

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi

Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Öğrencisi El Kitabı

1. Amaç

Tıpta uzmanlık öğrencisi el kitabının hazırlanmasının amacı, kliniğimizin işleyişindeki standart prosedürler, kurallar ve bilimsel çalışmalar hakkında bilgi vererek uzmanlık eğitimine başlayan asistanların oryantasyonlarının hızlandırılması ve aramıza yeni katılan asistanlar ile kaliteli sağlık hizmetinin sürdürülmesidir.

2.Tarihçe

Kliniğimiz, Kasım 2000 tarihinde Prof.Dr.Göksel Kalaycı başkanlığında Monoblok 4. kattaki serviste hizmet vermeye başlamıştır. Yapılan tadilatlarla modern ve çağdaş bir sağlık birimine dönüşen kliniğimiz 2 öğretim üyesi (Prof.Dr.Şükrü Dilege, Prof.Dr.Alper Toker), 1 uzman doktor (Op.Dr.Serhan Tanju), asistanlar, deneyimli hemşire ve personel kadrosu ile hizmet vermeye devam etmektedir.

3.Genel Davranış

3.0.Doktor, her konuşması, hareketi ve tavrı ile karşısındaki kişide saygı uyandıran bir insan olmalıdır.

- Sizin bir akrabanız hastanede yattığında, diğer doktorların akrabınıza nasıl davranmasını istiyorsanız, hastalara o şekilde davranınız.
- Doktorlar, kendi aralarındaki konuşmaların hasta ve hasta sahipleri tarafından duyulabileceğini her zaman akılda tutmalıdır (özellikle bankoda ve asansörlerde).
- Hastalardan, yatak numaraları ile değil, adları ile bahsedilmeli, onlara, güler yüzlü davranılmalıdır.
- Hasta ve yakınları bilgi istediğinde, bu konu uzmana veya ilgili öğretim üyesine iletilmelidir.
- Konsültasyonlar: Konsültasyon için gelen hekim, danışılan konuda, belirli bir kıdemi olan ve gerektiğinde daha kıdemli kişilerle görüşerek hasta hakkında görüş bildiren bir kişidir. Sonuçta konsültan bizim çalışmalarımıza büyük destek olan bir kişidir. Ama dikkat etmek gerekir ki konsültan hastayı ister istemez bir film şeridi olarak değil, birkaç fotoğraf karesi olarak görür. Çünkü hasta bizim kliniğimizde yatmaktadır. Konsültasyona gelen kişi konsültasyon sırasında muayenesini yapar, bizi dinler ve görüşünü yazar. Eğer kritik bir durum görmüyorsa, hastanın daha sonraki seyrinden, biz bilgi verirsek haberi olacaktır. Ayrıca muayeneye geldiği kısa süre içinde hastanın bütün detaylarına bir anda bizim kadar hakim olması olanaksızdır. Bu sebeple konsültanla mutlaka kıdemli bir kişinin görüşmesi, kliniğimizin kaygılarını anlatması gereklidir. Öte yandan konsültan, kıdemi ve konumu ne olursa olsun, dedikleri sorgusuz sualsiz kabul edilmesi ve yapılması gereken bir kişi değildir. Her şeyden önce bu kişi danışman durumundadır. Hastanın birincil sorumluluğu kliniğimizdedir. Bu konsültana saygısızlık anlamına gelmemelidir. Ancak yapılan önerilerin mutlaka bizim de akıl süzgecimizden geçmesi ve gerektiğinde sorularla ve ihtirazlarla hastanın tedavisinin en iyiye doğru yönlendirilmesi gereklidir. Sık yapılan hatalardan bir tanesi konsültasyon notlarının son cümlesiyle vize verilmesidir: "Göğüs sorun yok dedi." tarzında. Halbuki konsültan kişi raporunda aldığı anamnezi, muayene bulgularını ve kaygılarını belirtmektedir ve örneğin enfekte endokardit profilaksisi, yoğun bakım desteği ile tedavi, hipotansiyondan kaçınılması gibi notlar koyabilmektedir. Bu sebeple konsültasyon raporunun "Opere olabilir." tarzında özetlenmesi zaman zaman tehlikeli hatalara zemin hazırlayabilmektedir.
- Mesleki ortamda hemşirelere „Hemşire hanım" veya „Ayşe hanım" şeklinde hitap ediniz.
- Asistan odasının bakımlı, temiz bir çalışma ve dinlenme alanı olarak muhafaza edilmesine yardımcı olunuz.
- Servise girip çıkan hasta sayısının en az seviyede tutmak için hasta randevularınızı poliklinikte veriniz.
- Hastalar kişisel hijyen tedbirlerini uygulamaya davet edilmelidir. Hasta yatağı ve çevresiyle düzgün ve çevreyi rahatsız etmeyecek bir şekilde serviste bulunmalıdır.

