



ISSN: 2147 - 4311

YIL: 2018 SAYI: 11



ANESTEZİ TEK BÜLTEN

ANESTEZİTEK BÜLTEN

Anestezi Teknisyenleri ve Teknikerleri Derneği
(ATTD)'nin yayın organıdır.

ISSN: 2147-4311

Yayın Sahibi:

Yrd. Doç. Dr. Z. Serpil Ustalar ÖZGEN

Yazı İşleri Müdürü:

Sema ERDOĞAN

(Kocaeli Üniversitesi Anestezi Teknikeri)

Kapak Grafik / Tasarım:

Önder TOPBAŞ

(Kocaeli Üniversitesi Anestezi Teknikeri)

Adres / Yönetim Yeri:

Gümeç Tekin Sok. Başkanlar Sitesi.

4R Blok. Daire: 5

Koşuyolu / KADIKÖY / İSTANBUL

Web Adresi:

www.anestezitek.org.tr

ATTD BÜLTENİ YAZIM KURALLARI

a) Yazı, standart A4 kâğıtlarına bilgisayar ile sayfanın bir yüzüne, iki satır aralıklı olarak, 11 veya 12 punto, Times New Roman ile yazılmalıdır. Her sayfanın iki yanında 3 cm boşluk bırakılmalıdır. Orijinal makaleler ve derlemeler 10, olgu sunumu 4, editöre mektuplar 1 sayfayı geçmemeli (kaynaklar, tablo ve grafikler hariç) ve bir adet orijinal, bir adet isimsiz kopya olmak üzere toplam iki nüsha yollanmalıdır. Ayrıca yayın metni PC uyumlu hazırlanmış MS ofis word programında yazılmış ve CD ye kaydedilmiş olarak 1 adet orijinal ve 1 adet de isimsiz gönderilmelidir. CD içeriği yazıyla mutlaka aynı olmalıdır. CD etiketine başlık, birinci yazar ismi ve yazılım karakterleri yazılmalıdır.

b) Başlık ve Yazarlar, Türkçe özet, İngilizce özet, Giriş, Gereç ve Yöntem, Bulgular, Tartışma ve Kaynaklar bölümlerinin her biri ayrı sayfalarda sunulmalıdır. Yazı bölümlerinin başlıkları büyük harfle sayfanın sol başında olmalıdır. Ayrıca çalışma ile ilgili teşekkür edilmek isteniyorsa, ayrı bir sayfada “Teşekkür” başlığı adı altında kısa bir paragraf halinde yazılabilir.

c) İlk başlık sayfasında; başlık, başlığın altında yazarların unvan kullanmaksızın isim ve soyadları küçük harflerle yazılmalıdır ve soldan sağa bir çizgi çizilmelidir. Çizginin altına dip not şeklinde yazarların isim-soyadları, unvanları ve görev yerleri, yazı ile ilgili bilgi (kongrede sunulmuş olması veya herhangi bir kurumun desteği), yazarın yazışma adresi, ev ve iş telefonu, faks no’su, e-mail adresi yazılmalıdır.

d) Sayfalar başlık sayfasından başlamak üzere sağ alt köşesinden numaralandırılmalıdır. Yazılarda, konu bölümleri ve içerikleri aşağıda belirtildiği gibi olmalıdır:

Özet:

Türkçe ve İngilizce özet 250 kelimeyi geçmemeli, İngilizce başlık ve özet, Türkçe başlık ve özetle eşdeğer olmalıdır. Özet, çalışma ve araştırmanın amacını ve kullanılan yöntemleri kısaca belirtmeli, ana bulgular varılan sonucu destekleyecek ölçüde ayrıntılarla belirtilmelidir. İlk cümlesi araştırmanın amacını, son cümlesi çalışmanın sonucunu kapsayacak biçimde olmalıdır. Çalışma veya gözlemlerin yeni ve önemli olan yönleri vurgulanmalıdır. Özette kaynak kullanılmamalıdır.

Anahtar kelimeler:

Türkçe ve İngilizce özetin altında “Index Medicus Medical Subject Headings (MeSH)”e uygun olarak en fazla beş adet olmalıdır. Yeni girmiş terimlere uygun “Index Medicus” tıbbi konu başlıklarına ait terimler yoksa var olan terimler kullanılabilir. Giriş: Amaç özetlenmeli, çalışmanın verileri veya varılan sonuçlar açıklanmamalıdır.

Gereç ve Yöntem:

Etik kurul onayı belirtilmelidir. Yerleşmiş yöntemler için kaynak gösterilmeli, yeni yöntemler için kısa açıklama verilmelidir. İlaç isimlerinin baş harfleri küçük harf olmalı ve ilaçların farmakolojik isimleri kullanılmalıdır. Kısaltmalar ilk kullanıldıklarında açık olarak yazılmalı ve parantez içinde kısaltılmış şekli gösterilmelidir. Sık kullanılan kısaltmalardan (iv, im, po ve sc) şeklinde kullanılmalıdır. Birimler Uluslararası Sisteme (SI) göre

kullanılmalı, birimler yazılırken (.) veya (/) kullanılmamalıdır. Örnek: mg kg-1, µg kg-1, mL, mL kg-1, mL kg-1 sa-1, mLkg-1 dk-1, Ldk-1 m-2, mmHg vb.

Gereç ve Yöntem

Bölümünün son paragrafında, kullanılan istatistiki analizlerin neler olduğu ve aritmetik ortalama veya oran’dan sonra (±) işareti ile verilen değerlerin ne olduğu belirtilmelidir.

Bulgular: Çalışmanın bulgularını içermelidir. Grafik, tablo, resim ve şekiller yazıda geçiş sırasına göre numaralandırılmalıdır.

Grafikler ve Tablolar:

Başlık, açıklama ve dip notları “Grafikler” veya “Tablolar” başlığı altında ayrı bir sayfaya yazılmalı ve sayfaları numaralandırılmamalıdır. Grafiklerin çevresinde çerçeve, zemininde çizgiler olmamalı, zemin beyaz olmalıdır.

Resimler:

130x180 mm boyutlarında siyah-beyaz olmalı, arkasına yumuşak kurşun kalem ile makale başlığı, sıra numarası yazılmalı ve üste gelecek kısım ok ile belirtilmelidir. Resimler ayrı bir zarf içerisine konulmalıdır. Resimlerin renkli olması istendiğinde yazardan ayrıca ücret talep edilir.

Şekiller:

Resimler için istenen kurallar geçerlidir. Gerekliyse bilgisayar programında da hazırlanabilir. Başka yerde yayınlanmış olan şekil ve resimler kullanıldığında, yazarın bu konuda izin almış olması ve bunu belgelemesi gerekir. Aksi halde sorumluluk yazara aittir.

Tartışma:

Aynı alanda yapılmış başka çalışmalarla karşılaştırma ve yorum yapılmalıdır. Çalışmanın sonucu tartışmanın son paragrafında belirtilmelidir.

Kaynaklar:

a) Kaynaklar metin içerisinde yazıdaki geçiş sırasına göre parantez içinde numaralandırılmalıdır. Kaynak numaraları yazar ismi varsa isimden hemen sonra, aksi halde cümle sonunda belirtilmelidir.

İÇİNDEKİLER:

Sayfa 7

Başkan’dan-Önder TOPBAŞ

Sayfa 8 - 9

Editör’den -Serpil USTALAR ÖZGEN

Sayfa 10

BAU Etkinliği – Sema ERDOĞAN

Sayfa 11 - 14

Anestezi tarihinden sayfalar- Umut ÖZ

Sayfa 15 - 16

ATTD Başkanının Haberter’de yayınlanan röportajı

Sayfa 18 - 20

Bosna-Hersek Gezisi kazanan üyelerimiz ve tur anıları-Yasin Burak ÖZER

Sayfa 21

Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Kongresi

Sayfa 22

Meslektaşlarımızın kazandığı dava örnekleri

Sayfa 23

Sağlık Bakanlığının derneğimize sorduğu soru ve görüşler

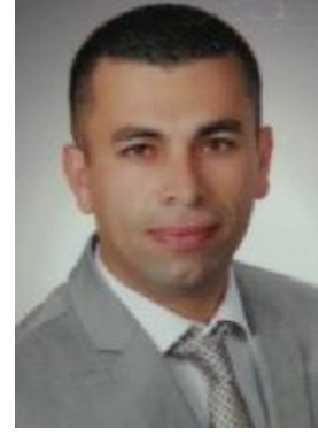
Sayfa 24 - 25

Sağlık Profesyonelleri Platformu-Hakan MARANGOZ

Sayfa 25 - 38

WCNA 2018 Kongresi-Sema ERDOĞAN

BAŞKAN’DAN;



Değerli okuyucular ve meslektaşlarım,

2011 yılında kurulan derneğimiz; bugün sivil toplum kuruluşu olarak çalışmalarına devam ederken, gerek ulusal gerek uluslararası platformlarda mesleğimizi temsil etmenin onuru, çalışmaların da gururu içerisindeyiz. Bunun yanı sıra hala ulaşamadığımız, bir arada olamadığımız ve sorunlarına yönelik uzun vadeli çalışmalarımızdan haberdar edemediğimiz meslektaşlarımızın da olmasının üzüntüsü içerisindeyiz.

Bu konu ile hazırladığımız ve sürekli yenilediğimiz projeler sürdükçe bu sorunun üstesinden geleceğimize inancım sonsuzdur. Bunun yanı sıra her geçen gün aramıza katılan yeni arkadaşlarla giderek genişleyen bir aile olmaktayız. Bu konuda öğrenci arkadaşlarımıza ayrıca minnettar olduğumu belirtmek isterim. Mesleğe bakış açıları ve yüksek enerjileri ile derneğin güzel geleceğinin habercisi olduklarını düşünmekteyim. Tüm meslektaşlarımız gibi bugünün öğrencileri, yarının meslektaşları olarak ayrı sorunları olmalarına rağmen dernekleşmenin önemini ve değerini

kazanmaya başlamaları geleceğe umutla bakmamız anlamına gelmektedir.

Tüm öğrencilerimize ve onların eğitimine katkı sağlayan başta Anestezi Teknikeri arkadaşlarımıza, Anestezi Uzmanlarına ve diğer meslek mensupları olmalarına rağmen Anestezi Teknikerliği eğitimlerinde görev alan hocalarımıza sonsuz teşekkür ederiz.

Dernek çalışmalarımızla ilgili detayların bir kısmını dernek web sayfamız, sosyal medya hesaplarından ve dergimizden takip edebilirsiniz.

Ancak bazı çalışmalarımızı şekillenmesi ve yanlış algılarıneden olmaması için netleşmeden ya da kesin hak olarak kazanılmadan bu projelerimizin paylaşılmasından kaçınmaya çalışmaktayız. Bu bilinçte ve sağduyuda olma sorumluluğu tüm meslektaşlarımız için geçerli olmalıdır.

Mesleğin konumu ve çalışma alanlarına bakıldığında birçok mesleğe nazaran çözüm bulunması gereken çok fazla husus bulunmaktadır. Tüm bunlara yine üyelerimiz sayesinde müdahil olarak çözüm önerileri ile yetkililere mesleğin sesini duyurmaya ve çözüm önerileri sunmaya devam etmekteyiz.

Bu konuda desteklerini esirgemeyen kurum ve kuruluş yetkililerine, eğitimcilere ve siyasilerimize sizler adına, ülke ve millet adına teşekkür ederiz.

Önder TOPBAŞ ATTD
Yönetim Kurulu Başkanı

EDİTÖR'DEN

Merhabalar,

Bu sayımızı maalesef bir seminer sonrası dağıtmıyoruz... bu sene seminerlerimiz yapılmadı. Üyelerimizin katılım konusundaki isteksizliği yönetim kurulumuzu, motivasyonun ve katılımın daha fazla olabileceği başka arayışlara itti, Çalıştaylar ve belli aralıklarla düzenlenebilecek Anestezi Teknisyen ve teknikerleri kongreleri bu seminerlerin yerini alacak. Ülke çâğındaki üye sayımız oldukça iyi düzeylerde, bir kongre ile bunu taçlandırmak ve tüm meslektaşların böyle bir ortamda biraraya gelmesini amaçlıyoruz.

Anestezi bölümü öğrencilerinin ilgisi ve bilgilendirme toplantılarına ihtiyacı göz önünde bulundurularak talep eden Meslek Yüksekokullarına desteğe de her zaman hazırız.. Bu sayımızda Bahçehir Üniversitesi'nin daveti üzerine katıldığımız etkinliğin bilgisini bulmak mümkün..

Tarih her zaman çok eğlenceli olarak algılanmasa da, hem mesleklerin tarihi, hem ilaçların tarihi, hem de ülkelerin ve dünyanın tarihi, bulunduğumuz durumun daha doğru değerlendirilmesini ve gelecekte karşılaşılabilecek olası hataların tekrarlanmasını bir ölçüde engelleyebilir, geleceğe daha olumlu ve doğru adımlar atılmasını sağlayabilir.. Anestezi tarihçesinden kısa notlar var yine bu sayımızda da...

Derneğimizin bu dönem başkanı olan Sayın Önder Topbaş ile bir röportajda

meslek sorunlarına dair vurgular ve çözüm önerilerini bulabilirsiniz sayfalarımızda..

