

KANITA DAYALI HEMŞİRELİK

Araş. Gör. Nida AYDIN
MART 2015
YDÜ

DERSİN AMACI

- ▶ Hemşireleri kanıta dayalı cerrahi hemşirelik uygulamaları hakkında bilgi vermek ve hemşirelik kanıt düzeylerini öğrenmelerini sağlamak.



HEDEFLER



- ▶ Hemşire, kanıt düzeylerini bilecek ve sayabilecek.
- ▶ Hemşire kanıta dayalı cerrahi hemşirelik uygulamalarını bilecek.
- ▶ Hemşire kanıta dayalı cerrahi hemşirelik uygulamalarındaki güncel bilgileri sayabilecek.

KANIT (Evidence)

- ▶ Araştırma sonuçlarını ifade etmek için kullanılır.
- ▶ Özel araştırma bulgularıdır.

"İyi kanıt her şey demek değildir, onun nasıl kullanılacağı önemlidir. Aslında kanıtın iyi kullanımı her şeydir"

(Jenicek & Hitchcock, 2005, p. 62)



KANITA DAYALI UYGULAMA NEDİR?

- ▶ Bilimsel verilerin hastanın en çok yararına olacak şekilde uygulamada kullanılmasıdır.
- ▶ Hasta ve ailelerin çok yönlü gereksinimlerini karşılamada en yüksek bakım kalitesini sağlayan bir yaklaşımdır.
- ▶ Var olan en iyi ve güncel kanıtı aramayı, klinik uzmanlıkla değerlendirmeyi yaparken hastanın gereksinim ve tercihlerini göz önünde bulundurmaya kapsayan, klinik karar vermede PROBLEM ÇÖZME YAKLAŞIMI' dır.

KANITA DAYALI UYGULAMA (KDU)

- › Kanita Dayalı Uygulama, bazen araştırma kullanımı olarak algılanabilmektedir.
- › Kanita dayalı uygulama ve araştırma kullanımı aynı şey değildir.
- › KDU; sistematik araştırmalarda elde edilen en iyi kanıtların klinik deneyimlerle entegre edilmesidir.

FARK???

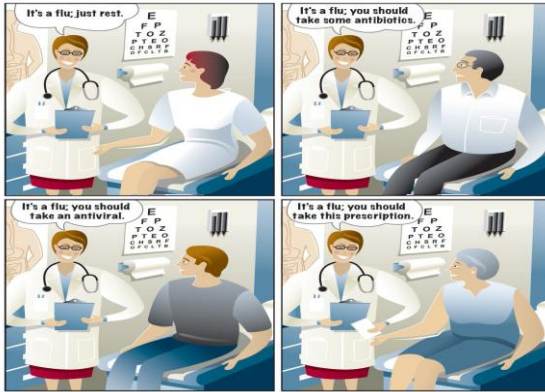
Araştırma Kullanımı

- › Araştırmaların sonuçları kullanılır.
- › Rastlantısal olarak seçilir.
- › Hemşirelik bakımını destekler.
- › Daha az sistematiktir.

Kanita Dayalı Uygulama

- › Tüm araştırmaları gözden geçirmeyi kapsar.
- › Araştırmaların sonuçlarının bütünleştirilmesini kullanır.
- › Klinik uzmanlık ve hastanın değerlerini kapsar.
- › Daha sistematiktir.

Why the evidence-based medicine movement was born



KANITA DAYALI HEMŞİRELİK (KDH)

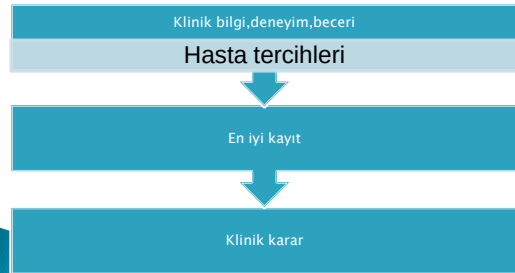
- › Biz bunu neden hep böyle yapıyoruz?
- › Kanita dayalı bir mantığı var mı?
- › Bu uygulama geleneğe mi dayalı?
- › Daha iyi bir yöntem var mı (daha etkili, daha çabuk, daha güvenli)?
- › Hasta hangi yaklaşımı tercih eder?
- › Yeni araştırmaların alternatif bir önerileri var mı?
- › En iyi uygulamaları kullanma konusunda kurumsal engeller var mı?
- › Bu konuda ulusal olarak kabul edilmiş rehber, standart ya da protokol var mı?