3.1.Kliniğimizde uzmanlık eğitimine başlayan asistanlar ilk önce servis işleyişi, ameliyat hazırlığı, yatan hastalara yapılan pansumanlar gibi standart prosedürleri öğrenmek için 1 ay süre ile o gün servisten sorumlu asistanın gözetiminde çalışır.

3.2.İlk bir ay 3 günde 1 refakat nöbeti tutar. 1.ayın sonunda öğretim üyelerinin kararı ile nöbet listesine asil nöbetçi olarak girer ya da refakat nöbeti tutmaya devam eder

3.3.Servis eğitiminden sonra 2.ay günlük programa göre ameliyathaneye iner ve ameliyat için hasta hazırlığını öğrenir.

3.4. Asistan doktorun yanında bulundurması gereken malzemeler

1. İsim plaketi (hastaların, personelin sizi ismen tanımaları için)
2. Not defteri ve tükenmez kalem (günlük işlerin kaydedilip, unutulmaması için)
3. Stetoskop (kalp, akciğer ve barsak seslerini kolayca, gerekli olduğu her an dinleyebilmeniz ve başkalarının stetoskopunu alma zahmetinden dolayı oskültasyon gibi önemli bir muayenenin ertelenmemesi için)
4. Muayene eldiveni (yara, pansuman ve drenlerin kontrolünün gecikmesiz ve mikrop bulaşma riski olmaksızın yapılabilmesi için; yeterli sayıda eldiven reçetesi yazılması sizin sorumluluğunuzdadır)

4.Servis standart prosedürleri

4.1.Serviste sabah ilk ziyaret saat 07.00 da başasistan tarafından yapılır. Asistanlar vizite sorumlu oldukları yataklardaki hastalara hakim olarak kılık kıyafet açısından düzgün bir biçimde nöbet defteri, stetoskop ve satürasyon cihazı ile birlikte hazır bulunmak zorundadırlar.

4.1.a. Her gün vizite hazırlanırken aşağıdaki noktaları göz önüne alın:

- Damar yolu ile verdiğim ilaçları ağız yoluyla verebilir miyim? Kesebileceğim ilaçlar var mı?
- Çekebileceğim dren veya sonda var mı?
- Yara nasıl? Dikiş alınabilir mi?
- Hasta solunum egzersizi yapıyor mu? Hasta yeteri kadar hareket ediyor mu?
- Hastanede yatmaya devam etmesi için sebep var mı?

4.2.Nöbetçi asistan aşağıda belirtilen sıra ile başasistana hasta hakkında bilgi verir

- Tanısı
- Ameliyat olmuşsa yapılan ameliyat
- Postoperatif kaçınıcı günde olduğu
- Ateş, nabız, tansiyon, satürasyon, santral venöz basınç
- Solunum sesleri
- Drenlerden gelen miktarlar ve drenajın özellikleri
- 24 saatlik idrar miktarı (yakın takipte ise saatlik idrar)
- Sıvı dengesi
- İnsizyonun durumu
- En son laboratuvar ve radyolojik tetkik sonuçları
- Şu anki problemi
- Radyolojik tetkik

4.3.Nöbeti devralan doktor iş listesinin tutulduğu deftere o gün yapılması istenen işleri not eder.

4.4.Servis viziti sonrası özel servis ve yoğun bakımdaki hastaların viziti yapılır.

4.5.Saat 7.30-8.30 arasında öğretim üyesi viziti yapılır. Hastalar hakkında bilgi verilir, servisteki ve servis dışındaki hastalar danışılır yapılması istenenler not edilir.

4.6. Ameliyat programındaki ilk hasta saat 08.00 da bir asistan ile birlikte ameliyathaneye gönderilir.

4.7.Nöbetçi asistan o günkü servis sorumlusudur. Sabah viziti ile devir alır, ertesi sabahki vizitte devir eder. Başasistan ile iletişim halinde olup servisteki tüm işlerden sorumludur.