Derneğimize en fazla üye kaydeden Denrek Üyelerimiz arasında bir yarışma düzenlenmiş, şartları ve sonuçları web sitemizde yayınlanmıştı. Sayın Burak Yasin Özer, Yahya Küçük, ve Talip Koşma diğer üyeleerimizin de canla başla üye kaydettiği bu yarışmada ödüle layık görüldüler ve Bosna-Hersek gezisi ile ödüllendirildiler. Hem bu gezi ile ilgili anılarını, hem de gezdikleri yerler ile ilgili notlarını, zevkle okuyacağınızı umuyoruz.

Sağlık Çalışanlarını ilgilendiren pekçok sorun var, hastalarına kaliteli hizmet sunabilmeleri için bu sorunların doğru değerlendirilip çözümlenmesi için her yıl Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Kongresi düzenleniyor. Dernek olarak her yıl bir temsilcimiz ile bu kongrede mesleğimize dair sorunları dile getirmeye çalışıyoruz. Bu yılki kongredeki çalışmalar ile ilgili haberler yer almakta bu sayımızda..

Meslektaşlarımızın zaman zaman hukuki sorunlarla karşılaştıkları malumumuz. Üyelerimiz arasında bu tür sorunları olan meslektaşlarımıza yardımcı olamya çalışıyoruz. Bu sayıda yine bir üyemizin hukuksal mücadelesinin başarılı sonucunu bulacaksınız.

Sağlık Bakanlığı ile zaman zaman görüş alışverişinde bulunuyoruz.. Anestezi tekniker istihdam ve planlaması ile ilgili kurulan komisyona görüşü sorulan derneğimizin raporu gelecek sayılarımızda sizlerle paylaşılacaktır.

ATTD, yeni bir oluşum olan Sağlık Profesyonelleri Platformunda Sayın Hakan Marangoz tarafından temsil edilmekte.. Kendisinin bu konuyla ilgili haberleri yine bu sayımızda..

Sizler için çalışmalarımız sürecektir, önerilerinizin, desteklerinizin, eleştirilerinizin, karşılaştığınız vakaların, zorlukların, yaptığınız çalışmaların da bu dergimizin gelecek sayılarında olabilmesi için lütfen yazım kurallarına uygun olarak bizlere yazılarınızı yollayınız.. Tüm üyelerimizin yazılarına açık olan dergimizin daha sonraki sayılarında tekrar bir araya gelmek dileklerimizle, sağlıklı günler dileriz..

Saygılarımızla,
Z Serpil Ustalar ÖZGEN

BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ ETKİNLİĞİ

Derneğimiz 27 Nisan 2018 tarihinde Bahçeşehir Üniversitesinin Anestezi Programı etkinlik davetine katılarak öğrencilerle buluştu. ATTD olarak;

Hatice DEMİR, ‘Mezuniyet sonrası atama ve istihdam Durumu’,

Ayşegül BALÇIK, ‘Anestezi Teknisyen ve Tekniker eğitimine genel bakış’,

Sema ERDOĞAN, ‘ATTD tanıtım ve faaliyetleri’ ile ilgili sunumlarını yaptılar.

Toplantı sonunda öğrencilerimizin soruları, öneri ve talepleri doğrultusunda karşılıklı fikir alışverişi yapıldı. Oldukça verimli geçen toplantı için Bahçeşehir Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Müdür Yardımcısı, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölüm Başkanı Sayın Yrd. Doç. İlkey ÖZTÜRK ve ekibine teşekkür ederiz.



ANESTEZİ TARİHÇESİNE KALDIĞIMIZ YERDEN DEVAM EDİYORUZ...

Abbott Laboratuvarları İthalat İhracat ve Ticaret LTD. ŞTİ. Tarafından 2003 yılında hazırlanmış ve dağıtılmış o yıla ait ajanda sayfalarında anestezi tarihine ilişkin güzel detayları tekrar kaleme alıp dergimiz de sizlerle paylaşmak istiyoruz. Tarihçeye ilişkin daha önce yayınlanmış bu bilgilerin ilginizi çekeceğinizi düşünmekteyiz...

BAK, HİÇ AĞRI DUYMAYACAKSIN

Tarihe gömüldüğü sanılan “Mesmerizm” 1820’lerde bir kez daha gündeme geldi. Mesmer’in Fransız çömezlerinden Armand de Puysegur, hipnozun sözlerle ve doğrudan komutlarla daha çabuk sağlanabileceğini, bu durumdaki bir hastanın ağrısız ve anestezişiz ameliyat edilebileceğini gösterdi. Bu tekniği sonraki yıllarda birçok cerrah kullandı.

Fransa’da “manyetik” etkiyle uyutulan hastalar üzerinde cerrahi girişimler 1821’de Dr.Recamier’le başladı. Ama Puysegur’un tekniğine dayanan ve kayıtlara geçen ilk ameliyatı 12 Nisan 1829’da Fransız cerrah Jules Cloquet (1790-1883) yaptı. Göğüslerinden birini aldığı 69 yaşındaki kadın hastası hiçbir ağrı belirtisi göstermediği gibi, ameliyat sırasında rahatça konuşmaya devam etti. Böylece açılan yeni yolu İngiltere’de John Elliotson, “Ağrısız Dr. Parker” ve James Esdaile, ABD’de Albert Wheeler gibi ünlü cerrahlar izledi.

Daha kolay uygulanabilen ilk yapay anestezik maddelerin devreye girdiği 19. Yüzyılda hipnozlu ameliyat gözden düştü.

Bununla birlikte anesteziyelere karşı alerjik ya da aşırı güçsüz hastalar için hipnoz bir seçenek olarak ilgi görmeye devam etti. Nitekim ilk açık kalp ameliyatlarında genel anestezinin riskli sayılması nedeniyle hipnoza başvuruldu.

Hipnoz yoluyla ilk ameliyatını 1840’ta Hindistan’da yapan İskoç cerrah Esdaile, bu yöntemi uyguladığı 300 büyük ameliyat ve bin kadar küçük ameliyatla inanılmaz bir rekor kırmıştır.

BİR ANLAYAN ÇIKAR SONUNDA

Tıpta gaz kullanımının iyice gözden düştüğü bir dönemde, Henry Hill Hickman (1800-1830) adlı mütevazı bir İngiliz cerrah 1824’te karbondioksit anestezişine başvurarak hayvanlar üzerinde bir dizi başarılı ameliyat gerçekleştirdi. “Askıya alınmış canlılık” diye adlandırdığı bu durumun ağrısız cerrahi için uygulanabileceği düşüncesiyle, Kraliyet Bilim Derneği’ne dört sayfalık bir mektup yazdı. Gelgelelim, daha sonra broşür halinde bastırdığı deney sonuçları ve görüşleri hemen hiç dikkate alınmadı.

Böyle bir aldırıışsızlığın acı yönü, benzer çalışmaların öncüsü Humphry Davy’nin olumsuz tavrıydı. Bunun sebebi belki geçmişteki hayal kırıklığı, belki de mektupta başkan diye başka bir adın yazılmasına duyduğu kızgınlıktı. Ama karbondioksitin aşırı verildiğinde öldürücü olması da kuşkular yaratan bir etkendi. Derdini anlatamamaktan yılmayan Hickman 1828’de Fransa’da şansını denedi. Sonuç alamayarak döndükten sonra 30 yaşında tüberkülozdan öldü.

Aynı yıl Napolyon döneminin ünlü Fransız cerrahı Baron Dominique-Jean Larrey (1776-1842) onun yönetimini onaylayarak, bir ölçüde çabalarının boşa gitmemesini ve karbondioksitle olması bile böyle bir arayışa girilmesini sağladı. Bu tavrın ardında afyon ve alkol karışımı kullanarak çokça yaralı uzvu kesmiş olmanın tecrübesi vardı herhalde.

ÜÇ ŞÖVALYELİ BİR HİKÂYE

Kloroformun aynı sırada ve birbirinden habersiz katkıda bulunan üç kişi vardır: Amerikalı kimyacı Samuel Guthrie (1782-1848), Alman kimyacı Juston von Liebig (1803-1873) ve Fransız farmakolog Eugène Soubeiran (1793-1858).

Tüfek kapsülü bileşiğinin buluşçusu olarak da tanınan Guthrie 1830’da kireç klorürü ve alkolü birlikte damıtarak yeni bir madde buldu. “İspirtolu klorür eter solüsyonu” adını verdiği bu maddeyi 1831’de Yale’de uzmanların önünde hazırlayıp tanıttı. Benzer bir yöntemi kullanan Soubeiran 1831’de, Liebig ise 1832’de aynı maddeyi elde etti. Ama her üç araştırmacıda bunun anestezi özelliğinin farkında değildi. Fransız kimyacı Jean-Baptiste-André Dumas (1800-1884) tam bileşimini 1834’te ortaya koyduğu maddeye kloroform adını verdi.

Buluş konusundaki çelişkili savlar üzerine Edinburgh Mediko-Şirürji Derneği’nin oluşturduğu komite, “kapsamlı bir uyarıcı” olarak maddenin tedavi edici etkilerine dikkat çeken ilk makaleyi 1832’de yayımladığı için Guthrie’yi bu payeye layık gördü. Astım ve başka hastalıkların tedavisinde denenен kloroformun anestezi özelliğini ise 1847’de J. Y. Simpson bulundu.

Erkekler kadar cesur olduğunu göstermek için Simpson’ın ilk kloroform deneyine katılan Bayan Petrie uykuya dalarken “Bir meleğim ben!” diye cıvı cıvı ötmüştü. Oysa ondan önce bunu yaşayan bir melek vardı: Samuel Guthrie’nin sıvı kloroforma parmağını daldırıp yalayan ve bir gün uyuyakalan sekiz yaşındaki torunu.

KAHKAHA PATLATAN ALTIPATLAR

Bazen bilimsel atımların fitilini kuytu laboratuvar köşelerinde değil, hayat kavgasının dolaşık yollarında ateşlenir. Hastalıkların tedavisinde pek işe yaramayan “kahkaha gazı”nın asıl etkisinin açığa çıkması da öyle oldu. Üstelik ameliyat ağrılarını hafifletme açısından bir dönüm noktası sayılan bu gelişmede insan hayatına kıyıcı bir araç geliştirme çabası önemli rol oynadı.

ABD’de 19. Yüzyıl başlarında paralı konferanslar veren gezici hatiplerin kalabalıkları çekmek için başvurduğu eğlenceli numaralardan biri “kahkaha gazı”ydı. Bu hatiplerden en ünlüsü ise kendi adıyla anılan ilk altıpatlar tabancanın tasarımcısı Samuel Colt’tu (1814-1862). Daha on yaşında babasının dokuma fabrikasında çalışmaya başlayan Colt, yatılı okuldan kaçarak miçoluk yaptığı gençlik yıllarında geliştirdiği tahta toplu tabanca modelini üretmeyi aklına koymuştu. Denizden dönüşünde fabrika ağartma şefinden pratik kimya bilgilerinin yanı sıra sıkıntılı anlarda çektiği “ kahkaha gazı”nı öğrendi. Bu beceresini 1833’ten sonra “ Profesör Coult” veya “Doktor Coult” adıyla kasabadan kasabaya dolaşarak düzenlediği gösterilerde ustalıkla kullandı. Böylece geniş

kitlelere azot protoksit gazını tanıtırken, iki yıl içinde edindiği büyük servetle de altıpatlar tasarısını gerçekleştirdi.

Colt’un reklam afişinden:

“Bu gazı çeken mizacına göre güler, şarkı söyler, dans eder, içini döker, kavgaya tutuşur vs. vs. Ama sonradan pişman olacağı bir şeyi söylemeyecek ve yapmacak ölçüde bilincini korur.”

TARİH KAÇAN FIRSATLARI DA YAZAR

Amerikalı taşra hekimi Long 1841 yazında hasta ziyaretinde olduğu için, kasabaya uğrayan gezgin bir “kahkaha gazı” göstericisini izleyememişti. Gösteriyi kaçırmayan arkadaşları hemen muayenehanesine doluşarak ondan böyle bir gaz yapmasını istediler: “Madem ki doktorsun, kimyadan biraz anlarsın. Sen de bizi gözyaşları içinde kahkahalarla keyiflendirecek bir gaz yap bakalım.” Long’un azot protoksit yapma olanağı yoktu, ama bir şişe eteri vardı. Eterli bir mendili burnuna dayadığı gençler şarkı söylemeye ve sıçrayıp oynamaya başlayınca, “Gördüğünüz gibi sizin doktorunuz da en az yabancılar kadar bu işlerden anlar,” dedi onlara.

Çok geçmeden doktorun evi haftada iki-üç gece çılgın eter partileriyle şenlenmeye başladı. Bir süre sonra çevredeki genç kızlarda eğlenceye katıldı. Züppe, ama zeki ve kavrayışlı bir gözlemci olduğu anlaşılan Long, birkaç partiden sonra eğlencenin doruğa varmasıyla bazen yara bere içinde kaldığı halde hiçbir şey hatırlamadığının farkına vardı. Eterin cerrahide uzun süredir aranan ağrı kesici olabileceği düşüncesiyle,

ilk ameliyatında bundan sonra yararlanmayı kafasına koydu. Ve bu tarihi fırsatı da buldu.

