

58881

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
Tez Yöneticisi: Prof.Dr.Sevgi OKTAY

HEMŞİRELİKTE VAKA YÖNETİMİ YÖNTEMİ VE HASTA BAKIMI ÜZERİNE ETKİLERİ

T 58881

DOKTORA TEZİ

EMİNE TÜRKMEN

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM
BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
1997

İSTANBUL - 1997

İÇİNDEKİLER

1.	GİRİŞ.....	1
2.	GENEL BİLGİLER.....	3
2.1.	Vaka Yönetimi Yöntemi İle İlgili	
	Tanımlar ve Kavramlar.....	3
2.1.1.	Vaka Yönetimi.....	3
2.1.2.	Kontrollü Bakım.....	5
2.1.3.	Vaka Yöneticisi.....	5
2.1.4.	Ortak Bakım Planı ve Bakım Protokolü.....	6
2.2.	Vaka Yönetimi Yönteminin Tarihsel Gelişimi.....	6
2.3.	Hemşirelikte Vaka Yönetimi.....	7
2.4.	Vaka Yönetimi Yöntemi İle İlgili	
	Yapılan Çalışmalar.....	10
2.5.	Vaka Yönetimi Yöntemi İle İlgili İkilemler.....	12
2.6.	Hemşirelikte Vaka Yönetimi Modellerine Örnekler.....	13
2.6.1.	New England Tıp Merkezi Vaka Yönetimi Modeli.....	14
2.6.2.	Tucson Tıp Merkezi Vaka Yönetimi Modeli.....	15
2.6.3.	Profesyonel İleri Bakım Ekibi Modeli.....	19
2.6.4.	Kentucky Üniversitesi Vaka Yönetimi Modeli.....	20
2.6.5.	Sharp Memorial Hastanesi Vaka Yönetimi Modeli.....	21
2.7.	Ortak Bakım Planı/Bakım Protokolü.....	21
2.7.1.	Tanımı.....	21
2.7.2.	Bakım Protokolünün Özellikleri.....	22
2.7.3.	Bakım Protokolünün Yararları.....	22
2.7.4.	Bakım Protokolünün Değerlendirilmesi.....	24
2.7.5.	Bakım Protokolü İle İlgili İkilemler.....	26
2.8.	Vaka Yöneticisi Hemşirenin Seçimi.....	27
2.9.	Vaka Yöneticisi Hemşirenin Görevleri.....	28
2.10.	Vaka Yönetimi Programının Uygulamaya Konması.....	33
2.10.1.	Vaka Yönetimi Projesi "Planlama ve Yürütme" Komitesi ve "Alt Komite"lerin Oluşturulması.....	34
2.10.2.	Vaka Yöneticisinin Seçimi ve Vaka Yöneticisinin İş Tanımının Yapılması.....	35
2.10.3.	Ortak Bakım Planı ve Bakım Protokollerinin Geliştirilmesi.....	36
2.10.4.	Vaka Yönetimi Programlarının Değerlendirilmesi.....	37
3.	ARAŞTIRMANIN AMACI.....	38
4.	GEREÇ VE YÖNTEM.....	39
4.1.	Araştırmanın Şekli.....	39
4.1.1.	Araştırmada Yanıtlanması Beklenen Sorular.....	39
4.2.	Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	40
4.3.	Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi.....	41
4.4.	Veri Toplama Araçları.....	42

4.4.1. Hasta Bilgi Formu.....	43
4.4.2. CABG-Bakım Protokolü ve CABG Bakım İzleme Cetveli.....	43
4.4.3. Hasta Doyumunu Değerlendirme Anketi.....	45
4.4.4. Hemşirelerin Niteliklerini Değerlendirme Formu.....	45
4.5. Hemşirelik Personelinin Geliştirilmesi.....	46
4.5.1. CABG-Hemşirelik Bakım Planı.....	46
4.5.2. Hasta Eğitimi Kitabı: "Açık Kalp Ameliyatınız ve Siz".....	46
4.6. Sağlık Ekibi Üyeleri İle Yapılan Toplantılar.....	47
4.7. Verilerin Toplanması.....	47
4.8. Araştırmanın Sınırlılıkları/Zorlukları.....	49
4.9. Verilerin Değerlendirilmesi.....	49
5. BULGULAR.....	51
5.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri.....	51
5.2. Bakım Veren Hemşirelerin Niteliği ve Hastaların Yattığı Servisler.....	55
5.3. Hasta Bakım Kalitesinin Belirlenmesi.....	58
5.4. Hasta Doyumunun Değerlendirilmesi.....	67
5.5. Hastanede Yatış Süresi.....	67
5.6. Hemşirelerin Niteliklerine Verilen Puan Ortalamaları İle Bakım Kalitesi Arasındaki İlişki.....	68
6. TARTIŞMA.....	70
7. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	84
7.1. Sonuçlar.....	84
7.2. Öneriler.....	85
8. ÖZET.....	87
9. SUMMARY.....	89
KAYNAKLAR.....	91
ÖZGEÇMİŞ.....	100
EKLER.....	101
EK- 1. CABG-Hasta Bilgi Formu.....	101
EK- 2. CABG-Bakım Protokolü.....	104
EK- 3. "CABG-Bakım Protokolü"nün Kuruma Özgü Hale Getirilmesi Sırasında görüşlerine Başvurulan Kişiler.....	106
EK- 4. CABG-Bakım İzleme Cetveli.....	107
EK- 5. CABG-Bakımın Ana Unsurları İle İlgili Değişkenleri Değerlendirme (Puanlama Formu).....	114
EK- 6. Hasta Doyumunu Değerlendirme Anketi.....	119
EK- 7. Hemşirelerin Niteliklerini Değerlendirme Formu.....	121
EK- 8. CABG-Standart Bakım Planı.....	122
EK- 9. Hasta Eğitim Kitapçığı: "Açık Kalp Ameliyatınız ve Siz".....	
EK-10. "Açık Kalp Ameliyatınız ve Siz" Adlı Hasta Eğitim Kitapçığının Hazırlanması Sırasında Görüşlerine Başvurulan Kişiler.....	130

TABLolar

Tablo 2.1. Ortak Bakım Planı Örneği (New England Tıp Merkezi)	16
Tablo 2.2. Bakım Protokolü Örneği (New England Tıp Merkezi)	17
Tablo 2.3. Vaka Yöneticisi Hemşire İçin İş Tanımı Örneği	31
Tablo 2.4. Vaka Yönetimi Programlarının Değerlendirilmesi	37
Tablo 4.1. Veri Toplama Araçları	42
Tablo 4.2. Veri Analizinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler	50
Tablo 5.1. Hastaların Kişisel Özelliklerine Göre Dağılımı	53
Tablo 5.2. İKH'na İlişkin Değiştirilebilir Risk Faktörleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	54
Tablo 5.3. Koroner Bypass Operasyonu Risk Durumu	55
Tablo 5.4. Hemşirelerin Niteliklerine Verilen Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	56
Tablo 5.5. Hastaların Operasyon Öncesi Yattığı Servislere Göre Dağılımı	57
Tablo 5.6. Hastaların Operasyon Sonrası Yattığı Servislere Göre Dağılımı	57
Tablo 5.7. Bakım Kalitesi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	59
Tablo 5.8. Tanı İşlemleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	60
Tablo 5.9. Test Sonuçlarında Sapma ve Bunlara Yönelik Girişimlerin Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	61
Tablo 5.10. Operasyon Öncesi Dönemde Hasta Değerlendirme/Tanılama İşlemleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	62
Tablo 5.11. Operasyon Sonrası Dönemde Hasta Değerlendirme/ Tanılama İşlemleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	62
Tablo 5.12. İlaç Uygulamaları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	63
Tablo 5.13.A. Opreasyon Öncesi Dönemde Diğer Bazı Bakım Uygulamaları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	63
Tablo 5.13.B. Operasyon Sonrası Dönemde Diğer Bazı Bakım Uygulamaları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	64
Tablo 5.14. Tüp/Kateter Kontrolü Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	64
Tablo 5.15. Ağrı Kontrolü Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	65
Tablo 5.16. Diyet/Beslenme Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	65
Tablo 5.17. Aktivite Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	65
Tablo 5.18. Hijyenik Bakım Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	66
Tablo 5.19. Eliminasyon Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	66
Tablo 5.20. Hasta Eğitimi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	66
Tablo 5.21. Hasta Doyumu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	67
Tablo 5.22. Hastaların Hastanede Ortalama Yatış Süresinin Karşılaştırılması	67
Tablo 5.23. Hemşirelerin Niteliklerine Verilen Puan Ortalamaları İle Bakım Kalitesi Arasındaki İlişki	69

ŞEKİLLER

Şekil 2.1. New England Tıp Merkezi Vaka Yönetimi Modeli.....	14
Şekil 2.2. Tucson Tıp Merkezi Vaka Yönetimi Modeli.....	18



KISALTMALAR

ANA	: American Nurses Association (Amerikan Hemşireler Birliği)
AÇS/AÇ	: Aldığı çıkardığı sıvı takibi
AKG	: Arteriyel kan gazları
AKŞ	: Açlık kan şekeri
BUN	: Kan üre nitrojeni (Blood ürea nitrogen)
Ca ⁺⁺	: Kalsiyum
CABG	: Coronary artery bypass grafting (Koroner arter bypass grefti)
CI	: Kardiyak indeks (Cardiac Index)
CO	: Kardiyak output (Cardiac Output)
CPK	: Kreatin fosfokinaz (Creatine phosphokinase)
CPK-MB	: Kreatin fosfokinaz-MB
CYBÜ	: Cerrahi yoğun bakım ünitesi
EKG	: Elektrokardiyogram
EKO	: Ekokardiyogram
Hb/Hct	: Hemoglobin/Hematokrit
IKH	: İskemik kalp hastalıkları
IM	: İntramusküler
IV	: İntravenöz (Damar içi)
K ⁺	: Potasyum
KKY	: Konjestif kalp yetmezliği
LDH	: Laktik dehidrogenaz
LH	: Lüzum halinde
MAP	: Ortalama kan basıncı (Mean arterial pressure)
MI	: Miyokard infarktüsü
Na ⁺	: Sodyum
Nb	: Nabız
NG	: Nazogastrik tüp
O ₂	: Oksijen
PAP	: Pulmoner arter basıncı (Pulmonary artery pressure)
PCO ₂	: Parsiyel karbondioksit
PCWP	: Pulmoner kapiller wedge basıncı (Pulmonary capillary wedge pressure)
PO	: Post-op (Operasyon sonrası)
PO ₂	: Parsiyel oksijen

PT/aPTT	: Protrombin zamanı/aktif parsiyel tromboplastin zamanı (Prothrombine time/active partial thromboplastine time)
SC	: Subkütan
SGOT	: Serum glutamik oksaloasetik transaminaz
SGPT	: Serum glutamik pruvik transaminaz
Sol	: Solunum
SvO ₂	: Venöz oksijen satürasyonu
SVB/CVP	: Santral venöz basınç (central venous pressure)
SVR	: Sistemik vasküler rezistans
TA	: Arteriyel kan basıncı
TİT	: Tam İdrar tetkiki
VI	: Vücut ısısı
VKV	: Vehbi Koç Vakfı
VY	: Vaka yönetimi
VYH	: Vaka yöneticisi hemşire

1. GİRİŞ

"Vaka Yönetimi Yöntemi", sağlık kuruluşlarının en az maliyetle en kaliteli bakımı sürdürme arayışına yanıt olarak ortaya çıkan bir sistem, bir süreç, bir rol, bir hizmet sunma şekli olarak tanımlanabilir(12,49).

Vaka yönetimi yönteminin sağlık hizmetlerinde kullanılması yeni bir olgu değildir. 1970'li yılların başında, halk sağlığı organizasyonları ve sigorta şirketleri tarafından bakımın devamlılığını sağlamak amacı ile kullanılmıştır(8,12).

Günümüzde Amerika Birleşik Devletleri'nde gerek yataklı tedavi kurumlarında gerekse koruyucu sağlık hizmetlerinde yaygın olarak kullanılmakta olan vaka yönetimi yöntemi, yataklı tedavi kurumu olarak ilk defa 1985 yılında, Boston-New England Tıp Merkezi'nde uygulanmıştır(8,12,40,43).

Vaka yönetimi yönteminin sağlık kuruluşları tarafından benimsenmesinin nedenleri şu şekilde sıralanabilir:

Sağlık bakımı harcamalarının aşırı artması: Son yıllarda çok hızlı artış gösteren bilimsel ve teknolojik gelişmelerin sağlık hizmetlerine yansımaları, yaşlı nüfusun artması, kronik hastalıklı/sakat birey sayısının artması, kişilerin sağlık sigortası kapsamında olması ve hastanelerden yararlanma oranının artması, sağlık bakımının sürekli değil parçalar halinde sunulması gibi nedenlerle sağlık bakım harcamalarında aşırı bir artış olmuştur(12,15,24,82).

Ödemelerin kısıtlanması ve sabit hale getirilmesi: Sağlık bakım harcamalarının aşırı artışını önlemek amacıyla hükümet ve sigorta şirketleri tarafından hastaların tanılarına göre sabit ödeme sistemi getirilmiştir(8,12,15,49,66,82,84).

Sonuçta, kaynak sıkıntısından ortaya çıkan bu ekonomik sorunlar hem müşteriler, hem finansman sağlayan kuruluşlar hem de sağlık kuruluşları için kritik noktaya ulaşmış, kurumları maliyeti düşük ve kaliteli bir bakım hizmeti sunma arayışına yöneltmiştir. Vaka yönetimi yöntemi, bu parçalara ayrılmış, yüksek maliyetli bakıma çözüm önerisi olarak ortaya çıkmıştır(8,18,66,71,72,78,81,82,86).

Vaka yönetiminin hedefleri; zaman ve kaynakların en etkin şekilde kullanılması, bakımın kalitesinin artırılması ve sürekliliğinin sağlanması, hastanın ve ailesinin öz bakım gücünün artırılması, maliyetin düşürülmesi, sağlık hizmeti alanların ve verenlerin doyumunun artırılmasıdır(2,6,8,12,14,45,49,66,68).

Vaka yönetimi yöntemine göre hastaneye başvuran bir hasta, hastanenin profesyonel bir hemşiresi (vaka yöneticisi) tarafından kabul edilir, bakımı planlanır ve hastanede yatışı boyunca aynı hemşire tarafından izlenir(7,40). Bu amaçla bir bakım planı oluşturulur. Bu planda olası sorunlar, klinik hedefler ve hedeflere ulaşmak için tüm sağlık ekibi üyelerini ilgilendiren uygun girişimler bir zaman çizelgesi üzerinde gösterilir. Bu plana "ortak bakım planı" adı verilmektedir. Ortak bakım planının bir sayfalık özetine de "bakım protokolü" denir(7,8,42,49,67,78,82).

Vaka yöneticisi hemşire, vaka tipine göre hazırlanmış standart bakım protokolü üzerinde, hastayı ilk gördüğünde hekimle beraber gerekli değişiklikleri yapar ve bu standartlar çerçevesinde hasta bakımını sürekli değerlendirir, kaynakların kullanımını planlar, bakıma rehberlik eder, tüm sağlık ekibi üyeleri arasında koordinasyonu sağlar, bakım planında belirtilen hedeflerden sapmaları değerlendirir ve kaydeder, hasta ve aileyi eğitir, hastaneden eve dönüş planının mümkün olan en erken zamanda uygulanmasını sağlar. Böylece hasta ve ailesinin tüm gereksinimleri bütüncü bir yaklaşım içinde karşılanmış olur(7,14,15,67,86).

Bakım süresince hastanın/müşterinin bütün gereksinimlerini karşılamak, bakımı kesintisiz şekilde sürdürmek, daha önceden belirlenen klinik ve ekonomik hedeflere ulaşmak amacıyla pekçok sayıda, değişik tipte vaka yönetimi yöntemleri geliştirilmiş, bunlar yürürlüğe konmuş ve sonuçları değerlendirilmiştir(8,12,18,48,71,78,81).

Yapılan çalışmalarda bakım kalitesinin arttığı, hastanede yatış süresinin kısaldığı, maliyetin düştüğü, hasta ve ailelerin bakımdan duydukları memnuniyetin arttığı, hekim ve hemşirelerin iş doyumunun arttığı tesbit edilmiştir(18,20,48,79). Ülkemizde vaka yönetimi yöntemini uygulayan sağlık kuruluşu bulunmadığından, çalışma bu yöntemin hasta bakımı üzerine etkilerini belirlemek amacıyla planlanmış olup, bir özel hastanede sınırlı olarak gerçekleştirilmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. VAKA YÖNETİMİ YÖNTEMİ İLE İLGİLİ TANIMLAR VE KAVRAMLAR

2.1.1. Vaka Yönetimi (Case Management)

Vaka yönetimi (VY), ayrı ayrı uygulayıcılar tarafından verilen hizmetin bir vaka yöneticisi tarafından profesyonel olarak organize edildiği bir sağlık bakım hizmeti sunum sistemidir. Vaka yönetiminin kapsamı kuruma (yataklı tedavi kurumu veya koruyucu sağlık hizmetleri gibi) göre geliştirilir(33,35,36).

Literatürde "vaka yönetimi" yerine "bakımın yönetimi" (care management), "ortak (işbirliği içinde) yönetim" (colloborative management), "kontrollü bakım" (managed care), "ortak (işbirliği içinde) bakım" (colloborative care) ve "hedeflere göre yönetim" (outcomes management) adları da kullanılmaktadır(42).

Vaka yönetimi, kaynakları etkin bir şekilde kullanarak kaliteli hasta bakımı sunmak için geliştirilen bir sistemdir(7,39,75).

Shipske'ye(8) göre, vaka yönetimi bireylerin ve ailelerinin sağlık gereksinimlerinin uygun şekilde karşılandığı bir problem çözme sürecidir. Bu süreçte birbiri ile ilişkili 11 faaliyet yer alır. Bunlar, hasta kabulü, tanılama, bakım planı geliştirme, görevleri devretme (işlerin dağıtımı) ve gözetim, koordine etme, bakım planını uygulama, sürekli kontrol etme (değerlendirme), planı sonlandırma, vaka ile ilgili kayıtları düzenleme, vaka üzerinde çalışanları değerlendirme, vaka ile ilgili bakımın kalitesini kontrol etme-dir(8).

Vaka yönetimi, en düşük maliyetle en kaliteli bakımı sağlamada bir sistem, bir rol, bir teknoloji, bir süreç ve hizmet sunum şekli olarak tanımlanabilir. Vaka yönetiminin temel odağı birey, aile veya grupların gereksinimi olan hizmetlerin kapsamlı olarak düzenlenmesi, koordine edilmesidir(12,40).

Vaka yönetimi bir **sistem**dir; çünkü,

- sorunların değerlendirilmesi (tanınması),
- planlama yapılması,
- hizmetlerin koordine edilmesi,

- müşteri/hasta yönünden bu hizmetlerin sunulup sunulmadığının kontrol edilmesini içerir(12).

Vaka yönetimi aynı zamanda klinik bir sistem olarak da değerlendirilir. Çünkü belli bir zamanda belirlenen sonuçlara (hedeflere) ulaşmak üzere kaynakların en uygun şekilde kullanımını sağlar(12).

Vaka yönetimi bir *rol*dür; müşterinin gereksinimi olan bakım hizmeti aktif olarak bir kişi (vaka yöneticisi) tarafından yönetilir. Gereksinilen bütün hizmetlerin koordinasyonundan vaka yöneticisi sorumludur. Bu rol, bakımın yönetimi ile ilgili derin bilgi ve beceri gerektirir(8,12).

Vaka yönetimi bir *teknoloji*dir; vaka yönetiminde bakımı organize etmek için bazı araçlardan ve tekniklerden yararlanır(12,85,86).

Vaka yönetimi bir *süreç*tir; vaka yönetimi "hemşirelik süreci yöntemi"nin tanımlama, planlama, uygulama ve değerlendirme aşamalarından yararlanır ve bunları daha da genişletir(12).

Vaka yönetimi bir *hizmet*dir; vaka yönetimi müşterilerin hizmete ulaşmasını kolaylaştırır. Hasta ve ailelerine hastanın gereksinimlerini belirlemede, olası kaynakları saptamada ve onlardan nasıl yararlanılacağına karar vermede yardımcı olur. Aynı zamanda kişinin özbakım gücünü de geliştirir(12).

Diğer yandan bu hizmetlerin, bir sistem içinde, uygun kaynakların uygun maliyetle kişilere/ailelere sunulmasını sağlar(12).

Vaka yönetimi yönteminin özellikleri

- Vaka yönetimi, bölümler halinde uygulanır, ancak verilen bakımın yalnız bir yönünü değil bütün yönlerini kapsar. Vaka yöneticileri hastanın tüm gereksinimleri ile ilgilenirler. Bu, bakımın sürekliliğini sağlar ve hastanın iyileşmesini kolaylaştırır(12,17).
- Vaka yönetimi, hastanın hasta olduğu sürenin tümünü kapsar ve hastanın iyileşmesi için bakımı uygulayanın en iyi yöntemi uygulamasını gerektirir. Bu, sağlık bakım sisteminin en iyi şekilde kullanılmasını ve rehabilitasyonun en üst seviyeye çıkmasını sağlar(12,17,65).
- Vaka yönetimi planları, önceden seçilmiş ve hedeflenmiş bir hasta grubuna uygulanır. Vaka yönetimi grubuna alınan hastalar genellikle bakım maliyeti yüksek, hastalığı ilerlemiş ve yüksek risk taşıyan hastalardır(12,50).
- Vaka yönetimi hizmetlerin koordinasyonu ve bağlantıların kurulmasına odaklanır. Bu da parçaların birleştirilmesini sağlar(12,39).

- Vaka yönetiminin sonucunda kalitenin artması beklenir(12,14,85).
- Vaka yönetiminde maliyetin kontrolü önemlidir. Vaka yönetiminin en önemli hedeflerinden birisi en düşük maliyetle en iyi kalitede bakım sunulmasıdır. Bakım giderlerinin yönetimi, vaka yöneticilerinin sorumlu oldukları önemli rollerden biridir(12,14,24).
- Vaka yönetimi programlarının ilgi odağı hasta ve hasta aileleridir. Vaka yöneticisi(12,39):
 - Hastanın tüm gereksinimlerini gözden geçirir.
 - Hasta ve ailelerini savunan kişi durumundadır.
 - Hasta ve yakınlarını karar vermede cesaretlendirir, onların bağımsızlığını kazanmasına yardımcı olur.
 - Hasta ailesi ile etkili bir iletişime girer, en etkili iletişimi kullanır.
 - Hastaları ve aileleri kendi kendine bakım konusunda eğitir ve teşvik eder.
- Vaka yönetiminde birçok sağlık disiplini ortak (birlikte) çalıştığından burada "İşbirliği" temel kuraldır. Başarıya ulaşmak için vaka yöneticileri bilgileri saklı tutmalı, hizmet sunan tüm disiplinlerin aktif katılımını esas almalıdır.
- Vaka yönetimi programlarının çoğunda, hizmetlerin değerlendirilebilme ve yeniden düzenlenebilme olasılığı vardır; bu, hizmetin yönetiminde önemli bir özelliktir.
- Vaka yönetimi programları, olası sorunların önlenmesini sağlar(12).

2.1.2. Kontrollü (Yönetilen) Bakım (Managed Care)

Kontrollü bakım, sağlık bakım hizmetlerinin maliyetini düşürmek ve kalitesini artırmak amacı ile sağlık hizmetini satın alanlar (sigorta şirketleri vb.) tarafından kullanılan stratejileri içerir(12,17,38). Vaka yönetimi ile kontrollü bakım terimleri birbirine karıştırılmamalıdır(12,42). Vaka yönetiminin ilgi odağı hasta ve aileleridir (bireydir), bu yöntem ile bireye özgü bakım sunulur. Oysa kontrollü bakım programlarında bakımın koordinasyonu bireye özgü değildir(12). Bununla birlikte bu tanıma uymayan kontrollü bakım programlarının da olduğu unutulmamalıdır(12,42).

2.1.3. Vaka Yöneticisi

Vaka yöneticileri, hasta gruplarının bakımını sağlamak ve izlemekten sorumlu sağlık profesyonelleridir(22,30,63). Vaka yöneticiliği görevini en iyi kimin (hangi profesyonelin) yapabileceği konusu oldukça tartışmalıdır. Bununla birlikte bu görevi sıklıkla hemşireler yürütmektedir(38,42).

2.1.4. Ortak Bakım Planı ve Bakım Protokolü (Colloborative Case Management Plan and Critical Pathway)

Ortak bakım planı ve bakım protokolü, vaka yönetimi için kullanılan araçlardır. Ortak bakım planı, özel bir tanı ya da prosedür için tüm sağlık disiplinlerinin yapması gereken uygulamaları bir zaman çizelgesi üzerinde gösteren, hasta ile ilgili klinik hedeflerin yer aldığı bir multidisipliner bakım planıdır. Bakım protokolü ise ortak bakım planının bir sayfalık özet halidir(31,37,42,45,67). Literatürde "ortak bakım planı" yerine "vaka yönetimi planı" (case management plan), "kapsamlı vaka yönetimi planı" (comprehensive case management plan) ve "multidisipliner uygulama planı" (multidisciplinary action plan) adları da kullanılmaktadır. Bakım protokolünün diğer adları ise "kritik yol" (critical paths), "klinik yol" (clinical paths), "bakım yolu" (care paths), "beklenen iyileşme yolu" (anticipated recovery paths) ve "uygulama planının yönetimi" (management action plan) dir(42).

2.2. VAKA YÖNETİMİ YÖNTEMİNİN TARİHSEL GELİŞİMİ

Vaka yönetimi yönteminin sağlık hizmetlerinde kullanılması yeni bir olgu değildir(8,12,27). Bu yüzyılın başından itibaren, halk sağlığı hemşirelerinin ziyaretçi hemşireliği yöntemini kullanarak toplum sağlığı hizmetlerini koordine etmeleri, vaka yönetimi yönteminin ilk uygulamaları sayılmaktadır(12,22). O zamandan bu yana hizmetin koordinasyonu, vaka yönetimi yöntemine dönüşmüştür. Diğer bir deyişle vaka yönetimi yöntemi toplum sağlığı hizmetlerinin koordinasyonunun genişletilmiş halidir(12).

Bakımın sürekliliği kavramı, II. Dünya Savaşından sonra, psikiyatri hastalarının hastane sonrası evdeki bakımını sürdürmek için gerekli toplumsal hizmetleri tanımlamada kullanılmıştır(12). Vaka yönetimi terimi ise ilk kez 1970'li yılların başında, sosyal hizmet uzmanları tarafından kullanılmış ve bunu izleyen dönemde de hemşirelik literatüründe yer almaya başlamıştır(8,12,27).

Son yıllarda Amerika Birleşik Devletleri Hükümetleri, sağlık bakım hizmetlerinin kapsamlı ve sürekli biçimde sunulmasına önem vermiş ve bu konu ile ilgili araştırma projelerini desteklemiştir. Bu projelerden ilki, 1974 yılında Connecticut'da, sağlık bakım hizmetlerinin sunumunda hasta merkezli bir modelin uygulanabilirliğini, maliyetini ve etkinliğini sınamak amacı ile başlatılan "Triyaj Projesi"dir. Devlet veya şehir düzeyinde yapılan diğer projeler arasında, "Georgia-Alternatif Sağlık Hizmetleri", "Monroe-Uzun Süreli Bakım", "Visconsin-Özürlüler İçin Koordine Bakım", "New York-Uzun Süreli Evde Bakım" sayılabilir(12).

Diğer taraftan 1980'li yıllarda, özel sigorta şirketleri, sağlık giderlerinin giderek artmasından kaygı duymaya başlamış ve hasta bakımının daha dikkatli koordine edilmesi ve

yönetilmesi gereğini dile getirmişlerdir. Böylece, vaka yönetimi zaman zaman, bakımı koordine etmek ve özellikle pahalı olgularda maliyeti kontrol etmek amacıyla kullanılmıştır(12).

Tarihsel olarak, hemşireler vaka yönetimine duyulan gereksinimin farkına varmış ve bu konu ile ilgili becerileri öğrenmeye çalışmışlardır. Hemşirelerin vaka yönetimindeki öncü rolü, onların geleneksel rolü içinde yer alan "bakımı koordine etme" rolünü yansıtmaktadır(12).

Amerika Birleşik Devletleri'nde gerek koruyucu sağlık hizmetleri ve gerekse yataklı tedavi kurumlarında kullanımı giderek artan vaka yönetimi yöntemi, ilk defa 1985 yılında, Massachusetts-Boston'da New England Tıp Merkezi'nde geliştirilmiş ve uygulamaya konmuştur(8,12,40,43).

2.3. HEMŞİRELİKTE VAKA YÖNETİMİ

Hemşirelikte vaka yönetimi, genel vaka yönetiminin bir dalı veya modelidir. Bu model, maliyet-etkinlik gibi yönetsel işlevleri temel almakla birlikte, klinik gereksinimlerin karşılanması ön plana almaktadır(12).

Hemşirelikte vaka yönetimi bir iş planlama modelidir, sağlık hizmetlerinin sunumunda bütün disiplinlerin katılımını sağlayan ve sağlık ekibi üyelerinin performansını en üst seviyeye çıkaran multidisipliner bir yaklaşımdır(8).

Hemşirelikte vaka yönetimi, vaka yöneticisi hemşire, hasta, aile, hekim ve diğer sağlık ekibi üyeleri arasında hiyerarşik olmayan, çok boyutlu, birbirli ile etkileşim içinde bir grup uygulamasıdır. Grup, hedefleri birlikte saptar ve işbirliği içinde çalışır. Uygulamanın odak noktası hastadır, grubun başarısında en önemli etken grup arasındaki iletişim ve işbirliğidir(31,73).

Zander(8,31,84), hemşirelikte vaka yönetimini, bakımın tümüyle planlanmasında "iş/görevlerin düzenlenmesi", "klinik yönetim" ve "geri bildirim" olmak üzere üç boyutta ele alınan bir teknoloji olarak tanımlamaktadır. Her bir hasta ile ilgili klinik ve ekonomik hedeflerin gerçekleştirilmesinden hastanın hemşiresi ve hekimi sorumludur. Vaka yönetimi, hastanın sağlık gereksinimlerini karşılamada, hemşirelerin klinik ve yönetim becerilerini kullandığı bir hasta merkezli sistemdir.

Mullahy(8), hemşirelikte vaka yönetimini, hastanın bulunduğu yerde, bireysel olarak sürekli biçimde hastanın değerlendirildiği, alternatiflerin bulunduğu, sonuçların kontrol edildiği ve bakım planlarının yenilendiği bir süreç şeklinde tanımlamaktadır.

Olivas ve arkadaşları(8,56) ise hemşirelikte vaka yönetimi yöntemini, bakım kalitesi ve maliyetle ilgili hedeflere ulaşmak üzere,

- belirlenen yatış süresi içinde kaynakların kullanımını standart hale getiren,
- sağlık disiplinleri arasında işbirliği içinde çalışmayı artıran,
- bakımın sürekliliğini sağlayan,
- bakım hizmetini sunanlar ve bu hizmeti alanların memnuniyetini artıran,
- sağlık bakım giderlerini düşüren multidisipliner bir bakım süreci olarak ifade etmektedir.

Hemşirelikte vaka yönetiminin değişik tanımları arasında en sık karşılaşılan tanımlardan biri de, hasta merkezli ve hedeflere yönelmiş bir süreç olduğudur. Bu süreç, düşük maliyetle kaliteli bakımı sağlamak amacı ile hastanın gereksinimlerinin belirlenmesi, bakımın planlanması, hizmetlerin koordine edilmesi, uygulanması, sonuçların sürekli kontrol edilmesi ve bakım planının yenilenmesinden oluşur(8,73).

Literatürde yer alan bu vaka yönetimi tanımları ile birlikte, vaka yönetimi aktiviteleri de tanımlanmaktadır(36).

Faherty(36), vaka yönetimi aktivitelerini "tanılama, bakım planı geliştirme, yetki devretme ve izleme (kontrol etme), bakımı koordine etme, uygulama, sonuçları sürekli kontrol etme (değerlendirme), taburculuk planı yapma, kaydetme, diğer vaka üzerinde çalışan profesyonelleri kontrol etme ve bakımın kalitesini değerlendirme" olarak sıralamaktadır.

Del-Togno Armanasco ve arkadaşları(36,37), vaka yönetimi aktivitelerini, "kaynak kullanımının standart hale getirilmesi, uygulamada sağlık ekibi üyeleri arasındaki işbirliğinin geliştirilmesi ve bakımın sürekliliğini sağlamak üzere koordinasyonun artırılması (iyileştirilmesi)" olarak açıklamaktadır.

Amerikan Hemşireler Birliği (ANA = American Nurses Association) vaka yönetimi aktivitelerini, "hasta/müşterilerin çok boyutlu gereksinimlerinin karşılanması için sağlığın tanınması, bakımın planlanması, sunulması, koordinasyonu ve sonuçların sürekli kontrol edilmesi" olarak tanımlamaktadır(25,36,37).

Hemşirelikte vaka yönetimi ile ilgili literatürde pekçok tanım olmakla birlikte bu modellerin hemşirelik bakımında temel olan tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirmeyi içeren hemşirelik sürecine dayandığı görülmektedir(36,44).

Tanılama/veri tabanının oluşturulması

Hastanın sağlık durumunun kapsamlı olarak değerlendirilmesidir. Fiziksel sağlık durumu, fonksiyonel kapasitesi, ruhsal durumu, kişisel ve toplumsal destek sistemleri, ekonomik kaynakları ve çevre durumu değerlendirilir. Bu verileri toplamada genellikle standart değerlendirme aracı kullanılır. Hastanın fonksiyonlarının kapsamlı olarak değerlendirilmesi, hemşire, sosyal hizmet uzmanı ve diğer sağlık ekibi üyeleri ile ortaklaşa yapılır(12).

Veriler toplandıktan sonra hemşirelik tanılarını veya ortak sorunları (colloborative problems) belirlemek üzere veriler analiz ve sentez edilir(12).

Planlama

Hasta ve ailesinin katılımı ile plan geliştirilmesidir. Bu evrenin temel öğeleri ölçülebilir hedeflerin belirlenmesi, bu hedeflere ulaşmak için gerekli adımların kararlaştırılması, vaka yöneticisi, hasta, ailesi ve diğer sağlık disiplinleri ile birlikte kaynakların ve hizmetlerin belirlenmesidir(12).

Uygulama

Bu safhada ise hasta için gerekli bakım verilir. Vaka yöneticisi burada hastanın savunucusu durumundadır. Vaka yöneticisi bütün hizmetleri koordine eder; hastanın ve sağlık hizmetini sunanların bakıma tam olarak katılmalarını sağlar(12).

Hastanın otonomisini ve kendi kendine karar almasını sağlamada eğitimi çok önemlidir. Bu nedenle, vaka yöneticisi hasta ve aileyi kendi kendine bakım konusunda cesaretlendirmeli, bu konuda onları eğitmelidir(12).

Değerlendirme

Son aşama gözlem ve değerlendirmedir. Vaka yöneticisi, daha önceden belirlenen hedeflere ulaşıp ulaşılmadığını değerlendirmek üzere hasta, hasta ailesi ve hizmeti sunan kişilerle görüşür, sonuçları değerlendirir. Değerlendirme sonuçlarına göre bakım ile ilgili hedeflerde, girişimlerde değişiklik yapmak gerekebilir. Eğer uygunsa hasta taburcu edilir(12). Vaka yönetimi programı değerlendirilir. İstatistiksel veri oluşturmak üzere bakım planında belirtilen hedeflerden sapma durumu incelenir. Elde edilen veriler bakımda sürekli kaliteyi sağlamak amacı ile kullanılır(6,12,23,50).

Sağlık kurumlarındaki hemşirelik bölümleri, hemşirelikte vaka yönetimini hasta bakım kalitesini artırmak, hemşireleri güçlendirmek, kurumun masraflarını azaltmak (maliyet-etkinlik hedeflerine ulaşmak) amacıyla kullanmaktadır. Bu tip, kurumları temel alan (kurum içinde uygulanan) modeller, "**İç vaka yönetimi**" (internal case management) programları olarak adlandırılmaktadır. "**Dış vaka yönetimi**" (external case management) programlarında ise planlama, bakımı direkt sunan kurumların dışındaki bir kurum tarafından yapılır. Bu tip eksternal vaka yönetimi programları genellikle uzun süre rehabilitasyon gerektiren durumlarda (örneğin beyin travması) kullanılır(12). Bazı yataklı tedavi kurumlarının internal ve eksternal vaka yönetimi programını birlikte uyguladığı görülmektedir(35,48,78).

Hemşirelikte vaka yönetimi, hastanın gereksinimlerinin ön planda tutulması esasına dayanan düzenli ve kesintisiz biçimde bakımın koordinasyonudur. Hemşirelik bakımı, son yıllarda parçalara ayrılmış biçimde uygulanmaktadır. Bunun nedenleri arasında pri-

mer hemşireliğin kullanılmasının azalması, hemşirelerin uzmanlaştıkları belli bir alanda çalışmaları (acil hemşireliği, yoğun bakım hemşireliği vb) sayılabilir. Hemşirelikte vaka yönetimi yönteminin uygulanması bu gibi sorunları (parçalanmayı) ortadan kaldıracaktır(12).

Vaka yöneticisi hemşire, takip ettiği hastaların bakımının sürekli olmasını sağlayarak istenen sonuçlara ulaşmaya çalışır. Ayrıca maliyetlere karşı da oldukça duyarlıdır, diğer klinisyen hemşirelerden farklı davranarak maliyet çalışmalarını da yürütür. Vaka yöneticisi hemşireler, rollerinin gereği doğrudan bakım uygulamalarına da katılırlar. Böylece uygulamada gerekli değişiklikleri yapmak kolaylaşır(12).

