardımcı olundu.

✓ Oda yeterince aydınlatıldı.

✓ Hasta odasındaki gereksiz eşyalar ortadan kaldırıldı.

✓ Kaymayan ayakkabı ve terlik kullanması sağlandı.

Hasta düşmedi.

HEMŞİRELİK TANISI

UYGULANAN GİRİŞİMLER

DEĞERLENDİRME

5. Bulantı-kusma

✓ Hasta yemeğini yedikten sonra yarı oturur pozisyonda bir süre dinlendirildi.

✓ Oda sık sık havalandırıldı.

✓ Dr istemi ile antiemetik ilaç uygulandı. ✓ Yemeklerle sıvı alımı kısıtlandı.

FS' nin kusma sayısı günlük 2 olarak kaydedildi.

Bulantılarının devam ettiğini ilaçlar ile rahatladığını ifade etti.

6. Etkisiz Sağlık Yönetimi	✓ Hastanın güvenliği açısından gerekli tedbirler alındı. ✓ Hastanın gereksinimleri doğrultusunda destek hizmetlerine yönlendirildi (psikolojik yardımı ve psikiyatri konsultasyonu istendi) Hastaya ilaçların kullanımı, stres ile başetme konusunda eğitim verildi.	Hasta düzenli olarak ilaçlarını aldı. Tedaviye katılmada isteksizdi. Oda içerisinde tütün kullanımı devam ettiği gözlemlendi.
7.Sıvı Elektrolit Eksikliği/Bozukluğu	✓ Hastanın damar yolu açık tutuldu. ✓ Doktor istemi ile izotonik 1000 ml takıldı. ✓ Saatlik aldığı çıkardığı takibi yapıldı. Bulantı- kusma için doktor istemi ile ilaç tedavisi uygulandı.	Hasta aldığı çıkardığı +500 şeklinde dengede kaldı. IV=1000 ml PO: 700 ml İdrar:1300 ml Kusma sayısı: Günlük 2 olarak kaydedildi.
8.İntihar Riski	✓ Güvenli bir ortam sağlandı. Kesici delici aletler ve haplar kaldırıldı. Yakınları ve kız arkadaşı ile görüşme sağlandı.	Hasta serviste yattığı süreçte intihar girişiminde bulunmadı.
9. Uyku Düzeninde Bozulma	✓ Hastanın mümkün olduğunca gündüz saatlerinde uyuması engellendi. ✓ Gece uyumasını engelleyecek etkenler ortadan kaldırıldı. (ses-ışık-kalabalık)	Hasta geceleri 6 saat uyuduğunu belirtti. Sabah dinlenmiş ve uykusunu almış şekilde uyandığını, gün içerisinde uyuma isteğinin azaldığını belirtti.

1.ULUSLARARASI 6.ULUSAL ACİL HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ: CEMİLE AKBİNAR ANISI 1.INTERNATIONAL 6. NATIONAL EMERGENCY NURSES CONGRESS IN MEMORY OF CEMİLE AKBİNAR	Tedavi ve uygulamalar 4 6 Haziran 2021 4 - 6 June 2021	
	uykusunu bölmeyecek şekilde planlandı. ✓ Doktor istemine göre (lüzum halinde) uyku ilacı uygulandı.	

SONUÇ

Sonuç olarak verilerin sistematik olarak değerlendirildiği ve vakanın bütüncül olarak ele alındığı Gordon'nun Foksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli'nin kullanılmasının faydalı olduğu belirlenmiştir. Öforik etkileri veya opioid yoksunluk semptomlarını hafifletmek için yüksek doz loperamid kullanan hastalar, opioid kullanım bozukluğu açısından değerlendirilmeli ve kanıta dayalı tedavi almalıdır. Son birkaç yılda artan loperamid kötüye kullanımı ve toksisitesi nedeniyle, halkın ve sağlık hizmeti sağlayıcısının farkındalığı artırılmalı, ölümcüllüğünü tam olarak anlamak için optimize edilmeli ve genel nüfusa erişimiyle ilgili daha katı düzenlemeler yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Anderson, L. 2016. Loperamide hydrochloride. <https://www.drugs.com/pro/loperamide.html> (Erişim Tarihi:28.06.2021).
2. WHO.2013.WHO model list of essential medicines.
<http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/index.html> (Erişim Tarihi: 28.06.2021)
3. Daniulaityte, R., R. Carlson, and R. Falck. 2013. I just wanted to tell you that loperamide will work: A web-based study of extra-medical use of loperamide. *Drug and Alcohol Dependence* 130:241–44. doi:10.1016/j.drugalcdep.2012.11.003
4. Arnold C, Martinez CJ. Loperamide Overdose. *Cureus*. 2019;11(5):e4753. Published 2019 May 25. doi:10.7759/cureus.4753



5. Dierksen J, Gonsoulin M, Walterscheid JP. Poor man's methadone: a case report of loperamide toxicity. Am J Forensic Med Pathol 2015; 36:268–270
6. Bishop-Freeman SC, Feaster MS, Beal J, et al. Loperamide-related deaths in North Carolina. J Anal Toxicol 2016;40:677–686.
7. Swank KA, Wu E, Kortepeter C, et al. Adverse event detection using the FDA post marketing drug safety surveillance system: Cardiotoxicity associated with loperamide abuse and misuse. J Am Pharm Assoc (2003) 2017; 57(2S):S63–S67.
8. Wu, P. E., & Juurlink, D. N. (2017). Clinical review: loperamide toxicity. Annals of emergency medicine, 70(2), 245-252
9. Staub-Müller M. Evaluation of the implementation of nursing diagnosis, interventions and outcomes. International Journal of Nursing Terminologies and Classification 2009; 20(1):9-15.
10. Erdemir F (Ed), Yılmaz E (Ed), Gordon M. Hemşirelikte Standardize Bir Dile Neden Gereksevim Vardır? Hemşirelik Sınıflama Sistemlerinin Tarihsel Gelişimine Genel Bakış. Hemşirelik Sınıflama Sistemleri. Başkent Üniversitesi Basın Yayın Halkla İlişkiler Bürosu. Ankara - 2003. ss:11-15. 15.
11. Erdemir F (Ed), Yılmaz E (Ed), Gordon M. Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri ve Klinik Karar Verme. Hemşirelik Sınıflama Sistemleri. Başkent Üniversitesi Basın Yayın Halkla İlişkiler Bürosu. Ankara - 2003. ss: 87-93.



AFETLERİN ALZHEİMER HASTALARI ÜZERİNDEKİ ETKİSİNE GENEL BAKIŞ

OVERVIEW OF THE EFFECT OF DISASTERS ON ALZHEIMER PATIENTS

Dilek DORUK KONDAKCI¹

¹Doktor Öğretim Üyesi, Trakya Üniversitesi Keşan Hakkı Yörük Sağlık Yüksek Okulu, Acil Yardım ve Afet Yönetimi Bölümü, Edirne/Türkiye

ORCID NO: 0000-0001-9752-3833

ABSTRACT

It is a fact that disasters cause dramatic effects on human life including injuries and deaths of a vast number of people each year. Elderly population is the most vulnerable group among others, who are more affected by the physiological and cognitive traumas, which can lead to social and economic consequences. In this paper we consider disaster planning, implementation procedures and techniques for treatment, and classification of the needs for elderly patients suffering from Alzheimer's disease.

Following a disaster, living with the family and caregiver support for the elderly are of great importance. The Covid-19 pandemic has once again demonstrated the importance of caregiver support for individuals living with dementia all over the world.

According to recent data, 50 million individuals have been diagnosed with dementia in the world. Most dementia patients live at home being cared by their families or private caregivers. Most of the elderly living in nursing homes are also diagnosed with dementia. Despite this fact, there exist a limited number of studies in the literature examining the effects of disasters (earthquake, storm, flood, tsunami etc.) on patients with Alzheimer, which is the most common type of dementia. Most of the literature focus on daily care activities dealing with Alzheimer's disease, however common practices/plans to be followed, during catastrophic events such as disasters, are not considered. During disasters mental and psychological problems, chronic diseases, injuries, lack of access to medical care, problems in accessing social support negatively affect the health status and survival chances of the elderly.



Experiences of families of the individuals with chronic diseases such as Alzheimer's during disasters reveal the fact that they are not sufficiently prepared for disasters, hence they undergo stress when disasters occur. It is important that caregivers with Alzheimer's disease have a disaster plan for the individual they are responsible for. They should create an evacuation plan that they will implement during the disaster. A list of emergency needs should also be created, where necessary material should be stocked. The list should include the patient's medications, glasses, hearing aid, extra batteries, and assistive technology tools. A list of drug names, doctors and pharmacies for the individual with Alzheimer's disease should be kept in a safe and waterproof bag.

As a result, individuals with Alzheimer's disease belong to a disadvantaged elderly group. Due to this, it is important to work on proper planning and applications for the needs required for the elderly and their relatives who can enhance disaster preparedness and awareness.

Keyword: Alzheimer's disease, disaster, elderly

ÖZET

Afetler insan hayatında dramatik etkiler yaratan olaylardır. Her yıl çok sayıda insanın yaralanması ve ölümüne neden olmaktadır. Bununla birlikte afetlerde yaşlı nüfus savunmasız grubu oluşturmaktadır. Afet sırası ve sonrasında yaşlı bireyler, ortaya çıkan değişimler (fizyolojik, duyuşsal ve bilişsel) sosyal ve ekonomik sınırlılıklar nedeniyle daha fazla etki altında kalmaktadır. Bu dönemde yaşlı için aile ile birlikte yaşama ve bakıcı desteği büyük önem kazanmaktadır. Pandemi süreci, dünyanın her yerinde demansla yaşayan bireyler için bakıcı desteğinin önemini bir kez daha ortaya koymuştur.

Son verilere göre dünyada demans tanısı alan 50 milyon kişi bulunmaktadır. Demans hastalarının çoğu evde aile veya bakıcılarından bakım alarak hayatını sürdürmektedir. Huzurevlerinde yaşayan yaşlıların ise büyük bir çoğunluğu demans tanılıdır. Buna rağmen literatürde demansın en yaygın şekli olan Alzheimer hastalarına afetlerin (deprem, fırtına, sel, tsunami vb.) etkisini inceleyen sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmaktadır. Literatürün çoğu, Alzheimer hastalığında günlük bakım aktivitelerine odaklanmaktadır, ancak afet gibi olaylar karşısında izlenecek ortak algoritmalar/planlara değinilmemiştir. Afetler, zihinsel ve psikolojik sorunlar,



kronik hastalıklar, yaralanmalar, tıbbi bakıma ulaşım planlarının olmaması, sosyal desteğe erişimde sorunlar yaşanması nedeniyle yaşlıların sağlık durumunu ve hayatta kalma şansını olumsuz yönde etkilemektedir.

Alzheimer gibi kronik hastalığı olan bireylerin ailelerinin afet esnasında yaşadıkları tecrübeler afetlere yeterince hazırlıklı olmadıkları ve daha stresli olduklarını ortaya koymaktadır. Alzheimer hastası bakıcıların bakımını üstlendikleri birey ile birlikte bir afet planına sahip olması önemlidir. Afet esnasında uygulayacakları tahliye planı oluşturmalıdır. Acil durum ihtiyaç listeleri oluşturmalı ve malzemeleri stoklanmalıdır. Acil durum ihtiyaç listelerinde hastanın ilaçları, gözlüğü, işitme cihazı ve ekstra piller, yardımcı teknoloji araçları olmalıdır. Alzheimer hastası bireyin ilaç isimleri, doktorları ve eczanelerinin bir listesi su geçirmez bir çantada tutulmalıdır.

Sonuç olarak, Alzheimer hastalığına sahip bireyler dezavantajlı yaşlı grubu oluşturmaktadır. Bu nedenle afetlere hazırlık ve farkındalık için grubun ihtiyacına yönelik planlamalar ve uygulamalar üzerine çalışmalar yapılması önem arz etmektedir.

Anahtar kelimeler: Alzheimer hastalığı, afet, yaşlı

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü'nün bir olayın afet olarak değerlendirilmesi için, kişilerin günlük yaşam alanlarını aniden değişmesi, kayıplara ve felakete neden olması, yiyecek, giyecek barınma vb. ihtiyaçların ortaya çıkmasına neden olan doğa olayı olarak tanımlamaktadır (1).

Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD) Afet Terimleri Sözlüğü'nde ise afet; *“Fiziksel, ekonomik ve sosyal kayıplar meydana getiren, normal yaşamı ve insan faaliyetlerini kesintiye uğratarak veya durdurarak olumsuz etkileyen, mevcut yerel kaynakların yetersiz kaldığı doğa, teknolojik ve insan kökenli olaylardır.”* şeklinde tanımlanmaktadır (2).

Afet Araştırma ve Epidemiyoloji Merkezi (CRED) tarafından doğal afetler; jeolojik (deprem, volkanik patlama vb.), hidrolojik (sel, hortum vb.), meteorolojik (fırtına, sis vb.), klimatolojik (kuraklık, yangın vb.),



biyolojik (salgılar, böcek istilası vb.), sosyal (göç, terör vb.) ve teknolojik (maden kazaları, nükleer kazalar vb.) afetler olarak sınıflandırılmaktadır (3).

Günümüzde afet çeşitliliği ve hareketliliği artış göstermektedir (4). Doğal afetler meydana geldiği alanda tüm yaş guruplarını etkiler (5). Yaşlı nüfus afetlerdeki savunmasız gurplardan biridir (6). Yaşlı bireyler, ortaya çıkan değişimler (fizyolojik, duyuşsal ve bilişsel) sosyal ve ekonomik sınırlılıklar nedeniyle afet sırası ve sonrasında daha fazla etki altında kalmaktadır (7). Afetler esnasında savunmasız kalınması yaralanma ve ölüm riskinin artmasına, afet sonrasında iyileşme süresi ve hastanede kalış süresinin uzamasına neden olmaktadır (6). Amerika Birleşik Devletleri'nde bir afetten sonra demansı olan kişilerin, ölüm ve hastalık oranlarının arttığı, sağlık kontrollerine önceki dönemlere göre daha fazla ihtiyaç duydukları saptanmıştır (1).

Dünyada yaşam beklentisi giderek artmaktadır (8). Yaşla birlikte kronik hastalıkların artması özellikle de demans hastalarının artışı yaşlı nüfus demografisinde değişime neden olmaktadır (7). Demans, bir grup semptomu tanımlayan genel bir terimdir (9). Alzheimer Hastalığı, beyin hasarına neden olan, bilişsel becerilerin azalması ile bireyde günlük yaşam aktivitelerinin gerçekleştirilmesinde yetersizlikle karakterize, demansın en yaygın görülen (%60-70) tipidir (9). Alzheimer Hastalığı, yaşlı bireylerde engellilik ve ölüme (7. ölüm nedeni /2019) neden olan en yaygın hastalıklar arasında yer almaktadır (10).

Afetlerde güvenliğin sağlanması büyük önem taşımaktadır. Bireyin afet riskine maruz kalma, hazırlıklı olma ve risklere yanıt verme durumu bölgenin koşulları ile ilişkilendirilmektedir (11). Afetlere hazırlıklı olmak afet sonrası rutin yaşama dönmeye anahtar rol oynamaktadır (6). 137 ülkede engellilerle yapılan çalışmada engellilerin sadece %21'inin tahliye edilebileceği belirlenmiştir (11).

Demanslı bireylerin bir doğal afet veya tahliye sırasında özellikli grup olduğu unutulmamalıdır. Bakıma ihtiyacı olan bireylere sahip aileler afetlere yeterince hazırlıklı olmadığı için daha çok stres yaşamaktadır (12). Afetlerde tahliye sırasında, bakımın sürekliliğinin sağlanması ve kaygıyı azaltmaya yönelik süreçler uygulanamayabilir (1). Alzheimer hastalarının çevresinde meydana gelen değişikliklerde (tanıdık bir ortamdan ayrılma vb.) semptomların tetiklenmesi ve artması olağandır (7). 2017 yılındaki Irma ve Maria kasırgaları sonrasında tahliye ve yeni bir yere taşınma esnasında ortaya çıkan kişisel ihtiyaçlar ve çevresel değişimlerle birlikte Alzheimer hastalarında hızlı ruh hali değişimi, huzursuzluk, sinirlilik, kaygı artışı, düşmanlık vb. gözlemlenmiştir (13).



Bakım verenler (aile üyeleri, arkadaşlar vb.) afetlerde Alzheimer hastasına etkin sağlık hizmeti sunulmasında en etkin grubu oluşturmaktadır (12). ABD (Florida) tematik analiz yöntemi ile yapılan bir çalışmada; bakıcıların doğal afetlere (kasırga) hazır oldukları ancak bakım verdikleri kişilerin ve kendilerinin olayın stresi ile başa çıkmada sorun yaşadıkları görülmüştür (14).

Alzheimer hastası bireylere ait afet çantası içerisinde bulunması gereken malzemeler:

Tüm malzemelerin su geçirmez bir malzeme içerisinde afet çantası içerisine konulması önem arz ettiği unutulmamalıdır.

- Bireyin değerli bir eşyası (kitap, yastık, resim, çanta vb.)
- Bireyin sevdiği besin değeri yüksek atıştırılabilir ve içecekler
- Hekiminin iletişim bilgileri (adı, adresi ve telefon bilgileri)
- Tıbbi belgelerin (rapor, reçeteleri vb.) (belgelere alerjileri (besin, ilaç vb.) ile ilgili bilgilerde yer almalı) kopyaları
- İlaçları (reçeteli ilaçların listesi)
- Kimlik bileziği ve son dönemde çekilmiş fotoğrafı
- Önemli telefonlar (yakını, dernek vb.)
- Sıcak tutan, kolay giyilebilir kıyafetler ve sağlam ayakkabılar
- Yedek iç çamaşırları, mendil, losyon vb.
- Yedek gözlük ve işitme cihazı/pilleri
- El feneri ve ekstra piller (15).

Sonuç olarak;

- Doğal afetlerin sıklığı ve Alzheimer hastalığı ile yaşayan bireylerin artan prevalansı, bu nüfusun ihtiyaçlarına odaklanmanın önemini ortaya koymaktadır.
- Bakım verenler, toplum direncinin artırılmasında anahtar role sahip olduğu için aileler ve bakım alan kişilerin birlikte katılacağı afetlere hazırlık eğitimleri büyük önem taşımaktadır.
- Hastalığa özgü acil durum uygulamalarının uygun şekilde ele alınmasına karar verebilmek için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.



KAYNAKLAR

1. Schnitker L., Fielding E., MacAndrew M., Beattie E., Lie D., FitzGerald G. (2019) A national survey of aged care facility managers' views of preparedness for natural disasters relevant to residents with dementia. *Australas J Ageing*. 38, 182–189. <https://core.ac.uk/download/pdf/228974136.pdf>
2. Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD) Afet Terimleri Sözlüğü (Erişim adresi: <https://www.afad.gov.tr/aciklamali-afet-yonetimi-terimleri-sozlugu> Erişim Tarihi: 03.06.2021)
3. Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD) Afet Türleri (Erişim adresi: <https://www.afad.gov.tr/afet-turleri> Erişim Tarihi: 03.06.2021)
4. Center for Research on the Epidemiology of Disasters, 2021 (Erişim adresi: <https://emdat.be> Erişim tarihi:28.06.2021).
5. [Holle C.L.](#), [Turnquist M.A.](#), [Rudolph J.L.](#), (2019) Safeguarding older adults with dementia, depression, and delirium in a temporary disaster shelter, *Nursing Forum*, 54(2), 157-164. doi: 10.1111/nuf.12309. Epub 2018 Dec 9.
6. Sri-on J., Vanichkulbodee A., Sinsuwan N., Rojsaengroeng R., Kamsom A., Liu S.W. (2019) Disaster preparedness among Thai elderly emergency department patients: a survey of patients' perspective. *BMC Emergency Medicine* 19:58 <https://doi.org/10.1186/s12873-019-0269-7>
7. Gibson A., McSweeney-Feld & Co-Conveners (2018) A Special Collection of Articles on Disaster Planning, Preparedness, and Postdisaster Work for Older Adults, *Journal of Gerontological Social Work*, 61:7, 686-688.
8. Antal M, Péter S, Eggersdorfer M (2017) Alzheimer's Disease: An Epidemiologic Disaster From Nutritional Perspective. Page 2 of 14 *J Nutrition Health Food Sci* 5(1): 1-14. DOI: <http://dx.doi.org/10.15226/jnhfs.2016.00184>
9. Alzheimer's and Dementia, Erişim adresi: https://www.alz.org/alzheimer_s_dementia Erişim tarihi:28.06.2021
10. World Health Organization The top 10 causes of death (Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death> Erişim tarihi:28.06.2021).
11. UNISDR (2014). UNISDR 2013 Survey on Living with Disabilities and Disasters - Key Findings. Genève: The United Nations Office for Disaster Risk Reduction.(Erişim adresi:



12. https://www.unisdr.org/2014/iddr/documents/2013DisabilitySurveyReport_030714.pdf Erişim tarihi:28.06.2021).
13. Pickering C.J., Dancey M., Paik K., O’Sullivan T., Informal Caregiving and Disaster Risk Reduction, Int J Disaster Risk Sci, 12, 169–187, 2021.
14. Carrion-Baralt J., V. Sepúlveda-Rivera, M. Pieras, The Impact of Hurricanes Irma and Maria on the behavior and mood of people with Alzheimer’s Disease in Puerto Rico. Innovation in Aging, 2018, 2(1), 1003-1004.
15. Crawford N., Levin B., Amber G., Martinez-Tyson D., Huntington-Symons M., Macys A., (2020) Dementia caregivers perspectives of caregiving, burden, emergencies and emergency preparedness, Innovation in Aging, 4(1), 907.
16. Preparing for Emergencies, (Erişim adresi: <https://www.alz.org/help-support/caregiving/safety/in-a-disaster> Erişim tarihi:28.06.2021).



NURSES' ROLE IN PATIENTS' SAFE DISCHARGE FROM THE EMERGENCY DEPARTMENT

Perihan ŞİMŞEK¹, Abdülkadir GÜNDÜZ²

¹Trabzon University School of Applied Sciences Department of Emergency Aid and Disaster Management,
ORCID: 0000-0002-0216-3968

²Karadeniz Technical University Faculty of Medicine, ORCID: 0000-0001-8591-9769

Emergency department visits are increasing worldwide and millions of patients attendance to emergency departments every year due to various health problems. It is of vital importance that the emergency treatment and care of the patients who need immediately medical care without delay, and it is also of great importance that the patients be discharged from the emergency department safely. It was found that failure to inform the patients while they are being discharged or possible disruptions in the discharge plan can lead to re-admission to the emergency department within 30 days and frequent use, which were associated with negative clinical results and serious cost increase. Planning for the safe discharge should be initiated as soon as the patients are admitted to the emergency department. Necessary data in terms of safe discharge should be obtained within the scope of the both first assessment including presentation complaints, medical history, triage and also re-evaluations during patient's stay in the department. Throughout the interaction process with the patient, behavioral problems that may affect compliance with discharge instructions and risk factors such as advanced age, mental disorders, substance use, chronic diseases, and dependency on caregivers should be evaluated. It is also possible to use valid and reliable measurement tools to determine the risk level of patients in terms of discharge. In addition to the risk factors related to patients, it is possible to encounter various problems that may affect discharge safety, such as patients not complying with the instruction and communication barriers. Moreover, emergency department conditions can complicate patient education due to reasons such as heavy workload, very fast patient turnover, and cases requiring immediate medical intervention. Considering such difficulties, it may be beneficial for nurses to use various techniques so that discharge information can be effective and patient compliance can be increased. For example, it is recommended that the explanations for the patients should be at a level that the average eighth grade student can understand. In addition, the use of effective communication techniques, giving the patient the opportunity to ask questions, and providing written materials can also be beneficial. As a result, emergency department nurses have important roles and



responsibilities within the scope of safe discharge of patients. In this process, the discharge training that nurses will give on issues such as the use of medical equipment, devices and medicines, wound care, diagnostic tests that should be done, and health institutions that the patient should apply for further evaluation is very important in terms of both the quality indicators of the emergency departments and the quality of life of the patients.