4.8.Servisi devralan asistan ilk önce medikal işleri yapar daha sonra hasta taburcusu, yatışı gibi işleri organize eder.

4.9.Serviste hiç bir zaman poliklinik hastası muayenesi yapılmaz, hastalar poliklinik doktoruna yönlendirilir.

4.10.Acil hastalar acil cerrahi ya da acil dahiliye bölümlerine yönlendirilir, hastalara orada görüldükten sonra başasistan ve sorumlu öğretim üyesine bilgi verdikten sonra yatış kararı alınırsa hastalar servise kabul edilir.

4.11.Servis sorumlusu asistan bir sonraki günkü ameliyat programına göre hastaları çağırır ve ameliyata hazırlar. Ameliyat için özellikli bir malzeme veya ilaç gereksinimini başasistana sorarak öğrenir ve temin eder. Servis sorumlu hemşiresi ile birlikte çalışarak gelen hastaların odalarının hazır olmasını sağlar.

4.12. Ameliyat için yatırılan hastaların anestezi fişini ve onam kağıtlarını kontrol eder.Detaylı bir fizik muayene yapar ve ameliyat için engel teşkil edebilecek durumları (antikoagülan ilaç kullanımı, aktif enfeksiyon varlığı) tespit eder, başasistan ve sorumlu öğretim üyesini bilgilendirir.

4.12.a. Konsültasyonlar:

Geçirilmiş MI, Koroner stent, Koroner by-pass gibi kardiyolojik bir ek hastalığı saptanan hastalara kardiyoloji konsültasyonu istenir. Konsültasyon sonucuna göre hastaya ileri incelemeler yapılır, ilaç tedavisi düzenlenir veya ameliyat için riski tespit edilir. Orta ve yüksek risk tespit edilen hastalar hakkında başasistan veya ilgili öğretim üyesine bilgi verilir.

4.13.Servis sorumlu asistanı yatan hastaların dosyasını hazırlar, eksik tetkikler varsa ameliyat öncesi tamamlar.

4.13.a. Akciğer kanseri tanısı ile rezeksiyon planlanan tüm hastaların kontrastlı toraks bilgisayarlı tomografisi, PET-BT ve kranial metastazı düşündürecek şikayeti veya muayene bulgusu olan veya evre T3 ve T4 olan skuamöz hücreli ve tüm adenokarsinom hastalara kranial manyetik rezonans görüntüleme ile evreleme ve uzak metastaz taramaları yapılır. Evre T3-4 hastalar son 10 gün diğer tüm hastalar en geç son 30 gün içinde çekilmiş kontrastlı toraks bilgisayarlı tomografileri ile operasyona alınırlar.

4.14.Ameliyat için rutin istenecek tetkikler;

-tam kan sayımı, kan grubu, üre, kreatinin, Na, K, şeker, PT, PTT, INR, akciğer grafisi, elektrokardiyogram, HbsAg, anti-HbsAg, anti-HCV, anti-HIV (hastanın anamnezinden elde edilecek bilgilere göre ek tetkikler istenebilir)

4.15.Taburcu edilecek hastalar sabah vizitinde belirlendikten sonra sorumlu asistan epikrizi yazar. Epikriz yazarken gereksiz bilgilerden kaçınarak özellikle hastanın tanısını, yapılan ameliyatı, ameliyat sonrası komplikasyonu ve tedavisi, taburcu sonrası kullanacağı tedaviyi ve kontrol tarihini eksiksiz ve doğru olarak epikrizde belirtmelidir. Epikrizde hastanın kliniğimize mesai saatlerinde veya mesai saatleri dışında ulaşabileceği telefonlar yazılmalıdır.

4.15.a. Standart bir taburcu reçetesinde; antibiyotik, analjezik, ekspektöran ve H2 reseptör blokleri yer alır.