Vaka yönetimi programlarının hazırlanması ve uygulanması hemşirelik mesleği ve tıp sistemi içindeki tüm sorunların çözülmesini sağlamaz. Ancak daha önceden var olan sorunların ortaya çıkmasını (yansımaları) sağlar; bu sorunlar özellikle kurumda kullanılan hemşirelik hizmeti sunum sistemi ile ilgilidir(12).

Hemşirelik hizmeti sunum yöntemleri, belli bir kurumdaki hastalara bakım vermede hemşireler tarafından kullanılan yöntemlerdir. Hemşirelik tarihi boyunca kullanılan dört hemşirelik hizmeti sunum sistemi vardır. Bunlar; fonksiyonel hemşirelik, ekip hemşireliği, vaka yöntemi ve primer hemşireliktir(12). Ancak vaka yönetimi yöntemi bir hemşirelik hizmeti sunum sistemi değildir. Vaka yönetimi özellikle yüksek riskli hastalar olmak üzere hasta gruplarına odaklanır. Hastalık süresi boyunca bakım gereksinimlerini yansıtır, kimin ne yapacağını gösterir. Hemşirelikte vaka yönetimi, bütün kurum içinde hemşirelik hizmeti sunum sisteminin gözden geçirilmesine ve yenilenmesine işaret edebilir. Bu programların kullanılması vaka yöneticilerinin olduğu kadar diğer hemşirelerin de sorumluluklarını artırır(12,73).

2.4. VAKA YÖNETİMİ YÖNTEMİ İLE İLGİLİ YAPILAN ÇALIŞMALAR

Literatürde, vaka yönetimi yönteminin uygulanması ile bakım kalitesinin arttığı, maliyetin düştüğü, hasta/müşteri doyumunun arttığı, hastanede yatış süresinin kısaldığı, hastaneye yeniden yatış sayısının azaldığı (kronik hastalıklarda), çalışanların iş doyumunun arttığı belirtilmektedir(12,20,24,48,50,51,64,79). Konu ile ilgili yapılan çalışmalar da bu durumu desteklemektedir.

Carondelet St. Joseph Hastanesi'nde (Tucson-Arizona), koroner arter bypass greft operasyonu geçiren 25 hastada yapılan bir çalışmada, vaka yönetimi uygulanan grupta bakım kalitesinin arttığı, pnömoni ve yara enfeksiyonu gibi komplikasyonlarda %58 oranında azalma olduğu, yatış süresinin dokuz günden altı güne düştüğü, maliyetin düştüğü (toplam 44.954 \$ kazanç sağlandığı) belirlenmiştir(48).

Washington Üniversitesi Tıp Merkezi Barnes Hastanesi'nde (St. Louis-Missouri), deği-

şik hasta grupları üzerinde 4 yıl süre ile yapılan bir çalışmada, bakım kalitesinin arttığı belirtilmiştir. Torakotomi uygulanan hastalarda atelektazi, pnömoni ve solunum yetmezliği gibi komplikasyonların %50 oranında azaldığı, bu hastaların yatış süresinin 13.85 günden 8.81 güne düşürüldüğü, hasta doyumunun ve çalışanların iş doyumunun arttığı belirlenmiştir(79).

Ritter, Fralic, Tonges ve Mc Cormac(64), Robert Wood Johnson Üniversite Hastanesi'nde (New Brunswick-New Jersey), yoğun bakım ünitelerinde (ProACT Modeli) vaka yönetiminin uygulandığını, bunun sonucu olarak bakım kalitesinin arttığını, yatış süresinin kısaldığını, maliyetin düştüğünü, hasta doyumunun arttığını, hemşirelerin iş doyumunun arttığını bildirmişlerdir.

McKenzie, Torkelson ve Holt(51), Hillcrest Tıp Merkezi'nde (Tulsa-Oklahoma), koroner bypass operasyonu (kalp kateterizasyonu dahil) uygulanan 106 hasta üzerinde yapılan çalışmada, bakım kalitesinin arttığını, hasta doyumunun arttığını, hastalardan olumlu mektuplar geldiğini, hemşirelerin iş doyumunun arttığını belirtmişlerdir.

Ethridge ve Lamb(28), Carondelet St. Mary Hastanesi ve Tıp Merkezi'nde (Tucson-Arizona), hastanede yatış süresinin kalça kırığı vakalarında 10.2 günden 8.1 güne, kronik obstrüktif akciğer hastalığı olanlarda ise 9.5 günden 6 güne düşürüldüğünü bildirmişlerdir. Hem internal hem de eksternal vaka yönetiminin uygulandığı bu hastanede, kronik hastalıklı bireylerin bakımının vaka yöneticileri tarafından evde takip edilmesi ve planlanması ile bu hastaların hastaneye yatış sıklığında azalma olduğu saptanmıştır(12).

Cohen(20) tarafından 128 sezeryan vakasında yapılan bir diğer çalışmaya göre, hastanede vaka yönetimi uygulanması ile masrafların önemli ölçüde azaldığı, 1.095.080 \$ kazanç sağlandığı, hemşirelerin iş doyumunun arttığı, işe gelmeme oranında azalma olduğu saptanmıştır.

Daly, Rudy,Thompson ve Happ(24), Cleveland Üniversite Hastanesi'nde (Cleveland - Ohio) yaptıkları çalışmada, kritik hastalar için yoğun bakım ünitesinin yanısıra özel bir bakım ünitesinin açıldığını, yoğun bakım ünitesinden sonra hastaların bu üniteye alınarak vaka yöneticileri tarafından izlendiğini, tanı işlemlerine ilişkin maliyetin önemli oranda azaldığını belirtmişlerdir.

Logan Bölge Hastanesi'nde (Utah), 10 farklı grup hasta üzerinde yapılan bir çalışmada, vaka yönetimi yönteminin uygulanması ile masrafların %40 oranında azaldığı belirlenmiştir(12).

Bigelow ve Young(9), kronik akıl hastalığı olan kişilerde yaptıkları çalışmada, vaka yönetimi uygulanan grupta yaşam kalitesinin arttığını, hastanede yatış süresinin kısaldığını, hastaların toplumsal hizmetlerden yararlanma oranının arttığını bildirmişlerdir.

2.5. VAKA YÖNETİMİ YÖNTEMİ İLE İLGİLİ İKİLEMLER

Vaka yönetimi yöntemi sağlık bakımının sunumunda ideal bir uygulama olarak görülmekle birlikte bu konu ile ilgili çeşitli endişe ve çelişkiler devam etmektedir(12,42). Bunlar:

- 1- En iyi model hangisidir? Hemşirelikte vaka yönetimi modeli tüm sağlık ekibi üyeleri tarafından verilen bakımı yansıtır mı?(42).
- 2- Vaka yöneticisi kim olmalıdır?
 - Vaka yöneticisi mutlaka uzman kişilerden mi seçilmelidir? Yoksa uzman olmayan sağlık üyeleri de bu işi yapabilir mi?(12,42).
 - Vaka yöneticisi rolünü en iyi biçimde hemşireler mi yürütebilir? Yoksa diğer disiplinlerin üyeleri de bu işi aynı etkinlikte yapabilir mi?(12).

Bu soruların yanıtlanması için vaka yönetimi programlarının içerik ve yapılarının incelenmesi gerekir.

Schwartz, Goldman ve Churgin(12), vaka yöneticilerinin doğrudan hasta bakımında görev almasalar bile iyi bir klinik bilgi, beceri ve deneyime sahip olması gerektiğini belirtmektedirler.

Grau(12) ise, hemşirelerin iyi bir vaka yöneticisi olup olmadığı konusunda, politika üretmelerin çoğunun "vaka yönetimini başlı başına bir meslekten çok yetenekli kişilerin yerine getirebileceği işlevler dizisi" olarak tanımladıklarını ifade etmektedir.

ANA, hemşireliğin doğasını karmaşık ve birbiri ile etkileşim içinde olan bir sistem olarak tanımlar. Bu iki öge aynı zamanda vaka yönetimini de tanımlamaktadır. Hemşirelik, hastalığın tanı ve tedavisinden çok hastanın fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden sağlığına kavuşması ve bunu sürdürmesi ile ilgilenen bir disiplindir. Hemşireliğin bu özellikleri, vaka yöneticisi olarak hemşirelerin niçin bu göreve uygun olduklarını açıklamaktadır(12).

Mundinger(12), hemşirelerin vaka yöneticisi olarak rol almasını destekleyen tartışmaları şöyle özetlemektedir: "Hemşireler sosyal hizmet uzmanlarının hastalara sağladığı hizmetleri sağlayabilir, ancak bunun tersi doğru değildir. Sosyal hizmet uzmanları, hemşirelerin sahip olduğu hastayı tanılama/değerlendirme bilgi ve becerilerinin ya çok azına sahiptir ya da bu konuda bilgileri yoktur".

Bu konu ile ilgili tartışılan bir diğer konu vaka yöneticilerinin yalnız hekimlerden olması gerektiği görüşüdür. Ancak herkesin bildiği gibi, tıbbi bakım toplam hasta bakımının yalnız bir bölümüdür. Bakımın en üst düzeyde sunulabilmesi için hizmetler çok dikkatlice koordine edilmeli, bakım kesintiye uğramamalıdır(12).

Sonuç olarak vaka yöneticiliği görevinin sadece hemşireler tarafından yapılabileceği kabul edilmemekle birlikte, birçok kurumda vaka yöneticisi olarak hemşireler rol almaktadır(12,42). Grau'nun yaptığı bir çalışmada, vaka yöneticisi olarak hemşirelerin sosyal hizmet uzmanlarına göre daha başarılı olduğu tesbit edilmiştir(73).

3- Vaka yöneticisi nasıl kullanılmalıdır?

Bazı kurumlarda her hastaya vaka yönetimi uygulanmakta ve doğrudan hasta bakımı sunan kişi, aynı zamanda vaka yöneticiliği yapmaktadır. Bazı kurumlarda ise vaka yöneticisi sadece hizmeti koordine etmekte ve sonuçları değerlendirmektedir. Yani doğrudan hasta bakımında görev almamaktadır. Bir diğer grupta ise vaka yöneticisi sadece danışman olarak görev almaktadır(42).

- 4- Ortak bakım planı ve bakım protokolü nasıl geliştirilmeli ve nasıl kullanılmalıdır?(42). Sağlık bakım hizmetinin planlanması yeni bir durum değildir. Ancak bunun yoğun bir işbirliği içinde yapılması ve tedavinin maliyetinin ve geçerliliğinin sorgulanması her zaman kabul görmeyen bir konudur. Bakım protokollerini geliştirme ve vaka yönetimi yöntemini kullanmayı benimsemeyenler de vardır. Bazı hekimler bunu tariffi tıp hizmeti (cook book medicine) olarak değerlendirmişler ve bu konudaki endişelerini dile getirmişlerdir. Bakım protokolünden sapma durumunun çok iyi değerlendirilmesi ve analiz edilmesi gerektiğini vurgulamışlardır. Ancak vaka yönetimi yönteminin total kalite yönetimine dayandığı ve total kaliteyi yansıttığı unutulmamalıdır(18).

2.6. HEMŞİRELİKTE VAKA YÖNETİMİ MODELLERİNE ÖRNEKLER

Literatürde temel yaklaşımlarına ve uygulamalarına göre birbirinden ayrılan altı vaka yönetimi modeli vardır(81). Bunlar:

- 1- Amerikan Hemşireler Birliği Modeli (American Nurses Association Model)
- 2- Hasta Merkezli Vaka Yönetimi Modeli - Triyaj Vaka Yönetimi Modeli (Client Centered Model of Case Management and Triage Model of Case Management)
- 3- Profesyonel Hemşirelik Ağı Modeli - Tucson Tıp Merkezi Modeli (Professional Nursing Network Model - Tucson Medical Center Model)
- 4- Yale New Haven Hemşirelik Uygulaması Modeli (Yale New Haven Nursing Practice Model)
- 5- Peplau Vaka Yönetimi Modeli (Peplau Case Management Model)
- 6- New England Tıp Merkezi Hemşirelikte Vaka Yönetimi Modeli (The New England Medical Center Nursing Case Management Model)

Bu farklı modellerde yer alan ortak görüşler arasında kaliteli hemşirelik bakımı, uygulama sonuçlarının ölçülmesi, işbirliği (ortak çalışma), kaynakların uygun kullanımı ve

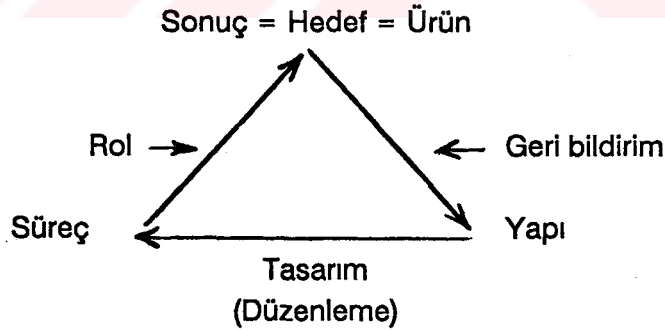
yönetim organizasyon şeması sayılabilir. Ayrıca bu modellerin hepsinde hemşirelik mesleği tarafından yaygın olarak kabul edilen hemşire, kişi, çevre ve sağlık kavramları yer almaktadır(81).

Literatürde sık sık anılan ve diğer kurumlar tarafından rehber olarak kullanılan modellerden biri "New England Tıp Merkezi Vaka Yönetimi Modeli"dir.

2.6.1. New England Tıp Merkezi Vaka Yönetimi Modeli

Bu model, 1985 yılında Massachusetts-Boston'da New England Tıp Merkezi'nde geliştirilmiştir. Yataklı tedavi kurumlarında ilk uygulanan model olup, temeli bu hastanede 13 yıldır uygulanmakta olan primer hemşireliğe dayanmaktadır. Zander(86) bu modelin en önemli dört özelliğini şu şekilde sıralamaktadır:

- 1- Her bir hasta ile ilgili klinik ve ekonomik hedeflerin gerçekleştirilmesinden yatak başında bakım veren hemşireler sorumludur. Diğer bir deyişle direkt bakım veren hemşireler aynı zamanda vaka yöneticiliği yapmaktadır.
- 2- Hasta bakımı, ödeme sistemine uygun yatış süreleri içinde, her bir vaka grubuna özgü hazırlanmış ortak bakım planları ve bakım protokolleri ile takip edilir.
- 3- Kalite yazılı olarak belgelenir, sürekli olarak kontrol edilir ve ekip tarafından ortak değerlendirilir.
- 4- Hasta ve ailesi her aşamada kararlara, sorumluluklara ve kontrole aktif olarak katılır(34,85,86).



Şekil 2.1 : New England Tıp Merkezi Vaka Yönetimi Modeli

(Zander,K.: Nursing case management: Strategic management of cost and quality outcomes, JONA. 18(5), May, (1988), s.25)

Şekil 2.1'de görüldüğü gibi, bu model, "işin düzenlenmesi" (work design), "klinik yönetim rolleri" ve "geri bildirim" olarak üç çizgi ile birleşen "yapı", "süreç" ve "sonuç" halkalarından oluşur(86).

Tasarım (düzenleme); Ortak bakım planları (case management plan) ve bakım protokolü'nden (critical paths) oluşur. Ortak bakım planı bakımın tümünü kapsayan, hekim ve hemşirelerin aktivitelerini tanımlayan kapsamlı bakım planıdır. Bakım protokolü ise, ortak bakım planından çıkarılan temel noktaların belirtildiği kısaltılmış tek sayfalık bir özet plandır(1,34,86). Bu bakım protokolü hastanın hastaneye kabulünden sonraki ilk 24 saat içinde hastaya özgü hale getirilerek (primer hemşire ve hekim tarafından) bakıma yön vermek ve sonuçlara ulaşıp ulaşılmadığını değerlendirmek amacıyla kullanılır(1,86). Tablo 2.1 ve Tablo 2.2'de bir "ortak bakım planı" ve "bakım protokolü" örneği verilmiştir.

Rol: Bakım planlarının gerçek sonuçlara dönüştürülme biçimidir. Vaka yöneticileri, hem klinik hem de ekonomik sonuçlara ulaşmaktan sorumlu yatakbaşı hemşireleridir(1). Vaka yöneticisi hemşirenin yetkileri, hastanın bakım aldığı tüm ünitelerde geçerlidir ve hekimle eşit konumdadır. Vaka yöneticisi ortak bakım planlarına göre hastaya bakım sunulmasından ve bunun kontrol edilmesinden sorumludur(86).

Geri bildirim: Verilen bakımın ya aynı anda ya da geriye dönük olarak kayıtlardan değerlendirilmesidir. Bunun için ortak bakım planları ve bakım protokolleri incelenir, hastaların memnuniyeti değerlendirilir, sağlık ekibi üyelerinin düşünceleri alınır, hasta ve aileleri ile telefonla görüşmeler yapılır(1,86).

2.6.2. Tucson Tıp Merkezli Vaka Yönetimi Modeli

Bu model, 1986 yılında Arizona-Tucson'daki Carondelet St. Mary Hastanesi ve Sağlık Merkezi tarafından geliştirilmiş olup, hemşirelik teorisi ile bağlantılı olan ilk modellerden biridir(42,44). Bu modelde Orem'in öz bakım kuramından yararlanılmıştır(56). Modelin en önemli özelliği, sadece hastanedeki hizmetleri değil diğer mevcut halk sağlığı hizmetlerini de kapsamasıdır(1,28,34,42). Şekil 2.2'de görüldüğü gibi tüm hizmet veren birimleri koordine etmek üzere bir "Profesyonel Hemşirelik Hizmetleri Ağı" kurulmuştur(28). Bu sistem, hastaların farklı birimlerden aldığı sağlık hizmetinin bütünleştirilmesini sağlar(34).

Tablo 2.1. Ortak Bakım Planı Örneği (New England Tıp Merkezi)

NEW ENGLAND TIP MERKEZİ HEMŞİRE DİREKTÖRLÜĞÜ

ORTAK BAKIM PLANI (VAKA YÖNETİMİ PLANINDAN BİR BÖLÜM/EXCERPT CASE MANAGEMENT PLAN)

Tani: İdyopatik Pedyatrik Skolyoz-Cerrahi-Komplikasyonsuz
Hastanede yatış süresi: 14 gün SAĞLIK HEDEFLERİ

Ünite:

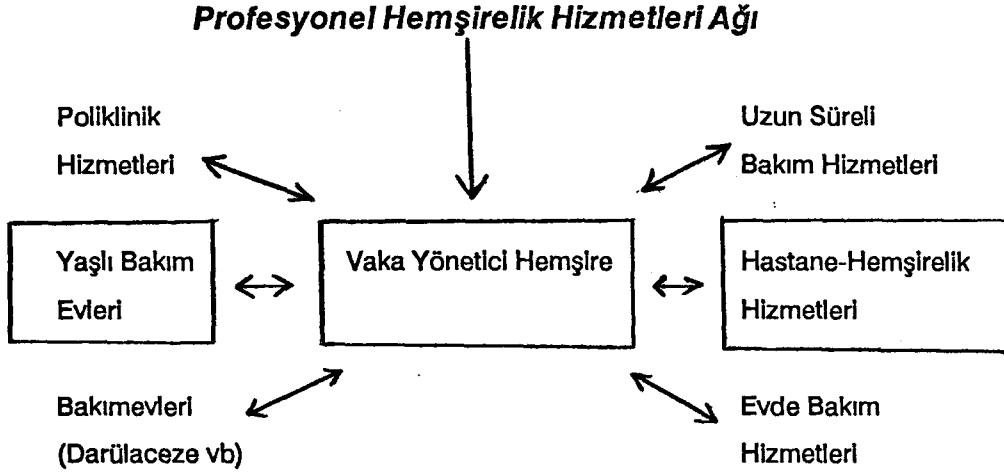
Tanı/Sorun	HEDEF (Hasta)	VİZİT GÜNÜ	ARA HEDEF (Hasta)	VİZİT GÜNÜ	SÜREÇ (Hemşire)	VİZİT GÜNÜ	SÜREÇ (Hekim)
Sıvı elektrolit dengesizliği	Vital bulguları stabil ve normal sınırlar içinde	5-6 4-14	Ateş yok Vital bulguları aşağıda belirtilen sınırlar içinde TA: - Nb: - Vi: - Sol: -	4 5-9 10-14 1-14	- Vital bulguları alır - Her 2 st.de bir (Post-op 8 st.), sonra her 4 st.de bir (eğer vital bulgular stabil, ateş yoksa), daha sonra her 6 st.de bir - Hekime bilgi eğer, TA, Nb, Vi, Sol	1	Donör bulunması için aile ile görüşür
Boşaltım fonksiyonu normale döner (başlangıçtaki) Ödem yok	Boşaltım fonksiyonu normale döner (başlangıçtaki) Ödem yok	4-6 6-7	- Foley kateter varken idrar 1 ml/kg/st - Foley kateter çıkarıldıktan 8 st. sonra boşaltım fonksiyonu normale döner	4 5-6 7-14 4-6	- Aldığı çıkardığı (A/C) sıvı takibi yapar. 24 st. süresince st.de bir daha sonra 4 st.de bir (foley varsa), foley kat. yoksa her 6 st. bir - Hekime bildirir, eğer idrar miktarı ise (foley kat.)	1	Kabülde hastayı muayene eder. EKG çekilir, hikayede ve muayenede anormal bir bulgu varsa EKG ister veya kardiyak konsültasyon isteyebilir.
		4-14	İdrar dansitesi 1020;		İdrar dansitesini kontrol eder, ilk 8 st. içinde 2 st.de bir Eğer stabilize 48 st. içinde 4 st.de bir daha sonra her 6 st.de bir Eğer idrar dansitesi 1020'ten düşük ise hekime bildirir. 24 saatlık A/C sıvı takibi yapar		Gerekli laboratuvar testlerini ister: Tam kan sayımı, PT, PTT, trombosit, BUN, Kreatinin, İdrar sedimenti
		8-9	Deri turgor ve tonüsü normale döner	4-8 9-14	- IV ve oral sıvı alımını dengeler. - Tamamen oral almasını sağlar.	Lüzum halinde	Gerekirse "kanama zamanı" testi ister.
		4-10		4-10	Hasta yan döndürüldüğünde yara pansumanını kontrol eder, herhangi bir sızıntı (kan) varsa hekime haber verir.	Op. 1 gün önce	Hastanın kilosuna ve yapılacak işleme göre değişmekle birlikte taze kan hazırlar (adölesan için 6-8 U kan gerekir), kan grubu ve cross-match bakılır.
		4-7		4-7	Hemovac dreni 4-8 st.de bir boşaltır, kaydedir. Eğer 4 st.de 100 cc'ye ise hekime bildirir.		

(Zander,K: Nursing case management: Strategic management of cost and quality outcomes, JONA. 18:(5), May, (1988), s.25).
Vi: Vücut ısı

Tablo 2.2. Bakım Protokolü Örneği (New England Tıp Merkezi)

Hastanın Adı Soyadı : Doktor : Vaka Yöneticisi : Tarih :	Vaka Tipi : Miyokard İnfarktüsü	MIYOKARD İNFARKTÜSÜ BAKIM PROTOKOLÜ (CRITICAL PATH)					
Yatış Süresi : 7 gün							
Tarih	1.Gün	2.Gün	3.Gün	4.Gün	5.Gün	6.Gün	7.Gün
YBÜ Konsültasyon	Servis						
Tanı	EKG	Kardiyak rehabilitasyon Diyetisyen EKG, EKO, Treadmill EKG (LH 6.gün) EKO, LH Treadmill 6.gün	Holter Treadmill MB için kan ör. Holter randevusu(5.gün)	Düşük kolesterolü tuzsuz diyet listesi			
Aktivite	Yatak istirahati Komod	Sandalyede oturmak	Yardımla koridorda yürümek	Artır			
Tedavi	O ₂ Kardiyak monitör A/Ç sıvı IV	Stoper ile kapat	O ₂ kes	Monitörden ayır KKY yoksa sonlandır			IV çıkar
Diyet	Tuzlu kes Düşük kolesterolü diyet						
Taburculuk planı	Angina, MI Ağrı, ilaçlar Eğitim planını yap	Eğitim planını yap, MI ilgili eğitime başla	Kontrol et	Taburculuk istemlerini yap			St.12.00'den önce taburcu
Eğitim	Poliklinik Eğitimi risk faktörleri sigara, diyet						
Başvuru Tarihi : YBÜ'nde kaldığı gün sayısı : Serviste kaldığı gün sayısı :	Taburculuk Tarihi : Treadmill test tarihi : Talyum test. tarihi : Holter tarihi :		Taburculuk saati : Kardiyak kat.tarihi :				
VARYANS/SAPMA		NEDENİ?		NE YAPILDI?			
Tarih							

(Zander,K.: Nursing case management: Strategic management of cost and quality outcomes, JONA. 18:5, May, (1988), s.26)



Şekil 2.2. Tucson Tıp Merkezi Vaka Yönetimi Modeli

(Ethridge,P., Lamb,G.S.: Professional nursing case management improves quality access, and costs, *Nursing Management*, 20:3, March, (1989), s.30).

Vaka yöneticisi hemşirenin direkt bakım vermede sorumluluğu yoktur. Vaka yöneticisi hemşire ile diğer direkt bakım veren hemşirelerin rolleri ayrı ayrı tanımlanmıştır. Vaka yöneticisi hemşirenin görevleri:

- Hastanede yatmakta olan ancak yeniden yatma olasılığı bulunan (kronik hastalıkları vb. olan), ekonomik ve sosyal desteği yetersiz olan hastaları belirlemek;
- Hastanın taburcu olduktan sonra özbakım gücünün artması için hasta ve aileye eğitim vermek;
- Hasta ve ailesi için gerekli olan bakımı sağlamak üzere toplum sağlığı kaynaklarını koordine etmek;
- Ev ziyaretleri yaparak hastaya verilen bakımı değerlendirmek şeklinde kısaca özetlenebilir(34,52).

Ortak Bakım Planları, farklı hekimlerin ya da farklı hemşirelik birimlerinin aktivitelerini yansıtacak şekilde tasarlanmıştır. Bu vaka yönetimi planlarına "Ortak Vaka Yönetimi Planı" (Collaborative Case Management Plan) denmekte ve tüm sağlık ekip üyelerinin faaliyetleri bu planda gösterilmektedir. Bakım protokolü yerine de "Uygulama Planının Yönetimi" (Management Action Plan) adı verilen formlar kullanılmaktadır(56).

2.6.3. Profesyonel İleri Bakım Ekibi Modeli (ProACT Model/Professional Advanced Care Team)

New Jersey-New Brunswick'te Robert Wood Johnson Üniversite Hastanesi tarafından geliştirilen bu model, daha çok kritik bakım hastaları için kullanılmaktadır(1,64). Bu model, yoğun bakım hasta sayısının giderek artması, buna karşın hem yoğun bakım yatak sayısının hem de yoğun bakım hemşire sayısının yetersizliğine cevap olarak geliştirilmiş bir modeldir(64). Modelin en önemli özellikleri şunlardır(4,64):

Lisans programından mezun hemşireler:

- Primer hemşire ve klinik bakım yönetici hemşiresi olmak üzere iki rol üstlenmiştir.
- Klinik bakım yönetici hemşiresi, klinik ve yönetim açısından bilgi ve beceri ile donatılmıştır.
- Ön lisans mezunu hemşireler ve yardımcı hemşireler direkt hasta bakımı rolünü üstlenmiştir, ancak bunlar sürekli gözetim altında çalışmaktadır.
- Hemşirelerin hemşirelik dışı işlevleri bırakmaları için üniteadaki destek hizmetler artırılmıştır. Örneğin primer hemşireye yardımcı olmak üzere "yoğun bakım teknisyeni" adı altında bir grup yetiştirilmiştir. Bu kişiler, daha önceden bir miktar sağlık eğitimi almış (hemşirelik, tıp veya paramedikal) kişilerden seçilmiştir ve bir oryantasyon programına alınmıştır. Oryantasyon programında yer alan konular; banyo verilmesi, aldığı-çıkarıldığı sıvı takibi yapılması, vital bulguların alınması, odanın düzenlenmesi, parmak-tan şeker bakılması, 12 derivasyonlu EKG çekilmesi gibi teknik becerilerdir. Yoğun bakım teknisyeni tamamen primer hemşirenin nezaretinde çalışmaktadır. Böylece primer hemşire, hasta bakımını daha iyi düzenleme fırsatını bulabilmektedir(1,64).

Klinik bakım yöneticisi hemşireler, lisans mezunu hemşireler olup 3 haftalık bir oryantasyon programına alınmıştır. Programda klinik değerlendirme/tanılama, sağlık hizmetlerinin koordinasyonu, finansal ödeme sistemleri gibi konulara yer verilmiştir. Klinik bakım yöneticisi hemşire, yoğun bakım hastalarının kabulünden başlayıp taburculuk veya transferi dahil bakımın koordine edilmesinden sorumludur ve yatış süresi ile ilgili sorunları çözmeye çalışır. Primer hemşirenin sorumluluğu ise hastanın direkt bakımını yönetmektir. Bu ikili birlikte çalışır, birlikte karar alır(64).

Klinik vaka yöneticisi, koroner yoğun bakım ünitesi gibi homojen bir üniteye 7 hastaya

bakım vermektedir. Ancak dahili yoğun bakım ünitesi gibi tanıları farklı hastaların yattığı bir üniteye bu sayı daha az olmalıdır(64).

Bakım planları olarak klinik bakım protokolleri kullanılmaktadır. Bunlar, diğer vaka yönetimi ile ilgili bakım planlarında olduğu gibi tıbbi tanılara göre düzenlenmiş, sağlık ekibi üyelerinin sorumlu olduğu aktiviteleri ve hasta hedeflerini gösteren planlardır(64).

2.6.4. Kentucky Üniversitesi Vaka Yönetimi Modeli

1990 yılında Kentucky Üniversite Hastanesi'nde uygulanmaya başlanan bu modelde, vaka yöneticileri yüksek lisans mezunu hemşirelerdir. Bu hemşirelerin özellikle işbirliği içinde çalışma, klinik uzmanlık, hasta değerlendirme/tanılama becerileri geliştirilmiştir(15).

Hastaneye kabul edilen hastaları ilk tanımlayan, sorunlarını belirleyen vaka yöneticisidir.

Modelin özellikleri(15):

- Hasta sorunlarının saptanması ve çözümünde, problem çözme sürecinin kullanılması;
- Hastanenin tüm birimleri arasında işbirliğinin artırılması;
- Hastalarla ilgili klinik ve ekonomik hedeflerin vaka yöneticileri tarafından değerlendirilmesidir.

Problem çözme süreci: Bakım kalitesinin artırılması için hasta bakımının tüm yönleri ile ilgili problemler vaka yöneticisi tarafından tanımlanır. Bu sırada diğer sağlık ekibi üyelerinin konu ile ilgili düşünceleri alınır. Vaka yöneticisi, problemleri bilimsel olarak kanıtlamak için gerekli verileri toplar, problemin çözümü için öneri geliştirir, yönetim tarafından kabul edilen önerilerin uygulama sonuçlarını değerlendirir. Sorun tamamen çözülünceye kadar o konu ile ilgili veriler toplanmaya devam edilir.

İşbirliği: Vaka yöneticisi hemşire gerek sorunların belirlenmesi, gerekse uygulama sonuçlarının değerlendirilmesinde tüm sağlık ekibi üyeleri ile işbirliği yapar. Ayrıca hasta ve yakınları ile terapötik bir ilişki içindedir, onlara danışmanlık yapar(15).

Değerlendirme: Klinik ve mali hedeflere ulaşma durumu vaka yöneticisi tarafından değerlendirilir. Hastaların klinik durumu vaka yöneticisi tarafından kontrol edilir, aksama durumunda sağlık ekibi üyeleri ile işbirliği yapılır. Diğer yandan sorunlara yönelik araştır-

malar yapılır. Bu araştırmalar geriye dönük veya ileriye dönük olabilir. Mali hedeflere ulaşma durumunun değerlendirilmesinde mali birimden bir kişi vaka yöneticisine yardım etmektedir(15).

2.6.5. Sharp Memorial Hastanesi Vaka Yönetimi Modeli

Örnek olarak "Yale-New Haven Hemşirelik Uygulama Modeli" alınmıştır. Bu modele göre bir profesyonel bir de tekniker hemşire birlikte çalışmaktadır. Ayrıca hemşire kadrosunda eğitim ve deneyime göre seviyelendirme söz konusudur.

Klinik I veya Klinik II ve hemşire yardımcıları direkt hasta bakımını yürütür. Klinik III veya Klinik IV ya da yönetici II seviyesinde olanlar vaka yöneticiliği yapabilir. Vaka yöneticisi direkt hasta bakımında rol almaz(47).

2.7. ORTAK BAKIM PLANI/BAKIM PROTOKOLÜ (COLLOBORATIVE CASE MANAGEMENT PLAN/CRITICAL PATHWAYS)

2.7.1. Tanımı

Ortak bakım planı ve bakım protokolü, vaka yönetimi için kullanılan araçlardır(42,53,71,75). Bunlar, tanısı belirlenmiş bir hasta grubu için hastanede yatış süresi boyunca sağlık ekibi üyelerinin sorumlu olduğu aktiviteleri bir zaman çizelgesi üzerinde gösteren multidisipliner bakım planlarıdır(2,8,42,68,69,71,82).

Bu bakım planları, kurumlara ve uygulanan vaka yönetimi modeline göre değişmekle birlikte, bunların sıklıkla iki bölümden oluştuğu ve değişik terimler ile ifade edildiği görülmektedir. Ancak kullanılan terim ne olursa olsun, kavram özünde aynıdır(42,71).

1- Ortak bakım planı (Kapsamlı bakım planı): Bakıma katılan bütün disiplinlerin aktivitelerini ayrıntılı olarak gösteren "ortak bakım planı"dır. Buna, "kapsamlı vaka yönetimi planı" (comprehensive case management plans), "ortak vaka yönetimi planı" (colloborative case management plans), "multidisipliner uygulama planı" (multidisciplinary action plans) adları da verilmektedir(42,56,71).

2- Bakım protokolü (Özet bakım planı): Ortak bakım planının özet şeklidir. Bu "bakım protokolü" (critical pathways), "klinik yol" (clinical paths), "bakım haritası" (care maps), "kritik yol" (critical paths), "bakım yolu" (care paths), "beklenen iyileşme yolu" (anticipated recovery paths) olarak da adlandırılmaktadır(13,18,19,46,49,66,71,82,84).

Vaka yönetimi konusunda uzman kişilerin çoğu, bütün hastaların bakım protokolleri ile izlenmeye aday olmadıklarını düşünmektedir. Bu bakım protokolleri, daha çok hastalığın tahmin edilebilir bir seyir izlediği durumlarda yararlı olmaktadır. Durumu karmaşık olan veya komplikasyon gelişen hastalar için bu protokoller uygun olmayabilir. Ancak bazı kurumlar bu tip özel durumu olan hastalar için de farklı bakım protokolleri geliştirmişlerdir(2,42,82).

2.7.2. Bakım Protokolünün Özellikleri

Bakım protokollerinin genelde dört temel özelliği vardır. Bunlar, hastada beklenen sonuçlar (hedefler), zaman çizelgesi, işbirliği (ortak çalışma), kapsamlı bakımın ana unsurlarıdır(6,8,42,71).

Hastada beklenen sonuçlar (hedefler):Hastanın hastaneye kabulünden taburcu oluncaya kadar (hastaya bakım verilecek zaman dilimi içinde), hastada beklenen klinik sonuçlar bakım protokolünde gösterilir. Hastaneler için geliştirilmiş bazı bakım protokollerinde bu hedefler hem günlük hem de liste halinde (hastane bakımının hedefleri) şeklinde ayrı ayrı gösterilir(42).

Zaman çizelgesi: Bakım protokolü üzerinde girişimler belli bir zaman dilimi içinde belirtilir. Hastane ortamında genellikle bir günlük zaman dilimi kullanılır. Acil servis veya anestezi sonrası bakım üniteleri için zaman dilimi saatlik veya 15 dakikalık olabilir. Rehabilitasyon üniteleri veya evde bakım için zaman aralıkları haftalık veya aylık olarak düzenlenebilir(6,42).

İşbirliği: Bakım protokolleri tüm sağlık profesyonellerinin katılımı ile hazırlanır, bu nedenle multidisipliner yaklaşımı yansıtır(42).

Bakımın ana unsurları (anahatları): Bakım protokollerinde bakım, "tanı işlemleri, bazı bakım uygulamaları, ilaç uygulamaları, hareket-aktivite, diyet, eğitim, taburculuk planı" gibi bölümlere ayrılmaktadır. Literatürde, bakım protokolünde yer alan ana unsur sayısının genellikle sekiz olduğu, ancak bu sayının kurumlara göre değiştiği görülmektedir. Eklem replasmanı veya koroner bypass operasyonu gibi işlemlerle ilgili bakım protokollerinde hastane öncesi bakım da (operasyon öncesi hazırlık) yer almaktadır(42,68).

2.7.3. Bakım Protokolünün Yararları

Bakım protokollerinin kullanılmasının hasta, hekim ve diğer sağlık ekibi üyeleri, sağlık kurumu ve sağlık finansmanını sağlayan kurumlar için pek çok yararı vardır(21,42).

Hastaya yararları: Sağlık hizmetlerinin tüketicisi durumunda olan hastaların, sağlık bakım sürecinin planlanma aşamasına katılmaları gerekir. Son zamanlara kadar bakım protokolü ile takip edilen hastaların birçoğu bu durumu bilmemekte iken, günümüzde çoğu kurum hastayı bu konuda bilgilendirmenin çok önemli olduğunu anlamış ve bakım protokolünün bir nüshasını da hasta ve ailesi için hazırlamıştır. Hasta için hazırlanan bu protokol hastaneye kabul sırasında hasta ve ailesine verilmekte ve eğitim aracı olarak kullanılmaktadır. Böylece hasta ve ailesi hastaneden nasıl bir hizmet alacaklarını bilmektedir. Sonuçta hasta, ailesi ve sağlık ekibi üyeleri arasında amaç birliği oluşmakta ve hasta doyumu artmaktadır(42,45,53,68).