Key words: Emergency department, emergency nursing, safety discharge, patient safety



HASTALARIN ACİL SERVİSTEN GÜVENLE TABURCU EDİLMESİNDE HEMŞİRELERİN ROLLERİ

Perihan ŞİMŞEK¹, Abdülkadir GÜNDÜZ²

¹Trabzon Üniversitesi Uygulamalı Bilimler Yüksekokulu Acil Yardım ve Afet Yönetimi Bölümü, ORCID:
0000-0002-0216-3968

²Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, ORCID: 0000-0001-8591-9769

Dünya genelinde acil servislere yapılan başvurular artmakta ve her yıl milyonlarca hasta çeşitli sağlık sorunları nedeniyle acil servislere başvurmaktadır. Acil servislere başvuran hastaların acil tedavi ve bakımlarının gecikmeksizin uygulanması yaşamsal önem taşıdığı gibi hastaların acil servisten güvenle taburcu edilmesi de büyük öneme sahiptir. Hastalar acil servisten taburcu edilirken gerekli bilgilendirmenin yapılmaması ya da taburculuk planındaki olası aksaklıklar 30 gün içinde acil servise yeniden başvuru ve acil servislere tekrarlayan başvurulara yol açtığı; olumsuz klinik sonuçlar ve ciddi maliyet artışı ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Hastaların acil servislerden güvenle taburcu edilebilmesi için gerekli planlama hasta acil servise kabul edildiği anda başlatılmalıdır. Hastanın başvuru nedeni, tıbbi öyküsü, triyaj değerlendirilmesi kapsamında ve serviste kaldığı süre içindeki yeniden değerlendirmeler sürecinde güvenli taburculuk açısından gerekli veriler elde edilmelidir. Hasta ile etkileşim sürecinde taburculuk talimatlarına uyumunu etkileyebilecek davranış sorunları ve ileri yaş, mental bozukluklar, madde kullanımı, kronik hastalıklar, bakım vericiye bağımlılık gibi risk faktörleri değerlendirilmelidir. Hastaların taburculuk açısından risk düzeylerini belirlemek için geçerli ve güvenilir ölçüm araçlarından da yararlanmak mümkündür. İlgili risk faktörlerinin yanı sıra acil servisten taburcu edilen hastaların gerekli uyarılara uyum göstermemesi ve iletişim engellerinin yaşanması gibi güvenli taburculuğu etkileyebilecek çeşitli sorunlarla karşılaşılabilir. Dahası acil servis koşulları iş yükünün ağır olması, hasta döngüsünün çok hızlı olması ve zaman kaybetmeden müdahale gerektiren vakaların başvurusu gibi nedenlerden dolayı hasta eğitimini güçleştirebilmektedir. Bu gibi güçlükler göz önüne alındığında taburculuk bilgilendirmesinin etkili olabilmesi ve hasta uyumunun arttırılabilmesi için hemşirelerin çeşitli teknikleri kullanması yarar sağlayabilmektedir. Örneğin hastaya açıklanan yönergelerin ortalama sekizinci sınıf öğrencisinin anlayabileceği düzeyde olması önerilmektedir. Ayrıca etkili iletişim tekniklerinin kullanılması, hastaya soru sorması için fırsat tanınması, yazılı materyallerin



verilmesi de yarar sağlayabilmektedir. Sonuç olarak acil servis hemşirelerinin hastaların güvenle taburcu edilmesi kapsamında önemli rol ve sorumlulukları bulunmaktadır. Bu süreçte hemşirelerin tıbbi ekipman, cihaz ve ilaçların kullanılması, yara bakımı, varsa yaptırılması gereken tanı testleri ve ileri değerlendirme için başvurulması gereken sağlık kuruluşları gibi konularda vereceği taburculuk eğitimi hem acil servis hizmetlerinin kalite göstergeleri hem de hastaların yaşam kalitesi açısından oldukça önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Acil servis, acil hemşireliği, hasta güvenliği, taburculuk

Giriş

Dünya genelinde acil servislere yapılan başvurular artmakta ve her yıl milyonlarca hasta çeşitli sağlık sorunları nedeniyle acil servislere başvurmaktadır (1, 2). Acil servislere başvuran hastaların acil tedavi ve bakımlarının gecikmeksizin uygulanması yaşamsal önem taşıdığı gibi hastaların acil servisten güvenle taburcu edilmesi de büyük öneme sahiptir (3). Hastalar acil servisten taburcu edilirken gerekli bilgilendirmenin yapılmaması ya da taburculuk planındaki olası aksaklıkların 30 gün içinde acil servise yeniden başvuru ve acil servislere tekrarlayan başvurular gibi ciddi maliyet artışı ile ilişkili olumsuz klinik sonuçlara yol açtığı bulunmuştur (4, 5).

Acil servisten taburcu edilen hastaların gerekli konularda bilgilendirilmesi hastanın tedavi sürecine uyumunu artırması açısından sağlık giderlerinin azalması, bakım kalitesinin artması ve hasta güvenliğinin sağlanması için oldukça önemlidir (6). Taburculukta hasta güvenliğinin sağlanıp sağlanmadığı çeşitli ölçütlerle değerlendirilmektedir. Bu ölçütlerden bazıları aylık, çeyreklik ve yıllık başvuru sayıları, 72 saat içinde yeniden başvuru oranı, acil servis ziyaretinden sonraki bir hafta içinde poliklinik başvurusu sayıları, hastanın acil servisten taburcu olurken yapılan açıklamaları anladığını ifade etmesi, taburcu olma sürecinden memnuniyet düzeyi ve tedaviye uyumu olarak sıralanabilir (7). Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Kalite Ajansı (Agency for Healthcare Research and Quality; AHRQ), hastaların acil servisten taburculuğu kapsamında kaliteli sağlık hizmeti verilebilmesi için taburculuk safhasının taşınması gereken üç özelliği şu şekilde tanımlamaktadır (8):



- Tanı, tedavi planı ve beklenen hastalık seyri hakkında eğitim verilmesi
- Tıbbi ekipman, cihaz ve ilaçların kullanılması, yara bakımı, varsa yaptırılması gereken tanı testleri ve ileri değerlendirme için hastanın başvurması gereken sağlık kuruluşları konusunda bilgilendirme
- Hastanın sevk edildiği kuruluş, sosyal hizmetler ya da diğer takip hizmetleri dahil olmak sağlık sistemi bağlamında ilgili diğer birimlerle koordinasyon sağlanması

Güvenli Taburculuk ve Hemşirelerin Roller

Hastaların acil servislerden güvenle taburcu edilebilmesi için gerekli planlama hasta acil servise kabul edildiği anda başlatılmalıdır. Hastanın başvuru nedeni, tıbbi öyküsü triyaj değerlendirmesi kapsamında ve serviste kaldığı süre zarfında tekrarlanan değerlendirmelerde güvenli taburculuk açısından gerekli veriler elde edilmelidir. Hasta ile etkileşim sürecinde taburculuk talimatlarına uyumunu etkileyebilecek davranış sorunları, ileri yaş, mental bozukluklar, madde kullanımı, kronik hastalıklar, bir bakım vericiye bağımlılık gibi risk unsurları değerlendirilmelidir (9). Bu risk unsurlarının yanı sıra acil servisten taburcu edilen hastaların gerekli uyarılara uyum göstermemesi ve iletişim engellerinin yaşanması gibi güvenli taburculuğu etkileyebilecek çeşitli sorunlarla da karşılaşılabilir. Dahası acil servis koşulları iş yükünün ağır olması, hasta döngüsünün çok hızlı olması ve zaman kaybetmeden müdahale gerektiren vakaların başvurusu gibi etmenler, hasta eğitimini güçleştirebilmektedir. Nitekim konuya ilişkin araştırmalar taburculuk esnasında yapılan bilgilendirmenin hastalar tarafından tam olarak anlaşılamadığını (10), taburculuk sırasında iletişim süresinin ortalama 76 saniye olduğunu (11) ve hastaların neredeyse yarısına (%42) taburculuk esnasında gerekli açıklamaların yapılmadığını ortaya koymaktadır (12).

Acil servislerde taburculuk bilgilendirmesinin etkili olabilmesi ve hasta uyumunun artırılabilmesi için hemşirelerin çeşitli teknikleri kullanması yarar sağlayabilmektedir. Örneğin hastaya açıklanan yönergelerin ortalama sekizinci sınıf öğrencisinin anlayabileceği düzeyde olması önerilmektedir. Ayrıca etkili iletişim tekniklerinin kullanılması, hastaya soru sorması için fırsat tanınması, yazılı materyallerin verilmesi de yarar sağlayabilmektedir (13). Ayrıca yapılan son araştırmalar bu alanda bilgi iletişim teknolojisi olanaklarının kullanmasının hem acil servis sağlık çalışanları hem de hastalar tarafından tercih edilen bir yöntem olduğunu,



hastanın uyumunu arttırdığını ve anlamasını kolaylaştırdığını göstermektedir (14). Acil Hemşireler Derneğinin (Emergency Nurses Association: ENA) hastaların taburcu edilmesi ve bu konuda hemşirelerin rol ve sorumluluklarına ilişkin açıklamaları şu şekildedir (15):

- Taburculuk açıklamaları, kaliteli hasta bakımının temel ancak karmaşık bir unsuru olup acil servis hemşirelerinin hasta merkezli işlevlerinden biridir.
- Hemşirelik bakımı kapsamındaki uygulamaların, sonuçlarının ve taburculuk sürecinin kayıt altına alınması bakımın güvenliği için anahtar role sahiptir.
- Acil hemşireleri, hastaların acil servisten evlerine ya da diğer sağlık kuruluşlarına güvenli geçişi için bir çerçeve oluşturmak amacıyla sağlık bakım ekibinin tüm üyeleriyle ve gerektiğinde sosyal hizmetler gibi dış kuruluşlarla işbirliği içinde çalışabilir.
- Acil hemşireleri, bağımlılık yapıcı maddelerin etkisi altında gelen, narkotik ya da sedatif ilaçlarla tedavi edilen hastaların güvenli bir şekilde taburcu edilmesini ele alan yönergeler, prosedürler ve uygulamalar geliştirmek için disiplinler arası işbirliği yapar.
- Acil hemşireleri, gerekirse tercüman hizmetlerini kullanarak hastanın konuştuğu dilde yazılı taburculuk talimatları dahil olmak üzere hasta eğitiminin sağlanmasına yardımcı olmak için hastanın ya da bakıcının sağlık okuryazarlık düzeyine uygun olarak kaynakları, araçları ve var olan en iyi uygulamaları kullanır.
- Acil hemşireleri, acil servisten güvenli taburculuğun sağlanması için kanıta dayalı araştırmaları destekler ve bunlara katılır.

Güvenli taburculuk için yenilikçi yaklaşımlar

Hastayı güvenli bir şekilde taburcu etmede hemşirelere yardımcı olabilecek çeşitli araçlar ve yöntemler geliştirilmektedir. Örneğin acil servisten taburcu olduktan sonra hastalarla yapılan telefon görüşmelerinin tıbbi



takibi planlamak, taburculuk tavsiyelerine uyumu desteklemek ve zaten kalabalık olan acil servislere tekrar başvuruları azaltmak için hatırlatıcı olarak etkili bir şekilde kullanılabileceği gösterilmiştir (16, 17). Hastaların acil servisten güvenle taburcu edilebilmesi amacıyla kullanılan bir diğer yöntem bakım paketleridir. Bakım paketleri bir hastalık süreciyle ilgili sayısı üç ila altı arasında değişen bakım ögesinden oluşan bir grup bakım uygulaması olarak tanımlanabilir. Söz konusu uygulamaların birlikte gerçekleştirilmesi halinde, ayrı ayrı uygulamaya göre daha iyi klinik sonuçların elde edilmesi mümkündür. Bakım paketlerini oluşturan ögeler, kanıta dayalı uygulama kılavuzlarına dayalıdır ve sağlık çalışanlarına kanıta dayalı uygulamaları kullanmak için pratik bir yöntem sağlar (18). Acil servislerden taburcu olduktan sonra klinik sonuçları iyileştirmeyi amaçlayan KOAH hastalarına ve hastanede yatan yüksek riskli yaşlı hatalara yönelik bakım paketleri ile acil servislere yeniden başvurularda azalma sağlanabildiği bildirilmektedir (19). Ayrıca sağlık sistemini ciddi ölçüde etkileyen COVID-19 pandemisi döneminde acil servisten taburculuk sonrasında uzaktan hasta takibinin sürdürülebilmesi amacıyla acil servis hizmetinin bir uzantısı olarak tele sağlık uygulamalarının etkili yöntemler olduğu bildirilmektedir (20, 21).

Sonuç: Acil servisteki hasta-hemşire etkileşimleri, taburculuk sonrasına ilişkin hastaların bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi ve giderilmesi için bir fırsat olarak değerlendirilebilir. Her ne kadar bu şekilde taburculuk eğitimi hastanın acil serviste kaldığı süre boyunca hastaya aktarılmış olsa da gerçek taburculuk zamanı hasta güvenliği ve talimatların anlaşılması için ayrı bir önem taşımaktadır. Bu aşamada acil hemşirelerinin hastaları ve bakım vericilerini bilgilendirmesi, hasta güvenliği ve bakım kalitesinin önemli bir bileşenini oluşturmaktadır. Taburculuk eğitiminin etkililiğinin artırılması için rahat bir ortamda, hastanın aktif katılımı desteklenerek, sade bir dil ve etkili öğretme tekniklerinin kullanılması önerilmektedir. Bununla birlikte taburculuk süreci için net yönergeler ve prosedürlerin oluşturulması ve taburcu olurken hasta güvenliğinin sağlanması konusunda bilimsel araştırmalara gereksinim duyulmaktadır.



KAYNAKLAR

1. Greenwood-Ericksen MB, Kocher K. Trends in emergency department use by rural and urban populations in the United States. JAMA network open. 2019;2(4):e191919-e.
2. Lowthian JA, Curtis AJ, Jolley DJ, Stoelwinder JU, McNeil JJ, Cameron PA. Demand at the emergency department front door: 10-year trends in presentations. Medical Journal of Australia. 2012;196(2):128-32.
3. Gignon M, Ammirati C, Mercier R, Detave M. Compliance with emergency department discharge instructions. Journal of Emergency Nursing. 2014;40(1):51-5.
4. Street M, Berry D, Considine J. Frequent use of emergency departments by older people: a comparative cohort study of characteristics and outcomes. International Journal for Quality in Health Care. 2018;30(8):624-9.
5. Rising KL, Victor TW, Hollander JE, Carr BG. Patient returns to the emergency department: the time-to-return curve. Academic Emergency Medicine. 2014;21(8):864-71.
6. Boast P, Potts C. Connecting cost and quality through automated discharge instructions. Healthcare financial management: journal of the Healthcare Financial Management Association. 2011;65(8):114-
7. Boonyasai R, Ijagbemi O, Pham J, Wu A, Doggett D, Fawole O, et al. Improving the emergency department discharge process: Environmental scan report. Agency for Healthcare Research and Quality. 2014;14:15.
8. Improving the Emergency Department Discharge Process. Agency for Healthcare Research and Quality. Accessibel:
<https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/systems/hospital/edenvironmentalscan/edenvironmentalscan.pdf>
9. Southerland LT, Pearson S, Hullick C, Carpenter CR, Arendts G. Safe to send home? Discharge risk assessment in the emergency department. Emergency Medicine Australasia. 2019;31(2):266-70.
10. Zavala S, Shaffer C. Do patients understand discharge instructions? Journal of Emergency Nursing. 2011;37(2):138-40.
11. Rhodes KV, Vieth T, He T, Miller A, Howes DS, Bailey O, et al. Resuscitating the physician-patient relationship: emergency department communication in an academic medical center. Annals of emergency medicine. 2004;44(3):262-7.



12. Sheikh H, Brezar A, Dzwonek A, Yau L, Calder LA. Patient understanding of discharge instructions in the emergency department: do different patients need different approaches? International journal of emergency medicine. 2018;11(1):1-7.
13. Samuels-Kalow ME, Stack AM, Porter SC. Effective discharge communication in the emergency department. Annals of emergency medicine. 2012;60(2):152-9.
14. Newnham H, Barker A, Ritchie E, Hitchcock K, Gibbs H, Holton S. Discharge communication practices and healthcare provider and patient preferences, satisfaction and comprehension: a systematic review. International Journal for Quality in Health Care. 2017;29(6):752-68.
15. Safe Discharge from the Emergency Department. Emergency Nurses Association. https://www.ena.org/docs/default-source/resource-library/practice-resources/position-statements/safedischargefromed.pdf?sfvrsn=998ee45f_12
16. Luciani-McGillivray I, Cushing J, Klug R, Lee H, Cahill JE. Nurse-Led Call Back Program to Improve Patient Follow-Up With Providers After Discharge From the Emergency Department. Journal of Patient Experience. 2020;2374373520947925.
17. Knights E, Gorman V, Mitra B, Gray R. Emergency department nurse call back: A quality improvement project. International Emergency Nursing. 2021;56:101001.
18. Harper R, Ward L, Silburn K. The sum of us. Implementing a Person Centred Care Bundle-A narrative inquiry. Applied Nursing Research. 2020;55:151276.
19. Gómez-Angelats E, Sánchez C. Care bundles after discharging patients with chronic obstructive pulmonary disease exacerbation from the emergency department. Medical Sciences. 2018;6(3):63.
20. Annis T, Pleasants S, Hultman G, Lindemann E, Thompson JA, Billecke S, et al. Rapid implementation of a COVID-19 remote patient monitoring program. Journal of the American Medical Informatics Association. 2020;27(8):1326-30.
21. Aalam AA, Hood C, Donelan C, Rutenberg A, Kane EM, Sikka N. Remote patient monitoring for ED discharges in the COVID-19 pandemic. Emergency Medicine Journal. 2021;38(3):229-31.



RELATIONSHIP AND COMMUNICATION MANAGEMENT IN THE EMERGENCY DEPARTMENT

Melih ÇAMCI¹

¹Uzman Doktor, Ağrı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Servis

ORCID NO: 0000-0003-4797-0816

ABSTRACT

One of the occupational groups that require intense interpersonal relations and knowledge transfer in working life is health professional groups. Health personnel, who are human at the center of their work, use their communication skills in their relations with patients and their relatives, informing them, and exchanging feelings and thoughts. Although emergency medicine ethics is a new discipline, one of the most important parts of the hospital and the clinic that is in contact with other branches, the emergency department is also busy with many ethical problems due to the large number of health users it serves. Considering that emergency services are extremely stressful places, high levels of violence can be seen in a pattern such as long and often uncomfortable waiting and being available at any time of the day or night. It should not be forgotten that the health worker and the patient are not opposite poles, on the contrary, they are seen as complementary to each other due to the roles and responsibilities they undertake.

Keywords

Communication, Emergency department, Ethics, Violence



ÖZET

Çalışma hayatı içerisinde yoğun olarak kişiler arası ilişki ve bilgi aktarımına gerek olan meslek gruplarından biri de sağlık meslek gruplarıdır. İşinin merkezinde insan olan sağlık personelleri, hasta ve hasta yakınları ile olan ilişkilerinde, bilgilendirmelerinde, duygu ve düşünce alışverişlerinde iletişim becerilerini kullanmaktadır. Acil tıp etiği henüz yeni sayılacak bir disiplin olmakla birlikte hastanenin en önemli parçalarından biri ve diğer branşlar ile en çok temas halindeki klinik olan acil servis, bunun yanında hizmet verdiği sağlık kullanıcıları kitlesinin sayısı olarak fazla olması nedeniyle de birçok etik sorunla meşgul olmaktadır. Acil servislerin aşırı stresli yerler olduğu göz önüne alınırsa, uzun ve sıklıklar konforsuz beklemler ile gündüz ya da gece herhangi bir anda ulaşılabilir olma gibi bir düzende, yüksek seviyede şiddetin görülebilmektedir. Unutulmamalıdır ki sağlık çalışanı ve hasta zıt kutuplar değildir, tam aksine üstlendikleri rol ve sorumluluklar gereği birbirini tamamlayıcı olarak görülmektedir.

Anahtar Kelimeler İletişim, Acil servis, Etik, Şiddet

FULL TEXT

Introduction

In addition to daily life, health professions are one of the professions that require intensive interpersonal relationships and knowledge transfer in working life. Healthcare professionals, who are people at the center of their work, use their communication skills in their relations with patients and their relatives, in their information, and in exchanging feelings and thoughts. In today's world where technological development is advancing rapidly and the level of education and welfare is increasing, patients are also more sensitive and expectant about communication. Physicians and nurses are the most frequently in contact between patients, their relatives and healthcare providers in daily practice. Again, they are in direct or indirect communication with other assistant health personnel and technical support personnel. In this period when the importance of communication is increasing, when individuals apply as health service users, health personnel need to communicate well with themselves and to rest sufficiently. The manifestation of this is sometimes in the form of the expectation of empathy as a patient and sometimes as a patient's relative. Physician and patient are not



polar opposites, on the contrary, they are seen as complementary to each other due to their roles and responsibilities. It is seen that a healthy ongoing communication process increases the satisfaction of patients and their relatives, and a successful treatment is obtained as a result of the increase in the desire to receive health services.

Emergency Medicine Ethics

Although emergency medicine ethics is a new discipline, one of the most important parts of the hospital and the clinic that is in contact with other branches, the emergency department is also busy with many ethical problems due to the large number of health users it serves. We can describe the ethical problems encountered in hospital emergency department working under time constraints and intensity in nine different groups on the basis of interpersonal communication. These; determining the best option for the patient, making decisions about the patient himself, professional requirements, professional identity, management of institutional structure and resources, social obligations, interaction with patient relatives, communication with other healthcare professionals and communication with other staff.

