

16336

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME FAKÜLTESİ HASTANE VE
SAĞLIK KURULUŞLARINDA YÖNETİM
VE ORGANİZASYON

METROPOLİTAN BİR KENTTE KARDİOLOJİ
ÜNİTELERİNDE YOĞUN BAKIM
BİRİMLERİNİN ORGANİZASYONU

Yüksek Lisans Tezi

HAVVA AKYÜZ İSMAİL

3298

Danışman : Doç.Dr. BEDİA AYHAN

T. C.
Yükseköğretim Kurulu
Dokümantasyon Merkezi

İstanbul 1991

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

ÖZET	I
GİRİŞ	1
I. BÖLÜM	
GENEL BİLGİLER.....	4
1. ORGANİZASYON	4
1.1. Organizasyonun Evreleri	4
1.2. Organizasyon İlkeleri	5
2. YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİ (INTENSİVE CARE ÜNİT)	7
2.1. Yoğun Bakım Ünitelerinin Gelişimi ve Amacı	7
2.2. Yoğun Bakım Ünitelerinin Planlanması	8
2.3. Yoğun Bakım Ünitelerinin Bölümleri	8
3. KORONER YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİ (CORONARY INTENSİVE CARE ÜNİT) ..	9
3.1. Koroner Yoğun Bakım Ünitelerinin Gelişimi	9
3.2. Koroner Yoğun Bakım Ünitelerinin Amacı	10
3.3. Koroner Yoğun Bakım Üniteleri Açılırken Dikkat Edilecek Noktalar	11
3.4. Koroner Yoğun Bakım Ünitelerine Hasta Seçimi ..	13
3.5. Hastaların Üniteye Yatırılışı ve Çıkarılışı ...	14
3.6. Hastaların Ünite de Kalış Süreleri	15

3.7. Koroner Yoğun Bakım Ünitelerinin Organizasyonu ..	15
3.7.1. Yönetim	15
a- Yönetim Grubunun Görevleri	16
b- Yöneticinin Kontrol ve Değerlendirme İşlevleri	17
c- Koroner Yoğun Bakım Ünitesi Yönetim Şeması	19
d- Ünite Yöneticisinin Özellikleri	20
3.7.2. Personel	20
a- İdari İşlerde Çalışanlar	20
a-1. Yöneticiler	20
a-2. Sekreterler	20
b- Sağlık Hizmeti Verenler	20
b-1. Hekimler	20
b-2. Hemşireler	21
b-3. Yardımcı Sağlık Personeli	28
c- Destek Hizmetleri	29
c-1. Diyet Hizmetleri	29
c-2. Teknik Hizmetler	30
c-3. Laboratuvar Hizmetleri	31
c-4. Eczane Hizmetleri	31
c-5. Ev İdaresi Hizmetleri	32
c-6. Sosyal Hizmetler	32
c-7. Fizyoterapistler	33
c-8. Kütüphane Hizmetleri	33
3.7.3. Koroner Yoğun Bakım Ünit Kayıtları	34
3.7.4. Koroner Yoğun Bakım da Uygulama Yöntem ve Kuralları	34
3.7.5. Ünitenin Hastane Diğer Üniteleri ve Hastane Dışı Kuruluşlarla İlişkileri	36
3.8. Koroner Yoğun Bakım Ünitesinin Tasarımı	37
3.8.1. Danışma ve Kayıt	38
3.8.2. Bekleme Yerleri ve Ziyaretçi Odaları	38

3.8.3. Hemşire İstasyonu	39
3.8.4. Hekim Odası	40
3.8.5. Hasta Odaları	40
3.8.6. Tecrit Odası	42
3.8.7. Pacemaker Odası	42
3.8.8. Laboratuvar	44
3.8.9. Konferans ve Eğitim Odası	44
3.8.10. Dinlenme ve Soyunma Odaları	45
3.8.11. Depo	45
3.8.12. Mutfak	46
3.8.13. Temizlik Odası	46
3.8.14. Banyo ve Tuvalet	47
3.8.15. Sterilizasyon Odası	47
3.9. Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde Araç ve Gereç- ler	47
3.9.1. Acil Arabası	48
3.9.2. Ünite İçindeki Malzemeler	50
4- KORONER ÖNCESİ BAKIM (PRECORONARY CARE)	53
5- ORTA (INTERMEDIATE) KORONER BAKIM ÜNİTESİ	54
6- TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİ VE YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI	55

II- BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM	59
1- ARAŞTIRMA ALANI = YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI	59
1.1. Sağlık Bakanlığı Hastaneleri	60
1.2. Üniversite Hastaneleri	61

1.3. Sosyal Sigortalar Kurumu Hastaneleri	61
2- ARAŞTIRMADA YAPILANLAR	62
2.1. Ön Araştırma	62
2.2. Çalışma Alanından Veri Toplama	62
a- Form 1	62
b- Form 2	63
c- Form 3	63
BULGULAR	64
TARTIŞMA	89
SONUÇ	113
ÖNERİLER	122
ÖZGEÇMİŞ	125
KAYNAKLAR	126
EKLER	132
EK 1-A	132
EK 1-B	137
EK 1-C	149
EK 2 FOTOĞRAFLAR	153

TEŞEKKÜR

Tezimin hazırlanmasında değerli zamanını yardımlarını ve ilgilerini esirgemeyen, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim üyesi Danışman hocam Sayın Doç.Dr. Bedia AYHAN'a her zaman bilgi ve tecrübelerinden yararlandığımız Halk Sağlığı Öğretim üyesi Sayın hocamız Prof.Dr. Yıldız TÜMERDEM'e, programa başlamamda bana anlayış ve destek sağlayan Servis şefimiz Sayın Prof.Dr. Deniz GÜZELSOY ve diğer çalışma arkadaşlarıma, araştırmalarım eşnasında yardımlarını esirgemeyen Hastane müdürleri ve K.Y.B.Ü. şeflerine, böyle bir programı açma ve bize katılma olanağı veren hocalarımız Sayın Prof.Dr. Kemal TOSUN ve Sayın Doç.Dr. Fulya SARVAN'a ve tüm hocalarıma teşekkürü bir borç bilirim.

ÖZET

Bu çalışma metropoliten bir kent olan İstanbul'da yatakli tedavi kurumlarında, Koroner Yoğun Bakım Ünitelerinin kuruluşu, fiziksel yapısı, donanım-teçhizat ve organizasyonu, elemanların çalışma şekli, nitelik ve niceliğinin incelenmesi, bu ünitelerin ihtiyaca cevap verme kapasitesini araştırma ereği ile planlanmış ve gerçekleştirilmiştir.

Ülkemizde üç özerk sistem olan Üniversitelerin Tıp Fakülteleri, Sosyal Sigortalar Kurumu ve Sağlık Bakanlığı hastanelerindeki Koroner Yoğun Bakım üniteleri örnek olarak seçilmiş ve her sistemden 2 hastane olmak üzere toplam 6 hastanede gözlemsel ve karşılıklı görüşme yöntemi ile inceleme yapılmıştır.

Gözlemlerimize göre, İstanbul'daki hastanelerin çoğunda Koroner Yoğun Bakım Ünitesi bulunmasına karşın bu ünitenin taşınması gerekli özellikler açısından birbirlerinden oldukça farklı durumda idiler.

Koroner Yoğun Bakım ünitesinde bulunması gereken danışma, bekleme salonu, dinlenme odası, eğitim odası pace-Maker odası, tecrit odası gibi bölümlerin varlığı açısından S.S.K. Göztepe Hastanesi en iyi durumda olup İ.Ü. Kardiyoloji Enstitüsü bunu izliyordu. Haydarpaşa Kalp ve Göğüs Cerrahi Merkezi ile Haseki Devlet Hastanesi en kötü örneği oluştuyordu.

Unitede hasta odalarında bulunması gereken Örn: Merkezi O₂ sistemi, duvara monte T.A. aleti, zil sistemi, ventilatör sistemi, merkezi havalandırma, kısmi aydınlatıcı lamba gibi donanım-techizat yönünden S.S.K. Göztepe Hastanesi ve Haydarpaşa Kalp ve Göğüs Cerrahi Merkezi en iyi durumda idi.

Bir Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde bulunması gereken defibrilatör, aspiratör, Ventilatör, laryngoscope, C.V.P. ve pacemaker kateterleri, swan-ganz kateteri, arterial line seti, transdücer, ponksiyon takımı, oftalmoskop, damlalık aletleri, peritoneal diyaliz seti, hemodiyaliz filtresi ve minipump hemodiyaliz aleti, intraaortik balon kateteri gibi önemli malzemeler açısından Haydarpaşa Kalp ve Göğüs Cerrahi Merkezi ile İ.Ü. Kardiyoloji Enstitüsü en iyi, Haseki Devlet Hastanesi ise en kötü durumda idi.

Haseki Devlet Hastanesi Koroner Yoğun Bakım Ünitesi gerek fiziksel yapı gerekse donanım techizat ve araç gereç açısından en yetersiz ünite durumundadır.

Fizik alan yetersizliği ve maddi yetersizlik Devlet Hastanesi ve Üniversite Hastanelerinde ön planda iken S.S.K. Hastanelerinde eleman yetersizliği en önemli sorun olup fizik alan yetersizliği ve maddi yetersizlik sorun oluşturmuyordu.

Tüm ünitelerde gözlenen önemli ortak sorun eleman yetersizliği, ünitte organizasyonun yeterince yapılamaması ve donanım techizat yönünden standarda ulaşamama idi.

Yönetim, organizasyon, standartlar, görev, yetki ve sorumluluklar açısından tüm ünitelerde karmaşa biraz da hoşnutsuzluk vardı.

Tüm bu sorunlar sadece Koroner Yoğun Bakım ünitelerinde değil, standartların oluşturulmaması ve Yönetime gerekli önemin verilmemesi nedeni ile tüm Sağlık Kuruluşlarında mevcuttur.



GİRİŞ

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de kalp hastalıklarının görülme sıklığı artmakta ve ani ölümlere yol açtığı bilinmektedir. Özellikle sağlık eğitiminin ve de sağlık tesislerinin yetersiz olduğu ülkemizde bu konu daha da önem kazanmaktadır (1).

Kalp hastalıkları kapsamı içine, koroner kalp hastalıkları, romatizmal kalp hastalıkları, hipertansiyona bağlı kalp hastalıkları, konjenital kalp hastalıkları ve diğer nedenlerle olan kalp hastalıkları gibi bir dizi hastalık girmektedir (1,2).

Kalp hastalıklarının görülme sıklığı ve buna bağlı ölümlerin artması bu dalın özel bir dal olması yaklaşımını getirmiş ve bu konuda uzmanlaşmaya gidilmiştir.

1960'lı yıllarda Koroner yoğun Bakım üniteleri kurulmaya başlanmış ve bu üniteler özel yapıları, yetiştirilmiş personelleri, araç gereçleri ile Akut Miyokard infarktüsü hastaların tedavisinde ideal bir ortam olarak hastanelerde hizmete girmiştir (3).

Amerika Birleşik Devletlerinde yapılan bir araştırmaya göre ani ölüme yol açan etiyolojik ajanlar : % 80 Koroner arter hastalığı, % 10 diğer kalp hastalıkları, % 10 kalp dışı hastalıklardır (8).

Amerika Birleşik Devletlerinde kalp hastalıkları % 47.3 oran ile en sık görülen ölüm nedenidir (4). Ülkemizde de kalp hastalıkları % 55.42 oran ile birinci ölüm nedenidir (5). Sağlık Bakanlığı-Hızır Acil Servisinde 1985-1987 yılları arasında acil müdahalede bulunulan hastalıklar içinde kalp hastalıkları % 33.5 oran ile ilk sırada yer almaktadır (6). Ülke genelinde 45 yaş üstü insanlarda en sık görülen hastalık kalp hastalıklarıdır (7).

Koroner yoğun Bakım Ünitesinde kalp akciğer canlandırılmasında ulaşılan başarılar, modern cihazlarla kalp atımının devamlı gözlenmesi, kalbin elektrik değişikliği sonucu oluşan ölümlerin uygun tedavi ve bakım ile belirgin şekilde azalması bu ünitelerin kısa zamanda yaygınlaşmasına ve gelişmesine neden olmuştur (3). Aritmilerin veya habercilerinin anında gözlenmesi ve tedavisi ile ritm bozukluklarının yaptığı hemodinamik bozukluklar önlenmekte olup bu üniteler sayesinde akut miyokard infarktüsünde hastane içi ölümler % 30 lardan % 15 lere inmiştir (9,10,11).

Koroner Yoğun Bakım üniteleri miyokard infarktüsü olmayan fakat dikkatli ve özel bir denetime gereksinimi olan ya da ciddi rahatsızlığı olan kalp hastalarının uygun, planlı müdahalelerle izlendiği ve hemşire bakımının uygulandığı akut kardiyak bakım üniteleri olarak da hizmet verirler (10).

Koroner Bakım üniteleri özel yapıları, özel yetiştirilmiş personeli ve araç gereciyle kendi kendine yetebilen ve henüz ölmüş bir kişiyi tekrar yaşama döndürebilecek kapasitede organize edilmelidir (12.13). Yeterince ve de zamanında müdahale ve tedavi edilmeyen acil durumlarda yaşam tehdit edilir. Oysa yaşam savaşı veren kişinin, çoğu kez bu hizmeti seçme ve değerlendirme şansı yoktur. Bu nedenle ünitelerde hizmetin olabildiğince en iyi biçimde verilmesi ve organizasyonun da buna olanak sağlaması gereklidir.

Çalışma bu sav ile metropolitan bir kentte Koroner yoğun Bakım Ünitelerinin günümüzdeki yapısını dile getirmek ereği ile planlanmış ve gerçekleştirilmiştir.



I BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

1- ORGANİZASYON

Organizasyon yönetim faaliyetlerinin bir bölümü olup kurumun örgütlenmesini yani yapılanmasını açıklar. Organizasyon; yapılacak işler ile bu işlerin gruplandırılmasını, bunu yapacak bireyleri ve işlerin yapılacağı yeri, araç-gereç ve yöntemleri kapsar (14).

1.1. Organizasyonun Evreleri (14,15)

a- Yapılacak işleri en az emek ve masrafla yapılabilecek şekilde sıralamak, düzenlemek, gruplamak, bölümlere ayırmak ve iş birimleri biçimine sokmak, kısacası yapılacak işlevlere, verilecek hizmete, yere ve çeşitli ölçütlere göre gruplandırmak gerekir.

b- İş ve faaliyetlerle ilgili işlemler tamamlandıktan sonra bunların kimler tarafından yapılacağı saptanır. İşlerin gerektirdiği bilgi, beceri, deneyim v.b.g. nitelik ve yeteneklerin kimlerde bulunduğu araştırılarak iş dağıtımı yapılmalıdır. Kişilere verilen görev ve sorumluluk oranında yetki de verilmelidir. Böylece oluşan mevkieiler, yasa, tüzük,

yönetmelik ve çeşitli kurallar o toplumdaki ilişkileri düzenler.

c- İşlerin görüleceği, hizmetin verileceği yer, araç ve yöntemler, fizik çevre koşulları ele alınır. İş görmek için yetki ve sorumluluk verilen kişilere aynı zamanda uygun araç, gereç ve ortam hazırlanmalıdır.

1.2. Organizasyon İlkeleri (14,15)

a- Örgütün bütün ögeleri aynı amaca yönelik olmalıdır. Birbirine karşıt yargı ve kurallar etkinlik ve rasyonelliğe zarar vericidir.

b- Yönetici ve çalışanlara yetenek, görüş ve kavrama alanlarını aşan görev ve sorumluluk verilmemelidir.

c- Yüksek yönetim basamaklarına rutin işlerde değil, programlı ya da olağanüstü durumlarda başvurulmalıdır.

d- Her astın ancak bir üstten emir alması sağlanmalı ve komuta birliği ilkesine uyum gösterilmelidir.

e- Aynı amaca yönelik faaliyetler grubu içinde tek bir üst sağlanarak yönetim birlikteliği sağlanmalıdır.

f- İyi bir örgüt, merkezci yönetimle merkezkaç yönetim arasında optimal bir denge sağlamalıdır.

g- Görev, yetki ve sorumluluklar net ve kesin olarak belirlenmelidir.

h- Optimal iş bölümü ve uzmanlaşma sağlanarak işlerin nitelik ve nicelik yönünden daha iyi kalitede yapılması sağlanmalıdır.

ı- Alt basamak yöneticileri üstlerinden önce birbirleriyle uyumlu ilişki ve dayanışma içinde daha verimli çalışacak ve böylece önemli zaman artırımları sağlanacaktır.

i- İyi bir örgütün en önemli niteliklerinden biri, planlama, uyum, yürütme ve denetim gibi temel yönetim etmenlerinin etkin ve verimli bir biçimde başarılabilmesi için gerekli olan önlemleri almaktır.

j- İyi bir örgüt işler ile işgörenler arasında nicelik ve nitelik yönlerinden uyumlaştırma sağlayıcıdır.

k- Örgüt işletme içi ve dışı dinamik koşullara uyum sağlamalı ve gerektiğinde esneklik niteliğine de sahip olmalıdır.

2- YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİ (INTENSİVE CARE ÜNİT)

2.1. Yoğun Bakım Ünitelerinin Gelişimi ve Amacı

Kritik hastaların bakım ve tedavisi 1960 lı yıllarda özel bir dal olarak ele alınmış ve bu konuda uzmanlaşma başlamıştır (16).

Yoğun bakım üniteleri; metabolizma, solunum ve dolaşım bozukluğu, şok, ameliyat sonrası bakımlar, koroner yoğun bakımlar v.b. gibi çeşitli amaçlarla kurulur: Hastalar suni teneffüs, şok tedavisi, kardiak monitoring, pace making, peritoneal veya hemodialysis ve şiddetli metabolik düzensizlik için biokimyasal düzenlemelere gereksinim duyabilirler ve özellikle de infeksiyonlara karşı korunmalıdırlar (17).

Yoğun bakım ünitelerinin ana amacı yaşamsal fonksiyonların en kısa zamanda ve en etkin biçimde düzenlenmesidir (18).

Eskiden hastanelerin inşasında yatakların % 2.3 ü kritik hastaların bakımı için ayrılırdı (3). Günümüzde her 35-40 hasta yatağına 1 yoğun bakımyatağı tasarlanmaktadır (13).

Yoğun Bakım Ünitesinde önerilen yatak sayısı 8-15 olup ideal sayı 12 yi aşmamalıdır. Çeşitli yoğun bakım hastaları, hastalık ve sakatlıkları, değişik yatak alanlarını gerektirir. Böylece yatak yerlerinin birçok amaçlar için

değişik hastalara göre ayarlanması gerekebilir. Birden fazla yoğun bakım ünitesi gerekiyorsa bunların birbirine yakın ve bağlantılı olması yararlı olacaktır (17).

2.2. Yoğun Bakım Ünitelerinin Planlanması

Yoğun bakım ünitelerinin planlanması, organizasyonu ve yönetimi için her hizmet biriminden bilgili ve deneyimli en az bir sorumlu kişinin bulunduğu komisyon kurulması ve bu komisyona seçilen bir başkanla yürütülmesi tercih edilir (18,19,20,21). Yoğun bakım ünitelerinin planlanmasında öncelikle toplumun sağlık gereksinimleri, önceliklerin saptanması, kritik bakıma duyulan ihtiyaç, mevcut maddi ve insansal kaynakların değerlendirilmesi için retrospektif ve prospektif araştırmalar yapılmalıdır (18).

2.3. Yoğun Bakım Ünitelerinin Bölümleri (17,18)

Danışma, bekleme odaları, hemşire istasyonu, başhemşire bürosu, hekim odası, hasta odaları, tecrit odası, özel işlem odası, laboratuvar ve kan bankası, mutfak, ev idaresi bölümü, depo, soyunma odaları, dinlenme odaları, sterilizasyon ve çamaşırhane, eğitim, konferans odaları, banyo, w.c.

3- KORONER YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİ (İNTENSIYE CORONARY CARE ÜNİT)

3.1. Koroner Bakım Ünitelerinin Gelişimi

1912 yılında "Herrick" akut miyokard infarktüsünü tanımlamasından sonra hastalığın tedavisinde çeşitli gelişmeler başlamıştır. 1912-1960 yılları arasındaki ilk aşama; hastanın tam fizik istirahatle zedelenmiş kalp adalesinin iyileşmesini sağlamak, tromboembolik olayların önlenmesine çaba göstermek, olup bunda başarı sağlanamadığı takdirde aritmi ve kalp yetersizliği gibi komplikasyonların tedavisi ile sınırlanmış faaliyetlerdir. Bu yıllarda Miyokard infarktüslü hastaların çoğu ölmekte olup ölümlerin yarısından çoğu ise ani ölümler olarak ortaya çıkmaktadır (11).

Ritm bozukluklarının zamanında ve anında tanımlama ve tedavisine olanak sağlayan koroner yoğun bakım kavramının geliştirilmesi özellikle 1960 yılından sonra, akut miyokard infarktüsü tedavisinde önemli ve olumlu katkılarda bulunarak yeni bir dönemi başlatmıştır (11).

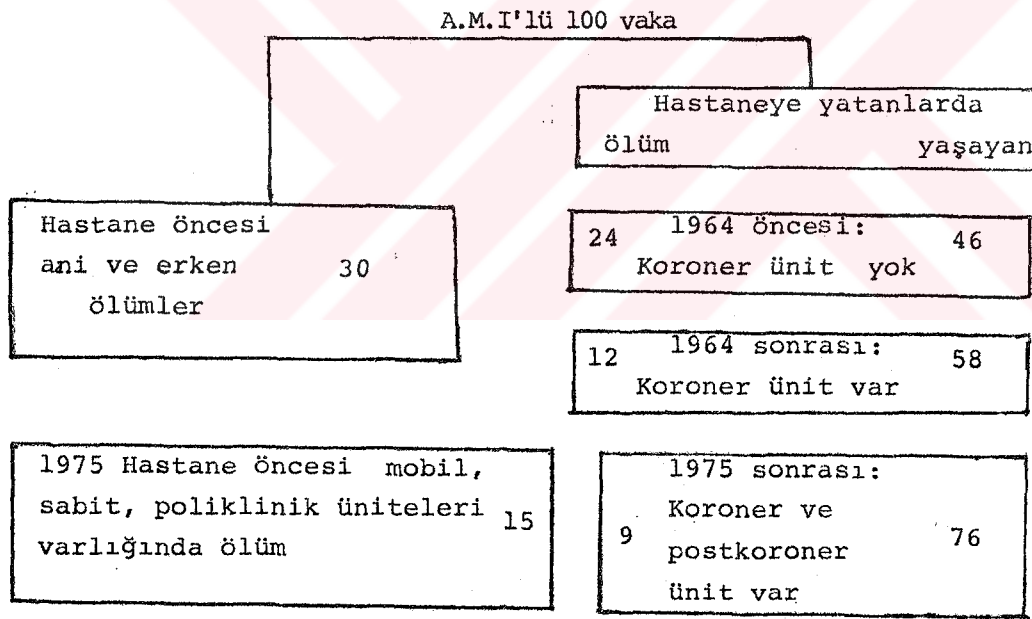
Koroner yoğun bakım ünitesi ilk kez 1962 yılında kurulmuştur. 1970 li yıllarda çoğu hastanede miyokard infarktüslü hastaları kabul eden koroner yoğun bakım üniteleri hizmete girmiş ve bu ünitelerde hastaların kontrolü, bakım ve de personelin bilgilendirilmesinde hızla olumlu aşamalar kaydedilmiştir (3,10,13).

3.2. Koroner Yoğun Bakım Ünitelerinin Amacı

Koroner yoğun bakım üniteleri, özel yapıları, özel yetiştirilmiş elemanları ve ekipmanlarıyla ritm problemlili ve miyokard infarktüsli hastaların bakımı, tedavisi ve bu hastalarda ölümü en aza indirmek için kurulmuştur (3,11).

Bu ünitelerde hastalar hekim ve hemşirenin yoğun bakımı, gözetimi ile sürekli monitörize edilerek çoğu kez ölümlere neden olan ritm bozukluklarının erken tanım ve tedavisinde üstün başarı elde edilmiştir. Ciddi aritmilerin ya da habercilerinin anında tedavisi ve böylece bu ritm bozukluklarının yaptığı hemodinamik bozuklukların önlenmesi ile bu üniteler sayesinde akut miyokard infarktüsünden ölümler % 30-35 lerden % 15-20 lere inmiştir (10,11).

Şekil 1: Akut Miyokard infarktüsü geçirmiş 100 vakanın analizi(11).



Şekil 1'de görüldüğü gibi 1964 yılından önce koroner yoğun bakım üniteleri henüz kurulmamış iken akut miyokard infarktüsli hastaların % 54 (n:30+24)ü ölmekte ancak % 46 (n:46) sı yaşayabilmektedir. 1964 sonrası koroner yoğun bakım ünitesinin hizmete girmesiyle ölüm oranı % 42 (30+12)ye, 1975 sonrası hastane dışı mobil, sabit ve hastane post yoğun bakım ünitelerinin de hizmete girmesiyle bu hastalarda ölüm oranları % 24 (n:15+9)e düşmüştür (11).

Koroner Yoğun Bakım Ünitelerinin Amaçları (13)

1- Miyokard infarktüsü ve kalp yetmezlikli hastaların tanı ve tedavisi

2- Aritmilerin tanı ve tedavisi

3- Kalp durmasını izleyen 3-4 dakika içinde cardio pulmoner resüsitasyonu başlatmak şeklinde özetlenebilir (13).

Bu ünitelerdeki hastalar :

- Özel Yerlerdedirler

- Eğitilmiş ve deneyimli hemşire ve doktorlar tarafından sürekli izlenmektedirler

- Sürekli monitörize ve resüsite edilme imkanlarına sahiptirler (13).

3.3. Koroner Yoğun Bakım Üniteleri Açılırken Dikkat Edilecek Noktalar

Ünite planlanırken, her hizmet biriminden bilgili ve deneyimli birer sorumlu kişinin bulunduğu komisyon kurulur.

Komisyon başkanının hastane mimarisi dalında uzmanlaşmış bir mimar olması tercih edilir. Ekipteki herbir üye kendi bölümü ile ilgili fizik çevrenin planlanmasında, kullanılacak araç, gereç ve malzemenin seçiminde söz sahibi olmalıdır. Planlamada, toplumun sağlık gereksinimleri, koroner yoğun bakım ünitesine duyulan ihtiyaç, mevcut kaynaklar, hastaneye başvuran kardiyak hasta sayıları v.b.g. faktörler incelenerek ünitenin ne şekilde açılacağına karar verilir. Planlamanın her aşamasındaki amaç, hangi fonksiyonların en kısa ve en etkin biçimde yapılabileceği bir fizik ortamı yaratmak olmalıdır (18,19).

Ünitenin açılma aşamasında, amaç ve hedeflerin tanımlanması, her hizmet biriminin görev yetki ve sorumluluklarının belirlenmesi, hastalıklara ilişkin tıbbi tedavi ve yöntemleri ve de bunlara paralel standart hasta bakım planlarının saptanması, diğer bölümlerle olan fonksiyonel ilişki niteliğinin protokollerle belirlenmesi, bölümde çalışacak görevlilerin niteliğinin ve niceliğinin saptanması ve niteliği geliştirmeye yönelik eğitsel programların planlanması ve uygulanması, çalışanların rahatlığını sağlayıcı bölümlerin olması, hasta bakımında uygun rahatlığı sağlayacak fizik çevrenin iyi olması, ayrıca bu ünite yönetsel politikaların belirlenmesi arzu edilen koşullardır (18,20,21).

Koroner Yoğun bakım ünitesinin hastane içindeki yeri de önemlidir. Ayrı bir yapı olması çok ekonomik değildir. Hastane içinde, ulaşımı kolay, diğer destek birimlerine yakın, merkezi bir yerde olması, idealdır (13).

Ayrıca Koroner yoğun bakım ünitesini yönetecek kişinin iyi eğitilmiş, mümkünse kardiyolog ünvanı olan ya da özel Kardiyoloji eğitimi görmüş deneyimli, üniteyi iyi yönetebilecek, hastanenin diğer organları ile iyi ilişkiler kurabilecek bir uzman hekim olması gerekir. Bunun yanısıra hastalarla tıbbi yönden yeterince ilgilenebilecek kardiyoloji bilgisi

olan hekimler de bulunmalıdır. Hemşire sayısı yeterli olmalı ve bu hemşireler bazı özel niteliklere de sahip olmalıdır. Bu ünitenin masrafı fazla olacağından finansman nasıl ve nereden karşılanacağı da ele alınması gereken bir konudur. Bütün bu problemler çözümlendikten sonra ünitenin boyutları, dizaynı ve gereken araç gereçler tamamlanmalıdır (12,19,22).