KANITA DAYALI HEMŞİRELİK

KANITA DAYALI HEMŞİRELİK (KDH)

- › Kanita Dayalı Hemşirelik(KDH), kaynakların elde edilebildiği bakım ortamlarında, hemşirelerin klinik uzmanlıklarını, hasta tercihlerini ve eldeki en iyi kanıtları kullanarak karar almaları süreci olarak tanımlanmaktadır.

KANITA DAYALI HEMŞİRELİK



TARİHÇESİ

- Kanıta dayalı hemşirelik yeni bir uygulama olarak görülmesine rağmen hemşirelik alanında araştırma konusundaki ilk girişimler Florence Nightingale tarafından savaş sonrası asker mortalitesi ile ilgili gözlemleri ile atılmıştır.



TARİHÇESİ

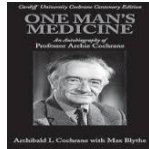
KANITA DAYALI TIP (1972)



KANITA DAYALI HEMŞİRELİK



TARİHÇESİ



Kanıta dayalı uygulama, 1970'lerde İngiliz hekim/epidemiolog olan Archie Cochrane'nın sağlık bakım kararlarının bireysel görüşlere ya da deneyimlere göre değil kanıta dayalı olmasına dikkat çekmesi ile başlamış olup ilk kez 1992 yılında Kanada'da McMaster Üniversitesi'nde Tıp Fakültesi öğrencilerinin eğitiminde kullanılmış ve Gordon Guyat tarafından "kanıta dayalı tıp" terimi ile ifade edilmiştir.

Sağlık Bakanlığı- 8 Mart 2010 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanan Hemşirelik Yönetmeliği'ne göre:

Hemşirelik hizmetleri;

- Bireyin, ailesinin ve toplumun sağlık ihtiyaçlarını belirler ve bakımı HEMŞİRELİK TANILAMA süreci kapsamında **KANITA DAYALI** olarak planlar, uygular, değerlendirir.

ICN (International Council of Nurses) 2012

TEMASI

KANITA DAYALI HEMŞİRELİK

- ICN yeterince bilgiye sahip olmadan karar vermenin, hemşirelik bakımının daha iyi verilememesinin nedeni olduğunu belirtmektedir.
- Sağlık hizmetlerinde tüm topluma kaliteli hemşirelik hizmetlerini sunarken kanıta dayalı yaklaşımları kullanması için sürekli çaba göstermek gerektiğini vurgulamı



- Sağlık bakımında kanıta dayalı uygulama oranı nedir?

.....%20

Cochrane Library (Kanıtı dayalı Tıp Kütüphanesi) (İnternet)

- ▶ Oxford Üniversitesi tarafından 1993 yılında oluşturulmuştur.
- ▶ Yayınların taranması, sistematik olarak gözden geçirilip özetlenerek kanıtı dayalı tıp hizmetinin sunulması amaçlanmıştır.
- ▶ www.update-software.com/cochrane/

Ülkemizdeki Durum

- ▶ 2000- 2011 yılları arasında Türkiye'de toplam 32 kongrede 38 panel, 16 bildiri ve 3 kursta hemşirelikte kanıtı dayalı uygulamaya yer verilmiştir.
- ▶ 2006 yılından itibaren de bu konuda yapılan girişimlerde artış olduğu gözlenmektedir.