Patient Psychology and Needs Assessment

Emergency department crowd and associated increased waiting times, increased loss of time due to procedures always cause patients and their relatives to be impatient and to be affected by the satisfaction of the service they receive. The stress factor, the tendency to panic, forms the basis of the concept of dissatisfied patient psychology. Accordingly, it is expected that the health personnel will be more understanding and positive by empathizing with the patient and their relatives. However, it is not possible to evaluate selfish individuals who do not have an urgent disease and think that their job is urgent, within this concept of patient psychology. The process of evaluating patient needs is the observation of diagnosis and treatment from a wider perspective in terms of time. When the treatment process begins with the physician, the person most frequently seen and communicated with by the patient is the nurse. Naturally, the healthcare personnel, where interest and understanding are most expected, are often nurses. The success of nurses who have received communication



training in solving the problem and establishing healthy communication is at a higher level. The necessity of technical communication trainings such as communication during patient admission procedures and communication with difficult patients in the emergency department is important.

Emergency department is a professional team work. The first condition of communicating with a difficult patient is to be patient and remain calm. It is important to listen to the patient without interrupting, to understand what the problem is, and to explain the situation in a language that the patient can understand without putting him under stress and creating an atmosphere of panic. The basis of establishing healthy communication and cooperation with a difficult patient is the trust of the health personnel to the patient. Developing personal communication skills as well as medical skills of emergency service personnel will facilitate communication even with the most difficult patients.

Violence in the Emergency Service

Given that emergency departments are extremely stressful places, it is no surprise that high levels of violence can be seen, with long and frequent uncomfortable waiting and being accessible at any time, day or night. Other factors contributing to violence in the emergency department are the increasing numbers of alcoholics and patients with psychiatric and cognitive disorders. In addition, the lack of employee training and inadequate security can also contribute to the emergency room being a place of frequent violence. The specific cause of the violent behavior of the patient, relative or visitor is unknown. However, in general, completely unacceptable and intolerable behavior elsewhere in the society can be seen as normal in the emergency department, which is a situation that frequently hits emergency room workers. Violence in the emergency department can manifest itself as verbal threats, physical violence, and stalking.

Increasing security in the emergency department, restricted entrances, removing places that can trap personnel, metal detectors, legal sanctions and of course education appear as some solutions to prevent violence.

Result

It is observed that a healthy ongoing communication process increases the satisfaction of patients and their relatives, and a successful treatment is achieved as a result of the increase in the desire to receive health services. The healthcare professional and the patient are not opposites, on the contrary, they are seen as



complementary to each other due to the roles and responsibilities they assume. When it comes to satisfaction with health services, an issue that raises awareness recently comes to mind, where the most important factor is communication. Behaviors of healthcare professionals towards patients and their relatives, compassion, care, ability to make the patient a part of the treatment, and the trust given to the patient affect both the satisfaction of the patients and their compliance with the treatment. Although there is a high probability of disruption in the emergency departments due to reasons such as the intensity of the emergency department and the lack of physicians, the solution of health managers, giving importance to the satisfaction of the emergency service personnel, arranging the working hours and conditions in a harmonious way and creating a peaceful working environment are an important step in solving the problems.

KAYNAKLAR

Ataç A. İletişim, tıp etiği ve tıp uygulamalarında yansıması. Hacettepe Tıp Dergisi, 2009, 40:89-95.

Sandman L, Nordmark A. Ethical Conflicts in Prehospital Emergency Care. Nursing Ethics, 2006, 13(6):592-607.

Taşlıyan M, Gök S. “Kamu ve Özel Hastanelerde Hasta Memnuniyeti: Kahramanmaraş’ta Bir Alan Çalışması”, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, İİBF, İşletme Bölümü, 2012, s.65-66.

Girgin F. Kamu Hastanelerinde Acil Hasta Servisinde Hasta İlişkileri Yönetimi: Tekirdağ Malkara Devlet Hastanesi Üzerine Bir Uygulama, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, İstanbul, 2015, s.88-90.

Yardan T, Eden AO, Baydın A, Genç S, Gönüllü H. “Acil Serviste Hasta Yakınları İle İletişim”, Akademik Acil Tıp Dergisi, 2008, s.10.

Topal FE, Şenel E, Topal F, Mansuroğlu C. “Hasta Memnuniyeti Araştırması: Bir Devlet Hastanesinin Acil Kliniğine Başvuran Hastaların Memnuniyet Düzeyleri”, Cumhuriyet Tıp Dergisi, 2013, 35:200-201.

Gökhan Ş. Strauss&Mayer’s Acil Servis Yönetimi, Akademisyen Kitabevi, Ankara, 2017, s:162-165.



NURSING APPROACH ACCORDING TO THE WATSON HUMAN CARE MODEL OF A PATIENT WHO HAD COVID 19 AND OPEN HEART SURGERY

Necibe DAĞCAN¹ Gülşah GÜROL ARSLAN²

¹Uzman Hemşire, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları AD

ORCID NO: 0000-0002-9574-0284

²Doç. Dr. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları AD

ORCID NO: 0000-0001-8893-5625

ABSTRACT

Introduction COVID 19 is an infectious disease that negatively affects individuals. Studies show that the disease also causes heart damage. The effect of COVID 19 on patients undergoing coronary artery bypass graft (CABG) is still undefined. One of the most effective methods in the treatment of coronary artery disease (CAD) is coronary artery bypass grafting. After surgery, nurses should take a holistic approach to the individual. The model developed by Jean Watson aims to increase the quality of patient care and nursing practices and to maintain effective patient-nurse communication. Passing CABG and COVID 19 increases individuals' fear of death and spiritual needs. It causes compliance problems. IBM addresses spirituality in nursing care and supports individuals' adaptation. It is easy to use and also reduces negative emotions caused by chronic illnesses. For all these reasons, IBM was preferred in the nursing care of the patient with COVID 19 and CABG. The purpose of this case report is to explain the nursing approach of the individual with COVID 19 and undergoing open heart surgery, according to Watson IBM, and to provide an example of using a model.

Case The patient, who had COVID 19 disease and applied to the emergency service of an education and research hospital with the complaint of chest pain, was followed up in intensive care for 2 days after CABG operation and the data were collected by face-to-face interview method using Gordon's Functional Health



Patterns Model. Nursing care was provided according to Watson IBM and the results were followed. The patient was informed about the

study and informed consent was obtained.

Result In our study, it is thought that the improvement processes in the model increase the satisfaction and safety of the case. The patient stated that his pain, anxiety and fear decreased. He started to fulfill his self-care needs without assistance. He communicated with the intensive care team and expressed his fears and concerns. He said he was well informed about COVID and CABG. He said that he was very sorry that he lost his wife, but that life continues and that he will also take care of his own health. He said that he was not as lonely as he used to be.

Keywords: COVID 19; Open Heart Surgery; Watson's Human Care Model; Nursing

ÖZET

Giriş COVID 19, bireyleri olumsuz yönde etkileyen bir bulaşıcı hastalıktır. Yapılan çalışmalar hastalığın kardiyak hasara da neden olduğunu göstermektedir. Eşzamanlı COVID 19'un koroner arter bypass greft uygulanan hastalar üzerindeki etkisi hala tanımlanmamıştır. Koroner arter hastalığının tedavisinde en etkili yöntemlerden biri koroner arter bypass greftlemedir. Ameliyat sonrası kaliteli bir hemşirelik bakımı için hemşireler bireyi bütüncül olarak ele almalıdır. Hemşirelerin bakım davranışları Watson İnsan Bakım Modeli'nin (İBM) temelini oluşturur. İBM, hemşirelik bakımında maneviyatı ele alarak, bireylerin iyilik halini arttırmaya çalışmaktadır. Kullanımı kolaydır ve koroner arter hatalığı gibi kronik hastalıkların neden olduğu negatif duyguları da azaltmaktadır. Bu olgu sunumunda amaç, COVID 19 geçirmiş, açık kalp cerrahisi uygulanan bireyin modele göre hemşirelik yaklaşımını açıklamak ve model kullanımına örnek sağlamaktır.

Olgu COVID 19 hastalığı geçiren ve göğüs ağrısı şikayeti ile bir eğitim araştırma hastanesinin acil servisine başvuran olgu, bypass operasyonu sonrası yoğun bakımda 2 gün takip edilmiş ve verileri Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Modele göre hemşirelik bakımı sağlanmış ve sonuçları takip edilmiştir. Hasta çalışma hakkında bilgilendirilerek aydınlatılmış onamı alınmış, kurum ve klinik izni için ise sorumlu kişilerden sözel izin alınmıştır.



Sonuç Çalışmamızda modeldeki iyileştirme süreçlerinin, olgunun memnuniyetini ve güvenliğini arttırdığı düşünülmektedir. Olgu ağrı, anksiyete ve korkusunun azaldığını ifade etmiştir. Öz bakım ihtiyaçlarını yardımsız yerine getirmeye başlamış, yoğun bakım ekibi ile iletişimi sürdürmüştür. COVID 19 ve bypass hakkında yeterince bilgilendiğini, eskisi kadar kötü hissetmediğinin belirtmiştir. Pandemiden dolayı taburculuk sonrası yalnız kalacağını ifade eden olgu, artık yalnızlıktan korkmadığını ifade etmiştir.

Anahtar Kelimeler: COVID 19; Açık Kalp Cerrahisi; Watson İnsan Bakım Modeli; Hemşirelik
GİRİŞ

Çin'in Wuhan kentinde ortaya çıkan COVID 19 (koronavirüs hastalığı 2019) bireyler üzerinde korku ve anksiyeteye neden olmaktadır. Bireylerin düzenleri ani değişime uğrayarak, yaşam kaliteleri bozulmaktadır [1, 2]. Yapılan çalışmalar hastalığın kardiyak hasara da neden olduğunu göstermektedir [3, 4]. Eşzamanlı COVID 19'un kardiyopulmoner baypas kullanılarak kalp cerrahisi geçiren hastalar üzerindeki etkisi hala tanımlanmamıştır [5].

Bu çalışmada amaç, COVID 19 geçirmiş, açık kalp cerrahisi uygulanan bireyin Watson İnsan Bakım Modeli'ne göre hemşirelik yaklaşımını açıklamak ve model kullanımına örnek sağlamaktır. Hasta çalışma hakkında bilgilendirilerek aydınlatılmış onamı alınmış, kurum ve klinik izni için ise sorumlu kişilerden sözel izin alınmıştır.

a. Sağlık Algısı-Sağlık Yönetimi: A.T. 57 yaşında, ilkokul mezunu, bekar ve 3 çocuklu kadın hastadır. Göğüs ağrısı şikayeti ile bir eğitim araştırma hastanesinin acil birimine başvurmuştur. Yapılan tetkiklerin ardından hasta 26.04.2021 tarihinde kalp damar yoğun bakım biriminde CABG operasyonu geçirmiştir. Hasta ameliyat sonrası 1. ve 2. günlerde yoğun bakım biriminde takip edilmiştir. Hastanın özgeçmişi sorgulandığında, 6 yıl önce Tip 2 Diabetes Mellitus tanısı aldığı saptanmıştır. Mart ayında COVID 19 hastalığını geçirdiğini, eşinin COVID 19 nedeniyle vefat ettiğini belirtmiştir.

Ameliyat sonrası 1. gününde extübe ve oksijen maskesi ile takip edilen olgunun mediasten dreni bulunmaktadır. Ayrıca sağ julüler santral venöz katateri, sağ radyal arteri ve foley katateri de mevcuttur. Hasta monitörize olarak takip edilmektedir. Hastaya ait yaşamsal bulgular ve laboratuvar değerleri normaldir.



Hastanın İtaki Düşme Ölçek puanı 19 (yüksek riskli), Braden risk değerlendirme ölçek puanı ise 16 (düşük riskli) olarak belirlenmiştir.

b. Beslenme-Metabolizma: Boyu 1.63 cm, kilosu 90 olan A.T'nin Beden Kitle İndeksi 33.87 Şişman (Obez) olarak belirlenmiştir. Hastanın oral mukoz membran değerlendirmesi grade 2 (düşük riskli) olarak belirlenmiştir.

c. Boşaltım: COVID 19 hastalığını geçirdiğinden beri defekasyona düzenli çıkamadığını ifade eden hastanın konstipasyon sorunu yaşadığı belirlenmiştir.

d. Aktivite-Egzersiz, Kendine Bakım: Yorgun olduğunu ifade eden hasta yoğun bakım koridorunda 1 tur mobilize edilmiş, mobilizasyon esnasında zorlanmıştır.

e. Uyku-Dinlenme: A.T ameliyat öncesi korkudan ve ameliyat sonrası yoğun bakımdaki sesler ve ağrısından dolayı uyuyamadığını ifade etmiştir.

f. Kendini Algılama-Benlik Kavramı: Daha önce ameliyat olmadığını, hatta hastaneye yatmadığını ifade eden A.T, ameliyatının zor olduğunu ve yoğun bakımdan çıkmak istediğini ifade etmiştir.

g. Zihinsel-Algisal Fonksiyonlar: A.T'nin bilinci açık ve oryantedir. Sternotomi bölgesinde, dren yerinde ve sürekli sırt üstü yatmaya bağlı sırt bölgesinde ağrı yaşadığını ifade etmiştir.

h. Roller-İlişkiler: Eşini COVID 19 nedeniyle kaybeden A.T, eşinin kaybından ve geçirdiği COVID 19'dan dolayı üzüntülü olduğunu ifade eden A.T, bu ameliyattan sonra ölmekten korktuğunu ve taburcu olduktan sonra evde yalnız kalacağını ve kendine nasıl bakacağını bilmediğini ifade etmiştir.

i. Stres -Baş Etme: A.T kötü durum ve düşüncelerle dua ederek ve namaz kılarak başa çıkmaya çalıştığını belirtmiştir.

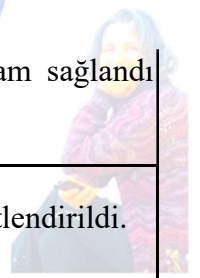
j. Değerler –İnançlar: Karantina döneminde vitamin takviyeleri aldığını, sıklıkla el yıkadığını ve kolonya kullanarak sağlığını korumaya çalıştığını ifade etmiştir.



k. Cinsellik-Üreme: Menopoza girdiğini fakat tarihini hatırlamadığını ifade eden A.T, 3 çocuğunu da normal doğum ile gerçekleştirdiğini söylemiştir.

Olgunun Watson İnsan Bakım Modeli'ne göre hemşirelik yaklaşımı Tablo 1. de verilmiştir.

Tablo 1. Watson İnsan Bakım Modeli'ne Göre Hemşirelik Yaklaşımı	
1. Kişilerarası Bakım İlişkisi; A.T.'ye samimi ve dürüst yaklaşarak, güven verici bir ortam yaratıldı. Şu an ve geçmişteki algıları değerlendirildi.	
2. Bakım Durumu/Bakım Anı; Sabah vardiyasına gelip A.T. ile tanışarak bakım anı oluştu. Tanışma esnasında insan insana etkileşim sağlandı.	
3. İyileştirici Süreçler; Birbiri ile ilişki içinde ve esnek 10 süreç temel alındı.	
İnsancılık-Adanmışlık	Kendimizi tanıtarak, ismi ile hitap edildi. Sevgiyle, içten yaklaşarak yoğun bakım tanıtıldı [6,7,8,9].
İnanç-Umut	Kendisini ifade etmesi için vakit verilmiş ve dokunarak iletişim sağlandı. COVID 19 ve geçirdiği operasyon hakkında soru sorması için cesaretlendirildi. Yoğun bakım ekibi tanıtılarak, iş birliği içerisinde olması sağlanmıştır [6,7,8,9].
Duyarlılık	A.T'ye ilgi ve alaka gösterildi. Duygu ve düşüncelerini dile getirmesi sağlandı [6,7,8,9].
Yardım-Güven İlişkisi	A.T. ile yardım edici bir ilişki sağlandı.



1. ULUSLARARASI GÜVENLİ
ACİL HEMŞİRELİK KONGRESİ:
CEMİLE AKBİNAR ANISINA

Duygu ve düşüncelerini ifade etmesi için güvenli bir ortam sağlandı [6,7,8,9].

Duyguların ifadesi

Olumlu ve olumsuz tüm duygularını ifade etmesi için cesaretlendirildi.

Taburculuk ve COVID 19 hakkındaki korkuları hakkında konuşuldu.

Eşini kaybettikten sonraki süreç hakkındaki zorlukları hakkında konuşuldu.

Hastalığa ve eşinin kaybına yönelik olumsuz tutumların, olumlu tutumlara çevrilerek ifade etmesi sağlanmıştır [6,7,8,9].

Problemleri çözme

Yatak içi aktif ve pasif hareketleri yapması istendi ve gözlemlendi.

Yoğun bakımda olduğu 2 gün boyunca gündüzleri silme banyo şeklinde vücut hijyeni sağlandı.

Ağrısını gidermede yaralı olan gevşeme teknikleri öğretildi.

Dispnesi olduğunda yorucu işler yapmaması ve dinlenmesi önerildi [6,7,8,9].

Öğrenme- Öğretme

Kullandığı ilaçların yan etkileri hakkında bilgilendirilme yapıldı.

Kan şekeri ölçümüne yönelik doğru bilinen yanlışlar düzeltildi.

COVID 19'dan korunmaya yönelik broşürler kullanılarak eğitim verildi.

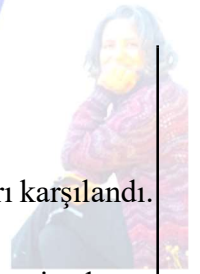
CABG sonrası serviste ve evde dikkat etmesi gereken konular hakkında bilgi verildi [6,7,8,9].

İyileşme çevresi

Yatak seviyesi en aza indirilerek, yatak kenarları kaldırılmış ve frenleri kilitlendi.

Yoğun bakım ortamındaki ses ve ışık en aza indirildi.

Bakım sırasında perdeler çekilerek mahremiyeti sağlandı [6,7,8,9].



Gereksinimlere yardım	A.T.'nin ihtiyaçları belirlendi. Düşme riski, uyku, öz bakım gereksinimi gibi temel ihtiyaçları karşılandı. Yoğun bakım ekibi ile ilişkileri geliştirilerek, yoğun bakıma ait olması geliştirildi. Öz bakım gereksinimlerine katılması için cesaretlendirildi [6,7,8,9].
Manevi-ölüm ve yaşam varlıksal boyutlarına açık olma	Yaşamın her anının önemli ve değerli olduğu A.T.'ye açıklandı. Eşinin kaybı ile ilgili duygu ve düşünceleri ele alındı.
	Sosyal destekleri hakkında konuşuldu ve arttırması için önerilerde bulunuldu [6,7,8,9].

TARTIŞMA

Olgu ameliyat sonrası 1. gün 8 puan olan ağrısının, 2. gün 4 olarak azaldığını ifade etmiştir. İBM göre verilen hemşirelik bakımının ağrıyı azalttığı düşünülmektedir. Literatüre bakıldığında benzer olarak, Seven ve Sert (2021) de İBM'ne göre verilen hemşirelik bakımının ağrıyı azalttığını ifade etmişlerdir [10].

Eşini kaybettiği için çok üzgün olduğunu fakat hayatın devam ettiğini, kendi sağlığına da dikkat ederek umudunu yitirmeyeceğini belirtmiştir. Ayrıca anksiyetesinin ve korkusunun azaldığını ifade etmiştir. Ek olarak A.T.'nin yoğun bakım yatışının 2. gününde daha güler yüzlü olduğu saptanmıştır. Literatürde benzer olarak, Tektaş ve Çam (2017) çalışmalarında modele dayanan hemşirelik uygulamalarının hastaların anksiyete ve umutsuzluklarını azalttığını ifade etmişlerdir [11]. Durgun Ozan ve Okumuş (2017) da çalışmalarında model kullanımının hastaların anksiyetelerini azalttığını, başa çıkma düzeylerinin arttığını belirtmiştir [12].

İBM'ne göre verilen hemşirelik bakımı sonrası yoğun bakımda değer gördüğünü ve kendisini iyi hissettiğini söyleyen olgu, kendisine inandığını ve iyileşmek istediğini, ilaçlarını düzenli kullanarak sağlığına dikkat edeceğini ifade etmiştir. Öz bakım ihtiyaçlarını yardımsız yerine getirmeye başlamıştır. Literatür incelendiğinde benzer olarak, Özkan ve ark. (2014) çalışmalarında, İBM'ne dayalı hemşirelik bakımının öz yeterlilik ve uyumu arttırdığını belirtmişlerdir [13]. Yine Aktaş ve ark. (2020) da, modele göre bakım vermenin bireyleri motive ettiğini ve bakım uygulamalarına katılımının arttığını ifade etmişlerdir [6].

Son olarak A.T. verilen hemşirelik bakımından ve eğitimlerden çok memnun olduğunu belirtmiş ve servise nakli sırasında "Her şey için Allah razı olsun, sizi unutmayacağım" diyerek ağlamıştır. İBM göre verilen



hemşirelik bakımının hasta memnuniyetini arttırdığı düşünülmektedir. Erbay ve ark. (2018) da modelin bireyi bütüncül olarak ele aldığını, bireylerin memnuniyetini arttırdığını belirtmiştir [8].

SONUÇ

Watson'ın İnsan Bakım Modeli, yıllardır kronik hastalıkların tedavisinde kullanılan bir modeldir. Modelin hastalığın neden olduğu negatif duyguları azalttığı ve bireylerin hastalık ile başa çıkmalarını sağladığı düşünülmektedir. Ayrıca kullanımı da kolay bir modeldir. Doktor istemi ve invaziv girişimlerin dışına çıkarak, hemşireliğin özünü yansıtmaktadır.

Çalışmamızda modeldeki iyileştirme süreçlerinin, olgunun memnuniyetini ve güvenliğini arttırdığı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

WHO, Coronavirus disease (COVID-19) situation reports, 2020. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200414-sitrep-85-COVID-19.pdf?sfvrsn=7b8629bb_4

Yanmış, S, Özyer, Y, Planning nursing care of an individual diagnosed with covid-19 according to Watson's Theory of Human Caring: a case report, *International Journal of Health Services Research and Policy*, 2021, 6 (1), 151-157.

Rescigno, G, Firstenberg, M, Rudez, I, Uddin, M, Nagarajan, K, Nikolaidis, N, A case of postoperative covid-19 infection after cardiac surgery, *Lessons Learned. Heart Surg Forum*, 2020, 21;23(2):E231-E233.

Güngör Tolasa, A, Akyol, A, COVID-19 tanılı hastanın Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli'ne göre hemşirelik bakımı: olgu sunumu, *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 2021, 24 (3) , 184-189.

Romiti,S, Totaro, M, Laderchi, A, Peruzzi, M, Vinciguerra, M, Greco, E. Case report: emergency CABG following failure of PTCA in a COVID-19 patient, *Front Cardiovasc Med*, 2021, 11;7:620610.



Aktaş, Y, Baysan Arabacı, L, Dülgerler, Ş, Watson İnsan Bakım Modeli'ne göre şizofreni tanılı bir hastada hemşirelik bakımı: olgu sunumu, *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2020, 5 (1) , 51-57

Buldum, A, Vefikuluçay Yılmaz, D, Watson İnsan Bakım Kuramı'na göre postpartum anneye bütüncül hemşirelik yaklaşımı: olgu sunumu, *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 2020, 2 (2) , 121-128.