3.4. Koroner Yoğun Bakım Ünitelerine Hasta Seçimi

- Kardiyojenik şok, ileri derecede konjestive kalp yetersizliği, kardiyak arrest v.b. gibi acil durumlar bekletilmeden yoğun bakım ünitesine alınırlar (10,11).

- Klinik, fizik muayene, elektrokardiogram bulgularına göre akut miyokard infarktüsü tanısı konulan hastalar (10,22,23,24).

- Göğüs ağrısı ve iskemik E.K.G. değişikliği gösteren fakat miyokard infarktüsü tanısı konulamayan hastalar yani A.M.I. geçirme ihtimali olan tüm hastalar (10,19,22, 24).

- Çoğu kez ölüme neden olabilen Kardiyak artmi (ventriküler taşikardi, ventriküler fibrilasyon, bradikardiler, kalp bloğu, asistoli'si olan hastalar) (13,22).

- Hipertansiyon, hipotansiyonlu vakalar.

- Akut akciğer ödemi oluşan hastalar

- Kardiopulmoner resüsitasyon ve sonrası bakım ve tedavi için de hastalar koroner yoğun bakım ünitesine yatırılırlar (11,23).

Önceden koroner damar hastalığı geçirmiş ya da kontrolde göğüs ağrısı ve E.K.G. negatifliği gösteren ve herhangi bir pozitif bulgusu olmayan hastaların koroner yoğun bakıma yatırılması doğru değildir. Çünkü bu ünit çok masraflı olup optimal şekilde kullanılmalıdır. Koroner yoğun bakım ünitelerine yatırılması zorunlu olmayan bu hastalar kardiyoloji servislerine yatırılabilirler (10,22,23).

3.5. Hastaların Üniteye Yatırılışı ve Çıkarılışı

Hastadan sorumlu olan hekim ve hemşire gerekli ve uygun organizasyonu sağlar.

Hasta kabulünden sonra ilk müdahaleler yapılır ve hasta ailesine gerekli bilgiler verilip rahatlatılır.

Hastanın hastalığına göre yardımcı malzemelerin, özel araç gereçlerin, ilaçların ve gerekli personelin hasta başında hazır bulundurulması gerekir. Acil tedavi esnasında enfeksiyon kontrolü ve önemli bir malzeme yokluğunda izlenecek prosedürlerin bilinmesi gerekir.

Özel prosedürlerin hangi şartlarda kimler tarafından yapılacağı, özel durumlarda hangi protokollerin uygulanacağı bilinmelidir (25).

Hemşire hasta yattığı sürece, hasta-hekim ve hasta-ailesi arasında tıbbi, psikolojik ve sosyal konularda temas halinde olmalıdır (9,19,25).

Hastanın ve ailesinin hastalık konusunda bilgilendirilmesi ve hasta yoğun bakım ünitesinden çıktıktan sonra

evi, diyeti, aile ilişkileri, efor kapasitesi, daha sonraki sağlık kontrolleri, kısacası yaşamını nasıl sürdüreceği konusunda aydınlatılması gerekir (9,10).

3.6. Hastaların Ünite ve Kalış Süreleri

Yetenekli, tecrübeli ve bilgili yöneticiler, personel ve modern cihazların getirdiği maddi yük ve en önemlisi de bu ünitenin her an acil hastalara hazır bulundurulması gerektiğinden buradaki hastaları mümkün olan en kısa zamanda yine sürekli izlenebilme olanağı olan servislere çıkarmak uygun olacaktır (13,19,24,25).

Hastaların bu üniteye kalış süreleri ünitenin yöneticisine ve gelişen bakım ve tedaviye göre değişir. Özellikle ilk 48 saat önemlidir. Hasta ilk 48 saat mutlaka yoğun bakım ünitesinde yatırılmalıdır. Bazen komplikasyon ve yüksek risklerle bu süre uzayabilmektedir. Ritm bozuklukları, kalp yetersizliği, şok gelişimi olabilir. Hastalığın prognozuna göre hastalar hospitalize edilirler. Miyokard infarktüsü (MI) hastaların yoğun bakımda kalış süreleri çoğu kez 3-5 gündür, servise çıkarılan hastalar M.I.'nin 10. gününe kadar yatırılır, komplikasyon olmazsa taburcu edilirler (10,13,19,23,24).

3.7. Koroner Yoğun Bakım Ünitelerinin Organizasyonu

3.7.1. Yönetim

Yönetim, örgütte çalışanların örgütün amaçlarına ulaşabilmesi için etkin bir şekilde çalışabilmelerini sağlayacak iç ve dış çevrenin korunmasıdır. Sağlık hizmetlerinin sunulduğu hastanelerin yönetimi toplumdaki diğer örgütlerin yönetiminden farklı özellikler gösterir. En belirgin farklılık ve ana amaç topluma hizmet ve sosyal refahı artırmaktır. Bu nedenle kar amacı diğer kuruluşlardan farklı olarak geri planda kalmaktadır (26).

Her özel bakım ünitesi özel olarak yönetilmelidir. Başarılı olmak için ilgili hastanın isteklerini karşılayabilecek özellikler göz önüne alınarak aktif bir medikal staff grubunca, ekip anlayışı içinde yönetilir ve gruba genellikle yüksek düzeyde uzman bir hekim başkanlık eder (19,20,22,25, 27).

a- Yönetim Grubunun Görevleri (20,24,25,26,27,28)

- Üniteye gerekli personelin alınması ve yetiştirilmesi,
- Ünitenin hastanın optimal yarar göreceği şekilde düzenlenmesi,
- Ünitadaki personel ile idari ve yönetim organları arasında etkin bir iletişim sisteminin kurulması,
- Ünite ile hastane arasındaki ilişkilerin sağlanması ve ünitenin menfaatlerinin korunması,
- Çalışanlar ve idari personelin sorumluluk ve ilişki kurallarının net olarak belirlenmesi,

- Her türlü eleman ve malzeme sağlanmasında hastanın sağlığının ön plana alınması,
- Sorunların grup içinde çözümlenebilmesi,
- Koroner yoğun bakımla ilgili yeni gelişmeleri izleyerek üniteye uygulanmasının sağlanması,
- Protokollerin ve iş tanımlarının yazılı olarak hazırlanması,
- Her çalışan için doğru, güncel ve eksiksiz personel kayıtlarının tutulması olarak özetlenebilir.

b- Yöneticinin Kontrol ve Değerlendirme İşlevleri
(25,29).

- Ünitenin kalitesini denetleyici programların hazırlanması,
- Hasta bakımındaki önemli problemlerin açığa çıkarılması, daha iyi hasta bakımı için yeni yöntemlerin geliştirilmesi ve periyodik olarak değerlendirilmesi, bilgi toplanması,
- Toplanan bilgilerin objektif ölçütler ve klinik deneyimlere göre değerlendirilmesi,
- Çalışan personelin başarımlar değerlendirilmesi :
Bu, yönlendirme, eğitim kurslarına katılım ve genel işlevlikler göz önüne alınarak yapılabilir.

- Bulgu ve sonuçların değerlendirilmesinde ; etkinliklerle ilgili sorunların ęözömlenmesi ve sonuçlandırılması bir rapor halinde sunulur.

- Ünitin değerlendirme formları ve kalite kontrol programları altı ayda ya da yılda bir yayımlanır, etkinlikler değerlendirilir ve yapılacak programlar için öneriler geliştirilir.



c- Koroner Yoğun Bakım Ünitesi Yönetim Şeması

YÖNETİM KURULU			
<u>Destek Hizmetleri</u>	<u>Hemşirelik Hizmetleri</u>	<u>Tıbbi Hizmetler</u>	<u>Sekreterlik Hizmetleri</u>
-Teknik Hizmetler	-Başhemşire	-Kıdemli Hekim	
-Laboratuvar	-Kıdemli Hemşireler	-Uzman Hekim	
-Ev İdaresi	-Yatakbaşı Hemşireleri	-Asistan Hekim	
-Diyet	-Yardımcı hemşireler		
-Çamaşırhane			
-Eczane			
-Kütüphane			
-Morg			
-Sosyal Hizmetler			

d- Ünite Yöneticisinin Özellikleri (6,24,25,29)

- Deneyimli uzman bir kardiyolog ya da özel kardiyoloji eğitimi görmüş deneyimli bir hekim olmalıdır.

- Yönetim dalında sertifikalı ve deneyimli, ve de yönetici özelliklerine sahip olmalıdır.

3.7.2. Personel (6,20,21,24)

Koroner yoğun bakım ünitesinin organizasyonunda personelin türü, nitelik ve niceliği çok önemlidir.

a- İdari İşlerde Çalışanlar

a.1. Yöneticiler : (Yönetim bölümünde açıklanmıştır)

a.2. Sekreterler : Hasta yatış ve çıkıştaki kayıtları, istatistikleri, ünitenin diğer bölümlerle ve hastane dışı organlarla ilgili yazışmaları, ünite ile ilgili protokollerin yazımı ve ünitenin idari işleriyle ilgili yazışmaları v.b.g. işlevleri yaparlar.

b- Sağlık Hizmeti Verenler

b.1. Hekimler

Bir yönetici hekim, uzman hekimler ve asistanlar vardır. Bu ünite görev alan hekimlerin özel eğitim görmüş, bazı özel yetenekleri ve nitelikleri olan, deneyimli, eğitime açık, insanlar arası ilişkileri iyi kişiler olması gerekir.

Hekimler ya sürekli ya da rotasyon ile belirli aralıklarla çalışırlar. Çalışma şekilleri 8,12,24,36 saat olabilir. Oysa, çalışma saatleri olabildiğince kısa tutulmalıdır. Hekimin sürekli yoğun bakımda olması, fiziksel olarak aşırı yorulması ve de yaşanan yoğun stres içinde uzun süreli çalışma onun verimini düşürecektir.

Koroner ünit hekimleri çoğu kez hastane içindeki hekimlerden seçilirse de bazen hastane dışından sözleşmeli hekim de alınabilir.

b.2. Hemşireler

Unitte bir başhemşire, bir eğitim hemşiresi, shift (vardiya) sorumluları, yatak başı hemşireleri ve yardımcı hemşireler Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğüne bağlı olarak çalışırlar (5,25,29,30).

Koroner yoğun bakımdaki hemşire/hasta oranının 1/1 ya da 1/2 gibi farklılık göstermesine karşın bu ağır çalışma koşulları için belirlenen hemşire sayısı kesin olarak saptanmamıştır (10).

Fakat bir hemşirenin ikiden fazla hastaya baktığı durumlarda kalite ve verimin düşeceği yadsınamayan bir gerçektir. Bazı yöneticilere göre bütün shiftler dahil bir hastaya iki hemşire hesaplanmalıdır. Örneğin ; Sekiz yataklı bir unitte toplam onaltı hemşire olmalıdır (3). American Methodist Hospital'da ise hasta başına düşen hemşire "1,2 x hasta" olarak hesaplanmaktadır. Örneğin ; 1,2 x 8 hasta = 10 hemşire x 3 vardiya = 30 hemşire şeklindedir (29).

Yönetici hemşire, tüm hemşirelerin çalışma programlarından, eğitimlerinden başarımlarını değerlendirmesinden ve yönetimlerinden sorumludur (27,29,30,31).

Yönetici hemşire bu üniteye deneyimli olmalı ve tüm protokolleri bilmelidir. Ayrıca yönetici hemşire, hemşireler haricinde diğer yardımcı personelden de sorumlu kişidir. (25, 27, 30).

Koroner Yoğun Bakım Hemşiresinin Özellikleri (9, 13, 16, 24,25)

- İyi yetişmiş, deneyimli, kardiyak bilgi sahibi olmalı,
- Acil durumlarda yapılacak müdahaleleri bilmeli,
- Ritmleri tanımalı, yeterli E.K.G. bilgisi olmalı,
- Ünite kullanılabilecek ilaçlar hakkında bilgi sahibi olmalı,
- Teknik araç ve gereçlerin kullanımını bilmeli,
- Eğitime ve araştırmaya açık ve destekleyici olmalı,
- Stresli, baskılı ve ezici ortamda çalışmayı başarmalı,
- Kendi yetkisi içinde kararlarını rahatlıkla uygulayabilmeli,
- Mümkünse genç hemşireler tercih edilmeli,

- Çalışma arkadaşları, hasta ve ailesiyle iyi ilişkiler kurabilmelidir.

Hemşirenin Görevleri (13,25,27)

- 1- Özel hasta bakımı
- 2- Aritmilerin monitörize edilmesi
- 3- Tedavinin yürütülmesi
- 4- Personel arası ilişkiler

1- Özel Hasta Bakımı : Bu ünitteki hemşirenin en önemli görevlerinden biri hastaya güven ve anlayış sağlamaktır. Uzun süren ve ciddi bir göğüs ağrısıyla hastaneye başvuran hastalar çok gergin ve stresli olacağından sakin bir ortam isteyeceklerdir. Hastanın bu beklentisi karşılanmalı ve aynı zamanda ünite hakkında da bilgi verilmelidir.

Ünitteki hemşire ; gerekli müdahaleleri yapan, verilen ordırları uygulayan, hastanın yakınlarını başka bir bölüme alıp onları bilgilendiren ve rahatlatan kişidir.

Hemşire hasta bakım planları yapar, uygular ve sonuçlarını izler, hastaya gerekli olan tüm hemşirelik hizmetlerini verir.

2- Aritmilerin Monitörize Edilmesi

Hemşire hastayı sürekli monitörize ederek ritmleri dikkatlice izler ve gerektiğinde kaydeder. Böylece tehlikeli aritmiler anında yakalanarak müdahale edilebilir.

Belirli aralarla kan basıncını ölçer. Gerekli durumlarda hekime bilgi verir.

3- Tedavinin Yürütülmesi

Hemşire acil tedavileri bilmelidir. Hekimin verdiği direktifleri uygular. Hekim yoksa gerekli tedaviye başlar ve gerekirse de kardio-pulmoner resüsitasyonu başlatır.

4- Personel Arası İlişkiler

Koroner yoğun bakımda çalışanlar her zaman gergin bir ortamdadırlar. Hasta giriş, çıkışı hızlıdır. Bazıları buna uyum sağlayamayabilir. Personel arasındaki gerginlik hiçbir zaman hastalara ve hasta ailelerine yansıtılmamalıdır.

Hastaların gergin olması aritmileri artırabilir. Bu nedenle mümkün olduğunca personelin deneyimli, dengeli, sağlıklı kişilerden seçilmesi uygundur. Ayrıca personel arası ilişkilerin düzenlenmesinde yöneticilerin etkinliği yadsınmamalıdır.

c- Hemşire Eğitimi

Hemşirelerin koroner yoğun bakım teori ve pratiğinde uzmanlaşmaları için yoğun çaba harcanmalıdır. Yoğun bakımdaki hemşire ve de personel kendi sorumluluklarını bilmeli, buna göre yetiştirilmeli, yönlendirilmeli ve eğitim programlarına alınmalıdır.

Eğitimin üç amacı vardır. Bilgi, beceri, davranış. Eğitim programları hemşire ve destek personel için planlı ve programlı bir şekilde düzenlenmeli ve uygulanmalıdır (9,13,19,24,25).

Eğitim Programlarında Çeşitli Yöntemler Uygulanır

1- Hemşirenin Hemşireyi Eğitmesi (9,13,19,24,29).

Bu eğitim sertifikalı ve deneyimli bir eğitim hemşiresi tarafından yapılır.

Eğitim Konuları :

- Koroner ünitin taslağı, odalardaki araç ve gereçler,
- Monitör sistemi, alarm, hemşire, dr. çağırma sistemi,
- Hemşirenin hastaya yaklaşımı, hemşirelik uygulamaları,
- Hemşire bakım planları ve hasta bakımı,
- Yemek, diyet düzenlemeleri,
- Ziyaretçilerin organizasyonu ve bilgilendirilmeleri,
- E.K.G. çekme yöntemi ve yorumu,
- Resüsitasyon yöntemleri, defibrilatörün kullanılması,

- Periferik venöz basınç (P.V.P) Cantral venöz basınç (C.V.P.)

- Venöz kan alma, perfüzyon, infüzyon protokolleri,
- Hastanın kabulü ve taburcu edilmesi işlemleri,
- Enfeksiyon kontrolü,
- Respirasyona yardımcı olmak,
- Defibrilasyon, kardioversiyon, pacemaker, intra aortik balon pump uygulaması olarak düzenlenebilir.

2- Hekimin Hemşireyi Eğitmesi (13,19,24)

Eğitim Konuları :

- Koroner kalp hastalıklarının etiyolojisi, risk faktörleri, korunma ve tedavisi,
- Akut miyokard infarktüsünün patolojisi, fizik bulguları, gelişimi, laboratuvar bulguları,
- Miyokard infarktüsünden ölüm sebepleri ve belirtileri,
- Ani ölümlerden korunma,
- Komplikasyonların tanıtımı,
- Kardiak ilaçların farmakolojisi,

- Konjestif kalp hastalıkları ve şok tedavisi,
- Hastaların rehabilitasyonu, hareket kapasitesi, diet olarak özetlenebilir.

- E.K.G. eğitimi özel olarak verilmeli ve periyodik olarak sınanmalıdır. Temel E.K.G. eğitiminden sonra ileri E.K.G. eğitimide verilmelidir.

3- Konferanslar, Toplantılar (13,19,24)

Konferanslar, toplantılar servis içi uygulamalı çalışmalarla desteklenebilir. Herkes konuya ilişkin fikrini açıkça ifade edebilmeli ve tartışabilmelidir. Toplantılar haftada bir, onbeş günde bir gibi belli aralarla yinelenmelidir.

Toplantılar ;

- Acil durumlarda hemşirenin tutum, davranış ve uygulaması,
- Kardiyak ilaçların uygulanması ve yan etkileri,
- Hemşire - hekim, hemşire-hasta ilişkileri,
- Ünite problemlerinin saptanması, çözümü v.b. gibi konuları içerebilir.

4- Diğer Eğitim Yöntemleri

Özel eğitim programları ile hemşirelerin eksik olan ya da geliştirilmesi gereken bilgileri geliştirilir. Örneğin : Bir anesteziist tarafından entübasyon tekniği anlatılabilir (13,19,24).

Ayrıca slide ve film gibi göze ve kulağa yönelik eğitim yöntemleri de vardır. Bunlar ; Normal kalp atımları, ritm bozuklukları, external kalp masajı, hastane dışında ani kalp durmasında yapılan işlevler ile ilgili filmler olabilir (13,19,24):

Bu eğitim programları en az yılda bir kez yinelenmeli ve 4-6 hafta sürmelidir (25,29).

Koroner ünite'deki hemşireler hekimlerden farklı olarak ünite'de sürekli bulunurlar yani daimi personeldirler ve de diğer üniteler'deki hemşirelerden farklı olarak da kapsamlı hemşirelik bakımı verirler.

Hemşirelerin hizmetle ilgili sorunları yöneticiler tarafından dinlenmeli ve mümkün olduğunca çözümlenmelidir. Yoğun bakım ünitesindeki personel sürekli stres içinde ve anksiyeteli oldukları için diğer bölümlerdeki personele oranla fazla ücret olmaları onların daha istekli ve verimli çalışmalarını sağlayacaktır (24).

b.3. Yardımcı Sağlık Personeli

Yardımcı Hemşireler : Hemşirelerin hasta bakımı vermelerine ve bakım planlarına, hastaların beslenmesine, tuvalet olaylarına ve rehabilitasyonlarına yardım ederler (24,30).

- Hastabakıcılar : Hastanın ve hasta ünitesinin temizliğinde, hastanın dışkı, idrar ve diren mayileri v.b.g. tüm fizyolojik ve patolojik çıkartıların dökülmesi ve temizlenmesinde, hastaya uygulanan alet ve malzemelerin temizlenmesi ve hazırlanmasında hemşireye yardım eder ya da hemşire gözetiminde çalışırlar.

Hastabakıcılar genel temizlik personelinden ayrı olmalı ve eğitimden geçirilmelidirler. Genel temizlik personelinin ise hasta ile hiçbir teması olmamalıdır.

c- Destek Hizmetleri

Hastane'nin esas işlevleri olan tedavi, eğitim araştırma gibi faaliyetlerin yürütülebilmesi için destek hizmetlerin aksatılmaması gerekir. Destek hizmetlerinin her bölümü ayrı ayrı organize edilmeli ve yöneticileride ayrı olmalıdır (30).

Bu hizmetler ;

Diyet, teknik hizmetler, laboratuvar, eczane, ev idaresi hizmetleri, sosyal hizmetler, fizyoterapistler ve kütüphane hizmetleridir.

c.1. Diyet Hizmetleri

Diyet bölümünün görevleri arasında hastalar ve çalışan personel için normal ve diyet yemeklerinin planlanması, hazırlanması ve dağıtılması, hekim ve hemşire işbirliği ile

hastaların diyet ve beslenme konusunda eğitimleri, tedavi hizmetlerini destekleyici diyet rejimleri konusunda araştırma yapılması sayılabilir (30).

Başdiyetisyen diyet hizmetlerinin yürütülmesinden sorumludur ve beslenme konusunda lisans ya da lisansüstü eğitim görmüş olmalıdır. En önemli görevleri ; diyet hizmetlerinin yürütülmesindeki yöntemlerin saptanması, belirli aralıklarla menü planlarının hazırlanması, diyet yemeklerinin türlerine göre standardize edilmesi, bölüm personeli arasında görev dağıtımı, alınacak malzemelerin saptanması ve bildirilmesi, hastaların diyet ve beslenme konusunda eğitimi, hekimlerle birlikte araştırma programlarının hazırlanmasıdır. Bu işlemlerin yürütülmesi için yeterli sayıda diyetisyen ve yardımcı personel sağlanmalıdır (30).

c.2. Teknik Hizmetler

Tıbbi teknisyenlik hizmetlerinde E.K.G., röntgen, diyaliz, elektronik teknisyenler, biomedikal mühendis gibi elemanlara gereksinim duyulur. Görevleri ; tıbbi teknik hizmetlerini yürütmek, sorumluluğunda olan cihazların muhafazasını , bakım ve onarımını sağlamak ve sonuçları sorumlu oldukları yetkiliye bildirmektir.

Kardiyoloji teknisyeni monitör ve diğer benzeri cihazların kurulması ve çalıştırılmasında grup çalışmasına yardım eder. Belirli aralıklarla hekim ve hemşirelere cihazlar hakkında bilgi verir (9,19,30).

Ayrıca ünitenin faal olarak çalışmasını sağlayan, bakım, onarım hizmetleri, su, elektrik, havalandırma, kalorifer, asansör tesisatlarının bakım ve onarımı için de

teknisyenler bulunmalıdır (30).

c.3. Laboratuvar Hizmetleri

Laboratuvar işlevlerinin yürütülmesi ve kontrolünden sorumlu kişi laboratuvar şefidir.

Laboratuvar'da görevli uzman, teknisyen, hemşire ve hizmetli sayısı ünitenin büyüklüğüne göre belirlenir (25,30).

Laboratuvar 24 saat açık tutulmalı ve hizmet vermeli-
dir. Kan gazları, elektrolitler, P.H , enzimler, kan ve id-
rarda şeker gibi tetkikler her an yapılabilmelidir. Gece
bakılamayan ve acil olmayan materyaller gerektiği gibi muha-
faza edilip gündüz gerekli laboratuvarlara gönderilmelidir
(25,30).

c.4. Eczane Hizmetleri

Eczane hizmetlerinden baş eczacı sorumludur. Başhe-
kime veya birim sorumlusuna bağlı olarak çalışır. Eczacı,
hastalara yazılan ilaçları kontrol ederek varsa ünite ecza-
nesinden ya da hastane eczanesinden yoksa dışardan sağlaya-
rak kullanıma hazır hale getirir. Ünite içinde yedek ilaç
stokları bulundurur. Yeni çıkan ilaçlar, ilaçların bileşim-
leri, yan etkileri, dozları, hangi ilaçların birlikte kulla-
nılabileceği ya da karıştırılabileceği hakkında hekim ve hem-
şirelerle bilgi alışverişinde bulunur. Aynı fonksiyonu gö-
ren ilaçların satın alınmasını önler, ilaçların gerektiği
gibi muhafazasını sağlar ve son kullanma tarihi yakın olan

ilaçların öncelikli kullanılmasını ya da kullanabilecek diğer servislere verilmesini sağlar (30).

c.5. Ev İdaresi Hizmetleri

Ev idaresi hizmetleri; ünite ve çevresinin hijyen koşullarına uygun olarak, temiz ve bakımlı tutulması, hastaların ve personelin kullandığı çamaşırların ve giysilerin temizlik kontrollerinin yapılması, yangına ve diğer tehlikelere karşı önlem alınması gibi işlevleri yürütür (30).

Bu hizmetlerin yürütülmesinden bir ev idaresi amiri sorumludur. Ev idaresi amiri, hizmetlerin yürütülmesi ile politikaların, kural ve yöntemlerin saptanması, standartların geliştirilmesi, gerekli malzemenin temini, bakımı, muhafazası, bu bölümde çalışacak personelin seçimi, infeksiyon kurallarına uygun hareket edilmesi, kirli ve temiz çamaşırların ayrı ayrı toplanıp dağıtılması, yangın önlemlerinin alınması v.b. konulardan sorumlu olup bağlı olduğu bölüme rapor verir (30).

c.6. Sosyal Hizmetler

Sosyal hizmetler bölümünden sosyal hizmet uzmanı sorumludur. Sosyal hizmet uzmanının görevleri, hastanın tedavisini ve iyileşmesini etkileyen, hastaya ilişkin sosyal, ekonomik ve psikolojik faktörleri değerlendirerek hekimin tedavi hizmetlerinde yardımcı olabilmek, hasta taburcu olduktan sonra da gereksinimi olan hastalar için maddi ve manevi yardım sağlanması, bu amaçla gönüllü ve yardımsever kuruluşlarla ilişki kurulması, hastane kaynaklarının amaca uygun

olarak kullanımının denetlenmesi işlevleridir (6,30).

Sosyal hizmet uzmanı hastaya yardımcı olabilmek için hekim hemşire ve hasta-ailesi ile işbirliği içinde, hasta takip programları hazırlar (6.30).

c.7. Fizyoterapistler

Fizyoterapistler hastanın hekimi ve hemşiresi ile görüşerek hastaya uygulanacak tedavi programına karar verirler (30).

Koroner yoğun bakımda bulunan infarktüs geçiren hastaların hareket programlarını, efor kapasitelerini düzenler ve uygularlar. Hastanın hastaneden çıktıktan sonraki yaşamlarında fiziksel aktiviteleri ve kısıtlamaları konusunda hem sözel hem de yazılı olarak hastaya bilgi sunarlar (30).

c.8. Kütüphane Hizmetleri

Ünit içinde bir kütüphane olması çalışanların yararlanması ve sürekli eğitime yardımcı olması yönünden önemlidir. Kütüphaneden sorumlu memur, yeni yayınların, dergilerin sağlanıp hizmete sunulmasını sağlar, diğer kütüphanelerle de işbirliği yapar.

Tüm koroner yoğun bakım ünitesi personeli bir ekip halinde çalışmalıdır. İşe alınan her personel hizmet içi eğitimden geçirilmelidir. Ünit Yöneticisi de ünitteki ilişkilerin düzenlenmesinde yardımcı olmalı ve personelin istekli, rahat ve uyumlu çalışabilmesi için uygun ortam hazırlamalıdır (25,28).

3.7.3. Koroner Yoğun Bakım Ünit Kayıtları

Kayıt işlemlerinde bilgisayarların kullanılması, sağlıkla ilgili hizmetlerin endüstrileşmesi, hastaların ücret ödemelerinin kurallara bağlanması ve özellikle gelişmiş ülkelerde hastaların yasal haklarını bilip kullanması v.b.g. faktörler hastane tıbbi kayıtlarının önemini daha güncel hale getirmiştir (6).

Tıbbi kayıtların amacı sağlık personelinin hastaya yaptığı uygulamaları hukuki ve medikal yönden belgelemek için hastanın önemli ve özel bir sebebe bağlı olan gözlenebilir bulgu, belirti ve davranışlarını eksiksiz kaydetmektir. Bu nedenle tıbbi kayıtlar iletişim aracı olarak kullanılırlar. İyi ve düzenli tutulmuş kayıtlar hem hastaya yaklaşımı kolaylaştırır hem de personeli hukuki sorumluluklara karşı korur. Kayıtların detaylı ve zamanında kaydedilmesinin hem personele hem de hastaya yararı büyüktür (6,27).