ENGELLER



HEMŞİRELERİN ARAŞTIRMA SONUÇLARINI KULLANMADA ENGELLERİ

- ▶ İşyerinde araştırmaları okumak için yeterli zamanın olmaması,
- ▶ Hemşirelerin kurumda rol model bulamamaları,
- ▶ Araştırma yazılarına kolay ulaşamaması,
- ▶ Uygulamalarda doktor ve diğer sağlık çalışanlarının işbirliği içinde olmamaları,

HEMŞİRELERİN ARAŞTIRMA SONUÇLARINI KULLANMADA ENGELLERİ

- ▶ Kendilerini uygulamaları değiştirmek için yeterli güçlü görmemeleri,
- ▶ Hemşirelik uygulamaları için yeterli imkanın olmaması,
- ▶ Hemşirelerin araştırma sonuçlarını kullanmalarına izin verilmemesi,
- ▶ Araştırma sonuçlarının genellenebileceğine inanmama,

HEMŞİRELERİN ARAŞTIRMA SONUÇLARINI KULLANMADA ENGELLERİ

- ▶ Araştırma sonuçlarını uygulamada bir yarar-iyileştirme olmadığını düşünmeleri,
- ▶ Araştırma sonuçlarının yeterince hızlı yayımlanmaması,
- ▶ Araştırmalarda açık ve anlaşılır ifade kullanılmamasıdır.



ORGANİZASYONEL AÇIDAN ENGELLER

- › Kurumda araştırma kültürünün gelişmemiş olması,
- › Hemşirelerin uygulamayı değiştirmek için yetkilerinin olmaması/yetki verilmemesi,
- › İş ortamında sürekli organizasyonel değişikliklerin olması,
- › Organizasyonel desteğin yetersiz olmasıdır.



YARGILARIMIZ, GERÇEKLERİ GÖRMEMİZİ ENGELLER

Günümüzde bilginin yönetimi, değişen toplumun sağlık bakım tercihleri, maliyet etkili bakım politikaları, kanıta dayalı uygulamaları zorunlu hale getirmiştir.

Hemşirelik uygulamalarının kanıta dayalı olması;

- › Bakım kalitesini ve bakım sonuçlarını iyileştirmek,
- › Klinik uygulamalarda ve hasta bakım sonuçlarında fark yaratmak,
- › Bakımı standardize etmek ve hemşire memnuniyetini artırmak gibi sonuçları açısından önemlidir.

MESLEĞİMİZİN TARİHSEL PERSPEKTİFİ

- › Hemşirelik geçmişte "Düşünen bir meslek olmaktan çok yerine getiren bir meslek" olarak görülmesi nedeni ile hemşirelerden sadece verilen işleri yapmaları beklenmiştir.
- › Hemşirelik şimdiye kadar bilmekten ziyade yapmanın, kritik değerlendirmeden ziyade alışkanlıkların değerli olduğu bir uzmanlık olmuştur.



MESLEĞİMİZİN TARİHSEL PERSPEKTİFİ

- › Hemşirelikte eğitim geliştikçe hemşirelik işlemlerinin geleneklere değil gerçeklere dayandığına dair kanıtlara ihtiyaç duyulmaktadır.
- › Hemşireler iyi yapılandırılmış, gerçeğe yakın ve tanımlanmış işlemleri kullanmak istemektedirler.



KDU NEDEN GEREKLİ



Diğer disiplinlerde olduğu gibi hemşirelikte de bilgiler bir yandan hızla eskimekte, öte yandan yeni bilgiler hızla çoğalmaktadır.



Hemşirelik uygulamalarının geleneğe dayalı yapısını koruması yeni bilgilerin uygulamaya aktarıldığı tıbbi bakım ortamında bir uyumsuzluğa neden olmaktadır.

KDU NEDEN GEREKLİ



Hemşirelik, tıp ve diğer sağlık disiplinlerinin kanıt temelli uygulamalarına ayak uydurmak zorundadır.



STRATEJİLER

Strateji uzakta olabilecekleri yakından görebilmek, yakındakilere de uzaktan bakabilmektir.

STRATEJİLER

- KDH uygulamalarının yaşama geçirilebilmesi için öncelikle hemşirelerin araştırmaları eleştirel olarak değerlendirme becerilerinin geliştirilmesine ve uygulamalarını bilimsel bilgiye dayandırma kültürünün oluşturulmasına gereksinim vardır.

HEMŞİRELİK UYGULAMALARI AÇISINDAN STRATEJİLER

- Kurumun kanıta dayalı uygulamaları destekler yapıyı oluşturması,
- Araştırma bilgi ve becerisinin artırılması,
- Bilimsel etkinliklere katılımın sağlanması,
- Çalışmalar için kaynak ayrılması,
- İş yükünün dengelenmesi,
- Diğer sağlık ekibi üyeleri ile işbirliği ve destekleyici ortaklığın sağlanması.