“Jefferson’a üç kilometre uzaklıkta oturan James M. Venable ensesindeki iki küçük tümörün alınması için birkaç kere bana başvurmuş, ama her defasında ameliyat sırasında duyacağı acının korkusuyla vazgeçmişti. Bir keresinde ona eterin etkisi atındayken sağımı solumu yaraladığım halde bunları sonradan hatırlamadığımı anlattım. Onun da eter kullandığını bildiğim için, bu yolla acısız bir ameliyat gerçekleştirme olasılığından söz ettim. Tümörlerden birinin alınmasını kabul etti ve ameliyatı hemen o akşamüstü yaptık. Bay Venable’a eteri bir havluya dökerek verdik ve tamamen eterin etkisi altındayken tümörü aldım. Ameliyatın bittiğini söylediğimizde, alınan tümörü görene kadar buna inanmadı. Ameliyat süresince acı duyduğuna ilişkin hiçbir tepki vermedi ve sonradan kendisi de hiç acı duymadığını belirtti.”

Bu ilk ameliyat 30 Mart 1842’de gerçekleştirilmişti. Ameliyata ilişkin tek not ise yevmiye defterindeki “James Venable. 1842. Eter ve tümör çıkarma, 2,00 \$” kaydıydı. Sonraki üç yıl boyunca Long, ilk hastasının ikinci tümörü dahil başka ameliyatlar da yaptı. Bunlardan ikisinde ayak ve el parmakları kesti. Ne var ki, bir süre sonra çevredeki öbür doktorlar söylenmeye başladılar. Onlara göre, Long yeni bir zehri gelişiğüzel kullanıyordu ve çok geçmeden birileri hayatını kaybedecekti. Söylenti yayıldı, Long’un mesleği tehlikeye girdi; sonunda kasaba yaşlıları, eter kullanmayı sürdürürse onu linç etmekle tehdit ettiler.

Baskılara boyun eğen Long ancak eterin tıpta kullanımının genel kabul görmesinden

üç yıl sonra harekete geçti. Alabamalı cerrah James Marion Sims'in zorlamasıyla, ilk deneyiminin sonuçlarını Aralık 1849'da Southern Medical and Surgical Journal'da yayımlandı. Ama gerçekten eter kullanarak ilk ameliyatı yapmış olmasına karşın, “anestezinin babası” payesini kapmak için hayatı boyunca verdiği uğraştan bir sonuç alamadı. Belki çekingenliği, belki temkinliliği yüzünden ağrıya karşı bir çözümü dört yıl geciktirmesi eleştiri konusu olmakla birlikte, daha sonraları bilim çevrelerinde öncü rolü kabul edildi. Jefferson'daki muayenehanesi 1957'de bir müze haline getirildi ve 30 Mart ABD'de onun anısına Doktorlar Günü olarak belirlendi.

Taşrada Yaşam

ABD'nin Georgia eyaletinde 1 Kasım 1815'te doğan Crawford Williamson Long bir özel öğretmenin yanında ve iki ayrı okulda gördüğü tıp öğrenimini 1839'da tamamladı. Pennsylvania Üniversitesi'ndeki öğrencilik yıllarında bir salgın haline gelen “eter cümbüşleri”ni kaçırmayan biriydi. New York'un çeşitli hastanelerinde “dolanıp durarak” 18 ay kadar çalıştı. Ardından memleketine dönüp Jefferson adlı küçük bir kasabada muayenehane açtı. Kasabaya en yakın hastane, tıp dergisi ve demiryolu 250 kilometre ötedeydi. Long bu ücra ortamda eter kullanarak yaptığı ameliyatın önemini kavradıktan sonra, 1850'de Güney kültürünün ünlü bir merkezi olan Athens'a taşındı. Yine de yaşamını bir taşra doktoru olarak sürdürdü. Amerikan İç Savaşı sırasında 1864'te Kuzey birliklerinin önünden apar topar kaçtığında bile, yanında “buluşumun kanıtları” dediği kağıt ruloların bulunduğu bir cam kavanoz vardı. Doğum yapmakta olan bir kadına eter vermeye

çalışırken 16 Haziran 1878'de öldü.

Long namus düşkünü iki yaşlı ablasıyla birlikte yaşadığı için, eter partilerinde kapıyı sıkıca kapatmaya özen gösterirdi. Ama içeride uyurgezer numarası yaparak, önüne gelen kızın öpmekten de geri kalmazdı. Daha sonra bu “ cici kızlar”dan biriyle evlendi. On iki çocuk doğuran karısının ona ilişkin ilk izlenimi ise şöyleydi: “Yakası ve yenleri siyah şeritli uçuk mavi yazlık takım elbisesi içinde, haki ipek eldivenleriyle ve geniş siperlikli beyaz şapkasıyla alaca kır atının üstünde vakur bir komutan edasıyla duruşu hâlâ gözlerimin önünde”

Umut ÖZ
Kocaeli Üniversitesi
Anestezi Teknikeri

KPSS YÜZÜNDEN 73 BİN ANESTEZİ TEKNİKERİ MAĞDURİYET YAŞIYOR

KPSS sınavı yüzünden 73 bin anestezi teknikeri ve teknisyeni mağduriyet yaşıyor. Hastanelerde hemşire, sağlık memuru gibi çalışanlar onlar ın görevini yaparken, teknikerler boşta geziyor. Mezunlar KPSS yerine kura ile atanmak istiyor.

Konu ile ilgili bazı milletvekilleri, meclis başkanlığına önerge verirken, Anestezi Teknisyen ve Teknikerleri Derneği Başkanı Önder Topbaş, ise hazırladıkları raporlar ı her dönem Sağlık Komisyonuna yeniden sunulduğunu hatırlatıyor. Habertürk'e konuşan Topbaş, “Siyasilerimiz anestezi teknikerlerine kulak verirse, sağlık politikaları ve hizmet kaliteleri gelişmiş ülke düzeyine ulaşır” dedi.

GÖREV TANIMLARI YENİLEMELİ

Dünya Hekim Dışı Anestezi Çalışanları Platformunda da aktif olan Anestezi Teknisyen ve Teknikerleri Derneği Başkanı Önder Topbaş Habertürk.com'a şu açıklamalarda bulundu:” Anestezi Teknikerlerinin görev ve yetki tanımlarının modern tıp standartlarına ve yenilenen sağlık politikalarına uygun olarak yenilenmesi gerekmektedir. Anestezi uygulamaları artık sadece ameliyathanelerle sınırlı değil. Anestezi hizmeti verilen Uyanma Üniteleri, Yoğun Bakım Üniteleri, Mavi kod ve hasta transferleri, Ameliyathane dışı anestezi uygulamaları vb. alanlara göre, görev tanımlarının güncellenmesi gerekmektedir. Mesleki yeterlilik kurumlarınca çalışanlarda denetlenmelidir” diye konuştu.

“HASTALARIMIZ GÜVENLİ ANESTEZİ İÇİN EĞİTİMLİ TEKNİKERLER GEREKLİ”

Anestezi teknisyen ve teknikerlerinin mesleki ve akademik eğitimleri gelişmiş ülkelerde olduğu gibi lisans düzeyine çıkarılmasının gerekliliğini savunan Topbaş, “Daha güvenli anestezi uygulamaları için Anestezi Uzman Doktorlarının daha güçlü bir ekibe sahip olmasını sağlayacak ve kalitenin artmasına, buna bağlı olarak anestezi hatalarının da en aza inmesi sağlanacaktır. Eğitimlerde Anestezi Teknikerleri de aktif rol almalı ve eğitimci olma yolları açılmalıdır. Eğitim en az lisans düzeyinde olmalıdır” önerisinde bulundu.



“ANESTEZİ TEKNİKERLERİ YERİNE HEMŞİRELER ve DİĞER SAĞLIK GÖREVLİLERİ ÇALIŞTIRILYOR”

Hastanelerde hemşire, sağlık memuru ve diğer sağlık çalışanları atama ile geliyor ve hastane yönetiminin inisiyatifi ile 2-3 aylık eğitimle Anestezi tekniker ve teknisyenlerinin yerine çalıştırıldığının altını çizen Topbaş, “ Ankara'nın en büyük hastanelerinde bile

Anestezi teknikerleri yerine ameliyathanelerde hemşireler ve sağlık görevlileri çalıştırılıyor. Bu çalışanlar da anestezi teknikerlerine ek yük getirmektedir. Düşünün anestezi eğitimi olmayan bir sağlık çalışanı hastalar üzerinde anestezi teknikerliği öğreniyor kimden mi? Tabii ki orada çalışan anestezi teknikerlerinden.

Bu görevlere atanan diğer sağlık çalışanlarına bakıyoruz kendi alanlarında da açıkları olan branşlar... Neden Türkiye’de 73 bin anestezi mezunu varken diğer branşlarda ki sağlık çalışanları Anesteziye görevlendiriliyor? 2017 yılında 257 Anestezi Teknikeri ve 45 Anestezi Teknisyeni kamuda istihdam edilmiş durumda. Aynı yıl içinde anesteziye çalıştırılmak istenen diğer sağlık çalışanlarının sayısı daha fazla. Bu konunun değerlendirilmesi ve düzeltilmesi gerekmektedir” sözleri ile uyarıda bulundu.

“NEDEN İNTİHAR EDİYORLAR?”

Çalışan meslektaşlarından oldukça fazla sayıda kişinin ‘mobbing ’ ve psikolojik sorunlar nedeni ile intihar ettiklerine dikkat çeken Topbaş konuşmasını şöyle sürdürdü:” Anestezi Çalışanlar ının sağlık teknisyeni, sağlık memuru, anestezi teknisyeni, sağlık teknikeri gibi farklı kadrolarda olması ve bu kadroların özlük hakların dağılımı ile ilgili farklılıklar göstermesi çalışanlar arasında eşitsizliğe neden olmaktadır. Durumun düzeltilmesi için tek ve yetkin kadro altında şekillendirilmesi gerekmektedir.

Buna ek olarak ağır hasta sorumluluğu ve yetersiz özlük haklar nedeni ile oluşan Psikolojik sorunlar, madde bağımlılığı, mobbing ve bunlar sonucu oluşan intiharlar

sürekli artmaktadır. Konuların değerlendirilmesi için bir komisyon kurulmalı ve gerekli çalışmaların başlatılması gerekmektedir. Derneğimizce tespit edilen 2005 yılından bu yana 36 meslektaşımız intihar etmiştir. Bu intiharlar basında anestezi uzmanı intihar ediyor şeklinde yansıyor ve yanılgıya neden oluyor” dedi.



“EK ÖDENEKLERİ HER FIRSATDA ERİTİLİYOR”

Almış oldukları döner sermaye ve performans ödeneklerinin maaş ödentisinden ayrı tutulduğunu, emekli olduklarında elde edilen haklarından mahrum edildiklerini ifade eden Önder Topbaş, “Tüm gelirin bütün olarak değerlendirilerek emeklilik ödentilerinin belirlenmesi için gerekli yasal düzenlemelerin yapılması gerekmektedir. Anestezi teknikeri çalışma alanları yüksek risk gruplarından çıkarılmaya çalışılmaktadır. Kullanılan yıllık izinler, babalık, annelik vb. insani ve yasal haklardan oluşan izinlerin kullanımı ya da sağlık problemleri nedeni ile zorunlu rapor alınması hallerinde kurumlarca yapılan ek ödenek (performans ödemeleri) kesintileri çalışanların hak mağduriyetine neden olmakta ve ekonomik güçlüklerle itmektedir.

Hasta olmasına rağmen ekonomik kaygılar nedeni ile rapor almamak çalışan sağlığını

ve hizmet verdiği hastaların sağlığını tehdit etmektedir. Zaten gelirleri ile aylık ihtiyaçlarını sınırdan karşılayan Anestezi Teknikerleri aldıkları rapor veya yıllık izinlerinde yapılan ödenek kesintisi ile borç sarmalına girmektedir. Durumun incelenmesi ve düzeltilmesi ivedilikle gereklidir” şeklinde konuştu.

“BİNLERCE MESLEKTAŞIMIZ ALDATILMAKTA”

Anestezi teknikerlerinin istihdam sorununa da vurgu yapan Başkan Topbaş, “Hastanelerin uygulama alanları olmayan, laboratuvarı olmayan eğitim merkezleri nedeni ile mezun sayısı yıllık 6500’lere çıkmakta ve her yıl mağduriyet yaşayan binlerce meslektaşımız aldatılmaktadır. Okulların da denetlenmesi ve ülke ihtiyacına göre özel okulların kontrol altına alınması gerekmektedir. Çalışan anestezi teknikerlerinin insani ihtiyaçları göz ardı edilmeden, sadece ameliyat masaları düşünülerek istihdam hesapları yapılmadan, yeni görev tanımları ile genişleyen görev alanları ile sağlık hizmetinde kaliteye katkıda bulunacak anestezi teknikerleri için KPSS sınavına tabi tutulmadan adil bir atama yapılması düşünülmelidir. “



YARIŞMAYI KAZANAN ÜYELERİMİZ BOSNA-HERSEK GEZİSİYLE ÖDÜLLENDİRİLDİ

Derneğimizin düzenlendiği üye kazandırma yarışması sonucunda; Burak Yasin ÖZER, Yahya KÜÇÜK ve Talip KOŞMA derneğimize en fazla yeni üye kazandırarak, yarışmamızın talihlileri oldular ve 28 Nisan - 1 Mayıs tarihleri arasında Bosna- Hersek gezisiyle ödüllendirildiler.

Arkadaşlarımızdan Burak Yasin Özer, gezi deneyimlerini ve fotoğraflarını bizimle paylaştı.