Tıbbi kayıtların tutulması, hastadan elde edilen verilerin düzenlenmesi, hekim ve hemşirenin hastaya vereceği zamanın önemli bir bölümünü almaktadır. Hastanın durumu ve gelişmeleri ile ilgili notların bir standartta toplanması amacıyla hazırlanan bilgisayar kayıt tutma teknikleriyle daha kısa ve kolay kayıtlar sağlanabilir ve harcanan zaman azaltılmış olur. Koroner ünitin daha etkili olmasında bu tür teknikler ve geliştirilmiş programlar önemli bir temel oluşturur (10).

3.7.4. Koroner Yoğun Bakımda Uygulama Yöntem ve Kuralları

Ünitenin kural ve ilkeleri, bu ünitte de görevli her personelin kolaylıkla anlayabileceği dille yazılmış bir el

kitabında toplanmalıdır. Bu kurallar hastane idari görevlisi, hemşire ve hekim grubu tarafından hazırlanmalıdır (6).

Ayrıca koroner yoğun bakımda hasta bakımının yazılı olarak yönlendirilmesi uygundur. Bu yazılı prosedürlerin hekim ve hemşire işbirliği ile hazırlanması ve en azından senede bir gözden geçirilmesi gerekir (25).

Genelde yazılı protokollerde ; (19,21,25)

- Hastaneye kabul ve taburcu işlemlerinde uygulanacak yöntem ve uygulamaların belirlenmesi,

- Special ekipmanların ve yardımcı malzemelerin bulunduğu yerlerin belirlenmesi,

- Acil durumlarda izlenecek prosedürlerin belirlenmesi,

- Servis içi trafik ve ziyaretin belirlenmesi,

- Hasta yakınları için açıklayıcı broşürler,

- Özel prosedürlerin kimler tarafından uygulanacağı,

- Özel durumlarda hangi protokollerin uygulanacağı,

- Görev, yetki dağılımlarının belirlenmesi,

- İş tanımları,

- Elektrikli aletlerin kullanımı ve kontrol periyodları,

- İnfeksiyon kontrolünde uygulanacak yöntemlerin belirlenmesi v.b.g. konular işlenebilir.

Bu protokoller kitapçıklar şeklinde ya da herkesin rahatlıkla görebileceği panolarda da asılı olabilir.

3.7.5. Ünitenin Hastanenin Diğer Üniteleri ve Hastane Dışı Kuruluşlarla İlişkileri (6,20,25,27)

Yoğun bakım üniteleri hastane içinde ve hastane dışında çeşitli birim ve kuruluşlarla sürekli ilişki halindedir.

Hastanenin diğer bölümleri ve özellikle yönetimle işbirliği içinde olmalıdır. Hastanenin eğitim grubuyla, hemşirelik hizmetleri müdürlüğü ile, destek hizmetler ile iyi ilişkiler içinde olması işlerin daha kolay ve iyi yürütmesini ve gereksinimlere olan cevabı hızlandıracaktır. Konsültasyon gerektiğinde konsültan hekimlerle, sirkülasyonu hızlandırmak için de gerekli servislerle işbirliği yapılmalıdır. Hastane de olmayan tıbbi ve destek hizmeti bölümleri için hastane dışındaki kuruluşlarla anlaşma yapılmalıdır.

Gerek ünite için, gerekse hastalar için kullanılacak malzemelerin sağlanmasında ve eğitim programlarının düzenlenmesinde kolaylık sağlanması için firmalarla, yurt içi ve dışı kuruluşlarla işbirliği yapılmalıdır.

3.8. Koroner Yoğun Bakım Ünitesinin Tasarımı

Ünite günün gereksinimlerine göre ve ilgili hastaların isteklerine cevap verebilecek şekilde inşa edilmelidir. Bu nedenle mimarlar bu ünitelerin bölümleri için değişebilir, genişletilebilir ve daraltılabilir hareketli ve taşınabilir tasarımlar önermektedirler. Fonksiyonları sürekli değişime uğrayan ve genişleyen hastaneler yeniden modellenme, minimal değişikliklerle yeni alanlar elde edebilecek biçimde inşa edilmelidir (7,25).

Koroner bakım Ünitesi hastanenin kolay ulaşılabilir bir yerinde, eğer genel bir yoğun bakım Ünitesi varsa bunun yakınında ve gürültüden uzak bir yerde olmalıdır. Hastane acil servisine yakın olması ulaşımın kolaylığı için idealdir (9,22,24,32).

Ünitede birden fazla giriş çıkış kapısı olmalı, yataklar, diğer hastaların önünden geçmeden kolaylıkla koridora taşınabilmelidir. Bu, özellikle exitus durumlarında çok önemlidir. Ünitede elektrik kesilmesine karşı jeneratör olmalıdır (23,18).

Ünitede ekonomik, iyi tedavi ve bakım için rasyonel yatak sayısı 8-10 olmalı 12'yi geçmemelidir (9,17).

Bu sayı, hastane genelinde her 35-40 hasta yatağına bir yoğun bakım Ünitesi yatağı olarak hesaplanır (13).

Ünitede tıbbi tedavi ve bakım olanaklarının yanı sıra fiziksel çevre düzenlemesi de hastaların ruhsal ve sosyal sağlıklarının korunması ve geliştirilmesi açısından büyük önem taşır. Hasta odalarındaki fiziksel çevre düzenlemesi

kişinin hastalıklara ilişkin korkularını ve kaygılarını azaltıcı hatta yok edici, dinlendirici, sessiz, yüksek bir moral gücü sağlayıcı özellikte olmalıdır. Bu düzenlemenin en önemli ilkeleri ölçü ve denge, yatak sayısı, eşya modellerinin seçimi, renk kullanımı, aydınlatma ve havalandırmadır (33).

İnsan ve fiziksel çevre birbiriyle etkileşim içindedir ve bu etkileşim kişinin sağlığı üzerinde etkilidir. Hastaların tüm zamanını geçirdikleri odaların inşasından, dekorasyonuna kadar gereken titizlik gösterilmelidir (33).

Koroner Yoğun Bakım Tasarımında Bölümler :

3.8.1. Danışma ve Kayıt

Yoğun bakım ünitesinin girişinde rahatlıkla görülebilen bir "koroner yoğun bakım ünitesi" levhası ve "danışma" olmalıdır. Danışma da yada girişte ayrı bir yerde hastaların yatış ve taburcu işlemlerinin yapıldığı bir bölüm olmalıdır. Bu bölümde danışman ve sekreterler olabilir. Hasta sahipleri, ünite ve hastalar hakkındaki ilk bilgi ve izlenimlerini buradan edinirler. Danışmadaki memurlar hemşirelere danışarak hastaların ziyaretçilerini içeri alırlar.

3.8.2. Bekleme Yerleri ve Ziyaretçi Odaları

Ünitenin girişinde ünite ait, yeterli büyüklükte ve fiziki yapıya uygun bir bekleme salonu olmalıdır. Bekleme salonunda dışa açılan pencereler, oturma yerleri, telefon,

duvarlarda göze hoş gelen resim ya da fotoğraflar, T.V., video, müzik yayını, çeşitli dergiler, kitaplar, çiçek bulunması, yiyecek, içecek bulunabilecek yerlerin, lavabo, tuvalet v.b.g. gereksinimlerin bulunması insanların gerginliğini azaltıcı ve rahatlatıcıdır. Bekleme salonunun genişliği ünitenin büyüklüğüne ve hasta sayısına göre ayarlanır (3,6).

Ayrıca uzaktan gelen ve hastasına yakın olmak isteyen hasta yakınları için ücret karşılığında gece yatabilecekleri ziyaretçi odaları olmalıdır. İçinde ~~wc~~, duş, telefon olan bu odaların büyüklüğü ortalama 10 m² olmalıdır. Hasta ailesinin yakında olmasıyla kurulan iyi ilişkiler hemşire ve diğer personelin işinde kolaylık ve başarı sağlayacaktır (17,21,24).

3.8.3. Hemşire İstasyonu

Bu bölüm ünitenin merkezinde, tüm hasta odalarının kolayca görülebileceği bir yerde bulunmalıdır. Gözlem ; yoğun bakım hemşireliğinin özüdür. İyi bir gözlem için yataklar daire şeklinde hemşire istasyonunu çevrelemelidir. Merkezi monitörler ve kaydediciler buraya yerleştirilir. Hemşire bankosunda hasta dosyaları, el kitapları, istek kağıtları ve çeşitli malzemelerin konabileceği raf ve çekmece-lerde bulunmalıdır (6,18,24,34).

Hemşire istasyonunun hemen yakınında oral ve parenteral ilaçların bulunduğu bir dolap ve ilaçların hazırlanabileceği bir yer, çeşitli malzeme dolapları, el yıkamak için bir lavaba, ihtiyaca göre telefonlar bulunmalıdır (18,34).

Hemşire istasyonunun büyüklüğü burda çalışan personel sayısı ve bu alanda yapılan işler dikkate alınarak hesaplanır. Herbir kişiye yaklaşık 1,5 m. uzunluğunda bir yazı alanı bırakılmalıdır (6,34).

Hemşire istasyonuna yakın bir yerde 12 m² büyüklüğünde bir başhemşire odası olmalıdır. Ünit başhemşiresi burada hastanın yakınları ve personel ile rahatça görüşebilmelidir (17).

3.8.4. Hekim Odası

Gündüz çalışan hekimlerin ve de nöbetçi hekimlerin kalacağı odalarda gerek dinlenmeleri, gerekse uyumaları için bir yatak, masa, sandalye, koltuk, lamba, hasta muayene masası, televizyon, telefon, soyunma yeri ve dolabı, duşlu bir banyo ve tuvalet olmalıdır. Hekim odası ünite içinde hastalara ve hemşire istasyonuna yakın bir yerde olmalı ve odada çağırma sistemi bulunmalıdır (6,18,34).

3.8.5. Hasta Odaları

İdeal koşullarda tek kişilik, ışık, ses, geçirmez ayrımlarla oluşturulmuş odalar olmalıdır. Bu mümkün değilse gerektiğinde perdelerle bölümlere ayrılabilenlidir. Fakat bu durumda hastalar diğer hastalardan, özellikle de acil tedavi esnasında rahatsız olacak ve ruhsal durumları bozulabilecektir. Hasta odalarındaki tüm yataklar hemşire istasyonundan görülebilmelidir. Görülemeyen yataklar aynalarla yada kapalı devre televizyon sistemi aracılığı ile gözlenebilmelidir. Her bir hasta odası, rahat resüsitasyon

yapılabilecek, yatakların rahat hareket edebileceği şekilde yerleştirilmelidir (9,13,18,22,24,35).

Bir hasta odası 10-12 m², tavan yüksekliği en az 2.50 m., yatakların pencere, lavabo, dolap gibi malzemelere uzaklığı ise 1 m. olmalıdır. Yatağın kapıdan rahatlıkla girip çıkabilmesi için kapılar geniş olmalıdır. Yatakla kapı arasında 1.50 m. mesafe olmalıdır (3,17,34,36).

Her odada bir lavabo, ayna, tavan lambası, gece lambası, seyyar lamba, dışa açılan pencere, merkezi O₂ sistemi, monitör, duvara monte T.A aleti, zil sistemi, vantilatör sistemi, merkezi havalandırma, aspiratör, en az 8 adet elektrik prizi, baş ve ayak ucu kalkabilen karyola, koltuk, yemek masası, hastanın eşyalarını koyabileceği bir etajer, tavanda veya yatak başında serum askıları bulunmalıdır. Oda gerektiğinde geçici pace maker takılabilmesi için de uygun olmalıdır (13,18,22,24,25,35).

Hasta odasındaki pencere ve bir takvim kişinin çevreye ve zamana uyumunu sağlayacaktır (18).

Yataklar hasta tarafından ayarlanabilmeli ve kolaylıkla hareket edebilmelidir.

Bütün ışık kaynakları çeşitli yerlerden yakılıp söndürülebilmelidir. Havalandırma ; hastalar, çalışanlar ve de aletlerin ısınmaması için çok önemlidir.

Duvar yapıları ve monte edilen araç gereçler kolay temizlenebilecek cinsten olmalıdır.

Isıtma sistemi düzenli çalışmalı, oda ısısı 18°C olmalıdır. Yer döşemeleri dayanıklı, kolay temizlenebilen,

kaymayan cinsten olmalı, duvarlar açık renklerle boyanmalıdır (3,22,24,26,34).

3.8.6. Tecrit Odası

Bu oda ya infeksiyonlu hastayı ayırmak, soyutlamak ya da enfeksiyona eğilimi olan hastaları korumak için kullanılır. Yatak çevresinde acil müdahalede gereken aletlerin konabilmesi ve personelin rahat hareket edebilmesi için yeterli serbest alan (yaklaşık 22 m²) bırakılmalıdır (17,18).

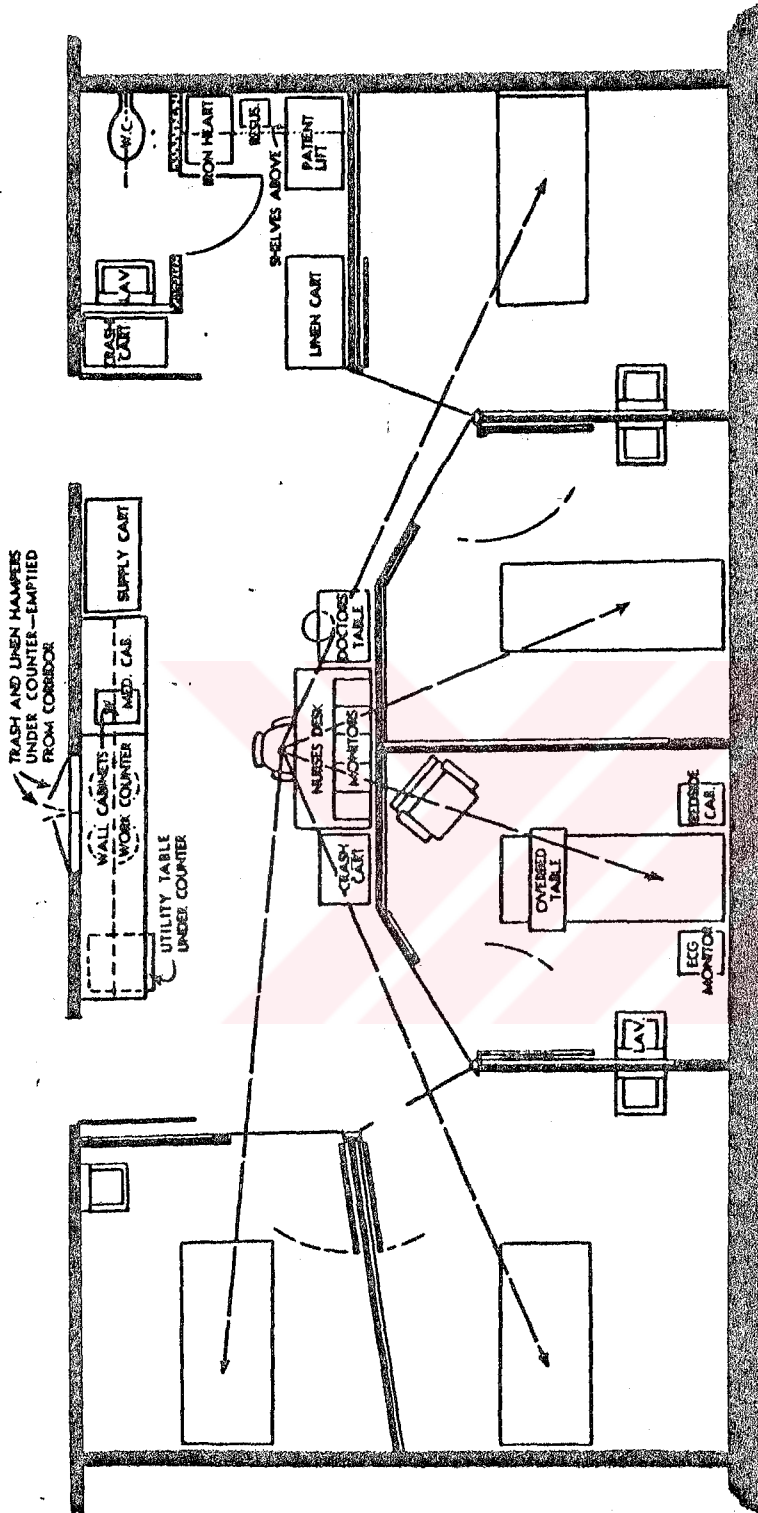
Tecrit odası için ayrı bir personel görevlendirilir. Tecrit odası ile koridor arasında koruyucu gömlekler, maske ve kepek giymek, elleri antiseptik solüsyonlar ile yıkamak, çeşitli alet ve aygıtları temizlemek ve kirli malzemeleri torbalamak için bir ön oda gereklidir. Bu odada sürgü, küvet v.b.g. gereçleri yıkama olanağı olmalı ve tecrit odasını temizlemek için de gerekli araç gereçler muhafaza edilmelidir (17,18).

3.8.7. Pacemaker Odası

Hasta odalarında pacemaker takılabilecek sistem ve düzen yoksa yoğun bakım içinde ya da yakınında bir pace maker odası olmalıdır.

Bu odada pace takılmasının yanısıra kardioversiyon, trakeostomi, pulmoner arter kateterinin yerleştirilmesi gibi küçük cerrahi işlemler de yapılabilir (18,24).

Pace-maker odasında tekerlekli ve ayarlanabilen bir hasta yatma masası, bir stopi aleti, steril kompresler,



A CORONARY CARE UNIT: 5-BEDS
 U.S. DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION, AND WELFARE
 PUBLIC HEALTH SERVICE
 DIVISION OF HOSPITAL AND MEDICAL FACILITIES

Kaynak = 32

PRELIMINARY

SCALE: 1/4" = 1'-0"

eldivenler, ışın geçirmez gömlekler, steril gömlek, maske, hasta sayısına göre pacemaker kutuları, pace kateterleri, dikiş takımı, steril tromel, serum askısı, merkezi O₂ sistemi, duvara monte T.A aleti, monitör olmalıdır.

Eğer oda içinde mevcut değilse gerektiğinde hemen ulaşılabilecek bir acil arabası, defibrilatör, aspiratör gibi ilaç ve malzemeler oda yakınında bulunmalıdır(18,24) -

3.8.8. Laboratuar

Büyük ünitelerde kendi bünyesinde küçük bir laboratuvar olması uygundur. Bu olası değilse diğer laboratuvarlar yoğun bakım ünitesine 24 saat hizmet vermelidirler.

Ünite laboratuvarında acil testler kan gazları, elektrolit ve glikoz sonuçlarını veren aletler, idrar tahlilleri için kullanılan araç gereçler, üre ve osmolorite değerlerini gösteren aletler, santrifüj makinası ve bir mikroskop olmalıdır (18,25).

3.8.9. Konferans ve Eğitim Odası

Ünitedeki personelin gereksinimlerine cevap verebilecek konferans odası, eğitim odası ve bürolar bulunmalıdır (6,17).

Bu odalar üniteye yakın olmalı, masalar, sandalyeler, yazı tahtası, negatoskop, elektrik çıkışları, projeksiyon makinası, kitaplar için raflar ve kapalı dolaplar bulunmalıdır (18).

Tıbbi personelin ve diğer destek personelinin eğitim ve öğretimi için çeşitli konularda bilgi alışverişi, bireysel eğitimler ve konuşmaların engellenmeden rahatça yapılabileceği bir yer olmalıdır (6).

Eğitim, konferans odaları ve kütüphane için olanaklara göre aynı salon kullanılabilir.

3.8.10. Dinlenme ve Soyunma Odaları

Stresli bir çalışma ortamı nedeniyle, yoğun bakımda çalışanların gereksinimlerine cevap verebilecek dinlenme ve soyunma odaları olmalıdır. Bu odalar hemşire ve personel için ayrı ayrı ve üniteye yakın bir yerde olmalıdır (6,17).

Bu odalarda dinlenmek için kanape, koltuk, duşlu bir banyo, telefon, lamba, masa, sandalye, rahatça yemek yiyecekleri küçük bir yemek masası, dolaplar, duvarda resimler ve küçük bir mutfak olmalıdır. Soyunma dolapları herkesin şahsına ait olmalı ve güvenliği sağlanmalıdır (6,18).

3.8.11. Depo

Depolar çalışma şekline ve malzemeye göre ayarlanmalıdır. Kullanılacak malzemelerin çıkarılması veya depolanmasını kolaylaştırmak için hem üniteden hem de koridordan kolay girilebilir geniş kapıları olmalıdır (18).

Depolar çeşitli amaçlarla kullanıldığı için kirli ve temiz çamaşır bölümleri, araç ve gereçlerin koyulabileceği

raflı ve kilitli dolaplar, sedye, komot, tekerlekli iskemle gibi büyük malzemelerin sığabileceği geniş bir bölme ve hastaların özel eşyalarının saklanabileceği ayrı bir bölüm olabilir (17,18,34).

3.8.12. Mutfak

Hasta yemekleri, hastanenin genel mutfağından toplu şekilde taşıma arabaları ya da yemek asansörleri ile ünite mutfağına gelir. Buradan da hemşire ve diyetisyen gözetiminde hastalara servis yapılır. Yemeklerin soğumaması için ısıtıcı sistemi olan arabalar kullanılmalı ve servis çabuk yapılmalıdır. Kirli yemek tepsileri mutfak şekline göre ünite mutfağında yıkanır ya da diyet mutfağına gönderilir.

Mutfakta yiyecekler için buzdolabı, soğuk yemekleri ısıtmak için ocak, lavabo, yemek taşıma arabası ve yemek dağıtırken gerekli olan yeterli mesafe olmalıdır (34).

3.8.13. Temizlik Odası

Temizlik odası ev idaresi bölümünün sorumluluğu altındadır. Burada, paspas kovaları, paspas ve fırçaların asılabileceği askılar, temizleme solüsyonlarının depolanacağı bir dolap, çalışma şeklini anlatan bir bülten tahtası bulunur. Temizlik odasında lavabo ve sürgü yıkama makinasında bulunmalıdır (18). Temizlik odası için ortalama 10 m² alan yeterlidir (17).

Temizlik işçileri kirli malzemeleri bu odada ayırarak temizleneceği yerlere gönderirler ya da temizlerler.

Temizlik yaparken dikkat edecekleri hususlar ve kullanacakları malzemeler konusunda önceden eğitilmiş olmalıdırlar(17,18).

3.8.14. Banyo ve Tuvalet

Ünitede erkek ve kadın tuvaletleri ayrı ayrı olmalıdır. Hastalar için alafranga tuvalet tercih edilir. Çalışan personel için banyo ve hastaların kullandığından ayrı bir tuvalet olmalıdır(18,21).

3.8.15. Sterilizasyon Odası

Hastanede genel sterilizasyon sistemi yoksa ünite içinde bir oda bu işlem için ayrılmalıdır. Burada steril olan ve olmayan malzemelerin koyulacağı raflar, kullanılmış aletlerin koyulacağı eviye, çalışma tezgahları bulunur.

Sterilizasyon için kullanılan malzemelerin cinsine göre, otoklav, etüv, gaz sterilizasyonu için alet ve de yeterince fizik alan olmalıdır(18,21).

3.9. Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde Araç ve Gereçler

Bu üniteye gerek kardiopulmoner resüsitasyon esnasında kullanılan acil malzemeler gerekse diğer hastaların bakım ve tedavisinde gerekli olabilecek tüm malzemeler kullanıma hazır bekletilmelidir(21).

3.9.1. Acil Arabası

Özellikle resüsitasyon esnasında, içinde bulunan bütün malzemelerle anında hasta başına çekilebilmesi zaman kaybını önlemektedir. Bütün yoğun bakım ünitelerinde acil arabası bulunmalıdır.

Acil arabası içindeki malzemeler

a- Acil ilaçlar

- | | |
|----------------------|--------------------|
| - Sodium bicarbonate | - Dobutrex |
| - Atropine sulf. | - Nitroglycerin |
| - Adrenaline | - Diazem |
| - Potassium | - %2 - %10 Aritmal |
| - Calcium | - Largactil |
| - Morphine | - Serum fizyolojik |
| - Dolantine | - lasix |
| - Aminocardol | - Lidocaine |
| - Cedilanid | - Streptokinase |
| - Isuprenaline | - Prednol |
| - Heparin | - Dekort |
| - Dopamin | - Vazelin |

b- Aletler

- | | |
|----------------------|---------------------------------|
| - Defibrilatör | - pompa seti |
| - Ambu | - Steril bohça |
| - Air-waylar | - O ₂ uzatma koplosu |
| - Laryngoscope | - Jel |
| - Entübasyon tüpleri | - Elektrotlar |

- Entübasyon gaytı
- Abeslanı
- Bistüriler
- Intracardiak iğneler
- 3'lü 2'li musluklar
- C.V.P. uzatma kablosu
- Anjiocutler
- Kelebek iğneler
- Çeşitli boyda enjektörler
- Serum seti
- C.V.P. Kazanı
- Steril-unsteril eldiven
- Makas
- Klemp
- 3'lü elektrik kablosu
- Uzun gaz
- Flaster

c- Kateterler

- Pace kateteri
- C.V.P. Kateteri
- Nazogastrik kateter
- Foley kateter
- Aspirasyon kateteri

d- Serumlar

- %5-10 Dektroz
- Isolyte
- Isotonic

3.9.2. Ünite İçindeki Malzemeler

- E.K.G. aleti
- Defibrilatör
- Aspiratör
- Laryngoscope
- Entübasyon tüpleri
- Entübasyon gaytı
- Hasta başı monitörleri
- Santral monitör
- Göğüs elektrotları
- Yedek elektrik kabloları
- Suni solunum aygıtı (ventilatör)
- Ambu
- O₂ maskesi ve nazalkanül
- Kardiak masaj için sırt tahtası
- Intrakardiak iğneler
- Pace kateteri takımı
- Pace kutusu
- Kurşun gömlek
- Stopi aleti
- Swan-ganz kateteri
- Arterial line seti
- Transdücer
- Duvara monte edilmiş T.A aletleri
- Turnikeler
- Havalı yatak
- Komod
- Traş makinesi
- Tedavi ve bakım protokollerinin yazılı olduğu bir el kitabı,
- Escabo
- Intraaortik balon kateteri
- Dikiş takımı

- Dataskop
- Ponksiyon takımı
- Enjektörler (2-5-10-20 cc.)
- Seyyar T.A aleti ve steteskop
- Pansuman arabası
- Makas
- Abeslank
- Steril ve unsteril eldivenler
- Bistüriler
- Göz dibi aleti (oftalmoskop)
- Serum setleri
- İnfüzyon cihazları ve setleri
- Serum askıları
- Steril gömlekler

- Intravenöz Sıvılar

- %5,%10,%20 Dektroz
- Isotonic Nacl solüsyonu
- Isotonic %5 Dektroz : karışımı
- İsolYTE
- Mannitol
- MacroDEX
- RheomacroDEX
- Ringer Laktat solüsyonu
- Kadalex

- Buzdolabı
- Malzeme dolabı
- Etajer
- Pano
- Cetvel
- C.V.P. malzemeleri
- C.V.P. Kateteri

- Çeşitli boyda C.V.P. ara kordonları
- 2'li, 3'lü, 5'li musluklar
- C.V.P. kazanı
- C.V.P. bohçası
- C.V.P. arabası
- Dış hatlı telefon
- Hasta taşıma arabası
- Sedyeler
- Tromeller
- Pens kavanozları
- Hasta oturma koltukları
- Yedek O₂ tüpleri
- Telefon rehberi
- öp kovaları
- Flasterler
- Antiseptik solüsyonlar
- Tracheotomy seti
- Thoracotomy seti
- Pansuman seti
- Peritoneal dializ seti
- Hemodializ filtresi ve minipump hemodializ aleti
- Sedim sehpası
- Sedim pipeti
- Sedim saati
- Seyyar röntgen cihazı
- Tartı aleti
- Elektrikli yataklar
- Yara kültür kapları
- Kan kültür kapları
- Boğaz kültür kapları
- Balgam kültür kapları
- İdrar kültür kapları
- Gaita kültür kapları
- Nozogastrik sonda
- Foley sonda
- Aspirasyon sondası
- Tüprektal

4. KORONER ÖNCESİ BAKIM (PRECORONARY CARE)

Koroner Öncesi bakımın esas amacı ; erken monitorizasyon, hızlı profilaktik işlemler ve gerektiğinde hastanın acil olarak koroner ünite taşınmasını sağlamaktır. Büyük şehirlerde mesafenin uzun olması ve trafik yoğunluğundan dolayı hekimlerin hastaya ulaşması uzun zaman alabilir ve geç kalınabilir. Bu nedenle uzun ve kalıcı göğüs ağrılı hastalar doğrudan ve en kısa zamanda hastaneye sevk edilmelidirler (23). Bu konuda hasta, çevresi ve toplum eğitilmeli, bilinçlendirilmeli ve akut miyokard infarktüsündeki ani ölümlerin önlenmesi için gerekli önlemler alınmalıdır (11). Hekim hastayı görene dek yapılacak ilk işlev mümkünse ağrının dindirilmesi ve anksiyetenin giderilmesidir. Hastanın nakli mümkünse mobil koroner yoğun bakım ya da özel ambulans ile yapılmalı, bu sırada monitörize edilmelidir. Ambulans- ta resüsitasyon için gerekli araç-gereçler ve eğitilmiş personel bulunmalıdır (11,23).