ORGANİZASYONEL AÇIDAN STRATEJİLER

- Akademik kurumlar ile bakım veren kurumların işbirliği içinde çalışması ve ortak projeler geliştirilmesi,
- Kanıta dayalı uygulamalara tüm çalışanların dahil edilmesi,
- İstenen ve kaliteli bakımın hangisi olduğunu araştıran bir ortamın yaratılması,
- Danışmanlık için kılavuzluk yapan destek veren bir alt yapının oluşturulması,
- Değişim için ortamın hazırlanması,
- Hemşireler için burslar ve eğitim imkanları yaratılmasıdır.

Bu durumda çözüm ?



KANITA DAYALI UYGULAMALARIN YAYGINLAŞTIRILMASI, DUYURULMASI

- Dergilerde, web sitelerde, sunumlarda, konferans ve basın bültenlerinde kanıta dayalı uygulama ile ilgili temel bilgiler ve yararları yayınlatabilir.
- Meslektaşlar arasında fikir ve en iyi uygulamaların, kanıtların paylaşılacağı bir online topluluk oluşturabilir.
- Yönetici hemşireler kanıta dayalı uygulama hakkında kurumlarında bilgi yayabilirler.

KANITA DAYALI UYGULAMALARIN YAYGINLAŞTIRILMASI, DUYURULMASI

- Kurumlarda kanıta dayalı uygulama konusunda farkındalık yaratmak adına etkinlikler düzenlenebilir.
- Kanıta dayalı uygulamayı desteklemek adına diğer ilgili kamu ve özel sağlık kuruluşları ile Politikaları etkilemek içinde Sağlık Bakanlığı ile birlikte çalışabilirler.

KANIT PİRAMİDİ



KANITA DAYALI UYGULAMA ADIMLARI

- Adım 1. Problemi/soruyu belirle
- Adım 2. Problemi çözmek için en iyi kanıtı ara
- Adım 3. Kanıtı kritik et
- Adım 4. Kanıtı bütünleştir
- Adım 5. Etkinliği değerlendir

1.ADIM: Soru Belirleme

- (P) Hedef grup/hasta kimdir?
- (I) İlgili uygulama/girişim (ya da ilgi alanı) nedir?
- (C) Karşılaştırılan yaklaşım/girişim nedir?
- (O) Beklenen sonuç?

Örnek: Hastalarda basınç yaralarını önlemek için 2 saatte bir yapılan döndürme ve masaj mı, havalı yatak kullanımı mı daha etkilidir?

2.ADIM: En iyi Kanıtı bul

EN İYİ KANIT nasıl bulunur?



Literatür tarama ve inceleme ile başlar.
Bilgi ve becerili olmayı gerektirir.

Literatür Tarama, araştırılan konuda yayınlanmış çalışmalara ulaşmayı sağlar.

- › Neyi,nereden bulacağım?
- › Bilgisayar kullanmalı mıyım?
- › Anahtar kelimeler ne olmalı?
- › Nasıl tarama yapmalıyım?
- › Olanaklarım (internet, veri tabanları)?

Literatür inceleme, ulaşılan yayın, doküman vb. kaynakların ayrıntılı okunması, kritik edilmesi, analiz ve sentezini kapsar.

Literatür Tarama Yolları

- › Kataloglar,
- › Kitaplar,
- › Index'ler,
- › Süreli Yayınlar (Bilimsel ve Mesleki Dergiler),
- › İnternet (Arama motorları, elektronik veri tabanları, elektronik dergiler ve kitaplar),
- › CD-ROM'lar,
- › Bilimsel/Mesleki Toplantı Raporlarıvb.