Merhabalar ben;

Anestezi Teknisyenler ve Teknikerleri Derneği 4.Yönetim Kurulu Üyesi Yasin Burak Özer. Derneğimizin üye kayıt işlemlerinde aktif rol alıyorum. Bir önceki yönetim kurulunda başkanımızın bir projesi vardı. Bu proje hastaneleri tek tek gezmeye çalışalım, derneğimizi ve yaptığımız işleri meslektaşlarımıza iletip dernek faaliyetlerinden haberdar etmektir. Ben bu projede gönüllü olmak istedim ve bu projeye dâhil oldum. Birçok hastanede yeni meslektaşlarımla tanıştım ve üyemiz olmayan yeni meslektaşlarımızı üye yaptım.



Bu sayede üye sayımızda arttırmaya başladık. Fakat çalışma şartları ve saatleri ne yazık ki en büyük engelimizdi. Daha sonrasında ise Yönetim Kurulumuz bir yarışma düzenledi. En çok üye yapan üç arkadaşımızı çekilişle belirleyerek bir yurt dışı tatili hediye edilecekti. Bu çekilişin içinde üye yapanlar arasında bende vardım ve yurt dışı tatilini kazanan şanslı kişiden biri bendim.



Ben ve iki arkadaşımın beraber 4 gün 3 gece Bosna-Hersek'in başkenti Saraybosna'ya gittik.

Bosna Hersek tarihi boyunca hep savaşlar ve acılar görmüş bir ülke; özellikle 1992 yılında Yugoslavya'dan ayrılıp bağımsızlığını ilan eden Bosna Hersek 1992 ve 1995 yıllarında 2. Dünya Savaşından sonra ki en büyük katliamı görmüştür. Yüz binlerce insan Sırp tarafından katledilmiştir.

Saraybosna'ya gittiğinizde halen daha savaşın izlerini görebilirsiniz. Başkent Saraybosna da ki bombalanmış huzur evi roket ve kurşun izlerini barındıran evleri görmeniz mümkündür.

Zamanında Osmanlı topraklarına dâhil olan Bosna Hersek'te Osmanlıdan kalma camiiler, hanlar, hamamlar, sebiller ve kervansarayları

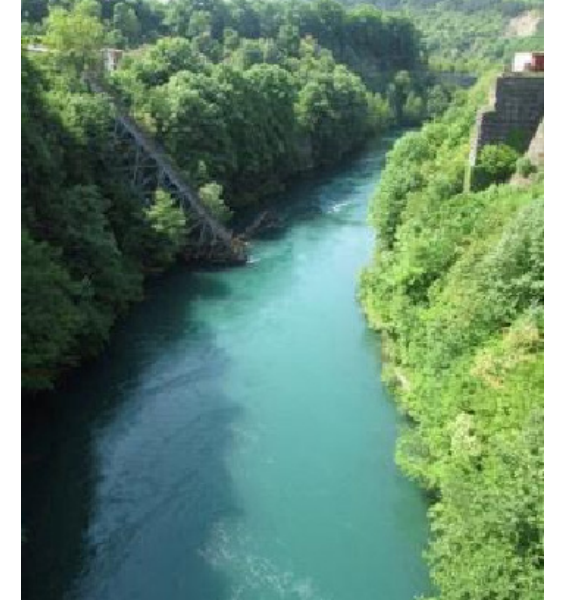
ve nehirler üzerine yapılan tarihi köprüleri görebilirsiniz.



İlk gün uçuş yorgunluğu ve öğleden sonra Saraybosna'da olmamızdan dolayı yemek yiyip otele geçtik ve verilen serbest zamanda otelin bulunduğu İlidza kentinin sokaklarını gezmeye ve keşfetmeye çalıştık.

İkinci günümüzde Hersek Bölgesinde kalan son Osmalı Köyü olan Počitel ve Kanuni Sultan Süleyman tarafından görevlendirilen Mimar Sinan'ın Çırağı Mimar Hayrettin tarafından yapılan Monstar Köprüsü'ne doğru yola çıktık.

Yolculuk boyunca bizi yeşil her tonu barındıran dağları ve ülkenin her yerinden akan nehirleri eşlik etti. Fotoğraflar çekilip tarihleri hakkında bilgiler dinleyerek otelimize döndük.



Üçüncü günümüzde ise başkent Saraybosna'yı keşfetmeye başladık. En önemli yerlerinden biri olan ve I. Dünya Savaşının başlangıç yeri olan Latin köprüsüne gittik. Daha sonra Baş Çarşı'ya doğru geçip Osmalıdan kalan ve şehrin tam merkezinde bulunan Baş Çarşı Sebil'ine gittik. Burada bir inanışa göre Sebil'den su içen kişi Saraybosna'ya tekrar gelirmiş.



Baş çarşıda bulunan Gazi Hüsrev Bey Cami ve karşıdaki Gazi Hüsrev Bey Medresesi ni ve yan tarafında bulunan Boşnak Savaş Müze'sini gezdik.

Saraybosna'nın merkezinde bulunan bir doğu batı çizgisi var. Burada doğu tarafında Osmanlı eserleri ve Osmanlı kültürleri bulunmaktadır.



Batı tarafında ise Avusturya-Macaristan İmparatorluğu'na ait Kiliseler Katedral ve II. Dünya Savaşı sonrası ölenlerin anısına yapılan Sönmeyen Ateş bulunmaktadır. Buraları da gezip dinlenmek için otelimize döndük.



Dördüncü ve son günümüzde Savaş zamanın da yapılmış olan ve yüzlerce insanın kurtulmasında büyük rol sağlayan Umut Tüneli ni ziyaret edip kısa videosunu izleyip

geri dönüş yolculuğu için havalanına gelip İstanbul'a geri döndük.



Ben bu gezide arkadaşlarımla beraber çok keyif aldım. Bosna Hersek kesinlikle gezilmesi gereken bir yer olarak düşünüyorum. Acaba bunun nedeni Baş Çarşı Sebilinden içtiğim su mu? Bu gezi için dernek yönetimine teşekkür eder saygılarımı sunarım.

Yasin Burak ÖZER
Kocaeli Üniversitesi

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SAĞLIĞI KONGRESİ (21-22 Ekim 2017)

Sağlık meslek birlikleri, meslek dernekleri ve sendikalar tarafından oluşturulan Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Çalışma Grubu, 21 – 22 Ekim 2017 tarihlerinde Ankara'da VI. Ulusal Kongresini gerçekleştirdi.

Kongrede Sağlıkta Dönüşüm Programının ve tüm sağlık çalışanlara yönelik taşeronlaştırma (modern kölelik) uygulamalarının sağlık çalışanlarının mesleki risklerini daha da ağırlaştırarak çözümü zorlaştırdığı belirtilirken şiddet başta olmak üzere ağırlaşan mesleki risklerin çözümü için tüm sağlık çalışanlarının birlikte mücadele etmesinin gerekliliği vurgulandı.

Kongre konuşmaları ve bildiriler kitaplaştırılarak yayımlanacaktır.



Sağlık çalışanlarının sağlığı 6. Ulusal kongresi, katılımın çok ve güzel olduğu etkili bir kongre olmuştur.

Türkiye'nin çeşitli yerlerinden gelen katılımcılar ile karşılıklı soru-cevap ve karşılıklı görüş alışverişinde, çalışan sağlığı ile ilgili alınan önlemlerin yetersiz olduğu anlaşılmıştır. Bu konuda meslek gruplarının temsilcilerine ve sendika temsilcilerine büyük görev düşmektedir.

Temsilcilerin bu konuyla ilgili eksikliklerin çalışma bakanlığına iletmesi ve çözümü için gerekli girişimleri başlatmalı ve takip etmelidir ve etkin rol almalıdır.

Tükenmişlik ile ilgili ise “tükenmişlik sendromu” en fazla sağlık çalışanlarında görülmektedir. Bunun nedeni ise mesleğin icraasından ve iş yükünün fazla olmasından kaynaklandığı belirtildi. Bu konuda ise hükümetin uyguladığı politika eleştirildi. (Sağlıkta dönüşüm programı).

Sağlıkta mesleki risklerin yanında (enfeksiyon, kesici- delici alet yaralanması, radyasyon, kas iskelet sistemi hastalıkları vs) yanı sıra şiddet ise sağlık çalışanları açısından önemli bir risk faktörü olduğu belirtildi.

Bu sebepten iş yerinde şiddetin de işçi sağlığı ve iş güvenliği kapsamında ele alınması gerektiği bilgilere yer verildi.

Sağlık Çalışanlarının Sağlığı
Çalışma Grubu

ANESTEZİ TEKNİKERİ GÖREVLENDİRME İPTALİNİN DAVA VE KARARI

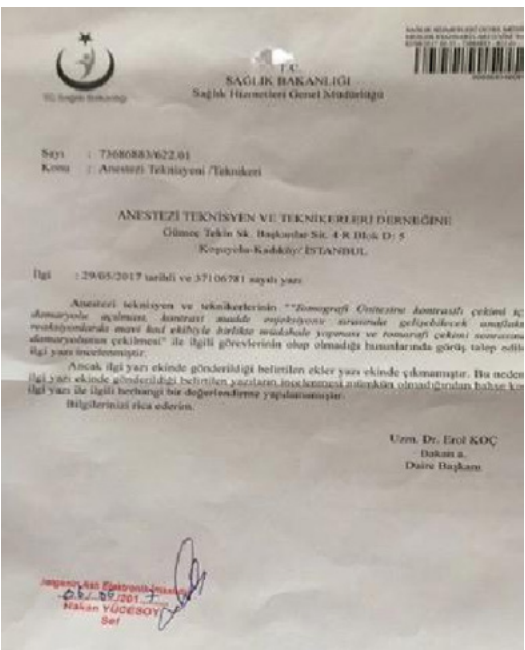
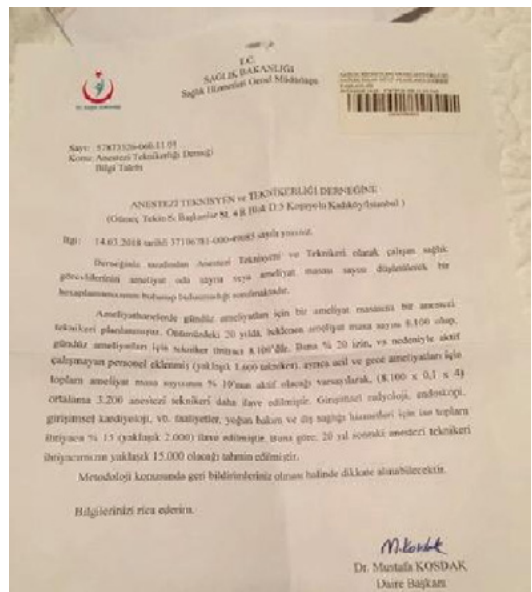
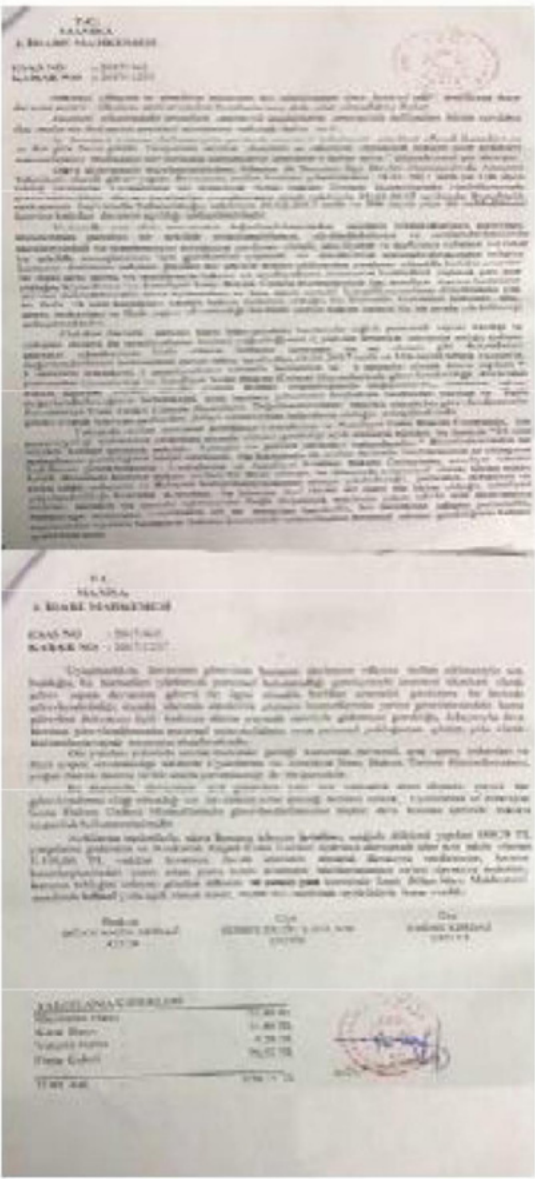
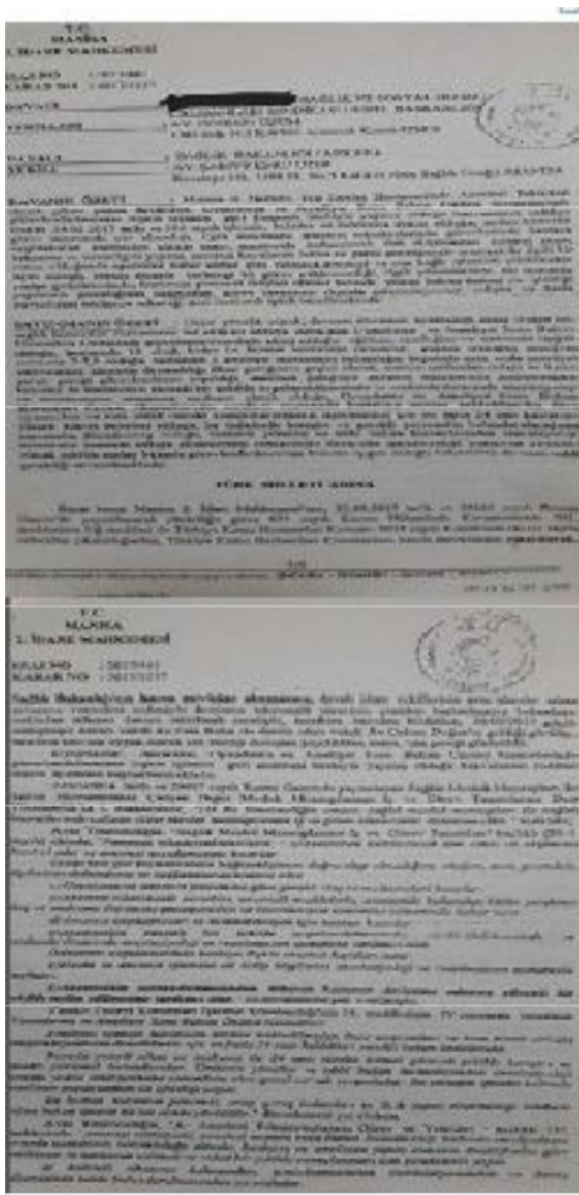
Manisa İl, Demirci İlçesi Devlet Hastanesinde çalışan meslektaşımız, uyandırma ve ameliyat sonu bakım hizmetlerinde de görevlendirilmesi işleminin iptali talebiyle açılan davada Manisa 2. İdare Mahkemesi talebi kabul ederek anestezi