Sağlık görevlilerine yararları: Hekimler açısından bakım protokolleri, rutin durumlardaki bakımı standardize etme ve organize etme olanağı sağlar. Özellikle ekip şeklinde çalışan hekimler için bakımla ilgili karışıklıkları ve tutarsızlıkları önlemede, standart protokoller yararlı olmaktadır(42).

Bakım protokolleri bütün sağlık ekibi üyeleri arasında iletişimi artırır. Örneğin femur başı kırığı olan ve operasyon geçiren bir hastanın bakımı ile ilgilenen hemşire, fizyoterapistin hastaya öğrettiği bilgileri pekiştirebilir. Böylece hastanın taburculuk eğitimi erken başlamış olur(42).

Bütün sağlık profesyonelleri tarafından ortak oluşturulan bu protokoller, mevcut uygulamaların izlenmesini ve değerlendirilmesini sağlar. Hasta için eksik ya da fazla yapılan uygulama/girişimlerin belirlenmesinde yardımcı olur. Ayrıca hastada beklenen klinik hedefler tüm ekip üyeleri tarafından bilinir, böylece aralarındaki iletişim ve işbirliği daha da artar. Vaka yönetiminin bir parçası olan bu bakım protokollerinin kullanımının, hekim ve hemşirelerde iş doyumunu artırdığı tesbit edilmiştir(42).

Bakım protokolleri eğitim aracı olarak da işlev görür. Öğrencilere ve yeni mezunlara, en düşük maliyetle ve zamanı en iyi şekilde kullanarak kapsamlı hasta bakımının nasıl yürütülebileceğini öğretir(42).

Sağlık kurumu açısından yararları: Sağlık kurumu açısından yararları aşağıda maddeler halinde belirtilmiştir(19,42).

- Kurum, hasta bakım kalitesini bu protokoller aracılığı ile ortaya koyabilir.
- Bakım kalitesindeki artış, kaynakların kullanımı ve risk yönetimi arasındaki ilişki gösterilebilir.

- Kurumda çalışanlar arasında iletişimi artırır, böylece çalışanların beklentilerinin daha net olmasını sağlar.
- Çalışanların ve hastaların memnuniyetini artırır.
- Hastanede yatış süresini kısaltır, böylece maliyeti düşürür.
- Hasta bakımının değerlendirilmesi ile ilgili hazır veri (hastada beklenen sonuçlar vb) sağlar.

Sağlık finansman kurumu açısından yararları: Sigortacılar bakım protokollerine dayanarak ortaya çıkan bakım kalitesine ve beklenen sonuçlara göre ödeme yapabilir. Ayrıca yapılan ödeme karşılığı nasıl bir bakım elde edildiği tesbit edilebilir(42).

2.7.4. Bakım Protokolünün Değerlendirilmesi

Bakım protokolünün en önemli unsurlarından biri hedeflerin değerlendirilmesidir. Beklenen sonuçların yazımı ile ilgili format (biçim) değişmekle birlikte, hedef (beklenen sonuç) bakımın sonucu veya taburculuk sırasında hastada beklenen durum olarak ifade edilir. Bazı kurumların bakım protokollerinde her bir bakım unsuru yanında bir sütun açılır ve hedefler günlük olarak değerlendirilir. Bazı bakım protokollerinde ise hastanın tıbbi tanısına göre beklenen hasta hedefleri liste halinde yazılır. Vaka yöneticisi tarafından bakım hedefleri her gün veya taburculuk sırasında değerlendirilir. Eğer hedeften sapma varsa (varyans/değişiklik), bu ilgili bölüme kaydedilir(2,68,72).

Varyans: Varyans, ne beklendiği ile neye ulaşıldığı veya ne yapılması planlandığı ile ne yapıldığı arasındaki farktır. Diğer bir deyişle varyans, bakım protokolünde belirtilen hedeflerden/aktivitelerden sapma olmasıdır. Varyans izleme (takibi), tutarlı bir temele dayanan hedeflere ya da istenen sonuçlara ulaşıp ulaşılmadığını belirlemek için yapılır. Diğer bir deyişle varyans analizi, belirlenen sorunlarla ilgili gidiş yönünü incelemek, bu sorunlara karşı eylem planı geliştirmek ve uygulamak, böylece kaliteli bakıma ulaşmak için yapılır(6,8,42,53,68,69,72).

Varyanslar, klinik duruma göre olumlu ya da olumsuz olabilir. Olumlu varyansa örnek olarak, hastanın beklenen zamandan daha önce iyileşmesi ve erken taburcu olması ya da operasyon sonrası 3. gün yatak dışına çıkıp yürümesi beklenen hastanın operasyon sonrası 2. gün bunu yapabilmesi verilebilir(72).

Bakım protokolünde belirtilen girişimler zamanında uygulanmadığında hastanın iyileşmesi gecikir, buna bağlı olarak taburculuk süresi uzar ve maliyet artarsa bu da olumsuz

(negatif) bir varyanstır(42).

Hastanede yatış süresi boyunca her bir hastada görülen varyanslar "varyans izleme formuna" kaydedilir. Spesifik vaka tipleri için varyanslar biraraya getirilir, benzerlikler yönünden incelenir. Bunlar uygulamalarda, hizmet sunumunda veya bakım protokolünde değişiklik yapılması gerektiğini belirtebilir(41,49). Bu sonuçlar, hastanedeki sistemi veya hastaya bakım sunulan çevreyi düzeltmede kullanılabilir(72). O nedenle hem olumlu hem de olumsuz varyansların sürekli izlenmesi gerekir(42,49).

Sadece varyansların değil aynı zamanda varyansın nedenini ve buna karşı ne yapıldığını da incelemek gerekir(3,8,37,69,80).

Varyans nedenleri

Kurumların çoğu varyans nedenlerini üç bölümde toplamaktadır:

- 1- Hastane ya da sistem
- 2- Sağlık ekibi üyeleri
- 3- Hasta ya da ailesi

Hastane veya sistemle ilgili nedenler, hastanenin işleyişindeki eksikliklerden kaynaklanan nedenlerdir. Bunların çözümü için yönetsel kararlar gerekir(6,69,82). Örneğin operasyon geçiren bir hastaya antibiyotik alması gereken zamanda ilacı verilmediğinde, neden, ilacın eczaneden geç gelmesi ise bu sistemle ilgili bir varyanstır. "Bir tanıışleminin, sadece belli günlerde yapıldığı için gecikmesi; serviste boş yatak olmadığı için hastanın yoğun bakım ünitesinde kalması" şeklindeki örnekler de sistemle ilgili nedenlerdir(82).

Sağlık ekibi üyeleri ile ilgili nedenler, hasta bakımında görev alan kişilere ilişkin sorunlardan kaynaklanır(6,69,82). Örneğin hastanın ilacı olduğu halde ilacı zamanında verilmedi, hasta eğitimi yapılmadı ya da malzeme olmasına karşın yara bakımı yapılmadı ise bunlar sağlık ekibi üyeleri ile ilgili varyans nedenleridir(82).

Hasta ve ailesi ile ilgili nedenlere ise hastanın uygulamaları reddetmesi veya hastada herhangi bir komplikasyon görülmesi örnek olarak verilebilir(6,82).

Varyans nedenleri arasında, sağlık ekibi üyelerine ait nedenler, hemen anında ele alınıp işbirliği uygulaması içinde düzeltilebilir. Sisteme ait nedenler, özelliklerine göre anında

ele alınabilir veya birbirine benzer olanlar ilgili ekip üyeleri ile birlikte düzeltilmeye çalışılır. Hastaya ve aileye ait nedenler ise alternatif müdahale yolları ile çözümlenmeye çalışılır(18,69).

2.7.5. Bakım Protokolü İle İlgili İkilemler

Bakım protokolleri birçok kurum tarafından kullanılmasına rağmen bazı kurumlarda bunların kullanımına ilişkin bazı endişeler vardır. Bunlar:

- 1- Bakım protokolleri henüz test edilmemiş olmasına karşın hatalı uygulamalarda davacı avukatı tarafından delil olarak kullanılabilir.

Bakım protokolleri hekim veya diğer sağlık görevlilerinin sorumlu tutulabileceği standart bakımı göstermektedir. Bakım protokolünde ulaşılamayan hedef "varyans" olarak ifade edilir; bu durum hata yapıldığını gösterir. Bakım protokollerini kullanan kurum, politika ve prosedürlerinde protokollerin bir rehber olduğunu, bunların hastanın gereksinimlerine ve tepkilerine göre bireyselleştirildiğini belirterek sorumluluğu en aza indirebilir. Ayrıca hangi bakım protokollerinin ne zaman kullanılacağı açıkça belirtilmelidir(42).

- 2- Hekimlerin bakım protokollerini kullanmamasıdır.

Örneğin, Kentucky ve Louisville'de Alliant Sağlık Merkezi'nde bakım protokolleri uygulamaya konduktan 2-3 yıl sonra bir çalışma yapılmıştır. Buna göre, hekimlerin, bakım protokollerinin geliştirilmesi sırasında işbirliği yapmalarına rağmen, bu bakım protokollerini çok az kullandığı tesbit edilmiştir. Bunun sonucunda, hastane yönetimi bakım protokollerinde hekimlerin yer almasına karar vermiş ve formları tekrar inceleyerek kendileri için ideal bir şekle getirmiştir(42).

- 3- Bakım protokollerinin değerini ölçecek yeterli veri olmamasıdır.

Kanada'daki Toronto Hastanesi'nde yapılan bir çalışmada, bakım protokollerini değerlendirmek ve varyans analizini yapmak üzere ortak bir "format" geliştirilmiştir(42).

- 4- Bakım protokollerinin tıbbi kayıtlar içinde yer alıp almaması, eğer yer alacaksa dosyada hangi bölüme yerleştirileceği hakkında ikilem vardır.

Çoğu kurum bakım protokollerini tıbbi kayıtlar içinde bulundurmakta; bazı kurumlar hekim direktifleri bölümüne koymakta; bazıları ise tıbbi kayıtlardan ayrı bir yerde muhafaza etmekte ve hasta taburcu olduktan sonra iptal etmektedir(42).

Birçok uzman, eğer bakım protokolü tıbbi kayıtların bir bölümü ise, bunun mevcut kayıt sisteminde yerini alması gerektiğine inanmaktadır(42).

2.8. VAKA YÖNETİCİSİ HEMŞİRENİN SEÇİMİ

Vaka yöneticisi hemşirenin seçim kriterleri kurumun felsefesine ve koşullarına, vaka yöneticisine verilen görev ve sorumluluklara göre değişmektedir(5,12,46,49,50,73).

Amerikan Hemşireler Birliği'nin 1992 standartlarına göre vaka yöneticisi adaylarının en az lisans mezunu ve ilgili alanda en az 3 yıl deneyimli olması gerektiği belirtilmektedir(12,25).

Loveridge ve arkadaşları(73),vaka yönetiminde lisans mezunu hemşirelerin profesyonel olarak, ön lisans mezunu hemşirelerin ise teknik seviyede yardımcı olarak görev almalarını önermektedir.

Zander(73), vaka yöneticilerinin lisans mezunu olması gerektiğini belirtmekle birlikte, bu hemşirelerin "hemşirelik süreci, işbirliği içinde çalışma, yönetim, iletişim, karar verme, kritik düşünme, sorun çözme" bilgi ve becerilerinin de çok iyi olması gerektiğini vurgulamaktadır.

Sherman(10), vaka yöneticisi hemşirenin en az lisans mezunu ve alanında en az iki yıl deneyimi olması gerektiğini belirtmektedir. Ayrıca bu hemşirenin "klinik bilgi ve becerilerinin çok iyi olması, rol değişikliğine iyi hazırlanması, sorun çözme, bakım protokolü geliştirme, taburculuk eğitimi" gibi konularda eğitilmesi gerektiğini vurgulamaktadır.

Vaka yönetimi için en az lisans düzeyinde eğitim gerektiği kabul edilmekle birlikte, çoğu zaman yüksek lisans eğitimi almış ve klinik uzman hemşire olarak deneyimi olan kişiler tercih edilmektedir(12,67). Yapılan çalışmalarda eğitim düzeyi yüksek olan hemşirelerin bu işi daha başarı ile yaptıkları saptanmıştır(49).

New York, Binghamton'daki Lourdes Hastanesi, vaka yöneticisi olarak yüksek lisanslı klinik uzman hemşirelerden yararlanmaktadır. Proje başkanı, bu hemşirelerin klinik bilgi, beceri ve deneyimlerinin çok iyi olduğunu, bu nedenle hekimlerin bu hemşireleri çok güvenilir bulduklarını belirtmektedir(42).

Vaka yöneticisi rolünü üstlenecek hemşirelerin bilgi ve becerilerinin çok iyi olması gerekmektedir. Bu bilgi ve becerinin çerçevesi(12,25,46,49,67):

- Sağlık hizmeti ile ilgili finansman kaynakları,
- Çok iyi bir klinik bilgi ve beceriye sahip olması,
- Kurumdaki ve toplumdaki bakım kaynakları,
- Taburculuk planı (ideal yatış süresi, taburculuk sırasında gerekli işlemler vb.),
- Yönetimsel beceriler (iletişim, hastanın avukatlığını yapma, ikna etme, danışmanlık hizmetleri, sorun çözme, çatışmaların yönetimi, toplantı yönetimi, değişimin planlanması ve yönetimi, zaman yönetimi vb.),
- İşbirliği içinde etkili ekip stratejileri geliştirme becerisi,
- Eğitim ve öğretim becerisi,
- Program geliştirme ve araştırma becerisi,
- Kaliteyi artırma stratejileri ve teknikleri geliştirme becerisi,
- Rol geliştirme ve görüşmelerin planlanmasının yönetimi,
- Ev ziyareti danışmanlığı ve bunun değerlendirilmesi.

Yukarıda belirtilen bilgi ve becerilere ilave olarak vaka yöneticisinin ekip çalışmalarına katılmak, riske girmek, kritik düşünmek, klinik olgunluk, yaratıcılık, sabır, amaçlara oryantasyon, coşku, girişkenlik, kendi bakımına özen göstermek gibi özellikleri de taşıması istenmektedir(12,46).

Hemşirelerin vaka yönetimi ile ilgili bilgi gereksinimini karşılamak üzere, toplum sağlığı alanında çalışan hemşireler için Kansas Üniversitesi Hemşirelik Okulu tarafından 1987'de, bir sürekli eğitim programı hazırlanmıştır. Daha sonra "Yaşlı Hastanın Değerlendirilmesi ve Bakımı" ile Orem'in "Öz-Bakım Modeli" birleştirilmiş ve bu programa dahil edilmiştir(12).

Ayrıca ilk defa Vanderbilt Üniversitesi Hemşirelik Okulu tarafından "Vaka Yönetimi" konusunda yüksek lisans programı başlatılmıştır(12).

2.9. VAKA YÖNETİCİSİ HEMŞİRENİN GÖREVLERİ

Vaka yöneticisi hemşire (VYH), hastalık süresi boyunca özel bir vaka grubu için hastanın klinik bakımını koordine etmekten sorumlu bir hemşiredir(12,63,67,73). VYH hasta ve ailenin gereksinimlerinin karşılanmasında tedavi ve bakımın bütüncü bir yaklaşım içinde sürdürülmesini sağlar. Kurum için belirlenen standartlar çerçevesinde hasta bakımını değerlendirir, hastanın bakımına rehberlik eder, kaynakların kullanımını düzenler,

klirik ve ekonomik hedeflere ulaşılmasını sağlar(6,14,67). Vaka yöneticisi hasta ve ailesi için 24 saat kaynak kişidir.

Grau(36)'ya göre vaka yöneticisi aktiviteleri "iyi karar verme, değerlendirme, koordinasyon, hizmetleri kontrol etme, direkt bakım verme, periyodik olarak yeniden değerlendirme yapmak"tır. Grau, bu aktivitelerin vaka yönetiminin en ideal aktiviteleri olduğunu belirtmektedir.

Crummette ve Boatwright(73), yataklı tedavi kurumlarında, üç değişik roldeki hemşireye vaka yöneticiliği görevinin verildiğini bildirmektedir.

- 1- Primer hemşire: Hastanın primer hemşiresi, bulunduğu üniteye hem direkt bakımda görev alır hem de bakımı koordine eder. Hasta bir başka servise gittiğinde bakımı koordine etme görevini sürdürür.
- 2- Hemşire: Hastanede çalışan bir hemşiredir, hem hastanın direkt bakımında görev alır hem de vaka yöneticiliği yapar.
- 3- Vaka yöneticisi hemşire: Hastanın direkt bakımında görev almaz,sadece vaka yöneticiliği yapar(22,73).

Vaka yöneticisinin görevleri kurumdan kuruma ve verilen görevin sınırlarına göre değişmekle birlikte(8,12,67,73) aşağıdaki gibi özetlenebilir:

- Bakım ve hizmetlerin koordinasyonu, bakım ve hizmetlerin sorumlu kişiler arasında paylaşılması, hizmeti sunanlara ödeme yapmak için kaynakların planlanması,
- Vaka yönetimi uygulamalarına gereksinim duyan hasta gruplarının belirlenmesi,
- Hasta hedeflerinin kapsamlı olarak değerlendirilmesi, bunun yanı sıra hastanın fiziksel, ruhsal, sosyal, çevresel ve ekonomik yönden değerlendirilmesi,
- Hastanın resmi ya da resmi olmayan destek sistemlerinin değerlendirilmesi,
- Hemşirelik tanılarını ya da ortak sorunları belirlemek üzere toplanan verilerin analiz ve sentez edilmesi,
- Hasta, ailesi ve sağlık ekibi üyelerinin katılımıyla hazırlanan bakım planının geliştirilmesi, uygulanması, sonuçların değerlendirilmesi, gerekirse bakım planının değiştirilmesi,
- Hasta için kurumsal ya da toplumsal yardım kaynaklarının araştırılması, kaynakların hasta yararına kullanılması, hizmette herhangi bir eksiklikte yeni kaynakların bulunma-

si,

- Hizmet sunumunun sağlanması, hastanedeki ya da evdeki bakımda hastanın otonomisinin sağlanması,
- Sorunların çözülmesi,
- Direkt hasta bakımı verilmesi (bazı modellerde),
- Hizmetlerin sunumunda liyazon kişi olarak görev alması,
- Hasta ve ailesinin toplumsal yardım kaynakları hakkında eğitilmesi, hasta ve ailesinin kendi kendine bakım konusunda teşvik edilmesi,
- İletişimin kolaylaştırılması,
- Kayıt işlerinin yapılması,
- Amaçlara ulaşmada hastadaki ilerlemelerin gözlenmesi, hastanın sağlık durumundaki değişikliklerin periyodik olarak değerlendirilmesi,
- Hizmetin kalitesini, etkinliğini sağlamak üzere hazırlanan planın sürekli değerlendirilmesi, hizmetlerin düşük maliyetle ve hasta için yararlı olup olmadığının değerlendirilmesi,
- Hizmet dağılımının yeterli yapıp yapılmadığının ve hastanın gereksinimlerini karşılayıp karşılamadığının gözlenmesi ve değerlendirilmesi,
- Hastanın taburcu edilebilmesi için belirlenen amaçlara ulaşıp ulaşılmadığının değerlendirilmesi.

Vaka yöneticisinin rolü programlara göre değişmekle birlikte en önemli rolü bakım ve hizmetlerin koordinasyonudur. Diğer rolleri ise yönetici, klinisyen, konsültan, eğitimci ve araştırmacı rolüdür(73).

Vaka yöneticisinin rolleri belirlenirken başka sorunlar da ortaya çıkabilir. Örneğin otorite, sorumluluk ve kişilerarası ilişkilerde çatışmalar görülebilir(12). Vaka yönetimi programları oluşturulurken, olası sorunları en aza indirmek için vaka yöneticisi hemşireler, servis yöneticisi hemşireler ve yatak başı hemşirelerinin görevlerinin iyi tanımlanması gerekir(12,73).

Vaka yöneticileri, yönetsel, yasal, klinik ve ekonomik olmak üzere genellikle dört konuda otorite sahibidir(12). Sorumluluk ile ilgili olarak vaka yöneticisinin kimden ve kime karşı sorumlu olduğu belirlenmelidir. Çatışmaların önlenmesi yönünden vaka yöneticisinin iş tanımında bunların ayrıntılı olarak belirtilmesi gerekir(12,67). Vaka yöneticisi hemşire için örnek bir iş tanımı Tablo 2.3'te verilmiştir(42).

Tablo 2.3. Vaka Yöneticisi Hemşire İçin İş Tanımı Örneği

HARBOR HASTANESİ		
İŞ TANIMI		
İş No:	Ünvan	: Klinik Uzman Hemşire/Vaka Yöneticisi Hemşire
	Bölüm	: Hemşire Direktörlüğü
I. Primer Fonksiyonu		
Vaka Yöneticisi Hemşire (VYH), hastanın bakımı ile ilgilenen hemşireler ve diğer sağlık ekibi üyeleri ile birlikte günlük olarak hastanın bakımının planlanması, koordinasyonu ve kontrolünden sorumludur.		
Kendisine verilen vaka grubunun bakımını geliştirmek, kaynakların en etkili ve verimli şekilde kullanılmasını sağlamak, bakım standartlarını sürdürmek, belirlenen yatış süresi içinde istenen hedeflere ulaşılmasını sağlamakla sorumludur. Hastanın bireysel gereksinimlerine göre bakım planında gerekli değişikliklerin yapılmasını ve bunların kaydedilmesini sağlar.		
II. Aranılan Nitelikler		
Eğitimi	:	Tescilli, hemşirelik okulu mezunu, Lisans mezunu olmalı; yüksek lisanslı olması tercih edilir.
Sertifika	:	Tescil belgesi Belirlenen hasta grubu için uygun klinik alanda uzmanlık belgesi (göreve geldikten sonra en geç iki yıl içinde alınmış olmalı)
III. Uygulama alanı		
VYH, hastaları için vaka yönetimi ekibi ile birlikte belirlenen hedeflere ulaşmak için hastanedeki diğer bölümlerle işbirliği yapar. VYH hasta için ödenen ücret ile yapılan masraflar arasında dengeyi sağlayacak protokollerin geliştirilmesi ve düzenlenmesinde hekimler ve diğer sağlık ekibi üyeleri ile birlikte çalışır.		
IV. Görevleri		
A. Klinik		
1. Kendisine verilen hastaları kabul eder ve onların gereksinimlerini belirler.		
2. Hastanın hastanede kalacağı süre içinde bakım hedeflerini ve diğer planlamaları birlikte yapmak üzere hastanın hekimi ile görüşür.		
3. Hastanın teşhis grubunu (DRG = Diagnosis Related Group), hastanede yatış süresini, transfer veya taburcu olma tarihini belirler.		
4. Hastanın tıbbi hikayesini öğrenir, hastanede yatış süresi boyunca önemli olayların kaydını tutar.		
5. Hastanın hemşirelik bakımını (hemşirelik süreci ile ilgili uygulamaları) günlük olarak takip eder, gerektiğinde direkt bakıma katılır.		
6. Sık sık hastayı ziyaret eder, klinik sorumluları, klinik uzman hemşire, doğrudan bakım veren hemşireler, hekimler ve diğer sağlık ekibi üyeleri ile görüşür ve sürekli olarak hastanın bakım gereksinimlerini değerlendirir.		
7. Hastanın bakım planı/bakım protokolleri hakkında hemşirelerle görüşür. Sonuçları (hedefleri) değerlendirir, hastanın durumunda herhangi bir değişiklik gerekiyorsa hekimin onayı ile bunu başlatır.		
8. Komplikasyonları önlemek için hastada izlenmesi gereken parametreleri belirler, bunların takip edilmesini sağlar.		
9. Standartlara uyulup uyulmadığını değerlendirmek için dosyadaki kayıtları inceler.		
10. Uygulama standartlarına ve hastada beklenen sonuçlara göre bakımı değerlendirir.		
11. Hasta ve ailenin düşüncelerini de alarak hastanın sorunlarını ve bakımın hedeflerini değerlendirir.		
12. Tanıya göre ilk bakım planı ve bakım protokolünü belirler ve taburculuk planı ile ilgili düzenlemeleri yapar.		
13. Sosyal ve ekonomik durum, aile desteği, fonksiyonel kapasite, bilgi gereksinimi, olası risk faktörleri ve komplikasyonlar gibi konularda hastanın bireysel gereksinimlerini belirler, bunları standart ortak bakım planı/protokolü ile karşılaştırır.		

Tablo 2.3. (Devamı)

14. Hastanın kabulünden sonraki 24 saat içinde bakım protokolünü hekim ile birlikte inceler ve bakım protokolünde gerekli değişiklikleri yapar.
15. Bakım ekibinde yer alan diğer kişilerle (diyetisyen, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı vb.) hasta hakkında görüşür.
16. Hasta için yapılması planlanan işlemlerle ilgili olarak radyoloji, solunum tedavisi, hasta transportu gibi birimlerle görüşür ve işlemleri sıraya koyar.
17. Vizitlere katılır, hastanın durumu hakkında bilgi verir. Hastadaki beklenen sonuçlara yönelik ilerlemeler hakkında görüşlerini belirtir.
18. Hasta ve ailesi ile bakım protokolü, hastanın durumundaki gelişmeler ve beklenen sonuçlar hakkında görüşür.
19. Klinik hedeflere ulaşıldıkça bunları kaydeder.
20. Hasta ile ilgili hedefler veya hastada beklenen sonuçlar, hastanın mevcut durumu ve beklenen durumdan sapmaları kaydetmek için tüm sağlık ekibi üyeleri ile işbirliği yapar ve bunları değerlendirir.
21. Hastada kriz/sorun ortaya çıkmadan önce konsültasyon ister.
22. Gerektiğinde sağlık ekibi üyeleri ile toplantı yapar.
23. Hastanın mevcut durumu, hedeflere yönelik gelişmeler, hastanın aldığı bakımdan memnuniyeti ve evdeki bakımının planlanması hakkında aile ile her gün görüşür.
24. Sağlık eğitimini (taburculuğa hazırlık) planlar ve koordine eder.
25. Taburculuktan sonraki 24-48 saat içinde hastanın durumunu belirlemek; sorun varsa bunun çözümünde yardımcı olmak amacı ile hasta ve ailesini telefonla arar.
26. Bir hastanın diğer bir kuruma transferi durumunda gerekli formları doldurur ve bakımın devamını sağlamak için telefonla arayarak hastanın durumunu izler.
27. Hastanın taburculuk sonrası gereksinim duyabileceği kaynakları belirler ve bunları koordine eder.
28. Sağlık eğitiminin tamamlanmasını ve bunun kaydedilmesini sağlar.
29. Taburculuk planlama toplantılarına katılır ve burada vaka sunumu yapar.
30. Bakım planının geliştirilmesini ve sağlık ekibi üyelerinin hastaların gereksinimlerini karşılamasını sağlar.
31. Bu konularla ilgili diğer görevleri gerektiği şekilde yerine getirir.
B. Kalite Kontrolü, Araştırma, Eğitim
1. Belirlenen kalite kontrol ve kalite geliştirme girişimlerini uygular.
2. Hastanenin politika ve prosedürlerine uygun olarak mevcut hemşirelik araştırma bulgularının hemşirelik bakımına yansımaları sağlar.
3. Hizmetçi eğitim programlarına katılır.
4. Hastalar, aileler ve sağlık ekibi üyeleri ile etkileşimde bulunarak hemşirelikte vaka yönetimi programının anlaşılmasını sağlar.
C. Profesyonel ve Mesleki Gelişme
1. İlgili olduğu alanda, klinik yeterliliğini sürdürmek için mesleki eğitimine devam eder.
2. Yıllık olarak katılması gereken eğitim programlarına katılır.
3. Gelişme gösterebileceği alanları belirler, fırsatları değerlendirir.
4. Harbor Hastanesi felsefesine ve aile ile iletişim standartlarına uygun davranır.
5. Görünümü ve davranışları ile hastalar ve görevliler karşısında pozitif rol modelini yansıtır.
V. Denetim
Hemşire Direktörü tarafından denetlenir.
VI. Uyguladığı Denetim
Personelin klinik uygulamaları ile ilgili değerlendirmeleri ilgili sorumlulara bildirir.
Hasta bakımındaki problemlerin nedenlerini belirler ve bunların çözümü için çalışır.
Yetkili Kişi : İmza
Yenilenme Tarihi :

(Ignatavicius,D.D., Hausman,K.A.: Clinical Pathways for Collaborative Practice. WB Saunders Company, Philadelphia, 1995).

Vaka yöneticisi hemşirenin sorumlu olduğu vaka sayısı

Literatürde, bir vaka yöneticisinin sorumlu olduğu vaka sayısı ile ilgili kesin bir rakam yoktur. Vaka yöneticisi hemşirenin günlük sorumlu olduğu hasta sayısı, kurumlara, vaka yöneticisine verilen sorumluluklara, bakım verdiği hasta grubuna göre değişmektedir.

New Jersey - New Brunswick'teki Robert Wood Johnson Üniversite Hastanesi tarafından yoğun bakım hastaları için geliştirilen ve uygulanan **ProACT modelinde**, bir vaka yöneticisine yedi hasta verildiği belirtilmektedir. Bu rakamın, aynı tip hastaların yattığı yoğun bakım üniteleri için geçerli olduğu, farklı tanıları olan hastaların yattığı ünitelerde bu sayının düşürülmesi gerektiği vurgulanmaktadır(64).

Arizona - Tucson'daki Carondelet St.Mary Hastanesi tarafından geliştirilen ve uygulanan **Tucson Tıp Merkezi Modeli**'ne göre vakalar hem hastane içinde hem de hastane dışında takip edilmektedir. Burada bir vaka yöneticisine 10'u hastane içinde, 30'u hastane dışında olmak üzere toplam 40 vaka verilmektedir. Ayrıca hastane dışında bulunan ve sadece ayda bir kontrol gerektiren vakalardan da 40-50 kişinin sorumluluğu verilebilmektedir(28).

New York-Binghamton'daki Lourdes Hastanesi'nde, vaka yöneticisi olarak yüksek lisanslı klinik uzman hemşirelere görev verildiği ve bir vaka yöneticisinin 16 ile 36 vaka-ya bakım verdiği bildirilmektedir(42).

2.10. VAKA YÖNETİMİ PROGRAMININ UYGULAMAYA KONMASI

Literatürde belirtildiği gibi gerek yataklı tedavi kurumları gerekse toplum sağlığı ile ilgili kurumlar tarafından uygulanan vaka yönetimi programlarında ortak bir tanım, genel bir çerçeve veya sınırlılık ve tek bir varyans/sapma değerlendirme standardı yoktur(35,50). Vaka yönetimi, farklı hasta grupları arasında, farklı kurumlarda farklı yaklaşımlarla uygulanmaktadır. Bu uygulamalar kurumların kendi felsefesini, amaçlarını, politika ve prosedürlerini yansıtmaktadır(12,50).

Bir kurumda, vaka yönetimi programı hazırlanmadan ve roller tanımlanmadan önce aşağıdaki sorulara yanıt verilmelidir(12):

- Vaka yönetimi programının temel amaçları nelerdir?
- Vaka yönetimi uygulanacak hastaların özellikleri nelerdir?

- Hastaların hastalığı akut ya da kronik midir?
- Hastaların sağlık sorunu bir kerelik mi ya da periyodik olarak sürekli mi tedavi ve bakım gerektirmektedir?
- Hastaların sosyoekonomik durumları nasıldır?
- Vaka yönetimi uygulanacak hastaların bakım ve tedavi giderleri kim tarafından karşılanacaktır?
- Vaka yöneticisinin rolü hangi alanda olacaktır? Hastanede mi? Halk sağlığı alanında mı? Sosyal hizmet birimlerinde mi?
- Vaka yöneticisi direkt hasta bakımında mı görev alacak ya da sadece sunulan hizmetti mi koordine edecektir?

Literatürde, vaka yönetimi programlarının uygulamaya konma sürecinde de kurumlar arasında fark olduğu görülmektedir. Ancak sıklıkla kurumlar tarafından yürütülen faaliyetler aşağıdaki şekilde sıralanabilir(1,56):

- Vaka Yönetimi Projesi "Planlama ve Yürütme Komitesi" ve "Alt Komite"lerin kurulması
- Literatürün incelenmesi
- Kurumdaki mevcut hasta bakımı durumunun belirlenmesi
- Vaka yöneticisinin seçimi ve vaka yöneticisinin iş tanımının yapılması
- Ortak bakım planı ve bakım protokolünün geliştirilmesi
- Vaka yönetimi programının uygulanması
- Vaka yönetimi programının değerlendirilmesi

2.10.1. Vaka Yönetimi Projesi "Planlama ve Yürütme Komitesi" ve "Alt Komite"lerin Oluşturulması

Kurumda, vaka yönetimi projesini planlamak, uygulamak ve sonuçları değerlendirmek üzere Vaka Yönetimi Projesi "Planlama ve Yürütme Komitesi" kurulmalıdır. Komite, başhekim/tıbbi direktör, mali işler şefi, hemşirelik hizmetleri müdürü, kat sorumlu hemşireleri, eğitim-araştırma hemşiresi, fizyoterapist, diyetisyen gibi tüm sağlık disiplinlerini yansıtabilecek biçimde oluşturulmalıdır(1,56). Komiteye katılan üyelerin bu konuya ilgi duymaları, liderlik özelliklerinin olması, klinik bilgi, beceri ve deneyimlerinin olması, iyi bir iletişim becerisine sahip olması olumlu olur(55).

Projenin planlanması ve yürütülmesinde her bir vaka grubu ile ilgili olarak ayrı ayrı alt komiteler oluşturulabilir. Ancak başlangıçta tek bir konunun seçilmesi daha uygun-

dur(1,56).

Vaka Yönetimi Projesi Planlama ve Yürütme Komitesi, kurum için en uygun vaka yönetimi modelini belirlemek, rol alacak kişilerin iş tanımlarını yapmak ve kullanılacak ortak bakım planları ve bakım protokollerini hazırlamak için literatürü incelemelidir(1,56).

Diğer taraftan mevcut klinik uygulamaları değerlendirmek, vaka gruplarına göre her bir sağlık disiplininin sunduğu hizmetleri belirlemek, aynı vaka grubu içinde tedavi planları arasında benzerlikler ya da ayrılıklar olup olmadığını saptamak, mevcut kaynak kullanımını değerlendirmek amacıyla bir "araştırma" yapılabilir(1,50,56). Araştırmada aşağıda belirtilen veriler toplanır:

Hastaların özellikleri : Yaş, cinsiyet, tıbbi tanı, finans kaynağı

Bakım süreci : Hekimi, hastanede yatış süresi

Bakımın hedefleri : Taburculuğa hazırlık, taburculuk durumu, hastanenin kazancı

Veriler toplandıktan sonra analiz edilir.

- 1- Hastaların özellikleri, bakım sürecinin özellikleri ve bakımla ilgili hedeflere ulaşma durumu belirlenir.
- 2- Hekimler ile yatış süresi arasındaki ilişki, birbirine benzer hastalar ile yatış süresi arasındaki ilişki, birbirine benzer grup arasındaki farklılıklar belirlenir.
- 3- Hastaların özellikleri ile bakım süreci ve bakımla ilgili hedefler arasındaki ilişki incelenir.
- 4- Hastaların özellikleri, bakım süreci ve bakım hedefleri ile komplikasyonlu ve komplikasyonsuz hastalar arasında ilişki incelenir.

Analiz sonrası elde edilen veriler, mevcut hasta bakımının hedeflerine ulaşp ulaşmadığını, hasta özelliklerinin profilini ve hekimlere göre yatış sürelerini gösterir. Bu sonuçlar doğrultusunda vaka yönetimi uygulanacak vaka grubuna karar verilir(56).

2.10.2. Vaka Yöneticisinin Seçimi ve Vaka Yöneticisinin İş Tanımının Yapılması

Kurumda uygulanmasına karar verilen modele göre vaka yöneticisi hemşirenin seçim kriterleri belirlenir ve iş tanımı yapılır. Bu sırada servis sorumlu hemşiresi ve yatak başı hemşirelerinin görevlerinin yeniden tanımlanması gerekebilir. Olası çatışmaların önlenmesi yönünden bu rollerin belirlenmesi çok önemlidir(46). Seçim kriterleri doğrultusunda vaka yöneticisi/yöneticileri belirlenir.

2.10.3. Ortak Bakım Planı ve Bakım Protokollerinin Geliştirilmesi

Bakım planlarını geliştirmek üzere her bir vaka grubu ile ilgili ayrı bir komite kurulabilir. Komite üyeleri hekimler, hemşireler, diyetisyenler, solunum terapistleri ve diğer sağlık ekibi üyelerinden oluşur. Gerekirse eczane, laboratuvar vb. birimlerden de temsilci alınabilir(42,71).