Kanıt Düzeyleri

- › I. Düzey: Randomize kontrollü çalışmaları(RKÇ) kapsayan sistematik derleme ya da meta analiz raporu GOLD STANDART
- › II. Düzey: İyi tasarlanmış en az bir RKÇ
- › III. Düzey: Randomize olmayan iyi tasarlanmış kontrollü deneysel çalışmalar
- › IV. Düzey: İyi tasarlanmış vaka-kontrol ve kohort çalışmalar
- › V. Düzey:Tanımlayıcı ve nitel araştırmaları kapsayan sistematik derlemeler
- › VI. Düzey:Tanımlayıcı ya da nitel bir çalışma
- › VII. Düzey: Otoritelerin görüşleri ve/veya uzman komite raporları

Melnyk & Fineout-Overholt,

2005. s.10

Kanıt Çeşitleri

- › Klinik Rehberler,
- › Meta analizler, sistematik derlemeler,
- › Randomize kontrollü çalışmalar(Tam-deneysel),
- › Yarı-deneysel araştırmalar,
- › Tanımlayıcı ya da Nitel Araştırmalar

Klinik Rehberler

- › Belli bir konudaki var olan en iyi kanıtın metodolojik olarak güçlü incelemeine dayalı özel uygulama önerileridir.

www.guideline.gov

<http://www.kalite.saglik.gov.tr>

Sistemik Derleme ve Meta analizler

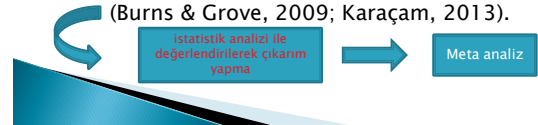
- İlgili bilim disiplinlerine ve klinisyenlere en iyi kanıt sağlayan, bir çeşit sekonder araştırma projeleri ya da çalışmalarıdır.

(Wright, Brand, Dunn & Spindler, 2007).

Sistemik Derleme Nedir?

- Belli bir konu alanında yayınlanmış tüm çalışmaların kapsamlı taranarak, çeşitli dâhil etme ve dışlama kriterleri kullanarak ve araştırmaların kalitesi değerlendirilerek hangi çalışmaların derlemeye alınacağını belirlenmesi, derlemeye dâhil edilen araştırmalarda yer alan bulguların sentez edilmesidir.

(Burns & Grove, 2009; Karaçam, 2013).



Kanıt Kaynakları



3.ADIM:Kanıtı kritik et

Kanıt nasıl kritik edilir?

- Ekip çalışması yap.
- Kanıtı düzeylerine göre değerlendir.
- Araştırma metodolojisini ve bulguları değerlendir: Sonuçlar;
 - geçerli mi?
 - önemli mi /güvenilir mi?
 - hastanın bakımında yardımcı olacak mı?

(hasta özellikleri, riskler, yararlar, uygulanabilirlik,

KANIT DEĞERLENDİRME

- Klinik kararı vermede kanıtlar önem sırasına göre sıralanır.
- Kanıtlar geçerlilik ve güvenilirlik düzeylerine göre sırayla; A,B,C ve D olarak sınıflandırılır.
- A ve B grubu kanıtları genellikle metaanaliz, sistemik derleme ve randomize kontrollü çalışmalardan elde edilir.

Kanıt Düzeyleri SIGN Kriterleri (Scottish Intercollegiate Guidelines Network)

- 1a. Sistemik Derleme ve Randomize Kontrol Çalışmalarının Metaanalizi. (A)
- 1b. En az bir adet Randomize Kontrollü çalışma(A)
- 2a. En az bir adet Randomize olmayan kontrollü çalışma(B)
- 2b. İyi dizayn edilmiş yarı deneysel çalışmalar. (B)
- 3. İyi planlanmış deneysel olmayan çalışmalar (Kıyaslama, korelasyon, vaka-kontrol, kohort, izlem) (C)
- 4. Uzman komite raporları, Saygın otoritelerin görüşleri.(D)

Kanıt Seviyeleri

Mükemmel Kanıt:

- › Bilimsel araştırmalarla elde edilir.
- › Klinik uygulama için güçlü bilimsel bilgi sağlar.
- › Bu kanıt uygulama rehberleri oluşturmak ve klinik öneriler getirmek için önemlidir.
- › Randomize kontrollü çalışmalardır.(RCT)

Kanıt Seviyeleri

Adil/İyi Kanıt:

- › Klinik uygulama için sağlam bir temel sağlar ve hata riski düşüktür.
- › Ancak kanıt tek bir çalışmadan elde edilmiş olabilir.
- › Bu nedenle araştırmanın tekrarlanması gerekir.