tekniekrlerinin görevinin hastayı derlenme odasında teslimle son bulduğunu, bu itibarla uyandırma ve ameliyat sonrası bakım servisinde çalıştırılmayacaklarını belirterek görevlendirmeyi iptal etmiştir.

SAĞLIK BAKANLIĞININ GÖRÜŞÜMÜZÜ SORDUĞU ANESTEZİ METEDOLOJİSİ İÇİN KOMİSYON KURULDU

Sağlık Bakanlığının derneğimizin görüşünü sorduğu Anestezi Teknikerleri istihdam ve planlama ile ilgili komisyon kurularak çalışmalara başladı. Anestezi Teknikerlerinin çalışma alanlarında masa başı

istihdamının düzenlenebilmesi için en doğru metodolojinin nasıl hesaplanacağı, kurulan komisyonla belirlenip Sağlık Bakanlığına en kısa sürede sunulacak.



SAĞLIKTA YENİ BİR İSİM SAĞLIK PROFESYONELLERİ PLATFORMU (SPP)



Sağlıkta dönüşüm programı ile erişilebilir, sürdürülebilir ve kaliteli sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi hedefine katkı vermek isteyen sağlık meslek mensuplarının dernekleri ile Türkiye'nin Sağlık alanındaki başarısının dünyada hak ettiği düzeye erişebilmesinde ve tüm sorunların giderilmesinde sağlık politika belirleyicileri olmak üzere 12 sivil toplum kuruluşunun katılımları ile kurulmuştur.

Merkezi Ankara'da bulunan Platformun başkanlığını Türkiye Fizyoterapistler Derneği Başkanı Tülin DÜGER yapmaktadır. Platform içerisinde kuruluşunda önemli rol oynayan Atanamayan Sağlıkçılar Platformu kurucusu Aras Ali ALTINTAŞ' ta bulunmaktadır.

Biz de bu yeni oluşumda Anestezi Teknisyen ve Teknikerleri Derneği olarak bulunmaktayız. Ayrıca Sağlık Profesyonelleri Platformunda; Türkiye Fizyoterapistler Derneği, Türkiye Diyetisyenler Derneği, Türk Medikal Radyoteknoloji Derneği, Eczane Teknisyenleri ve Teknikerleri Sosyal ve Kültürel Gelişim Derneği, Türkiye Elektronörofizyoloji

Platformu, Radyoterapi Teknikeri Derneği, Ameliyathane Teknikerleri Derneği, Odyoloji Derneği, Duyma Sağlığı Derneği, Paramedik Derneği, Çocuk Gelişimi ve Eğitimcileri Derneği bulunmaktadır.



Amaçları Nelerdir?

-Kurum ve/veya Kuruluşlardaki işgücü planlamasını yaparak etkin personel istihdamının artırılmasını sağlamak

-Sağlık personelinin kamu ve özel sektörde özlük ve mali haklarının korunması ve dengelenmesi gibi konularda çalışmalar yapma,

-Sağlık meslek mensupları meslek tanımlarının güncellenmesi yönünde çalışmaların yapılması, tüm sağlık personelinin ön lisans, lisans ve lisansüstü eğitim müfredatlarında kalitenin desteklenmesi

-Sağlık mesleklerinin icrası için diploma haricinde (sertifika..) belgelerle mesleki yetkinlik kazandırılmasının önlenmesi,

-Sağlık alanına yönelik mevzuatın takip edilmesi, toplumsal farkındalığın artırılması ve tüm bu çalışmaları ilgili bakanlıklar ve kurumlar ile işbirliği içinde gerçekleştirmeyi hedeflemektedir.

Sağlık Profesyonelleri Platformu temel amaçlar doğrultusunda faaliyet yürütmektedir. Bu bağlamda Sağlık Profesyonelleri;

Platformu oluşturan sivil toplum kuruluşları arasında iletişim ağı oluşturma, ilgili kurum ve kuruluşlarla amaçlar doğrultusunda görüşme yapma, etkinlik oluşturma, proje oluşturma, proje ortaklığı, Sağlık alanında toplumsal farkındalığın ve kamuoyunun oluşturulması için etkinlikler yapma gibi faaliyet alanları da bulunmaktadır.

Hakan MARANGOZ
ATTD SPP Temsilcisi

ATTD BUDAPEŞTE'DE YAPILAN WCNA 2018 (World Congress Of Nurse Anesthetists) KONGRESİNE KATILDI

Bu sene 18-20 Haziran tarihleri arasında Budapeşte'de gerçekleşen WCNA 2018 (World Congress Of Nurse Anesthetists) kongresine, ATTD olarak 4 sözlü sunum, 6 poster sunumu ile katılarak ülkemize temsil etmenin haklı gururunu yaşadık. Açılış töreni bayrak seremonisinde ilk kez resmi olarak bayrağımızı dalgalandıran ATTD Başkanı Önder Topbaş büyük tezahüratla sahneye çıktı.

En çok sunum ile katılım sağlayan ülkelerden biri olarak hem heyecanlandık hem gurur duyduk. İlerleyen sayfalarda posterlerimiz, bildiri özetleri ve fotoğraflarımıza ulaşabilirsiniz.

KONGREYE KABUL EDİLEN POSTER VE BİLDİRİ ÖZETLERİ:

DIFFICULT AIRWAY: ENDOTRACHEAL TUBE OVER FIBEROPTIC BRONCHOSCOPE WITH VIDEOLARYNGOSCOPE GUIDANCE (ET /FB with VL guidance)

Zehra Serpil Ustalar Ozgen¹, Vedat Bulcak², Emre Sahillioglu¹, Ilhan Seyyah², Busra Yuksel², Emir Kilinc¹, Halime Tek², Ozcan Erdemli¹

¹University of Acibadem, Department of Anesthesiology, Istanbul, Turkey

²Acibadem Health Group, Department of Anesthesiology, Istanbul, Turkey

Introduction: Difficult intubation is no more 'difficult' when proper modalities like

fiberoptic instruments and videolaryngoscopies had been used whenever possible with the help of experienced hands. In this case report four cases of ‘difficult’ intubations performed with videolaryngoscopy and fiberoptic laryngoscopy had been discussed.

Case I: Five years old, male, 18 kg body weight child with a limited mouth opening had been scheduled for an syndactyly operation. Forseeing that he could have difficult airway, laryngeal airways (LMA) no 2 and 2.5, endotracheal tubes (ET) 4.0, 4.5, guides, videolaryngoscopy and fiberoptic instruments had been prepared. Anesthesia induction had been done by administration of intravenous (i.v.) propofol 2.5 mg/kg, fentanyl 3 mic/kg, and muscle relaxation had been achieved by rocuronium 0.6 mg/kg i.v. After preoxygenation with mask, oxygen 6 L/min, fiberoptic bronchoscope (FB) had been advanced through the limited mouth opening, however larynx could not be identified. The FB had been taken out in order to re-oxygenate the patient. Videolaryngoscope with the pediatric blade had been inserted, larynx had been visualized, however the ET could not be advanced. ET had been placed over the FB, and with the help of videolaryngoscope, the larynx had been visualized and through the FB, the ET had been advanced through the vocal cords. Endotracheal intubation had been accomplished with ET no 4.5 and verified by auscultation and end tidal carbondioxide monitorization. At the conclusion of the surgery, as soon as efficient spontaneous respiration of the child (7 ml/kg) had been monitored, he had been extubated through exchange catheter.

Case II: Twenty-eight years old, female, 75kg body weight, had been examined as Mallampati IV preoperatively. After induction with propofol 3mg/kg and remifentanyl 1 mic/kg i.v., she had been preoxygenated and intubation had been attempted through videolaryngoscopy however, although proper guides had been inserted ET could not be advanced. She had been intubated through ET

over FB though videolaryngoscopy guidance with ET no 7.0. She had been extubated at the conclusion of the surgery with an exchange catheter.

Case III: Thirty-five years old, 95 kg, male patient, had been evaluated as Mallampati III. Intubation had been attempted first by FB, however since very big epiglottis occluding the larynx, proper visualization could not be achieved. Videolaryngoscope with high angled blade the visualization had been achieved and ET over FB had been advanced and successful intubation had been performed.

Case IV: Six months old, 8 kg, infant with sever facial anomalies, no nose, and hydrocephalus had been scheduled for ventriculoperitoneal shunt operation and had been intubated with ET over FB with VL visualization by two experienced anesthesiologists.

Conclusion: Combination of known and experienced modalities like VL and FB can be used successfully when advantages of the methods had been unified.

Keywords: *Difficult intubation; videolaryngoscopy; fiberoptic intubation*

DIFFICULT AIRWAY MANAGEMENT IN PATIENTS WITH HUGE PERIORAL CAVITY TUMOURS

Halim Ulugol¹, Emir Kilinc¹, Irem Cinnet¹, Esin Erkek¹, Reyhan Ozyurek¹, Zuhale Senabayrak¹, Selin Unsaler², Zehra Serpil Ustalar Ozgen¹, Fevzi Toraman¹, Hakan Agir³

¹University of Acibadem, Department of Anesthesiology, Istanbul, Turkey

²University of Acibadem, Department of ENT, Istanbul, Turkey

³University of Acibadem, Department of Plastic and Reconstruction, Istanbul, Turkey

Introduction: Huge perioral tumour surgery which is presumed to last long operating hours necessitates a safe airway management. Airway management is considered very difficult preoperatively and preparation likewise should be performed. In this case report, two patients with huge uncontrolled oral cavity tumours had been discussed.

Case I: Fifty-two years old, male, 75 kg patient, coming from an African country who had a perioral very fast growing tumour (11.5x8x6.5 cm) had been scheduled for resection and reconstruction surgery. After preoxygenation for 5 minutes, anesthesia had been induced by intravenous (i.v.) propofol 2.5 mg/kg and rocuronium 0.6 mg/kg and remifentanyl 1 mic/kg. Since mask ventilation was very difficult and oral cavity was full of the tumour, nasal fiberoptic intubation had been performed successfully as planned and prepared likewise with the help of a collaborative team of anesthesia. Maintenance of anesthesia had been accomplished by desflurane/air/oxygen beginning with 4 L/min 8/2/1 % and reduced to 1 L/min. Remifentanyl i.v. infusion 0.25mic/kg/h had been used as perioperative analgesia. In addition to standard monitorization, intraarterial blood pressure, pulse variation index, cerebral oxygenation, urinary output had been monitored throughout the surgery which had lasted 12 hours. After the perioral tumour had been dissected successfully, perioperative tracheostomy had been performed and the patients had been admitted to intensive care unit at the conclusion of the surgery.

Case II: Fifty-years old, 38 kg body weight female patient had a huge mass at her tongue which made feeding only with pipette possible. She had no other illnesses except for novocaine allergy. She had been evaluated as Mallampati IV, so awake fiberoptic intubation had been planned and prepared likewise. After standard monitorization of her vitals, invasive blood pressure, cerebral oxygenation, pulse variation index and urinary output had

been monitored all operation long. After preoxygenation, anesthesia induction started with i.v. infusion of dexmedetomidine 1 mcg/kg/min and remifentanyl 1mic/kg, keeping spontaneous breathing of the patient. After induction, nasal fiberoptic intubation had been performed successfully and i.v. propofol 2 mg/kg, rocuronium 0.6 mg/kg were administered. Anesthesia maintained with oxygen/air/desflurane 0.5/1/7 in 4 L/min. After the operation which had lasted 14 hours, the patient had been admitted to the intensive care unit without any unwanted effects or complications.