Erbay, Ö, Yıldırım, Y, Fadiloğlu, Ç, Şenuzun Aykar, F, Use of Watson's Theory of Human Caring in nursing care of patients with hypertensive attack: case report. *Turk J Card Nur*, 2018; 9(19): 82-88.

Uran, Ö, Nilgün, B, Özer, S, Yıldırım, Y, Watson İnsan Bakım Modeli uygulamasına bir örnek: kalp yetersizliği olgusu. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 2015;6(11):183-198.

Seven, A, Sert, H, According to Watson Human Care Model diffuse large b cell lymphoma patient's nursing care: a case report, *Turkish Journal of Science and Health*, 2021, 2(1), 118-12.

Tektaş, P, Çam, O, The Effects of nursing care based on watson's theory of human caring on the mental health of pregnant women after a pregnancy loss, *Archives of psychiatric nursing*, 2017;31(5):440-446.

Durgun Ozan, Y, Okumuş, H, Effects of nursing care based on watson's theory of human caring on anxiety, distress, and coping, when infertility treatment fails: a randomized controlled trial, *J Caring Sci*, 2017, 1;6(2):95-109.

Özkan, İA, Okumuş, H, Buldukoğlu, K, Watson, J, A case study based on Watson's theory of human caring: being an infertile woman in Turkey, *Nursing Science Quarterly*, 2013;26(4):352-359.



SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA COVID-19 PANDEMİSİNDE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK

Dilek GELİN*, Fatma Gönül BURKEV **

1 Uzman Hemşire,Dilek GELİN,Kayseri Şehir Hastanesi,Orcıd No:0000-0002-4079-3776

2 Uzman Hemşire,Fatma Gönül BURKEV,Kayseri Şehir Hastanesi, Orcıd No: 0000-0003-2707- 2250

Derleme türünde olan bu çalışmada **amaç** ;sağlık çalışanlarında COVID-19 pandemisinde psikolojik dayanıklılık durumlarını incelemektir.

Yüzyılın salgını olan COVID-19 Hastalığı, 2019 yılı aralık ayında koronavirüs ailesinden RNA virüsünün etken olduğu belirlenmiştir.30 Ocak'ta Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ) tarafından , halk sağlığını tehdit eden COVID-19 hastalığı vakalarının hızla görülmeye başlaması ile acil durum olarak tüm dünyada pandemi ilan edildi. Dünya genelinde olduğu gibi Türkiye'de vakalar görülmeye başladığında birçok kurum; kısıtlama, izolasyon ve esnek çalışma stili gibi salgını önleyici tedbirler aldı,sağlık hizmet sunumunda sağlık personelleri koronavirüs hastalarına bakım vermeye başladı. COVID-19 hastalığı; ateş, öksürük, kas ağrıları, ishal, baş ağrıları ve solunum yetersizliği semptomlarının başlaması ile özellikle insanlar ve hayvanların solunum, bağırsak, sinir ve dolaşım sistemini etkilemekte ve mortaliteye neden olmaktadır(Arpacıoğlu ve ark., 2021; Avcı ve Yağcı, 2021).Acil servis çalışanları karşılaştıkları vakalar nedeni ile güvenli olmayan çalışma koşullarında, enfeksiyon bulaşı korkusu ile fizyolojik ve psikiyatrik rahatsızlıklar sık yaşamaktadırlar. Özellikle COVID-19 pandemisinin getirdiği yoğun çalışma şartları ile bulaş ve bulaştırmacılık anksiyetesini sağlık çalışanlarında ciddi oranda yaşadığı görülmektedir. Wuhan'da bir sağlık kuruluşunda COVID-19 ile enfekte, bildirilen hastalardan 40 kişinin sağlık personeli olması, hastalığın bulaştırmacılık hızının çok yüksek olduğunu ve sağlık çalışanlarının hastalara hizmet sunabilmek için yakın temas etmek zorunda kaldıklarının göstergesidir. Türkiye'de 2020 yılı haziran ayında yapılan bir çalışmada, acil serviste COVID-19 pandemisinde çalışan sağlık personelinin psikolojik durumunu inceleyen çalışmaya göre, acil servis çalışanlarında; anksiyete, depresyon, umutsuzluk tespit edilmiş, ruhsal yönden iyilik hali sağlanması için eğitim seminerleri verilmesini önermişlerdir(Avcı ve Yağcı, 2021; Okechukwu at all., 2020).Dünya'da bildirilen enfekte vakalar ve mortalite oranları, sağlık çalışanlarında ölüm korkusu ve ciddi kaygı bozukluklarına neden olmaktadır. Çin'de yapılan bir çalışmada Covid-19 enfeksiyonu geçiren sağlık personellerinin yaşadıkları post-travma oranının %10 olduğu, salgın nedeni ile iş doyumsuzluğu ve



tükenmişlik sendromunu yoğun yaşadıkları belirlenmiştir(Arpacıoğlu ve ark., 2021). Yapılan diğer bir çalışmada; Çin’de sağlık kurumlarındaki sağlık çalışanlarının yaklaşık yarısı hafif depresyon,üçte birinde uykusuzluk yakınmaları, doktorların % 14’ü ve hemşirelerin %16’sı orta ve ağır depresyon yaşamaktadır. Hemşirelerin, panik atak, depresyon ve post-stres travması gibi nedenlerle suicid düşündükleri bildirilmektedir (Okechukwu at all., 2020).Bu bağlamda pandemi iş yükünü artırarak akıl sağlığını olumsuz etkilemektedir.Sağlık personelleri psikolojik risk altındadırlar, kurumların yöneticileri, düzenli iletişim ile akıl sağlığını korumaya yönelik önlemler almalı, refah ortamı sağlamalıdırlar (Greenberg at all.,2020). Sosyal destek ile anksiyete, öz yetersizliği olan bireyler büyük ölçüde iyileşmektedir. Pandemi sürecinde sağlık çalışanlarının uyku kalitesi bozulduğu görülmektedir.İmmün sistemin sağlığı için uyku sağlığı önemli bir unsurdur, öz yeterlilik, uygun çalışma koşulları ve psikolojik destek ile uyku kalitesi düzeltilmektedir (Xiao at all.,2020). Çalışanlara iç güvenliği ve psikolojik hizmet sağlanmalıdır. Ülkeler, sağlık personellerine, psikolojik sağlıkları için psikiyatrist, psikiyatri hemşireleri ve psikologlardan oluşan bir ekip ile ücretsiz destek sağlamalıdırlar. Çin’de sağlık çalışanları ve halkın psikolojik dayanıklılığını artırmak için telefon ve internet aracılığıyla psikolojik danışmanlık hizmetleri sunulmuştur (Lai at all., 2020; Huang at all.,2020; Wang at all., 2020; Xiang at all.,2020; Bao at all.,2020) **Sonuç olarak;** sağlık personelleri pandeminin baş kahramanlarıdır, hizmet verdikleri kurumlar ve bakanlıklar; koşulları iyileştiren sağlık politikaları ile can güvenliği, çalışma saatleri, özlük hakları ve psikolojik durumlarının iyileşmesi için destek sağlamalıdırlar.

Anahtar Kelimeler:Sağlık Çalışanları,Pandemi,Psikolojik Dayanıklılık



THE PSYCHOLOGICAL HARDINESS OF HEALTHCARE PROFESSIONALS DURING THE COVID-19 PANDEMIC

Dilek GELİN*, Fatma Gonul BURKEV**

1 Marmara University, Kayseri City Hospital, Istanbul, Turkey

2 Nevsehir Hacı Bektas Veli University, Kayseri City Hospital, Nevsehir, Turkey

The aim of this study, which is a compilation type, is to examine the psychological hardiness conditions of the healthcare professionals during the COVID-19 pandemic. COVID-19 disease, an outbreak of the century, was identified as a factor in the RNA virus from the coronavirus family in December 2019. On the 30th of January, COVID-19 disease threatening public health was declared as a pandemic worldwide as an emergency with cases rapidly starting to appear by the World Health Organization (WHO). As around the world, when cases began to appear in Turkey, many institutions took measures to prevent the outbreak, such as restriction, isolation and flexible working style. Healthcare professionals began to provide treatment to the coronavirus patients within the provision of health services. COVID-19 disease affects the respiratory, intestinal, nervous, and circulatory system of especially people and animals starting with the symptoms of fever, cough, muscle pain, diarrhea, headaches, and respiratory failure and causes mortality (Arpacioğlu et al., 2021; Avcı and Yagci, 2021). Emergency service employees often experience physiological and psychiatric disorders due to the cases they encounter in unsafe working conditions and fear of infection transmission. Especially with the intensive working conditions lead by the COVID-19 pandemic, transmission and contagion anxiety are seen to be seriously experienced by the healthcare professionals. The fact that 40 people of the patients reported to be infected with COVID-19 at a health facility in Wuhan are healthcare personnels indicates that the rate of transmission of the disease is very high and that the healthcare professionals have to be in close contact to provide services to patients. According to a study examining the psychological status of healthcare professionals working in the emergency service during the COVID-19 in Turkey in June 2020, anxiety, depression and hopelessness were identified in the emergency service employees and training seminars were recommended to ensure mental well-being (Avcı and Yagci, 2021; Okechukwu et al., 2020). Infected cases and mortality rates reported around the world cause the fear of death and serious anxiety disorders in



healthcare professionals. In a study conducted in China, it was determined that the post-trauma rate experienced by the healthcare professionals who had Covid-19 infection was 10%, and they experienced job dissatisfaction and burnout syndrome intensely due to the pandemic (Arpacioglu et al., 2021). In another study, almost half of the healthcare professionals in health institutions in China suffer from mild depression, one third of them suffer from insomnia, 14% of the doctors and 16% of the nurses experience moderate and severe depression. It is reported that the nurses consider suicide because of the reasons such as panic attack, depression, and post-stress trauma (Okechukwu et al., 2020). In this context, the pandemic negatively affects mental health by increasing the workload. Healthcare personnels are at psychological risk, and the managers of institutions should take measures to protect their mental health with regular communication and provide an environment of well-being (Greenberg et al., 2020). With social support, individuals with anxiety and self-inadequacy get greatly better. During the pandemic, it is observed that the quality of sleep of the healthcare professionals is impaired. Sleep health is an important element for the health of the immune system, and sleep quality is fixed with self-sufficiency, appropriate working conditions, and psychological support (Xiao et al., 2020). Internal security and psychological services should be provided to the employees. Countries should provide their healthcare personnels with free support for their psychological health with a team of psychiatrists, psychiatric nurses and psychologists. In China, psychological counseling services by telephone and internet are provided to increase the psychological hardiness of the healthcare professionals and the public (Lai et al., 2020; Huang et al., 2020; Wang et al., 2020; Xiang et al., 2020; Bao et al., 2020). As a result, the healthcare professionals are the main heroes of the pandemic, and the institutions and ministries they serve must provide health policies that improve conditions, as well as support for life safety, working hours, personal rights, and the improvement of their psychological conditions.

Key Words: Healthcare Professionals, Pandemic, Psychological Hardiness

GİRİŞ

COVID-19 Hastalığı, 2019 yılı aralık ayında ilk kez ortaya çıkan, hızla yayılım özelliği olan koronavirüs ailesinden etkeni RNA virüsü olan halk sağlığını tehdit eden önemli bir hastalıktır. Dünya sağlık örgütü tarafından 30 Ocak 2020 yılında tüm dünyada COVID-19 hastalığının hızla yayılma göstermesi nedeni ile acil



durum olarak tüm dünyada pandemi ilan edildi. Dünya genelinde olduğu gibi Türkiye’de vakalar görülmeye başladığında birçok kurum; kısıtlama, izolasyon ve esnek çalışma stili gibi salgını önleyici tedbirler aldı. Sağlık hizmet sunumunda sağlık personelleri koronavirüs hastalarına bakım vermeye başladı. COVID-19 hastalığı; ateş, öksürük, kas ağrıları, ishal, baş ağrıları ve solunum yetersizliği semptomlarının başlaması ile özellikle insanlar ve hayvanların solunum, bağırsak, sinir ve dolaşım sistemini etkilemekte ve mortaliteye neden olmaktadır (1,2)

Acil servis çalışanları karşılaştıkları vakalar nedeni ile güvenli olmayan çalışma koşullarında, enfeksiyon bulaş korkusu ile fizyolojik ve psikiyatrik rahatsızlıklar sık yaşamaktadırlar. Özellikle COVID-19 pandemisinin getirdiği yoğun çalışma şartları ile bulaş ve bulaştırmacılık anksiyetesini sağlık çalışanlarında ciddi oranda yaşadığı görülmektedir. Wuhan’da bir sağlık kuruluşunda COVID-19 ile enfekte, bildirilen hastalardan 40 kişinin sağlık personeli olması, hastalığın bulaştırmacılık hızının çok yüksek olduğunu ve sağlık çalışanlarının hastalara hizmet sunabilmek için yakın temas etmek zorunda kaldıklarının göstergesidir. Türkiye’de 2020 yılı haziran ayında yapılan bir çalışmada, acil serviste COVID-19 pandemisinde çalışan sağlık personelinin psikolojik durumunu inceleyen çalışmaya göre, acil servis çalışanlarında; anksiyete, depresyon, umutsuzluk tespit edilmiş, ruhsal yönden iyilik hali sağlanması için eğitim seminerleri verilmesini önermişlerdir(2,3). Dünya’da bildirilen enfekte vakalar ve mortalite oranları, sağlık çalışanlarında ölüm korkusu ve ciddi kaygı bozukluklarına neden olmaktadır. Bireylerin yaşadığı bir travma, bir trajedi, sağlık problemleri gibi önemli stres verici durumlarda bireyin bu duruma uyum sağlaması ve başetmede başarılı olma yeteneği psikolojik dayanıklılık olarak tanımlanmaktadır(4,5)

Kişinin değişik yaşam alanlarıyla ilgilenme eğilimi olarak tanımlanan kendini adama; bireyin yakın çevre ve sosyal hayatındaki bireysel ilişkileri, inanç ve değerlerine kendini bağlaması(kendini adaması) sonucu ,zorlu hayat şartlarıyla mücadelesinde yarar sağlamaktadır (6,7). Kişi çevresi ve olayları yaşamında amaç olarak kabul etme ve anlamlı davranışlar göstermesi ile kendini adama meydana gelir. Bireylerin çevredeki olaylarla ilgi ve meraklı yapıları ,yaptıkları işlerde ellerinden gelenin en iyisi yaparak daha fazla bağlanma eğilimi içindedirler(8). Bireyin hayatındaki olaylar ve bu duruma tepkilerini içeren meydan okuma ,değişimin gelişmek için bir fırsat olarak görülmesidir. Bu düşüncenin nedeni kişilerin karşılaştıkları olaylardaki durumları tekrardan düzenleme yapabileceklerine olan inançlarıdır. Psikolojik dayanıklılık meydan okuma boyutu bireyin rahat olmasına ve uyum sağlamasına katkı sağlar (9,10). Kontrol ise olaylar karşısında bireyin kendini güçlü görmesi ve kabiliyetleri ile olayların üzerinde etki oluşturma çabasıdır(11). Çin’de yapılan bir



çalışmada Covid-19 enfeksiyonu geçiren sağlık personellerinin yaşadıkları post-travma oranının %10 olduğu, salgın nedeni ile iş doyumsuzluğu ve tükenmişlik sendromunu yoğun yaşadıkları belirlenmiştir(1). Yapılan diğer bir çalışmada; Çin’de sağlık kurumlarındaki sağlık çalışanlarının yaklaşık yarısı hafif depresyon, üçte birinde uykusuzluk yakınmaları, doktorların % 14’ü ve hemşirelerin %16’sı orta ve ağır depresyon yaşamaktadır. Hemşirelerin, panik atak, depresyon ve post-stres travması gibi nedenlerle suicid düşündükleri bildirilmektedir (3). Terzi’nin yaptığı çalışmada sosyal destek düzeyi iyi olan bireylerin psikolojik dayanıklılıkdüzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Psikolojik dayanıklılığın yüksek olması fiziksel ve ruhsal sağlığı pozitif yönde etkilemektedir (12).Cevizci ve Müezzın’nın sağlık çalışanlarının psikolojik dayanıklılığını inceledikleri çalışmada sağlık çalışanlarında psikolojik belirtiler ve psikolojik dayanıklılık arasında negatif yönde ilişki olduğu belirlenmiştir. Buna göre psikolojik belirti düzeyi azalmakta olan çalışanların psikolojik dayanıklılıkları yükselmekte, psikolojik belirti düzeyleri arttıkça psikolojik dayanıklılıkları azalmaktadır (13).Yapılan diğer bir çalışmada psikolojik dayanıklılık düzeyi yüksek olan hemşirelerin, zorlu şartlarda çalışmalarına rağmen görevlerini heyecan verici buldukları, mesleki uygulamalardan gurur duymaları sebebiyle yüksek iş doyum düzeyi ve düşük mesleki stres düzeylerinin olduğu görülmüştür (14). Bu bağlamda pandemi iş yükünü artırarak akıl sağlığını olumsuz etkilemektedir. Sağlık personelleri psikolojik risk altındadırlar, kurumların yöneticileri, düzenli iletişim ile akıl sağlığını korumaya yönelik önlemler almalı, refah ortamı sağlamalıdırlar (15).Sosyal destek ile anksiyete, öz yetersizliği olan bireyler büyük ölçüde iyileşmektedir. Pandemi sürecinde sağlık çalışanlarının uyku kalitesi bozulduğu görülmektedir.İmmün sistemin sağlığı için uyku sağlığı önemli bir unsurdur, öz yeterlilik, uygun çalışma koşulları ve psikolojik destek ile uyku kalitesi düzeltilmektedir(16).

Çalışanlara iç güvenliği ve psikolojik hizmet sağlanmalıdır. Ülkeler, sağlık personellerine, psikolojik sağlıkları için psikiyatrist, psikiyatri hemşireleri ve psikologlardan oluşan bir ekip ile ücretsiz destek sağlamalıdırlar. Çin’de sağlık çalışanları ve halkın psikolojik dayanıklılığını artırmak için telefon ve internet aracılığıyla psikolojik danışmanlık hizmetleri sunulmuştur (17,18,19,20,21). **Sonuç olarak;** sağlık personelleri pandeminin baş kahramanlarıdır, hizmet verdikleri kurumlar ve bakanlıklar; koşulları iyileştiren sağlık politikaları ile can güvenliği, çalışma saatleri, özlük hakları ve psikolojik durumlarının iyileşmesi için destek sağlamalıdırlar. Sağlık personelinin çalışma ortamındaki stresörleri en aza indirmek için psikolojik dayanıklılığı artırmaya yönelik etkili müdahalelere ihtiyaç vardır. Pandeminin hafifletilmesinde ön saflardaki sağlık çalışanlarıyla sağlık hizmet kuruluşları arasında olumlu bir tutum ve uyumlu bir ilişki benimsemelidir.



Sağlık çalışanlarının psikolojik dayanıklılığının sağlanması ve geliştirilmesi daha kaliteli sağlık hizmet sunumuna yarar sağlayacaktır.

KAYNAKÇA:

- 1.Arpacıoğlu, S., Baltalı, Z., & Ünübol, B. COVID-19 pandemisinde sağlık çalışanlarında tükenmişlik, Covid korkusu, depresyon, mesleki doyum düzeyleri ve ilişkili faktörler. Cukurova Medical Journal, 46(1), 88-100.
- 2.Avcı, S., & Yağcı, İ. (2021). COVID-19 Pandemisi Döneminde Acil Servis Çalışanlarının Psikolojik Durumları. Bozok Medical Journal, 11(1), 49.
- 3.Okechukwu, E. C., Tibaldi, L., & La Torre, G. (2020). The impact of COVID-19 pandemic on mental health of Nurses. La Clinica Terapeutica, 171(5).
4. Çam O, Büyükbayram A. “Hemşirelerde Psikolojik Dayanıklılık ve Etkileyen Faktörler”, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2017, 8(2) :118–126.
5. Kararımak Ö, Siviş RÇ. “Benlik saygısının ve denetim odağının psikolojik sağlamlık üzerine etkisi: Duyguların aracı rolü”, Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 2011, 4(35): 30-43.
6. Abdollahi, A., Abu Talib, M., Yaacob, S. N. & Ismail, Z. Hardiness as a mediator between perceived stress and happiness in nurses. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2014; 21(9): 789-96.
7. Maddi, S. R. The story of hardiness: Twenty years of theorizing, research, and practice. Educational Publishing Foundation and the Society of Consulting Psychology. 2002; 54(3):175-85.
8. Kurt N. Çevik kuvvet personelinin stresle başa çıkma tutumları, psikolojik dayanıklılıkları ve iş doyum düzeyleri (Yüksek Lisans Tezi). Ankara: Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü; 2011.
9. Azeem S. Mohammad; Personality Hardiness, Job Involvement and Job Burnout Among Teachers, International Journal of Vocational and Technical Education. 2010; 2(3): 36-40.
10. Bnanno A. George, Romero, A. Sara & Klein, I. Sarah; The Temporal Elements of Psychological Resilience: an Integrative Framework for The Study of Individuals, Families, and Communities, Psychological Inquiry. 2015; 26(2):139-69.
11. Bartone, P. T, Roland, R. R, Picano J. J. & Williams T. Psychological hardiness predicts success in US army special. International Journal of Selection and Assessment. 2008; 16(1).



12. Terzi Ş. “Üniversite Öğrencilerinin Psikolojik Dayanıklılıkları Ve Algıladıkları Sosyal Destek Arasındaki İlişki”, Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 2008, 3(29): 1-11.
13. Cevizci O, Müezzini EE. “Sağlık Çalışanlarında Psikolojik Belirtilerin ve Psikolojik Dayanıklılığın İncelenmesi”, Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi, 2019, 1(3): 166-172.
14. Judkins S, Rind R. “Hardiness, Job Satisfaction, and Stress Among Home Health Nurses”, Home Health Care Management & Practice, 2005, 17(2): 113–118.
15. Greenberg, N., Docherty, M., Gnanapragasam, S., & Wessely, S. (2020). Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic. *bmj*, 368.
16. Xiao, H., Zhang, Y., Kong, D., Li, S., & Yang, N. (2020). The effects of social support on sleep quality of medical staff treating patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) in January and February 2020 in China. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 26, e923549-1.
- 17..J. Lai, S. Ma, Y. Wang, et all. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to Coronavirus disease 2019 *JAMA Netw Open*, 3 (2020), p. e203976
18. J. Huang, F. Liu, Z. Teng, et all. Care for the psychological status of frontline medical staff fighting against COVID-19 *Clin Infect Dis* (2020), p. ciaa385
- 19.Wang, S., Wen, X., Liu, B., Dong, Y., & hu Cui, M. (2020). Psychological influence of Coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic on the general public, medical workers and patients with mental disorders and its countermeasures. *Psychosomatics*.
- 20.Xiang, Y. T., Yang, Y., Li, W., Zhang, L., Zhang, Q., Cheung, T., & Ng, C. H. (2020). Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The Lancet Psychiatry*, 7(3), 228-229.
- 21.Bao, Y., Sun, Y., Meng, S., Shi, J., & Lu, L. (2020). 2019-nCoV epidemic: address mental health care to empower society. *The Lancet*, 395(10224), e37-e38.