Orta Kanıt:

- › Hata riski değişken olacağından klinik uygulama için güçlü bir kanıt sağlamaz.
- › Ancak bu çalışmalar girişimin başlangıç aşamasının incelemesine ve böylece araştırma önceliklerinin belirlenmesine yardım eder.

Kanıt Seviyeleri

Yetersiz Kanıt:

- › Ciddi hata riski vardır, klinik uygulama için yetersiz kanıt sağlar.

Oybirliği:

- › Sınırlı bilimsel kanıtlar vardır, kabul edilebilir çalışmaların tüm kriterleri karşılanmaz, veya iyi kalitede bir bilimsel çalışma yoktur.
- › Bu seviye uzman görüşlerini de içerir.

4.Adım: Kanıtı bütünleştir

KDU için gerekenler

- › Kanıt
- › Uzmanlık
- › Hastanın klinik değerlendirmesi
- › Eldeki kaynaklar
- › Hasta tercihleri ve değerleri

Bulunan Kanıt

+

- › Hastayı karara dahil etme: risk ve yararları tartışma
- › Öykü alma, tanılama sırasında elde edilen ve eşlik eden diğer sebepler, hasta tercihleri göz önünde bulundurulur.
- › Girişim uygun olmayabilir
- › (kanıt yüksek olsa bile)

5. Adım: Etkinliği değerlendir

Beklenen sonuçları izlemek, değişiklikleri belirlemek ve sonuçları paylaşmak önemlidir.

- › Elde edilen sonuçlar değerlendirilir.
- › Sonuçlar rapor edilen çalışmalara benzer bulunmayabilir!
- › Bu durumda nedenler açıklanmalıdır:
 - Tedaviye uyumsuzluk,
 - İncelenen araştırmalardan farklı demografik özelliklerdeki hasta gruplarını kapsaması..vb

KANITA DAYALI HEMŞİRELİK UYGULAMALARI ÖRNEKLERİ

Cerrahi Açlık Süresi



1999 yılında American Society of Anesthesiologists ameliyat öncesi açlık süresi konusunda daha az kısıtlayıcı olma yönünde bir çağrıda bulunmuştur.

Son 25 yılda yapılan pek çok araştırmada;

- ▶ Berrak sıvıların (karbonhidrattan zengin olanlar dahil), elektif ameliyatlarda ya da sedasyon gerektiren diğer işlemlerden birkaç saat öncesine kadar tüketilmesinin, güvenli ve hasta yararına olduğunu göstermektedir.
- ▶ Buna rağmen, hala, hastaların isteminde "geceyarısından sonra aç " "NPO" (non per os) yer almaya devam etmektedir.

mitler...

- ▶ "tüm gece süren açlık, anestezi sırasında gerçekleşebilecek pulmoner aspirasyon riskini azaltmak için en iyi yaklaşımdır".
- ▶ "gastrik boşalma zamanı, tüm sıvılar için (berrak olan ve olmayan tümü, süt, çorba vb.) ve katılar için aynıdır".
- ▶ "ameliyattan önceki 2 saate kadar tüketilen berrak sıvılar, kusma ve pulmoner aspirasyon riskini artırır"

gerçekler...

- ▶ Modern anestezi yöntemleri ve anestetik ajanların kullanımıyla, aspirasyon insidansında progresif bir azalma olmuştur;
 - 1946'da % 0,15
 - 2002'de % 0,006
- ▶ Parçacık içeren sıvılar ve katı gıdalar midede daha uzun süre kalırken, berrak sıvılar neredeyse hemen mideyi terketmektedir.
- ▶ Ameliyattan önceki birkaç saate kadar berrak sıvı tüketen hastaların mide volümleri ve pH'ları; tüm gece aç kalanlarla aynı ya da daha azdır.

CERRAHİ SONRASI ORAL ALIMI

- ▶ Büyük jinekolojik abdominal cerrahi sonrası komplikasyonları azaltmak için erken evre yiyecek ve sıvı alımının ertelenmesinin etkisinin değerlendirildiği bir derlemede, majör abdominal cerrahi sonrası erken beslenmenin güvenli olduğu; ancak mide bulantısı riskini artırırken hastanede kalma süresini kısalttığı belirtilmiştir.