Miyokard infarktüsü olmayan büyük bir hasta grubunun koroner yoğun bakıma yatırılması yerine acil odalarında ya da prekoroner ünitelerinde monitörize edilmeleri daha uygundur. Bu hastalar kesin teşhis konulana dek izlenmelidirler. Böylece hem hastalar kontrol altında tutulmuş hem de koroner ünitesi gereksiz yere işgal edilmemiş olur. Miyokard infarktüsü tanısı konan hastalar zaman geçirmeden monitörizasyonlu sedyeler ile yoğun bakıma sevk edilmelidirler (11,23).

5- ORTA (INTERMEDIATE) KORONER BAKIM ÜNİTESİ

Koroner ünitelerdeki yatakların optimal bir şekilde kullanılabilmesi için hastaların bir an önce ve uygun koşullarda bu üniteden çıkarılmaları gerekir. Hastaların çıkarılması genellikle 2-3 günden sonra olur. Koroner yoğun bakımdan çıkarılan hastalar orta koroner bakım ünitesine alınırlar. Bu ünite yoksa kardiyoloji ya da dahiliye servislerine alınabilirler. Orta koroner bakım ünitesindeki amaç ; hastayı monitörize etmek, erken mobilizasyonunu, kalkmasını, dolaşmasını, normal fonksiyonlarını sağlamak ve depresyonu önlemek, hastalara, henüz tehlikenin geçmediğini ama yoğun bakıma ihtiyaçları olmalarına rağmen iyileşmekte olduklarını göstermektir (9,13,37,38).

Orta koroner bakım ünitesinin yoğun bakıma yakın olması gerek hasta naklindeki zaman kaybının önlenmesi gerekse malzeme ve personelin kullanımında kolaylık sağlayacaktır (10). Bu ünitedeki hemşireler yoğun bakımdaki hemşireler kadar bilgili ve deneyimli olmalı ve hastaların psiko-sosyal durumlarıyla ilgilenmelidirler (37).

Orta bakım ünitesinde hastalar telemetrik sistemle izlenebilirler. Böylece hastaların hareketleri kısıtlanmadan E.K.G.leri koroner yoğun bakımdan izlenebilir. Telemetri sayesinde ritm bozuklukları, bloklar anında saptanıp müdahale edilerek ani ölümler önlenmiş olur.

Orta bakım ünitesinde çıkan ciddi aritmilerde hastalar tekrar yoğun bakım ünitesine alınırlar (13,37).

6- TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİ VE YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI

Türkiye'de sağlık sektörü ve sağlık hizmetleri oldukça karmaşık bir yapıya sahiptir. Sağlık sektöründe resmi, yarı resmi ve özel kuruluşlar topluma sağlık hizmeti sunmaktadır. Buna rağmen sağlık hizmetlerinin en büyük bölümünün verildiği üç geniş, özerk sistem bulunmaktadır. Bunlar; Sağlık Bakanlığı, Sosyal Sigortalar Kurumu (S.S.K.) ve Üniversitelerin Tıp Fakülteleridir. Bu sistemler gerek kendi hastanelerinde gerektiği durumlarda da diğer hastaneler ile anlaşma yaparak üyelerinin bakım ve tedavilerini sağlamaktadır.

Bu üç büyük sistem dışında çeşitli kamu kuruluşlarına ait hastaneler, özel hastaneler ve çeşitli bakım ve tedavi kuruluşları da bulunmaktadır.

Tablo A : Türkiye'de Kamusal ve Özel Hastaneler
ve Yatak Sayıları (1988) (39).

	<u>Hastane Sayısı</u>		<u>Yatak Sayısı</u>	
	<u>n</u>	<u>%</u>	<u>n</u>	<u>%</u>
Kamu Hastaneleri	662	85.2	107541	95.2
Özel Hastaneler	115	14.8	5469	4.8
Genel Toplam	777	100.0	113010	100.0

Tablo B : Türkiye'de Hastanelerin ve Yatakların Kurumlara
Göre Dağılımı (1987) (39).

	<u>Hastane Sayısı</u>	<u>Yatak Sayısı</u>
Sağlık Bakanlığı	508	65448
Sosyal Sigortalar Kurumu	83	18597
Üniversite Hastanesi	24	17749
Diğer Kamu Kuruluşları	45	6153
Özel Hastaneler	96	3188
Genel Toplam	756	111135

Tablo C : İstanbul'da Hastane ve Yatakların Kurumlara
Göre Dağılımı (39).

	<u>Hastane Sayısı</u>	<u>Yatak Sayısı</u>
Sağlık Bakanlığı	27	11590
Sosyal Sigortalar Kurumu	11	5081
Üniversite Hastanesi	3	5232
Diğer Kamu Kuruluşları	21	4013
Özel Hastaneler	30	1196
Genel Toplam	92	27112

Sağlık Bakanlığı 9 Haziran 1936'da 3017 sayılı yasayla kurulmuş ve Türkiye'de koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini yürütmek, sağlık personeli yetiştirmek, eğitim vermek, sağlık kurumları kurmak, işletme izni vermek ve bunları denetlemek sorumluluğunu üstlenen en üst düzeyde kuruluştur (25,39).

Ülkemizde mevcut toplam 756 hastanenin 508'i Sağlık Bakanlığına aittir. Bu ise %67.19 gibi büyük bir orandır. Toplam 111135 hasta yatağının 65.448'i (% 58.89 oran) Sağlık Bakanlığı hastanelerindedir. Geri kalan 45687 (%41.11 oran) yatak Sağlık Bakanlığı dışında (% 16.73'ü SSK, %15.97 Üniversite Hastaneleri, %5.54'ü Diğer Kamu kuruluşları ve %2.87'si Özel Hastane) kuruluşlara aittir (39).

İstanbul kenti, ülke topraklarının yalnızca %0.73 üne sahiptir. Ama 1990 sayımına göre 56.969.109 olan ülke nüfusunuzun %13.04 (n:7.4 33585) İstanbul'da yaşamaktadır. Yıllık nüfus artış hızının %o 23.46 olduğu ülkemizde İstanbul kenti için nüfus artış hızı %o 48.15'dir (40).

Bununla birlikte arz talep dengesine uygun olarak ülkemizde toplam 756 hastanenin %12.17 (n:92) si İstanbul'da bulunmaktadır. (Tablo C) Yine Türkiye'deki 135560 sağlık personelinin %16.16 (n:21916) si İstanbul'da bulunmaktadır (39).

1988 verilerine göre ülkemizde 1274 kişiye bir hekim düşerken, İstanbul'da 531 kişiye bir hekim düşmektedir (39). Ülke standartlarının çok üstünde imkanlara sahip olan İstanbul'da bile sağlık hizmetlerinin yetersiz ve düzensiz olduğu, kişilerin yeterli bir şekilde yararlanamadığı ve hastanelerde yığılmaların olduğu gözlenmiştir.

II BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM

Metropolitan bir kentte yataklı tedavi kurumlarında-ki koroner yoğun bakım ünitelerinin organizasyonunu kapsayan bu araştırma, ünitenin alt yapı organizasyonu, donanım, teçhizat, fiziki mekan yapısı, yönetim, personelin içeriği ve çalışma düzenleri, ünitelerin ihtiyaca cevap durumlarını ve üniteye kabul edilen hastaların kayıt sistemleri ile medikal ve de sosyal güvencelerinin incelenmesini içermektedir.

I- Araştırma Alanı :

İstanbul ilinde yataklı tedavi kurumlarındaki koroner yoğun bakım ünitelerinin incelenmesini içeren bu çalışma ülkemizde sağlık hizmetlerinin sunumunda üç geniş özerk sistem oluşturan Sağlık Bakanlığı Hastaneleri, Üniversite Hastaneleri ve Sosyal Sigortalar Kurumu (S.S.K.) hastanelerinde yapılmıştır.

Araştırma Verileri gözlemsel, karşılıklı görüşme yöntemi ile, çok sorulu soru kağıtlarının (anket formları) uygulanması ile Mart 1991 - Haziran 1991 tarihleri arasında elde edilmiştir.

Örnek Seçimi : İstanbul ili içindeki bu üç sisteme bağlı hastanelerden rastgele yöntemle ikişer hastane seçilmiştir.

1.1- Sağlık Bakanlığı Hastaneleri

İlk örnek seçiminde çıkan Haseki ve Taksim Hastanelerinden gözlem ve ön çalışma sonucu Haseki Hastanesi kısmen yeterli bulunarak araştırma kapsamına alınmış fakat Taksim Hastanesi yetersiz olduğu gerekçesi ile çalışma dışı bırakılmıştır.

Çalışma dışı bırakılma nedenleri şöyle özetlenebilir. Dört yataklı küçük bir ünite olmasına rağmen 3 defibrilatör, 2 aspiratör ve diğer araç gereçleriyle çoğu hastaneden daha zengin görünmesinin yanı sıra hasta bakım ve tedavisi özellikle hasta izlenmesi, eleman yetersizliği nedeniyle kardiyoloji servislerinden pek farklı değildi. Yoğun bakım ünitesi, dahiliye servislerine bakan uzmanların sorumluluğunda olup gece bir sorun çıktığında da nöbetçi dahiliye hekimine haber veriliyordu. Ünite'den sorumlu dahiliye uzmanı, hemşire yetersizliği nedeniyle üniteyi kapatmanın söz konusu olabileceğini ifade ediyordu. Bu arada Irak savaşı nedeniyle sınıra gönderilen hemşireler henüz geri dönmemiş ve sonuçta yoğun bakım ünitesi (K.Y.B.Ü.) eleman yetersizliği nedeni ile kapatma tehlikesi ortaya çıkmış idi. K.Y.B.Ü.'sinden sorumlu ve görevli olan tek hemşire aynı zamanda dahiliye servisinide takviye ediyordu. Y.B.Ü. standartlarından çok uzak bulunan ünite bu nedenlerle araştırma kapsamına alınmamıştır.

İkinci örnek seçiminde Haydarpaşa Numune Hastanesi yer almıştır. Bu hastanede koroner yoğun bakım ünitesi dört yataklı olup hızır acil servise bağlı olarak çalışmakta idi.

Hekim, hemşire ve diğer elemanlar ile techizatı ayrı olmadığı ve de yeterli bulunmadığı için çalışma kapsamına alınamamıştır. Üçüncü kez rastgele seçilen yöntemle Haydarpaşa Göğüs ve Kalp Cerrahi Merkezi yer almış ve çalışma kapsamına alınmıştır.

1.2. Üniversite Hastaneleri

İstanbul'da bulunan altı üniversiteden sadece İstanbul Üniversitesinde iki, Marmara Üniversitesinde de bir Tıp Fakültesi vardır.

Rastgele yöntemle gerçekleştirilen örnek seçiminde İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi, ve İstanbul Üniversitesi Kardiyoloji Enstitüsü çalışma kapsamına alınmıştır.

1.3. Sosyal Sigortalar Kurumu Hastaneleri (S.S.K.)

Örnek seçiminde S.S.K. Hastanelerinden Göztepe Hastanesi ve İstanbul (Samatya) Hastanesi araştırma kapsamına alınmıştır.

2- ARAŞTIRMADA YAPILANLAR

2.1. Ön Araştırma

- Kütüphane incelemesi
- Kişisel görüş alma
- Bilgisayarla bilgi edinme
- Posta aracılığı ile bilgi toplama

2.2. Çalışma Alanında Veri Toplama

Araştırma kapsamına alınan hastanelerde gözlemsel ve karşılıklı görüşme yöntemi ile çok sorulu soru kağıtları (anketler) aracılığı ile veri toplanmış, bilgisayar ve de uygun istatistik yöntemlerle değerlendirilmiştir (salt frekans, satır ve kolon yüzdeleri) (41).

Veri toplama işlemi için önceden hazırlanan üç ayrı formdan yararlanılmıştır.

a- Form 1

Birinci form ünite şefi ya da şef muavini ve hastane müdür ve mühendisleriyle karşılıklı görüşme yöntemi ile doldurulmuştur.

Bu formda yönetici statüsünde bulunan kişi (şef) nin ünvanı, ünitin kuruluş yılı, metrekare (m2) si, hastanenin toplam metrekare (m2) si hastanenin ve koroner yoğun bakım

ünitesinin yatak sayıları, ünite yatırılan hastaların medikal ve sosyal yönlerinin araştırılması, eleman seçiminde aranan kriterler, finansman, eğitim programları, yöneticinin karşılaştığı sorunlar ve çözüm önerilerini kapsamaktadır (EK 1A).

b- Form 2

Bu form ünite de, sorumlu hemşirelerle karşılıklı görüşme yöntemi ile doldurulmuştur.

Form'da ; personel, malzeme, ilaç yeterliliği, kayıtlar, sterilizasyon, ünitenin alt yapısı, organizasyonu, hastanedeki, hasta odasındaki ve üniteadaki bölümler ve araç gereçler, ziyaret ve hasta kabulü, hastaların yatış süreleri, protokoller ve çalışırken karşılaşılan önemli sorunlarla bunların çözüm önerilerini kapsamaktadır (EK 1B).

c- Form 3

Üçüncü form ünite de görevli tüm hemşirelere uygulanmıştır. Bu form çalışanların medeni hali, eğitim düzeyi, çalışma şekli ve saatleri, toplam çalışma süresi, daha önce koroner ünite çalışıp çalışmadığı, yeni işe başlayanların eğitimden geçirilme durumları, yönetimden beklentileri, karşılaşılan sorunlar ve çözümleri ile ilgili önerileri içermektedir (EK 1C).

Uygulamada bazı kliniklerde gece çalışan hemşireler ile karşılıklı görüşülemediği için bu kişiler çalışma dışı bırakılmıştır. Bunun dışında gündüz görevli tüm hemşire ve şeflerle karşılıklı görüşülmüş ve de bir sorunla karşılaşmamıştır.

A large, stylized logo consisting of two overlapping 'X' shapes in a light pink color, centered horizontally on the page.

B U L G U L A R

TABLO 1 : KORONER YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNİN KURULUŞ YILI, FİZİK ALANI (M2),

HASTANENİN TOPLAM FİZİK ALANI (M2)

Hastane Adı	K.Y.B.Ü.'sinin Kuruluş Yılı	K.Y.B.Ü.'sinin Kapladığı Fizik Alan (m ²)	Hastanenin Kapladığı Toplam Fizik Alan (m ²)
Haydarpaşa Kalp ve Göğüs Cerrahi Mer.	1964	80	4.000
Haseki Devlet Has.	1988	80	<i>bilinmiyor</i>
T.Ü. Kardiyooloji Ens.	1972	380	<i>yaklaşık 36.000</i>
T.Ü. İst.Tıp Fak.	1967	200	5.000
Göztepe S.S.K. ^{xx} Hast.	1988	354	114.000
Samatya S.S.K. ^{xx} Hast.	1985	450	48.000
			22.000

* K.Y.B.Ü. : Koroner Yoğun Bakım Ünitesi

** S.S.K. : Sosyal Sigortalar Kurumu

TABLO 2 : HASTANEDEKİ YATAK TÜRLERİ
VE SAYILARI

Hastane Adı	Sağlık Bakanlığı	Üniversite Hastaneleri	S.S.K. Hastaneleri			
Yatak Sayısı	Haydarpaşa Kalp ve G. Cer.Merkezi	Haseki Dev.Has. t.Ü. Kard.Enst.	İstanbul Tıp Fak. S.S.K. Göztepe S.S.K. Samatya			
Yoğun Bakım	11	4	10	6	8	8
Intermediate (orta bakım)	-	-	6	-	12	13
Kardiyoloji	70	24	185	63	-	-
Diğer Yataklar	151	664	-	2596	1180	979
Genel Toplam	232	692	201	2665	1200	1000

Hastanenin İçeriği : Kalp ve Göğüs - Tam Teşekkül-Kardiyoloji - Tam Teşekkül.-Tam Teş. - Tam Teş.

Görüldüğü gibi 6 hastaneden Haydarpaşa K. ve Göğ. Cer. Merkezi ve İ.Ü. Kard. Enst. Özel dal hastaneleri olmaları nedeniyle (Kardiyoloji) diğer tam teşekküllü hastanelere oranla, K.Y.B.Ü. yataklarının sayısı hastane toplam yatak sayısının yüksek bir bölümünü oluşturmaktadır

TABLO 3 : KORONER YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDEKİ UYGULAMALAR

Bulgular	Finansman	Haşta Kabulü	Hastaları	Kabul Edilen	Ortalama
Hastane Adı			Yatıramama nedeni	hasta/gün	yatış süresi (gün)
Haydarpaşa K.vé Göğ. Cer.Mer.	Hastane Büt.	Heryerden	Yatak yetersizliği	Değişken	2-5
Haseki Dev.Has.	Hastane Büt.	Heryerden	Yatak yetersizliği	1-2	3-5
I.Ü. Kard.Enst.	Hastane Büt. Vakıf	Heryerden	Yatak yetersizliği	3-5	5-7
İstanbul Tıp Fak. Vakıf	Hastane Büt. Vakıf	Heryerden	Yatırılıyor	1-2	7-10
S.S.K. Göztepe	Hastane Büt.	Acil Ser.	Yat.Yetersiz. S.S.K.sızları yatıramama	3	6-7
S.S.K. Samatya	Hastane Büt.	Acil Ser.	S.S.K.sızları yatıramama	4	3-5

TABLO 4 : KORONER YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNİN FİZİKSEL YAPISI

Fizik Yapı	K.Y.B.Ü.*'nin bulunduğu kat	Asansör Yeterlimi	Kaç Giriş-Çıkış kapısı var	Exolanhas. taşımak için ayrı bir yol var mı götürülüyor	Exitus olan hastalar ne zaman morga
Hastane Adı					
Haydarpaşa K.ve Göğüs Cer.Merkezi	Giriş	Evet	Bir	Hayır	1/2 - 1 saat sonra
Haseki Dev.Has.	İkinci	Hayır	Bir	Hayır	1/2 saat sonra
i.Ü. Kard.Enst.	İkinci	Hayır	Bir	Hayır	1/2 saat sonra
İstanbul Tıp Fak.	Üçüncü	Hayır	Bir	Hayır	Bekletilmeden (derhal)
S.S.K. Göztepe	Giriş	Evet	Bir	Hayır	1 saat sonra
S.S.K. Samatya	Altıncı	Hayır	Bir	Hayır	Bekletilmeden (derhal)

* Koroner Yoğun Bakım Ünitesi

TABLO 5 : YOÇUN BAKIM ÜNİTELERİNDEKİ BÖLÜMLER

Hastane Adı	Sağlık Bakanlığı	Üniversite Hast.	Sosyal Sig.Kur.	Genel Toplam				
Bölümler	Haydarpaşa K.ve G.Cer.	Haseki Dev.Has.	T.Ü. Kard.En.	Istanbul Tıp Fak.	S.S.K. Göztepe	S.S.K. Samatya	Var	Yok
Danışma	-	-	+	-	+	-	2	4
Bekleme Salonu	-	-	+	-	+	-	2	4
Dinlenme Odaları	-	-	+	+	+	-	3	3
Eğitim Odası	-	-	-	-	-	-	-	6
Pace maker odası	-	-	+	-	+	+	3	3
Tecrit Odası	-	-	-	-	-	-	-	6
Banyo	-	-	-	-	+	-	1	5
Tuvaletler	-	+	+	+	+	+	5	1
Genel Toplam	0	1	5	2	6	2	16	32

† : Var

- : Yok

TABLO 6 : KORONER YOĞUN BAKIM'DA HASTA ODALARININ ÖZELLİKLERİ

Bulgular Hastane Adı	Yatak Sayısı	Yeterli Büyüklüğü	Pace Takılabilirliği- Yorumu	Yataklar Hemşire İstasyonundan Görülüyormu	Dışa Açılan Pencere Varmı
Haydarpaşa K.ve Göğüs Cer.Merkezi	Tek Kişilik ve Koğuş	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır
Haseki Devlet Hastanesi	Tek Kişilik	Hayır	Hayır	Evet	Evet
İ.Ü. Kard. Enstitüsü	Tek Kişilik ve Koğuş	Evet	Hayır	Hayır	Hayır
İstanbul Tıp Fakültesi	Tek Kişilik	Evet	Evet	Evet	Evet
S.S.K. Göztepe	Tek ve İki Kişilik	Evet	Hayır	Evet	Evet
S.S.K. Samatya	Tek Kişilik	Hayır	Hayır	Hayır	Evet

TABLO 7 : HASTA ODALARINDAKİ ARAÇ GEREÇLER

Araç Gereçler Hastane Adı	Merkezi O ₂ Sistemi	Monitör	Yeterli Priz	Duvara Monte T.A aleti	Kısmi aydınlatıcı Lamba	Zil Sistemi	Merkezi havalan- dırma	Venti- latör Sis.	Genel Top. Var Yok
Haydarpaşa K. ve Göğüs Cer.Mer.	+	+	+	+	+	-	+	+	7 1
Haseki Dev.Hast.	+	+	+	-	+	+	-	-	5 3
i.Ü. Kard.Enst.	+	+	+	+	-	-	+	-	5 3
İstanbul Tıp Fakültesi	+	+	+	+	+	+	-	-	6 2
S.S.K. Göztepe	+	+	+	+	+	+	+	+	8 -
S.S.K. Samatya	+	+	+	+	-	+	-	-	5 3
Genel Toplam	6	6	6	5	4	4	3	2	36 12

† : Var

- : Yok

TABLO 8 : KORONER YOĞUN BAKIMDAKİ UYGULAMALAR

Bulgular Hastane Adı	Kayıtların Tutulması	Kim Tutuyor Şekli	Sterilizasyon Cihazlarda Sorun varlığı	Ziyaret Şekli (Dakika) (Kişi)
Haydarpaşa K. ve Göğüs Cerrahi Mer.	Bilgisayar	Sekreter	Merkezi Sis. Olmuyor	Ziyaret Yasak
Haseki Dev. Hastanesi	El ile	Hekim ve Hem.	Merkezi Sis. Teknik bakım yetersizliğinden oluşan arızalar	5 2
I.Ü. Kard. Enstitüsü	El ile	Sekreter	Çeşitli Yön. Teknik bakım yetersizliğinden oluşan arızalar	5 2
İstanbul Tıp Fakültesi	El ile	Hemşire	Merkezi Sis. Teknik bakım yetersizliğinden oluşan arızalar	10 2
S.S.K. Göztepe	Bilgisayar	Hemşire	Merkezi Sis. Olmuyor	5 2
S.S.K. Samatya	El ile	Hekim ve Hemşire	Çeşitli Yön. Teknik bakım ve yetersizliğinden oluşan arızalar	10 1

TABLO 9 : KORONER YOĞUN BAKIMDAKI PROTOKOLLER

Protokoller Hastane Adı	Görev-Yetki-Sorum- luluklar yazılı olarak var mı	Tedavi ve Bakım için Yazılı Pro- tokoller Var mı	Varsa Nasıl	Başka Nasıl Protokoller Olmalıdır
Haydarpaşa K.ve G. Cer.Mer.	Hayır	Evet	Panolarda asılı	Yeni olan tüm uygulama ve Bakımlar için
Haseki Devlet Hastanesi	Hayır	Evet	Panolarda asılı	Bilirmeyen konular hekime danışılıyor
i.Ü. Kard. Enstitüsü	Hayır	Evet	Panolarda asılı	Yeni aletler, ilaçlar için görev-yetki sorumluluklar, yönetmelikler
İstanbul Tıp Fakültesi	Hayır	Evet	Panolarda asılı	İş tanımları, görev yetki ve sorumluluklar
S.S.K. Göztepe	Hayır	Evet	Panolarda asılı	İş tanımları, görev yetki ve sorumluluklar
S.S.K. Samatya	Hayır	Evet	Panolarda asılı	"

TABLO 10 : YOĞUN BAKIM'DAKİ HEMŞİRELERİN ÇALIŞMA ŞEKLİ VE SAATİ

Çalışma Şekli Hastane Adı	Vardiya	Nöbet	Gün / Saat		Ay / Saat
			Gündüz	Gece	
Haydarpaşa K. ve G. Cer. Merkezi	+	+	9	12 12	180
Haseki Devlet Hastanesi	+		8	8 8	160
İ.Ü. Kard. Enstitüsü	+	+	8	8 12	160
İstanbul Tıp Fakültesi		+	8	12 12	160
S.S.K. Göztepe		+	9	15 12	180
S.S.K. Samatya		+	9	16 24	180

TABLO 12 : KORONER ÜNİTTE HEMŞİRELERİN GÖREVE BAŞLAYINCA
EĞİTİMDEN GEÇİRİLME DURUMLARI

Hastane Adı	Sağlık Bakanlığı	Üniversite Hastanesi	Sosyal Sigortalar Kurumu											
Eğitim	Haydarpaşa K.ve G.C.M	Haseki Dev. .İ.Ü. Kard. Hastanesi	İstanbul Tıp Fak. Göztepe S.S.K. S.S.K. Samatya											
	n	%	n	%	n	%	n	%						
Eğitim Programına katılanlar	-	4	57.1	-	1	14.4	2	28.5	-	7	100.0			
		(44.5)			(11.1)		(28.6)			(13.46)				
Sorumlu Hemşire tarafından eğitilenler	-	5	83.3	-	-	-	-	-	1	16.7	100.0			
		(55.5)							(12.5)	(11.54)				
Eğitimden Geçmeyenler	9	23	-	10	256	8	20.5	5	12.8	7	17.9	39	100.0	
	(100.0)			(100.0)	(88.9)		(71.4)		(87.5)	(75.0)				
Genel Toplam	9	17.3	9	17.3	10	19.2	9	17.3	7	13.5	8	15.4	52	100.0
	(100.0)		(100.0)		(100.0)		(100.0)		(100.0)		(100.0)		(100.0)	

x Parantezlerdeki değerler kolon yüzdelileridir.

TABLO 13 : KORONER YOĞUN BAKIM'DA EĞİTİM NASIL YAPILIYOR, NASIL YAPILMALIDIR

Hastane Adı Haydarpaşa K.ve G. Haseki Devlet I.Ü.Kard. İstanbul S.S.K. S.S.K. Genel Toplam
Eğitim Cer. Merkezi Hastanesi Enstitüsü Tıp Fak. Göztepe Sanatya

	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B
- Hizmetiçi Eğitim	+		+	+	-	-	+	+	+	+	+	+	-	5 3
- Okulda Branşlaş- ma olmalı	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-	-	-	-	1
- Yoğun Bakım Kurs- larına katılım	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-	-	+	-	2
- Hekimden Hemşireye	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
- Hemşireden Hemşire- reye	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
- Bireysel Eğitim	-	+	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	1	2

Genel Toplam 1 1 1 3 1 2 1 2 1 1 1 1 6 10

A : Eğitim Nasıl Yapılıyor

B : Eğitim Nasıl Yapılmalıdır

+

- : Evet

- : Hayır

TABLO 14 : KORONER YOĞUN BAKIM'DAKİ HEMŞİRELERİN MEDENİ HALİ

Hastane Adı	Sağlık Bakanlığı	Üniversite Hast.	Sosyal Sigortalar Kurumu										
Medeni Hal	Haydarpaşa K.ve Göğ. Cer. Mer.	Haseki Dev.H.	I.Ü. Kard.En.	Tıp Fakül. Göztepe	S.S.K. Samatya	S.S.K.							
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Evli	5	29.4	2	11.8	4	23.5	2	11.8	1	5.9	3	17.6	
	(55.6)		(22.2)	(40.0)		(22.2)		(14.3)		(37.5)	17	100.0	
Bekar	4	11.4	7	20	6	17.1	7	20	6	17.1	5	14.3	
	(44.6)		(77.8)	(60.0)		(77.8)		(85.7)		(62.5)	35	100.0	
Genel Toplam	9	17.3	9	17.3	10	19.2	9	17.3	7	13.5	8	15.4	
	(100.0)		(100.0)	(100.0)		(100.0)		(100.0)		(100.0)	52	100.0	

- Parantezdeki değerler kolon yüzdeleridir.