Conclusion: Difficult airway management is not ‘difficult’ if the collaborative anesthesia team prepared, worked in high level harmony. Resection and reconstruction of uncontrolled huge perioral tumours necessitates a teamwork, patience, experience and careful, safe, meticulous anesthetic management, monitorization and follow-up.

Keywords: *Difficult airway; perioral tumours; fiberoptic intubation*

OUR EXPERIENCE IN THE ANESTHETIC MANAGEMENT OF CRANIOSYNOSTOSIS AND PEROPERATIVE BLEEDING

Ilhan Seyyah¹, Emre Sahillioglu², Busra Yuksel¹, Sibel Ciftci¹, Bilge Senturk Cataloglu¹, Zehra Serpil Ustalar Ozgen², Nigar Baykan¹, Memet Ozek³

¹Acibadem Health Group, Department of Anesthesiology, Istanbul, Turkey

²University of Acibadem, Department of Anesthesiology, Istanbul, Turkey

³University of Acibadem, Department of Pediatric Neurosurgery, Istanbul, Turkey

Introduction: Management of anesthesia during craniosynostosis surgery includes careful monitoring and follow-up of the patients during insidious bleeding throughout

the surgery. In this retrospective analysis we report our experience during craniostynostosis surgery.

Materials and Methods:All the infants who had been undergone craniostynostosis surgery during March 2017 and January 2018. Fourty three infants had been evaluated retrospectively according to their anesthesia reports. Twenty – three of them were operated for scaphocefaly, 2 were, late scaphocephaly, 11 of them were trigonocephaly, 5 of them were plagiocephaly, 2 of them were brachicephaly patients. Their mean age was 9.3 months (min 3, max 36 months) and mean body weight was 8.184kg (min 5 max 16.5 kg). Mean operation time was 234,666 min (min 60 , max 360 min). Their mean systolic blood pressure(BP) was 75.45 mmHg and diastolic BP was 43.97 mmHg, pulse oximetry was 99.74. Inhalation induction had been performed with sevoflurane/air/oxygen mixture and fentanyl intravenous (i.v.) 3 mic/kg used for analgesia and rocuronium i.v. 0.6 mg/kg for muscle relaxation. Maintenance of anesthesia had been achieved by sevoflurane, remifentanyl infusion (0.25 mic/kg/hour). Three 22 G or 20 G i.v. lines and an arterial line had been placed to all of the patients. Peroperative mean systolic BP was 61.39 and diastolic BP 38.03 mmHg. Their peroperative body temperature was 35.05oC. They had mean urinary output as 7,95 ml/kg/hour. The mean blood loss throughout the surgery was 9,675 ml/kg/hour and blood were replaced by a mean 39.96 ml/kg red blood cells and 15.279 ml/kg/hour crystalloid fluids. Only 6 patients needed fresh frozen plasma replacement. The complications related to management of anesthesia for craniostynostosis surgery were reported as difficult entubation, hypothermia and blood loss and transfusion problems.

Conclusion:Safety of management of anesthesia during craniostynostosis surgery can only be achieved if careful and meticulous monitoring of the patient could be performed and safe and secure intravenous lines are mandatory for careful blood loss replacement

and hypovolemia prevention. Hypothermia and blood loss, transfusion problems are the main problems related to this surgery.

Keywords: *safety in management of anesthesia; craniostynostosis, surgery; craniostynostosis; anesthetic management*

OPINIONS OF OPERATING ROOM AND SURGICAL WARD STAFF TOWARDS WHO SURGICAL SAFETY CHECKLIST

Ebru Önler¹, Tülin Yıldız¹, Makbule Cavidan Arar², Fatih Horozoğlu³, Fatma Nair¹

¹Namık Kemal University, Department of Nursing, Tekirdag, Turkey

²Namık Kemal University, Department of Anesthesiology, Tekirdag, Turkey

³Namık Kemal University, Department of Ophthalmology, Tekirdag, Turkey

Introduction with hypothesis:The perceived importance of checklist items by all team members is an essential factor that affects checklist usage [1]. This research is aimed at evaluating the opinions of the operating room and surgical ward staff towards WHO surgical safety checklist.

Methods:This was a questionnaire study. The questionnaire features questions such as gender, age, job role and years of experience, every item on the WHO surgical safety checklist was evaluated, and responder could provide freehand comments on the subject. The researchers visited hospital and collected data from December 2017-January 2018. Sample population includes 27 surgeons, 34 anaesthetists, 19 operating room and 38 surgical ward nurses of the university hospital in western part of Turkey. Collected data were analyzed using SPSS 18.0. with frequencies, percentages, mean and standard deviation. This study was approved by the Ethical Committee

of Namık Kemal University Medical Faculty, No: 2017/128/12/16.

Results: 61% were women, 47% were under 30 years old, 83.1% had over 1-year job experience in the sample population. The mean score of item importance varied from 4.25 to 4.79. Item "patient's identity, procedure, operation site verification"(4.79±0.50), "preoperative fasting" (4.76±0.53) had the highest scores. "Blood sugar control" (4.25±1.08), "team members introduced" (4.32±0.53) had the lowest scores. "Allergy", and "prophylaxis of antibiotic and deep vein thrombosis" was suggested to be transferred to the "before the patients leave the ward" section. Compact checklist for local and emergency surgeries and an online system won't allow doing any procedure before checklist is completed were suggested. **Discussion:**In Turkey, adaptation of the WHO Surgical Safety Checklist is administered in 4 "domains": Before the patients leave the ward; on arrival of patient in the operating room, before surgical incision (time-out), and before patient leaves the operating room. Perceived importance of checklist items by all team members is crucial to identify possible improvements to the checklist. "Patient's identity, procedure, operation site verification" perceived as the most important item on the checklist. Similar to this finding, in Levy et al.'s study, confirmation of patient name and procedure are the most commonly performed checkpoints [2]. This result is normal because any problem detected in this item can cause direct harm to the patient. Both of items perceived as they have less importance are listed in the time-out section. This is supported by Rydenfält et al.'s. [1] results showed that time-out is not always applied and may be seen as a double-checking routine. Helmiö et al. [3] discovered that over 20% of surgeons and nurses don't consider "team members introduced" as important. This was similar to our findings; staff perceived this item as one of the least important. "Allergy", and "prophylaxis of antibiotic and deep vein thrombosis" was suggested to be transferred

to the "before the patients leave the ward". This is controversial because in "before the patients leave the ward" surgeons are absent and can't confirm the need for an antibiotic and prophylaxis of deep vein thrombosis.

Conclusion:All checklist items were considered necessary. However, a compact checklist for local and emergency surgeries, and an online system that won't allow doing any procedure before checklist is completed was suggested.

References: 1. Rydenfält C, Johansson G, Odenrick P, Åkerman K, Larsson PA. Compliance with the WHO Surgical Safety Checklist: deviations and possible improvements. International Journal for Quality in Health Care. 2013; 25(2):182-7. 2. Levy S M, Senter C E, et al. Implementing A Surgical Checklist: More Than Checking A Box. The 7th Annual Academic Surgical Congress, February 2012. 3.Helmiö P, Takala A, Aaltonen L M, Blomgren K. WHO Surgical Safety Checklist in Otorhinolaryngology-head and Neck Surgery: Specialty-Related Aspects of check Items, Acta Oto-Laryngologica 2012; 132:1334-1341.

Keywords: *patient safety, operating room, surgery*

HOW MUCH WE USE SURGICAL SAFETY CHKLİST? RETROSPECTİVE STUDY

Tulin Yıldız, Ebru Önler, Özge Bengü Urcanoğlu, Gülbahar Gülcivan

Namık Kemal University, Department of Nursing, Tekirdag, Turkey

Introduction with the hypothesis: Nowadays, surgical interventions are frequently used as a treatment. Adverse events are major cause of morbidity and mortality in surgery and

can prevent with high quality surgical care [1]. All phases of the surgical safety checklist must be valued by all team members. In this study, it was aimed to determine the completeness rate of surgical safety checklist and to determine the uncompleted sections and to take precautions.

Methods: A retrospective study was conducted in the University Hospital between January and December 2017. Every phase on the WHO surgical safety checklist completeness rate was evaluated and missing sections were identified. A total of 9252 cases were assessed. Collected data were analyzed using SPSS 24.0 with Descriptive statistical methods (frequencies, percentages). The Cochran's Q test was used to compare the completeness rates between the sections. This study was approved by the Ethical Committee of Namık Kemal University Medical Faculty, No: 2017/126/12/14.

Results: Before surgical incision (time-out) had the lowest completeness rate (0.3567%), "before the patients leave the ward" and "patient leave the operating room" sections had the highest completeness rate (0.0108 %). "Team members introduced" item in before surgical incision (time-out) section had lowest completeness rate. (0.173%).

Discussion: Medical errors are problem for countries, but most of the medical errors can be prevented [2]. The report of the WHO has further highlighted the priority of surgical care [3]. In Turkey, an adaptation of the WHO Surgical Safety Checklist is administered in 4 "domains": Before the patients leave the ward; on arrival of the patient in the operating room, before surgical incision (time-out), and before the patient leaves the operating room.

All sections of the SSC provides an opportunity for the team consider important information about the surgery and discuss safety surgery and postoperative plans. It affects considerably patient care. Bartz-Kurycki and et al (2017), results showed that

despite some improvement in overall checklist compliance, adherence to certain checkpoints declined over the course of the study [2].

Conclusion: Section one "before the patients leave the ward" and section four "sign-out" have higher completeness rates than other two sections.

References: 1. Keijzer WW, Agha RA, Greig A. WHO Safer Surgery checklist amongst paediatric emergency plastic surgery patients in an UK hospital. *Annals of Medicine and Surgery*. 2017;(21):49-2 2. Bartz-Kurycki MA, Anderson KT, Abraham JE, Masada KM, Wang J, Kawaguchi AL, et al. Debriefing: the forgotten phase of the surgical safety checklist. *Journal of Surgical Research*. 2017; (213):222-27. 3. Patel J, Ahmed K, Guru KA, Khan F, Marsh H, Khan MS, et al. An overview of the use and implementation of checklists in surgical specialities- A systematic review. *International Journal of Surgery*. 2014; (12):1317-23

Keywords: *patient safety, operating room, surgery*

STATUS AND EQUIPMENT CONDITIONS OF NURSE ANESTHETISTS IN POST ANESTHESIA CARE UNIT

Fidan Kudur Cirpan, Asu Gurer, Pinar Imer, Nazan Atalan Ozlen

Marmara University, Vocational School of Health Services, Programme of Anesthesiology, Istanbul, Turkey

Introduction: The postoperative period is the final stage of perioperative process and begins with the admission of the patient to the post-anesthesia care unit (PACU) [1]. PACU is designed for close follow-up of patients recovered from the acute physiologic effects of anesthesia and surgery and for proper transport of patients to their services [2]. In the PACU

field nurse, nurse anesthetists, anesthesiologist, special equipments for high level hemodynamic and respiratory monitoring and support and drugs must be found [3]. The placement of PACU should be where the anesthesiologist and surgeon can easily arrive and the patients can be reached to the operating room urgently if necessary. Also, PACU should include all emergency furnishing (such as resuscitation and surgical equipments). Therefore it is important to determine the existing PACU situations, their compliance with standards and evaluation their deficiencies [4].

Objective: The purpose of this study is the estimation of the PACU conditions and equipment of the nurse anesthetists in different hospitals.

Material and Methods: 105 nurse anesthetists, working different public, private and university hospitals PACU were accepted. Information was obtained from one participant from each hospital to prevent duplication of information. The information was collected via e-mail with a questionnaire on participants' Google forms. Participants were informed about the research during the period of 06.03.2017 - 12.06.2017. The results were evaluated as percentage distributions.

Results: 61.9% (n=65) of the participants were female, mean age was 29.9 and age range was 18-49 (n=105). The vocational duration is 10.09 years, while the year interval varies between 1-27. 21.3% (n=36) of the participants were working in private hospitals, 25.7% (n=27) were in public hospitals, 21% (n=22) were in education and research hospitals and 18.1% in university hospitals. In 78.1 % (n=82) of cases PACU was placed in operating suit, in 11.4 % (n=12) of cases at least 4 operating rooms were found and in 58.1 % (n = 61) of cases nurse anesthetists were working in PACU. In the evaluated PACUs had oxygen delivery system 97,1%, pulse oximeter 86,7%, electrocardiography monitor and aspiratory system 84,8%, noninvasive blood pressure

monitor 77%, oral-nasal airway 69,5%, ambu mask bag system 60%, laryngoscope and endotracheal tubes 46.7%, thermometer 34.3%, kapnograph 16.2% and neuromuscular monitor 5.7% for per patient bed. 64.8% of the participants reported that 3 or more patients per nurse anesthesia were followed in the PACU. 48.6% of the hospitals had a waiting room at the same floor with PACU for patients relatives, whereas 48.6% of the hospitals did not have any special area for this purpose.