VARDİYALI ÇALIŞMA SİSTEMİNİN ACİL SERVİS HEMŞİRELERİNİN SAĞLIĞI ÜZERİNE ETKİSİ

Abdülkadir MERCAN ¹, Deniz ŞANLI ²

¹ Manisa Turgutlu Devlet Hastanesi, Acil Servis, Manisa, ORCID No: 0000-0001-7448-0260

² İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, ORCID No: 0000-0001-6076-0317

ÖZET

Vardiyalı çalışma ve uzun çalışma saatlerinin hemşirelerin sağlığı üzerinde olumsuz etkileri bulunmaktadır. Aşırı uzun vardiyaların hemşirelerde yorgunluğa ve strese yol açtığı vurgulanmaktadır. Vardiyalı çalışma, iç vücut ısısı, hormon düzeyleri, kan basıncı ve uyku düzenini korumaya yardımcı olan sirkadiyen ritmi bozar. Uykunun bozulması ve buna bağlı uyku hali, yorgunluğun artmasına ve konsantrasyonun ve iş performansının azalmasına neden olur. Vardiyalı çalışma ve kronik uyku yoksunluğunun uzun vadeli sağlık zararları da vardır. Uyku yoksunluğu ve sirkadiyen sistem metabolik süreçleri etkiler. Bu durum kardiyovasküler hastalık, insülin direnci ve diyabet riskinde artışa neden olur. 12 saatlik vardiyalarda çalışan hemşireler, 8 saatlik vardiyada çalışanlardan önemli ölçüde daha yüksek stres yaşamaktadır. Sağlık çalışanlarının 12.5 saatten daha uzun vardiyalarda çalıştıklarında iş kazası geçirme riskinin önemli ölçüde arttığı bildirilmektedir. Değişen vardiyalarda çalışan hemşirelerde daha yüksek stres ve daha düşük iş performansı algısı vardır. Bu vardiyayla ilişkili risk faktörünü ortadan kaldırmanın bir yolu olmadığından riske karşı koymak için kaynak ve eğitim sağlamak gerekmektedir. Personel sağlama politikalarına ilişkin çıkarımlar, hemşirelerin vardiyalarının uzunluğunun 12 saatten fazla olmaması ve 12 saati aşan çalışma saatlerini sınırlandırmak için stratejilerin uygulanması gerektiğini göstermektedir. Hemşirelerde sağlıklı yaşam şeklini teşvik etmek için kurumların daha iyi vardiyaları benimsemeleri pahalıdır. Ancak kısa vadeli sonuçların olumlu etkileri bile bu yatırımın gerekli olduğunu gösterecektir. Hemşireler bu sorunların ve risklerin farkında olmayabilir. Hastane liderleri, hemşirelik ekiplerine gece vardiyasında çalışmanın olası riskleri hakkında eğitim verilmesini sağlamalıdır. Vardiyalı çalışma sisteminin çalışanların sağlığını ve refahını bozmayacak şekilde planlanması çalışanların yaşam kalitesini artırır.

Anahtar Kelimeler: Acil servis hemşiresi, çalışma çizelgesi, hemşire sağlığı, nöbet listesi, vardiyalı çalışma.



ABSTRACT

Shift work and long working hours have negative effects on nurses' health. It is emphasized that excessively long shifts cause nurses to suffer fatigue and stress. Shift work disrupts the circadian rhythm that helps maintain core body temperature, hormone levels, blood pressure and sleep patterns. Sleep disruption, and sleep disruption-induced sleepiness increase fatigue and decrease concentration and work performance. Shift work and chronic sleep deprivation also have long-lasting negative effects on health. Sleep deprivation and the circadian system affect metabolic processes, which leads to an increased risk of developing cardiovascular disease, insulin resistance, and diabetes. It is reported that if healthcare workers work in shifts longer than 12.5 hours, their risk of experiencing occupational accidents increases significantly. Nurses working in 12-hour shifts experience significantly higher stress than do those working in 8-hour shifts. Nurses working in changing shifts perceive stress more and have perception of lower job performance. As it is impossible to eliminate this shift work-related risk factor, it is necessary to devote resources and provide training to overcome the risk. Outcomes of studies regarding staffing policies suggest that the duration of nurses' shifts should not exceed 12 hours and that strategies should be developed to limit working hours exceeding 12 hours. Outcomes of studies regarding staffing policies suggest that the duration of nurses' shifts should not exceed 12 hours and that strategies should be developed to limit working hours exceeding 12 hours. Nurses may not be aware of these problems and risks. Hospital leaders should ensure that their nursing teams are given training about the potential risks of working the night shift. Planning the shift work system in such a way not to harm the health and well-being of the employees increases their quality of life.

Keywords: Emergency nurses, work schedule, nurse health, rostering, shift work.

Giriş

Hastaneler 24 saat hizmet vermektedir ve hemşirelerin bakımın sürekliliğini sağlamaları vardiyalı çalışmaları ile mümkün olmaktadır (Rosa ve ark., 2020; Wilson ve ark., 2019). Vardiyalı çalışma ve uzun çalışma saatlerinin hemşirelerin sağlığı üzerinde olumsuz etkileri bulunmaktadır (Books ve ark., 2020; Rhéaume ve Mullen, 2018). Vardiya düzenlerine veya bu düzenlerindeki değişikliklere uyum sağlamak zor olabilir ve bununla ilgili riskler uygun şekilde yönetilmezse bu durum hemşirelerde sağlık sorunlarına yol açabilir (RCN, 2012).



Vardiyalı Çalışmanın Sağlık Üzerine Etkileri

Aşırı uzun vardiyaların hemşirelerde yorgunluğa ve strese yol açtığı vurgulanmaktadır (Books ve ark., 2020; Kane ve ark., 2007). Vardiyalı çalışma, iç vücut ısısı, hormon düzeyleri, kan basıncı ve uyku düzenini korumaya yardımcı olan sirkadiyen ritmi bozar (Caruso, 2014; Haus ve Smolensky, 2006). Sirkadiyen ritim, aktif olunan gün içinde en iyi performansın gösterilmesi ve geceleri uyku anlamına gelir. Vardiyalı çalışma, özellikle gece çalışması bu ritimleri, özellikle de uyku yeteneğini bozabilir ve bu da sağlık sorunlarına ve yorgunluğa yol açabilir (Royal College of Nursing-RCN, 2012). Gündüzden geceye veya tatil günlerinden geceye iş programlarındaki değişiklikler genellikle sirkadiyen sistemin geceleri planlanan uyanıklığa uyum sağlamasına izin vermeyecek kadar hızlıdır (Lockley ve ark., 2007).

Yapılan çalışmalar, vardiyalı çalışmanın, vücudun iç saati ile çevre arasındaki senkronize ilişkiyi bozduğunu, oluşan kesintinin genellikle uyku bozukluklarına yol açtığını ortaya koymuştur (Berger ve Hobbs, 2006; Rosa ve ark., 2019). Gece vardiyasında çalışan hemşirelerin, uyku süresi en az ve uyumakta zorlanma en fazla olan grup olduğu bulunmuştur (Kane ve ark., 2007). Muzio ve arkadaşları (2019) tarafından yapılan çalışmada, vardiyalı çalışan sağlık profesyonellerinin sık sık rahatsız ve kesintili uykuya maruz kaldıkları, ayda yalnızca birkaç saat dinlenmeyi başardıkları vurgulanmıştır. Hemşirelerin, günlük olarak yeterli uykuyu tekrar tekrar başaramadıkları için çoğu kez aylarca kronik kısmi uyku yoksunluğuna da maruz kaldıkları belirtilmiştir (Muzio ve ark., 2019).

Vardiyalı çalışma hemşirelerde yorgunluğa yol açar (Books ve ark., 2020; Muzio ve ark., 2019; Yumang-Ross ve Burns, 2014). Vardiyalı çalışmaya bağlı uykunun bozulması ve buna bağlı uyku hali yorgunluğun artmasına neden olur (Rhéaume ve Mullen, 2018). Günde 12 saatten uzun ve haftada 40 saatten fazla çalışma saatleri hemşireler üzerinde önemli yorgunluk nedenidir (Muzio ve ark., 2019). Günlük 8-9 veya 9-10 saatlik vardiyalarda çalışan hemşireler, 10-11 veya 12 saatten fazla çalışanlara göre daha düşük fiziksel yorgunluk duyarlar (Min ve ark., 2019). Vardiyalı çalışanlarda uyumsuz başa çıkma kronik yorgunluk ile ilişkilidir (Tahghighi ve ark., 2017).

Vardiyalı çalışma ve kronik uyku yoksunluğunun uzun vadeli sağlık zararları da vardır. Uyku yoksunluğu ve sirkadiyen sistem, metabolik süreçleri etkiler. Bu durum kardiyovasküler hastalık, insülin direnci, diyabet ve meme kanseri riskinde artışa neden olur (Rosa ve ark., 2019; Lockley ve ark., 2007). Uzun vadede olağan biyolojik süreçlerin değişmesi daha kötü sağlıkla ilişkilendirilir ve kronik hastalık gelişme riskini artırır (Hansen, 2006; Puttonen ve ark., 2010).



Sağlık çalışanlarının 12.5 saatten daha uzun vardiyalarda çalıştıklarında iş kazası geçirme riskinin önemli ölçüde arttığı bildirilmektedir. Uzun vardiyalarda çalışan sağlık çalışanlarının işle ilgili kesici delici alet yaralanması veya işten eve giderken motorlu taşıt kazası yaşama riski büyük ölçüde artmaktadır (Kane ve ark., 2007; Lockley ve ark., 2007).

12 saatlik vardiyalarda çalışan hemşireler, 8 saatlik vardiyada çalışanlardan önemli ölçüde daha yüksek stres yaşamaktadır. Değişen vardiyalarda çalışan hemşirelerde daha yüksek stres ve daha düşük iş performansı algısı vardır (Kane ve ark., 2007). Ulas ve arkadaşları (2012) tarafından yapılan çalışmada, hemşirelerin gündüz ve gece vardiyalarında çalışmaları ile oksidatif stres ve anksiyete belirtileri arasında ilişki olduğu göstermiştir. Ayrıca idrar kortizol düzeyleri ve işle ilgili strese yönelik değişkenlerin ilişkili olduğu belirlenmiştir (Ulas ve ark., 2012).

Uzun vardiyalar duygusal tükenme için bir risk faktörüdür (Harris ve ark., 2015). Avrupa’da 12 ülkede 31.627 hemşireyle yapılan bir çalışmada, 12 saatlik ve üzerinde vardiyalarda çalışan hemşirelerin, duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve düşük bireysel başarı açısından tükenmişlik yaşama olasılığı, daha kısa saat (≤ 8) çalışan hemşirelere göre yüksek bulunmuştur. Yine aynı grupta iş memnuniyetsizliği, çalışma programı esnekliğinden memnuniyetsizlik ve memnuniyetsizlik nedeniyle işten ayrılma niyetlerini bildirme olasılığı daha yüksek belirlenmiştir (Dall’Ora ve ark., 2015).

Dall’Ora ve arkadaşları (2019) longitudinal retrospektif gözlemsel bir çalışma yürütmüşlerdir. Çalışılan vardiyaların %75’inden fazlası 12 saat uzunluğunda olduğunda, hem kısa hem de uzun süreli hastalık döneminin arttığı, uzun vardiyalar çalışmanın daha yüksek hastalık devamsızlık riski ile ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır (Dall’Ora ve ark., 2019).

Powell (2013) tarafından gece vardiyasında çalışan hemşirelerin deneyimlerini ortaya çıkarmak amacıyla yapılan nitel çalışmada, dört ana endişe alanı belirlenmiştir: iş ilişkileri, çalışma ortamı, iş uygulamaları ve yaşam tarzı etkisi. Özellikle, iş ilişkileri aynı vardiyadaki hemşireler için en anlamlısı olmuştur. Gece vardiyasında çalışan hemşireler, gündüz çalışanlara göre daha düşük çalışma koşulları olduğunu ifade etmişlerdir. Sınırlı eğitim olanaklarına karşın gece vardiyası bazı hemşireler için mesleki gelişim fırsatı sağlamıştır. Ayrıca gece vardiyası aile ve sosyal aktiviteler için esneklik sağlamış ancak aynı aktiviteleri öncelikle yorgunluk nedeniyle engellemiştir (Powell, 2013).



Vardiyalı Çalışmanın İyileştirilmesine Yönelik Öneriler

Uzun gece vardiyalarında oluşan yorgunluğu azaltan uygulamalara gereksinim vardır (Wilson ve ark., 2019). Bu risk faktörünü ortadan kaldırmanın bir yolu olmadığından riske karşı koymak için kaynak ve eğitim sağlamak gerekmektedir (Rosa ve ark., 2020). Uzun vardiyalarla ilişkili olumsuz sonuçlar hastaneler için verimlilik kaybına ve ek maliyetlere neden olabilir. Bu nedenle uzun vardiyaların rutin uygulamasından kaçınılmalıdır (Dall’Ora ve ark., 2019). Personel sağlama politikalarına ilişkin çıkarımlar, hemşirelerin vardiyalarının uzunluğunun 12 saatten fazla olmaması ve 12 saati aşan çalışma saatlerini sınırlandırmak için stratejilerin uygulanması gerektiğini göstermektedir (Kane ve ark., 2007).

RCN (2012) kılavuzuna göre, hemşirelik yöneticileri çalışanları sürekli gece vardiyalarına yerleştirmekten kaçınmalıdır. Mümkünse hemşirelere kalıcı ve dönüşümlü vardiya programları arasında bir seçenek sunulmalıdır. Geriye doğru değişen bir vardiya programı yerine ileriye doğru bir program benimsenebilir (RCN, 2012).

Kang ve arkadaşları (2020) tarafından yapılan metaanalizde hemşirelerin sağlığını olumlu yönde geliştirebilecek ve etkin iş performansını artıracak uyku girişimlerinin geliştirilmesi önerilmiştir. Girişim türleri, aroma soluma terapisi, vardiya rotasyonu girişimleri, fiziksel aktivite girişimleri ve bilişsel-davranışçı terapi olarak gruplanmıştır (Kang ve ark., 2020).

Hemşireler bu sorunların ve risklerin farkında olmayabilir. Hastane liderleri, hemşirelik ekiplerine gece vardiyasında çalışmanın olası riskleri hakkında eğitim verilmesini sağlamalıdır (Books ve ark., 2020).

Sonuç

Vardiyalı çalışma sisteminin çalışanların sağlığını ve refahını bozmayacak şekilde planlanması çalışanların yaşam kalitesini artırır (Rhéaume ve Mullen, 2018). Biyolojiye karşı verilen savaş büyük olasılıkla tamamen kazanılmayacak olsa da gece vardiyası yorgunluğunun sonuçlarını hafifletecek yaklaşımlar bulmak çalışanları koruyabilir (Wilson ve ark., 2019). Hemşirelerde sağlıklı yaşam şeklini teşvik etmek için kurumların daha iyi vardiyaları benimsemeleri pahalıdır. Ancak kısa vadeli sonuçların olumlu etkileri bile bu yatırımın gerekli olduğunu gösterecektir (Rosa ve ark., 2019).



KAYNAKLAR

- Berger AM, Hobbs BB. Impact of shift work on the health and safety of nurses and patients. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 2006; 10(4):465-471. doi: 10.1188/06.CJON.465-471.
- Books C, Coody LC, Kauffman R, Abraham S. Night shift work and its health effects on nurses. *The Health Care Manager* 2020; 39(3): 122-127.
- Caruso CC. Negative impacts of shiftwork and long work hours. *Rehabil Nurs* 2014; 39(1): 16-25. doi: 10.1002/rmj.107.
- Dall'Ora C, Ball J, Redfern O, Recio-Saucedo A, Maruotti A, Meredith P, Griffiths P. Are long nursing shifts on hospital wards associated with sickness absence? A longitudinal retrospective observational study. *J Nurs Manag* 2019; 27: 19-26. doi: 10.1111/jonm.12643.
- Dall'Ora C, Griffiths P, Ball J, Simon M, Aiken LH. Association of 12 h shifts and nurses' job satisfaction, burnout and intention to leave: Findings from a cross-sectional study of 12 European countries. *BMJ Open* 2015; 5(9): e008331. doi: 10.1136/bmjopen-2015-008331.
- Hansen J. Risk of breast cancer after night- and shift work: Current evidence and ongoing studies in Denmark. *Cancer Causes Control* 2006; 17(4): 531-537. doi: 10.1007/s10552-005-9006-5.
- Harris R, Sims S, Parr J, Davies N, Impact of 12h shift patterns in nursing: A scoping review, *International Journal of Nursing Studies* 2015; 52(2): 605-634. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.10.014.
- Haus E, Smolensky M. Biological clocks and shift work: Circadian dysregulation and potential long-term effects. *Cancer Causes Control* 2006; 17(4): 489-500. doi: 10.1007/s10552-005-9015-4.
- Kane RL, Shamliyan T, Mueller C, Duval S, Wilt T. Nursing Staffing and Quality of Patient Care. Evidence Report/Technology Assessment No. 151. AHRQ Publication No. 07-E005. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, 2007.
- Kang J, Noh W, Lee Y. Sleep quality among shift-work nurses: A systematic review and metaanalysis. *Applied Nursing Research* 2020; 52: 151227. doi: 10.1016/j.apnr.2019.151227.
- Lockley SW, Barger LK, Ayas NT, Rothschild JM, Czeisler JM, Landrigan CP. Effects of health care provider work hours and sleep deprivation on safety and performance. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 2007; 33(11): 7-16.
- Min A, Min H, Hong HC. Work schedule characteristics and fatigue among rotating shift nurses in hospital setting: An integrative review. *Journal of Nursing Management*. 2019 Jul;27(5):884-895. doi: 10.1111/jonm.12756.



Muzio MD, Dionisi S, Simone ED, Cianfrocca C, Muzio FD, Fabbian F, Barbiero G, Tartaglini D, Giannetta N. Can nurses' shift work jeopardize the patient safety? A systematic review. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences* 2019; 23: 4507-4519.

Powell I. Can you see me? Experiences of nurses working night shift in Australian regional hospitals: a qualitative case study. *Journal of Advanced Nursing* 2013; 69(10): 2172-2184. doi: 10.1111/jan.12079.

Puttonen S, Härmä M, Hublin C. Shift work and cardiovascular disease - pathways from circadian stress to morbidity. *Scand J Work Environ Health* 2010; 36(2): 96-108. doi: 10.5271/sjweh.2894.

Rhéaume A, Mullen J. The impact of long work hours and shift work on cognitive errors in nurses. *Journal Nursing Manager* 2018; 26(1): 26-32. doi: 10.1111/jonm.12513.

Rosa D, Terzoni S, Dellafiore F and Destrebecq A. Systematic review of shift work and nurses' health. *Occupational Medicine* 2019; 69: 237-243.

Royal College of Nursing (RCN). A shift in the right direction. 2012.

Tahghighi M, Rees CS, Brown JA, Breen LJ, Hegney D. What is the impact of shift work on the psychological functioning and resilience of nurses? An integrative review. *Journal of Advanced Nursing*. 2017; 73(9): 2065-2083. doi: 10.1111/jan.13283.

Ulas T, Buyukhatipoglu H, Kirhan I, Dal MS, Eren MA, Hazar A, Demir ME, Aydogan T, Karababa F, Uyanikoglu A, Kurkcuoglu IC. The effect of day and night shifts on oxidative stress and anxiety symptoms of the nurses. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2012; 16(5): 594-599.

Wilson M, Permito R, English A, Albritton S, Coogle C, Van Dongen HPA. Performance and sleepiness in nurses working 12-h day shifts or night shifts in a community hospital. *Accident Analysis and Prevention* 2019; 126: 43-46. doi: 10.1016/j.aap.2017.09.023.

Yumang-Ross DJ, Burns C. Shift work and employee fatigue: Implications for occupational health nursing. *Workplace Health Safety* 2014; 62(6): 256-261. doi: 10.1177/216507991406200606.



ACİL SERVİSTE VARDİYALI ÇALIŞMA SİSTEMİNİN HASTA SONUÇLARINA ETKİSİ

Deniz ŞANLI ¹, Abdülkadir MERCAN ²

¹ İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, ORCID No: 0000-0001-6076-0317

² Manisa Turgutlu Devlet Hastanesi, Acil Servis, Manisa, ORCID No: 0000-0001-7448-0260

ÖZET

Vardiyalı çalışma sisteminde uzun vardiya saatleri, olumsuz hemşirelik bakımı sonuçlarına neden olur. Hasta güvenliği için bir risk faktörü olarak kabul edilir. Hemşirelerde yorgunluğa ve konsantrasyon eksikliğine neden olarak istenmeyen olaylara ve tıbbi hatalara yol açar. Gece vardiyasında çalışan hemşireler, iş aktiviteleri sırasında uyanık kalmak için daha fazla mücadele eder. Gece vardiyası dahil dönüşümlü vardiyalarda çalışanlarda hata oranı, sabit gündüz vardiyasında çalışanlardan daha yüksekken, konsantrasyon performans puanları daha düşük bulunmuştur. Dönüşümlü vardiyalarla çalışan deney grubunda, gece vardiyasındaki hata oranının gündüz vardiyasına göre 0.44 kat, akşam vardiyasına göre 0.62 kat daha fazla olduğu gösterilmiştir. Hemşireler 12.5 saat veya daha uzun süren vardiyalarda çalıştıklarında tıbbi hata yapma olasılığının üç kat daha yüksek olduğu bulunmuştur. Hemşireler daha uzun vardiyalardan sonra fazla mesai yaptıklarında riskin arttığı, 12 saatlik bir vardiyanın ardından riskin üç kat arttığı gösterilmiştir. 12 saatlik vardiyayı aşan her bir saatlik çalışma için yanlış ilacı veya yanlış dozu uygulama olasılığı %2 artmıştır. Hasta güvenliğini ve hemşirelik bakım kalitesini artırmak amacıyla hemşirelerin çalışma koşullarını iyileştirmede temel stratejileri belirlemek önemlidir. Hemşirelerin yorgunluğunu gidermek ve stresle baş edebilmesini sağlamak için yeterli dinlenme süresi verilmelidir. Kurumlar güvenli çalışma saati sınırları oluşturmali ve bunları uygulamalıdır. Yetersiz uyku ve somnolans durumu, gece vardiyasında çalışanların dikkat ve çalışma hızını olumsuz yönde etkilediği için gece vardiyasından diğer vardiyalara geçiş yapılırken sirkadiyen ritmin düzenlenmesine yeterli zaman sağlamak amacıyla 2 günden fazla izin verilmelidir. 24 saatlik bir süre boyunca güvenli ve kaliteli bakım sağlamak için çalışma koşulları en iyi duruma getirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Acil servis hemşiresi, çalışma çizelgesi, hasta sonuçları, nöbet listesi, vardiyalı çalışma.