TABLO 15 : YOÇUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN MESLEKTE GEÇEN TOPLAM SÜRELERİ (YIL)

Hastane Adı Çalışma Süresi (Yıl)	Sağlık Bakanlığı		Üniversite Hastanesi		Sosyal Sigortalar		Genel Top.	
	Kurumu		Kurumu		Kurumu		Kurumu	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1 - 3	2	12.5	3	18.75	2	12.5	3	18.75
	(22.2)	(33.3)	(20)	(33.3)	4	25	2	12.5
					(57.1)	(25)	(30.77)	100.0
4 - 6	4	25	2	12.5	5	31.25	1	6.25
	(44.4)	(22.3)	(50)	(11.1)	2	12.5	2	12.5
					(28.6)	(25)	(30.77)	100.0
7 - 12	3	18.75	3	18.75	2	12.5	4	25
	(33.4)	(33.3)	(20)	(44.5)	1	6.25	3	18.75
					(14.3)	(37.5)	(30.77)	100.0
12 ve Üstü	-	-	1	25	1	25	-	1
		(11.1)	(10)	(11.1)	(12.5)	(7.69)	4	100.0
Genel Toplam	9	17.3	9	17.3	10	19.2	9	17.3
	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)

- Parantezdeki değerler kolon yüzdeleridir.

TABLO 16 : ÜNİTEKİ HEMŞİRELERİN YOĞUN BAKIMDA ÇALIŞMA SÜRELERİ (YIL)

Hastane Adı	Sağlık Bakanlığı	Üniversite Hastanesi	Sosyal Sigortalar Kurumu											
Çalışma Süresi (Yıl)	Haydarpaşa K.ve G.C.M. Hastanesi	Haseki Dev. Enstitüsü	İ.Ü. Kard. Tıp Fak. Göztepe	S.S.K. Samatya										
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1 - 3	5 (55.6)	17.85 (55.6)	2 (20.0)	7.14 (33.3)	3 (100)	25 (75.0)	6 (53.85)	28 (100.0)						
4 - 6	2 (22.2)	16.66 (22.2)	5 (50.0)	41.66 (11.1)	1 (25.0)	8.33 (23.08)	12 (100.0)							
7 - 12	2 (22.2)	20.00 (11.1)	3 (30.0)	30.00 (44.5)	4 (100.0)	-	10 (19.23)							
12 ve üstü	-	1 (11.1)	-	1 (11.1)	50.0 (11.1)	-	2 (3.84)	10.0						
Genel Toplam	9 (100.0)	17.3 (100.0)	10 (100.0)	19.2 (100.0)	9 (100.0)	17.3 (100.0)	8 (100.0)	15.4 (100.0)	52 (100.0)					

- Parantezdeki değerler kolon yüzdeleridir.

TABLO 17 : ÜNİTE ÇALIŞANLARIN YÖNETİMDEN MEMNUNİYET DURUMU

Hastane Adı Yönetim	Sağlık Bakanlığı Üniversite Hastanesi Sosyal Sigortalar Kurumu													
	Haydarpaşa		Haseki		İ.Ü. Kard.		İstanbul		S.S.K.		S.S.K.			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Memnun	2	11.7	6	35.3	1	5.9	4	23.5	4	23.5	-	17	100.0	
	(22.2)		(66.7)		(10)		(44.4)		(57.1)			(32.69)		
Vasat	-		2	50	-		2	50	-		-	4	100.0	
			(22.2)				(22.2)					(7.69)		
Memnun değil	7	22.6	1	3.22	9	29	3	9.67	3	9.67	8	25.8	31	100.0
	(77.8)		(11.1)		(90)		(33.4)		(42.9)		(100)		(59.62)	
Genel Toplam	9	17.3	9	17.3	10	19.2	9	17.3	7	13.5	8	15.4	52	100.0
	(100.0)		(100.0)		(100.0)		(100.0)		(100.0)		(100.0)		(100.0)	

→Parantezlerdeki değerler kolon yüzdeleridir.

TABLO 19 : ÜNİTEKİ HEMŞİRELERİN EN ÖNEMLİ SORUNLARININ DAĞILIMI

Hastane Adı	Haydarpaşa K.ve Haseki Devlet t.Ü.	Istanbul S.S.K. S.S.K. Genel Toplam	%				
Sorunlar	Göğ.Cer.Merkezi Hastanesi	Kard.En. Tıp Fak. Göztepe Samatya					
- Eleman eksikliği	3	-	6	7	4	29	27.61
- Hizmetiçi eğitim-lerin yetersizliği	-	-	10	2	7	20	19.05
- Yöneticilerin Sorunlarla ilgilenmemesi	1	-	9	-	5	15	14.29
- Görev-yetki ve sorumlulukların belirlenmesi	2	1	2	3	1	12	11.43
- Çalışma saatlerinin fazla olması	1	-	1	1	7	11	10.48
- Araç-gereç eksikliği	-	1	2	4	-	7	6.67
- Çalışanların yemek sorunu	-	-	6	-	-	6	5.71
- Fizik alan yetersizliği	1	1	1	-	-	3	2.86
- Teknik işlerin aksaması	-	-	-	1	1	2	1.90
Genel Toplam	8	3	37	19	13	105	100.0

TABLO 20 : KORONER YOĞUN BAKIMDAKİ MALZEMELER

Genel Toplam	Yok	Var	
6	1	5	1- Acil Arabası
6	-	6	2- E.K.G. Aleti
6	-	6	3- Defibrilatör
6	1	5	4- Aspiratör
6	-	6	5- Air - way (Estüğü)
6	-	6	6- Her hasta başında monitör
6	-	6	7- Merkezi monitör
6	-	6	8- Göğüs elektrotları
6	2	4	9- Yedek elektrik kabloları
6	3	3	10- Ventilatör
6	-	6	11- Ambu
6	-	6	12- O ₂ maskesi ve nazal kanül
6	1	5	13- Kardiyak resüsitasyon için sırt tahtası
6	1	5	14- Laryngoscope
6	1	5	15- Entübasyon tüpü ve gaytı
6	1	5	16- İntrakardiyak iğneler
6	-	6	17- C.V.P. Kateteri
6	2	4	18- C.V.P. ara kordonları ve muslukları
6	-	6	19- Pacemaker kateteri
6	2	4	20- Swan-ganz Kateteri- Arteriyal lineseti- Transdücer

TABLO 20 : YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDEKİ MALZEMELER (DEVAM)

Genel			
Toplam	Yok	Var	
6	2	4	21- Duvara monte edilmiş T.A aleti
6	-	6	22- Turnikeler
6	3	3	23- Havalı yatak
6	-	6	24- Komod
6	3	3	25- Traş makinası
6	2	4	26- C.V.P. arabası
6	2	4	27- C.V.P. kazanı
6	-	6	28- Dikiş takımı
6	3	3	29- Ponksiyon takımı
6	-	6	30- 2,5,10,20 c.c.li enjektörler
6	-	6	31- Seyyar T.A.Aleti ve steteskop
6	1	5	32- Pansuman arabası
6	-	6	33- Makas
6	-	6	34- Abeslank
6	-	6	35- Steril ve unsteril eldiven
6	-	6	36- Bistüriler
6	1	5	37- Oftalmaskop (Göz dibi aleti)
6	-	6	38- Serum setleri
6	1	5	39- Serum damlalık cihazları ve setleri
6	-	6	40- Serum askıları
6	-	6	41- Cetvel
6	-	6	42- İlaç dolabı

TABLO 20 : YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDEKİ MALZEMELER (DEVAM)

Genel Toplam	Yok	Var	
6	-	6	43- Malzeme dolabı
6	-	6	44- Buzdolabı
6	-	6	45- Etajer
6	1	5	46- Seyyar Lamba
6	-	6	47- Pano
6	-	6	48- C.V.P. Bohçaları
6	4	2	49- Tedavi ve yazım proto- kollerinin yazılı olduğu bir el kitabı
6	2	4	50- Dış hatlı telefon
6	-	6	51- Pace maker kutuları
6	-	6	52- Hasta taşıma arabası
6	-	6	53- Sedye
6	-	6	54- Tromeller
6	-	6	55- Pens kavanozları
6	3	3	56- Hasta oturma koltukları
6	1	5	57- Yedek O ₂ tüpleri
6	2	4	58- Stopi aleti
6	1	5	59- Pace gömleği
6	-	6	60- Telefon rehberi
6	-	6	61- Çöp kovaları
6	-	6	62- Flasterler
6	-	6	63- Antiseptik solüsyonlar
6	4	2	64- Tracheotomy seti
6	4	2	65- Thoracotomy seti
6	-	6	66- Pansuman seti
6	2	4	67- Peritoneal dializ seti

TABLO 20 : YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDEKİ MALZEMELER
(Devam)

Genel

Toplam	Yok	Var	
6	4	2	68- Hemodiyaliz filtresi ve minipump hemodiyaliz aleti
6	1	5	69- Sedim sehpası, pipetleri
6	3	3	70- Escabo
6	4	2	71- Intraaortik balon kateteri
6	4	2	72- Dataskop

TARTIŞMA

1960 lı yıllarda kurulmaya başlanan Koroner yoğun bakım üniteleri günümüze değin bir çok gelişme göstermiştir (11,16).

Günümüzde, ülkemizde Kardiyoloji Anabilim dalı yaygın değildir. Ancak çoğu hastanelerde Dahiliye Anabilim Dalına bağlı ve özellikle de iskemik kalp hastalarının akut dönemlerinde tedavi gördükleri koroner yoğun bakım üniteleri ile işbirliği içinde çalışmaktadır.

Koroner yoğun bakım üniteleri İstanbul'da Haydarpaşa Kalp ve Göğüs Cerrahi Merkezinde 1964, İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesinde 1967 ve İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesine bağlı Kardiyoloji Enstitüsünde 1972 yılında kurulmuştur. Çalışmaya alınan diğer hastanelerde ise Sosyal Sigortalar Kurumu (S.S.K.) Samatya Hastanesinde 1985 yılında, S.S.K. Göztepe Hastanesi ve Haseki Devlet Hastanesinde 1988 yılında hizmete girmiştir (Tablo 1).

Günümüz yaşam koşullarında gittikçe artan stres, zorlaşan hayat koşulları, artan içki ve sigara tüketimi, doğal besin kaynaklarının azalması v.b.g. etkenler koroner hastalıklarının artmasına sebep olmakta ve sonucunda yoğun bakım ünitelerine duyulan gereksinim de artmaktadır. Koroner yoğun bakım üniteleri açılırken hangi vakaların kabul edileceği, hastaların ortalama kalış süresi, ünitenin fiziki alanı, yatak sayısı, donanım, teçhizat, çalışacak elemanların nitelik ve niceliği görev yetki ve sorumlulukların belirlenmesi ve standartların geliştirilmesi ünitenin organizasyonu için önemlidir (12,19,22).

TABLO 21 : HASTANEYE YATANLARIN HASTALIKLARA
GÖRE DAĞILIMI (5)

(1986)	Taburcu Olanlar	Ölenler	Yatılan Gün	Ortalama kalış günü
Tüm Hastalıklar	2595548	58836	19122611	7.2
Kr. Romatizmal Kalp hastalığı	12353	828	142994	10.8
İskemik kalp hastalığı	26702	2648	285626	7.8
Kalbin diğer hastalıkları	72619	28898	587952	8.0
Akut Romatizma	12276	54	94158	7.6
Hipertansiyon	25835	1099	201542	8.0

Tablo 21'de görüldüğü gibi 1 yılda hastaneye yatan toplam 2.654.384 hastanın 183.312 si kalp ile ilgili hastalıkları oluşturmaktadır. Bu da % 6.90 gibi önemli bir oranı kapsamaktadır (5). Kardiak hastaların içinde iskemik kalp hastalıkları % 16,01 (n:29350) gibi büyük bir orandır ve bu da Koroner yoğun ünitelerine olan ihtiyacın önemini göstermektedir (5). Ülkemizde 1985-1987 yılları arasında Hızır Acil servisin acil müdahalede bulunduğu hastalara konan teşhislerin sistemlere göre dağılımı şöyledir (6).

Hastalık Vakaları	%
1- Kalp-damar sistemi hastalıkları	33.5
2- Ruh ve sinir hastalıkları	22.9
3- Mide ve barsak hastalıkları	9.7
4- Ortopedi ve travmatoloji hastalıkları	7.7
5- Solunum sistemi hastalıkları	7.0
6- Zehirlenmeler	4.8
7- Üriner sistem hastalıkları	3.8
8- Trafik kazaları	3.1
9- Kadın hastalıkları doğum	1.7
10- Diğer	5.5

Görüldüğü gibi, Hızır-Acil Servisince acil müdahalede bulunulan hastalarda "Kalp-Damar Sistemi Hastalıkları", % 33.5 oran ile ilk sırayı almaktadır.

Çok yararlı ve gerekli olan Yoğun Bakım Ünitelerinin kullanım amacı ve yeterliliği de çok önemlidir. Akut dönem geçtikten sonra hastaların intermediate ya da kardioloji yataklarına alınması yoğun bakım ünitelerinin yerinde ve doğru kullanımını sağlayacak ve ihtiyaca daha iyi cevap verecektir.

Yoğun Bakım Ünitesinde (Y.B.Ü) ideal yatak sayısı 8-10 olmalı 12 yi geçmemelidir (9,17). Bu sayı hastane genelinde

her 35-40 hasta yatağına bir Y.B.Ü yatağı olarak da hesaplanabilir (13). Bir hasta odası alanı da 10-12 m² olmalıdır.

Çalışmamız kapsamındaki altı hastanede Haydarpaşa Kalp ve Göğ. Cer. Merkezi 80 m² alanda 11, Haseki Devlet Hast. 80 m² alanda 4, İ.Ü. Kardiyoloji Enst. 380 m² alanda 10, İ.Ü. İst. Tıp Fak. 200 m² alanda 6, S.S.K. Göztepe Hast. 354 m² alanda 8 ve S.S.K. Samatya Hast 450 m² alanda 8 Koroner Yoğun Bakım yatağı ile hizmet vermektedir (Tablo 1,2).

Görüldüğü gibi yatak sayısı ve yatak başına düşen alan oranları farklılık gösterse de, standart değerler ile olumsuz yönde çok açık bir farklılık görülmektedir.

Bu hastanelerde Yoğun Bakım Ünitesinin rasyonel bir şekilde kullanılması için gerekli olan intermediate (orta) Yoğun Bakım Ünitesi ve Kardiyoloji servislerinin varlığı incelendiğinde; Haydarpaşa Kalp ve Göğ. Cer. Merkezi, Haseki Devlet Hastanesi, İst. Tıp Fak. Hastanelerinde intermediate yoğun bakım ünitesi, S.S.K. Göztepe ve S.S.K. Samatya Hastanelerinde ise kardiyoloji servislerinin bulunmadığı gözlenmiştir (Tablo 2). Buna karşılık özel dal hastanesi olması nedeniyle İ.Ü. Kard.Ens.'de altı yataklı bir intermediate (orta) yoğun bakım ünitesi ve 185 Kardiyoloji yatağı bulunmaktadır (Tablo 2).

Onbir yataklı Haydarpaşa K. ve Göğ Cerrahi Merkezi ve dört yataklı Haseki Devlet Hastanesi yoğun bakım ünitelerinin olası en kısa zamanda yatak sayısının arttırılacağı ve ihtiyaca cevap verebilecek hale getirileceği ve de intermediate (orta) yoğun bakım ünitelerinin de yapılacağı görüşmelerimiz sırasında öğrenilmiştir.

Yoğun bakım sonrası gerekli bakım ve tedavinin yapılabilmesi için, externe edilecek yatak olmadığında, hastaların Y.B.Ü de kalış süreleri uzamakta ve yeni hastaları yatırma

olanağı kısıtlanmaktadır. Çalışmamızda da İstanbul Tıp Fak. Hastenesi ve S.S.K. Samatya Hast. dışında dört yoğun bakım ünitesine, yatak yetersizliği nedeniyle, yatması gereken hastaların hepsinin yatırılmadığı öğrenilmiştir (Tablo 3). Böylesine önemli ve acil bir hastalıkta hastaya yatak bulunamaması bu merkezlerde sağlık sisteminin gerektiği gibi düzenli olmadığını göstermektedir.

Yoğun bakım ünitelerinin bütçeleri çoğu kez hastane bütçesinden karşılanmaktadır. Ancak üniversite hastanelerinde mevcut vakıflara gönüllü ve istekli zengin hastaların bağışları ile ek giderler karşılanabilmektedir (Tablo 3).

Yoğun bakım ünitelerine acil olan her hasta nerden gelirse gelsin kabul edilmekte ancak S.S.K. Hastaneleri kendi üyeleri dışındaki hastaları kabul edememektedir (Tablo 3). Diğer hastanelerde de Sağlık güvencesi olmayan ve ücret problemlili hastalar acil durumlarda yatırılarak tedavi altına alınmakta ama olabildiğince erken taburcu edilmeye çalışılmaktadır. Çünkü, yapılan tetkikler ve yatak ücreti gün geçtikçe artmakta hasta bunu ödeyememekte ve sonucunda kurum zarar görmektedir. Bu da günümüz koşullarında sağlık sigortasının önem ve gerekliliğini vurgulayıcıdır.

Çalışmamızda, incelediğimiz hastanelerde Y.B.Ü. lerinin bir günde kabul ettikleri hasta sayısı 1-5 arasında değişmektedir. Yatak sayısı fazla olan ünitelerde sirkülasyonda daha fazla olduğu için kabul edilen hasta sayısı da fazla idi (Tablo 3).

Y.B.Ü. lerinde ortalama yatış süresi farklılıklar göstermektedir. Haydarpaşa K ve Göğ. Cerrahi merkezinde ortalama yatış 2-5/ gün iken İ.Ü. İst.Tıp Fak. de 7-10 gün olarak belirlenmiştir.

Diğer hastanelerde de 3-7 gün arasında değişmektedir (Tablo 3). Tabii ki, klinik tablo, hastalığın seyri de yatış süresini etkileyicidir.

Koroner Yoğun Bakım Ünitesi hastanenin kolay ulaşılabilir merkezi bir yerinde mümkünse hastane girişine yakın ve genel yoğun bakım ünitesi varsa bunun yakınında olmalıdır (9,22,24,32). Oysa Haydarpaşa K. ve Göğ. Cerrahi merkezi ve S.S.K. Göztepe Hastanesinde giriş katında iken S.S.K. Samatya hastanesinde altıncı katta diğer hastanelerde ise orta katlarda bulunmaktadır (Tablo 4).

Üst katlarda bulunan Y.B.Ü. leri için ayrı bir asansör ya da en azından yeterli sayıda asansör bulunması, acil gelen hastalarda zaman kaybını önleyecektir. Haydarpaşa K. ve Göğ. Cerrahi Merkezi ve S.S.K. Göztepe Hastanelerinde Koroner Yoğun Bakım ünitelerinin giriş katında olması nedeniyle asansör sorunları olmadığı, diğer dört hastanenin ise asansörlerinin yetersiz olduğu gözlenmiştir (Tablo 4).

Ünitenin yoğun trafiğinin aksamaması, hasta, personel ve araç gerecin rahatlıkla girmeleri için ayrı ayrı ve geniş kapılar bulunması, olması gereken ve istenilen koşullardır.

Yaşamsal bir tehlikeye örneğin yangına karşı daima açık tutulan bir kapı olmalıdır. Bu da bir koroner yoğun bakım ünitesinde birden fazla giriş çıkış kapısının bulunma zorunluluğunu açıklayıcıdır. Böyle bir yaşamsal tehlike durumunda yatağa bağımlı hastaların kolayca çıkarılabileceği bir çıkış yolu gereklidir. Oysa incelenen 6 ünite de tüm giriş-çıkışlar tek kapıdan sağlanmaktadır (Tablo 4). Özellikle hastanenin orta ve üst katlarında bulunan bu ünitelerde bir facia durumunda hastaların tek bir kapıdan nasıl çıkarılabileceği pek anlaşılamamıştır.

Exitus olan hastaları, diğer hastalara göstermeden ve hissettirmeden, hastanenin diğer bölümlerinden geçirilmeden ayrı bir yoldan morga taşımak çok önemli bir konudur. Oysa bu, ne üniversite ne S.S.K. ne de devlet hastanelerinde düşünülmemiş, ex olan hastalar sedyelerde çarşafı sarılı olarak hasta ve ziyaretçilerin önünden geçirilerek taşınmaktadır (Tablo 4).

Yoğun Bakım Ünitesinde ex olan hastaların morga taşınma zamanı hastanelerde farklılık göstermektedir.

Exitus olan hastalar Haydarpaşa K. ve Göğ. Cerrahi Merkezinde exitustan 0,5- 1 saat, Haseki Devlet Hastanesi ve İ.Ü. K. Enst. de 0,5 saat, İst. Tıp Fak. ve S.S.K. Samatya hastanesinde bekletilmeden (hemen), S.S.K. Göztepe Hastanesinde 1 saat sonra morga götürülmektedir (Tablo 4).

Yoğun bakım ünitelerinin öz amacı fonksiyonların en kısa zamanda ve en etkin biçimde yapılabilmesidir. Bunun için araç-gereç ve personelin yanı sıra fizik ortamında uygun olması önemli bir faktördür (18).

Çalışmamızda Y.B.Ü.'sinin girişinde olması gereken danışma Haydarpaşa K. ve Göğ. Cerrahi Merkezi, Haseki Devlet Hastanesi, İst. Tıp Fakültesi ve S.S.K. Samatya hastanelerinde yoktur (Tablo 5). Oysa hasta sahiplerinin ilk bilgi alacakları yer danışmadaki danışman ya da sekreter olmalıdır. Danışma olmayınca hasta ziyaretçileri hatta hasta ile ilgisi olmayan kişiler Yoğun Bakım Ünitesine girebilmekte, görevli hekim ve hemşireyi meşgul etmekte ve en önemlisi hastaya harcanması gereken zaman boşa harcanmış olmaktadır. Diğer yandan hastası hakkında bilgi edinmek isteyen hasta yakınları danışma ya da bilgi edinecekleri bir bölüm olmadığı için doğrudan Y.B.Ü.'sine girebilme çabası göstermektedir.

Acil durumda olan hastaların yakınlarının beklemesi için bekleme salonları, hatta refakatçi odaları, uygun şartlarda, kişilerin doğal ihtiyaçlarını karşılayabilecek, rahatlatıcı özelliklere sahip olmalıdır (3,6,17,21,24).

Yeterli büyüklükte bir bekleme salonu, hasta ve hasta yakınlarının beklerken yaşadıkları psikolojik baskıyı hafifletecek düzenleme ve gereksinimleri karşılayabilecek unsurları içermelidir. Bekleme salonunda dışa açılan pencereler, oturma yerleri, otomatik yiyecek içecek makinaları, ya da yiyecek içecek satan büfeler, gazete satış yerleri, telefon, duvarlarda göze hoş gelen, iç açıcı resim ve fotoğraflar, TV, video, müzik yayını, çeşitli dergi ve mecmualar ile bunları okuyabilmek için okuma masası, çiçekler, iyi bir ışıklandırma, yeterli sayıda lavabo ve tuvaletler olmalıdır (3,6,17,21,24).

Araştırma yaptığımız altı hastanenin hiçbirinde olması gereken özelliklerde bekleme salonu olmadığı gibi ziyaretçi odaları da yoktur. Sadece İ.Ü. Kar. Enstitüsünde Y.B.Ü. si girişinde yalnızca içinde kanepeler ve duvarlarda tablolar bulunan, sekreter kontrolüyle kullanılabilen dış hatlı telefonu olan bir bekleme salonu bulunmaktadır. S.S.K. Göztepe Hastanesinde orta yoğun bakım ve Y.B.Ü. bölümünün birlikte kullandığı, ünite içinde, ancak çok gerekmedikçe hasta sahiplerininde alınmadığı, oturma koltukları ve duvarlarda tabloların bulunduğu bir oturma salonu vardır (Tablo 5).

Y.B.Ü.'lerinde çalışanların daha verimli ve etkin çalışabilmeleri için kendilerine ait güvenli, sağlıklı, yeterli fizik alana sahip soyunma, giyinme ve dinlenme odaları olmalıdır (6,17,18). Yorulan elemanlar bir bardak çay içerek yorgunluklarını atıp tekrar şevk ve istekle işe başlarlar. Oysa sağlık merkezleri olan hastanelerimizde çalışanların fizyolojik ve psikolojik sağlıkları çoğu kez ihmal edilmekte

ve önemsenmemektedir. Sadece İ.Ü. Kardiyoloji Enstitüsünde hekim, hemşire ve hizmetlinin birlikte oturabileceği küçük bir yer, İst. Tıp. Fak.'si ve S.S.K. Göztepe Hastanesinde gereksinimlere cevap vermeyen ama sembolik birer dinlenme odaları mevcuttur (Tablo 5).

Araştırmamız kapsamına alınan her hastanenin yöneticisi Y.B.Ü.'si elemanlarına sürekli ve yoğun eğitim sunulması gerekliliğini ve arzusunu vurgularken altı hastanenin hiçbirinde eğitim ya da seminer için ayrılan bir oda bulunmaması üzücü ve hayret vericidir (Tablo 5).

Y.B.Ü. de hasta odaları, pace maker uygulamaya uygun değilse ünite içinde bir pace maker odası olmalıdır. Bu odada pace takılması yanı sıra trakeostomi, pulmoner artere kateter yerleştirilmesi v.b.g. küçük cerrahi girişimler de yapılabilir (18,24). Oysa, Haydarpaşa K. ve G. Cerrahi Merkezi ve Haseki Devlet Hastanesinde pacemaker odası bulunmaktadır. İstanbul Tıp Fakültesinde ise bu işlem hasta odalarında yapılabildiği için ayrı bir pace maker odasına gereksinim duyulmamıştır (Tablo 5).

Enfeksiyon riski olan, ajite ya da herhangi bir nedenle diğer hastalardan ayrı tutulması gereken hastalar için hasta yatağı yanında acil müdahale de gereksinim duyulabilen aletlerin bulunduğu, yeterli büyüklükte ($22 m^2$) bir tecrit odası olmalıdır. Bu odanın personeli ayrı olmalıdır. Tecrit odası ile koridor arasında koruyucu gömlek, maske ve kep giymek, elleri antiseptik solüsyonlar ile yıkamak çeşitli aletleri temizleyebilmek ve kirli malzemeleride torbalamak için ön oda gereklidir (17,18). Oysa araştırma yaptığımız Yoğun Bakım Ünitelerinin hiçbirinde tecrit odası yoktu (Tablo 5).

Çalışanların ve özellikle 36 saat nöbet tutan hekimlerin gerektiğinde duş alabilecekleri bir banyonun yapılması zor bir olay değildir. S.S.K. Göztepe Hastanesi hariç hiçbir

hastane de banyo gereksinimi düşünülmemiştir (Tablo 5).

Hastane altyapı ve fiziksel alan düzenlenmesinde belli faktörlerin, gereksinimlerin yeterince düşünülmediği, düşünülse ihmal edildiği, üzerinde durulmadığı bilinmektedir.

Neyseki tuvalet, Haydarpaşa K. ve Göğ. Cerrahi Merkezi dışında hepsinde mevcut idi (Tablo 5).

Fizik yapı ve içinde bulunan bölümleri ile S.S.K. Göztepe Hastanesi en iyi durumda olup İ.Ü. Kardiyoloji Enstitüsü bunu izlemektedir. Haydarpaşa K. ve Göğ. Cerrahi Merkezi ve Haseki Devlet Hastanesi Y.B.Ü. leri plansız ve yetersiz alt yapıları ile en kötü örneği oluşturmaktadır.

Yoğun bakım hastalarında her an bir müdahale gereksinimi, acil durum, exitus gibi olayların olabileceği saviyla tüm odaların ses geçirmez, tek kişilik ve yeterli genişlikte olması öngörülmektedir (9,13,18,22).