Bakım protokollerinin geliştirilmesinde kullanılacak yol aşağıdaki gibidir(42,54):

- Bakım protokollerini kullanmanın amaçları, yararları hakkında hastane personeline eğitim (toplantı veya ofis ilanları) verilir.
- Bakım protokollerinin hazırlanması ile ilgili veriler toplanır. Bunun için literatür incelemesi yapılır. Bakımın ana unsurları belirlenir. Bu, sıklıkla konsültasyon, tanı işlemleri, bazı bakım uygulamaları, ilaçlar, diyet, eğitim, aktivite-dinlenme ve taburculuk planı olmak üzere en az sekiz aşamada ele alınmaktadır. Ancak kurumlar kendi koşullarına göre bunu artırmaktadır.
- Diğer yandan bir önceki aşamada elde edilmiş mevcut bakım durumu göz önünde bulundurulur ve kurum için istenen bakım hedefleri doğrultusunda bakım protokolü oluşturulur. Her bir bakım unsuru ile ilgili hastada beklenen klinik sonuçlar (hedefler) ya her gün ya da liste halinde belirtilir.
- Bakım protokolü, sağlık ekibi üyeleri (her disiplin kendilerini ilgilendiren bölümü inceleyerek) tarafından incelenir.
- Hedeflere ulaşıp ulaşılmadığını belirlemek üzere varyans analiz formu geliştirilir. Bilindiği gibi hedef, hasta bakımının sonucunu tanımlar, diğer bir deyişle hastanın durumunda iyileşme olduğunu veya hastanın sorununun çözümlendiğini ifade eder. Varyans ise hedeften sapma olmasıdır. Örneğin sürekli insülin kullanması gereken ve bu enjeksiyonu yapmayı bilmeyen bir diyabetik hastanın ilacı doğru bir şekilde uygulamayı öğrenmesi ve bunu uygulaması hedefe ulaşıldığını gösterir. Hasta taburcu olurken hâlâ bunu yapamıyorsa bu bir varyanstır, sapmadır. Neyin, nasıl varyans kabul edileceği açıkça belirtilmelidir.
- Bakım protokolleri hastane yetkililerinin onayına sunulur.
- Bakım protokollerinin kullanımı ile ilgili politika ve prosedür geliştirilir.
- Bakım protokollerinin kullanımı hakkında ilgili personelin tümü eğitilir.
- Pilot uygulama yapılır ve sonuçları değerlendirilir.
- Gerekirse bakım protokolü üzerinde değişiklik yapılır ve protokol yeniden yazılır.
- Vaka yönetimi programı uygulamaya konur.

2.10.4. Vaka Yönetimi Programlarının Değerlendirilmesi

Vaka yönetimi programlarının etkinliği, hasta bakımının kalitesi, bakımın maliyeti, çalışanların doyumu, kaynakların kullanımı incelenerek değerlendirilmektedir (Tablo 2.4) (24,28,51,56,64,77).

Tablo 2.4. Vaka Yönetimi Programlarının Değerlendirilmesi

Amaç	Değişken	Veri Kaynağı
Hasta bakım kalitesini artırmak	Bakım kalitesi . Enfeksiyon ve diğer komplikasyonların sayısı . Bakım protokolünde belirtilen klinik hedeflere ulaşılma durumu	Hasta kayıtları Bakım protokolü
	Hasta doyumu	Hasta doyumunu değerlendirme anketi Hastaların gönderdiği mektuplar
Yatış süresini kısaltmak ve maliyeti düşürmek	Yatış süresi Bir hasta için günlük maliyet Hastaneye başvuru sayısı	Hasta kayıtları Hasta kayıtları Hasta kayıtları
Çalışanların doyumunu artırmak (hemşire, hekim ve diğer asgılık ekibi üyeleri)	İş doyum	İş doyum anketi
İş verimini artırmak	İşçi döngüsü İşe gelmeme Maliyet	Hastane personel kayıtları
Kaynakların en etkili biçimde kullanılmasını sağlamak	Direkt hemirelik bakımı için harcanan süre (saat) İş yükü	Hasta kayıtları/hemşire kayıtları Hasta sayısı Hasta sınıflandırma kriterleri

3. ARAŞTIRMANIN AMACI

Araştırma, sağlık bakım hizmeti sunum yöntemlerinden biri olan vaka yönetimi yönteminin, koroner arter bypass greft (CABG) operasyonu geçiren hastaların aldığı bakımın kalitesine, hasta doyumuna ve hastanede yatış süresine etkilerini belirlemek amacı ile planlanmıştır.

Ayrıca araştırma kapsamında, kalp cerrahisi hastalarına bakım veren hemşirelerin, bakım verirken rehber olarak kullanabilecekleri materyalin geliştirilmesi hedeflenmiştir.

Literatür bilgilerinin ışığı altında aşağıdaki varsayımlardan yola çıkılmıştır.

- Bir örgütlenme modeli olarak "vaka yönetimi" yöntemi hasta bakımının kalitesini artırır.
- Vaka yönetimi yöntemi ile bakım alan hastaların doyumuna artar.
- Vaka yönetimi yöntemi ile bakım alan hastaların hastanede yatış süresi kısalmıştır.

Araştırma, vaka yönetimi yönteminin hasta bakım kalitesi, hasta doyumuna ve hastanede yatış süresi üzerine etkilerini belirlemek için, özel bir hastanede kısıtlı olarak gerçekleştirilmiş pilot bir çalışma olup, konu ile ilgili gerçekleştirilecek diğer çalışmalara da ışık tutabilir.

4. GEREÇ VE YÖNTEM

4.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Araştırma, sağlık bakım hizmeti sunum yöntemlerinden biri olan "Vaka Yönetimi" yönteminin hastaların aldığı bakımın kalitesi, hasta doyumu ve hastanede yatış süresine etkilerini belirlemek amacı ile deneysel (ön test-son test araştırma modeli) olarak planlanmış ve iki aşamada gerçekleştirilmiştir.

4.1.1. Araştırmada Yanıtlanması Beklenen Sorular

Araştırma sorularımız, araştırmanın amacında belirtilen varsayımlardan yola çıkılarak oluşturulmuş ve üç grupta toplanmıştır.

1. Vaka yönetimi yönteminin koroner arter bypass greft (CABG) operasyonu geçiren hastaların aldığı bakımın kalitesine etkisi var mı?

Bu kapsamda,

- Vaka yönetimi yönteminin konsültasyon/vizit uygulamalarının sıklığı üzerine etkisi var mı?
- Vaka yönetimi yönteminin tanı işlemlerinin uygulanması üzerine etkisi var mı?
- Vaka yönetimi yönteminin test sonuçlarındaki sapmaların belirlenmesi ve bunlara yönelik girişimlerin uygulanması üzerine etkisi var mı?
- Vaka yönetimi yönteminin hasta değerlendirme/tanılama işlemlerinin uygulanması üzerine etkisi var mı?
- Vaka yönetimi yönteminin ilaç uygulamaları üzerine etkisi var mı?
- Vaka yönetimi yönteminin diğer bazı bakım uygulamaları üzerine etkisi var mı?
- Vaka yönetimi yönteminin tüp/kateter kontrolü üzerine etkisi var mı?
- Vaka yönetimi yönteminin ağrı kontrolü üzerine etkisi var mı?
- Vaka yönetimi yönteminin beslenmenin düzenlenmesi üzerine etkisi var mı?

- Vaka yönetimi yönteminin aktivitenin düzenlenmesi üzerine etkisi var mı?
 - Vaka yönetimi yönteminin hijyenik bakım üzerine etkisi var mı?
 - Vaka yönetimi yönteminin eliminasyonun kontrolü üzerine etkisi var mı?
 - Vaka yönetimi yönteminin hastanın eğitim-iletişim gereksinimlerinin karşılanması üzerine etkisi var mı?
 - Vaka yönetimi yönteminin hastane bakımının hedeflerine ulaşma düzeyi üzerine etkisi var mı?
2. Vaka yönetimi yönteminin hasta doyumuna üzerine etkisi var mı?
3. Vaka yönetimi yönteminin hastanede yatış süresine etkisi var mı?

4.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ

Araştırma, Vehbi Koç Vakfı (VKV) Amerikan Hastanesi'nde cerrahi yoğun bakım ünitesi ve diğer servislerde yapılmıştır. Toplam 132 yataklı bu hastanenin 9 yataklı bir cerrahi yoğun bakım ünitesi ve yatak sayısı 7 ile 19 arasında değişen yedi servisi bulunmaktadır. Araştırmanın genelde tüm servisleri kapsamasının nedeni, kardiyovasküler cerrahi hastalarının bakımı için ayrı bir servisin olmamasıdır. Bu durum, araştırmaya katılan hemşire sayısını da artırmış ve araştırmayı zorlaştırmıştır.

Araştırma sırasında toplam 76 hemşire ile birlikte çalışılmıştır. Bu hemşirelerden 19'u cerrahi yoğun bakım ünitesinde olup 3'ü lisans, 8'i ön lisans, 8'i sağlık meslek lisesi mezundur. Diğer servislerdeki 57 hemşirenin 8'i lisans, 15'i ön lisans, 34'ü sağlık meslek lisesi mezundur. Hemşire sayısını artıran bir diğer etmen hemşire kadrosunda ortaya çıkan değişikliklerdir. Çalışma süresince yoğun bakım ünitesinde 3, servislerde 13 olmak üzere toplam 16 hemşire değişmiştir.

Çalışma saatleri cerrahi yoğun bakım ünitesinde 08-20 ve 20-08, diğer servislerde 07-19 ve 19-07 olmak üzere iki vardiya şeklindedir. Cerrahi yoğun bakım ünitesinde 1-3 hastaya bir hemşire, servislerde ise 4-10 hastaya bir hemşire bakım vermektedir. Hemşirelik bakımı sunum yöntemi olarak cerrahi yoğun bakım ünitesinde vaka yöntemi, diğer servislerde vaka yöntemi ya da fonksiyonel hemşirelik yöntemi kullanılmaktadır.

Araştırmada, CABG hastalarının bakımı için geliştirilen CABG bakım protokolü resmi kayıt formu olarak kullanılmamış olup, yapılan hemşirelik bakımları ve gözlemleri stan-

dart formlara kaydedilmiştir.

Hemşirelik Yönetim Hizmetleri, merkezi olarak "Hemşire Direktörlüğü" tarafından yürütülmektedir. Gündüz çalışma saatleri dışında ve tatil günlerinde Hemşire Direktörlüğünü temsilen nöbetçi başhemşire görev yapmaktadır. Servis başhemşirelerini temsilen ise her serviste o vardiyada çalışan en kıdemli hemşire, sorumlu hemşire olarak görev almaktadır.

Kardiyovasküler cerrahi hastalarının operasyon öncesi hazırlığı (tanı işlemlerinin yapılması, donörlerin bulunması, hastanın hekim ile görüştürülmesi) ve operasyon sonrası takibi ile ilgili koordinasyon "Kalp Cerrahisi Koordinatörü" olarak çalışan bir hemşire tarafından yürütülmektedir.

Kardiyovasküler Cerrahi Hekim Grubu hastanede haftanın her günü 24 saat hizmet vermektedir. Gündüz çalışma saatleri dışında kalp cerrahisi nöbetçi hekimi sürekli olarak cerrahi yoğun bakım ünitesinde bulunmakta, diğer servislerde yatan hastalar için konsültasyon istendiğinde gitmektedir. Anestezist hekimler de operasyon öncesi hastayı kontrol etmektedir. Bunun yanısıra gerektiğinde her an hekimlere telefon ile ulaşmak mümkün olmaktadır. Taburcu olan hastalar gereksinim duyduklarında 24 saat süresince hastaneyi arayabilmekte ve bilgi alabilmektedir.

4.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ

Araştırmanın evrenini, VKV Amerikan Hastanesi'nde bir yılda koroner bypass greft operasyonu (CABG) uygulanan 200 hasta oluşturmuştur. Bu hastaların yaklaşık % 20'si örneklem kapsamına alınmıştır.

Çalışma, Kasım 1995 ile Kasım 1996 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Kaynak olarak kullanılan istatistik ve araştırma yöntemleri kitapları ve konu ile ilgili bilgi alınan uzman kişilerin onayıyla, yöntemler arasındaki karşılaştırmada 20'şer hastanın alınması uygun ve yeterli görülmüştür. Bu nedenle, vaka yönetimi yöntemi uygulanmayan 20 hasta kontrol grubu (ön test), vaka yönetimi yöntemi uygulanan 20 hasta uygulama grubu (son test) olmak üzere toplam 40 hasta örneklem kapsamına alınmıştır. İki örneklem grubundaki hastalar kişisel özellikler, açık kalp ameliyatı riski, operasyon öncesi ve sonrası yattıkları servisler yönünden karşılaştırılmıştır. Acil olarak operasyona alınan vakalar çalışma kapsamı dışında bırakılmıştır. Ayrıca vaka seçiminde, vaka yöneticisinin işyükü

gözönünde bulundurularak aynı anda en fazla dört vaka izlenecek şekilde çalışma düzenlenmiştir.

"Hasta doyumunu" değerlendirmek üzere kullanılan anketin geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları aşamasında ise örnekleme VKV Amerikan Hastanesi'nde açık kalp ameliyatı olan (koroner bypass greft veya kapak değiştirme), araştırmaya katılmayı kabul eden ve ankette bulunan soruları yanıtlayabilen, anlama ve konuşma bozukluğu olmayan 50 hasta rasgele olarak seçilmiştir.

4.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Verilerin toplanmasında hasta ile ilgili "Hasta Bilgi Formu", "CABG Bakım Protokolü ve CABG Bakım İzleme Cetveli", "Hasta Doyumunu Değerlendirme Anketi" ve "Hemşire Niteliklerini Değerlendirme Formu" kullanılmıştır (Tablo 4.1). Ayrıca bakım veren hemşirelerin eğitiminde kullanmak amacıyla "CABG-Hemşirelik Bakım Planı" ve "Hasta Eğitimi Kitabı: *Açık Kalp Ameliyatınız ve Siz*" adlı kitapçık geliştirilmiştir.

Tablo 4.1. Veri Toplama Araçları

Ölçümler	Araçlar	Veri Toplama Şekli
Hastaların tanıtıcı özelliklerinin belirlenmesi	- Hasta Bilgi Formu	Anket/görüşme/hasta kayıtlarını inceleme
• Kişisel özelliklerin belirlenmesi	• Kişisel özellikler bölümü	
• İKH* risk faktörlerinin belirlenmesi	• İKH risk faktörleri bölümü	
• CABG operasyonu risk faktörlerinin belirlenmesi	• Kalp cerrahisi risk değerlendirme formu	
Hasta bakım kalitesinin belirlenmesi	- CABG Bakım Protokolü - CABG Bakım İzleme Cetveli	Gözlem/hasta muayenesi hasta kayıtlarını inceleme
Hasta doyumunun değerlendirilmesi	- Hasta Doyumunu Değerlendirme Anketi	Anket/görüşme
Hemşire Niteliklerinin Değerlendirilmesi	- Hemşirelerin Niteliklerini Değerlendirme Formu	Hastane personel kayıtları/ Günlük servis iş planlarını inceleme

*İKH: İskemik kalp hastalıkları

4.4.1. Hasta Bilgi Formu

Toplam 34 soruyu içeren bu bilgi formu üç bölümden oluşmaktadır. Bunlar, hastaya ilişkin kişisel özellikler (9 soru), iskemik kalp hastalıklarında değiştirilebilir risk faktörleri (9 soru) ve koroner bypass operasyonu risk faktörleri (16 soru) dir (Ek-1).

İskemik kalp hastalıklarına ilişkin risk faktörleri ile ilgili sorular literatür bilgileri ışığı altında hazırlanmıştır(16,57,76). CABG operasyonuna ilişkin risk faktörleri ise "Kalp Cerrahisi Risk Değerlendirme Formu" kullanılarak elde edilmiştir(60). İKH ile ilgili değiştirilebilir risk faktörlerine ilişkin bölüm, hastaların bu konudaki eğitim gereksinimini belirlemek amacı ile geliştirilmiştir. CABG operasyonuna ilişkin risk faktörleri ile ilgili bölüm, operasyonla ilgili olası komplikasyonlar açısından vaka yönetimi uygulanan grup ile vaka yönetimi uygulanmayan grubu karşılaştırmak amacıyla kullanılmıştır.

Hasta bilgi formu, vaka yönetimi uygulanan ve vaka yönetimi yöntemi uygulanmayan grubun tümü için, hastanın hastaneye kabulünden hemen sonra yüzyüze görüşme yöntemi ile araştırmacı tarafından doldurulmuştur. CABG operasyonu risk faktörleri ile ilgili bazı sorular hasta dosyasındaki kayıtlardan elde edilmiştir.

4.4.2. CABG-Bakım Protokolü ve CABG Bakım İzleme Cetveli

Vaka yönetimi yöntemine göre, hastaneye başvuran bir hasta hastanenin bir vaka yöneticisi (bu işle görevlendirilmiş profesyonel bir hemşire) tarafından kabul edilir; bakımı planlanır ve hastanede kaldığı süre boyunca aynı hemşire tarafından izlenir. Bu sırada vaka yöneticisi, daha önceden o vaka grubu için geliştirilen standart "Ortak Bakım Planı/Bakım Protokolü" üzerinde gerekli değişiklikleri yapar ve ilgili sağlık ekibi üyeleri arasında koordinasyonu sağlar. Böylece hasta ve ailesinin gereksinimleri bütüncü bir yaklaşım içinde karşılanmış olur(7,8,42,49,67,78,82).

Hasta için olası sorunlar, klinik hedefler ve hedeflere ulaşmak için sağlık ekibi üyelerinin sorumlu olduğu girişimlerin bir zaman çizelgesi üzerinde gösterildiği bu bakım protokolleri, her hastalık/durum için ayrı ayrı hazırlanmaktadır. Aynı hastalık/durum için kurumlar arasında da farklılıklar görülmekte ve bakım protokollerinde bulunan ana unsurların (bakımın anahatları) sayısı değişmektedir(42,46,79). Bu bakım protokollerinde veya ortak bakım planlarında hasta bakımı ile ilgili hedefler ya gün gün ya tek bir liste halinde ya da her iki şekilde birlikte belirtilmektedir. Hasta bakım kalitesinin değerlendirilmesinde bu hedefler kriter alınmakta ve bu hedeflerden sapmalar (varyans/değişiklik) incelenmektedir(42,72).

Araştırmada, CABG operasyonu geçiren hastaların bakımını planlamak ve yürütmek üzere literatür bilgileri doğrultusunda geliştirilen(7,8,40,42,49,67,78) ve acil durumları kapsamayan "CABG-Bakım Protokolü" onbir ana unsurdan oluşmaktadır. Ayrıca CABG-Bakım Protokolünde hastane bakımı ile ilgili hedefler yer almaktadır (Ek-2). Bakımla ilgili ana unsurlar ve hastane bakımının hedefleri aşağıda belirtilmiştir:

1. Konsültasyon/Vizit (hekim, anesteziist)
2. Tanı işlemleri (Hekim tarafından istenen)
3. Hasta değerlendirme/tanılama işlemleri (Hemşirenin bağımsız olarak planlayıp uyguladığı)
4. İlaç uygulamaları
5. Diğer bazı bakım uygulamaları
6. Tüp/kateter kontrolü
7. Diyet
8. Aktivite
9. Hijyenik bakım
10. Eğitim-iletişim
11. Eve dönüş planı

Hastane bakımının hedefleri: Hastanın taburcu olması sırasında "düşük kardiyak output", "ağrı", "etkisiz hava yolu temizliği", "aktivite intoleransı", "pnömoni, yara enfeksiyonu, konstipasyon ve dekübitüs ülser" gibi sorunların olmamasıdır.

Geliştirilen bakım protokolü ile beş hasta üzerinde pilot çalışma yapılmış, hastanede beklenen/istenen standartlar yönünden bu hastalara hizmet veren sorumlu hekim ve hemşirelerin görüşleri alınmıştır (Ek-3). Öneriler doğrultusunda bu bakım protokolü hastaneye özgü hale getirilmiştir.

CABG-Bakım İzleme Cetveli

CABG-Bakım Protokolünde belirtilen hedeflere ulaşıp ulaşılamadığını değerlendirmede kullanılmak üzere "CABG-Bakım İzleme Cetveli" hazırlanmıştır. Bu cetvel, CABG-bakım protokolüne temellendirilerek araştırmacı tarafından geliştirilmiştir (Ek-4).

CABG-Bakım İzleme Cetvelinde, CABG-bakım protokolünde bulunan onbir bakım ana unsurundaki hedef ve girişimler daha ayrıntılı olarak zaman çizelgesi üzerinde gösterilmiştir. Her bir hedefe ulaşmada uygulanan girişimlere 1, 2 ve 3 şeklinde puan verilmiştir. Aşağıda belirtildiği gibi puan artması bakımın yeterliliğini, puanın azalması ise baki-

mın yetersizliğini göstermektedir.

- 1 puan - Eksik, yetersiz
- 2 puan - Eksik, kabul edilebilir
- 3 puan - Tam, yeterli

CABG-Bakım İzleme Cetvelinde girişimlere verilen puan ve değerlendirmeler daha ayrıntılı olarak Ek-5'de verilmiştir.

4.4.3. Hasta Doyumunu Değerlendirme Anketi

Bakım kalitesinin değerlendirilmesinin bir diğer boyutu hastanın aldığı bakımı algılama durumudur. Hastaların taburcu olurken, aldıkları bakımla ilgili "iyi" veya "kötü" şeklindeki yorumları sunulan sağlık hizmetinin değerlendirilmesini sağlar.

Hasta doyumunu değerlendirmede, Houston-Methodist Hastanesi (Texas, USA) tarafından (hasta doyumunu değerlendirmek için) kullanılmakta olan anketten yararlanılmıştır. Anket 14 sorudan oluşmaktadır. Soruların yanıtları "evet/her zaman", "bazen" veya "hayır/hiçbir zaman" şeklinde olup evet "3", bazen "2", hayır "1" puan olarak değerlendirilmiştir (Ek-6).

Anketin geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları araştırmacı tarafından yapılmıştır. İlk aşamada dil geçerliliği sağlanmaya çalışılmış, bu konuda İngilizce ifadelerin Türkçeye çevrilmesi ve Türkçeleştirilmiş bu ifadelerin tekrar İngilizce'ye çevrildiklerinde aynı anlamı verip vermedikleri konusunda dil bilimcilerin görüşleri alınmıştır(58). Güvenirlik çalışması sırasında ölçek sadece kendi içinde değerlendirilmiş, başka bir ölçek ile değerlendirilmesi yapılmamıştır. Ölçeğin iç tutarlılığı için yapılan analizde alfa katsayısı 0.83 olarak saptanmıştır.

Anket, hastalara hastaneden ayrılmadan önce uygulanmıştır.

4.4.4. Hemşirelerin Niteliklerini Değerlendirme Formu

Vaka yönetimi uygulanan ve uygulanmayan hastalara bakım veren hemşirelerin niteliklerini karşılaştırmak amacı ile araştırmacı tarafından "Hemşire Niteliklerini Değerlendirme Formu" hazırlanmıştır. Hemşirelere, eğitimlerine, deneyimlerine, kurs alma durumlarına ve bir iş gününde bakım verdiği hasta sayısına göre puan verilmiştir (Ek-7). Buna göre bir hemşire en az 3 puan, en çok 15 puan alabilir.

4.5. HEMŞİRELİK PERSONELİNİN GELİŞTİRİLMESİ

Çalışmaya başlamadan önce, CABG operasyonu geçiren hastalara bakım veren hemşirelere bu konuda iki saatlik eğitim yapılmıştır. Kurumda düzenli olarak hizmetiçi eğitim toplantıları yapıldığından bu eğitimler kolaylıkla yürütülmüştür. Kurumda yeni işe başlayan hemşirelere de bu konuda yeterli eğitim verilmiştir. Ayrıca hemşirelerin bakım verirken rehber olarak kullanabilmesi için "CABG – Hemşirelik Bakım Planı" ve "Açık Kalp Ameliyatınız ve Siz" adlı hasta eğitim kitapçığı geliştirilmiş (Ek-8, Ek-9) ve servislere dağıtılmıştır.

Araştırmanın ikinci aşamasında, veri toplamaya başlamadan önce, ilgili servis hemşireleri ile (her serviste ayrı ayrı toplam altı kez) toplantı yapılmıştır. Bu toplantılarda hastalara sunulan mevcut bakım ile ilgili sonuçlar, vaka yönetimi yöntemi, CABG bakım protokolünün kullanımı, hasta bakımı ile ilgili hedefler ve vaka yönetimine ilişkin onların rolü ve desteğinin önemi hakkında bilgi verilmiş, bu konudaki soruları yanıtlanmıştır.

4.5.1. CABG-Hemşirelik Bakım Planı

Araştırmada, veri toplamaya başlamadan önce, literatür bilgileri ışığı altında hazırlanan "CABG-Hemşirelik Bakım Planı" hemşirelerin bakım verirken rehber olarak kullanmaları amacı ile servislere dağıtılmıştır(16,59,74,76) (Ek-8).

4.5.2. Hasta Eğitimi Kitabı: "Açık Kalp Ameliyatınız ve Siz"

Açık kalp operasyonu geçiren hastalar için operasyon öncesi ve sonrası özellikle de taburcu olduktan sonraki bakımı içeren "**Açık Kalp Ameliyatınız ve Siz**" adlı bir hasta eğitim kitapçığı geliştirilmiştir (Ek-9). Bu kitapçık, literatür bilgisi doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanmış olup(11,29,41,61,65,83), bu konu ile ilgili kardiyovasküler cerrah ve anesteziist hekimler, kalp cerrahisi koordinatör hemşiresi, servis sorumlu hemşireleri ve diğer bazı uzman kişilerin görüşleri alınarak son şekline getirilmiştir (Ek-10). Hastaların eğitiminde rehber olarak kullanılmak üzere servislere dağıtılmıştır. Ayrıca vaka yönetimi uygulanan hastalara hastaneye kabulde bu kitapçıktan verilmiştir. Etik açıdan hastaların sağlığı düşünülerek, kontrol grubundaki hastalara da taburcu olduktan önce kitapçık verilmiştir.

4.6. SAĞLIK EKİBİ ÜYELERİ İLE YAPILAN TOPLANTILAR

Çalışmaya başlamadan önce kardiyovasküler cerrahi hastalarına hizmet veren sağlık ekibi üyeleri ile toplantı yapılmıştır. Bu toplantıya kardiyovasküler cerrahi hekimleri, hemşire direktörü, kalp cerrahisi koordinatörü, cerrahi yoğun bakım ünitesi ve diğer ilgili servis başhemşireleri katılmıştır. Toplantıda araştırmanın amacı, vaka yönetimi yöntemi, CABG bakım protokolü hakkında bilgi verilmiştir.

Araştırmanın birinci aşaması ile ilgili veriler toplandıktan ve analiz edildikten sonra aynı grupla ikinci kez toplantı düzenlenmiştir. Elde edilen veriler gruba sunulmuş, hasta bakımı ile ilgili hedeflerde tekrar görüşbirliğine varılmıştır. Ayrıca vaka yönetimi yöntemi, CABG bakım protokolünün kullanımı hakkında açıklama yapılmıştır.

4.7. VERİLERİN TOPLANMASI

Veriler iki aşamada araştırmacı tarafından toplanmıştır.

İLK AŞAMA: Bu aşamada CABG operasyonu geçiren hastaların mevcut bakım durumunu saptamak amacı ile vaka yönetimi uygulanmayan grubun verileri toplanmıştır.

Elde edilen verilerden çıkarılan sonuçlar ilgili kurumun Hemşire Direktörlüğüne, Kardiyovasküler Cerrahi Şefine, ilgili servislerin başhemşirelerine rapor edilmiş ve kendilerinden hasta bakımı ile ilgili hedefler üzerinde tekrar görüş alınmıştır. Ancak hasta bakımı ile ilgili hedeflerde herhangi bir değişiklik olmamıştır.

İKİNCİ AŞAMA: Bu aşamada vaka yönetimi uygulanan grubun verileri toplanmıştır. Vaka yönetimi yöntemine göre, hastanın hastaneye kabulünden taburcu olana dekacağı sağlık bakım hizmeti bir "vaka yöneticisi" tarafından koordine edilmektedir. Bu çalışmada vaka yöneticiliği rolünü araştırmacı üstlenmiştir. Aynı zamanda, araştırmacı hastanede "eğitim ve araştırma hemşiresi" olarak görev yapmaktadır. Verileri toplama-ya başlamadan önce vaka yönetimi yöntemi ve hasta bakımı ile ilgili ulaşılması istenen hedeflere ilişkin bilgi aktarmak üzere sağlık ekibi üyeleri ile grup toplantıları yapılmış, vaka yönetimi yöntemi hakkındaki soruları yanıtlanmış, rolleri hakkında bilgi verilmiştir.

Her iki grupta da veri toplama için izlenen yol daha ayrıntılı olarak aşağıda belirtilmiştir.

Veri Toplamada Vaka Yönetimi Uygulanmayan Grupta İzlenen Yol

- Mevcut sistemde hastaların aldığı bakımı değerlendirmek amacı ile gerçekleştirilen bu bölümde, hastanın hastaneye kabulünden sonra (aynı gün içinde) hasta ve ailesi ile karşılıklı görüşülerek ve dosyadaki kayıtlar incelenerek "Hasta Bilgi Formu" doldurulmuştur (Ek-1).
- Hasta, hastaneye kabulünden itibaren taburcu oluncaya kadar, bulunduğu serviste (yoğun bakım ünitesi veya diğer servisler), her gün, günde bir kez araştırmacı tarafından ziyaret edilmiştir. Bu sırada "CABG Bakım İzleme Cetveli" ile sağlık bakımının hedeflerine ulaşıp ulaşılmadığı değerlendirilmiştir (Ek-4).
- Bu ziyaretler en az 30 dk, en fazla 45 dk sürmüştür.
- Bu sırada hastada görülen komplikasyonlar (örneğin tromboflebit, ciddi sıvı dengesizliği vb.) etik açıdan hasta sağlığı dikkate alınarak sağlık ekibi üyeleri ile paylaşılmıştır. Ayrıca hasta ve ailesinin sorduğu sorular kısıtlı da olsa yanıtlanmaya çalışılmıştır.
- Taburcu olmadan önce hastalara "Hasta Doyumunu Değerlendirme Anketi" uygulanmış ve "Açık Kalp Ameliyatınız ve Siz" adlı rehber kitapçık verilmiştir (Ek-6, Ek-9).

Veri Toplamada Vaka Yönetimi Uygulanan Grupta İzlenen Yol

- Vaka yönetimi uygulanan grupta da hastanın hastaneye kabulünden sonra (aynı gün içinde) hasta ve ailesi ile karşılıklı görüşülerek ve dosyadaki kayıtlar incelenerek "Hasta Bilgi Formu" doldurulmuştur (Ek-1).
- Hasta ve aileye "Açık Kalp Ameliyatınız ve Siz" adlı kitapçık verilmiştir (Ek-9).
- Hasta ve ailesi ile karşılıklı görüşme, CABG bakım protokolüne göre hastayı değerlendirme ve dosyadaki kayıtları inceleme sonucu elde edilen verilerle hastanın bakım gereksinimleri belirlenmiş ve "Bakım Protokolü" hastaya özgü hale getirilmiştir (Ek-2).
- Acil durumları kapsamayan bu bakım protokolüne göre bakım verilmesi için, sağlık ekibi üyeleri ile işbirliği yapılmıştır.
- Hasta, hastaneye kabulünden itibaren taburcu oluncaya kadar, bulunduğu serviste (yoğun bakım ünitesi veya diğer servisler), her gün, günde en az bir kez vaka yöneticisi tarafından ziyaret edilmiştir. Ziyaret sırasında hasta ve ailesi ile karşılıklı görüşme, CABG bakım protokolüne göre hastayı değerlendirme ve dosyadaki kayıtları inceleme sonucu elde edilen verilerle hastanın bakım gereksinimleri, gerçek ve olası sorun-

ları yeniden tanımlanmıştır. Bakım protokolünde değişiklik olduğunda hekim ve hemşirelerle işbirliği yapılmış ve bu gereksinimlerin karşılanmasına çalışılmıştır. Hasta olan servise geçtikten sonra sağlık eğitimine başlanmış, hasta ve ailesinin soruları yanıtlanmıştır.

- Her gün yapılan ziyaretler sırasında, planlanan sağlık bakımının hedeflerine ulaşıp ulaşılmadığı "CABG-Bakım İzleme Cetveli" ile değerlendirilmiştir (Ek-4).
- Bu ziyaretler en az 30 dk, en fazla 1 saat sürmüştür.
- Taburcu olmadan önce hastalara "Hasta Doyumunu Değerlendirme Anketi" uygulanmıştır (Ek-6).

4.8. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI/ZORLUKLARI

- Araştırma hastane yönetimi tarafından desteklenmiş olmakla birlikte "vaka yönetimi" yönteminin (hastanenin çalışma sistemi içinde) hemen uygulamaya geçirilmemesi, dolayısı ile vaka yöneticisi rolünü araştırmacının üstlenmesi ve konu ile ilgili kişileri motive etmek durumunda kalması;
- Araştırmanın belli servislerle sınırlandırılmaması (kardiyovasküler cerrahi hastaları için ayrı bir servis olmaması ve araştırmacının zamanının kısıtlı olması);
- Çalışmaya katılan hemşire sayısının fazla olması (araştırmanın belli servislerle sınırlandırılmaması);
- Hemşire kadrosundaki değişikliklerin (işgücü devrinin) önlenememesi;
- Bakım veren hemşirelerin eğitim, bilgi, beceri ve deneyim yönünden çok farklılık göstermesi (vaka yönetimi uygulanan grup ile vaka yönetimi uygulanmayan grup arasında hemşire niteliği yönünden benzerlik sağlanamaması);
- Örneklem grubunun alt sınırdaki olması;
- Diyet bölümü ile iyi bir işbirliğinin sağlanamaması;
- Solunum tedavisi bölümü ile işbirliği yapılmaması (Kurumda çalışan solunum tedavisi uzmanlarının sayısının az olması ve bu kişilerin daha çok kritik hastalara hizmet vermesi).

4.9. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Verilerin analizinde SPSS (Statistical Package for Social Sciences) paket programı kullanılmıştır. Veri gruplarına göre kullanılan istatistiksel yöntemler Tablo 4.2'de verilmiştir.

Tablo 4.2. Veri Analizinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

Ölçümler	İstatistiksel Yöntem
- Hasta doyumunu değerlendirme anketinin güvenirliği	Cronbach alfa güvenirlik testi
- Vaka Yönetimli Yöntemi Uygulanan ve Vaka Yönetimli Yöntemi Uygulanmayan Hastaların;	
• Kişisel özelliklerinin karşılaştırılması	Yüzdelik, χ^2 testi
• İKH*'na ilişkin risk faktörlerinin karşılaştırılması	Student t testi
• CABG operasyonu risk faktörlerinin karşılaştırılması	Yüzdelik, χ^2 testi
• Hemşirelerin niteliklerinin karşılaştırılması	Student t testi
• Bakım kalitesinin karşılaştırılması	Student t testi
• Doyumlarının karşılaştırılması	Student t testi
- Hemşirelerin nitelikleri ile hasta bakım kalitesi arasındaki ilişki	Pearson Korelasyon testi

*İKH: İskemik Kalp Hastalığı

5.BULGULAR

Araştırmada elde edilen bulgular altı bölümde incelenmiştir. Bunlar:

- 1- Hastaların tanıtıcı özellikleri
- 2- Bakım veren hemşirelerin nitelikleri ve hastaların yattığı servisler
- 3- Hasta bakım kalitesinin belirlenmesi
- 4- Hasta doyumunun değerlendirilmesi
- 5- Hastanede yatış süresinin değerlendirilmesi
- 6- Hemşirelerin niteliği ile hasta bakım kalitesi arasındaki ilişki

5.1. HASTALARIN TANITICI ÖZELLİKLERİ

Bu bölümde hastaların kişisel özellikleri, iskemik kalp hastalıkları ile ilgili daha önceki ve şimdiki değiştirilebilir risk faktörleri, koroner bypass operasyonuna ilişkin risk faktörleri karşılaştırılmıştır.

Tablo 5.1.'de araştırma kapsamına alınan hastaların kişisel özellikleri verilmiştir:

Yaş

Hastaların yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, vaka yönetimi uygulanan grubun % 50, vaka yönetimi uygulanmayan grubun % 40 ve her iki grubun çoğunluğunun (% 45) 60-69 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir (Tablo 5.1). Her iki grup arasında yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($\chi^2=3.96$ $p>0.05$).

Cinsiyet

Tablo 5.1'de görüldüğü gibi hastaların cinsiyete göre dağılımına bakıldığında, vaka yönetimi uygulanan grubun % 90'ının, vaka yönetimi uygulanmayan grubun % 75'inin erkek olduğu saptanmıştır. İki grup arasında cinsiyet yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($\chi^2= 0.69$; $p>0.05$).

Medeni Durum

Hastaların medeni durumuna göre dağılımı incelendiğinde, vaka yönetimi uygulanan grubun % 90'ının, vaka yönetimi uygulanmayan grubun hepsinin evli olduğu belirlenmiştir (Tablo 5.1). Aralarındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($\chi^2 = 0.52$; $p > 0.05$).

Eğitim Durumu

Hastaların eğitim durumuna göre dağılımına bakıldığında, hem vaka yönetimi uygulanan hem de vaka yönetimi uygulanmayan grubun % 45'i ilkokul mezunudur. Her iki grup arasında ilkokul, ortaokul, lise ve yüksekokul eğitimi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($\chi^2 = 1.44$; $p > 0.05$).

Çalışma Durumu

Tablo 5.1'de görüldüğü gibi vaka yönetimi uygulanan grubun % 75'inin emekli olduğu ya da çalışmadığı, % 25'inin çalıştığı, vaka yönetimi uygulanmayan grubun ise % 50'sinin emekli olduğu ya da çalışmadığı, % 50'sinin çalıştığı saptanmıştır. Her iki grup arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($\chi^2 = 1.70$; $p > 0.05$).