4.15.b. Standart bir taburcu reçetesine ilave olarak reçete edilmesi gereken hastalar ise;

-Sentetik greft ile rekonstrüksiyon yapılmış hastalarda: Antikoagülan (ör:warfarine sodyum)
-Pulmoner arter plastisi yapılmış hastalarda: Antiagregan (ör:ASA)
-Perop aritmi saptanmış hastalarda kardiyoloji konsültasyonu sonucu başlanmış antiaritmik ilaçlar (ör:diltizem)

4.16. Serviste yapılan pansumanlarda her hasta da ayrı steril alet kullanılmalı ve her pansumandan sonra eller dezenfektan ile yıkanmalıdır. Sterilizasyona dikkat edilmez ise enfeksiyonun doktorlar tarafından servisteki diğer hastalara yayılabileceği unutulmamalıdır.

4.17. Akşam viziti ameliyat olmuş hastaların stabilizasyonu ve günlük işlerin bitmesi sonrası acil müdahale gerektirecek bir durum yok ise başasistan tarafından yapılır. Servis sorumlu asistanı günlük yapılan işler hakkında başasistana bilgi verir ve nöbette yapılacak işleri not eder.

5.Nöbet standart prosedürleri

5.1.Nöbetçi asistan akşam vizitinde belirlenen işlerden ve servisteki tüm hastaların takibinden sorumludur.

5.2.Acil konsültasyonları değerlendirir ve başasistana bilgi verir. Konsültasyona gideceği bölümü nöbetçi hemşireye söyler ve her zaman ulaşılabilir durumda olur.

5.3.Nöbete başlarken poliklinik asistanından diğer servislerdeki takip edilen hastalar hakkında bilgi alır.

5.4.Hafta sonları devir saat 09.00 da yapılır. Nöbeti devralan asistan vizitte tüm hastaları muayene eder nöbetçi asistandan detaylı bilgi alır.

6.Poliklinik standart prosedürleri

6.1.Poliklinikte görevli asistan poliklinik hastaları, mesai saatlerindeki konsültasyonlardan ve diğer servislerde takip edilen hastalardan sorumludur.

6.2.Poliklinik asistanı Saat 08.00-08.30 arasında diğer servislerde takip edilen hastaların vizitini yapar.Saat 08.30 da poliklinikte hasta muayenesine başlar.

6.3.Poliklinikte gördüğü tüm hastaları sisteme ve poliklinik defterine kayıt eder, sorumlu öğretim üyesine ya da başasistana danışır.

6.4.Acil olmayan konsültasyonlara saat 13.30 dan sonra gider, başasistana hastalar hakkında detaylı bilgi verir.

7.Ameliyat sonrası hasta takibi

7.1.İlk 6 saat; Saatlik tansiyon, nabız, satürasyon, drenaj, ateş takibi, 6-12. saatler arası 2 saatlik takip, 12-24 saat arası 4 saatlik takip yapılıır.

7.1.a. Ameliyat sonrası rutin tedavide; Antibiyotik, analjezik, H2 reseptör blokleri, bronkodilatör, ekspektoran yer alır.

7.1.b. Neoadjuvan onkolojik tedavi almış, ameliyat esnasında enfeksiyon bulguları saptanmış ve sentetik greft kullanılmış hastalarda gr(-), gr(+) ve aneorob etkinlik elde edebilecek ilave antibiyotik başlanır.

7.1.c. Yumuşak doku flebi kullanılmış, bilinen kardiyak anamnezi olan ve vasküler rekonstrüksiyon yapılmış hastalarda mümkün olan en erken zamanda antikoagulan tedavi başlanır.

7.2.Tansiyon, nabız takibi

7.2.1. Hastanın ameliyat öncesi normal değerleriyle kıyaslanarak hipotansiyon, taşikardi tespit edilirse (TA <100mmgh,DNS>100/dk);

7.2.1.1.Damar yolunun açık olması temin edilir, toplam ve saatlik drenaj miktarı kontrol edilir.(bkn drenaj takibi)

7.2.1.2.Tam kan sayımı istenir,

7.2.1.3.Hipovolemi açısından CVP değeri ölçülür, Htc değeri ile birlikte yorumlanır.Sonucuna göre kolloid sıvı replasmanı planlanır.

7.2.1.4.Hastanın ağrısı sorgulanır, gerekirse analjezik ilaç miktarı arttırılır.

7.2.1.5.Taşikardinin niteliği için EKG istenir.

7.3 Satürasyon takibi

7.3.1. Desatürasyon tespit edilen hastada (oksijen tedavisi altında $SO_2 < 93\%$, oda havasında $< 90\%$)

7.3.1.1.Damar yolunun açık olması temin edilir ve satürasyon aletinin doğru çalışıp çalışmadığı kontrol edilir.