Conclusion: In our study, we established that in most of the centers, there are deficiencies in equipment for per patients bed. There was no temperature monitor for postoperative monitoring in most centers. Especially the number of capnographs and neuromuscular monitors which will detect early onset of respiratory arrest and prolonged neuromuscular blockade is inadequate. The provision of standards for the equipment contained in the PACU is of great importance for patient safety. Attempts should be supported to increase the standards and to identify and complete the deficiencies.

References: 1. Williams L.S. (2015). *Nursing Care of Patients Having Surgery*, chapter 12. Ed. Williams L.S., Hopper P.D. *Understanding Medical Surgical Nursing*. 5th ed., F.A. Davis Company, Philadelphia, p: 203-237. 2. Nicholau D. (2011). *Postanesthesia Recovery*, Chapter 39. Ed. Miller R. D., Pardo M.C. *Basic of Anesthesia*. 6th ed., Elsevier Saunders, Philadelphia, p: 631- 647 3. Smeltzer SC., Bare BG., Hinkle J.L., Cheever K.H. (2010). *Brunner&Suddarth's Textbook of Medikal Surgical Nursing*. Chapter 20, 12 th ed, Wolters Kluwer Health / Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, p. 461-483. 4. Haret D., Kneeland M. Ho E. (2012). Chapter 14: *Post-anesthesia Care Units*. In: *Operating Room Design Manual* Ed: Block F.E., Helfman S. American

Society of Anesthesiologists, p: 57-72. <http://www.asahq.org/~media/legacy/for%20members/practice%20management/ord%20manual%20toc%20102012.pdf>)

Keywords: *Post Anesthesia Care Unit, equipment, nurse anesthetist*

IS IT POSSIBLE TO OPEN TWO VAPORIZERS AT THE SAME TIME INTENTIONALLY?

Onder Topbas¹, Sema Erdogan¹, Tulay Aydın¹, Varol Sakalli¹, Zehra Serpil Ustalar Ozgen²

¹University of Kocaeli, Department of Anesthesiology, Kocaeli, Turkey

²University of Acibadem, Department of Anesthesiology, Istanbul, Turkey

Introduction: Vaporizers used during induction and maintenance of anesthesia are attached to the anesthesia machines and can only be used single specific agents designed for the special vaporizers. In some anesthesia machines, more than one vaporizers may be mounted to the machine however with a special lock mechanism, only one of the vaporizers can be opened rendering the other one out of use at the same time. In our clinic, sevoflurane and desflurane vaporizers are mounted on the Draeger Primus (R), the lock mechanism making usage of two vaporizers at the same time and when one is opened other is locked. Case Report: Fifty seven years old, ASA I, 80 kg body weight male patient had been anesthetized to undergo total hip replacement surgery after all preparations had been done. Preoperatively, the patient who had preoxygenized with 100%, 3 lt/min, had a blood pressure of 135/85 mmHg and pulse oximetry (SpO₂) 100, heart rate 74/min. The induction of anesthesia had been obtained by intravenous (i.v.) thiopental 6mg/kg and muscle relaxation with rocuronium 0,8 mg/kg. The patient had been intubated by

(8.0) endotracheal tube and then maintenance of anesthesia had been started with sevoflurane 2 % in O₂/N₂O 50:50. Controlled ventilation with a TV: 600ml respiratory rate; 12, I/E 1:2 had been started short after which an alarm and extraordinary thing had been noticed in the gas analyzer. The gas analyzer had alarmed for an more than one anesthetic gas'. The anesthesia machine had alarmed for a 'mixture of gases' alarm. There were more than one gas in the inspiratory gas analysis of the machine. A fracture in the lock and safety mechanism of the vaporizers had been found and because of the fracture and error of the applier more than vaporizers had been opened accidentally. All of these were recorded and the anesthetic agents had been rearranged so that the operation concluded without any adverse effects or complications to the patient.

Conclusion: The safety and lock mechanisms of every vaporizers mounted on the anesthesia machines locks a vaporizer while the other one had been opened so that only one anesthetic agent could be administered to the patients. However this mechanism is not included in the checklist of anesthesia machine and not one of the regular routine obligatory tests. Fracture of this safety and lock mechanism of this system may cause opening of two vaporizers at the same time and simultaneous administration of more than one inhalational agents. Although vigilance of the anesthesia team and efficient inspiratory gas monitoring alarms caused safe anesthesia administration in our case, being not in the routine safety checklist, fracture of the lock system of vaporizers may harm patients. We suggest to include checking of this lock and safety systems of vaporizers and inspiratory gas analysis monitoring in the everyday routine checklist of anesthesia machines. It should be mandatory to have efficient working inspiratory gas analyzers as well to administer safe and vigilant anesthesia.

Keywords: *Anesthesia machine; alarms, anesthesia machine; vaporizers, safety systems,*

PERIOPERATIVE HYPOTHERMIA; WHERE ARE WE NOW

Can Aksu¹, Alparslan Kuş¹, Önder Topbaş¹, Sema Erdoğan¹, Yavuz Gürkan²

¹University of Kocaeli, Anesthesia, Intensive Care and Pain Medicine, Kocaeli, Turkey

²University of Kocaeli, Anesthesia and Perioperative Medicine, Kocaeli, Turkey

Objective: Perioperative hypothermia is a common problem in anesthetized patients and an important risk factor for mortality and morbidity. In a previous study, which was done in our clinic 5 years ago, perioperative hypothermia was found to occur in 45,7% of our patients. Our aim was to identify the current incidence of hypothermia in our operating theatres after the taken precautions in the last 5 years.

Methods: After obtaining the ethics committee approval and informed patient consent, patients with operation times longer than 30 minutes were included into this cross-sectional study for one-month period. Demographical data, type and duration of surgeries, pre and postoperative temperatures and if used, external warming systems and temperature monitoring types were recorded.

Results: A total number of 793 patients were enrolled to the study (461 women and 332 men). Ages of patients varied from 1 month to 96 years (mean 42±22). Hypothermia incidence was calculated as 31,27% (248 patients). Sixty percent of our patients (475 patients) found to be treated with a forced air warming system during perioperative period yet only 71 patients (9%) had temperature monitoring.

Conclusion: Postoperative hypothermia

is still standing as a problem to solve in our clinic. But our results were better from many of the studies in the literature. Also, it seems that we took a few steps forward for preventing it, regarding to our previous results. We suggest that temperature monitoring and patient warming should be a routine procedure during anesthesia management.

Keywords: Thermoregulation, perioperative hypothermia, temperature monitoring

ULTRASOUND-GUIDED INFRACLAVICULAR AND TRANSVERSUS ABDOMINIS PLANE BLOCK FOR A HIGH RISK PATIENT WHO HAD SURGERY SIMULTANEOUSLY FOR FRACTURE OF THE RIGHT RADIUS-ULNA AND LEFT INGUINAL HERNI: CASE REPORT

Halim Ulugol¹, Meltem Guner Can¹, Emir Kilinc¹, Kerem Ulku², Baran Arslan³, Hilal Yesildag³, İnci Sahin⁴, Zehra Serpil Ustalar Ozgen¹, Fevzi Toraman¹

¹University of Acibadem, Department of Anesthesiology, Istanbul, Turkey

²University of Acibadem, Istanbul, Turkey, Department of Orthopedics, Istanbul, Turkey

³Acibadem Health Group, Department of Anesthesiology, Istanbul, Turkey 4Acibadem Health Group, Department of general surgery, Istanbul, Turkey

Introduction: The use of ultrasound (US) reduces the amount of local anesthetic (LA) required for successful block (1,2). Reduced LA requirement reduces the risk of LA toxicity when multiple blocks are to be done for surgery of more than one region in the same patient. In this case report, high risk patient with multiple block for two different surgery had been discussed.

Case: Sixty-eight years old, male, 85 kg patient, who had planned elective right inguinal herni surgery 1 week later. Unfortunately the patient is admitted to the emergency service with fracture of left radius- ulna. The ejection fraction of the patient with coronary artery disease and cardiac pace-maker was measured as 15% after cardiology consultation. When the patient refused general anesthesia due to high risk we planned two different peripheral nerve block for two different surgery. After the written consent was obtained, 2mg IV midazolam and 50 g fentanyl were administered for sedation. First of all, lateral sagittal infraclavicular block was successfully performed with US guided in-plane technique. Thirty mL (20 mL of 0.25% bupivacaine and 10 mL of 1% lidocaine) of local anesthetic mixture was administered around the lateral-medial-posterior cords using the in-plane approach. Secondly, lateral transversus abdominis plane block was successfully performed with US guided in-plane technique under complete aseptic technique. Twenty mL of 0.25% bupivacaine was administered in transversus abdominis plane. After 30 minutes, the left forearm and right inguinal area covered by the block was checked and it was found to be anaesthetized. Both surgeries performed to different regions have been successfully completed without any sign of local anesthetic toxicity.

Conclusion: Two different peripheral nerve blocks can be done safely in high-risk patients with ultrasonographic guidance.

References: 1) Koscielniak-Nielsen Z. J, “Ultrasound-guided peripheral nerve blocks: what are the benefits?” Acta Anaesthesiologica Scandinavica, vol. 52, no. 6, pp. 727–737, 2008; 2) Gurkan Y. Ultrasound-guided infraclavicular and sciatic block for a patient who had surgery simultaneously for sindactili of the right hand and polydactilia of the right foot: Case report AĞRI 2014;26(4):184-186

Keywords: Peripheral nerve blocks; safety, peripheral nerve blocks; transvers abdomens block

BLUE CODE CALLS

Erdoğan Sema¹, Önder Topbaş², Ayşegül Balçık², Hatice Demir², Can Aksu², Yavuz Gürkan²

¹University of Kocaeli , Emergency and Critical Care Medicine, Kocaeli, Turkey

²University of Kocaeli, Anesthesia, Intensive Care and Pain Medicine, Kocaeli, Turkey

AIM: In our country, management of in-hospital emergency situations and responsible personnels (Blue Code Team) are under responsibility of our clinic. In the frame of this responsibility, we aimed to analyze this code method and its results

METHOD: Blue code calls since 2013 to 2018 are investigated bu our team. Age and sex of patients, location, date, time of arrival of blue code team, interventions, if CPR needed or not, its time and result and drugs are recorded.

FINDINGS: 814 blue code calls are found in these years. 167 of these calls were reported as wrong call. 35,32% (59) of false calls were result of use of wrong number or misuse of device without patient. 64,68% (108) of false calls were result of inappropriate evaluation of patient.

The most blue code call were from oncology department 10,81% (88) than respectively general surgery 8,47% (69), gastro-endoscopy unit 8,23%, chest diseases – chest surgery department 7,66% (64), hematology 6,87% (56), orthopedics department 6,51% (53), Hemodialysis unit 6,51% (53).

RESULTS: We think that detection of cardiopulmonary arrest and emergency call system should be introduced to all healthcare workers.

KEY WORDS: Cardiac arrest; blue code; resuscitation

DIFFICULT AIRWAY MANAGEMENT IN PATIENTS WITH HUGE PERIORAL CAVITY TUMOURS

Ulugol H (1), Kocyiğit M (1), Kilinc E. (1), Cinnel I. (2), Erişke E (2), Senabıyarak Z (2), Unsaler S (3), Bulut C. (2), Ağı H. (4), Ustaolur Ozgen S. Z (1), Toraman F. (1)

(1)University of Aciabaden, Department of Anesthesiology and Reanimation, Istanbul, Turkey(2) Anesthesia technician, Aciabaden Health Group, Istanbul, Turkey
(3)University of Aciabaden, Department of ENT, Istanbul, Turkey

INTRODUCTION:

Huge perioral tumour surgery which is presumed to last long operating hours necessitates a safe airway management. Airway management is considered very difficult preoperatively and preparation likewise should be performed. In this case report, two patients with huge uncontrolled oral cavity tumours had been discussed.

CASE 1:

Fifty-two years old, male, 75 kg patient, coming from an African country who had a perioral very fast growing tumour (11.5x8x6.5 cm) had been scheduled for resection and reconstruction surgery. After preoxygenation for 5 minutes, anesthesia had been induced by intravenous (i.v.) propofol 2.5 mg/kg and rocuronium 0.6 mg/kg and remifentanyl 1 mc/kg. Since

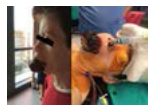
mask ventilation was very difficult and oral cavity was full of the tumour, nasal fiberoptic intubation had been performed successfully as planned and prepared likewise with the help of a collaborative team of anesthesia. Maintenance of anesthesia had been accomplished by desflurane/air/oxygen beginning with 4 L/min 8/2/1 % and reduced to 1 L/min. Remifentanyl i.v. infusion 0.25mc/kg/h had been used as perioperative analgesia. In addition to standard monitoring, intraarterial blood pressure, pulse variation index, cerebral oxygenation, urinary output had been monitored throughout the surgery which had lasted 14 hours. After the perioral tumour had been dissected successfully, perioperative tracheostomy had been performed and the patient had been admitted to intensive care unit at the conclusion of the surgery.



CASE 2:

Fifty years old, female, 38 kg patient who had a orange size huge perioral cavity tumour. Total maxillectomy and free muscle flap operation and awake nasotracheal fiber-optic bronchoscope (FOB) intubation had been planned. After taken to the operation room, she had been monitored with standard monitoring, intraarterial blood pressure, central venous pressure (CVP), NIRS (near infrared spectroscopy), pulse variation index (PVI) and urinary output. IV desflurane/air/oxygen 4.5 mg/kg, remifentanyl IV infusion 0.05-0.25 mc/kg/min and a total of 2 mg midazolam IV had been given for sedation. After preoxygenation awake nasotracheal FOB intubation had been performed successfully and immediately after that anesthesia had been induced by i.v propofol 2 mg/kg and rocuronium 0.6 mg/kg and remifentanyl 1 mc/kg.