Tablo 5.1. Hastaların Kişisel Özelliklerine Göre Dağılımı

Kişisel Özellikler		VAKA YÖNETİMİ				TOPLAM	
		Uygulanan		Uygulanmayan			
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yaş	30-39	–	–	2	10.0	2	5.0
	40-49	4	20.0	2	10.0	6	15.0
	50-59	6	30.0	7	35.0	13	32.5
	60-69	10	50.0	8	40.0	18	45.0
	≥70	–	–	1	5.0	1	2.5
Cinsiyet	Kadın	2	10.0	5	25.0	7	17.5
	Erkek	18	90.0	15	75.0	33	82.5
Medeni Durumu	Evli	18	90.0	20	100.0	38	95.0
	Bekar	2	10.0	–	–	2	5.0
Eğitim durumu	İlkokul	9	45.0	9	45.0	18	45.0
	Ortaokul	1	5.0	–	–	1	2.5
	Lise	5	25.0	7	35.0	12	30.0
	Yüksekokul	5	25.0	4	20.0	9	22.5
Çalışma durumu	Çalışıyor	5	25.0	10	50.0	15	37.5
	Çalışmıyor/em.	15	75.0	10	50.0	25	62.5
Yaptığı iş	Ev hanımı	1	5.0	5	25.0	6	15.0
	İşçi	3	15.0	3	15.0	6	15.0
	Serbest	2	10.0	7	35.0	9	22.5
	Emekli	14	70.0	5	25.0	19	47.5
Sağlık Sigortası	ES*	–	–	3	15.0	3	7.5
	SSK**	14	70.0	10	50.0	24	60.0
	Özel	2	10.0	2	10.0	4	10.0
	ES+Özel	2	10.0	2	10.0	4	10.0
	SSK+Özel	2	10.0	3	15.0	5	12.5
TOPLAM	n	20		20		40	
	%		100.0		100.0		100.0

*ES: Emekli Sandığı

**SSK: Sosyal Sigortalar Kurumu

Yaptığı İş

Hastaların yaptıkları işe göre dağılımı incelendiğinde, vaka yönetimi uygulanan grubun % 70'i emekli, % 15'i işçi, % 10'u serbest meslek sahibi, % 5'i ise ev hanımıdır. Vaka yönetimi uygulanmayan grubun ise % 35'i serbest meslek sahibi, % 25'i emekli, % 25'i ev hanımı ve % 15'i işçidir (Tablo 5.1). Yapılan istatistiksel analizde, iki grup arasında ev hanımı, işçi ve serbest meslek sahibi olma yönünden fark olmadığı, ancak emeklilik yönünden anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($\chi^2 = 6.41$; $p < 0.01$).

Sağlık Sigortası

Tablo 5.1'de görüldüğü gibi vaka yönetimi uygulanan hastaların % 70'i, vaka yönetimi uygulanmayan hastaların % 50'si sosyal sigortalar kurumu (SSK) kapsamındadır. Emekli Sandığı (ES), SSK, özel, ES+ özel, SSK+ özel gibi sağlık sigortasının tipi yönünden iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($\chi^2 = 3.86$; $p > 0.05$).

İskemik Kalp Hastalıkları Risk Faktörleri

Hastalarda iskemik kalp hastalıklarına (IKH) ilişkin hipertansiyon, sigara, obezite, diyabet, yetersiz fizik aktivite ve kötü beslenme alışkanlıkları gibi risk faktörlerinin varlığı Ek-1'de verilen form kullanılarak belirlenmiş ve sonuçlar Tablo 5.2'de sunulmuştur.

Tablo 5.2. IKH'na İlişkin Değiştirilebilir Risk Faktörleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değiştirilebilir Risk Faktörleri*	VAKA YÖNETİMİ				t	p
	Uygulanan		Uygulanmayan			
	$\bar{X}$ (n=20)	SD	$\bar{X}$ (n=20)	SD		
Önceki	3.10	1.16	3.15	1.08	-0.14	p>0.05
Şimdiki	1.20	0.83	1.20	1.19	0.00;	p>0.05

* Her bir risk "1" puan üzerinden değerlendirilmiştir.

İskemik kalp hastalıklarına ilişkin önceki ve şimdiki değiştirilebilir risk faktörleri puan ortalamaları yönünden iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Koroner Bypass Operasyonu Risk Durumu

Hastaların koroner bypass operasyon riski, Ek-1'de verilen "Kalp Cerrahisi Risk Değerlendirme Formu" kullanılarak belirlenmiş ve sonuçlar Tablo 5.3'te verilmiştir.

Tablo 5.3. Koroner Bypass Operasyonu Risk Durumu

Risk Durumu	VAKA YÖNETİMİ				TOPLAM	
	Uygulanan		Uygulanmayan			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Çok hafif (0-4 p)	15	75.0	14	70.0	29	72.5
Hafif (5-9 p)	4	20.0	5	25.0	9	22.5
Orta (10-14p)	–		1	5.0	1	2.5
Ciddi (15-19p)	1	5.0	–	–	1	2.5
TOPLAM	20	100.0	20	100.0	40	100.0

$$\chi^2=2.14; p>0.05$$

Açık kalp cerrahisi yönünden vaka yönetimi uygulanan grubun % 75'inin çok hafif, % 20'sinin hafif, % 5'inin ciddi riski; vaka yönetimi uygulanmayan grubun % 70'inin çok hafif, % 25'inin hafif, % 5'inin ise orta derecede riski olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

5.2. BAKIM VEREN HEMŞİRELERİN NİTELİĞİ VE HASTALARIN YATTIĞI SERVİSLER

Bu bölümde, hastalara bakım veren hemşirelerin niteliklerine verilen puanların ortalamaları ve hastaların operasyon öncesi ve sonrası yattığı servisler karşılaştırılmıştır.

Ek 7'de belirtilen "Hemşirelerin Niteliklerini Değerlendirme Formu" kullanılarak elde edilen hemşire niteliği puan ortalamalarının karşılaştırma sonuçları Tablo 5.4'te verilmiştir.

Tablo 5.4. Hemşirelerin Niteliklerine Verilen Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Hemşirelerin Nitelikleri/Hastanın Yattığı Gün	VAKA YÖNETİMİ						t	p
	UYGULANAN			UYGULANMAYAN				
	N*	$\bar{X}$	SD	N*	$\bar{X}$	SD		
HN**/1.gün	20	6.18	0.74	20	6.47	0.75	-1.21	; p>0.05
HN**/2.gün	20	8.12	0.87	20	8.15	1.02	-0.08	; p>0.05
HN**/3.gün	20	7.87	0.85	20	8.15	1.01	-0.93	; p>0.05
HN**/4.gün	20	7.45	0.84	20	7.95	1.26	-1.47	; p>0.05
HN**/5.gün	20	6.57	1.11	20	7.05	1.26	-1.26	; p>0.05
HN**/6.gün	20	6.25	0.88	20	7.05	1.08	-2.55	; p<0.05
HN**/7.gün	20	6.47	0.81	20	6.92	1.05	-1.51	; p>0.05
HN**/8.gün	20	6.42	0.61	20	6.55	0.93	-0.50	; p>0.05
HN**/9.gün	18	6.65	1.17	20	6.57	0.89	0.23	; p>0.05
HN**/10.gün	7	5.72	0.50	11	6.59	0.86	-2.67	; p<0.05
HN**/11.gün	2	6.06	0.86	4	5.87	1.03	0.33	; p>0.05
HN**/12.gün	1	6.83	0.28	3	7.33	0.57	-1.34	; p>0.05
ORTALAMA	188	6.77	0.40	198	7.14	0.43	-2.80	; p<0.01

*Hastaların hastanede yattığı günlere göre değerlendirme yapılmıştır.

**HN: Hemşirelerin Nitelikleri

Hemşire niteliği puan ortalamaları gün gün incelendiğinde, vaka yönetimi uygulanan grubun hemşirelerinin niteliklerine verilen puanların ortalamalarının, vaka yönetimi uygulanmayan grubun hemşirelerin puan ortalamalarına göre genellikle düşük olduğu görülmüştür (Tablo 5.4). Yapılan istatistiksel değerlendirmede, 6., 10. gün ve toplam puan ortalamalarının vaka yönetimi uygulanmayan grup lehine anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır.

Hastaların operasyon öncesi yattığı servislere göre dağılımı incelendiğinde, vaka yönetimi uygulanan grubun % 45'inin, vaka yönetimi uygulanmayan grubun % 70'inin 3 No'lu serviste yattığı belirlenmiştir (Tablo 5.5). Her iki grup arasında operasyon öncesi yattıkları servislere göre anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 5.5. Hastaların Operasyon Öncesi Yattığı Servislere Göre Dağılımı

Servis No*	VAKA YÖNETİMİ				TOPLAM	
	Uygulanan		Uygulanmayan			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
1	1	5.0	1	5.0	2	5.0
2	4	20.0	4	20.0	8	20.0
3	9	45.0	14	70.0	23	57.5
4	1	5.0	1	5.0	2	5.0
5	2	10.0	–	–	2	5.0
6	2	10.0	–	–	2	5.0
7	1	5.0	–	–	1	2.5
TOPLAM	20	100.0	20	100.0	40	100.0

$$\chi^2=6.08; p>0.05$$

* Servislere araştırmacı tarafından verilen numaralardır.

Tablo 5.6'da görüldüğü gibi hastaların operasyon sonrası yattıkları servislere göre dağılımına bakıldığında, vaka yönetimi uygulanan grubun % 65'inin, vaka yönetimi uygulanmayan grubun % 55'inin 3 No'lu serviste yattığı saptanmıştır. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 5.6. Hastaların Operasyon Sonrası Yattığı Servislere Göre Dağılımı

Servis No*	VAKA YÖNETİMİ				TOPLAM	
	Uygulanan		Uygulanmayan			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
1	2	10.0	3	15.0	5	12.5
2	5	25.0	4	20.0	9	22.5
3	13	65.0	11	55.0	24	60.0
4	–		1	5.0	1	2.5
6	–		1	5.0	1	2.5
TOPLAM	20	100.0	20	100.0	40	100.0

$$\chi^2=2.47; p>0.05$$

* Servislere araştırmacı tarafından verilen numaralardır.

5.3. HASTA BAKIM KALİTESİNİN BELİRLENMESİ

Hasta bakım kalitesini ölçmek amacıyla CABG Bakım Protokolünde belirtilen hedeflere ulaşma durumu "CABG-Bakım İzleme Cetveli" ile değerlendirilmiştir. Bakım kalitesi puanları Ek-5'de verilen "Bakımın Niteliğini Puanlama Formu" kullanılarak belirlenmiş ve sonuçlar, bakımın ana unsurlarına göre 14 alt bölümde sunulmuştur.

Vaka yönetimi uygulanan ve vaka yönetimi uygulanmayan hastalarda;

- Konsültasyon/vizit sıklığı puan ortalamalarının karşılaştırılması
- Tanı işlemleri puan ortalamalarının karşılaştırılması
- Test sonuçlarında sapma ve bunlara yönelik girişim puan ortalamalarının karşılaştırılması
- Hasta değerlendirme/tanılama işlemleri puan ortalamalarının karşılaştırılması
- İlaç uygulamaları puan ortalamalarının karşılaştırılması
- Diğer bazı bakım uygulamaları puan ortalamalarının karşılaştırılması
- Tüp/kateter kontrolü puan ortalamalarının karşılaştırılması
- Ağrı kontrolü puan ortalamalarının karşılaştırılması
- Diyet/beslenme puan ortalamalarının karşılaştırılması
- Aktivite puan ortalamalarının karşılaştırılması
- Hijyenik bakım puan ortalamalarının karşılaştırılması
- Eliminasyon kontrolü puan ortalamalarının karşılaştırılması
- Eğitim/iletişim puan ortalamalarının karşılaştırılması
- Sağlık eğitimi (hasta ve ailesinin taburcu olmaya, özbakımına hazırlanması) puan ortalamalarının karşılaştırılması
- Toplam bakım kalitesi puan ortalamalarının karşılaştırılması

Tablo 5.7'de görüldüğü gibi konsültasyon/vizit hariç, bakımın tüm ana unsurlarında (bakımın anahatlarında) vaka yönetimi uygulanan grubun puan ortalamaları vaka yönetimi uygulanmayan grubun puan ortalamalarına göre yüksek bulunmuş, yapılan istatistiksel değerlendirmede toplam bakım kalitesi yönünden ileri derecede anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p < 0.001$).

Tablo 5.7. Bakım Kalitesi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Bakımın Ana Unsurları (Anahatları)	VAKA YÖNETİMİ				t	p
	Uygulanan (n=20)		Uygulanmayan (n=20)			
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
Konsültasyon/vizit	3.00	0.00	3.00	0.00	*	
Tanı İşlemleri	2.96	0.06	2.90	0.10	2.36	; p<0.05
Test son. sapma/girişimler	2.98	0.05	2.88	0.13	2.90	; p<0.01
Hasta değ./tanılama	2.71	0.28	2.24	0.37	4.53	; p<0.001
İlaç uygulamaları	2.80	0.18	2.48	0.30	3.96	; p<0.001
Diğer bazı bakım uyg.	2.93	0.08	2.54	0.18	8.34	; p<0.001
Tüp/kateter kontrolü	2.91	0.08	2.53	0.13	10.76	; p<0.001
Ağrı kontrolü	2.88	0.14	2.57	0.44	2.99	; p<0.01
Diyet/beslenme	2.86	0.19	2.84	0.29	0.37	; p>0.05
Aktivite	2.87	0.09	2.71	0.18	3.38	; p<0.01
Hijyenik bakım	2.90	0.11	2.60	0.18	6.26	; p<0.001
Eliminasyon kontrolü	2.86	0.27	2.44	0.50	3.28	; p<0.01
Eğitim/İletişim	2.82	0.14	2.56	0.22	4.42	; p<0.001
Sağlık eğitimi	2.75	0.32	2.29	0.32	4.35	; p<0.001
Toplam Bakım Kalitesi	40.30	0.71	36.65	1.18	11.83	; p<0.001

* İstatistiksel değerlendirme yapılamamıştır.

Vaka yönetimi uygulanan ile vaka yönetimi uygulanmayan hastalar, hastanede yattıkları süre boyunca her gün cerrah tarafından ziyaret edilmiştir. Yine her iki gruptaki hastaların tümü, operasyon öncesi dönemde anestezi hekimi tarafından kontrol edilmiştir. Bu nedenle, hem vaka yönetimi uygulanan hem de vaka yönetimi uygulanmayan hastaların ziyaret/konsültasyon sıklığı puan ortalaması "3.00" standart sapması "0.00" olarak bulunmuştur (Tablo 5.7).

Tablo 5.8'de görüldüğü gibi vaka yönetimi uygulanan grubun tanı işlemleri toplam puan ortalaması (2.96 ± 0.06), vaka yönetimi uygulanmayan grubun tanı işlemleri toplam puan ortalaması (2.90 ± 0.10)'ndan daha yüksek bulunmuş, yapılan istatistiksel değerlendirilmede iki grup arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$).

Tablo 5.8. Tanı İşlemleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tanı işlemleri	VAKA YÖNETİMİ				t	p
	Uygulanan (n=20)		Uygulanmayan (n=20)			
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
Operasyon öncesi	3.00	0.00	2.93	0.13	*	
Operasyon sonrası YBÜ	2.94	0.12	2.87	0.15	1.39	; p>0.05
Operasyon sonrası servis	3.00	0.00	2.93	0.20	*	
Ortalama	2.96	0.06	2.90	0.10	2.35	; p<0.05

*İstatistiksel değerlendirme yapılamamıştır.

Tablo 5.9'da görüldüğü gibi test sonuçlarında sapma durumu ve bunlara yönelik girişimlerin puan ortalamalarına bakıldığında, vaka yönetimi uygulanan grubun toplam puan ortalaması (2.98 ± 0.05), vaka yönetimi uygulanmayan grubun puan ortalamasına (2.88 ± 0.13) göre daha yüksek bulunmuştur. İki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.01$).

Tablo 5.9. Test Sonuçlarında Sapma ve Bunlara Yönelik Girişimlerin Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tanı İşlemleri	VAKA YÖNETİMİ				t	p
	Uygulanan (n=20)		Uygulanmayan (n=20)			
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
Op.öncesi laboratuvar test	3.00	0.00	2.70	0.73	*	
Op.son. test						
top.ort. (YBÜ + Servis)	2.99	0.01	2.93	0.12	2.15	p<0.05;
. Arteriyel kan gazı (YBÜ)	3.00	0.00	3.00	0.00	*	
. Hb/Hct** (YBÜ)	3.00	0.00	3.00	0.00	*	
. Elektrolitler, Glukoz (YBÜ)	3.00	0.00	3.00	0.00	*	
. 2. Gün protokolü (YBÜ)	3.00	0.00	3.00	0.00	*	
. EKG*** (YBÜ)	3.00	0.00	2.97	0.11	*	
. Glukoz (servis)	2.92	0.11	1.83	0.98	2.71	; p<0.05
. Diğ.lab.test. (servis)	2.90	0.44	2.80	0.61	0.59	; p>0.05
Ortalama	2.98	0.05	2.88	0.13	2.90	; p<0.01

* İstatistiksel değerlendirme yapılamamıştır.

** Hb/Hct: Hemoglobin/Hematokrit

*** EKG: Elektrokardiyogram

Operasyon öncesi dönemde, hasta değerlendirme/tanılama işlemlerinin yapılma sıklığı puan ortalamaları incelendiğinde, vaka yönetimi uygulanan grubun puan ortalamalarının vaka yönetimi uygulanmayan grubun puan ortalamalarına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. İki grup arasındaki tüm tanılama işlemleri ile ilgili farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 5.10).

Tablo 5.10. Operasyon Öncesi Dönemde Hasta Değerlendirme/Tanılama İşlemleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tanı İşlemleri	VAKA YÖNETİMİ				t	p
	Uygulanan (n=20)		Uygulanmayan (n=20)			
	$\overline{X}$	SD	$\overline{X}$	SD		
Vital Bulgular Ort.	2.62	0.75	1.87	0.99	2.68	; p<0.05
. TA	2.60	0.82	1.90	1.02	2.39	; p<0.05
. Nb	2.65	0.74	1.90	1.02	2.65	; p<0.05
. Vücut Isısı	2.65	0.74	1.90	1.02	2.65	; p<0.05
. Solunum	2.60	0.75	1.80	1.00	2.85	; p<0.01
Eliminasyon	2.50	0.88	1.20	0.61	5.38	; p<0.001
Ortalama	2.60	0.66	1.74	0.81	3.66	; p<0.01

Tablo 5.11'de görüldüğü gibi operasyon sonrası dönemde hasta değerlendirme işlemlerinin yapılma sıklığı puan ortalamaları incelendiğinde, vaka yönetimi uygulanan grubun puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, tüm hasta değerlendirme işlemleri yönünden iki grup arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (Tablo 5.11).

Tablo 5.11. Operasyon Sonrası Dönemde Hasta Değerlendirme/Tanılama İşlemleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Hasta Değerlendirme İşlemleri	VAKA YÖNETİMİ				t	p
	Uygulanan (n=20)		Uygulanmayan (n=20)			
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
VB/HÖ*	2.75	0.16	2.60	0.21	2.49	; p<0.05
Sistemik muayene	2.98	0.07	2.64	0.44	3.41	; p<0.01
Eliminasyon	2.93	0.10	2.59	0.30	4.88	; p<0.001
Ortalama	2.81	0.11	2.60	0.19	4.16	; p<0.001

* VB/HÖ: Vital bulgular/Hemodinamik ölçümler

Tablo 5.12'de görüldüğü gibi, vaka yönetimi uygulanan grubun ilaç uygulamaları puan ortalaması (2.80 ± 0.18)'nin, vaka yönetimi uygulanmayan grubun puan ortalaması (2.48 ± 0.30)'ndan daha yüksek olduğu, aradaki farkın ileri derecede anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0.001$).

Tablo 5.12. İlaç Uygulamaları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Vaka Yönetimi Bakımın Ana Unsuru	Uygulanan (n=20)		Uygulanmayan (n=20)		t	p
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
İlaç uygulamaları	2.80	0.18	2.48	0.30	3.96	; $p < 0.001$

Diğer bazı bakım uygulamalarının yapılması ile ilgili toplam puan ortalamalarına bakıldığında, hem operasyon öncesi hem de operasyon sonrası dönemde vaka yönetimi uygulanan grubun puanları yüksek bulunmuştur (Tablo 5.13.A ve Tablo 5.13.B). Yapılan istatistiksel değerlendirmede iki grup arasındaki farkların ileri derecede anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.001$).

Tablo 5.13.A. Operasyon Öncesi Dönemde Diğer Bazı Bakım Uygulamaları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Diğer Bazı Bakım Uygulamaları	VAKA YÖNETİMİ				t	p
	Uygulanan (n=20)		Uygulanmayan (n=20)			
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
Vücut tıraşı/banyo	3.00	0.00	2.80	0.61	*	
Boy, kilo ölçümü	3.00	0.00	3.00	0.00	*	
Solunum egzersizleri	2.70	0.73	1.10	0.44	8.34	; p<0.001
Ortalama	2.90	0.24	2.30	0.26	7.49	; p<0.001

*İstatistiksel değerlendirme yapılamamıştır.

Tablo 5.13.B. Operasyon Sonrası Dönemde Diğer Bazı Bakım Uygulamaları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Diğer Bazı Bakım Uygulamaları	VAKA YÖNETİMİ				t	p
	Uygulanan (n=20)		Uygulanmayan (n=20)			
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
Cerrahi yara bakımı	2.99	0.04	2.53	0.22	8.98	; p<0.001
AÇS**	2.85	0.19	2.47	0.39	3.90	; p<0.001
Solunum egzersizleri	2.92	0.08	2.76	0.28	2.51	; p<0.05
Kilo takibi	2.93	0.19	2.55	0.68	2.36	; p<0.05
Varis çorabı	2.98	0.04	2.80	0.36	2.23	; p<0.05
Oksijen tedavisi	3.00	0.00	2.92	0.22	*	
Ortalama	2.94	0.59	2.67	0.19	6.03	; p<0.001

*İstatistiksel değerlendirme yapılamamıştır.

**AÇS: Aldığı çıkardığı sıvı takibi.

Tablo 5.14'de görüldüğü gibi vaka yönetimi uygulanan grubun tüp/kateter kontrolü puan ortalamaları vaka yönetimi uygulanmayan gruba göre yüksek bulunmuştur. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, santral ven kateteri dışında diğer tüp/kateter kontrolü puan farklarının anlamlı olduğu görülmüştür. Göğüs tübü bakım puanında standart sapma olmadığından istatistiksel değerlendirme yapılamamıştır.

Tablo 5.14. Tüp/Kateter Kontrolü Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tüp/Kateter	VAKA YÖNETİMİ				t	p
	Uygulanan (n=20)		Uygulanmayan (n=20)			
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
Santral ven kateteri	2.95	0.16	2.80	0.38	1.51	; p>0.05
Periferik IV kateteri	2.98	0.07	2.61	0.45	3.60	; p<0.01
Arter kateteri	2.90	0.24	2.64	0.37	2.50	; p<0.05
Pacemaker kateteri	2.98	0.05	2.58	0.22	8.00	; p<0.001
Foley kateteri	2.70	0.25	1.62	0.31	11.92	; p<0.001
Göğüs tübü	3.00	0.00	2.98	0.08	*	
Ortalama	2.91	0.08	2.54	0.18	10.76	; p<0.001

* İstatistiksel değerlendirme yapılamamıştır.

Tablo 5.15.'de görüldüğü gibi vaka yönetimi uygulanan grubun ağrı kontrolü puan ortalaması (2.88 ± 0.14), vaka yönetimi uygulanmayan grubun puan ortalaması (2.57 ± 0.44)'ndan yüksek bulunmuş, iki grup arasındaki farkın ileri derecede anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.01$).

Tablo 5.15. Ağrı Kontrolü Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Vaka Yönetimi Bakımın Ana Unsuru	Uygulanan (n=20)		Uygulanmayan (n=20)		t	p
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
Ağrı bakımı	2.88	0.14	2.57	0.44	2.99	; $p < 0.01$

Vaka yönetimi uygulanan grup ile vaka yönetimi uygulanmayan grup arasında diyet/beslenmenin düzenlenmesi ile ilgili puan ortalaması yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 5.16).

Tablo 5.16. Diyet/Beslenme Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Vaka Yönetimi Bakımın Ana Unsuru	Uygulanan (n=20)		Uygulanmayan (n=20)		t	p
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
Diyet/Beslenme	2.86	0.19	2.84	0.29	0.37	; $p > 0.05$

Tablo 5.17'de görüldüğü gibi aktivite puan ortalaması yönünden vaka yönetimi uygulanan grubun puan ortalaması daha yüksek bulunmuş, iki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.01$).

Tablo 5.17. Aktivite Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Vaka Yönetimi Bakımın Ana Unsuru	Uygulanan (n=20)		Uygulanmayan (n=20)		t	p
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
Aktivite	2.87	0.09	2.71	0.18	3.38	; $p < 0.01$

Vaka yönetimi uygulanan grubun hijyenik bakım puan ortalaması (2.90 ± 0.11), vaka yönetimi uygulanmayan grubun puan ortalaması (2.60 ± 0.18)'ndan yüksek bulunmuş, aralarındaki farkın ileri derecede anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.001$) (Tablo 5.18).

Tablo 5.18. Hijyenik Bakım Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Bakımın Ana Unsuru	Vaka Yönetimi		Uygulanmayan (n=20)		t	p
	Uygulanan (n=20)	Uygulanmayan (n=20)	$\bar{X}$	SD		
Hijyenik Bakım	2.90	0.11	2.60	0.18	6.26	; p<0.001

Tablo 5.19'da görüldüğü gibi vaka yönetimi uygulanan grup ile vaka yönetimi uygulanmayan grubun eliminasyon kontrolü puanları arasındaki fark istatistiksel yönden ileri derecede anlamlı bulunmuştur (p<0.01).

Tablo 5.19. Eliminasyon Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Bakımın Ana Unsuru	Vaka Yönetimi		Uygulanmayan (n=20)		t	p
	Uygulanan (n=20)	Uygulanmayan (n=20)	$\bar{X}$	SD		
Eliminasyon	2.86	0.27	2.44	0.50	3.28	; p<0.01

Hastaların eğitim gereksinimlerinin karşılanması yönünden eğitim puan ortalamaları incelendiğinde, vaka yönetimi uygulanan grubun puan ortalamaları vaka yönetimi uygulanmayan grubun puan ortalamalarına göre daha yüksek bulunmuş (Tablo 5.20), iki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu belirlenmiştir (p<0.001).

Tablo 5.20. Hasta Eğitimi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Eğitim	VAKA YÖNETİMİ				t	p
	Uygulanan (n=20)		Uygulanmayan (n=20)			
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
Eğitim-iletişim	2.82	0.14	2.56	0.22	4.42	; p<0.001
Sağlık eğitimi	2.75	0.32	2.29	0.32	4.35	; p<0.001
Ortalama	2.78	0.22	2.42	0.24	5.13	; p<0.001

Taburcu olma sırasında hastane bakımının hedeflerine ulaşılma durumu değerlendirildiğinde, hem vaka yönetimi uygulanan hem de vaka yönetimi uygulanmayan grupta "dü-

şük kardiyak output", "ağrı", "etkisiz hava yolu temizliği", "aktivite intoleransı", "pnömoni, yara enfeksiyonu, konstipasyon ve dekübitüs ülseri" gibi komplikasyonlar yönünden sorun olmadığı, dolayısı ile hedeflere ulaşıldığı belirlenmiştir.

5.4. HASTA DOYUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Hasta doyumunun değerlendirilmesinde kullanılan "Hasta Doyumunu Değerlendirme Anketi"nin geçerliliği belirlendikten sonra güvenilirlik çalışması yapılmış ve güvenilirlik katsayısı 0.83 olarak bulunmuştur. Bu anket kullanılarak elde edilen hasta doyumuna ilişkin veriler Tablo 5.21'de sunulmuştur.

Tablo 5.21. Hasta Doyumu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

<i>Vaka Yönetimi</i> <i>Bakım Sonucu Kriteri</i>	<i>Uygulanan (n=20)</i>		<i>Uygulanmayan (n=20)</i>		<i>t</i>	<i>p</i>
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
Hasta Doyumu	37.00	4.66	34.70	3.42	1.78	; p>0.05

Vaka yönetimi uygulanan grupta hasta doyumuna puan ortalaması (37.00 ± 4.66), vaka yönetimi uygulanmayan grubun hasta doyumuna puan ortalaması (34.70 ± 3.42)'na göre daha yüksek olmakla birlikte, aralarındaki fark istatistiksel yönden anlamsız bulunmuştur ($p > 0.05$).

5.5. HASTANEDE YATIŞ SÜRESİ

Vaka yönetimi uygulanan ile vaka yönetimi uygulanmayan hastaların hastanede toplam yatış süresine ilişkin karşılaştırma Tablo 5.22'de görülmektedir.

Tablo 5.22. Hastaların Hastanede Ortalama Yatış Süresinin Karşılaştırılması (Gün)

<i>Vaka Yönetimi</i> <i>Sonuç Kriteri</i>	<i>Uygulanan (n=20)</i>		<i>Uygulanmayan (n=20)</i>		<i>t</i>	<i>p</i>
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
Yatış Süresi (Gün)	9.40	0.75	9.90	1.07	-1.71	; p>0.05

Vaka yönetimi uygulanan grubun hastanede ortalama yatış süresinin 9.40 ± 0.75 gün, vaka yönetimi uygulanmayan grubun ortalama yatış süresinin ise 9.90 ± 1.07 gün olduğu belirlenmiştir. İki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$).

5.6. HEMŞİRELERİN NİTELİKLERİNE VERİLEN PUAN ORTALAMALARI İLE BAKIM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Çalışma kapsamındaki tüm hastalara bakım veren hemşirelerin niteliklerine ilişkin puan ortalamaları ile bakım kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde, hemşirelerin niteliği ile bakım kalitesi arasında genellikle negatif yönde bir ilişki olduğu görülmüştür (Tablo 5.23).



Tablo 5.23. Hemşirelerin Niteliklerine Verilen Puan Ortalamaları ile Bakım Kalitesi Arasındaki İlişki (Pearson r)

Hemşirelerin Niteliklerine Verilen Puan Ortalamaları	BAKIM KALİTESİ													
	Tanı İşlemleri	Test sonuçlarında sapma/girişimler	Hasta değerlendirme/tanımlama işlem.	İlaç uygulamaları	Diğer bazı bakım uyg.	Tüp/kateter kontrolü	Ağrı kontrolü	Diyet/beslenme	Aktivite	Hijyenik bakım	Eliminasyon	Eğitim/İletişim	Sağlık eğitimi	Toplam Bakım Kalitesi
HN/1.Gün(n=40***)	0.06	0.02	-0.15	0.08	-0.28*	-0.13	0.23	-0.14	-0.15	0.01	-0.06	0.17	-0.17	-0.10
HN/2.Gün/(n=40***)	0.10	0.00	-0.10	-0.02	0.15	-0.04	-0.05	0.24	0.19	-0.05	0.04	-0.08	0.14	-0.01
HN/3.Gün(n=40***)	0.18	0.19	-0.19	-0.13	.05	-0.10	0.08	0.09	0.22	0.08	-0.33*	0.07	0.02	-0.08
HN/4.Gün(n=40***)	0.11	0.24	-0.23	-0.29*	0.06	-0.12	0.07	0.15	-0.01	0.07	-0.12	0.19	-0.02	-0.03
HN/5.Gün(n=40***)	0.10	0.11	-0.26*	-0.17	0.02	-0.13	-0.24	0.05	-0.19	-0.16	-0.17	-0.07	-0.02	-0.19
HN/6.gün(n=40***)	-0.19	0.02	-0.26	-0.09	-0.27*	-0.32*	-0.29*	0.32*	-0.29*	-0.28*	-0.23	0.13	-0.10	-0.28*
HN/7.Gün(n=40***)	0.03	0.12	0.00	-0.04	-0.19	-0.26	-0.05	0.12	-0.41**	-0.22	-0.00	-0.19	0.04	-0.11
HN/8.gün(n=40***)	0.09	0.16	-0.08	0.17	0.14	-0.07	0.04	0.23	-0.09	0.21	0.32*	0.12	0.03	0.16
HN/9.gün(n=38***)			0.06	0.01	0.03	0.08	0.16	-0.06	-0.15	0.1	0.04	0.07	0.12	0.10
HN/10.gün(n=18***)			-0.45*	-0.15	-0.37	-0.49*	0.11	0.21	-0.24	-0.14	-0.14	-0.32	-0.34	-0.32
HN/11.Gün(n=6***)			0.33	-0.28	0.14	0.09	0.45	0.33	-0.08	0.23	0.15	0.27	0.14	0.28
HN/12.gün(n=4***)			-0.18	-0.19	-0.58	-0.38	-0.39	0.58	-0.64	-0.50	-0.33	-0.08	0.33	-0.52
ORTALAMA	0.01	0.20	-0.34*	-0.21	-0.02	-0.29*	-0.05	0.26*	-0.22	-0.19	-0.19	-0.08	-0.15	-0.21

*p<0.05

**p<0.01

***Hastaların yattığı günlere göre değerlendirme yapılmıştır.

6. TARTIŞMA

Vaka yönetimi yöntemi, farklı uygulayıcılar tarafından verilen hizmetin bir vaka yöneticisi tarafından profesyonel olarak organize edildiği bir sağlık bakım hizmeti sunma yöntemi-
dir. Bu yöneme göre, vaka yöneticisi hemşire hasta ve ailesinin gereksinimlerini belir-
ler, bakımını planlar, hazırlanmış olan standart bakım protokolü üzerinde gerekli değişik-
likleri yapar, sağlık ekibi üyeleri ile işbirliği sağlayarak bakım hizmetini koordine eder,
sonuçları değerlendirir. Böylece hasta ve ailesinin gereksinimleri bütüncü bir yaklaşımla
karşılanmış olur(7,27,67,81,82).

Yapılan çalışmalarda, vaka yönetimi yönteminin hasta bakım kalitesini artırdığı, maliyeti
düşürdüğü, hasta doyumunu artırdığı, hastanede yatış süresini kısalttığı ve çalışanların
iş doyumunu artırdığı bildirilmiştir(48,64,79).

Bu çalışma, hemşirelikte vaka yönetimi yönteminin hasta bakım kalitesi, hasta doyum
ve hastanede yatış süresine etkilerini belirlemek amacı ile gerçekleştirilmiştir. Vaka
yönetimi uygulanan grup ile uygulanmayan grup arasında hastaların tanıtıcı özellikleri,
bakım veren hemşirelerin nitelikleri ve hastaların yattıkları servisler karşılaştırıldıktan son-
ra hasta bakım kalitesi, hasta doyum ve hastanede yatış süresi ile ilgili bulgular litera-
tür ışığında tartışılmıştır.

Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması

Araştırmada, vaka yönetimi uygulanan grup ile vaka yönetimi uygulanmayan grubun
kişisel özellikleri karşılaştırılmış, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma
durumu ve sağlık sigortasının tipi yönünden iki grubun birbirine **benzer** olduğu, sadece
iş yönünden iki grup arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir (Tablo 5.1).

Hastaların iskemik kalp hastalıkları (IKH)'na ilişkin eğitim gereksinimlerini belirlemek
amacı ile **IKH risk faktörlerinin** hastalık ortaya çıkmadan önceki ve şimdiki durumu

incelenmiştir. Vaka yönetimi uygulanan grubun İKH'dan önceki risk faktörleri puan ortalaması 3.10 ± 1.16 , şimdiki risk faktörleri puan ortalaması ise 1.20 ± 0.83 olarak belirlenmiştir. Vaka yönetimi uygulanmayan grubun İKH'dan önceki risk faktörleri puan ortalaması 3.15 ± 1.08 , şimdiki risk faktörleri puan ortalaması ise 1.20 ± 1.19 olarak bulunmuştur (Tablo 5.2). İKH'dan önceki ve şimdiki risk faktörlerinin puan ortalamaları yönünden iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$). Sonuç olarak hipertansiyon, sigara, obezite, diyabet, egzersiz, beslenme alışkanlıkları ile ilgili eğitim gereksinimleri yönünden iki grup arasında **benzerlik** olduğu belirlenmiştir.

Açık kalp cerrahisi vakalarında olası komplikasyonları ve hastanede yatış süresini değerlendirmede kullanılan en önemli verilerden biri "operasyon mortalite riski ya da oranı"dır(26,60). Erişkin açık kalp cerrahisinde operasyon mortalite durumunu değerlendirmede "Kalp Cerrahisi Risk Değerlendirme Formu"(60) ya da "Amerikan Ulusal Göğüs Cerrahisi Derneği" tarafından geliştirilen bir format(26) kullanılmaktadır. Bu çalışmada, "Kalp Cerrahisi Risk Değerlendirme Formu" kullanılmış ve **koroner bypass operasyonu** riski yönünden iki grup arasında anlamlı bir **fark** olmadığı belirlenmiştir (Tablo 5.3).

Mahn(48), benzer bir çalışmada kalp cerrahisi risk değerlendirme formunu kullanmıştır.

Bakım Veren Hemşirelerin Nitelikleri ve Hastaların Yattığı Servislerin Karşılaştırılması

Hastalara bakım veren **hemşirelerin niteliklerinin** ve hastaların yattığı servislerin hasta bakım kalitesini etkileyebileceği düşünülerek iki grubun bu yönden eşleştirilmesi planlanmıştır. Ancak çalışma sırasında hemşire kadrosundaki değişikliklerin önlenememesi nedeni ile hemşirelerin nitelikleri yönünden **benzerlik** sağlanamamıştır.

Tablo 5.4'de görüldüğü gibi bakım veren hemşirelerin niteliklerine ilişkin puan ortalamalarına bakıldığında, genelde vaka yönetimi uygulanan grubun hemşirelerinin puan ortalamaları, vaka yönetimi uygulanmayan grubun hemşirelerinin puan ortalamalarından düşük bulunmuştur. Yapılan istatistiksel değerlendirmede (1., 2., 3., 4., 5., 7., 8., 9., 11. ve 12. günlerde hemşire niteliği yönünden iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Ancak 6., 10. gün ($p < 0.05$) ve toplam ($p < 0.01$) hemşire niteliği yönünden iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Hastaların, 6. ve 10. günde bulunduğu servisler incelendiğinde, 6. günde, vaka yönetimi uygulanan gruptaki hastaların "ikisinin", vaka yönetimi uygulanmayan gruptaki hastaların "dör-

dünün" yoğun bakım ünitesinde, her iki gruptaki diğer 34 hastanın servislerde bulunduğu; 10.günde de tüm hastaların (taburcu olanlar hariç) servislerde olduğu görülmüştür.