7.3.1.2.Dakika solunum sayısına bakılır, oksijen tedavisi başlanır yada dozu arttırılır.

7.3.1.3.Solunum sesleri dinlenir, yapılan amelyata göre yorumlanır.

7.3.1.4.Solunum fizyoterapisi başlanır, gerekirse nazotrakeal aspirasyon yapılır.

7.3.1.5.Kan gazı tetkiki için arter kanı örneği alınır, pH, $paCO_2$, paO_2 değerleri kontrol edilir.

7.3.1.6. Desatürasyonun devam etmesi ya da derinleşmesi, CO_2 değerinin $> 50\text{mmHg}$, paO_2 değerinin $< 70\text{mmHg}$ (O_2 tedavisi altında), pH'in < 7.30 , Taşipne (DSS $> 25/\text{dk}$) ve hastanın genel durumunun kötüleşmesi ve belirgin dispnesi olması durumunda olası entübasyon için reanimasyon birimine haber verilir.

7.3.1.7.Desatürasyon başlamasıyla birlikte başasistan ve sorumlu öğretim üyesine bilgi verilir, tedavinin başlangıcından itibaren resüsitasyon çantası hasta odasında hazır bulundurulur.

7.4.Drenaj takibi

7.4.1 İntratorasik cerrahi girişim yapılan hastalar

7.4.1.1.Hemorajik nitelikteki drenajlarda hasta daha yakından takip edilir,kan grubu kartı kontrol edilir, 16-18G anjiocut ile ekstra damar yolu açılır, medikal hemostaz tedavisi (TDP, transamine, K vit) başlanır. Dren içinde pıhtı oluşumu nedeniyle drenaj miktarı yanaltıcı olabilir. Drenlerin açık olup olmadığı sık sık kontrol edilir. Drenden örnek alınarak htc bakılır, hastanın htc değeri ile karşılaştırılır. Dren htc/serum htc > 0.5 ise aktif kanama düşünülebilir. Dren kenarları ve insizyondan hemorajik sızıntılar, aktif kanamanın habercisi olabilir.

7.4.1.2.Saatlik Htc, tansiyon, nabız takibi yapılır. Antikoagülan tedavi kesilir.

7.4.1.3.Olası hemotoraks açısından solunum sesleri dinlenir yatağında PA Akciğer grafisi istenir.

7.4.1.4.Yeterli sıvı resüsitasyonu ve medikal hemostaza rağmen, hastanın genel durumunun kötüleşmesi, hemodinaminin (hipotansiyon, taşikardi) bozulması, PA akciğer grafisinde hemotoraks görünümü olması, htc değerlerinin düşmeye devam etmesi, drenajın $> 150-200/\text{saat}$ olması durumlarında başasistan ve sorumlu öğretim üyesine bilgi verilerek revizyon düşünülebilir.

7.4.1.5. Ani başlayan hemorajik drenaj tespit edildiğinde başasistan ve sorumlu öğretim üyesine bilgi verilir, tedavinin başlangıcından itibaren resüsitasyon çantası hasta odasında hazır bulundurulur,

7.4.1.6.Ekstratorasik cerrahi girişim geçiren hastalarda rutin yukarıda belirtilen takibin dışında cerrahi bölge hematoma açısından sık muayene edilir.

7.5.Ateş takibi

7.5.1.İntratorasik cerrahi geçiren hastalar

7.5.1.1.Subfebril ateş (37.5-38) tespit edilen hastalarda ateş takibi sıklaştırılır.

7.5.1.2.İlk 48 saat ateş >38 ise, ateletazi açısından solunum sesleri dinlenir, PA akciğer grafisi istenir, ateş düşürülür.

7.5.1.3. İlk 48 saat sonrası tespit edilen ateş >38 ise,

-CRP, lökosit,TİT, istenir

-Pnömoni açısından solunum sesleri dinlenir, PA akciğer grafisi istenir,

-Balgam, drenaj mayi kültürü gönderilir.

-Hasta üst solunum yolu enfeksiyonu ve idrar yolu enfeksiyonu açısından sorgulanır.