Standartlara göre bir hasta odası 10-12 m² genişlikte, tavan yüksekliği en az 2,5m.hasta yatağının pencere, lavabo, dolap gibi malzemelere uzaklığı en az 1 m. olmalıdır. Hasta yatağının gerektiğinde kapıdan rahatlıkla girip çıkabilmesi için geniş bir kapı ve kapı ile yatak arasında en az 1,5 m. uzaklık olmalıdır (3,17,34,36).

Oysa Haseki Hastanesi, İst. Tıp Fakültesi ve S.S.K. Samatya Hastanesi dışında diğer hastanelerde tek, çift ve koğuş şeklinde yataklar mevcut idi (Tablo 6).

Kullanılan araç-gerecin rahatlıkla sığması ve tıbbi müdahale için gerekli olan hasta odası fizik alanı İ.Ü. Kardiyoloji Enst., İst. Tıp Fakültesi ve S.S.K. Göztepe Hastanesinde yeterli, Haydarpaşa K. ve Göğ. Cerrahi Merkezi, Haseki Hastanesi ve S.S.K. Samatya Hastanesinde yetersiz

olduğu gözlenmiştir (Tablo 6).

Gerektiğinde geçici pacemaker'in hemen takılabilmesi için hasta odalarının bu işlem için uygun olması da önemli bir konudur. Ancak bu sistem sadece İst. Tıp Fakültesinde bulunmaktadır (Tablo 6).

Gözlem, yoğun bakım hemşireliğinin özüdür. Y.B.Ü.'sinin ortasında ve tüm hastaların rahatlıkla görülebileceği pozisyonda bir hemşire istasyonunun bulunması çok önemli bir konudur. Çalışmamızda incelenen hastaneler içinde Haydarpaşa K. ve Göğ. Cerrahi Merkezi, İ.Ü. Kardiyoloji Enstitüsü ve S.S.K. Samatya Hastanesinde hemşire istasyonundan tüm yataklar görülememektedir. Bunun nedenide büyük bir olasılıkla plansız yapılanmadır (Tablo 6).

Hastaların tüm zamanlarını geçirdikleri hasta odalarının inşasından dekôrasyonuna kadar özen gösterilmelidir (33). Güzel bir fizik çevre hastanın çeşitli korku ve kaygılarını azaltıcı, dinlendirici ve moral vericidir.

Hasta odalarında dışa açılan bir pencere, takvim v.b.g. özellikler hastanın oriyantasyonunu kolaylaştırıcıdır (18). Penceresiz 24 saat lambayla aydınlanan odalarda yatan hastaların günleri adeta unuttukları, dış ortamla ilişkilerinin kısıtlandığı ve böyle yerlerden rahatsız oldukları gözlenmiştir.

Dışa açılan pencere Haydarpaşa K. ve Göğ. Cerrahi Merkezi ve İ.Ü. Kardiyoloji Enstitüsü Yoğun Bakım Ünitesinde hasta odalarında olmamasına karşın diğer ünitelerde mevcut idi (Tablo 6). Y.B.Ü.'de zaman kaybetmeden erken müdahale edilebilmesi için her hasta odasında bazı araç gereçlerin ve donanımın bulunması gerekir. Bunlar merkezi O₂ sistemi, monitör, yeterli sayıda priz, duvara monte T.A. aleti, kısmi aydınlatıcı lamba, zil sistemi, merkezi havalandırma,

ventilötör sistemi v.b. dir (13,18,22,24,25,35).

Haydarpaşa K. ve Göğ. Cerrahi Merkezinde zil sistemi, Haseki hastanesinde duvara monte T.A aleti, ventilatör sistemi, merkezi havalandırma, İ.Ü. Kardiyoloji Enstitüsünde kısmi aydınlatıcı lamba, zil sistemi, ventilatör sistemi, İst. Tıp Fakültesinde merkezi havalandırma ventilatör sistemi bulunmamakta (bunların dışındakiler bulunmakta) idi. S.S.K. Göztepe Hastanesi Yoğun Bakım Ünitesi odalarında bu sistemlerin hepsi mevcut, S.S.K. Samatya Hastanesinde ise kısmi aydınlatıcı lamba, merkezi havalandırma ve ventilatör sistemleri mevcut değildi (Tablo 7).

Odalardaki araç gereç yönünden S.S.K. Göztepe hastanesi en iyi durumda olup Haydarpaşa K. ve Göğ. Cerrahi Merkezi bunu izliyordu.

Yoğun Bakım Ünitesine gelen hastaları muayene etmek, öykü almak, bulgularını kayıt etmek hekimlik mesleğinin uygulanmasında önemli bir görevdir. Bireyin gelecekteki sağlık durumunun bilinmesi ve izlenebilmesi, o günkü bilgilerin düzgün, eksiksiz ve doğru bir şekilde saptanarak yazılmış olmasına bağlıdır (6). Çünkü kayıtlar gerçekleşenleri belirleyen yazılı belgelerdir.

Düzenli ve titiz kayıt tutma işlemi, iyi hasta bakımı ve hizmet sunumuna öncülük eder. Ayrıca kayıt sistemindeki düzenlilik sunulan hizmetin niteliğini vurgulayıcıdır. Hasta bakımının iyi olması kadar uygulanan bakım ile onun dokümanları arasındaki ilişki de bilinmelidir.

Çoğu ülkelerde hekim bulgularının kayıt edilmesinde tıbbi sekreterler görev almasına karşın ülkemizde tıbbi kayıtların bu tür eğitime sahip kişilerce tutulması görüşüne ancak Ankara'da "tıbbi sekreterlik yüksek okulunun" açılmasıyla adım

atılmıştır (6).

Araştırma yapılan hastanelerde yatan hastaların kayıtları Haydarpaşa K. ve Göğ. Cerrahi Merkezinde sekreter, S.S.K. Göztepe Hastanesinde hemşireler tarafından Bilgisayar ile., Haseki Hastanesi ve S.S.K. Samatya Hastanesinde hekim ve hemşire tarafından el ile., İ.Ü. Kardiyoloji Enstitüsünde sekreter, İst. Tıp Fakültesinde hemşireler tarafından el ile tutulduğu saptanmıştır (Tablo 8).

Düzenli, eksiksiz, zamanında ve doğru kayıt tutma işlemi iyi hasta bakımı ve hizmete öncülük edecektir. Bu kayıtların gerçekçi, yeterli ve kalıcı olması için günümüz koşullarında bilgisayarlaştırılmış bilgi sistemlerine geçmek kaçınılmazdır. Çünkü kayıtlar, tutulan zaman diliminde ne yapıldığını ve hizmet yönünden neler yapılabileceğini en doğru olarak gösterebilen yazılı dokümanlardır. Bilgisayarlaşmış bilgi sistemine geçmeden tutulan kayıtlar ise, kişinin zamanının büyük bir bölümünü almakta, daha önemli ve öncelikli işlere ayıracığı zamanı azaltmaktadır.

Y.B.Ü. lerinde maddi yetersizlikler nedeniyle sürekli disposable malzeme kullanılamadığından malzemelerin hazırlanıp steril edilmesi hemşirelerin önemli bir zamanını almaktadır.

Sterilizasyon işlemleri, Haydarpaşa K. ve Göğ. Cerrahi merkezi, Haseki, İst. Tıp Fakültesi, S.S.K. Göztepe Hastanelerinde merkezi sistemle, İ.Ü. Kardiyoloji Enstitüsü, S.S.K. Samatya Hastanesinde çeşitli yöntemlerle yapılmaktadır (Tablo 8).

Acil durumlarda kullanılan elektronik cihazların belirli periyodlarla bakımdan geçmesi çıkabilecek problemleri önleyecektir.

T. C.
Yükseköğretim Kurulu
Dokümantasyon Merkezi

Araştırmamızda Haydarpaşa K. ve Göğ. Cerrahi Merkezi ve S.S.K. Göztepe Hastanesi dışında diğer dört hastanede de teknik bakım ve onarım yetersizliği nedeniyle acil durumlarda aletlerin bozulabildiği ve sorunlar çıktığı öğrenilmiştir (Tablo 8).

Koroner Yoğun Bakım ünitesindeki hastaların tedavi, bakım ve fiziksel istirahatın yanı sıra ruhsal yöndende tam bir rahatlık içinde olmaları gerekir. Bu bakımdan kısa süreli olmak koşuluyla hastanın çok sevdiği kişileri uygun zamanlarda ziyarete almak hasta için yararlı olacak, ruhsal sağlığını olumlu etkileyecektir.

Haydarpaşa K. ve Göğ. Cerrahi Merkezi dışında diğer hastanelerde haftada 2 ya da hergün 5 -10 , bir yada iki kişi, hastanın ve ünitenin uygunluk durumuna, gelenlerin yakınlık derecesine göre ziyaretçi kabul etmektedir (Tablo 8).

Ünitenin yönetim ve organizasyonunda görev, yetki ve sorumlulukların net olarak belirlenmesi görev karmaşasını önleyecek ve işlerin daha etkin ve rahat yürümesini sağlayacaktır. Oysa çalışmamızda hastanelerimizde böyle protokollerin mevcut olmadığını üzüntü ile gözledik. Ancak tedavi ve bakım için önemli ve gerekli olan yazılı protokoller panolarda asılı idi (Tablo 9).

Sorumlu ve diğer hemşireler ise "Görev, yetki ve sorumluluklar, yeni çıkan uygulamalar, aletler, ilaçların kullanımı, yönetmelikler, iş tanımları" gibi konuların yazılı protokoller halinde bulunmasının çalışma ve düzene yardımcı olacağını, vurguluyorlardı (Tablo 9).

Bu protokollerin tıbbi personel ya da uzman kişilerce hazırlanması ve yazılı olarak üniteye bulunması, periyodik olarak kontrol edilmesi çalışma koşullarını rahatlatacaktır.

K.Y.B.Ü. şeflerinin bu dalda deneyimli ve uzman olmaları gerektiği için en az Kardiyolog ya da Doçent ünvanlarına sahip olmaları gerekir (24,25,29).

I.Ü. Kardiyoloji Enstitüsü ve I.Ü. Tıp Fakültesi Koroner Yoğun Bakım Şefleri Prof. ve Kardiyolog ünvanlarına sahip kariyeri en yüksek yöneticiler idi. Yoğun bakım ünitesi şefleri, Haseki Hastanesinde Doç (Dahiliye), Haydarpaşa K. ve Göğ. Cerrahi Merkezi ve S.S.K. Göztepe Hastanesinde dahiliye uzmanı ve Kardiyolog, S.S.K. Samatya Hastanesinde dahiliye uzmanı ünvanlarına sahip idiler.

Y.B.Ü.'de şef dışında diğer hekimler nöbet sistemi ile çalışmakta ve hastane içi rotasyon yapmaktadırlar. Bu sistemde çalışma, öğretim ve eğitim birlikte yürümekte idi.

Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde hemşire sayısı toplam her hastaya 2 hemşire olarak ya da bir hemşireye 1 ya da 2 hasta düşecek şekilde ayarlanmalıdır (3,10).

Oysa, araştırma yaptığımız hastanelerde Haydarpaşa K. ve Göğ. Cerrahi Merkezinde 11 yatağa 9, Haseki Devlet Hastanesinde 4 yatağa 12, I.Ü. Kardiyoloji Enstitüsünde 10 yatağa 16, İst. Tıp Fakültesinde 6 yatağa 9, S.S.K. Göztepe Hastanesinde 8 yatağa 7, S.S.K. Samatya Hastanesinde 8 yatağa 10 hemşire hizmet vermektedir.

Standartlara göre örn : 5 yataklı bir üniteye toplam 10 hemşire olması gerekir (3,10). Bu durumda sadece Haseki hastanesi dışında diğer hastaneler standartın altında kalmaktadır. Özellikle Haseki Devlet Hastanesinde 4 yatağa 12 hemşire hizmet verirken Haydarpaşa K. ve Göğ. Cerrahi Merkezinde 11 yatağa 9 hemşire hizmet sunmaktadır.

Bağlık bakanlığına bağlı bir hastanede 1 yatağa 3 hemşire yine Sağlık Bakanlığına bağlı bir başka hastanede 1

yatağa 1 hemşire hizmet vermektedir. Bu da ülkemizdeki Sağlık sisteminin çalışmasındaki çarpıklığı göstermektedir. Y.B.Ü.'-lerinde çalışma şekli kurumun politikasına ve eleman sayısına göre farklılıklar göstermektedir.

Yönetmelikte öğle tatili yapılmaksızın hemşirelerin günde 8 saat çalıştırılması öngörülmektedir.

Çalışma yaptığımız hastanelerde ünite sorumlu hemşireleri daima 8⁰⁰-16⁰⁰, 8⁰⁰-17⁰⁰ saatleri arasında gündüz çalışmaktadırlar. Yatak başı hemşireleri: Haydarpaşa K. ve Göğ. Cerrahi Merkezinde sayılarının az olması nedeniyle nöbet sistemiyle çalışmakta, ayda 160 saat yerine 180 saat hizmet vermekte, karşılığında izin ya da ücret alamamaktadırlar. Haseki devlet hastanesi hemşire sayısı en fazla olan ünite olarak, her zaman 8 saat vardiya sistemiyle hizmet vermektedir. İ.Ü. Kardiyoloji Enstitüsünde hafta içi 8 saat vardiya, hafta sonu 12 saat nöbet şeklinde çalışılmaktadır. İst. Tıp Fakültesinde yine eleman eksikliği nedeniyle akşamları 12 saat tek hemşire nöbet tutmaktadır. Bu ise Y.B.Ü. için uygun değildir. Çünkü zamanın uzun olması dikkati azaltacaktır. S.S.K. Göztepe hastanesinde hemşireler gündüz 9 saat normal mesai, hafta sonu 12 saat nöbet, hafta içi gece 15 saat tek bir hemşire nöbetçi kalmaktadır. Çalışma saatleri bakımından en kötü durumda olan ünite S.S.K. Samatya Hastanesidir. Gündüz 9 saat, mesai, akşam 16, hafta sonu 24 saat nöbet şeklinde çalışmaktadır.

Bedensel ve zihinsel olarak yoğun bir tempoda çalışan Y.B.Ü. elemanlarının böylesine çalıştırılması sağlıklı değildir. Akşam 16 saat çalışan hemşireler hafta sonu aralıksız 24 saat nöbet tutmaktadır (Tablo 10).

Sürekli tedavi, bakım ve skopta ritm izlenmesi gereken bir yerde bir insanın 24 saat uyanık ve dikkatli kalması olası değildir ve de bu durum çalışma koşullarına aykırıdır.

Çalışmada:

Haydarpaşa K. ve GÖğ. Cerrahi Merkezi ve Haseki Hastanesinde Koroner yoğun bakım hemşirelerinin tümü Sağlık Lisesi Mezunu, İ.Ü. Kardiyoloji Enstitüsünde % 40 ı Sağlık Lisesi % 10 u Ön Lisans, % 50 si üniversite mezunu olup 1 hemşire doktora eğitimi yapmakta idi. İst. Tıp Fakültesinde % 44,5 i Sağlık Lisesi, % 11 i Ön Lisans, % 44,5 i üniversite mezunu olup 1 hemşire doktora eğitimi yapmakta, S.S.K. Göztepe Hastanesi Koroner yoğun bakım hemşirelerinin % 72 si Sağlık Lisesi % 28 i üniversite mezunu, S.S.K. Samatya Hastanesinde % 37,5 Sağlık Lisesi, % 25 Ön Lisans, % 37,5 üniversite mezunu olarak görev yapmaktadır (Tablo 11).

6 Koroner yoğun bakım ünitesinde görevli toplam 52 hemşirenin % 65,38 (n:34) i Sağlık Lisesi, % 7,69 (n:4) u Ön Lisans, % 26,93 (n:14) ü üniversite mezunu olup bunların % 3.85 (n:2) i doktora eğitimi yapmaktadır (Tablo 11). Y.B.Ü. hemşirelerinin kardiyak hastalıkların bakım tedavi ve uygulamaları konusunda uzmanlaşmaları ve daha başarılı, verimli olabilmeleri için gerekli eğitimlerden geçmeleri şarttır. Bu eğitimler çeşitli yöntemlerle yapılabilir. Araştırma kapsamına alınan 52 hemşirenin % 13.46 sı çeşitli eğitim programlarına katılmış, % 11,54 ü çalışma saatleri içinde sorumlu hemşire tarafından eğitilmiş olup % 75 oranında hemşire grubu ise Koroner yoğun bakım ünitesinde göreve başlamadan ve de görev esnasında özel bir eğitim almadıklarını, hizmet içi eğitim programı uygulanmadığını, gerekli bilgileri ancak kendi gayret ve çabaları ile edindiklerini ifade etmişlerdir (Tablo 12).

Bu bulgular bize eğitim ve öğretime gereken önemin verilmediğini, kişinin öğrendiklerinin davranışlarına yansımaları için eğitim ve öğretimin sürekli olması gerektiğini hatırlatmaktadır.

Y.B.Ü hemşirelerinin eğitimi konusunda Haydarpaşa K. ve Göğ. Cerrahi Merkezi yetkilileri ünite de bireysel eğitimi, Haseki Hastanesi yetkilileri hekim ve sertifikalı hemşirelerin verecekleri eğitimi, İ.Ü. Kardiyoloji Enstitüsü yetkilileri ise hemşirelik öğretimi sırasında (okulda) branşlaşma ve okul sonrası yoğun bakım kurslarına katılımı gerekli görmekte idi. S.S.K. Samatya ve Göztepe Hastaneleri yetkilileri hizmet içi eğitimle Y.B.Ü kurslarına katılımın yeterli olabileceği görüşünde idiler (Tablo 13).

İ.Ü. Kardiyoloji Enstitüsünde bireysel eğitim diğer tüm hastanelerde ise hizmet içi eğitim programlarının yapılma-ya çalışıldığı söylenmiştir (Tablo 13).

Y.B.Ü. çalışan hemşirelerin % 67, 31 i (n:35) bekar, % 32,69 u (n:17) evli idi (Tablo 14).

Genellikle genç ve bekar hemşirelerin daha enerjik ve dinamik olmaları, aile sorumluluklarının fazla olmaması hem kendilerinin Y.B.Ü. sini seçmelerine hem de ünite yetkililerince tercih edilmelerine etken olmaktadır.

Hemşirelerin hemşirelik mesleğinde geçen toplam süreleri % 30,77 si 1-3 yıl, % 30,77 si 4-6 yıl % 30,77 si 7-12 yıl, % 7,69 u 12 yıldan daha uzun bir süre idi (Tablo 15).

Hemşirelerin Y.B.Ü de çalıştıkları süre ise % 53,85 i 1-3 yıl, % 23,08 i 4-6 yıl % 19,23 ü 7-12 yıl % 3,84 ü 12 yıldan daha uzun bir süre idi. 52 hemşireden yalnızca % 3, 84 ü (n:2) oranında hemşire 12 yıldan fazla süredir. Y.B.Ü'de çalışmakta idi (Tablo 16).

Yoğun bakım ünitesinde görev yapan toplam 52 hemşireden % 59,62 ((n:31)sinin yönetimden memnun olmaları kanımızca yönetim şeklinde bazı

değişiklikler ve yeni düzenlemeler yapılmasının yararlı olacağını göstermektedir (Tablo 17).

Y.B.Ü. lerinde hemşire ve yardımcı personelden sorumlu olan bir sorumlu hemşire, tıbbi ve idari yönetimin tümünden sorumlu olan bir yönetici hekim bulunmaktadır. Hekimler kürsü başkanına ya da başhekime, sorumlu hemşire ise başhemşire veya hemşirelik hizmetleri müdürlüğüne bağlıdır.

Gerek hastane genelinde gerekse Y.B.Ü. de yöneticiliğin sadece hekimler tarafından yürütülmesi bazı problemler yaratabilmektedir. Hekimin ilk ve en önemli görevi hasta bakımı ve tedavisidir. Y.B.Ü. lerinin yetersizliği yanı sıra hekimlerin yoğun bir çalışma içinde olduğuda yadsınmamalıdır.

Y.B.Ü. şefi olan hekimin öncelikle yapacağı işler arasında hasta müayene etmek, vizit gezmek, pacemaker takmak, kateter, anjioplasti, valvüloplasti yapmak, derslere girmek v.b.g. zamanının tümünü dolduracak pek çok görev ve sorumluluğu vardır. Bunlardan kalan zamanda ünitenin ve çalışanların sorunları ve gereksinimleri ile ilgilenmek zorundadır. Sorumlu hemşire içinde benzer durum geçerlidir. Hasta bakım ve tedavisini denetlemek, çalışanları yönlendirmek ve değerlendirmek yanı sıra, kırtasiye işleri, teknik işler, ev idaresi hizmetleri v.b.g. ikinci derecede önemli diğer işlere zamanını harcamaktadır.

Oysa yönetim için bu konuda uzmanlaşmış paramedikal kişilerden yararlanmak ve her hizmet bölümünün görev, yetki ve sorumluluklarını belirlemek, sorunu biraz olsun çözümleyecektir.

Çalışmamızda yoğun bakım ünitelerinde görevli yönetici hekimlerin en önemli sorunları önem sırasına göre fizik alan yetersizliği, eleman yetersizliği, mali yetersizlikler ve donanım-teçhizat eksikliği idi (Tablo 18).

S.S.K. hastanelerinde fizik alan diğer hastanelere oranla daha geniş olmasına karşın bu hastaneler de yetersizlikten yakınmaktadır (Tablo 18).

Mali açıdan yine en iyi durumda olan ve ilaç, araç-gereç, teçhizat sağlamada pek güçlük çekmeyen S.S.K. hastanelerinin bu konuda üniversite ve Devlet hastanelerinden çok iyi durumda oldukları gözlenmiştir (Tablo 18). Fakat S.S.K. hastanelerinin, hizmet verdiği kesime oranla, sayıca az oluşu talebi karşılayamamakta ve hekim yetersizliği sorununuda birlikte getirmektedir.

Çalışma yaptığımız hastanelerdeki yoğun bakım ünitesi şeflerine "bir hemşireyi göreve (işe) alırken önem verdikleri özellikleri" sorguladığımızda bir hemşirenin "iyi yetişmiş, deneyimli, kardiyak bilgi sahibi, acil durumlarda yapılacak müdahaleleri bilen, yeterli E.K.G. bilgisi olan, ritimleri tanıyabilen, ünite rutinde kullanılan ilaçlar konusunda bilgi sahibi olan, teknik araç ve gereçlerin kullanımını bilen, çalışma arkadaşları, hasta ve hasta ailesiyle iyi ilişkiler kurabilen mümkünse genç yaşta bir hemşire" olmasını yeğlediklerini ama böyle bir seçim yapma olanaklarının olmadığını bu nedenle elemanların rastgele seçimle alınıp ünite içinde görev esnasında istenilen ve olması gereken düzeye getirilmeye çalışıldığını, bunu başaramayan elemanları da üniteden başka bir üniteye gönderebildiklerini ifade etmişlerdir.

Yoğun Bakım Ünitelerinde görevli tüm hemşirelerin en önemli sorunu hemşire ve hizmetli personel yetersizliği idi. Eksik kadroyla çalışmak yorucu olmakta, verim azalmakta, sık nöbet gelmekte, fazla mesai yapılmakta ve yeterli hasta bakımı verilememekte idi (Tablo 19).

Bunu izleyen diğer önemli bir sorun hizmet içi eğitimlerin yetersiz oluşu ve yoğun bakım konusunda yeterli bilgiye sahip olamamalarının yarattığı güvensizlik ve rahatsızlık duygusu idi (Tablo 19).

Yöneticilerin hemşire sorunları ile yeterince ilgilenmemeleri de önemli sorunlar arasında idi. Bunun yanı sıra görev-yetki ve sorumlulukların belirlenmemiş olması, çalışma saatlerinin fazla olması, araç gereç eksikliği, gece çalışan personele nöbet süresince yemek çıkmaması ve aç kalmaları, fizik alan yetersizliği, teknik işlerin aksaması, ekip çalışmasının yeterince gerçekleşmemesi, vardiyadan çıkan hemşirenin gecenin ilerlemiş saatlerinde evlerine gitmek için zorluk çekmeleri önde gelen sorunlar arasında idi (Tablo 19).

Yoğun Bakım Ünitesinde anında müdahale, acil tedavi ve bakım için bir acil arabası olması mutlak zorunludur.

Acil arabası içinde :

Resüsitasyonda gerekli olabilecek tüm ilaçlar, serumlar, kateterler ve disposable malzemeler her zaman eksiksiz ve kullanıma hazır durumda bulundurulmalı ve her vardiya hemşiresi tarafından kontrol edilmelidir. Kullanılan malzemeler, işlem sonucunda eksiksiz tamamlanarak, yerine konmalıdır.

Araştırma kapsamındaki hastaneler içinde sadece Haseki Devlet Hastanesi yoğun bakım ünitesinde acil arabası bulunmamaktadır. Bu ünite gerek fiziki alan gerekse yatak bakımından en küçük ünite olarak hizmet vermektedir.

E.K.G. aleti ve defibrilatör bulunması zorunlu olup gerçekte her ünite de mevcut idi. Haydarpaşa Kalp ve Göğüs Cerrahi Merkezi 3 adet defibrilatör ile ilk sırada

yer almaktadır.

Resüsitasyonda veya komadaki hastaların solunum yolunu açmak için kullanılan aspiratörler Haseki Devlet Hastanesi hariç her üniteye mevcuttur.

Hastaların solunumuna yardımcı olmak ve solunum arresti ihtimaline karşı yapılan entübasyonda kullanılan Laryngoscope, entübasyon tüpleri ve gaytlar Haseki Devlet Hastanesi dışında tüm hastanelerde bulunmaktadır. Yoğun bakım ünitesinde karşılaşılabilecek en önemli sorunlardan biri hastada solunum durmasıdır. Bu durumda hastanın solunumuna ambu ile yardımcı olmak yetersiz kalabilir ve de geçici olarak kullanılmaktadır. Uzun süreli durumlarda hastanın Ventilatöre bağlanması gerekir.

Araştırma kapsamındaki 6 yoğun bakım ünitesinden sadece İ.Ü. Kardiyoloji Enstitüsü, Haydarpaşa Kalp ve Göğüs Cerrahi Merkezi ve S.S.K. Göztepe Hastanelerinde Ventilator bulunmaktadır. Diğer üç üniteye ventilator bulunmaması hayret ve dehşet vericidir (Tablo 20).

Yoğun bakım ünitesinde görevli personelin dış hatlı bir telefona olan gereksinimi tartışılmaz. Haseki Hastanesi ve S.S.K. Samatya Hastanelerinde dış hatlı telefon bulunmadığından santraldan istenen hattın düşmeyişi zaten kısıtlı olan zamanın boşa harcanmasına neden olmaktadır.

Peritoneal diyaliz seti S.S.K. Samatya ve İ.Ü. Tıp Fakültesinde bulunmadığı için gerektiğinde hastanenin diyaliz seti bulunan bölümlerinden yararlanılmaktadır. Hemodiyaliz filtresi ve minipump hemodiyaliz aleti sadece İ.Ü. Kardiyoloji Enstitüsü ve Haydarpaşa Kalp ve Göğüs Cerrahi Merkezlerinde bulunmaktadır. Intrakardiyak iğneler ve

resüsitasyonda kullanılan sırt tahtası S.S.K. Samatya Hastanesi dışında bütün hastanelerde bulunmaktadır.

Zaman kaybını önlemek için her hasta başında duvara monte T.A. aletleri bulunmalıdır. Oysa duvara monte T.A aletleri Haseki Devlet Hastanesinde bulunmamaktadır.

Yoğun bakım ünitelerinde hareketsiz yatan özellikle yaşlı ve zayıf hastalarda dekibütüs oluşumunu önlemek için havali yatakların kullanılması gerekir. Bu yataklar ise sadece İ.Ü. Tıp Fakültesi, İ.Ü. Kardiyoloji Enstitüsü ve Haydarpaşa Kalp ve Göğüs Cerrahi Merkezlerinde bulunmaktadır. Central venös pressure (C.V.P.) arabası ve C.V.P. Kazanı İ.Ü. Tıp Fakültesi ve Haseki Devlet Hastanesi yoğun bakım üniteleri hariç diğer 4 hastanede vardır.

Ponksiyon takımı S.S.K. Göztepe, İ.Ü. Kardiyoloji Enstitüsü ve Haydarpaşa Kalp ve Göğüs Cerrahi Merkezlerinde mevcut olup diğer ünitelerde bulunmamaktadır.

İlerleyen teknoloji ve tıbbın sonucu, kom ex olarak hazırlanan ve bir anda birkaç ilaçlı serumun ml.lik farklarla hastaya verilmesi gereken durumlarda gözle ve elle damla sayılarını doğru ayarlamak olası değildir.