Hastanenin politika ve prosedürlerinin tüm servislerde aynı biçimde uygulanmadığı düşünülerek, iki gruptaki hastalar **yattığı servisler** yönünden karşılaştırılmıştır. Tablo 5.5 ve 5.6'da görüldüğü gibi vaka yönetimi uygulanan grup ile vaka yönetimi uygulanmayan grup arasında, hem operasyon öncesi hem de operasyon sonrası dönemde yatışları servisler yönünden anlamlı bir **fark olmadığı** saptanmıştır ($p > 0.05$).

Vaka Yönetimi Yönteminin Bakım Kalitesine Etkisi Var mı?

Vaka yönetimi uygulanan grupta toplam bakım kalitesi puanı 40.30 ± 0.71 , vaka yönetimi uygulanmayan grubun toplam bakım kalitesi puanı 36.65 ± 1.18 olarak belirlenmiş (Tablo 5.7), iki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.001$).

Mahn(48), Carondelet St.Joseph Hastanesi'nde (Tucson-Arizona), CABG operasyonu geçiren 25 hasta üzerinde yaptığı bir çalışmada, vaka yönetimi uygulanan hastalardaki bakım kalitesinin daha yüksek olduğunu belirtmiştir.

McKenzie, Torkelson ve Holt(51), Hillcrest Tıp Merkezi'nde (Tulsa-Oklahoma), 1986 ile 1988 yılları arasında CABG operasyonu geçiren 106 hasta üzerinde yaptıkları bir çalışmada, vaka yönetimi uygulanan grubun bakım kalitesinin vaka yönetimi uygulanmayanlara göre daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir.

Weiltz ve Potter(79), Washington Üniversitesi Tıp Merkezi Barnes Hastanesi'nde (St. Louis-Missouri), 1989 ile 1993 yılları arasında vaka yönetimi uygulanan, torakotomi, kardiyak kapak replasmanı, mekanik ventilasyon, böbrek transplantasyonu, sezaryen ve kemoterapi hastalarında bakım kalitesinin arttığını bildirmişlerdir.

Ritter, Fralic, Tonges ve McCormac(64), Robert Wood Johnson Üniversite Hastanesi Yoğun Bakım Ünitelerinde (New Brunswick-New Jersey) uyguladıkları ProACT modeli - vaka yönetimi ile başarılı sonuçlar elde ettiklerini ve hasta bakım kalitesinin arttığını belirtmişlerdir.

Vaka yönetimi yönteminin hasta bakımının niteliğine olan olumlu etkisi konusunda elde edilen sonuçlar araştırmanın birinci hipotezini desteklemekte ve literatür verileri ile uyum göstermektedir.

Bakımın Ana Unsurlarına İlişkin Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Bakım protokolünde ve ortak bakım planlarında gerekli değişiklikleri yapmak ve bakım kalitesini artırmak amacıyla bakım protokolündeki her bir ana unsurla ilgili belirtilen hedeflere ulaşılma durumunun izlenmesi gerekmektedir(67). Literatürde, bu yöntemle, bakımın ana unsurları ile ilgili hedeflere ulaşılma durumunu açıklayan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle, bakımın ana unsurlarına bakılarak/dayanılarak belirlenen bakım kalitesi, elde edilen bulgular ve gözlemler doğrultusunda yorumlanmıştır.

Konsültasyon/vizit

Vaka yönetimi uygulanan grup ile vaka yönetimi uygulanmayan grubun hekim viziti/konsültasyon sıklığı puan ortalamaları en üst seviyede bulunmuştur (3.00 ± 0.00) (Tablo 5.7).

Bu durum, kardiyovasküler cerrahi hekimleri ve anesteziist hekimlerinin iyi bir ekip çalışması içinde olmaları ile açıklanabilir. Daha önce de belirtildiği gibi kalp cerrahisi hekim grubu bir ekip olarak hizmet vermektedir. Hastalar hafta sonu ve diğer tüm tatiller dahil, her gün en az bir kez kardiyovasküler cerrah tarafından görülmekte ve tedavileri kontrol edilmektedir. Operasyon öncesi tüm hastalar anesteziist tarafından muayene edilmektedir.

Tanı işlemleri

Tanı işlemleri toplam puan ortalamalarına bakıldığında, vaka yönetimi uygulanan grubun puan ortalaması 2.96 ± 0.06 , vaka yönetimi uygulanmayan grubun puan ortalaması 2.90 ± 0.10 olarak bulunmuş ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 5.8). Bu durum daha ayrıntılı incelendiğinde, vaka yönetimi uygulanmayan grupta operasyon öncesi dönemde önemli bir aksama olmadığı, ancak hasta hastaneye yattıktan sonra tekrarlanması gereken serum glukoza ve potasyumu gibi laboratuvar testlerinde eksiklik olduğu görülmüştür. Operasyon sonrası dönemde ise tanı işlemlerinin yapılması yönünden yoğun bakım ünitesinde önemli bir sorun olmadığı, yine servis döneminde serum glukoza ve hematokrit gibi laboratuvar testlerinin yapılmasında bazı eksiklikler olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlara göre, operasyon öncesi dönem ve operasyon sonrası yoğun bakım döneminde tanı işlemlerinin yapılması ile ilgili az sorun görülmesinin nedeni, operasyon öncesi testlerin kardiyovasküler cerrahi koordinatörü tarafından planlanması ve takip edilmesi, yoğun bakım ünitesinde ise

genellikle deneyimli hemşirelerin çalışması ve bu hemşirelerin tanı işlemleri ile ilgili konularda çok dikkatli olmaları ile açıklanabilir. Servis dönemindeki eksiklikler, "servislerde deneyimli hemşire sayısının azlığı ve hemşirelerin test sonuçlarını yeterince takip etmemeleri"ne bağlı olabilir.

Vaka yönetimi uygulanan grupta ise özellikle servis dönemindeki tanı işlemleri ile ilgili eksikliklerde azalma olduğu görülmüştür (Tablo 5.8). Bu durum, hastaların her gün vaka yöneticisi tarafından izlenmesi, tanı işlemlerinin yapılıp yapılmadığı yönünden kontrol edilmesi, herhangi bir aksamada hemşire ve hekimler ile işbirliği yapılmasına bağlanabilir.

Sonuç olarak vaka yönetimi yönteminin tanı işlemlerinin yapılmasına ilişkin eksiklikleri azalttığı, bunun sonucu olarak bakım kalitesini artırdığı söylenebilir.

Test Sonuçlarında Sapma ve Bunlara Yönelik Girişimler

Test sonuçlarındaki sapmaların değerlendirilmesi ve bunlara yönelik girişimlerin uygulanmasına ilişkin puan ortalamaları incelendiğinde, vaka yönetimi uygulanan grubun toplam puan ortalaması 2.98 ± 0.05 , vaka yönetimi uygulanmayan grubun toplam puan ortalaması 2.88 ± 0.13 olarak bulunmuştur (Tablo 5.9). İki grup arasındaki farkın ileri derecede anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.01$). Bulgulara daha ayrıntılı bakıldığında, vaka yönetimi uygulanmayan grupta, operasyon sonrası yoğun bakım ünitesinde test sonuçlarındaki sapmaların sürekli izlendiği ve gerekli önlemlerin alındığı, ancak operasyon öncesi ve operasyon sonrası servis döneminde test (elektrolit, kreatinin, tam idrar tetkiki vb.) sonuçlarındaki sapmaların değerlendirilmesinde eksiklik olduğu görülmüştür. Bu durum, servis hemşirelerinin çoğunun hem deneyim sürelerinin kısa olması hem de çok çeşitli hastalıkları olan hastaların bakımından sorumlu olmaları ile açıklanabilir. Bu servislerdeki hastalarla, belli hastalıkların tanı ve tedavisinde uzman olan hekimler ilgilenirken, hastalara pratisyen hemşireler bakım vermektedir.

Tablo 5.9'da görüldüğü gibi vaka yönetimi uygulanan grupta her aşamada test sonuçları daha iyi takip edilebilmiştir. Bunun nedeni, vaka yöneticisinin spesifik sağlık sorunlarının gidişi/seyri ve iyileştirilmesi eylemi hakkında donanımlı olması, örneğin her gün test sonuçlarını değerlendirmesi, gerektiğinde hekim ve hemşireler ile işbirliği yapabilmesi ve böylece sapmalarda gerekli önlemlerin zamanında alınmasını sağlayabilmesidir.

Hasta Değerlendirme/Tanılama İşlemleri

Tablo 5.10'da görüldüğü gibi operasyon öncesi dönemde, vital bulguların alınması ve kaydedilmesi ile ilgili vaka yönetimi uygulanan grubun puan ortalaması 2.62 ± 0.75 , vaka yönetimi uygulanmayan grubun puan ortalaması ise 1.87 ± 0.99 olarak bulunmuş ve iki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Eliminasyonun değerlendirilmesi ve sonuçların kaydedilmesi yönünden ise vaka yönetimi uygulanan grubun puanının daha yüksek olduğu ve iki grup arasındaki farkın ileri derecede anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.001$). Operasyon sonrası dönemde de vital bulgular/hemodinamik ölçümler ($p < 0.05$), sistemik muayene ($p < 0.01$) ve eliminasyonun izlenmesi ($p < 0.001$) ile ilgili puan ortalamaları vaka yönetimi uygulanan grupta daha yüksek olup iki grup arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 5.11). Operasyon sonrası hasta değerlendirme/tanılama işlemleri ile ilgili aksamaların yoğun bakım ünitesinden çok servislerde olduğu gözlenmiştir.

Bunun nedeni, daha önce de belirtildiği gibi "yoğun bakım hemşirelerinin daha deneyimli olmaları, tek tip hasta grubuna bakım vermeleri, hemodinamik parametrelerin önemini bilerek bunları dikkatlice izlemeleri, bu hemşirelerin kayıt alışkanlıklarının daha iyi olması"; "servis hemşirelerinin ise deneyim sürelerinin daha kısa olması, farklı tanıda hastalara bakım vermeleri, özellikle operasyon öncesinde hastayı sorunsuz olarak görmeleri, bakım dışındaki işleri yapmak zorunda kalmaları, bu nedenle de daha çok rutin işleri bitirme gayreti içinde olmaları ve bütünü yeterince görememeleri" ile açıklanabilir.

Tablo 5.11'de görüldüğü gibi vaka yönetimi uygulanan grupta, her aşamada hastanın değerlendirilmesi/tanılanması ile ilgili işlemler daha başarılı ile yürütülebilmektedir. Bunun nedeni, bu aksaklıkların grup toplantılarında tartışılması, vaka yöneticisi tarafından hastaların gereksinimleri doğrultusunda yapılacak takibin planlanması (örneğin hipertansif hastaların arteriyel kan basıncının daha sık izlenmesi gibi) herhangi bir aksamada hemşireler ile işbirliği yapılmasıdır.

İlaç uygulamaları

İlaç uygulamaları puan ortalaması, vaka yönetimi uygulanan grupta 2.80 ± 0.18 , vaka yönetimi uygulanmayan grupta 2.48 ± 0.30 olarak belirlenmiş (Tablo 5.12), iki grup arasındaki fark vaka yönetimi grubu lehine ileri derecede anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$). Vaka yöntemi uygulanmayan grupta ilaç uygulamalarına ilişkin hataların nedenleri sıklık-

la; "hastanın operasyon öncesi dönemde kullandığı kardiyak ilaçları hastaneye yattığı gün veya daha önceden kendiliğinden kesmesi ve bu durumun sağlık ekibi üyelerince farkedilmemesi", "hasta yoğun bakım ünitesinden servise transfer edilirken antibiyotik gibi düzenli alması gereken ilaçların hekim isteminde yer almaması ve bunun hemşireler tarafından farkedilmemesi", "yoğun bakım ünitesi ve diğer servislerin ilaç saatlerinin farklı olması nedeni ile ilaç dozlarının eksik ya da fazla verilmesi"dir.

Vaka yönetimi uygulanan grupta, ilaç uygulamaları ile ilgili hataların ve çözüm yollarının grup toplantılarında tartışılması, vaka yöneticisinin hekim istemini ve ilaç uygulama formlarını her gün kontrol etmesi, gerektiğinde hekim ve hemşireler ile işbirliği yapması sonucu bu gibi hatalar oldukça azalmıştır.

Sonuç olarak, vaka yönetimi yönteminin ilaç uygulamaları ile ilgili hataları azalttığı söylenebilir.

Diğer Bazı Bakım Uygulamaları

Diğer bazı bakım uygulamaları ile ilgili puan ortalamalarına bakıldığında, operasyon öncesi ve sonrası dönemde vaka yönetimi uygulanan grubun puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 5.13.A - 5.13.B). Operasyon öncesi dönem daha ayrıntılı incelendiğinde; boy-kilo ölçümü, vücut tıraşı ve banyo uygulamaları puan ortalamalarının her iki grupta yüksek olduğu görülmüştür. Bu uygulamaların, anestezi ve ameliyathane hemşireleri tarafından da takip edilmesi ve aksama olduğunda iki bölüm arasında sorun olarak gündeme gelmesi nedeni ile servis hemşireleri tarafından daha dikkatli uygulandığını düşündürmüştür. Solunum egzersizleri puan ortalamasının ise vaka yönetimi uygulanmayan grupta çok düşük ve iki grup arasındaki farkın ileri derecede anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.001$). Bu durum, hemşireler tarafından solunum egzersizlerinin kalp cerrahisi hastaları için çok önemli olduğunun bilinmemesi, bu uygulamanın iyi takip edilmemesi ve olumsuz sonuçlarının eleştirilmemesi ile ilişkili olabilir.

Vaka yönetimi uygulanan grupta, solunum egzersizlerinin ihmali sorunu gerek grup toplantılarında konuşulması gerekse aksama durumunda vaka yöneticisinin hemşireler ile işbirliği yapması sonucu çok azalmıştır.

Operasyon sonrası döneme daha ayrıntılı bakıldığında, oksijen tedavisi hariç diğer uygulamalarda vaka yönetimi uygulanan grubun lehine anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Vaka yönetimi uygulanmayan grupta, özellikle servis döneminde hemşirelerin bu

işle hekimlerin sorumlu olduğunu düşünerek "cerrahi yara bakımına dikkat etmedikleri, aldığı çıkardığı sıvı takibi ile ilgili kayıtları genellikle iyi yaptıkları, ancak bu durumla ilgili sapmalarda gerekli önlemleri almadıkları, varis çorabını uygun giyip giymediği ve solunum egzersizlerini yeterince yapıp yapmadığı yönünden hastaları iyi takip etmedikleri" gözlenmiştir.

Vaka yönetimi uygulanan grupta, bu sorunların grup toplantılarında tartışılması, hasta bakımının vaka yöneticisi tarafından her gün düzenli olarak değerlendirilmesi, hastanın kendi kendine yapabileceği uygulamalarda bilgilendirilmesi ve teşvik edilmesi, aksamlarda hemşire ve hekimler ile görüşülerek ekip üyeleri arasında işbirliği sağlanması sonucu, daha başarılı sonuçlara ulaşılmıştır.

Bu durum da bize, vaka yönetimi yönteminin diğer bazı bakım uygulamalarında iyileşme yarattığını göstermektedir.

Tüp/Kateter Kontrolü

Tablo 5.14'de görüldüğü gibi, vaka yönetimi uygulanan grubun tüp/kateter kontrolü puan ortalamaları, vaka yönetimi uygulanmayan grubun puan ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur. Periferik IV kateteri ($p < 0.01$), arter kateteri ($p < 0.05$), pacemaker kateteri ($p < 0.001$) ve foley kateteri bakımı ($p < 0.001$) ile ilgili iki grup arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Santral ven kateteri ile ilgili puan ortalamasının vaka yönetimi grubu lehine yüksek olmakla birlikte, iki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$). Vaka yönetimi uygulanmayan grupta kateter bakımındaki aksamaların malzeme eksikliğinden kaynaklanmadığı, bu eksikliklerin, bakım gereksinimlerinin düzenli olarak kontrol edilmemesi ile ilişkili olduğu gözlenmiştir. Vaka yönetimi uygulanan grupta tüp/kateter bakımı daha iyi yapılmıştır. Bunun nedeni, "tüp kateter bakımı ile ilgili aksaklıkların grup toplantılarında konuşulması, yoğun bakım sorumlu hemşiresi ile görüşülerek foley kateteri bakım saatlerinin bakım planında yazılı istem şeklinde belirtilme kararının alınması, vaka yöneticisi tarafından günlük hasta ziyaretleri sırasında bu gereksinimlerin kontrol edilmesi, bakım- da herhangi bir aksama olduğunda hemşirelerle işbirliği yapılması"dır. Buna göre, vaka yönetimi yönteminin tüp/kateter bakım kalitesini artırdığı söylenebilir.

Ağrı Kontrolü

Ağrı kontrolü puan ortalamaları yönünden, vaka yönetimi uygulanan grubun puan ortalaması daha yüksek bulunmuş (Tablo 5.15), iki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.01$). Vaka yönetimi uygulanmayan grupta ağrı profilaksisi ile ilgili ortak bir yaklaşım olmadığı gözlenmiştir. İntravenöz ağrı profilaksisinin bazı hastalarda operasyon sonrası 24 saat içinde sonlandırıldığı, bazı hastalarda 48 veya daha ileriki saatlere kadar devam ettiği görülmüştür. Yine operasyon sonrası servis döneminde de ağrılı hastalara yaklaşım yönünden farklılıklar olduğu gözlenmiştir.

Bu konuda anesteziist hekimler, kardiyovasküler cerrahlar ve sorumlu hemşirelerle yapılan toplantılarda "ağrı profilaksisi ile ilgili alınan kararlar, servislerde yapılan grup toplantılarında duyurulmuş, uygulamalar gerektiğinde hekim ve hemşireler ile işbirliği yapılmış vaka yöneticisi tarafından izlenmiş" ve vaka yönetimi uygulanan grupta daha başarılı sonuçlar alınmıştır. Bu durum, vaka yönetimi yöntemi ile ağrı kontrolünün daha iyi sağlandığını göstermektedir.

Diyet/Beslenme

Tablo 5.16'da görüldüğü gibi diyet/beslenme gereksinimlerinin karşılanmasına ilişkin puan ortalamalarına bakıldığında, vaka yönetimi uygulanan grup ile vaka yönetimi uygulanmayan grup arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p > 0.05$). Ancak hastaların her öğün ne kadar ne yediğinin ayrıntılı olarak kaydı tutulmamaktadır. Diğer taraftan vaka yöneticisi 24 saat süresince diyetle ilgili durumu direkt gözleyememiştir. Bu nedenle veriler daha çok hasta ve ailelerine soru sorulması ve sonuçların yazılı diyet listesi ile karşılaştırılması sonucu elde edilmiştir. Bu konu ile ilgili güvenilir veri toplanamamasının bir diğer nedeni, araştırmacının verileri daha çok günlük çalışma saatleri dışında toplamasıdır. Bu durum vaka yöneticisinin hekim ve hemşire dışındaki diğer sağlık ekibi üyeleri ile işbirliği yapmasını zorlaştırmış ve bu konuyu iyi takip edememesine neden olmuştur. Dolayısı ile bu sonuçlar, hastanın beslenmesinin düzenlenmesine ilişkin verilerin yetersiz olduğu ve daha ayrıntılı inceleme yapılması gerektiği şeklinde yorumlanmıştır.

Aktivite

Aktive gereksinimlerinin düzenlenmesi ile ilgili olarak aktivite puan ortalamaları incelendiğinde vaka yönetimi uygulanan grubun puan ortalaması 2.87 ± 0.09 , vaka yönetimi

uygulanmayan grubun puan ortalaması ise 2.71 ± 0.18 olarak belirlenmiş (Tablo 5.17) ve iki grup arasındaki farkın ileri derecede anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.01$). Vaka yönetimi uygulanmayan grupta, hastaların genellikle "göğüs tüpleri çıkıncaya kadar yeterli hareket ettirilmediği", "servislerde ise gerekli hareketleri yapıp yapmadığı yönünden çok iyi takip edilmediği" gözlenmiştir.

Vaka yönetimi uygulanan grupta, operasyon öncesi dönemden itibaren "hastanın yapacağı aktiviteler hakkında bilgilendirilmesi", "vaka yöneticisinin günlük ziyaretleri sırasında hastaları teşvik etmesi", "akşamalarda hemşirelerle işbirliği sağlanması" sonucu daha başarılı sonuçlara ulaşıldığı düşünülmüştür.

Buna göre, vaka yönetimi yönteminin hastaya uygun aktivitelerin yaptırılması yönünden de daha etkili olduğu söylenebilir.

Hijyenik Bakım

Hijyenik bakım puan ortalamalarına bakıldığında, vaka yönetimi uygulanan grubun puan ortalaması, vaka yönetimi uygulanmayan grubun puan ortalamasına göre daha yüksek bulunmuş (Tablo 5.18) ve aralarındaki farkın ileri derecede anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.001$).

Hijyenik bakımdaki iyileşme, vaka yöneticisinin gerek "hastayı cesaretlendirmesi" gerekse "akşamalarda hemşireler ile işbirliği sağlanması" sonucu ortaya çıkmıştır. Buna göre, vaka yönetimi yönteminin hastanın hijyenik bakımının niteliğini artırdığı söylenebilir.

Eğitim-iletişim

Hastaların hastanede yatış süresince eğitim-iletişim gereksinimlerinin karşılanmasına ilişkin eğitim puan ortalamalarına bakıldığında, vaka yönetimi uygulanan grubun puan ortalamasının daha yüksek olduğu (Tablo 5.20) ve iki grup arasındaki farkın ileri derecede anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.001$). Literatürde, hastaların vaka yöneticisini aileden biriymiş gibi algıladıkları, bu yöntemle bakım alan hastaların kendilerini daha rahat ve güvende hissettikleri belirtilmektedir(64,67). Bizim çalışmamızda da, vaka yönetimi uygulanan hastalar bu durumu yansıtan ifadeler belirtmişlerdir.

Sağlık Eğitimi

Sağlık eğitimi puan ortalamalarına bakıldığında, vaka yönetimi uygulanan grubun puan ortalaması 2.75 ± 0.32 , vaka yönetimi uygulanmayan grubun puan ortalaması 2.29 ± 0.33 olarak bulunmuş (Tablo 5.20), iki grup arasındaki farkın ileri derecede anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.001$).

Vaka yönetimi uygulanmayan grupta, bu eğitimi hastanın hastaneden çıkacağı gün veya bir gün önce hekimlerin yaptığı, "servis hemşirelerinin ağrı, yara bakımı, banyo, varis çorabının kullanımı, diyet, hareket gibi konularda hastalara genellikle bilgi vermediği, taburcu olurken sadece ilaç eğitimi yaptığı" gözlenmiştir.

Vaka yönetimi uygulanan grupta ise hastanın eğitim gereksinimlerinin hastaneye ilk kabul sırasında vaka yöneticisi tarafından belirlenmesi ve hasta yoğun bakım ünitesinden çıktıktan sonra evdeki bakım hakkında her gün bilgilendirilmesi ile hasta evdeki bakımı için daha iyi hazırlanabilmiştir.

Sonuç olarak vaka yönetimi yöntemi ile sağlık eğitiminin daha iyi yürütüldüğü söylenebilir.

Özetle, vaka yönetimi uygulanan grupta, bakımın ana unsurlarına ilişkin bakım puanlarının daha yüksek olduğu ve bu grubun bakım kalitesinin daha iyi olduğu belirlenmiştir. Vaka yönetimi uygulanan gruba bakım veren hemşirelerin niteliklerinin daha düşük olmasına karşın bunun başarılabilmesinin nedeni, vaka yöneticisinin (aynı hastanın hekimi gibi) vakayı (sorunlarıyla) gelişinden (sorunsuz) gidişine kadar izleyen, böylece hastalık, bakım ve tedavi sürecinin tümünü bilen, iyi bir sağlık bakımının hasta üzerindeki olumlu etkilerini gözleyebilen, sağlık ekibinin başarılarına veya başarısızlıklarına bütünüyle tanık olan, bunun için de "motivasyonu" diğerlerine göre çok daha yüksek olan bir görevli olmasıdır. Hastayı ve hastalığın seyrini "parçalar" halinde gören hemşirelerin bu derece "hasta merkezli" bakım verememeleri ve motive olamamaları doğaldır.

Hastane Bakımının Hedefleri

Literatürde, vaka yönetimi uygulanan hastalarda vaka yönetimi uygulanmayan hastalara göre, bakım protokolünde belirtilen klinik hedeflere ulaşma oranının yüksek olduğu belirtilmektedir. Washington Üniversitesi Tıp Merkezi Barnes Hastanesi'nde (St.Louis - Missouri), vaka yönetimi uygulanan torakotomi hastalarında yapılan 4 yıllık bir çalışma

sonucuna göre atelektazi, pnömoni, solunum yetmezliği ve yara enfeksiyonu gibi komplikasyonların % 50 oranında azaltıldığı belirtilmektedir(79). Carondelet St Joseph Hastanesi'nde (Tucson-Arizona), 25 CABG hastasında yapılan bir diğer çalışmaya göre, vaka yönetimi uygulanan grupta pnömoni, yara enfeksiyonu gibi komplikasyonlar ve diğer klinik hedeflerden sapma durumu % 58 oranında azaltılmıştır(48).

Bizim çalışmamızda, taburculuk öncesinde, hem vaka yönetimi uygulanan grupta hem de vaka yönetimi uygulanmayan grupta "ağrı/kontROLSÜZ ağrı", "etkisiz hava yolu temizliği", "aktivite intoleransı" gibi sorunların olmadığı belirlenmiştir. "Solunum sistemi enfeksiyonu", "yara enfeksiyonu", "pnömoni" ve "konstipasyon" gibi komplikasyonlar her iki grupta da görülmemiştir. Bu durumun, örneklem sayısı ile ilgili olabileceği, bu nedenle de daha fazla vaka ile çalışılmasının yararlı olacağı düşünülmüştür.

Vaka Yönetimi Yöntemi Hasta Doyumunu Artırıyor mu?

Tablo 5.21'de görüldüğü gibi vaka yönetimi uygulanan grubun hasta doyum puanı (37.00 ± 4.66), vaka yönetimi uygulanmayan grubun hasta doyum puanı (34.70 ± 3.42)'ndan yüksek olmasına rağmen, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$).

Vaka yönetimi uygulanan grup ile vaka yönetimi uygulanmayan grup arasında istatistiksel bir fark çıkmamasının nedeni, her iki grupta da çoğunlukla sağlık sigortası (SSK ve ES kapsamında) olan hastaların bulunması olabilir. İki gruptaki bu hastaların çoğunun anket sorularına verdiği yanıt "3" olmuştur. Aynı zamanda bu hastalar bakımdan çok memnun olduklarını ifade etmişlerdir. Dolayısı ile her iki grupta geriye kalan altı-yedi hastanın görüşleri ile sonuç çıkarmanın doğru olmayacağı, bu konuda daha fazla vaka ile çalışma yapılması gerektiği ve hasta doyumunu anketlerinin de posta ile eve gönderilmesinin daha objektif yanıtlar almayı sağlayacağı kanısındayız.

Konu ile ilgili araştırmalarda, hastanın hastaneye kabulünden taburcu olana kadar hastayı bir birey olarak ele alan, hasta ve ailenin gereksinimleri doğrultusunda bakımın planlanması ve sunulmasını sağlayan vaka yönetimi yöntemi ile hasta doyumunda artma olduğu belirlenmiştir.

Weiltz ve arkadaşları(79), Washington Üniversitesi Tıp Merkezi Barnes Hastanesi'nde yaptıkları 4 yıllık bir çalışmada, vaka yönetimi uygulanan hastalarda doyumun arttığını belirtmişlerdir.

Loveridge, Cummings ve O'Malley(47), Sharp Memorial Hastanesi'nde (San Diego - California) 1987 yılında yaptıkları çalışmada, vaka yönetimi uygulanan hastalarda doyumun arttığını saptamışlardır.

McKenzie, Torkelson ve Holt(51), Hillcrest Tıp Merkezi'nde (Tulsa-Oklahoma), vaka yönetimi uygulanan kalp cerrahisi hastalarının bakımından duydukları doyumun arttığını bildirmişlerdir.

Robert Wood Johnson Hastanesi'nde (New Brunswick-New Jersey), yoğun bakım hastalarında uygulanan vaka yönetimi yöntemi ile hasta doyumunun arttığı gösterilmiştir(64).

Von Dongen ve Jambunathan(77), psikiyatri vakaları üzerinde yapılan bir çalışmada, vaka yönetimi uygulanan hastalarda doyumun arttığını bulmuşlardır.

Vaka Yönetimi Yöntemi Hastanede Yatış Süresini Kısaltıyor mu?

Tablo 5.22'de görüldüğü gibi vaka yönetimi uygulanan grubun hastanede ortalama yatış süresi 9.4 ± 0.75 gün, vaka yönetimi uygulanmayan grubun ortalama yatış süresi 9.9 ± 1.07 gün olarak bulunmuş, iki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu belirlenmiştir ($p > 0.05$).

Bunun nedeni, araştırmanın hastane yönetimi tarafından desteklenmesine rağmen, vaka yönetimi yönteminin hastanenin çalışma sistemi içinde uygulamaya konmaması sonucu, tüm sağlık disiplinleri arasında ortak hedefe yönelmede işbirliği ve motivasyon eksikliğine bağlı olabilir.

Vaka yönetimi yöntemi ile ilgili yapılan çalışmalarda, hastanede yatış süresinin kısaldığı bildirilmektedir.

Hillcrest Tıp Merkezi'nde (Tulsa-Oklahoma), 1986-1988 yılları arasında vaka yönetimi uygulanan 106 CABG vakası üzerinde yapılan bir çalışmada, hastanede yatış süresinin 12.8 günden 11.7 güne düşürüldüğü belirtilmiştir(51).

Carondelet St.Mary Hastanesi'nde (Tucson-Arizona) CABG hastaları ile ilgili olarak yapılan bir diğer çalışmada, vaka yönetimi uygulanan grupta ortalama yatış süresi 6 gün, vaka yönetimi uygulanmayan grupta ortalama yatış süresi 9 gün olarak bulunmuştur(48).

Hemşirelerin Niteliklerine Verilen Puan Ortalamaları İle Bakım Kalitesi Arasındaki İlişki

Tablo 5.23’de görüldüğü gibi hemşirelerin niteliklerine verilen puan ortalamaları ile bakım kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde, hemşirelerin nitelikleri ile bakım kalitesi arasında genellikle negatif yönde bir ilişki olduğu görülmüştür. Bu durum, vaka yönetimi uygulanan gruba bakım veren hemşirelerin nitelik puanlarının daha düşük olmasına karşın vaka yönetimi yöntemi ile bakımın kalitesinde artış sağlandığını göstermektedir.



7. SONUÇ VE ÖNERİLER

7.1. SONUÇLAR

CABG operasyonu geçiren hastalarda, hemşirelikte vaka yönetimi yönteminin hasta bakım kalitesi, hasta doyum ve hastanede yatış süresine etkilerini belirlemek amacı ile gerçekleştirilen çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıda verilmiştir.

- Vaka yönetimi uygulanan ve vaka yönetimi uygulanmayan hastaların; çalışma durumu hariç diğer kişisel özellikleri, iskemik kalp hastalıklarına ilişkin önceki ve şimdiki risk faktörleri ,açık kalp operasyonu risk durumu, operasyon öncesi ve sonrası yatışları servisler yönünden aralarında anlamlı bir ilişki olmayıp, grupların homojenliği sağlanmıştır ($p > 0.05$).
- Vaka yönetimi uygulanan hastalara bakım veren hemşirelerin nitelik puan ortalamaları, vaka yönetimi uygulanmayan gruba göre daha düşük bulunmuştur. İki grup arasındaki farkların 1., 2., 3., 4., 5., 7., 8., 9., 11., 12. gün için anlamlı olmadığı ($p > 0.05$), ancak 6., 10. gün ve ortalama puan için anlamlı olduğu ($p < 0.05$) belirlenmiştir. Dolaşımı ile bakım veren hemşireler yönünden iki grubun benzerliği sağlanamamıştır.
- Hasta bakımının niteliğini değerlendirmek amacı ile CABG-Bakım Protokolüne temellendirilerek araştırmacı tarafından "CABG-Hasta Bakım İzleme Cetveli" geliştirilmiştir. Bu cetvel kullanılarak elde edilen sonuçlara göre vaka yönetimi uygulanan hastaların toplam bakım puanı (40.30) vaka yönetimi uygulanmayan hastaların toplam bakım puanından (36.35) yüksek bulunmuş, iki grup arasındaki farkın ileri derecede anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.001$).
- Bakım protokolünde yer alan bakımın ana unsurları ile ilgili bakım puanları incelendiğinde; vaka yönetimi uygulanan hastalarda tanı işlemleri, test sonuçlarında sapma ve girişimler, hasta değerlendirme/tanılama işlemleri, ilaç uygulamaları, diğer hekim

direktifleri, tüp/kateter kontrolü, ağrı kontrolü, aktivite, hijyen, eliminasyon, eğitim/iletişim ve sağlık eğitimi konularında önemli puan artışları sağlanmış, yapılan istatistiksel değerlendirmede iki grup arasındaki farkların anlamlı olduğu belirlenmiştir. Diyet/beslenmenin sağlanması yönünden iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Konsültasyon ve vizitin her iki grupta da çok iyi yürütüldüğü belirlenmiştir.

- Hasta doyumunu ölçmek üzere geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan "Hasta Doyumunu Değerlendirme Anketi" kullanılarak elde edilen sonuçlara göre, vaka yönetimi uygulanan grubun doyum puanı 37.0, vaka yönetimi uygulanmayan grubun doyum puanı 34.7 olarak bulunmuştur. Yapılan istatistiksel değerlendirmede iki grup arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$).
- Vaka yönetimi uygulanan hastaların hastanede ortalama yatış süresi (9.9 gün), vaka yönetimi uygulanmayan hastaların ortalama yatış süresine (9.4 gün) göre daha kısa olmakla birlikte iki grup arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$).

Özet olarak bu sonuçlar vaka yönetimi yönteminin bakıma olumlu etkilerini göstermektedir. Vaka yönetimi uygulanan grupta bakım veren hemşirelerin nitelik puanlarının düşük olmasına karşın bakımda olumlu gelişmeler elde edilmiş ve kaynak kullanımında bir artış olmaksızın bakımın niteliğinde artış sağlanmıştır.

7.2. ÖNERİLER

Bu çalışmada elde edilen bulgular ve deneyimlere göre öneriler aşağıda sunulmuştur.

- Hasta bakım kalitesini artıran vaka yönetimi yöntemini uygulamaya koymadan önce kurum yöneticilerinin (hemşirelik hizmetleri müdürü, hastane müdürü) bu yöntemin yararlarına inanmış olması, bunun için çaba sarfetmesi ve bu konuda çalışmak isteyen gönüllü kişileri desteklemesi,
- Kurumda her sağlık disiplini temsil edecek şekilde vaka yönetimine ilgi duyan kişilerden bir "Vaka Yönetimi Projesi Planlama ve Yürütme Komitesi" oluşturulması ve komite çalışmalarının kurum yöneticileri tarafından sürekli desteklenmesi,

- Vaka yönetimi yönteminin uygulayıcılara ve hastalara tanıtılması (felsefesi, yararları),
- Vaka yönetimi yöntemini uygulamaya başlamadan önce gerekli alt yapının oluşturulması, rol ve sorumlulukların belirlenmesi,
- Vaka yöneticisi hemşirelerin seçiminde aşağıda belirtilen noktalara dikkat edilmesi;
 - Mümkünse en az lisans mezunu olması,
 - Klinik bilgi ve becerisinin iyi olması,
 - Konu alanı ile ilgili deneyiminin olması
 - İletişim becerisinin iyi olması,
 - İşbirliği içinde çalışmayı yürütebilecek kapasitesinin olması,
 - Eğitime ilgi duyması, başkalarına öğretmeyi sevmesi,
 - İstatistiksel analiz yapabilecek bilgi ve becerisinin olması,
- Vaka yöneticisi hemşirelerin eğer uygun aday varsa eğitim hemşirelerinden seçilmesi,
- Vaka yöneticisi hemşirenin yeni role uyum sağlamasını kolaylaştırmak ve başarılı olmasını sağlamak için yönetim tarafından desteklenmesi,
- Uygulamaların sürekli olarak değerlendirilmesi (istenen hedeflere ulaşılma durumu, yatış süresi, hasta doyumu vb),
- Uygulama sonuçlarının uygulayıcılar ile sürekli paylaşılması, özellikle olumlu sonuçların vurgulanarak uygulayıcıların motivasyonunun artırılması,
- Ülkemiz için yeni bir kavram olan vaka yönetimi yöntemi ile ilgili daha fazla araştırma yapılması (araştırmacıların bu konuya ilgi duyması),
- Bu araştırmalarda vaka yönetimi yönteminin hasta bakım kalitesi, hasta doyumu, hastanede yatış süresi, maliyet ve iş doyumu üzerine etkilerinin incelenmesi,
- Bu araştırmaların daha büyük örneklerle ve değişik kurumlarda ve değişik hasta gruplarında yapılması ve değerlendirme sürecinin daha uzun sürmesinin yararlı olacağı kanısındayız.

8. ÖZET

Bu araştırma, sağlık bakım hizmeti sunum yöntemlerinden biri olan vaka yönetimi yönteminin hastaların aldığı bakımın kalitesi, hasta doyumu ve hastanede yatış süresi üzerine etkilerini belirlemek amacı ile, (önt test-son test araştırma modeli), deneysel bir araştırma olarak planlanmıştır.

Araştırma, Kasım 1995 ile Kasım 1996 tarihleri arasında Vehbi Koç Vakfı Amerikan Hastanesi'nde gerçekleştirilmiştir. Örneklem, koroner arter bypass greft operasyonu (CABG) geçiren vaka yönetimi yöntemi uygulanmayan 20 hasta kontrol grubu (ön test), vaka yönetimi yöntemi uygulanan 20 hasta uygulama grubu (son test) olmak üzere toplam 40 hasta alınmıştır.