7.5.1.4.Takiplerde her gün inatçı ateş tespit edilmeye başlanırsa

-Enfeksiyon konsültasyonu,

-Toraks BT istenir,

-Ateşin yüksek olduğu zaman kan kültürü alınır,

-Santral damar yolu katateri varsa çekilir, kültüre gönderilir,

-İlk alınan kültürlerde üreme yoksa kültürler tekrarlanır

8.Hasta takibinde özel durumlar

8.1.Pnöminektomi yapılan hastalar

8.1.1.İntratorasik cerrahi yapılan hastalardaki takibe ek olarak

-Ameliyat sonrası idame sıvı tedavisi 60cc/saat,

-Saatlik cvp ve sıvı dengesi takibi,(aksi başasistan, sorumlu öğretim üyesi veya sorumlu anestezi uzmanı ya da öğretim üyesi tarafından bildirilmedikçe; CVP 0-3, sıvı dengesi 0 veya -/+50 olması sağlanacak)

-Toraks dreni klemplice kalacak, her saat açılarak drenaj ve hava kaçağı takibi yapılacak,

-Günlük PA grafisi ile karşı akciğer (infiltrasyon, sinüs kapalılığı) ve ameliyat tarafı (hemotom, sıvı seviyesinin yükselmesi, mediastinal şift) kontrol edilecek.

-Atriyal fibrilasyon açısından nabız muayenesi her vizitte yapılacak, AF tespit edilirse; satürasyon ve elektrolit değerleri kontrol edilecek. Oksijen tedavisi ve elektrolit replasmanı başlanacak. Acil kardiyojji konsültasyonu istenerek tedavisi düzenlenecek, EKG takibi istenecek.

8.2.Ciltaltı amfizemi olan hastalar

8.2.1.Toraks dreninin tıkalı, katlanmış, dren pansumanı açılarak son deliğinin dışarıda olup olmadığı kontrol edilir.

8.2.2.Akciğer grafisi ya da Toraks BT ile ekstra drenajın gerekliliği tespit edilir.

8.2.3.Negatif aspiratör bağlı ise cihazın düzgün çalıştığına emin olunur, bağlı değilse -20cmH₂O ile negatif aspirasyon uygulanır.

8.3.Myasthenia Gravis nedeniyle timektomi yapılan hastalar

8.3.1.Ameliyat sonrası medikal tedavisinin eksiksiz ve zamanında verildiği kontrol edilir, rutin nöroloji konsültasyonu istenir,

8.3.2.Hemovac drenin sürekli negatifte kalması sağlanır, negatifte kalmadığı görülürse dren sualtı drenajına bağlanır.

8.3.3.Antibiyoterapi ve analjezik tedavi düzenlenirken hastanın Myasthenia Gravis olduğu unutulmamalıdır. Bu hastaların tedavisi düzenlenirken serviste mevcut olan 'Myasthenia Gravis hastalarının kullanması sakıncalı ilaçlar listesi' göz önüne alınmalıdır.

8.3.4.Myastenik kriz belirtileri

-Pupiller geniş, kas güçsüzlüğüne bağlı dispne, taşikardi, soğuk ve soluk cild, konstipasyon

8.3.5.Kolinerjik kriz belirtileri

-Pupiller dar, bronkokonstrüksiyon, bronş salgısı artışı, bradikardi, karın ağrısı, diare, cild hiperemik ve sıcak,

9.Bilimsel faaliyetler

9.1.Her hafta perşembe günü saat 10.30'da Göğüs hastalıkları anabilim dalında konsey toplantısı yapılır. Poliklinikten sorumlu asistan konseye çıkacak hastaları hazırlar (powerpoint sunumu). Görevleri olmayan asistanların konseye katılması zorunludur.

9.2.Her asistan kendilerine verilen konularda hasta verilerini toplar, kongrelerde sunulacak bildirilerin ve bilimsel makalelerin hazırlanmasına yardımcı olur.

9.3.Her asistan 1 kez yurt dışı kongresine ve Avrupa Göğüs Cerrahisi Derneği'nin Antalya'da düzenlediği göğüs cerrahisi okulu eğitim programına katılır.

9.4.Asistanlar yurt içindeki eğitim toplantılarına hazırladıkları ve kabul edilen bildiri oranında katılır. Kongrelere katılım, asistanların kongrede sunulacak bildiriye katkısı öğretim üyeleri tarafından değerlendirilerek karar verilir.