Bunun için dakikada gidecek ml. veya m.gr.'ı doğru olarak gönderen ve hafızaya kaydeden damlalık cihazları uygulama alanına girmiştir. Bu hemşirenin hasta ile ilgili diğer işlere ayıracağı zamanı arttırmakta hem de hastaya ilacın daha doğru ve düzgün gitmesini sağlamaktadır. Bu cihazlardan yeterli sayıda olmasa bile Haseki Devlet Hastanesi dışında diğer yoğun bakım ünitelerinde bulunması sevindiricidir.

Oftalmoskop (Gözdibi aleti) sadece İ.Ü. Tıp Fakültesinde bulunmamakta, seyyar lamba ise sadece İ.Ü. Kardiyoloji Enstitüsünde mevcut değildir. Diğer yoğun bakım ünitelerinde oftalmoskop ve seyyar lamba bulunmaktadır.

Merkezi O₂ sistemindeki herhangi bir arıza durumunda üniteye yedek O₂ tüplerinin bulunması ihmal edilemeyecek bir konudur. İ.Ü. Tıp Fakültesi hariç diğer ünitelerde yedek O₂ tüpleri bulunmaktadır.

Üniteye geçici pace maker takılabilmesi için kullanılan stopi aleti İ.Ü. Tıp Fakültesi ve Haseki Devlet Hastanesi yoğun bakımlarında mevcut değildir.

Tracheotomy ve Thoracotomy setleri S.S.K. Samatya, İ.Ü. Kardiyoloji Enstitüsü ve Haseki Devlet Hastanelerinde olmamasına karşın İ.Ü. Tıp Fakültesi ve S.S.K. Göztepe yoğun bakım ünitelerinde Tracheotomy seti Haydarpaşa Kalp ve Göğüs Cerrahi Merkezinde hem tracheotomy hem de thoracotomy setleri bulunmaktadır. Intraaortik balon kateteri sadece İ.Ü. Kardiyoloji Enstitüsü ve Haydarpaşa Kalp ve Göğüs Cerrahi Merkezi yoğun bakımlarında bulunmaktadır.

Çalışma kapsamına alınan hastanelerin tümünde bulunan malzemeler : Airway (havayolu), göğüs elektrotları, ambu, O₂ maskesi ve nazal kanül, hasta başı monitörü, merkezi monitör, C.V.P. Kateteri, pace kateteri, komod, dikiş takımı, beslank, bistüriler, ilaç dolabı, malzeme dolabı, buzdolabı, etajler, C.V.P. bohçası, pace maker kutusu, hasta taşıma arabası, sedye, tromeller, pens kavanozları, antiseptik solüsyonlar, disposable enjektörler, steril ve unsteril eldivenlerdir (Tablo 20).

SONUÇ

1990 yılı nüfus sayımı geçici sonuçlarına göre 7.433.585 nüfusu (40) ile ülkemizin en büyük metropolitan kenti olan İstanbul il sınırları içinde 6 hastanede Koroner yoğun bakım ünitelerinin yapılanmalarına ait gözlem ve veriler incelenmiştir.

İstanbul'da bulunan üç üniversite hastanesinde de koroner yoğun bakım ünitesi bulunmaktadır. Sosyal Sigortalar Kurumu (S.S.K.)'nın ve Sağlık Bakanlığının İstanbul'da bulunan birçok hastanesinde koroner yoğun bakım ünitesi bulunmasına karşın işlerlik bakımından aralarında büyük farklar olduğu gözlenmektedir.

İstanbul'da en eski koroner yoğun bakım ünitesi 1964 yılında Haydarpaşa Kalp ve Göğüs Cerrahi Merkezinde açılmıştır. 4000 m2 hastane alanında 80 m2 koroner yoğun bakım ünitesinde onbir hasta yatağı ile hizmet veren bu ünite, intermediate yoğun bakım yatakları da yoktur. Her yerden hasta kabul edebilen, hasta yatış süresi ortalama 2-5 gün olan bu ünite de yatak yetersizliği önemli bir sorundur. Hastanenin giriş katında bulunan koroner yoğun bakım ünitesinde danışma, bekleme salonu, dinlenme, eğitim ve pace marker odaları, tecrit odası v.b.g. yardımcı tesisler bulunmaktadır. Yeterli büyüklükte olmayan odalar tek kişilik ve koğuş şeklinde olup hemşire istasyonundan tüm yatakları görebilmek olası değildir. Hasta odalarında olması gereken standart araç-gereçlerden zil sistemi dışında tümü mevcuttur. Merkezi sistemle sterilizasyon yapıldığı, kayıtların sekreter

tarafından bilgisayarda tutulduğu bu ünite de hasta ziyare-
tine izin verilmemektedir.

Eleman yetersizliği nedeniyle gece ve hafta sonu
12 saat nöbet sistemi ile işleyen Haydarpaşa Kalp ve Göğüs
Cerrahi Merkezinde hizmet sunan 9 hemşirenin tümü Sağlık Li-
sesi mezunu olup koroner üniteye göreve başlamadan önce eği-
timden geçirilmemiş olup ancak kendilerine sürekli hizmet
içi eğitim sunulmaktadır. Bu üniteye %77.8 hemşire yönetim-
den memnun olmadığını, eleman eksikliği, görev-yetki ve so-
rumlulukların bilinmemesi yanısıra çalışma saatlerinin faz-
lalığından yakınmışlardır.

Haydarpaşa Kalp ve Göğüs Cerrahi Merkezi yoğun
bakım ünitesinde bulunması gereken "acil arabası, defibrila-
tör, aspiratör, laryngoscope, entübasyon tüpleri ve gaytalar,
ventilatör, hemodiyaliz filtresi ve minipump hemodiyaliz a-
leti, peritoneal diyaliz seti, duvara monte T.A aletleri,
havallı yataklar central venöz pressüre (C.V.P.) arabası ve
C.V.P kazanı, damlalık cihazları, ponksiyon takımı, trache-
otomy ve thoracotomy setleri, stopi aleti, intraaortik balon
kateteri ve benzeri malzemeler ile donanım-techizat yönün-
den zengin bir ünite durumundadır.

1988 yılında hizmete açılan Haseki Devlet Hastane-
si koroner yoğun bakım ünitesi 80 m2 alanda dört hasta yata-
ğı ile hizmet vermektedir. Intermediate yoğun bakım yatak-
ları olmayıp 24 kardiyoloji hasta yatağı vardır. Günde 1-2
hasta yatışı yapılan, ortalama yatış süresi 3-5 gün olan
bu üniteye yatak yetersizliği önemli bir sorundur. Hastane-
nin ikinci katında bulunan koroner yoğun bakım ünitesinde
danışma, bekleme salonu, dinlenme odası, eğitim salonu,
pacemaker odası, tecrit odası gibi yardımcı tesisler bulun-
mamaktadır. Yeterli büyüklükte olmayan hasta odaları tek

kişilik olup hemşire istasyonundan toplam dört hasta yatağı da görülebilmektedir. Hasta odalarında merkezi havalandırma ve ventilatör sistemi dışında merkezi O₂ sistemi, monitör, yeterli sayıda priz, duvara monte T.A aleti v.b.g. araç-ge-reçler mevcuttur. Merkezi sistemle sterilizasyon yapılan, her türlü kayıtların hekim ve hemşirelerce el ile tutulduğu bu ünite Sağlık Lisesi mezunu 12 hemşire 8 saat vardiya sistemi ile hizmet vermektedir. %66.7 oranda hemşire yönetim-den memnun olup, ünitenin fiziki alan yetersizliği dışında önemli bir sorun yoktur. Haseki Devlet Hastanesi koroner yoğun bakım ünitesinde, bir yoğun bakım ünitesinde bulunması gereken donanım-teçhizat malzemelerinden "acil arabası, aspiratör, laryngoscope, entübasyon tüpleri ve gaytlar, ventilatör, hemodiyaliz filtresi ve minipump hemodiyaliz aleti, duvara monte T.A aleti, havalı hasta yatakları, central venöz pressüre (C.V.P.) arabası ve C.V.P. kazanı, ponksiyon takımı, damlalık cihazları, stopi aleti, tracheotomy ve thoracotomy setleri, intraaortik balon kateteri bulunmamaktadır.

Bu ünite donanım-teçhizat yönünden oldukça yetersiz durumdadır.

I.Ü. Kardiyoloji Enstitüsü koroner yoğun bakım ünitesi 1972 yılında açılmış olup 380 m2 alanda 10 yoğun bakım yatağı ile hizmet vermektedir. Ayrıca 6 intermediate, 185 adet de kardiyoloji hasta yatağı vardır. Günde 3-5 hasta yatışı yapılan ve ortalama yatış süresi 5-7 gün olan bu ünite yatak yetersizliği sorunu gündemdedir. Danışma, dinlenme odası, bekleme odası, pace maker odası bulunan bu ünite hasta odaları tek kişilik ve koğuş şeklinde olup hemşire istasyonundan tüm yatakları görme şansı yoktur. Hasta odalarında merkezi O₂ sistemi, monitör, yeterli sayıda priz, duvara monte T.A aleti ve merkezi havalandırma

sistemi olup hasta ile ilgili tüm kayıtlar sekreter aracılığıyla el ile tutulmaktadır. Toplam 16 hemşirenin hizmet verdiği bu ünite hafta içi 8 saat vardiya, hafta sonu 12 saat nöbet sistemi uygulanmaktadır.

I.Ü. Kardiyoloji Enstitüsü Koroner Yoğun Bakım Ünitesi "acil arabası, defibrilatör, aspiratör, laryngoscope, entübasyon tüpleri ve gaytlar, ventilatör, hemodiyaliz filtresi ve minipump hemodiyaliz aleti, duvara monte T.A aletleri, havalı hasta yatakları, central venöz pressure (C.V.P.) arabası ve C.V.P. kazanı, ponksiyon takımı, damlalık cihazları, oftalmoskop, stopi aleti; intraaortik balon kateteri ve benzeri araç-gereçler ile donanım-teçhizat yönünden zengin bir ünit durumundadır.

I.Ü.-İstanbul Tıp Fakültesinde 1967 yılında hizmete açılmış olup 114.000 m2 hastane alanında 200 m2'lik Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde 6 yatakla hizmet vermektedir. Intermediate bakım yatağı olmayan bu ünite 63 adet Kardiyoloji yatağı bulunmaktadır. Heryerden hasta kabul eden ünite yatış süresi ortalama 7-10 gün olup günde 1-2 hasta kabul edilmektedir. Hastanenin üçüncü katında bulunan Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde danışma, bekleme salonu, eğitim odası, pacemaker odası, tecrit odası, banyo v.b.g. yardımcı tesisler bulunmamaktadır.

Tek kişilik odalar yeterli büyüklükte olup hepsi hemşire istasyonundan görülmektedir. Hasta odalarında olması gereken donanım yönünden merkezi havalandırma ve ventilatör sistemi dışında hepsi mevcuttur.

Ünite kayıtlar hemşire tarafından elle tutulmakta, sterilizasyon merkezi sistemle yapılmakta ve hasta ziyaretine izin verilmektedir.

Nöbet sistemiyle çalışan ünite 9 hemşire bulunmaktadır, bunların 4'ü Sağlık Lisesi, 4'ü Yüksek Okul mezunu olup biri doktora yapmaktadır. Hemşireler göreve başladıklarında eğitimden geçirilmediklerini fakat hizmet içi eğitim yapıldığını en önemli sorunlarının eleman ve araç gereç eksikliği olduğunu vurgulamışlardır.

İ.Ü. Tıp Fakültesi Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde bulunması gereken malzemelerden ventilatör, peritoneal diyaliz seti, Hemodiyaliz filtresi ve minipump hemodiyaliz aleti, central venöz basınç arabası, ponksiyon takımı, oftalmoskop, yedek O₂ tüpleri, intraaortik balon kateteri hariç diğerleri bulunmaktadır.

1988'de hizmete açılan S.S.K. Göztepe Hastanesi Koroner Yoğun Bakım Ünitesi en yeni ünite durumunda olup 48.000 m² hastane alanında 354 m² Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde 8 yatakla hizmet vermektedir.

12 adet intermediate bakım yatağı olup, ayrıca Kardiyoloji yatakları bulunmamaktadır. Yatak yetersizliği sorununda olan bu ünite S.S.K.'na bağlı ve bakmakla yükümlü oldukları kimse haricindekiler yatırılmamaktadır. Günde 3 hasta kabul edebilen ünite, ortalama yatış süresi 6-7 gündür. Koroner Yoğun Bakım Ünitesi hastanenin giriş katında olup eğitim odası dışındaki yardımcı tesislerin hepsi bulunmaktadır. Hasta odaları bir ve ikişer kişilik olup hemşire istasyonundan gözlenebilmektedir. Odalarda bulunması gereken araç gereçlerden Merkezi O₂ sistemi, monitör, yeterli sayıda priz, duvara monte T.A aleti, kısmi aydınlatıcı lamba, zil sistemi, merkezi havalandırma, vantilatör sistemlerinin hepsi bulunmaktadır. Kayıtlar bilgisayarlarla hemşireler tarafından tutulmakta sterilizasyon merkezi sistemle yapılmakta ve hastalara ziyaretçi kabul edilmektedir. 7 hemşire

ile hizmet veren ünite hemşire yetersizliğinden nöbet sistemi ile çalışılmakta olup 2 hemşire yüksek okul mezunudur. Yine iki hemşire koroner yoğun bakım kursuna gönderilmiş olup diğerleri ünite içinde eğitilmektedirler. Çalışanların en önemli sorunları eleman eksikliği ve görev-yetki sorumlulukların belirlenmemiş olmasıdır.

S.S.K. Göztepe Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde hemodiyaliz filtresi ve minipump hemodiyaliz aleti, havalı yatak, intraaortik balon kateteri hariç defibrilatör, aspiratör, Laryngoscope, ambu, ventilatör, peritoneal diyaliz seti, ponksiyon takımı, damlalık cihazları, oftalmoskop, yedek O₂ tüpleri ve diğer malzemelerin tümü bulunmaktadır.

Bu ünitenin araç gereç, donanım-teçhizat ve yardımcı tesisleriyle zengin bir ünite olduğu görüşündeyiz.

S.S.K. Samatya Hastanesi toplam 22.000 m² olan hastane alanının 450 m²'sini Koroner Yoğun Bakım Ünitesi olarak 1985'te hizmete açmıştır. 8 Koroner Yoğun Bakım yatağı olan ünitenin girişinde 13 adet intermediate bakım yatağı olup ayrıca Kardiyoloji yatakları bulunmamaktadır. Sadece S.S.K. üyelerinin ve yakınlarının yatabilirdiği üniteye günde 4 hasta kabul edilebilmekte ve ortalama 3-5 gün yatırılmaktadır.

Altıncı katta bulunan ünite, yardımcı tesisler itibarıyla oldukça fakirdir. Ünite sadece pacemaker odası ve tuvalet bulunmaktadır. Hasta odalarının hepsi tek kişilik olmasına karşın hemşire istasyonundan görülememektedir. Hasta odalarındaki araç gereçlerden kısmi aydınlatıcı lamba, merkezi havalandırma ve ventilatör sistemi bulunmamaktadır. Sterilizasyon çeşitli yöntemlerle yapılmakta ve uygun zamanlarda hastalara ziyaretçi alınmaktadır. 10 hemşirenin görev

yaptığı ünitte nöbet sistemiyle çalışılmaktadır. Araştırmaya katılan 8 hemşirenin 3'ü Sağlık Lisesi, 2'si Ön lisans, 3'ü yüksek okul mezunu olup göreve başladıklarında koroner eğitiminden geçirilmemiş olup ancak ünitte kendi gayretleriyle ve sorumlu hemşireden bilgi edinmişlerdir. Hemşirelerin en büyük sorunu fazla çalıştırılma, hizmet içi eğitim eksikliği ve yöneticilerin sorunlarla ilgilenmemeleri idi.

Ünitede bulunması gereken malzemelerden Ventilator, dış hatlı telefon, peritoneal diyaliz seti, hemodiyaliz filtresi ve minipump hemodiyaliz aleti, intracardiyak iğne, sırt tahtası, havalı yatak, ponksiyon takımı, Tracheotomy ve Thorecotomy setleri, intraaortik balon kateteri bulunmamaktadır. Bu ünitte araç gereç yönünden yetersiz durumda idi.

Çalışma yaptığımız hastanelerin yoğun bakım ünitelerinde :

- En geniş fizik alan S.S.K. Yoğun Bakım Ünitelerinde idi. Bunu Üniversite Hastaneleri izliyordu.

- S.S.K. Hastaneleri ve İ.Ü. Kardiyoloji Enstitüsünde intermediate Yoğun Bakım hasta yatakları vardı.

- İstanbul Tıp Fakültesi Koroner Yoğun Bakım Ünitesi ve S.S.K. Samatya Hastanesi dışında tüm ünitelerde "yatak yetersizliği" sorunu gözlemlendi.

- Koroner Yoğun Bakım Üniteleri Haydarpaşa Kalp ve Göğüs Cerrahi Merkezi ve S.S.K. Göztepe Hastanesinde "giriş katta", diğer hastanelerde ise orta ve üst katlarda idi.

- Yoğun Bakım Ünitelerinde bulunması gereken danışma, bekleme salonu, dinlenme odaları, eğitim odası,

pace maker odası, tecrit odası gibi bölümlerin varlığı göz-önüne alındığında S.S.K. Göztepe Hastanesi ve İ.Ü. Kardiyo-
loji Enstitüsü yeterli, Haydarpaşa Kalp ve Göğüs Cerrahi
Merkezi ile Haseki Devlet Hastanesi yetersiz durumda idi.

- Hasta odalarında bulunması gereken merkezi O₂
sistemi, monitör, yeterli sayıda priz, duvara monte T.A ale-
ti, kısmi aydınlatıcı lamba, zil sistemi, merkezi havalan-
dırma, ventilatör sistemi varlığı dikkate alındığında S.S.K.
Göztepe Hastanesi en iyi durumda olup bunu Haydarpaşa Kalp
ve Göğüs Cerrahi Merkezi izliyordu.

Bir koroner yoğun bakım ünitesinde bulunması gere-
ken genel malzemeler kısacası ünitteki donanım-teçhizat yö-
nünden Haydarpaşa Kalp ve Göğüs Cerrahi Merkezi ve İ.Ü. Kar-
diyoloji Enstitüsü koroner yoğun bakım üniteleri en zengin
durumda idi. Haseki Hastanesi yoğun bakım ünitesi donanım-
teçhizat bakımından en yetersiz örneği oluşturuyordu.

- Kayıt sistemi S.S.K. Göztepe Hastanesi ve Haydar-
paşa Kalp ve Göğüs Cerrahi Merkezinde bilgisayar, diğer has-
tanelerde ise el ile tutulmakta idi.

- Yoğun bakım ünitelerinde "yazılı olarak bulunma-
sı gerekli protokoller"(örneğin ; görev-yetki ve sorumluluk-
lar, iş tanımları, yeni uygulama ve ilaçlar v.b.g.) tüm ça-
lışanlar tarafından arzu edilmesine rağmen hiçbir ünite
de mevcut değildi.

- Yoğun bakım ünitesi hekimlerinin genelde en önem-
li sorunları "fizik alan yetersizliği, eleman yetersizliği,
mali yetersizlik yanısıra donanım-teçhizat eksikliği" idi.

- Yoğun Bakım Ünitesi hemşirelerinin en önemli sorunları ise "eleman eksikliği, hizmet içi eğitim yetersizliği, yöneticilerin hemşire sorunları ile yeterince ilgilenmemesi yanısıra çalışma saatlerinin fazla oluşu" idi.



ÖNERİLER

Koroner Yoğun Bakım Ünitelerinde sağlık hizmetlerinin iyi bir şekilde sunulabilmesi için :

1- Ünitenin fiziki alan planlaması ve yapımında personel ile hastane mimarisi dalında uzman kişiler fikir alışverişinde bulunmalıdırlar.

2- Koroner Yoğun Bakım Ünitelerinin en etkin biçimde hizmet verebilmesi için precoronary (koroner öncesi) ve intermediate (orta) koroner ünitelerinin olması gerekir.

3- Ünitenin hastane içinde ulaşımı kolay bir yerde olması, hastane içinde başvuruların nasıl yapılacağı, nereye gidileceğini gösteren plan, şekil, işaret ve resimlerin hastaların görebilecekleri yerlerde bulunması yararlıdır.

Yoğun Bakım Ünitesi girişinde de bir danışmanın olması mutlak gereklidir.

4- Koroner Yoğun Bakım Ünitesi için ;

- Fizik alan planlanmasında
- Gerekli donanım ve teçhizatın belirlenmesinde
- Personel yapısında
- Görev-yetki ve sorumlulukların belirlenmesinde, standartlar oluşturulması gereklidir.

Bu standartlar sayesinde hizmet sunumunda kolaylık sağlanacak, en düşük maliyet ile en iyi hizmet sunumu gerçekleştirilebilecektir.

5- Acil ve yaşamsal önem taşıyan hastalıklarda ve Koroner Yoğun Bakım Ünitesine gereksinimi olan her hastanın koşulsuz yatabilmesi için sağlık güvencesiz ve ücretsiz hastalara Devlet tarafından sağlık güvencesinin sağlanması.

6- Hastanelerde halkla ilişkiler ya da danışma büroları kurulmalıdır. Bu bölümler hasta ve yakınları kadar tüm hastane personeli içinde yarar sağlayıcıdır.

7- Kayıt tutma işleminin önemi tüm personel ve sorumlu kişilere anlatılmalı ve bilgilendirilmelidirler. Çalışanların büyük zamanını alan kayıt işlemlerinin yeniden düzenlenmesi ve tüm ünitelerde bilgisayarlaştırılmış bilgi sistemlerine geçilmesi bir an önce gerçekleştirilmelidir.

8- Özellikle üniversite ve Devlet Hastanelerinde mevcut olan maddi yetersizlik sorununa karşı ya ayrı bir fonun oluşturulması ya da eldeki olanakların daha verimli kullanılması.

9- Ünitenin Yönetiminde tek bir kişinin değil bir yönetim grubunun etkin olması. Bunun içinde ilgili mesleklerden deneyimli ve bilgili kişilerin söz hakkı olduğu yönetim kurulunun oluşturulması ve belli aralarla toplanıp sorunların tartışılması, çözüm önerileri geliştirilmesi.

10- Hastanelerde yönetim alanında sağlık yönetiminde uzman kişilerden yararlanılması ve işbirliği yapılması hastanelere olumlu yenilikler ve kolaylıklar sağlayacaktır.

11- Gerek ünitelerde çalışanlar gerekse hasta yakınları için acil durumlarda haberleşmede en modern olanaklar sağlanmalıdır. Haberleşmeyi sağlamak için ayrıca gereksiz zaman harcanmamalıdır.



ÖZGEÇMİŞ

1960'da Trabzon'un Vakfıkebir ilçesinde doğan Havva Akyüz İsmail ilk ve orta öğrenimini Vakfıkebir'de tamamlayıp 1978 yılında Trabzon Sağlık Meslek Lisesinden mezun olmuştur. İki yıl Ankara'da Sağlık Bakanlığına bağlı kuruluşlarda çalıştıktan sonra, 1980'de İ.Ü. E. N. H. Y. O.'na girmiştir. 1984'te mezun olduktan sonra İ.Ü. Kardiyoloji Enstitüsünde halen sorumlu hemşire olarak çalışmaktadır.

Hayva Akyüz evli ve bir kızı olup İngilizce bilmektedir.

KAYNAKLAR

- 1- Kavas, F. : Miyokard İnfarktüsünün Sigara ve Meslekle Olan İlişkisi, Yüksek Lisans Tezi, İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enst., İstanbul (1985).
- 2- Özcan, R. : Kalp Hastalıkları, Koroner Arter Hastalıkları, Sanal Matbaası, İstanbul (1983).
- 3- Özdilek, Ş., Akgün, N. : Hastane İdaresi ve Organizasyonu, İstanbul (1970).
- 4- Whgoardon, J.B., Smith, L.H. : Cecil Text Book of Medicine, W.B. Saunders Company, Philadelphia (1988).
- 5- S.S.Y.B. : Türkiye Sağlık İstatistik Yıllığı, 1982-1986, Yayın No : 526, Ankara (1988).
- 6- Yetek, B. : Metropolitan Bir Kentte Acil Çocuk Ünite Hizmetleri, Yüksek Lisans Tezi, İ.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yönetim Anabilimdalı, İstanbul (1989).
- 7- Fişek, N. : Halk Sağlığına Giriş, Hacettepe Üniversitesi Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını, No:2, Çağ Matbaası, Ankara (1983).

- 8- Sabih, O. : Kalp Hastalıklarının Tedavisinde Yenilikler, Türk Kardiyoloji Derneği 9. Mezuniyet Sonrası Kursu, Türkiye Klinikleri Yayınevi, Ankara, Eylül (1990).
- 9- Griffith, G. : The Coronary Care Unit in the 1970's, Chest, S.548-50, May (1971).
- 10- Harrison, D., Thibault, G. : Cost Containment Issues in Acute Myocardial Infarction and Coronary Care Management, Am. J. Cardiology, S. 65-71, August (1985).
- 11- Özcan, R. : Kalp ve Damar Hastalıklarının Tedavisinde Yeni Gelişmeler, İstanbul Tıp Fakültesi 7. Kurultayı, İstanbul, Eylül (1983).
- 12- Smith, W.G. : A Coronary Care Unit in a General Medical Word, The Lancet, S.397-99, August (1968).
- 13- Oliver, F.M., Julian, G.D. : Manual on Intensive Coronary Care, World Health Organization, Copenhagen, Eura 5020 (2) (1970).
- 14- Tosun, K. : İşletme Yönetimi, 4. Baskı, Yön Ajans, İstanbul (1987).
- 15- Yozgat, O. : İşletme Yönetimi, 6. Baskı, M.Ü. Nihad Sayar Yayın ve Yardım Vakfı Yayınları, No: 396-630, İstanbul (1984).
- 16- Ta Quith, S. : Kardiopulmoner Yoğun Bakım Eğitim Programı, Vehbi Koç Vakfı, İ.Ü. Kardiyoloji Enstitüsü, İstanbul (1984).

- 17- Pütsep, E. : Cerrahi Merkezin Planlanması, Mimarlar Odası Yayını, İstanbul (1971).
- 18- Thompson, Ş., Shoemaker, W.C., Thompson, W.L. : Textbook of Critical Care, The Society of Critical Care Medicine, W.B. Saunders Company (1984).
- 19- Leslie, W. : Coronary Care Unit., Cardiac Emergency Care, Philadelphia Lea and Febiger, S.65-69 (1975).
- 20- Daniel, T., Rachel, E., Chadler, Marilyn, M.R., : Critical Care Unit Administration : The Management Team Approach, S.33-43, (1985).
- 21- Kulaklı, F., Aydın, N. : "Gelişmiş Tıp Merkezlerinde Yoğun Bakım Biriminin Yönetimi" Seminer Notları, İ.Ü.F.N.Hem.Yük.Okulu, İstanbul, Ocak (1991).
- 22- Lawrence, E.M., Pinneo, R., Kitchell, J.R. : Intensive Coronary Care a Manuel for Nurses, The Coronary Care Unit, 12 th Printing, Philadelphia, (1969).
- 23- Lown, B., Vassaux, C., Hood, B.W. : Unresolved Problems in Coronary Care, Am. J. Cardiology, S. 494-507 October (1967).
- 24- Madenoğlu, M., Koroner Ünit Eğitim Programı Notları, İstanbul, (1985).
- 25- AMH/87 : Accreditation Manual for Hospitals, Special Care Units, S.265-80, (1987).

- 26- Sarpyener, A., Ahmet, E. : İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Hastane Yönetimini Geliştirme Programı, Sağlık Hizmetleri ve Hastane Yönetiminin Özellikleri, İstanbul (1987).
- 27- Edward, P., Richards III, Katharine, C.R. : Risk Management in the Intensive Care Unit, S.11-28, (1986).
- 28- AMH/87 : Accreditation Manual for Hospitals, Management and Administrative Services (M.A) S.91-3, (1987).
- 29- Pişkin, A. : Gelişmiş Tıp Merkezlerinde Yoğun Bakım Biriminin Yönetimi, Seminer Notları, İ.Ü.F.N.Hemşirelik Yüksek Okulu, İstanbul, Ocak (1991).
- 30- Seçim, A. : Hastane Yönetim ve Organizasyonu, Türkiye'de Hastanelerin Organizasyonu İçin Bir Model Önerisi, Anadolu Üniversitesi Basımevi, Eskişehir (1985).
- 31- AMH/87 : Accreditation Manual for Hospitals, Nursing Services, S. 141-42, (1987).
- 32- Lown, B., Fakhro, M.A., Hood, B.W., Thorn, W.G. : The Coronary Care Unit, Jama, S.156-65, Jan (1967).
- 33- Özcan, Ş., Terzioğlu, G. : Türk Hemşireler Dergisi, Sayı 3, Ankara, S.37-40, (1981).
- 34- Terzioğlu, A. : Modern Hastane İnşaatı, Arkitekt, No:317, İstanbul (1964).