Veriler, "Hasta Bilgi Formu", "CABG Bakım Protokolü ve CABG Bakım İzleme Cetveli", "Hasta Doyumunu Değerlendirme Anketi" ve "Hemşire Niteliklerini Değerlendirme Formu" kullanılarak elde edilmiştir. Ayrıca hemşirelik personelinin geliştirilmesi amacı ile "CABG Standart Bakım Planı" ve "Açık Kalp Ameliyatınız ve Siz" adlı hasta eğitim kitapçığı hazırlanmış ve bu konuda eğitimleri sağlanmıştır.

Veriler iki aşamada toplanmıştır. Vaka yönetimi uygulanmayan grubun verilerinin toplandığı birinci aşamada, ilk kabul sırasında hasta bilgi formu doldurulmuş, hasta her gün ziyaret edilerek sağlık bakımının hedeflerine ulaşıp ulaşılmadığı değerlendirilmiştir. Vaka yönetimi yöntemi uygulanan grubun verilerinin toplandığı ikinci aşamada ise vaka yöneticisi tarafından hastanın ilk kabulü sırasında hasta bilgi formu doldurulmuş, hasta-ya eğitim kitapçığı verilmiş, hastanın sağlık gereksinimleri belirlenmiş, bakım protokolü hastaya özgü hale getirilmiş, her gün yapılan ziyaretlerle sağlık bakımı hedefleri değerlendirilmiş, hedeflerden sapma durumunda gereksinimlerin karşılanması için hemşire ve hekimlerle işbirliği yapılmış, hasta eğitimine destek sağlanmıştır.

Elde edilen verilerin analizinde SPSS (Statistical Pacakage for Social Sciences) paket programından yararlanılmıştır. İstatistiksel değerlendirmelerde yüzdelik, χ^2 , Student t testi ve Pearson korelasyon testi kullanılmıştır.

Değerlendirme sonuçlarına göre, vaka yönetimi uygulanan hastalarda vaka yönetimi uygulanmayan hastalara göre bakım kalitesinin arttığı belirlenmiştir. Vaka yönetimi yöntemi uygulanan grupta hasta doyumunun daha yüksek olduğu, ancak iki grup arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Hastanede yatış süresi yönünden iki grup arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur.

Elde edilen bu bulgular ve deneyimler doğrultusunda, sağlık kurumlarının bakım kalitesini artırmak için vaka yönetimi yöntemini uygulamaya koyması ve vaka yöneticisi olarak eğitim hemşirelerini görevlendirmesinin yararlı olacağı kanısına varılmıştır.



9. SUMMARY

This experimental study was designed to evaluate the effects of case management, which is one of the methods of health care providing, on the quality of care, patient satisfaction, and the duration of hospitalization using a preliminary test-final test investigation model.

The study was performed between November 1995 and November 1996 in American Hospital of Vehbi Koç Foundation. Sampling included a total of 40 patients who underwent coronary artery bypass graft operation (CABG). Twenty patients who did not receive case management were selected as the control group (preliminary test) and another group of 20 patients who were provided with case management were selected as the study group (final test).

Data were obtained using "Patient Questionnaire", "CABG Critical Pathways and CABG Patient Care Monitoring Schedule", "Patient Satisfaction Form", and "Evaluation of Nurses' Qualifications Form". In addition, in order to improve staff knowledge and skills two booklets were prepared, namely "CABG Standard Care Plan" and "Open Heart Surgery and You".

Data were collected in two stages. In the first stage in which the control group data were collected, a patient questionnaire was filled at admission and the patient was visited every day to evaluate whether the health care goals were achieved.

In the second stage in which the study group data were collected, a patient questionnaire was filled at admission by the case manager; the patient was given an educational booklet; the patient's health needs were determined; the critical pathways were individualized; health care goals were evaluated through daily visits; in the case of deviation from the health care goals, nurse and physician collaboration was instituted to provide the needs, and support was given to the patient's education.

Data obtained were analysed on computer using Statistical Package for Social Sciences (SPSS). Percentage test, χ^2 test, Student t-test, and Pearson correlation test were used for statistical analyses.

Compared to the control group, health care quality was improved in the study group. Although not yielding significant difference, a higher patient satisfaction level was obtained in the study group. No significant difference was found between the two groups with respect to the hospital stay.

In view of these data and experience we conclude that health care institutions will benefit from establishing case management and assigning educational nurses as case managers, thereby improving the quality of care.



KAYNAKLAR

- 1- Adams,R.A., Rentfro,A.R.: Sterngthening hospital nursing - An approach to restructuring care delivery, **Journal of Nursing Administration**. 21:6, 12-19, June, (1991).
- 2- Ahrens,T.: Nurse clinician model of managed care, **AACN Clinical Issues**. 3:4, 761-768, November, (1992).
- 3- Allred,C.A., Arford,P.H., Michel,Y.: Coordination as a critical element of managed care, **Journal of Nursing Administration**. 15:12, 21-28, December, (1995).
- 4- Armanasco,V.D.T., Olivas,G.S., Harter,S.: Developing an integrated nursing case management model, **Nursing Management**. 20:10, 26-29, October, (1988).
- 5- Bair,N.L., Griswold,J.T., Head,J.L.: Clinical RN involvement in bedside-centered case management, **Nursing Economics**. 7:3, 150-154, May-June, (1989).
- 6- Barnsteiner,J., Mohan,A., Milberger,P.: Implementing managed care in a pediatric setting, **AACN Clinical Issues**. 3:4, 777-787, November, (1992).
- 7- Baumgartner,W.A., Owens,S.G., Cameron,D.E., Reitz,B.A.: The Johns Hopkins Manual of Cardiac Surgical Care. Mosby Year Book Inc., Baltimore, (1994).
- 8- Bejciy-Spring,S.M.: Nursing case management: Application to neuroscience nursing, **Journal of Neuroscience Nursing**. 23:6, 390-397, December, (1991).
- 9- Bigelow,D.A., Young,D.J.: Effectiveness of a case management program, **Community Mental Health Journal**. 27:2, 115-123, April, (1991).

- 10- Biller,A.M.: Implementing nursing case management, **Rehabilitation Nursing**. 17:3, 144-146, May-June, (1992).
- 11- Borski,C.: The Methodist Hospital Cardiac Rehabilitation Manual. Houston, (1990).
- 12- Bower,K.A.: Case Management by Nurses. ANA. Revised NS-32 3M 2/92, Kansas City, (1992).
- 13- Brider,P.: Who killed the nursing care plan?, **American Journal of Nursing**. 35-39, May, (1991).
- 14- Briones,J., Thompson,K.S., Daly,B.J.: Case management of patients with chronic critical illnesses, **Critical Care Nurse**. 16:6, 59-66, December, (1996).
- 15- Brockopp,D.Y., Porter,M., Kinnaird,S., Silberman,S.: Fiscal and clinical evaluation of patient care - a case management model for the future, **Journal of Nursing Administration**. 22:9, 23-27, September, (1992).
- 16- Brunner,L.S., Doris,S.S.: The Lippincott Manual of Medical - Surgical Nursing. Harper, Row Publishers, London, second ed., (1989).
- 17- Camin,L.: Managed competition case management managed care, **Texas Nursing**. 67:5, 4-7, May, (1993).
- 18- Capuano,T.A.: Clinical pathways - Practical approaches, positive outcomes, **Nursing Management**. 26:1, 34-37, January, (1995).
- 19- Cesta,T.G.: The link between continuous quality improvement and case management, **Journal of Nursing Administration**. 23:6, 55-61, June, (1993).
- 20- Cohen,E.L.: Nursing case management - Does it pay?, **Journal of Nursing Administration**. 21:4, 20-25, April, (1991).

- 21- Crummer,M.B., Carter,V.: Critical pathways - The pivotal tool, **J. Cardiovasc. Nurs.** 7:4, 30-37, July, (1993).
- 22- Crummette,B.D., Boatwright,D.N.: Case management in inpatient pediatric nursing, **Pediatric Nursing.** 17:5, 469-473, September-October, (1991).
- 23- Daly,B.J., Phelps,C., Rudy,E.B.: A nurse - managed special care unit, **Journal of Nursing Administration.** 21:7/8, 31-38, July-August, (1991).
- 24- Daly,B.J., Rudy,E.B., Thompson,K.S., and Happ,M.B.: Development of a special care unit for chronically critically ill patients, **Heart & Lung.** 20:1, 45-51, January, (1991).
- 25- Davis,B.D., Steele,S.: Case management for young children with special health care needs, **Pediatric Nursing.** 17:1, 15-19, January-February, (1991).
- 26- Edwards,F.H., Clark,R.E., Schwartz,M.: Coronary artery bypass grafting: The Society of Thoracic Surgeons National database experience, **Ann. Thorac. Surg.** 57:12-19, (1994).
- 27- Erkel,E.A.: The impact of case management in preventive services, **Journal of Nursing Administration.** 23:1, 27-32, January, (1993).
- 28- Ethridge,P., Lamb,G.S.: Professional nursing case management improves quality, access and costs, **Nursing Management.** 20:3, 30-35, March, (1989).
- 29- Fadol,A.: Kalp-damar ameliyatı olacak hastanın psikososyal gereksinimleri, Amerikan Hastanesi 10. Yıl Sempozyum Kitabı (Kalp ve Damar Cerrahisi Hemşireliği Sempozyumu), İstanbul, (1994).
- 30- Feldman,C., Olberding,L.: Decision making in case management of home healthcare clients, **Journal of Nursing Administration.** 23:1, 33-59, January, (1993).

- 31- Fondiller,S.H.: How case management is changing the picture, **American Journal of Nursing**. 64-80, January, (1991).
- 32- Franklin,J.L., Solovitz,B. et al: An evaluation of case management, **American Journal of Public Health**. 77:6, 674-678, June, (1987).
- 33- Ford,R.D.: Nursing Diagnosis Cards. Springhouse Corporation, (1987).
- 34- Gibbs,B., Lanowski,L., Meyer,P.J., Newlin,P.J.: The role of the clinical nurse specialist and the nurse manager in case management, **Journal of Nursing Administration**. 25:5, 28-34, May, (1995).
- 35- Gibson,S.J., Martin,S.M. et al: CNS-directed case management - Cost and quality harmony, **Journal of Nursing Administration**. 24:5, 45-51, June, (1994).
- 36- Goodwin,D.R.: Critical pathways in home healthcare, **Journal of Nursing Administration**. 22:2, 35-40, February, (1992).
- 37- Goodwin,D.R.: Nursing case management activities. How they differ between employment settings? **Journal of Nursing Administration**. 24:2, 29-34, February, (1994).
- 38- Guanowsky,G.A.: Liability in managed care for the health care provider, **Nursing Management**. 26:10, 24-25, October, (1995).
- 39- Gunderson,L., Kenner,C.: Case management in the neonatal intensive care unit, **AACN Clinical Issues**. 3:4, 769-776, November, (1992).
- 40- Hampton,D.C.: Implementing a managed care framework through care maps, **Journal of Nursing Administration**. 23:5, 21-27, May, (1993).
- 41- Hill,M.: Teaching after CABG surgery: A family affair, **Critical Care Nurse**. 9:8, 58-72, (1989).

- 42- Ignatavicus,D.D., Hausman,K.A.: **Clinical Pathways for Colloborative Practice**. W.B. Saunders Company, Philadelphia, (1995).
- 43- Kovner,C.T., Hendrickson,G., Knickman,J.R., Finkler,S.A.: Changing the delivery of nursing care, **Journal of Nursing Administration**. 23:11, 24-34, November, (1993).
- 44- Lamb,G.S., Stempel,J.E.: Nurse case management from the client's view: Growing as insider-expert, **Nursing Outlook**. 42:1, 7-12, January - February, (1994).
- 45- Latini,E., Foote,W.: Obtaining consistent quality patient care for the trauma patient by using a critical pathway, **Crit. Care Nurs Quarterly**. 15:3, 51-55, November, (1992).
- 46- Leclair,C.L.: Introducing and accounting for RN case management, **Nursing Management**. 22:3, 44-49, March, (1991).
- 47- Loveridge,C.E., Cummings,S.H., O'Malley,J.: Developing case management in a primary nursing system, **Journal of Nursing Administration**. 18:10, 36-39, October, (1988).
- 48- Mahn,V.A.: Clinical nurse case management: A service line approach, **Nursing Management**. 24:9, 48-50, September, (1993).
- 49- Marr,J.A., Reid,B.: Implementing managed care and case management: The neuroscience experience, **Journal of Neuroscience Nursing**. 24:5, 281-285, October, (1992).
- 50- McElroy,M.J., Campbell,S.: Case management with the nurse manager in the role of case manager in an interventional cardiology unit, **AACN Clinical Issues**. 3:4, 749-769, November, (1992).
- 51- McKenzie,C.B., Torkelson,N.G., Holt,M.A.: Care and cost: Nursing case management improves both, **Nursing Management**. 20:10, 30-34, October, (1989).

- 52- Michaels,C.: Carondelet St. Mary's nursing enterprise, **Nursing Clinics of North America**. 27:1, 77-85, March, (1992).
- 53- Mosher,C., Cronk,P. et al: Upgrading practice with critical pathways, **American Journal of Nursing**. 41-44, January, (1992).
- 54- Nelson,M.S.: Critical pathways in the emergency department, **Journal of Emergency Nursing**. 19:2, 110-114, April, (1993).
- 55- Norris,M.K.G., Hill,C.: The clinical nurse specialist: Developing the case manager role, **Dimension of Critical Care Nursing**. 10:6, 346-352, November-December, (1991).
- 56- Olivas,G.S., Armanasco,V.D.T., Erickson,J.R., Harter,S.: Case management - A bottom - Line care delivery model - Part II: Adaptation of the model, **Journal of Nursing Administration**. 19:12, 12-17 December, (1989).
- 57- Onat,A., Avcı,G.Ş., Soydan,İ., Koylan,N., Sansoy,V., Tokgözoğlu,L.: Türk Erişkinlerinde Kalp Sağlığının Dünü ve Bugünü. Karakter Color Matbaası, (1996).
- 58- Öner,N.: Kültürlerarası ölçek uyarlanmasında bir yöntembilim modeli, **Psikoloji Dergisi**, 6:21, 80-82, (1987).
- 59-: Open Heart Surgery - Nursing Care Plan, The Methodist Hospital, Critical Residency Program, Houston, (1993).
- 60- Parsonnet,V., Dean,D., Bernstein,A.D.: A method of uniform stratification of risk for evaluating the results of surgery in acquired adult heart disease, **Circulation**. 79:Supp I, 3-12, (1989).
- 61-: Patient's Guide to Open Heart Surgery. The Methodist Hospital.
- 62- Peterson,J.: The role of the nurse manager in a case management delivery system, **Pediatric Nursing**. 17:3, 282, May-June, (1991).

- 63- Ponte,P.R., Higgins,J.M., James,J.R., Fay,M., Madden,M.J.: Development needs of advance practice nurses in a managed care environment, **Journal of Nursing Administration**. 23:11, 13-19, November, (1993).
- 64- Ritter,J., Fralic,M.F., Tonges,M.C., McCormac,M.: Redesigned nursing practice: A case management model for critical care, **Nursing Clinics of North America**. 27:1, 119-127, March, (1992).
- 65- Ross,D., Hyams,B.: Surgery and Your Heart. Beaconsfield Publishers, Bucks, (1982).
- 66- Seamon,L.H.: Preparation: The key to nursing case management, **Journal of Post Anesthesia Nursing**. 5:3, 177-181, June, (1990).
- 67- Simmons,F.M.: Developing the trauma nurse case manager role, **Dimension of Critical Care Nursing**. 11:3, 164-170, May-June, (1992).
- 68- Sinnen,M.T., Schifalacqua,M.: Coordinated care in a community hospital, **Nursing Management**. 22:38-42, March, (1991).
- 69- Stahl,D.A.: Critical pathways in subacute care, **Nursing Management**. 26:9, 16-18, September, 1995.
- 70- Sümbüloğlu,K., Sümbüloğlu,V.: Biyoistatistik. Özdemir Yayıncılık, Ankara, 6. Basım, (1995).
- 71- Tahan,H.A., Cesta,T.G.: Developing case management plans using a quality improvement model, **Journal of Nursing Administration**. 24:12, 49-58, December, (1994).
- 72- Tahan,H.A., Cesta,T.G.: Evaluating the effectiveness of case management plans, **Journal of Nursing Administration**. 25:9, 58-63, September, (1995).

- 73- Tahan,H.A: The nurse case manager acute care settings - Job description and function, **Journal of Nursing Administration**. 23:10, 53-61, October, (1993).
- 74- Talkington,S., Raterink,G.: Every Nurse's Guide to Cardiovascular Care. Fleschner Publishing Co., New York, ().
- 75- Thompson,K.S., Caddick,K, Mathie,J., Newlon,B., Abraham,T.: Building a critical path for ventilator dependency, **American Journal of Nursing**. 28-31, July, (1991).
- 76- Underhill,S.L., Woods,S.L., Froeliche,E.S., Halpenny,C.J.: Cardiac Nursing. J.B. Lippincott Company, Philadelphia, second ed., (1989).
- 77- Van Dongen,C.J., Jambunathan,J.: Pilot study results: The psychiatric RN case manager, **Journal of Psychosocial Nursing**. 30:11, 11-14, (1992).
- 78- Wadas,T.M.: Case management and caring behavior, **Nursing Management**. 24:9, 40-46, September, (1993).
- 79- Weillitz,P.B., Potter,P.A.: A managed care system - Financial and clinical evaluation, **Journal of Nursing Administration**. 23:11, 51-57, November, (1993).
- 80- Weinstein,R.: Hospital case management: The path to empowering nurses, **Pediatric Nursing**. 17:3, 289-293, May-June, (1991).
- 81- Williams,B.S.: The utility of nursing theory in nursing case management practice, **Nursing Administration Quarterly**, 15:3, 60-65, (1991).
- 82- Wood,R.G., Bailey,N.O., Tilkemeier,D.: Managed care: The missing link in quality improvement, **J. Nurs. Care. Qual**. 6:4, 55-65, July (1992).
- 83-: You and Your Open-Heart Surgery. Rush-Presbyterian-St.Luke's Medical Center, (1988).

- 84- Zander,K.: Focusing on patient outcome: Case management in the 90's., **Dimension of Critical Care Nursing**. 11:3, 127-129, May-June, (1992).
- 85- Zander,K.: Nursing case management - Resolving the DRG paradox, **Nursing Clinics of North America**. 23:3, 503-520, September, (1988).
- 86- Zander,K.: Nursing case management: Strategic management of cost and quality outcomes, **Journal of Nursing Administration**. 18:5, 23:30, May, (1988).



ÖZGEÇMİŞ

1963 yılında Balıkesir'de doğan Emine Türkmen, 1980 yılında Savaştepe Öğretmen Lisesi'nden, 1984 yılında İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu'ndan mezun olmuş ve 1987 yılında Hemşirelik Programında Yüksek Lisansını tamamlamıştır. 1984 ile 1989 yılları arasında İstanbul Üniversitesi Kardiyoloji Enstitüsü'nde Koroner Yoğun Bakım Ünitesi ve Kardiyovasküler Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi'nde hemşire olarak görev yapmıştır. 1989 yılında, İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu'nun açmış olduğu araştırma görevlisi sınavı kazanarak İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda çalışmaya başlamış ve 1995 yılına kadar bu görevini sürdürmüştür. 1995 yılında, Vehbi Koç Vakfı Semahat Arsel Hemşirelik Eğitim ve Araştırma Merkezi/Vehbi Koç Vakfı Amerikan Hastanesi'nde eğitim ve araştırma hemşiresi olarak çalışmaya başlamıştır.

Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği'nin kurucu üyesi olup, halen Yönetim Kurulu üyesi olarak görev yapmaktadır.

Türk Hemşireler Derneği,
Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Mezunları Derneği ve Diyabet Hemşireliği Derneği'nin üyesi olup, evli ve İngilizce bilmektedir.

EK 1 CABG-HASTA BİLGİ FORMU

Hastanın Adı Soyadı : Doktor :
Yatış tarihi : Etkilenen damarlar :
Protokol No :

KİŞİSEL ÖZELLİKLER

1. Yaş :
2. Boy :
3. Kilo :
4. Cinsiyeti : a) Kadın b) Erkek
5. Medeni durumu : a) Evli b) Bekar c) Dul
6. Eğitimi : a) İlkokul b) Ortaokul c) Lise d) Y.Okul
7. Çalışma durumu : a) Çalışıyor b) Çalışmıyor/Emekli
8. Yaptığı iş : a) Ev hanımı c) Serbest
b) İşçi d) Emekli
9. Sağlık sigortası : a) Emekli Sandığı (ES)
b) Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)
c) Özel
d) ES+Özel
e) SSK+Özel

İSKEMİK KALP HASTALIKLARI (IKH) RİSK FAKTÖRLERİ*

1. Hipertansiyon var mı? : a) Yok b) Var (ay/yıl)
(Sistolik $\geq$ 140 mmHg)
(Diastolik $\geq$ 95 mmHg)
2. Eğer hipertansiyon varsa : a) Kontrol altında b) Kontrolsüz
3. Sigara içiyor mu? : a) İçmedi
b) İçiyordu; bıraktı (ay/yıl önce)
c) İçiyor
4. Obezite var mı? : **Önceki** **Şimdiki**
(Kadın $\geq$ 29 kg/m²) a) Hayır a) Hayır
(Erkek $\geq$ 30 kg/m²) b) Evet b) Evet
5. Diyabet var mı? : a) Hayır
b) Evet (ay/yıl)
6. Eğer diyabet varsa : a) Kontrol altında
b) Kontrolsüz
7. Düzenli fizik aktivite yapıyor mu? : **Önceki** **Şimdiki**
a) Hayır a) Hayır
b) Evet b) Evet

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMAN YATIRIM MERKEZİ

8. Yemeklerde en çok hangi tür etleri tüketiyor?

Önceki

- a) Balık/tavuk eti
b) Kırmızı et

Şimdiki

- a) Balık/tavuk eti
b) Kırmızı et

9. Kahvaltıda/yemeklerde daha çok hangi yağları kullanıyor?

Önceki

- a) Sıvı yağ (zeytinyağ, mısırözü, çiçek yağ)
b) Katı yağ (margarin, tereyağ, hayvansal yağ)

Şimdiki

- b) Sıvı yağ (zeytinyağ, mısırözü, çiçek yağ)
a) Katı yağ (margarin, tereyağ, hayvansal yağ)

*Her bir risk faktörü "1" puan üzerinden değerlendirilmiştir.

KALP CERRAHİSİ RİSK DEĞERLENDİRME FORMU

- | | | |
|--|---|---------------|
| 1. Cinsiyet | a) Erkek (0p) | b) Kadın (1p) |
| 2. Belirgin obezite
($>35 \text{ kg/m}^2$) | a) Yok (0p) | b) Var (3p) |
| 3. Diyabet | a) Yok (0p) | b) Var (3p) |
| 4. Hipertansiyon
(Sistolik $> 140 \text{ mmHg}$) | a) Yok (0p) | b) Var (3p) |
| 5. Ejeksiyon fraksiyonu (%) | a) İyi; ≥ 50 (0p)
b) Orta; 30-49 (2p)
c) Kötü; <30 (4 p) | |
| 6. Yaş | a) 70-74 (7p)
b) 75-79 (12p)
c) ≥ 80 (20p) | |
| 7. Reoperasyon | a) Birinci (5p)
b) İkinci (10p) | |
| 8. Operasyon öncesi IABP | a) Yok (0p)
b) Var (2p) | |
| 9. Sol ventrikül anevrizması | a) Yok (0p)
b) Var (5p) | |
| 10. PTCA veya kalp kateterizasyonu sonrası uygulanan acil operasyon | a) Hayır (0p)
b) Evet (10p) | |
| 11. Sürekli diyaliz uygulaması (PD/HD) | a) Hayır (0p)
b) Evet (10p) | |
| 12. Kardiyojenik şok, akut böbrek yetmezliği gibi ciddi durumlar | a) Yok (0p)
b) Var (10-50 p) | |
| 13. Parapleji, pacemaker, konjenital kalp hastalığı, ciddi astma gibi durumlar | a) Yok (0p)
b) Var (2-10p) | |

14. Mitral kapak operasyonu

- a) Hayır (0p)
- b) Evet (5p)

PA basıncı ≥ 60 mmHg

- a) Hayır (0p)
- b) Evet (8p)

15. Aort kapak operasyonu

- a) Hayır (0p)
- b) Evet (5 p)

Basınç gradienti > 120 mmHg

- a) Hayır (0p)
- b) Evet (7 p)

16. Kapak operasyonu sırasında yapılan CABG

- a) Hayır (0p)
- b) Evet (2p)

- CABG : Koroner arter bypass greft
- IABP : İntra aortik balon pompası
- PTCA : Perkütan transluminal koroner anjiyoplasti
- PD : Periton diyalizi
- HD : Hemodiyaliz
- PA : Pulmoner arter

EK-2. CABG Bakım Protokolü (devam)

Hastanın Adı Soyadı :
Hekimi :

Tarih	Operasyon öncesi	PO 0.gün	PO 1.gün	PO 2.gün	PO 3.gün	PO 4.gün	PO 5.gün	PO 6.gün	PO 7.gün	PO 8.gün
BAKIM ANA UNSURLARI										
7. Diyet	* Hekim istemine uygun diyet * Gece 12'den sonra ağız		Hekim iste- mine uygun diyet	→	→	→	→	→	→	→
			Tolere ede- bildiği kadar sıvı gıdalar yumuşak gı- dalar							
8. Aktivite	* Hareketi serbest * Kesin yatak 1 stıraklı		Yataklar içinde oturmamak Açık-pasif hareketler Yatak kenar- na oturmak?	→	→	→	→	→	→	→
9. Hijyenik Bakım	* Yatak banyosu * Ağız bakımı		→	→	→	→	→	→	→	→
10. Eğitim/İletişim	* Servise oryantasyon * Operasyon öncesi ve sonrası hak- kında bilgi * Spirometrenin kullanımı * Sağlık eğitimi		→	→	→	→	→	→	→	→
11. Eve Dönüş Planı	* Olası eve dönüş tarihi? * Özel gereksinimler		Solumun eği- zersiz önemi	→	→	→	→	→	→	→

CABG Bakım Protokolü-Hastane Bakımının Hedefleri

Hemşirelik Tanımları/ Ortak Bakım Sorunları	Beklenen Sonuç (Hedef) (Hasta/Hastada)	Ulaşıldı/ Ulaşılmadı	Nedeni/Ne yapıldı?	Tarih
1. Düşük kardiyak output	. Viral bulgular normal sınırlar içinde . EKG'si normal (hasta için) . Ağrı yok/ilaçlarla kontrol altında			
2. Operasyon bölgesinde ağrı	. Hava yolu temiz; rahat balgam çıkarabiliyor . Hedeflenen günlük aktiviteleri yapabiliyor			
3. Etkisiz havayolu temizliği				
4. Aktivite intoleransı				
5. Komplikasyonlar	. Solumun sistemi enfeksiyonu yok . Yara kuru ve temiz, enfeksiyon belirtisi ve bulgusu yok . Defekasyona rahat çıkıyor, konstipasyon yok/önlem alındı . Dekübitüs ülseri yok/bakımı uygun şekilde sürdürülüyor			

**EK 3 : "CABG Bakım Protokolü"nün Kuruma Özgü Hale Getirilmesi Sırasında
Görüşlerine Başvurulan Kişiler (Ünvan ve Soyadı Dizilişinde)**

Prof.Dr.Aydın Aytaç
Doç.Dr.Atıf Akçevin
Doç.Dr.Tufan Parker
Doç.Dr.Halil Türkoğlu
Anes.Uzm.Dr.Demet Aşkın
Anes.Uzm.Dr.Sema Kaya
Uzm.Dr.Vedat Bayer
Uzm.Dr.Cihangir Ersoy
Havva Aydınoğan
Ayşe (Pişkin) Kut
Fatma Küçükörenköy
Lynda E.Mikalauska
Nuran Mimar

ADI - SOYADI:

1.3

Tarih:	Operasyon Öncesi	Post. Op. 0.gün	Post. Op. 1.gün	Post. Op. 2.gün
4. İlaç Uygulamaları	*Antikoagülan ve antiagregan ilaçlar zamanında kesildi. ☐ RUTİN LH 1) IV perfüzyon. 2) IV püşe 3) IV büret 4) Oral 5) SC / IM 6) Transdermal / inh. 7) Rektal TOPLAM DOZ * Ekleşsiz uygulandı * Hata oldu	RUTİN LH ☐ ☐ ☐	RUTİN LH ☐ ☐ ☐	RUTİN LH ☐ ☐ ☐
5. Diğer Bazı Bakım Uygulamaları	*Boy ölçümlü *Kilo ölçümlü *Tüm vücut tıraşı *Bonyo *Solunum egzersizleri	*Oksijen tedavisi *Aldığı çıkardığı sıvı takibi *İdrar takibi/st.lik *Drenaj takibi/st.lik *Opere bacakta bandaj *Solunum egzersizleri *Cerrahi yara bakımı	*Antienbolik sorar	
6. Tüp/ Kateter Kontrolü		*SVB kateteri (yeri+ bakımı) (24 st'de bir) * Periferik IV kateter (yeri+bakımı) (24 st.'de bir) * Arter kateter (yeri+bakımı) * Flash sistemi (basınç+ temizliği) (8 st.'de bir) * Pulmoner arter kateteri bakımı (24 st.'de bir) * Pacemaker kateteri bakımı (24 st.'de bir) * Göğüs tüplerinin bakımı (24 st.'de bir) * Foley kateter bakımı (24 st.'de bir) * Nazogastrik tüp bakımı		

Tarih:	Ameliyat Öncesi	Post. Op. 0. gün	Post. Op. 1. gün	Post. Op. 2. gün
5. Diyet	* Ameliyattan 8 saat önce aç bırakıldı. ☐ * Diyet programına uyuldu. ☐	* Oral alındı. ☐	* Diyet programına uyuldu. (Tuzsuz sulu gıdalar, eğer exübe edilmiş ve barsak sesleri varsa) ☐	* Diyet programına uyuldu (yumuşuk gıdalar) ☐
8. Aktivite/ Dinlenme	* Hareketi serbest (dolaşıyor) ☐	* Kesin yatak istirahati sağlandı. ☐	* Yatak içinde oturuldu. ☐ * Yatak kenarına oturtuldu. ☐ * Yatak içinde aktif hareket yapması için teşvik edildi. ☐	☐ ☐ ☐
9. Hijyenik Bakım		* Yatak banyosu (1x1+LH) ☐ * Ağız bakımı (4x1+LH) ☐	☐ ☐	☐ ☐
10. Eğitim/ İletişim	* Ameliyat öncesi ve sonrası hakkında hasta ve ailesi bilgilendirildi. (Testler, donörlerin bulunması, diyeti, ilaçlar, aktivitesi vb.) ☐ * Hastanın iletişim gereksinimi karşılandı, endişeleri giderildi. ☐ * Servis oryantasyonu sağlandı. ☐	* Hasta ailesine hastanın şu anki durumu, YBÜ rutinleri hakkında bilgi verildi. ☐ * Hastaya YBÜ rutinleri hakkında bilgi verildi. ☐ * Hastanın iletişim gereksinimi karşılandı, endişeleri giderildi. (Uyandırıldığında) ☐ * Hastanın iletişim gereksinimi karşılandı, endişeleri giderildi. ☐	* Hasta ailesine hastanın şu anki durumu, YBÜ rutinleri hakkında bilgi verildi. (Hemşire+YBÜ hekim) ☐ * Hastaya YBÜ rutinleri hakkında bilgi verildi. ☐ * Hastanın iletişim gereksinimi karşılandı, endişeleri giderildi. ☐ * Hasta ve ailesi ile bakımı hakkında görüşülmesi yapıldı. ☐	* Hasta ailesine hastanın durumu hakkında bilgi verildi. ☐ * Hastaya YBÜ/Servis rutinleri hakkında bilgi verildi. ☐ * Hastanın iletişim gereksinimi karşılandı, endişeleri giderildi. ☐ * Hasta ve ailesi ile bakımı hakkında görüşülmesi yapıldı. ☐
11. Eve Dönüş Planı	☐	☐	☐	☐

[illegible]

Tarih:	Post. Op. 3. gün	Post. Op. 4. gün	Post. Op. 5. gün	Post. Op. 6. gün	Post. Op. 7. gün	Post. Op. 8. gün
7. Diyet	* Diyet programına uyuldu. ☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Aktivite	* Yatak içinde oturuldu. ☐ * Yatak kenarında oturuldu. (2x1) ☐ * Yatak kenarında yürütüldü. (2x1) ☐ * Oda/koridorda yürütüldü. (2x1) ☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Hijyenik Bakım	* Yatak banyosu (1x1+LH) ☐ * Ağız bakımı (4x1+LH) ☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. Eğitim/ İletişim	* Hastanın ailesine hastanın durumu hakkında bilgi verildi. ☐ * Hastaya YBÜ/Servis rutinleri hakkında bilgi verildi. ☐ * Hasta ve ailesi ile hastanın bakımı hakkında işbirliği yapıldı. ☐ * Hastanın iletişim gereksinimi karşılandı, endişeleri giderildi. ☐ * Bundan sonra yaşam şeklinde yapması gerekli değişiklikler hakkında bilgi verildi. ☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. Eve Dönüş Planı						

Ek 5. CABG - Bakımın Ana Unsurları İle İlgili Değişkenleri Değerlendirme (Puanlama) Formu*

Bakımın Ana Unsurları	Değişkenler	Puan/Değerlendirme
1. Konsültasyon	- Cerrah viziti (her gün) - Anestezi viziti (operasyon öncesi)	1. Vizit etmedi 3. Vizit etti
2. Tanı İşlemleri 2.1. Tanı İşlemlerinin Sıklığı	a) Operasyon öncesi tanı işlemleri - Laboratuvar testleri (bir kez) - Yapılması zorunlu testler . Na⁺ K⁺ . BUN, Kreatinin, Glukoz . PT/aPTT, Hb/Hct . Lökosit, Trombosit . Kan grubu, Serolojik testler . Donör serolojileri, Cross-match - EKG (bir kez) - Göğüs filmi (bir kez) b) Operasyon sonrası YBÜ dönemi tanı işlemleri (bakılma sıklığı güne göre değişmektedir) - Arteriyel kan gazları - Hb/Hct - Na⁺/K⁺ - Glukoz - EKG (Her gün + L.H.'de) - Göğüs filmi (L.H.de) - Operasyon sonrası 1. gün protokolü . BUN, Kreatinin . CPK-MB, SGOT, LDH, SGPT c) Operasyon sonrası servis dönemi tanı işlemleri - Laboratuvar testleri . BUN, Kreatinin, Hb/Hct . Na⁺/K⁺, Lökosit - EKG, Göğüs filmi Yapılması İstenen, ancak zorunlu olmayan testler . LDH . SGOT . SGPT . Sedimentasyon . Coombs . TTT	1. Eksik, yetersiz Yapılması zorunlu testlerden biri veya daha fazlası eksik yapıldı. 2. Eksik, kabul edilebilir Yapılması istenen, ancak zorunlu olmayan testlerden biri veya daha fazlası eksik yapıldı. 3. Tam Hepsi yapıldı 1. Eksik Çekilmedi 3. Tam Çekildi 1. Eksik, yetersiz (günlük bakılması istenen sayının 1/4'ünden daha fazla eksik sayıda bakıldı) 2. Eksik, kabul edilebilir (günlük bakılması istenen sayının 1/4 veya daha az sayıda eksik bakıldı) 3. Tam (günlük istenen sayıda bakıldı). 1. Eksik, yetersiz (YBÜ'nde EKG bir veya daha fazla kez eksik çekildi) 3. Tam (YBÜ'nde EKG istenen sayıda çekildi) 1. Eksik, yetersiz (bu testlerden bir veya daha fazlası eksik bakıldı) 3. Tam (bu testlerin tümü bakıldı) 1. Eksik, yetersiz (bu tanı işlemlerinden bir veya daha fazlası eksik yapıldı) 3. Tam (bu tanı işlemlerinin tümü yapıldı)

*Değişkenler gün gün izlenmiş ve ortalamaları alınmıştır.