İM ENJEKSİYONDA VENTROGLUTEAL BÖLGE KULLANIMI

- ▶ Yapılan bir çalışmada intramüsküler uygulamada ilacın kasa ulaşma durumu radyolojik olarak incelenmiş ve 50 enjeksiyondan 34'ünde (%68) ilacın subkütan dokuda kaldığı belirlenmiştir.
- ▶ Ventrogluteal bölgedeki kas dokusu dorsogluteal bölgeye göre daha kalındır ve subkütan yağ dokusu daha incedir.

IM ENJEKSİYONDA VENTROGLUTEL BÖLGE KULLANIMI

- ▶ Bu durum enjeksiyonun yanlışlıkla subkütan dokuya yapılma olasılığını azaltmaktadır.
- ▶ Ventrogluteal bölgedeki kemiklerin palpasyonu enjeksiyon alanının tespit edilmesi uygulamanın güvenilirliğini arttırmaktadır.

IM ENJEKSİYONDA VENTROGLUTEL BÖLGE KULLANIMI

- ▶ Ancak bölgenin enjeksiyona elverişliliğinin incelenmesi amacı ile yapılan bir çalışma sonucunda; beden kitle indeksi 18,5– 29,9 arasında olan bireylerin tümünde (%100) yöntemin güvenilirliği tespit edilirken, beden kitle indeksi 23,0–40 arası olan bireylerin %15'inde, 41 ve üzeri olan bireylerin ise tümünde (%100) yöntemin güvenilir olmadığı saptanmıştır.

IM ENJEKSİYONDA VENTROGLUTEL BÖLGE KULLANIMI

- ▶ Özellikle obez bireylerde bölgenin doğruluğundan emin olunmalıdır.
- ▶ Ventrogluteal bölgenin başka bir avantajı da bölge, hastanın pozisyonuna göre yer değiştirmede için supine, prone, lateral pozisyonlarda hastanın istemi ve konforu doğrultusunda yapılabilir.

IM ENJEKSİYONDA Z TEKNİĞİ

- ▶ Literatürde, IM uygulama tekniği olarak sadece aşırı doku hasarına sebebiyet veren ilaç uygulamalarında "Z" tekniği önermektedirler.
- ▶ Oysa ki, Nicoll ve Hesby alışılmış tekniikle ilacın iğne aracılığıyla subkütan tabakaya geçtiğini, "Z" tekniğinin bunu engellediğini ve tüm IM uygulamalarda "Z" tekniğinin kullanılması gerektiğini belirtmiştir.
- ▶ Günümüzde yapılan araştırmalarda ise "Z" tekniğinden haberdar olmayan uygulayıcıların olduğu belirtilmektedir.

ÜRİNER KATETERİZASYON İLE İLİŞKİLİ ENFEKSİYON

- ▶ Üriner kateterizasyonda en sık görülen komplikasyon üriner sistem enfeksiyonlarıdır.
- ▶ Kalıcı kateter uygulanan bireylerde bakteriüri riski her gün için %3–6 arasında artar. Kadınlarda enfeksiyon riski daha da fazladır.
- ▶ Periüretal bölge rutin olarak antiseptik ile temizlenmeli ve günlük perine bakımı sabun ve su ile yapılmalıdır. (1B)

ÜRİNER KATETERİZASYON İLE İLİŞKİLİ ENFEKSİYON

- ▶ Üriner retansiyonu olmayan ve bilinci açık erkek hastalarda kondom kateter tercih edilmelidir. (1B)
- ▶ Gümüş kaplı ya da antibakteriyel kateterler rutin olarak kullanılmamalıdır. Eğer üriner enfeksiyonu engellenemiyorsa antimikrobiyal ajan/antiseptik emdirilmiş kateterler denenmelidir. (1B)

ÜRİNER KATETERİZASYON İLE İLİŞKİLİ ENFEKSİYON

- Geçici ve aralıklı kateterizasyonda plastik, 2–3 hafta süre ile kullanılacaksa lateks (alerji açısından dikkat), 4–6 hafta için PVC (vücut ısısında yumuşar ve rahatsızlık vermez) , 2–3 ay için silikon ya da teflon (üretreal meatüste kabuklaşmayı önler) kateterler tercih edilmelidir.