- 35- Lawrie, D.M., Greenwood, T.V. : A Coronary Care Unit in the Routine Management of Acute Myocardial Infarction, The Lancet, S.109-14, July (1967).
- 36- Terzioğlu, A. : El Notları, İ.Ü. Tıp Tarihi Kürsüsü, İstanbul (1970).
- 37- Williams, J.G. : Intermediate Coronary Care Unit, Cardiac Emergeny Care, Lea and Febiger, Philadelphia, S.81-89, (1975).
- 38- Komsuoğlu, B., Çetinarslan, B., Görçin, B., Kızılkaya, H. : Koroner Bakım El Kitabı, K.T.Ü. Tıp Fak., Kardi-yoloji Bölümü, Trabzon (1991).
- 39- D.İ.E. : Türkiye İstatistik Yıllığı 1989, T.C. Başba-kanlık D.İ.E., Ankara(1990).
- 40- D.İ.E. : 1990 Genel Nüfus Sayımı Geçici Sonuçları T.C. Başbakanlık D.İ.E., Ankara(1990).
- 41- Orkin, M., Drogin, R. : Vital Statistics, Tata Mc Graw-Hill Publishing Company Ltd. New Delhi (1977).
- 42- Akbal, Y. : "Cerrahi Yoğun Bakım Ünitelerinin ve Ameli-yathanelerin Planlanmasında Gerçekleşmesi İstenilen Hususlar, El Notları, İ.Ü. Kard.Enst., İstanbul (1987).
- 43- Adgey, A.A.J. : Acute Phase of Myocardial Infarction, The Lancet, S.501, (1971).

- 44- Werkema, A.J. : Opening a New Critical Care Nursing Unit During a Nursing Shortage = Recruitment and Retention Strategies, Heart Lung S.224-29 (May 1990).
- 45- Doering, L. : Recruitment and Retention = Successful Strategies in Critical Care, Heart Lung S. 220-24 (May 1990).



FORM - 1

YÖNETİCİ SORULARI

<u>Anket Sıra No</u>		<u>Kolon No</u>
		1 - 2
1- HASTANENİN ADI		3
1. Haydarpaşa K. ve Göğ. Cer. Mer.	()	
2. Haseki Devlet Hastanesi	()	
3. İ.Ü. Kardiyoloji Enstitüsü	()	
4. İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi	()	
5. S.S.K. Göztepe Hastanesi	()	
6. S.S.K. Samatya Hastanesi	()	
2- STATÜNÜZ :		4
1. Profesör	()	
2. Doçent	()	
3. Kardiyolog	()	
4. Uzman	()	
5. Diğer	()	
3- K.Y.B. ÜNİTENİZİN KURULDUĞU YIL	()	5 - 8
4- FİİLİ OLARAK HİZMET VERMEYE BAŞLADIĞI YIL	()	9 - 12
5- HASTANENİN KAPLADIĞI FİZİK ALAN KAÇ M2 ?	(BİN) ()	13 - 15
6- K.Y.B. ÜNİTESİNİN KAPLADIĞI FİZİK ALAN KAÇ M2 ?	()	16 - 18

- 7- HASTANEDEKİ YATAK SAYILARI ()
- | | | |
|--------------------------------|-----|---------|
| 1. Toplam Yatak Sayısı | () | 19 - 22 |
| 2. Kardiyoloji Yatak Sayıları | () | 23 - 25 |
| 3. K.Y.B. Ünitesi Yatak Sayısı | () | 26 - 27 |

- 8- YATMASI GEREKEN HASTALARIN HEPSİNİ YATIRMA İMKANI ? 28
- | | |
|----------|-----|
| 1. Evet | () |
| 2. Hayır | () |

- 9- HAYIR İSE NEDEN ? 29
- | | |
|---------------------------|-----|
| 1. Yatak Yetersizliği | () |
| 2. Hekim Yetersizliği | () |
| 3. Hemşire Yetersizliği | () |
| 4. Hastaya Ait Problemler | () |
| 5. Diğer (Açıklayınız) | () |

- 10- K.Y.B. ÜNİTESİNE HANGİ HASTALAR KABUL EDİLİYOR ?

A- Medikal Yönden

B- İdari Yönden

30 - 31

- | | |
|----------------------------|-----------------|
| 1. İskemik Kalp Hasta. () | 1. Emekli () |
| 2. Diğer (Açıklayınız) () | 2. Sevkli () |
| | 3. Bağkur () |
| | 4. Ücretli () |
| | 5. Ücretsiz () |
| | 6. Diğer () |

11- K.Y.B.Ü. ELEMANLARI İŞE NASIL
ALINIYOR ? AÇIKLAYINIZ

32

1. Hemşirelik Hizm. Müd.'nün Verdikleri ()
2. Sınavla ()
3. Hemşirenin Kendi İsteğiyle ()
4. Diğer (Açıklayınız) ()

12- HEMŞİREYİ İŞE ALIRKEN AŞAĞIDAKİ
ÖZELLİKLERDEN HANGİLERİNİN OLMASINI
İSTERSİNİZ ?

33 - 34

1. İyi Yetişmiş tecrübeli yetenekli olmak ()
2. Aldığı sorumluluk oranında bilgi sahibi olmak ()
3. Kardiyak bilgi sahibi olmak ()
4. Ritmleri tanımak, E.K.G. bilgisi olmak ()
5. Hastayla ilgili fonksiyonların ve tetkiklerin normal ve normal dışı değerlerini bilip gerektiğinde hekimi uyarmak ()
6. Kardiyak ilaçlar hakkında bilgi sahibi olmak ()
7. Gerekirse kardiyopulmoner resüsitasyonu başlatabilmelidir ()
8. Psikolojik ve sosyal konularda hasta, ailesi ve hekim üçgeni arasında gerekli irtibatı kurmalıdır ()
9. Elektrikli, hayati destek aletlerini ve diğer ekipmanların efektive ve koruyucu bir şekilde çalışmasını bilmeli ()
10. Hepsi ()
11. Hiçbiri ()
12. Farketmez ()
13. Diğer (Açıklayınız) ()

13- K.Y.B.Ü. FİNANSMANI NASIL SAĞLANIYOR ? 35

1. Hastane bütçesi ()
2. Döner Sermaye ()
3. Vakıf ()
4. Diğer (Açıklayınız) ()

14- ACİL DURUMDA HEKİM YOKSA SİZCE
HEMŞİRE DEFİBRİLE ETMELİMİDİR ? 36

1. Evet her zaman ()
2. Evet bazen ()
3. Hayır ()

15- K.Y.B.Ü. ELEMANLARININ EĞİTİMİ
NASIL YAPILIYOR ? 37

1. Hizmet içi eğitim programları ()
2. Bireysel eğitim ()
3. Eğitim yapılmıyor ()
4. Diğer (Açıklayınız) ()

16- SİZCE EĞİTİM NASIL YAPILMALIDIR ? 38

1. Hizmet içi eğitim ()
2. Bireysel eğitim ()
3. Yoğun bakım kurslarına gönderme ()
4. Diğer (Açıklayınız) ()

17- ÜNİTENİZDE GÖREV-YETKİ VE SORUMLULUKLAR
YAZILI OLARAK BELİRLENMİŞMİ ? 39

1. Evet ()
2. Hayır ()
3. Diğer ()

18- K.Y.B. ÜNİTESİNDE EN ÖNEMLİ ÜÇ SORUN
NEDİR ?

40

1. Fizik alan yetersizliği ()
2. Maddi yetersizlik ()
3. Eleman yetersizliği ()
4. Diğer (Açıklayınız) ()

19- BU SORUNLARIN ÇÖZÜMLERİ NELERDİR ?

41



FORM 2

Anket Sıra No

Kolon No

1- HASTANENİN ADI

1 -2

1. Haydarpaşa K.ve Göğ.Cer.Mer.()
2. Haseki Devlet Hastanesi ()
3. İ.Ü. Kardiyoloji Enstitüsü ()
4. İ.Ü. Tıp Fakültesi ()
5. S.S.K. Göztepe Hastanesi ()
6. S.S.K. Samatya Hastanesi ()

3

2- STATÜNÜZ

4

1. Başhemşire ()
2. Sorumlu hemşire ()
3. Yatak başı hemşiresi ()
4. Diğer ()

3- ÇALIŞIRKEN YETERLİ PERSONEL BULUNUYORMU ?

5

1. Evet her zaman ()
2. Evet bazen ()
3. Hayır ()

4- GEREKLİ BÜTÜN MALZEMELER BULUNUYORMU ?

6

1. Evet her zaman ()
2. Evet bazen ()
3. Hayır ()

5- GEREKLİ BÜTÜN İLAÇLAR BULUNUYORMU ? 7

- 1.Evet her zaman ()
- 2.Evet bazen ()
- 3.Hayır ()

6- ACİL DURUMLARDA CİHAZLARIN KULLANIMI İLE İLGİLİ SORUNLAR ÇIKIYORMU ? 8

- 1. Evet her zaman ()
- 2. Evet bazen ()
- 3. Hayır ()

7- ÇIKIYORSA NASIL ? 9

- 1. Teknik arızalar ()
- 2. Bakım yetersizliği ()
- 3. Kullanım hatası ()
- 4. Diğer (Açıklayınız) ()

8- K.Y.B.Ü.DE KAYITLAR NASIL TUTULUYOR ? 10

- 1. El ile ()
- 2. Mekanize bilgi sistemleri ()
- 3. Bilgisayarlaştırılmış bilgi sistemleri ()

9- KAYITLARI KİM TUTUYOR ? 11

- 1. Hekim ()
- 2. Hemşire ()
- 3. Sekreter ()
- 4. Diğer (Açıklayınız) ()

10- STERİLİZASYON NASIL YAPILIYOR ? 12

1. Merkezi sistemle ()
2. Ünite içinde ()
3. Diğer (Açıklayınız) ()

11- EXİTUS OLAN HASTALARIN MORGA TAŞINMASI
İÇİN AYRI BİR YOL VARMI ? 13

1. Evet ()
2. Hayır ()

12- EXİTUS OLAN HASTALAR NE ZAMAN MORGA
GÖTÜRÜLÜYOR ? 14

1. Hemen ()
2. 1/2 Saat sonra ()
3. 1 saat sonra ()
4. Diğer (Açıklayınız) ()

13- HEMŞİRE İSTASYONUNDAN TÜM YATAKLAR
GÖRÜLÜYORMU ? 15

1. Evet ()
2. Hayır ()

14- HAYIRSA NEDEN ? 16

1. Alt yapı hatası ()
2. Organizasyon hatası ()
3. Diğer (Açıklayınız) ()

15- HASTA ODALARINDA AŞAĞIDAKİLERDEN HANGİSİ
VAR ?

17 - 25

1. Dışarı açılan pencere ()
2. Merkezi O₂ sistemi ()
3. Monitör ()
4. Duvara monte T.A. aleti ()
5. Kısmi aydınlatıcı lamba ()
6. Zil sistemi ()
7. Ventilatör sistemi ()
8. Merkezi havalandırma ()
9. Yeteri kadar priz ()

16- HASTA ODALARI RESÜSİTASYONDA GEREKLİ İNSAN
VE ARAÇ GEREÇİ ALABİLECEK BÜYÜKLÜKTEMİ ?

26

1. Evet ()
2. Hayır ()

17- K.Y.B. ÜNİTESİNDE HANGİ BÖLÜMLER VAR ?

27 - 33

1. Danışma ()
2. Dinlenme odaları ()
3. Pace maker odası ()
4. Eğitim odası ()
5. Tecrit odası ()
6. Banyo ()
7. Tuvaletler ()

18- HASTANE TAM TEŞEKKÜLLÜ BİR HASTANEMİDİR ?

34

1. Evet ()
2. Hayır ()

- 19- DEĞİLSE 35
1. Hangi bölümler var ? ()
2. Hangi bölümler yok ? () 36
- 20- PACE MAKER NEREDE TAKILIYOR ? 37
1. Hasta yatağında ()
2. Pace odasında ()
3. Diğer (Açıklayınız) ()
- 21- Y.B.Ü.'de ZİYARET NASILDIR ? 38-40
- | Gün | Dakika | Kişi |
|----------------|--------|------|
| 1. Her gün | | () |
| 2. Gün aşırı | | () |
| 3. Haftada iki | | () |
| 4. Diğer | | () |
- 22- HASTA ODALARI 41
1. Tek kişilik ()
2. İki kişilik ()
3. Diğer (Açıklayınız) ()
- 23- Y.B.Ü.'de KAÇ GİRİŞ-ÇIKIŞ KAPISI VAR ? 42
1. Bir ()
2. İki ()
3. Üç ()
4. Diğer (Açıklayınız) ()

24- ASANSÖR YETERLİMİ ?

43

1. Evet ()
2. Hayır ()
3. Diğer (Açıklayınız) ()

25- Y.B.Ü. HASTANENİN KAÇINCI KATINDA ?

44

1. Giriş ()
2. Üst katlarda ()
3. Diğer (Açıklayınız) ()

26- Y.B.Ü.SİNİN KENDİNE AİT BEKLEME SALONU VARMI ?

45

1. Evet ()
2. Hayır ()
3. Diğer (Açıklayınız) ()

27- BEKLEME SALONUNDA OLANLAR

46 - 52

1. Oturma Yerleri ()
2. Büfe ()
3. Telefon ()
4. Müzik yayını ()
5. T.V., Video ()
6. Duvarlarda resim veya fotoğraflar ()
7. Diğer (Açıklayınız) ()

28- K.Y.B. ÜNİTESİNE HASTALAR NERDEN KABUL
EDİLİYOR

53

1. Acilden ()
2. Servislerden ()
3. Diğer (Açıklayınız) ()

- 29- K.Y.B.Ü.'DE ORTALAMA YATIŞ SÜRESİ 54
1. 1-2 Gün ()
 2. 3-4 Gün ()
 3. 5-6 Gün ()
 4. Diğer (Açıklayınız) ()
- 30- K.Y.B.Ü.NE 1 GÜNDE KABUL EDİLEN ORTALAMA HASTA SAYISI 55
1. 1-3 ()
 2. 4-5 ()
 3. Diğer (Açıklayınız) ()
- 31- TEDAVİ VE BAKIM İÇİN YAZILI PROTOKOLLERİNİZ VARMİ ? 56
1. Evet ()
 2. Hayır ()
 3. Diğer (Açıklayınız) ()
- 32- EVETSE NASIL ? 57
1. El kitapçıkları ()
 2. Panolarda asılı ()
 3. Diğer (Açıklayınız) ()
- 33- BAŞKA YAZILI PROTOKOLLERE İHTİYACINIZ OLUYORMU ? 58
1. Evet ()
 2. Hayır ()
 3. Diğer (Açıklayınız) ()

34- EVETSE NELER ?

59

1. Tedavi ve bakım ile ilgili ()
2. Görev-Yetki sorumluluklar ()
3. İş tanımları ()
4. Diğer (Açıklayınız) ()

35- K.Y.B.Ü.DE EN ÖNEMLİ SORUNLAR

60

1. Eleman yetersizliği ()
2. Fizik alan yetersizliği ()
3. Araç gereç yetersizliği ()
4. Diğer (Açıklayınız) ()

36- BU SORUNLARIN ÇÖZÜMLERİ NELERDİR

61

37- ACİL ARABANIZ VARMI ?

62

1. Evet ()
2. Hayır ()

38- EVETSE ACIL ARABASINDA OLAN MALZEMELERİ
İŞARETLERMİSİNİZ ?

a) Acil ilaçlar 63 b) Aletler 64

- | | |
|------------------------------------|---------------------------------|
| - Sodium Bicarbonate () | - Defibrilatör () |
| - Atropine 1 mgr. () | - Ambu () |
| - Adrenaline 1 mgr () | - Estüpleri () |
| - Potassium () | - Laryngoscope () |
| - Calcium () | - Entübasyon tüpleri () |
| - Morphine () | - Abeslang () |
| - Dolantin () | - Bistüriler () |
| - Aminokardol () | - İntrakardiak iğneler () |
| - Cedilanid () | - Üçlü-ikili musluklar () |
| - Isuprenaline () | - Anjiocutlar () |
| - Heparin () | - Kelebek iğneler () |
| - Dopamin () | - Çeşitli boyda enjektörler () |
| - Dobutamine () | - Serum setleri () |
| - Nitroglycerin () | - Pompa setleri () |
| - Diazem () | - Steril bohça () |
| - %2-%10 Aritmal () | - Oksijen uzatma kaplosu () |
| - Largactil () | - Jel () |
| - Serum fizyolojik () | - Elektrodlar () |
| - Lasix () | - C.V.P. Kazanı () |
| - İnsülin NPH, Cris-
talize () | - Steril-Unsteril eldiven () |
| - Lidocaine () | - Makas () |
| - Streptokinase () | - Klemp () |
| - Vazelin () | - Üçlü elektrik kablosu () |
| | - Uzun gaz () |
| | - Flaster () |

c) Serumlar 65

d) Kateterler 66

- | | | | |
|-----------------|-----|-----------------------|-----|
| - %5-10 Dextroz | () | - Pace kateteri | () |
| - İsolayt | () | - C.V.P. kateteri | () |
| - İzotonik | () | - Nazogastrik kateter | () |
| | | - Foley kateter | () |
| | | - Aspirasyon kateteri | () |

39- Y.B.Ü.DE BULUNAN MALZEMELERİ İŞARETLERMİSİNİZ ?

- | | | |
|--|-----|----|
| - E.K.G. aleti | () | 67 |
| - Defibrilatör | () | 68 |
| - Aspiratör | () | 69 |
| - Çeşitli boyda air-waylar (Es tüpü) | () | 70 |
| - Her hasta başında monitör | () | 71 |
| - Merkezi monitör | () | 72 |
| - Göğüs elektrodları | () | 73 |
| - Yedek elektrik kabloları | () | 74 |
| - Suni solunum aygıtı (ventilatör) | () | 75 |
| - Ambu | () | 76 |
| - O ₂ maskesi ve nazal kanül | () | 77 |
| - Kardiak resüsitasyon için sırt tahtası | () | 78 |
| - Laryngoscope | () | 79 |
| - Entübasyon tüpleri ve gaytları | () | 80 |
| - İntrakardiak iğneler | () | 1 |
| - C.V.P. kateteri | () | 2 |
| - Çeşitli uzunlukta C.V.P. ara kordonları
ve muslukları | () | 3 |
| - Pace kateteri | () | 4 |
| - Swan-ganz kateteri-Arteriyal line seti
Transdücer | () | 5 |
| - Duvara monte edilmiş T.A aletleri | () | 6 |
| - Turnikeler | () | 7 |

- Havalı yatak	() 8
- Komod	() 9
- Traş makinası	() 10
- C.V.P. arabası	() 11
- C.V.P. kazanları	() 12
- Dikiş takımı	() 13
- Ponksiyon takımı	() 14
- 2cc-5cc-10cc-20cc lik enjektörler	() 15
- Seyyar T.A aleti ve steteskop	() 16
- Pansuman arabası	() 17
- Makas	() 18
- Abeslan	() 19
- Steril ve unsteril eldiven	() 20
- Bistüriler	() 21
- Göz dişi aleti (oftalmoskop)	() 22
- Serum setleri	() 23
- Serum damlalık cihazları-setleri	() 24
- Serum askıları	() 25
- Cetvel	() 26
- İlaç dolabı	() 27
- Malzeme dolabı	() 28
- Buzdolabı	() 29
- Etajer	() 30
- Seyyar lamba	() 31
- Pano	() 32
- C.V.P. bohçaları	() 33
- Tedavi ve bakım protokollerinin yazılı olduğu bir el kitabı	() 34
- Dış hatlı telefon	() 35
- Pace maker kutuları	() 36
- Hasta taşıma arabası	() 37
- Sedye	() 38
- Tromeller	() 39
- Pens kavanozları	() 40

- Hasta oturma koltukları	() 41
- Yedek O ₂ tüpleri	() 42
- Stopi aleti	() 43
- Pace gömlekleri	() 44
- Telefon rehberi	() 45
- Çöp kovaları	() 46
- Flasterler	() 47
- Antiseptik solüsyonlar	() 48
- Tracheotomy seti	() 49
- Thoracotomy seti	() 50
- Pansuman seti	() 51
- Peritoneal dializ seti	() 52
- Sedim sehpası, pipetleri	() 53
- Sedim saati	() 54
- Escabo	() 55
- İntra aortik balon kateteri	() 56
- Dataskop	() 57
- Hemodiyaliz filtresi ve minipump hemodiyaliz aleti	() 58

FORM 3

Anket Sıra No

Kolon No

1- HASTANENİN ADI

1 - 2

3

1. Haydarpaşa K. ve Göğ. Cer. Mer. ()
2. Haseki Devlet Hastanesi ()
3. İ.Ü. Kardiyoloji Enstitüsü ()
4. İ.Ü. Tıp Fakültesi ()
5. S.S.K. Göztepe Hastanesi ()
6. S.S.K. Samatya Hastanesi ()

2- STATÜSÜZ

4

1. Başhemşire ()
2. Sorumlu hemşire ()
3. Yatak başı hemşiresi ()
4. Diğer ()

3- MEDENİ HAL

5

1. Evli ()
2. Bekar ()
3. Dul (eşi ölmüş) ()
4. Dul (boşanmış) ()

4- EĞİTİM

6

1. Yüksek Lisans ()
2. Lisans ()
3. Ön Lisans ()
4. Lise ()
5. Diğer ()

5- ÇALIŞMA ŞEKLİ VE SAATİ

7 - 8

1. Vardiya - saat ()
2. Nöbet - saat ()
3. Diğer (Açıklayınız) ()

6- ÇALIŞMA ŞEKLİNDEN MEMNUNMUSUNUZ ?

9

1. Evet ()
2. Hayır ()

7- EVETSE NEDEN ?

10

1. Yöneticilerden memnunum ()
2. İş arkadaşlarımdan memnunum ()
3. Çalışma şeklimiz iyi ()
4. İşlerimiz çok yoğun değil ()
5. Diğer (Açıklayınız) ()

8- HAYIRSA NEDEN ?

11

1. İşler çok yoğun ()
2. Eleman eksikliği var ()
3. Araç-gereç eksik ()
4. Çalışma saatleri fazla ()
5. Diğer (Açıklayınız) ()

9- TOPLAM ÇALIŞMA SÜRENİZ

12

1. 1-3 yıl ()
2. 4-6 Yıl ()
3. 7-12 Yıl ()
4. 12 yılın üstü ()

10- Y.B. ÜNİTESİNDE TOPLAM ÇALIŞMA SÜRENİZ

13

1. 1-3 Yıl ()
2. 4-6 Yıl ()
3. 7-12 Yıl ()
4. 12 Yılın üstü ()

11- Y.B.Ü.'DE ÇALIŞMA ŞEKLİNİZ

14

1. Kalıcı (daimi) ()
2. Rotasyon ()
3. Diğer (Açıklayınız) ()

12- ŞU ANDAKİ YERİNİZDE KAÇ YILDIR ÇALIŞIYORSUNUZ

15

1. 1-3 Yıl ()
2. 4-6 Yıl ()
3. 7-12 Yıl ()
4. 12 Yılın üstü ()

13- İŞE BAŞLADIĞINIZDA EĞİTİMDEN GEÇİRİLDİNİZMİ ?

16

1. Evet ()
2. Hayır ()
3. Diğer (Açıklayınız) ()

14- BİLİMSEL YAYINLARI İZLEYEBİLİYORMUSUNUZ ? 17

- 1. Evet ()
- 2. Hayır ()

15- Y.B.ÜNİTESİNİN ŞU ANDAKİ YÖNETİMİNDEN
MEMNUNMUSUNUZ ? 18

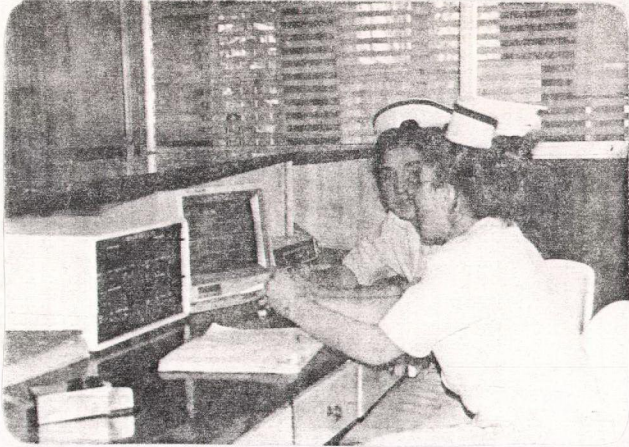
- 1. Evet ()
- 2. Hayır ()

16- EVETSE NEDEN ? 19

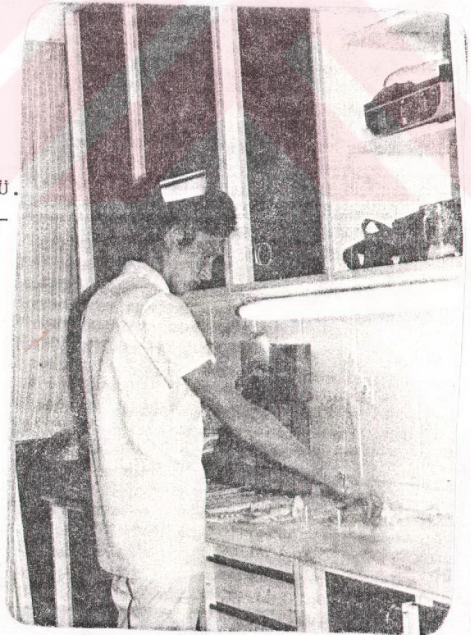
- 1. Yönetim şeklinden memnunum ()
- 2. Yöneticilerden memnunum ()
- 3. Diğer (Açıklayınız) () .

17- HAYIRSA NEDEN ? 20

- 1. Yönetim şeklinden memnun değilim ()
- 2. Yöneticilerden memnun değilim ()
- 3. Diğer (Açıklayınız) ()



Resim 1 : Haydarpasa Kalp ve Göğüs Cer.Mer. Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde Hemşire İstasyonunda Merkezi Monitörden Ritimlerin Takibi ve Kayıt Edilmesi.



Resim 2 : S.S.K. Göztepe Hastanesi K.Y.B.Ü. de Hemşire Hastaların İlaçlarını Hazırlarken.



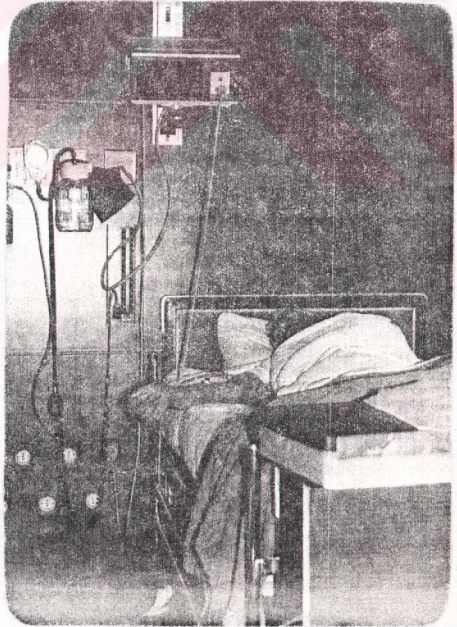
Resim 3 : İ.Ü. Kardiyoloji Enstitüsü K.Y.B.Ü.'de
Pace-Maker Odasında Hastanın İşlem
İçin Hazırlanışı.



Resim 4 : Haydarpaşa K. ve Göğ. Cer. Merkezi
K.Y.B.Ü.'de Hasta Başındaki Donanım-Teçhizat.



Resim 5 : İ.Ü. Kardiyoloji Enstitüsü
K.Y.B.Ü.'de Ventilatöre
Bağlı Bir Hasta.



Resim 6 : S.S.K. Göztepe
Hastanesi
K.Y.B.Ü.'de
Hasta Odasının
donanım
Teçhizatı.

T. G.
Yükseköğretim Kurulu
Dokümantasyon Merkezi