ABSTRACT

Long shift hours in the shift work lead to negative nursing care outcomes. It is considered a risk factor for patient safety and causes nurses to experience fatigue and lack of concentration, and thus leads to undesirable events and medical errors. Nurses working the night shift struggle more to stay awake during work activities. The error rate was higher and concentration performance scores were lower in those working in rotating shifts, including night shifts, than in those working only in day shifts. In the experimental group working in rotating shifts, the error rate in those working the night shift was 0.44 times higher than in those working in the day shift and 0.62 times higher than in those working in the evening shift. The participating nurses were three times more likely to make medical errors when they worked shifts lasting 12.5 hours or longer. It was demonstrated that the risk increased when the nurses worked overtime after longer shifts, and that the risk increased threefold after a 12-hour shift. For each hour of work exceeding a 12-hour shift, the probability of administering the wrong drug or wrong dose increased by 2%. Determining the basic strategies aimed at improving the working conditions of nurses in order to increase patient safety and nursing care quality is of great importance. Nurses should be given adequate rest time to relieve their fatigue and to enable them to cope with stress. Organizations should establish and enforce hour limits for safe working. Because inadequate sleep and somnolence negatively affect night shift workers' attention and working speed, they should be given more than 2 days' leave for the regulation of their circadian rhythm when they transition from night shifts to other shifts. Therefore, nurses' working conditions must be optimized to provide safe and quality care over a 24-hour period.

Keywords: Emergency nurses, work schedule, patient outcome, rostering, shift work.

Giriş

Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine-IOM) (2001), sağlık hizmetinin “güvenli, etkili, hasta merkezli, zamanında, verimli ve adil” olması gerektiğini bildirmiştir. Vardiyalı çalışma sisteminde uzun vardiya saatleri, olumsuz hemşirelik bakımı sonuçlarına neden olur (Clendon ve Gibbons, 2015; Harris ve ark., 2015; Kane ve ark., 2007; Tanaka ve ark., 2010). Hasta güvenliği için bir risk faktörü olarak kabul edilir. Hemşirelerde yorgunluğa ve konsantrasyon eksikliğine neden olarak istenmeyen olaylara ve tıbbi hatalara yol açar (Books ve ark., 2020; Muzio ve ark., 2019; Yumang-Ross ve Burns, 2014).



Vardiyalı Çalışma Sisteminde Hasta Sonuçları

Vardiya süresi 12 saatten daha uzun olan hemşirelerde, iş başında uyanıklık azalır ve tıbbi hata yapma riski önemli ölçüde artar (Clendon ve Gibbons, 2015; Lockley ve ark., 2007; Muzio ve ark., 2019). Gece vardiyasında çalışan hemşireler, iş aktiviteleri sırasında uyanık kalmak için daha fazla mücadele eder. Bu hemşirelerin gündüz/akşam vardiyalarında çalışan hemşirelere göre iki kat daha fazla hata yapma olasılıkları vardır. Kişisel faktörler (bilgi, tutum ve davranış) hataları önlemek için gerekli olsa da araştırmalar hataların ana nedenlerinin stres, yorgunluk, artan iş yükü ve iş akışı kesintileri olduğunu göstermektedir (Muzio ve ark., 2019). Vardiyalı çalışmaya bağlı uykunun bozulması ve buna bağlı uyku hali, hata yapma konusunda sık sık endişe duymaya da yol açmaktadır (Rhéaume ve Mullen, 2018).

Bir çalışmada, psikomotor dikkat testindeki nesnel performans, gece vardiyasında çalışanlarda görev süresi boyunca aşamalı olarak düşmüştür. Gündüz vardiyasında çalışanlarla karşılaştırıldığında, gece vardiyasında çalışanlar, ölçüm günleri arasında ve katılımcılar arasında daha fazla performans değişkenliği göstermişlerdir. Aynı model, subjektif uyku hali için de belirlenmiştir (Wilson ve ark., 2019). Chang ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında, ardışık dört gece vardiyasının ardından 24 saat izin sonrası gündüz çalışan hemşirelerde, tamamen nöbetsiz (gündüz) çalışanlarla karşılaştırıldığında, uyanıklık ve görsel dikkat performansı daha düşük saptanmıştır. Bir izinsiz gün, ardışık dört gece vardiyasından sonra gündüz çalışmasına dönmek için yetersiz bulunmuştur (Chang ve ark., 2017). Prospektif randomize kontrollü bir çalışmaya göre, gece vardiyası dahil dönüşümlü vardiyalarda çalışanlarda hata oranı, sabit gündüz vardiyasında çalışanlardan daha yüksekken, konsantrasyon performans puanları daha düşüktür. Dönüşümlü vardiyalarla çalışan deney grubunda, gece vardiyasındaki hata oranının gündüz vardiyasına göre 0.44 kat, akşam vardiyasına göre 0.62 kat daha fazla olduğu gösterilmiştir. Konsantrasyon performansı ise gece vardiyasında gündüz vardiyası ile karşılaştırıldığında daha az saptanmıştır. Gece vardiyasındaki personelin, genel testte gündüz vardiyasındaki personelden daha düşük hız ve doğruluk gösterdiği belirlenmiştir (Niu ve ark., 2012).

Yorgunluk ve dinlenememek, ilaç hataları olasılığını artırmada kritik bir rol oynamaktadır. Yorgunluktan kaynaklanan ilaç hatalarının oranı, ayda çalışılan saat sayısı ile orantılı olarak artmaktadır (Muzio ve ark., 2019). Rogers ve arkadaşları (2004) tarafından yapılan çalışmada, hemşireler 12.5 saat veya daha uzun süren vardiyalarda çalıştıklarında tıbbi hata yapma olasılığının üç kat daha yüksek olduğu bulunmuştur. Fazla mesayi, vardiyanın başlangıçta ne kadar süreyle planlandığına bakılmaksızın en az bir hata yapma olasılığını artırmıştır. Hemşireler daha uzun vardiyalardan sonra fazla mesai yaptıklarında riskin



arttığı, 12 saatlik bir vardiyanın ardından riskin üç kat arttığı gösterilmiştir (Rogers ve ark., 2004). Bir çalışmada, haftada ortalama 40 saatten fazla çalışan hemşirelerin advers olaylarla karşılaşma ve hata yapma olasılıklarının daha yüksek olduğu (%14'ten %28'e) gösterilmiştir. 12 saatlik vardiyayı aşan her bir saatlik çalışma için yanlış ilacı veya yanlış dozu uygulama olasılığı %2 artmıştır (Olds ve Clarke, 2010).

Hemşire raporlarından sağlanan kanıtlar, kaçırılan bakım ile olumsuz klinik sonuçlar (örneğin, ilaç hataları, basınç ülserleri, hastane enfeksiyonları, idrar yolu enfeksiyonu) arasında önemli ilişkiler olduğunu göstermektedir (Recio-Saucedo ve ark., 2018). Daha yüksek fazla mesai oranı, basınç ülseri ve kateterle ilişkili idrar yolu enfeksiyonu ile ilişkilidir (Bae ve Fabry, 2014). Kunaviktikul ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmada, uzun çalışma saatlerinin, hasta tanılama hataları, basınç ülserleri, iletişim hataları ve hasta şikayetleri gibi hasta sonuçları ile pozitif bir korelasyona sahip olduğu sonucuna varılmıştır (Kunaviktikul ve ark., 2015).

Dall'Ora ve arkadaşları (2019) tarafından yapılan çalışmada, günlük gecikmiş ve kaçırılmış yaşam bulguları gözlemlerinin oranı incelenmiştir. En az dört saatte bir yaşam bulguları gözlemlerinin gerekli olduğu durumlara odaklanılmış ve 24 saat boyunca gözlemlerin geciktiği veya kaçırıldığı durumlar sayılmıştır. Uzun (≥ 12 saat) vardiyalardaki hasta günü başına bakım saatlerinin oranı değerlendirilmiştir. Yaşam bulguları gözlemlerinin %53'nün geciktiği ve %44'ünün kaçırıldığı ortaya koyulmuştur. Çalışılan saatler uzun vardiyalar olduğunda gözlemlerin gecikmesi daha olası olmuştur. Bu da daha düşük iş performansını göstermiştir (Dall'Ora ve ark., 2019).

13 saat veya daha fazla çalışan hemşirelerin vardiya değişikliği sırasında kaybolan bilgileri bildirme olasılığının iki katına çıkabildiği saptanmıştır (Harris ve ark., 2015). 13 saat ve üzeri çalışan hemşirelerin hasta bakım kalitesi ve hasta güvenliği konusundaki sorunları bildirme olasılıkları 8-9 saat çalışan hemşirelere oranla daha fazladır (Harris ve ark., 2015).

Yapılan bir çalışmada, uzun vardiyalarda çalışmanın algılanan kalite ve hasta güvenliği üzerine etkisinde, hasta merkezli bakımın aracı etkileri incelenmiştir. Hasta merkezli bakımın vardiya uzunluğu ile kalite ilişkisine ve yine hasta merkezli bakımın vardiya uzunluğu ile hasta güvenliği ilişkisine aracılık ettiği gösterilmiştir. Daha uzun süre çalışmanın bakım kalitesi ve güvenliği ile negatif ilişkili olduğu belirlenmiştir. Uzun vardiyası olan ve hasta merkezli bakım algısı yüksek hemşireler, tedavi sonuçları ve beslenme rehberi hakkında uygun eğitim vermeye ve hastalarıyla etkili iletişim kurmaya eğilimli olmuştur. Hastalarıyla daha fazla zaman geçirmek için daha uzun kalmışlardır. Bu, hataları ve hastanın zarar görmesini önlemeye ve bakım kalitesini artırmaya yardımcı olmuştur. Hasta merkezli bakım, vardiya süresinin bakım sonuçları üzerindeki olumsuz etkisini bastırmıştır (Jarrar ve ark., 2019).



Vardiyalı Çalışma Sistemini İyileştirme Önerileri

Hasta güvenliğini ve hemşirelik bakım kalitesini artırmak amacıyla hemşirelerin çalışma koşullarını iyileştirmede temel stratejileri belirlemek önemlidir. Hemşirelerin yorgunluğunu gidermek ve stresle baş edebilmesini sağlamak için yeterli dinlenme süresi verilmelidir. Gece vardiyasından sonra daha uzun aralıklar, gerekli olan daha uzun uyku ve dinlenme süresi sağlayabilir (Muzio ve ark., 2019). Kurumlar güvenli çalışma saati sınırları oluşturmalı ve bunları uygulamalıdır (Lockley ve ark., 2007). Yetersiz uyku ve uyku hali, gece vardiyasında çalışanların dikkat ve çalışma hızını olumsuz yönde etkilediği için gece vardiyasından diğer vardiyalara geçiş yapılırken sirkadiyen ritmin düzenlenmesine yeterli zaman sağlamak amacıyla 2 günden fazla izin verilmelidir (Niu ve ark., 2012).

Hemşireleri aşırı iş yükünden kurtarmak ve hemşirelerin iş yüklerini mümkün olduğunca hafifletmek, performansın iyileştirilmesi ve hataların azaltılması için esastır. İş yükü yönetimini geliştirmek için istihdam edilen hemşirelerin uzmanlık ve işlevleri göz önünde bulundurulmalıdır (Muzio ve ark., 2019).

Yöneticilerin ve politika yapıcıların, bireyselleştirilmiş bakım sağlamak için daha fazla kaynak ayırarak hasta merkezli hastanelere doğru hareket etmeleri gerekmektedir (Jarrar ve ark., 2019).

Sonuç

Uzun vardiyalar hasta-hemşire oranını korumak için daha az personel gerektirmekle birlikte personelin daha az üretken hale geleceği ve hasta adına olan bazı yararların kaybedilebileceği unutulmamalıdır (Dall'Ora ve ark., 2019). Hemşirelik bakımı yüksek düzeyde sorumluluk ve dikkatli çalışma gerektirir. 24 saatlik bir süre boyunca güvenli ve kaliteli bakım sağlamak için çalışma koşulları en iyi duruma getirilmelidir (Ferri ve ark., 2016).

KAYNAKLAR

Bae S-H, Fabry D. Assessing the relationships between nurse work hours/overtime and nurse and patient outcomes: Systematic literature review. Nursing Outlook2014; 62(2), 138-156. doi: 10.1016/j.outlook.2013.10.009.



- Books C, Coody LC, Kauffman R, Abraham S. Night shift work and its health effects on nurses. *The Health Care Manager* 2020; 39(3): 122-127.
- Chang YS, Wu YH, Chen HL, Hsu CY. Four night shifts have a degree of performance adaptation. *Human Factors* 2017; 59(6): 925-936. doi: 10.1177/0018720817711285.
- Clendon J, Gibbons V. 12 h shifts and rates of error among nurses: A systematic review. *Int J Nurs Stud* 2015; 52(7): 1231-1242. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.03.011.
- Committee on Quality Health Care in America, Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. National Academy of Sciences, Washington DC, 2001.
- Dall'Ora C, Griffiths P, Redfern O, Recio-Saucedo A, Meredith P, Ball J. Nurses' 12-hour shifts and missed or delayed vital signs observations on hospital wards: retrospective observational study. *BMJ Open* 2019; 9(1): e024778. doi: 10.1136/bmjopen-2018-024778.
- Ferri P, Guadi M, Marcheselli L, Balduzzi S, Magnani D, Di Lorenzo R. The impact of shift work on the psychological and physical health of nurses in a general hospital: A comparison between rotating night shifts and day shifts. *Risk Manag Healthc Policy* 2016; 14(9): 203-211. doi: 10.2147/RMHP.S115326.
- Harris R, Sims S, Parr J, Davies N, Impact of 12h shift patterns in nursing: A scoping review, *International Journal of Nursing Studies* 2015; 52(2): 605-634. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.10.014
- Jarrar M, Minai MS, Al-Bsheish M, Meri A, Jaber M. Hospital nurse shift length, patient-centered care, and the perceived quality and patient safety. *Int J Health Plann Mgmt* 2019; 34: e387-e396. doi: 10.1002/hpm.2656.
- Kane RL, Shamliyan T, Mueller C, Duval S, Wilt T. Nursing Staffing and Quality of Patient Care. Evidence Report/Technology Assessment No. 151. AHRQ Publication No. 07-E005. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, 2007.
- Lockley SW, Barger LK, Ayas NT, Rothschild JM, Czeisler JM, Landrigan CP. Effects of health care provider work hours and sleep deprivation on safety and performance. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 2007; 33(11): 7-16.
- Muzio MD, Dionisi S, Simone ED, Cianfrocca C, Muzio FD, Fabbian F, Barbiero G, Tartaglioni D, Giannetta N. Can nurses' shift work jeopardize the patient safety? A systematic review. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences* 2019; 23: 4507-4519.
- Niu SF, Chu H, Chen CH, Chung MH, Chang YS, Liao YM, Chou KR. A comparison of the effects of fixed- and rotating-shift schedules on nursing staff attention levels: A randomized trial. *Biological Research for Nursing* 2012; 15(4): 443-450. DOI: 10.1177/1099800412445907.



- Olds DM, Clarke SP. The effect of work hours on adverse events and errors in health care. *Journal Safety Research* 2010; 41(2): 153-162. doi: 10.1016/j.jsr.2010.02.002
- Recio-Saucedo A, Dall'Ora C, Maruotti A, Ball J, Briggs J, Meredith P, Redfern OC, Kovacs C, Prytherch D, Smith GB, Griffiths P. What impact does nursing care left undone have on patient outcomes? Review of the literature. *Journal Clinical Nursing*. 2018; 27(11-12): 2248-2259. doi: 10.1111/jocn.14058.
- Rh  aume A, Mullen J. The impact of long work hours and shift work on cognitive errors in nurses. *Journal Nursing Manager* 2018; 26(1): 26-32. doi: 10.1111/jonm.12513.
- Rogers E, Hwang WT, Scott LD, Aiken LH, Dinges DF. The working hours of hospital staff nurses and patient safety. *Health Affairs* 2004; 23(4):202-212. doi: 10.1377/hlthaff.23.4.202.
- Tanaka K, Takahashi M, Hiro H, Kakinuma M, Tanaka M, Kamata N, Miyaoka H. Differences in medical error risk among nurses working two-and three-shift systems at teaching hospitals: a six-month prospective study. *Industrial Health* 2010; 48: 357-364.
- Wilson M, Permitt R, English A, Albritton S, Coogler C, Van Dongen HPA. Performance and sleepiness in nurses working 12-h day shifts or night shifts in a community hospital. *Accident Analysis and Prevention* 2019; 126: 43-46. doi: 10.1016/j.aap.2017.09.023.
- Yumang-Ross DJ, Burns C. Shift work and employee fatigue: Implications for occupational health nursing. *Workplace Health Saf* 2014; 62(6): 256-261. doi: 10.1177/216507991406200606.



YETİŞKİNLERDE KARDİYOPULMONER CANLANDIRMA (CPR YÖNETİMİ)

ADULT CARDİOPULMONARY RESUSCITATION (CPR MANAGEMENT)

Serap ÇELİK¹

¹Uzman Hemşire, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

ORCID No: 0000-0002-8046-6219

ABSTRACT

Cardiovascular diseases take the first place among the diseases that cause death both in Turkey and in the world. While heart diseases rank first among the causes of cardiac arrest, the cause of more than half of deaths due to cardiovascular diseases (out of hospital) is sudden cardiac death. One of the two important points in reducing the rates of cardiac arrest and sudden cardiac death, which is affected by many factors and continues as an important problem all over the world, is the prevention and control of heart diseases, and the other is a fast, accurate and effective intervention. The issue of cardiopulmonary resuscitation (cpr management) in adults has been discussed in line with the information consisting of important points in the ERC 2021 Resuscitation guideline, updated and published by the European Resuscitation Council (ERC).

Key words: Cardiopulmonary resuscitation, adult, cardiopulmonary resuscitation management

ÖZET

Kardiyovasküler hastalıklar hem Türkiye’de hem de Dünya’da ölüme neden olan hastalıklar arasında ilk sırada yer almaktadır. Kardiyak arrest nedenleri arasında kalp hastalıkları birinci sırada yer alırken kardiyovasküler hastalıklara bağlı ölümlerin (hastane dışı) yaklaşık yarısından fazlasının nedeni ise ani kardiyak ölümdür. Pek çok faktörün etkilediği ve tüm dünya genelinde önemli bir sorun olarak devam eden kardiyak arrest ve ani kardiyak ölüm oranlarının azaltılmasındaki önemli iki noktadan biri kalp hastalıklarının önlenmesi ve kontrolünün sağlanması bir diğeri ise hızlı, doğru ve etkili bir müdahalenin yapılmasıdır. Yetişkinlerde kardiyopulmoner canlandırma (kpr yönetimi) konusu, Avrupa Resüsitasyon Konseyi’nin (ERC) güncelleyerek yayınlamış olduğu, ERC 2021 Resüsitasyon kılavuzunda yer alan, önemli noktalardan oluşan bilgiler doğrultusunda ele alınmıştır.



Anahtar kelimeler: Kardiyopulmoner resüsitasyon, erişkin, kardiyopulmoner resüsitasyon yönetimi

Ani kardiyak arrest (SCA), Avrupa’da 3. önde gelen ölüm nedenidir(Grasner et.al. 2020, Andersen et.al. 2019). Birleşik Devletler’de tahmini hastane içi kardiyak arrest (HİKA) insidansı her 1000 hastane başvurusu başına yaklaşık 6-7 kardiyak arrest olarak saptanmıştır(Merchant et.al. 2011).

Birleşik Krallık Ulusal Kardiyak Arrest Komisyonu (NCAA) ve Danimarka Hastane İçi Kardiyak Arrest verileri (DANARREST), Amerika Birleşik Devletleri ile karşılaştırıldığında daha düşük hastane içi kardiyak arrest insidanslarını sırasıyla 1000 hastaneye başvuru başına 1.6 ve 1.8 göstermiştir(Nolan et.al. 2014, Andersen et.al. 2019). Avrupa dışında, hastane dışı kardiyak arrest (HDKA) insidansı: Asya’da %3-6, Birleşik Devletler’de %11, Avustralya-Yeni Zelanda’da %12 olarak raporlanmıştır(Ong et.al. 2015, McNally et. al. 2009).

Hastane içi kardiyak arrest (HİKA) olan hastalar için resüsitasyon kararlarının ortak bir karar mekanizması ile oluşturulması gerektiğinden bahsedilmiş olup bu hastalarda endike olan diğer tedavilerin geri plana atılmaması gerektiğine de vurgu yapılmıştır. 2015 kılavuzunda da bahsedilen önlemler, yeni kılavuzda yine sistematik bir biçimde “personel eğitimi”, “monitörizasyon”, “kardiyak arrestin fark edilmesi”, “yardım çağırılması” ve “müdahale” başlıkları altında ele alınmıştır.

Ani kardiyak ölüm sebebi olan durumlardan bahsedilmiş ve bu durumlara dikkat edilmesi gerektiği, ani kardiyak ölüm gelişen hastaların %50’sinde yanlış yorumlanan ve hafife alınan semptomların varlığına vurgu yapılmıştır. Son yıllarda gündeme gelen akıllı telefonlara bağlı akıllı saatlerin önemli bir rol alabileceği ve bu konuda bir çalışma olmadığı belirtilmiştir(Soar, 2021).

Yeni kılavuzda da hızlı defibrilasyon ve kaliteli göğüs basısının devamlılığı standart olmaya devam etmekte ve kılavuz bu konudaki önerilerin 2015 kılavuzundan temel aldığını belirtmekte. HİKA ile HDKA’nın temel farkının, HİKA durumunda temel ve ileri yaşam desteğinin birlikte uygulanması ve HDKA durumunda yapılan İYD’nin ana amacının bir an önce hastayı hastane koşullarında uygulanabilen girişimlere ulaştırmak olduğu vurgulanmıştır(Soar, 2021).

İleri yaşam desteği algoritmasında şoklanabilir (ventriküler fibrilasyon, nabızsız ventriküler taşikardi) veya şoklanamaz ritimlere (nabızsız elektriksel aktivite, asistoli) müdahale açısından en büyük farkın defibrilasyon ihtiyacı olduğu, aralıksız kaliteli göğüs basısı, havayolu yönetimi ve ventilasyon, venöz yol açılması, adrenalin



uygulanması ve geri döndürülebilir nedenlerin tayin ve tedavi edilmesi başlıklarında bir fark olmadığı belirtilmiştir. Güncel kılavuzda da 2015 ile uyumlu olarak şok öncesi, sırası ve sonrasında vakit kaybının önlenmesi adına defibrilasyon için kaşık yerine pedlerin kullanımının ön plana çıktığından bahsedilmektedir. Defibrilasyon için göğüs basısının en fazla 5 saniye kadar durdurulması gerektiği hatırlatılmıştır(Soar, 2021).

Ritim ne olursa olsun her nabız kontrolü öncesinde defibrilatörün şarj edilip, nabız kontrolünde şoklanabilir ritim görülürse vakit kaybetmeden hızlıca defibrile edilmesini sağlayan bir yöntemden bahsedilmiştir(Anticipatory defibrillator charging). Bu konudaki manken çalışmalarının, basıda meydana gelen kesintiyi azalttığı belirtilmiş ancak ileri çalışmaların gerekliliği vurgulanmıştır(Soar, 2021).