73

JİNEKOLOJİK CERRAHİ SONRASI İYİLEŞMENİN HIZLANDIRILMASI

- Jinekolojik operasyonlar, kadınlara en sık uygulanan majör cerrahi girişimlerden biridir.
- Jinekolojik operasyonlardan sonra gelişen komplikasyonlar;
 - Solunum sisteminde; atelettazi, aspirasyon, pnömoni,
 - Genitoüriner sisteminde; üriner retansiyon, böbrek disfonksiyonu,
 - Gastrointestinal sistemde ise; bulantı, kusma, peristaltizmde azalma ve postoperatif ileus gibi sorunlardır.

JİNEKOLOJİK CERRAHİ SONRASI İYİLEŞMENİN HIZLANDIRILMASI

- Ameliyat sonrası erken dönemde bağırsak aktivitelerini arttırmaya yönelik girişimler arasında yer alan erken beslenme, erken mobilizasyon ve sakız çiğneme gibi uygulamalar ile bağırsak hareketleri başlayana ve ilk gaz çıkışı olana kadar geçen sürenin kısaldığı, yara iyileşmesini hızlandığı, enfeksiyon oranlarının azaldığı, hastanede kalış süresinin kısaldığı kanıtlanmıştır.

JİNEKOLOJİK CERRAHİ SONRASI İYİLEŞMENİN HIZLANDIRILMASI

- Geleneksel olarak postoperatif hidrasyon ilk yirmi dört saatte, 2–3 litre IV sıvı ile sağlanır. Oral alımına ise, genellikle bulantı, kusma olmaksızın ameliyattan yirmi dört saat sonra ya da bağırsak hareketlerinin varlığı tespit edildikten sonra başlanmaktadır.
- Ancak son zamanlarda bu durum yerini, yararlı ve güvenli olduğu düşünülen erken oral hidrasyon uygulamasına bırakmıştır.

JİNEKOLOJİK CERRAHİ SONRASI İYİLEŞMENİN HIZLANDIRILMASI

- Oral Hidrasyonun Avantajları; normal diyetle geçmeyi hızlandırma, erken ambulasyon, analjezik gereksinimini azaltma, sepsisi önleme, yara iyileşmesini hızlandırma ve hastanede kalış süresinin kısaltmadır.

JİNEKOLOJİK CERRAHİ SONRASI İYİLEŞMENİN HIZLANDIRILMASI

- Günümüzde oldukça popüler olan başka bir müdahale de sefalik vagal refleksi aktive eden erken postoperatif beslenme ya da sakız çiğnemedir.
- Sakız çiğnemek;
- Yalancı beslenme, ameliyat sonrası bağırsak fonksiyonlarını başlatmada tedavi olarak değerlendirmektedir.

JİNEKOLOJİK CERRAHİ SONRASI İYİLEŞMENİN HIZLANDIRILMASI

- ▶ Şekerli sakızın içerisindeki maddelerin laksatif etkisi olduğu düşünülmektedir. Bunun da ameliyat sonrası bağırsak fonksiyonlarının başlamasında önemli olduğu belirtilmektedir.
- ▶ Sakız çiğneme, sefalik vagal refleksi, GİS motilitesini sağlayan Gİ hormonların tükürük ve pankreas salgısının salımının uyarak ağızdan herhangi bir besin alınmadan bağırsak fonksiyonlarını daha erken başlattığı düşünülmektedir.



79

JİNEKOLOJİK CERRAHİ SONRASI İYİLEŞMENİN HIZLANDIRILMASI

- ▶ Abdominal cerrahi sonrası sakız çiğnemenin etkisine yönelik çalışmalarda; sakız çiğnemenin bağırsak seslerinin başlamasına, ilk defekasyon ve gaz çıkış zamanına ve erken taburculuk üzerine etkisi olduğu belirtilmektedir.



80

TEŞEKKÜRLER



81