Ek 5. (Devamı)

Bakımın Ana Unsurları	Değişkenler	Puan/Değerlendirme
2.2. Test sonuçlarında sapma ve bunlara yönelik girişimler	a) Operasyon öncesi tanı işlemleri - Laboratuvar testleri . Na⁺ . K⁺ . BUN . Kreatinin . Glukoz b) Operasyon sonrası YBÜ tanı işlemleri - Arteriyel kan gazları - Hb/Hct, Na⁺ K⁺ Glukoz - EKG - 1.gün protokolü . BUN, Kreatinin, CPK-MB c) Operasyon sonrası servis dönemi tanı işlemleri . BUN, Kreatinin, Hb/Hct . Na⁺ K⁺, Lökosit PT/aPTT . Hb/Hct . Lökosit . Trombosit . TIT	1. Eksik, yetersiz (bu testlerden bir veya daha fazlasında sapma var, bu hekime bildirilmedi/önlem alınmadı) 3. Tam (bu testlerdeki sapmalar hekime bildirildi/önlem alındı veya sapma yok)
3. Hasta Değerlendirme/Tanılama 3.1. Hasta Değerlendirme/Tanılama İşlemlerinin Sıklığı	a) Operasyon Öncesi - Vital bulgular . TA, Nb, Vücut ısı, Solunum hızı - Defekasyon kontrolü b) Operasyon Sonrası (YBÜ dönemi + servis dönemi) - Vital bulgular/Hemodinamik ölçümler . TA, Nb, Vücut ısı, Solunum hızı, SVB - Sistemik muayene (hemşire) - Defekasyon kontrolü	1. Eksik, yetersiz (bakılması istenen sıklığın 1/4'ünden daha fazla sayıda eksik bakıldı) 2. Eksik, kabul edilebilir (bakılması istenen sıklığın 1/4'ü veya daha az sayıda eksik bakıldı) 3. Tam (istenen sıklıkta bakıldı) 1. Eksik, yetersiz (defekasyon kontrolü yapılmadı/kaydedilmedi) 3. Tam (defekasyon kontrolü yapıldı, kaydedildi) Bkz. Hasta Değerlendirme/Tanılama (Pre.op dönem/vital bulgular değ.) 1. Eksik, yetersiz (YBÜ'nde günlük hiç muayene yapılmadı/kaydedilmedi) 2. Eksik, kabul edilebilir (YBÜ'nde günde bir kez muayene yapıldı/kaydedildi) 3. Tam (YBÜ'nde günde iki kez muayene yapıldı/kaydedildi) Bkz. Operasyon öncesi dönem defekasyon kontrolü

Bakımın Ana Unsurları	Değişkenler	Puan/Değerlendirme
3.2. Hasta Tanılama Verilerinde Sapma ve Bunlara Yönelik Girişimler	a) Operasyon öncesi - Vital bulgular - TA - Nb - Vücut ısı - Göğüs ağrısı	1. Eksik, yetersiz - Vital bulguların bir veya daha fazlasında sapma var, hekime bildirilmedi, önlem alınmadı. - Göğüs ağrısı var, bu durum hekime bildirildi, önlem alınmadı. - Defekasyona çıkmadı, bu durum hekime bildirildi, önlem alınmadı. 3. Tam - Vital bulgularda sapma var, hekime bildirildi, önlem alındı/vital bulgularda sapma yok - Göğüs ağrısı var, hekime bildirildi, önlem alındı/göğüs ağrısı yok - Defekasyona çıkmadı, bu durum hekime bildirildi, önlem alındı/defekasyona çıktı. Bkz. Hasta Tanılama verilerinde sapma ve bunlara yönelik girişimler (operasyon öncesi vital bulgular) Bkz. Operasyon öncesi-göğüs ağrısı-sapma/girişimler Bkz. Operasyon öncesi-defekasyon-sapma/girişimler
4. İlaç Uygulamaları	İlaçların verilmesi	1. Eksik, yetersiz Eksik/fazla doz (hatalı) ilaç verildi, kaydedilmedi 3. Tam İlaçlar doğru şekilde verildi, kaydedildi.
5. Diğer Bazı Bakım Uygulamaları	a) Operasyon öncesi - Boy, kilo ölçme - Vücut traşı/banyo - Solunum egzersizleri	1. Eksik, yetersiz - Boy ve kilo takibi yapılmadı, kaydedilmedi. - Vücut traşı iyi yapılmadı ve kaydedilmedi. - Solunum egzersizleri öğretilmedi, kaydedilmedi. 3. Tam - Boy, kilo ölçüldü, kaydedildi. - Vücut traşı iyi yapıldı, kaydedildi. - Solunum egzersizleri öğretildi, kaydedildi. 1. Eksik, yetersiz - Oksijen tedavisinde eksiklikler var (akım hızı hekim istemine uygun değil, nemlendirme kabında distile su yok) - Aldığı-çıkardığı sıvı takibinde hata var (kayıt hatası), aldığı çıkardığı sıvı dengeli değil, bu durum hekime bildirilmedi, önlem alınmadı.

Bakımın Ana Unsurları	Değişkenler	Puan/Değerlendirme
	- Solunum egzersizleri	- Varis çorabı giydirilmedi/uygun şekilde giydirilmedi - Kilo takibi yapılmadı, kaydedilmedi. - Cerrahi yara bakımı yapılmadı/yara kirliliği 3. Tam - Oksijen tedavisi uygulaması tam (akım hızı - kaydedilen hız ile aynı nemlendirme suyu var) - Aldığı-çıkardığı sıvı takibi kaydı doğru yapıldı; aldığı-çıkardığı sıvı dengede değil, durum hekime bildirildi/aldığı-çıkardığı sıvı dengeli. - Varis çorabı uygun şekilde giydirildi. - Kilo takibi yapıldı, kaydedildi. - Cerrahi yara bakımı yapıldı, yara kuru ve temiz 1. Eksik, yetersiz (günde yapılması istenen sayının 1/4'ünden daha fazla sayıda eksik yapıldı/yapılmadı) 2. Eksik, kabul edilebilir (günde yapılması istenen sayının 1/4'ü veya daha az sayıda eksik yapıldı/yapılmadı) 3. Tam (istenen sayıda yapıldı/yapılmadı)
6. Tüp/Kateter Kontrolü	CVP • Periferik IV kateteri • Arter Kateteri • Pacemaker kateteri • Göğüs tüplerinin bakımı Foley kateter bakımı • Giriş yeri temiz. • Kateter bacağına tesbit edildi.	1. Eksik, yetersiz - CVP, periferik IV kateteri, arter kateteri, pacemaker kateteri pansumanı kirliliği, IV setler kirliliği, istenen süreden daha uzun kullanıldı. - Göğüs tüplerinin pansumanı kirliliği, tüplerde kıvrılma var. 3. Tam - CVP, periferik IV kateter, arter kateteri, pacemaker kateteri pansumanı temiz, IV setler temiz, istenen süre kadar kullanıldı. - Cerrahi yara ve göğüs tüpleri pansumanı temiz, tüpler kıvrık değil. 1. Eksik, yetersiz - Foley kateter bakımı için gerekli girişimlerden hiçbirisi uygulanmadı. 2. Eksik, kabul edilebilir - Girişimlerden birisi uygulandı. 3. Tam - Girişimlerden ikisi de uygulandı.

Bakımın Ana Unsurları	Değişkenler	Puan/Değerlendirme
7. Diyet	Beslenme	1. Eksik, yetersiz Uygun diyet verilmedi 3. Tam Uygun diyet verildi
8. Hareket/Aktivite	- Operasyon sonrası YBÜ dönemi - Yatak içinde oturmak - Yatak içinde aktif-pasif hareketler yapmak - Yatak kenarında oturmak - Operasyon sonrası servis dönemi - Yatak içinde oturmak - Yatak kenarında oturmak - Oda içinde/koridorda yürümek	1. Eksik, yetersiz - Yatak içinde oturdu (YBÜ + Servis dönemi). 2. Eksik, kabul edilebilir - Yatak içinde oturdu (YBÜ + Servis) - Yatak içinde aktif-pasif hareketler yaptı/yap-tırıldı (YBÜ)/Yatak kenarında oturuldu (servis) 3. Tam Durumuna uygun hareket ettirildi 2. Maddedekilere ilave olarak; - Yatak kenarında oturuldu (YBÜ) - Oda içinde/koridorda yürüdü (servis)
9. Hijyenlik Bakım	- Hijyenlik bakım - Vücut bakımı-banyo - Ağız bakımı - Saç bakımı	1. Eksik, yetersiz Hijyenle ilgili üç girişimden birisi uygulandı 2. Eksik, kabul edilebilir Hijyenle ilgili üç girişimden ikisi uygulandı. 3. Tam Hijyenle ilgili üç girişimden hepsi uygulandı.
10. Eğitim/İletişim	a) Operasyon öncesi - Operasyon öncesi hazırlık hakkında (testler, donörlerin bulunması, ilaçlar vb) bilgilendirildi. - Hasta ve ailesi servise oryante edildi. - Hasta ve ailesinin endişeleri giderilmeye çalışıldı. b) Operasyon sonrası YBÜ dönemi - Hastaya YBÜ rutinleri/işlemler hakkında bilgi verildi - Hasta ailesinin hastayı ziyaret etmesi sağlandı, ziyaretçilere bilgi verildi. - Hastanın endişeleri giderilmeye çalışıldı. c) Operasyon sonrası servis dönemi - Hasta ve ailesi ile bakımı hakkında işbirliği yapıldı. - Hasta ve ailesine servis rutinleri/işlemler hakkında bilgi verildi. - Hasta ve ailesinin endişeleri giderilmeye çalışıldı. d) Sağlık eğitimi - Ağrı, yara bakımı, banyo, varis çorabı - Diyet/beslenme, egzersiz/dinlenme, ilaçlar - Fiziksel/ruhsal değişiklikler, - IKH Risk faktörleri	1. Eksik, yetersiz Eğitim/iletişimle ilgili girişimlerden birisi uygulandı 2. Eksik, kabul edilebilir Eğitim/iletişimle ilgili girişimlerden ikisi uygulandı. 3. Tam Eğitim/iletişimle ilgili girişimlerden üçü de uygulandı.
		1. Eksik, yetersiz Bilgi verilmedi, hasta bu konuyu bilmiyor 3. Tam Bilgi verildi, hasta bu konuyu biliyor

EK 6

HASTA DOYUMUNU DEĞERLENDİRME ANKETİ

Bu anket, hasta doyumunu değerlendirmek amacıyla planlanmıştır. Hastanemizde aldığınız bakımı düşünerek aşağıdaki soruları yanıtlayınız. Ankete isim yazmayınız. Yardımlarınız için teşekkür ederiz.

1. Ameliyat öncesinde, yoğun bakım ünitesi hakkında bilgi verildi.
a) Evet (Yeterince) b) Biraz c) Hiç
2. Hemşireler, nöbete geldiklerinde kendilerini tanıttılar ve bana adıyla hitap ettiler.
a) Her zaman b) Bazen c) Hiçbir zaman
3. Aşağıdakilerle ilgili olarak yardıma ihtiyaç duyduğumda bana yardım edildi.
* Yemek yeme
* Ağız temizliği
* Vücut temizliği
* Giyinmek
a) Her zaman b) Bazen c) Hiçbir zaman
4. Mahremiyetime saygı gösterildi.
a) Her zaman b) Bazen c) Hiçbir zaman
5. Ağrım olduğunda, çok geçmeden ağrı kesici verildi.
a) Her zaman b) Bazen c) Hiçbir zaman
6. Fiziksel çevre rahatı (iyiydi)
a) Her zaman b) Bazen c) Hiçbir zaman
7. Ziyaret saatleri iyi düzenlenmişti ve ziyaret süresi yeterliydi (yoğun bakım ünitesinde).
a) Her zaman b) Bazen c) Hiçbir zaman
8. Ziyaret saatleri sırasında (yoğun bakım ünitesinde), hemşire aileme bilgi verdi.
a) Her zaman b) Bazen c) Hiçbir zaman
9. Hemşire, yapılması planlanan testler ve işlemler hakkında bilgi verdi.
a) Her zaman b) Bazen c) Hiçbir zaman

10. Durumumla ilgili gelişmeler hakkında yeterli bilgi verildi .
a) Her zaman b) Bazen c) Hiçbir zaman
11. Yoğun bakım ünitesinde, hemşire tarih ve saat hakkında bilgi verdi.
a) Her zaman b) Bazen c) Hiçbir zaman
12. Işıklar ve sesler rahatsız edici değildi .
a) Her zaman b) Bazen c) Hiçbir zaman
13. Hemşirelik personeli ve diğer personel nazik ve saygılı idi.
a) Her zaman b) Bazen c) Hiçbir zaman
14. Aldığım bakımdan memnunum .
a) Her zaman b) Bazen c) Hiçbir zaman

Yabancı Dil Danışmanları

Hasan May

Erhan Köseoğlu

Kafiye May

EK 7. Hemşirelerin Niteliklerini Değerlendirme Formu

1. Eğitimi

SML	(1p)
Ön lisans	(2p)
Lisans	(3p)
Yüksek Lisans	(4p)

2. YBÜ/Servis Deneyimi

6 aydan az	(1p)
6-12 ay	(2p)
13 ay-2 yıl	(3p)
3-5 yıl	(4p)
6-9 yıl	(5p)
9 yıldan fazla	(6p)

3. Kurs Alma Durumu

Koroner bakım hemşireliği kursu	(1p)
Yoğun bakım hemşireliği kursu	(2p)

4. Bir İş Gününde Bakım Verdiği Hasta Sayısı

YBÜ	: 3 hasta (1p)
	2 hasta (2p)
	1 hasta (3p)
Servis	: 11-20 hasta (1p)
	6-10 hasta (2p)
	1-5 hasta (3p)

EK-8. CABG-Hemşirelik Bakım Planı

1

SORUN	NEDEN	HEDEF	HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	DEĞERLENDİRME
Göğüs ağrısı 3- Güvenli çevre)	* Myokard iskemisi	* Ağrıyı gidermek veya en aza indirmek. * Hastayı rahatlatmak	1- Ağrı; yeri, süresi, şiddeti ve yayılımı yönünden değerlendirilecek. 2- Ağrı ile birlikte ortaya çıkabilecek belirtiler araştırılacak. (dispne, çarpıntı, yorgunluk gibi) 3- Ağrıyı ortaya çıkaran faktörler belirlenecek (yemek, soğuk, egzersiz, emosyonel durumda değişiklik). 4- Göğüs ağrısı sırasında; * Yatak istirahatine alınacak. * O ₂ verilecek (Hekim istemine göre). * Vital bulgular alınacak (TA, Nb). * EKG monitörize edilecek. * Hekim istemine göre anti-anginal ilaçları verilecek. (isordil vb) * 12 derivasyonlu EKG çekilecek 5- Diyeti düzenlenecek (Sık sık ve az miktarlarda, sindirimi kolay, kahve içermeyen, kolesterolü düşük, az sodyumlu).	* Girişimlerden sonra göğüs ağrısı geçer. hasta rahatladığını ifade eder. * Arter kan basıncı, kalp atım sayısı hasta için normal sınırlar içindedir.
2- Anksiyete (iletişim) * Rahatsızlık hissi * Uykusuzluk * Arter kan basıncında artma * Taşikardi * Solunum hızında artma	* Ağrı korkusu * Ölüm korkusu * Beden imajındaki değişiklik	* Anksiyeteyi mümkün olduğu kadar azaltmak.	1- Hastada anksiyeteye neden olan faktör/faktörler belirlenecek. 2- Anksiyeteye neden olan faktörler hakkında bilgi verilecek. 3- Pre-op ve post-op rutin işlemler hakkında bilgi verilecek. 4- Bu sorunlarla başa çıkması için savunma mekanizmalarını kullanmada hastaya yardımcı olunacak.	* Hastanın dikkati artar. * Pre-op dönemde ve sonrasında verilen bilgileri dinler. * Uygun sorular sorar. * Verilen bilgileri unutmaz. * TA, Nabız, solunumu normaldir. * Uyku uyuyabilir.
3-Bilgi Eksikliği (iletişim) * Korku ve anksiyete * Yapılacak ameliyat hakkında bilgisinin olmaması * Kendi katılımının ne olacağını bilmemesi	* Ameliyat	* Bilgi eksikliğini belirlemek ve gidermek.	1-Hastanın ameliyat, ameliyat öncesi ve sonrası bakım hakkında ne bildiği ve öğrenme yeteneği belirlenecek. 2-Ameliyattan önceki akşam tam vücut traşı olması ve banyo yapması hakkında bilgi verilecek. 3-Hasta ve ailesine YBÜ, post-op dönemdeki işlemler (hastaya takılan aletler, fizyoterapi ile ilgili işlemler, YBÜ ziyaret koşulları vb.) hakkında bilgi verilecek.	* Hasta ve ailesi ameliyatın nasıl yapılacağını, pre ve post-op dönemdeki rutin işlemlerin neler olduğunu bilir.

(POST - OP)

2

SORUN	NEDEN	HEDEF	HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	DEĞERLENDİRME
1-Düşük kardiyak output (Güvenli çevre) *MAP>90-110 mmHg (Afterloadun artması) MAP≤60 mmHg(Myokard fonksiyonunun bozulması) *Taşikardi (Nb>110/dk.) *Aritmi *CO ve CI ↓ * Soğuk ve soluk deri * Periferik nabızlar zayıf * Kapiller dolgunluk↑3 sn. * idrar miktarı 0.5 ml/kg/saat ↓ * SvO ₂ ≤%60 * SVR ↗	*Afterload artışı (hipotermi, artmış katekolamin deşarjı, renin sekresyonu) *Myokard fonksiyonunun bozulması (anestezi, hipotermi, myokard iskemisi)	* Düşük kardiyak output belirti ve bulgularını erken tanımak. * Yeterli kardiyak outputu sağlamak ve sürdürmek.	1- Stabil olana kadar her 15 dk. da bir, daha sonra saatte bir TA, MAP, Nabız, Ritm, CVP, SvO₂ (venöz SAT) takip edilecek. Saatte bir rektal ısı, ekstremitelerin rengi ve ısısı, periferik nabızlar, kapiller dolgunluk, saatlik idrar miktarı değerlendirilecek. Her iki saatte bir CO ölçülecek ve CI, SVR hesaplanacak (Swan-gaz kateteri varsa). 2- Normalden sapma gösteren durumlar hekime rapor edilecek. 3- Afterload artmasının olası nedenleri ve myokard fonksiyon bozulmasına neden olan durumlar değerlendirilecek (ağrı, anksiyete, hipotermi; asidoz, hipoksemi gibi.). 4-Ağrı ve anksiyeteyi azaltacak önlemler alınacak, gerekirse hasta ısıtılacak. 5-Hekim istemine göre IV sıvı ve ilaçları verilecek (Dopamin, Dobutamin, Nitrogliserin, Nhyprus, Morfin, Hemaxel, Albümin vb.).	* Düşük kardiyak output belirti ve bulguları erken farkedilir ve hekime bildirilir. * Tedaviye başlandıktan sonra aşağıdaki parametreler: -TA (sist.) 100-140 mmHg. Diastol 60-90 mmHg. -Nb.<110/dk. -SVR 800-1400 dynes/sn.^{-5 cm.} -CO 4-6 lt/dk. -CI 2.5-4 lt/dk. -Deri ılık ve kuru -Periferik nabızlar normal -Kapiller dolgunluk ≤3 sn. -idrar miktarı 0.5 ml/kg/s. ↗ -SvO₂ %68-77
2-Kanama eğilimi (Güvenli Çevre) * Drenaj miktarı ↗ * Hipotansiyon * CVP ↓ * Deri soğuk ve soluk	* Greftlerin anastamoz yerleri * Pıhtılaşma bozukluğu * Antikoagülan ilaçlar	* Kanama belirti ve bulgularını erken tanımak. * Kanamaya bağlı gelişebilecek komplikasyonları önlemek (Şok gibi).	1- Göğüs tüplerinden gelen drenaj miktarı, rengi her saat başı veya daha sık takip edilecek ve kaydedilecek (Ameliyattan sonra 1 saat içinde >500 ml't veya ameliyattan sonra 4 st. içinde >1000 ml't). 2- Trombosit sayısı, fibrinojen dejenerasyon ürünleri (FDP), Hct, Hb, PT, aPTT kontrol edilecek. 3- Kanamaya bağlı görülebilecek klinik belirti ve bulgular takip edilecek (TA , taşikardi, CVP ↗, deri soğuk ve soluk). 4- Hekim istemine göre kan ve kan ürünleri transfüzyonu yapılacak (kan, plazma gibi), hekim istemine göre ilaçlar verilecek (Protamin, K vitamini). 5- Eğer kanama devam ediyorsa, hasta derhal ameliyathaneye götürülmek üzere hazırlanacak.	* Kanama belirti ve bulguları erken farkedilir, durum hekime bildirilir.

SORUN	NEDEN	HEDEF	HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	DEĞERLENDİRME
3- Kardiyak Tamponad (Güvenli Çevre) * MAP < 60 mmHg. * Nb.>110/dk. * CVP >15 mmHg. * Pulsus paradoksus * Nabız basıncı< 30 mmHg.	* Göğüs tüplerinin tıkanması	* Göğüs tüplerindeki açıklığı sürdürmek, kardiyak tamponadı önlemek. * Kardiyak tamponad belirti ve bulgularını erken tanımak.	1- Göğüs tüplerinden gelen drenaj miktarı takip edilecek (drenajın aniden kesilmesi). 2-Tüpler dikkatlice sıvazlanacak. 3-Göğüs tüpleri için negatif basınç uygulanacak (15-20 cm. H ₂ O) 4-Kardiyak tamponad belirti ve bulguları takip edilecek (Hipotansiyon, taşikardi, CVP↗, Pulsus paradoksus, boyun venlerinde dolgunluk, QRS voltajında azalma, periferik nabızların dolgunluğunda ↓, terli ve soğuk cilt, kalp seslerinde↓). 5-Kardiyak tamponad belirti ve bulguları varsa durum acilen hekime bildirilecek. 6-Göğüs filmi çektilirilecek. 7-Hasta ameliyathaneye götürölmek üzere hazırlanacak.	* Kardiyak tamponad belirti ve bulguları yoktur. * Göğüs tüpleri açıktır. * Kardiyak tamponad belirti ve bulguları erken farkedilir ve durum hekime bildirilir. * Tedaviyi takiben CO ve hemodinami stabilleşir.
4-Aritmi (Güvenli Çevre)	* intraoperatif taravma * Katekolamin deşarjında ↗ * Ameliyat öncesi aritmi varlığı * Doluş başınçlarında artma * Hipoksemi * Hipokalemi (Hipopotasemi)	* Aritmileri ve hemodinamik etkilerini erken tanımak	1-Aritminin tipi ve hemodinamik parametreler üzerindeki etkileri değeriendirilecek ve durum hekime bildirilecek. (CO↓, TA↓, vital organlardaki doku perfüzyonunda azalma→şuurla azalma) 2-Aritmiye neden olan durumlar belirlenecek; hekim istemine göre gerekli tedavi uygulanacak. (* Hipopotasemi →KCL; * Hipoksemi →O ₂ artırma; * Hipotermi →Isıtma * Hipertermi → Soğutma * Ağrı ve anksiyete →↓) 3-Hekim istemine göre antiaritmik ilaçlar verilecek. (Aritmal, Pronestyl, Bretylium, Atropin, isuprel vb.) ve gerekli diğeri tedavi yöntemleri uygulanacak (Pacemaker, Defibrilasyon).	* Kalp atım hızı, ritmi, uyarının iletimi ve bunların hemodinami üzerindeki etkileri belirlenir ve hekime bildirilir. * Sinüs ritmindedir, hızı normaldir. (ideal olanı)

SORUN	NEDEN	HEDEF	HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	DEĞERLENDİRME
5- Gaz değişiminde yetersizlik (Solunum) * Hipoksemi ($PO_2 \downarrow$, $SAT \downarrow$), * $pCO_2 \uparrow$ * Ral * Dispne	* Yetersiz ventilasyon * Ventilasyon / perfüzyon oranında değişme * Anesteziye bağlı uyku eğilimi nedeni ile yeterli öksürmemeye	* Solunumla ilgili değişiklikleri erken tanımak. * Yeterli gaz değişimini sürdürmek. * Hava yolu temizliğini sağlamak.	1- Solunum sayısı, derinliği, hızı, tipi; akciğer sesleri, göğüs filmi (endotrakeal tübün yeri, CVP kateterinin yeri, göğüs tüplerinin yeri), ateletazi varlığı, kan gazları değerlendirilecek. 2- 2 st. de bir aspire edilecek (Ventilatörde iken). 3-Ventilatöre nemlendirici takılacak. 4-Extübe olduğunda derin nefes alma ve öksürme egzersizleri yaptırılacak. 5- Hemodinamisi stabil ise hareket etmeye teşvik edilecek.	* Yetersiz gaz değişimi belirti ve bulguları erken farkedilir ve hekime bildirilir. * Kan gazları (hasta için) normal değerlerdedir, akciğer sesleri normaldir.
6- Etkisiz hava yolu temizliği (Solunum) * Oksültasyonla ral, ronküs duyulması * Öksürük * $PO_2 \downarrow$, * $PCO_2 \uparrow$,	* Aşırı mukus üretimi * Etkisiz öksürme	* Etkin hava yolu temizliğini sağlamak.	1- Öksürük, balgam karakteristiği incelenecek. 2-Göğüs oksülte edilecek (sık sık) (2-4 st. de bir). 3- Kardiyak, renal problem yoksa sıvı alımı arttırılacak. 4- Sekresyonların çıkarılması için; * Derin nefes alma ve öksürme egzersizleri yaptırılacak. * Buhar inhalasyonu yaptırılacak. * Göğüs fizyoterapisi (vibrasyon, klapping) ve postüral drenaj uygulanacak. 5-Hekim istemine göre mukolitik, ekspektoran, bronkodilatatör ilaçları verilecek.	* Hasta etkin şekilde öksürür, balgam çıkarır. * Akciğer sesleri normaldir. * Kan gazları hasta için normal sınırlardadır.

SORUN	NEDEN	HEDEF	HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	DEĞERLENDİRME
7- Sıvı - Elektrolit Dengesizliği (Güvenli Çevre) * Dolma basınçları, TA, Nb, Solunum sayısı, CO, elektrolit değerleri, hematolojik testlerde ve koagülasyon testlerindeki anormallik.	* Hipovolemi (Kanama, yetersiz sıvı verilmesi) * Hipervolemi (Myokard disfonksiyonu, yetersiz diürez, fazla miktarda sıvı verilmesi)	* Sıvı dengesindeki değişiklikleri erken tanımak. * Sıvı dengesizlikleri nin nedenlerini belirlemek. * Sıvı dengesizlikleri ni gidermek. * Sıvı dengesizlikleri ni önlemek.	1- CVP, TA, Nb, SvO ₂ sürekli takip edilecek. * CO ölçülecek, CI ve SVR hesaplanacak (Swan-gaz kateteri varsa). * Periferik nabızlar, boyun venlerindeki dolgunluk, ödem, karaciğer büyüklüğü, solunum sesleri, bilinç seviyesi, hematokrit değerlendirilecek. 2-Aldığı - çıkardığı sıvı takibi, saatlik idrar miktarı, drenaj miktarı takip edilecek. 3- Normalden sapmalar hekime bildirilecek. 4- Hekim istemine göre tedavi uygulanacak (Kan ve kan ürünleri transfüzyonu, kolloid veya kristaloidlerin verilmesi, protamin sülfat verilmesi; aşırı sıvı varsa diüretiklerin verilmesi). 5-Hipopotasemi (Disaritmiler, metabolik alkaloz, kardiyak arrest) ve hiperpotasemi (Mental konfüzyon, bulantı, ekstremitelerde parastezi) belirti ve bulguları araştırılacak.	* Hipovolemi ve hipervolemi belirti ve bulguları erken tanınır ve durum hekime bildirilir. * Aldığı - çıkardığı sıvı dengededir.
	* Hipopotasemi (Diüretik tedavisi, kusma, aşırı NG. drenaj). * Hiperpotasemi (Ekstrakorporal dolaşıma bağlı kırmızı kan hücrelerinin parçalanması, asidoz, renal yetmezlik, doku nekrozu, adrenal kortikal yetmezlik).	*Hipopotasemi ve hiperpotasemi belirti ve bulgularını erken tanımak. *Serum potasyum seviyesini normal sınırlarda sürdürmek. (4-5.5 mEq/L)	6- Serum K ⁺ seviyesi izlenecek. 7- Hekim istemine göre tedavi uygulanacak (<i>Hipopotasemide</i> ; hastanın idrar miktarı normale; (4 - hastanın serum K ⁺) × 0.6 × hastanın kilosu; <i>Hiperpotasemide</i> ; %30 Dex. + insülin).	* Serum K ⁺ seviyesindeki değişiklikler hekime zamanında bildirilir. * Serum K ⁺ seviyesi normaldir. (4-5.5 mEq / L)

SORUN	NEDEN	HEDEF	HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	DEĞERLENDİRME
7- Sıvı - Elektrolit Dengesizliği (Güvenli Çevre). 	* Hiponatremi (Sodyumun az alınması, su alımının artması) * Hipokalsemi (Alkoloz, fazla miktarda kan transfüzyonu) * Hiperkalsemi	* Hiponatremi belirti ve bulgularını erken tanımak. * Hipokalsemi ve hiperkalsemi belirti ve bulgularını erken tanımak. * Serum kalsiyum seviyesini normal sınırlarda sürdürmek.	8- Hiponatremi belirti ve bulguları takip edilecek (Zayıflık, yorgunluk, konfüzyon, konvülsiyonlar). 9-Serum Na⁺ seviyesi kontrol edilecek. 10-Hekim istemine göre tedavi uygulanacak (%3 NaCl sol.). 11-Serum kalsiyum seviyesi takip edilecek. 12-Hipokalsemi (parmak uçlarında hissizlik, kas krampları) ve hiperkalsemi (disaritmler) belirti ve bulguları takip edilecek. 13-Hekim istemine göre Ca preparatları verilecek.	* Hiponatremi, hipokalsemi, hiperkalsemi belirti ve bulguları erken farkedilir. * Serum elektrolitleri normal sınırlardadır. - Na → 135-145 mEq/L. - Ca → 4.5-5 mEq/L.
8-Hipertansiyon (Güvenli Çevre) * Sist. TA>140 mmHg. Diast. TA↗	* Ağrı ve anksiyete * Anesteziden sonra uyanma ile birlikte hiperaktivite * Ameliyat öncesi hipertansiyonlu olması	* TA'u normal sınırlarda tutmak	1- TA, Nb stabil olana kadar 15 dakikada bir, daha sonra saatte bir takip edilecek. 2- TA yükseldiğinde durum hekime bildirilecek. 3- Hekim istemine göre ilaçları verilecek (Nitrogliserin, Nhyprus, Beta Blokerler, Ca Antagonistleri gibi.) 4-TA'u yükselten durumlar belirlenecek ve gerekli tedavi uygulanacak (Ağrı kesiciler, sedatifler).	* TA normal sınırlarda seyreder.
9-Renal Yetmezlik (Güvenli Çevre) * Oligüri (0.5 cc/kg/s. ↓) * idrar osmolaritesinde ↓ * BUN, Kreatinin ↑ * Serum K⁺ ↑ (Hiperpotasemi) * Metabolik asidoz	* Kardiyak outputun düşmesi (hipovolemi, myokard fonksiyonunda bozulma)	* Renal yetmezlik belirti ve bulgularını erken tanımak. * Renal yetmezliği önlemek.	1- Renal yetmezlik yönünden saatlik idrar miktarı, BUN ve kreatinin ↑, inatçı proteinüri ve hematüri, serum K⁺ ↑, idrar osmolaritesinde ↓, metabolik asidoz varlığı değerlendirilecek. 2- Eğer renal yetmezlik varsa sodyum ve su kısıtlaması yapılacaktır; diyaliz için hazırlıklı olunacaktır.	* Renal yetmezlik belirti ve bulguları erken tanınır ve hekime bildirilir. * Renal yetmezlik belirti ve bulguları yoktur (idrar miktarı 0.5 cc/kg/saat ↓, idrar osm.; BUN: 26 mgr./dl ↓ Kreatinin: 1.5 mgr./dl ↓ K 4-5.5 mEq/L Metabolik asidoz yoktur.

SORUN	NEDEN	HEDEF	HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	DEĞERLENDİRME
10- Anksiyete (iletişim) * Rahatsızlık hissi * Uykusuzluk * TA ↗ * Taşikardi * Solunum hızında artma	* YBÜ ortamı * insizyona bağlı ağrı * Hareketsizlik * Hastanın üzerinde birçok tüp ve line bulunması	* Anksiyete belirti ve bulgularını erken tanımak. * Anksiyete ve korkuyu en aza indirmek.	1- Anksiyeteyi gösteren belirti ve bulgular yönünden takip edilecek. 2- Hastanın fiziksel rahatlığı sağlanacak. 3- Hasta ve ailesi YBÜ'deki işlemler, malzemeler hakkında bilgilendirilecek; korkularını ifade etmesi sağlanacak. 4- Hasta entübe iken, onunla özel iletişim teknikleri ile iletişim kurulacak. 5- Hekim istemine göre sedatif ilaçları verilecek.	* Hemşire tarafından anksiyete belirti ve bulguları erken tanınır ve durum hekime bildirilir. * Hasta rahattır, vital bulgular normal sınırlardadır. * Hasta rahatladığını ifade eder.
11-Postkardiyo-tomi Deliryum (iletişim) * Oryantasyon bozukluğu * Entellektüel fonksiyonlarda, yargılamada yetersizlik * Algılamada bozukluk * Görsel ve işitsel hallüsinasyonlar * Paronoid düşünceler.	* Ekstrakorporal dolaşım * Gece - gündüz kavramının değişmesi * Endotrakeal entübasyondan dolayı uzun süre konuşamama	* Nörolojik ve psikolojik değişiklikleri erken tanımak. * Nörolojik fonksiyonları düzeltmek.	1- Hasta YBÜ'ye gelir gelmez bilinç durumu değerlendirilecek. Tam nörolojik değerlendirme hasta anestezi etkisinden çıktıktan sonra yapılacak (Glaskow Koma Skalası). 2- Hasta sürekli olarak yere ve zamana oryante edilecek. 3- Ailenin düzenli aralarla ziyareti sağlanacak. 4- Hastanın düzenli aralarla uyuması sağlanacak. 5- Psikolojik değişikliklerin geçici olduğu söylenecek. 6- Hasta en kısa sürede YBÜ'den çıkarılacak. 7- Ortalama kan basıncı normal sınırlarda sürdürülecek.	* Nörolojik ve psikolojik değişiklikler erken tanınır ve durum hekime bildirilir. * Hastanın oryantasyonu tam ve emosyonel durumu normaldir.
12-İnfeksiyona Eğilim (Güvenli Çevre) * Vücut ısısında artma * Cerrahi yara yerleri ve invaziv kateterlerin giriş yerlerinde kızarıklık, şişlik, sertlik, pürülan akıntı * Solunum ve üriner sistem infeksiyonları, kültürlerde üreme olması	* invaziv girişimler * Cerrahi girişim	* infeksiyon belirti ve bulgularını erken tanımak. * infeksiyonları önlemek.	1- infeksiyon belirti ve bulguları araştırılacak; bulguların varlığında durum hekime bildirilecek. 2- infeksiyon şüphesi durumunda, invaziv kateter giriş yerleri ve cerrahi yara yerinden kültür alınacak. 3- invaziv line ve tüpler kullanılırken aseptik teknik kullanılacak. 4- Mümkün olan en kısa sürede line ve tüpler çıkarılacak. 5- Hekim istemine göre antibiyotikler verilecek.	* Hemşire tarafından infeksiyon belirti ve bulguları erken tanınır ve hekime bildirilir. * Hastada infeksiyon belirti ve bulguları yoktur (Vücut ısısı 38°C ↓ ax.)

SORUN	NEDEN	HEDEF	HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	DEĞERLENDİRME
13- Sağlık Eğitim Gereksinimi (iletişim) * Hastalığa ilişkin risk faktörleri, ameliyat sonrası bakımla ilgili soruları yanıtlayamaması, * Ameliyat sonrası tedavi ve bakıma kendi katkısının ne olacağını bilememesi.	* Hasta ve ailesinin risk faktörleri, aktivitelere yeniden başlama, tedavi ve bakım hakkında bilgi eksikliği	* Hasta ve ailesine gerekli sağlık davranışlarını kazandırmak.	1- Risk faktörleri belirlendikten sonra yaşam şeklinde gerekli değişiklikleri yapması için hastaya bilgi verilecek (Post-op. dönemdeki aktiviteleri, işe başlama, diyeti, ilaçlar seksüel aktivitesi, kontrollere gelme, hastaneye başvurusu gereken durumlar).	* Hasta yaşam şeklinde yapması gereken değişiklikleri bilir.
14- Nörolojik fonksiyonlarda değişme (Güvenli Çevre) * Hemiparazi * Hemipleji * Şuur değişikliği * Hafıza kaybı * Oryantasyon bozukluğu * Konvülsiyon	* Sol atrium, proksimal greftler ve karşı klomp bölgelerinden hava embolisi veya pıhtı embolileri	* Nörolojik disfonksiyonları erken tanımak. * Nörolojik fonksiyonları düzeltmek.	1- Hasta YBÜ' ne gelir gelmez bilinç durumu değerlendirilecek. Tam nörolojik muayene hasta anestezi etkisinden çıktıktan sonra yapılacak (Glaskow Koma Skalası) (Şuur seviyesi, pupillaların ışığa cevabı ve büyüklüğü, ekstremiteler hareketleri, Babinski refleksi, konvülsiyon olup olmadığı) (Her 8 st. de bir). 2- Herhangi bir nörolojik bozukluk saptandığında durum hekime bildirilecek. 3- Ortalama kan basıncı normal sınırlarda sürdürülecek. 4- Hasta olası komplikasyonlardan korunacak (plejilere bağlı gelişebilecek komp. → dekübitüs ülser, kaslarda zayıflık vb).	* Nörolojik değişiklikler erken tanınır ve durum hekime bildirilir. * Hastanın nörolojik fonksiyonları normaldir (Pupillalar eşit, oryantasyon tam, pre-op ve post-op motor ve bilişsel fonksiyonları eşit, emosyonel durumu normal).

KAYNAKLAR:

- 1- Brunner, L.S., Doris, S.S.: The Lippincott Manual of Medical - Surgical Nursing. Second ed. , Harper, Row Publishers, London, 1989.
- 2- Underhill, S.L., Woods, S.L., Froeliche, E.S., Halpenny, C.J.: Cardiac Nursing. Second ed. J.B. Lippincott Company. Philadelphia, 1989.
- 3-.....: The Methodist Hospital, Critical Care Residency Program, Houston, 1993.

EK 10 : "Açık Kalp Ameliyatınız ve Siz" Adlı Hasta Eğitim Kitapçığının Hazırlanması Sırasında Görüşlerine Başvurulan Kişiler (Ünvan ve Soyadı Dizilişinde)

Prof.Dr.Aydın Aytaç

Prof.Dr.Sevgi Oktay

Doç.Dr.Atıf Akçevin

Doç.Dr.Tufan Parker

Doç.Dr.Bingür Sönmez

Doç.Dr.Halil Türkoğlu

Yard.Doç.Dr.Nuray Enç

Anes.Uzm.Dr.Demet Aşkın

Anes.Uzm.Dr.Sema Kaya

Uzm.Dr.Vedat Bayer

Uzm.Dr.Cihangir Ersoy

Uzm.Hemş.Emel Horasan

Havva Aydınoğan

Semra Çarkçioğlu

Ayşe (Pişkin) Kut

Fatma Küçükörenköy

Nuran Mimar

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM

İTİBARI

100