Dalga amplitüdüne bakılmaksızın VF olduğundan emin olunan her durumda 2 dakikada bir defibrilasyon önerilmektedir. Eğer asistoli ve ince VF arasında kalındıysa, göğüs basısının devamlılığı açısından defibrilasyon önerilmemektedir. Şoklanabilir bir ritim varlığında, standart bir süre (örneğin 180 saniye) KPR sonrasında defibrilasyon yapılması yerine defibrilatör hazırlanıp şarj edilene kadar KPR yapılması gerektiği ve defibrilatör hazır olunca şok verilmesi gerektiği önerilmiştir(Soar, 2021).

Mekanik veya manuel göğüs basısı esnasında basıya ara vermeden defibrilasyon uygulamasını ifade eden “hands-on defibrillation” ile ilgili 2015’ten bu yana yeni çalışma olmadığı, çok merkezli bir çalışmanın post-hoc analizinde bu yöntemin standart KPR’ye bir üstünlüğünün gösterilmediği vurgulanmıştır. Kılavuz standart tek şokun, üçlü ardışık şoka karşı herhangi bir sonlanımda bir üstünlüğünün gösterilemediğini ancak göğüs basısının devamlılığının önemi açısından yine de pek çok durumda tek şok uygulanmasının önerildiğini belirtmektedir(Soar, 2021).

Eğer hastada kateter laboratuvarında, yoğun bakım ünitesinde veya başka bir alanda monitörize halde ve hazırda bir defibrilatör mevcut iken şoklanabilir bir ritme bağlı kardiyak arrest geliştiği görüldüyse, yardım çağırılıp hızlıca ardışık olarak üç defibrilasyon yapılması, şarj etme süresinde nabız kontrolü yapılması ve üçüncü şoktan sonra halen nabız yoksa KPR başlanması gerektiği vurgulanmıştır. Akım ile defibrilasyon ve kardiyoversiyon başarıları arasında yüksek korelasyon olduğu belirtilmiştir. Herhangi bir bifazik cihaz ile uygulanan ilk defibrilasyon enerji düzeyinin 150 joule olarak seçilmesinin mantıklı olacağı ifade edilmiştir. Yeni kılavuz, her iki yöntemin de kabul edilebileceğini belirtse de ilk şokun başarısız olduğu durumlarda enerji düzeyinin artırılmasının mantıklı olacağını vurgulamıştır. Refrakter VF, üç defibrilasyon sonrasında sebat eden VF olarak tanımlanmış ve bu durumda defibrilasyon enerjisinin maksimuma getirilmesi, pedlerin



konumunun kontrol edilmesi veya alternatif pozisyona alınması gerektiği (örneğin antero-posterior) belirtilmiş. İki defibrilatörün iki farklı bölgeden eş zamanlı olarak defibrilasyon uyguladığı “dual sequential defibrillation” yöntemi ile ilgili yeterli kanıt olmadığı için kılavuz bu yöntemin rutin kullanımının önerilmediğini ifade etmiştir(Soar, 2021).

Klinik olarak kötüleşme riski taşıyan ve kritik hastaların erken tespit edilebilmesi için bir takip ve erken uyarı skor sistemi kullanılmalıdır. Personellere akut hastaların tanınması, izlenmesi ve acil bakımı konusunda eğitim verilmelidir. Tüm personellerine fizyolojik bozulma riski taşıyan bir hastayı belirlediklerinde yardım çağırma yetkisi vermelidir. Bu risk yalnızca vital değerlerden ziyade klinik öngörüye dayalı değerlendirmeleri de içermelidir. Kritik hastalıklar ve bozulmuş vital değerlere sahip hastalar için net bir yönetim algoritmasına sahip olunmalıdır. Personel, etkili bir iletişim sağlamak için yapılandırılmış iletişim araçları kullanmalı, hastalar, hastalığın ciddiyetine uygun kadro, beceri ve olanaklara sahip bir alanda bakım almalıdır(Soar, 2021).

Aritmi ile uyumlu olabileceği düşünülen senkop (özellikle egzersiz sırasında), çarpıntı, baş dönmesi ve ani nefes darlığı gibi belirtiler araştırılmalıdır. Ani kardiyak ölümün görülebildiği sağlıklı genç yetişkinlerde (senkop, pre-senkop, göğüs ağrısı ve çarpıntı) alert edici semptomların varlığında kardiyak arrestin önlenmesi için uzman yardımı alınmalıdır. Karakteristik aritmik senkop semptomları ile başvuran genç yetişkinler için kardiyoloji yardımı, EKG değerlendirilmesi ve bununla birlikte çoğu zaman ekokardiyografi ve bir egzersiz testi yapılmalıdır. Ani kardiyak ölüm vakalarının yakınlarının, bu konuda uzmanlaşmış bir klinikte sistematik bir değerlendirmeden geçmeleri önerilmekle birlikte kalıtsal hastalıkları olan bireylerin belirlenmesi ve aile üyelerinin taranması, kalıtsal kalp rahatsızlığı olan gençlerde ölümlerin önlenmesine yardımcı olabilir. Senkop tanı ve tedavisi için güncel Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) kılavuzları takip edilmelidir(Soar, 2021).

Hastanede oluşturulacak sistemlerin hedefi, kardiyak arrestin tanınması ve ardından hızlıca KPR başlanması ve gerekiyorsa hızlı defibrilasyon uygulanması (<3 dakika) olmalıdır. Tüm hastane personeli kardiyak arresti hızlı bir şekilde fark edebilmeli, yardım çağırabilmeli, KPR'ye başlayabilmeli ve defibrilasyon yapabilmeli. Standart bir kardiyak arrest çağrı sistemi (örneğin mavi kod, 2222) oluşturulmalıdır(Soar, 2021).

Bu çağrıya hızlıca yanıt verebilen bir resüsitasyon ekibi, akredite bir yetişkin İYD kursunu tamamlamış olmalıdır. Resüsitasyon ekibinin üyeleri, manuel defibrilasyon, ileri hava yolu yönetimi, intravenöz veya



intraosseöz yol açma ve geri döndürülebilir nedenlerin belirlenmesi ve tedavisi dahil olmak üzere bir kardiyak arresti yönetmedeki temel becerilere ve bilgiye sahip olmalıdır. Resüsitasyon ekibi, üyelerin görev tanımı için her vardiyanın başında toplanmalıdır. Hastanelerde standart bir resüsitasyon ekipmanı oluşturulmalıdır(Soar, 2021).

Defibrilatör getirilip pedler yerleştirilene kadar KPR'ye devam edilmelidir. Şoklanabilir ritm varsa mümkün olan en erken zamanda defibrilasyon yapılmalıdır. Şok verilirken göğüs basısı asgari oranda sekteye uğratılmalı, şok öncesi ve sonrasında basıya uzun süre ara verilmemelidir. Defibrilatör şarj olurken basıya devam edilmeli, 5 saniyeden kısa sürede şok uygulanmalı ve basıya tekrar başlanmalıdır. Defibrilasyondan hemen sonra göğüs basısı devam ettirilmelidir. Eğer spontan dolaşımın yeniden sağlandığına dair bulguların birkaçının birlikte görüldüğü bir kombinasyon varsa (uyanma, anlamlı hareketler, end-tidal karbondioksit seviyesinde ani ve sürekli artış) nabız ve ritm kontrolü düşünülebilir. Resüsitasyonun çabalarının sonlandırılması için yasal, kültürel ve kurumsal faktörler göz önünde bulundurularak kriterler belirlenmeli ve bu kriterler yerel olarak güncellenmelidir. Personeller resüsitasyon tecrübesi açısından takip edilmeli ve tecrübesi az personelin resüsitasyondaki deneyimi artırılmalıdır. Non-travmatik yetişkin HDKA hastaları, yerel protokollere göre bir kardiyak arrest merkezine nakledilmelidir(Soar, 2021).

KPR kalitesinin arttırmak ve hastaların sonuçlarını iyileştirmek için, kurtarıcılara veritabanlı, performans odaklı geribildirim yapılmalıdır. HİKA ve HDKA hastalarında, arrest öncesinde çeşitli belirtiler olabileceği ve bu arrestlerin pek çoğunun önlenilebileceği konusuna vurgu yapılmıştır. Minimal kesinti ile kaliteli göğüs basısı ve erken defibrilasyon önceliğini korumaktadır. Kardiyopulmoner resüsitasyon (KPR) süresince temel hava yolu teknikleriyle başlanmalı ve etkili ventilasyon elde edilene kadar kurtarıcının becerilerine göre adım adım ilerlenmelidir. İleri hava yolu gerekiyorsa, başarı oranı yüksek olan kurtarıcılar endotrakeal entübasyon yapmalıdır. Adrenalin, şoklanamaz ritmlerde mümkün olan en kısa sürede verilmelidir. Şoklanabilir kardiyak arrest ritmleri için ise 3 defibrilasyon girişiminden sonra kullanılmalıdır. Kılavuz, arrest esnasında point-of-care ultrasound (POCUS) kullanımının artan öneminden bahsetmektedir ancak bu işlemin tecrübeli bir kullanıcı gerektirdiğine ve göğüs basısını sekteye uğratamaması gerektiğine de vurgu yapmakta olup bazı seçilmiş hasta gruplarında extracorporeal KPR (eCPR) uygulaması hakkında artan kanıta dikkati çekmektedir (Soar, 2021).



KAYNAKLAR

- Soar J. European Resuscitation Council Guidelines 2021: Adult advanced life support. www.cprguidelines.eu. Published March 2021. Accessed April 2021. <https://www.cprguidelines.eu/assets/guidelines/RESUS-8903-ALS.pdf>
- Andersen L, Holmberg M, Berg K, Donnino M, Granfeldt A. In-Hospital Cardiac Arrest: A Review. *JAMA*. 2019;321(12):1200-1210. doi:[10.1001/jama.2019.1696](https://doi.org/10.1001/jama.2019.1696)
- Merchant R, Yang L, Becker L, et al. Incidence of treated cardiac arrest in hospitalized patients in the United States. *Crit Care Med*. 2011;39(11):2401-2406. doi:[10.1097/CCM.0b013e3182257459](https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3182257459)
- Nolan J, Soar J, Smith G, et al. Incidence and outcome of in-hospital cardiac arrest in the United Kingdom National Cardiac Arrest Audit. *Resuscitation*. 2014;85(8):987-992. doi:[10.1016/j.resuscitation.2014.04.002](https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2014.04.002)
- Andersen L, Holmberg M, Løfgren B, Kirkegaard H, Granfeldt A. Adult in-hospital cardiac arrest in Denmark. *Resuscitation*. 2019;140:31-36. doi:[10.1016/j.resuscitation.2019.04.046](https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2019.04.046)
- Ong M, Shin S, De S, et al. Outcomes for out-of-hospital cardiac arrests across 7 countries in Asia: The Pan Asian Resuscitation Outcomes Study (PAROS). *Resuscitation*. 2015;96:100-108. doi:[10.1016/j.resuscitation.2015.07.026](https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.07.026)
- McNally B, Stokes A, Crouch A, Kellermann A, CARES Surveillance Group. CARES: Cardiac Arrest Registry to Enhance Survival. *Ann Emerg Med*. 2009;54(5):674-683.e2. doi:[10.1016/j.annemergmed.2009.03.018](https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2009.03.018) <https://acilci.net/kategori/kilavuzlar/> Erişim Tarihi:30.05.2021



A CASE REPORT OF CHRONIC KIDNEY FAILURE ADMITTED TO THE EMERGENCY DEPARTMENT DUE TO CHEST PAIN

Prof. Dr. Elif Ünsal Avdal***, Dilan Esatoğlu **, Dilan Kırmızıtaş ^{2**} , Gülşah Tanar ^{3**}

***İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği AD Öğretim Üyesi

ORCID NO : 0000-0001-6888-0882

**İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans
Öğrencisi

ORCID NO ¹ : 0000-0002-6580-5518

ORCID NO ² : 0000-0001-8509-1615

ORCID NO ³ : 0000-0001-8157-146X

ABSTRACT

Chronic kidney diases ; It is a disease that causes a decrease in kidney function. Kidney failure, which can develop due to different reasons and it causes patients to become dependent on dialysis. At the same time factors such as the presence of additional chronic diseases in patients, individual characteristics, and the process of adherence to treatment may change the clinical course of the disease. Patients diagnosed with chronic kidney failure are increasing day by day in the world and in our country, and a treatment process should be carried out in hospitals with a multidisciplinary care. In our example case, we discussed the nursing process in the emergency follow-up of a case with chronic kidney failure who has additional diseases such as heart failure, diabetes, and mellitis.

Keywords: Chronic Kidney Failure, Emergency Service, Nursing Care



ÖZET

Kronik Böbrek yetmezliği ; böbrek fonksiyonlarında azalmaya neden olan bir hastalıktır. Farklı nedenlere bağlı olarak gelişebilen böbrek yetmezliği, hastaların diyalize bağımlı hale gelmesine neden olur. Bununla beraber hastalarda ek kronik hastalıkların olması , bireysel özellikler , tedaviye uyum süreci gibi faktörler hastalığın klinik seyrini değiştirebilir. Kronik böbrek yetmezliği tanısı alan hastalar gün geçtikçe dünyada ve ülkemizde artmakta olup hastanelerde multidisipliner bir bakım ile tedavi süreci gerçekleştirilmelidir. Örnek olgumuzda da kronik böbrek yetmezliği olan ve bu hastalık dışında kalp yetmezliği , diabetes mellitus gibi ek hastalıkları olan bir vakanın acil izlemindeki hemşirelik sürecini ele aldık.

Anahtar Kelimeler : Kronik Böbrek Yetmezliği, Acil Servis, Hemşirelik Bakımı

GİRİŞ

Kronik böbrek hastalığı (KBH), dünyada ve ülkemizde epidemi halini almış önemli bir halk sağlığı sorunudur. Kronik böbrek yetmezliği (KBY), çeşitli hastalıklara bağlı olarak gelişen kronik, progresif ve irreversible nefron kaybı ile karakterize olan bir nefrolojik sendromdur. KBH, temelde yatan böbrek hastalığının etyolojisi ne olursa olsun en az 3 ay süren objektif böbrek hasarı ve/veya glomerüler filtrasyon hızının (GFH) 60 ml/dk/1,73 m² nin altına inmesi durumu olarak tanımlanmaktadır(2,3). Kronik böbrek yetmezliği nedenleri arasında diyabetes mellitus, hipertansiyon, glomerulonefrit, diyabetik nefropati yer almaktadır(4).

Kronik böbrek yetmezliğinde sağlık ekibi hastanın gereksinimlerine göre uygun tedavi ve bakımı planlayıp sunmalıdır. Böylece hastanın uygun beslenmesi, düzenli ilaç kullanımı, taburculuk döneminde düzenli kontrollere gelmesi, günlük aktivitelerini en az destekle gerçekleştirebilmesi sağlanmalıdır.

OLGU

72 yaşında, çiftçi olan İ.E. göğüs ağrısı nedeniyle acil servise başvurmuş ve çekilen EKG’de atrial fibrilasyon tespiti ile koroner anjiyografi amaçlı kardiyoloji kliniğine interne edilmiştir. Hastanın öyküsünde ise Diyabetes Mellitus (18 yıl), Koroner Arter Hastalığı, Kalp Yetmezliği(10 yıl), Kronik Böbrek Yetmezliği(5 yıl) tanıları bulunmaktadır. Hastanın böbrek yetmezliği, diyabetes mellitus durumunun sebep olduğu nefropatiye bağlı olarak seneler içinde gelişmiştir. Geçirilmiş Periferik Anjiyografi(01.11.2016), Koroner



Anjiyografi(02.11.2006), By-Pass(2006) operasyonları olan hastanın evre-5 diyabetik ayağı(sol) mevcuttur. Hastaya KBY sebebiyle düzenli olarak hemodiyaliz uygulanmaktadır.

Hasta spontan solunumda, oryante-koopere, yatak içi mobildir. Sol diyabetik ayaktan dolayı yarımsız yatak dışı mobilizasyonu sağlanamamaktadır. Hastanın en düşük açlık kan şekeri değeri 89mg\dl ve en yüksek açlık kan şekeri değeri 140mg\dl olarak ölçülmüştür. Hasta 8 yıldır insülin kullanmaktadır. Yatış süresi boyunca hastaya ait vital bulgular şu değerler aralığında ölçülmüştür: ateş=36,4C-36,7C\ nabız=89-109 atım\dk \ tansiyon=99\60-131\75 mm\hg \ solunum=16-20 kez\dk.

Bu olguda aktivite egzersiz, beslenme-metabolik, bilişsel-algısal, kendini algılama gibi fonksiyonel sağlık örüntüleri alanında sıkıntılar gözlemlenmiştir. Tanı ve girişimler de bu FSÖ alanlarına yönelik yapılmıştır.

Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli'ne Göre

Olgunun Durumuna Uygun Hemşirelik Tanıları

1)FSÖ alanı\Tanı: Bilişsel-Algısal

Tanımlayıcı özellik\Etiyoloji: Terleme,kan basıncı ve nabızda değişiklikler, huzursuzluk\ Diyabetik ayağa bağlı.

Amaç\Beklenen Hasta Sonucu: Kişinin yeterli doyum veren uygun bir önlemden sonra hastanın ağrısının kullanılan ağrı ölçeğiyle azaldığının kaydedilmesi \ Ağrısının varlığına diğer insanların inandığını görmesi, ağrısının azaldığını ifade etmesi.

Girişimler: 1. Bilgisizliği azaltılacak,doğru ve tam bilgi sağlanacak 2. Bireyin ağrısında neden azalma ya da artma yaşanacağı tartışılacak 3. Gün boyunca dinlenme fırsatları ve geceleri kesintisiz uyku olanakları sağlanacak 4. Reçete edilen analjeziklerle en üst düzeyde rahatlama sağlanacak 5. Tedavi sonrasında ağrı değerlendirmesine uygun olarak belirli aralıklarla ağrı değerlendirmesi yapılacaktır.

Değerlendirme: Birey ağrısı konusunda bilgilendirildi.bireyin ilaç kullanımı ile ilgili yanlış bilgileri düzeltildi. Düzenli aralıklarla ağrı değerlendirilmesi yapıldı ve kullanılan ağrı ölçeğine göre(VAS) ağrı skorunda azalma kaydedildi. Kişi gece rahat uyuduğunu ifade etti.



2) FSÖ alanı\Tanı: Beslenme ve Metabolik \Doku Bütünlüğünde Bozulma

Tanımlayıcı özellik\Etiyoloji: diyabetik ayak nedeniyle doku bütünlüğünün bozulması \ Diyabetes Mellitus durumuna sekonder dermal-epidermal bağların inflamasyonuna bağlı.

Amaç\Beklenen Hasta Sonucu: Kişinin doku iyileşmesinde ilerleme göstermesi, başka bölgelerde doku bütünlüğünün bozulmaması\ Hastanın risk değerlendirmesine katılması, neden olan faktörleri ve koruyucu önlemleri tanımlaması, girişimlerin nedenini-mantığını açıklaması.

Girişimler: Ülserin durumu değerlendirilecek. Düzenli pansuman yapılacak. Evde yardım gerekiyorsa toplum sağlığı hemşirelerine yönlendirilecek.

Derinlik: Nekroz

Yara ağzı: Fibrotik

Yara altı: 2cm.'den küçük

Değerlendirme: Ülserin durumu değerlendirildi. Hastada 5. Evre diyabetik ayak mevcut, düzenli olarak pansuman uygulandı. Hasta amputasyonu kabul etmediği için evde pansuman hizmetine yönelik ilgili kurumlara başvuru yolları anlatıldı.

3) FSÖ alanı\Tanı: Kendini algılama\ Yorgunluk

Tanımlayıcı özellik\Etiyoloji: Enerji yokluğu, uykyda artma, uyarılara tepkinin yavaşlaması, çaresizlik ve acizlik duygusu, moral bozukluğu, iç çekme, ah etme. Ölçeğe göre yorgunluk skorunun 6 olması.\ Kalp yetmezliğine, böbrek fonksiyonlarına bağlı olarak elektrolit dengesizliği ve hemotokrit düşüklüğüne bağlı.

RBC: 3,22 M/ml

Na: 133 mmol/L

K: 2,7 mmol/L



BUN: 33mg\dl

Kreatin: 3,85 mg\dl

Amaç\Beklenen Hasta Sonucu: Hastanın yorgunluk skorunun düşürülmesi ve zamanı hakkında optimistik duyguları ifade etmesi \ acısını ızdırabını başkalarıyla yapıcı olarak paylaşması, yaşamını pozitif olarak gözden geçirmesi, amaçları ve istedik bir sonuca güvendiğini ifade etmesi,

Girişimler: Hekim istemine uygun olarak hemogram ve biyokimya takibinin yapılarak planlanan tedavi uygulanacak. Hastanın fikirlerini, endişelerini sözel olarak ifade edebilmesini sağlamak için empati gösterilecek,hastanın ekin dinlenmesi sağlanacak, içsel kaygıları değerlendirilecek,acı çekme ve ölümle ilgili düşüncelerini yansıtmayı sağlanacak.

Değerlendirme: Hekim istemine uygun olarak hemogram ve biyokimya takibi uygulandı, kişi ölüme olan korkusunu ve ayağının amputé edilmesine karşı olan korkusunu ifade etti. Duygu ve düşüncelerini ifade etti, hoşlandığı aktiviteleri ifade etti.

4) FSÖ alanı\Tanı: Aktivite-Egzersiz\ Öz bakım eksikliği sendromu

Tanımlayıcı özellik\Etiyoloji: Kendi kendine yıkanma eksikliği, giyinme sorunları,tuvalet ya dalazımlığı kullanamama,uygun hijyeni başaramama\ Diyabetik ayak nedeniyle yürüyememesine bağlı, görsel ve motor yeteneklerinde azalmaya bağlı.

Amaç\Beklenen Hasta Sonucu: Bireyin yemek yeme, giyinme, tuvalet, banyo gibi günlük aktiviteleresözel veya fiziksel katılması\ Özenli bir destekten sonra optimal hijyen sergilenmesi,öz bakım aktivitelerindeki tercihlerini tanımlaması(hijyen için kullanacaklarını, zaman ve yeri belirlemesi)

Girişimler: Her bir özbakım aktivitesine katılma yeteneği değerlendirilecek, benlik saygısı ve kendi kendine karar verme geliştirilecek, en üst düzeyde katılım geliştirilecek, öz bakım eksikliği hakkındaki duygularını ifade etmesi için cesaretlendirilecek.

Değerlendirme: Bireyin sakallarını kesme, banyo ve diğer günlük aktivitelerini yapamadığı gözlemlendi, birey diş fırçalama zamanı konusunda kendine plan oluşturdu, birey tüm özbakım aktivitelerini kısıtlılığından



dolayı yerine getiremedi, özbakımına dikkat etmek istediğini fakat ayağındaki kısıtlamadan dolayı yapamadığını ifade etti.

5) FSÖ alanı\Tanı: Bilişsel-Algisal\ Bakım verici rolünde zorlanma

Tanımlayıcı özellik\Etiyoloji: Gerekli bakım verme aktivitelerini yerine getirmede güçlük, bakım verenin fiziksel enerjisinin yetmediğini bildirmesi, tükenmişlik duyguları\ Fiziksel sağlıktan ödün vermeye bağlı, bakım verme süresine bağlı, dinlendirici olanakların yetersizliğine bağlı.