Maintenance of anesthesia had been accomplished by sevoflurane/air/oxygen beginning with 4 L/min 4/2/1 % and reduced to 1 L/min. Remifentanyl i.v. infusion 0.25mc/kg/h had been used as perioperative analgesia. After the 13 hours, tumour had been dissected successfully and intubated patient had been admitted to intensive care unit.



CONCLUSION:

Difficult airway management is not 'difficult'. If the collaborative anesthesia team prepared, worked in high level harmony. Resection and reconstruction of uncontrolled huge perioral tumours necessitates a teamwork, patience, experience and careful, safe, meticulous anesthetic management, monitoring and follow-up.

DIFFICULT AIRWAY: ENDOTRACHEAL TUBE OVER FIBEROPTIC BRONCHOSCOPE WITH VIDEO LARYNGOSCOPE GUIDANCE (ET/FB WITH VL GUIDANCE)

Ustaolur Ozgen S. Z. (1), Bulcak V. (2), Sanlioglu E. (1), Seyyahi I. (2), Yöksel B. (2), Kilinc E. (1), Erdemli O. (1)

(1) Anesthetist, University of Aciabaden, Department of Anesthesiology and Reanimation, Istanbul, Turkey
(2)Anesthesia Technician, Aciabaden Health Group, Istanbul, Turkey

INTRODUCTION:

Difficult intubation is no more 'difficult' when proper modalities like fiberoptic instruments and videolaryngoscopies had been used whenever possible with the help of experienced hands. In this case report four cases of 'difficult' intubations performed with videolaryngoscopy and fiberoptic laryngoscopy had been discussed.

CASE 1:

Five years old, male, 18 kg body weight child with a limited mouth opening had been scheduled for an syndactily operation. Forseeing that he could have difficult airway, laryngeal airways (LMA) no 2 and 2.5, endotracheal tubes (ET) 4.0, 4.5, guides, videolaryngoscopy and fiberoptic instruments had been prepared. Anesthesia induction had been done by administration of intravenous (i.v.) propofol 2.5 mg/kg, fentanyl 3 mc/kg, and muscle relaxation had been achieved by rocuronium 0.6 mg/kg i.v. After preoxygenation with mask, oxygen 6 L/min, fiberoptic bronchoscope (FB) had been advanced through the limited mouth opening, however larynx could not be identified. The FB had been taken out in order to re-oxygenate the patient. Videolaryngoscopy with the pediatric blade had been inserted, larynx had been visualized, however the ET could not be advanced. ET had been placed over the FB, and with the help of videolaryngoscope, the larynx had been visualized and through the FB, the ET had been advanced through the vocal cords. Endotracheal intubation had been accomplished with ET no 4.5 and verified by auscultation and end tidal carbon dioxide monitoring. At the conclusion of the surgery, as soon as efficient spontaneous respiration of the child (7 ml/kg) had been monitored, he had been extubated through exchange catheter.

CASE 2:

Thirty-five years old, 95 kg, male patient, had been evaluated as Mallampati III. Intubation had been attempted first by FB, however since very big epiglottis occluding the larynx, proper visualization could not be achieved. Videolaryngoscopy with high angled blade the visualization had been achieved and ET over FB had been advanced and successful intubation had been performed.

CASE 3:

Twenty-eight years old, female, 75kg body weight, had been examined as Mallampati IV preoperatively. After induction with propofol 3mg/kg and remifentanyl 1 mc/kg i.v., she had been preoxygenated and intubation had been attempted through videolaryngoscopy however, although porper guides had been inserted ET could not be advanced. She had been extubated through ET over FB though videolaryngoscopy guidance with ET no 7.0. She had been extubated at the conclusion of the surgery with an exchange catheter.

CASE 4:

Six months old, 8 kg, infant with sever facial anomalies, no nose, and hydrocephalus had been scheduled for ventriculoperitoneal shunt operation and had been extubated with ET over FB with VL visualization by two experienced anesthetists.

CONCLUSION:

As in these cases, the methods which the anesthetist is experienced with can be combined and the advantages of the difficult intubation method can be used together to facilitate the operation. Fiberoptic and Video laryngoscope methods may increase the chance of success when used together.



BLUE CODE CALLS

S.ERDOĞAN, Ö.TOPBAŞ, A.BALÇIK, H.DEMİR, C.AKSU, Y.GÜRKAN

KOCAELİ UNIVERSITY MEDICAL FACULTY HOSPITAL

ANESTHESIOLOGY AND REANIMATION DEPARTMENT, KOCAELİ, TURKEY

INTRODUCTION: : In our country, management

of in-hospital emergency situations and responsible

personnels (Blue Code Team) are under

responsibility of our clinic. In the frame of this

responsibility, we

aimed to analyze this code method and its

results.

METHOD: Blue code calls since 2013 are

investigated by our team. Age and sex of

patients, location, date, time of arrival of

blue code team, interventions, if CPR

needed or not, duration and result and

drugs are recorded.

FINDINGS: 814 blue code calls are found in these

years. 167 of these calls were reported as wrong

call. 35,32% (59) of false calls were result of use of

wrong number or misuse of device without

patient. 64,68% (108) of false calls were result of

inappropriate evaluation of patient.

The most blue code call were from oncology

department 10,81% (88) than respectively general

surgery 8,47% (69), gastro-endoscopy unit

8,23%(67), chest diseases – chest surgery

department 7,66% (64), hematology 6,87% (56),

orthopedics department 6,51% (53), Hemodialysis

unit 6,51% (53).

RESULTS: We think that detection of

cardiopulmonary arrest and emergency

call system should be introduced to all

healthcare workers.



Perioperative Hypothermia:

Where are we now

Aksu C, Kes A, Topbaş Ö, Erdoğan S, Gürkan Y.

KOCAELİ UNIVERSITY MEDICAL FACULTY HOSPITAL ANESTHESIOLOGY AND REANIMATION DEPARTMENT, KOCAELİ, TURKEY

Objective: Perioperative hypothermia is a common problem in

anesthetized patients and an important risk factor for mortality and

morbidity. In a previous study, perioperative hypothermia incidence was

found to be 45.7% in our clinic. Since then, many safety precautions have

been taken. Our aim was to identify the current incidence of hypothermia

in our operating theatres after the taken precautions in the last 5 years.

Methods: After obtaining the ethics committee approval and informed

patient consent, patients with operation times longer than 30 minutes

were included into this cross-sectional study for one-month period.

Demographical data, type and duration of surgeries, pre and

postoperative temperatures and if used, external warming systems and

temperature monitoring types were recorded.

Results: A total number of 793 patients were enrolled to the study (461

women and 332 men). Ages of patients varied from 1 month to 96 years

(mean 42±22). Hypothermia incidence was calculated as 31.27% (248

patients). Sixty percent of our patients (475 patients) found to be treated

with a forced air warming system during perioperative period yet only 71

patients (9%) had temperature monitoring. There were 18 (2.2%) patients

who were hypothermic at the preoperative stage. Also 63 (7.94%) of the

patients were hypothermic at discharge to ward.

Discussion: Postoperative inadvertent hypothermia is may be the very

first known complication of anesthesia. Perioperative hypothermia was

first described by Ernst von Rösser and Ernst Hartwig in Erlangen

(Germany) in the book Die Wirkung des Schweldebrenns in chemischer

und physiologischer Beziehung in the year 1847, only 1 year after the

successful general anesthesia was performed by Thomas Addison Green Morton in Boston. 42 ± 23.3

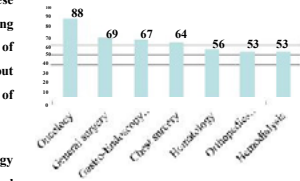
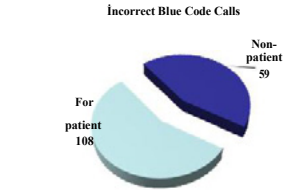
Table 1: Demographical data

Sex (F/M)

BMI (kg/m²)

Preoperative Body Temperature (°C)

ASA Score (I-III)



RESULTS: We think that detection of cardiopulmonary arrest and emergency call system should be introduced to all healthcare workers.





ALTECH SEPTIFLOW (Membranlı Tek Hatlı Solunum Devresi)

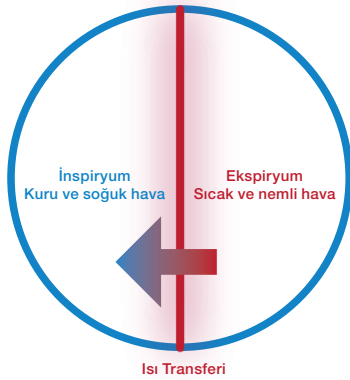
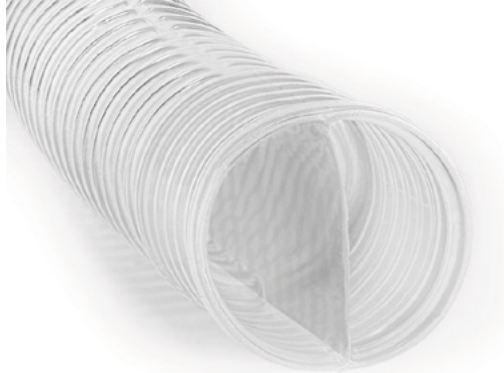
Doğal Isıtma & Nemlendirme

Anestezi ve invaziv mekanik ventilasyon uygulamalarında solunum cihazlarından çıkan inspiriyum havasının kuru ve soğuk olmasının hastanın havayolları ve akciğerleri üzerinde olumsuz bir etki yarattığı ve mukoza hasarına neden olup obstrüksiyon ve enfeksiyon riskini artırdığı bilinmekte olup literatürlerde anestezi uygulamalarında inspiriyum havasının ısıtılıp nemlendirilmesinin gerekliliği vurgulanmaktadır.

Gelişmiş anestezi cihazlarının inspiriyum çıkışında hava ısıtma sistemlerinin bulunması, havanın bir miktar ısınmasını sağlarken, aynı zamanda kurumasına da neden olmaktadır. Single-limb Breathing Circuits kullanımı sırasında, inspiriyum havasının anestezi cihazından çıkıp hastaya ulaşana kadar olan sürede, sıcaklık kaybına uğramadığı, aksine istatistiksel olarak anlamlı sıcaklık artışı olduğu, aynı şekilde nem oranının % 40 lardan % 60 oranlarına yükseldiğini tespit ettik.¹

1. TORAMAN F, USTALARÖZGEN S, SAYIN J, BULCAK V, ERKEK E, ÖKTEN M, GÜLLÜ Ü, ŞENAY Ş, KARABULUT H, ALHAN C. TEK HATLI SOLUNUM DEVRELERİ (SINGLE-LIMB BREATHING CIRCUITS, LIMB-O) GERÇEKTEN ETKİN Mİ ?

Altech Septiflow dizaynında ekspiriyum ve inspiriyum hattı ince bir membranla birinden ayrılmış, tek hat içinde bulunduğundan, ekspiriyum havasının sıcaklığı ile inspiriyum havası doğal olarak ısıtılıp nemlendirilmektedir.



Anesteziye Düşük Akım

Günümüz teknolojisinde anestezi cihazları gerek inhalasyon anesteziikleri kullanımında ekonomi sağlanması, atmosfer kirliliğinin önüne geçilmesi, inspiriyum havasının doğal olarak ısıtılıp nemlendirilmesi için düşük akım uygulaması sağlasa da konvansiyonel çift hatlı solunum devrelerinde inspiriyum ve ekspiriyum hatlarında yoğunlaşma kaynaklı oluşan kondensasyonun önüne geçememektedir.

Altech Septiflow, inspiriyum ve ekspiriyum hatlarını ayıran ince membranın ısı transferi sağlaması ile düşük akım anestezi uygulamalarında doğal ısıtma ve nemlendirme sağlarken Altech patentli entegre inspiriyum ve ekspiriyum su tutucusu sayesinde solunum cihazlarında kondensasyon kaynaklı problemleri önler.

Yurtdışı çalışmalarda düşük akım anesteziye taz gaz akımının 2L/dak'dan 0.5L/dak'ya düşürülmesinin minimum 4.000 EU yıllık kazanç sağlayabileceği belirtilmiştir.

Ayrıca solunum devresi içerisinden geçen entegre End Tidal CO2 ölçüm hatlı Altech Septiflow tek hatlı solunum devresi düşük akım anesteziye kapnografi uygulamalarında kolay ve güvenilir ölçüm imkanı sağlar.

Entegre CO2 Gaz Örneklem Hattı ve Ölçüm Portu



Altera Tıbbi Malzeme Sanayi ve Ticaret A.Ş.
Fabrika: İbni Melek OSB Mah. Tosbi Yol 4. Sk. No: 29 Tire 35900 İZMİR
Tel: (232) 513 51 10 (Pbx) - Fax: (232) 513 51 14
Merkez: 5758 Sk. No:4/C Kat: 2/3 Karabağlar - İZMİR
Tel: (232) 237 59 49 (Pbx) - Fax: (232) 253 94 04
bir mediteragroup şirkettir



www.altech.com.tr
www.meditragroup.com