Amaç\Beklenen Hasta Sonucu: Bakım vericinin zorlanma durumunu azaltacak bir plan bildirmesi.\ Bakım verme sorununa ilişkin hayal kırıklığını paylaşması, en az bir destek kaynağının tanımlanması.

Girişimler: Neden olan ya da arttıran faktörler değerlendirilecek, empati gösterilecek ve bir yeterlilik duygusu sağlanmaya çalışılacak, sağlanabilecek toplumsal kaynaklar tanımlanacak, hangi aktivitelerde yardım istendiğini tanımasına yardım edilecek.

Değerlendirme: Neden olan faktörler değerlendirildiğinde bakım verene ait yeterli dinlenme alanının olmayışı sebep olarak tespit edildi, bakım vericinin yerine gelebilecek kimsenin olmaması, onun daha fazla yorulmasına sebep olduğu görüldü, bakım vericiye destek grupları, danışmanlık hizmetleri, sosyal hizmetler tanıtıldı, evde bakım hizmeti anlatıldı, hangi aktivitelerde yardım istediği tartışıldı ve sonuç olarak bakım alıcının gereksinimleri(hijyen, tedavi, mobilizasyon) konusunda yardım istediği düşünüldü.

6) FSÖ alanı\Tanı: Beslenme-Metabolik\ Kan glikozunda değişiklik riski

Tanımlayıcı özellik\Etiyoloji: Risk olduğu için tanımlayıcı özellikten söz edilemez\ Diyabetes mellitusa, insülin kullanımına, strese bağlı.

Amaç\Beklenen Hasta Sonucu: Bireyin ya da bakım vericinin sağlığı sürdürme davranışlarına katılacak, kan glikozu değerinin normal sınırlarda tutulması\ Hastanın kan glikozunun normal değerlerini bilmesi, taburculuk sonrasında düzenli olarak kan glikozunu doğru şekilde ölçeceğini bildirmesi, kan glikozu düştüğünde ya da yükseldiğinde başvuracağı yöntemleri bilmesi ve ifade etmesi,



Girişimler: Kilo kontrolü yapılacak, uygun aralıklarla kan glikozu takibi yapılacak, diyabetik ayak için pansuman yapılacak, düzenli olarak sağlıklı diyet uygulanacak(3 ana, 3 ara öğün), yağı-tuzu az diyet, düşük karbonhidrat birleşimleri, yeterli vitamin ve mineral alımı, günde 2-3 lt. su alımı sağlanacak ve takip edilecek, ordera uygun insülin uygulaması yapılacak, hastaya insülin uygulama eğitimi tekrarlanacak, ağız-diş hijyeni hakkında gerekli bilgi verilecek, hasta bu konuda izlenecek. Hastaya stres yönetimi öğretilecek, nefes egzersizi, meditasyon, içinden 100'e kadar sayma gibi teknikler öğretilecek.

Değerlendirme: Hastanın diyabetik ayak pansumanı düzenli olarak yapıldı, sıvı alımı hakkında bilgi verildi ve düzenli takip edildi. Ağız diş hijyeni konusunda bilgi verildi, hastanın bu konuda istekli olduğu gözlemlendi. Uygun aralıklarla kan glikozu takibi yapıldı ve ordera uygun olarak insülin uygulaması yapıldı. Hastaya stres yönetimi hakkında bilgi verildi, nefes egzersizleri öğretildi.

7) FSÖ alanı\Tanı: Beslenme-Metabolik\ Enfeksiyon riski

Tanımlayıcı özellik\Etiyoloji: Risk olduğu için tanımlayıcı özellikten söz edilemez.\ Diyabete bağlı, hastada IV katater bulunması, renal yetmezliğe bağlı olarak hastaya hemodiyaliz uygulanması, uzun süren immobilizasyon, hastanede yatış süresinin uzaması, hastanın özbakım eksikliğinin olması.

Amaç\Beklenen Hasta Sonucu: Kişinin enfeksiyonla ilgili risk faktörlerini ve enfeksiyondan korunmak için gerekli olan önlemleri açıklaması, aseptik tekniklerle uygulama yapılarak risk faktörlerinin en aza indirilmesi\ Taburculuk zamanı geldiğinde uygun el yıkama tekniğini göstermesi, enfeksiyonun bulaşma ve geçme yollarını tanımlaması, enfeksiyonu önlemede beslenmenin etkisini tanımlaması (besinlerin hijyenine dikkat etmesi, protein-yağ-karbonhidrat alımına dikkat etmesi).

Girişimler: Zararlı organizmaların bireye girişini azaltacak teknikler, izolasyon önlemleri öğretilecek ve uygulanacak. Bireyin enfeksiyona yatkınlığını azaltılacak, diyetinde protein ve kalori alımı sürdürülecek ve teşvik edilecek. Antimikrobiyal tedavinin kullanımı ve aşırı kullanımı takip edilecek. Enfeksiyonun klinik belirtileri gözlemlenecek, ateş düzenli olarak takip edilecek ve hastaya idrar rengi sorulacak.

Değerlendirme: 25.10.2016\ WBC:11,37 K\ml, ateş: 36,5C Hastanın WBC değeri üst sınıra yakın enfeksiyon varlığını gösteren bir belirti olabilir. Hastaya el yıkama ve aseptik teknikler öğretildi, uygulaması izlendi.



Hastanın antibiyotik tedavisi doğru teknikle uygulandı, hasta tedavisine katılım göstermesi konusunda teşvik edildi.

02.11.2016\ WBC: 9,9 K\ml, ateş: 36,7C

Enfeksiyon riski devam ediyor, IV kanül, hemodiyaliz ve hastanede yatışa bağlı olarak.

KAYNAKÇA

- 1.Birol L (2009). Hemşirelik Süreci. Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd Şti. İzmir.
- 2.Birsel, K. A. Kronik Böbrek Yetmezliği.
- 3.Süleymanlar, G. (2007). Kronik Böbrek Hastalığı Ve Yetmezliği: Tanımı, Evreleri Ve Epidemiyolojisi. Türkiye Klinikleri Journal Of Internal Medical Sciences, 3(38), 1-7.
- 4.Yalçın, A. U.,Akpolat, T. Kronik Böbrek Yetmezliği.



ACİL SERVİSTE ÇOCUK TRAVMA HASTASI VE HEMŞİRELİK YÖNETİMİ

Şadiye DUR¹

¹Dr. Öğretim Üyesi, İzmir Demokrasi Üniversitesi, SBF Hemşirelik Bölümü, İzmir, Türkiye

ORCID No: 0000-0001-9801-5865

ABSTRACT

Trauma is damage to human tissues and organs as a result of various energy transfers from environmental factors. Traumas are one of the important causes of mortality and morbidity in childhood. Risky trauma mechanisms cause multiple trauma in children, paving the way for serious multisystemic complications and increased mortality and morbidity. It is important to identify risky patients and apply appropriate emergency care in order to prevent complications and reduce the frequency of mortality and morbidity. It is important that the clinicians working in these units are especially equipped for patients presenting with multisystemic trauma, in reducing mortality and morbidity in pediatric trauma cases. In our review, pediatric trauma patients and their nursing management in the emergency department were evaluated.

Key words: Trauma, pediatric patient, emergency nursing

ÖZET

Travma, çevresel etkenlerden çeşitli enerji transferleri sonucunda insanın doku ve organlarında hasar meydana gelmesidir. Travmalar çocukluk çağıının önemli mortalite ve morbidite nedenlerinden birisidir. Riskli travma mekanizmaları, çocuklarda çoklu travmaya neden olarak, ciddi multisistemik komplikasyonların ortaya çıkmasına ve artmış mortalite ile morbiditeye zemin hazırlamaktadır. Komplikasyonların önlenmesi, mortalite ve morbidite sıklığının azaltılması için riskli hastaların saptanıp uygun acil bakımın uygulanması önemlidir. Bu birimlerde görevli klinisyenlerin özellikle multisistemik travma ile başvuran hastalara karşı donanımlı olması, pediatrik travma olgularındaki mortalite ve morbiditenin azaltılması konusunda önemlidir. Derlememizde acil serviste çocuk travma hastası ve hemşirelik yönetimi değerlendirilmiştir.

Anahtar kelimeler: Travma, çocuk hasta, acil hemşireliği

Travma yapısal değişiklikler ve fizyolojik bozukluklarla karakterize karmaşık bir olaydır. Travma, dünyada ve ülkemizde önemli halk sağlığı problemlerinden birisidir. Travmalar güncel tanı, tedavi yöntemleri ve gelişen hemşirelik bakım uygulamalarına rağmen hala 0-18 yaş grubunda en sık görülen ölüm sebepleri arasındadır (Algier ve ark., 2004; Kuşuoğlu, 2008; Uysal, 2020).

Çocuklarda en sık karşılaşılan travma nedenleri trafik kazaları ve düşmelerdir. Bunların yanı sıra, zehirlenmeler, yanıklar, boğulmalar, çocuğa karşı şiddet uygulama ve delici yaralanmalar mevcuttur (Doğan ve ark., 2011; Peden ve ark., 2008). Her yıl Amerika da 15 yaş altı 14 milyon çocuğun travmaya maruz kaldığı belirtilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde (2006) acil servise başvuran 119 milyon hastanın yaklaşık %20'sini çocuk hastaların oluşturduğu görülmektedir (AAP, 2016). Türkiye'de çocuk travmalarının sıklığına ilişkin son yıllarda yapılan çalışmalar sınırlı olmakla birlikte 2002-2003 yılları arasında meydana gelen trafik kazaları arasında çocukların ölüm sıklığının (%14.7) on bir batılı ülkede gelişen kazalar sonucu ölüm sıklıkları toplamına yakın olduğu görülmektedir (Uysal, 2020). Travmalar çocukluk çağının en yaygın mortalite ve morbidite nedenleri arasındadır. Bunun yanı sıra travmaya maruz kalan çocuğun erişkinlerden farklı anatomik ve fizyolojik özelliklere sahip olduğu bilinerek bakım verilmelidir. Çocuk acil hemşiresi bu farklılıkları müdahale sırasında dikkate almalıdır (Çağlar ve Yıldız, 2016).

Anatomik Özellikler

- Çocuklarda özellikle yenidoğanlarda kalvaryum (kafatası) yumuşaktır ve travmalardan daha çok etkilenirler. Bu grupta çökme kırıklarına daha sık rastlanır.
- Subaraknoid mesafe daralmıştır ve dolayısıyla subaraknoid mesafenin travmanın kuvvetine karşı olan tamponlanma düzeneğinden yoksundurlar.
- Baş gövdeye göre daha büyüktür ve genel travmalarda kafa travması oranı yüksektir (Söylet ve Emir, 2006; Altınörs ve Kabataş, 2012).

Fizyolojik Özellikler

- Yenidoğanda beynin su içeriği % 88-90 iken yetişkinlerde % 75-77 civarındadır. Bu nedenle akselerasyon-deselerasyon tipi travmalardan daha çok etkilenirler.
- Kafatası erişkine göre daha ligamentöz yapıdadır (Ankun, 2008).
- Hiptansiyon ve hipoksiye direnç daha düşüktür ve ikincil beyin hasarı tehlikesi yüksektir (Kuğuoğlu 2008).
- Fontaneli açık, sütürleri kapanmamış olgular kraniyum içi basınç artışını daha iyi tolere ederler (Ankun 2008).
- Cilt altı yağ dokusu özellikle 9 ay civarında en yüksek seviyededir. Bu nedenle küçük çocuklarda periferik damar yolu bulmak oldukça güçtür (Kuğuoğlu 2008).
- Süt çocuklarında çoğunlukla yüksekten düşme ve araç içi trafik kazası görülürken, bunların karaciğer, dalak yaralanmaları veya ekstremitte kırıklarını da içeren politravmalara yol açabileceklerini unutmamak gerekir. Aynı zamanda vücut kitle indeksinin daha küçük olması nedeniyle travma esnasında maruz kalınan enerji daha fazla hasara yol açar ve çok organlı yaralanmalar daha sıklıkla ortaya çıkar (Söylet ve Emir 2006; Kuğuoğlu, 2008).
- Canlandırma ve entübasyon esnasında spinal travma tehlikesi akılda tutulmalıdır (Altınörs ve Kabataş 2012).
- Yenidoğan ve süt çocuklarında kafa kemiği kırıklarına sık rastlanmaktadır. Daha büyük çocuklarda ise kemikleşmenin artması nedeniyle kırıklar az görülür (Ankun 2008).

Travmanın Değerlendirilmesi

Pediyatrik travma hastasının değerlendirilmesi, acil servise başvuran bir çocuğun başlangıç değerlendirmesi ile aynıdır. Bu yaklaşım Pediyatrik Değerlendirme Üğeninin tüm unsurlarını içermektedir.

- Görünüm (mental durum ve kas tonusu) bilinç düzeyini göstermektedir.
- Solunum içi (artmış, zorlu veya azalmış) ventilasyon ve oksijenizasyon yeterliliğini gösterir.
- Dolaşım (cilt ve mukoza rengi) oksijenizasyon ve perfüzyon yeterliliğini yansıtır (Fleisher ve Ludwig, 2010).

Birincil Değerlendirme

Travma tanısı ile ocuk acil ünitesine kabul edildiğinde ilk olarak hastanın bilinç kontrolü yapıldıktan sonra hava yolu açıklığı ve servikal vertebranın stabilitesi sağlanır. Solunum, dolaşım ve engellilik değerlendirilmesi ile birinci değerlendirme tamamlanır (Karaböcüoğlu ve ark., 2012; Söylet ve Emir, 2006; Uysal, 2020). Bilincin değerlendirmesinin basit bir metodu USAY kısaltması kullanılmaktadır; U: Uyanık, S: Sözel uyarıya yanıt, A: Ağrılı uyarana yanıt, Y: Yanıtsızlık. Daha detaylı bir nörolojik muayene ikincil bakıda yapılmalıdır (Fleisher ve Ludwig, 2010).

İkincil Değerlendirme

Çocuğun ikinci değerlendirilmesinde öykü alınarak baştan aşağı sistematik bir değerlendirme yapılır.

yk alma

1. Travmaya ilişkin öykü

Çocuğun yaşadığı travmanın öyküsü, nasıl olduğu, şekli ve zamanı sorgulanmalıdır. En son ne yediği, kullandığı ilaç, dozu, zamanı, motorlu araç yaralanması sebebi ile gelmişse araçta oturduğu yer, emniyet kemeri kullanımı, ocuk koltuğunun olup olmadığı vb. durumlar sorgulanmalıdır. Hedefe yönelik bir öykü elde edebilmek için BASİT ÖYKÜ kısaltması kullanılır: B: Bulgular, A: Alerji, S: Son yemek, İ: İlaç, T: Tıbbi zgemiş, ÖYKÜ: Travmanın yks (Ne oldu?) ocuğun ebeveynleri sadece öykü almada değil çocuğun onlarla olan etkileşiminin değerlendirilmesinde de yararlı olabilir.

2. Çocuğun genel sağlık öyküsü

Çocuğun genel sağlık durumu, engellilik durumu, daha geçirdiği hastalık, ameliyat durumu, alerji varlığı, sürekli kullandığı ilaçlar vb. sorgulanmalıdır.

3. Aile yks

Çocuğun ve diğer aile üyelerinin daha önce benzer travmalar yaşamış olup olmadığı değerlendirilmelidir. ocuk ya da diğer kardeşlerin sık ev kazaları vb. yks olması durumunda istismar / ihmal şüphesi göz önünde bulundurulmalıdır.

Fiziksel değerlendirme

Baştan ayağa fiziksel muayene çocuğun yaşam bulgularının değerlendirilmesi ile başlar. Çocuğun nabızı, kan basıncı, solunumu ve vücut ısısı, ortalama kilosuna yaş grubuna göre değerlendirilmelidir. Genel durumu ve değişiklikleri gözlemleyebilmek için vital bulguları sık aralıklarda izlenmelidir.

Baş ve Boyun

İkincil değerlendirmeye gözlerin, konjonktiva, pupil boyutları ve reaksiyonları, retina görünümü ve görme yeteneğini açısından değerlendirilme ile başlanır. Pupillerin eşit olmaması kafa içi basınçta artma riskini düşündürmelidir. Maksillofasial travma bulgusunun değerlendirilmesi kemik çıkıntılarını palpe ederek yapılmalıdır. İki yaşından küçük çocuklarda anterior ve posterior fontaneler değerlendirilir. Diş yaralanması, diş kaybı ve dişlerin düzgün sıralanıp sıralanmadığı kontrol edilir. Yüzde çizilme, ekimoz, ödem, asimetri değerlendirilir. Simetrik olarak istemli yüz kaslarının hareketlerini ve nörolojik fonksiyonlarını kontrol etmek gereklidir. Ağız içinde kesi, kanama, salya, yabancı cisim varlığına bakılır. Kulak ve burun hemoraji, BOS sıvısı drenajı açısından değerlendirilir. Kulak arkasında ekimoz oluşması (battle belirtisi) yönünden izlenir. Fizik muayene sırasında servikal omurgayı hareket ettirmekten kaçınılmalıdır.

Göğüs ve Batın

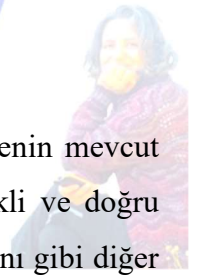
Göğüs solunum hareketi yeterliliği için gözlemlenmeli, asimetrik göğüs duvarı hareketi veya yelken göğüs varlığı açısından değerlendirilmelidir. Çocuğun yardımcı solunum kaslarını kullanıp kullanmadığı, bilateral göğüs hareketleri (eşit havalanma, simetri vb.) incelenir. Gözlem sonrasında göğüs hassasiyet veya krepitasyon için palpe edilmeli; akciğer sesleri ve kalp sesleri oskulte edilmelidir. Abdomen kanama, ezik, hematoma, ekimoz ve açık yara, yabancı cisim batması vb. yönünden gözlenir. Karında hassasiyet, rijidite değerlendirilir, bağırsak sesleri dinlenir. Duyarlılık, istemsiz defans, rebound olup olmadığı değerlendirilir.

Ekstremiteler

Deformite, aşınma, kontüzyon, ödem, açık yara, hematoma, kanama ve saplanmış cisim vb. değerlendirilir. Her bir ekstremitede aşınma, kesi, kontraksiyon, ekimoz, kontüzyon açısından gözlenir. Ekstremiteler deformite, hassasiyet açısından değerlendirilir.

Nörolojik

Motor, duyu ve kranial sinir ile sözlü ve ağrılı uyaran ile bilinç seviyesini değerlendirmeyi içeren detaylı bir muayene yapılmalıdır. Göz dibi değerlendirilmelidir. Pupiller boyut, ışığa reaksiyon, simetri yönünden değerlendirilir. BOS rinoresi için burun tekrar kontrol edilmelidir. Gelişimsel dönemi nedeniyle konuşamayan bebekler dönem özelliklerine (Örneğin altı aylık bebekte nesnelere odaklanma, takip etme açısından izlenmesi, 3 yaşındaki bir çocuktan ise sözlü yanıt beklenmesi vb.) göre değerlendirilir. Pediatrik Glasgow Koma Skalasının çocuklar için modifiye edilmiş versiyonu kullanılarak bilinç değerlendirmesi yapılmaktadır.



Travma ile acil servise gelen çocuğun psikososyal değerlendirmesinde öncelikle çocuk ve ailenin mevcut durumla baş etme stratejileri belirlenmelidir. Aileye çocuğu hakkında istediği düzeyde gerekli ve doğru bilgilendirme yapılır. Ailenin çocuğuna bilgisayarlı tomografi, tarama ya da radyoloji departmanı gibi diğer bölümlere giderken eşlik etmesini destekleyin. Aile istiyorsa resüsitasyon sırasında sürece katılımını destekleyin.

KAYNAKLAR

- Doğan Z, Güven FMK, Cankorkmaz L, Korkmaz İ, Coşkun A, Döleş KA. Üniversite hastanemiz acil servisine travma nedeniyle başvuran çocuk olguların değerlendirilmesi. *Türk Pediatri Arşivi* 2011;46(2):156-60.
- Peden M, Oyegbite K, Ozanne-Smith J, Hyder AA, Rivara F, Bartolomeos K. World Report on Child Injury Prevention Geneva: World Health Organisation. 2008; p.59–77. http://www.who.int/violence_injury_prevention/child/injury/world_report/en/
- Algier L, Abbasoğlu A, Pınar G, Şahin Z, Temurlenk H, Atay D ve ark. Travmalı hastalarda hemşirelik girişimleri. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2004; 7(2): 59-65.
- Kuğuoğlu S. Pediatrik travma. İç: Şelimen D, Özşahin A, Gürkan A, Taviloğlu K. (eds.). Hemşire, tekniker ve teknisyenlere yönelik travma ve resüsitasyon kursu kitabı, Kuban Matbaacılık; 2008. p. 177-92.
- Uysal G. Travma. İç: Kuğuoğlu S, Sönmez Düzkaya D. (eds.). *Çocuk Acil Hemşireliği*, Ankara Nobel Tıp Kitabevi; 2020, p. 439-447.
- American Academy of Pediatrics: Management of Pediatric trauma: *Pediatrics* 138(2):e, 2016.
- Ankun G. Pediatrik Travma. V. Ulusal Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Kongresi Bildiri ve Konuşma Kitabı, 2008; 70-78.
- Söylet Y, Emir H. Pediatrik Travma. İç: Taviloğlu K, Ertekin C, Güloğlu R. (eds.). *Travma ve Resüsitasyon Kursu*, Logos Yayıncılık; 2006. p. 171-87.
- Altınörs M, Kabataş S. Çocukluk Çağı Kafa Travmaları. İç: Karaböcüoğlu M, Yılmaz H L, Duman M. (eds.). *Çocuk Acil Tıp*, Nobel Tıp Kitabevi, 2012; Cilt 2: 2117- 2130.
- Özişik PA, Akalan N. Pediatrik travmalar. İç: Benli K (ed.). *Temel nöroşirürji*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi; 2004. p. 258-66.
- Textbook of Pediatric Emergency Medicine. 6th edition. Editors: Gary R. Fleisher, Stephen Ludwig. Wolters Kluwer / Lippincott Williams and Wilkins, 2010.
- Çocuk Acil Tıp: Kapsamlı ve Kolay Yaklaşım. Editörler: Metin Karaböcüoğlu, Hayri Levent Yılmaz, Murat Duman. İstanbul Tıp Kitabevi, 2012.
- Çavuşoğlu H. Çocuk Sağlığı Hemşireliği. 10th ed. Ankara: Sistem Ofset Ltd. Şirketi; 2011.



1.ULUSLARARASI 6.ULUSAL
ACİL HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ:
CEMİLE AKBİNAR ANISINA
1.INTERNATIONAL 6. NATIONAL
EMERGENCY NURSES CONGRESS
IN MEMORY OF CEMİLE AKBİNAR

ÇEVİRİMİÇİ
ONLINE



4 - 6 Haziran 2021
4 - 6 June 2021

